

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022

Kiedy polscy pacjenci z rakiem na europejskim poziomie?

Rak płuca to priorytetowy obszar w onkologii, jednak opóźnienia i zaniedbania w diagnostyce sprawiają, że wielu pacjentów nie ma dostępu do innowacyjnych i skutecznych terapii stosowanych w pierwszej linii leczenia. O tym, co pozwoli zmienić tę sytuację i zapewni wysoką jakość diagnostyki i leczenia raka płuca, rozmawiali eksperci w trakcie konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2022.

Leczenie raka płuca to wyzwanie nie tylko dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

Nowotwór ten jest nadal najczęstszą przyczyną zgonów pacjentów onkologicznych zarówno w Polsce, jak i w Europie. – W większości państw europejskich 5-letnie przeżycie notuje się w 10–20 proc. przypadków – potwierdził dr Thomas Hofmarcher ze Szwedzkiego Instytutu Ekonomiki Ochrony Zdrowia, który jest współautorem raportu „Zdiagnozowani, ale nie leczeni: jak poprawić dostęp pacjentów do zaawansowanej terapii niedrobnokomórkowego raka płuca w Europie”, będącego analizą dostępności metod leczenia w 12 wybranych krajach Europy. Dane z raportu dotyczące Polski zaprezentowano podczas konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2022.

W raporcie wskazano najważniejsze przyczyny niedoborów, a także rekomendacje, których wdrożenie mogłoby poprawić sytuację chorych. W pierwszej części opisano ogólną ścieżkę pacjenta oraz opcje farmakoterapeutyczne, w drugiej porównano wskaźniki leczenia farmakologicznego, a w ostatniej przedstawiono bariery, które utrudniają lub uniemożliwiają osiągnięcie dobrych wskaźników leczenia.

– Tworząc raport, zadaliśmy sobie podstawowe pytanie: czy pacjenci mają dostęp do leczenia raka płuca? Następnie zebraliśmy informacje na temat leków przeciwnowotworowych stosowanych w każdym z tych 12 krajów, a także liczby pacjentów z zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca. Poprosiliśmy ekspertów klinicznych o wyjaśnienie możliwych przyczyn tego, że wielu chorych nie jest leczonych. We wskaźnikach leczenia dla Polski obejmujących lata 2014–2019 widać, że w 2014 r. wskaźnik leczenia wynosił ok. 30 proc. Sytuacja powoli się poprawiała – do 40 proc. w 2019 r. i nawet 50 proc. w 2020 r., chociaż ze względu na

pandemii COVID-19 szacunki dla tego roku są niepewne. Interesujące jest również porównanie wyników Polski z optymalnym wskaźnikiem leczenia farmakologicznego, opartym na zaleceniach europejskich – komentował dr Thomas Hofmarcher.

Dane z raportu pokazują, że na tle innych krajów Polska, podobnie jak Wielka Brytania, najsłabiej radzi sobie z leczeniem raka płuca. – Wielu pacjentów kwalifikujących się do leczenia nie otrzymuje go – stwierdził dr Thomas Hofmarcher. Wyżej od nas w rankingu są takie kraje, jak Bułgaria, Finlandia czy Węgry. Najwyższe pozycje natomiast – zarówno w kwestii zastosowania chemioterapii, jak i wykorzystania immunoterapii i terapii celowanych – zajmują Norwegia, Portugalia, Belgia i Grecja. We wszystkich krajach obserwuje się niedostateczne wykorzystanie możliwości, jakie daje immunoterapia.

Autorzy raportu sprawdzili też, dlaczego pacjenci nie są leczeni mimo tylu dostępnych metod. – W części przypadków na podjęcie leczenia nie pozwala zły stan zdrowia w momencie postawienia diagnozy. Problemem są również długie, nawet kilkumiesięczne opóźnienia w czasie od diagnozy do rozpoczęcia terapii, a także zawężone kryteria kwalifikujące do programów lekowych, wreszcie – odmowa podjęcia leczenia przez pacjenta wynikająca ze strachu czy braku zaufania do terapii – powiedział ekspert.

W raporcie podjęto również kwestię stosowania u niektórych pacjentów przestarzałych opcji leczenia. Zdaniem dr. Thomasa Hofmarchera wynika to z opóźnień w dostępności i refundacji nowoczesnych leków onkologicznych (nawet 2–3 lata od zatwierdzenia ich przez Europejską Agencję Leków), ograniczonego budżetu

na leki, braków w edukacji personelu medycznego, który nie aktualizuje wiedzy.

System kompleksowej opieki nad chorymi

– Należy pogratulować autorom raportu, to rzeczywiście bardzo wartościowe wskazanie przyczyn niedostatków. Zwróciłbym natomiast uwagę na dwie rzeczy. Mamy obecnie rok 2022, a ubiegły rok w Polsce był okresem znacznego postępu w raku płuca, musimy o tym pamiętać. I drugi element: postęp wiedzy w zakresie biologii molekularnej i genetyki spowodował, że w poszczególnych wskazaniach w raku płuca mamy już nie jeden, ale dwa czy nawet trzy leki. I my nie mamy leku numer dwa czy numer trzy, ale mamy możliwość leczenia lekiem numer jeden. Oczywiście sytuacja jest zróżnicowana. Są na przykład chorzy z ekspresją PD-L1 powyżej 50 proc. i dla nich jest dostępny wartościowy lek. Są również w tej chwili zarejestrowane dwa inne leki, które dotyczą tej samej populacji – skomentował konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. – Jeśli w Polsce występuje niedobór leków, to nie jest on dotkliwy. Rekomendowałbym, by jak najszybciej powstał u nas system kompleksowej opieki nad chorymi na nowotwory klatki piersiowej. Świadomie używam określenia „system opieki”, bo chodzi nie tylko o leczenie, ale przede wszystkim o diagnostykę. Jednym z problemów, który wskazali autorzy raportu, są opóźnienia diagnostyczne. W Polsce są to nie tylko opóźnienia, lecz także zaniechania, gdyż u dużej części chorych nie są wykonywane określone badania, przez co później nie trafiają oni do programów lekowych, a więc również nie otrzymują odpowiedniego leczenia. Jeżeli do tego nie dojdzie – a odpowiednie warunki stworzyli-

śmy, wypracowując konsensus organizowania ośrodków kompleksowej opieki, w Polsce taki ośrodek funkcjonuje już np. we Wrocławiu – to sytuacja się nie poprawi – dodał.

Zdaniem prof. Macieja Krzakowskiego niezbędna jest również poprawa sytuacji w zakresie profilaktyki. – Ponad rok temu w Polsce rozpoczął się program screeningowy. Jest on jednak niewydolny, nie ma zgłaszalności, której należałoby się spodziewać. To również musi zostać poprawione – podkreślił.

Ogromne nadzieje budzi propozycja uruchomienia w Polsce sieci ośrodków typu lung cancer unit, czyli placówek skoordynowanej opieki nad pacjentami z rakiem płuca. Dlaczego do tej pory ich nie ma? – Myślę, że proces ich powstawania hamują problemy organizacyjne i związane z finansowaniem. Nie dostrzegam żadnych merytorycznych przeszkód i myślę, że to wyłącznie urzędnicza inercja powoduje tę sytuację – odpowiedział prof. Maciej Krzakowski.

Doświadczenia z pilotażu KSO

W jaki sposób można poprawić wskaźniki leczenia pacjentów chorujących na raka płuca, korzystając z doświadczeń pilotażowych ośrodków Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO)? O czym powinni pamiętać nowy wiceminister zdrowia, który będzie odpowiedzialny za onkologię, oraz dyrektorzy szpitali? Jak wyjaśnił przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego dr hab. n. med. Adam Maciejczyk z Dolnośląskiego Centrum Onkologii, konieczne jest zdefiniowanie, na jakim etapie opieki nad pacjentem pojawiają się problemy. – W każdym szpitalu jest nieco inna sytuacja. Z prezentowanym raportem miałem okazję zapoznać się wcześniej. Jest w nim rysunek pokazujący całą ścieżkę, jaką musi przejść pacjent. Wskazano tam również miejsca, w których pacjent może napotkać bariery. Problemem jest fakt – i widzimy to w danych z pilotażu KSO, że ścieżka pacjenta



płuca będą leczeni

Katarzyna Wysocka



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko** – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
- **dr Thomas Hofmarcher** – Swedish Institute of Health Economics
- **prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski** – Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej
- **dr hab. n. med. Adam Maciejczyk** – Dolnośląskie Centrum Onkologii, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
- **Aleksandra Rudnicka** – Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
- moderator: **Krzysztof Jakubiak**

jest bardzo pofragmentowana, poprzerywana, często chory jest zdany na siebie. Sam musi znaleźć drogę do realizacji całej trudnej ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej. To jest niedopuszczalne. Pacjent, nawet jeśli jest lekarzem, musiałby być onkologiem, i to takim, który zajmuje się rakiem płuca, żeby przejść tę ścieżkę sprawnie. Potrzebuje więc wsparcia koordynatora. I to jest jeden z najważniejszych elementów KSO – podkreślił. – Jeżeli mogą coś zasugerować dyrektorom: warto zatrudnić koordynatorów, którzy będą wiedzieć, jak po-

móc pacjentowi, udostępni mu swój służbowy numer telefonu i będą z nim w kontakcie. Wracając do raportu – należy zwrócić uwagę, że celu, czyli zgodnego z wytycznymi ESMO dostępu do leczenia systemowego, nie osiągnął w Europie właściwie żaden kraj, może poza Portugalią. To sugeruje, że być może oczekiwania ekspertów z ESMO są zbyt wysokie. Bardzo dużo zależy od kondycji zdrowotnej danej grupy pacjentów, która jest uwzględniana w ocenie wskaźnika określającego dostęp do leczenia. Polska na tle innych krajów

europejskich wyróżnia się bardzo dużą grupą pacjentów z chorobami współistniejącymi, a to często ogranicza możliwość zastosowania danego leczenia systemowego – zauważył prof. Adam Maciejczyk. Zdaniem eksperta bardzo ważne jest również mierzenie efektywności każdego elementu ścieżki pacjenta. – Dzięki temu będziemy wiedzieli, na jakim etapie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej musimy zareagować. Dowiemy się, czy problemem jest źle pobrany materiał i w związku z tym nieefektywna,

nieskuteczna diagnostyka, np. immunohistochemiczna PD-L1, czy pojawiły się trudności z pobraniem odpowiedniej ilości materiału w trakcie bronchoskopii. Krok po kroku trzeba takie bariery rozpoznawać, a następnie eliminować – tłumaczył prof. Adam Maciejczyk.

Rola konsyliów wielospecjalistycznych

Rak płuca wymaga współpracy różnych specjalistów – pulmonologa, torakochirurga, onkologa. Eksperti jednym głosem podkreślają znaczenie kolegiów wielospecjalistycznych.

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022

– Od momentu wprowadzenia Pakietu Onkologicznego mamy wdrukowane myślenie, że powinno odbywać się tylko jedno konsylium wielospecjalistyczne. To absolutnie za mało. Powinno być jedno konsylium kliniczne, a drugie po operacji, nie mówiąc już o sytuacji, gdy pacjent ma nawrót choroby. Na kolejnych konsyliach mogą się pojawić nowe propozycje terapeutyczne. Nie tylko nowe leki, lecz także np. radioterapia stereotaktyczna czy różne zabiegi z zakresu radiologii inwazyjnej. Wszystkie takie decyzje powinny być rozstrzygane na konsylium lub nawet kilku konsyliach, jeśli wymaga tego sytuacja kliniczna pacjenta – stwierdził prof. Adam Maciejczyk.

Przypomniał, że Dolnośląskie Centrum Onkologii już od pewnego czasu uczestniczy w europejskim projekcie iPAAC – Innowacyjne Partnerstwo dla Działań w Zwalczaniu Raka. Jego celem jest rozwijanie innowacyjnego podejścia do współczesnych wyzwań w zwalczaniu nowotworów.

– W iPAAC mamy wymóg robienia co najmniej dwóch, jeśli nie trzech konsyliów w gronie co najmniej pięciu specjalistów. I to właśnie wdrożyliśmy w naszym centrum. W każdym konsylium uczestniczy również radiolog i patolog. To olbrzymie wyzwania logistyczne i dodatkowy koszt, który nie został uwzględniony w świadczeniach finansowanych przez NFZ. Czy rekomenduję to innym dyrektorom? Na razie nie, gdyż to może finansowo zrujnować szpital. My staramy się to robić także między innymi po to, by pokazać, jak wysokie są koszty, i uzyskać podstawy do zmiany taryfikacji. Apeluję do wszystkich organizacji zrzeszających pacjentów, by żądały wysokiej jakości opieki, bo to jest skuteczna metoda uzyskania dostępu do nowych leków. Ważne jest dążenie do podnoszenia nakładów nie tylko na leki, lecz także na inne elementy systemu. Bez wzrostu nakładów na całą opiekę onkologiczną może zabraknąć miejsc, gdzie leki będą zalecane i podawane pacjentom – ostrzegł prof. Adam Maciejczyk.

– Konsylia powinny się odbywać co najmniej dwa razy. Teraz albo ich nie ma, albo jest jedno, najczęściej na etapie podejmowania decyzji o leczeniu paliatywnym. Tymczasem po raz pierwszy konsylium powinno się odbyć w momencie ustalania kierunku diagnostyki, by uniknąć niepotrzebnych badań, a zlecić niezbędne. Jestem przekonany, że jeżeli wprowadzimy kompleksową opiekę, a konsylium będzie decydowało o wykonaniu potrzebnych badań, to opieka nad chorym będzie tańsza – dodał prof. Maciej Krzakowski.

Jak porsche ciągnięte przez wielbłąda

Co w raporcie najbardziej zaskoczyło pacjentów?

– W kwestii wyników nie zaskoczyło mnie nic – odpowiedziała Aleksandra Rudnicka z Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

– My jako organizacja mamy codzienny kontakt z pacjentami, którzy mówią nam, jak wygląda sytuacja. Opowiem o dwóch przypadkach. Jeden z pacjentów, któremu wykonano biopsję cienkoigłową, otrzymał wynik z opisem, w którym stwierdzono, że w pobranym materiale nie ma komórek nowotworowych. Tymczasem miał ewidentne objawy raka. Lekkarz onkolog na podstawie wyniku badania ocenił jednak, że jest zdrowy. Po 2 miesiącach chorego nie było już z nami, rodzina wytoczyła proces. Drugim przykładem jest kobieta 55-letnia, doświadczona już, bo tylko z jedną nerką. Wykonano jej dwa razy biopsję, za drugim razem na jej wyraźne życzenie. W opisie podano: „rak niedrobnokomórkowy”, bez żadnego podtypu. Ze względu na brak nerki chemia nie wchodziła w grę. W grupie wsparcia chora dowiedziała się o innych metodach leczenia, w tym CyberKnife. Skorzystała z tej terapii. Co z tego wynika? Wielka byle-jakość. To jest absolutnie niedopuszczalne. Ze strony pacjentów wygląda to tak, że lekarze nie stosują istniejących wytycznych. Pacjenci oczekują pełnej diagnostyki, badań zakończonych rozpoznaniem podtypu nowotworu. Na pewno konieczne jest badanie molekularne, a u pacjentów, u których nie wykryto mutacji, badanie poziomu ekspresji białka PD-L1, które powinno się znaleźć w koszyku świadczeń gwarantowanych – dodała.

– Gdybym miała obrazowo opisać sytuację, w jakiej obecnie się znajdujemy, to jest to porsche ciągnięte przez wielbłąda. Porsche to leki, którymi dysponujemy – nasz program lekowy nie odbiega od europejskich standardów. Ale nie wlałyśmy paliwa, nie mamy dobrze zorganizowanej diagnostyki. Porsche nie ma też dobrego kierowcy, bo nie wszyscy lekarze potrafią stosować nowe terapie. Brakuje również diagnostów, a w koszyku świadczeń nie ma badań zaawansowanych i finansowania badania PD-L1. Wiele szpitali z powodów finansowych wykonuje tylko część badań, tymczasem czas płynie i pacjent jest w coraz gorszym stanie – powiedziała przedstawicielka pacjentów.

Czy po stronie pacjentów są jakieś przyczyny, dla których są niewłaściwie leczeni?

– Ja mam do czynienia z chorymi bardzo świadomymi. To są osoby, które rzeczywiście chcą się leczyć. Musimy jednak wziąć pod uwagę, że są również pacjenci starsi, samotni. Z badania przeprowadzonego jakiś czas temu przez fundację Ludzie Ludziom wynika, że ok. 20 proc. pacjentów po diagnozie, gdy usłyszy, że leczenie będzie trudne, świadomie z niego rezygnuje – mówiła Aleksandra Rudnicka.

Wspólnota interesu zespołu diagnostyczno-terapeutycznego

Do wniosków zawartych w raporcie odniosła się również prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. – To niezwykle



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Joanna Chorostowska-Wynimko: Tylko 11 proc. chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca otrzymało w pierwszej linii immunoterapię. To wynik o 30 proc. niższy niż optymalny odsetek proponowany przez autorów raportu. To są porażające dane

cenny dokument i kryje się w nim wiele informacji, które powinny podlegać uważnej analizie. Sam fakt porównania różnych systemów opieki zdrowotnej w Europie daje dużo do myślenia. Pewne problemy się powtarzają – późna zgłaszalność chorych jest właściwie wszędzie. Warto natomiast pochylić się nad rozwiązaniami, które różnią te kraje. Dlaczego niektóre kraje charakteryzuje wyższa skuteczność opieki rozumiana jako odsetek chorych leczonych, a inne, w tym Polska, są mało efektywne? Myślę, że raport wyraźnie wskazuje, że kluczem jest koordynacja postępowania – od skierowania pacjenta na diagnostykę, czyli odpowiednio wczesne identyfikowanie chorych z potencjalnym ryzykiem raka płuca, po skoordynowanie diagnostyki z leczeniem. Większość problemów, o których mówimy, wynika właśnie z faktu, że w naszym systemie opieki medycznej de facto nie łączy się tych dwóch etapów. Diagnostyka i leczenie raka płuca funkcjonują oddzielnie, ich systemowa organizacja i co ważne – refundacja nie sprzyja i nawet nie zachęca do współpracy. Stąd na przykład zwłoka w przekazywaniu chorych do leczenia, problemy z objętością i jakością

”

dr Thomas Hofmarcher: Problemem są długie, nawet kilkumiesięczne opóźnienia w czasie od diagnozy do rozpoczęcia terapii, a także zawężone kryteria kwalifikujące do programów lekowych, wreszcie – odmowa podjęcia leczenia przez pacjenta

materiałów biopsyjnych, kompletnością badań diagnostycznych, nagminne powtarzanie badań obrazowych – wyjaśniła.

Zdaniem prof. Joanny Chorostowskiej-Wynimko w opiece nad pacjentami z rakiem płuca bardzo ważne jest zrozumienie wspólnoty interesów zespołu diagnostyczno-terapeutycznego.

– Potwierdzają to wyniki raportu. W czołówce leczenia raka płuca w Europie są Belgia i Grecja, na końcu listy zaś Polska i Wielka Brytania. W Belgii i Grecji istnieją mechanizmy, dzięki którym onkolodzy i pulmonolodzy wspólnie diagnozują i leczą. Tymczasem w Wielkiej Brytanii postawiona jest wyraźna granica: jedni diagnozują, drudzy leczą. Nie ma wspólnoty interesu i myślę, że to jest jeden z powodów porażki. Ale w drodze do sukcesu bardzo ważne jest również budowanie systemu. W terminologii angielskiej świetnie oddaje to określenie *comprehensive care*, czyli kompleksowa opieka nad chorym obejmująca cały proces. To są właśnie *lung cancer units*, to jest Krajowa Sieć Onkologiczna, wreszcie to, o co walczą pacjenci – opieka również w kwestiach administracyjnych, niepozostawianie chorego



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Maciej Krzakowski:
Proces powstawania *lung cancer units* hamują problemy organizacyjne i związane z finansowaniem. Nie dostrzegam żadnych merytorycznych przeszkód i myślę, że to wyjątkowo urzędnicza inercja powoduje tę sytuację

na żadnym etapie postępowania klinicznego bez pomocy. W Polsce chorzy są bardzo często zagubieni w systemie. Samo wprowadzenie koordynatorów nie załatwi sprawy, o ile ośrodki nie zostaną połączone w zespoły czy konsorcja, również w rozumieniu rozliczeń finansowych. Niestety, bodziec finansowy jest bardzo istotny – stwierdziła prof. Joanna Chorostowska-Wynimko.

Racjonalna dystrybucja kosztów

Zdaniem prof. Joanny Chorostowskiej-Wynimko diagnostyka stopniowa raka płuca to już historia.

– W tej chwili standardem postępowania, opisanym również w zaleceniach, powinny być algorytmy, dzięki którym chory potencjalnie kwalifikujący się do leczenia będzie a priori kwalifikowany do pełnej diagnostyki. Uporządkowanie postępowania diagnostycznego to również oszczędności dla systemu. Z szacunkowych danych wynika, że tomografia komputerowa jest powtarzana u 50 proc. chorych w ciągu roku. U części wyłącznie z powodu nadmiernej przewlekłości postępowania. To samo dotyczy diagnostyki molekularnej. War-

”

prof. Adam Maciejczyk:
Pacjent musiałby być onkologiem, i to takim, który zajmuje się rakiem płuca, żeby sprawnie przejść ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną. Potrzebuje więc wsparcia koordynatora

to przypomnieć, że zalecamy jednoczesne, a nie sekwencyjne badanie biomarkerów predykcyjnych w zakresie co najmniej odpowiadającym programowi lekowemu Ministerstwa Zdrowia. Wykonywanie pojedynczych badań jest przy obecnym zakresie refundacji nadal kosztowo opłacalne, jednak w momencie poszerzenia programu lekowego o kolejne grupy terapeutyczne, a standardu diagnostycznego o kolejne biomarkery takie postępowanie stanie się całkowicie nieracjonalne ekonomicznie – mówiła ekspertka.

Dodała, że jakość diagnostyki patomorfologicznej poprawia się dzięki wprowadzeniu standaryzacji. – To już się dzieje, mam więc nadzieję, że takie przypadki, o jakich mówiła pani Aleksandra Rudnicka, są już historią. W Polsce obowiązuje jako norma prawna standard raportu z badania patomorfologicznego. To samo powinno dotyczyć diagnostyki molekularnej. Z drugiej strony mamy do czynienia z całkowicie nieracjonalną sytuacją, jaką jest brak refundacji diagnostyki patomorfologicznej. W efekcie NFZ pokrywa koszty analizy tylko tych biomarkerów, które oceniamy metodami molekularnymi. Nie pokry-

”

Aleksandra Rudnicka:
Pacjenci oczekują pełnej diagnostyki, badań zakończonych rozpoznaniem podtypu nowotworu. Na pewno konieczne jest badanie molekularne, a u pacjentów, u których nie wykryto mutacji, badanie poziomu ekspresji białka PD-L1

wa natomiast oceny markera kluczowego dla właściwego leczenia zaawansowanego raka płuca, czyli ekspresji białka PD-L1. Brak kompleksowego postępowania diagnostycznego jest jedną z przyczyn złej pozycji Polski w raporcie i niskiego na tle innych krajów odsetka chorych leczonych nowoczesnie. Dane za pierwszą połowę 2021 r. pokazują, że tylko 11 proc. chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca otrzymało w pierwszej linii immunoterapię, czy to w formie monoterapii, czy immunochemioterapii. To wynik o 30 proc. niższy niż optymalny odsetek proponowany przez autorów raportu. Myślę, że to są porażające dane i one de facto pokazują niewydolność systemu diagnostyki i leczenia raka płuca w naszym kraju. Moja rada dla decydentów: proszę patrzeć na problem raka płuca kompleksowo, z punktu widzenia ścieżki pacjenta, a nie z punktu widzenia wycinka procesu – apelowała prof. Joanna Chorostowska-Wynimko.

Zmniejszenie wydatków to poważne zagrożenie

Według danych NFZ w latach 2020 i 2021 na leczenie nowotworów wydano mniej niż

w latach 2019 i 2018. Jedyną pozycją, w której zanotowano wzrost, są wydatki na leki. Czy problemem są zatem pieniądze czy ich słabe wydawanie?

Zdaniem prof. Joanny Chorostowskiej-Wynimko jest nim alokacja środków. – Jeszcze w okresie przedpandemicznym zmniejszono refundację ambulatoryjnej diagnostyki raka płuca o 60 proc. Prowadzenie diagnostyki raka płuca poza oddziałem szpitalnym stało się głęboko nieopłacalne. W efekcie chorzy muszą być diagnozowani w trybie hospitalizacji. Dodatkowo ostatnie lata to czas walki z pandemią, kiedy organizacyjnie system całkowicie zawiódł. Pod koniec 2021 r. w części województw do 90 proc. łóżek pulmonologicznych było przeznaczonych do opieki covidowej. To oznacza, że pozostałe 10 proc. miało zabezpieczać potrzeby wszystkich pozostałych chorych z problemami płucnymi, w tym pacjentów z podejrzeniem raka płuca. Trudno tu mówić o racjonalnej opiece nad chorymi – wyjaśniła.

– Spadek wydatków w 2020 r. jest spowodowany epidemią – przyznał prof. Maciej Krzakowski. Dodał, że taka sama sytuacja jest w diagnostyce obrazowej czy chirurgii. Jedynym obszarem, który w 2020 r. nie odnotował zmniejszenia wydatków, były programy lekowe. To również jest argument przemawiający za tworzeniem ośrodków skoordynowanej, kompleksowej opieki, gdyż programy lekowe wymuszają pewien porządek.

– To źle, że mamy obniżenie wydatków na onkologię, ponieważ koszty wzrosły, a przychody szpitali onkologicznych zmalały – uzupełnił prof. Adam Maciejczyk.

– Można zrzucić winę na pandemię, ale w przypadku środków przekazywanych z NFZ do szpitali decyzji nie podejmuje wirus. Przypomnę, że apelowaliśmy o wsparcie finansowe szpitali onkologicznych, szczególnie że musimy w bardzo trudnych warunkach sprostać zwiększającej się liczbie pacjentów, którzy w tej chwili, w przeciwieństwie do 2020 r., nie boją się już zgłaszać do centrów onkologii. A wiadomo, że koszty utrzymania szpitali bardzo wzrosły. Realizujemy dużo procedur inwazyjnych, których koszty się zwiększyły, a przy tym wydłużył się czas realizacji. Pod koniec 2020 r. dostaliśmy pewne wsparcie, między innymi 3 proc. dodatkowych środków do Pakietu Onkologicznego. Zostało ono jednak wstrzymane w maju, mimo że obecnie mamy kolejną falę pandemii. Pacjenci onkologiczni zostali w czasie pandemii trochę zapomniani, jest to widoczne szczególnie w finansowaniu procedur. Spadek wydatków na świadczenia jest poważnym zagrożeniem dla działania na rzecz poprawy koordynacji – podsumował prof. Adam Maciejczyk. ■