



**Instytut Rozwoju
Spraw Społecznych**



HEALTHCARE POLICY SUMMIT ONKOLOGIA

RAPORT

Warszawa, 13 października 2022 r.

Diagnoza

Choroby nowotworowe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce. W 2020 roku zmarło z tego powodu blisko 109 tysięcy Polaków. Pandemia COVID-19 w znacznym stopniu przyczyniła się do zwiększenia długu zdrowotnego w obszarze onkologii i hematologii, zaciągniętego jeszcze przed jej wybuchem. W efekcie, choroby nowotworowe rozpoznawane są obecnie w zaawansowanym stadium, co dramatycznie pogarsza rokowanie. Ponadto, w ostatnim czasie obserwujemy wzrost zachorowań na nowotwory, w tym nowotwory hematologiczne, rozpoznawane również u dzieci.

„Healthcare Policy Summit – Onkologia”, który odbył się 13 października 2022 r., zgromadził najwybitniejszych onkologów i hematologów oraz ekspertów systemowych do wspólnej dyskusji o najskuteczniejszych metodach profilaktyki, leczenia i opieki nad pacjentami z chorobami onkologicznymi i hematologicznymi.

Małgorzata Bogusz

1. Jednym z efektów dyskusji w ramach Europejskiego Planu Walki z Rakiem są przedstawione we wrześniu wytyczne w sprawie wykrywania nowotworów, mające na celu by do 2025 roku, 90% populacji Unii Europejskiej kwalifikujących się do badań w kierunku raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego miało zapewniony dostęp do badań przesiewowych. Badania rozszerzone zosą także o trzy dodatkowe rodzaje nowotworów płuca, prostaty oraz żołądka. To właśnie tych sześć rodzajów nowotworów jest odpowiedzialnych za ponad połowę wszystkich zachorowań na raka w Unii Europejskiej i za ponad połowę zgonów wśród osób chorych.
2. W 2022 r. uruchomiona została również Europejska inicjatywa dotycząca obrazowania nowotworów, której celem jest opracowanie unijnego obrazu związanego z chorobami onkologicznymi. Umożliwia ona udostępnianie anonimowych obrazów szerokiemu gronu zainteresowanych stron w całym ekosystemie szpitali, naukowców i innowatorów, aby móc konsultować poszczególne choroby onkologiczne, móc wymieniać się doświadczeniami, pracować nad rozwiązaniami terapeutycznymi i możliwie szybko z założenia je wdrażać.
3. Pierwszy raz od lat 90 tych kompleksowo adresuje się obszar związany z leczeniem chorób onkologicznych w Unii Europejskiej, ale mimo to jest on nadal zbyt ogólny. Unia Europejska w tym obszarze powinna stawiać sobie jeszcze ambitniejsze i bardziej konkretne cele w walce z nowotworami.
4. Unia powinna zaangażować więcej środków w skuteczne leczenie młodych osób i dostęp do najbardziej innowacyjnych terapii czy wprowadzanie kampanii dotyczących szczepień umożliwiających ograniczenie niektórych typów raka.

prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

1. Jeśli chodzi o cele Narodowej Strategii Onkologicznej, to tak naprawdę one są zgodne prawie w 100% z Cancer Meeting Plan, z tym, że w Polsce nie mamy takiego nacisku na digitalizację.
2. Założenia tego planu to minimum, co musimy zrobić do 2023 roku żeby naród nie dotknęła epidemia chorób nowotworowych. Jesteśmy na etapie, że mniej więcej dwie trzecie działań narodowej strategii jest realizowanych zgodnie z terminem.

3. Te założenia to 94 zadania w 5 obszarach i to, co było wspomniane to nie tylko łóżka, ale i kadry, które zajmują się pacjentami zarówno w aspekcie pielęgniarskim, lekarskim, jak i okołomedycznym, choćby diagnostycznych. Jedno z działań na 2022 rok dotyczy właśnie kadr – po pierwsze zmiany w egzaminie końcowym lekarsko-dentystycznym i opracowanie nowego programu nauczania w tym zakresie.
4. Przedwczoraj zaungurowana została kampania w stosunku do studentów i absolwentów wydziałów lekarskich w celu wyboru specjalizacji związanych z onkologią, co dotyczy zarówno onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, jak i chirurgii onkologicznej, ponieważ to są najbardziej dotknięte niedoborami w tej chwili specjalizacje.
5. Druga rzecz to jest prewencja pierwotna i prewencja wtórna – mamy też założenia co do nowotworów, które nie są obecnie standardowo ujęte w działania profilaktyczne, inwestycje w naukę i innowacje.
6. Krajowa Sieć Onkologiczna jest czołowym działaniem, która może ustabilizować i tak naprawdę ujednoczyć postępowanie w onkologii na najbliższe lata, niezależnie od miejsca zamieszkania.
7. Mieliśmy nadzieję, że w 2022 roku rozpoczniemy szczepienia dziewczynek, ale cały czas nas hamuje proces legislacyjny ustawy o funduszu medycznym, który umożliwi wydatkowanie środków na zakup szczepionek i systemowe włączenie bezpłatnych szczepień ochronnych przeciwko HPV. Zakres rekomendacji w tej chwili są brane pod uwagę dwa roczniki.
8. Ważną rzeczą są inwestycje w system opieki onkologicznej. Kończą się prace nad projektem ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Wejście ustawy planowane jest w 2023 roku.
9. Bardzo istotna jest współpraca, którą nawiązaliśmy z Comprehensive Cancer Network. W tej chwili prace nad adaptacją wytycznych częściowo się zakończyły – dla raka szyjki macicy, nowotworów ośrodkowego układu nerwowego, głowy i szyi. W następnym miesiącu powinny zakończyć się również dla nowotworów jajnika, jelita grubego, nowotworów piersi i gruczołu krokowego.
10. Program badań przesiewowych dotyczących raka jelita grubego został w tej chwili przeniesiony jako świadczenie gwarantowane do koszyka gwarantowanych świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia i w tej chwili trwa kontraktowanie. W związku z tym to będzie normalne świadczenie, które będzie realizowane w ramach kontraktowania.
11. Od przyszłego roku, jeżeli będziemy mieli rzeczywiście Krajową Sieć Onkologiczną, będziemy mieli całkiem inny sposób koordynacji programów badań przesiewowych, który w tej chwili jest tworzony.

Maciej Miłkowski

1. Intensywnie współpracujemy z naszymi interesariuszami, żeby wzmocnić informatyzację związaną z polityką lekową, z wykorzystywaniem leków i z dostępnością leków w ogóle jako całość polskiego systemu ochrony zdrowia.

dr hab. n.med. Radosław Sierpiński

1. W badaniach onkologicznych i hematologicznych tych, które realizujemy, bierze udział 15 000 pacjentów. To jest naprawdę namacalna ilość ludzi, która ma okazję skorzystać z nowoczesnych terapii, jak choćby technologia kartki, którą w pewnym sensie do Polski wprowadzamy. Teraz już dzięki decyzjom pana ministra, ona jest szerzej dostępna.

2. W ciągu ostatnich trzech lat projekty onkologiczne stanowią blisko 40 procent wszystkich projektów, które finansujemy i to jest niebagatelna kwota 700 milionów złotych. To pokazuje potencjał krajowy w tym zakresie. W pewnym sensie to naukowcy są również gwarantem rękojmi wykorzystania tych pieniędzy we właściwy sposób.
3. Przyglądając się pewnemu potencjałowi środowisk naukowych, zauważamy, że niewątpliwie onkologdy kardiologii to są te grupy naukowe, zawodowe, które najwyżej plasują się, jeśli chodzi o wszelkie rankingi naukowe, również w naszych przedsięwzięciach.
4. Jednym ze sztandarowych projektów Agencji Badań Medycznych, który realizujemy już od blisko trzech lat, jest utworzenie sieci centrów wsparcia badań klinicznych. To pewnego rodzaju zmiana systemowa, jeżeli chodzi o organizację badań klinicznych. Takich centrów w Polsce za chwilę będzie 23, z czego 8 to są centra dedykowane tylko onkologii.
5. Inwestujemy nie tylko w szpitale kliniczne, w instytuty, ale również szpitale wojewódzkie, szpitale o trochę mniejszym stopniu referencyjne, które również będą dawały dostęp do najnowocześniejszych terapii na najwyższym europejskim poziomie. To będzie kolejny sposób na koordynację opieki onkologicznej w naszym kraju.
6. Ustawa o badaniach klinicznych będzie domknięciem funkcjonowania agencji zmiany paradygmatu, jeśli chodzi o orgaizację badań klinicznych. Już teraz, w ciągu ostatnich lat, kiedy podsumowaliśmy, widzimy blisko trzykrotny wzrost ilości rejestracji badań klinicznych niekomercyjnych w Polsce.
7. Kolejną bardzo istotną zmianą jest stworzenie funduszy kompensacyjnych przy urzędzie Rzecznika Praw Pacjenta. Tutaj w ciągu 90 dni pacjenci będą mogli uzyskać bardzo konkretne odszkodowanie za ewentualne działanie niepożądane.

prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński

1. Szczepienia i profilaktyka pierwotna to jest coś, co dzisiaj rzeczywiście jest bardzo efektywnym narzędziem działań profilaktycznych. Niestety nasze dzisiejsze działania nie są efektywne do tego stopnia, żebyśmy mogli powiedzieć jest dobrze. Od 2006 roku w Polsce funkcjonuje program profilaktyki wtórnej raka szyjki macicy i wskaźniki oczywiście nieco obniżyły się, ale trend, który obserwujemy, nie jest w tej chwili taki, jaki był zakładany na początku tego projektu.
2. Mamy bardzo skuteczne narzędzie i to nie tylko dotyczące nowotworów zlokalizowanych w układzie orientalnym, ale również innych lokalizacjach, chociażby głowy, szyi i ten rodzaj profilaktyki pokazuje nam, że możemy rzeczywiście bardzo skutecznie i to wcale nie w odległym czasie rzeczywiście walczyć bardzo skutecznie z chorobami cywilizacyjnymi.
3. Z niecierpliwością czekamy na obecnie procedowaną ustawę, która wprowadzi powszechną refundację na HPV. Mam nadzieję, że najpóźniej w 2023 roku rozpoczniemy akcję poszechnego szczepienia.
4. Drugą ważną kwestią w tej sprawie jest edukacja. W ramach tej działalności ministerstwo rzeczywiście zrobiło już szereg działań promocyjnych, co jest niezwykle istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego, jakie czynniki wpływają na konkretne schorzenia, a jakich możemy uniknąć w ramach różnego rodzaju działań profilaktycznych.

prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko

1. W tej chwili w Polsce, dzięki programowi dedykowanemu rakowi płuca, mamy dostęp do innowacyjnych leków. Jest to niezwykle ważne, ponieważ rak płuca, jest jednym z tych nowotworów guzów litych, gdzie postęp w zakresie leczenia w ostatnich latach jest ogromny, wręcz rewolucyjny.

2. Obecnie możemy stosować również nowe terapie, dzięki którym rak płuca, przynajmniej u części pacjentów ma szansę być chorobą przewlekłą. Nowe terapie oznaczają nie tylko koszty, ale i zmianę sposobu myślenia i zmiany organizacyjne.
3. Rak płuca jest tą wspólną przestrzenią, gdzie szereg grup i specjalistów działa ramię w ramię i właściwie bez żadnej z tych grup nie jesteśmy w stanie zapewnić pacjentom optymalnej diagnostyki i optymalnego leczenia.
4. Z niecierpliwością czekamy, aby Ministerstwo wdrożyło w życie projekt, który został przygotowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jeszcze w roku 2018.
5. Wprowadzenie skoordynowanej diagnostyki i leczenia jest w stanie poprawić znacząco nie tylko dostępność nowych, efektywnych terapii, ale i jest w stanie poprawić efektywność kosztową tego, w jaki sposób prowadzimy diagnostykę i leczenie chorych.
6. Z ogromną nadzieją patrzymy na wyniki pilotażu, który był realizowany przez Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Polskim Towarzystwem Patologii, w oczekiwaniu na unormowanie kwestii rozliczeń patomorfologii i rozwiązanie refundacji diagnostyki patomorfologicznej i diagnostyki redukcyjnej, które są ściśle powiązane z terapiami również ujętymi w programie lekowym.
7. Taka koordynacja powinna z pewnością dotyczyć również diagnostyki molekularnej. Patrząc na rozwiązania stosowane już w innych krajach, nieuchronnie zmierzamy do szerokiego wykorzystywania profilowania celowego. To są badania nie tylko kosztowne, ale badania wysoko specjalistyczne i tak, jak w tej chwili wygląda diagnostyka molekularna w raku płuca. U nas są to po prostu pojedyncze testy wykonywane celowo w jeden biomarker, a od tego już odchodzimy.
8. Mając struktury sieciowe, byłibyśmy w stanie poprawić jakość diagnostyki i poprawić jej efektywność kosztową.
9. Bardzo ważny jest dostęp dla decydentów do danych praktycznych real life, które pozwalają ocenić efektywność terapii, jak je stosujemy i jak radzimy sobie z działaniami niepożądanymi.
10. Nasi chorzy na raka płuca żyją coraz dłużej. Efektywność leczenia sekwencyjnego ukierunkowanego regularnie, efektywność ich terapii, która jest w Polsce dostępna zarówno w pierwszej, jak i w drugiej linii, wyraźnie wskazuje na to, że u części chorych należy oczekiwać wieloletnich przeżyć. To są chorzy, którzy pozostaną pod opieką, powinni pozostawać pod opieką. Natomiast to oznacza również zwiększone obciążenie dla placówek, które tą opiekę świadczą

prof. dr hab. n. med. Anna Latos-Bieleńska

1. Dwie najważniejsze rzeczy w genetyce to jakość badań genetycznych i kadry.
2. Niezwykle ważną kwestią do podjęcia są badania genetyczne w onkologii, które od jakiegoś czasu są coraz bardziej krytykowane i dochodzi czasem do sytuacji dramatycznych dla pacjentów.
3. Konieczne jest przyjęcie ustawy o testach genetycznych, na którą czekamy już 10 lat. Dotyczy ona całości genetyki jak i chorób rzadkich.
4. Drugą kwestią jest zabezpieczenie kadr. Stanowi to poważny problem, ponieważ w Polsce mamy 150 genetyków klinicznych i mniej więcej 300 specjalistów laboratoryjnej genetyki medycznej. Od maja rusza wdrożenie Planu dla Chorób Rzadkich i zapotrzebowanie kadrowe będzie potrzebne również tej dziedzinie. Tam jest ogromny rozwój badań genetycznych i to głównie metodą sekwencjonowania następnej generacji.

5. Niewątpliwie, powstanie nowej specjalizacji medycznej – genetyki molekularnej – jest niezwykle pomocne, ponieważ do diagnostyki dopuszczeni będą teraz biolodzy i technologowie, którzy już pracują ale nie do tej pory nie mieli uprawnień.
6. Poradnictwo genetyczne oraz rozmowa z pacjentem to kolejny niezwykle ważny aspekt dla którego potrzebujemy nowego zawodu medycznego – doradcy genetycznego. Byłyby to dwie ścieżki – biotechnologiczna oraz druga dla absolwentów zdrowia publicznego i psychologów. Doradca w onkologii wspierałby z jednej strony lekarza genetyka klinicznego, a z drugiej onkologa. Zbierałby wywiad, rozmawiał z pacjentem, zbierał wywiad rodzinny i byłby pierwszym, który umożliwiłby na zorientowanie się pod kątem skierowania do diagnostyki.

dr hab. n. med. Maciej Niewada

1. Chyba po raz pierwszy ustawa o Funduszu Medycznym wprowadziła taki obowiązek oceny dla terapii o wysokim poziomie innowacyjności. Agencja w oparciu o dane zbierane przez płatnika będzie wykonywać i na tej podstawie będą prowadzone dalsze negocjacje.

dr hab. n. med. Adam Maciejczyk

1. Jeżeli mówimy o realnych danych, jeżeli mówimy o porównywaniu danych, to te dane muszą być porównywalne. To brzmi jak truizm, ale prawda jest taka, że te dane, które gromadzimy, o które często wnioskujemy, że chcemy dostać z Narodowego Funduszu Zdrowia czy z jakichś innych źródeł, to one są nieporównywalne, bo są deklaratywne, a nie jasno zdefiniowane i dopiero wtedy zbierane.
2. Także to, co wiemy już po tych doświadczeniach chociażby z pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, to warto najpierw jasno zdefiniować, jaką informację gromadzimy, później ją zgromadzić, a później dopiero analizować.
3. Podstawą jest gromadzenie danych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Nasza wspólna propozycja środowisk onkologicznych to wskazanie podstawowych mierników, które powinniśmy na początku zbierać. Wejście w życie tej ustawy rozpocznie erę zbierania jasno zdefiniowanych danych.
4. W pierwszej kolejności musimy zdefiniować mierniki i mamy w tym doświadczenie, które zdobyliśmy podczas międzynarodowej certyfikacji w zakresie Comprehensive Cancer Centers w ramach projektu IBC.
5. Jeżeli mamy wszystko oprzeć na badaniach genetycznych, to musimy mieć pewność, że wyniki badań genetycznych odzwierciedlają rzeczywistość. Szczególnie, jeżeli na ich podstawie będą podejmowane decyzje terapeutyczne.
6. Dużo większy problem jest z badaniami histopatologicznymi – bardzo ważne jest stworzenie wspólnego repozytorium tych badań. Musimy przypilnować, żeby Centrum e-Zdrowia nie wycofało się z tego projektu, tylko sukcesywnie i konsekwentnie zrealizowała krok po kroku. W pierwszej kolejności biopsję, później badania operacyjne, a następnie kolejne weryfikacje.

dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld

1. Niewątpliwie pewnym problemem w leczeniu raka piersi jest to, że kilka lat temu odkryliśmy, że w przypadku bardziej złośliwych i agresywnych podtypów biologicznych raka piersi,

ważne jest żeby nie zaczynać terapii nawet w przypadku mało zaawansowanej choroby nowotworowej, od operacji, tylko od terapii systemowej.

2. Do tej pory w wielu krajach trwają bardzo szerokie badania na tym, jak zmodyfikować leczenie na odbiór i jak zoptymalizować leczenie na diamentowe tak, żeby było one jak najskuteczniejsze i żeby jak największa liczba chorych osiągnęła całkowitą remisję morfologiczną.
3. Mamy zrefundowane wiele różnych terapii na różnych etapach chorób nowotworowych, w tym oczywiście raka piersi, które może są skierowane do mniejszej grupy chorych.

dr hab. n. med. Jakub Kucharz

1. Pacjenci z nowotworami materialnymi są w pewien sposób zapomniani, zapomniani przez system, dlatego że pomimo szeregu rejestracji chociażby leków i mocno kompetentnych w tym wskazaniu w leczeniu choroby zaawansowanej rejestracji, które dokonały się już wiele lat temu, takim leczeniem dla pacjentów nie dysponujemy.
2. Wszystkie kolejne rejestracje leków, które są wprowadzane w praktyce klinicznej, czy to w Stanach Zjednoczonych czy w Europie, dotyczą terapii stosowanych już po lekach.

dr hab. n. med. Jakub Żołnierek

1. Rak nerki jest rzadką chorobą, ale o tyle specyficzną, że w zasadzie nie poddaje się klasycznej formie terapii. To leczenie systemowe opiera się na wykorzystaniu leków ukierunkowanych, molekularnych immunoterapii. W programie naukowym z wykorzystaniem nowoczesnych terapii, znalazły się zapisy numer 5, zresztą bardzo pomocne w takim sprawnym leczeniu systemowym tej rzadkiej choroby.
2. Tak, jak już słyszeliśmy lepiej jest zapobiegać niż leczyć i gasić pożar choroby, która jest w pełni objawowa z obecnością przerzutów. Koszty tego typu leczenia, nie tylko w farmakoterapii ale również procedu wokół są bardzo wysokie i trudne do policzenia. Skala problemu jest bardzo istotna tym bardziej, że w grupie chorych, u których przy pierwotnie prowadzonym leczeniu o założeniu radykalnym wiemy, że ryzyko nawrotu jest wysokie.
3. Jeśli chodzi o raka gruczołu krokowego to jest niezwykle istotny problem ze względu na skalę bowiem mówimy o najczęstszym nowotworze w populacji mężczyzn. Szacunkowe dane mówią, że niedługo przekroczymy 22 tysiące nowych rozpoznań rocznie. Mamy do czynienia z nowotworem, który w sumie jest podatny na leczenie hormonalne, dotyczy populacji starszych mężczyzn zwykle czy dojrzałych mężczyzn z obciążeniami. I to jest miejsce, gdzie to leczenie skuteczne, a dobrze tolerowane jest pożądane. Brakuje nam dostępu do nowoczesnych leków hormonalnych, które udokumentowano większą skuteczność w hamowaniu choroby nowotworowej na etapie wrażliwości na kastrację.

Barbara Dziuk

1. Jest opracowana strategia onkologiczna, która powstała po wielu latach. Żeby to zaczęło funkcjonować, trzeba przygotować pewne mechanizmy i finansowanie.
2. Jednym z wniosków podkomisji stałej ds. onkologii w Narodowym Instytucie Onkologii w Gliwicach było w odniesieniu do tej strategii podkreślenie diagnostyki POZ oraz dalsza opieka nad pacjentem, finansowanie bardzo zaawansowanej medycyny na miarę XXI wieku, jak również współpraca z ekspertami, którzy tak naprawdę oni podejmują decyzje i dedykowane leczenie dla poszczególnego pacjenta.

3. Idziemy w kierunku mniejszych ośrodków, które są nadal w nadzorze tych centrów onkologicznych. Przykładem może być Breast Cancer Unit, który naprawdę został utworzony w trzech miejscach na Śląsku.
4. Musimy wprowadzić standardy europejskie, które są sprawdzone, są dobre przekładać na polski rynek.
5. Na pewno w najbliższym czasie będę chciała pochylić się nad rakiem prostaty, rakiem pęcherza jeszcze tak dogłębnie, aby po prostu pomóc zarówno państwu, którzy jesteście niezastąpieni w tej dziedzinie, ale też i pomóc względem legislacyjnym.

prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda

1. Wiemy, że od co najmniej dziesięciu lat obserwujemy ciągły wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w hematologii i wiąże się to po pierwsze ze zwiększoną zapadalnością na nowotwory krwi, która jest obserwowana od rzeczywiście od kilkudziesięciu lat, ale z drugiej strony wiąże się to również z dynamicznym rozwojem metod diagnostycznych i leczniczych, które w ciągu ostatnich lat umożliwiły rzeczywiście wydłużenie przeżycia chorych. Trzeci element stanowi wzrastająca świadomość społeczna w tematyce ochrony zdrowia i wzrastające oczekiwania społeczeństwa wobec świadczeniodawców.
2. Elementem Narodowej Strategii Onkologicznej to przede wszystkim potrzeba wprowadzenia jednolitych standardów diagnostyczno terapeutycznych, które będą dostosowane do warunkowań społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych, które będą obowiązywać wszystkie podmioty realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.
3. Drugi element to potrzeba takich rozwiązań systemowych, które zagwarantują pacjentowi realizację całego procesu diagnostyczno terapeutycznego, a nie kawałka tego procesu, który świadczeniodawca wybiera.
4. Jest oczywiście potrzeba monitorowania całego procesu diagnostyczno – terapeutycznego i ocena efektywności klinicznej, ale również efektywności organizacyjnej.
5. Ostatnie wyzwanie to potrzeba zwiększenia liczby specjalistów hematologii. Wg. danych z 31 grudnia ubiegłego roku liczba hematologii czynnych to było 556 osób w hematologii.
6. Podstawowe metody leczenia to przede wszystkim farmakoterapia i to jest około 70% metod przez nas stosowanych. Pozostałe dwadzieścia kilka procent to jest przeszczepienie szpiku. Dostęp do leczenia jest dla nas podstawowy. Stąd bardzo ważnym obszarem wyzwań jest właśnie obszar refundacyjny.
7. Priorytety, które nam zostały jeszcze na ten rok, to również uzupełnienie pierwszej linii leczenia u chorych na szpiczaka plazmą CT. Pierwsza linia leczenia u chorych na przewlekłą białaczkę limfocytów. Mamy nadzieję, że inhibitor TK wejdzie do refundacji.
8. Potrzeb refundacyjnych jest bardzo dużo, ale też bardzo dużo udało się zrobić i zgodnie z moimi obliczeniami to jest około 30 nowych leków w nowych wskazaniach w ciągu ostatnich 4 lat.
9. Oprócz skutecznego leczenia potrzebne są też zmiany organizacyjne i systemowe.
10. Koncepcję Krajowej Sieci Hematologii w największym skrócie można zawrzeć w trzech punktach, czyli organizacja referencyjna, sieć ośrodków, koordynacja między ośrodkami, czyli koordynacja pionowa, koordynacja pozioma, czyli identyczne zasady prowadzenia pacjentów, ścieżki pacjentów we wszystkich ośrodkach i jakość, czyli te mierniki kliniczne i mierniki jakości organizacyjnej.
11. Projekt, który został przygotowany przez ekspertów klinicznych we współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i ekspertów Ministerstwa Zdrowia zakłada trójstopniowy model organizacji opieki hematologicznej w Polsce.

12. Potrzebujemy pewnych zmian, które dostosują pakiety onkologiczne do potrzeb diagnostyki hematologii, innej zmiany w obowiązujących programach lekowych.

prof. dr hab. n. med. Iwona Hus

1. Trzeba też przyznać, że w ostatnim czasie. Poprawiła się dostępność nowych leków dla chorych w Polsce. Program dotyczący leczenia, program blokowy dotyczący leczenia szpiczaka plazmocytozy czeka na swoją aktualizację, na dodanie nowych leków, ale też pewne zmiany dotyczące leków już istniejących, czyli rozszerzenie pewnych wskazań i może trochę ułatwienie ich stosowania.
2. Badania genetyczne rzeczywiście są tutaj bardzo istotne, bo w przypadku chorych na szpiczaka wysokiego ryzyka to postępowanie powinno być nieco inne.

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos

1. Konieczna jest aktualizacja obecnego programu lekowego w kontekście szpiczaka plazmocytozy, co jest związane z ostatnimi decyzjami refundacji cen i liczymy, że te prace już niedługo zostaną czy ukończone.
2. Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozy jest ściśle związane z farmakoterapią, dlatego tak ważna jest dostępność dla nowych grup terapeutycznych. Obecnie mamy duży postęp i najwięcej jak dotychczas badań klinicznych rejestrujących nowe leki i ich kombinacje, a także ciągłość aktualizacji programu lekowego.
3. Dostępność do nowych cząsteczek jest kluczowa, bo tylko dzięki temu ci pacjenci dłużej żyją.
4. Zdecydowana większość chorych w krajach Unii Europejskiej kumuluje się w pierwszych trzech liniach leczenia, co jak najbardziej odpowiada trendom w naszym programie lekowych, że największa dostępność jest dla tych grup pacjentów. Nadal mamy odsetek pacjentów w obecnych liniach leczenia, które będzie wymagał coraz bardziej nowoczesnych terapii.

prof. dr hab. n. med. Wojciech Jurczak

1. Ostatnie 10-15 lat to eksplozja nowych metod leczenia i olbrzymia poprawa rokowania tych pacjentów.
2. Obecnie w badaniach klinicznych, w ośrodkach, które je prowadzą, można leczyć 30/40 procent wszystkich chorych. Ma to ogromne znaczenie dla pacjentów, którzy mogą być leczeni w ramach trendów i standardów, ale i stanowi oszczędności dla budżetu państwa.

dr n. med. Roman Topór-Mądry

1. Rocznie tracimy około 13 milionów lat w zdrowiu, z czego 20/30% to są nowotwory co daje 2,7 milionów rocznie lat życia w zdrowiu, które tracimy jako społeczeństwo.
2. Najważniejszy aspekt to jest oczywiście profilaktyka, bo wiemy, że te efekty, jeżeli znajdziemy skuteczne leczenie i one będą w stanie, czy w początkowym stadium, czy późniejszym wyleczyć stuprocentowo, będą zdowalające. Ale takich terapii nie ma za wiele, więc ta profilaktyka jest niezwykle ważna. Dla decydentów jest to ważne, czy 17 miliardów ulokować w terapię i leczenie czy w prewencję i zapobiegnięcie 99% chorób.
3. Pracujemy obecnie z kolegami ze Stanów Zjednoczonych nad analizami na poziomie powiatów, żeby można było obserwować rzeczywiste wdrażanie poszczególnych interwencji, technologii

medycznych oraz organizacji. Bez tych elementów organizacyjnych nie jesteśmy w stanie efektywnie wdrożyć technologii.

4. Ja patrzę na pryzmat możliwości leczenia, przede wszystkim z punktu widzenia tego, czy mamy dobre badania kliniczne na samym początku w takim niezwykle ważnym elemencie wdrażania nowych, jakim jest Fundusz Medyczny.
5. Powinniśmy widzieć, jak wprowadzane poszczególne technologie organizacyjne i elementy usprawniają nam system. Jeśli już wprowadzamy np. sieć onkologiczną, to znaczy, że jesteśmy jej pewni, czyli jesteśmy w stanie ją opisać, przede wszystkim liczbowo, żeby zobaczyć czy doszliśmy do tych oczekiwań. Wtedy będziemy w stanie przełożyć to na 12 milionów utraconych lat życia w zdrowiu co dodatkowo można policzyć przez PKB. I to jest to PKB, które tracimy.

Maciej Miłkowski

1. Wielu moich przedmówców już podkreśliło zmianę podejścia do programów lekowych, gdzie bardzo istotnym elementem jest wczesne zdiagnozowanie pacjentów. Oczywiście to właściwe diagnozowanie, to też ustalenie ścieżki terapeutycznej. Po jej ustaleniu będzie trzeba uwzględnić oceny przygotowywane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Koszt niektórych terapii trzeba będzie powiększyć o zdiagnozowanie pacjentów oraz koszt przygotowania pacjenta, który się kwalifikuje do danej terapii lekowej.
2. W ostatnich czterech miesiącach wpłynęło do AOTMiT więcej wniosków niż przez ostatnie 2 lata i Prezes Topór-Mądry wielokrotnie spotykał się z Ministrem Zdrowia z prośbą o przedłużenie terminów na ich analizę. Od tego uzależniamy jak wiele rzeczy zrobić na 1 stycznia. Wiemy już, że listopad jest zamknięty i onkologia jest jeszcze do zrobienia właśnie na tydzień i mamy nadzieję, że uda nam się dużo zrobić.
3. Jeśli chodzi o raka gruczołu krokowego, będzie to najpewniej marzec bo tutaj zbyt dużo się dzieje w różnych dziedzinach. Ciekawym podejściem jest pominięcie aspektu chemioterapii i być może od razu przeanalizowanie programu refundacyjnego w aptece. Z pewnością alternatywne podejście wartoby było przeanalizować.
4. W przyszłym roku chcemy przeanalizować faktyczne dane, żeby sprawdzić czy nie płacimy za placebo, czy nie należy w niektórych przypadkach cofnąć finansowanie ze względu na różne kryteria refundacji leków na wniosek Ministra Zdrowia, bo z tego na pewno za rzadko korzystamy.

dr n. med. Tomasz Latos

1. Jest bardzo wiele do zrobienia, nie tylko w kwestiach organizacyjnych i kwestiach ustawowych ale również z jednej strony spotykamy się wszyscy z rosnącą presją na włączanie różnych nowych terapii, różnych nowych leków i jest to poniekąd zrozumiałe, aczkolwiek gwoli sprawiedliwości trzeba raz jeszcze podkreślić to, że to właśnie w tych ostatnich kilku latach włączono bardzo wiele nowych terapii, bardzo wiele nowych leków.
2. To co jest zaproponowane do wdrożenia, to nie tylko nowe terapie i leki, ale i nowoczesne terapie w radiologii interwencyjnej, aplikacje, które jak najbardziej mogą być wykorzystywane, a do tej pory nie są refundowane.

Uczestnicy HEALTHCARE POLICY SUMMIT – ONKOLOGIA

- **Maciej Miłkowski**, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia;
- **dr hab. n.med. Radosław Sierpiński**, Prezes Agencji Badań Medycznych;
- **dr n. med. Roman Topór-Mądry**, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- **dr n. med. Tomasz Latos**, Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia;
- **Barbara Dziuk**, Przewodnicząca Podkomisji stałej do spraw onkologii Sejmowej Komisji Zdrowia;
- **dr n. med. Piotr Winciunas**, Naczelny Lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Przewodniczący Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie;
- **prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda**, Konsultant krajowa w dziedzinie hematologii, Dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie;
- **prof. dr hab. n. med. Anna Latos-Bieleńska**, Konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej, Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu;
- **prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński**, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie;
- **prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski**, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie;
- **dr hab. n. med. Adam Maciejczyk**, Przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, Kierownik Kliniki Radioterapii Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu;
- **prof. dr hab. n. med. Iwona Hus**, Prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, Kierownik Kliniki Hematologii CSK MSWiA w Warszawie;
- **prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos**, Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli;
- **prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko**, Kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie;
- **prof. dr hab. n. med. Wojciech Jurczak**, Kierownik Pododdziału Nowotworów Układu Chłonnego Kliniki Onkologii Klinicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Krakowie;
- **dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld**, Kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Warszawie;
- **dr hab. n. med. Jakub Kucharz**, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Warszawie;
- **dr hab. n. med. Jakub Żołnierek**, Klinika Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie;
- **dr hab. n. med. Maciej Niewada**, Prezes Zarządu HealthQuest, Past-Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, adiunkt Katedry Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.



**Instytut Rozwoju
Spraw Społecznych**