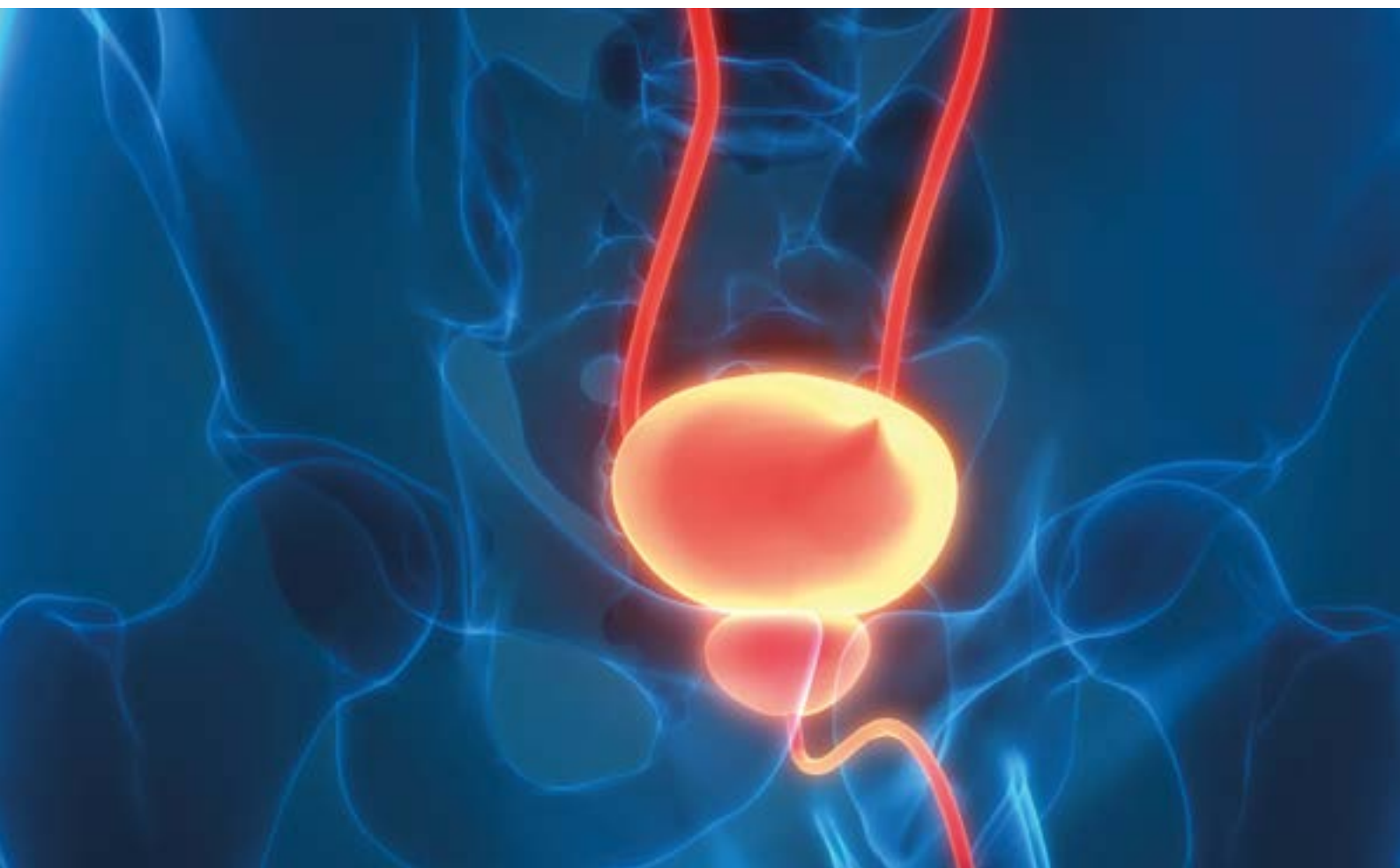




POLICY PAPER

Diagnostyka i leczenie pęcherza moczowego – rekomendacje ekspertów

Dokument powstał na podstawie debaty „Wyrównywanie szans. Czy polscy pacjenci mają szansę dołączyć do czołówki europejskiej, a rak pęcherza do optymalnie leczonych nowotworów”, która odbyła się 26 lutego 2025 r. w Centrum Biblioteczno-Informacyjnym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w trybie hybrydowym

Rak pęcherza moczowego stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań onkologicznych w Polsce. W 2022 roku diagnozowanych zostało prawie 7000 nowych przypadków, a niemal 4000 osób zmarło z powodu tego nowotworu. Śmiertelność z powodu raka pęcherza w 2024 roku w Polsce była najwyższa wśród wszystkich krajów europejskich. Choć istnieją wytyczne dotyczące wczesnego diagnozowania tej choroby, pacjenci często trafiają do specjalistów w jej zaawansowanym stadium, co znacząco pogarsza ich rokowanie. Urolog, prof. Tomasz Drewna ostrzega: „liczba chorych z rakiem pęcherza leczonych w ciągu roku osiągnie w Polsce niedługo 60 tysięcy pacjentów.” Z kolei onkolog prof. Piotr Rutkowski podkreśla: „Rak pęcherza moczowego stanowi coraz istotniejszy problem społeczny, odpowiadając za około 3% zachorowań na nowotwory złośliwe (czyli ponad 7500 nowych przypadków) i ponad 2% zgonów z powodu nowotworów (około 4000 chorych rocznie)”.

ok. **20%**

pacjentów dowiaduje się o diagnozie zbyt późno, czyli w zaawansowanym stadium choroby. Wynika to z niskiej świadomości społecznej oraz problemów organizacyjnych – długiego czasu oczekiwania na badania diagnostyczne, w tym cystoskopię.

NAJWAŻNIEJSZE PROBLEMY

Niska świadomość społeczna i opóźniona diagnostyka

- Brak dostatecznej edukacji zdrowotnej na temat objawów raka pęcherza, zwłaszcza krwimocz
- Zbyt niska świadomość społeczna, że palenie tytoniu jest czynnikiem sprzyjającym rozwojowi raka pęcherza moczowego
- Zbyt długi czas oczekiwania na wizytę u urologa z powodu konieczności pozyskania skierowania od lekarza pierwszego kontaktu

Rak pęcherza moczowego pozostaje jednym z nowotworów, którego wczesna diagnostyka jest kluczowa dla skutecznego leczenia. Niestety, brak wiedzy o jego objawach sprawia, że pacjenci często zgłaszają się do lekarza w zaawansowanym stadium choroby. Urolog, prof. Piotr Chłosta, zwraca uwagę na kluczowy objaw, który powinien skłaniać do bezzwłocznych działań w kierunku postawienia diagnozy: „Bezbolesny krwimocz pojawia się nagle i równie szybko może ustępować, co sprawia, że pacjenci go bagatelizują. Tymczasem jest to pierwszy, główny i zasadniczy objaw raka pęcherza moczowego”.

Jednym z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju raka pęcherza moczowego jest palenie tytoniu. Jednak świadomość tego zagrożenia wśród pacjentów pozostaje niewystarczająca. Substancje rakotwórcze zawarte w dymie tytoniowym dostają się do układu moczowego, zwiększając ryzyko wystąpienia choroby. Zachorowaniu sprzyja też szereg czynników środowiskowych, jak częsty kontakt z aminami aromatycznymi oraz wyciekami z produktów rafineryjnych. To czyni m.in. strażaków i pracowników przemysłu petrochemicznego szczególnie narażonymi na zachorowanie. „Pacjenci muszą być lepiej informowani o zagrożeniach wynikających z ekspozycji na te substancje” – podkreśla prof. Chłosta.

Obok braku świadomości i edukacji zdrowotnej poważnym problemem w Polsce pozostaje zbyt długi czas oczekiwania na wizytę u urologa. Ze względu na konieczność uzyskania skierowania od lekarza pierwszego

kontaktu, pacjenci nierzadko trafiają do specjalisty z dużym opóźnieniem – obecnie na wizytę u urologa czeka się, w zależności od województwa, od 80 do 275 dni.

**Nawet
274 dni**

trzeba czekać na wizytę u urologa w Polsce. Tak długi czas oczekiwania opóźnia postawienie diagnozy i wdrożenie leczenia, co obniża jego skuteczność i zwiększa ryzyko progresji choroby.

Niedostateczna jakość i dostępność diagnostyki

- Ograniczony dostęp do cystoskopii giętkiej oraz długie kolejki do przezcewkowej elektroresekcji guza (TURBT)
- Niedobór patologów skutkujący długim oczekiwaniem na wyniki badania histopatologicznego
- Brak kompleksowego podejścia do diagnostyki, skutkujący rozpoznaniem raka dopiero w zaawansowanych stadiach

Jednym z największych problemów w diagnostyce raka pęcherza moczowego w Polsce jest ograniczony dostęp do cystoskopii giętkiej – badania umożliwiającego ocenę wnętrza pęcherza moczowego w sposób mniej inwazyjny i bardziej komfortowy dla pacjenta w porównaniu do tradycyjnej cystoskopii sztywnej. Choć cystoskopia giętka znacząco poprawia komfort pacjenta i umożliwia szybszą diagnostykę, dostępność tego badania w publicznym systemie ochrony zdrowia jest niewystarczająca. Wielu pacjentów jest zmuszonych korzystać z mniej komfortowej cystoskopii sztywnej lub czekać na badanie długie miesiące. Co więcej, długie kolejki do przezcewkowej elektroresekcji guza (TURBT) powodują dalsze opóźnienia w rozpoczęciu leczenia. TURBT jest podstawowym zabiegiem umożliwiającym nie tylko usunięcie zmian nowotworowych, ale także ocenę stopnia zaawansowania choroby. Opóźnienia w jego wykonaniu mogą prowadzić do progresji nowotworu i ograniczenia skuteczności dalszego leczenia. Po wykonaniu TURBT niezbędna jest analiza histopatologiczna pobranego materiału. W Polsce brakuje lekarzy patologów, co znacząco wydłuża czas oczekiwania na wyniki. W wielu ośrodkach pacjenci muszą czekać tygodniami na potwierdzenie diagnozy i określenie stopnia zaawansowania nowotworu. To opóźnienie wpływa na czas rozpoczęcia leczenia i może pogarszać rokowania chorych.

System diagnostyki raka pęcherza moczowego w Polsce często nie zapewnia pacjentom kompleksowej ścieżki diagnostycznej, co skutkuje późnym wykrywaniem choroby. Brak koordynacji działania specjalistów, ograniczony dostęp do nowoczesnych metod diagnostycznych oraz długi czas oczekiwania na badania i ich wyniki prowadzą do tego, że ta choroba jest często rozpoznawana dopiero w zaawansowanym stadium.

Najczęściej wykonywane świadczenia we wskazaniu raka pęcherza – liczba pacjentów

	2022 r.
chemioterapia (ICD-9 99.25)	4 562
TURBT (57.49)	2 430
cystoskopia (endoskop sztywny)	7 341
cystoskopia (endoskop giętki)	1 839

Źródło: Raport „Rak pęcherza moczowego. Ścieżka pacjenta i algorytm postępowania terapeutycznego”. Warszawa 2024

Problemy w leczeniu chirurgicznym

- Zbyt niska liczba wykonywanych cystektomii w wielu ośrodkach, co przekłada się na gorsze wyniki leczenia
- Niedoszacowanie kosztów cystektomii wykonywanej w asyście robota chirurgicznego
- Decentralizacja leczenia pacjentów – w zbyt wielu ośrodkach operacje wykonuje się sporadycznie, co nie pozwala na uzyskanie odpowiedniej jakości zabiegu (brak doświadczenia)

Jednym z kluczowych problemów w leczeniu chirurgicznym raka pęcherza moczowego jest fakt, że leczenie jest rozproszone (w wielu ośrodkach wykonuje się zbyt mało cystektomii). Badania jednoznacznie wskazują, że centra wykonujące większą liczbę tych operacji osiągają lepsze wyniki leczenia, zarówno pod względem przeżywalności pacjentów, jak i redukcji powikłań pooperacyjnych. Niestety, w Polsce w wielu szpitalach wykonuje się jedynie pojedyncze zabiegi w ciągu roku, co nie pozwala chirurgom zdobyć odpowiedniego doświadczenia i wprawy w przeprowadzaniu tych skomplikowanych procedur.

Cystektomia wykonywana w asyście robota chirurgicznego jest nowoczesną metodą leczenia, która minimalizuje ryzyko powikłań i skraca czas rekonwalescencji pacjenta. Jednak koszty operacji wykonywanych przy użyciu robota są niedoszacowane, co zniechęca szpitale do inwestowania w tę technologię. W efekcie pacjenci, którzy mogliby skorzystać z mniej inwazyjnej metody, nadal poddawani są klasycznym operacjom otwartym, które wiążą się z dłuższą hospitalizacją i większym ryzykiem powikłań.

Kolejnym istotnym problemem jest brak centralizacji leczenia pacjentów z rakiem pęcherza moczowego. W Polsce wciąż funkcjonuje model, w którym małe placówki próbują realizować skomplikowane zabiegi bez odpowiedniego zaplecza kadrowego i technicznego. W konsekwencji, po zabiegu, kiedy doświadczony operator jest nieobecny, pacjenci są narażeni na duże ryzyko powikłań w szpitalu, który może nie zapewnić im wielospecjalistycznej opieki.

Niedostateczne wykorzystanie leczenia systemowego

- Niski odsetek pacjentów otrzymujących przedoperacyjną chemioterapię neoadjuwantową.
- Ograniczona dostępność nowoczesnych terapii systemowych dla pacjentów z zaawansowaną chorobą.
- Brak odpowiedniego finansowania leczenia immunoterapią w drugiej linii po niepowodzeniu chemioterapii.

Chemioterapia neoadjuwantowa, czyli podawana przed operacją radykalnej cystektomii, jest standardem postępowania w leczeniu raka pęcherza moczowego. Badania kliniczne wykazały, że jej zastosowanie znacząco poprawia wyniki leczenia, zwiększając odsetek przeżyć oraz redukując ryzyko nawrotu choroby. Niestety, w Polsce odsetek pacjentów otrzymujących to leczenie jest niski. Prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki zwraca uwagę na ten problem: „W zakresie możliwości leczenia systemowego przede wszystkim to, na co zwracamy uwagę, to cały czas zbyt rzadkie wykorzystywanie w Polsce klasycznej taniej chemioterapii, która stanowi standard postępowania u chorych z rozpoznaniem nowotworu pęcherza moczowego, który musi być kwalifikowany do radykalnej cystektomii. Brak wykorzystania powszechnie potencjalnie

dostępnej terapii opartej o znane dobrze i tanie leki chemioterapeutyczne nie wynika z kwestii ograniczeń refundacji czy dostępności do leków, ale z braku stosowania ich przez onkologów i urologów w mniejszych ośrodkach klinicznych”.

Fakt, że nie stosuje się chemioterapii neoadjuwantowej, często wynika z niedostatecznej współpracy między urologami a onkologami oraz zbyt małej liczby konsyliów wielodyscyplinarnych, w czasie których lekarze różnych specjalności mogliby bardziej kompetentnie podejmować decyzje terapeutyczne.

W przypadku pacjentów z zaawansowanym nowotworem pęcherza moczowego, leczenie systemowe jest kluczowe dla poprawy przeżywalności. Współczesne opcje terapeutyczne, takie jak immunoterapia czy terapie celowane, są standardem w krajach o rozwiniętej opiece onkologicznej. W Polsce ich dostępność jest jednak ograniczona, co znacząco wpływa na jakość leczenia chorych.

Immunoterapia stanowi przełom w leczeniu nowotworów, a jej skuteczność w leczeniu raka pęcherza moczowego została potwierdzona licznymi badaniami. W Polsce brakuje odpowiedniego finansowania immunoterapii w drugiej linii leczenia, czyli po niepowodzeniu chemioterapii.

Zachorowania i zgony z powodu raka pęcherza moczowego

	KRN: liczba zachorowań	KRN: liczba zgonów	% zgonów w stosunku do zachorowań
2016	7 490	3 824	51
2017	7 501	3 955	53
2018	7 674	3 973	52
2019	7 547	4 148	55
2020	6 422	4 117	64
2021	7 043	3 867	55
2022	6877	3927	57

Źródło: Raport „Rak pęcherza moczowego. Ścieżka pacjenta i algorytm postępowania terapeutycznego”. Warszawa 2024

REKOMENDACJE DLA POPRAWY SYTUACJI

1. Poprawa edukacji i świadomości społecznej

- Kampanie społeczne na temat znaczenia krwiomoczu jako objawu raka pęcherza moczowego
- Budowanie czujności lekarzy POZ w kontekście krwiomoczu
- Promowanie działań antynikotynowych w kontekście profilaktyki onkologicznej

Jednym z kluczowych problemów w diagnostyce raka pęcherza moczowego jest niska świadomość społeczna dotycząca objawów choroby oraz czynników ryzyka. Edukacja pacjentów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest niezbędna do wcześniejszego wykrywania nowotworu i skuteczniejszego leczenia.

Szymon Chrostowski, Prezes Fundacji Wygrajmy Zdrowie, zwraca uwagę na istotną rolę edukacji pacjenta: „Edukacja pacjenta pozwoli mu zrozumieć ścieżkę leczenia, dzięki czemu będzie on lepiej stosował się do zaleceń lekarzy w czasie terapii. Wiedza o czynnikach ryzyka jest w Polsce niewystarczająca. Najważniejszym czynnikiem wpływającym na obniżenie ryzyka zachorowania na raka pęcherza moczowego jest zaprzestanie palenia tytoniu, ale istotne jest także zmniejszenie ekspozycji na chemiczne kancerogeny, co może być wskazówką przy wyborze sprzętu i metod działania dla straży pożarnej”.

Opóźniona diagnostyka jest jednym z głównych powodów późnego wykrywania raka pęcherza moczowego. Konieczne są zmiany systemowe, które umożliwią wcześniejsze sformułowanie diagnozy i wdrożenie leczenia.

Proponowane rozwiązania:

- ➔ **zwiększenie dostępności cystoskopii giętkiej jako standardowej metody diagnostycznej w podejrzeniu raka pęcherza,**
- ➔ **skrócenie czasu oczekiwania na badania histopatologiczne, co można osiągnąć poprzez zwiększenie liczby patologów oraz usprawnienie organizacji pracy laboratoriów,**
- ➔ **wprowadzenie ścieżki onkologicznej dla pacjentów z podejrzeniem raka pęcherza, aby osoby zgłaszające objawy, takie jak krwimocz, miały priorytetowy dostęp do diagnostyki i specjalistów.**

2. Optymalizacja ścieżki diagnostycznej

- Ułatwienie dostępu do badań cystoskopowych, zwłaszcza giętkiej cystoskopii w trybie ambulatoryjnym.
- Zwiększenie liczby patologów oraz wprowadzenie priorytetowego trybu badań histopatologicznych dla pacjentów onkologicznych.
- Wdrożenie szybszej diagnostyki w ramach karty DiLO, szczególnie dla pacjentów z podejrzeniem raka pęcherza.

„Pacjent teraz musi trafić do lekarza pierwszego kontaktu, żeby uzyskać skierowanie do urologa, a objawy są niezwykle często ignorowane lub niewłaściwie leczone”

prof. Paweł Wiechno

Poprawa ścieżki diagnostycznej raka pęcherza moczowego jest kluczowa dla skutecznego leczenia i zwiększenia szans pacjentów na przeżycie. Wdrożenie szybszych procedur, zwiększenie dostępności badań oraz usprawnienie systemu skierowań może znacząco poprawić wyniki leczenia i komfort pacjentów. Współpraca środowiska medycznego, decydentów oraz organizacji pacjenckich jest niezbędna do skutecznego wdrożenia tych zmian.

Prof. Paweł Wiechno zwraca uwagę na problem ograniczonego dostępu do specjalistów: „Pacjent teraz musi trafić do lekarza pierwszego kontaktu, żeby uzyskać skierowanie do urologa, a objawy są niezwykle często ignorowane lub niewłaściwie leczone. Podstawową poprawę w wynikach leczenia raka pęcherza

moczowego w Polsce można uzyskać jedynie przez poprawę dostępności do pierwszego specjalisty, który powinien rozpoznać nowotwór. Mam na myśli urologa, a ten dostęp jest niestety utrudniony.” Dodatkowo ekspert podkreśla konieczność zmian w systemie skierowań: „Pacjent z poważnymi objawami powinien móc zgłosić się do urologa jak najszybciej i jak najprościej. Wydaje się, że powinna być utworzona szybsza ścieżka dla pacjentów z dolegliwościami ze strony układu moczowego”.

„Pacjent z podejrzeniem raka pęcherza powinien mieć szybki dostęp do urologa, bez konieczności skierowania od lekarza rodzinnego”

prof. Paweł Wiechno

3. Centralizacja i poprawa jakości leczenia chirurgicznego

- Ograniczenie wykonywania cystektomii w ośrodkach o małym doświadczeniu i skierowanie pacjentów do placówek high-volume.
- Wprowadzenie systemu jakości oceny wyników leczenia chirurgicznego.
- Urealnienie wycen cystektomii i dostosowanie finansowania do realnych kosztów operacji.

Centralizacja leczenia chirurgicznego raka pęcherza moczowego oraz poprawa jakości operacji są niezbędne dla zwiększenia przeżywalności pacjentów i optymalizacji efektów terapii. Wdrożenie standardów jakości, skierowanie pacjentów do ośrodków wielospecjalistycznych oraz adekwatne finansowanie operacji to kluczowe kroki w poprawie sytuacji. Konieczna jest współpraca środowiska medycznego oraz decydentów w celu wdrożenia tych zmian na poziomie systemowym. Prof. Paweł Wiechno podkreśla, że leczenie pacjentów powinno odbywać się w specjalistycznych ośrodkach: „Leczenie pacjentów z rakiem pęcherza moczowego powinno przebiegać w ośrodkach, które wiedzą, co robią, i dysponują doskonałym dostępem do wszystkich specjalistów. (...) z urologiem ramię w ramię na pewno powinien pracować onkolog kliniczny”.

„Należy zmniejszyć liczbę ośrodków wykonujących pojedyncze zabiegi cystektomii rocznie i skoncentrować leczenie w centrach doskonałości.”

prof. Piotr Wysocki

4. Zwiększenie dostępności leczenia farmakologicznego

- Wprowadzenie standardu przedoperacyjnej chemioterapii dla wszystkich pacjentów kwalifikujących się do cystektomii.
- Poszerzenie dostępu do nowoczesnych terapii, zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi postępowania klinicznego, w tym immunoterapii drugiej linii.

„Ministerstwo Zdrowia powinno pilnie rozszerzyć refundację terapii immunologicznych i celowanych w leczeniu raka pęcherza, zgodnie z międzynarodowymi standardami”

dr Jakub Gierczyński, ekspert ochrony zdrowia

„Dla większości specjalistów nie do pomyślenia jest brak konsylium, szczególnie gdy w grę wchodzi leczenie radykalne. Ich zdaniem, specyfika raka pęcherza wymusza wręcz konsylium, w którym powinni brać udział specjaliści wielu dziedzin”

dr Iwona Skoneczna, Narodowy Instytut Onkologii

Poprawa dostępności leczenia systemowego raka pęcherza moczowego wymaga kompleksowych działań, obejmujących wprowadzenie standardu przedoperacyjnej chemioterapii, rozszerzenie refundacji nowoczesnych terapii i stabilizację dostaw niektórych leków. Kluczowym elementem jest również organizacja leczenia w oparciu o wielodyscyplinarne konsylia, co pozwoli na poprawę wyników terapeutycznych i zwiększenie szans pacjentów na skuteczne leczenie.

Wielu pacjentów boryka się z ograniczonym dostępem do nowoczesnych terapii, zwłaszcza w drugiej linii leczenia. Immunoterapia, uznawana za przełomową metodę w leczeniu zaawansowanego raka pęcherza, nadal nie jest powszechnie refundowana. Jak zaznacza prof. Piotr Wysocki: „Brak refundacji pembrolizumabu w raku pęcherza jest niezrozumiały, bo ten lek jest refundowany w wielu innych nowotworach. Pacjenci, którzy nie odpowiadają na chemioterapię, są karani przez system brakiem dostępu do skutecznego leczenia”.

Dodatkowym wyzwaniem jest ułatwienie finansowania leczenia sekwencyjnego u pacjentów z zaawansowaną chorobą, co mogłoby poprawić ich rokowania i jakość życia.

Brak dostępności kluczowych leków stosowanych w leczeniu raka pęcherza, takich jak mitomycyna i BCG, stanowi istotny problem. Prof. Piotr Chłosta wskazuje: „Problemem jest dostępność mitomycyny i BCG. Mieliśmy już przestoje w dostawie tych leków, a alternatywy często są mniej skuteczne”. Brak stabilnych dostaw tych preparatów może prowadzić do wzrostu ryzyka nawrotu nowotworu. „Musimy zapewnić stabilne dostawy mitomycyny i BCG, bo ich brak może oznaczać dla pacjentów większe ryzyko nawrotu nowotworu”. Prof. Piotr Wysocki zwraca uwagę na kwestię stosowania w pierwszej linii połączenia pembrolizumabu i enfortumabu wedotyny: „To schemat postępowania oparty o dwa bardzo nowoczesne, innowacyjne leki, który okazuje się mieć największy potencjał działania w pierwszej linii leczenia. Zdecydowanie przebijający to, co możemy uzyskać przy stosowaniu aktualnego standardu, którym jest chemioterapia z ewentualną immunoterapią podtrzymującą. Jest to niezwykle wartościowy schemat, dlatego że działa u chorych, u których z powodu na przykład niewydolności nerek, która często pojawia się u chorych na raka pęcherza, nie możemy stosować pochodnych platyn. Jest to schemat dla chorych z bardzo nasilonymi objawami choroby, który pozwala w ciągu kilkunastu dni uzyskiwać wyraźną reakcję i cofanie się choroby, a więc ustępowanie objawów, które często mogą zagrażać życiu. Niewątpliwie pojawienie się tego schematu w ramach refundacji rozbuduje nasze możliwości personalizacji leczenia systemowego. Nie każdy chory w ramach pierwszej linii będzie potrzebował tak agresywną strategię leczenia, ale jest część chorych, dla których jest ona jedyną formą postępowania dającą szansę na wycofanie bardzo zaawansowanej choroby i bardzo wyraźną poprawę odległego rokowania”.

Mateusz Oczkowski, Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia, zapewnia, że rak urotelialny jest priorytetem w zakresie prac onkologicznych resortu: „Toczą się trzy postępowania refundacyjne w zakresie leków celowanych. Daliśmy jeszcze czwartą substancję, która również

znajduje się w wytycznych klinicznych w ramach oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Te cztery substancje chcielibyśmy, żeby znalazły się w polskim systemie refundacji”.

Eksperti podkreślają konieczność rozszerzenia refundacji terapii immunologicznych i celowanych zgodnie z międzynarodowymi standardami. Dr Jakub Gierczyński, ekspert ochrony zdrowia, wskazuje: „Ministerstwo Zdrowia powinno pilnie rozszerzyć refundację terapii immunologicznych i celowanych w leczeniu raka pęcherza, zgodnie z międzynarodowymi standardami”.

Skuteczność leczenia raka pęcherza zależy również od właściwej organizacji procesu terapeutycznego. Jak podkreśla dr Iwona Skoneczna z Narodowego Instytutu Onkologii: „Dla większości specjalistów nie do pomyślenia jest brak konsylium, szczególnie gdy w grę wchodzi leczenie radykalne. Ich zdaniem, specyfika raka pęcherza wymusza wręcz konsylium, w którym powinni brać udział specjaliści wielu dziedzin”.

PROBLEM	ROZWIĄZANIA
Wysoka śmiertelność – rak pęcherza pozostaje jednym z najczęstszych i najbardziej śmiertelnych nowotworów układu moczowego w Polsce.	Edukacja lekarzy pierwszego kontaktu – zwiększenie świadomości na temat objawów raka pęcherza i konieczności szybkiej diagnostyki.
Niewystarczający dostęp do urologów – pacjenci muszą najpierw otrzymać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, co wydłuża proces diagnostyki.	Poprawa dostępu do specjalistów – umożliwienie pacjentom z podejrzeniem raka pęcherza bezpośredniego dostępu do urologa.
Problemy systemowe – dostęp do diagnostyki i leczenia jest ograniczony przez bariery administracyjne i organizacyjne.	Wprowadzenie ścieżki onkologicznej dla pacjentów z podejrzeniem raka pęcherza – osoby zgłaszające objawy mają priorytetowy dostęp do diagnostyki i specjalistów.
Rozproszenie ośrodków leczenia – brak centralizacji leczenia w wyspecjalizowanych placówkach pogarsza wyniki terapii.	Centralizacja leczenia – stworzenie wyspecjalizowanych ośrodków onkologicznych dla pacjentów z rakiem pęcherza, co poprawiłoby wyniki leczenia.
Zbyt rzadkie stosowanie chemioterapii przedoperacyjnej – mimo że poprawia wyniki leczenia, nie jest stosowana wystarczająco często.	Szersze stosowanie terapii wielodyscyplinarnej – wprowadzenie standardu, w którym onkolog, urolog i radioterapeuta wspólnie decydują o leczeniu.

PROBLEM	ROZWIĄZANIA
Brak dostępu do nowoczesnych terapii dla niektórych pacjentów – immunoterapia i leczenie celowane nie są dostępne we wszystkich wskazaniach refundacyjnych.	Rozszerzenie refundacji nowoczesnych terapii – włączenie do programów lekowych immunoterapii w szerszym zakresie i umożliwienie stosowania leków celowanych dla większej liczby pacjentów.
Problemy z dostępnością leków – zwłaszcza w przypadku terapii do pęcherzowej (np. mitomycyny i szczepionki BCG).	Poprawa dostępności terapii do pęcherzowej – zapewnienie stabilnych dostaw mitomycyny i szczepionki BCG oraz odpowiednia refundacja tych procedur.
Ignorowanie objawów – pacjenci często bagatelizują pierwsze symptomy, takie jak bezbolesny krwimocz, a lekarze pierwszego kontaktu mogą nieprawidłowo diagnozować objawy.	Kampanie informacyjne dla pacjentów – podkreślenie znaczenia wczesnych objawów i potrzeby szybkiej diagnostyki.

Skład ekspercki debaty „Wyrównywanie szans. Czy polscy pacjenci mają szansę dołączyć do czołówki europejskiej, a rak pęcherza do optymalnie leczonych nowotworów”, która odbyła się 26 lutego 2025 r. (w kolejności alfabetycznej):

1. prof. dr hab. n. med. Piotr Chłosta, Kierownik Katedry Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum
2. Szymon Chrostowski, Prezes Fundacji „Wygrajmy Zdrowie”
3. Mateusz Oczkowski, Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia
4. Tadeusz Tomaszewski, Poseł na Sejm RP, Członek Związku Ochotniczych Straży Pożarnych RP
5. prof. dr hab. n. med. Paweł Wiechno, Kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej–Curie w Warszawie, Przewodniczący Oddziału Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
6. prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki, Kierownik Kliniki Onkologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kierownik Oddziału Klinicznego Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
7. dr hab. n. med. Jakub Żołnierek, Członek Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

Źródła:

1. Debata „Wyrównywanie szans: Czy polscy pacjenci mają szansę dołączyć do czołówki europejskiej, a rak pęcherza do optymalnie leczonych nowotworów”. Instytut Rozwoju Spraw Społecznych, Warszawa, 26 lutego 2025.
2. Raport „Rak pęcherza moczowego. Ścieżka pacjenta i algorytm postępowania terapeutycznego”. Warszawa 2024.
3. Apel w sprawie raka pęcherza moczowego zaprezentowany przez Szymona Chorostowskiego, Prezesa Fundacji „Wygrajmy Zdrowie”, podczas debaty „Wyrównywanie szans. Czy polscy pacjenci mają szansę dołączyć do czołówki europejskiej, a rak pęcherza do optymalnie leczonych nowotworów”. 26 lutego 2025.

