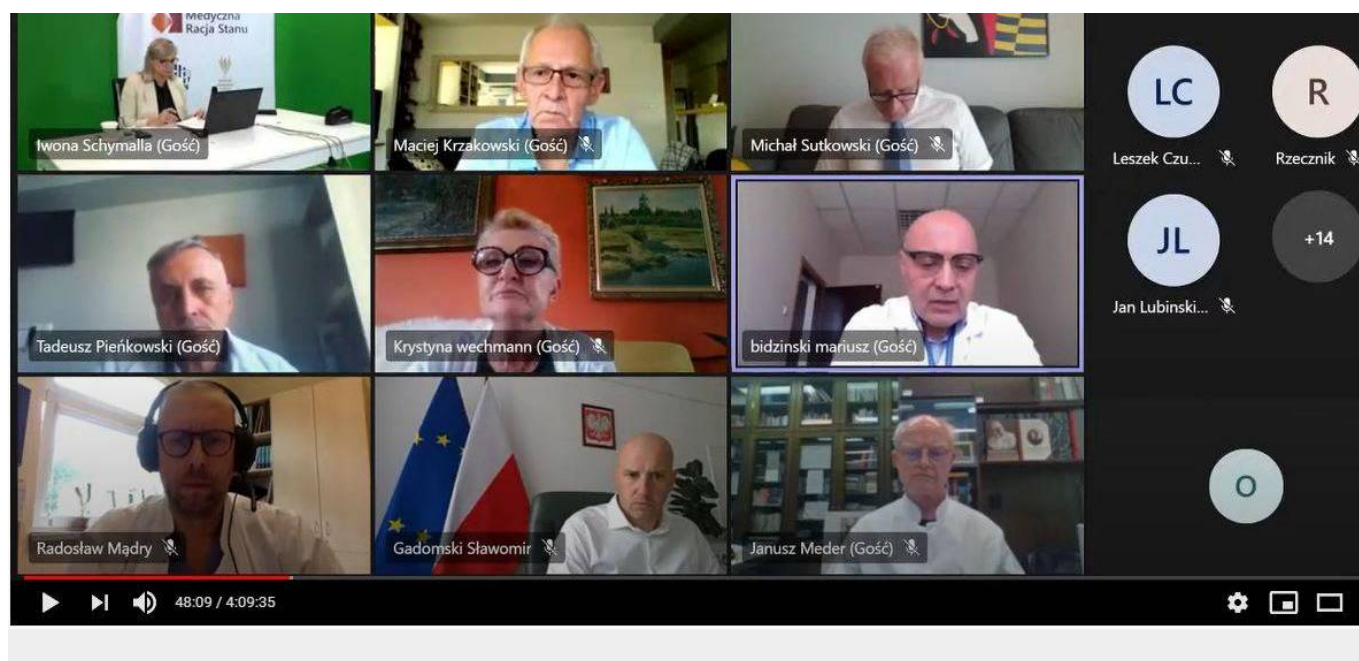




Medexpress, 2021-08-19 07:37

III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - relacja



Zwiększenie nakładów na finansowanie świadczeń onkologicznych i to nie tylko na leki, ale i na świadczenia w trybie ambulatoryjnym, kompleksowość diagnostyki i leczenia, podniesienie jakości wykonywanych procedur oraz większa elastyczność programów lekowych - to postulaty naprawy sytuacji w polskiej onkologii zgłaszane przez ekspertów podczas Medycznej Racji Stanu (10 sierpnia br.).



Honorowy Patronat Ks. Kardynała Kazimierza Nycza

III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii

online

10 sierpnia 2021

11.00-14.30



O wpływie pandemii na leczenie nowotworów w Polsce oraz o wyzwaniach stojących przed polską onkologią rozmawiano podczas III Spotkania Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu.

Onkologia w czasie pandemii

Według opublikowanego w lipcu 2021 r. raportu „Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej”, przygotowanego przez Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, pomimo pandemii pacjenci, jeżeli już trafili do placówki onkologicznej z podejrzeniem nowotworu, byli szybko diagnozowani i mieli terminowo wdrażane leczenie. Nastąpił jednak duży spadek liczby wystawianych przez lekarzy POZ kart DiLO - w zależności od typu nowotworu - sięgający 10-20 proc. O około 20 proc. zmniejszyła się liczba rozpoznań nowotworów złośliwych i spadła liczba przeprowadzonych badań profilaktycznych. Zdaniem autorów raportu, przyczyną m.in. był strach pacjentów przed wizytami w szpitalach, ograniczenia w funkcjonowaniu POZ i AOS. W okresie letnim 2020 r. onkologia nadganiała zaległości z wiosennego lockdownu. Dane z 2021 r. świadczą o zwiększeniu liczby rozpoznawanych nowotworów do poziomu z końca 2019 r., zwiększyła się również liczba wydawanych kart DiLO mniej więcej do poziomu z końca 2019 r.

- Najbardziej został dotknięty obszar wczesnej diagnostyki i profilaktyki. Dotkliwie ucierpiała diagnostyka i leczenia raka płuca. W efekcie spadła wykrywalność i podwyższył się stopień zaawansowania nowotworu pacjentów trafiających do leczenia. Dlatego zdecydowaliśmy się na rozszerzenie programu profilaktyki raka płuca dla grup podwyższonego ryzyka, stosując tomografię niskodawkową. W 2019 r. uruchomiliśmy ten program jako pilotażowy w 6 ośrodkach. Pandemia go spowolniła. Więc teraz postanowiliśmy rozszerzyć go na wszystkie województwa i już podpisujemy umowy ze świadczeniodawcami - poinformował wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski. Zapowiedział też wprowadzenie systemu motywacyjnego dla lekarzy POZ zachęcającego do wdrażania profilaktyki onkologicznej.

Konieczne zmiany w polskiej onkologii

Prof. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej poinformował, że zgłaszalność

na badania profilaktyczne w przypadku mammografii spadała o 40%, cytologii o 50%, a kolonoskopii o 28%. – Niestety, obniżyliśmy zgłaszalność z poziomu znacznie niższego niż w innych krajach - ubolewał. Mówił też o konieczności kompleksowości diagnostyki i leczenia. Zwrócił uwagę, że w przypadku raka płuca, jeśli decyję o leczeniu podejmują konsyilia, wyniki terapii są o 30% lepsze.

Prof. Krzakowski przyznał, że wiele zmieniło się na korzyść w programach lekowych dotyczących czerniaka, który zaspokaja już wszystkie potrzeby. Również niewiele brakuje w programie leczenia raka płuca. Ale są „białe plamy”: potrzebny jest program leczenia raka wątrobowokomórkowego i nerkowokomórkowego. - I trzeba kłaść nacisk na pierwszą linię leczenia, bo wtedy wyniki są dużo lepsze – podkreślił.

W raku nerki powinna poprawić się elastyczność programu, bo nie dotyczy on jednorodnej grupy chorych. - Złożyliśmy w resorcie zdrowia projekt, aby dostosować opcję terapeutyczną do potrzeb konkretnego pacjenta. Dotychczas dostępne w programie były inhibitory wielokinazowe, inhibitory angiogenezy. Są jednak chorzy, którzy odnoszą ogromne korzyści z immunoterapii - powiedział. Jego zdaniem, programy powinny zawierać mniej elementów nakazowych, usztywniających reguły. Jako przykład podał konieczność wykonywania nefrektomii u chorych na raka nerkowokomórkowego z rozsiewem.- To nie jest słuszne podejście. Są chorzy, u których można prowadzić leczenie systemowe bez nefrektomii - zaznaczył. Zwrócił uwagę na znaczenie diagnostyki molekularnej, bez której stosowanie nowoczesnych terapii nie jest możliwe.

Prof. Adam Maciejczyk, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego podkreślił, że konieczne jest zwiększenie nakładów na finansowanie świadczeń onkologicznych i to nie tylko na leki, ale i na świadczenia w trybie ambulatoryjnym, aby pacjenci nie musieli być hospitalizowani. - Brakuje nam młodych adeptów onkologii, co też jest związane ze zbyt słabą wyceną świadczeń, zbyt wolną dostępnością do nowoczesnych procedur diagnostycznych. Niektóre świadczenia w ogóle nie są wycenione i nie ma jak ich rozliczyć, np. biopsja piersi pod kontrolą rezonansu – zaznaczył.

Bezpieczeństwo onkologiczne kobiet

Prof. Radosław Mądry, kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Przemienienia Pańskiego w Poznaniu przyznał, że w wyspecjalizowanych ośrodkach nikt nie ma wątpliwości, że badania genetyczne mutacji są już elementem klasycznej diagnostyki. Jednak tych badań robi się za mało, bo zbyt mało lekarzy na nie kieruje. Rozwiązaniem systemowym mogłoby być powiązanie pewnych rozliczeń z badaniami.

Prof. Mądry przypomniał, że chore na raka jajnika będące nosicielkami mutacji od lat leczone są za pomocą olaparybu w przypadku wystąpienia wznowy. - Od maja br. mamy możliwość leczenia tych chorych w pierwszej linii leczenia, co jest ogromnym sukcesem i zmieni obraz leczenia raka jajnika. Istnieje jednak grupa pacjentek, która stanowi 75% chorych niemających mutacji BRCA. Duża część z nich ma uszkodzony system homologicznej rekombinacji i u nich leczenie to mogłoby przynieść istotne klinicznie korzyści w pierwszej linii leczenia. Stworzenie zwalidowanego europejskiego testu pozwoliłoby na wyselekcjonowanie tych chorych. Mamy też lek niraparyb, którego zastosowanie nie wymaga diagnostyki, bo badania wykazują, że działa w całej populacji. Za jakiś czas będziemy mieli wyniki badania, które powiedzą nam o całkowitym czasie przeżycia – poinformował.

Prof. Tadeusz Pieńkowski, kierownik Kliniki Onkologii i Hematologii CSK MSWiA ubolewał, że chorzy w Polsce nie są leczeni zgodnie ze światowymi standardami. Podstawową niezgodnością jest ogromne rozciągnięcie w czasie diagnostyki. - Czas od podejrzenia nowotworu do jego wkluczenia bądź potwierdzenia wynosi miesiące zamiast trzech tygodni, a okres oczekiwania od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia wciąż jest zbyt długi. I to kładzie się cieniem na wynikach leczenia. Do tego organizacja leczenia jest rozczłonkowana, co uniemożliwia sprawne działania breast unitów. Dlatego konieczne jest płacenie za cały proces leczenia, a nie jego elementy – podkreślił.

Prof. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej podkreślał, że bezpieczeństwo onkologiczne kobiet jest kwestią racji stanu. Zwrócił uwagę, że lekarze POZ to potężna armia ludzi, którzy mogą pomóc w zakresie wytypowania rodzin podwyższonego i średniego ryzyka zachorowania na nowotwory. Konieczne są jednak szkolenia w zakresie wiedzy z onkologii, zwłaszcza że mamy wygodne formy przekazu informacji, jak np. webinary. Również rola położnych i pielęgniarek środowiskowych w szerzeniu wiedzy i profilaktyki powinna być większa. Prof. Bidziński postulował też systemowe ustrukturyzowanie centrów kompetencji, aby konsultacje między specjalistami nie odbywały się tylko na zasadzie koleżeńskej. Wyraził też nadzieję, że digitalizacja pomoże w uporządkowaniu rejestrów.

Uroonkologia potrzebuje zmian

Prof. Artur Antoniewicz, konsultant krajowy w dziedzinie urologii mówił o konieczności podniesienia jakości wykonywanych procedur. - Wraz z Polskim Towarzystwem Urologicznym składamy wnioski do Ministerstwa Zdrowia, licząc na zmianę standardu wykonywania cystoskopii na nowoczesną, wykonywaną cystoskopem miękkim z odpowiednim torem wizyjnym. Apelujemy też o włączenie biopsji fuzyjnej do koszyka świadczeń gwarantowanych - poinformował. Zwrócił uwagę, że w Polsce zbyt rzadko wykonywana jest chemioterapia dopęcherzowa, a wycena operacji nerkooszczędnych jest niedoszacowana. - To wszystko mogłoby poprawić wyniki leczenia, które odbiegają od innych krajów - podsumował.

Prof. Piotr Chłosta, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego mówił o tym, że urolodzy mają doskonałe kompetencje chirurgiczne, a specjaliści narządowi osiągają lepsze wyniki leczenia od lekarzy leczących zmiany różnych narządów. Poinformował, że w najbliższym 10-leciu spodziewamy się wzrostu zachorowań na raka prostaty o 40%, raka pęcherza o 30% i raka nerki o 40% . - Przeważającą większość tych chorych można będzie wyleczyć, jeśli nakład inwestycyjny państwa będzie skierowany na działania profilaktyczne, wczesne rozpoznanie i wdrożenie skutecznego leczenia - zaznaczył. Jego zdaniem, w dyskusji o leczeniu nowotworów za bardzo koncentrujemy się na nowoczesnych lekach dla małej grupy chorych terminalnie, a za mało na zwiększeniu finansowania diagnostyki i profilaktyki umożliwiającej całkowite wyleczenia za raka za pomocą chirurgii.

Prof. Paweł Wiechno, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Moczowego, NIO-PIB zwrócił uwagę, że w raku pęcherza leczenie cytostatyczne jest możliwe tylko, gdy pacjent ma wydolne nerki. Połowa pacjentów może być leczona cisplatyną. Jednak wyniki leczenia drugiej linii z zastosowaniem chemioterapeutyków są złe. Immunoterapia wydłuża życie pacjentów. Niestety, nie mamy takich programów lekowych, jedynie ratunkowy dostęp do technologii lekowych.

W przypadku raka stercza, chorzy oporni na leczenie tradycyjną hormonoterapią, u których istnieje duże ryzyko powstania przerzutów czekają na dostęp do leczenia nowoczesnymi antyandrogenami, które są dostępne w wygodnej formie tabletek, więc ich przyjmowanie nie wymaga pobytu w szpitalu, co w dobie pandemii okazuje się nie bez znaczenia.

Najpilniejsze potrzeby w gastroenterologii

Prof. Jarosław Reguła, konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii poinformował, że badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego przechodzą od 1 stycznia 2022 r. ogromną zmianę. Pacjenci będą mogli zrobić nowoczesny test immunochemiczny FIT na krew utajoną. - Trzeba wyłonić w konkursach nowe laboratoria, stworzyć zasady finansowania - wymieniał. Jego obawy dotyczą zmiany organizacyjnej finansowania, które z resortu zdrowia przejdzie na NFZ. - Przez 20 lat wypracowaliśmy parametry jakości programu przesiewowego uznane na całym świecie. A w NFZ nie ma mechanizmów kontrolujących jakość, jaką wprowadziliśmy. Dlatego inkorporowanie naszych wymogów jakościowych będzie bardzo trudne - ubolewał. Poza utratą kontroli nad jakością, problem będzie również okres przejściowy. Nie da się bowiem jednego dnia zamknąć dotychczasowego programu, potrzebny jest

okres przejściowy.

Dr Leszek Kraj z Kliniki Onkologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego apelował o uruchomienie programu leczenia raka wątrobowokomórkowego. - Rozpoznaje się go często u pacjentów w doskonałej formie, którym nie można zaoferować żadnego leczenia, bo chemioterapia w tym nowotworze nie działa - ubolewał. Tymczasem terapia atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem jest przełomem, który wydłuża medianę przeżycia o pół roku. Dlatego leczenie to stało się - nie opcją terapeutyczną - ale standardem postępowania według międzynarodowych wytycznych, w tym europejskich. Dr Kraj zwrócił uwagę, że rak ten jest często efektem zakażenia się wirusem HCV w placówkach ochrony zdrowia i dotyczy również honorowych dawców krwi.

- 200 tysięcy osób żyje z wirusem HCV i dlatego od lat staramy się o wprowadzenie testów przesiewowych wykonywanych przez lekarzy POZ - poinformował.

Dr Michał Sutkowski z Kolegium Lekarzy Rodzinnych przyznał, że 86% zakażonych HCV nie ma świadomości zakażenia. - Nieskuteczność całego systemowego działania wynika z braku programu wstępnej diagnostyki w oparciu o lekarzy rodzinnych. Wirus jest odpowiedzialny za 60% przypadków raka wątrobowokomórkowego powodującego 2 tys. zgonów rocznie. A zakażenie jest w 100% wyleczalne - podkreślił. Dr Janusz Meder, prezes PUO zaapelował o wprowadzenie powszechnego programu badań przesiewowych w kierunku HCV, podkreślając, że dzięki temu zyskamy możliwość uratowania wiele osób przed diagnozą śmiertelnej choroby nowotworowej. Nie w każdym stanie zagrożenia rakiem dysponujemy tak skutecznymi metodami zapobiegania. Korzystajmy więc z tych, które skutecznie chronić będą ludzkie życie i nasz budżet.

Prof. Reguła przypomniał o konieczności nadzoru nad pacjentami zarażonymi HCV i z marskością wątroby poprzez wykonywanie co pół roku badania USG.

Specjaliści zwrócili też uwagę, że w raku trzustki leczenie radykalne można zaproponować jedynie 10-15% chorym. Dla reszty brakuje nawet leczenia objawowego. Pojawiła się możliwość genetycznej diagnostyki i typowania pacjentów, którzy mogą odnieść korzyść z dostępnych terapii. Ale nie ma programu leczenia.

Wyzwania kliniczne i systemowe polskiej hematologii

Prof. Ewa Lech-Marańda, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii opowiadała o zwiększeniu dostępności nowych leków w ciągu ostatnich lat. - W latach 2017-2019 byliśmy opóźnieni o 3,5 roku w dostępie do leków w stosunku do tego, co jest zarejestrowane w EMA. W ostatnich latach zmniejszyło się to o rok - poinformowała. Jej zdaniem, najważniejszym wyzwaniem najbliższych lat jest dostęp do terapii CAR-T. „Białe plamy” to także ostra białaczka szpikowa z mutacją FLT3 choroba oporna, nawrotowa, chłoniak rozlany z dużych komórek B u osób starszych. Wymieniła też najpilniejsze potrzeby w pierwszych liniach leczenia. To ibrutynib w przewlekłej białaczce limfocytowej z delecją 17p lub mutacją genu TP53, lenalidomid w szpiczaku plazmocytowym u chorych niekwalifikujących się do przeszczepienia autologicznych komórek krwiotwórczych macierzystych, ibrutynib w opornym, nawrotowym chłoniaku z komórek płaszczka i w makroglobulinemii Waldenströma oraz wnetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem w przewlekłej białaczce limfocytowej, który jako terapia ograniczona w czasie jest bardzo oczekiwany przez pacjentów, a dla płatnika ma walor efektywności kosztowej. Zwróciła także uwagę na wyzwania organizacyjne. Jej zdaniem, to wdrożenie referencyjności ośrodków hematologicznych, wprowadzenie opieki kompleksowej koordynowanej, zmiany w pakiecie onkologicznym i właściwa wycena, bo ryczałty nie pokrywają nowoczesnej diagnostyki.

Krajowa konsultantka podkreślała także ogromną potrzebę refundacji letermowiru stosowanego w leczeniu zakażeń wirusem CMV po przeszczepach allogenicznych komórek macierzystych.

Prof. Lidia Gil, kierownik Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu dodała, że zakażenie to toruje drogę wielu stanom zwiększającym śmiertelność po przeszczepieniu. Lek natomiast poprawia przeżycie pacjentów po transplantacji.

Prof. Gil mówiła też o dostępie do terapii CAR-T. - Na świecie jest zarejestrowanych 5 leków. Każda kolejna terapia jest bardziej skuteczna i bezpieczniejsza. Ostatnia stosowana nawet w trybie ambulatoryjnym. W Polsce możemy podać tylko dwa leki. Ośrodki nie są certyfikowane, bo leki są nierefundowane. A nawet badanie kliniczne wymaga certyfikacji ośrodków. Mamy nadzieję, że za kilka lat powstanie polskie CAR-T, ale zanim to nastąpi, pacjenci potrzebują tej terapii - apelowała.

Prof. Krzysztof Giannopoulos, prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej zauważył, że w przypadku przewlekłej białaczki limfocytowej, szpiczaka plazmacytowego w innych krajach nie stosuje się już chemioterapii, a nawet immunochemioterapii. - Przełom się dokonał. Dla chorych z przewlekłą białaczką limfocytową bez mutacji jest leczenie ograniczone w czasie - wentoklaks z przeciwciałem monoklonalnym anty-CD20, a dla pacjentów szpiczakowych doustna lub podskórna forma lenalidomidu, co ogranicza kontakt ze służbą zdrowia - wymieniał.

Diagnostyka molekularna - medycyna personalizowana i nowoczesne terapie

Prof. Jan Lubiński, kierownik Zakładu Genetyki i Patomorfologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie mówił o konieczności identyfikowania grup ryzyka genetycznego. W Polsce jest około miliona osób z wysoką predyspozycją genetyczną do nowotworów. Od 20 lat realizowany jest program opieki nad rodzinami z wysoką predyspozycją do nowotworów. Dotyczy to kilkudziesięciu tysięcy osób wymagających opieki. Wiceminister Gadomski poinformował, że program jest finansowany z NFZ, a nie w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej. Prof. Lubiński podkreślał, że nie można dziś skutecznie leczyć nowotworów złośliwych bez sprawdzenia ich wrażliwości na chemioterapię. Jednym z elementów tego jest badanie BRCA1 i BRCA2 istotne nie tylko wobec zagrożeń rakiem piersi czy jajnika, ale także prostaty czy trzustki

O dostępie do nowoczesnych terapii mówiła Joanna Parkitna, p.o. dyrektora Wydziału Oceny Technologii Medycznych w AOTMiT. Zwróciła uwagę, że od momentu, kiedy EMA rejestruje lek do pojawiania się wniosku o refundację w Polsce mijają 3 lata. - W przypadku 99% nierefundowanych technologii medycznych, o których refundację wnioskuje lekarze i pacjenci, podmiot odpowiedzialny nie zgłosił wniosku refundacyjnego - podkreśliła.

Dr Janusz Meder, prezes PUO mówił o znaczeniu szczepień przeciwko wirusowi HPV. - Mamy przeszło 10-letnie doświadczenia z Australii i Szkocji dotyczące szczepień przeciwko HPV, które przeciwdziałają wielu nowotworom. Dobrze, że samorządy finansują tę profilaktykę, ale to nie ma znamion programu ogólnonarodowego, co jest błędem - zauważył.

Ocena skali długu zdrowotnego w onkologii

Jakub Adamski, dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta poinformował, że w tym roku liczba zgłoszeń od pacjentów w obszarze onkologii jest już taka sama jak w całym ubiegłym roku. Głównie dotyczą one ograniczeń dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Mec. Piotr Mierzejewski, dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich zwrócił uwagę, na potrzebę wsparcia psychologicznego pacjentów onkologicznych. Dr Mariola Kosowicz, kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Instytucie Badawczym w Warszawie mówiła o konieczności łączenia pomocy psychologicznej z psychiatryczną. Jednak ze względu na brak psychiatrów w poradniach zdrowia psychicznego nie powinno się uzależniać czasu pracy

psychologów od liczby godzin pracy psychiatrów.

Ks. Władysław Duda, dyr. Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej podkreślił znaczenie kondycji psychicznej pacjenta onkologicznego na każdy etapie choroby, dodając, że systematyczne spotkania tak znakomitych klinicystów z decydentami, dają nadzieję na znacznie szybsze wypracowywanie najlepszych rozwiązań dla chorego, i pełnego niepokoju o swój los, człowieka.