

raport
wrzesień
2023
Warszawa

Dostęp pacjentów onkologicznych do terapii lekowych na tle zmian systemowych w Polsce

HTA Consulting

Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowa
ul. Starowiślna 17/3
31-038 Kraków

Pod redakcją:

Robert Plisko

Autorzy:

Kaja Kostrzewska
Kinga Labunets
Robert Plisko
Maria Libura
Anna Chrobak

Skład i oprawa graficzna:

Katarzyna Kapcia
Arkadiusz Galiński

Korekta językowa:

Małgorzata Faron

Raport zakończono 6 września 2023 roku. Wersja 1.0

Powielanie tego dokumentu w całości, w częściach, jak również wykorzystywanie całości tekstu lub jego fragmentów wymaga zgody właściciela praw majątkowych oraz podania źródła.

Raport przygotowany na zlecenie:

ALIVIA Fundacja Onkologiczna

www.alivia.org.pl | info@alivia.org.pl
tel. +48 22 266 03 40



Spis treści

Indeks skrótów	4
Słowo wstępne	5
Wprowadzenie	6
Podsumowanie raportu	8
Występowanie i znaczenie chorób nowotworowych w Polsce	12
Dostęp do opieki onkologicznej	30
Diagnostyka i leczenie nowotworów – karta DILO	31
Dostęp do technologii lekowych w Polsce	36
Wskaźniki dostępności	38
Oncoindex	38
Porównanie: Polska vs Hiszpania	55
Efpia WAIT	57
Infarma GAP	59
Leczenie chorób nowotworowych w publicznym systemie ochrony zdrowia	62
Organizacja opieki onkologicznej w latach 2006–2020	63
Narodowa Strategia Onkologiczna	64
Krajowa Sieć Onkologiczna	76
Koszty chorób nowotworowych w Polsce	80
Koszty bezpośrednie chorób nowotworowych w Polsce	81
Polska na tle Europy	81
Wydatki całkowite na leczenie chorób nowotworowych w Polsce	82
Struktura wydatków całkowitych	82
Świadczenia zdrowotne	83
Fundusz Medyczny	84
Wydatki na leki onkologiczne	86
Podsumowanie wydatków na raka piersi, raka płuca, raka jelita grubego i inne	89
Koszty pośrednie	93
Absencje chorobowe	94
Przedwczesne zgony	94
Rola pacjentów i ich organizacji w procesie kształtowania opieki medycznej i refundacji leków	96
Bibliografia	104

Indeks skrótów

EBM	Medycyna oparta na dowodach (<i>Evidence-based medicine</i>)
ECIR	Rejestr nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom (<i>European Cancer Inequalities Registry</i>)
EMA	Europejska Agencja Leków (<i>European Medicines Agency</i>)
ESMO	Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (<i>European Society For Medical Oncology</i>)
HTA	Ocena Technologii Medycznych (<i>Health Technology Assessment</i>)
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)
RDTL	Ratunkowy Dostęp do Technologii Lekowych
SDM	Wspólne podejmowanie decyzji (<i>Shared Decision Making</i>)

Słowo wstępne

Szanowni Państwo,

w wielką satysfakcją oddajemy w Państwa ręce raport, którego trzon stanowią dane, systematycznie gromadzone i analizowane przez Onkofundację Alivia od roku 2018. To właśnie w październiku tamtego roku uruchomiony został projekt i portal internetowy Oncoindex.org. Genezą projektu były doświadczenia moje oraz mojej siostry Agaty – pacjentki onkologicznej, u której w roku 2007 zdiagnozowano zaawansowanego raka piersi. W trakcie walki o jej zdrowie i życie z niedowierzaniem odkryliśmy, że nie istnieje publiczne i czytelne dla pacjentów źródło informacji o aktualnym statusie refundacji leków. Informacje te były w posiadaniu jedynie wąskiej grupy ekspertów i lekarzy. Cieszę się, że działalność naszej Fundacji doprowadziła do szerokiego upublicznienia tych danych oraz sprowokowała wiele ważnych dyskusji na ich temat na przestrzeni ostatnich lat.

W jaki sposób Oncoindex pomaga pacjentom w codziennej walce z chorobą? Jest wiarygodnym i regularnie aktualizowanym źródłem wiedzy i przynosi odpowiedź na dwa – niezwykle ważne dla pacjenta – pytania:

- ▶ Jakich leków używa się do leczenia mojego typu nowotworu zgodnie z aktualnymi wytycznymi międzynarodowych onkologicznych towarzystw naukowych?
- ▶ Czy mogę być leczona/y tymi lekami w Polsce – tzn. czy są one refundowane i w jakim zakresie?

Dlaczego te pytania budzą tyle zainteresowania i emocji wśród pacjentów i ich rodzin? Dzieje się tak, ponieważ dostęp do leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną może decydować o jakości i długości życia pacjenta. A to właśnie walkę o życie toczą chorzy na raka. Niestety zbyt często walka ta jest nierówna właśnie ze względu na brak dostępu do optymalnego leczenia.

Oncoindex stanowi również miernik tego, jaka luka występuje pomiędzy stanem pożądanym przez pacjentów (czyli takim, w którym wszystkie leki występujące w standardach leczenia są w pełni refundowane i dostępne dla pacjentów), a faktycznym stanem refundacji rekomendowanych terapii. Możliwa jest również analiza tej luki w czasie. Być może to właśnie jest najbardziej optymistyczna wiadomość wynikająca z przedstawionego raportu – wartość Oncoindexu w Polsce rośnie. Oznacza to, że Polska nadrabia wieloletnie zaległości. Choć do zadowalającego stanu jest jeszcze bardzo daleko, to należy dostrzec i docenić wysiłki autorów tego sukcesu.

Wyniki Oncoindexu prezentujemy na tle zmian systemowych zachodzących w polskiej onkologii na przestrzeni ostatnich lat oraz danych obrazujących ten obszar w innych krajach Unii Europejskiej.

Życzę Państwu ciekawej lektury i serdecznie dziękuję wszystkim tym, którzy przez ostatnie 5 lat angażowali się w realizację projektu Oncoindex.

Bartosz Poliński

Założyciel i Prezes Onkofundacji Alivia

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe stanowią, obok chorób sercowo-naczyniowych, najpoważniejsze zagrożenie dla zdrowia Polaków. Rośnie liczba chorych leczonych onkologicznie, a nowotwory są dziś jedną z głównych przyczyn zgonów w naszym kraju i pierwszą przyczyną zgonów Polaków w wieku produkcyjnym. Wieloaspektowy charakter leczenia nowotworów przekłada się na znaczące koszty medyczne i społeczne we wszystkich krajach Europy, w tym Polsce,

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów ponad milion Polaków żyje z chorobą nowotworową [1]. Rocznie diagnoza nowotworu złośliwego stawiana jest blisko 180 tys. chorych rocznie, a 100 tys. pacjentów umiera. Zarówno obserwacja historycznych trendów epidemiologicznych, jak i świadomość zmieniającej się struktury demograficznej, w tym wzrostu populacji osób starszych – najbardziej narażonych na ryzyko rozwinięcia się nowotworów – pozwala przewidywać, że odpowiednia opieka onkologiczna będzie stanowić ciągle wyzwanie. Odstający od wieloletnich obserwacji rok 2020 – ze zmniejszoną wyraźnie zapadalnością i chorobowością nowotworową względem lat poprzednich, stanowi kolejny powód do zmartwienia – mniejsze liczby obrazują dług zdrowotny zaciągnięty podczas pandemii. W związku z ograniczeniami w dostępie do świadczeń medycznych dziesiątki tysięcy chorych onkologicznych w roku 2020 nie zostało zdiagnozowanych lub zostało zdiagnozowanych późno, co zapewne będzie prowadziło do dodatkowego obciążenia i zmian w statystykach w kolejnych latach.

W raporcie przedstawiono obecne wyzwania dotyczące chorób onkologicznych, ujmując je

w kilku wymiarach. Po pierwsze – zebraliśmy w opracowaniu polskie dane epidemiologiczne zestawiając je – tam gdzie było to możliwe – z danymi międzynarodowymi. Niestety, choć wyniki leczenia chorych onkologicznych systematycznie się poprawiają, to zestawienie ogólnych wskaźników zapadalności, śmiertelności i przeżywalności pokazuje dystans, jaki Polska musi pokonać, by zrównać się ze średnią dla państw Unii Europejskiej. Należy zauważyć, że za około połowę zgonów nowotworowych odpowiada sześć konkretnych nowotworów litych: rak płuca, rak jelita grubego i okrężnicy, rak piersi, rak gruczołu krokowego, rak trzustki i żołądka.

W ramach raportu przedstawiono dostępność do świadczeń, przede wszystkim poprzez analizę czasu realizacji DiLO. Wraz z wprowadzaniem zmianami w organizacji i funkcjonalności w ramach opieki onkologicznej przedstawiono stopień realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej, w tym wdrażanie Krajowej Sieci Onkologicznej.

Kolejnym i jednocześnie kluczowym dla niniejszego raportu elementem była ocena dostępności terapii onkologicznych w Polsce. Analizę tę oparto na danych zbieranych w celu wyliczenia wskaźnika Oncoindex, który ilustruje dostęp do nowoczesnych terapii rekomendowanych przez Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (ESMO). Projekt Oncoindex realizowany jest przez fundację Alivia od 2018 roku, a więc już od 5 lat. Jego celem jest udostępnienie pacjentom i ekspertom informacji o możliwych opcjach leczenia oraz zakresie ich refundacji, a także budowa świadomości społecznej na temat dostępności rekomendowanych terapii. Według najnowszych

danych opracowanych w raporcie Oncoindex w Polsce na 139 terapii rekomendowanych przez ESMO 65% jest finansowanych ze środków publicznych, w tym:

- ➔ 40 jest refundowanych w pełni zgodnie z wytycznymi,
- ➔ 51 ma refundację w ograniczonych wskazaniach,
- ➔ 48 technologii w ogóle nie jest refundowanych.

Wynik Oncoindexu dla Polski to 42 punkty na 100 możliwych, co wskazuje na ograniczenia w zakresie dostępu do innowacyjnych terapii. W ostatnich latach doszło jednak do realnej poprawy ich dostępności, co jest widoczne także w innych opracowaniach.

W osobnym rozdziale przedstawiono koszty opieki onkologicznej. Zaprezentowano w nim dane o bezpośrednich kosztach leczenia pacjentów z chorobą nowotworową oraz oszacowano pośrednie koszty z nią związane. Bezpośrednie wydatki nominalne na onkologię wzrastają w Polsce dynamicznie – z poziomu 7,1 mld zł w roku 2013 do poziomu 15,5 mld zł w roku 2022, tj. szybciej niż wzrastają wydatki na zdrowie ogółem. Pomimo nominalnego wzrostu nakładów finansowych, wydatki *per capita* są nadal jednymi z najniższych w Unii Europejskiej – w roku 2022 były one ok. 2 razy niższe niż średnia europejska z roku 2018. Łączne koszty utraconej produktywności w związku z chorobą nowotworową przewyższają koszty bezpośrednie jej

leczenia i są głównie spowodowane przedwczesną śmiertelnością.

Ostatnim opisanym wymiarem była rola i aktywność pacjentów i ich organizacji. Rozdział im poświęcony koncentruje się na udziale pacjentów i ich organizacji w kształtowaniu polityki zdrowotnej, a więc na ich zaangażowaniu na poziomie centralnym, w tym w proces oceny technologii medycznych. Warto jednak podkreślić, że ostatecznie celem tego zaangażowania jest poprawa sytuacji indywidualnego pacjenta poprzez wzmocnienie jego sprawczości i poszerzenia wachlarza dostępnych mu racjonalnych, opartych na aktualnej wiedzy medycznej, opcji działania, które pozwalają mu uzyskać możliwie dobry efekt terapeutyczny, zarazem realizując inne, ważne cele życiowe.

Podsumowując, oddajemy w Państwa ręce raport, który – podobnie jak wskaźnik Oncoindex – ma z jednej strony **opisywać** aktualny stan opieki onkologicznej w kontekście bieżących i przyszłych epidemiologicznych wyzwań, z drugiej zaś strony – **ma być narzędziem wzmocnienia świadomości** potrzeb pacjentów onkologicznych. Wierzymy, że zobrazowanie tych potrzeb, a także wskazanie różnicy w dostępie do nowoczesnego leczenia nowotworów pomiędzy Polską a Europą Zachodnią, mogą przyczynić się do takiej alokacji środków publicznych w ochronie zdrowia, która będzie korzystna dla rosnącej populacji pacjentów onkologicznych.

Podsumowanie raportu

Występowanie chorób nowotworowych

Wieloletnie trendy sugerują dalszy wzrost zarówno liczby zachorowań na nowotwory, jak i liczby zgonów z powodu chorób onkologicznych. Prognoza ta związana jest w dużej mierze ze starzeniem się społeczeństwa. Choć nowotwory mogą wystąpić w każdym wieku, to większość zachorowań dotyczy osób po 65 roku życia (w roku 2020 w Polsce 73% zachorowań na nowotwory złośliwe wystąpiło w tej grupie wiekowej). Skalę wyzwania jeszcze lepiej obrazuje fakt, iż w ciągu 20 lat nowotwór złośliwy rozpoznano w Polsce u 3 mln 114 tys. osób. W roku 2019 – ostatnim, dla którego dostępne są statystyki sprzed pandemii wirusa SARS-COV2 było to 176 tys. osób. W Polsce, tak jak w całej Europie, choroby nowotworowe są obecnie drugą po chorobach układu krążenia najczęstszą przyczyną zgonów. Z powodu nowotworów złośliwych zmarło w Polsce w 2020 roku 99,9 tys. osób: 54,4 tys. mężczyzn i 45,5 tys. kobiet, co odpowiada 21% wszystkich zgonów.

Polska w porównaniu z innymi krajami europejskimi wykazuje się relatywnie niskimi wskaźnikami zachorowalności (536/100 tys. mieszkańców w Polsce vs 569/100 tys. mieszkańców średnio w Unii Europejskiej), z kolei wskaźniki umieralności z powodu nowotworów złośliwych są w Polsce jednymi z najwyższych (331 vs 264 zgonów na 100 tysięcy mieszkańców odpowiednio w Polsce i UE).

Zestawienie tych dwóch głównych parametrów epidemiologicznych wskazuje, że jakość opieki onkologicznej, w tym dostępność i zakres prowadzonej diagnostyki czy leczenia nadal odbiega od większości krajów Unii Europejskiej. Ocenę

te potwierdza również analiza współczynników przeżycia pacjentów, które w Polsce są niższe niż w większości państw europejskich. Wśród ogółu pacjentów zdiagnozowanych w latach 2010–2015 standaryzowany współczynnik 5-letniego przeżycia wyniósł w Polsce 51,2%. Uzyskane wyniki wskazują, że wzrósł on z poziomu 41%, (dla chorych zdiagnozowanych w latach 2000–2008). Dodajmy, że w tamtym okresie średnia europejska wynosiła 54,2%. Polska poprawia wyniki, jednak punkt startowy był na tyle niski, że nadal trudno dogonić nam kraje Europy Zachodniej, do których aspirujemy.

Za około połowę zgonów nowotworowych odpowiada sześć konkretnych nowotworów litych: rak płuca, jelita grubego i okrężnicy, rak piersi, rak prostaty i żołądka. W większości tych nowotworów wieloletnie trendy wskazują na stałe wzrosty zachorowań i zgonów.

RYSUNEK 1.
LICZBA ZACHOROWAŃ I ZGONÓW NA WYBRANE NOWOTWORY W 2020 ROKU

nowe zachorowania	2020	zgony
7 346 11 606	 Rak płuca	8 002 14 211
4 412 5 021	 Rak jelita grubego	3 535 4 415
1 666 2 877	 Rak żołądka	1 657 3 115
1 825 1 764	 Rak trzustki	2 542 2 431
17 647 113	 Rak piersi	6 956 77
14 412	 Rak gruczołu krokowego	5 748
	 Nowotwory złośliwe	45,5 tys. 54,4 tys.

Wyjątkami są nowotwór żołądka, w przypadku którego raportowane są spadki parametrów epidemiologicznych i nowotwór płuca, w przypadku którego w ostatnich latach nastąpiła stabilizacja liczby zachorowań i zgonów w łącznej populacji kobiet i mężczyzn.

Dostęp do opieki onkologicznej – karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego

Według danych NFZ liczba wystawionych kart DiLO rokrocznie wzrasta. Załamanie trendu można zaobserwować pomiędzy 2019–2020, w związku z pandemią COVID-19. Tylko w pierwszej połowie 2023 roku wydano ponad 182 tysiące kart DiLO, podczas gdy całym roku 2018 było to 234 tys. kart. Każdego roku najwięcej kart DiLO wystawianych jest w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, coraz więcej kart DiLO wystawianych jest ponadto przez lekarzy pierwszego kontaktu. Niestety wraz ze wzrostem liczby wydawanych kart DiLO spada odsetek kart, dla których diagnostyka odbyła się w terminie – w pierwszej połowie 2023 roku wyniósł on 65% dla kart diagnostyki wstępnej i 71% dla kart diagnostyki pogłębionej, podczas gdy w roku 2018 było to 76% dla obu poziomów diagnostyki. Widoczne są też bardzo duże różnice pomiędzy województwami (od ok. 45% do ok. 90% badań realizowanych jest terminowo w zależności od regionu).

Dostępność do technologii lekowych – Oncoindex

Wskaźnik Oncoindex opracowany przez Fundację Onkologiczną Alivia pokazuje poziom refundacji terapii onkologicznych zarejestrowanych w ostatnich 15 latach przez EMA i rekomendowanych przez ESMO. Wartość Oncoindexu wyrażona jest w przedziale od 0 do 100, przy czym wartość 100 oznacza, że wszystkie zalecane przez ESMO

leki są w pełni refundowane. Aktualny wynik wskaźnika Oncoindex to 42.

Obecnie liczba ocenianych terapii wynosi 139 (wrzesień 2023) podzielonych na 2 główne obszary – guzy lite i nowotwory hematologiczne, z dalszym podziałem na konkretne wskazania. Spośród tych 139 rekomendowanych technologii 91 jest refundowanych w Polsce, przy czym tylko 40 w zakresie pełnych wskazań. Kolejne 51 jest finansowanych w ograniczonych wskazaniach, natomiast 48 technologii lekowych (tj. 35% wszystkich uwzględnionych w zaleceniach) w ogóle nie jest finansowanych. Dane te wskazują, że dostępność terapii rekomendowanych przez ESMO stopniowo poprawia się. Przy publikacji pierwszych wyników wskaźnika Oncoindex jego wartość wynosiła 27 punktów, natomiast w momencie zmiany metodologii obliczeń w styczniu 2021 roku było to 35 punktów, co wskazuje na istotną poprawę dostępności terapii w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Poziom dostępności do nowych leków różni się istotnie w zależności od szczegółowego obszaru lub wskazania i jest przeciętnie wyraźnie wyższy w przypadku nowotworów hematologicznych niż w przypadku guzów litych. W przypadku nowotworów hematologicznych wskaźnik ten w zależności od nowotworu wynosi od 45 punktów (szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych) do 90 punktów (ostra białaczka limfoblastyczna). W przypadku guzów litych zakres osiągniętych wyników wynosi od 8 punktów (rak pęcherza moczowego) do 83 punktów (rak gruczołu krokowego).

System opieki nad pacjentami onkologicznymi

Polska jest obecnie w okresie głębokich zmian systemowych w zakresie funkcjonowania opieki nad pacjentami onkologicznymi, które wprowadzane są w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej.

Jej kluczowym elementem jest konsolidacja ośrodków onkologicznych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Priorytetem tych projektów systemowych jest zapewnienie każdemu pacjentowi – niezależnie od miejsca zamieszkania – efektywnej opieki onkologicznej opartej na jednakowych standardach diagnostyczno-terapeutycznych. Okres wdrażania NSO zbiegł się w czasie z pandemią COVID-19 wywołaną koronawirusem SARS-CoV-2, co wpłynęło na opóźnienia w wykonaniu większości zadań zaplanowanych pierwotnie na lata 2020–2022.

Wysokość środków finansowych wydatkowanych z budżetu NSO na realizację poszczególnych zadań w latach 2020–2022 w żadnym roku nie sięgnęła poziomu zaplanowanego budżetu – z zaplanowanych 1,2 miliarda złotych wydano 920 milionów złotych. 2/3 wydatkowanych do tej pory środków zostało wykorzystanych w celu uzupełnienia i wymiany wyeksploatowanego sprzętu służącego do diagnostyki i terapii nowotworów. Większość zadań zaplanowanych na lata 2020–2022 udało się już zrealizować, natomiast poziom zaawansowania realizacji części zadań zaplanowanych na rok 2023 może budzić zaniepokojenie. Wśród najbardziej znaczących zmian w zakresie realizacji NSO jest brak wprowadzenia planowanego nowego modelu organizacyjnego opieki nad pacjentami („Cancer units”) dla wybranych nowotworów: płuca, nowotworów ginekologicznych i urologicznych.

Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej weszła w życie 20 kwietnia 2023 roku. Jej wdrożenie poprzedziła realizacja programu pilotażowego w latach 2019–2023, w ramach którego objęto leczeniem ponad 40 tysięcy pacjentów w czterech województwach. Zgodnie z założeniami Krajowej Sieci Onkologicznej zostanie wprowadzony podział szpitali na 3 poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej. Ponadto w ramach KSO wzmocniona została rola koordynatorów

wspierających pacjentów na poszczególnych etapach diagnostyki i leczenia onkologicznego. Po raz pierwszy wprowadzona zostaje systemowa weryfikacja jakości świadczeń, a w systemie rozliczeń premiowane będą podmioty zapewniające oczekiwaną jakość świadczeń. Kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej mają być opracowane, a następnie ogłoszone w formie obwieszczenia przez ministra zdrowia. Krótki czas od powstania założeń KSO nie pozwala jeszcze na ocenę wpływu nowego systemu na jakość opieki onkologicznej. Dotychczas nie opublikowano również raportu z pilotażu KSO.

Koszty leczenia nowotworów

Całkowite wydatki sektora publicznego na leczenie nowotworów w Polsce wzrastają wyraźnie w ostatnich latach i od roku 2019 przekraczają one 10 mld zł rocznie. Według najnowszych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia danych w roku 2022 wydatki te wyniosły 15,5 mld zł. Dynamika wzrostu nakładów sektora publicznego na onkologię jest większa niż dynamika ogólnych nakładów na zdrowie. Pomimo to wydatki te pozostają niskie w porównaniu z kosztami leczenia nowotworów w innych krajach europejskich: łączny wynik dla roku 2022 przekłada się na 90 EUR na osobę, tj. ponad 2 razy mniej niż średnia europejska dla roku 2018 (195 EUR na osobę).

Okolo 2/3 łącznych wydatków na onkologię to koszty świadczeń, przede wszystkim hospitalizacji. Oszacowana w ramach prac nad raportem wartość umów dla świadczeń onkologicznych wyniosła od 4 miliardów zł w 2018 roku do ponad 8 miliardów zł w roku 2022.

Jednocześnie najbardziej dynamicznie rosnącą składową kosztów są wydatki na leki w programach lekowych. Wartość refundacji leków dostępnych w programach lekowych onkologicznych wzrosła z poziomu 1,3 mld zł w roku 2016 do

poziomu 3,7 mld zł w roku 2022, co oznacza blisko trzykrotny wzrost w tym okresie. Taką samą dynamiką charakteryzowała się liczba pacjentów leczonych w onkologicznych programach lekowych, którą szacować można na blisko 66 tysięcy w roku 2016 i blisko 190 tysięcy w roku 2022, co wskazuje na rosnącą populację pacjentów korzystających z terapii onkologicznych wprowadzonych do finansowania ze środków publicznych. Niestety nie są w pełni realizowane założenia dotyczące zadań i wykorzystania środków z Funduszu Medycznego, powołanego między innymi dla wsparcia pacjentów onkologicznych. Brak realizacji istotnej części zaplanowanych w ramach tego Funduszu zadań spowodował, że stan zamrożonych środków finansowych na koniec roku 2022 r. był wysoki i wyniósł 5,5 miliarda zł.

Na potrzeby raportu oszacowano również koszty pośrednie wynikające z chorób onkologicznych – łączne koszty utraconej produktywności w związku z chorobą nowotworową przewyższają koszty bezpośrednie ich leczenia. Absencje chorobowe to koszt od 2,6 mld zł w 2015 roku do 4,6 mld zł w 2022 roku, natomiast szacowana wysokość kosztów utraconej przyszłej produktywności przypisana do zgonów z powodu nowotworów w jednym roku kalendarzowym to blisko 13 mld zł.

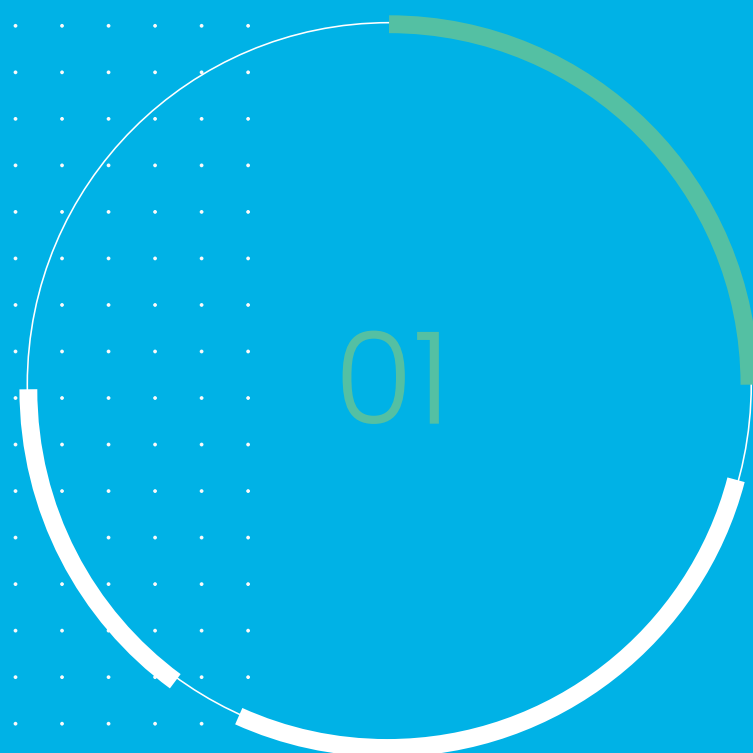
Rola pacjentów

Współczesne systemy ochrony zdrowia wspierają zaangażowanie pacjentów i ich organizacji na wszystkich poziomach: począwszy od udziału indywidualnego pacjenta w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, po kształtowanie polityki zdrowotnej na poziomie krajowym i międzynarodowym przez stowarzyszenia pacjentów. Wynika to z przesłanek etycznych i docenienia praw pacjenta. Zarazem aktywny udział pacjentów pozwala osiągnąć lepsze wyniki zdrowotne dzięki rozwiązaniom, które uwzględniają perspektywę

chorych. Zaangażowanie pacjentów i ich organizacji na poziomie centralnym może mieć bardzo szeroki zakres, zwykle jednak dotyczy następujących procesów:

1. Ustalania priorytetów zdrowotnych
2. Konsultacji reform systemowych
3. Włączania nowych technologii medycznych:
 - › procesy refundacyjno-cenowe dla nowych technologii lekowych,
 - › tworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych.
4. Ustalania kierunków badań naukowych, rozwoju nowych technologii medycznych i prowadzenia badań klinicznych.

Głębsze zaangażowanie wymaga jednak od organizacji pacjentów odpowiedniego przygotowania, szczególnie w przypadku procesów na poziomie centralnym, wymagających dużej wiedzy technicznej z wielu złożonych dziedzin, m.in. prawa, medycyny czy oceny technologii medycznych. Strona publiczna zainteresowana wykorzystaniem potencjału doświadczenia pacjentów i ich organizacji w kształtowaniu polityki zdrowotnej powinna aktywnie stwarzać warunki, które pozwolą wydobyć na światło dzienne i zrozumieć perspektywę pacjenta, a następnie zapewnić wykorzystanie nabytej wiedzy w systemie ochrony zdrowia. Jak wynika z badania opracowanego w ramach raportu Pacjenci Pro, w Polsce organizacje pacjentów jedynie sporadycznie angażują się w procesy ustanawiania polityki zdrowotnej na poziomie centralnym, w tym refundacyjno-cenowe czy kształtowanie koszyka świadczeń gwarantowanych. Powołanie Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, a następnie analogicznego organu przy Ministrze Zdrowia, należy uznać za krok w kierunku silniejszego, formalnego usytuowania organizacji pacjentów w systemie.



Występowanie i znaczenie chorób nowotworowych w Polsce

Podsumowanie

Wieloletnie trendy sugerują dalszy wzrost zarówno liczby zachorowań na nowotwory, jak i liczby powodowanych nimi zgonów, co wynika w dużej mierze ze starzenia się społeczeństwa. Choć bowiem nowotwory mogą wystąpić w każdym wieku, to w roku 2020 w Polsce 73% zachorowań na nowotwory złośliwe wystąpiło u osób po 65 roku życia. Skalę wyzwania jeszcze lepiej obrazuje fakt, iż w ciągu 20 lat na nowotwory zachorowało w Polsce 3 mln 114 tys. osób. W roku 2019 – ostatnim, dla którego dostępne są statystyki sprzed pandemii wirusa SARS-COV2, było to 176 tys. osób. W Polsce, tak jak w całej Europie, choroby nowotworowe są obecnie drugą po chorobach układu krążenia najczęstszą przyczyną zgonów. Z powodu nowotworów złośliwych zmarło w Polsce w 2020 roku 99,9 tys. osób: 54,4 tys. mężczyzn i 45,5 tys. kobiet, co odpowiada 21% wszystkich zgonów.

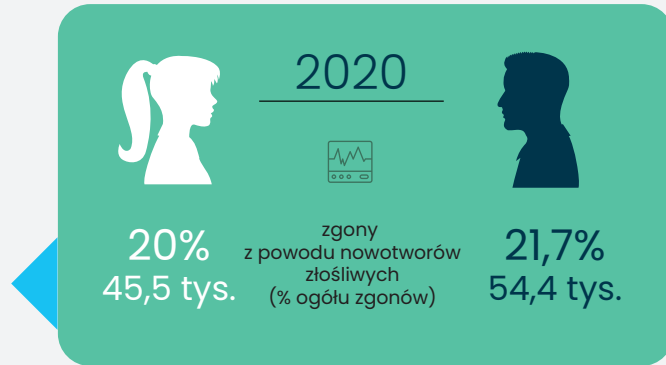
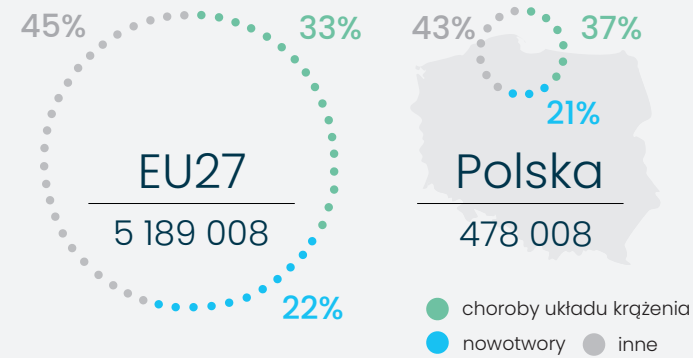
Choć zapadalność na nowotwory w Polsce jest niższa niż średnio w Unii Europejskiej (536/100 tys. vs 569/100 tys. mieszkańców), to z powodu nowotworów umiera więcej osób (331 vs 264 zgonów na 100 tysięcy mieszkańców odpowiednio w Polsce i UE). Za około połowę zgonów nowotworowych odpowiada sześć konkretnych nowotworów litych: rak płuca, rak jelita grubego i okrężnicy, rak piersi, rak prostaty, trzustki i żołądka.

Wśród ogółu pacjentów zdiagnozowanych w latach 2010–2015 standaryzowany współczynnik 5-letniego przeżycia wyniósł w Polsce 51,2%. Uzyskane wyniki wskazują, że wzrósł on z poziomu 41%, (dla chorych zdiagnozowanych w latach 2000–2008), przy czym zauważyć należy, że w tamtym okresie średnia europejska wynosiła 54,2%.

Choroby onkologiczne w Polsce na tle Europy

W Europie choroby nowotworowe były drugą po chorobach układu krążenia najczęstszą przyczyną zgonów w 2020 roku i odpowiadały za ok. 1,2 mln zgonów w państwach Unii Europejskiej (dane Eurostat). U mężczyzn odsetek zgonów z powodu nowotworów wśród ogółu zgonów wyniósł ok. 25%, u kobiet było to 20%.

W Polsce z powodu nowotworów złośliwych zmarło w 2020 roku 99,9 tys. osób: 54,4 tys. mężczyzn (co odpowiada 21,7% wszystkich zgonów wśród mężczyzn) i 45,5 tys. kobiet (co odpowiada 20,0% zgonów w populacji kobiet) według danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) [2].

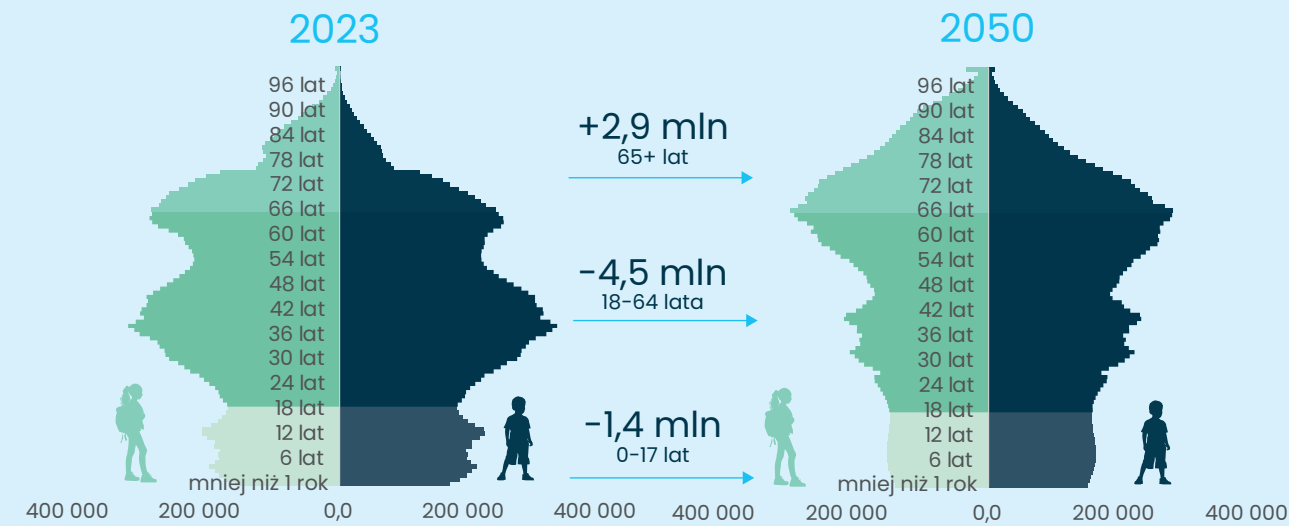


Choć choroba nowotworowa może wystąpić w każdym wieku, to ponad 73% zachorowań na nowotwory złośliwe wystąpiło u osób

Ze względu na starzenie się społeczeństwa można więc spodziewać się, że liczba zachorowań na nowotwory w kolejnych latach będzie rosła.

Demografia po 65. roku życia.

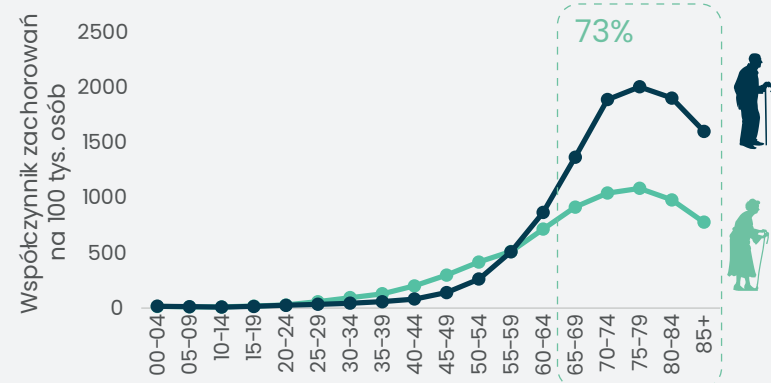
Piramida wiekowa populacji Polski w roku 2023 oraz prognoza do roku 2050 [5]



Zapadalność

Zgodnie z danymi KRN w 2020 roku zarejestrowano 73 467 pierwszorazowych rozpoznań nowotworów złośliwych u mężczyzn i 74 277 u kobiet. W tym samym roku zgon nastąpił u 54 370 mężczyzn oraz 45 500 kobiet.

Zestawienie współczynników zapadalności na nowotwory i prognozowanej przyszłej struktury demograficznej w sposób czytelny obrazuje skalę wyzwania, jakie stanowią choroby nowotworowe w kolejnych latach. Obecnie osoby powyżej 65 roku życia stanowią niespełna 20% populacji, w roku 2050 będzie to prawdopodobnie blisko 30% populacji.



Źródło: KRN (2020) [4]

Rok 2020

Liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów w roku 2020 była mniejsza niż w poprzednich latach - na obniżenie się wskaźników epidemiologicznych wpływ miała przede wszystkim pandemia COVID-19, która spowodowała przesunięcia w wieloletnich trendach zachorowalności oraz umieralności.

Obostrzenia pandemiczne, tj. wstrzymanie realizacji programów wczesnego wykrywania nowotworów, ograniczona możliwość kontaktu z placówkami medycznymi, wprowadzenie telekonsultacji zamiast standardowych wizyt, przyczyniły się do opóźnień związanych z diagnozą chorób nowotworowych, a także zmniejszenia liczby zgłoszeń nowych zachorowań do KRN.

W okresie od 2000 do 2019 roku liczba zachorowań na nowotwory wzrosła o ponad 32%.



Wieloletnie trendy sugerują dalszy wzrost zarówno liczby zachorowań na nowotwory, jak i liczby zgonów.

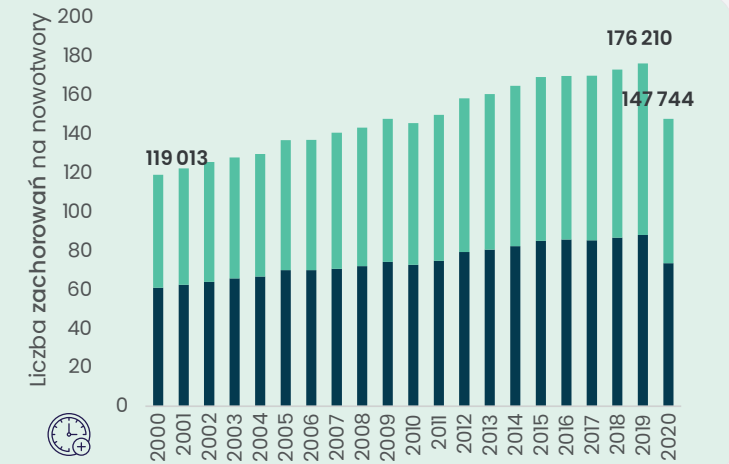
Wzrost liczby zachorowań był na poziomie ponad 30% u mężczyzn i 34% u kobiet. W ciągu 20 lat na nowotwory w Polsce zachorowało **3 mln 114 tys. osób.**



Liczba zachorowań na nowotwory w latach 2000-2020



Źródło: dane KRN [4]



W okresie od 2000 do 2019 roku liczba zgonów wzrosła o ponad 15%.



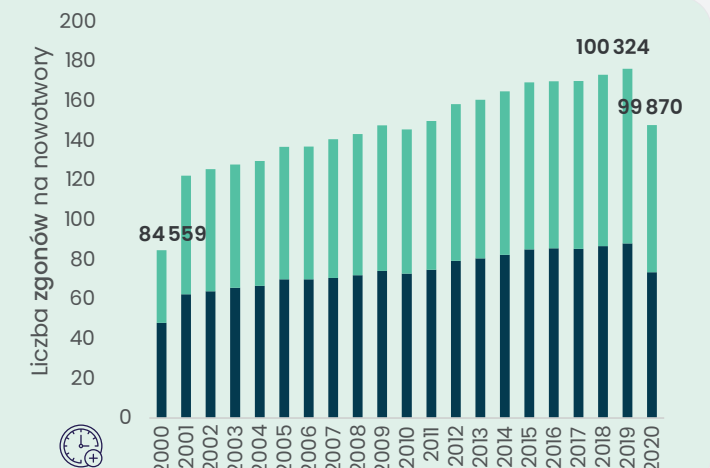
wzrost liczby zgonów był mniejszy niż liczby zachorowań i kształtował się na poziomie ponad 11% w przypadku mężczyzn i niepokojąco wysoko o 20% u kobiet. W ciągu 20 lat na nowotwory w Polsce zmarło około **1 mln 969 tys. osób.**



Liczba zgonów na nowotwory w latach 2000-2020



Źródło: dane KRN [4]



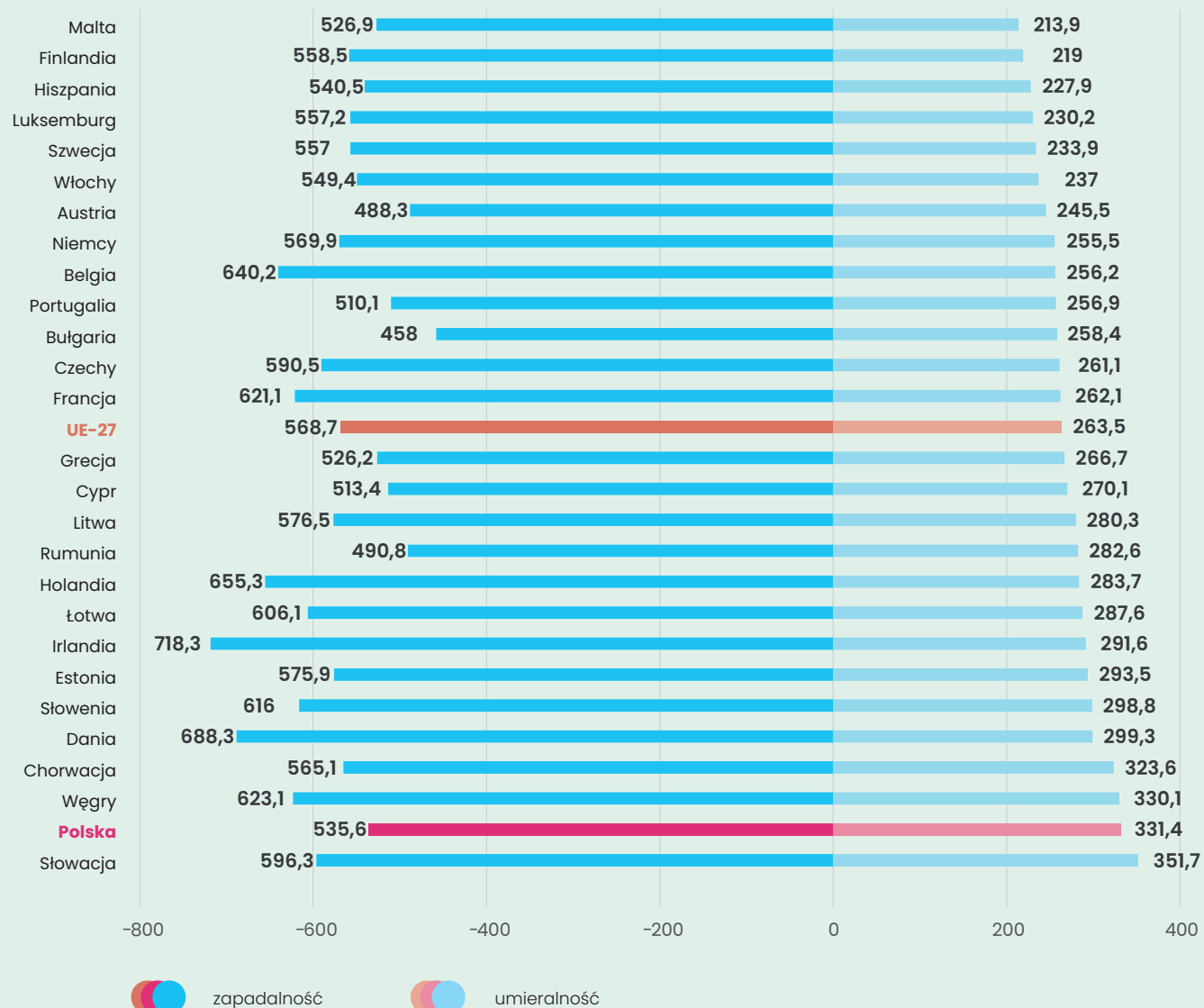
Polska w porównaniu z innymi krajami wykazuje się relatywnie niskimi wskaźnikami zachorowalności, z kolei wskaźniki umieralności z powodu nowotworów złośliwych są w Polsce jednymi z najwyższych.

Według najnowszych danych zapadalność standaryzowana wiekiem w 2020 roku wyniosła w Polsce 536 osób na 100 tys. mieszkańców, tj. o 5% mniej niż średnio w UE (569/100 tys. osób), natomiast **umieralność była aż o 26% wyższa: 331 vs 264 zgonów na 100 tysięcy mieszkańców.**

Zestawienie tych dwóch głównych parametrów epidemiologicznych – zapadalności na nowotwory oraz umieralności – wskazuje, że **jakość opieki onkologicznej, w tym dostępność do diagnostyki i leczenia nowotworów w Polsce jest niższa, niż w większości państw Unii Europejskiej.**



Współczynnik zapadalności i umieralności standaryzowany wiekiem w roku 2020



Źródło: ECIS [6]



Dynamika zmian standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób nowotworowych jest jednym ze wskaźników efektywności działań podejmowanych w celu zwalczania chorób nowotworowych oraz poprawy ich leczenia.

Według danych opublikowanych przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development) w ostatnich 5 latach niemal we wszystkich analizowanych krajach UE zaobserwowano zmniejszenie się współczynników umieralności. Warto jednak zaznaczyć, że skala tych zmian różni się pomiędzy państwami i w większości porównywanych państw poprawa w zakresie śmiertelności była większa niż w Polsce.

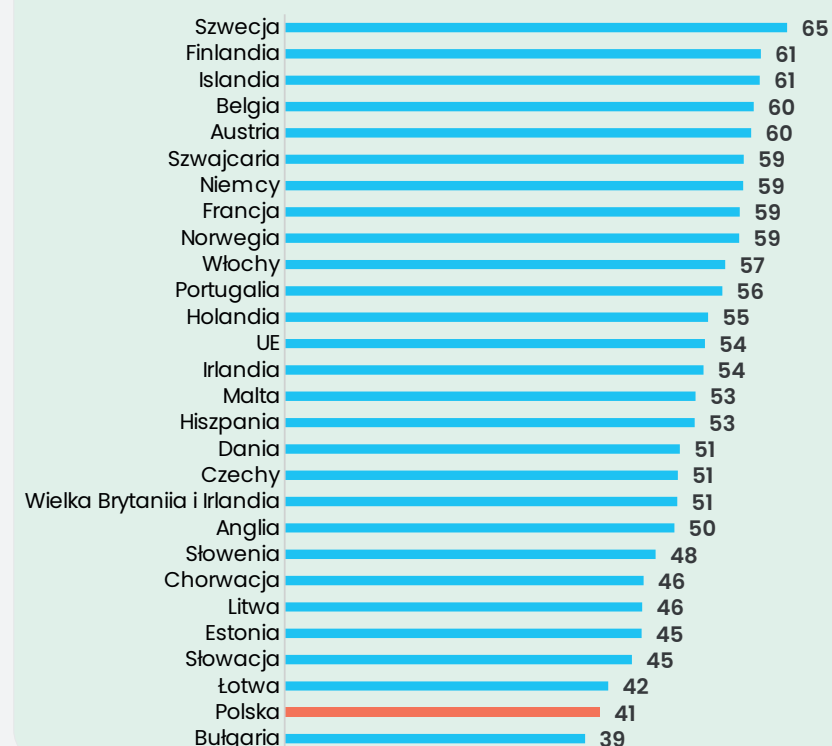
Przeżywalność

Kontrast pomiędzy niższą, niż przeciętna, zapadalnością na nowotwory, a wyższymi niż przeciętne wskaźnikami umieralności widoczny jest także bezpośrednio na poziomie współczynników odsetków przeżycia u pacjentów z chorobą nowotworową.

Dostępne zbiorcze dane o przeżywalności pacjentów z chorobą nowotworową w Europie są, niestety, umiarkowanie aktualne. **W Unii Europejskiej** spośród pacjentów, u których zdiagnozowano nowotwór w latach 2000-2008, **średnio 54,2% chorych przeżyło 5 lat od momentu rozpoznania**, przy czym najwyższy wskaźnik 5-letniego przeżycia dla pacjentów z diagnozą postawioną w tym okresie charakteryzował wyniki uzyskiwane w Szwecji, gdzie **prawie 65% chorych przeżyło co najmniej 5 lat od diagnozy.**

W Polsce spośród pacjentów ze wszystkimi nowotworami wskaźnik przeżycia 5-letniego wyniósł w tym okresie jedynie 41%, co oznacza, że był to wynik o 13 p.p. niższy niż średnia w analizowanych państwach europejskich i prawie 24 p.p. niższy niż w Szwecji [8].

Standaryzowany 5-letni współczynnik przeżycia (%) dla pacjentów zdiagnozowanych w latach 2000-2008, wszystkie nowotwory



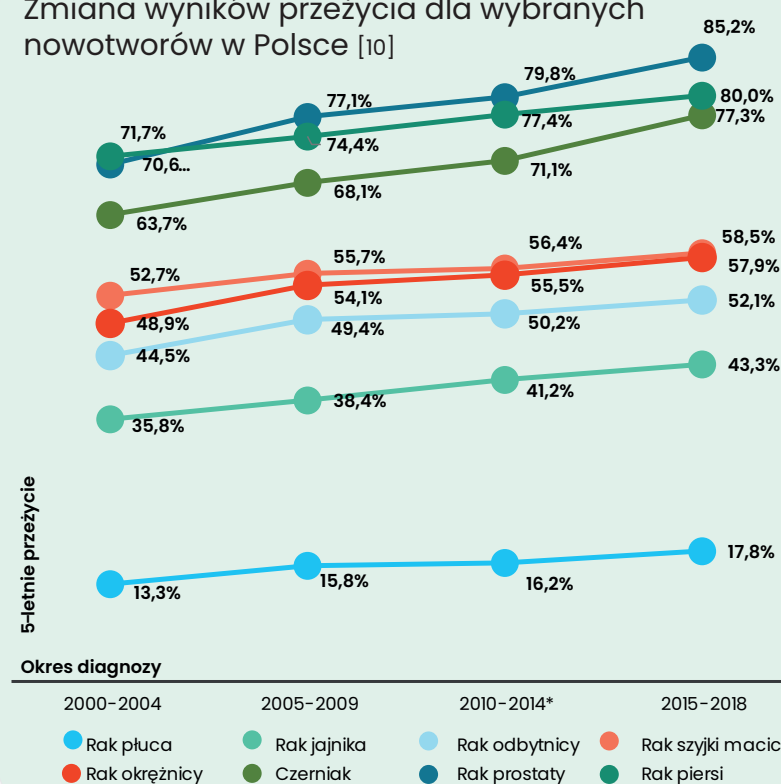
Źródło: Eurostat Cancer statistics [8]

Nowsze dane dotyczące współczynników przeżycia u pacjentów z chorobą nowotworową w Polsce wskazują na wyraźną poprawę w zakresie tego parametru. Wśród ogółu pacjentów zdiagnozowanych w latach 2005-2010 standaryzowany współczynnik 5-letniego przeżycia wyniósł 48,3%, natomiast dla pacjentów zdiagnozowanych w latach 2010-2015: 51,2%. Ze względu na brak dostępu do analogicznych danych dla pozostałych krajów trudno jednak ocenić te wyniki w szerszym, międzynarodowym kontekście.

Zwraca przy tym uwagę fakt, że wynik uzyskany w populacji pacjentów zdiagnozowanych w Polsce w latach 2010-2015 (51,2%) pozostaje gorszy niż opublikowana przez ECIS średnia dla Unii Europejskiej wyznaczona dla chorych zdiagnozowanych dekadę wcześniej (54,2%).

Najnowsze dostępne polskie wskaźniki przeżycia obejmują wyniki oddzielnie dla 8 wybranych nowotworów, w tym 6 nowotworów będących najczęstszymi przyczynami zgonów. W każdej z analizowanych jednostek chorobowych uzyskano istotną poprawę pomiędzy wynikami grup pacjentów zdiagnozowanych w latach 2000-2004 i 2015-2018.

Zmiana wyników przeżycia dla wybranych nowotworów w Polsce [10]



W każdej z analizowanych jednostek chorobowych uzyskano istotną poprawę pomiędzy wynikami kohort zdiagnozowanych w latach 2000-2004 i 2015-2018.



Najmniejszy wzrost, o 4,5 p.p., zaobserwowano w przypadku **raka płuc**.

Największy wzrost, o 14,6 p.p i 13,5 p.p., odnotowano w przypadku odpowiednio **raka prostaty i czerniaka**.



Rak płuca (c34)

Epidemiologia wybranych nowotworów w Polsce

Polska na tle 27 krajów Europy charakteryzuje się **jednym z najwyższych wskaźników zachorowalności (80,1/100 tys. osób) [11] i śmiertelności (74,8/100 tys. osób) [12] na raka płuca.**

Średni wskaźnik zachorowalności dla 27 krajów Europy wynosi 67,3/100 tys. osób, z kolei w przypadku śmiertelności jest to 54,2/100 tys. osób.

Nowotwór płuca jest **jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych.**



W roku 2020 rozpoznanie to stanowiło 9,9% wszystkich zachorowań na nowotwory w populacji kobiet oraz 15,9% wszystkich zachorowań na nowotwory w populacji mężczyzn. Oznacza to, że w przypadku obu płci był to drugi najczęściej rozpoznawany nowotwór (po raku piersi w populacji kobiet i raku gruczołu krokowego w populacji mężczyzn). Nowotwór płuca jest ponadto od wielu lat pierwszą, główną przyczyną zgonów pacjentów onkologicznych – w roku 2020 odpowiadał u kobiet i mężczyzn odpowiednio za 17,6% i 26,1% zgonów z powodu nowotworu.

7 346 nowe zachorowania 2020



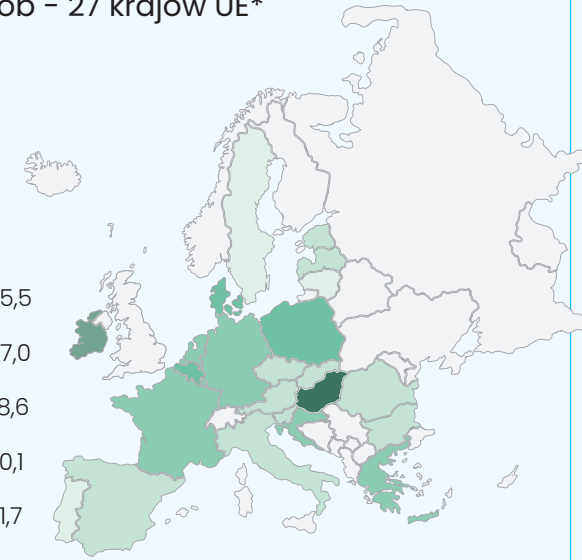
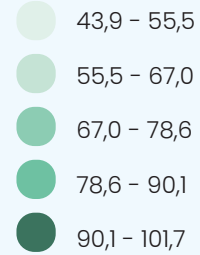
8 002 zgony 2020



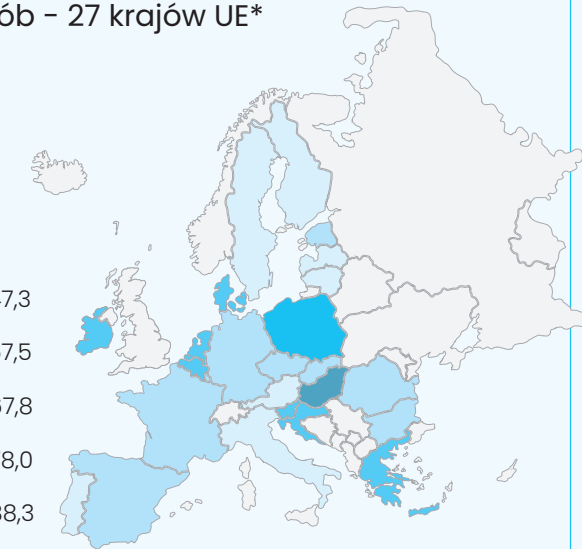
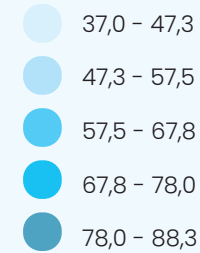
Ryzyko rozwoju nowotworu płuca wzrasta wraz z wiekiem. W populacji pacjentów poniżej 50 r.z. nowotwór ten występuje rzadko. Ponad 40% zachorowań dotyczy kobiet i mężczyzn w relatywnie wąskiej grupie wiekowej 65-74 lata.

Grupa wiekowa 65+ stanowi prawie 65% wszystkich zachorowań na raka płuca w populacji ogólnej.

Nowe przypadki raka płuca na 100 tys. osób – 27 krajów UE*



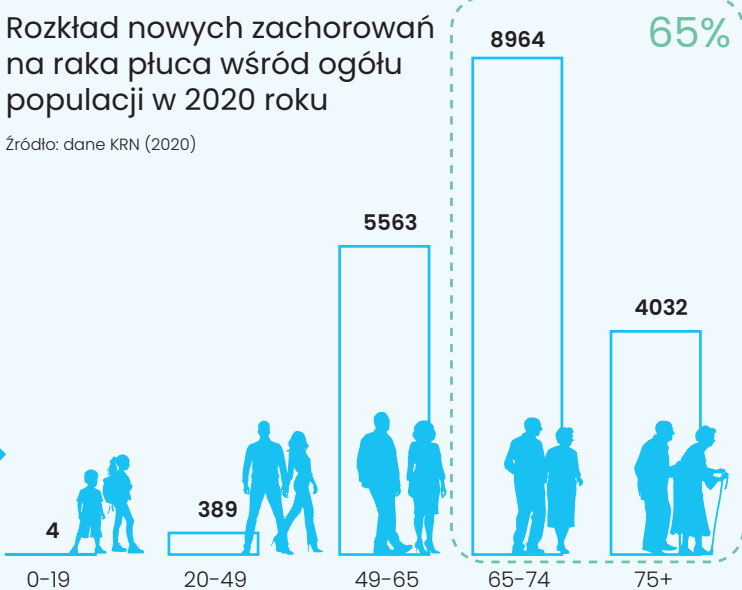
Zgony z powodu raka płuca na 100 tys. osób – 27 krajów UE*



*kobiety i mężczyźni, 0-85+, 2020

Rozkład nowych zachorowań na raka płuca wśród ogółu populacji w 2020 roku

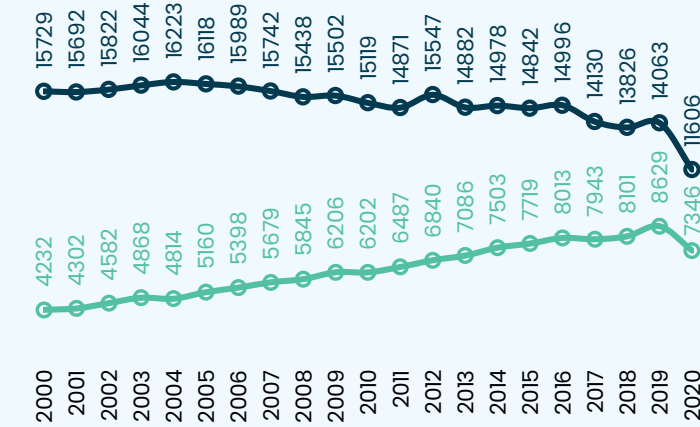
Źródło: dane KRN (2020)



Lata 2000-2020

Nowotwór ten rozpoznawany jest wciąż znacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet, jednak **w ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowalności na raka płuca wśród kobiet** (z pominięciem wyniku dla roku 2020, zaburzonego w związku z sytuacją pandemiczną w kraju i na świecie), podczas gdy w populacji mężczyzn od 2016 roku można obserwować trend stabilizacji lub spadku liczby nowych zachorowań.

Liczba nowo zarejestrowanych przypadków raka płuca wśród kobiet i mężczyzn w Polsce



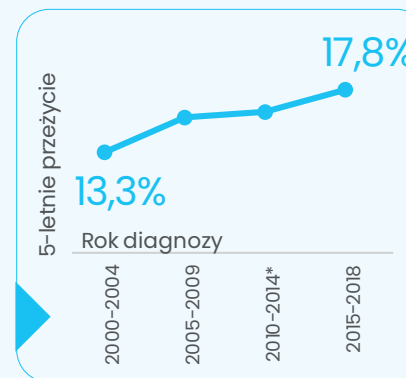
Źródło: KRN (2020) [4]



5-letnie przeżycie

Wskaźnik 5-letniego przeżycia w przypadku raka płuca w Polsce pozostaje niski i zbliżony do średniej UE (w latach 2000-2007 Polska zajmowała wysokie 6. miejsce wśród krajów UE [13]).

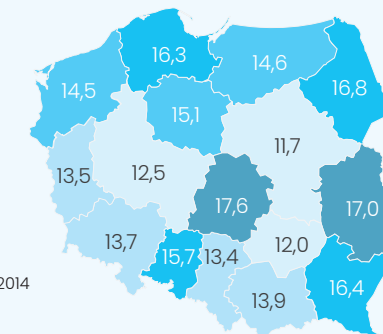
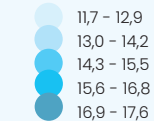
Zgodnie z danymi z badania Caetano dos Santos 2022 [10] **wskaźnik 5-letniego przeżycia dla pacjentów zdiagnozowanych pomiędzy 2010 a 2014 rokiem wynosi 16,2%, natomiast dla zdiagnozowanych w 2015-2018 roku 17,8%.**



Źródło: dane KRN [9]

Różnice we wskaźnikach przeżyć występują również pomiędzy województwami – w okresie 2010-2014 wyniki mieściły się w zakresie od 11,7% (woj. mazowieckie) do 17,6% (woj. łódzkie).

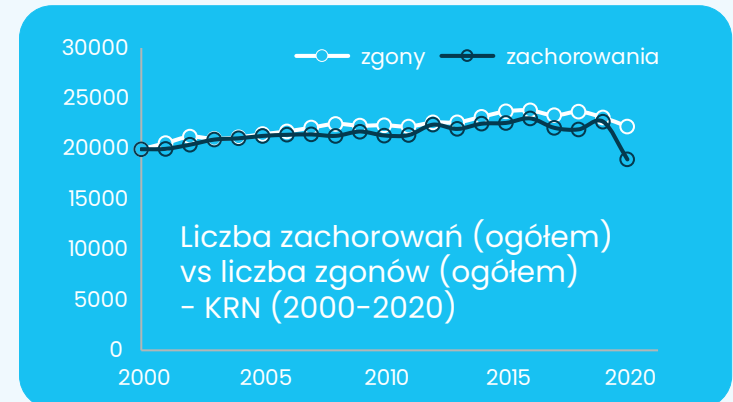
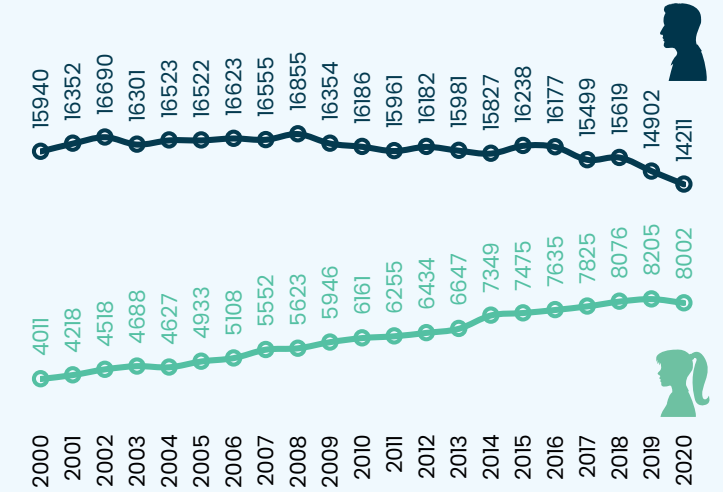
Wskaźnik 5-letnich przeżyć**



**Pacjenci rozpoznani w latach 2010-2014 dla 16 województw Polski
Źródło: dane CONCORD [14]

Podobnie kształtuje się dynamika liczby zgonów – w wartościach bezwzględnych liczba zgonów w populacji mężczyzn wciąż jest znacznie większa niż w populacji kobiet, jednak wieloletnie trendy wskazują na spadek liczby zgonów w populacji mężczyzn, przy jednoczesnym wzroście liczby zgonów w populacji kobiet. **Zwraca też uwagę utrzymująca się większa liczba zgonów niż liczba zachorowań w latach 2001-2020.**

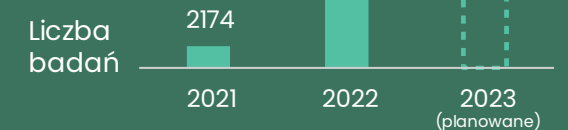
Liczba zgonów z powodu raka płuca wśród kobiet i mężczyzn w Polsce



Źródło: dane KRN [4]

W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej realizowany i finansowany jest pilotażowy program profilaktyczny pn.: „Program badań w kierunku wykrywania raka płuca”. Polega na wykonywaniu badań niskodawkowej tomografii komputerowej w populacji osób wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca – tj. zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi dla takiej profilaktyki [15-17]. Polska, obok Chorwacji i Czech, jest jednym z trzech krajów w Europie, który wdrożył ogólnokrajowy program tych badań [18, 19]. Program w latach 2021-2022 objął niewielką populację Polaków – łącznie ok. 12 tys. osób, tj. mniej niż 0,5% populacji docelowej szacowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na ok. 3,2 mln osób [20].

Liczba badań niskodawkowej tomografii komputerowej w ramach programu profilaktyki raka płuca



Rak piersi (C50)

Epidemiologia wybranych nowotworów w Polsce

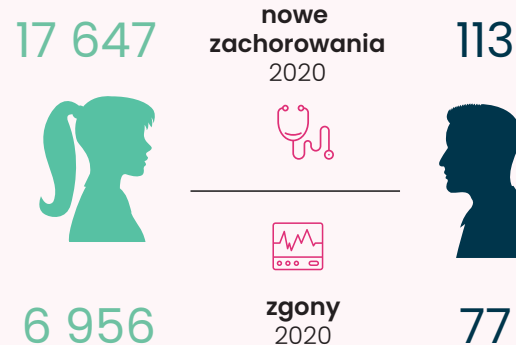
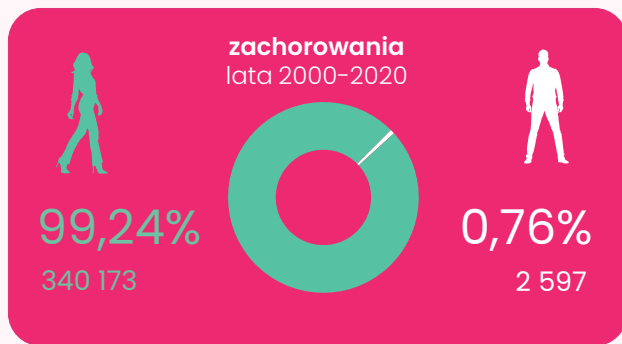
Polska na tle 27 krajów europejskich charakteryzuje się jednym z najwyższych wskaźników śmiertelności (41,8/100 tys. osób) na raka piersi wśród kobiet [23]. Wskaźnik zachorowalności wynosi 119,1/100 tys. osób i jest niższy od średniej europejskiej [24].

Średni wskaźnik zachorowalności dla 27 krajów Europy wynosi 142,8/100 tys. osób, natomiast średni wskaźnik śmiertelności 34,1/100 tys. osób.

Rak piersi jest jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych wśród Polek.



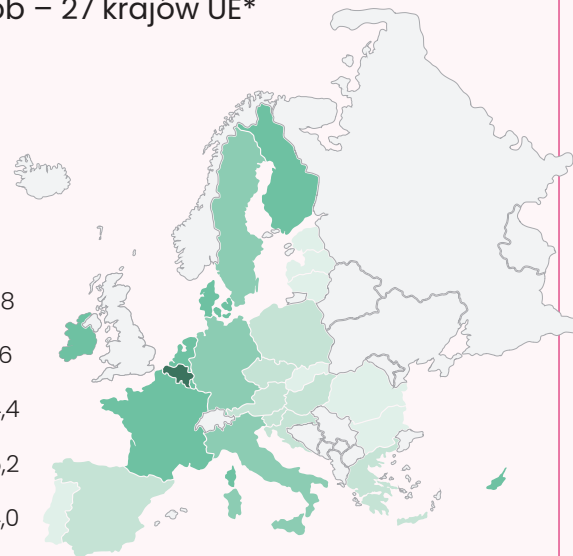
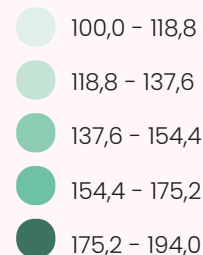
Nowotwór ten najczęściej rozpoznawany jest u kobiet w wieku powyżej 55 lat. Z roku na rok rozpoznawanie raka piersi w Polsce jest stawiane coraz większej liczbie kobiet. W latach 2000–2020 na nowotwór piersi zachorowały 342 770 osoby, z czego ponad 99% stanowiły kobiety, a tylko niecały 1% zachorowań dotyczyło mężczyzn [4].



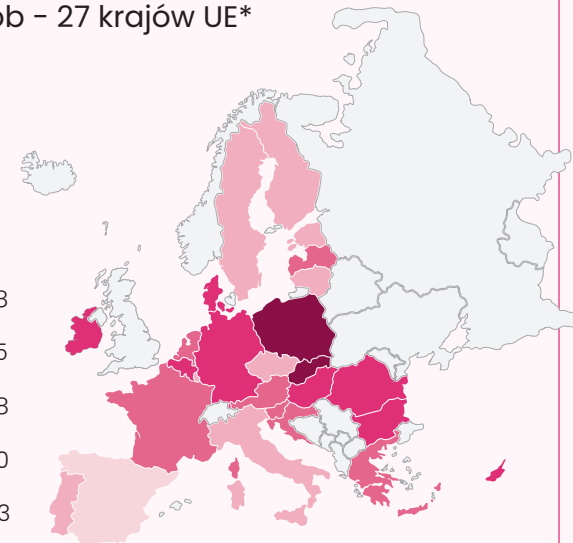
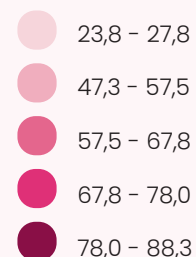
Najwięcej przypadków nowych rozpoznania raka piersi przypada na grupę wiekową 45–69 lat. Udział zachorowań w młodszych grupach wiekowych jest niski i stanowi 12,5% wszystkich zachorowań wśród kobiet.

Diagnozy wśród kobiet powyżej 65. roku życia stanowią 43% ogółu zachorowań na raka piersi.

Nowe przypadki raka piersi wśród kobiet na 100 tys. osób – 27 krajów UE*



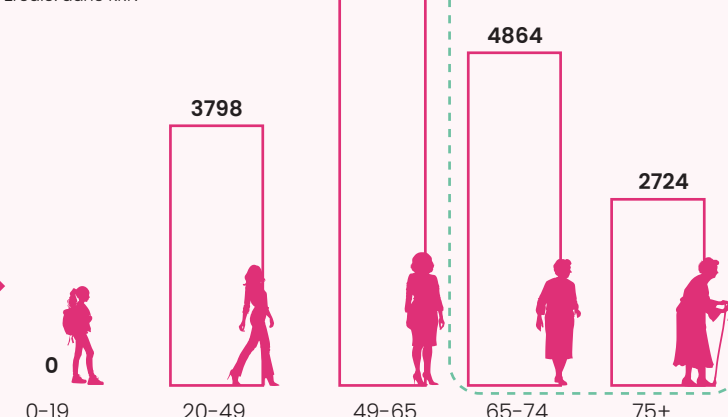
Zgony z powodu raka piersi wśród kobiet na 100 tys. osób – 27 krajów UE*



*kobiety, 2020

Rozkład nowych zachorowań na raka piersi kobiet w zależności od wieku w 2020 roku

Źródło: dane KRN



Lata 2000–2020

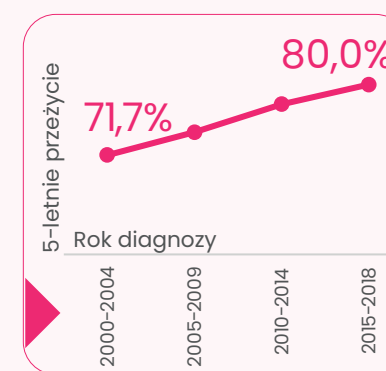
W ciągu ostatnich 20 lat zachorowania na raka piersi wśród kobiet charakteryzowały się trendem wzrostowym. Zgodnie z danymi KRN w roku 2019 liczba kobiet z postawioną diagnozą raka piersi przekroczyła 20 tys. Analizując strukturę wiekową populacji kobiet, u których rozpoznano raka piersi, zauważyć można, że pomiędzy rokiem 2000 a 2020 trend zachorowań przesunął się w kierunku starszych grup wiekowych, tj. kobiet powyżej 55 r.ż.

Nowotwór piersi odpowiada za ponad 15% wszystkich zgonów u kobiet zarejestrowanych w KRN w 2020 roku i jest drugą, zaraz po raku płuca, chorobą onkologiczną będącą przyczyną śmierci w polskiej populacji kobiet. Liczba zgonów na przestrzeni lat 2000–2020 utrzymuje tendencję wzrostową.

5-letnie przeżycie

Wczesna diagnostyka, wprowadzanie programów badań przesiewowych oraz skuteczne metody terapii powodują, że wyniki leczenia raka piersi u Polek stale się poprawiają. Jednym z mierników skuteczności działań wprowadzanych w celu minimalizowania negatywnego wpływu chorób nowotworowych jest wskaźnik 5-letniego przeżycia.

Zgodnie z danymi z publikacji Caetano dos Stantos 2022 [10] wskaźnik ten w kohorcie pacjentów zdiagnozowanych w 2015–2018 roku wynosi 80%.



Źródło: dane KRN [10]

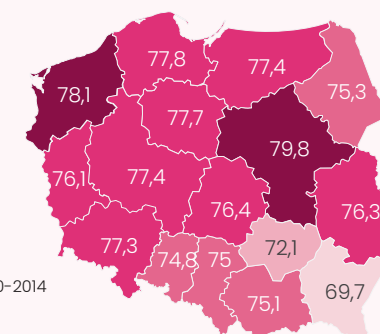
Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że wciąż są to wyniki wyraźnie niższe niż uzyskiwane w większości państw Unii Europejskiej. W 2/3 państw UE opisanych w opracowaniu Komisji Europejskiej [25] wskaźnik przeżycia 5-letniego na poziomie ok. 80% lub więcej uzyskano już w grupie pacjentów zdiagnozowanych w latach 2000–2007, tj. ponad dekadę wcześniej niż wtedy, gdy wynik ten osiągnięto w Polsce.

Zwraca uwagę fakt, że wskaźnik 5-letniego przeżycia kształtował się historycznie na różnym poziomie w poszczególnych województwach Polski. W grupie pacjentów rozpoznanych w latach 2010–2014 przyjmował wartość od 69,7% (woj. podkarpackie) do 79,8% (woj. mazowieckie) [14].

**Pacjenci rozpoznani w latach 2010–2014 dla 16 województw Polski
Źródło: dane CONCORD [14]

Wskaźnik 5-letnich przeżyć**

- 69,9 – 71,8
- 71,9 – 73,8
- 73,9 – 75,8
- 75,9 – 77,8
- 77,9 – 79,8



Liczba zachorowań oraz zgonów na raka piersi wśród kobiet w Polsce

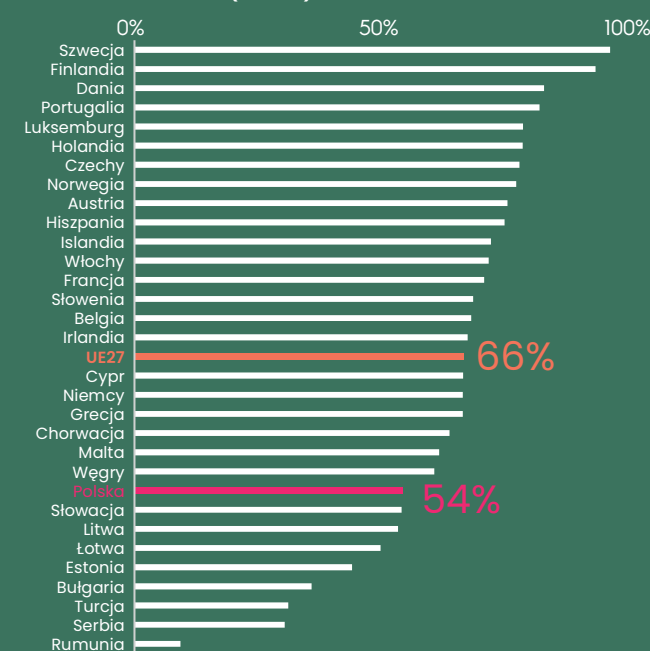


Źródło: KRN (2020) [4]

Profilaktyka

Wykrycie raka piersi w jak najwcześniejszym stadium rozwoju wpływa znacząco na możliwości terapeutyczne oraz odsetek wyleczeń i obniżenie wskaźnika umieralności. NFZ gwarantuje dostęp do programu profilaktycznego raka piersi, m.in. poprzez program bezpłatnych badań mammograficznych dla wszystkich kobiet pomiędzy 50. a 69. rokiem życia jako diagnostyki wstępnej. Warunkiem skuteczności takich działań jest ich rozpowszechnienie, długoterminowość, jakość oraz zgłaszalność grupy docelowej. W 2015 roku na badania mammograficzne w ramach Programu Profilaktyki zgłosiło się ponad 1,13 mln kobiet, tj. 21% populacji kobiet w wieku 50–69 lat żyjących w Polsce. Dla porównania – w roku 2022 do badania zgłosiło się 0,93 mln kobiet, co odpowiada 19% populacji kobiet w wieku kwalifikacji do tego programu [26].

Samodzielne zgłaszanie się na badanie mammograficzne w ostatnich 2 latach wśród kobiet (2019)



W odniesieniu do wskaźnika badań profilaktycznych w kierunku raka piersi Polska plasuje się na 9. miejscu od końca w Europie. W 2019 r. niespełna 54% kobiet w wieku 50–69 lat zadeklarowało, że w ciągu 2 lat wykonało mammografię, a wynik ten jest znacznie niższy niż średnia dla 27 krajów UE (66%).



Rak jelita grubego (okrężnicy) (C18-C21)

Epidemiologia wybranych nowotworów w Polsce

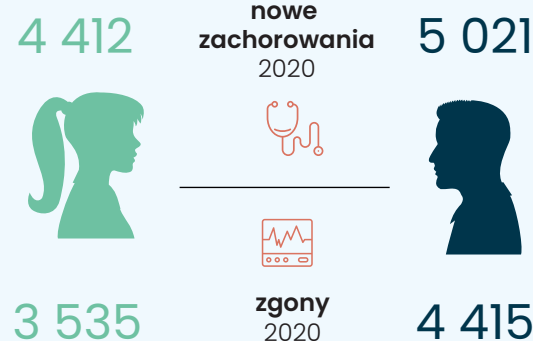
Wskaźnik zachorowań na raka jelita grubego dla Polski na tle innych krajów europejskich jest jednym z niższych (39,9/100 tys. osób) i znajduje się poniżej średniej europejskiej (45,9/100 tys. osób) [27].

Jednak wskaźnik śmiertelności wypada gorzej niż średnia europejska (26,9/100 tys. osób dla Polski i 22,3/100 tys. osób w przypadku średniej krajów europejskich) [28].

Rak jelita grubego od 20 lat jest drugą przyczyną zgonów wśród wszystkich nowotworów.



Rak jelita grubego jest trzecią najczęstszą przyczyną zgonów zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, zgodnie z najnowszymi danymi KRN [4].

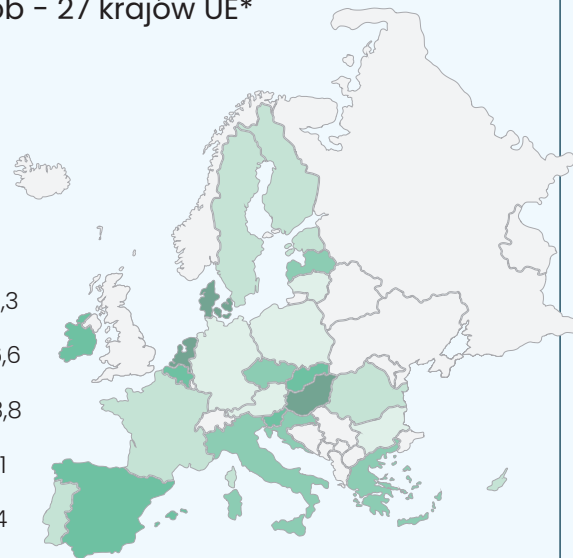
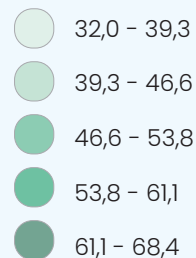


Nowotwór ten rozpoznawany jest wciąż znacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet.

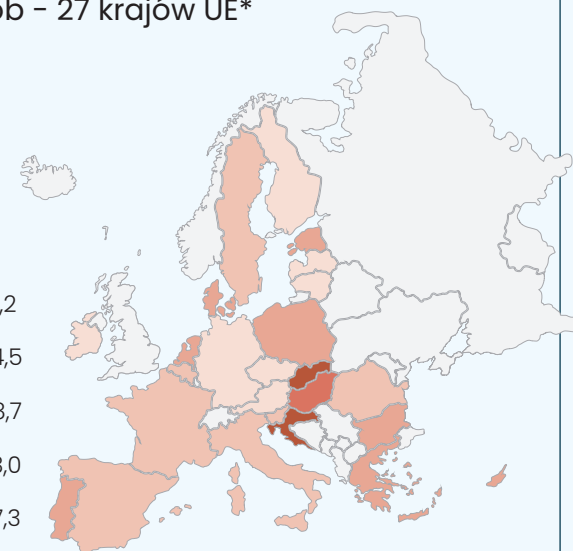
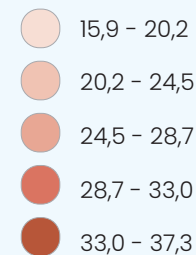
Prawie 70% nowych zachorowań na raka jelita grubego dotyczy pacjentów w wieku 65+.



Nowe przypadki raka jelita grubego na 100 tys. osób – 27 krajów UE*



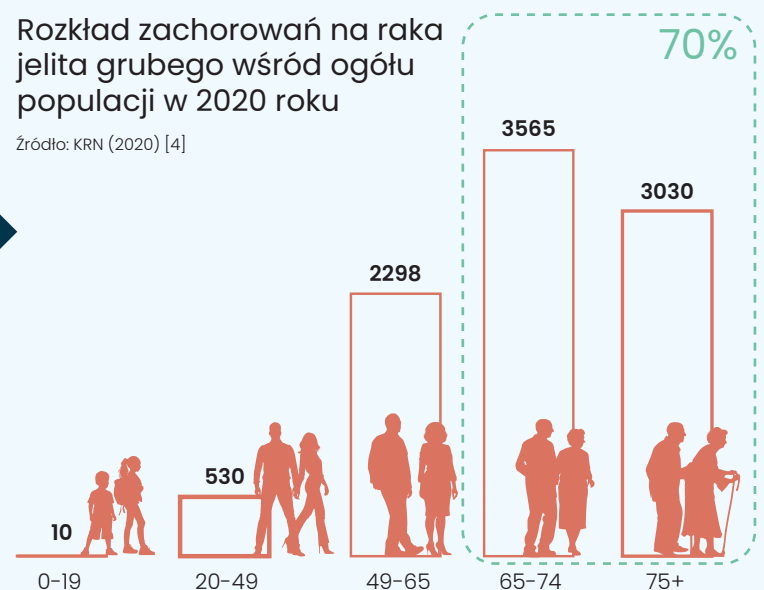
Zgony z powodu raka jelita grubego na 100 tys. osób – 27 krajów UE*



*populacja ogólna, 2020

Rozkład zachorowań na raka jelita grubego wśród ogółu populacji w 2020 roku

Źródło: KRN (2020) [4]

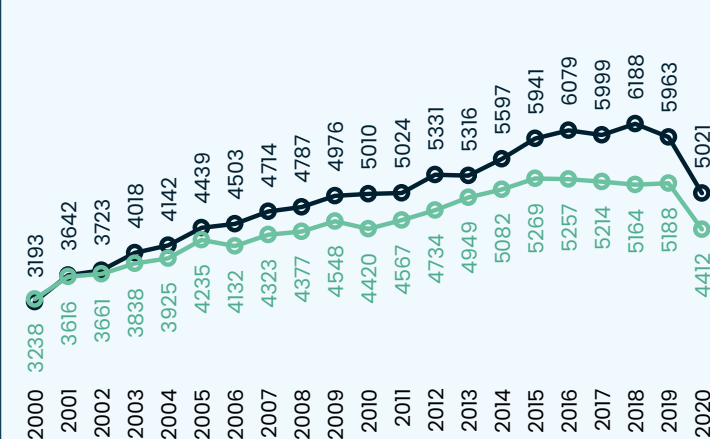


Lata 2000-2020

Dane za rok 2020 pokazują, że rak jelita grubego jest u mężczyzn i kobiet trzecim pod względem umieralności nowotworem w Polsce.

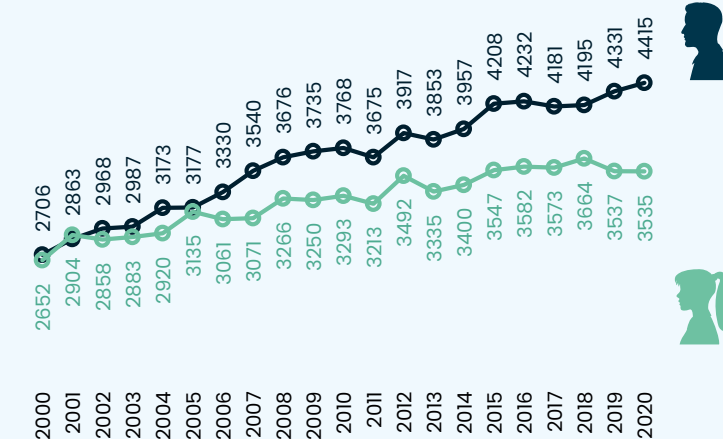
Podobnie kształtuje się dynamika liczby zgonów – w wartościach bezwzględnych liczba zgonów w populacji mężczyzn wciąż jest znacznie większa niż w populacji kobiet. Ponadto trendy wskazują na wzrost zgonów w populacji mężczyzn.

Liczba zachorowań na raka jelita grubego wśród kobiet i mężczyzn w latach 2000-2020



Źródło: KRN (2020) [4]

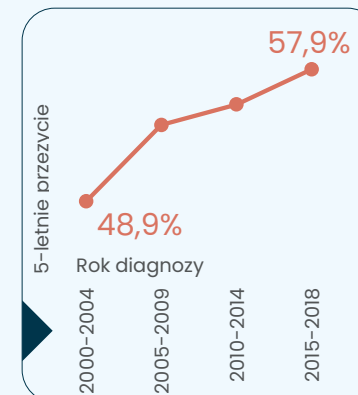
Liczba zgonów z powodu raka jelita grubego wśród kobiet i mężczyzn w latach 2000-2020



5-letnie przeżycie

Zgodnie z publikacją Caetano dos Santos [10] wskaźniki przeżycia dla pacjentów rozpoznanych w latach 2000-2018 poprawiły się.

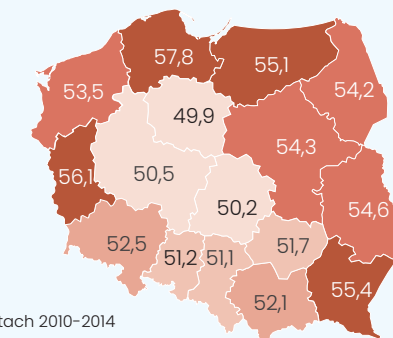
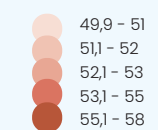
Wskaźnik przeżycia 5-letniego w przypadku raka jelita grubego dla pacjentów rozpoznanych w latach 2000-2004 wynosił 48,9%, natomiast rozpoznanych w 2015-2018 już 57,9% [10].



Źródło: dane KRN [9]

Zwraca uwagę fakt, że wskaźnik 5-letniego przeżycia kształtował się historycznie na różnym poziomie w poszczególnych województwach Polski. Dla pacjentów rozpoznanych w latach 2010-2014 przyjmował wartość od 49,9% (woj. kujawsko-pomorskie) do 57,8% (woj. pomorskie).

Wskaźnik 5-letnich przeżyć**



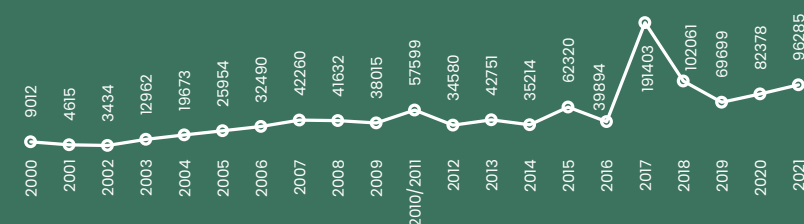
**Pacjenci rozpoznani w latach 2010-2014 dla 16 województw Polski

Źródło: dane CONCORD [14]

Profilaktyka

Nowotwór jelita grubego przez dłuższy czas może rozwijać się bezobjawowo, dlatego kluczowym elementem zapobiegawczym są badania przesiewowe, a w szczególności kolonoskopia. Zalecana jest ona kobietom i mężczyznom po ukończeniu 55 r.ż. lub od 40-49 r.ż., jeżeli u najbliższych krewnych pacjenta rozpoznano wcześniej chorobę.

Zgłaszalność do Programu Badań Przesiewowych w kierunku raka jelita grubego – 2000-2021 [29]



Wykrycie zmian nowotworowych na wczesnym etapie rozwoju choroby daje pacjentowi szansę na zmniejszenie ryzyka zgonu.

Dla polskich pacjentów dostępny jest program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, lecz niestety zgłaszalność pozostaje niska. Zgodnie z danymi raportowanymi przez Program Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego najwięcej badań wykonanych zostało w 2017 roku, z czego ponad 71% to badania w systemie zapraszanym. Od 2018 roku widoczny jest spadek liczby wykonanych badań w trybie oportunistycznym, tj. pacjenci sam zgłaszający się na kolonoskopię lub kierowani przez lekarza POZ. W roku 2019 odsetek pokrycia populacji tym badaniem przesiewowym wyniósł ok. 15% [30].



Rak żołądka (C16)

Epidemiologia wybranych nowotworów w Polsce

Wskaźnik zachorowań na raka żołądka w Polsce na tle innych krajów europejskich jest jednym z wyższych (17,7/100 tys. osób) i znajduje się powyżej średniej europejskiej (15,8/100 tys. osób).

Wskaźnik śmiertelności również wypadła gorzej niż średnia europejska i kształtuje się na poziomie 15,6/100 tys. osób dla Polski i 10,9/100 tys. osób w przypadku średniej krajów europejskich [32].

Czynniki środowiskowe, na które mamy bezpośredni wpływ, odgrywają największą rolę w powstawaniu raka żołądka. Nieodpowiednia dieta, narażenie na czynniki chemiczne, palenie tytoniu znacząco wpływają na rozwój raka żołądka w społeczeństwie.



1 666

nowe zachorowania 2020

2 877



1 657

zgoni 2020

3 115

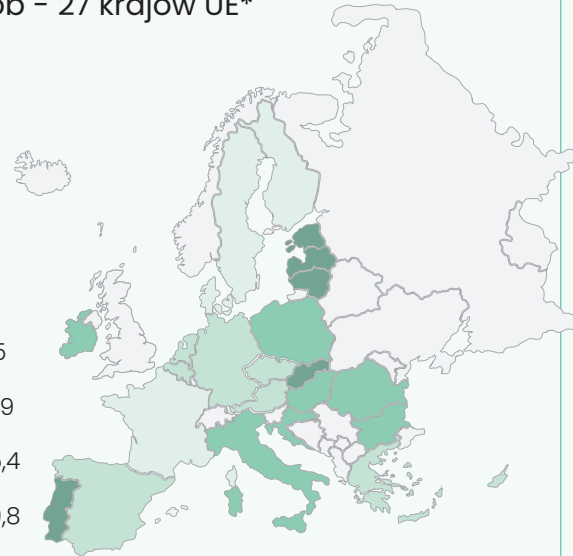
Ponad 72% nowych zachorowań na raka żołądka dotyczy populacji pacjentów w wieku 65+.



Nowe zachorowania na raka żołądka na 100 tys. osób – 27 krajów UE*



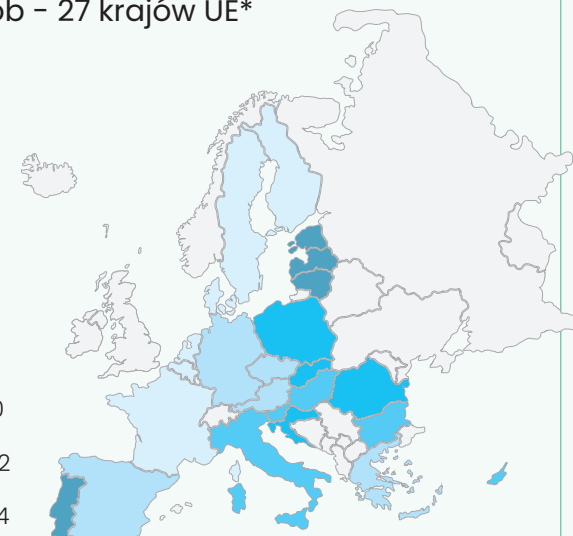
- 7,6 - 12,0
- 12,0 - 16,5
- 16,5 - 20,9
- 20,9 - 25,4
- 25,4 - 29,8



Zgony z powodu raka żołądka na 100 tys. osób – 27 krajów UE*



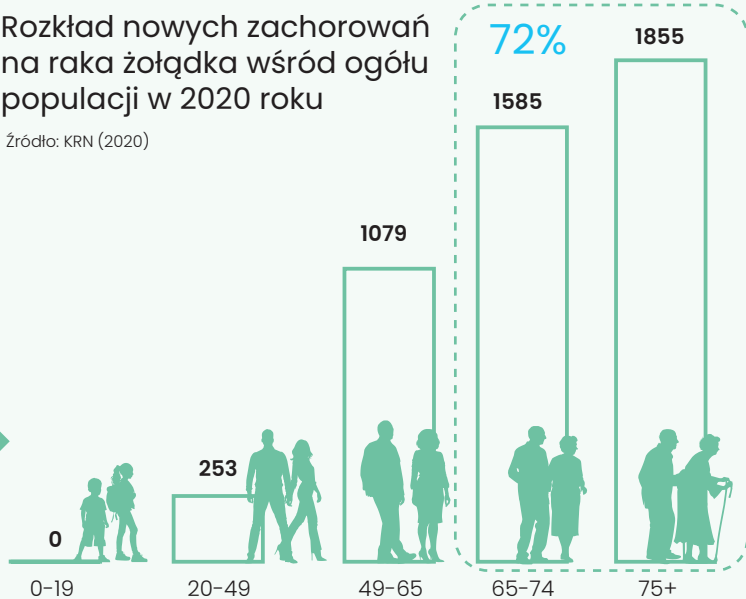
- 5,4 - 8,6
- 8,6 - 11,8
- 11,8 - 15,0
- 15,0 - 18,2
- 18,2 - 21,4



*kobiety i mężczyźni, 0-85+, 2020

Rozkład nowych zachorowań na raka żołądka wśród ogółu populacji w 2020 roku

Źródło: KRN (2020)

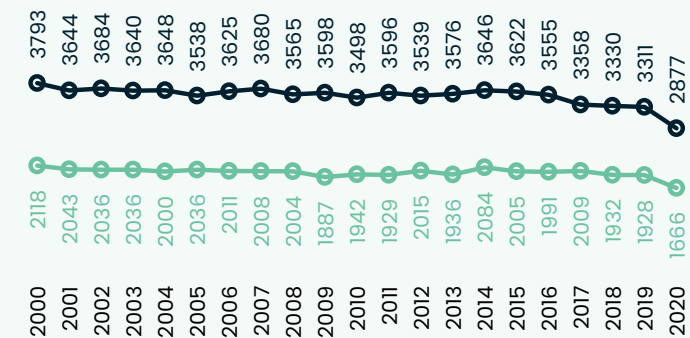


Lata 2000-2020

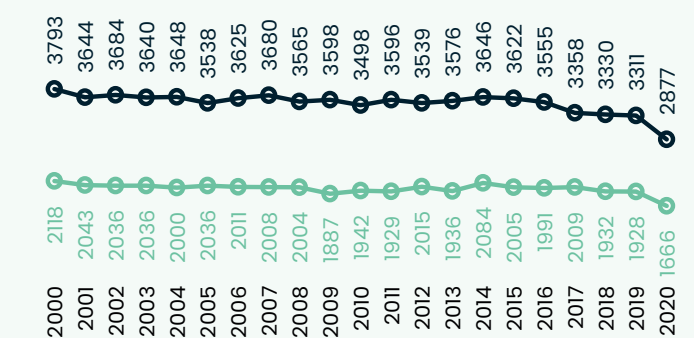
Rak żołądka jest znacznie częściej rozpoznawany u mężczyzn niż u kobiet. Liczba zachorowań wśród mężczyzn w ostatnich 20 latach utrzymywała się na podobnym poziomie, z widocznym spadkiem w latach 2017-2020.

Podobnie kształtuje się dynamika liczby zgonów – w wartościach bezwzględnych liczba zgonów w populacji mężczyzn wciąż jest znacznie większa niż w populacji kobiet, jednak wieloletnie trendy wskazują na nieco większy spadek liczby zgonów w populacji mężczyzn niż w populacji kobiet.

Liczba nowo zarejestrowanych przypadków raka żołądka wśród kobiet i mężczyzn w Polsce



Liczba zgonów z powodu raka żołądka wśród kobiet i mężczyzn w Polsce



Źródło: KRN (2020) [4]

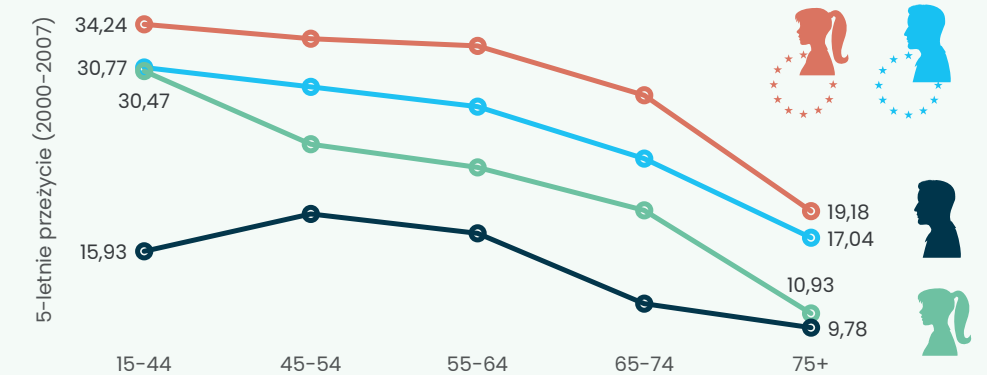


5-letnie przeżycie

Wskaźnik 5-letniego przeżycia w przypadku raka żołądka w Polsce kształtuje się na niskim poziomie.

Dane ECIS dla pacjentów rozpoznanych w latach 2000-2007 wskazują, że wskaźnik przeżycia polskich pacjentów kształtował się poniżej średniej dla krajów europejskich i prawdopodobnie nadal wyniki uzyskiwane w Polsce są gorsze niż w innych krajach europejskich [8].

Zgodnie z danymi KRN wskaźnik 5-letniego przeżycia dla pacjentów zdiagnozowanych pomiędzy 2010 a 2015 rokiem wyniósł 22,7% [9] – tj. mniej niż wynosiła europejska średnia przeżycia pacjentów z rozpoznaniem raka żołądka z diagnozą w latach 2000-2007 we wszystkich poza najstarszą (75+) grupach wiekowych.

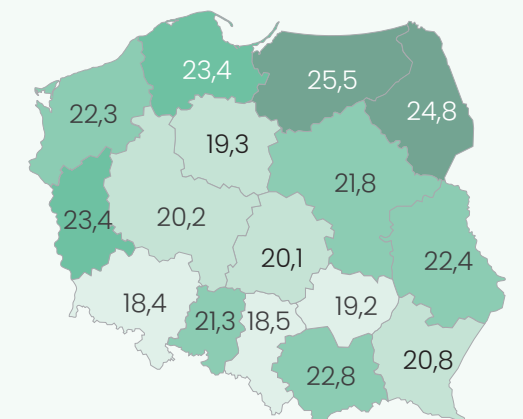


Źródło: dane ECIS

Różnice we wskaźnikach przeżyć występują również pomiędzy województwami i wahają się od 18,4% (woj. dolnośląskie) do 25,5% (woj. warmińsko-mazurskie).

Wskaźnik 5-letnich przeżyć**

- 18,4 - 19,2
- 19,3 - 20,8
- 20,9 - 22,8
- 22,9 - 23,4
- 23,5 - 25,5



**Pacjenci rozpoznani w latach 2010-2014 dla 16 województw Polski
Źródło: dane CONCORD [14]



Rak trzustki (C25)

Epidemiologia wybranych nowotworów w Polsce

Polska na tle 27 krajów Europy charakteryzuje się jednym z niższych wskaźników zachorowalności (16,5/100 tys. osób) [33] oraz śmiertelności (16,1/100 tys. osób) [34], tym samym znajduje się poniżej średniej europejskiej w zakresie tych wskaźników.

Średni wskaźnik zachorowalności dla 27 krajów Europy wynosi 19,9/100 tys. osób, z kolei w przypadku śmiertelności jest to 18,6/100 tys. osób.

Rak trzustki w 2020 roku znalazł się na 11. miejscu w rankingu zachorowań oraz był 6. przyczyną zgonów w populacji Polski.



Nowotwory trzustki stanowią w Polsce około 2,5% wszystkich nowotworów. Zgodnie z danymi KRN w 2020 roku zajmowały 10. i 9. miejsce wśród zachorowań, odpowiednio wśród kobiet i mężczyzn. Od 10 lat zajmują również 5. i 6. miejsce w strukturze umieralności. Wśród ogółu zachorowań nowotwory trzustki zajmują 11. miejsce, natomiast w przypadku zgonów 5.

1 825 nowe zachorowania 2020



2 542 zgony 2020



Częstość zachorowania na raka trzustki wzrasta wraz z wiekiem. Większość zachorowań (75% w 2020 roku) obserwuje się pomiędzy 60-80 r.ż. **Szczyt zachorowań na raka trzustki zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet, przypada na 60-74 r.ż.**

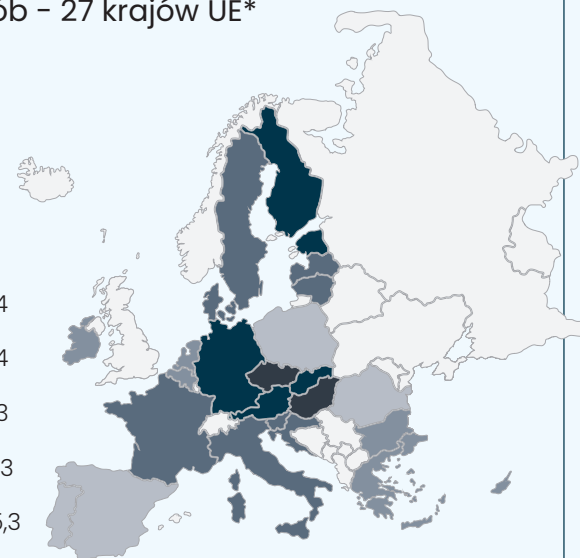
Prawie 66% nowych zachorowań na raka trzustki dotyczy populacji pacjentów w wieku 65+.



Nowe przypadki raka trzustki na 100 tys. osób - 27 krajów UE*



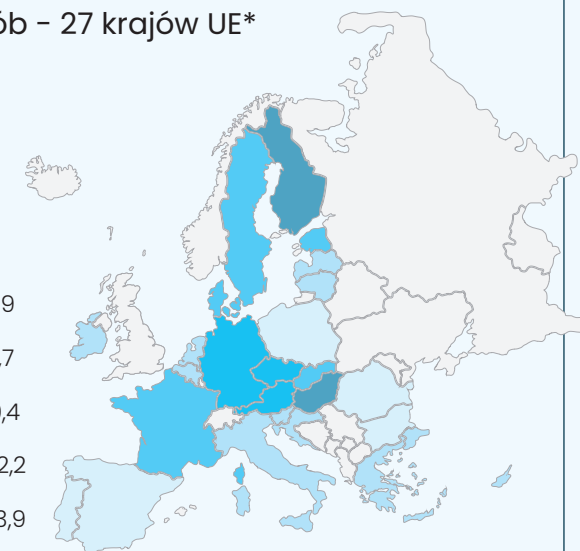
- 15,4 - 17,4
- 17,4 - 19,4
- 19,4 - 21,3
- 21,3 - 23,3
- 23,3 - 25,3



Zgony z powodu raka trzustki na 100 tys. osób - 27 krajów UE*



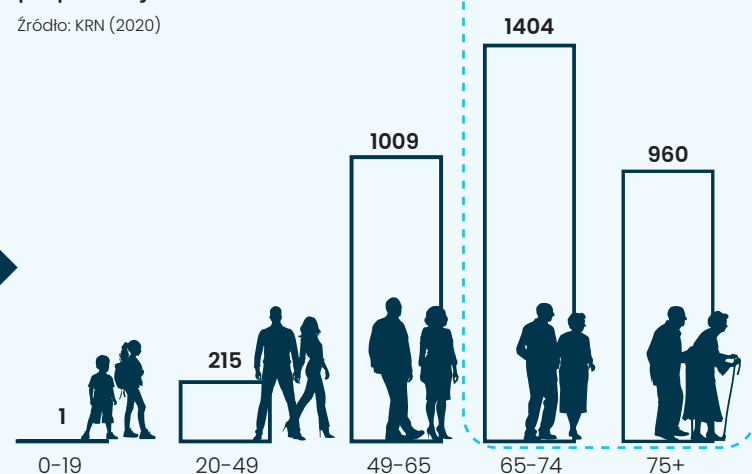
- 15,2 - 16,9
- 16,9 - 18,7
- 18,7 - 20,4
- 20,4 - 22,2
- 22,2 - 23,9



*kobiety i mężczyźni, 0-85+, 2020

Rozkład zachorowań na raka trzustki wśród ogółu populacji w 2020 roku

Źródło: KRN (2020)



Lata 2000-2020

Udział zachorowań mężczyzn i kobiet kształtował się na zbliżonym poziomie w latach 2016-2020. Jednak odsetek zgonów kobiet wśród ogółu w najstarszych grupach wiekowych utrzymuje się na wyższym poziomie niż w przypadku mężczyzn.

Nowotwór ten w ostatnich latach rozpoznawany jest częściej u kobiet niż u mężczyzn. Trend zachorowalności od 2000 do 2020 jest zbliżony u obu płci.

Podobnie kształtuje się dynamika liczby zgonów.

Liczba zgonów z powodu raka trzustki w ostatnich 20 latach utrzymywała trend wzrostowy. Od 2016 roku liczba zgonów wśród kobiet przewyższa tę notowaną wśród mężczyzn.



Liczba zachorowań na raka trzustki wśród kobiet i mężczyzn w Polsce



Liczba zgonów z powodu raka trzustki wśród kobiet i mężczyzn w Polsce



Źródło: KRN (2020) [4]



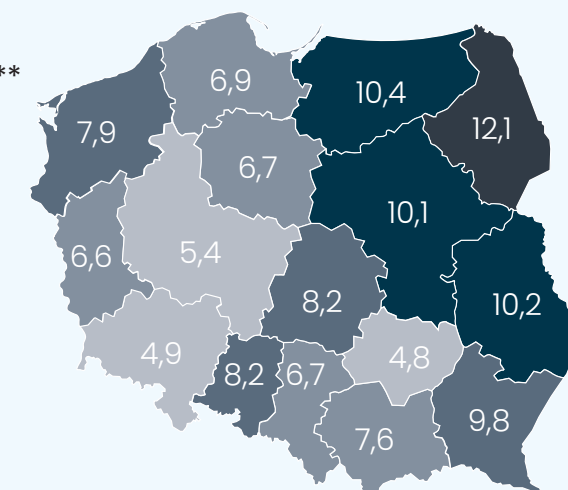
5-letnie przeżycie

Wskaźnik 5-letniego przeżycia w przypadku raka trzustki w kolejnych latach w Polsce pozostawał niski. Zgodnie z danymi z badania Caetano dos Santos 2022 [10] wskaźnik 5-letniego przeżycia dla pacjentów zdiagnozowanych w latach 2000-2004 wynosił 8,2%, dla zdiagnozowanych w latach 2005-2009 9,7%, natomiast 8% dla zdiagnozowanych w latach 2010-2014.

Różnice we wskaźnikach przeżyć wystąpiły również pomiędzy województwami i w grupie pacjentów zdiagnozowanych w latach 2010-2014 mieściły się w zakresie od 4,8% (woj. świętokrzyskie) do 12,1% (woj. podlaskie).

Wskaźnik 5-letnich przeżyć**

- 4,8 - 5,4
- 5,5 - 7,6
- 7,7 - 9,8
- 9,9 - 10,4
- 10,5 - 12,1



**Pacjenci rozpoznani w latach 2010-2014 dla 16 województw Polski
Źródło: dane CONCORD [14]



Rak gruczołu krokowego (C61)

Epidemiologia wybranych nowotworów w Polsce

Polska na tle 27 krajów europejskich charakteryzuje się niskim wskaźnikiem zachorowalności (126/100 tys. osób) [35] oraz jednym z wyższych wskaźników śmiertelności (58,8/100 tys. osób) [36] na raka gruczołu krokowego.

Średni wskaźnik zachorowalności dla 27 krajów Europy wynosi 158,7/100 tys. osób, z kolei w przypadku śmiertelności jest to 36,2/100 tys. osób.

Nowotwór gruczołu krokowego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych.



W roku 2020 rozpoznanie to stanowiło 19,6% wszystkich zachorowań na nowotwory w populacji mężczyzn, co oznaczało, że był to najczęściej rozpoznawany nowotwór w tej populacji. Nowotwór gruczołu krokowego jest ponadto drugą przyczyną zgonów nowotworowych w populacji mężczyzn – w roku 2020 odpowiadał w tej populacji za 10,6% zgonów z powodu nowotworu [4].

nowe zachorowania 2020 **14 412**

zgoni 2020 **5 748**



Ryzyko rozwoju raka gruczołu krokowego wzrasta wraz z wiekiem. W populacji pacjentów poniżej 50 r.ż. nowotwór ten występuje rzadko. Ponad 50% zachorowań zdarza się u mężczyzn w relatywnie wąskiej grupie wiekowej 65-74 lata.

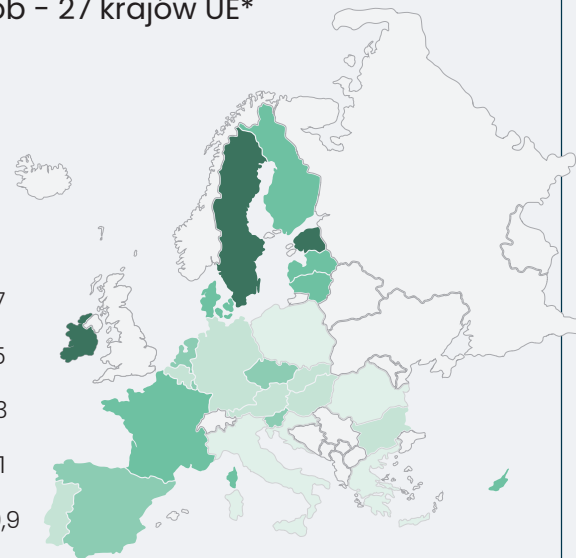
Rozpoznania w populacji osób powyżej 65. roku życia stanowią prawie 75% wszystkich zachorowań z powodu raka gruczołu krokowego.



Nowe przypadki raka gruczołu krokowego na 100 tys. osób – 27 krajów UE*



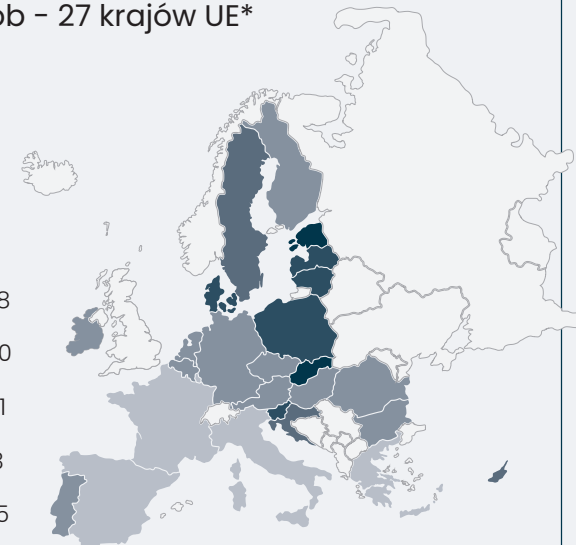
- 101,9 – 131,7
- 131,7 – 161,5
- 161,5 – 191,3
- 191,3 – 221,1
- 221,1 – 250,9



Zgony z powodu raka gruczołu krokowego na 100 tys. osób – 27 krajów UE*



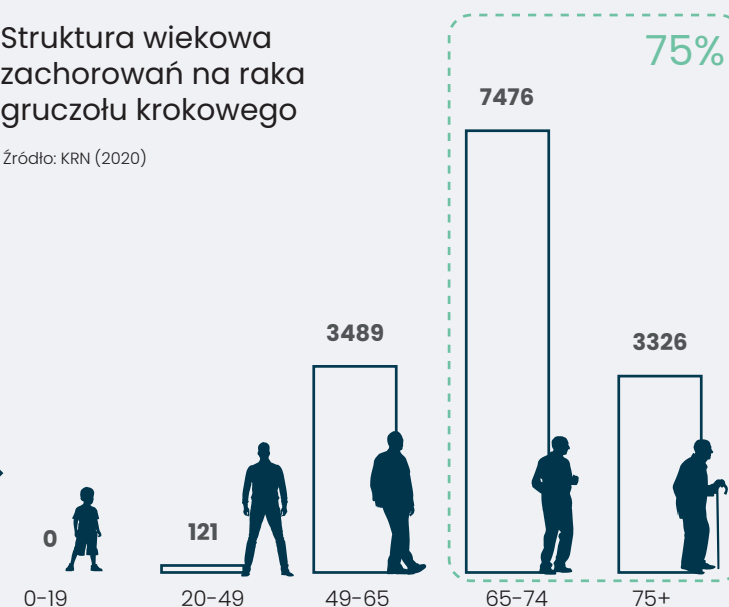
- 22,6 – 33,8
- 33,8 – 45,0
- 45,0 – 56,1
- 56,1 – 67,3
- 67,3 – 78,5



*mężczyźni 0-85+, 2020

Struktura wiekowa zachorowań na raka gruczołu krokowego

Źródło: KRN (2020)



Lata 2000-2020

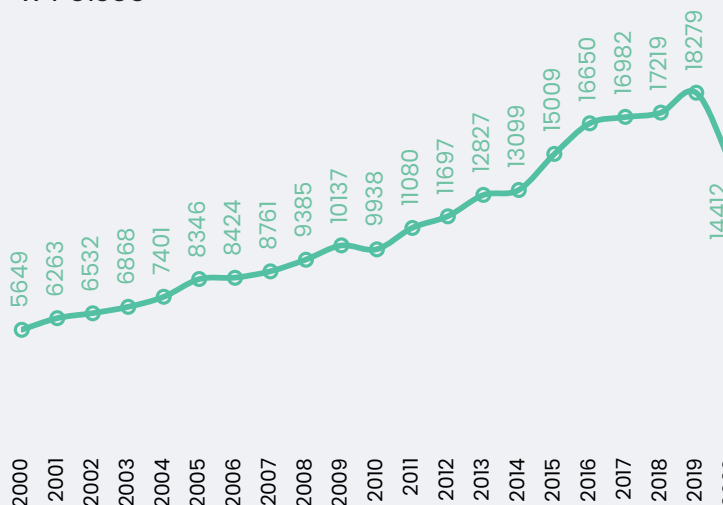
W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost zachorowalności na raka gruczołu krokowego wśród mężczyzn (z pominięciem wyniku dla roku 2020 zaburzonego w związku z sytuacją pandemiczną w kraju i na świecie).

Podobnie kształtuje się dynamika liczby zgonów.

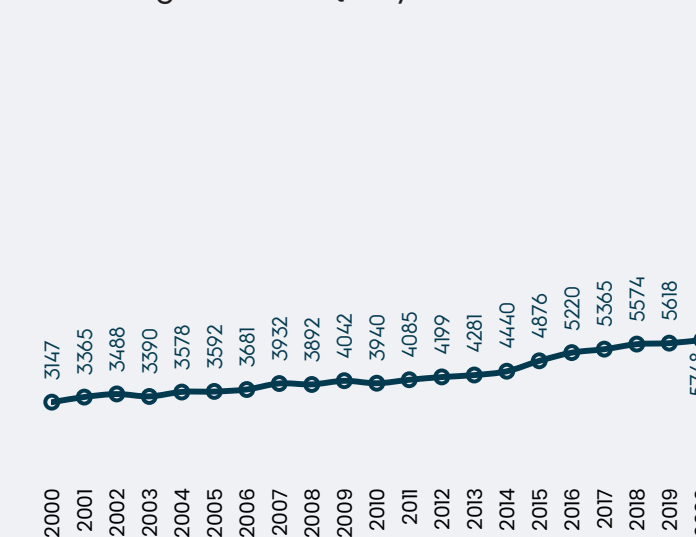
W Polsce od lat widoczny jest wzrost liczby zgonów z powodu raka gruczołu krokowego.



Liczba nowo zarejestrowanych przypadków raka gruczołu krokowego wśród mężczyzn w Polsce



Liczba zgonów z powodu raka gruczołu krokowego wśród mężczyzn w Polsce



Źródło: KRN (2020) [4]

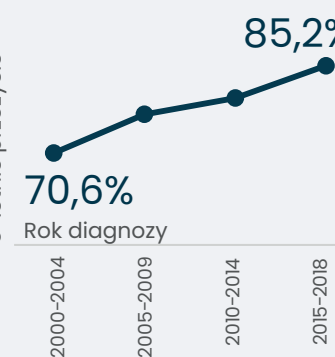


5-letnie przeżycie

Wskaźnik 5-letniego przeżycia w przypadku raka gruczołu krokowego w Polsce dla pacjentów rozpoznanych w latach 2000-2007 był zdecydowanie niższy od średniej EU – dla Polski wynosił 66,56%, a dla krajów europejskich 83,36% (dane z projektu EURO-CARE-5, w którym uwzględniono tylko część populacji polskich pacjentów na podstawie bazy ECIS [8]).

Zgodnie z danymi z badania Caetano dos Santos 2022 [10] wskaźnik 5-letniego przeżycia dla pacjentów zdiagnozowanych pomiędzy 2010 a 2014 rokiem wynosi 79,8%, natomiast dla zdiagnozowanych w 2015-2018 roku 85,20%. Obserwujemy więc wydłużanie się przeżycia pacjentów z rakiem gruczołu krokowego w Polsce.

5-letnie przeżycie

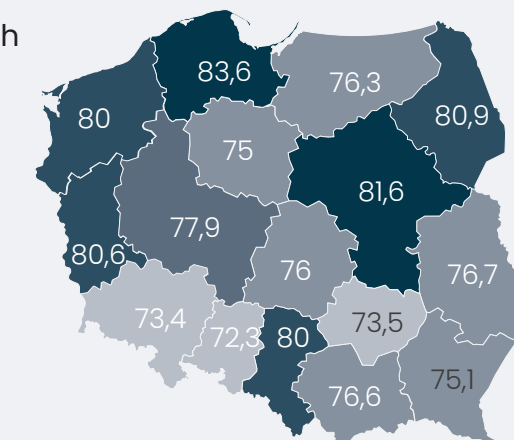


Źródło: dane KRN [9]

Różnice we wskaźnikach przeżyć występują również pomiędzy województwami, a wskaźniki przeżycia 5-letniego mieściły się w przypadku grupy pacjentów zdiagnozowanych w latach 2010-2014 w zakresie od 72,3% (woj. opolskie) do 83,6% (woj. pomorskie).

Wskaźnik 5-letnich przeżyć**

- 72,3 – 74,6
- 74,7 – 76,9
- 77,0 – 79,2
- 79,3 – 81,5
- 81,6 – 83,8



**Pacjenci rozpoznani w latach 2010-2014 dla 16 województw Polski
Źródło: dane CONCORD [14]

02

Dostęp do opieki onkologicznej



Podsumowanie

Według danych NFZ liczba wystawionych kart DiLO rocznie wzrasta – tylko w pierwszej połowie 2023 roku wydano ponad 182 tysiące kart DiLO, podczas gdy w całym roku 2018 było to 234 tys. kart. Niestety ze wzrostem wydawanych kart DiLO spada odsetek kart, dla których diagnostyka odbyła się w terminie – w pierwszej połowie 2023 roku wyniósł on 65% dla kart diagnostyki wstępnej i 71% dla kart diagnostyki pogłębionej. Widoczne są przy tym bardzo duże różnice pomiędzy województwami (od ok. 45% do ok. 90% badań realizowanych jest terminowo w zależności od regionu). Każdego roku najwięcej kart DiLO wystawianych jest w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Warto również zauważyć, że coraz więcej kart DiLO wystawianych jest przez lekarzy pierwszego kontaktu.

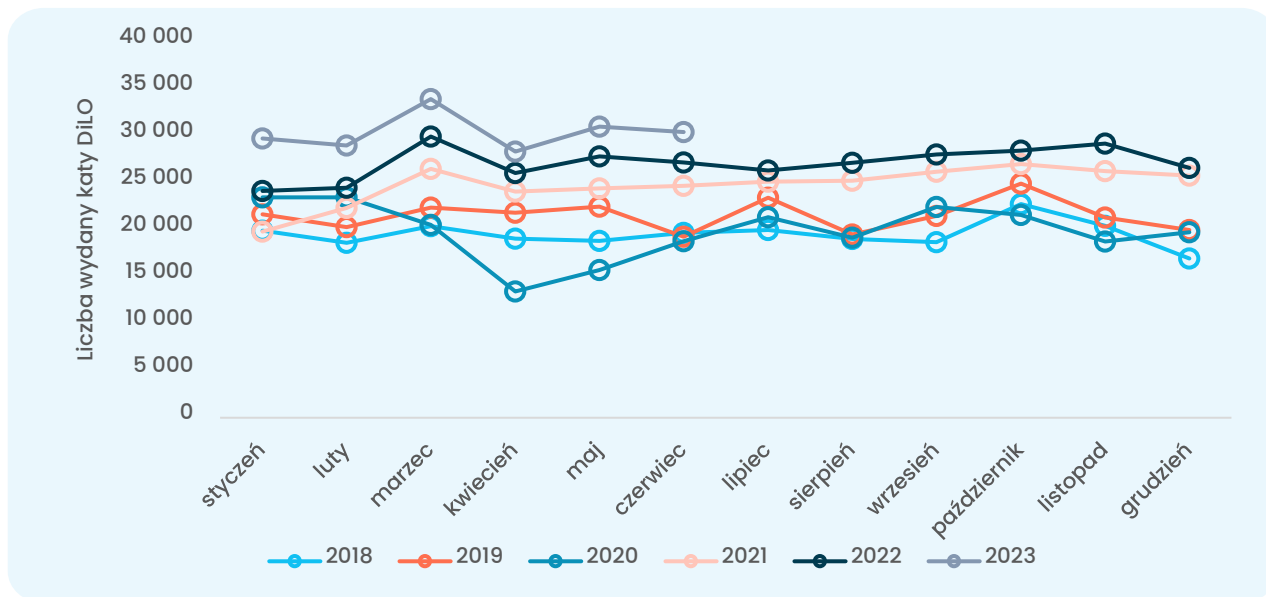
Wg najnowszych danych opracowanych w raporcie Oncoindex, spośród 139 rekomendowanych technologii 91 jest refundowanych w Polsce, przy czym tylko 40 w zakresie pełnych wskazań. Kolejne 51 jest finansowanych w ograniczonych wskazaniach, natomiast 48 technologii lekowych (tj. 35% wszystkich uwzględnionych w zaleceniach) w ogóle nie jest finansowanych. Zarówno najnowszy łączny wynik wskaźnika Oncoindex dla Polski: 42 punkty na 100 możliwych, jak i umiarkowanie tylko wzrostowy trend historycznych jego wartości wskazują na ograniczenia w dostępie do zalecanych terapii. Dostępność do nowoczesnych terapii różni się przy tym w zależności od wskazania i jest średnio wyższa w przypadku nowotworów hematologicznych, dla których wartość średnia wskaźnika to 55 punktów, niż w przypadku guzów litych, dla których wartość wskaźnika Oncoindex to 41 punktów.

Diagnostyka i leczenie nowotworów – karta DiLO

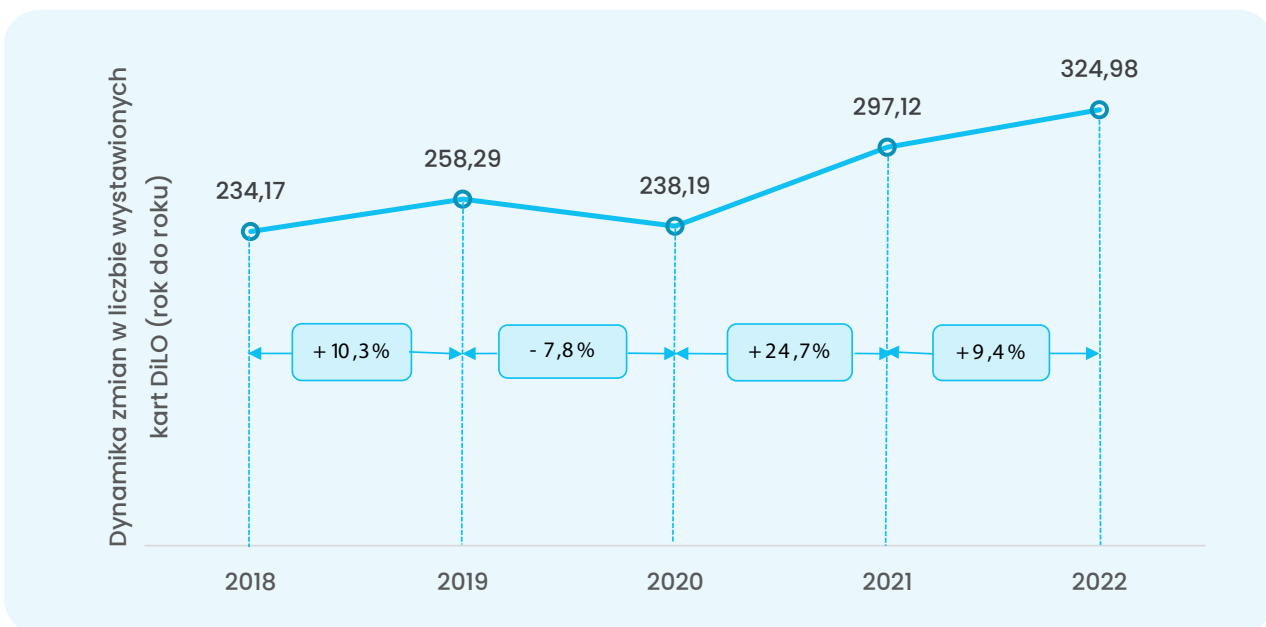
W 2015 roku wszedł w życie tzw. pakiet onkologiczny, którego nieodłącznym elementem jest karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Celem DiLO jest ustrukturyzowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego i ułatwienie poruszania się pacjenta z podejrzeniem nowotworu lub zdiagnozowaną chorobą w systemie ochrony zdrowia. Karta DiLO pełni rolę skierowania,

które umożliwia pacjentowi rozpoczęcie leczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej. Według danych NFZ liczba wystawionych kart DiLO rocznie wzrasta i w 2023 jest wyższa niż w poprzednich latach, co wskazuje na poprawę dostępności, lecz może też prowadzić do zwiększenia obciążenia organizacyjnego opieki. Złamanie trendu można zaobserwować pomiędzy 2019-2020 podczas pandemii COVID-19, gdzie wprowadzenie obostrzeń często utrudniało szybką diagnostykę i postawienie rozpoznania. Największy wzrost wystawionych kart DiLO miał miejsce w roku 2021 (ponad 2-krotnie większy niż w latach poprzedzających pandemię).

WYKRES 1.
LICZBA WYSTAWIONYCH KART DIŁO – DANE NFZ



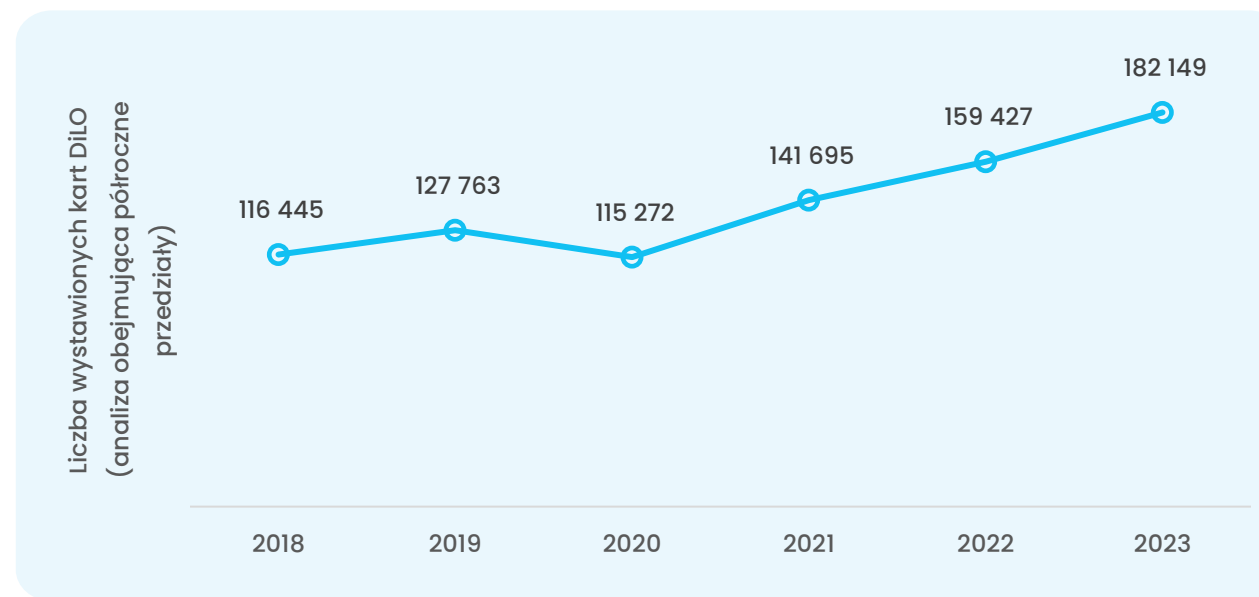
WYKRES 2.
DYNAMIKA WZROSTU LICZBY WYSTAWIONYCH KART DIŁO W LATACH 2018-2022



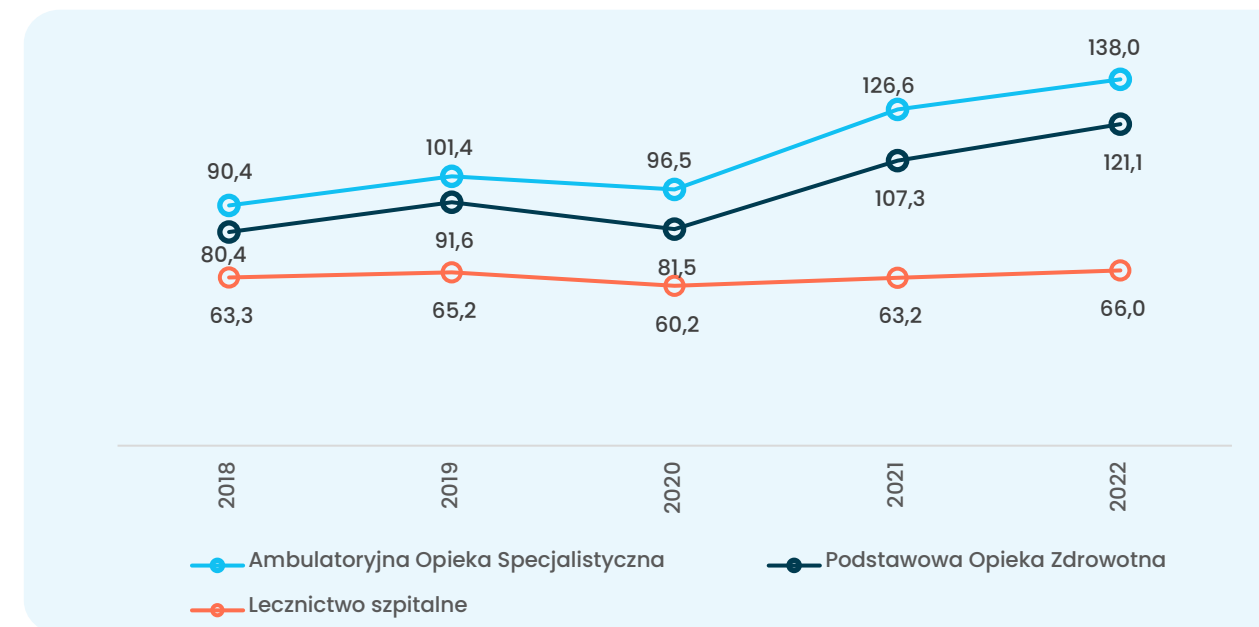
Najnowsze dostępne dane dotyczące liczby wystawionych kart DiLO sięgają połowy roku 2023. Analizując dane w półrocznych przedziałach czasowych w latach 2018-2023, można przypuszczać, że liczba wystawionych kart DiLO na koniec 2023 roku będzie znacząco wyższa niż w roku poprzednim, co może z kolei wpłynąć na czas realizacji świadczeń zdrowotnych.

Każdego roku najwięcej kart DiLO wystawianych jest w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Warto również zauważyć, że coraz więcej kart DiLO wystawianych jest przez lekarzy pierwszego kontaktu. Szybkie i trafne postawienie wstępnego rozpoznania przez lekarzy POZ oraz przekazanie pacjenta do odpowiedniej opieki specjalistycznej może przyczynić się do zmniejszenia negatywnych skutków chorób nowotworowych.

WYKRES 3.
LICZBA WYSTAWIONYCH KART DIŁO W LATACH 2018-2023 (PÓLROCZNE PRZEDZIAŁY CZASOWE)



WYKRES 4.
LICZBA WYSTAWIONYCH KART DIŁO (W TYS.) W ZALEŻNOŚCI OD FORMY OPIEKI – NFZ [37]

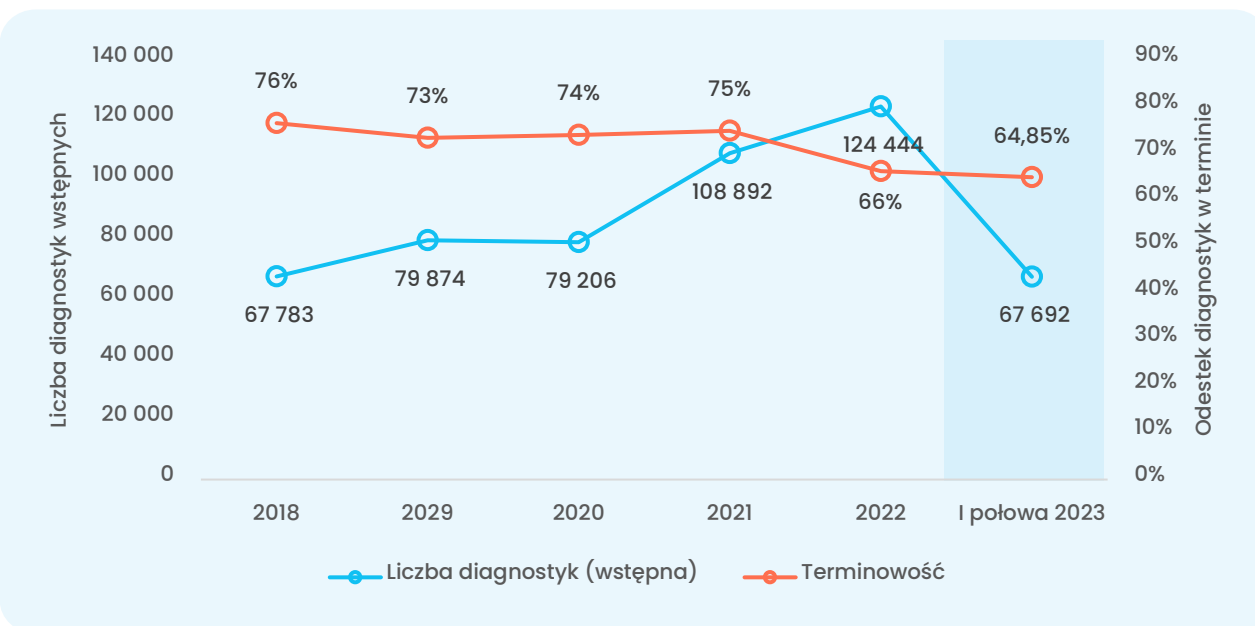


Niestety, wraz ze wzrostem liczby wydawanych kart DiLO spada odsetek kart, dla których diagnostyka (wstępna lub pogłębiona) odbyła się w zdefiniowanych ramach czasowych: 28 dni dla diagnostyki wstępnej i 21 dni dla diagnostyki pogłębionej (w obu przypadkach, z dodatkowymi

kryteriami szczegółowymi). Odsetek kart, dla których diagnostyka odbyła się w terminie w pierwszej połowie 2023 roku, wyniósł 65% dla kart diagnostyki wstępnej i 71% dla kart diagnostyki pogłębionej.

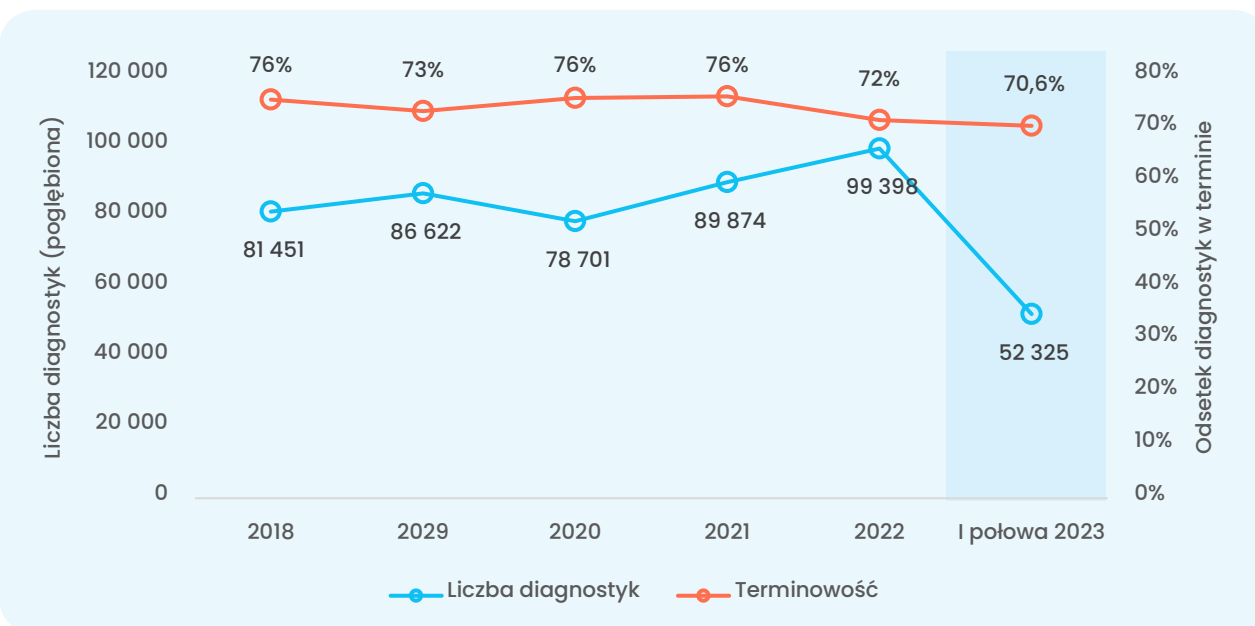
WYKRES 5.

LICZBA I TERMINOWOŚĆ KART DIAGNOSTYKI WSTĘPNEJ W LATACH - 2018-2023



WYKRES 6.

LICZBA I TERMINOWOŚĆ KART DIAGNOSTYKI POGŁĘBIONEJ W LATACH - 2018-2023



Zwraca uwagę fakt, że terminowość przeprowadzenia diagnostyki różni się zauważalnie pomiędzy województwami. W pierwszej połowie roku 2023 najwyższy odsetek badań wstępnych przeprowadzonych w terminie raportowano w województwie podlaskim (92%), natomiast najniższy

– w województwie kujawsko-pomorskim (45%). W przypadku badań pogłębionych najwyższy odsetek przeprowadzonych w terminie raportowano w województwie warmińsko-mazurskim (89%), natomiast najniższy kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim (50%).

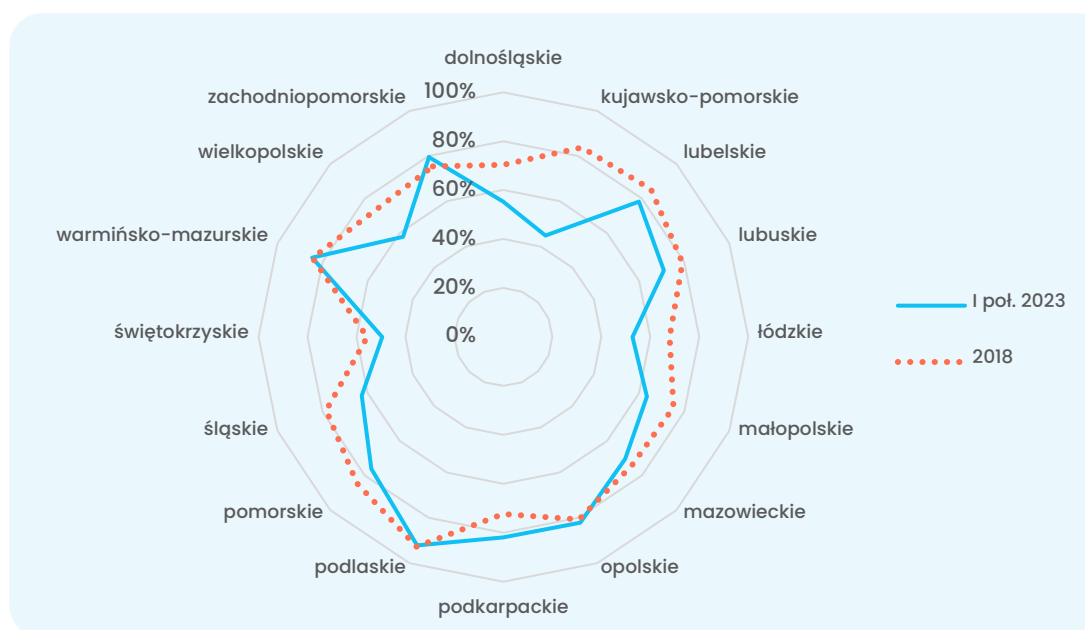
W większości województw odnotowano spadek liczby badań przeprowadzanych w terminie pomiędzy rokiem 2018 a 2023, szczególnie wyraźny w odniesieniu do diagnostyki wstępnej. Jednocześnie pomiędzy rokiem 2018 a 2022 o ponad 80% wzrosła liczba wykonywanych badań.

Obecnie planowane są poważne zmiany w zakresie Karty DiLO, która została wpisana w ramy KSO

i w najbliższej przyszłości ma być w pełni elektroniczna, z nowym zakresem danych, które mogą być przekazywane pomiędzy ośrodkami i jednocześnie mają one wspierać prace koordynatorów organizacyjnych [38]. Wraz z tworzeniem eDiLO powstaje repozytorium badań histopatologicznych, z wystandaryzowanym dla całego kraju formularzem wyników tych badań. [109]

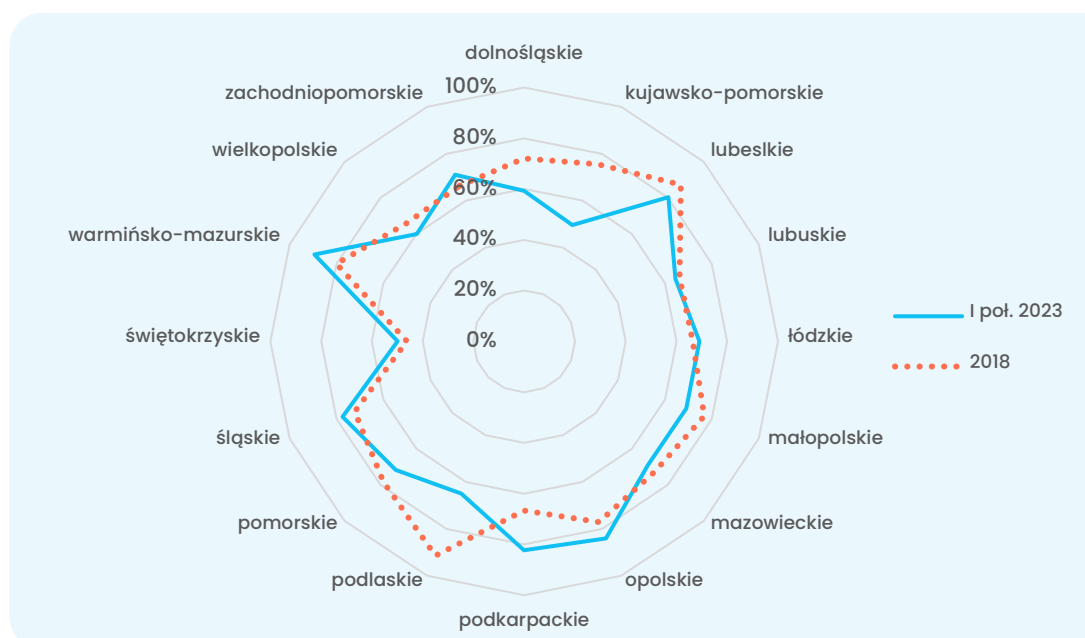
WYKRES 7.

TERMINOWOŚĆ DIAGNOSTYKI W 2018 ROKU I W PIERWSZEJ POŁOWIE 2023 ROKU – DIAGNOSTYKA WSTĘPNA



WYKRES 8.

TERMINOWOŚĆ DIAGNOSTYKI W 2018 ROKU I W PIERWSZEJ POŁOWIE 2023 ROKU – DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA



Wskaźniki dostępności

Pomimo wzrostu liczby rejestrowanych produktów leczniczych i jednocześnie wzrostu liczby **refundowanych** terapii onkologicznych, dostępność nowoczesnych leków przeciwnowotworowych pozostaje w Polsce ograniczona. Liczba technologii lekowych zarejestrowanych przez Europejską Agencję Leków (EMA, *European Medicines Agency*) i rekomendowanych przez Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (ESMO) wzrasta bardzo dynamicznie, co stanowi wyzwanie dla systemu refundacji. W celu oceny i monitorowania dostępu do nowoczesnych leków – w tym w szczególności leków onkologicznych – opracowano szereg wskaźników dostępności technologii lekowych. Uzyskiwane wartości wyraźnie wskazują, że wielu polskich pacjentów nadal nie może liczyć na najlepsze możliwe leczenie.

Oncoindex

Projekt Oncoindex został przygotowany przez Fundację Onkologiczną Alivia. Powstał on, aby wspierać pacjentów w sytuacji ograniczonego dostępu do leków, które powinny być refundowane – ma być dla nich źródłem informacji o wszystkich – nie tylko refundowanych rekomendowanych w ich rozpoznaniu opcjach leczenia. Oncoindex to źródło praktycznej wiedzy o opcjach leczenia zgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Impulsem do stworzenia portalu były dwa raporty przygotowane przez Fundację Alivia w latach 2015 i 2017 [40, 41]. Dokumenty jasno wskazały, że polscy pacjenci nie mają dostępu lub posiadają ograniczony dostęp do wielu leków onkologicznych, które powinny być refundowane. Oncoindex to narzędzie, które skupia się na tych samych aspektach, co wspomniane raporty, ale w przeciwieństwie do nich – jest aktualizowany na bieżąco.

Wskaźnik Oncoindex pokazuje poziom refundacji terapii onkologicznych zarejestrowanych w ostatnich 15 latach przez EMA i rekomendowanych przez ESMO. W zamyśle jego twórców Oncoindex ma być również narzędziem budzenia świadomości społecznej – wartość wskaźnika ma wskazywać decydentom na ciągłą potrzebę aktualizowania zakresu refundacji leków onkologicznych – tak by w adekwatnym tempie odpowiadać na nowe możliwości, jakie daje nieustający rozwój technologii lekowych.

Oncoindex jest źródłem wiedzy o refundacji nowoczesnych terapii lekowych dla maksymalnie 20 typów nowotworów. W ramach wskaźnika uwzględnianych jest:

- ▶ maksymalnie 10 typów nowotworów litych, które najczęściej są przyczyną śmierci pacjentów onkologicznych w Europie (w obecnej edycji jest to dokładnie 10 typów),
- ▶ maksymalnie 10 typów chorób hematologicznych, które najczęściej są przyczyną śmierci pacjentów onkologicznych w Europie (w obecnej edycji uwzględnione choroby hematologiczne podzielono na 7 typów).

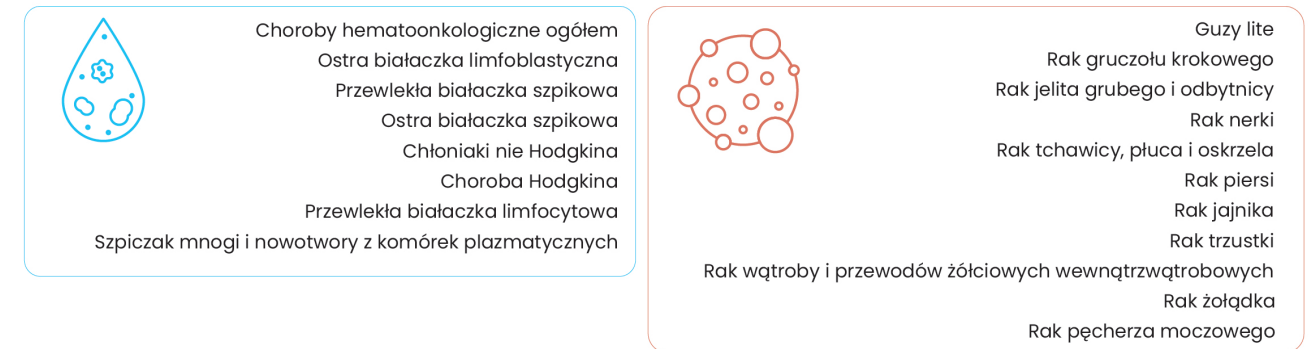
Aktualną listą obszarów terapeutycznych, które uwzględniane są w ramach wskaźnika Oncoindex przedstawia Rysunek 2.

Wartość Oncoindexu wyrażona jest w skali od 0 do 100, przy czym wartość 100, oznacza, że wszystkie zalecane przez ESMO leki są w pełni refundowane. Wskaźnik Oncoindex oprócz stanu bieżącego, umożliwia również ocenę tego, jak wyglądała dynamika dostępności na przestrzeni czasu.

Oncoindex umożliwia obecnie przeprowadzenie analiz dla dwóch państw: Polski i Hiszpanii.

RYSUNEK 2.

OBSZARY TERAPEUTYCZNE UWZGLĘDNIANE W RAMACH WSKAŹNIKA ONCOINDEX



Założenia do obliczeń Oncoindex

Ocena dostępności leków onkologicznych prowadzona jest w odniesieniu do terapii, które w ostatnich 15 latach zostały zarejestrowane przez Europejską Agencję Leków (EMA), a następnie zarekomendowane przez Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (ESMO). Wybór 15 ostatnich lat ma aspekt praktyczny – Oncoindex służy wskazaniu opcji leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną.

Europejska Agencja Leków jest unijną instytucją, która dopuszcza do obrotu produkty lecznicze w Unii Europejskiej oraz je kontroluje. Współpracuje z odpowiedzialnymi za ten obszar instytucjami państw członkowskich, kierując się najwyższymi standardami naukowymi. Dzięki temu, że przy obliczaniu wskaźnika Oncoindex brane są wyłącznie leki zarejestrowane przez EMA, można mieć pewność, że uwzględnia on wyłącznie te terapie, które przeszły restrykcyjną procedurę rejestracji leku w Unii Europejskiej i są dostępne na jej terenie.

Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (ESMO) to powszechnie szanowana organizacja profesjonalnie zajmująca się onkologią kliniczną.

Zrzesza ponad 25 000 specjalistów ze 160 krajów i jest wiarygodnym źródłem wytycznych onkologicznych, z których korzystają przedstawiciele świata medycyny. Odwołanie się w analizie wyłącznie do leków rekomendowanych przez ESMO gwarantuje, że Oncoindex uwzględni terapie zalecane przez najlepszych ekspertów oraz praktyków w zakresie onkologii klinicznej.

RYSUNEK 3.
ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE ONCOINDEXU



Ocena dostępności danej zakwalifikowanej do analizy technologii lekowej uwzględnia 3 poziomy (Rysunek 4).

RYSUNEK 4.

POZIOMY OCENY DOSTĘPNOŚCI TECHNOLOGII LEKOWEJ ZAKWALIFIKOWANEJ DO ANALIZY ONCOINDEXU

Poziomy dostępności	Definicja	Ocena punktowa
Refundacja bez ograniczeń	leczenie danym lekiem w danym wskazaniu może być finansowane ze środków publicznych dla wszystkich pacjentów w pełni zgodnie z wytycznymi ESMO – bez żadnych ograniczeń.	1
Refundacja z ograniczeniami	leczenie danym lekiem w danym wskazaniu może być finansowane ze środków publicznych, jednak w stosunku do wytycznych ESMO istnieją ograniczenia populacyjne, terytorialne, proceduralne, formalne lub czasowe związane z rozpoczęciem lub kontynuacją takiej terapii.	0,5
Brak refundacji	leczenie danym lekiem w danym wskazaniu nie może być finansowane ze środków publicznych lub finansowanie takie obejmuje marginalnie wąską grupę pacjentów spośród tych, którzy kwalifikują się do takiego leczenia zgodnie z wytycznymi ESMO.	0

Przy obliczaniu wskaźnika dla pojedynczego nowotworu lub obszaru terapeutycznego zsumowana liczba punktów opisujących dostępność poszczególnych technologii lekowych rekomendowanych dla tego wskazania dzielona jest przez maksymalną liczbę punktów do uzyskania. Wynik mnożony jest następnie przez 100, dzięki czemu finalny rezultat obliczeń wyrażony jest na czytelnej skali 0-100, gdzie 0 oznacza całkowity brak dostępnych leków, a wynik 100 wskazuje, że wszystkie rekomendowane dla danego wskazania leki są w pełni refundowane.

Główny wskaźnik Oncoindex wyliczany jest jako średnia ważona wskaźników dla poszczególnych obszarów terapeutycznych, gdzie wagami jest liczba zgonów w poszczególnych obszarach terapeutycznych dla analizowanego kraju na podstawie raportów publikowanych przez GDHx (*Global Health Data Exchange*) [42].

Ten sposób obliczeń oznacza, że przy obliczaniu łącznego wyniku dla wskaźnika Oncoindex największy nacisk kładziony jest na te nowotwory, które stanowią największe zagrożenie dla życia

obywateli danego państwa i w związku z tym potrzeba zapewnienia możliwości leczenia ich zgodnie z najnowszymi zaleceniami wydaje się najpilniejsza. I tak: rak tchawicy, płuca i oskrzela, z powodu których co roku umiera kilkadziesiąt tysięcy osób w każdym z analizowanych państw mają wagę odpowiadającą blisko 1/3 i ¼ łącznego wyniku odpowiednio w Polsce i w Hiszpanii (Tabela 1).

Oncoindex wyznaczany jest co 4 miesiące, poszczególne dane składające się na ostateczny wynik aktualizowane są jednak z różną częstotliwością (Tabela 2). W 2021 roku w celu umożliwienia przeprowadzania porównań pomiędzy państwami w ramach projektu Oncoindex zmieniono częściowo metodykę obliczeń. Zamiast uśredniania głównego wyniku wg wag odpowiadających liczbie zgonów z KRN, obecnie wskaźnik jest liczony jako średnia ważona liczbą zgonów z GDHx właściwą dla danego państwa, a dodatkowo – na podstawie rankingu liczby zgonów w całej Europie, nie tylko w Polsce – dokonano wyboru analizowanych wskaźników.

TABELA 1.

WAGI PRZYPISYWANE POSZCZEGÓLNYM NOWOTWOROM PRZY OBLICZANIU WSKAŹNIKA ONCOINDEX – POLSKA I HISZPANIA

Typ nowotworu	Kategoria	Waga – Polska	Waga – Hiszpania
Rak tchawicy, płuca i oskrzela	guz lity	32,0%	24,1%
Rak jelita grubego i odbytnicy	guz lity	18,2%	19,7%
Rak piersi	guz lity	7,8%	7,9%
Rak trzustki	guz lity	7,6%	7,8%
Rak żołądka	guz lity	6,9%	7,1%
Rak gruczołu krokowego	guz lity	6,7%	8,3%
Rak pęcherza moczowego	guz lity	4,8%	6,5%
Rak nerki	guz lity	3,8%	2,9%
Rak jajnika	guz lity	3,5%	2,3%
Chłoniaki nie-Hodgkina	hematologia	2,3%	3,2%
Szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych	hematologia	1,7%	2,3%
Rak wątroby	guz lity	1,5%	4,9%
Ostra białaczka szpikowa	hematologia	1,3%	1,4%
Przewlekła białaczka limfoblastyczna	hematologia	1,2%	0,8%
Przewlekła białaczka szpikowa	hematologia	0,3%	0,2%
Chłoniaki Hodgkina	hematologia	0,3%	0,2%
Ostra białaczka limfoblastyczna	hematologia	0,2%	0,2%

TABELA 2.

ONCOINDEX – ŹRÓDŁO DANYCH I TERMINARZ AKTUALIZACJI

Kategoria danych	Źródło danych	Założenia aktualizacji
Dane refundacyjne dla analizowanego kraju	Polska: Ministerstwo Zdrowia RP Hiszpania: Ministerstwo Zdrowia i Spraw Konsumenckich Hiszpanii	Dane aktualne na dzień przewidywanej publikacji wskaźnika Oncoindex
Dane o opublikowanych w ESMO rekomendacjach Europejskich dla wybranych obszarów terapeutycznych	ESMO	Dane aktualizowane maksymalnie 1 miesiąc przed przewidywaną publikacją wskaźnika Oncoindex
Dane o zarejestrowanych w EMA lekach onkologicznych	EMA	Dane aktualizowane maksymalnie 12 miesięcy przed przewidywaną publikacją wskaźnika Oncoindex
Dane o liczbie zgonów z powodu chorób nowotworowych	GDHx	Oceniane wraz z obliczeniami pierwszego wyniku dla wskaźnika Oncoindex w danym roku kalendarzowym. aktualizowane 1 listopada roku poprzedzającego.

Człysteczki, których kod ATC zaczyna się od litery „L”

Wyniki Oncoindex

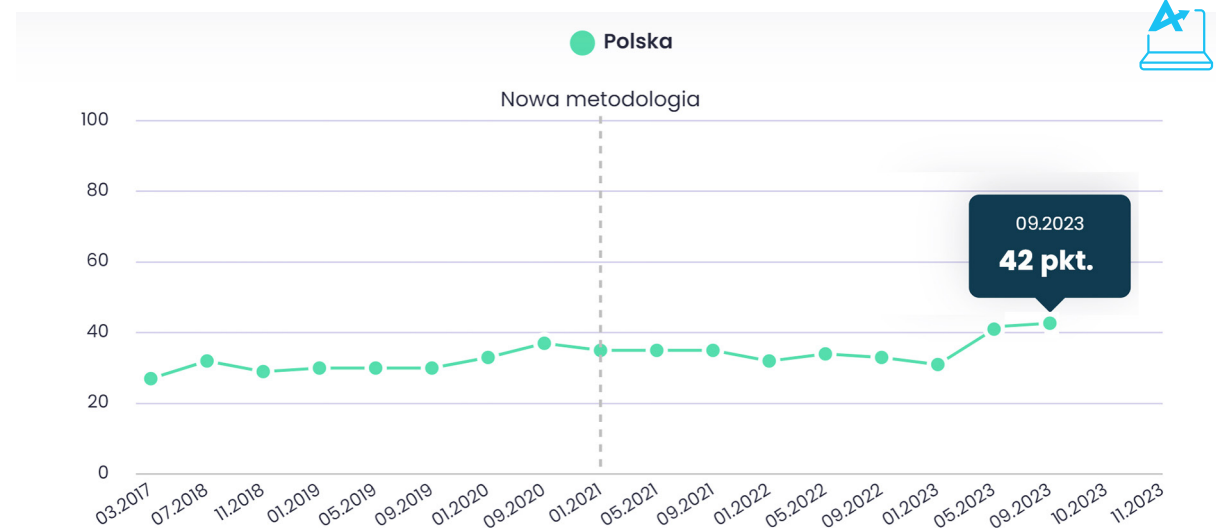
Aktualna (wrzesień 2023) wartość wskaźnika wynosi 42 pkt, co wskazuje, że dostęp do wszystkich zalecanych przez ESMO terapii jest ograniczony. Przy publikacji pierwszych wyników wskaźnika Oncoindex wynik wynosił 27 punktów, natomiast w momencie zmiany metodologii obliczeń w styczniu 2021 roku było to 35 punktów, co wskazuje na poprawę dostępności w czasie.

Przy publikacji pierwszych wyników wskaźnika Oncoindex oceniano 64 rekomendowane

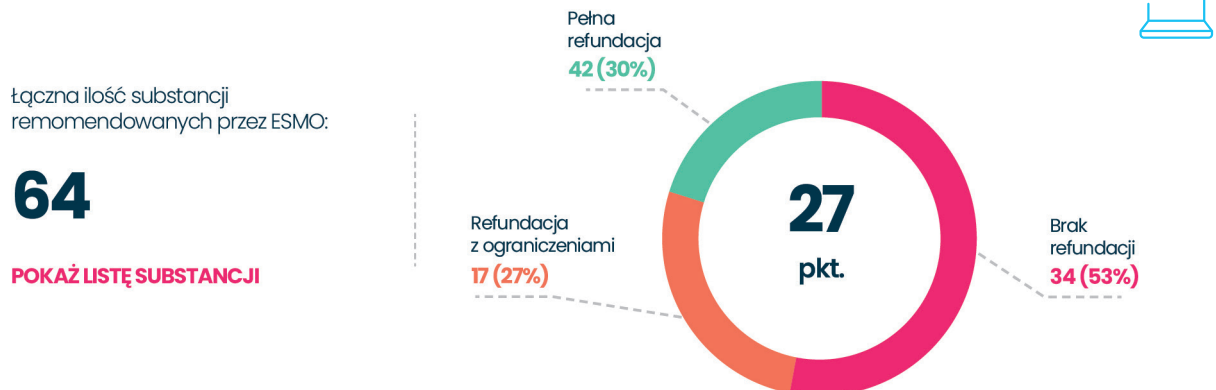
terapię – 34 z nich w ogóle nie było refundowanych, 17 z nich było refundowanych częściowo i tylko 13 było w pełni refundowanych.

Obecnie liczba ocenianych terapii wynosi 139 (wrzesień 2023). Spośród tych 139 terapii rekomendowanych przez ekspertów 91 jest refundowanych. 40 technologii jest w Polsce dostępnych z pełną refundacją, kolejne 51 jest finansowanych w ograniczonych wskazaniach. 48 technologii lekowych (tj. 35% wszystkich uwzględnionych w zaleceniach) w ogóle nie jest finansowanych.

WYKRES 12.
HISTORIA ZMIAN ONCOINDEXU



WYKRES 13.
ONCOINDEX – STATUS REFUNDACJI W MARCU 2017 (PIERWSZE WYNIKI WSKAŹNIKA) – OGÓŁEM GUZY LITE I CHOROBY HEMATOONKOLOGICZNE



Łączna ilość substancji rekomendowanych przez ESMO:

64

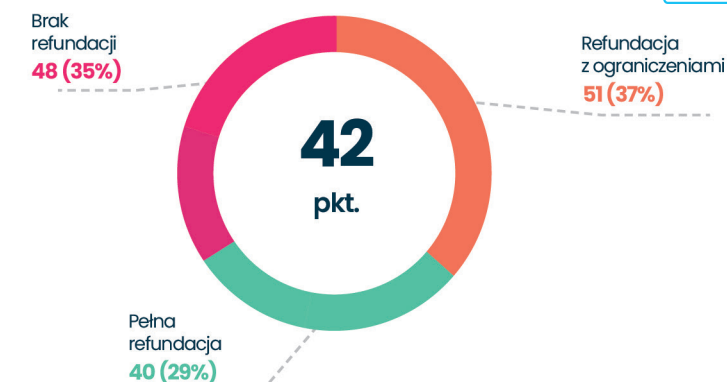
POKAŹ LISTĘ SUBSTANCJI

WYKRES 14.
ONCOINDEX – STATUS REFUNDACJI (WRZESIEŃ 2023) – OGÓŁEM GUZY LITE I CHOROBY HEMATOONKOLOGICZNE

Łączna ilość substancji rekomendowanych przez ESMO:

139

POKAŹ LISTĘ SUBSTANCJI



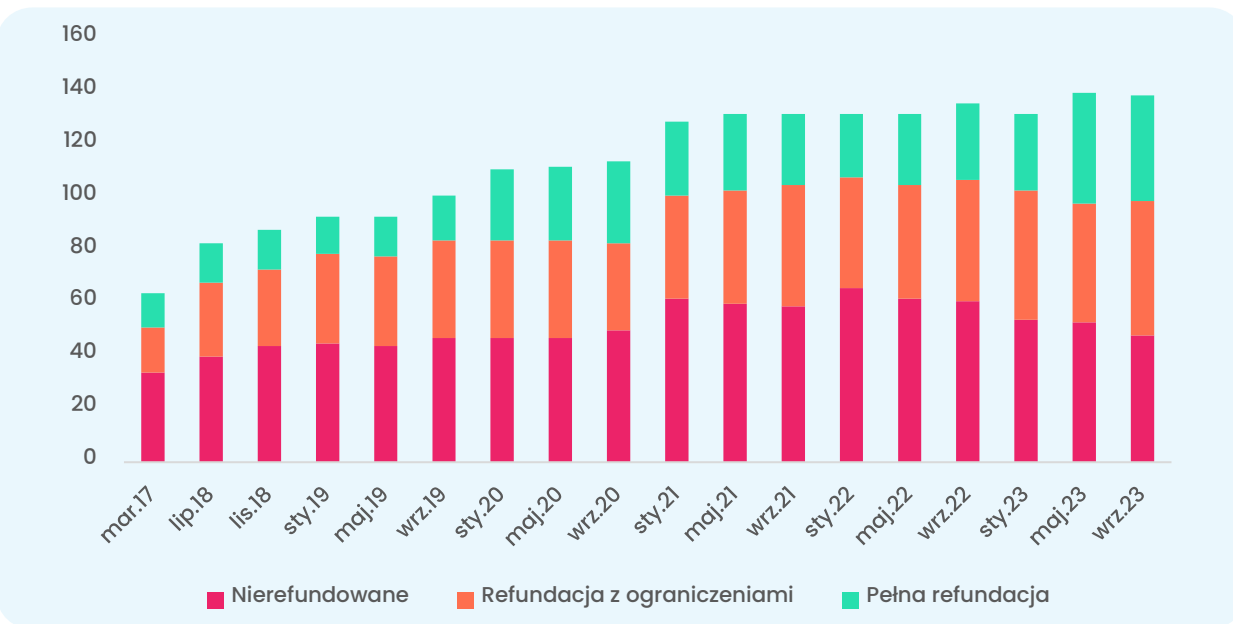
Obserwując dynamikę zmian w refundacji od roku 2017 do września 2023 roku zauważyć można, że w każdym analizowanym okresie największy odsetek stanowią terapie nierefundowane. Najnowsza aktualizacja wskaźnika (wrzesień 2023) Oncoindex przyniosła w tym zakresie zmianę – najliczniej reprezentowana jest kategoria refundacji z ograniczeniami. Największe wzrosty liczby terapii, które otrzymały pełną refundację nastąpiły w okresie wrzesień 2019 – styczeń 2020 roku oraz w maju 2023 roku. W pozostałych okresach czasu przyrosty były niewielkie lub nieobserwowane, zarówno w przypadku refundacji z ograniczeniami, jak i refundacji pełnej. Szczególnie wyróżnia się zmiana wyniku wskaźnika Oncoindex w maju 2023 roku, odsetek pełnych refundacji wzrósł o 8 p.p. (z 22% do 30%). Taka zmiana spowodowana została nałożeniem się kilku różnych czynników – zmianą wybranych wytycznych (w szczególności modyfikacja wytycznych leczenia raka płuca pozwoliła zmienić kwalifikację wybranych substancji z częściowej na pełną refundację), przeniesieniem części leków z programów lekowych do katalogu chemioterapii (co również wiązało się ze zmianą częściowej refundacji na pełną dostępność), rozszerzenie istniejących programów lekowych (rak piersi i rak płuca) i wreszcie – objęciem refundacją w pełnym zakresie dotychczas niefinansowanych terapii w raku płuca, raku jelita grubego i raku gruczołu krokowego.

Analizując dynamikę refundacji w podziale na dwie grupy, tj. guzy lite oraz nowotwory hematologiczne, widać wyraźną różnicę pomiędzy tymi dwoma głównymi obszarami – w hematologii tempo obejmowania kolejnych terapii pełną refundacją jest większe. W szczególności we wrześniu 2023 w przypadku nowotworów hematologicznych 22% rekomendowanych terapii pozostaje bez systemowej refundacji, natomiast 46% technologii ma pełną refundację, podczas gdy w przypadku guzów litych relacja ta jest odwrotna – 21% terapii ma refundację w zakresie odpowiadającym wytycznym, natomiast 40% technologii pozostaje bez systemowego finansowania.

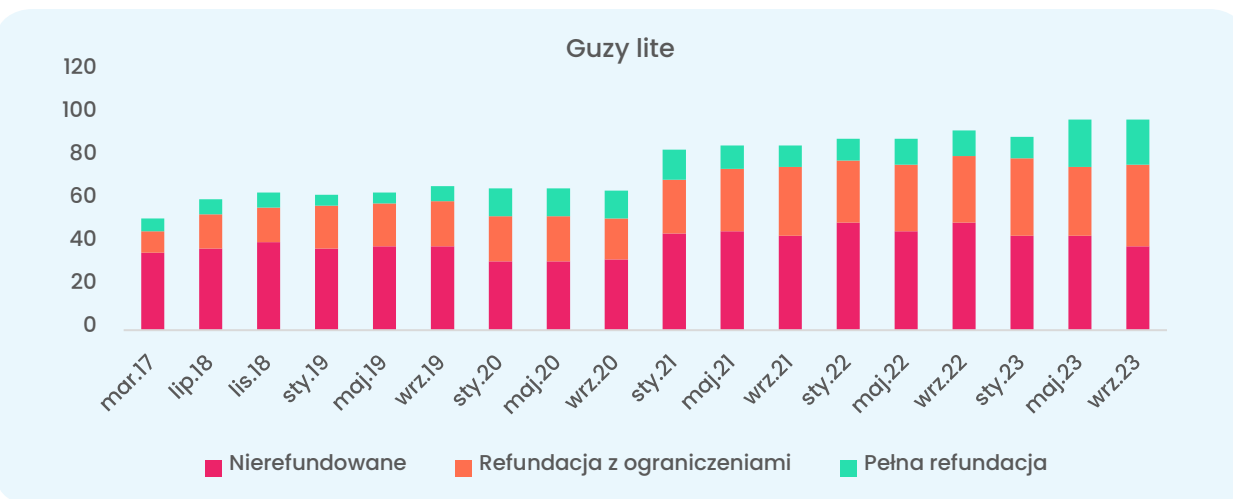
Przykład czynników zmiany wartości wskaźnika dostępności w maju 2023 wyraźnie wskazuje, jak kompleksowym narzędziem jest Oncoindex. Na finalny prosty i czytelny komunikat o dostępności leków w danym punkcie czasowym składa się wielowymiarowa układanka, której poszczególne elementy zmieniają się dynamicznie i są ze sobą wzajemnie powiązane.

W analizie zwracając uwagę również spadki w liczbie ocenianych technologii w obszarze hematologii. Usunięcie z listy do oceny ponad 20% leków spowodowane było wyłączeniem z analizy kolejnych technologii po upływie 15 lat od ich rejestracji oraz wprowadzaniem zmianami w zakresie grupowania poszczególnych nowotworów do konkretnych obszarów terapeutycznych.

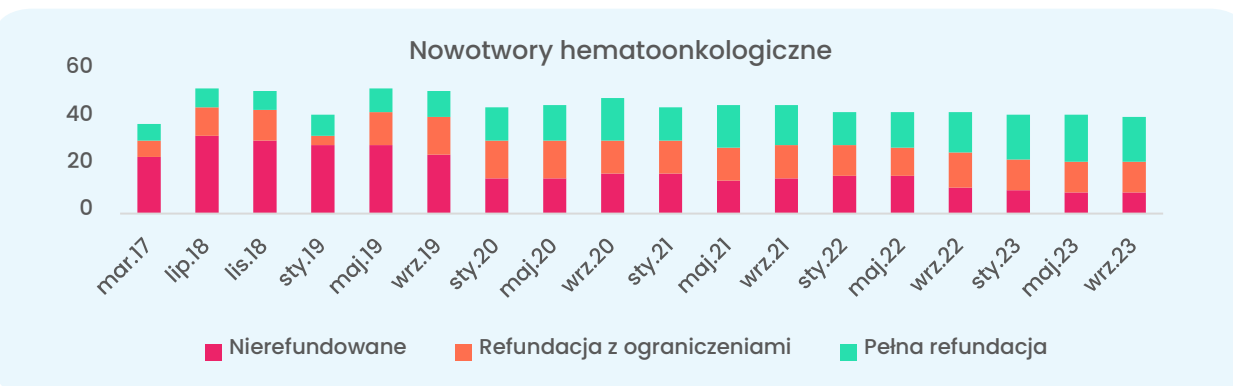
WYKRES 15.
DYNAMIKA ZMIAN W REFUNDACJI – OGÓŁEM GUZY LITE I HEMATOONKOLOGIA



WYKRES 16.
DYNAMIKA ZMIAN W REFUNDACJI – GUZY LITE



WYKRES 17.
DYNAMIKA ZMIAN W REFUNDACJI – NOWOTWORY HEMATOONKOLOGICZNE



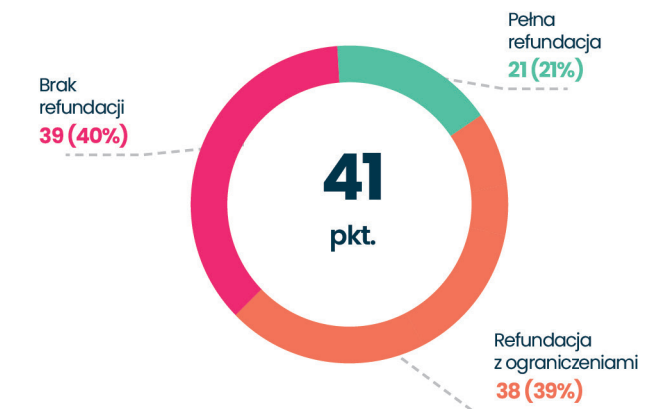
WYKRES 18.
ONCOINDEX – STATUS REFUNDACJI – GUZY LITE I CHOROBY HEMATOONKOLOGICZNE ANALIZOWANE ODDZIELNIE

guzy lite

Łączna ilość substancji rekomendowanych przez ESMO:

98

[POKAŻ LISTĘ SUBSTANCJI](#)

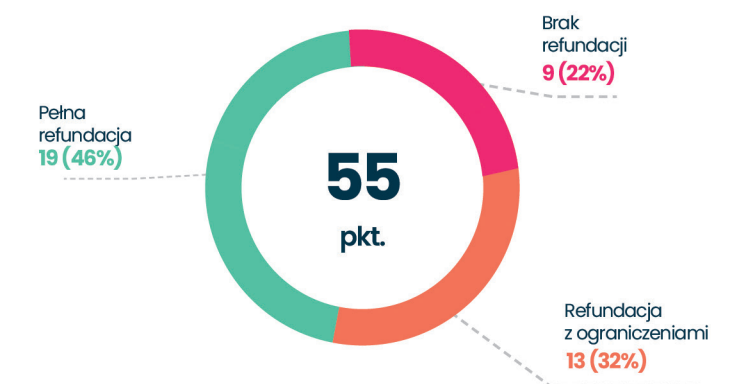


choroby hematologiczne

Łączna ilość substancji rekomendowanych przez ESMO:

41

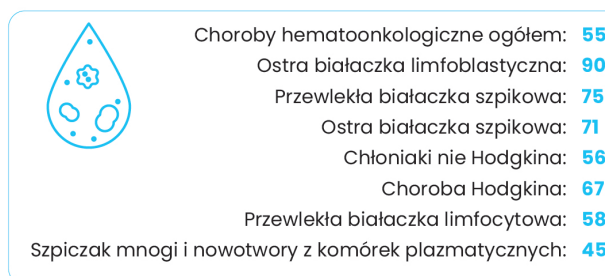
[POKAŻ LISTĘ SUBSTANCJI](#)



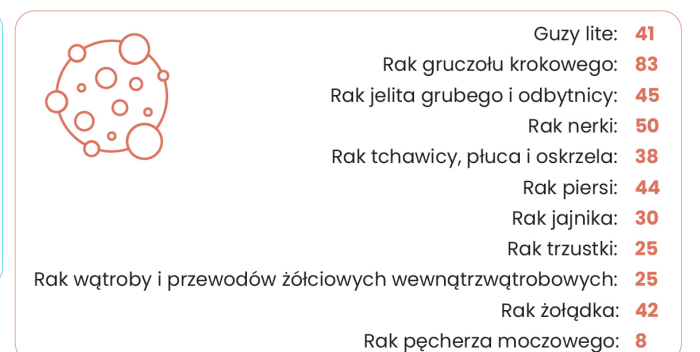
Poziom dostępności nowych leków różni się istotnie w zależności od szczegółowego obszaru lub wskazania i jest przeciętnie wyraźnie wyższy w przypadku nowotworów hematologicznych niż guzów litych. W przypadku chorób hematologicznych wskaźnik ten w zależności od nowotworu wynosi od 45 punktów (szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych) do 90 punktów (ostra białaczka limfoblastyczna). W przypadku guzów litych zakres osiągniętych wyników to od 8 punktów (rak pęcherza moczowego) do

83 punktów – rak gruczołu krokowego. Średnie wyniki – ważone liczbą zgonów, które powodowane są w Europie przez dany typ nowotworu – to odpowiednio 59 punktów w przypadku chorób hematologicznych i 41 punktów – w przypadku guzów litych (Rysunek 5).

Wskaźniki dla sześciu analizowanych nowotworów odpowiadających za największą liczbę zgonów w Europie zostały opisane szczegółowo w dalszej części raportu.



RYSunEK 5.
OBSZARY TERAPEUTYCZNE UWZGLĘDNIANE W RAMACH ONCOINDEX WRAZ Z ICH AKTUALNYM WSKAŹNIKIEM



Rak piersi

Spośród 18 terapii zalecanych przez ESMO w leczeniu raka piersi, tylko 5 jest w Polsce finansowanych zgodnie ze standardem określonym w wytycznych. Kolejne 6 dostępne jest w Polsce z ograniczeniami w stosunku do standardu, natomiast aż 7 technologii lekowych wskazanych przez wytyczne postępowania klinicznego nie jest w Polsce refundowanych.

TABELA 3.
RAK PIERSI - DOSTĘPNOŚĆ OPCJI TERAPEUTYCZNYCH W POLSCE WEDŁUG OBWIESZCZENIA REFUNDACYJNEGO (09.2023) NA TLE STANDARDU ESMO

Lista substancji czynnych z zarejestrowanym w EMA wskazaniem do leczenia w ramach obszaru	Substancja czynna dostępna w Polsce zgodnie ze standardem	Substancja czynna dostępna w Polsce z ograniczeniami w stosunku do standardu	Substancja czynna niedostępna (nierefundowana w Polsce)
abemaciclib			
alpelisib			
atezolizumab			
eribulin			
everolimus			
lapatinib			
nab-paclitaxel			
neratinib			
olaparib			
palbociclib			
pembrolizumab			
pertuzumab			
ribociclib			
sacituzumab govitecan			
talazoparib			
trastuzumab deruxtecan			
trastuzumab emtansine			
tucatinib			
Razem	5	6	7

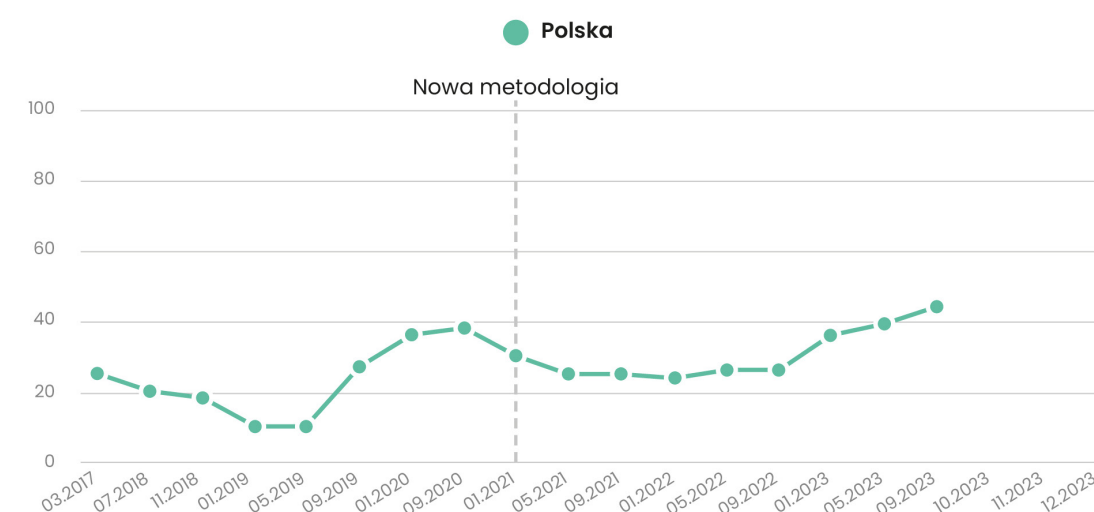
Obserwując dynamikę zmian w refundacji od roku 2017 do września 2023 roku zauważyć można, że w każdym analizowanym okresie największy odsetek stanowią terapie nierefundowane.

Największe wzrosty liczby terapii, które uzyskały refundację nastąpiły we wrześniu 2019 roku (zmiana z 10 na 27 punktów) oraz w styczniu 2023 roku (zmiana z 26 na 36 punktów). We wrześniu 2019, refundację w pełnym zakresie wskazań

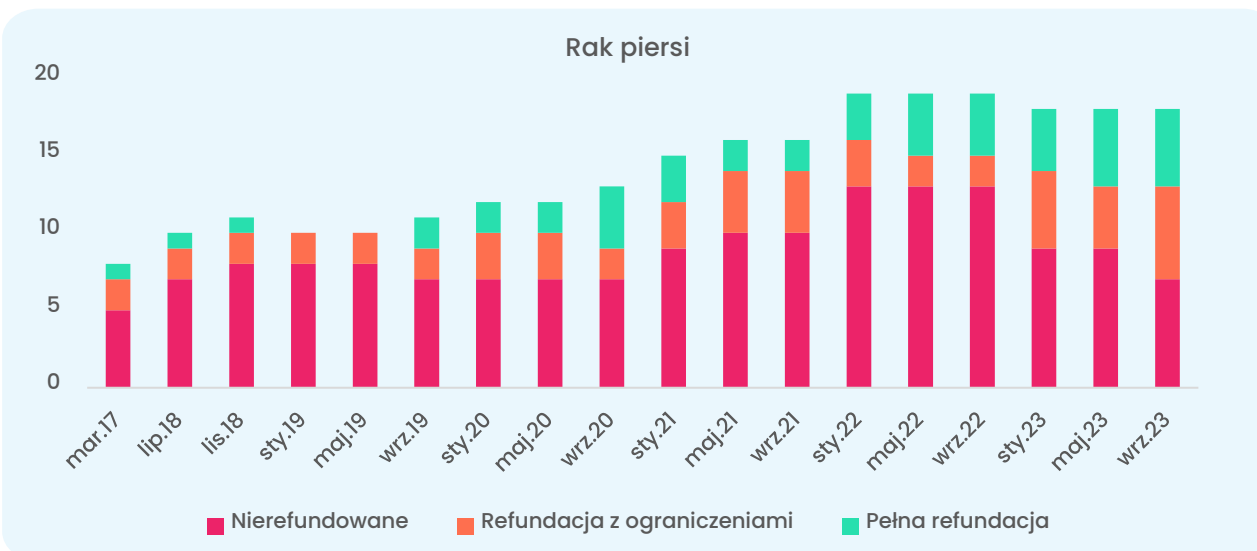
uzyskały 2 terapie, natomiast w ramach aktualizacji wskaźnika Oncoindex w styczniu 2023 uwzględniono z kolei wzrost liczby częściowo refundowanych opcji leczenia (z 3 na 5). W obu przypadkach zrewidowano liczbę rekomendowanych leków i przy każdej z tych opisanych aktualizacji jeden z leków usunięty został z zakresu uwzględnianych rekomendowanych terapii.

Spadki wartości wskaźnika Oncoindex widoczne na przełomie 2019 i 2020 wiążą się natomiast z rozszerzeniem zakresu rekomendowanych terapii – bez równoczesnej ich refundacji – oraz ze zmianą metodyki wyznaczania wskaźnika Oncoindex.

WYKRES 19.
HISTORIA ZMIAN ONCOINDEXU - RAK PIERSI



WYKRES 20.
DYNAMIKA ZMIAN W REFUNDACJI - ONCOINDEX - RAK PIERSI



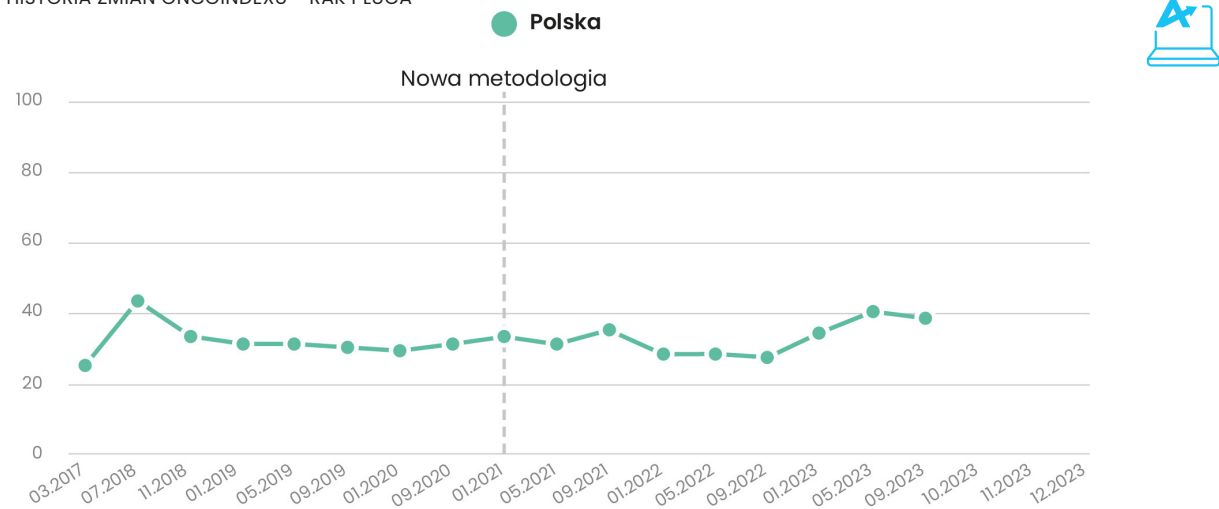
Rak płuca

Leki stosowane w raku płuca i oskrzela mają w większości przypadków charakter terapii celowanych, ukierunkowanych na konkretne warianty molekularnych zmian u pojedynczego pacjenta, w związku z czym w wytycznych ESMO uwzględniono aż 29 technologii lekowych dla chorych z tym rodzajem nowotworu. Tylko 4 z nich są systemowo finansowane ze środków publicznych w zakresie wskazań odpowiadającym zaleceniom klinicznym, natomiast 11 z nich w ogóle nie jest w sposób systemowy finansowanych w Polsce.

Największy wzrost liczby terapii, które otrzymały pełną refundację nastąpił w okresie styczeń - maj 2023 roku (łączny wzrost z poziomu 27 punktów we wrześniu 2022 roku do 40 punktów w maju

2023 roku). Szczególnie wyróżnia się zmiana wyniku wskaźnika Oncoindex w maju 2023, kiedy spośród 29 rekomendowanych terapii dla raka płuca, refundację w pełnym zakresie wskazań po raz pierwszy miało łącznie 5 terapii. Odsetek pełnych refundacji wzrósł wówczas o 13 p.p. (z 4% do 17%). Taka zmiana spowodowana została nałożeniem się na siebie kilku różnych czynników – modyfikacji wytycznych leczenia raka płuca (zmiana kwalifikacji wybranych substancji z częściowej na pełną refundację), przeniesienia części leków z programów lekowych do katalogu chemioterapii (co również wiązało się ze zmianą częściowej refundacji na pełną dostępność), rozszerzenia istniejącego programu lekowego dla raka płuca oraz objęcia refundacją w pełnym zakresie dotychczas niefinansowanych terapii w raku płuca.

WYKRES 21.
HISTORIA ZMIAN ONCOINDEXU – RAK PŁUCA



WYKRES 22.
DYNAMIKA ZMIAN W REFUNDACJI – ONCOINDEX – RAK PŁUCA

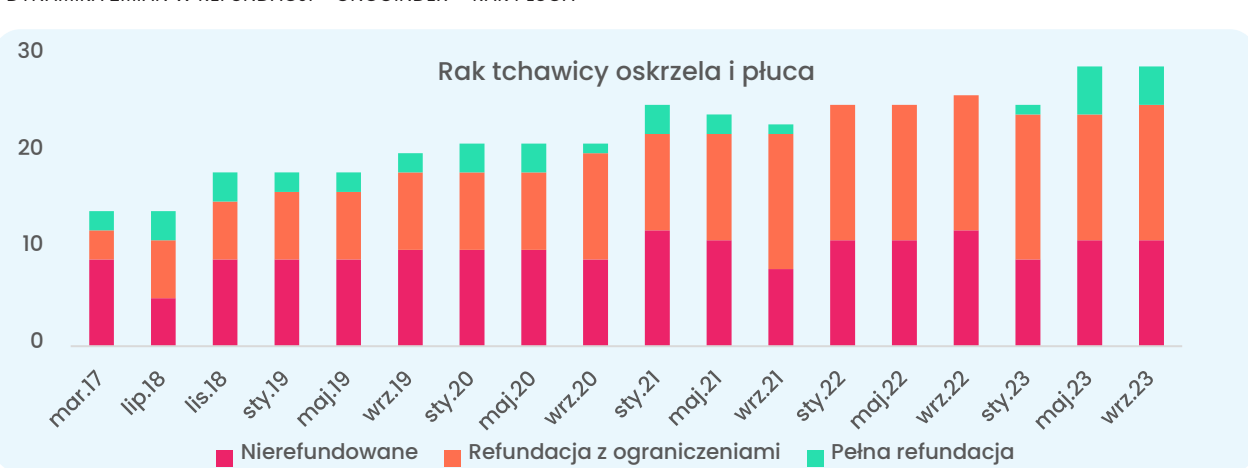


TABELA 4.
RAK PŁUCA – DOSTĘPNOŚĆ OPCJI TERAPEUTYCZNYCH W POLSCE WEDŁUG OBWIESZCZENIA REFUNDACYJNEGO (09.2023) NA TLE STANDARDU ESMO

Lista substancji czynnych z zarejestrowanym w EMA wskazaniem do leczenia w ramach obszaru terapeutycznego	Substancja czynna dostępna w Polsce zgodnie ze standardem	Substancja czynna dostępna w Polsce z ograniczeniami w stosunku do standardu	Substancja czynna niedostępna (nierefundowana w Polsce)
afatinib	■		
alectinib		■	
amivantamab			■
atezolizumab		■	
brigatinib		■	
capmatinib			■
cemiplimab		■	
ceritinib		■	
crizotinib	■		
dabrafenib			■
dacomitinib			■
durvalumab		■	
entrectinib		■	
gefitinib		■	
ipilimumab		■	
larotrectinib	■		
lorlatinib		■	
nab-paclitaxel			■
nintedanib	■		
nivolumab		■	
osimertinib		■	
pembrolizumab		■	
pralsetinib			■
ramucirumab			■
selpercatinib			■
sotorasib		■	
tepotinib			■
trametinib			■
tremelimumab			■
Razem	4	14	11

Rak jelita grubego

Tylko 4 spośród 11 zalecanych technologii lekowych dla pacjentów z rakiem jelita grubego jest finansowanych w Polsce. 5 rekomendowanych przez ESMO terapii nie jest w ogóle refundowanych.

Największe wzrosty liczby terapii, które otrzymały pełną refundację nastąpił w roku 2020 oraz – po jednorazowym spadku ze stycznia 2023 roku – przy kolejnej aktualizacji w maju 2023 roku. Rok 2020 przyniósł pierwsze refundacje w zakresie wskazań rekomendowanych przez ESMO, natomiast w maju 2023 roku liczba refundowanych

terapii zwiększyła się jednorazowo o 4 interwencje (dwie refundowane w pełnym zakresie wskazań, 2 refundowane u części pacjentów). Spadek wartości wskaźnika Oncoindex w styczniu 2023 roku wiąże się natomiast przede wszystkim z rewizją rekomendacji ESMO w przedmiotowym wskazaniu.

Spadek liczby ocenianych terapii w styczniu 2021 roku jest z kolei wynikiem zmiany metodyki wyznaczania wskaźnika Oncoindex (oddzielnie analizowane rak jelita grubego i rak odbytnicy zostały zagregowane w ramach jednego obszaru).

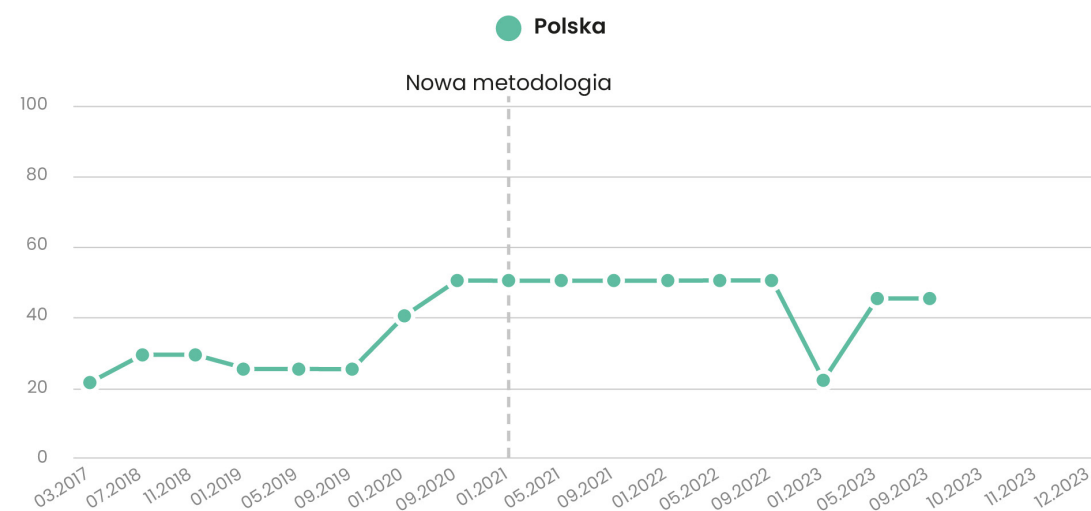
TABELA 5.

RAK JELITA GRUBEGO – DOSTĘPNOŚĆ OPCJI TERAPEUTYCZNYCH W POLSCE WEDŁUG OBWIESZCZENIA REFUNDACYJNEGO (09.2023) NA TLE STANDARDU ESMO

Lista substancji czynnych z zarejestrowanym w EMA wskazaniem do leczenia w ramach obszaru terapeutycznego	Substancja czynna dostępna w Polsce zgodnie ze standardem	Substancja czynna dostępna w Polsce z ograniczeniami w stosunku do standardu	Substancja czynna niedostępna (nierefundowana w Polsce)
aflibercept	■		
encorafenib			■
ipilimumab	■		
nivolumab		■	
pembrolizumab		■	
ramucirumab			■
regorafenib			■
tegafur / gimeracil / oteracil			■
trifluridine / tipiracil hydrochloride	■		
larotrectinib	■		
entrectinib			■
Razem	4	2	5

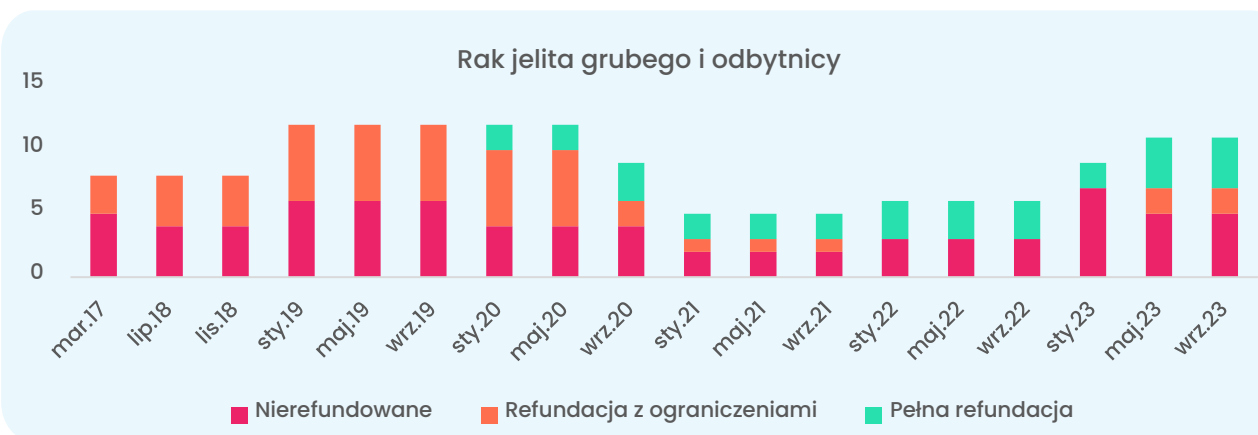
WYKRES 23.

HISTORIA ZMIAN ONCOINDEXU – RAK JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY



WYKRES 24.

DYNAMIKA ZMIAN W REFUNDACJI – ONCOINDEX – RAK JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY



Rak żołądka

Tylko 1 z 6 zalecanych technologii lekowych dla pacjentów z rakiem żołądka jest finansowana zgodnie z wytycznymi ESMO

W historii dotychczasowych zmian wartości wskaźnika Oncoindex w latach 2017-2022 obserwowane były dwa momenty wyraźnych wzrostów (styczeń 2019 i styczeń 2021), po których następowała stabilizacja, a następnie spadek wartości wskaźnika. Dynamika ta odpowiada sytuacji, w której po objęciu refundacją kolejnych leków (w obu wskazanych momentach były to 2 leki), następowały zmiany w zakresie rekomendowanych terapii, za którymi nie nadążały

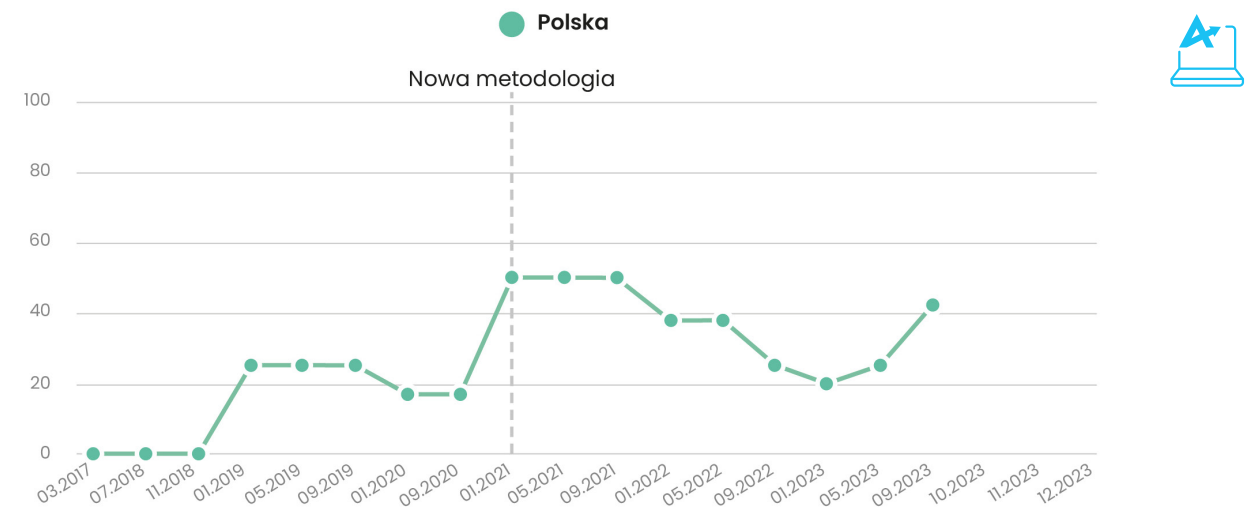
kolejne aktualizacje wykazu finansowanych terapii. Zauważyć jednocześnie należy, że przy relatywnie niewielkiej liczbie rekomendowanych terapii w tym wskazaniu (maksymalnie 6 technologii lekowych w jednym okresie) nawet jedna nowa rekomendacja lub refundacja powodowała wyraźną zmianę łącznego wskaźnika.

Ostatnie 2 aktualizacje wskaźnika Oncoindex ponownie przyniosły wyraźną poprawę w ocenie dostępności – z 20 punktów w styczniu 2023 na 43 punkty we wrześniu 2023 (wzrost liczby refundowanych terapii o jedną finansowaną w całym zakresie wskazań rekomendowanych przez ESMO i o jedną refundowaną u części pacjentów).

TABELA 6.
RAK ŻOŁĄDKA – DOSTĘPNOŚĆ OPCJI TERAPEUTYCZNYCH W POLSCE WEDŁUG OBWIESZCZENIA REFUNDACYJNEGO (09.2023) NA TLE STANDARDU ESMO

Lista substancji czynnych z zarejestrowanym w EMA wskazaniem do leczenia w ramach obszaru terapeutycznego	Substancja czynna dostępna w Polsce zgodnie ze standardem	Substancja czynna dostępna w Polsce z ograniczeniami w stosunku do standardu	Substancja czynna niedostępna (nierefundowana w Polsce)
nivolumab			
pembrolizumab			
ramucirumab			
trastuzumab			
trastuzumab deruxtecan			
trifluridine / tipiracil hydrochloride			
Razem	1	3	2

WYKRES 25.
HISTORIA ZMIAN ONCOINDEXU – RAK ŻOŁĄDKA



WYKRES 26.
DYNAMIKA ZMIAN W REFUNDACJI – ONCOINDEX – RAK ŻOŁĄDKA



Rak trzustki

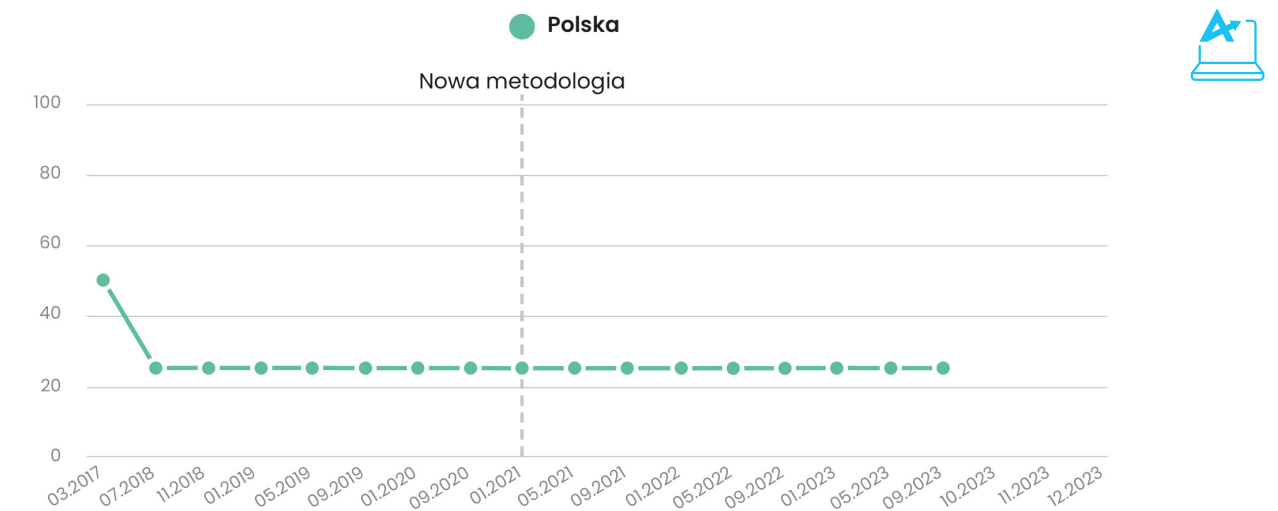
Zakres dostępności leków do stosowania u pacjentów z rakiem trzustki nie zmienił się od lipca 2018 roku – spośród dwóch terapii

rekomendowanych przez ESMO i zarejestrowanych przez EMA w ostatnich 15 latach – jedna jest w Polsce nierefundowana, a jedna – jest refundowana w ograniczonym zakresie wskazań.

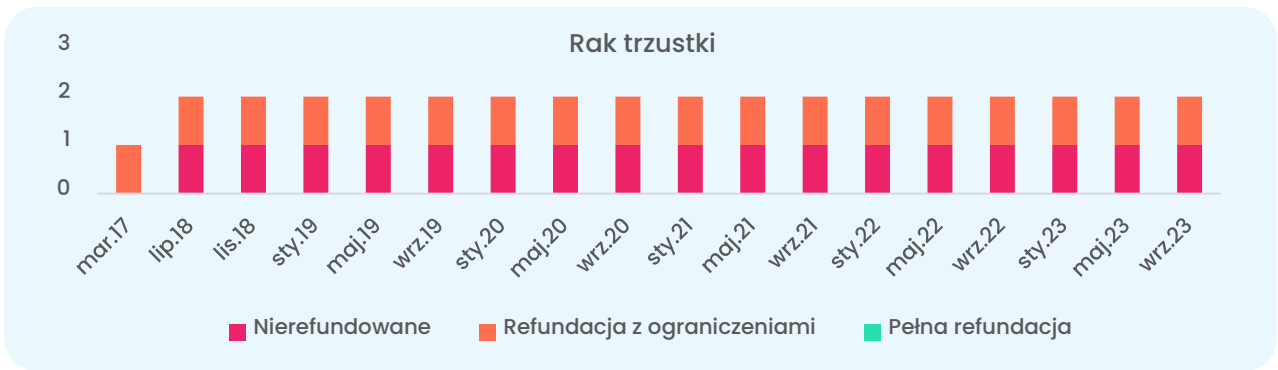
TABELA 7.
RAK TRZUSTKI – DOSTĘPNOŚĆ OPCJI TERAPEUTYCZNYCH W POLSCE WEDŁUG OBWIESZCZENIA REFUNDACYJNEGO (09.2023) NA TLE STANDARDU ESMO

Lista substancji czynnych z zarejestrowanym w EMA wskazaniem do leczenia w ramach obszaru terapeutycznego	Substancja czynna dostępna w Polsce zgodnie ze standardem	Substancja czynna dostępna w Polsce z ograniczeniami w stosunku do standardu	Substancja czynna niedostępna (nierefundowana w Polsce)
irinotecan hydrochloride trihydrate			
nab-paclitaxel			
Razem	0	1	1

WYKRES 27.
HISTORIA ZMIAN ONCOINDEXU – RAK TRZUSTKI



WYKRES 28.
DYNAMIKA ZMIAN W REFUNDACJI – ONCOINDEX – RAK TRZUSTKI



Rak gruczołu krokowego

Spośród 6 terapii zalecanych przez ESMO w leczeniu raka gruczołu krokowego, 4 są w Polsce finansowane zgodnie ze standardem określonym w wytycznych. Kolejne 2 dostępne są w Polsce z ograniczeniami w stosunku do standardu.

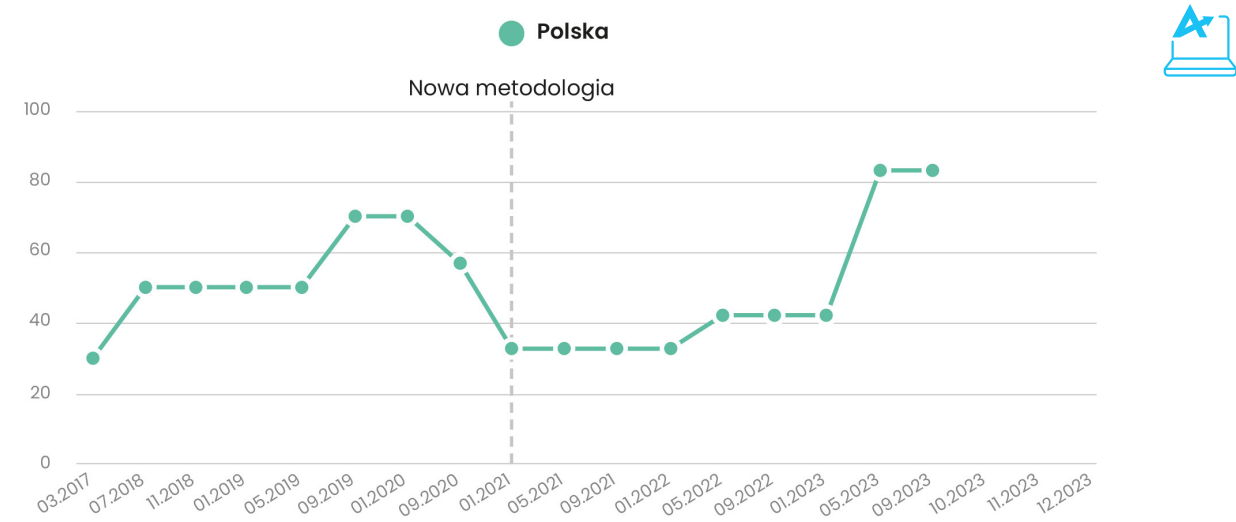
Obserwując dynamikę zmian w refundacji od roku 2017 do stycznia 2023 roku, zauważyć można

zdecydowaną poprawę dostępności terapii – w pierwszej edycji oceny największy odsetek stanowiły terapie nierefundowane, natomiast od aktualizacji wskaźnika Oncoindex w maju 2023 roku wszystkie 6 rekomendowanych terapii jest refundowanych, w tym 4 zgodnie ze wskazaniami w wytycznych ESMO. Spadek liczby ocenianych terapii pomiędzy wrześniem 2020 a styczniem 2021 wynikał ze zmiany metodyki wyznaczania wskaźnika Oncoindex.

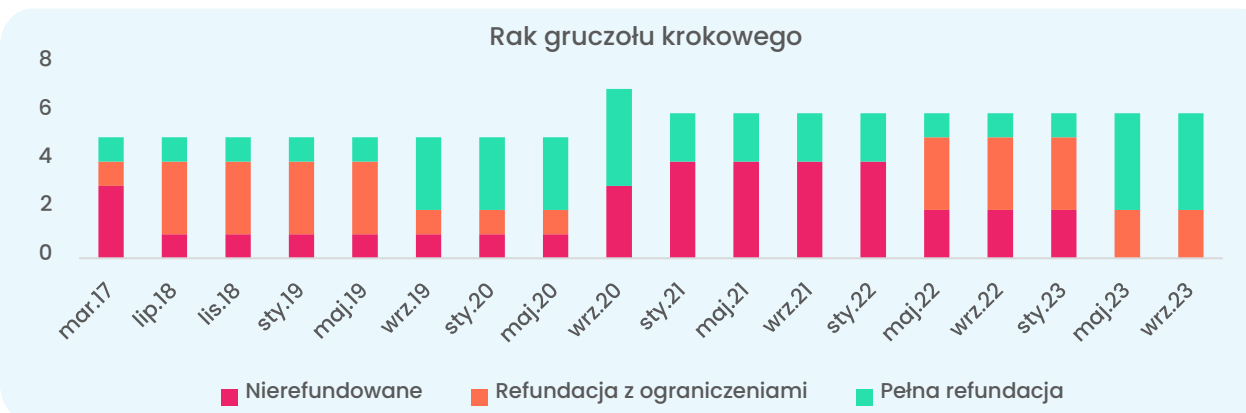
TABELA 8. RAK GRUCZOŁU KROKOWEGO – DOSTĘPNOŚĆ OPCJI TERAPEUTYCZNYCH W POLSCE WEDŁUG OBWIESZCZENIA REFUNDACYJNEGO (09.2023) NA TLE STANDARDU ESMO

Lista substancji czynnych z zarejestrowanym w EMA wskazaniem do leczenia w ramach obszaru terapeutycznego	Substancja czynna dostępna w Polsce zgodnie ze standardem	Substancja czynna dostępna w Polsce z ograniczeniami w stosunku do standardu	Substancja czynna niedostępna (nierefundowana w Polsce)
darolutamid			
enalutamid			
abirateron			
apalutamid			
cabazitaxel			
olaparib			
Razem	4	2	0

WYKRES 29. HISTORIA ZMIAN ONCOINDEXU – GRUCZOŁ KROKOWY



WYKRES 30. DYNAMIKA ZMIAN W REFUNDACJI – ONCOINDEX – RAK GRUCZOŁU KROKOWEGO



Porównanie: Polska vs Hiszpania

W ramach projektu Oncoindex oceniona została dostępność leczenia przeciwnowotworowego nie tylko w Polsce, ale również w Hiszpanii. Oba uwzględnione w analizach państwa mają względnie zbliżoną liczbę mieszkańców (Polska: 38 mln osób, Hiszpania: 47 mln osób) i względnie zbliżony poziom PKB na osobę z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej – w roku 2021 PKB w cenach bieżących z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej wyniósł 37 711 USD w Polsce i 40 724 USD w Hiszpanii. Jednocześnie jednak w Hiszpanii zdecydowanie wyższy odsetek PKB przeznaczony jest na ochronę zdrowia – w Hiszpanii wydatki publiczne na zdrowie wyniosły w roku 2021 7,85% PKB, natomiast w Polsce było to odpowiednio 4,79% PKB [42].

Wyższe nakłady na zdrowie, jakie ponoszą Hiszpanie, mają swoje odzwierciedlenie w ocenie dostępności terapii przeciwnowotworowych. We wszystkich przeprowadzonych porównaniach ocena pomiaru dostępności zalecanych opcji leczenia onkologicznego była w Hiszpanii wyższa niż w Polsce. Wyjątek stanowią rak jelita grubego i rak gruczołu krokowego, w przypadku których wartość wskaźnika Oncoindex dla Polski była wyższa niż w Hiszpanii.

WYKRES 31. PORÓWNANIE ZMIAN WSKAŹNIKA ONCOINDEXU – POLSKA I HISPANIA

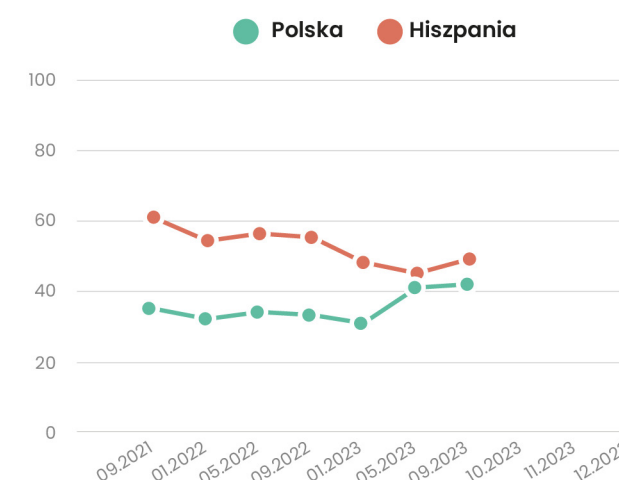


TABELA 9.
WARTOŚCI WSKAŹNIKA ONCOINDEX DLA POSZCZEGÓLNYCH NOWOTWORÓW (WRZESIEŃ 2023) – POLSKA I HISZPANIA

Państwo	Ogółem	Ogółem hemato-onkologiczne	Ogółem guzy lite	Rak piersi	Rak oskrzela i płuca	Rak jelita grubego	Rak żołądka	Rak trzustki	Rak gruczołu krokowego
Polska	42	55	41	44	38	45	42	25	83
Hiszpania	49	69	47	58	45	32	50	100	50

Jednocześnie zauważyć należy, że wartość ogólnego wskaźnika Oncoindex w Polsce od 09.2021 utrzymuje się na zbliżonym poziomie lub rośnie, natomiast dynamika zmian poziomu dostępności w Hiszpanii była do maja 2023 roku niekorzystna, co oznacza, że tempo obejmowania refundacją nowych technologii było tam wyraźnie niższe niż tempo poszerzania puli rekomendowanych opcji terapeutycznych. Wrześniowa aktualizacja wskaźnika Oncoindex przyniosła jednak zauważalną poprawę oceny dostępności w Hiszpanii.

WYKRES 32.
STATUS REFUNDACJI TERAPII – POLSKA VS HISZPANIA (WRZESIEŃ 2023)



Efipia WAIT

Wskaźnik W.A.I.T. (*Waiting to Access Innovative Therapies*) działa w zmieniających się formatach od 2004 roku i jest największym europejskim narzędziem do pomiaru dostępności innowacyjnych leków i czasu oczekiwania pacjentów na dostęp do nich.

W badaniu ocenia się zestaw wybranych wskaźników dotyczących dostępu do innowacyjnych leków w Europie, dla leków ogółem i dla kilku podgrup leków, w tym leków onkologicznych – poniżej przedstawiono wyniki właśnie dla tego segmentu.

W najnowszym raporcie uwzględniono dane dotyczące 37 krajów (27 z UE i 10 spoza UE) i leki zarejestrowane w 2018–2021, przy czym badanie zostało przeprowadzone z rocznym opóźnieniem, tak, aby umożliwić krajom uwzględnienie tych leków na ich publicznych listach refundacyjnych [107].

Dostępność terapii

Spośród 37 państw uwzględnionych w analizie ogólnej dostępności do terapii onkologicznych, Polska zajmuje 22 miejsce wyprzedzając jedynie wybrane państwa południowej i wschodniej Europy, oraz Irlandię i Słowację. Uzyskany przez Polskę wynik na poziomie 46% refundowanych substancji jest niższy niż średnia dla państw UE, tj. 50%.

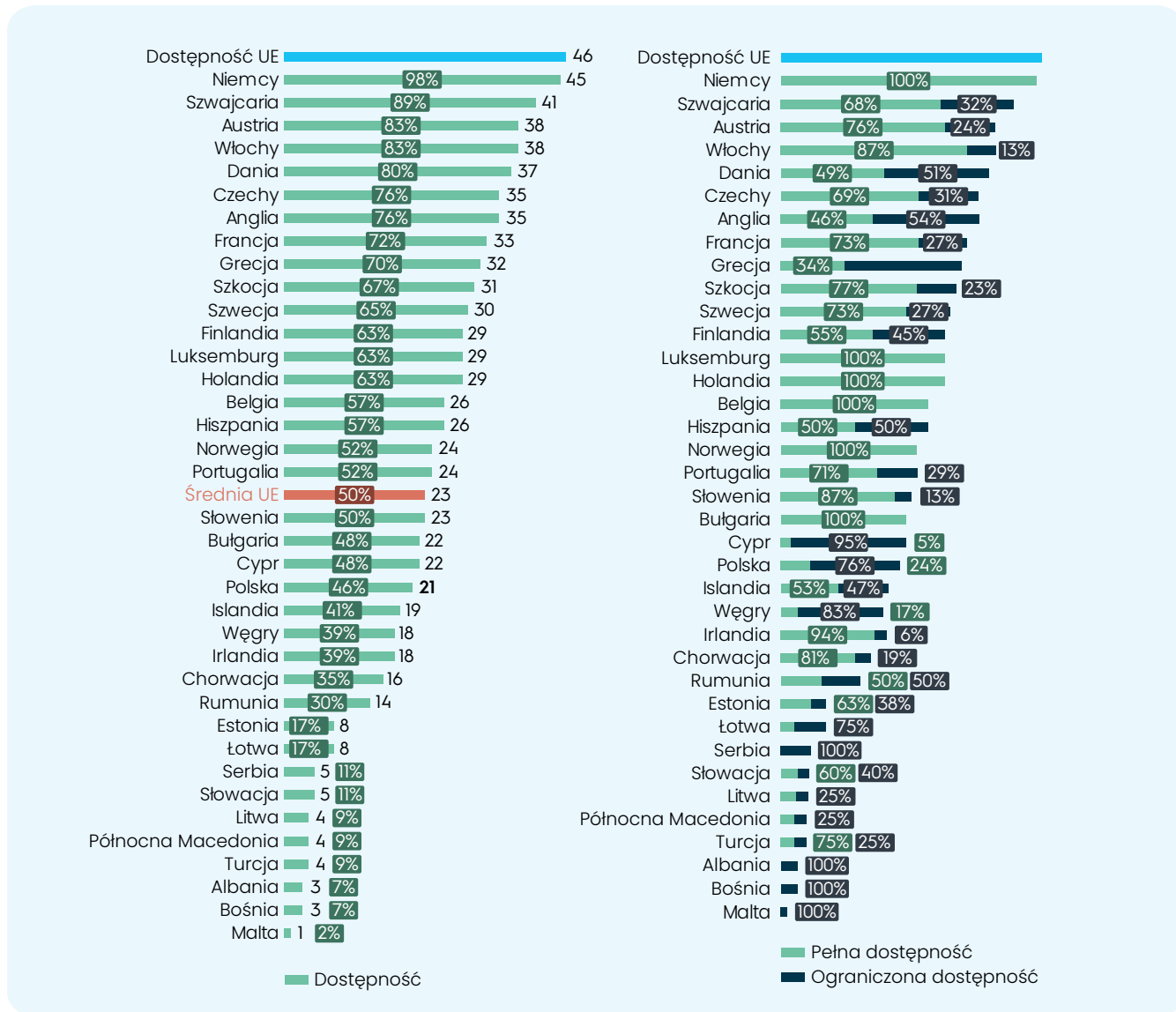
W 7 państwach uzyskano wyniki ponad 75% refundowanych terapii onkologicznych wśród najnowszych zarejestrowanych leków – zwraca uwagę fakt, że w tej grupie państw znalazły się Czechy.

Ocena dostępności leków onkologicznych w Polsce jest jeszcze mniej korzystna, jeśli uwzględnić zakres refundacji (refundacja we wszystkich wskazaniach lub z ograniczeniami). Wśród refundowanych terapii aż 76% jest dostępnych z ograniczeniami, co jest jednym z najwyższych wyników spośród porównywanych państw. Łącznie tylko 11% zarejestrowanych w latach 2018–2021 leków onkologicznych było w Polsce refundowanych bez ograniczeń – to mniej niż we wszystkich państwach Europy Zachodniej, ale również mniej niż na przykład w Bułgarii.

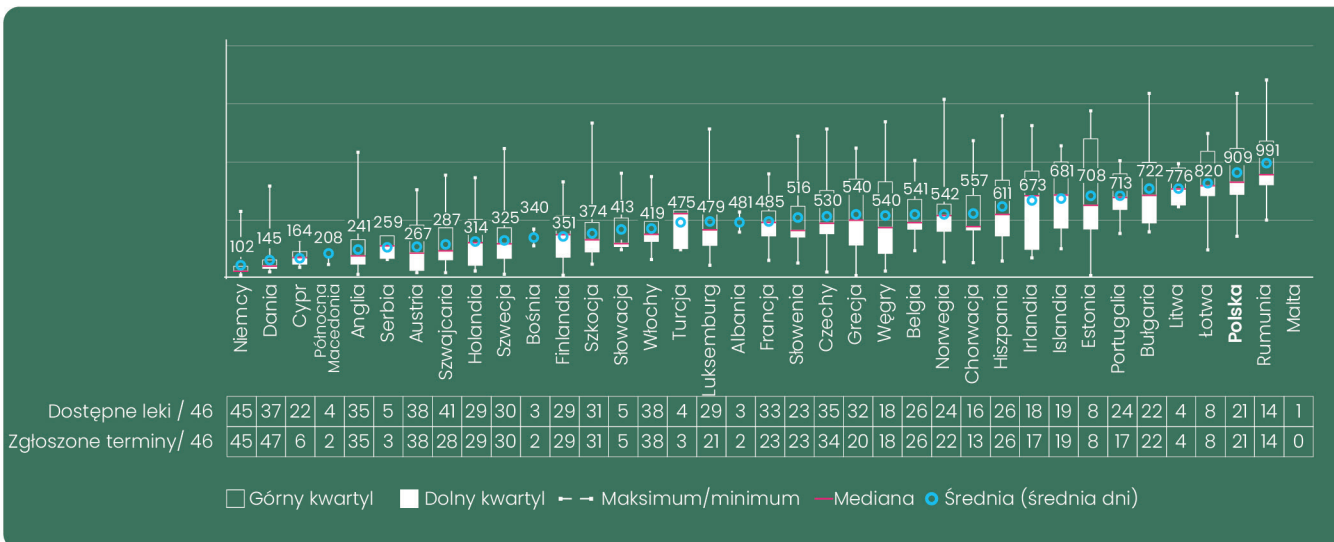
Czas do refundacji

Kluczowym parametrem ocenianym w raporcie Efipia WAIT jest czas od rejestracji do refundacji. W przypadku tego wskaźnika **Polska zajmuje przedostatnie miejsce**, wyprzedzając jedynie Rumunię (dla uwzględnionej na wykresie bez wyniku Malty brak było danych do przeprowadzenia obliczeń). Średni czas do objęcia refundacją finansowanych w Polsce leków onkologicznych uwzględnionych w analizie to 909 dni, tj. 2,5 roku. Wynik ten jest o ponad 70% wyższy niż średnia dla wszystkich uwzględnionych państw (526 dni).

WYKRES 32.
DOSTĘPNOŚĆ LEKÓW ONKOLOGICZNYCH ZAREJESTROWANYCH W LATACH 2018-2021 W EUROPIE NA DZIEŃ 5.01.2023 [107]



WYKRES 33.
CZAS OD REJESTRACJI DO REFUNDACJI - POLSKA NA TLE INNYCH KRAJÓW [107]



Infarma GAP

Projekt Infarma GAP obejmował opracowanie zestawu kilku wskaźników, które w różnych wymiarach opisują dostęp pacjentów do adekwatnej opieki w wybranych obszarach terapeutycznych w państwach Grupy Wyszehradzkiej.

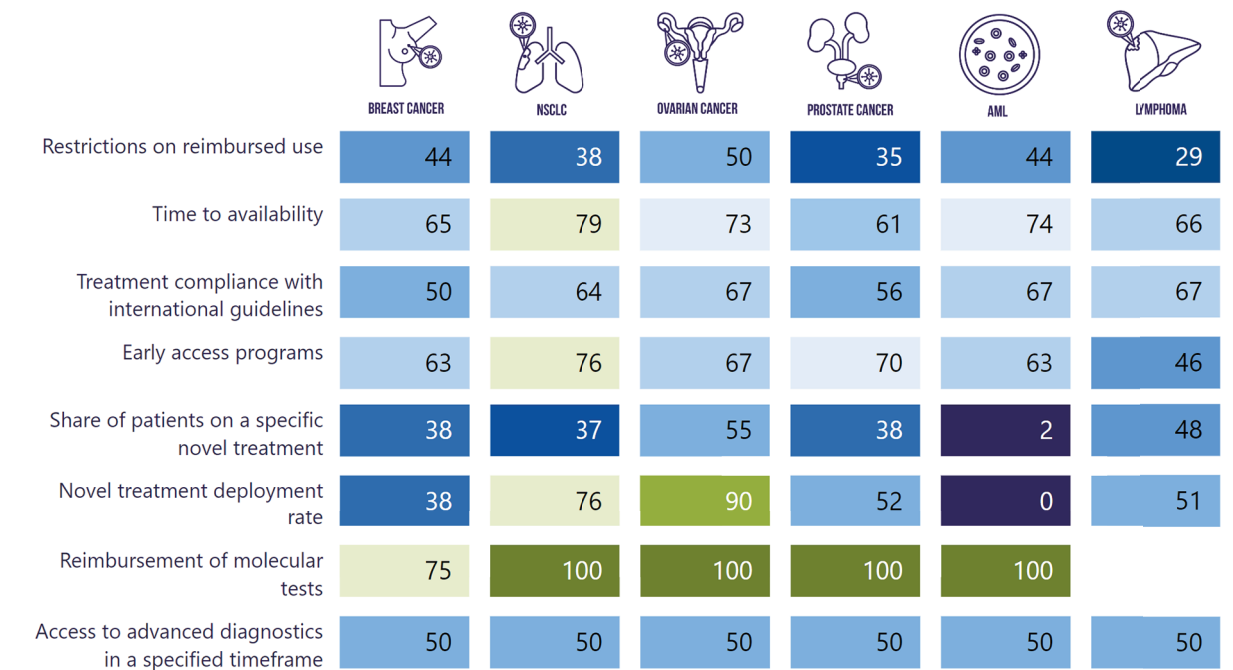
W edycji opracowanej w roku 2023 wśród 12 uwzględnionych wskazań znalazło się 6 nowotworów – 4 guzy lite uwzględnione w ramach kategorii „onkologia” i 2 nowotwory hematologiczne uwzględnione w kategorii „choroby rzadkie”.

Poszczególne wskaźniki oceniane są w skali 0-100, gdzie 100 oznacza brak ograniczeń

w danym obszarze. Wyniki, jakie uzyskano dla Polski dla poszczególnych wskaźników i konkretnych nowotworów w większości przypadków mieszczą się w zakresie 40-60 punktów, co wskazuje na wyraźne ograniczenia w zakresie możliwości prowadzenia terapii przeciwnowotworowej zgodnie z najlepszą aktualną wiedzą medyczną [108].

Uśredniony poziom wskaźnika GAP dla onkologii (4 nowotwory lite) wyniósł w Polsce 61 punktów i był niższy niż w Czechach (63 pkt), ale jednocześnie wyższy niż wskaźniki dla Słowacji i Węgier (odpowiednio 57 i 54 punkty). W przypadku onkologicznych chorób rzadkich uzyskiwane wskaźniki były niemal identyczne dla wszystkich porównywanych państw.

RYСУNEK 6.
WYNIKI WSKAŹNIKÓW DLA POSZCZEGÓLNYCH NOWOTWORÓW UWZGLĘDNIANE W INFARMA GAP* [108]



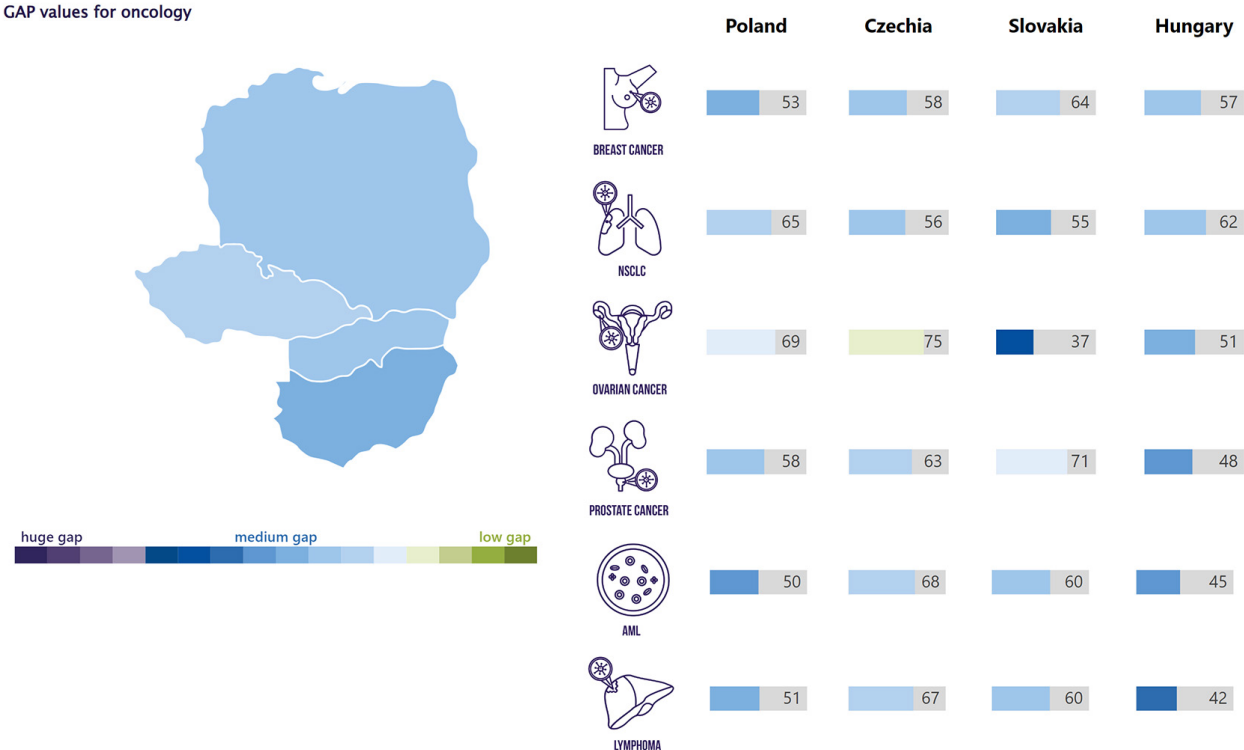
Źródło: gapv4.eu

*Od góry kolejno w j. polskim: ograniczenia refundacyjne; czas do dostępności; zgodność z międzynarodowymi wytycznymi; programy wczesnego dostępu; odsetek pacjentów stosujących określone nowe terapie; wdrażanie nowych metod leczenia; refundacja badań molekularnych; dostęp do zaawansowanej diagnostyki. Od lewej: rak piersi, niedrobnokomórkowy rak płuca, rak jajnika; rak gruczołu krokowego, ostra białaczka szpikowa, chłoniak.

RYSUNEK 7.

WSKAŹNIK GAP DLA POSZCZEGÓLNYCH NOWOTWORÓW – POLSKA NA TLE WYBRANYCH KRAJÓW GRUPY WYSZEHRADZKIEJ [108]

GAP values for oncology



Źródło: gapv4.eu

*Od góry kolejno w j. polskim: rak piersi, niedrobnokomórkowy rak płuca, rak jajnika; rak gruczołu krokowego, ostra białaczka szpikowa, chłoniak. Od lewej: Polska, Czechy, Słowacja, Węgry. Legenda: duży gap – średni gap – niski gap.

Polski Radar Refundacyjny

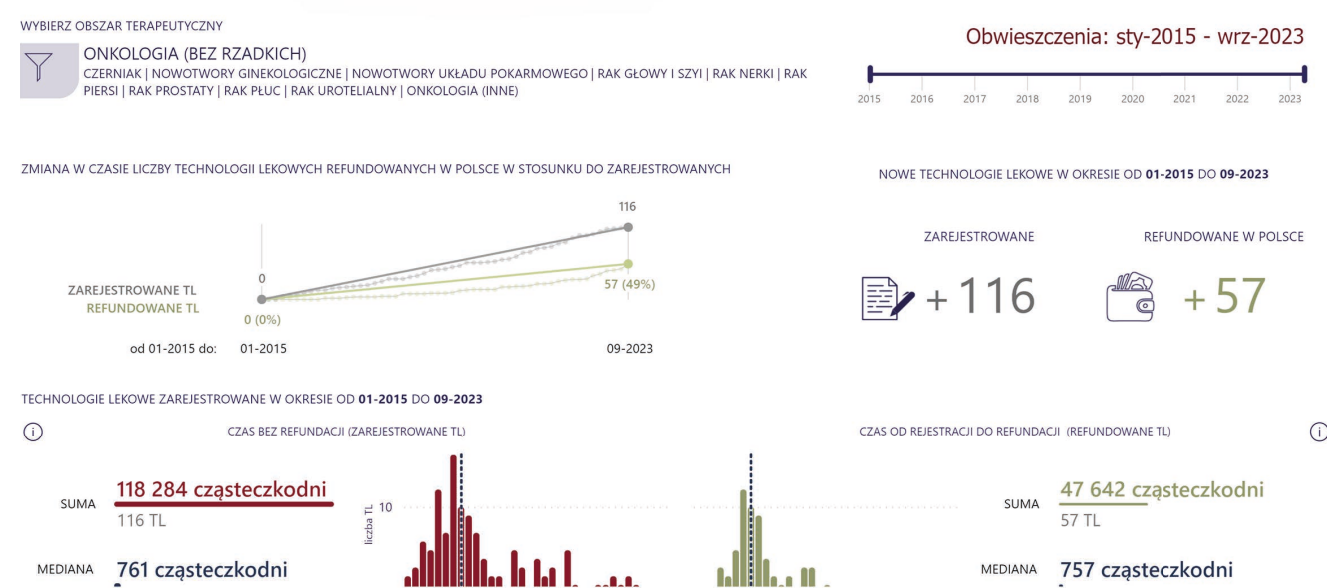
Polski Radar Refundacyjny (PRR) to dynamiczna mapa obrazująca sytuację w dostępności refundacji najnowszych leków w Polsce w poszczególnych obszarach terapeutycznych. W ramach tego projektu analizowane są dane dla częsteczek zarejestrowanych przez EMA od 2015 roku.

W opracowaniach PRR wskazano, że wśród 116 technologii z obszaru *onkologia* (bez chorób

rzadkich), zarejestrowanych przez EMA od stycznia 2015 do września 2023, refundacją objęto 57 technologii (49%), natomiast spośród technologii z obszaru *choroby rzadkie onkologiczne* na 91 technologii lekowych zarejestrowanych w tym czasie w Polsce refundowane są 34. W przypadku technologii, które uzyskały refundację, przeciętny czas oczekiwania na włączenie do wykazu leków refundowanych wynosił 1236 dni dla rzadkich chorób onkologicznych i 757 dla pozostałych chorób onkologicznych [106].

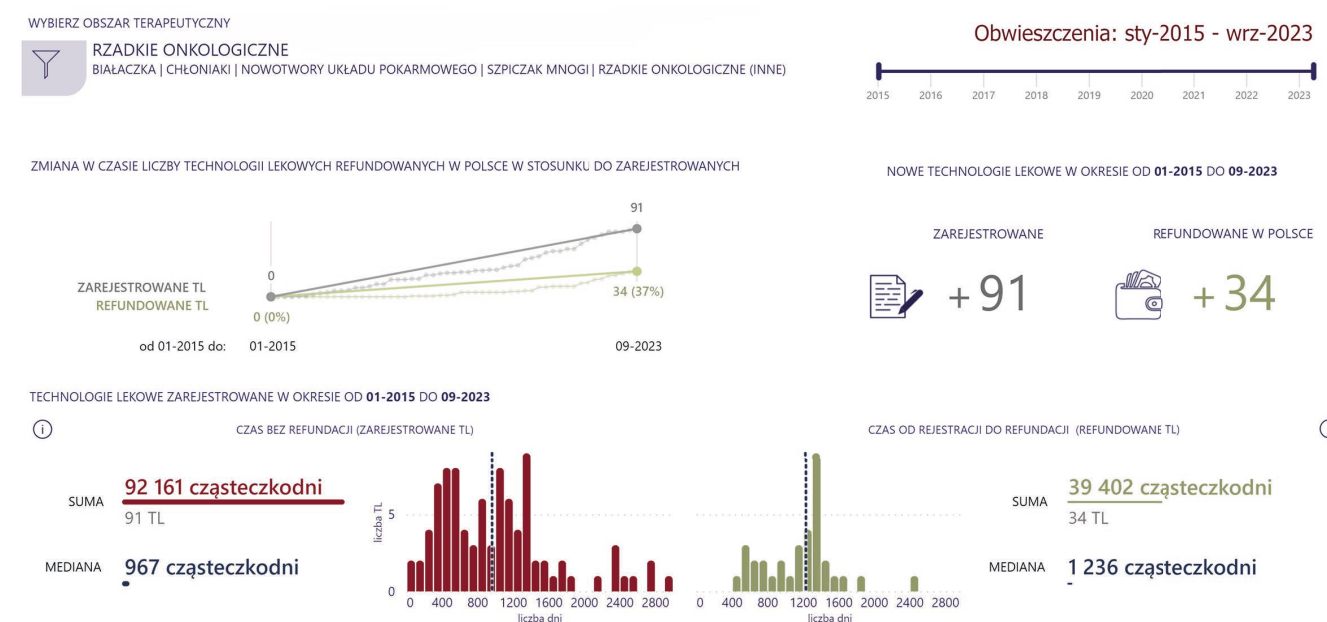
RYSUNEK 8.

POLSKI RADAR REFUNDACYJNY – KATEGORIA ONKOLOGIA BEZ CHOROÓB RZADKICH [106]



RYSUNEK 9.

POLSKI RADAR REFUNDACYJNY – KATEGORIA CHOROBY RZADKIE ONKOLOGICZNE [106]



03

Leczenie chorób nowotworowych w publicznym systemie ochrony zdrowia



Podsumowanie

Polska jest obecnie w okresie głębokich zmian systemowych w zakresie funkcjonowania opieki nad pacjentami onkologicznymi, które wprowadzane są w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej. Jej kluczowym elementem jest konsolidacja ośrodków onkologicznych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Okres wdrażania NSO zbiegł się w czasie z pandemią COVID-19 wywołaną koronawirusem SARS-CoV-2, co wpłynęło na opóźnienia w wykonaniu części zadań zaplanowanych pierwotnie na lata 2020–2022. Większość zaplanowanych na lata 2020–2022 zadań udało się już zrealizować, jednak poziom zaawansowania realizacji części zadań zaplanowanych na rok 2023 może budzić zaniepokojenie.

Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej weszła w życie 20 kwietnia 2023 roku. W ramach KSO wprowadzony zostanie podział szpitali na 3 poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej. Ponadto w ramach KSO wzmocniona została rola koordynatorów wspierających pacjentów na poszczególnych etapach diagnostyki i leczenia onkologicznego. Po raz pierwszy wprowadzona zostaje systemowa weryfikacja jakości świadczeń, która wykorzystana będzie potem w systemie rozliczeń. Kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej mają być ogłaszane przez ministra zdrowia w formie obwieszczenia.

Organizacja opieki onkologicznej w latach 2006–2020

Szybki wzrost zachorowań na nowotwory w naszym kraju oraz niezadowalające wyniki leczenia, wymagają podjęcia skoordynowanych działań o charakterze ogólnokrajowym. W odpowiedzi na te wyzwania Sejm RP uchwalił Ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (NPZChN). Program realizowany był w dwóch etapach – pierwszy obejmował lata 2006–2015, następny zaplanowany był na lata 2016–2024 [43]. Głównymi

celami NPZChN na lata 2006–2015 oraz na lata 2016–2024 było:

- zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory,
- osiągnięcie poprawy w zakresie wcześniejszego rozpoznawania nowotworów oraz dostępu do najbardziej skutecznych metod leczenia.

Planowany budżet programu wynosił 250 mln zł rocznie, a jego faktyczne wykonanie wynosiło średnio ponad 90% zakładanej kwoty [44, 45]. Środki finansowe przeznaczane były głównie na wydatki inwestycyjne, m.in. zakup aparatury diagnostycznej do wczesnego wykrywania nowotworów (tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych, gamma kamer Spect-CT), doposażenie i modernizację zakładów

radioterapii (zakup akceleratorów), a także doposażenie i modernizację klinik i oddziałów torakochirurgii. Wprowadzone w ramach NPZChN rozwiązania miały więc przede wszystkim charakter ilościowy (poprawa w zakresie wyposażenia i liczby pacjentów objętych opieką), natomiast w zbyt małym stopniu wspierały one rozwój jakościowy systemu opieki onkologicznej [46].

Realizacja poszczególnych zadań w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych oceniana była kilkakrotnie przez Najwyższą Izbę Kontroli [44, 47, 48]. W jej ocenie zasadnicze cele NPZChN nie zostały zrealizowane – nie zahamowano wzrostu zachorowań na nowotwory, a wartości wskaźników skuteczności leczenia pozostawały na poziomie niższym od średnich dla krajów Unii Europejskiej. Czynniki negatywnie wpływającymi na wyniki leczenia, na jakie wskazały kontrole NIK były:

1. niedostateczna jakość profilaktyki pierwotnej:
 - › niska świadomość społeczna dotycząca przyczyn nowotworów (a więc ograniczona skuteczność działań edukacyjno-informacyjnych, realizowanych w ramach NPZChN),
 - › zła organizacja systemu ochrony zdrowia (niewykonywanie przez większość lekarzy POZ zadań z zakresu profilaktyki onkologicznej),
 - › pogarszający się dostęp do świadczeń (np. brak ośrodków wykonujących badania przesiewowe w niektórych regionach kraju), które to czynniki przekładały się na niski odsetek osób korzystających z badań profilaktycznych;
2. ograniczenia w zakresie prowadzenia terapii pacjentów onkologicznych:
 - › brak koordynacji leczenia i niezapewnienie jego ciągłości,
 - › niesprawny system obiegu informacji,
 - › ograniczone zasoby systemu ochrony

zdrowia, rozmieszczone nieadekwatnie do potrzeb.

W związku z brakiem oczekiwanej poprawy w zakresie wyników leczenia nowotworów w Polsce pomimo realizacji zadań NPZChN, a także w obliczu narastających wyzwań demograficznych, w roku 2019 zdecydowano o zakończeniu tego programu, w jego miejsce powołując zdecydowanie bardziej kompleksową Narodową Strategię Onkologiczną.

Narodowa Strategia Onkologiczna

Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) to program wieloletni na lata 2020–2030 wprowadzający kompleksowe zmiany w polskiej onkologii. Strategia została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 4 lutego 2020 roku.

W ramach NSO kontynuowane są działania wskazane w NPZChN, jednak nie jest ona kontynuacją tego programu, który miał mieć charakter „doraźny”. NSO ma być programem strategicznym i kompleksowym [49, 50].

W ramach NSO wytyczone zostały kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii w ramach 5 głównych obszarów [22], opisanych w tabeli (Tabela 10). Okres wdrażania NSO zbiegł się w czasie z pandemią COVID-19 wywołaną koronawirusem SARS-CoV-2, co wpłynęło na opóźnienia w wykonaniu większości zadań zaplanowanych na lata 2020–2022.

Najważniejszym celem NSO jest zwiększenie ilości osób przeżyjących 5 lat **od zakończenia terapii onkologicznej** oraz zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. Poprawie ma ulec również jakość życia pacjentów zarówno

w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu.

Kluczowym elementem Narodowej Strategii Onkologicznej było wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej, której poświęcono oddzielny rozdział. Poziom zaawansowania realizacji części zadań zaplanowanych na rok 2023 jest nie do końca znany i widoczne są opóźnienia w realizacji. W ramach raportu przedstawiono uwagi do wybranych zadań i ich zakresu merytorycznego.

Wysokość środków finansowych wydatkowanych z budżetu NSO na realizację poszczególnych zadań w latach 2020–2022 w żadnym roku nie sięgnęła poziomu zaplanowanego budżetu.



Zwraca uwagę fakt, że definicja pierwszego z tych wskaźników – odsetka osób, które przeżyły 5 lat **od zakończenia terapii onkologicznej**, jest skonstruowana zupełnie inaczej niż jej standardowe odpowiedniki w analizach opieki onkologicznej – np. w słowniku National Cancer Institute określa się termin przeżycia 5-letniego jako odsetek osób, które przeżyły 5 lat **od diagnozy lub rozpoczęcia leczenia**; z takich samych interpretacji korzystają również eksperci z Narodowego Instytutu Onkologii z Krajowego Rejestru Nowotworów. Nie jest zatem jasne, w jaki sposób tak niestandardowo zdefiniowany wskaźnik będzie mierzony, a w szczególności, co będzie punktem granicznym zakończenia terapii.

TABELA 10.
NARODOWA STRATEGIA ONKOLOGICZNA – OBSZARY ZADAŃ [22, 51]

Obszar	Cel	Liczba zadań	Zmiany terminów realizacji	Liczba i poziom realizacji zadań aktualnie przypisanych do lat 2020–2023
Inwestycja w kadry	poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia kadr medycznych w sposób gwarantujący zdobycie umiejętności związanych z profilaktyką onkologiczną i wczesnym wykrywaniem nowotworów złośliwych oraz opieką nad osobami w trakcie i po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym.	12 (1 pierwotnie zaplanowane zadanie zostało uchylone)	Terminy dla 6 zadań zostały wydłużone (w tym 6/9 zadań zaplanowanych pierwotnie na lata 2020–2022).	Liczba zadań: 10. Zrealizowane w stopniu co najmniej 3/5: 9/10, w tym zrealizowane w pierwotnym terminie: 4/10
Inwestycje w edukację – prewencja pierwotna i styl życia	ograniczenie zachorowalności na nowotwory poprzez redukcję ryzyka w zakresie profilaktyki pierwotnej nowotworów. Realizację zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem ze szczególnym uwzględnieniem ograniczenia palenia tytoniu, a także włączenie lekarzy, w tym lekarzy POZ i medycyny pracy w działania prewencji pierwotnej.	14	Terminy 5 zadań zostały wydłużone (w tym 5/8 zadań zaplanowanych na lata 2020–2022)	Liczba zadań: 11. Zrealizowane w stopniu co najmniej 3/5: 11/11, w tym zrealizowane w pierwotnym terminie: 6/11
Inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna	poprawa skuteczności profilaktyki wtórnej poprzez zwiększenie poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa jakości tych badań. Wskazane działania służą podniesieniu skuteczności badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego, piersi, szyjki macicy, płuca.	28	Terminy 7 zadań zostały wydłużone (w tym 5/14 zadań zaplanowanych na lata 2020–2022)	Liczba zadań: 17. Zadania zrealizowane w stopniu co najmniej 3/5: 11/17, w tym zrealizowane w pierwotnym terminie: 9/17

Obszar	Cel	Liczba zadań	Zmiany terminów realizacji	Liczba i poziom realizacji zadań aktualnie przypisanych do lat 2020-2023
Inwestycje w naukę i innowacje	zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w Polsce stworzenie sieci biobanków onkologicznych oraz poszerzenie analizy danych w rejestrach medycznych. Zwiększenie dostępności refundowanych terapii onkologicznych	14	Terminy 4 zadań zostały wydłużone (w tym 4/8 zadań zaplanowanych na lata 2020-2022)	Liczba zadań: 9. Zadania zrealizowane w stopniu co najmniej 3/5: 9/9, w tym zrealizowane w pierwotnym terminie: 3/9
Inwestycje w system opieki onkologicznej	poprawa organizacji systemu opieki onkologicznej poprzez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”. Wyrównanie poziomu opieki onkologicznej na poziomie regionalnym.	31	Terminy 11 zadań zostały wydłużone (w tym 9/11 zadań zaplanowanych na lata 2020-2022)	Liczba zadań: 17. Zadania zrealizowane w stopniu co najmniej 3/5: 9/17, w tym zrealizowane w pierwotnym terminie: 1/17

Z wydatkowanych do tej pory środków 2/3 zostało wykorzystanych w celu uzupełnienia i wymiany wyeksploatowanego sprzętu służącego do diagnostyki i terapii nowotworów.

Szczegółowe listy zadań wraz ze wskazaniem stopnia wykonania (wg. informacji zawartej w Sprawozdaniach z wykonania NSO) oraz wypunktowaniem uchwalonych zmian terminów realizacji tych zadań zamieszczone zostały w kolejnych tabelach.

WYKRES 34.

WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW FINANSOWYCH WYDATKOWANYCH Z BUDŻETU NSO W LATACH 2020-2022

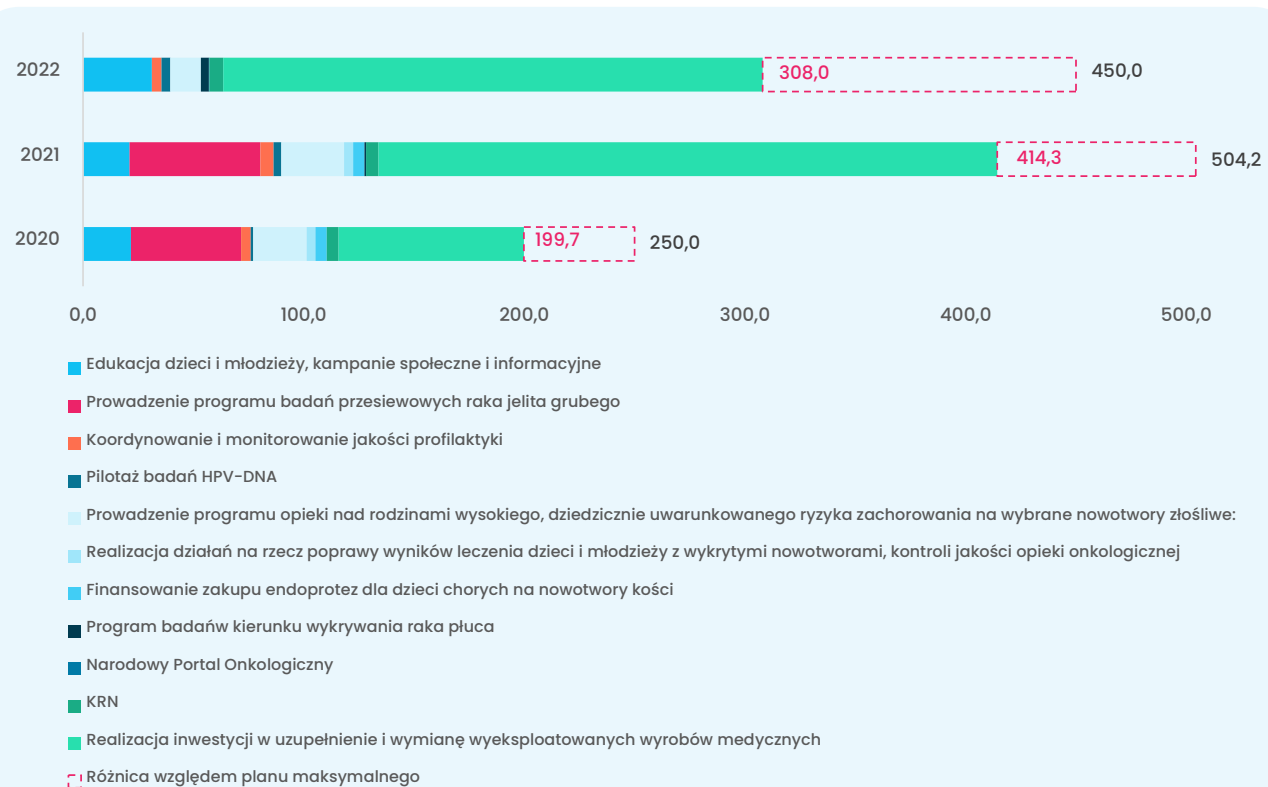


TABELA 11.

ZADANIA W CZĘŚCI 1 – INWESTYCJA W KADRY – TERMINY I STOPIEŃ REALIZACJI

Numer zadania	Zadanie	Stopeczność wykonania (05. 2023)	Obowiązujący aktualnie termin realizacji	Zmiana terminu realizacji względem pierwotnego planu (uchwała)
1.1	Nowe standardy kształcenia lekarzy w zakresie onkologii	5	2023	2021→2023
1.2 i 1.3	Zmiany w Lekarskim i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie końcowym	5	2021	2020→2021
1.4	Zmiana programów specjalizacji w dziedzinach onkologicznych, medycyny rodzinnej i medycyny pracy	5	2021	
1.5	Kampania informacyjna i promocyjna wyboru onkologii wśród studentów medycyny	5	2022	2021→2022
1.6	Kampania informacyjna dedykowana podmiotom leczniczym o zwiększeniu liczby miejsc szkoleniowych związanych z onkologią	x	-	Punkt uchylony
1.7	Nowe standardy kształcenia pielęgniarzek i położnych	4	2023	
1.8	Modyfikacja programów szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarzek i położnych	5	2023	
1.9	Wprowadzenie katalogu podlegających certyfikacji umiejętności zawodowych lekarzy	5	2023	2020→2023
1.10	Certyfikacja umiejętności związanych z onkologią	x	2023	2021→2023
1.11	Zmiana programu stażu podyplomowego dla lekarzy	5	2023	2021→2023
1.12	Opracowanie programu kształcenia podyplomowego dla psychoonkologów, koordynatorów opieki onkologicznej, specjalistów fizyki medycznej, techników elektroradiologii	5	2023	

TABELA 12.

ZADANIA W CZĘŚCI 2 – INWESTYCJA W PROFILAKTYKĘ PIERWOTNĄ – TERMINY I STOPIEŃ REALIZACJI

Numer zadania	Zadanie	Stopeczność wykonania (05. 2023)	Obowiązujący aktualnie termin realizacji	Zmiana terminu realizacji względem pierwotnego planu (uchwała)
2.1	Wprowadzenie zajęć o zdrowiu w ramach powszechnej edukacji	4	2020	
2.2	Edukacyjny Program dla Zdrowia w Szkołach.	5	2023	2022→2023
3.1	Zwiększenie zasięgu kampanii społecznych promujących postawy prozdrowotne	4	2020	
3.2	Programy edukacyjne i kampania społeczna na temat szczepienia przeciwko HPV	3	2022	2021→2022
4.1	Wprowadzenie refundacji szczepień przeciwko HPV - dziewczęta	5	2023	2021→2023
4.2	Wprowadzenie refundacji szczepień przeciwko HPV - chłopcy	5	2023	2026→2023

Numer zadania	Zadanie	Stopień wykonania (05. 2023)	Obowiązujący aktualnie termin realizacji	Zmiana terminu realizacji względem pierwotnego planu (uchwała)
5.1	Standardy żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży oraz standardy żywienia pacjentów w szpitalach	4	2023	2021→2023, ograniczenie zakresu zadania
5.2	Wprowadzenie tzw. opłaty cukrowej	5	2020	
6.1	Modyfikacja programu profilaktyki chorób odtytoniowych	5	2022	2021→2022
6.2	Wprowadzenie Ogólnopolskiej Sieci Pomocy Palącym	3	2023	
6.3	Wprowadzenie obowiązku wywiadu w kierunku palenia w szpitalach onkologicznych	x	2025	
6.4	Systematyczny wzrost podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe	x	Zadanie bezterminowe	
7.1	Wprowadzenie badań okresowych odnoszących się do stylu życia	5	2023	
7.2	Szkolenia kadr medycznych w zakresie profilaktyki pierwotnej	5	2024	



Realizacja wybranych zadań Edukacja

Zadanie 2.1 dotyczyło rozszerzenia zakresu prowadzonej powszechnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia przez wprowadzenie do szkół zajęć o zdrowiu – w roku 2020. W sprawozdaniu z realizacji NSO opublikowanym w roku 2021 stan realizacji tego zadania oceniono na 4 punkty na 5 możliwych. Były to następujące działania:

1. W ramowych planach nauczania dla szkół publicznych wskazano, że zajęcia z wychowawcą powinny w szczególności dotyczyć istotnych problemów społecznych: zdrowotnych, prawnych, finansowych, klimatycznych i ochrony środowiska. Nie zmieniono liczby godzin przypisanych na zajęcia z wychowawcą, nie opracowano listy zagadnień ani nie wskazano jaka część tych zajęć miała dotyczyć edukacji prozdrowotnej. Decyzję o zakresie realizacji edukacji zdrowotnej pozostawiono wychowawcom.
2. Dodatkowo wyprodukowano grę planszową „Piramida Zdrowia”, która miała być wysłana do każdej ze szkół podstawowych w dwóch egzemplarzach, a także opracowano materiały edukacyjne dla klas 1-3 (udostępnione w roku 2021 [52]).

Należy odnotować, że takie ujęcie edukacji prozdrowotnej jest mało precyzyjne i trudne do weryfikacji rzeczywistego wykonania na poziomie placówki. Niepokoi także ograniczony zakres materiałów, które mogą być wykorzystane do prowadzenia wskazanych zajęć. Kwalifikacja stopnia realizacji tego zadania (4/5) może wskazywać na potrzebę bardziej ambitnego definiowania celów w tak istotnym obszarze jako edukacja zdrowotna.

Zadanie 2.2 dotyczyło stworzenia kompleksowego Edukacyjnego Programu dla Zdrowia w Szkołach. Stan jego realizacji w roku 2022 oceniono na 5 punktów na 5 możliwych.

W ramach tego zadania przeprowadzono proces zamówienia publicznego na opracowanie materiałów dla uczniów i nauczycieli. Wykonawcą tego zadania – firmę MDDP Akademia Biznesu, udało się wyłonić po ponad pół roku od rozpoczęcia postępowania przetargowego [53, 54]. Zgodnie z informacjami zawartymi w sprawozdaniu przeprowadzono również międzyresortowe konsultacje przygotowanych treści, a same materiały mają być dostępne dla uczniów, nauczycieli i rodziców od września 2023 roku. W momencie składania tego raportu ani na stronach Ministerstwa Zdrowia, ani wykonawcy zamówienia publicznego nie znaleziono przedmiotowych opracowań.

Zadanie 3.2 dotyczy wdrożenia i rozpoczęcia programów edukacyjnych i kampanii społecznej na temat szczepienia przeciwko HPV. Stopień realizacji tego zadania w sprawozdaniu z realizacji NSO w roku 2022 został oceniony na 3 punkty na 5 możliwych.

Kampania informacyjna jest prowadzona od maja 2023 roku [55, 56], brak jest natomiast informacji o prowadzonych programach edukacyjnych.



Realizacja wybranych zadań Szczepienia przeciwko HPV

Zadania 4.1 i 4.2 dotyczyły wdrożenia i rozpoczęcia szczepień przeciwko HPV. Stopień realizacji tego zadania w sprawozdaniu z roku 2022 oceniono na 5 punktów na 5 możliwych.

W roku 2019 Polska była jedynym – poza Rumunią – państwem Unii Europejskiej bez finansowanego przez państwo programu szczepień przeciwko HPV. Według pierwotnego planu, proces szczepień dziewcząt w wieku dojrzewania miał się rozpocząć w roku 2021, jednak sytuacja pandemii wirusa SARS-COV2 wymusiła zmianę priorytetów zdrowotnych. W roku 2021 wprowadzono częściową refundację przy zakupie szczepienia w aptekach. Powszechne i bezpłatne szczepienie przeciwko HPV dostępne jest w Polsce natomiast od 1 czerwca 2023 roku. Warto zaznaczyć jednocześnie, że zarówno do powszechnego programu szczepień roku 2023 jak i do częściowej refundacji w roku 2021 włączono również chłopców, pomimo że pierwotnie zaplanowano to na rok 2026. **Dodatkowo od września 2023 roku bezpłatne szczepienia przeciwko HPV – w ramach refundacji aptecznej – przysługiwać będą wszystkim dzieciom (refundacja w ramach wykazu leków refundowanych dostępnych bezpłatnie dla osób poniżej 18 roku życia, dla dziewcząt i chłopców).**

TABELA 13.

ZADANIA W CZĘŚCI 3 – INWESTYCJA W PROFILAKTYKĘ WTÓRNĄ – TERMINY I STOPIEŃ REALIZACJI

Numer zadania	Zadanie	Stopień wykonania (05. 2023)	Obowiązujący aktualnie termin realizacji	Zmiana terminu realizacji względem pierwotnego planu (uchwała)
8.1	Wprowadzenie narzędzi motywacyjnych dla zespołów POZ związanych z prowadzeniem profilaktyki onkologicznej	5	2022	2021→2022
8.2	Wprowadzenie narzędzi motywacyjnych dla zespołów medycyny pracy związanych z prowadzeniem profilaktyki onkologicznej	x	2023	2022→2023
8.3	Wprowadzenie badań okresowych/wywiadu w ramach POZ lub medycyny pracy odnoszących się do udziału w onkologicznych badaniach przesiewowych	5	2023	
8.4	Nalożenie na zespoły POZ obowiązku objęcia populacji z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi	2 (wskazana konieczność modyfikacji treści zadania)	2024	
9.1	Stworzenie podstaw do funkcjonowania Centrów Zdrowia Publicznego (podmiotów ukierunkowanych na profilaktykę pierwotną)	2	2022	
9.2	Włączenie Centrów Zdrowia Publicznego do aktywnego zapraszania Polaków na badania przesiewowe	x	2024	
10.1a	Przeprowadzenie pilotażu metod zwiększania udziału w badaniach profilaktycznych mammograficznych i cytologicznych	x	2023	2020→2023
10.1b	Wprowadzenie docelowych rozwiązań zwiększania udziału w badaniach profilaktycznych mammograficznych i cytologicznych	x	2024	2021→2024
10.2	Wykorzystanie i rozwój innowacyjnych form w komunikacji z pacjentem, m.in. komunikacji elektronicznej, mediów społecznościowych, Internetowego Konta Pacjenta (IKP)	5	2021	
10.3	Prowadzenie kampanii społecznych i działalności infolinii dotyczących badań przesiewowych	5	2022	2021→2022
10.4	Opracowywanie rozwiązań prawnych i informatycznych zapewniających pełną wiedzę o realizowanych w Polsce badaniach przesiewowych	4	2023	
10.5	Opracowanie rozwiązań pozwalających na egzekwowanie obowiązku raportowania prowadzenia badań przesiewowych	5	2024	Zmiana zakresu zadania
11.1a	Poszerzenie pilotażu badań HPV-DNA	5	2020	
11.1b	Wprowadzenie testu HPV-DNA do programu profilaktyki raka szyjki macicy	2	2024	2022→2024
11.2	Wprowadzenie testu FIT jako alternatywy dla kolonoskopii	2	2023	2021→2023

Numer zadania	Zadanie	Stopień wykonania (05. 2023)	Obowiązujący aktualnie termin realizacji	Zmiana terminu realizacji względem pierwotnego planu (uchwała)
11.3	Wprowadzenie finansowania przez NFZ opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe	5	2022	
11.4	Wprowadzenie finansowania przez NFZ badań przesiewowych w kierunku wykrywania raka jelita grubego	5	2022	
11.5a	Prowadzenie programu badań w kierunku wykrywania raka płuca	5	2021	Nowe zadanie
11.5b	wprowadzenie finansowania przez NFZ badań w kierunku wykrywania nowotworów płuca i gruczołu krokowego	1	2024	
12.1	Wprowadzenie obowiązku stosowania mammografów cyfrowych w ramach badań przesiewowych dla raka piersi	1	2023	
12.2a	Kontrola jakości badań mammograficznych	5	2022	
12.2b	Zaostrzenie kryteriów realizacji Programu profilaktyki raka piersi	1	2024	
12.3	Wprowadzenie obowiązku stosowania endoskopów wysokiej rozdzielczości w badaniach kolonoskopowych	x	2028	
12.4a	Kontrola jakości badań cytologicznych	5	2022	
12.4b	Zaostrzenie kryteriów realizacji Programu profilaktyki raka szyjki macicy	1	2023	
12.5	Prowadzenie programów szkoleniowych (dobrowolna certyfikacja kolposkopistów / cytodiagnostów)	5	2024	
12.6	Wprowadzenie obowiązkowej certyfikacji kolposkopistów i cytodiagnostów	x	2025	
12.7	Koordynowanie i monitorowanie jakości profilaktyki, szczególnie w kierunku nowotworów: piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego	5	Zadanie bezterminowe	

Realizacja wybranych zadań Profilaktyka wtórna

Zadanie 11.4 dotyczyło wprowadzenia finansowania przez NFZ badań przesiewowych w kierunku wykrywania raka jelita grubego. Należy przy tym odnotować, że program badań przesiewowych raka jelita grubego realizowany był w Polsce nieprzerwanie w latach 2000-2021 (w ramach odrębnych budżetów). W sprawozdaniu za rok 2022 stan realizacji tego zadania oceniono na 5 punktów na 5 możliwych.

Faktycznie, w roku 2022 wprowadzono finansowanie badań przesiewowych w kierunku wykrywania raka jelita grubego ze środków NFZ. Jednak możliwość zawierania umów na prowadzenie tych badań wprowadzona została dopiero we wrześniu 2022, a w praktyce na start nowej odsłony programu trzeba było czekać do grudnia 2022 roku [57]. Łącznie w ramach finansowania przez NFZ udało się przeprowadzić jedynie 680 badań, podczas gdy w roku 2021 było to 96 285 badań [21, 58]. Choć literalnie rozumiany cel tego zadania NSO został więc osiągnięty i badania przesiewowe w kierunku rozpoznania raka jelita grubego zostały objęte finansowaniem przez NFZ, to nie udało się nimi objąć odpowiedniej liczby pacjentów.

TABELA 14.
ZADANIA W CZĘŚCI 4 - INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE - TERMINY I STOPIEŃ REALIZACJI

Numer zadania	Zadanie	Stopień wykonania (05. 2023)	Obowiązujący aktualnie termin realizacji	Zmiana terminu realizacji względem pierwotnego planu (uchwała)
13.1	Opracowanie i wdrożenie kompleksowych rozwiązań legislacyjnych dotyczących badań klinicznych	4	2023	2021→2023
13.2	Nowelizacja prawa farmaceutycznego, w celu częściowego publicznego udostępnienia bazy Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych (CEBK)	5	2022	2020→2022
13.3	Promocja wyszukiwarki badań klinicznych prowadzonej przez Europejską Agencję Leków	5	2022	modyfikacja treści zadania
13.4	Promowanie badań klinicznych	5	2021	
13.5	Utworzenie co najmniej 4 nowych ośrodków badań wczesnych faz w onkologii	5	2022	
13.6	Wspieranie rozwoju Centrów Badań Klinicznych przy wybranych uniwersyteckich ośrodkach akademickich i ośrodkach onkologicznych w ramach KSO	4	2024	
13.7	Stworzenie preferencyjnych warunków dla powstawania i rozwoju podmiotów badawczych prowadzących badania kliniczne	4 (oceniono rozpoczęcie prac ukierunkowanych na stworzenie w/w warunków, termin)	2024	

Numer zadania	Zadanie	Stopień wykonania (05. 2023)	Obowiązujący aktualnie termin realizacji	Zmiana terminu realizacji względem pierwotnego planu (uchwała)
14.1	Realizacja projektu szkoleniowego pt. „Akademia Badań Klinicznych – rozwój kompetencji badawczych w podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne oraz lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej”	5	2022	
14.2	Stworzenie Sieci Centrów Medycyny Cyfrowej wspomagającej ośrodki z pkt. 13.6 w zarządzaniu big data, w tym udostępnianiu danych omicznych	x	2024	modyfikacja treści zadania
14.3	Opracowanie i wdrożenie rozwiązań legislacyjnych dotyczących biobankowania	3	2023	2021→2023
15.1	Uruchomienie postępowań konkursowych/grantowych wspierających projekty badawczo-naukowe w zakresie onkologii	x	2029	
16.1	Wprowadzenie rozwiązań legislacyjnych umożliwiających skrócenie czasu dostępu chorych do innowacyjnych terapii.	5	2020	
16.2	Wypracowanie zasad gromadzenia i analizy danych dotyczących skuteczności innowacyjnych terapii stosowanych w Polsce.	5	2023	2022→2023
16.3	Rozszerzenie wykazu leków refundowanych	5 (oceny z roku 2020 i 2022)	Zadanie bezterminowe	

TABELA 15.
ZADANIA W CZĘŚCI 5 - INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI ONKOLOGICZNEJ - TERMINY I STOPIEŃ REALIZACJI

Numer zadania	Zadanie	Stopień wykonania (05. 2023)	Obowiązujący aktualnie termin realizacji	Zmiana terminu realizacji względem pierwotnego planu (uchwała)
17.1	Wdrożenie KSO	4	2023	2022→2023, modyfikacja treści zadania
17.2	Wdrożenie modelu "Cancer units" dla raka płuca oraz nowotworów ginekologicznych i urologicznych	3	2023	2020→2023
17.3	Wdrożenie modelu "Cancer units" dla nowotworów wieku dziecięcego	1	2023	2021→2023
17.4	Wdrożenie modelu "Cancer units" dla nowotworów rzadkich u dorosłych	1 (sugestia modyfikacji treści zadania)	2023	
18.1	Opracowanie standardów akredytacyjnych dla pracowni/zakładów patomorfologii i przygotowanie zakładów patomorfologii oraz wizytatorów do obowiązkowej akredytacji	5	2023	2020→2023
18.2	Obowiązkowa akredytacja dla zakładów patomorfologii	2	2023	2022→2023

Numer zadania	Zadanie	Stopień wykonania (05. 2023)	Obowiązujący aktualnie termin realizacji	Zmiana terminu realizacji względem pierwotnego planu (uchwała)
18.3	Opracowanie standardów akredytacyjnych dla zakładów diagnostyki genetycznej i przygotowanie zakładów diagnostyki genetycznej oraz wizytatorów do obowiązkowej akredytacji	2	2023	
18.4	Obowiązkowa akredytacja zakładów diagnostyki genetycznej	x	2026	
19.1	Opracowywanie i wprowadzenie wytycznych postępowania diagnostyczno- terapeutycznego i standardów organizacyjnych w kluczowych nowotworach złośliwych	4	2023	2021→2023
19.2	Zapewnienie efektywnych mechanizmów kontrolnych do weryfikacji przestrzegania standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (zasoby kadrowe i narzędzia informatyczne)	3	2023	2022→2023
19.3	Opracowanie i wprowadzenie procedur diagnostyczno-terapeutycznych i standardów organizacyjnych w radiologii interwencyjnej i leczeniu małoinwazyjnym nowotworów	2	2023	
19.4	“Opracowywanie i wprowadzenie wytycznych postępowania diagnostyczno- terapeutycznego w okresie przejściowym z wieku dziecięcego w wiek dorosły”	2	2023	2021→2023
20.1	Mapy potrzeb zdrowotnych dla rehabilitacji, opieki paliatywnej i hospicyjnej dla pacjentów onkologicznych	3	2023	2022→2023
20.2	Budowa sieci ośrodków opieki rehabilitacyjnej w ramach KSO	x	2024	
20.3	Budowa sieci ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach KSO	x	2026	
20.4	Utworzenie zespołów konsultacyjnych medycyny paliatywnej w ośrodkach w sieci KSO	x	2026	
20.5	Rozszerzenie opieki psychologicznej w ośrodkach w sieci KSO	x	2028	
21.1	Opracowanie i wdrożenie badania ankietowego potrzeb i satysfakcji pacjenta	5	2023	2022→2023
21.2	Poprawa skuteczności uśmierzania bólu pacjentów onkologicznych w ramach POZ	x	2024	
21.3	Zapewnienie mechanizmów dla poprawy dostępu do opieki domowej, w tym w ramach wolontariatu	x	2025	
21.4	Działania na rzecz poprawy wyników leczenia dzieci i młodzieży z wykrytymi nowotworami, kontroli jakości opieki onkologicznej	brak oceny punktowej	2022	
21.5	Finansowanie zakupu endoprotez dla dzieci chorych na nowotwory kości	brak oceny punktowej	2022	

Numer zadania	Zadanie	Stopień wykonania (05. 2023)	Obowiązujący aktualnie termin realizacji	Zmiana terminu realizacji względem pierwotnego planu (uchwała)
21.6	Ułatwienie dostępu do konsultacji doradców społecznych w ramach KSO i poprawa dostępu do pomocy społecznej dla pacjentów	3	2023	
22.1	Utrzymywanie i rozwój KRN oraz baz danych dla badań przesiewowych raka jelita grubego i bazy danych dotyczących opieki nad pacjentami z rakiem płuca	4	Zadanie stałe	
22.2	Tworzenie, utrzymywanie i wspieranie rozwoju rejestrów narządowych oraz rejestrów badań przesiewowych	3	Zadanie stałe	
22.3	Uruchomienie Narodowego Portalu Onkologicznego dla pacjentów i pracowników medycznych	3	2023	2022→2023
23.1	Inwestycje infrastrukturalne oraz modernizacja istniejących podmiotów leczniczych	4	Zadanie stałe	
23.2	Inwestycje w uzupełnienie i wymianę wykorzystywanych wyrobów medycznych	5	Zadanie stałe	
23.3	Inwestycje w aparaturę i sprzęt medyczny dla zakładów patomorfologii	x	2024–2026	2023–2026 →2024–2026
23.4	Inwestycje w aparaturę i sprzęt medyczny dla zakładów diagnostyki genetycznej	x	2024–2026	
23.5	Inwestycje w wyposażenie/doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny zakładów radiologii interwencyjnej	x	2024–2026	2023–2026 →2024–2026



Realizacja wybranych zadań Cancer units

Zadanie 17.2 dotyczy wdrożenia nowego modelu organizacyjnego opieki nad pacjentami („Cancer units”) dla kluczowych nowotworów: płuca, jelita grubego, nowotworów ginekologicznych i urologicznych. Oryginalnie zadanie to miało być zrealizowane w 2020 roku, jednak jego termin został przesunięty na rok 2023 (jedno z 3 zadań, których termin realizacji wydłużono o 3 lata).

W sprawozdaniu z realizacji NSO w roku 2022 opublikowanym w maju 2023 stopień realizacji tego zadania określono na 3/5. Wśród działań wymienianych w sprawozdaniach z lat 2020–2023 wymienia się przede wszystkim wdrożenie „Cancer Unit” dla raka jelita grubego w roku 2021 (świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego). W przypadku pozostałych nowotworów realizacja zadania ograniczyła się dotąd do opracowania warunków dla centrów kompetencji nowotworów ginekologicznych, uroonkologicznych oraz raka płuca i innych nowotworów klatki piersiowej.

W momencie publikacji tego raportu – 4 miesiące przed końcem 2023 roku **nie wdrożono opieki kompleksowej dla żadnego z nowotworów, poza rakiem jelita grubego, tj. raka płuca, nowotworów ginekologicznych i urologicznych**. Szczególną uwagę zwraca brak rozwiązań dla raka płuca. Choć wdrożenie centrów kompetencji leczenia raka płuca zaplanowane było pierwotnie na rok 2020, w drugiej połowie roku 2023 wciąż trwają dyskusje nad zupełnie podstawowymi założeniami dla przyszłych centrów narządowych leczenia raka płuca (np. wymaganiami w zakresie zaplecza dla torakochirurgii) [59].

W obecnej chwili realizacja **zadania 17.3**, które dotyczy powstania „Cancer units” dla nowotworów wieku dziecięcego i **zadania 17.4**, które dotyczy powstania „Cancer Units” dla nowotworów rzadkich jest nieznaną. W tych przypadkach oceniono stan prac na poziom 1 na 5 możliwych – w ramach realizacji tego zadania dokonano jedynie analizy materiałów przygotowanych przez Agencję Technologii Medycznych i Taryfikacji lub przeprowadzono prace analityczne i koncepcyjne. Opieka onkologiczna nad pacjentami pediatrycznymi wymaga osobnych zmian i regulacji, a wyniki skuteczności leczenia dzieci z chorobą nowotworową w Polsce znajdują się na poziomie europejskim [60].

Krajowa Sieć Onkologiczna

Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej weszła w życie 20 kwietnia 2023 roku [61]. Jej wdrożenie poprzedziła realizacja w latach 2019–2023 programu pilotażowego [62].

Pilotaż

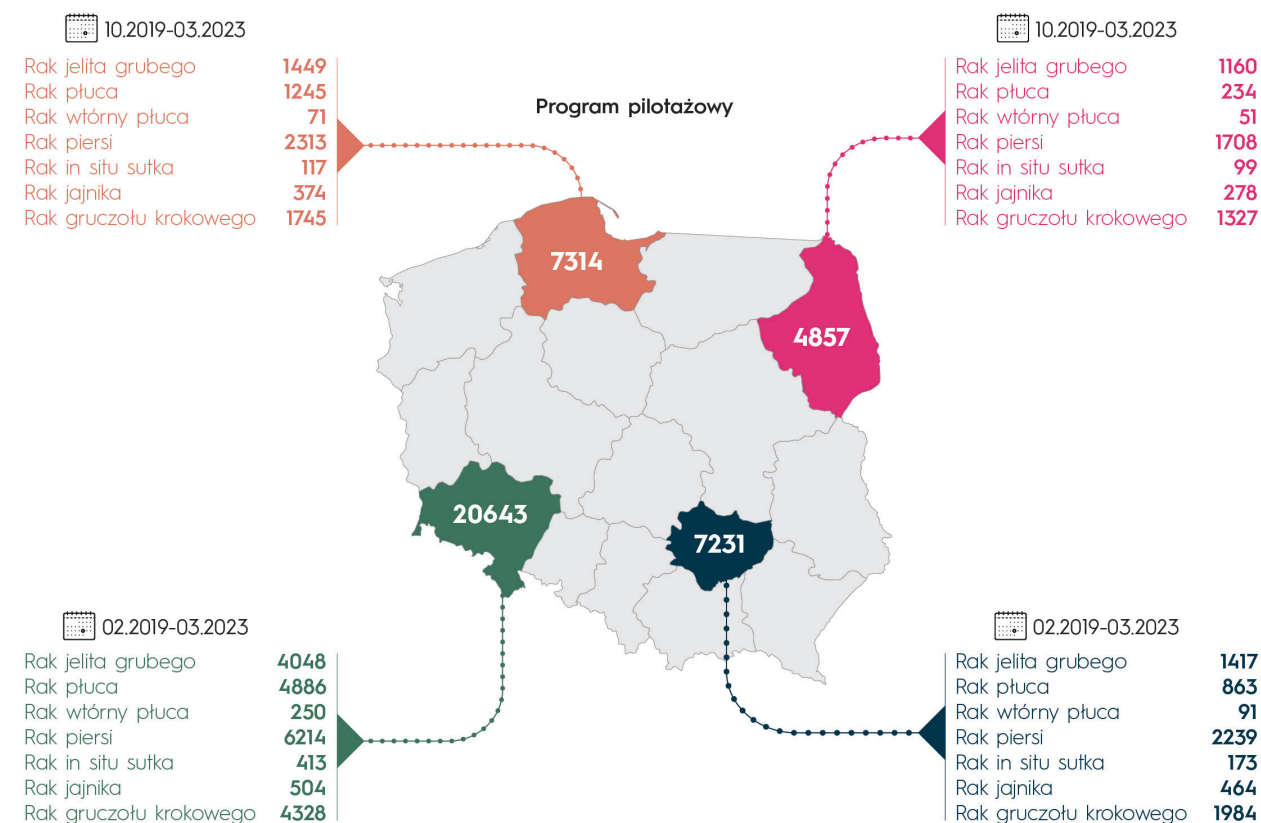
W 2019 roku wdrożono w Polsce program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej. Pilotaż funkcjonował na terenie czterech województw: dolnośląskiego, świętokrzyskiego, pomorskiego i podlaskiego, a jego celem była ocena zasadności oraz skuteczności

funkcjonowania modelu opartego na sieci ośrodków onkologicznych.

Pilotażem objęci byli pacjenci, z rozpoznaniem nowotworu złośliwego gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca. W sumie od 2019 do końca 2022 roku pilotaż objął leczenie ponad 40 tysięcy pacjentów (stan na 31 grudnia 2022 roku) [63].

Początkowo pilotaż miał trwać 18 miesięcy, jednak ostatecznie zakończył się dopiero po ponad 4 latach, 31 marca 2023 roku [64, 65], do czego w znacznej mierze przyczyniła się pandemia. Do końca lipca 2023 opublikowany powinien być raport podsumowujący wyniki pilotażu [62], jednak do momentu zamykania składu tego opracowania nie opublikowano tego sprawozdania.

RYСУNEK 10.
LICZEBNOŚĆ POPULACJI OBJĘTA PILOTAŻEM W WOJ. DOLNOŚLĄSKIM, ŚWIĘTOKRZYSKIM, POMORSKIM I PODLASKIM – 10.2019–03.2023



Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej

Priorytetem ustawy o KSO jest zapewnienie każdemu pacjentowi – niezależnie od miejsca zamieszkania – opieki onkologicznej opartej na jednakowych standardach diagnostyczno-terapeutycznych. W ramach KSO wprowadza się 3 poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej, dzieląc zakwalifikowane do sieci podmioty na Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego (SOLO) poziomu I, II i III ze względu na liczbę obszarów opieki onkologicznej, w której takie ośrodki udzielają świadczeń. Poza ośrodkami SOLO w sieci onkologicznej funkcjonować mają również ośrodki kooperacyjne, tj. zakwalifikowane do KSO podmioty udzielające świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Każdy szpital, który wchodzi do sieci onkologicznej, ma obowiązek powołania koordynatorów – ich zadaniem jest udzielanie pacjentom informacji o organizacji diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego oraz ich koordynacja na poszczególnych etapach opieki onkologicznej.

Ośrodki w sieci zobowiązane będą do przekazywania szeregu danych o sprawowanej opiece onkologicznej do systemu Krajowej Sieci Onkologicznej. Na podstawie zebranych danych system Krajowej Sieci Onkologicznej umożliwi będzie generowanie raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej w ramach KSO. **Po raz pierwszy ma zostać wprowadzona systemowa weryfikacja jakości świadczeń.** Oceny mają dokonywać Krajowy Ośrodek Monitorujący, którego rolę pełnić będzie Narodowy Instytut

Onkologii i poszczególne Wojewódzkie Ośrodki Monitorujące.

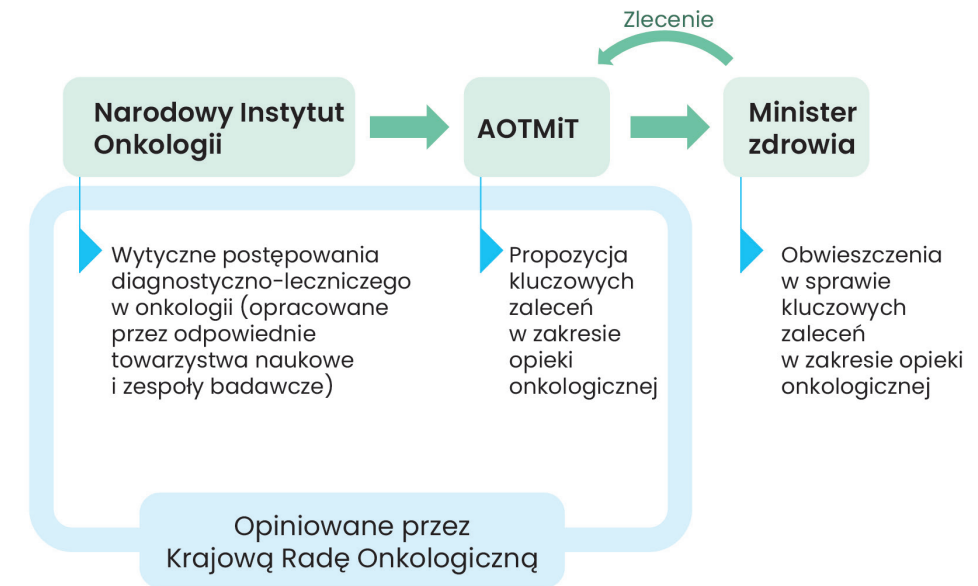
Osiągnięcie docelowych wartości kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wpływać będzie na poziom finansowania danego ośrodka – w systemie rozliczeń **premiowane będą podmioty zapewniające oczekiwaną jakość świadczeń.**

Wytuczne

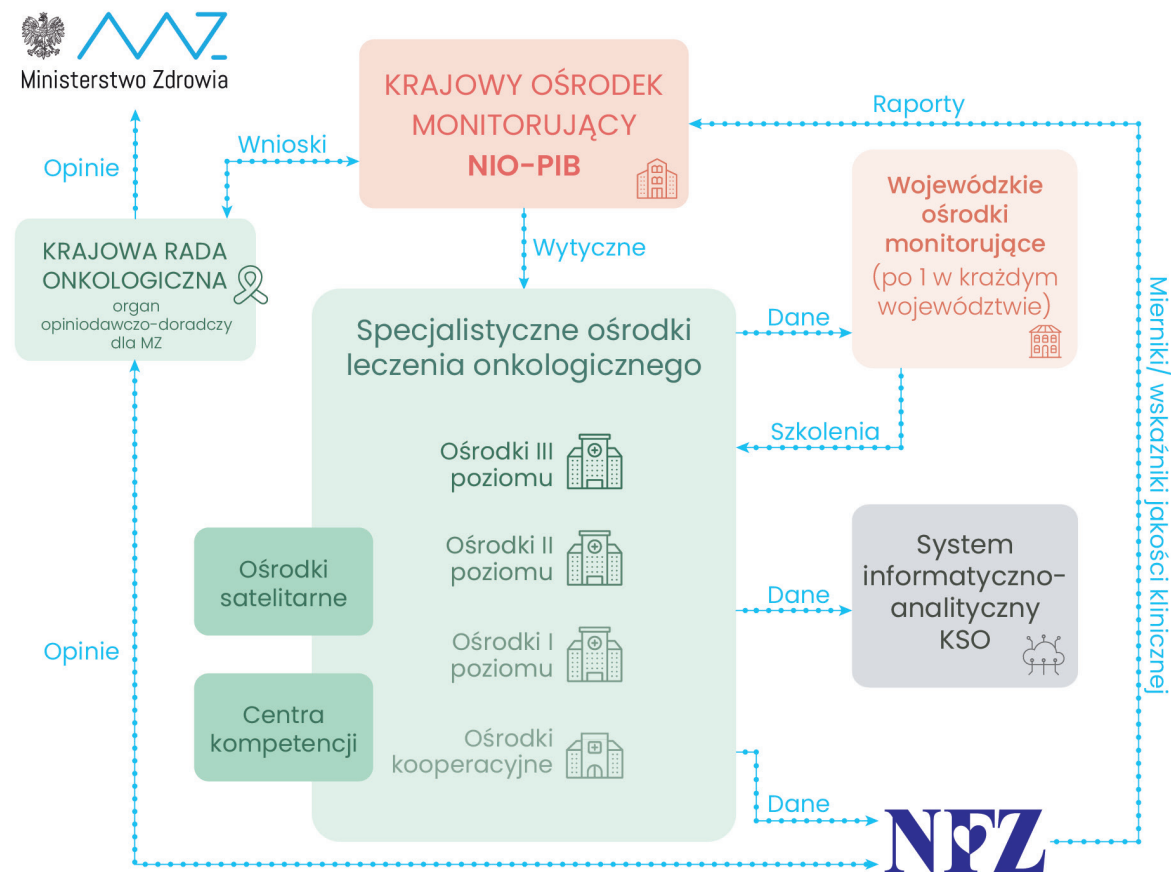
Kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej dotyczące organizacji i postępowania klinicznego dla poszczególnych jednostek chorobowych lub dziedzin medycyny mają być opracowane, a następnie ogłoszone w formie obwieszczenia przez ministra zdrowia. W ramach ustawy o KSO określono zadania poszczególnych podmiotów zaangażowanych w proces

opracowania tych zaleceń na poszczególnych etapach. Kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej mają być oparte na odpowiednich wytycznych postępowania diagnostyczno–lecniczego w onkologii. Przygotowanie i aktualizację tych wytycznych przez towarzystwa i zespoły naukowe zapewniać ma natomiast Narodowy Instytut Onkologii. Opracowaniem propozycji kluczowych zaleceń na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia w oparciu o wytyczne przygotowane przez NIO zajmować ma się Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zarówno wytyczne postępowania diagnostyczno–lecniczego w onkologii, jak i propozycja kluczowych zaleceń w zakresie opieki onkologicznej są dodatkowo opiniowane przez Krajową Radę Onkologiczną. Pierwotnie w ramach NSO publikację wytycznych zaplanowano na rok 2021, jednak na późniejszym etapie odroczono realizację tego zadania do końca 2023 roku [22].

RYSUNEK 12.
OPRACOWANIE ZALECEŃ W ZAKRESIE OPIEKI ONKOLOGICZNEJ W RAMACH KSO



RYSUNEK 11.
SCHEMAT KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ



Źródło: Ministerstwo Zdrowia

04

Koszty chorób nowotworowych w Polsce

Podsumowanie

Całkowite wydatki sektora publicznego na leczenie nowotworów w Polsce wzrastają wyraźnie w ostatnich latach i od roku 2019 roczne wydatki na leczenie nowotworów przekraczają 10 mld złotych. W roku 2022 wydatki te wyniosły 15,5 mld zł. Wartość ta przekłada się na ok. 90 EUR na osobę, tj. ponad 2 razy mniej niż średnia europejska dla roku 2018 (195 EUR na osobę).

Okolo 2/3 łącznych wydatków na onkologię to koszty świadczeń, przede wszystkim hospitalizacji. Jednocześnie najbardziej dynamicznie rosnącą składową kosztów są wydatki na leki w programach lekowych. Wartość refundacji leków dostępnych

w programach lekowych onkologicznych wzrosła z poziomu 1,3 mld zł w roku 2016 do poziomu 3,7 mld zł w roku 2022. Rozczarowujący jest natomiast poziom wykorzystania środków z Funduszu Medycznego.

Łączne oszacowane koszty utraconej produktywności w związku z chorobą nowotworową przewyższają koszty bezpośrednio ich leczenia. Absencje chorobowe to koszt od 2,6 mld zł w 2015 roku do 4,6 mld zł w 2022 roku, natomiast szacowana wysokość kosztów utraconej przyszłej produktywności przypisana do zgonów z powodu nowotworów w jednym roku kalendarzowym to blisko 13 mld zł.

Koszty bezpośrednie chorób nowotworowych w Polsce

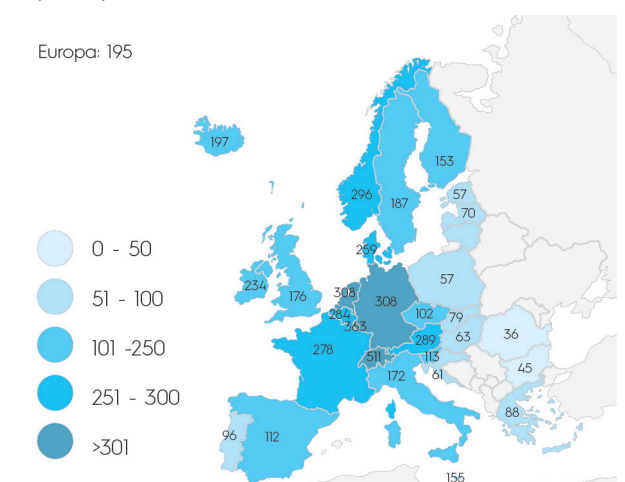
Polska na tle Europy

W roku 2020 opublikowano raport grupy szwedzkich ekspertów, którzy poddali analizie koszty leczenia nowotworów w Europie w roku 2018 [66]. Opracowanie to wciąż pozostaje głównym źródłem informacji, przydatnym szczególnie przy porównaniach kosztów leczenia nowotworów w Europie. Jest też wykorzystywane w analizach rejestru ECIR i w opracowaniach OECD [67, 68].

Jak wynika z przywołanego opracowania, **bezpośrednie wydatki na opiekę onkologiczną w Polsce w 2018 roku należały do najniższych w UE i wyniosły 57 EUR na mieszkańca, tj. blisko**

3,5-krotnie mniej niż średnia dla uwzględnionych w analizie państw europejskich (obejmującej UE oraz Wielką Brytanię i Norwegię). Mniej niż w Polsce na leczenie wydawano jedynie w Bułgarii i Rumunii, takie same wydatki na pacjenta, jak w Polsce poniesiono natomiast na Łotwie.

RYСУNEK 12.
WYDATKI NA LECZENIE NOWOTWORÓW NA MIESZKAŃCA (W EUR) W EUROPIE W 2018 ROKU

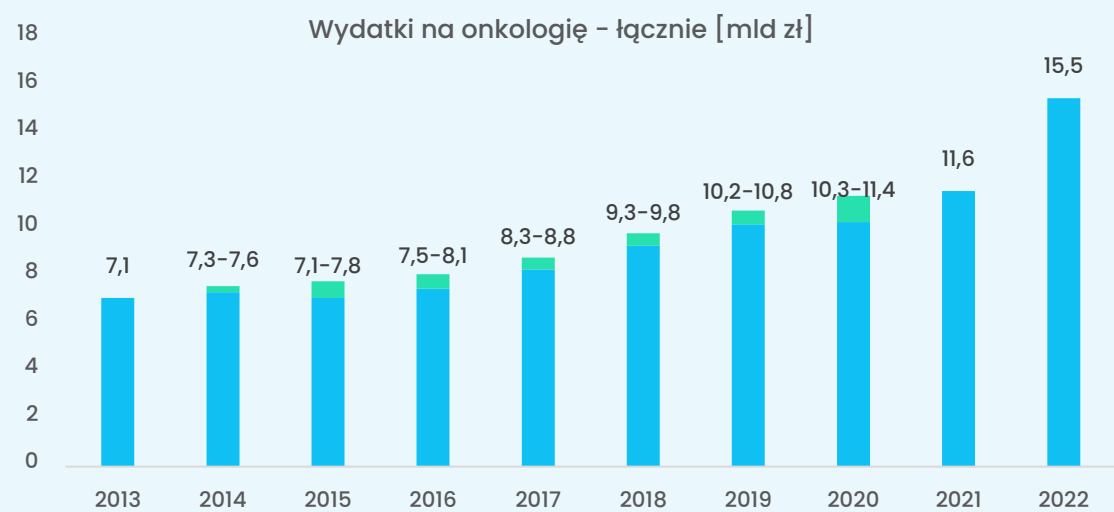


Wydatki całkowite na leczenie chorób nowotworowych w Polsce

Całkowite wydatki sektora publicznego na leczenie nowotworów w Polsce wyraźnie wzrastają w ostatnich latach. Wartości podawane w poszczególnych opracowaniach różnią się między sobą, jednak według wszystkich zidentyfikowanych źródeł od roku 2019 roczne wydatki na leczenie nowotworów przekraczają 10 mld zł. Według najnowszych danych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia w roku 2022 wydatki te wyniosły 15,5 mld zł. Różnice w raportowanych wielkościach wynikają najprawdopodobniej zarówno z przyjmowanych założeń (np. uwzględnianych w konkretnym opracowaniu kodów rozpoznania szczegółowych lub grup limitowych w refundacji aptecznej), jak i z aktualizacji wyników finansowych NFZ, brak jest jednak możliwości porównania prezentowanych wartości.

Dynamika wzrostu wydatków sektora publicznego na leczenie onkologiczne w latach 2013-2022 była nieco wyższa niż dynamika wzrostu całkowitych wydatków na zdrowie. Od roku 2013 do 2022

WYKRES 35.
ŁĄCZNE WYDATKI NA ONKOLOGIĘ – DANE MINISTERSTWA ZDROWIA [69–74]



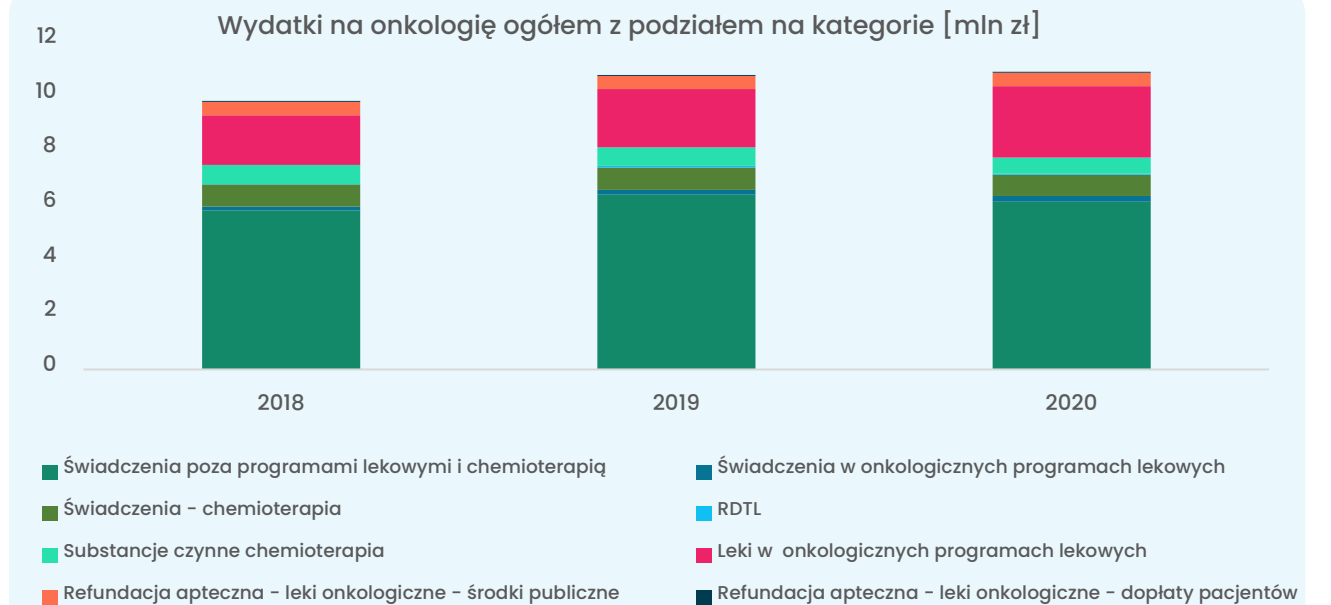
wydatki na onkologię wzrosły 2,18 razy, a wydatki ogółem: 2,08 razy (obliczenia na podstawie danych z bazy OECD [105]).

Pomimo niewątpliwego wzrostu wydatków na onkologię w ostatnich latach, wciąż pozostają one niskie w porównaniu z kosztami leczenia nowotworów w innych krajach europejskich. Wskazywana w publikacjach Ministerstwa Zdrowia wartość 15,5 miliarda zł opisująca łączne wydatki na onkologię w roku 2022 przekłada się na ok. 90 EUR na osobę, tj. ponad 2 razy mniej niż średnia europejska dla roku 2018 (195 EUR na osobę) [66].

Struktura wydatków całkowitych

Informacje o pełnej i szczegółowej strukturze wydatków całkowitych NFZ na leczenie pacjentów onkologicznych w Polsce dostępne są dla lat 2018-2019 oraz dla okresu od stycznia do października 2020. W tym czasie wydatki na świadczenia stanowiły 65–69% łącznych wydatków ponoszonych na onkologię [82]. Zwraca uwagę wzrost udziału kosztów związanych z programami lekowymi w całości kosztów ponoszonych na leczenie pacjentów.

WYKRES 36.
WYDATKI NA ONKOLOGIĘ OGÓŁEM Z PODZIAŁEM NA KATEGORIE



Świadczenia zdrowotne

Oszacowana w ramach prac nad raportem wartość umów dla świadczeń onkologicznych wyniosła od 4 miliardów zł w 2018 roku do ponad 8 miliardów zł w roku 2022.

Brak jest publicznie dostępnych danych o kosztach konkretnych świadczeń udzielanych pacjentom z nowotworami, w związku z tym na potrzeby raportu oceniono wysokość kontraktów na świadczenia związane z opieką onkologiczną na podstawie danych z Informatora o zawartych umowach [57].



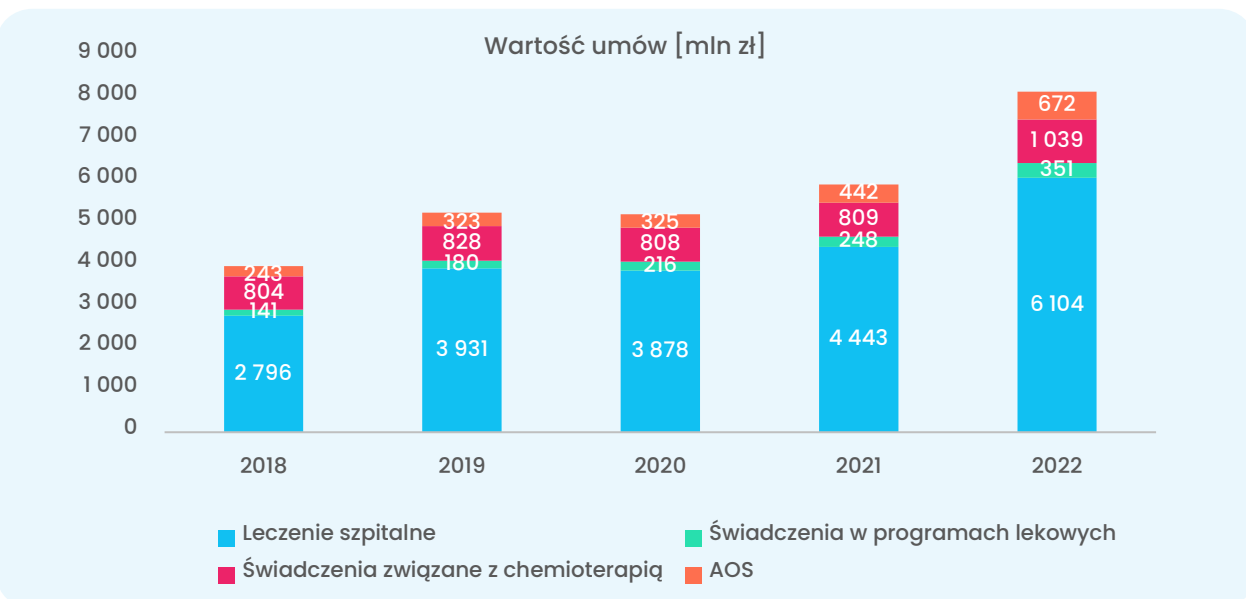
W analizie uwzględnione zostały koszty leczenia w następujących kategoriach:

- świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego (w dowolnych zakresach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej),
- świadczenia w ramach pakietu onkologicznego (w dowolnych zakresach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej),
- świadczenia w zakresie onkologii,
- świadczenia w zakresie onkologii i hematologii,
- świadczenia w zakresie onkologii klinicznej,
- świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej,
- świadczenia w zakresie ginekologii onkologicznej,
- terapia protonowa nowotworów,
- brachyterapia, teleradioterapia, teleradioterapia protonowa, terapia izotopowa i badania izotopowe,
- kompleksowa opieka onkologiczna – świadczenia dla pacjentów z nowotworem piersi i z nowotworem jelita grubego,
- świadczenia kontraktowane ryczałtowo w szpitalach onkologicznych (produkt rozliczeniowy „ryczałt PSZ - szpital onkologiczny”).

Uwzględniono ponadto świadczenia związane z realizacją chemioterapii i onkologicznych programów lekowych (bez kosztów leków). Należy zwrócić uwagę, że pacjenci z nowotworami mogą być leczeni również w ramach innych zakresów, jak również na to, że wybrane świadczenia – diagnostyka onkologiczna lub świadczenia w zakresie onkologii i hematologii, mogły być rozliczane także w przypadku pacjentów, u których nie zostało postawione rozpoznanie nowotworu.

WYKRES 36.

WARTOŚĆ UMÓW OBEJMUJĄCYCH ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE HOSPITALIZACJI I AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ – OPRACOWANIE WŁASNE



Fundusz Medyczny

Na początku roku 2020 w trakcie prezydenckiej kampanii wyborczej Prezydent wystąpił z inicjatywą utworzenia Funduszu Medycznego. W pierwotnym zamierzeniu Fundusz Medyczny miał zapewnić dodatkowe środki finansowe na leczenie chorób onkologicznych, a także na leczenie dzieci dotkniętych chorobami onkologicznymi i chorobami rzadkimi. Pierwotna roczna kwota przeznaczona na mający powstać Fundusz Medyczny wynosiła 2 mld 750 mln zł. Fundusz Medyczny miał być wsparciem równoległym do zasadniczego systemu finansowania ochrony zdrowia [76]. Kształt Funduszu Medycznego ewoluował i ostatecznie został ustalony Ustawą z dnia 7.10.2020 r. o Funduszu Medycznym. W jej ramach wprowadzono państwowy fundusz celowy, mający za zadanie wsparcie sektora ochrony zdrowia, w szczególności opieki medycznej dla osób poniżej 18. roku życia. Fundusz ma za zadanie współfinansować koszty budowy, modernizacji i wyposażenia kluczowych podmiotów w ochronie zdrowia, jak również koszty leków i ratunkowego dostępu

do nowych technologii medycznych. Jest to również narzędzie wsparcia innowacyjnych technologii medycznych i zwiększenia skuteczności działań profilaktycznych. Fundusz Medyczny podzielony jest na cztery główne subfundusze (Rysunek 13).

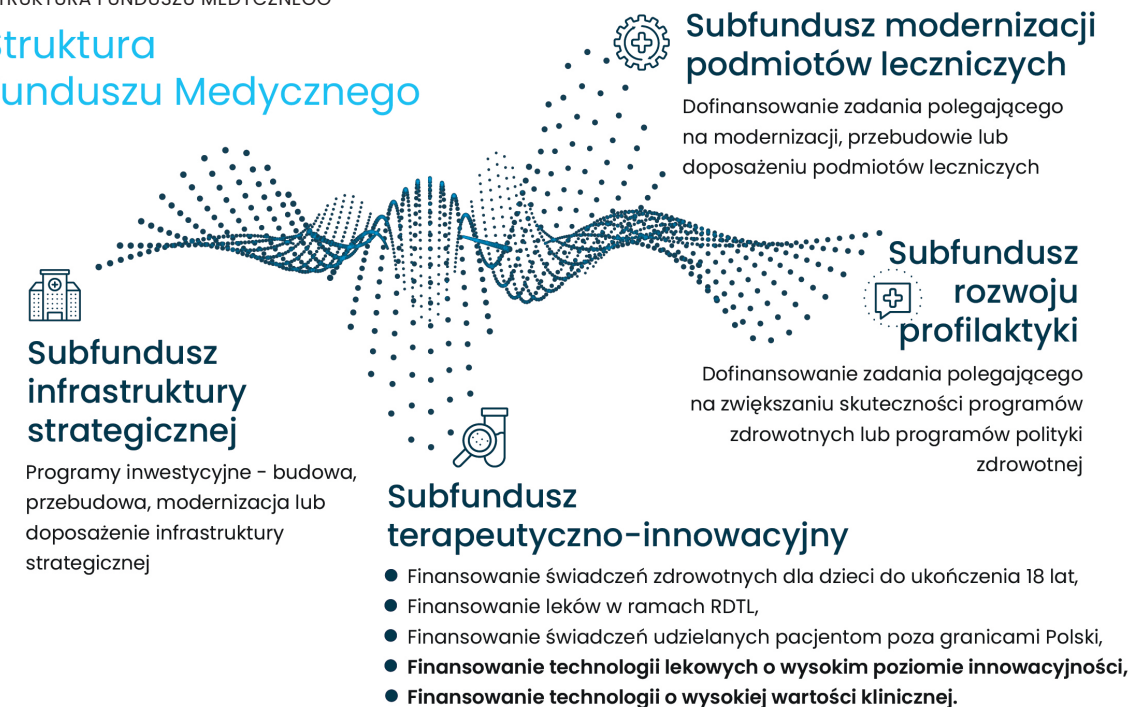
Źródła finansowania Funduszu to przede wszystkim dotacje z budżetu państwa w wysokości określonej corocznie w ustawie budżetowej na dany rok budżetowy, nie niższej niż 4 mld zł, jak również odsetki od zgromadzonych środków, ale także z dobrowolne wpłaty i darowizny oraz opłaty za opinie wydawane przez wojewodę czy ministra zdrowia dotyczące celowości inwestycji dotyczących nowych podmiotów leczniczych na obszarze województwa.

Najwyższa Izba Kontroli w swoich analizach wykonania budżetu i założeń polityki pieniężnej w latach 2021-2022 stwierdziła, że Minister Zdrowia nie zrealizował większości z zaplanowanych na te lata zadań w ramach trzech z czterech subfunduszy Funduszu Medycznego: infrastruktury, strategicznej, modernizacji podmiotów, rozwoju profilaktyki [77].

RYSUNEK 13.

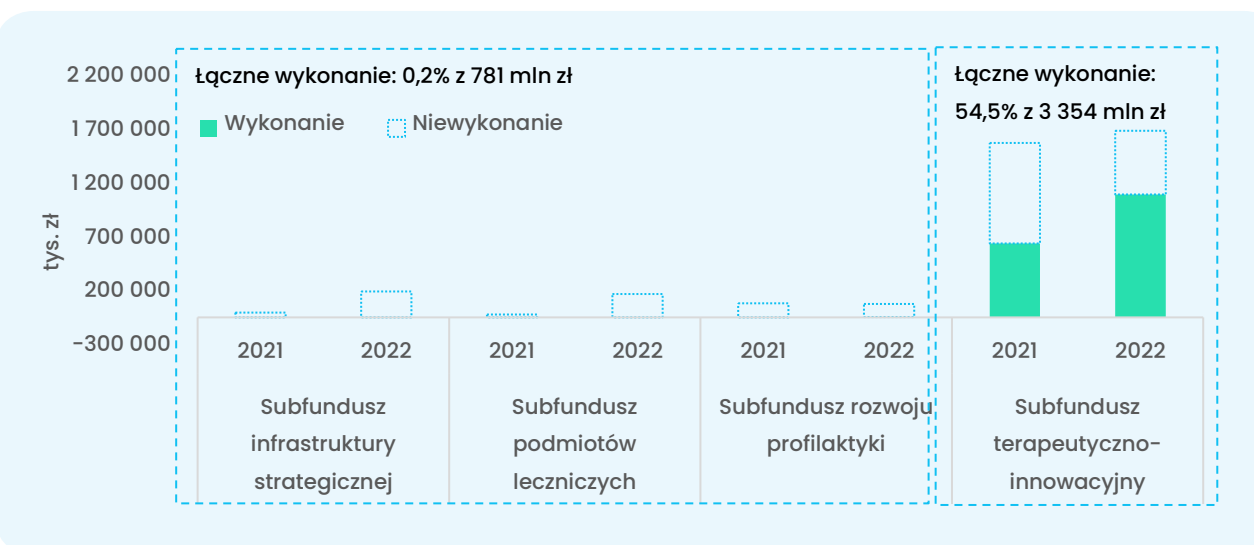
STRUKTURA FUNDUSZU MEDYCZNEGO

Struktura Funduszu Medycznego



WYKRES 37.

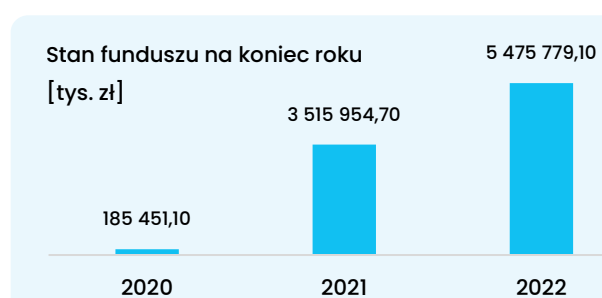
WYKONANIE PLANU FINANSOWEGO FUNDUSZU MEDYCZNEGO [77]



Brak realizacji zaplanowanych zadań spowodował, że stan zamrożonych środków finansowych na koniec 2022 roku był wysoki i wyniósł 5,5 miliarda zł. Ponadto nie wykorzystano na zadania ustawowe środków w wysokości 1 miliarda zł – na polecenie prezesa Rady Ministrów środki te przekazano do Funduszu Pomocy bez określenia ich przeznaczenia [77, 78].

WYKRES 38.

STAN FUNDUSZU MEDYCZNEGO NA KONIEC ROKU [77]



Wydatki na leki onkologiczne

Fundusz Medyczny

Z subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego finansowane są leki uwzględnione na corocznie publikowanej liście leków o wysokim poziomie innowacyjności, opublikowanej jednorazowo w roku 2021 liście leków o wysokiej wartości klinicznej obejmującej technologie zarejestrowane w latach 2017–2020 oraz te dostępne w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych.

Technologie o wysokim poziomie innowacyjności

Raz do roku Minister Zdrowia ogłasza listę leków o wysokim poziomie innowacyjności; w przypadku objętych nią technologii lekowych ich producenci mogą składać wnioski refundacyjne dla leków onkologicznych oraz chorób rzadkich bez pełnego raportu HTA, przedkładając jedynie analizę wpływu na budżet płatnika. Dla każdego leku objętego refundacją w ramach listy leków o wysokim poziomie innowacyjności (oraz listy leków o wysokiej wartości klinicznej) tworzony jest rejestr kliniczny (który umożliwia ocenę

skuteczności w oparciu o rzeczywiste dane kliniczne) oraz zawierana jest umowa podziału ryzyka oparta na wynikach klinicznych.

W ramach listy leków o wysokim poziomie innowacyjności Minister Zdrowia w okresie trzech lat umieścił 22 technologie medyczne, z czego 6 ma zastosowanie w onkologii. Na dzień 1 września 2023 dziesięć z tych technologii medycznych jest refundowanych w ramach środków z Funduszu Medycznego, z czego cztery leki są stosowane w wskazaniach onkologicznych. Wysokość maksymalnego budżetu na technologie lekowe stosowane w ramach list leków o wysokim poziomie innowacyjności i o wysokiej wartości klinicznej zdefiniowana została jako 5% wydatków NFZ na Całkowity Budżet Refundacyjny. Przekładało się to na ok. 900 mln zł w 2022 roku.

Ratunkowy dostęp do technologii lekowych

Ratunkowy dostęp do technologii lekowych (RDTL) pojawił się w 2017 roku jako indywidualna forma dostępu do nowych terapii, które nie są refundowane systemowo w danym wskazaniu, jeżeli jest to niezbędne do ratowania życia

lub zdrowia pacjenta, a zostały już wyczerpane wszystkie możliwe do zastosowania w tym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych. W roku 2020 ta forma finansowania leków została przesunięta do Funduszu Medycznego. Umożliwia ona finansowanie dowolnych leków, o ile nie są one finansowane ze środków publicznych lub też nie znajdują się na liście negatywnej publikowanej przez Ministerstwo Zdrowia. Warunkiem otrzymania terapii jest pozytywna opinia konsultanta krajowego lub wojewódzkiego w danej dziedzinie. Wysokość maksymalnego budżetu na technologie lekowe stosowane w ramach RDTL zdefiniowana została jako 4% wydatków NFZ na leki stosowane w programach lekowych oraz chemioterapii. Jeżeli finansowanie danego leku w ramach RDTL przekroczy 5% kwoty przeznaczonej na refundację w ramach tej procedury, to jego producent powinien złożyć wniosek o refundację w ramach systemu refundacyjnego. W roku 2022 pozytywnie zostały rozpatrzone 6242 wnioski ws. RDTL zaś NFZ przeznaczył na terapie w RDTL 180 mln zł. Najczęściej w ramach RDTL w 2022 roku finansowane były leki zawierające substancje czynne: ibrutinibum, nivolumabum, cabozantinibum, olaparibum, venetoclaxum. Wszystkie te leki stosowane są we wskazaniach onkologicznych [79]. Planowany koszt całkowitego budżetu na refundację w ramach RDTL w roku 2023 ma wynieść 214 mln zł [80]. Dotychczasowy poziom wykorzystania środków z Funduszu Medycznego na RDTL jest niski – w raporcie Najwyższej Izby Kontroli opublikowanym w lipcu 2023 roku wskazano, że stopień wykorzystania środków z Funduszu Medycznego przeznaczonych na RDTL w okresie 2020–2022 nie przekroczył 40% [81].

Refundacja apteczna

Kwota refundacji aptecznej leków onkologicznych od wielu lat utrzymuje się na względnie zbliżonym poziomie. Łączna kwota wydatków na leki przeciwnowotworowe, immunomodulujące i immunosupresyjne¹ to ok. 500–600 mln zł rocznie. Natomiast przy zawężeniu oceny wyłącznie do cytostatyków i leków stosowanych w ramach terapii hormonalnej w leczeniu niektórych nowotworów (grupy ATC L01 i L02), łączne wydatki NFZ szacować można na ok. 250–300 mln zł rocznie².

W łącznej wartości leków refundowanych dostępnych w aptekach od 1% do 7,5% w danym roku stanowiły wydatki pacjentów. Za niepokojący należy uznać fakt wzrostu zarówno kwot odpłatności jak i udziałów, jakie w całkowitej wartości leków refundowanych przypadają na dopłaty pacjentów w okresie 2008–2018/2019. W ostatnich latach (2019/20–2022) trend ten został co najmniej zatrzymany.

Chemioterapia

Wartość refundacji leków z katalogu chemioterapii osiągnęła swoje maksimum – blisko 700 mln zł – w roku 2018. W latach 2021–2022 wartość refundacji w tej grupie leków wynosiła ok. 500 mln zł rocznie. Różnica w kwotach refundacji nie wiązała się przy tym ze spadkiem liczby leczonych pacjentów, która w okresie 2017–2021 utrzymywała się na zbliżonym poziomie ok. 130–135 tysięcy osób w latach 2017–2021, natomiast w roku 2022 przekroczyła poziom 150 tys. pacjentów.

TABELA 16.

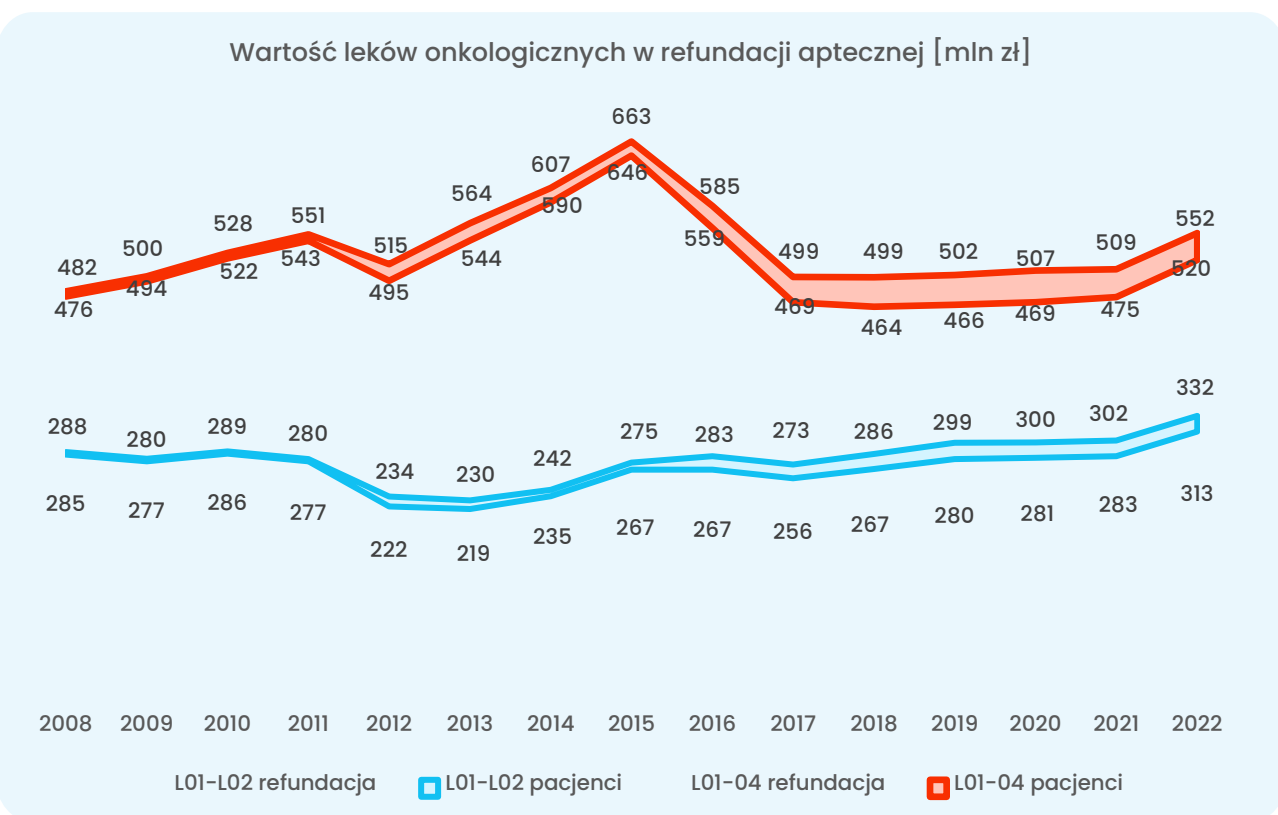
LEKI O WYSOKIM POZIOMIE INNOWACYJNOŚCI – LICZBA LEKÓW OCENIONYCH PRZEZ AOTMIT ORAZ ZREFUNDOWANYCH W RAMACH FUNDUSZU MEDYCZNEGO – 2021–2023

	2021	2022	2023
Technologie oceniane przez AOTMIT	19	27	33
Liczba technologii na wykazie AOTMIT	11	21	8
Liczba technologii na Liście leków o wysokim poziomie innowacyjności (w tym technologie onkologiczne)	5 (0)	11 (4)	6 (2)
Liczba złożonych wniosków refundacyjnych w ramach Funduszu Medycznego	5	7	0
Refundacja (w tym technologie onkologiczne)	5	5 (4)	0

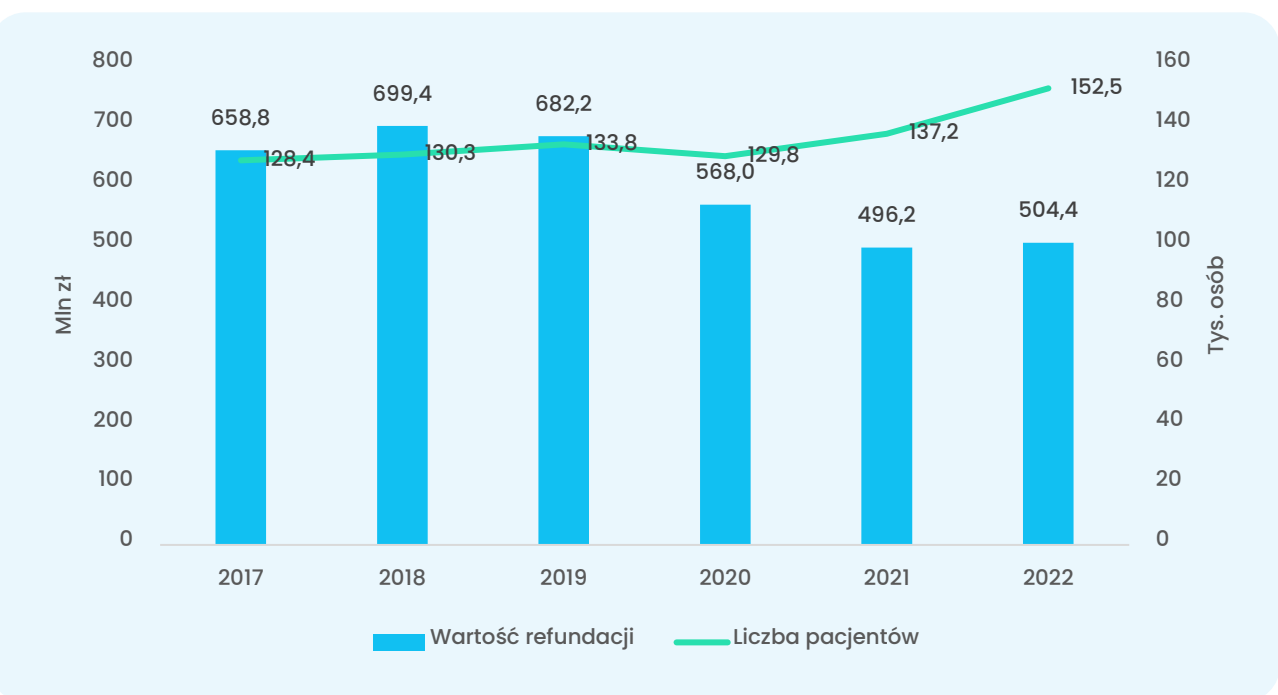
¹ Grupy ATC L01–L04 lub alternatywnie grupy limitowe 134.0, 132.0, 140.0, 236.0, 233.0, 137.1, 138.2, 117.1, 237.0, 135.2, 133.0, 131.0, 129.0, 126.0, 136.0, 127.2, 128.0, 235.0, 230.0, 120.2, 120.1, 135.1, 139.0, 130.0, 234.0

² W niniejszym opracowaniu dla celów porównawczych zdecydowano się pokazać oba warianty obliczeń, ponieważ każdy z nich był stosowany w dostępnych źródłach (zestawienie opracowane przez Ministerstwo Zdrowia [82] – dane dla grup ATC L01–L04 i poprzedni raport fundacji Alivia – dane dla grup L01–L02 [83]).

WYKRES 39.
WARTOŚĆ LEKÓW ONKOLOGICZNYCH W REFUNDACJI APTECZNEJ [MLN ZŁ]



WYKRES 40.
WARTOŚĆ REFUNDACJI LEKÓW Z KATALOGU CHEMIOTERAPII I LICZBA PACJENTÓW OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ [84, 85]



Programy lekowe

Wartość refundacji leków dostępnych w onkologicznych programach lekowych wzrastała w ostatnich latach bardzo dynamicznie – z poziomu 1,3 mld zł w roku 2016 do poziomu 3,7 mld zł w roku 2022, co oznacza blisko trzykrotny wzrost w tym okresie. Taką samą dynamiką charakteryzowała się liczba pacjentów leczonych w onkologicznych programach lekowych, którą szacować można na blisko 66 tysięcy w roku 2016 i blisko 190 tysięcy w roku 2022³.

Podsumowanie wydatków na raka piersi, raka płuca, raka jelita grubego i inne

Hospitalizacja – Jednorodne Grupy Pacjentów

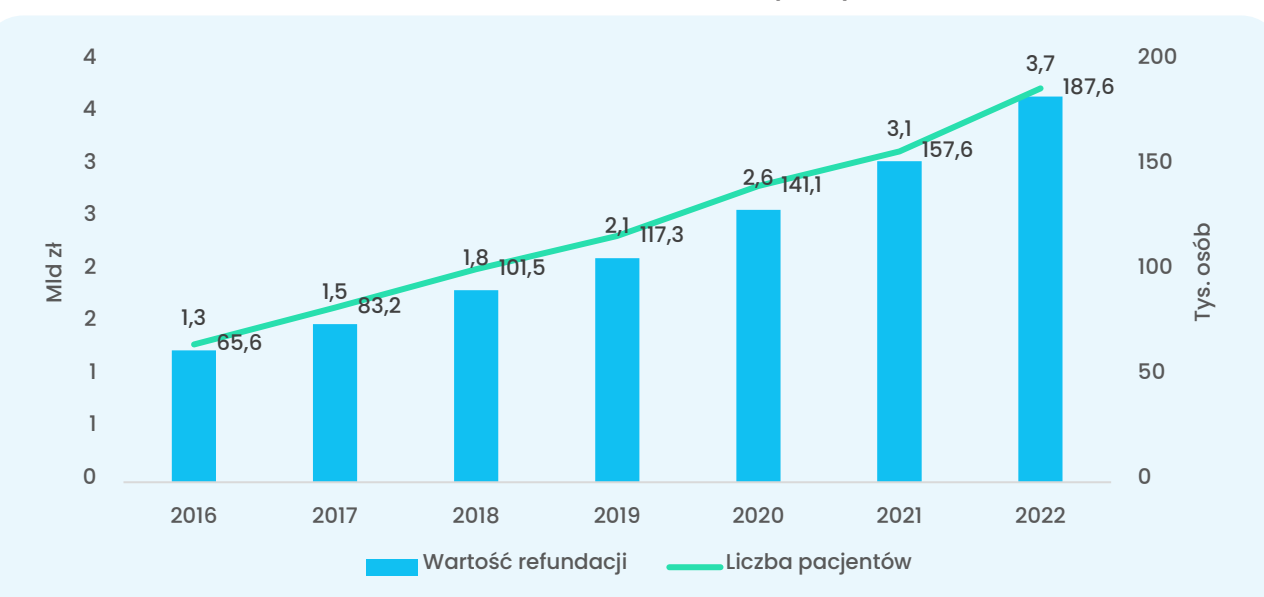
W ramach niniejszego opracowania oszacowano wydatki ponoszone na hospitalizację

w ramach standardowych grup JGP (niezwiązane z leczeniem w ramach programu lekowego lub z chemioterapią) – na podstawie publikowanych danych o liczbie hospitalizacji w konkretnych wskazaniach [87].

Łączne oszacowane wydatki na leczenie 6 wybranych nowotworów wzrosły z poziomu 750 milionów złotych w 2009 roku do poziomu blisko 1,3 miliarda zł w 2019 roku. Ich struktura była zbliżona w całym okresie – największe koszty związane były z finansowaniem pacjentów z nowotworem jelita grubego (460 milionów zł w 2019 roku) i z nowotworem płuca (470 milionów zł w 2019 roku). Podobna była też dynamika wzrostu dla każdego z analizowanych nowotworów.

To, co w opracowanym zestawieniu najbardziej zwraca uwagę, to bardzo wyraźny spadek kosztów dla każdego z nowotworów w roku 2020. Wynik ten świadczy niestety o ograniczonym dostępie do – absolutnie kluczowych,

WYKRES 41.
WARTOŚĆ REFUNDACJI LEKÓW Z PROGRAMÓW LEKOWYCH I LICZBA PACJENTÓW [85, 86]



Wartość refundacji w okresie 2016-2021 na podstawie danych z Map Potrzeb Zdrowotnych (kwota rozliczona) [86], wartość refundacji w roku 2022 – dane z serwisu Ikar Pro [85] (na podstawie komunikatów Departamentu Gospodarki Lekami u Uchwał Rady NFZ).

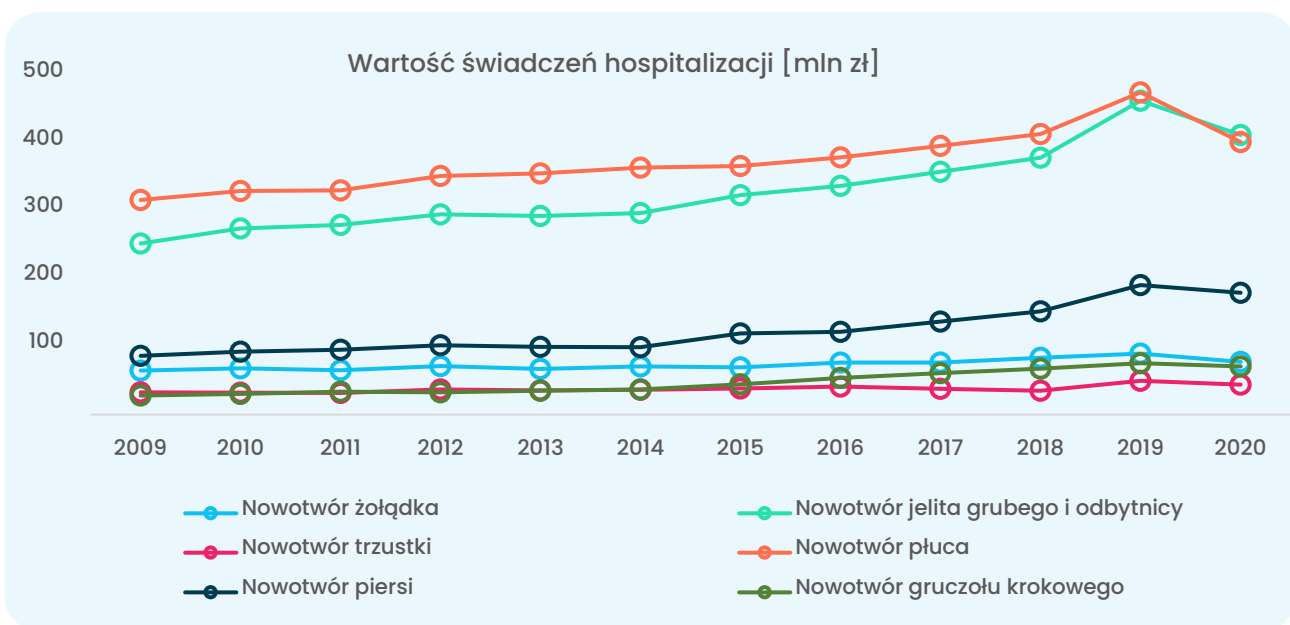
³ Należy mieć na uwadze, że ocena łącznej liczby pacjentów w programach lekowych ma charakter uproszczony, ponieważ w przypadku włączenia jednego pacjenta do kilku programów lub zastosowania u niego różnych substancji lekowych jest on uwzględniany w tych obliczeniach wielokrotnie.

bo związanych najczęściej z chirurgicznym leczeniem nowotworów – świadczeń onkologicznych w pierwszym roku pandemii wirusa SARS-COV-2⁴.

W zbiorczej analizie zestawiono łączne koszty leczenia nowotworów uwzględniające zarówno rozpoznania nowotworu złośliwego, jak również nowotworów niezłośliwych i o nieokreślonym charakterze, które można lokalizacyjnie powiązać z każdym z opisywanych guzów litych. Koszty odpowiadające hospitalizacjom z taką diagnozą – niewskazującą jednoznacznie na wystąpienie nowotworu złośliwego – stanowią od mniej niż 0,5% (nowotwór trzustki) do blisko 25% (nowotwór płuca).

WYKRES 42.

WARTOŚĆ HOSPITALIZACJI W GRUPACH JGP DLA WYBRANYCH NOWOTWORÓW – OSZACOWANIA WŁASNE



Ze względu na zmianę wyceny punktowej hospitalizacji w trakcie roku 2017 i związanym z nią brakiem spójności danych dla tego okresu, w analizie przyjęto, że wartości dla tego roku odpowiadają średniej z lat 2016 i 2018. W przypadku raka żołądka w trakcie roku 2016 nastąpiła duża zmiana w zakresie głównych grup JGP (podział ogólnych grup F11, F16 i F43 na każdorazowo dwie grupy wiekowe) co również implikowało niespójne wyniki dla tego roku, w związku z tym na potrzeby analizy przyjęto, że dla tego nowotworu wyniki dla lat 2016-2017 odpowiadają średniej z lat 2015 i 2018.

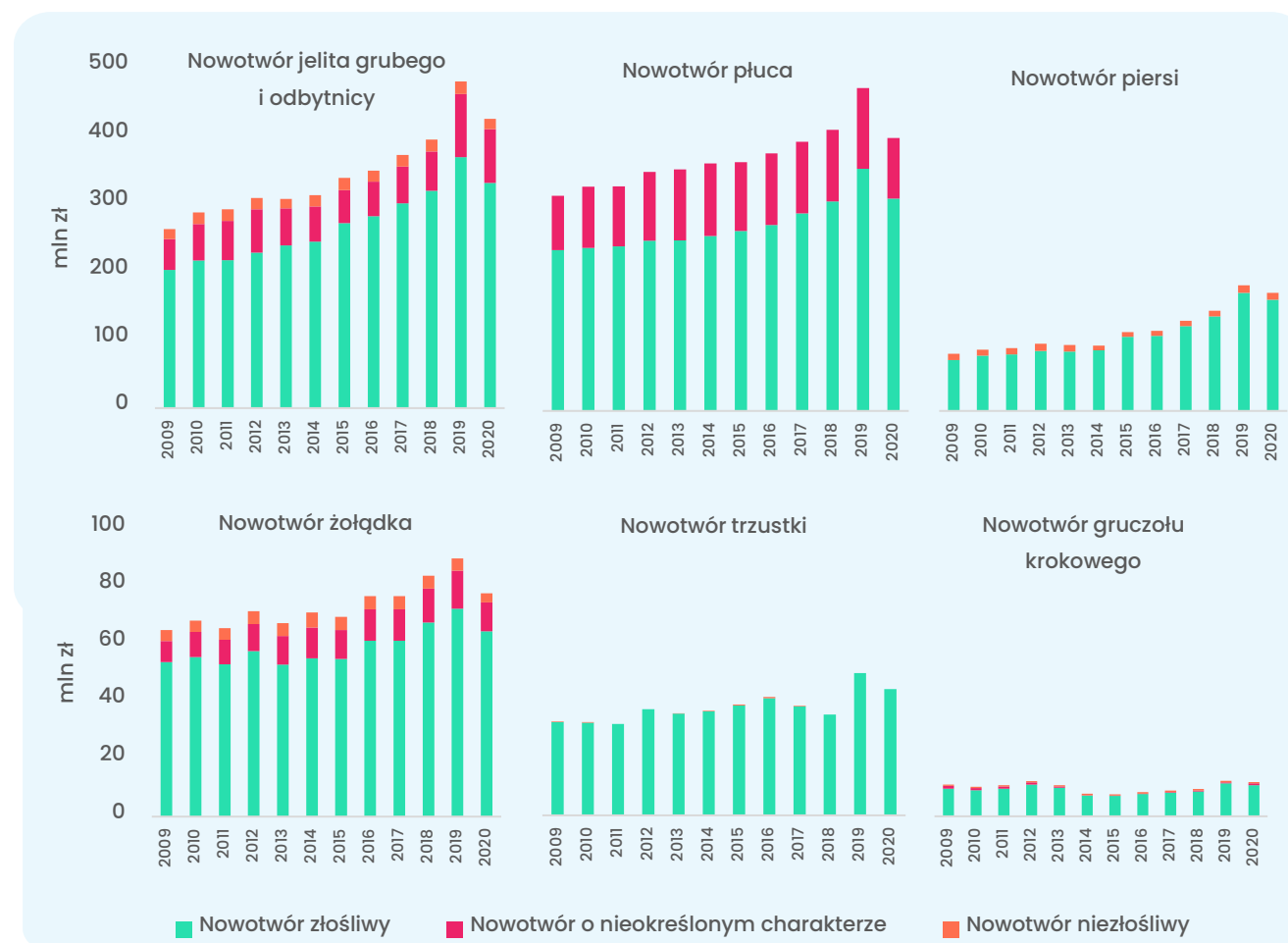
⁴ Precyzyjne dane na temat wyceny konkretnych typów hospitalizacji nie są dostępne w domenie publicznej, dlatego w obliczeniach konieczne było przyjęcie pewnych upraszczających założeń. Wycenę każdej z uwzględnionych grup JGP ustalono na poziomie średniej wartości hospitalizacji w danej grupie (niezależnie od rozpoznania pacjenta, a więc również z rozpoznaniem innymi niż uwzględniane grupy nowotworów), dodatkowo w przypadku grup JGP, w których w wybranych rocznikach nie raportowano danych o liczbie hospitalizacji z określonymi kodami ICD-10 opisującymi analizowane nowotwory, szacowano liczbę takich hospitalizacji na podstawie danych z innych lat kalendarzowych i ogólnej liczby pacjentów leczonych w ramach danej grupy JGP). Należy zwrócić uwagę, że dostępne statystyki dla poszczególnych grup JGP – o ile w ogóle obejmują dane medyczne o kodach ICD-10 – ograniczają się do wskazań, którym przypisano co najmniej 1% hospitalizacji i tylko w części grup limitowych potencjalnie odpowiednich do rozliczenia świadczeń dla pacjentów z analizowanymi nowotworami możliwe było przeprowadzenie oszacowań uwzględniających również wystąpienia rzadsze niż 1% (w przypadku grup JGP, dla których takie rozpoznania wielokrotnie występowały w innych latach kalendarzowych). W związku z wskazanymi ograniczeniami należy uzyskane wartości traktować jako przybliżone.

Programy lekowe

Łączne wydatki na leczenie w tych programach wzrosły w tym czasie ponad 3,5-krotnie z 583 mln zł w 2016 do 2 088 mln zł w 2022 roku. W omawianym okresie zmieniła się też znacząco struktura wydatków na wyróżnione nowotwory: w latach 2016-2017 ponad 60% wydatków związanych z tymi programami lekowymi przypadło na program leczenia raka piersi, natomiast w roku 2022 wydatki związane z programami leczenia raka piersi i raka płuca niemal się zrównały. Każde z tych wskaźników odpowiadało za 36-37% łącznych wydatków na wybrane 8 programów lekowych. Szczególną uwagę zwraca fakt, że w analizowanym okresie wydatki na leczenie raka płuca wzrosły ponad 17-krotnie.

WYKRES 43.

WARTOŚĆ HOSPITALIZACJI W GRUPACH JGP DLA WYBRANYCH NOWOTWORÓW Z WYRÓŻNIENIEM STOPNIA ZŁOŚLIWOŚCI NOWOTWORU – OSZACOWANIA WŁASNE



Ze względu na zmianę wyceny punktowej hospitalizacji w trakcie roku 2017 i związanym z nią brakiem spójności danych dla tego okresu, w analizie przyjęto, że wartości dla tego roku odpowiadają średniej z lat 2016 i 2018. W przypadku raka żołądka w trakcie roku 2016 nastąpiła duża zmiana w zakresie głównych grup JGP (podział ogólnych grup F11, F16 i F43 na każdorazowo dwie grupy wiekowe) co również implikowało niespójne wyniki dla tego roku, w związku z tym na potrzeby analizy przyjęto, że dla tego nowotworu wyniki dla lat 2016-2017 odpowiadają średniej z lat 2015 i 2018.

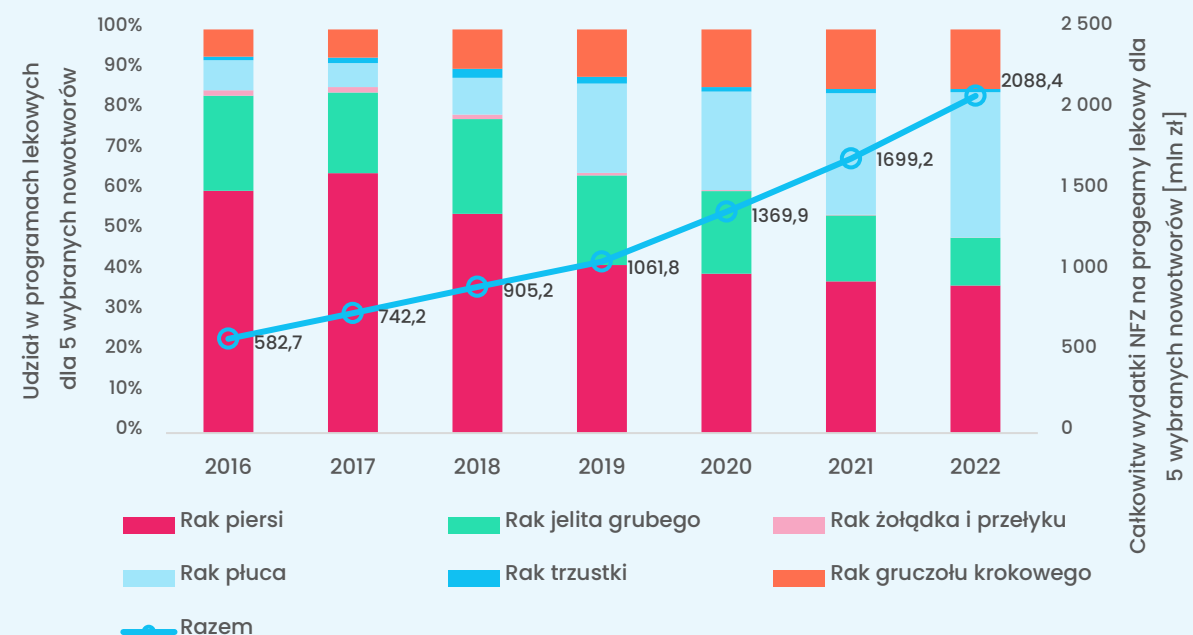


W latach 2016-2022 NFZ realizował 8 programów lekowych dla pacjentów z analizowanymi nowotworami:

- Leczenie chorych na raka piersi
- Leczenie chorych na zaawansowanego raka jelita grubego
- Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku i żołądka
- Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej
- Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca z zastosowaniem afatynibu i nintedanibu
- Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki
- Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki
- Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego.

WYKRES 44.

WARTOŚĆ REFUNDACJI I LICZBA PACJENTÓW W PROGRAMACH LEKOWYCH DLA WYBRANYCH 6 NOWOTWORÓW



Spośród analizowanych programów lekowych najmniej kosztowne były programy dla pacjentów z rakiem żołądka i przełyku oraz z rakiem trzustki – ich łączny koszt w okresie 2016–2022 wyniósł średnio ok. 20 mln zł (tj. łącznie średnio ok. 2% wydatków na wszystkie wyróżnione programy). Liczba chorych z tymi dwoma wskazaniami była wyraźnie niższa niż w pozostałych czterech wskazaniach.

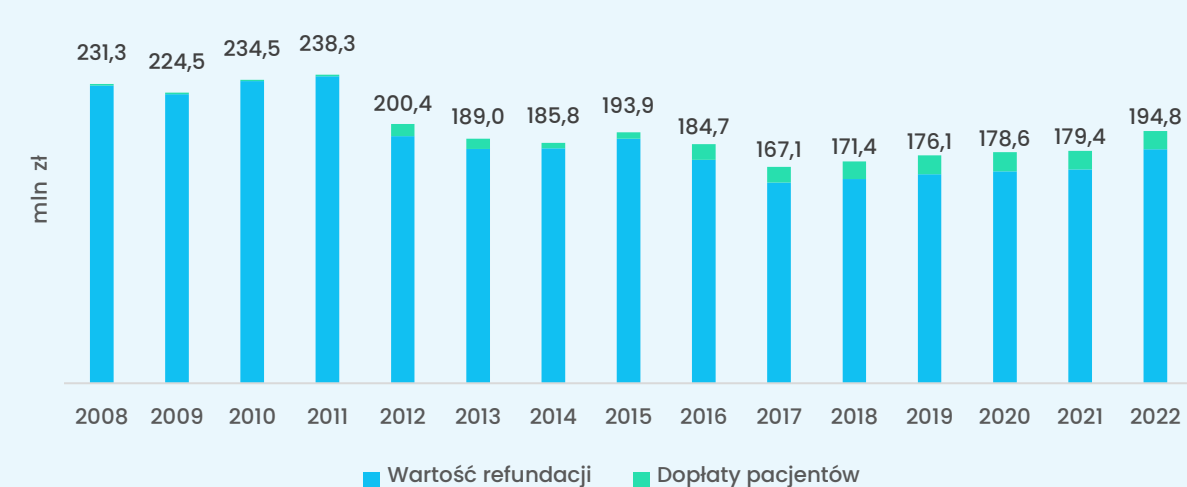
Refundacja apteczna

Większość preparatów dostępnych w refundacji aptecznej może być stosowana w wielu różnych wskazaniach nowotworowych (np. grupa 117.1 w której umieszczono cyklofosfamid) lub też konkretnie we wskazaniach innych niż wyróżniona w opracowaniu grupa 6 nowotworów litych (np. grupa 230.0, w której umieszczono stosowaną u pacjentów z białaczką merkaptopurynę).

Jednak w przypadku wybranych leków hormonalnych głównym lub jedynym wskazaniem do stosowania jest terapia u pacjentów z rakiem piersi lub rakiem gruczołu krokowego (grupy limitowe dla leków przeciwnowotworowych i immunomodulujących: 127.2 – progesterony – medroksyprogesteron do podawania pozajelitowego; 129.0 – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę, 130.0 – antyestrogeny – tamoksifen, 131.0 – antyandrogeny o budowie niesteroidowej i 132.0 – Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące – inhibitory enzymów – doustne inhibitory aromatazy, 237.0 – antagoniści hormonów i leki zbliżone – degareliks). Wartość refundowanych leków w wymienionych powyżej grupach limitowych wynosiła ok. 230–240 mln zł rocznie w latach 2008–2011, natomiast od roku 2012 do roku 2022 mieściła się w zakresie 165–200 mln zł rocznie.

WYKRES 45.

LEKI HORMONALNE STOSOWANE W RAKU PIERSI – WARTOŚĆ LEKÓW W REFUNDACJI APTECZNEJ



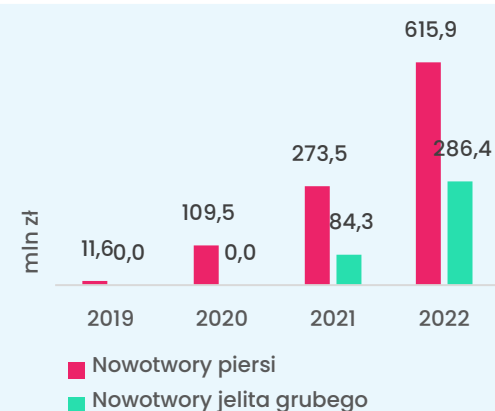
Świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej

W roku 2018 wprowadzono możliwość rozliczania terapii pacjentów z nowotworem piersi w ramach świadczeń kompleksowej opieki onkologicznej (KONS-piers), natomiast w roku 2021 – możliwość rozliczania analogicznych świadczeń została po raz pierwszy udostępniona podmiotom zajmującym się leczeniem pacjentów z rakiem jelita grubego (KONS-JG).

W roku 2022 łączna wartość świadczeń kompleksowej opieki onkologicznej dla obu obszarów wyniosła ponad 900 mln zł.

WYKRES 46.

WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWEJ OPIEKI ONKOLOGICZNEJ



Koszty pośrednie

Koszty pośrednie w ramach niniejszego opracowania wyznaczono metodą kapitału ludzkiego. W tej metodzie oceniana jest potencjalna (maksymalna), nie realna strata produktywności. Ma to znaczenie szczególnie w ocenie kosztów związanych z przedwczesnymi zgonami – metoda kapitału ludzkiego pozwala zobrazować, jaką mierzalną ekonomiczną stratę niesie za sobą śmierć osoby, która mogłaby jeszcze pracować.

Uwzględnioną w analizie miarą produktywności był PKB na osobę pracującą, skorygowany dodatkowo o współczynnik krańcowej produktywności, zgodnie z metodyką w opublikowanych raportach dotyczących kosztów pośrednich [88, 89].

W analizie uwzględniono koszty utraconej produktywności wynikające z absencji chorobowych oraz z przedwczesnych zgonów. Nie uwzględniono kosztów pośrednich utraconej produktywności pacjentów, którym przyznano rentę – tak, by nie uwzględniać wielokrotnie tych samych chorych (zgon po przejściu na rentę).

Absencje chorobowe

W latach 2015–2022 Zakład Ubezpieczeń Społecznych raportował rocznie średnio ok. 8,5 mln dni absencji chorobowej z powodu nowotworów (kody ICD-10 C00–D48) – co odpowiadało średnio 3,5% wszystkich absencji chorobowych w tym okresie [90]. Absencje te przekładają się na wymierne obciążenie społeczne wyrażone w kosztach pośrednich utraconej produktywności – od 2,6 mld złotych w 2015 roku do 4,6 mld zł w 2022 roku.

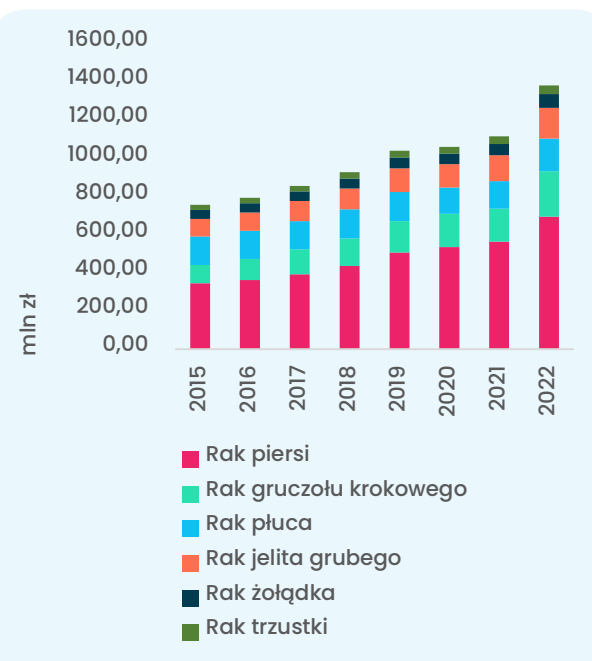
WYKRES 47.
KOSZTY UTRACONEJ PRODUKTYWNOŚCI – ABSENCJE CHOROBY – KODY ICD-10 C00–D48



Wśród uwzględnionych w analizie 6 nowotworów litych wyróżnia się rak piersi. W przypadku tego nowotworu koszty pośrednie wynikające z absencji chorobowych można szacować na 650 mln zł w 2022 roku. Wynik ten jest bliski łącznym kosztom pośrednim dla pozostałych uwzględnionych w analizie szczegółowej rozpoznaw. Taki rezultat jest najprawdopodobniej wypadkową wysokiej zapadalności, relatywnie młodego wieku, w jakim stawiane jest rozpoznanie raka piersi, oraz relatywnie dobrego rokowania pacjentów, których leczenie rzadziej wymaga trwałego zakończenia aktywności zawodowej.

⁵ W analizie uwzględniono dane o liczbie zgonów z powodu nowotworów w roku 2019, ponieważ najnowsze dostępne dane, tj. dane za rok 2020 odstają od wieloletnich trendów śmiertelności w związku z zaburzeniami w liczbie rejestrowanych przypadków zachorowań i zgonów z powodu nowotworów wynikających z epidemii wirusa SARS-COV2. [91] W analizie posłużono się danymi o zgonach w zagregowanych 5-letnich grupach wiekowych, przyjmując, że zgon nastąpił w wieku stanowiącym środek danego przedziału. Utracona produktywność osoby, która zmarła w wieku n lat wyznaczona została jako suma produktywności we wszystkich latach następujących po wieku n , z uwzględnieniem odsetka osób, które pracują w kolejnych kohortach rocznikowych oraz odsetka osób, które – gdyby nie zmarły w wieku n , żyłyby w poszczególnych kolejnych latach (aż do osiągnięcia wieku emerytalnego). Zarówno zgon z powodu nowotworu w poszczególnych grupach wiekowych, jak i wskaźniki zatrudnienia oraz prawdopodobieństwa przeżycia, określone były oddzielnie dla kobiet i mężczyzn (zgony w oparciu o dane KRN, wskaźniki zatrudnienia na podstawie Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, natomiast prawdopodobieństwa przeżycia w oparciu o tablice przeżycia dla roku 2022). Uwzględniono ponadto wzrost wskaźnika PKB w kolejnych latach. Opierając się na wynikach z ostatnich 20 lat, tj. 2003–2022 przyjęto upraszczająco, że wzrost PKB wyniesie 3% rocznie. Uwzględniono także dyskontowanie przyszłej produktywności na poziomie 5%, tj. zgodnie ze standardowymi założeniami dotyczącymi dyskontowania danych kosztowych w analizach ekonomicznych przyjmowanymi w Polsce. W analizie uwzględniono produktywność osób w wieku 15–64 lata – zarówno w populacji kobiet, jak i mężczyzn.

WYKRES 48.
KOSZTY UTRACONEJ PRODUKTYWNOŚCI – ABSENCJE CHOROBY – WYBRANE NOWOTWORY LITE

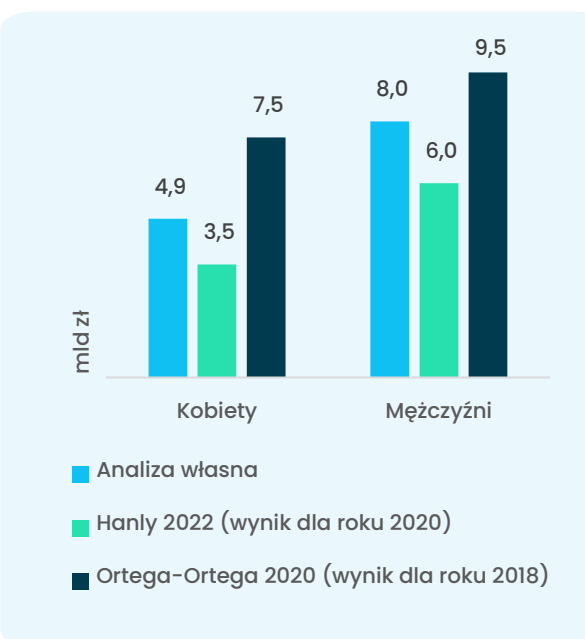


Przedwczesne zgony

łącznie oszacowana wysokość kosztów utraconej przyszłej produktywności przypisana do zgonów z powodu nowotworów w jednym roku kalendarzowym wyniosła blisko 13 mld zł. Dla porównania w dwóch innych opracowaniach opisujących koszty utraconej produktywności w związku z przedwczesnymi zgonami z powodu nowotworów (przy alternatywnych do opisanych powyżej założeniach np. dotyczących wyboru miary produktywności) uzyskano oszacowania na poziomie 9 mld zł (oszacowania dla roku 2020) oraz 17,0 mln zł (oszacowania dla roku 2018)⁵. Oszacowanie kosztów utraconej produktywności osób przedwcześnie zmarłych z powodu nowotworów przeprowadzone zostało z wykorzystaniem danych KRN i GUS.

Największe koszty pośrednie związane z przedwczesnymi zgonami – ponad 2,3 mld zł – są konsekwencją raka płuca i oskrzela. Udział utraconej produktywności przypisanej poszczególnym wybranym nowotworom jest niższy niż udział tych nowotworów w ogólnej śmiertelności (p. rak płuca: 18% vs 23%), co wskazuje, że w przypadku tych nowotworów (częściej niż

WYKRES 49.
KOSZTY UTRACONEJ PRODUKTYWNOŚCI – ABSENCJE CHOROBY – WYBRANE NOWOTWORY LITE



w przypadku innych rozpoznaw) zgon następuje w wieku poprodukcyjnym. Wyjątek stanowi nowotwór piersi – koszty pośrednie utraconej produktywności związanej z przedwczesnym zgonem dla tego nowotworu stanowią 9% łącznych kosztów pośrednich z tej kategorii, podczas gdy nowotwór ten odpowiada za 7% zgonów ogółem.

WYKRES 50.
KOSZTY UTRACONEJ PRODUKTYWNOŚCI – PRZEDWCZESNE ZGONY Z POWODU CHOROBY NOWOTWOROWEJ – WYBRANE NOWOTWORY LITE

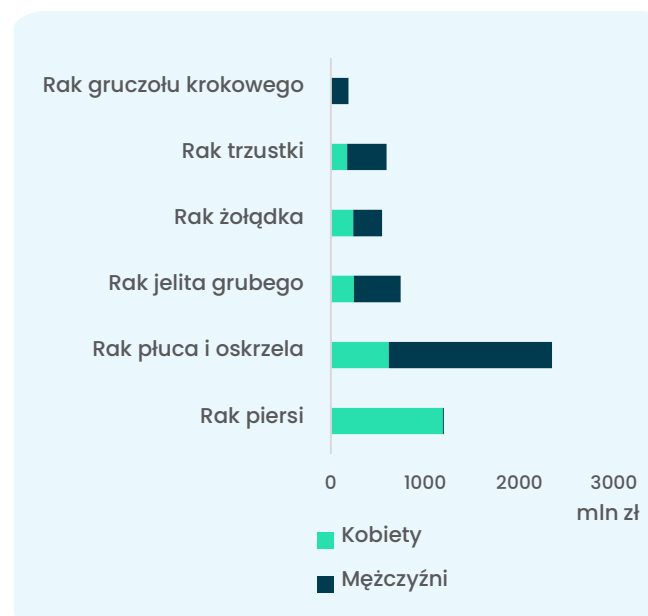


TABELA 17.
KOSZTY POŚREDNIE UTRACONEJ PRODUKTYWNOŚCI – PRZEDWCZESNE ZGONY – DANE I ZAŁOŻENIA

	Wartość	Źródło
PKB na osobę pracującą - 2022	164 405,71 zł	Rachunki Narodowe [92, 93] Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (I–IV kwartał 2022) [94]
Współczynnik korygujący – krańcowa produktywność	0,65	Raporty tematyczne [88, 89]
Zgony z powodu nowotworów	Dane za rok 2019 ¹	Krajowy Rejestr Nowotworów [91]
Oczekiwana długość życia	Tablice trwania życia dla roku 2019 ¹	Tablice trwania życia [95]
Odsetek osób pracujących	Dane za rok 2022, z podziałem na grupy wiekowe i płeć	Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (I–IV kwartał 2022) [94] Liczba ludności [96]
Parametry uzupełniające	Prognozowany wzrost PKB: 3% rocznie Stopa dyskontowa: 5% rocznie	Dynamika PKB – dane GUS [92] Dyskontowanie: [97]

07

Rola pacjentów i ich organizacji w procesie kształtowania opieki medycznej i refundacji leków

Podsumowanie

Współczesne systemy ochrony zdrowia wspierają zaangażowanie pacjentów i ich organizacji na wszystkich poziomach: począwszy od udziału indywidualnego pacjenta w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, po kształtowanie polityki zdrowotnej na poziomie krajowym i międzynarodowym przez stowarzyszenia pacjentów. Wynika to z przesłanek etycznych i docenienia praw pacjenta. Zarazem aktywny udział pacjentów pozwala osiągnąć lepsze wyniki zdrowotne dzięki rozwiązaniom, które uwzględniają perspektywę chorych.

Jak wynika z badania opracowanego w ramach raportu Pacjenci Pro, w Polsce organizacje pacjentów jedynie sporadycznie angażują się w procesy ustanawiania polityki zdrowotnej na poziomie centralnym, w tym refundacyjno-cenowe czy kształtowanie koszyka świadczeń gwarantowanych. Powołanie Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, a następnie analogicznego organu przy Ministrze Zdrowia, należy uznać za krok w kierunku silniejszego, formalnego usytuowania organizacji pacjentów w systemie.

Współczesne systemy ochrony zdrowia w państwach demokratycznych charakteryzuje rosnące zaangażowanie pacjentów i ich organizacji. Ma ono miejsce na wszystkich poziomach: począwszy od udziału indywidualnego pacjenta w podejmowaniu konkretnych, dotyczących go decyzji terapeutycznych, po kształtowanie polityki zdrowotnej na poziomie krajowym i międzynarodowym przez stowarzyszenia pacjentów. Za zaangażowaniem pacjentów w kształtowanie opieki zdrowotnej przemawiają ważne przesłanki etyczne; zakłada się również, że aktywny udział pacjentów pozwala osiągnąć rezultaty, które w większym stopniu uwzględniają ich perspektywę, obawy i dylematy [98].

Najważniejszymi koncepcjami, które kształtują współcześnie współudział pacjentów zarówno w samych procesach opieki, jak i polityce zdrowotnej, są: pacjentocentryzm, wspólne podejmowanie decyzji (SDM, z j. ang. Shared Decision Making) oraz upodmiotowienie pacjentów (z j. ang. *patient empowerment*) [99, 100].

Koncepcje te nie są identyczne, choć mają wiele części wspólnych. Najważniejsze wymiary każdej z nich można podsumować w następujący sposób:

1. Pacjentocentryzm:

- › Indywidualizacja opieki
- › Koncentracja przebiegu leczenia na osobie pacjenta
- › Sojusz terapeutyczny
- › Relacje oparte na empatii i wzajemnym zaufaniu

2. Wspólne podejmowanie decyzji

- › Aktywne zaangażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczących leczenia
- › Właściwa komunikacja pacjent- lekarz oraz pacjent-placówka medyczna
- › Wykorzystanie wiedzy płynącej z doświadczenia pacjenta i doświadczenia klinicznego

3. Upodmiotowienie pacjentów

- › Umiejętności związane z samoopieką
- › Edukacja pacjenta
- › Wsparcie pacjenta w przyjmowaniu

odpowiedzialności za swoje zdrowie i leczenie

- › Wykorzystanie wiedzy płynącej z doświadczenia pacjenta i doświadczenia klinicznego [ibid].

Niniejszy rozdział koncentruje się na udziale pacjentów i ich organizacji w kształtowaniu polityki zdrowotnej, a więc na ich zaangażowaniu na poziomie centralnym. Warto jednak podkreślić, że ostatecznie celem tego zaangażowania jest poprawa sytuacji indywidualnego pacjenta poprzez wzmocnienie jego sprawczości i poszerzenia wachlarza dostępnych mu racjonalnych, opartych na aktualnej wiedzy medycznej, opcji działania, które pozwalają mu uzyskać możliwie dobry efekt terapeutyczny, zarazem realizując inne, ważne cele życiowe.

Zaangażowanie pacjentów i ich organizacji na poziomie centralnym może mieć bardzo szeroki zakres, zwykle jednak dotyczy następujących procesów:

1. Ustalania priorytetów zdrowotnych
2. Konsultacji reform systemowych
3. Włączania nowych technologii medycznych:
 - › procesy refundacyjno-cenowe dla nowych technologii lekových,
 - › tworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych.
4. Ustalania kierunków badań naukowych, rozwoju nowych technologii medycznych i prowadzenia badań klinicznych [101].

Zaangażowanie pacjentów nie powinno mieć jedynie formalnego charakteru, np. odbywać się jedynie poprzez bierną obecność ich przedstawiciela w określonych ciałach. Patrząc z perspektywy doświadczeń międzynarodowych, często „dopuszczenie” pacjentów w charakterze obserwatorów w różnych gremiach stanowiło pierwszy krok na drodze do ich głębszego zaangażowania w procesy decyzyjne. To głębsze

zaangażowanie wymaga jednak od organizacji pacjentów odpowiedniego przygotowania, szczególnie w przypadku procesów na poziomie centralnym, wymagających dużej wiedzy technicznej z wielu złożonych dziedzin, m.in. prawa, medycyny czy oceny technologii medycznych. Strona publiczna zainteresowana wykorzystaniem potencjału doświadczenia pacjentów i ich organizacji w kształtowaniu polityki zdrowotnej powinna aktywnie stwarzać warunki, które pozwolą wydobyć na światło dzienne i zrozumieć perspektywę pacjenta, a następnie zapewnić wykorzystanie nabytej wiedzy w systemie ochrony zdrowia.

W tym celu strona publiczna poprzez odpowiednie ramy prawne i organizacyjne powinna:

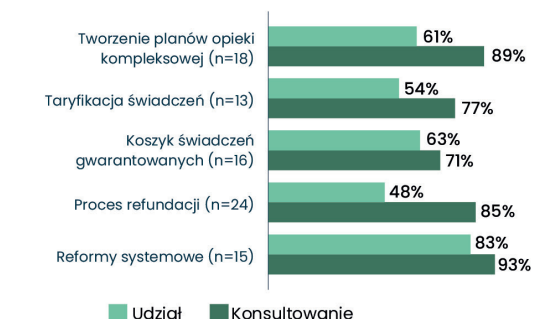
- › budować kompetencje przedstawicieli pacjentów poprzez kierowane do nich programy edukacyjne i szkolenia;
- › zadbać o prosty język aktów prawnych, aby nie stanowił on sam w sobie przeszkody w partycypacji pacjentów w różnych procesach w systemie ochrony zdrowia;
- › korzystać z różnych form zaangażowania pacjentów w politykę zdrowotną, dopasowując ich charakter do zakładanych celów;
- › opracowywać, testować, walidować i wdrażać narzędzia wspomagające zaangażowanie pacjentów, poczynając od poziomu indywidualnej opieki, po kształtowanie polityki zdrowotnej;
- › wspierać organizacje pacjentów w zachowaniu autonomii oraz ścisłego związku z reprezentowanymi przez nie grupami chorych;
- › włączać ewaluację satysfakcji pacjentów oraz badania doświadczenia pacjentów w rutynowe działanie placówek medycznych.

Obszar onkologii nie stanowi tu wyjątku. Na poziomie indywidualnym szerokie zastosowanie zdobywają modele wspólnego podejmowania decyzji terapeutycznych (SDM – z j. ang. *shared decision making*) w opiece nad pacjentami

RYSUNEK 14.
ZAANGAŻOWANIE PACJENTÓW W KSZTAŁTOWANIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

Zaangażowanie pacjentów w kształtowanie polityki zdrowotnej

W ramach przeprowadzonej ankiety wśród 40 organizacji pacjentów w Polsce w 2020 r. wskazano, że są one najczęściej zaangażowane w konsultowanie reform systemowych/tworzenie rozwiązań kompleksowych czy w refundację.



Zaangażowanie pacjentów w proces tworzenia świadczeń gwarantowanych (poziom makro)

Na świecie wyróżnia się wiele etapów, na których można zaangażować pacjentów w proces tworzenia świadczeń gwarantowanych – tj. wybór tematów, określenie zakresu oceny (*scoping*), ocena technologii (raport HTA), ocena wartościująca, uczestnictwo w procesie podejmowania decyzji czy proces odwoławczy.

Obecnie pacjenci w Polsce współpracują głównie nad wypracowaniem propozycji koncepcji świadczeń głównie z AOTMiT czy NFZ, w najmniejszym zaś stopniu z MZ, pomimo że proces ten ostatecznie jest zamykany w ramach tej instytucji.

Zaangażowanie pacjentów w proces refundacyjno-cenowy leków (poziom makro)

Procesy refundacyjno-cenowe są jednymi z najstarszych i najlepiej ugruntowanych na poziomie prawa zarówno krajowego, jak i europejskiego. Zaangażowanie pacjentów w proces refundacyjny możliwe jest na wielu jego etapach np. przy wyborze technologii do oceny (*priority setting*), określeniu zakresu oceny (*scoping*), oceny technologii przez agencje HTA czy też oceny wartościującej. Możliwe jest również uczestnictwo organizacji pacjentów w procesie podejmowania decyzji jak i na etapie procesu odwoławczego.

W Polsce organizacje pacjentów są głównie zaangażowane w ramach konsultacji (wewnętrznych, rzadziej społecznych) czy spotkań i dyskusji z AOTMiT i MZ w zakresie problemów określonych grup pacjentów w poszczególnych procesach refundacyjno-cenowych.

z chorobą nowotworową. Metoda ta opiera się na współpracy zespołu specjalistów i pacjenta, której celem jest poszukiwanie rozsądnych rozwiązań trudnych problemów klinicznych i współtworzenie planu opieki, który uwzględni zarówno wiedzę medyczną, praktykę kliniczną, jak i stan emocjonalny pacjenta [102]. SDM powinno owocować planem opieki, który w maksymalnym stopniu odpowiada biologii i biografii każdego pacjenta, w maksymalnym stopniu wspiera jego cele i priorytety oraz w minimalnym stopniu zakłóca jego życie i relacje z bliskimi, co jest szczególnie ważne na każdym etapie leczenia nowotworów [ibid].

Globalnym trendem jest transformacja procesów oceny technologii medycznych (HTA) i ich refundacji w kierunku większego zaangażowania pacjentów. W ścisłym powiązaniu z innymi ważnymi założeniami współczesnej medycyny,

w tym szerokim stosowaniu paradygmatu medycyny opartej na dowodach (EBM), HTA rozwija się dziś dzięki krytycznej analizie, w której zaangażowane są wszystkie zainteresowane procesem strony [103]. HTA stanowi jeden z najlepiej i najprzejrzyściej uregulowanych obszarów w krajach wysoko rozwiniętych, nic zatem dziwnego, że właśnie w tym obszarze wypracowano wiele relatywnie zaawansowanych rozwiązań pozwalających na znaczące zaangażowanie pacjentów i ich organizacji w procesy podejmowania decyzji na każdym z pięciu głównych etapów:

1. wybór technologii w ramach procesu *priority setting* (Wielka Brytania) lub złożenie wniosku przez producenta leku (czasami łączony z *horizon scanning* – poszukiwanie technologii, które mogą za jakiś czas być dopuszczone do obrotu),

2. wniosek i ewentualna ocena formalna wniosku,
3. ocena raportu HTA (3a) i ocena wartościująca (3b) – czyli wydanie rekomendacji wraz z odpowiedzią na pytanie, czy warto jest dać technologię finansować,
4. negocjacje cenowe,
5. decyzja (por. [101]).

Na świecie organizacje pacjentów i pacjenci angażowani są w procesach refundacyjnych głównie na etapie tworzenia i oceny raportu HTA. Przykładem dobrych praktyk szerokiego włączenia pacjentów i obywateli w stanowienie polityki zdrowotnej pozostaje Wielka Brytania, która wypracowała najbardziej ustrukturyzowane i przejrzyste mechanizmy angażowania pacjentów w proces refundacyjny na wszystkich etapach poprzez National Institute for Health and Care Excellence (NICE), a także Holandia, która także dba o odnotowanie perspektywy pacjenta w całym procesie refundacyjnym, tak aby punkt widzenia pacjenta uwzględniony był, obok dowodów medycznych i kalkulacji ekonomicznych, w procesie decyzyjnym.

Należy przy tym podkreślić, że zaangażowanie pacjentów w procesy HTA wiąże się z licznymi wyzwaniem instytucjonalnymi i metodologicznymi, a przyjmowane rozwiązania wymagają adaptacji w konkretnym kontekście kulturowym i instytucjonalnym. Zwykle niestety włączenie pacjentów odbywa się poprzez zapewnienie im "miejsca" przy stole podczas konsultacji HTA, a nie za pomocą bardziej usystematyzowanych metodologii [104]. Onkologia stanowi jeden z najbardziej dynamicznie rozwijających się obszarów nowych technologii medycznych, a ze względu na ogromne zainteresowanie społeczne nowymi terapiami w leczeniu raka jest też doskonałym polem do wprowadzania nowych form partycypacji pacjentów. Obok lepszego wykorzystania potencjału organizacji pacjentów, warto byłoby

wdrożyć do polskiego systemu ochrony zdrowia ideę pacjentów – ekspertów z doświadczeniem choroby. Również zaangażowanie „zwykłych” obywateli (na wzór ławników) pozwoliłoby uchwycić priorytety różnych grup społecznych i ich oczekiwania wobec systemu ochrony zdrowia. Zaproszenie obywateli do współtworzenia polityki zdrowotnej nie tylko pozwala uchwycić perspektywę tych, którzy poddawani są leczeniu, ale też służy szerszej edukacji społecznej dotyczącej zasad alokacji środków w ochronie zdrowia, kosztów nowych technologii i dochodzenia do społecznego konsensusu w tak wrażliwych kwestiach.

Udział pacjentów w procesach refundacyjnych ustalany jest domeną prawa krajowego i nie podlega regulacjom europejskim. W Polsce proces refundacyjny został uregulowany przepisami ustawy refundacyjnej – Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, z późn.zm.) wraz z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy uwzględnione we wnioskach o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu oraz o podwyższenie urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, które nie mają odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu.

Jak wynika z badania opracowanego w ramach raportu Pacjenci Pro, w Polsce organizacje pacjentów jedynie sporadycznie angażują się w procesy ustanawiania polityki zdrowotnej na poziomie centralnym, w tym refundacyjno-cenowe czy kształtowanie koszyka świadczeń gwarantowanych [ibid.]. Wynika to zarówno z braku ram prawnych, jak tradycji, kształtującej oczekiwania społeczne i wzorce postępowania.

RYSUNEK 15.
ZAANGAŻOWANIE PACJENTÓW NA ETAPACH PROCESU REFUNDACYJNO-CENOWEGO NA ŚWIECIE*

		Wybór technologii do oceny (priority setting)	Określenie zakresu oceny (Scoping)	Ocena technologii (raport HTA)	Ocena wartościująca	Uczestnictwo w procesie podejmowania decyzji	Proces odwoławczy
belgia	KCE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bułgaria	NCPHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dania	DMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dania	DMC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anglia	NICE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Estonia	EHIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francja	HAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niemcy	GBA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irlandia	HIQA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Irlandia	NCPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Włochy	AIFA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litwa	VVKT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malta	DPA/MFH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holandia	ZIN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Norwegia	NIPHNO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norwegia	NOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Polska	AOTMiT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkocja	SMC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słowenia	JAZMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiszpania	AEMPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szwecja	SBU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Szwecja	TLV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szwajcaria	BAG/FOPH	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Walia	AWTTC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

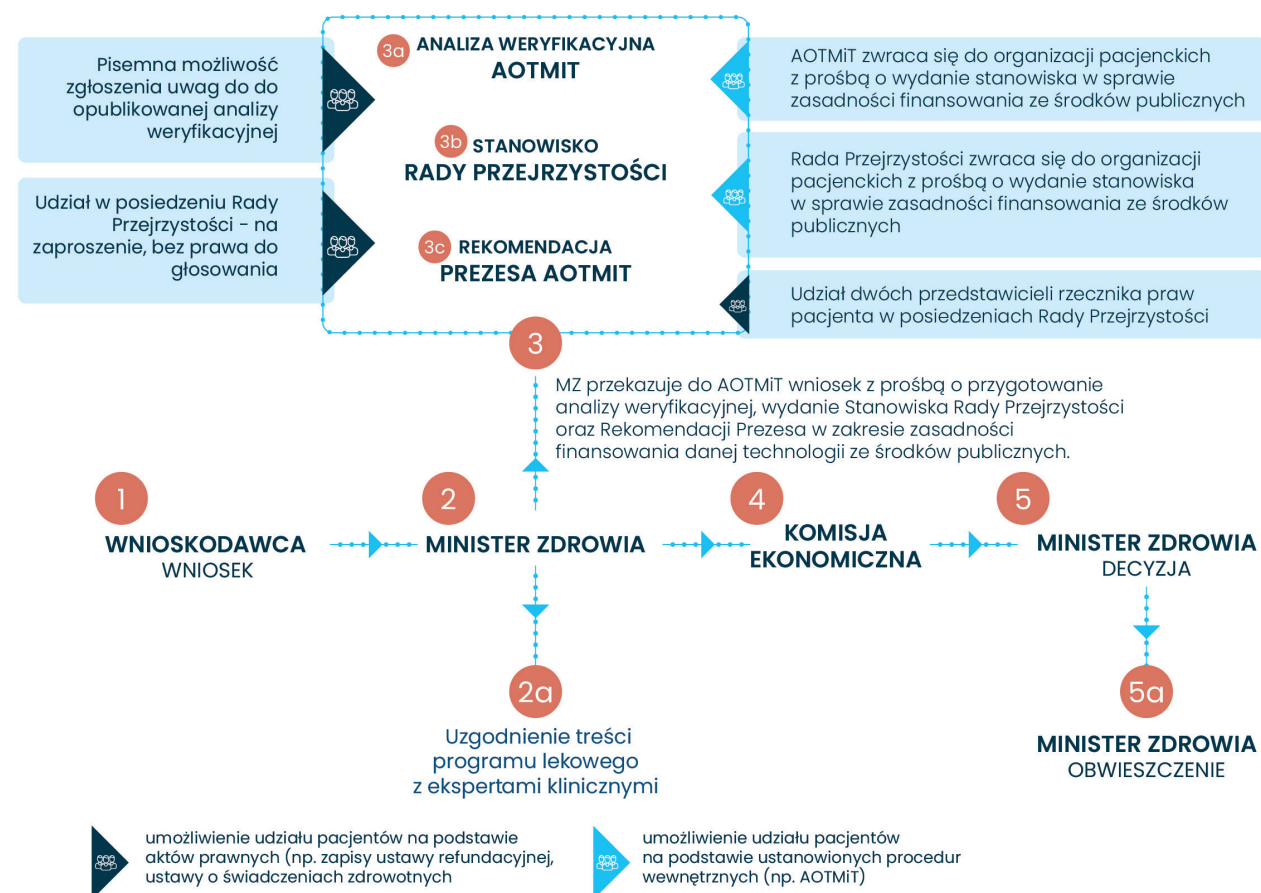
* Przedstawiono kraje, w których pacjenci są zaangażowani w jakikolwiek sposób.

Język polskich aktów prawnych w ogóle, a regulacji systemu ochrony zdrowia w szczególności, nie ułatwia włączenia się obywateli w procesy konsultacji społecznych, o współkształtowaniu polityki zdrowotnej nie wspominając.

Ważną rolę na drodze do zmiany w tym zakresie odegrało powołanie Rady Organizacji Pacjentów

przy Rzeczniku Praw Pacjenta (Zarządzenie RPP nr 1/2020 z dnia 5 lutego 2020 r. w sprawie powołania i funkcjonowania Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta), a następnie analogicznego ciała przy Ministrze Zdrowia (Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2022 r. w sprawie powołania Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia).

RYSUNEK 16.
ETAPY PROCESU REFUNDACYJNO-CENOWEGO W POLSCE



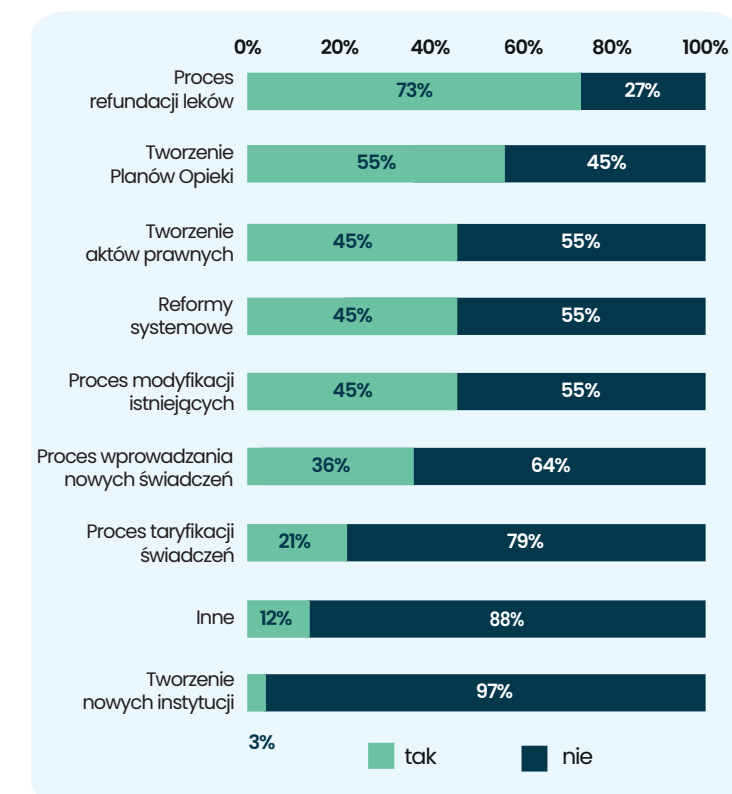
RYSUNEK 17.
ETAPY PROCESU REFUNDACYJNEGO W KONTEKŚCIE OBOWIĄZUJĄCYCH REGULACJI PRAWNYCH ORAZ PROCEDUR DANYCH INSTYTUCJI

ETAPY	REGULACJE PRAWNE	WPROWADZONE PROCEDURY NA POZIOMIE KONKRETNÝCH INSTYTUCJI
1 Złożenie wniosku i ocena formalno-prawna	X	X
2 Ustalanie zapisów programu lekowego	X	X
3 Ocena raportu HTA przez AOTMiT	<ul style="list-style-type: none"> Konsultacje społeczne AWA Udział dwóch przedstawicieli Rzecznika Praw Pacjenta w posiedzeniach Rady Przejrzystości 	Zapraszanie przez AOTMiT pacjentów do spotkań w ramach procesu oceny raportu HTA. Zapraszanie pacjentów na obrady Rady Przejrzystości.
4 Negocjacja cen przez Komisję Ekonomiczną	Brak ustawowych zapisów	Formalne spotkania z pacjentami lub z firmami i klinicystami (brak regulacji i określonych procedur)
5 Decyzja Ministra Zdrowia	Brak ustawowych zapisów	Formalne spotkania z pacjentami lub z firmami i klinicystami (brak regulacji i określonych procedur)

W przypadku tego drugiego organu o charakterze pomocniczo-doradczym należałoby rozważyć modyfikację zasad powoływania i odwoływania członków Rady przez Ministra tak, by zwiększyć ich poczucie niezależności. Należy też odnotować zapewnienie miejsca w Krajowej Radzie Onkologii, powołanej na podstawie art. 48 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, przedstawicielowi organizacji pacjentów wskazanemu przez Rzecznika Praw Pacjenta. Ze względu na liczbę organizacji zrzeszających pacjentów onkologicznych warto wypracować proces, który w przyszłości będzie wspierał Rzecznika w trudnym zadaniu wyłonienia tego przedstawiciela.

Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej wprowadziła systematyczną ocenę satysfakcji świadczeniobiorców jako zadanie SOLO z każdego poziomu. Należy zauważyć, że badanie satysfakcji pacjentów w Polsce najprawdopodobniej nie jest najlepszym instrumentem ewaluacji opieki, ze względu na niskie oczekiwania pacjentów wobec placówek. Wartość tej ewaluacji będzie się podnosić wraz z poziomem edukacji i świadomości pacjentów. Tym bardziej warto odnotować, że później uchwalona Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 16 czerwca 2023 r. nakłada na podmioty lecznicze zadanie badanie zarówno opinii, jak i doświadczeń pacjenta, co należy uznać za ważny krok w stronę otwarcia polityki zdrowotnej na informacje zwrotne płynące wprost od pacjentów. Jakość tych informacji będzie zależała od zapewnienia anonimowości badania, jakości ankiety, której wzór zatwierdzi Minister Zdrowia, a także od zdolności dotarcia

WYKRES 51.
TYP ZAANGAŻOWANIA I CZĘSTOŚĆ WSPÓŁPRACY OP Z INSTYTUCJAMI PUBLICZNYMI W POLSCE



do tych pacjentów, którzy ze względu na czynniki społeczne, ekonomiczne lub niepełnosprawność mogą doświadczyć trudności w wypełnieniu kwestionariusza. Specyfika różnych dziedzin medycyny jest też tak duża, że warto byłoby wypracować narzędzia ewaluacji doświadczenia pacjenta dla onkologii, najlepiej obejmujące całą ścieżkę pacjenta, które wspierałyby proces koordynacji opieki. Obszar wspomaganie decyzji terapeutycznych to kolejne wyzwanie wymagające wypracowania zwalidowanych w kontekście krajowym narzędzi.



Bibliografia

- Krajowy Rejestr Nowotworów. Epidemiologia. Nowotwory w liczbach. Dostęp: <https://onkologia.org.pl/epidemiologia/nnowotwory-zlosliwe-w-polsce> (11.8.2023).
- Statistics | Eurostat. Causes of death - deaths by country of residence and occurrence. Dostęp: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_ARO__custom_7139241/default/table?lang=en (11.8.2023).
- Eurostat. Statistical Explained. Cancer statistics. Deaths caused by malignant neoplasms, residents, 2020. Dostęp: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics#Deaths_from_cancer (14.7.2023).
- Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN) - Raporty. Zachorowania/Zgony. Dostęp: <https://onkologia.org.pl/raporty> (14.7.2023).
- Eurostat. Data Browser. Population and social conditions. Population projections. EUROPOP2023 - Population projections at national level (2022-2100). Population on 1st January by age, sex and type of projection. Dostęp: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PROJ_23NP__custom_6415367/default/table (14.7.2023).
- European Cancer Information System. Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries. Dostęp: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0\\$1-All\\$2-All\\$4-1,2\\$3-0\\$6-0,85\\$5-2020,2020\\$7-7,8\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE27\\$X0_20-No\\$CEstBySexByCountry\\$X1_8-3\\$X1_19-AE27\\$X1_1-1\\$CEstByIndiByCountry\\$X2_8-3\\$X2_19-AE27\\$X2_20-No\\$CEstRelative\\$X3_8-3\\$X3_9-AE27\\$X3_19-AE27\\$CEstByCountryTable\\$X4_19-AE27](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0$1-All$2-All$4-1,2$3-0$6-0,85$5-2020,2020$7-7,8$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE27$X0_20-No$CEstBySexByCountry$X1_8-3$X1_19-AE27$X1_1-1$CEstByIndiByCountry$X2_8-3$X2_19-AE27$X2_20-No$CEstRelative$X3_8-3$X3_9-AE27$X3_19-AE27$CEstByCountryTable$X4_19-AE27) (11.8.2023).
- OECD - Health Status: Causes of mortality. Deaths per 100 000 population (standardised rates) - Neoplasms. Dostęp: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879#> (14.7.2023).
- European Cancer Information System (ECIS) - Age standardised 5-year relative survival by country. Dostęp: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-2\\$1-All\\$2-All\\$4-1,2\\$3-0\\$6-0,14\\$5-2000,2007\\$7-1\\$CRelativeSurvivalCountry\\$X0_15-RSC](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-2$1-All$2-All$4-1,2$3-0$6-0,14$5-2000,2007$7-1$CRelativeSurvivalCountry$X0_15-RSC) (14.7.2023).
- Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN) - Raporty. Przeżycia. Dostęp: <https://onkologia.org.pl/raporty> (14.7.2023).
- Caetano dos Santos FL, Wojciechowska U, Michalek IM, Didkowska J. (2022) Progress in cancer survival across last two decades: A nationwide study of over 1.2 million Polish patients diagnosed with the most common cancers. *Cancer Epidemiology* 78:102147.
- European Cancer Information System | Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries - estimated incidence of lung cancer. Dostęp: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0\\$1-All\\$2-All\\$4-1,2\\$3-22\\$6-0,85\\$5-2020,2020\\$7-7\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE27\\$X0_20-No\\$CEstBySexByCountry\\$X1_8-3\\$X1_19-AE27\\$X1_1-1\\$CEstByIndiByCountry\\$X2_8-3\\$X2_19-AE27\\$X2_20-No\\$CEstRelative\\$X3_8-3\\$X3_9-AE27\\$X3_19-AE27\\$CEstByCountryTable\\$X4_19-AE27](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0$1-All$2-All$4-1,2$3-22$6-0,85$5-2020,2020$7-7$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE27$X0_20-No$CEstBySexByCountry$X1_8-3$X1_19-AE27$X1_1-1$CEstByIndiByCountry$X2_8-3$X2_19-AE27$X2_20-No$CEstRelative$X3_8-3$X3_9-AE27$X3_19-AE27$CEstByCountryTable$X4_19-AE27) (11.8.2023).
- European Cancer Information System | Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries - estimated mortality of lung cancer. Dostęp: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0\\$1-All\\$2-All\\$4-1,2\\$3-22\\$6-0,85\\$5-2020,2020\\$7-8\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE27\\$X0_20-No\\$CEstBySexByCountry\\$X1_8-3\\$X1_19-AE27\\$X1_1-1\\$CEstByIndiByCountry\\$X2_8-3\\$X2_19-AE27\\$X2_20-No\\$CEstRelative\\$X3_8-3\\$X3_9-AE27\\$X3_19-AE27\\$CEstByCountryTable\\$X4_19-AE27](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0$1-All$2-All$4-1,2$3-22$6-0,85$5-2020,2020$7-8$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE27$X0_20-No$CEstBySexByCountry$X1_8-3$X1_19-AE27$X1_1-1$CEstByIndiByCountry$X2_8-3$X2_19-AE27$X2_20-No$CEstRelative$X3_8-3$X3_9-AE27$X3_19-AE27$CEstByCountryTable$X4_19-AE27) (11.8.2023).
- European Commission. Lung cancer burden in EU-27. Dostęp: https://ecis.jrc.ec.europa.eu/pdf/factsheets/Lung_cancer_en-July_2021.pdf.
- CONCORD Global surveillance of cancer survival. Dostęp: <https://csg.ishtm.ac.uk/wp-content/uploads/2018/01/CONCORD-3-Lancet-appendix-30jan2018.pdf> (11.8.2023).
- OncologyPRO. USPSTF Updates LDCT Lung Screening Recommendations For High-Risk Smokers. Dostęp: <https://oncologypro.esmo.org/oncology-news/daily-news/oncologynews-archives-2021/uspstf-updates-ldct-lung-screening-recommendations-for-high-risk-smokers> (29.8.2023).
- Lung Cancer Screening Guidelines. Dostęp: <https://www.cancer.org/health-care-professionals/american-cancer-society-prevention-early-detection-guidelines/lung-cancer-screening-guidelines.html> (29.8.2023).
- US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, Donahue KE, Doubeni CA, Kubik M, Landefeld CS, Li L, Ogedegbe G, Owens DK, et al. (2021) Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 325(10):962.
- (2022) Lung cancer screening in Poland. Dostęp: <https://www.lungcancerpolicynetwork.com/lung-cancer-screening-in-poland/> (29.8.2023).
- Interactive map of lung cancer screening. Dostęp: <https://www.lungcancerpolicynetwork.com/interactive-map-of-lung-cancer-screening/> (29.8.2023).
- Opinia Rady Przejrzystości nr 116/2018 z dnia 28 maja 2018 roku o projekcie programu „Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia” Ministra Zdrowia. Dostęp: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/066/ORP/U_20_171_180528_opinia_116_rak_pluca_MZ.pdf.
- Interpelacja nr 39288 - Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Dostęp: <https://sejm.gov.pl/sejm9.nsf/interpelacja.xsp?typ=int&nr=39288> (10.8.2023).
- Narodowa Strategia Onkologiczna - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl. Dostęp: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso> (17.7.2023).
- European Cancer Information System | Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries - estimated mortality of breast cancer. Dostęp: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0\\$1-All\\$2-All\\$4-2\\$3-29\\$6-0,85\\$5-2020,2020\\$7-8\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE27\\$X0_20-No\\$CEstBySexByCountry\\$X1_8-3\\$X1_19-AE27\\$X1_1-1\\$CEstByIndiByCountry\\$X2_8-3\\$X2_19-AE27\\$X2_20-No\\$CEstRelative\\$X3_8-3\\$X3_9-AE27\\$X3_19-AE27\\$CEstByCountryTable\\$X4_19-AE27](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0$1-All$2-All$4-2$3-29$6-0,85$5-2020,2020$7-8$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE27$X0_20-No$CEstBySexByCountry$X1_8-3$X1_19-AE27$X1_1-1$CEstByIndiByCountry$X2_8-3$X2_19-AE27$X2_20-No$CEstRelative$X3_8-3$X3_9-AE27$X3_19-AE27$CEstByCountryTable$X4_19-AE27) (11.8.2023).
- European Cancer Information System | Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries - estimated incidence of breast cancer. Dostęp: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0\\$1-All\\$2-All\\$4-2\\$3-29\\$6-0,85\\$5-2020,2020\\$7-7\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE27\\$X0_20-No\\$CEstBySexByCountry\\$X1_8-3\\$X1_19-AE27\\$X1_1-1\\$CEstByIndiByCountry\\$X2_8-3\\$X2_19-AE27\\$X2_20-No\\$CEstRelative\\$X3_8-3\\$X3_9-AE27\\$X3_19-AE27\\$CEstByCountryTable\\$X4_19-AE27](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0$1-All$2-All$4-2$3-29$6-0,85$5-2020,2020$7-7$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE27$X0_20-No$CEstBySexByCountry$X1_8-3$X1_19-AE27$X1_1-1$CEstByIndiByCountry$X2_8-3$X2_19-AE27$X2_20-No$CEstRelative$X3_8-3$X3_9-AE27$X3_19-AE27$CEstByCountryTable$X4_19-AE27) (11.8.2023).
- Breast cancer burden in EU-27. Dostęp: https://ecis.jrc.ec.europa.eu/pdf/Breast_cancer_factsheet-Oct_2020.pdf.
- Odpowiedź na interpelacje nr 41483 - Rozszerzenie programu profilaktyki raka piersi o kobiety powyżej 65. roku życia i poniżej 50 roku życia. Dostęp: <https://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/0/53A-3C7AD9BD7D822C12589DE004795C0/%24File/i41483-ol.pdf> (11.8.2023).
- European Cancer Information System | Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries - estimated incidence of colon cancer. Dostęp: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0\\$1-All\\$2-All\\$4-1,2\\$3-12\\$6-0,85\\$5-2020,2020\\$7-7\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE27\\$X0_20-No\\$CEstBySexByCountry\\$X1_8-3\\$X1_19-AE27\\$X1_1-1\\$CEstByIndiByCountry\\$X2_8-3\\$X2_19-AE27\\$X2_20-No\\$CEstRelative\\$X3_8-3\\$X3_9-AE27\\$X3_19-AE27\\$CEstByCountryTable\\$X4_19-AE27](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0$1-All$2-All$4-1,2$3-12$6-0,85$5-2020,2020$7-7$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE27$X0_20-No$CEstBySexByCountry$X1_8-3$X1_19-AE27$X1_1-1$CEstByIndiByCountry$X2_8-3$X2_19-AE27$X2_20-No$CEstRelative$X3_8-3$X3_9-AE27$X3_19-AE27$CEstByCountryTable$X4_19-AE27) (11.8.2023).

- stRelative\$X3_8-3\$X3_9-AE27\$X3_19-AE27\$CEstByCountryTable-\$X4_19-AE27 (11.8.2023).
28. European Cancer Information System | Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries - estimated mortality of colon cancer. Dostęp:
30. Koczkodaj P, Kamiński MF, Ciuba A, Didkowska J. (2021) Cancer screening coverage in Poland - from bad to better to the worst during the SARS-CoV-2 pandemic. Arch Med Sci 17(4):1132-1133.
31. European Cancer Information System | Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries - estimated incidence of stomach cancer. Dostęp:
33. European Cancer Information System | Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries - estimated incidence of pancreas cancer. Dostęp:
35. European Cancer Information System | Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries - estimated incidence of prostate cancer. Dostęp:
37. E-Zdrowie. Zdrowe dane. Monitorowanie. Diagnostyka i Leczenie Onkologiczne - Aktywne monitorowanie Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. Dostęp:
39. Dostępność innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii. Dostęp:
41. Results from the 2019 Global Burden of Disease (GBD) study - Cause of death or injury. Dostęp:
43. Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”. Dostęp:
45. Dostępność i efekty leczenia nowotworów - Informacja o wynikach kontroli - Najwyższa Izba Kontroli. Dostęp:
47. Jak skuteczniej zapobiegać i leczyć? NIK o walce z nowotworami - Najwyższa Izba Kontroli. Dostęp:
49. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Dostęp:
51. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej. Dostęp:
53. Przygotowanie materiałów dla uczniów i nauczycieli oraz przeprowadzenie pilotażu w ramach działań edukacyjnych na rzecz profilaktyki przeciwnowotworowej i kształtowania postaw prozdrowotnych w zakresie szkolnej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia oraz wdrażania Edukacyjnego Programu dla Zdrowia w Szkołach. Dostęp:
55. Augustynowicz E. (2023) Materiały graficzne Ministerstwa Zdrowia na temat bezpłatnych szczepień przeciw HPV dziewcząt i chłopców. Dostęp:
57. Informator o zawartych umowach / O NFZ / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) - finansujemy zdrowie Polaków. Dostęp:
59. Posiedzenie Senackiej Komisji zdrowia nr 125: Choroby płuc - potrzeba opracowania i wdrożenia kompleksowej i długofalowej strategii. Dostęp:
61. Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej. Dostęp:
63. Druk nr 3344 - Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Dostęp:
65. Raport końcowy z programu pilotażowego opieki w ramach sieci onkologicznej - Ministerstwo Zdrowia. Dostęp:
68. Cancer Inequalities Registry - OECD. Dostęp:
70. (2023) Wzrost wydatków na onkologię- 2015 vs 2022 - Twitter Ministerstwo Zdrowia. Dostęp:
72. Interpelacja nr 31034 - Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Dostęp:
74. (2022) Wzrost wydatków na onkologię _ Twitter Ministerstwo Zdrowia. Dostęp:
76. (2020) Prezydencka inicjatywa Funduszu Medycznego. Dostęp:
78. Zapis przebiegu posiedzenia 16-06-2023 - Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Dostęp:
80. Zarządzenie nr 93/2023/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2023 rok. Dostęp:
82. Interpelacja nr 17354 - Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Dostęp:
84. Statystyka NFZ - Statystyka leki - Chemioterapia. Dostęp:
86. Programy lekowe - Mapy potrzeb zdrowotnych - Ministerstwo Zdrowia. Dostęp:

88. Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych. Metodyka, badanie pilotażowe i rekomendacje. Dostęp: <https://www.infarma.pl/raporty/raporty-infarmy/koszty-pośrednie-w-ocenie-technologii-medycznych.-metodyka,-badanie-pilotazowe-i-rekomendacje/> (9.8.2023).
89. Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia. Dostęp: <https://www.infarma.pl/raporty/raporty-infarmy/metodyka-pomiaru-kosztow-pośrednich-w-polskim-systemie-ochrony-zdrowia/> (9.8.2023).
90. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS - Portal Statystyczny ZUS. Dostęp: <https://psz.zus.pl/kategorie/absencja-chorobowa/absencja-chorobowa-z-tytułu-choroby-wlasnej-osob-ubezpieczonych-w-zus> (21.8.2023).
91. Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN) - Raporty. Zachorowania/Zgony. Dostęp: <https://onkologia.org.pl/pl/raporty> (14.7.2023).
92. GUS. Informacja Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie skorygowanego szacunku produktu krajowego brutto za 2021 rok. Dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rachunki-narodowe/roczne-rachunki-narodowe/informacja-glownego-urzedu-statystycznego-w-sprawie-skorygowanego-szacunku-produktu-krajowego-brutto-za-2021-rok,9,8.html> (9.8.2023).
93. GUS. Produkt krajowy brutto w 2022 roku - szacunek wstępny. Dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rachunki-narodowe/roczne-rachunki-narodowe/produkt-krajowy-brutto-w-2022-roku-szacunek-wstepny,2,12.html> (9.8.2023).
94. GUS. Aktywność ekonomiczna ludności Polski - dane kwartalne. Dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodowo-wg-bael/aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-polski-l-kwartal-2023-roku,4,50.html> (9.8.2023).
95. GUS. Trwanie życia w 2019 roku. Dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2019-roku,2,14.html> (9.8.2023).
96. GUS. Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2022 r. Stan w dniu 30 czerwca 2022. Dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2022-r-stand-w-dniu-30-czerwca-2022,6,33.html> (9.8.2023).
97. Wytuczne oceny technologii medycznych (HTA). Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wersja 3.0. Dostęp: <https://www.aotm.gov.pl/wytuczne-oceny-technologii-medycznych/> (8.8.2023).
98. Domecq JP, Prutsky G, Elraiyah T, Wang Z, Nabhan M, Shippee N, Brito JP, Boehmer K, Hasan R, Firwana B, Erwin P, Eton D, Sloan J, Montori V, Asi N, i in. (2014) Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 14:89.
99. Clavel N, Paquette J, Dumez V, Del Grande C, Ghadiri DPS, Pomey M-P, Normandin L. (2021) Patient engagement in care: A scoping review of recently validated tools assessing patients' and healthcare professionals' preferences and experience. *Health Expect* 24(6):1924-1935.
100. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. (2016) Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns* 99(12):1923-1939.
101. Władysław M, Libura M, Rolska-Wójcik P, Plisko R. (2021) Rola organizacji pacjentów w systemach opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie. Warszawa 2021 Dostęp: https://www.pacjenci.pro/wp-content/uploads/2021/02/PACJENCI.PRO_Rola-organizacji-pacjent%C3%B3w-w-systemie-ochrony-zdrowia-w-Polsce-i-na-%C5%9Bwiecie.pdf.
102. Shickh S, Leventakos K, Lewis MA, Bombard Y, Montori VM. (2023) Shared Decision Making in the Care of Patients With Cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 43:e389516.
103. Bridges JFP, Jones C. (2007) Patient-based health technology assessment: a vision of the future. *Int J Technol Assess Health Care* 23(1):30-35.
104. Mason SJ, Downing A, Wright P, Hounscome L, Bottomley SE, Corner J, Richards M, Catto JW, Glaser AW. (2018) Health-related quality of life after treatment for bladder cancer in England. *Br. J. Cancer*.
105. OECD (2023), „Health expenditure and financing: Health expenditure indicators”, OECD Health Statistics (database), <https://doi.org/10.1787/data-00349-en> (accessed on 05 September 2023).
106. Polski Radar Refundacji porównanie obszarów terapeutycznych. Dostęp: <https://gapv4.eu/polskiradar/porownanie.html> (3.8.2023).
107. Newton M, Stoddart K, Traviglo M, Troein P. (2023) EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2022 Survey. Dostęp: https://www.efpia.eu/media/s4qfleqo/efpia_patient_wait_indicator_final_report.pdf.
108. G.A.P. - Gearing Up Access Proposal For V4. Dostęp: <https://gapv4.eu> (5.9.2023).
109. Przygotowania do wejścia w życie zapisów Ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej - ezdrowie.gov.pl. Dostęp: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/artukul/przygotowania-do-wejscia-w-zycie-zapisow-ustawy-o-krajowej-sieci-onkologicznej> (5.9.2023).