

All.Can:

Poprawa efektywności
i stabilności opieki
onkologicznej.

Rekomendacje dla Polski

Raport inicjatywy All.Can
Marzec 2017





Członkowie Polskiej Grupy Sterującej All.Can

Prof. dr hab. n. med. Jacek Fijuth – Kierownik Zakładu Teleradioterapii w Regionalnym Ośrodku Onkologicznym w Łodzi, Kierownik Zakładu Radioterapii Katedry Onkologii UM w Łodzi, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem – Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, członek Zarządu Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO)

Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski – Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Konsultant Krajowy ds. Onkologii Klinicznej

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Nowecki – Kierownik Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Prof. dr hab. n. med. Rodryg Ramlau – Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Prezes Polskiej Grupy Raka Płuca

Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski – Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Past Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Skłodowski – Dyrektor Centrum Onkologii - Instytutu Oddziału w Gliwicach, Kierownik I Kliniki Radioterapii i Chemioterapii, Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej

Prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki – Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum w Krakowie, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

Dr n. med. Joanna Didkowska – Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie, Kierownik Krajowego Rejestru Nowotworów

Dr n. med. Urszula Wojciechowska – Członek zespołu Krajowego Rejestru Nowotworów

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka – Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego i programu MBA w ochronie zdrowia Uczelni Łazarskiego

Szymon Chrostowski – Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, członek Zarządu European Cancer Patient Coalition

Kamil Dolecki – Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Mięśaki „SARCOMA”

Elżbieta Kozik – Prezes Zarządu Polskich Amazonek - Ruchu Społecznego, członek Rady Fundacji Polska Liga Walki z Rakiem

Elżbieta Majewska – Skarbnik Zarządu Polskich Amazonek - Ruchu Społecznego

Barbara Pepke – Prezes Fundacji „Gwiazda Nadziei”

Ewelina Szmytke – Członek Zarządu Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca

Magdalena Zmysłowska – Doradca Zarządu i rzeczniczka prasowa Fundacji Polska Liga Walki z Rakiem

Małgorzata Dziak-Masny – Przedstawicielka „Akademii Czerniaka”

Elżbieta Łapot – Market Access Manager Oncology, Bristol-Myers Squibb

Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w skali światowej i bezpośrednio lub pośrednio dotyczą nas wszystkich. W Polsce nowotwory złośliwe odpowiadają za około 95 tys. zgonów rocznie, przez co stanowią drugą przyczynę zgonów¹. Starzenie się społeczeństwa oznacza, że liczba zachorowań na nowotwory rośnie, a wraz z nią koszty i obciążenie tą chorobą zarówno w ujęciu indywidualnym, jak i społecznym i gospodarczym.

Zgodnie z Europejską Kartą Praw Pacjenta Onkologicznego, wszystkim obywatelom europejskim przysługuje prawo do optymalnego i niezwłocznego dostępu do stosownej opieki specjalistycznej opartej na badaniach i innowacji². Tymczasem praktyka pokazuje istotne nierówności w dostępie do właściwej opieki w zależności od krajowego systemu opieki onkologicznej. W Polsce dostęp pacjentów do innowacyjnych metod leczenia w porównaniu do pozostałych krajów Unii Europejskiej jest bardzo ograniczony. Przyczynami takiego stanu rzeczy, obok niewielkich nakładów finansowych, są również długotrwała procedura refundacyjna oraz brak elastyczności w podejściu do problemu wczesnego dostępu do nowych technologii medycznych.

Przy ograniczonych dostępnych zasobach i założeniu, że zapotrzebowanie na opiekę onkologiczną w kolejnych latach będzie wzrastać, istnieje pilna potrzeba zapewnienia, że zasoby będą wykorzystywane w sposób optymalny, który przyniesie największe korzyści dla społeczeństwa i pacjentów, przy jednoczesnym zachowaniu stabilności systemu opieki zdrowotnej. Optymalna alokacja zasobów wymaga zidentyfikowania wydatków o niewielkiej efektywności w opiece onkologicznej w celu uwolnienia środków na interwencje, które mają największą wartość dla

pacjentów i społeczeństwa. Przy podejmowaniu decyzji odnośnie wyboru priorytetowych interwencji należy zawsze brać pod uwagę perspektywę zdrowia społeczeństwa jako całości i perspektywę osoby już chorej. Ponadto ocena wydatków wymaga uwzględnienia nie tylko bezpośrednich kosztów związanych z rozpoznawaniem i leczeniem oraz obserwacją chorych na nowotwory, ale również określenia kosztów pośrednich związanych między innymi z utratą produktywności, absencjami w pracy, rentami i opieką. Należy pamiętać, że wysokie nakłady finansowe związane z refundacją leczenia nie muszą być równoznaczne z ostatecznym obciążeniem budżetowym.

Oddajemy w Państwa ręce raport „All.Can: poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej – rekomendacje dla Polski”. Celem publikacji jest analiza stanu polskiej onkologii na tle wybranych krajów europejskich oraz zaproponowanie rekomendacji zmierzających do zwiększenia efektywności i stabilności opieki onkologicznej w Polsce. Rekomendacje są wyrazem konsensusu wyżej wymienionych ekspertów z zakresu onkologii i zdrowia publicznego, reprezentantów organizacji pacjenckich oraz przemysłu, którzy wchodzi w skład polskiej Grupy Sterującej, powstałej w ramach międzynarodowego projektu All.Can. Myślą przewodnią raportu jest potrzeba bardziej efektywnego gospodarowania budżetem poprzez odpowiednią alokację środków na opiekę onkologiczną. Wierzymy, że poprzez działania zaproponowane w raporcie można poprawić sytuację pacjentów w ramach dostępnych zasobów. Należy jednak zaznaczyć, że w dłuższej perspektywie osiągnięcie zakładanych wskaźników efektywności będzie wymagało zwiększenia nakładów oraz zapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych.

[Członkowie Polskiej Grupy Sterującej All.Can](#)

Stan polskiej onkologii na tle wybranych krajów europejskich

Na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej, zarówno wydatki na ochronę zdrowia, jak i na opiekę onkologiczną w Polsce – mierzone jako odsetek PKB oraz w przeliczeniu per capita – są wyjątkowo niskie.

Nowotwory są chorobami przewlekłymi o największym obciążeniu zdrowotnym i odpowiadają za 17,5% całościowego obciążenia chorobami w Polsce.

Wydatki na opiekę onkologiczną w stosunku do obciążenia chorobą dla czterech głównych typów nowotworów są w Polsce zdecydowanie poniżej średniej europejskiej.

Decyzje związane z opieką onkologiczną uwzględniają często jedynie koszty bezpośrednie wynikające z nowotworów. Tymczasem w Polsce koszty pośrednie stanowią aż 64% całościowych kosztów ekonomicznych związanych z postępowaniem przeciwnowotworowym.

Polska ma znacznie niższe wskaźniki przeżywalności dla większości typów nowotworów niż średnia europejska oraz kraje sąsiednie. Dzięki rozwojowi technologii medycznych różnica ta nieznacznie uległa zmniejszeniu w ostatnich latach, ale w przypadku wielu typów nowotworów rokowania chorych są nadal dużo gorsze niż w Europie Zachodniej.

Rekomendacje

Efektywniejsza alokacja dostępnych zasobów na opiekę onkologiczną

Zwiększenie roli profilaktyki pierwotnej oraz badań przesiewowych

Zapewnienie szybszego i szerszego dostępu do innowacyjnych technologii medycznych

Uwzględnienie perspektywy pacjentów we wszystkich decyzjach związanych z procesem planowania, wdrażania i oceny opieki onkologicznej

Poprawa dostępu pacjentów do badań klinicznych

Stan polskiej onkologii na tle wybranych krajów europejskich

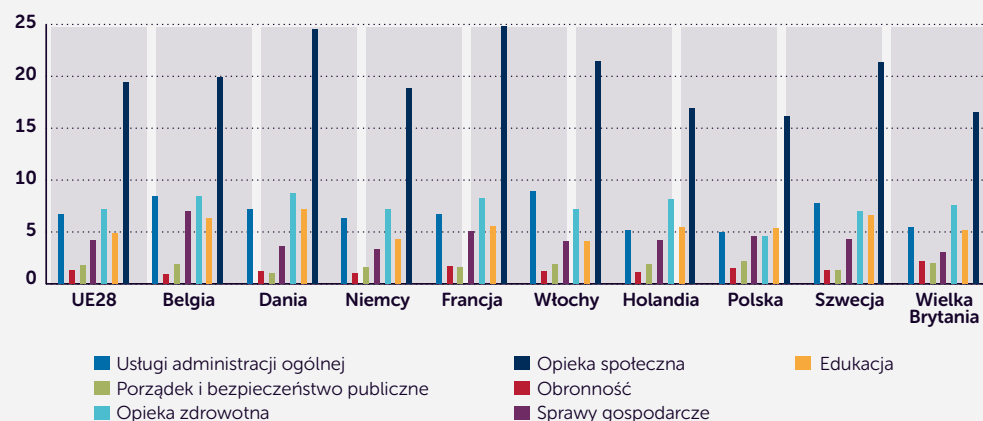
Finansowanie opieki zdrowotnej i onkologicznej

Na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej, zarówno wydatki na ochronę zdrowia, jak i na opiekę onkologiczną w Polsce – mierzone jako % PKB oraz w przeliczeniu per capita – są niskie.

W większości krajów Unii Europejskiej opieka zdrowotna stanowi drugi lub trzeci co do wielkości obszar wydatków rządowych. W Polsce natomiast opieka zdrowotna jest, na równi ze sprawami gospodarczymi, czwartym co do wielkości obszarem wydatków rządowych – po opiece społecznej, edukacji i usługach administracji ogólnej.

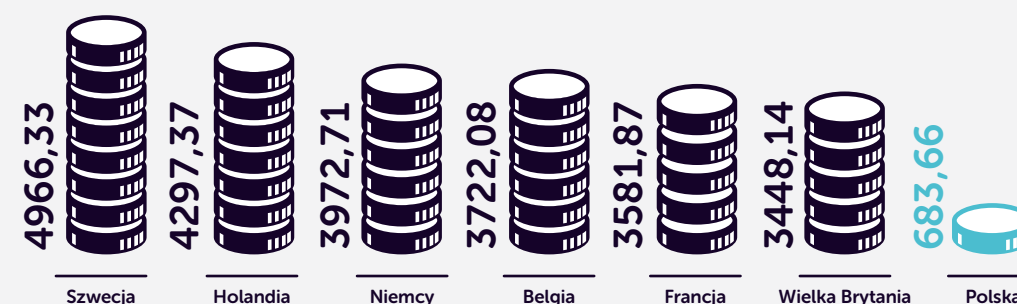
W 2013 roku wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce wynosiły 4,6% PKB, przy średniej unijnej w wysokości 7,2% PKB. (Ryc. 1)

Ryc. 1: Wydatki rządowe na opiekę zdrowotną oraz inne obszary w % PKB³



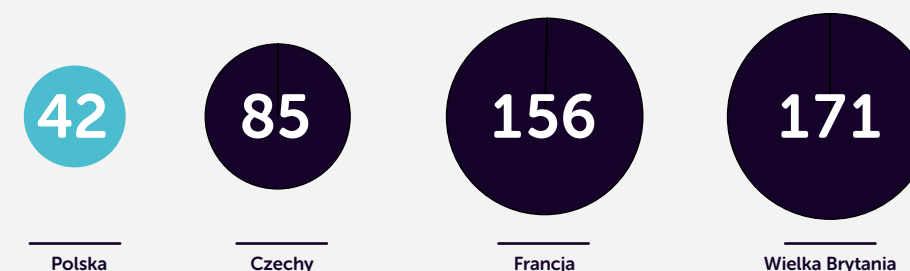
W 2014 roku wydatki na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na mieszkańca wyniosły 684 euro. Dla porównania, w Belgii wydatki te wynosiły 3 772 euro, a w Szwecji 4 966 euro per capita (ponad 7 razy więcej niż w Polsce). (Ryc. 2)

Ryc. 2: Wydatki rządowe na opiekę zdrowotną per capita w euro w 2014 r.⁴



Wydatki na onkologię per capita w Polsce wynoszą 42 euro. Dla porównania, wydatki na onkologię per capita w Czechach wynoszą 85 euro, czyli są dwukrotnie wyższe. (Ryc. 3)

Ryc. 3: Wydatki rządowe na onkologię per capita w euro⁵



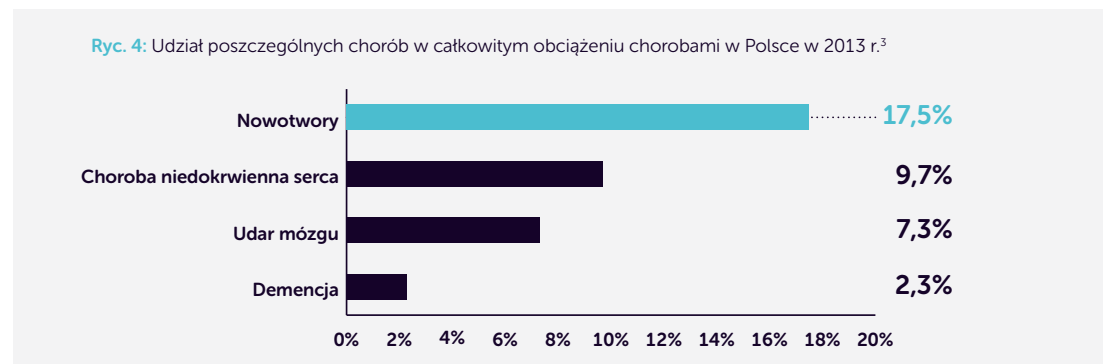
Dane dla Polski i Czech za 2011 r., dla Wielkiej Brytanii za 2010 r., a dla Francji średnia z wartości z różnych źródeł z lat 2009-2013

Obciążenie chorobą

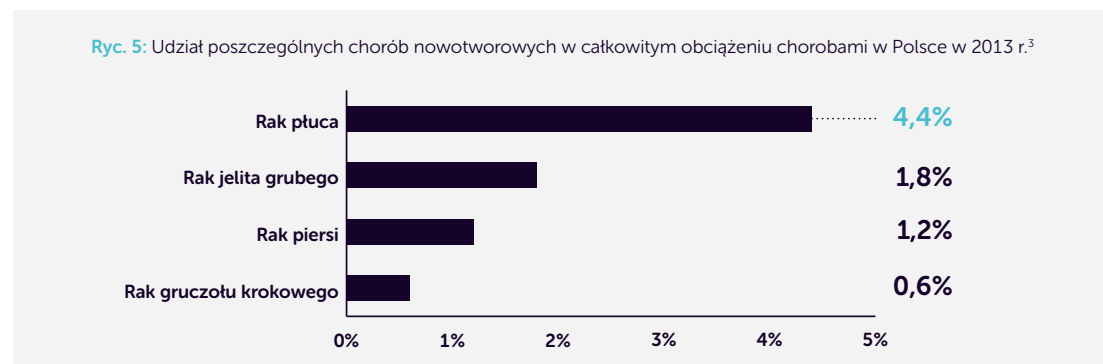
Nowotwory są chorobą przewlekłą o największym obciążeniu i odpowiadają za 17,5% całościowego obciążenia chorobami w Polsce.

Poniższy wykres obrazuje obciążenie czterema chorobami przewlekłymi – nowotworami, chorobą niedokrwienną serca, udarem mózgu oraz demencją – które charakteryzują się największym obciążeniem, zwłaszcza w kontekście starzenia się populacji. Obciążenie chorobą mierzone jest za pomocą wskaźnika DALY (disability-adjusted life-years), który wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby.

W 2013 roku obciążenie nowotworami w Polsce wynosiło 17,5% całościowego obciążenia chorobami – znacznie więcej niż obciążenie chorobą niedokrwienną serca (9,7%), udarem mózgu (7,3%) oraz demencją (2,3%). (Ryc. 4)



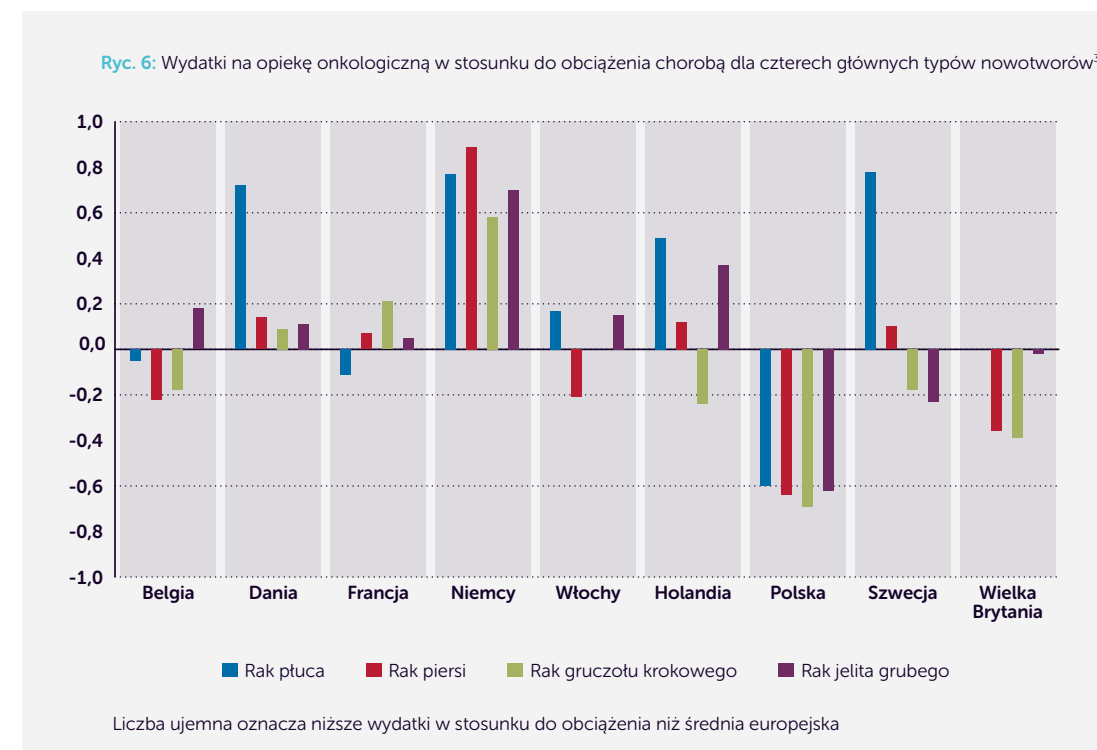
Chorobą nowotworową o największym obciążeniu w Polsce jest rak płuca, który odpowiada za 4,4% całościowego obciążenia chorobami – więcej niż nowotwory jelita grubego, piersi i gruczołu krokowego łącznie. (Ryc. 5)



Wydatki w stosunku do obciążenia chorobą

Wydatki na opiekę onkologiczną w stosunku do obciążenia chorobą dla czterech głównych typów nowotworów są w Polsce zdecydowanie poniżej średniej europejskiej.

Poniższy wykres obrazuje wydatki na opiekę onkologiczną w wybranych krajach europejskich w stosunku do obciążenia chorobą (mierzonego za pomocą wskaźnika DALY) dla czterech głównych typów nowotworów w odniesieniu do średniej europejskiej. Polskie wydatki na onkologię w stosunku do obciążenia są zdecydowanie niższe niż średnia europejska. (Ryc. 6)

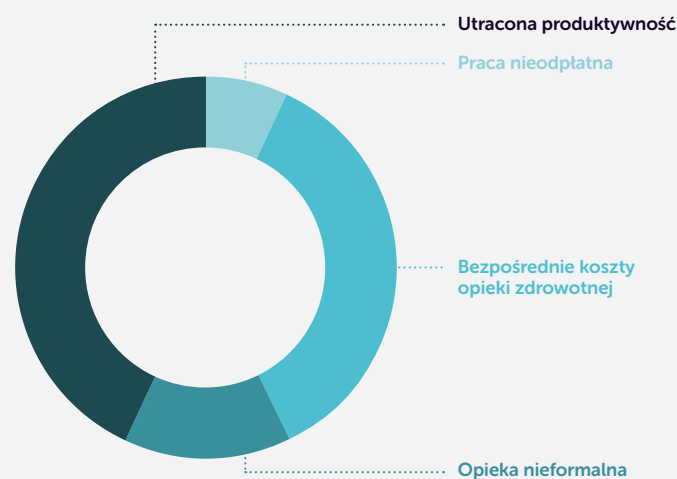


Koszty ekonomiczne nowotworów

Decyzje związane z opieką onkologiczną uwzględniają często jedynie koszty bezpośrednie nowotworów. Tymczasem w Polsce koszty pośrednie stanowią aż 64% całościowych kosztów ekonomicznych nowotworów.

Koszty bezpośrednie w onkologii – związane z podstawową opieką medyczną, opieką ambulatoryjną i szpitalną, opieką doraźną, opieką długoterminową oraz kosztem leków – stanowią jedynie 36% całościowych kosztów ekonomicznych. Największy udział w łącznych kosztach nowotworów – 43% – stanowią koszty związane z utraconą produktywnością, czyli utratą pracy zarobkowej pacjentów ze względu na ich stan (chorobę lub śmierć). Opieka nieformalna stanowi 14% kosztów (koszty pracy opiekunów świadczących wsparcie dla pacjentów onkologicznych), a 7% kosztów związane jest z utratą pracy nieodpłatnej (np. wolontariatu). (Ryc. 7)

Ryc. 7: Udział poszczególnych rodzajów kosztów w łącznych kosztach nowotworów w Polsce³

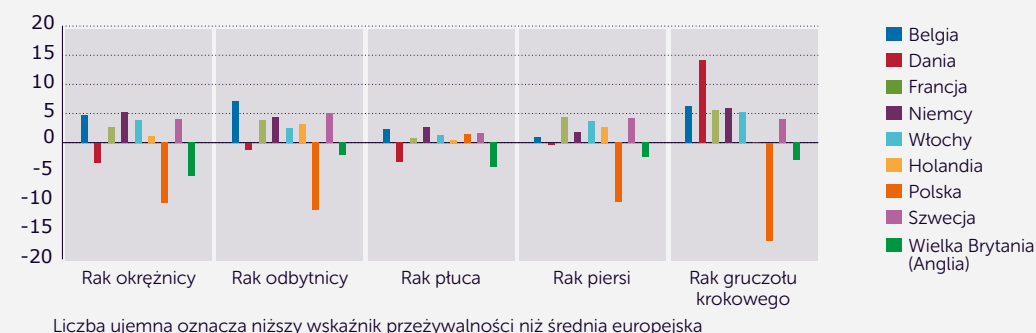


Przeżywalność

Polska ma znacznie niższe wskaźniki przeżywalności dla większości typów nowotworów niż średnia europejska oraz kraje sąsiednie. Dzięki rozwojowi technologii medycznych różnica ta nieznacznie uległa zmniejszeniu w ostatnich latach, ale w przypadku wielu typów nowotworów rokowania chorych są nadal dużo gorsze niż w Europie Zachodniej.

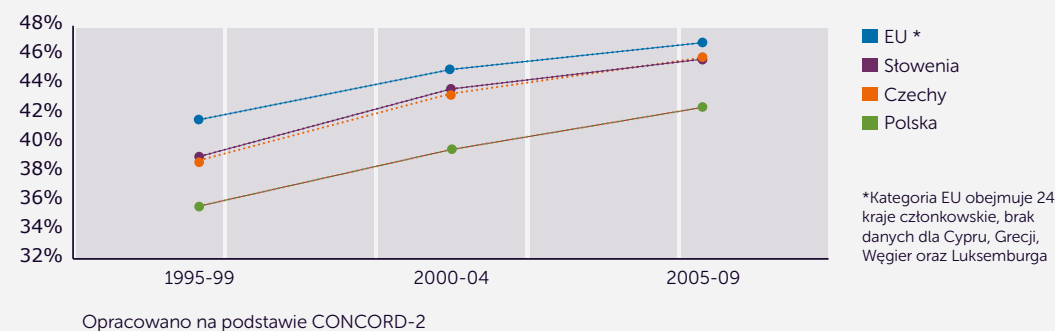
Zgodnie z poniższym wykresem, w przypadku czterech typów nowotworów (okreźnicy, odbytnicy, piersi i gruczołu krokowego) Polska ma zdecydowanie gorsze wskaźniki przeżywalności w stosunku do średniej europejskiej. Wskaźniki przeżywalności w przypadku raka płuca w Polsce są porównywalne ze średnią europejską – wynika to z faktu, że rak płuca stanowi wyzwanie dla całej Europy i jest chorobą o największym obciążeniu spośród wszystkich typów nowotworów³. Rak płuca jest również pierwszą przyczyną zgonów w Polsce dla kobiet i mężczyzn. W Polsce w 2013 r. raportowano 21 524 nowych przypadków zachorowań na raka płuca oraz 22 628 zgonów z powodu raka płuca – najwięcej spośród wszystkich nowotworów złośliwych^{6,7}. (Ryc. 8)

Ryc. 8: Pięcioletnie przeżycie dla wybranych krajów w stosunku do średniej europejskiej³



Poniższy wykres przedstawia dynamikę 5-letniej przeżywalności na nowotwory (łącznie dla kobiet i mężczyzn) w wybranych krajach europejskich. Polska cechuje się dużo niższymi wskaźnikami przeżywalności niż Słowenia czy Czechy. (Ryc. 9)

Ryc. 9: Dynamika 5-letniej przeżywalności na nowotwory w wybranych krajach europejskich w latach 1995-2009



Rekomendacje dla Polski

1. Efektywniejsza alokacja dostępnych zasobów na opiekę onkologiczną

„Należałoby zacząć od weryfikacji koszyka świadczeń gwarantowanych, bo niewątpliwie wiele świadczeń można by z niego usunąć” – prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski, Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie

„Jeśli działania naprawcze oparte są na dobrych wzorach, to wcale nie muszą wymagać wielkich nakładów. Należy dążyć do utworzenia zobiektywizowanego i transparentnego systemu referencyjności. Trzeba jasno określić potrzeby i do nich dostosować liczbę ośrodków, ich infrastrukturę i stopień referencyjności” – prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

„Zwiększenie efektywności systemu walki z nowotworami wymaga poprawy jakości i zakresu gromadzonych danych” – dr n. med. Joanna Didkowska, Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie, Kierownik Krajowego Rejestru Nowotworów





Jakość opieki onkologicznej, którą otrzymują pacjenci w różnych krajach, jest ściśle powiązana z poziomem finansowania. Przy ograniczonych nakładach, którymi dysponuje polska onkologia, istnieje pilna potrzeba zapewnienia, że dostępne środki będą wykorzystane w sposób optymalny, który przyniesie możliwie największe korzyści dla pacjentów.

Aktualnie z budżetu państwa finansowanych jest wiele interwencji budzących wątpliwości. W tym kontekście zapowiadana przez Ministerstwo Zdrowia **rewizja koszyka świadczeń gwarantowanych**⁹ jest szansą na jego uporządkowanie poprzez usunięcie procedur nieskutecznych lub przestarzałych na rzecz tych, które przynoszą realne korzyści pacjentom. W koszyku powinny

znaleźć się zarówno minimalna interwencja zdrowotna, jak i szczepienia przeciwko HPV oraz finansowane z publicznych środków programy przesiewowe w kierunku raka piersi i raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego.

Racjonalizacja wydatków wiąże się z potrzebą identyfikacji, a docelowo redukcji wydatków o niewielkiej efektywności w onkologii. Przykładowo, postulatem od lat wysuwany przez ekspertów i organizacje pacjenckie jest przechodzenie z obecnie dominującego szpitalnego modelu leczenia nowotworów na znacznie tańszy system ambulatoryjny¹⁰.

Lepsza alokacja środków wymaga **inwestycji w poprawę jakości i zakresu gromadzonych danych**. Niezbędne jest **stworzenie mechanizmu systemowego monitorowania kosztów leczenia względem skuteczności**.

Za sprawą Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce nastąpiła znacząca poprawa w zakresie gromadzenia danych epidemiologicznych o nowotworach, jednak konieczne jest dalsze wzmocnienie rejestrów, których rolą jest śledzenie postępów w zwalczaniu nowotworów, w tym wychwytywanie działań, które są skuteczne i nieskuteczne^{10,11}.

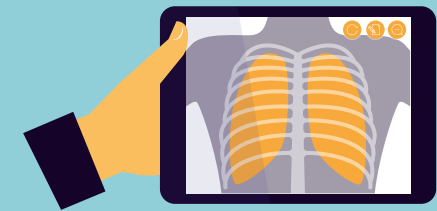
Racjonalizacja wydatków na onkologię jest ściśle powiązana z **oceną jakości opieki. Kluczowa w tym kontekście jest referencyjność oddziałów onkologicznych połączona z certyfikowaniem ośrodków zapewniających najskuteczniejszą opiekę**. Gwarancją jakości opieki jest skala doświadczenia udokumentowana odpowiednią liczbą leczonych chorych oraz kompetencje, przy czym te ostatnie również wynikają z doświadczenia. Rozwiązaniem powinna być centralizacja wysokospecjalistycznych procedur, takich jak radioterapia, wysokospecjalistyczna chirurgia, leczenie nowotworów rzadkich oraz bardziej skomplikowanych przypadków klinicznych. Z kolei bliżej pacjenta powinny być dostępne procedury związane m.in. z leczeniem częstych nowotworów oraz z opieką paliatywną, rehabilitacją, opieką pielęgniarską i psychoonkologią. Istotną rolę też może odegrać poradnictwo na poziomie regionalnym, gdzie powinna się znaleźć podstawowa diagnostyka działająca na zasadzie szybkiego rozpoznania. Takie rozwiązanie przyniosłoby zdecydowaną korzyść dla pacjentów – uzyskaliby oni najwyższą jakość usług na odpowiednim dla swoich potrzeb poziomie.

Zaobserwowanym problemem w Polsce jest również brak zachęt finansowych do stosowania leczenia małoinwazyjnego. Przykładowo, zastosowanie laparoskopii w leczeniu raka jelita grubego w naszym kraju należy raczej do rzadkości. Tymczasem, różnica kosztów takiej operacji w stosunku do zabiegów otwartych jest stosunkowo niewielka, a przy okazji pozwala zminimalizować koszty pośrednie związane z długością pobytu w szpitalu.

Lepsza alokacja środków mogłaby także przyczynić się do poprawy dostępu do diagnostyki. Niedofinansowanie procesu diagnozowania sprawia bowiem, że pacjenci już na starcie tracą szansę na pokonanie choroby.

2. Zwiększenie roli profilaktyki pierwotnej oraz badań przesiewowych

„Wiele nowotworów nie musiałyby być śmiertelnym zagrożeniem, gdyby były wcześniej zdiagnozowane i leczone. Dlatego tak ważna jest edukacja społeczeństwa i dostęp do badań przesiewowych o wysokiej jakości”
– prof. dr hab. n. med. Jacek Fijuth,
Kierownik Zakładu Teleradioterapii w Regionalnym Ośrodku Onkologicznym w Łodzi, Kierownik Zakładu Radioterapii Katedry Onkologii UM w Łodzi, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego



Szacuje się, że ponad jednej trzeciej zachorowań na nowotwory można by zapobiec poprzez pozytywne zmiany stylu życia, dotyczące m.in. zaprzestania palenia, regularnej aktywności fizycznej oraz odpowiedniego sposobu odżywiania¹². Profilaktyka pierwotna oferuje najbardziej optymalny długoterminowy sposób zmniejszania obciążenia chorobami, dlatego znajduje się w centrum zainteresowania decydentów zarówno na poziomie europejskim, jak i krajowym. Komisja Europejska stworzyła Europejski Kodeks Walki z Rakiem, którego czwarta edycja obowiązuje od 2014 roku¹³. Kodeks zawiera 12 zaleceń redukujących ryzyko zachorowania na nowotwory, takich jak eliminacja palenia tytoniu, prawidłowy sposób odżywiania, ograniczenie spożywania alkoholu, unikanie nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne czy karmienie piersią wtedy, kiedy to możliwe. Zalecenia Kodeksu powinny być szeroko promowane w Polsce w formie bezpośredniej. Ważną rolę powinna odgrywać **edukacja zdrowotna społeczeństwa** zmierzająca do podnoszenia poziomu wiedzy o czynnikach ryzyka zachorowania na nowotwory, jak również o działaniach i zachowaniach mogących wpłynąć na jego zmniejszenie¹⁰.

W przypadku wielu nowotworów szansa na wyleczenie znacznie wzrasta, jeśli choroba zostanie rozpoznana we wczesnym stadium. Wówczas decydującą rolę odgrywa profilaktyka wtórna, czyli badania przesiewowe (skryningi), których celem jest wykrycie potencjalnie istniejącego ogniska nowotworu u osób, które nie wykazują żadnych jego oznak i objawów. Rada Unii Europejskiej zaleciła realizację programów badań przesiewowych w kierunku raka

piersi, raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego, zgodnie z europejskimi wytycznymi w zakresie zapewniania jakości¹⁴. Polska wdrożyła programy dla wszystkich trzech typów nowotworów, jednak poziom objęcia populacji badaniami jest niewielki – wynosi on 43,3% dla raka piersi oraz 21,1% dla raka szyjki macicy^{3,15}, zaś w odniesieniu do raka jelita grubego, 90,6% populacji kwalifikującej się nigdy nie przeszła badań przesiewowych w kierunku tego typu nowotworu⁵. Tymczasem uznaje się, że skryning może być skuteczny, jeśli obejmuje 70% społeczeństwa. Niezadowalające wyniki skryningu w Polsce są niewątpliwie rezultatem niskiej świadomości. W tym kontekście niepokojące jest zawieszenie wysyłania zaproszeń na mammografię i cytologię ze względu na stwierdzenie ich niezgodności z przepisami o ochronie danych osobowych. Ministerstwo Zdrowia powinno niezwłocznie podjąć działania organizacyjno-prawne w celu przywrócenia zaproszeń, które są krytycznym elementem działań profilaktycznych. **Poprawa wskaźnika efektywności wykonywania badań przesiewowych zależy od skutecznych akcji informacyjnych.** Kampanie informacyjne powinny być prowadzone we współpracy z organizacjami pacjenckimi¹⁶.

Istotną rolę w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej mają do odegrania **Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)** i lekarze pierwszego kontaktu. Lekarze ci zajmują szczególną pozycję w systemie ochrony zdrowia i cieszą się dużym zaufaniem społecznym, co powinno obligować ich do identyfikacji czynników ryzyka wystąpienia nowotworów oraz monitorowania grup podwyższonego ryzyka zachorowania, a także promowania uczestnictwa w badaniach przesiewowych.

3. Zapewnienie szybszego i szerszego dostępu do innowacyjnych technologii medycznych

„Mamy świadomość, że w Europie dostępne są technologie medyczne mogące przedłużyć życie, ale polscy pacjenci często nie mogą z nich korzystać” – Szymon Chrostowski, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych



„To, co wydaje się być droższe dla budżetu, należy analizować biorąc pod uwagę koszty pośrednie. Ostatecznie może się okazać, że droższe rozwiązanie w przyszłości może przynieść o wiele więcej korzyści i być bardziej optymalnym” – Ewelina Szmytke, członek Zarządu Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca



„Stosowanie progu efektywności kosztowej w odniesieniu do szeroko rozumianych wskazań rzadkich jest nieuzasadnione. Potrzebna jest nie tylko zmiana i doprecyzowanie przepisów w tej materii, ale również ich egzekwowanie” – dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego i programu MBA w ochronie zdrowia Uczelni Łazarskiego



Konkluzje Rady Unii Europejskiej z 2014 roku w sprawie innowacji dla dobra pacjentów¹⁷ zawierają apel do państw członkowskich, by te „debatowały nad krajowymi inicjatywami w zakresie dostępu pacjenta do innowacyjnych leków na wczesnym etapie oraz nad możliwością intensywniejszej wymiany informacji i współpracy w zakresie indywidualnego stosowania, aby jak najbardziej zwiększyć możliwości dostępu pacjentów z całej UE do innowacyjnych leków”.

W Polsce procedura objęcia finansowaniem ze środków publicznych innowacyjnych technologii medycznych jest skomplikowana i długotrwała. W związku z tym, potrzebne jest stworzenie „szybkiej ścieżki” dla decyzji refundacyjnych w przypadku innowacyjnych terapii onkologicznych lub nowych metod diagnostycznych¹⁰. Dostęp do innowacji mógłby zostać przyspieszony poprzez **wykorzystanie refundacji warunkowej w odniesieniu do wybranych, szczególnie wartościowych terapii popartych badaniami klinicznymi**.

Sposobem na skrócenie czasu od rejestracji do refundacji mogłoby być również **wykorzystanie przy ocenie technologii medycznych analizy klinicznej Europejskiej Agencji Leków (EMA), ograniczając tym samym ocenę krajową do analizy ekonomicznej oraz wpływu na budżet płatnika**.

Aktualnie, pomimo pewnej elastyczności ze strony Ministerstwa Zdrowia, brakuje w Polsce systemowego rozwiązania, które umożliwiłoby udostępnianie przez producentów leków skutecznych, ale jeszcze niezarejestrowanych. **Wprowadzenie compassionate use^{18,19}**, przewidziane w projekcie nowelizacji ustawy refundacyjnej, ułatwi ciężko

chorem dostęp do nowych opcji leczenia pozostających formalnie w fazie badań.

Poprawy wymaga również kwestia **zaopatrywania pacjentów w okresie przejściowym**. Aktualnie, z powodu braku systemowego rozwiązania w postaci mechanizmu stosowanego w tym okresie, znaczna część pacjentów pozostaje wykluczona z programów lekowych, jeśli brali oni wcześniej udział w innych programach lekowych lub w badaniach klinicznych.

Stosowanie progu 3xPKB/QALY jako kryterium wykluczającego w ocenie ekonomicznej technologii medycznych postrzegane jest jako poważna bariera w dostępie do innowacyjnych leków^{3,18}. Zasadniczym problemem jest brak elastyczności w podejściu do progowej wartości kosztu QALY. Obecnie Polska jest jedynym krajem, który stosuje w ocenie ekonomicznej jednakowe podejście do wszystkich terapii i chorób bez wyjątku. Stosowanie tego wskaźnika jest szczególnie nieuzasadnione w odniesieniu do chorób rzadkich i ultraradkich. Warto odnotować, że w onkologii mamy coraz częściej do czynienia z rozpoznaniem rzadkimi, co związane jest między innymi z rozwojem diagnostyki molekularnej. Projekt nowelizacji ustawy refundacyjnej ma częściowo rozwiązać ten problem – zakłada bowiem stosowanie podejścia egalitarnego w stosunku do leków sierocych. Zalecane jest stosowanie podejścia egalitarnego w stosunku do szeroko rozumianej kategorii wskazań rzadkich. Dlatego też konieczne jest **precyzyjne zdefiniowanie pojęć takich jak wskazania „rzadkie”, „ultraradkie” i „specyficzne” – dla każdej z tych kategorii powinny być zaproponowane odrębne rozwiązania odchodzące od konieczności spełnienia kryterium trzykrotności PKB**. Niezbędna jest również większa elastyczność w

podejmowaniu decyzji związanych z oceną technologii medycznych, gdyż istnieje szereg nowotworów niemieszczących się w żadnej z powyższych kategorii, dla których aktualnie brakuje rozwiązań.

Niezbędne będzie także **wypracowanie formuły finansowania wczesnego dostępu w postaci na przykład wyodrębnionego budżetu w planie finansowym płatnika** powiązanego z wielkością ustawowej rezerwy przeznaczonej na nowe leki²⁰. Należy przy tym podkreślić, że obok zapewnienia korzystnych przepisów w tej materii, równie ważnym elementem jest ich egzekwowanie.

Algorytmy oceny wartości dodanej nowych leków, na wzór narzędzia zaproponowanego przez ekspertów polskich onkologicznych towarzystw naukowych PTOK i PTO²¹, powinny być poddane szczegółowej analizie z intencją wdrożenia do praktyki. Podobne rozwiązanie przyjęto się z sukcesem w brytyjskim i szwajcarskim systemie ochrony zdrowia¹⁵. Algorytm dostosowany do polskich warunków powinien być wykorzystywany przy implementacji mechanizmu wczesnego dostępu w celu

wyselekcjonowania najbardziej skutecznych nowych technologii.

Istnieje również potrzeba poszerzenia zakresu podmiotów upoważnionych do wnioskowania o stworzenie programu lekowego dla wskazań pozarejestacyjnych. Oprócz podmiotu odpowiedzialnego, możliwość składania wniosków powinna przysługiwać również towarzystwom naukowym, konsultantowi krajowemu czy Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Zalecane jest również **rozważenie możliwości centralnego zakupu wysokokosztowych leków onkologicznych**. Do zalet centralnego zakupu leków należą racjonalizacja wydatków z budżetu państwa, niższa cena leków (jako że efekt skali daje większą siłę przetargową w negocjacjach), pełna kontrola nad wydatkami, przejrzystość w stosunku do wykorzystania leków oraz – przede wszystkim – większy dostęp do leków dla pacjentów²². Takie rozwiązanie w odniesieniu do wysokokosztowych leków onkologicznych byłoby również korzystne dla szpitali w związku ze zmniejszeniem problemów związanych z rozliczaniem leków.

4. Uwzględnienie perspektywy pacjentów we wszystkich decyzjach związanych z procesem planowania, wdrażania i oceny opieki onkologicznej

„Jeśli chcemy, by prawodawstwo i praktyka odzwierciedlały prawdziwe potrzeby pacjentów, musimy proaktywnie zaangażować organizacje pacjenckie w proces decyzyjny”
– Elżbieta Kozik, Prezes Stowarzyszenia Polskie Amazonki Ruch Społeczny



Decyzje podejmowane przez resort zdrowia dotyczące tego, które technologie są refundowane, a które nie, powinny być oparte na efektywności definiowanej jako największa korzyść dla pacjenta w ramach dostępnych zasobów. Przy podejmowaniu decyzji odnośnie wyboru priorytetowych interwencji należy zawsze brać pod uwagę perspektywę pacjenta. To z kolei wymaga zaangażowania pacjentów i ich przedstawicieli w decyzje związane z procesem planowania, wdrażania i oceny opieki onkologicznej, w tym w proces oceny technologii medycznych.

Tymczasem, wnioski z badania przeprowadzonego przez European Patient Forum w ramach projektu European Patients' Academy on Therapeutic Innovation (EUPATI)²³ pokazują, że pacjenci są niewystarczająco reprezentowani w decyzjach dotyczących oceny technologii medycznych w krajach europejskich. Często to lekarze, a nie sami pacjenci, reprezentują perspektywę pacjentów. Pięciu z 18 decydentów zapowiedziało w badaniu, że nie zamierza angażować pacjentów w proces oceny technologii medycznych, a 6 odpowiedziało „nie wiem” albo nie udzieliło odpowiedzi. Ponadto, pomimo zasięgania opinii pacjentów, często nie są one uwzględniane w ostatecznych decyzjach.

W Polsce w ostatnim czasie nastąpiły pod tym względem pozytywne zmiany. Na pochwałę zasługuje praktyka AOTMiT polegająca na zasięgnięciu opinii organizacji pacjenckich przy ocenie danej technologii medycznej. Wartością dodaną opinii pacjentów jest wskazanie realnej sytuacji danej grupy chorych – ich potrzeb, problemów oraz oczekiwań w kontekście danego schorzenia. Zdarza się, że organizacje pacjenckie mogą pokrótce przedstawić swoje stanowisko na posiedzeniach Rady Przejrzystości, choć nie jest to powszechna praktyka. Zasadne jest również zapewnienie uczestnictwa pacjentów lub ich przedstawicieli w komisjach bioetycznych – takie rozwiązanie jest zgodne z unijnym Rozporządzeniem 536/14 w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi²⁴, które wejdzie w życie we wszystkich krajach UE w 2018 roku oraz powinno znaleźć się w nowej polskiej ustawie o badaniach klinicznych.

Uczestnictwo w decyzjach dotyczących planowania, wdrażania i oceny opieki onkologicznej wymaga kompetencji. Niezbędne są **inwestycje w edukację przedstawicieli pacjentów** w zakresie badań klinicznych, procedur rejestracji i refundacji nowych leków oraz analiz farmakoekonomicznych, **tak aby mogli oni w sposób w pełni świadomy reprezentować perspektywę pacjentów w tych decyzjach.**

5. Poprawa dostępu pacjentów do badań klinicznych

„Badania kliniczne są często nie ostatnią szansą pacjenta na przedłużenie życia, ale zalecaną lub jedyną możliwą”

– prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

„Pacjenci chcą mieć dostęp do informacji o prowadzonych badaniach klinicznych, ale często nie wiedzą, gdzie ich szukać. Dobrym rozwiązaniem byłoby stworzenie krajowego portalu zawierającego kompletne i aktualne informacje” – Kamil Dolecki, Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Mięsaki „SARCOMA”



Polska jest krajem z dużym potencjałem w zakresie możliwości prowadzenia badań klinicznych ze względu na dużą populację pacjentów, dobrze wykwalifikowanych specjalistów oraz stosunkowo niskie koszty. Potencjał ten pozostaje jednak niewykorzystany. Dane z ostatnich lat pokazują spadek liczby prowadzonych badań klinicznych w Polsce z 469 w 2009 r. do 396 w 2014 r²⁵. Oznacza to także zmniejszenie liczby pacjentów, którzy dzięki badaniom klinicznym uzyskali dostęp do najbardziej innowacyjnych leków. Liczba badań w Polsce w przeliczeniu na mln mieszkańców wynosi 10,4 – znacznie mniej niż w sąsiednich Czechach (24,5) lub na Węgrzech (22,5)²⁵.

Tendencja ta jest bardzo niepokojąca. Badania kliniczne stanowią wielką, często jedyną szansę dla pacjentów na dostęp do leku mogącego zapewnić poprawę stanu zdrowia. Wiązą się również z wyższym standardem opieki i dają szansę na odbycie bezpłatnych badań przesiewowych, które często pozwalają na wczesną diagnozę innych niebezpiecznych schorzeń. Dla wielu pacjentów ważną jest satysfakcja związana ze świadomością udziału w procesie, który może przyczynić się do polepszenia terapii, zarówno w swoim przypadku, jak i innych pacjentów z daną jednostką chorobową. W ciągu ostatnich lat w Polsce udało się wyedukować pacjentów i lekarzy w zakresie korzyści, jakie niosą badania kliniczne. Nadal jednak krążą na ich temat nieprawdziwe wyobrażenia, co potwierdza potrzebę dalszych wysiłków związanych z edukacją.

Rozwój badań klinicznych w naszym kraju wymaga przede wszystkim wsparcia instytucjonalnego. Kluczowe jest uznanie przez rząd roli badań klinicznych w rozwoju polskiej gospodarki. Aktualnie rząd pracuje nad wskaźnikiem oceniającym zaangażowanie firm farmaceutycznych

w gospodarce, który winien uwzględniać nakłady na działalność badawczo-rozwojową, w tym udział w prowadzeniu badań klinicznych na terenie Polski. Niezbędne są **działania legislacyjne zmierzające do poprawy atrakcyjności i konkurencyjności Polski jako kraju przyjaznego badaniom klinicznym** poprzez m.in. zachęty finansowo-podatkowe, wspieranie szpitali biorących udział w badaniach oraz zachęty do wprowadzania koordynatorów ds. współpracy ze sponsorami badań klinicznych²⁵.

Nowe unijne Rozporządzenie w sprawie badań klinicznych²⁴, które wejdzie w życie w 2018 roku i obowiązywać będzie bezpośrednio we wszystkich krajach UE, stanowi szansę na zniesienie barier i usprawnienie procesu rejestracji i prowadzenia badań klinicznych. Istnieje jednak szereg obszarów w polskich przepisach, które należy uregulować lub doprecyzować, aby były one zgodne z Rozporządzeniem. Należą do nich między innymi kwestia załączenia zawartych umów o badanie kliniczne do dokumentacji wniosku o wydanie pozwolenia na prowadzenie badania klinicznego, odpowiedzialność cywilna sponsora, badacza i ośrodka, dostęp pacjentów do leku badanego po zakończeniu badania klinicznego, ocena badacza i weryfikacja ośrodka, a także przejrzysty podział świadczeń opieki zdrowotnej na finansowane przez płatnika publicznego oraz sponsora badania klinicznego.

Dostęp pacjentów do badań klinicznych jest ściśle powiązany z łatwym dostępem do informacji na temat trwających badań. Aktualnie wiele z badań klinicznych się nie odbywa, ponieważ nie udaje się zrekrutować uczestników ze względu na brak wiedzy o trwających badaniach. Organizacje pozarządowe wielokrotnie wskazywały na potrzebę **stworzenia krajowego portalu informacyjnego dotyczącego badań**

klinicznych¹⁸. Naprzeciw tym apelom wychodzi inicjatywa Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej zmierzająca do stworzenia platformy „Interaktywna Baza Badań Klinicznych (iBBK)”, która swoim zasięgiem powinna objąć zdecydowaną większość onkologów w Polsce. Zaletami bazy będą regularna aktualizacja informacji oraz call center pozwalający na szybkie ustalenie wizyty pacjenta w najbliższym dla jego miejsca zamieszkania ośrodku prowadzącym badanie. Dostęp do iBBK będą mieli tylko lekarze z uwagi na konieczność odniesienia się do merytorycznych informacji. Zgodnie z założeniami PTOK, w ciągu 5 lat iBBK powinna umożliwić podwojenie liczby chorych uczestniczących w badaniach klinicznych w Polsce.

Sukces platformy jest uzależniony od promowania wiedzy na jej temat wśród

lekarzy oraz pacjentów. Odpowiedzią na tę potrzebę mogłaby być kampania świadomościowa skierowana dwutorowo – do pacjentów szpitali oraz do całego społeczeństwa, jako że w niemal każdej rodzinie jest ktoś chorujący na raka. Kampanię można by połączyć z szeroką promocją Europejskiej Karty Praw Pacjenta Onkologicznego, która daje pacjentom z nowotworami podstawę do upominania się o przysługujące im prawa.

Należy również stworzyć przystępne narzędzie informacyjne dla samych pacjentów, które pomogłoby im w łatwiejszym dostępie do badań klinicznych. Choć istnieje już szereg specjalistycznych portali internetowych, większość z nich dostępna jest jednak jedynie w języku angielskim, przez co identyfikacja polskich ośrodków badawczych jest utrudniona.

Skrót rekomendacji

Efektywniejsza alokacja dostępnych zasobów na opiekę onkologiczną

- Weryfikacja koszyka świadczeń gwarantowanych przez Ministerstwo Zdrowia
- Inwestowanie w poprawę jakości i zakresu gromadzonych danych; stworzenie mechanizmu systemowego monitorowania kosztów leczenia w stosunku do skuteczności
- Wprowadzenie kontroli jakości jako podstawy oceny oddziaływań onkologicznych

Zwiększenie roli profilaktyki pierwotnej oraz badań przesiewowych

- Podnoszenie poziomu wiedzy o czynnikach ryzyka zachorowania na nowotwory oraz o działaniach i zachowaniach mogących wpłynąć na jego zmniejszenie
- Poprawa wskaźnika częstości wykonywania badań przesiewowych poprzez przywrócenie zaproszeń i skuteczne kampanie informacyjne z udziałem organizacji pacjenckich
- Zwiększenie zaangażowania lekarzy POZ w profilaktykę pierwotną i wtórną nowotworów

Zapewnienie szybszego i szerszego dostępu do innowacyjnych technologii medycznych

- Wykorzystanie refundacji warunkowej w odniesieniu do wybranych, szczególnie wartościowych terapii popartych badaniami klinicznymi
- Wykorzystanie przy ocenie technologii medycznych analizy klinicznej Europejskiej Agencji Leków (EMA), ograniczając tym samym ocenę krajową do analizy ekonomicznej oraz wpływu na budżet płatnika
- Wprowadzenie systemu compassionate use
- Rozwiązanie kwestii zaopatrywania pacjentów w okresie przejściowym
- Odejście od konieczności spełnienia kryterium trzykrotności PKB w stosunku do chorób rzadkich, ultraradkich i specyficznych oraz precyzyjne zdefiniowanie wymienionych pojęć
- Wypracowanie formuły finansowania wczesnego dostępu w postaci na przykład wyodrębnionego budżetu w planie finansowym płatnika
- Poddanie szczegółowej analizie algorytmów oceny wartości dodanej nowych leków (na wzór algorytmu PTO i PTOK) z intencją wdrożenia do praktyki
- Poszerzenia zakresu podmiotów upoważnionych do wnioskowania o stworzenie programu lekowego o towarzystwa naukowe, konsultanta krajowego oraz Prezesa AOTMiT
- Rozważenie możliwości centralnego zakupu wysokokosztowych leków onkologicznych

Uwzględnienie perspektywy pacjentów we wszystkich decyzjach związanych z procesem planowania, wdrażania i oceny opieki onkologicznej

- Zapewnienie udziału przedstawicieli pacjentów w gremiach decyzyjnych
- Inwestycje w edukację przedstawicieli pacjentów w zakresie badań klinicznych, procedur rejestracji i refundacji nowych leków oraz analiz farmakoekonomicznych w celu świadomego reprezentowania perspektywy pacjentów w decyzjach

Poprawa dostępu pacjentów do badań klinicznych

- Zapewnienie wsparcia instytucjonalnego dla rozwoju badań klinicznych w Polsce
- Stworzenie krajowego portalu informacyjnego dotyczącego badań klinicznych („Interaktywna Baza Badań Klinicznych”)
- Aktywne rozpowszechnianie wiedzy na temat platformy wśród pacjentów



Spis rycin

Ryc. 1: Wydatki rządowe na opiekę zdrowotną oraz inne obszary w % PKB	10
Ryc. 2: Wydatki rządowe na opiekę zdrowotną per capita w euro w 2014 r.	11
Ryc. 3: Wydatki rządowe na onkologię per capita w euro	11
Ryc. 4: Udział poszczególnych chorób w całkowitym obciążeniu chorobami w Polsce w 2013 r.	12
Ryc. 5: Udział poszczególnych chorób nowotworowych w całkowitym obciążeniu chorobami w Polsce w 2013 r.	12
Ryc. 6: Wydatki na opiekę onkologiczną w stosunku do obciążenia chorobą dla czterech głównych typów nowotworów	13
Ryc. 7: Udział poszczególnych rodzajów kosztów w łącznych kosztach nowotworów w Polsce	14
Ryc. 8: Pięcioletnie przeżycie dla wybranych krajów w stosunku do średniej europejskiej	15
Ryc. 9: Dynamika 5-letniej przeżywalności na nowotwory w wybranych krajach europejskich w latach 1995-2009	15

Bibliografia

1. Krajowy Rejestr Nowotworów, 2012
2. Lawler et al. A Catalyst for Change: The European Cancer Patient's Bill of Rights. European Cancer Concord. 2014. <https://sto-online.org/ecp-bill-of-rights> [dostęp 10.10.2016]
3. Cole et al. Improving Efficiency and Resource Allocation in Future Cancer Care. Office of Health Economics/The Swedish Institute for Health Economics, London 2016
4. Eurostat. Health care expenditure statistics. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha11_hp&lang=en [dostęp 16.11.2016]
5. EY Polska. Dostępność innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii. Raport przygotowany na zlecenie Alivii Fundacji Onkologicznej Osób Młodych przez firmę EY Polska. 2015. https://www.alivia.org.plraport2015/15_04_2015_Raport_innowacyjne_leki.pdf [dostęp 10.10.2016]
6. Słomska E, Wrona W, Niewada M. Obraz raka płuca w Polsce. Leczenie farmakologiczne dziś i jutro. HealthQuest. Warszawa 2016
7. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie. Krajowy Rejestr Nowotworów <http://85.128.14.124/Krn> [dostęp 07.12.2015]
8. Allemani et al. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)62038-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)62038-9/fulltext) [dostęp 04.01.2017]
9. PAP/Rynek Zdrowia. MZ zapowiada gruntowną reformę koszyka świadczeń gwarantowanych. 23 grudnia 2015. <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/MZ-zapowiada-gruntowna-reforme-koszyka-swiadczen-gwarantowanych,157843,14.html> [dostęp 26.10.2016]
10. Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015 – 2024. Czerwiec 2016 http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/startegia_walki_z_rakiem_2016_final.pdf [dostęp 10.10.2016]
11. Kozierkiewicz A, Jassem J. Narodowe strategie zwalczania nowotworów: doświadczenia, struktura, dobre praktyki. Nowotwory Journal of Oncology 2013; 63: 368-374
12. European Commission, Major and chronic diseases - Cancer. European Commission: Public Health, 2015. http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cancer/ [dostęp 10.10.2016]
13. Komisja Europejska. Europejski Kodeks Walki z Rakiem. 12 sposobów na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka, 2014. <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl/12-sposobow> [dostęp 10.10.2016]
14. Zalecenie Rady z dnia 2 grudnia 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku nowotworów (Dz.U. L 327 z 16.12.2003). Zob. także europejskie wytyczne w zakresie zapewniania jakości badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego i jego diagnozowania, badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy oraz badań przesiewowych w kierunku raka sutka i jego diagnozowania
15. Ministerstwo Zdrowia, 2015. Sprawozdanie z realizacji narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w 2013 r.
16. Obywatelskie Porozumienie na Rzecz Onkologii. Raport: Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych – analiza realizacji. Październik 2014
17. Konkluzje Rady Unii Europejskiej w sprawie innowacji dla dobra pacjentów (Dz. U. UE C z dnia 6 grudnia 2014 r., 2014/C 438/06)
18. V Forum Pacjentów Onkologicznych – relacja, 2016. <http://www.pkopo.pl/aktualnosci/2016/309> [dostęp 10.10.2016]
19. 10 postulatów pacjentów onkologicznych do systemu refundacyjnego – organizacje pacjenckie oczekują od Ministra Zdrowia oraz Parlamentarzystów uwzględnienia swoich propozycji. 2016. http://onkocafe.pl/images/dokumenty/informacja_prasowa_postulaty.pdf [dostęp 10.10.2016]
20. Zysk i in. Mechanizmy wczesnego dostępu do leków innowacyjnych na świecie ze szczególnym uwzględnieniem terapii onkologicznych. Kierunki zmian. Uczelnia Łazarskiego. Warszawa 2016
21. Krzakowski i in. Algorytm oceny wartości nowych leków przeciwnowotworowych – propozycje Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Onkologia w Praktyce Klinicznej. 2015 11(1): 9–15
22. Centralne zakupy produktów leczniczych na przykładzie leków przeciw AIDS. <http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/mec-katarzyna-bondaryk-centralne-zakupy-lekow-n.pdf> [dostęp 10.10.2016]
23. European Patients' Forum. Patient Involvement in Health Technology Assessment in Europe. Results of the EPF Survey. Brussels 2012. <http://www.eu-patient.eu/globalassets/projects/hta/hta-epf-final-report2013.pdf> [dostęp 10.10.2016]
24. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE (Dz. U. UE C z dnia 27 maja 2014 r.)
25. PwC. Badania kliniczne w Polsce. Grudzień 2015. <http://www.pwc.pl/pl/pdf/badania-kliniczne-raport-pwc.pdf> [dostęp 10.10.2016]

Spis treści

Członkowie Polskiej Grupy Sterującej All.Can	4
Wstęp	6
Stan polskiej onkologii na tle wybranych krajów europejskich	10
Finansowanie opieki zdrowotnej i onkologicznej	10
Obciążenie chorobą	12
Wydatki w stosunku do obciążenia chorobą	13
Koszty ekonomiczne nowotworów	14
Przeżywalność	15
Rekomendacje dla Polski	17
1. Efektywniejsza alokacja dostępnych zasobów na opiekę onkologiczną.....	17
2. Zwiększenie roli profilaktyki pierwotnej oraz badań przesiewowych.....	21
3. Zapewnienie szybszego i szerszego dostępu do innowacyjnych technologii medycznych	23
4. Uwzględnienie perspektywy pacjentów we wszystkich decyzjach związanych z procesem planowania, wdrażania i oceny opieki onkologicznej.....	27
5. Poprawa dostępu pacjentów do badań klinicznych	29
Skrót rekomendacji	32
Spis rycin	35
Bibliografia	37

Redakcja

Katarzyna Colombani – RPP Group – Rohde Public Policy

Raport został opracowany przez członków polskiej Grupy Sterującej w ramach projektu All.Can oraz zredagowany przez firmę RPP Group – Rohde Public Policy, przy wsparciu finansowym firm Bristol-Myers Squibb (sponsor główny) oraz Amgen i MSD.

Niniejszy dokument jest wynikiem porozumienia członków polskiej Grupy Sterującej i nie stanowi reklamy jakichkolwiek produktów medycznych.

