

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: czwartek, 15, luty 2024 11:43

Alicja Cisowska

Odsłony: 738

Decyzje refundacyjne, polegające na udostępnianiu pacjentom nowoczesnych terapii lub przesuwaniu tych najbardziej skutecznych do pierwszej linii leczenia, przybliżają Polskę do europejskich i światowych standardów onkologicznych. Wciąż jednak są obszary wymagające poprawy. To m.in. zlikwidowanie geograficznych barier w dostępie do najlepszych terapii. Potrzebna jest także zmiana podejścia pacjentów do badań profilaktycznych, które pozwalają na wczesne wykrycie nowotworu. Bez tego nawet najlepsze strategie walki z rakiem nie zadziałają tak, jak trzeba.

*– Jeżeli popatrzymy na liczbę decyzji refundacyjnych, które dotyczą onkologii i innych schorzeń, to wyraźnie widzimy, że onkologia jest priorytetem. Trzeba oddać prawdę faktom, że mamy najwięcej nowych rejestracji, które dotyczą chorób onkologicznych albo hematoonkologicznych, w związku z czym pula leków do wyboru, do refundacji czy finansowania ze środków publicznych jest w przypadku onkologii większa, ale też większa jest liczba decyzji – mówi prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, kierownik Zakładu Farmakoekonomiki Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego. – Nadrabiamy zaległości, jakie mieliśmy w stosunku do np. Europy Zachodniej.*

Z każdą aktualizacją listy refundacyjnej w ubiegłym roku pojawiały się nowe terapie dla pacjentów onkologicznych, m.in. z rakiem piersi, jajnika, pęcherza moczowego czy żołądka. Przykładem decyzji refundacyjnej, która była długo oczekiwana przez chorych i ich lekarzy, było wpisanie od 1 stycznia 2024 roku do programu lekowego w pierwszej linii leczenia szpiczaka plazmocytoowego daratumumabu w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem (schemat DRd). Hematolodzy mówili o tej potrzebie jako o białej plamie – bo dotyczącej aż 70 proc. chorych. W badaniu rejestracyjnym taki schemat leczenia dawał medianę czasu wolnego od progresji powyżej 60 miesięcy. Oznacza to szansę na nawet pięcioletnią remisję już po zastosowaniu pierwszej linii leczenia. Dla wielu pacjentów może to być jedyna terapia szpiczaka w życiu, bo mediana wystąpienia choroby wynosi 71 lat.

Chociaż decyzja refundacyjna jest centralna i obowiązuje w całym kraju, w Polsce wciąż jednak w wielu przypadkach o dostępie do najbardziej efektywnego i najnowocześniejszego leczenia decyduje kod pocztowy i bliskość ośrodków referencyjnych. W efekcie w jednostkach takich jak Narodowy Instytut Onkologii wolumen pacjentów jest dużo wyższy niż w innych miejscach, które takie leczenie byłyby w stanie zapewnić. Wyrównanie dostępu do świadczeń jest jednym z założeń Krajowej Sieci Onkologicznej. Wejście w życie ustawy o KSO zostało jednak niedawno odroczone.

*– Widzimy, że jeśli ktoś cierpi na nowotwór płuca, to ma większe szanse długiego życia w jednym ośrodku, a mniejsze w drugim. Różnice najprawdopodobniej biorą się z tego, że ośrodki mają różne doświadczenie w stosowaniu terapii. Są ośrodki, które się w czymś specjalizują, na przykład ośrodek leczenia czerniaka w NIO, który ma znakomite efekty leczenia, i chcielibyśmy notować takie efekty również w innych ośrodkach. Do tego potrzebujemy informacji i analizy, z czego to wynika. Wydaje mi się, że wyrównywanie tej asymetrii, jeśli chodzi o efektywność w poszczególnych ośrodkach, to coś, do czego trzeba podejść i od strony edukacyjnej, i od strony organizacyjnej, i od strony informatycznej. To summa summarum może przesunąć nas w kierunku państw, które mają najwyższe wskaźniki przeżywalności, jeśli chodzi o poszczególne nowotwory, bo nie mamy jeszcze takich – wskazuje prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego.*

W trakcie realizacji jest Narodowa Strategia Onkologiczna. To wieloletni program na lata 2020–2030, wprowadzający kompleksowe zmiany w polskiej onkologii. Celem jest zwiększenie pięcioletnich przeżyć i zmniejszenie zapadalności na nowotwory. Działania wpisane w NSO skupiają się wokół wsparcia kadr

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: czwartek, 15, luty 2024 11:43

Alicja Cisowska

Odsłony: 738

---

w obrębie specjalizacji onkologicznej, promowania profilaktyki, inwestycji w system oraz w naukę i innowacje.

Jednym z priorytetów walki z nowotworami jest także promowanie badań profilaktycznych. I choć świadomość Polaków na ten temat rośnie – m.in. dzięki wielu kampaniom społecznym, to jej zastosowanie w praktyce wciąż pozostawia wiele do życzenia. Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że zaledwie 25–35 proc. osób z Warszawy i okolic zgłasza się na dostępną bezpłatnie dla pacjentów w wieku 50–64 lata kolonoskopię (w grupach ryzyka wiek kwalifikacji to 40–49 lat). Również z danych KRN dowiadujemy się, że tylko 27 proc. Polek wykonuje badania cytologiczne w ramach programu. Jednym z założeń wpisanych w NSO są bezpłatne szczepienia dziewcząt i chłopców przeciw HPV, który odpowiada za większość przypadków raka szyjki macicy, ale również m.in. za nowotwory głowy i szyi. Program wszedł w życie z dużym opóźnieniem, a odsetek korzystających z niego jest dramatycznie niski.

*– Jeżeli mamy darmowe szczepienia przeciwko HPV i szczepi się 20 proc. uprawnionych, to trudno nam oczekiwać, że za 15, 20 czy 25 lat będziemy mieli mniej nowotworów szyjki macicy oraz głowy i szyi. Co z tego, że będziemy mieli superstrategię onkologiczną, jak pacjentki nie pójdą profilaktycznie badać sobie piersi? Nic nam z tego nie wyjdzie albo wyjdzie, ale w ograniczonym zakresie. Jeśli świadomość społeczna zostanie zbudowana w ramach działań zdrowia publicznego, prewencji pierwotnej nowotworów, to wtedy to zadziała – ocenia prof. Marcin Czech.*

*Źródło: Newseria*