

POPRAWA SYTUACJI W RAKU PŁUCA

Lista postulatów zmian w obszarze profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka płuca, które należy wprowadzić, aby zmniejszyć liczbę zachorowań w populacji osób zdrowych i dwukrotnie zwiększyć wskaźnik przeżyć 5-letnich w populacji chorych.

Postulaty te mają nadrzędny cel, jakim jest zmiana modelu profilaktyki raka płuca i opieki nad chorymi w Polsce. Zmiany powinny mieć wymiar kompleksowy – poczynając od profilaktyki (pierwotnej i wtórnej), poprzez diagnostykę i leczenie, opiekę po leczeniu (w tym rehabilitację i opiekę psychoonkologiczną), aż po obserwację, mającą na celu wykrycie i leczenie powikłań choroby i terapii przeciwnowotworowej a także wczesne wykrycie ewentualnego nawrotu choroby.

PROFILAKTYKA PIERWOTNA

cel: ograniczenie liczby zachorowań

- 1. Edukacja społeczeństwa na temat onkologicznych i innych niekorzystnych skutków zdrowotnych palenia tytoniu** (papierosów, e-papierosów i produktów podgrzewających tytoń) – szeroko zakrojone kampanie edukacyjne
- 2. Szczególny nacisk położony na edukację dzieci i młodzieży szkolnej oraz rodziców** – działania mające na celu zahamowanie trendu wzrostu popularności e-papierosów wśród młodzieży (walka z mitem, że e-papierosy są mniej szkodliwe od papierosów)
- 3. Eliminacja wszystkich możliwych form reklamy wyrobów tytoniowych, ich ekspozycji oraz oznakowania punktów sprzedaży**, w tym m.in. ekspozycji przy kasach sklepowych, ujednoczenie wyglądu paczek papierosów
- 4. Znaczące podniesienie cen papierosów, przeznaczenie wpływów z akcyzy** w zdecydowanie większym stopniu na finansowanie zwalczania skutków palenia, w tym leczenie chorób tytoniozależnych
- 5. Rozwój sieci Poradni Pomocy Palącym:** znaczne zwiększenie ich liczby, finansowanie na odpowiednim poziomie, zapewnienie możliwości leczenia farmakologicznego uzależnienia od tytoniu, ścisła współpraca z ośrodkami onkologicznymi i pneumonologicznymi (palący pacjenci onkologiczni z automatu obejmowani opieką poradni)
- 6. Włączenie profilaktyki nowotworów płuca do obowiązków lekarzy POZ i Medycyny Pracy** – obowiązkowy wywiad pod kątem palenia przeprowadzany przez specjalistów medycyny pracy, edukacja lekarzy POZ w zakresie rozpoznawania objawów nowotworów płuca oraz obowiązkowe kierowanie na badania profilaktyczne osób z grup ryzyka (osoby po 50 r. ż, palacze: 30 paczolat)

PROFILAKTYKA WTÓRNA

cel: zwiększenie liczby pacjentów diagnozowanych we wcześniejszych stadiach raka płuca

- 1. Wdrożenie i popularyzacja programów wczesnego wykrywania** – badania przesiewowe z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej, prowadzone w grupach ryzyka:
 - zwiększenie liczby ośrodków, które będą mogły wykonać badania przesiewowe
 - przygotowanie odpowiedniej liczby specjalistów w zakresie wczesnej diagnostyki raka płuca z wykorzystaniem niskodawkowej TK
- 2. Wprowadzenie jednolitych standardów oceniania wyników badań niskodawkowej tomografii komputerowej** wykonywanych w ramach programu wczesnego wykrywania raka płuca

DIAGNOSTYKA

cel: poprawa jakości i dostępu do najnowszych metod diagnostycznych, stanowiących warunek optymalnego leczenia chorych z rakiem płuca, ujednoczenie ścieżki diagnostycznej

1. **Publikacja przez Ministra Zdrowia wytycznych postępowania, w tym zapewnienie optymalnej diagnostyki patomorfologicznej, genetycznej i molekularnej** – takie połączenie gwarantuje chorym możliwość dostępu do optymalnego leczenia za pomocą nowoczesnych terapii (np. leczenie celowane, immunoterapia).
 - badania molekularne powinny być kompleksowe i wykonywane w ramach standardu, a także zaplanowane już w momencie rozpoznania raka płuca u pacjenta
 - zwiększenie wyceny diagnostyki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz wprowadzenie mechanizmów finansowania procedur medycznych w zależności od ich jakości

LECZENIE

cel: dwukrotne zwiększenie wskaźnika przeżyć 5-letnich poprzez lepszą dostępność chorych do najnowocześniejszych metod i procedur leczenia

1. **Powołanie Lung Cancer Units** - nowego modelu organizacyjnego wyspecjalizowanych ośrodków kompetencji sprawujących opiekę nad pacjentami z nowotworami płuca. Model taki gwarantuje:
 - kompleksową diagnostykę i indywidualny proces leczenia onkologicznego
 - standaryzację opieki nad chorymi, niezależnie od miejsca ich zamieszkania
 - wysoki stopień wykorzystywania zaleceń światowych w tym obszarze (w tym praca lekarzy w ramach multidyscyplinarnych konsyliów lekarskich, pełen dostęp do optymalnych procedur diagnostyki i leczenia)
 - możliwości porównywania jakości i efektywności działań diagnostycznych i terapeutycznych
2. **Lepsza dostępność i wykorzystanie procedur medycznych, zgodnych ze światowymi rekomendacjami:**
 - **Jednoczasowa radiochemioterapia (JRCHT) w leczeniu nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego NDRP** – zapewnienie lepszego dostępu do procedury poprzez zmianę zasad kwalifikacji do JRCHT (kluczowa rola wielodyscyplinarnych konsyliów lekarskich) oraz zasad jej finansowania (w koszyku świadczeń NFZ powinna funkcjonować jako odrębny produkt rozliczeniowy, bardziej opłacalny, niż sekwencyjna radiochemioterapia)
 - **dostęp do nowoczesnej radioterapii**
3. **Dostępność innowacyjnych terapii zgodnie z rekomendacjami** - obecnie brakuje w Polsce:
 - Immunoterapii w I linii leczenia zarówno u chorych z ekspresją PD-L1 > 50% jak i tych, którzy mają ekspresję PD-L1 między 1 a 49% (a więc szerzej niż rejestracja)
 - Ozymertynibu w I linii leczenia dla pacjentów z EGFR-zależnym NDRP
 - Durwalumabu w leczeniu konsolidującym po jednoczasowej radiochemioterapii dla chorych z miejscowo zaawansowanym, nieresekcyjnym NDRP
4. **Stworzenie jednolitego rejestru medycznego chorych na nowotwory (w tym raka płuca)**, który stanowiłby podstawę do rzetelnego planowania i monitorowania procesu leczenia
5. **Skrócenie czasu oczekiwania na dostępność innowacyjnych terapii dla pacjentów, w tym procesu refundacyjnego innowacyjnych terapii i usprawnienie ścieżki ratunkowego dostępu do technologii leczniczych (RDTL)**