



Szczecin 02.06.2020 r.

Szanowny Pan

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

rak płuca jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym i stanowi pierwszą przyczynę zgonów pacjentów onkologicznych. Każdego roku przybywa ponad 20 tys. chorych na ten nowotwór, równie wielka liczba pacjentów z powodu niego corocznie umiera. Polska wciąż jest krajem z najwyższym współczynnikiem umieralności z powodu raka płuca w krajach Unii Europejskiej.

Walkę z tym nowotworem według opinii ekspertów można porównać do wyścigu z czasem, który dotyczy wczesnej diagnozy i leczenia.

Najpoważniejszym problemem jest zbyt późne rozpoznanie choroby. Kolejnym wyzwaniem jest zapewnienie chorym dostępu do nowoczesnych, skutecznych i bezpiecznych metod leczenia. Przez wiele lat pacjenci z rakiem płuca pozbawieni byli dostępu do skutecznych terapii. W ostatnich dwóch latach sytuacja zaczęła się zmieniać. Dzięki decyzjom Ministra Zdrowia, pojawiły się nowe opcje terapeutyczne, z których mogą korzystać chorzy w Polsce, jednak wciąż dalecy jesteśmy od zapewnienia Pacjentom leczenia zgodnego z zaleceniami ESMO oraz współczesną wiedzą medyczną. Pomimo tego wciąż tysiące pacjentów, którzy zgodnie z prawem powinni mieć dostęp do leczenia odpowiadającego aktualnej wiedzy medycznej, nie mogą liczyć na realizację swoich praw. Wiedza i doświadczenie związane z postępowaniem z chorymi na wszystkie nowotwory w czasie pandemii COVID-19 są dopiero zdobywane. Wiadomo jednak, że stosowanie immunoterapii i leczenia celowanego u pacjentów z rakiem płuca, także podczas pandemii, są najbardziej skuteczne w tym wskazaniu.

Zgłaszają się do nas pacjenci oraz onkolodzy, zwracając uwagę na konieczność wyrównania szans pacjentów z płasko i niepłaskonabłonkowym rakiem płuca w dostępie do terapii w II linii leczenia. W przypadku chorych z rozpoznaniem raka płaskonabłonkowego możliwe jest stosowanie niwolumabu

lub atezolizumabu, natomiast w przypadku raka niepłaskonabłonkowego płuca jedynie atezolizumabu. Wyrównanie dostępu pozwoliłoby lekarzom wybrać najlepszą i najbezpieczniejszą terapię dla pacjenta. a co równie ważne nie zwiększyłyby kosztów ponoszonych przez płatnika na refundację w tym zakresie.

Warto zaznaczyć, że niwolumab był pierwszym przełomowym immunoterapeutycznym stosowanym u chorych na NDRP. Lekarze w ciągu kilku lat uzyskali doświadczenie w prowadzeniu terapii tym lekiem oraz w zarządzaniu działaniami niepożądanymi. ESMO w leczeniu II linii u chorych na raka gruczołowego niezależnie od poziomu ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych rekomenduje stosowanie niwolumabu lub atezolizumabu, dopuszczając wybór pomiędzy tymi lekami - zależny od doświadczenia lekarza prowadzącego. Prosimy zatem Pana Ministra o pomoc w wyrównaniu szans pacjentów z płasko i niepłaskonabłonkowym rakiem płuca w dostępie do terapii. Jest to szczególnie ważne w przypadku pacjentów w podeszłym wieku (75+), które wg. doniesień i publikacji naukowych najlepiej reagują na niwolumab oraz tych którzy ze względu na działania niepożądane nie mogą być leczeni atezolizumabem.

Zwracamy się z prośbą o podjęcie działań, które zmienią naszą sytuację zdrowotną i zaspokoją potrzeby pacjentów z rakiem niepłaskonabłonkowym. Zdajemy sobie sprawę, że ze względu na sytuację epidemiczną nie jesteśmy w stanie się spotkać, ale wierzymy, że zapozna się Pan z naszym pismem oraz argumentacją w nim przedstawioną.

*Anna Zytarska*