

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

NR 24 marzec 2024

mZdrowie.pl

Zmienić system rozliczania szpitali

Problem limitów i nadwykonań trzeba rozwiązać w ten sposób, aby każdy szpital otrzymał zapłatę z NFZ za każdą wykonaną procedurę. Powinniśmy odchodzić od ryczałtowego rozliczania na rzecz płacenia za wykonane świadczenia, z premią za jakość. W dłuższym okresie planowe leczenie zabiegowe powinno być koncentrowane w wybranych placówkach. Samo podwyższanie wycen nie wystarczy, potrzebne jest koordynowanie zakresu działalności szpitali powiatowych i wojewódzkich. Większą niż dotychczas rolę mają tutaj do odegrania wojewódzkie oddziały NFZ oraz samorządy – mówi dr Marek Kos, wiceminister zdrowia.



Nie myśleć – działać

Mamy kolejny rok wojny w Ukrainie. W Polsce zmieniła się władza, zmieniła też retoryka odnośnie realnego zagrożenia wojną i potrzeb z tym związanych. Premier Tusk wszak mówi o końcu „czasu pokoju”. Rząd PiS epatował zakupami sprzętu, PR-owym prężeniem muskułów, a obecnie rządząca ekipa koalicyjna zdała sobie sprawę z realnych potrzeb. Nie są to potrzeby stricte sprzętowe, ale głównie dotyczące zasobów ludzkich. Ze względu na demografię ciężko mówić o 400 000 armii zawodowej. W końcu zarówno minister obrony Władysław Kosiniak-Kamysz jak i Donald Tusk zwrócili uwagę na racjonalne wykorzystanie posiadanych zasobów ludzkich i ich ochronę.

Rozpoczęto rozmowy o otwarciu obrony cywilnej, mówimy o racjonalizacji potrzeb uzbrojenia, ale – co ważne – W. Kosiniak-Kamysz dostrzegł potrzebę stworzenia wojsk medycznych.

W końcu jest lekarzem. To dobry kierunek, bo jeżeli spojrzymy na nasz cywilny system ochrony zdrowia, to już w tej chwili jest niezadowolający dla pacjentów. A możemy sobie wyobrazić, co się stanie, jeżeli będziemy mieli do czynienia z petnoskalową wojną.

Musimy mieć przynajmniej plany, jak zapanować nad czekającym nas ewentualnie chaosem. Na czas „W” to wojsko będzie odpowiadało za zabezpieczenie medyczne armii korzystając również z zasobów cywilnych.

Nie tudźmy się, że to nie wpłynie na zabezpieczenie zdrowotne cywili. Musi być jakaś służba, która wtedy zapanuje nad chaosem, która przygotowuje plany mobilizacyjne, rozmieszczenia szpitali, racjonalnej gospodarki zasobami i kadrą. Trzeba myśleć o tym już dziś, co ja piszę, nie myśleć – działać.



Mariusz Gieraj

Po co tyle bólu

Przygotowując raport o pódpaścu dowiedziałam się od jednego z chorych, że na bardzo silny ból (w skali NRS 8) podawano mu w szpitalu paracetamol. Koleżanka, która niedawno miała operację ortopedyczną, dostawała tramadol, który u niej nie działał. Pielęgniarka na oddziale, w pierwszej dobie po operacji nie chciała jej podać żadnego innego opioidu. RPO alarmował, że w ponad połowie porodówek nie wykonano w 2022 r. ani jednego znieczulenia zewnątrzoponowego przy porodzie siłami natury. W skali kraju odsetek porodów ze znieczuleniem stanowi zaledwie 14 proc.

Prawo do ulgi w bólu jest zaliczane do podstawowych praw człowieka. Pacjent ma prawo oczekiwać od lekarza i pielęgniarki/pielęgniarsza właściwego uśmierzenia bólu ostrego i leczenia w przypadku bólu przewlekłego. Jak to wygląda w praktyce, pokazałam na kilku przykładach. Na 8 marca 2024 r. w Polsce są 192 poradnie leczenia bólu udzielające na NFZ świadczenia. Średni czas oczekiwania na wizytę – to 103 dni.

Minister zdrowia Izabela Leszczyna zapowiada, że zrobi wszystko, żeby prawo do znieczulenia przy porodzie stało się faktem, a nie tylko deklaracją na papierze. Pani Minister, apeluję (może lepiej: bardzo proszę?), żeby w następnym kroku zajęła się Pani szerzej leczeniem bólu w naszym kraju, bo na razie równamy w tym względzie do najgorszych na świecie. Zgodnie z najnowszą klasyfikacją bólu ICD-11 różne rodzaje bólu są jednostkami chorobowymi. Lekarz ma obowiązek je leczyć, najlepiej, najskuteczniej, jak tylko można.



Iwona Kazimierska

w numerze

▶ 4-5

TOP TEN ONKO, czyli onkolodzy wskazują priorytety



Maciej Krzakowski

▶ 6

Brakuje krajowego rejestru sepsy



Monika Pintal-Slimak

▶ 8

Szybsze wykrywanie raka płuca



Mariusz Adamek

▶ 11

Roboty ortopedyczne wykorzystują AI



Paweł Skowronek

▶ 12

Nie będzie zamykania nierentownych szpitali



Izabela Leszczyna

TWIT MIESIĄCA



Damian Patecki
@damian_patecki

Czy wiecie że można zostać lekarzem w Polsce nie znając języka polskiego? Według Ministerstwa Zdrowia nie jest to do niczego potrzebne, podobnie jak egzamin. Wystarczy napisać na kartce „ja umiem po polsku” i takie oświadczenie będzie honorowane.

FAKTY

OFO apeluje o zmiany w KSO



Dorota Korycińska

„Wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej w obecnym kształcie i w oparciu o wpisane w KPO kamienie milowe jest obciążone wielkim ryzykiem dla ponad miliona polskich pacjentów, którzy aktualnie korzystają z diagnostyki i leczenia onkologicznego. Idea koordynowanej opieki onkologicznej jest jak najbardziej słuszna, a przykłady wielu państw europejskich pokazują, że odpowiednie jej wdrożenie może przynieść bardzo dobre rezultaty. Kluczem jest jednak właśnie odpowiednie wdrożenie. Powinniśmy korzystać ze sprawdzonych rozwiązań i dobrych doświadczeń innych państw, by wprowadzać reformy, które przyczynią się do poprawy sytuacji pacjentów, a nie stwarzać dla nich zagrożenia. Dlatego tak potrzebna jest dyskusja na temat kamieni milowych i wprowadzenie stosownych zmian do Krajowego Planu Odbudowy” – uważa Ogólnopolska Federacja Onkologiczna, która napisała list do Ursuli von der Leyen w sprawie renowacji jednego z kamieni milowych KPO, jakim jest wdrożenie sieci onkologicznej.

Nasz system jest przeciętny



Igor Grzesiak

Raport „Pacjent w polskim systemie ochrony zdrowia – 2024”, oparty na opinii 57 polskich organizacji pacjenckich, zbiera spore straszenie dotyczące stanu polskiego systemu ochrony zdrowia. W zdecydowanej większości oceniany jest on przez pacjentów jako przeciętny, przy czym istnieje też znaczący odsetek ocen negatywnych. „Według zebranych opinii najbardziej palącymi problemami do rozwiązania są kolejki do świadczeń zdrowotnych, braki kadrowe w placówkach oraz nierówności w dostę-

pie do opieki zdrowotnej” – mówi Igor Grzesiak z Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, wydawcy raportu.

Choroby rzadkie bez planu

Plan dla chorób rzadkich, funkcjonujący w formie uchwały rządu, przestał działać od 1 stycznia, ponieważ nowa Rada Ministrów nie przedłużyła jej obowiązywania. W czasie obchodów Światowego Dnia Chorób Rzadkich Izabela Leszczyna obiecała, że nowa uchwała zostanie podjęta do połowy roku - „Zobowiązuję się, że plan leczenia chorób rzadkich zostanie przyjęty w drugim kwartale tego roku uchwałą Rady Ministrów. W Ministerstwie Zdrowia trwają intensywne prace”.

Polki boją zęby, Polacy odnoszą kontuzje

Całkiem „niemedialne” choroby są najbardziej rozpowszechnione wśród Polaków. Ale jednocześnie problemy onkologiczne i kardiologiczne najmocniej wpływają na wskaźnik DALY, czyli liczbę lat życia utraconych z powodu przedwczesnego zgonu oraz liczbę lat przeżytych w niesprawności.

Zgodnie z analizą GBD najbardziej rozpowszechnione wśród Polek problemy zdrowotne - to choroby niezakaźne z grupy określanej jako „inne” dotyczące jamy ustnej i choroby ginekologiczne. „Jest to duże zaskoczenie, bo nie łączymy problemów jamy ustnej z wyzwaniem zdrowotnym” – ocenia prof. Bogdan Wojtyniak z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. Na drugim miejscu znajdują się zaburzenia neurologiczne (migreny i bóle głowy o różnym podłożu), w dalszej kolejności urazy i choroby układu pokarmowego.

W przypadku mężczyzn na pierwszym miejscu są urazy, następnie inne choroby niezakaźne, zaburzenia neurologiczne i choroby układu pokarmowego. „To są choroby mało medialne, o których mało się dyskutuje. Jednak gdy spojrzymy na ich rozprzestrzenienie, okazuje się, że najczęściej trapią Polaków” – komentuje prof. Bogdan Wojtyniak.

PRAWO

Sieć Onkologiczna później

Sejm uchwalił ustawę, zgodnie z którą wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej nastąpi rok później niż dotychczas zakładano. Pierwsza kwalifikacja placówek na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej będzie przeprowadzona do 31 marca 2025 r. Ma to m.in. pozwolić NFZ na rzetelną weryfikację podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod względem kryteriów warunkujących przynależność do poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej KSO. Zmiana terminu ma również zapewnić podmiotom czas niezbędny na przygotowanie zasobów kadrowych, organizacyjnych i ustalenie zasad przepływu informacji pomiędzy nimi. Przesuwa się też termin realizacji obowiązku, nałożonego na podmioty wchodzące w skład KSO, przekazywania danych o sprawowanej opiece onkologicznej z 1 kwietnia 2024 r. na 1 kwietnia 2025 r.

Składka zdrowotna dla przedsiębiorców zostanie zmieniona



Izabela Leszczyna

„Zrobię wszystko, żeby ten stan poprawić, choć wiem, że zarówno premier Tusk jak i koleżanki i koledzy z KO wywiążą się z zobowiązań i składka zdrowotna dla przedsiębiorców zostanie zmieniona. Dotyczy to nie tylko aktywów trwałych, ale też podstawowej składki. Sądzę, że będziemy zmierzać do ryczałtu i progów ryczałtowych. Nie wyobrażam sobie, żebyśmy mieli mieć mniej pieniędzy w systemie ochrony zdrowia, ale trzeba pamiętać, że my mamy ustawę nakładową. Ona jest kreatywną księgowością, bo odnosi się do PKB sprzed dwóch lat. To zawsze mnie bolało i boli. Staram się używać odniesienia do roku, który mamy obecnie. Choć nakłady na ochronę zdrowia wzrosły w sposób bardzo istotny, to od 2015 r. do 2023 r. jest to tylko 1,1 pkt. procentowego w relacji do PKB. Więc żadnego progresu nie mamy, ciągle jesteśmy na szarym końcu Unii Europejskiej, jeśli chodzi o nakłady na zdrowie.” - zapowiedziała minister Izabela Leszczyna.

Elektroniczne karty zgonu

Od 1 stycznia 2024 r. weszły w życie nowe przepisy dotyczące kart urodzenia, kart martwego urodzenia oraz kart zgonu. Nie będzie już możliwości przekazywania do urzędu stanu cywilnego papierowych dokumentów. Bez zmian natomiast pozostają terminy przekazania dokumentów kierownikowi urzędu stanu cywilnego.

Opiekunowie medyczni mogą więcej

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło nowy wykaz czynności zawodowych opiekuna medycznego, wynikający z przyjętej w roku 2023 ustawy o niektórych zawodach medycznych. Zmiany mają obowiązywać od 26 marca 2024.

KADRY

Dymisje po zmianie ministra zdrowia rozpoczęły się już w grudniu 2023 roku. Odwołany został **Radosław Sierpiński**, prezes Agencji Badań Medycznych (nowy prezes agencji zostanie wyłoniony w konkursie, agencją kieruje **Rafał Staszewski**). Odszedł także dotychczasowy dyrektor Lotniczego Pogotowia Ratunkowego prof. **Robert Gałązkowski**, LPR kieruje **Beata Strzałkowska**.

Profesora **Andrzeja Horbana** na stanowisku krajowego konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych zastąpił prof. **Miłosz Parczewski**. Nową krajową konsultantką w dziedzinie neurologii dziecięcej, w miejsce prof. **Ewy Emich-Widery**, została prof. **Justyna Paprocka**.

Prof. **Janina Stępińska** została dyrektorem Narodowego Instytutu Kardiologii, w miejsce prof. **Łukasz Szumowski**. Dr hab. **Beata Jagielska** jest nowym dyrektorem Narodowego Instytutu Onkologii - zastąpiła prof. **Jana Walewskiego**. Państwowym instytutem Medycznym MSWiA kieruje prof. **Piotr Suwalski**, który zastąpił prof. **Waldemara Wierzbę**.

Wiceprezesem NFZ został **Marek Augustyn**. Zmienili się dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ w Warszawie (oddziałem kieruje **Katarzyna Słodka** zamiast **Zbigniewa Terka**) i Poznaniu (oddziałem kieruje **Jerzy Pilarski** zamiast **Agnieszki Pachciarz**).

Marek Tomków został wybrany nowym prezesem Naczelnej Rady Aptekarskiej. **Tomasz Jeruzalski** jest nowym dyrektorem Centrum e-Zdrowia, zastąpił **Pawła Kikosickiego**.

W Ministerstwie Zdrowia sporo zmian wśród dyrektorów departamentów, w dep. polityki lekowej i farmacji rządzi teraz **Katarzyna Piotrowska-Radziejewicz**, dep. prawnym kieruje **Władysław Puzon** (zamiast **Dominika Gajewskiego**), dep. rozwoju kadr medycznych kieruje **Mariusz Klencki** (zamiast **Małgorzata Zadorożnej**), z dep. inwestycji odszedł dotychczasowy dyrektor **Piotr Węclawik**. Pełnomocnikiem ministra ds. profilaktyki zdrowotnej został **Damian Węgrzyński**, niegdyś dyrektor biura poselskiego Izabeli Leszczyny.

DZIEŃ KOBIET

Spóźniony wszedłem na galę Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach. Trwało wręczanie nagród. Ale już po chwili zorientowałem się, że nie mam na co liczyć. Nagradzane były tylko kobiety.

Wcześniej słuchałem wywiadu z panią ministrami, w oczekiwaniu na zapowiedzi zmian systemowych. Nikt przecież nie powie, że jest świetnie. Kolejki w przychodniach, długi w szpitalach, zamęt na uczelniach.

Ale już po kilku minutach usłyszałem, że priorytetem dla resortu jest przede wszystkim pakiet dla kobiet, czyli znieczulenie okotoporodowe, badania prenatalne, pigułka PO, dostęp do aborcji w każdym szpitalu z kontraktem NFZ na ginekologię i potożnictwo, in vitro z onkopłodnością.

O zdrowie kobiet trzeba dbać, pełna zgoda. Pytanie tylko, w jaki sposób i — co z facetami? Przecież ostatnie dane pokazują wyraźnie, że żyjemy krócej, średnio o jakieś 8 lat. Żeby wyrównać nasze szanse, też potrzebny byłby jakiś pakiet. Choćby decyzja, że do urologa nie jest potrzebne skierowanie — przecież kobiety nie potrzebują skierowania do ginekologa. To by na pewno poprawiło statystyki wykrywalności i wyleczalności choćby raka prostaty.

W gabinetach oczekuje na nas więcej lekarek niż lekarzy. Ale w kolejkach do tych gabinetów czekamy równo, mężczyźni i kobiety. Czy w ogóle płeć powinna być podstawą do różnicowania priorytetów opieki zdrowotnej? — myślę, że to dobry temat na jakąś systemową debatę.

Przy okazji, z dniem 8 marca, wszystkim Paniom z okazji ich święta składam życzenia zdrowia i pomyślności.



Krzysztof Jakubiak

ŻEBY SKUTECZNIE LECZYĆ, MUSIMY ODPOWIEDNIO DIAGNOZOWAĆ I MIEĆ CZYM LECZYĆ

W dziedzinie onkologii w Polsce mamy coraz więcej możliwości nowoczesnego leczenia. Przyspieszenie w systemie refundacji leków w ostatnich latach jest niezaprzeczone, a każda kolejna lista refundacyjna zwiększa armamentarium będące w dyspozycji specjalistów. Jednak nawet gdyby wszystkie najnowocześniejsze leki w Polsce były dostępne i refundowane, nie osiągniemy sukcesów w leczeniu, jeżeli my, pacjenci, nie będziemy odpowiednio diagnozowani.

Właściwe leczenie zaczyna się jeszcze zanim faktycznie pacjent otrzyma receptę czy skierowanie do szpitala lub ambulatorium. Pierwszy krok — to diagnostyka. Właśnie dlatego na konferencjach, w oficjalnych wystąpieniach i apelach kierowanych do decydentów podkreślamy, że kompletna i nowoczesna diagnostyka — to absolutna podstawa w onkologii. Z inicjatywy Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej jako Ogólnopolska Federacja Onkologiczna wystaliśmy do pani minister Izabeli Leszczyny pismo dotyczące szerszego dostępu do diagnostyki molekularnej. W wielu nowotworach, np. w raku endometrium, bez oznaczenia profilu molekularnego pacjentki nie mogą liczyć na dostęp do właściwej dla ich choroby ścieżki terapeutycznej.

Pozostając w temacie nowotworów ginekologicznych i nowoczesnej diagnostyki, trzeba podkreślić, że w raku szyjki macicy potrzebujemy pilnego włączenia do programu profilaktyki raka szyjki macicy testu HPV-DNA, by na odpowiednio wczesnym etapie i z dużą dokładnością móc oceniać ryzyko zachorowania. W tym przypadku testy molekularne mogą być świetnym narzędziem profilaktyki wtórnej — o co również apelowaliśmy już oficjalnie jako Fundacja OnkoCafe-



Anna Kupiecka

-Razem Lepiej. A wcześniej wykryta choroba czy ryzyko powstania zmian nowotworowych znacząco zwiększa szanse pacjentów na zachowanie zdrowia.

Oczywiście diagnostyka i dostęp do leczenia muszą się wzajemnie uzupełniać, by stworzyć kompleksowy system

i zapewnić pacjentom poczucie bezpieczeństwa. Sama diagnoza nowotworu jest dla nich doświadczeniem wprowadzającym często absolutny chaos w życiu. Dlatego ważne, by system opieki, do którego trafią, dawał poczucie pewności i stabilności. Choroba onkologiczna tej pewności im nie da. Od mojej diagnozy mija już 14 lat. Ja miałam szczęście, że zostałam wyleczona w tamtym czasie. Natomiast są takie dziewczyny, które przeszły już 2., 3., a nawet 4. wznówę choroby. Mamy wśród naszych podopiecznych w Fundacji pacjentkę, która jest już na etapie 5. linii leczenia raka piersi. W takich przypadkach chorzy muszą wiedzieć, że cały czas pozostają w systemie, że jest dla nich leczenie.

Potrzeby w zakresie dostępu do leczenia sekwencyjnego dotyczą nie tylko raka piersi, ale także wielu innych chorób, jak np. rak jelita grubego, szpiczak plazmocytowy, chłoniak grudkowy czy DLBCL. Mnie osobiście bardzo cieszy postęp medycyny i to, że w różnych jednostkach chorobowych pojawiają się kolejne linie leczenia. Musimy jednak dbać, by były one dostępne dla polskich pacjentów. I troszczyć się o to, by leczenie, które zostało już udostępnione pacjentom, nie zostało im odbierane. I z takimi wyzwaniami, od czasu do czasu musimy się mierzyć...

CHĘĆ DIALOGU

Ustawa o receptach, więcej szkoleń dotyczących diagnostyki, uproszczenie systemu rozliczeń i dostępność szczepionek — to cele, które stawia przed sobą na najbliższy czas Marek Tomków, nowy prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

„Cele na najbliższe tygodnie — to prace wspólnie z MZ nad ustawą o receptach, zwiększenie liczby szkoleń z badań diagnostycznych, dostępność szczepionek i uproszczenie systemu rozliczeń”. Natomiast w dłuższym okresie priorytetem będzie odparcie presji na dalsze przekształcanie się aptek w czysty biznes. „Długofalowym celem jest ochrona już wywalczonych przepisów zarówno AdA, jak i zakazu reklamy aptek czy ograniczenia sprzedaży wysyłkowej leków na receptę. Widzę bardzo dużą presję biznesu na zniesienie tych zapisów, a to byłoby niebezpieczne przede wszystkim dla pacjentów i szeroko rozumianego bezpieczeństwa lekowego” — mówi Marek Tomków.

Prezes NRA wymienia kolejne zadania, które widzi przed sobą — „Rozwój kolejnych świadczeń w aptekach zarówno ogólnodostępnych jak i szpitalnych. Poza tym włączenie aptek do profilaktyki refundowanej, zmiana systemu kształcenia na studiach i wiele innych kwestii, które mają już podbudowę prawną i czekają na wdrożenie w praktyce.”

A czego oczekuje od minister Izabeli Leszczyny? — „Od Pani Minister jako środowisko oczekujemy tego, co zawsze: chęci dialogu, otwartości na nowe rozwiązania i zaufania”.



Marek Tomków

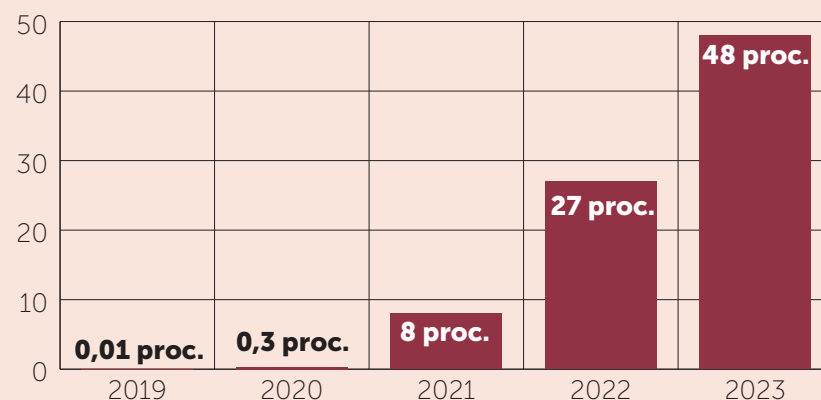
MEM NUMERU

UWAGA!

Pacjentka będzie płaciła dodatkowo za denerwowanie lekarza własnymi diagnozami znalezionymi w internecie

WYKRES NUMERU

Odsetek zabiegów prostatektomii finansowanych przez NFZ, wykonanych w asyście robota chirurgicznego



TOP TEN ONKO 2024

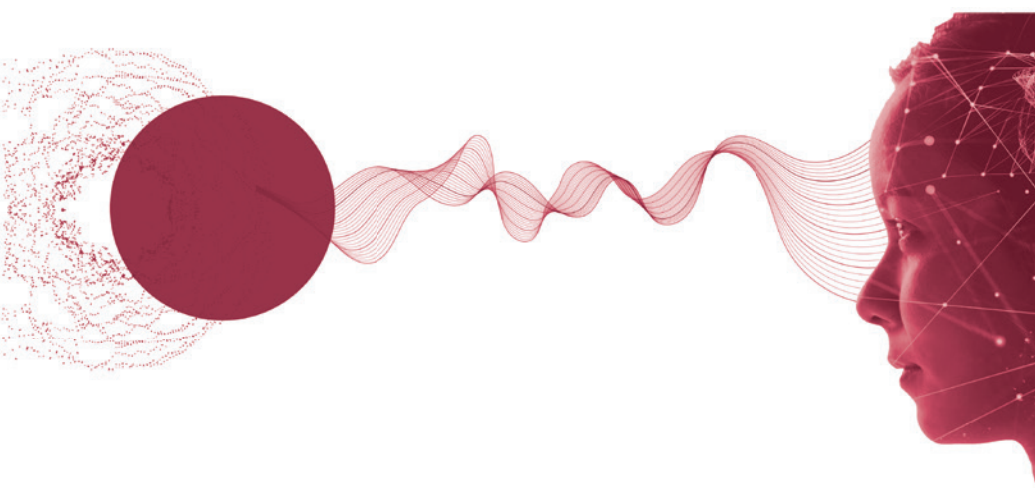
Już po raz czwarty powstała lista TOP TEN ONKO, czyli leków stosowanych do leczenia nowotworów litych, które póki co nie zostały objęte refundacją, a najbardziej na to zasługują.

Miejsce	Lek — nazwa INN	Nazwa handlowa	Wskazanie	Rejestracja EMA	Punkty	Liczba głosów
1	cemiplimab	Libtayo	Rak szyjki macicy	2022	75	8
2	durvalumab	Imfinzi	Rak dróg żółciowych	2022	42	7
3/4	selpercatinib	Retsevmo	Rak tarczycy (1.linia)	2022	36	7
3/4	durvalumab + tremelimumab	Imfinzi + Imjudo	Rak wątroby	2023	36	5
5	pembrolizumab	Keytruda	Rak urotelialny	2017	34	4
6	trastuzumab deruxtecan	Enhertu	Rak żołądka	2022	30	7
7	trastuzumab deruxtecan	Enhertu	Niedrobnokomórkowy rak płuca	2023	26	7
8	pembrolizumab	Keytruda	Rak żołądka	2022	22	5
9/11	nivolumab + cabozantinib	Opdivo + Cabometyx	Rak nerkowokomórkowy	2021	20	4
9/11	lutetium (177Lu) vipivotide tetraxetan	Pluvicto	Rak prostaty	2022	20	4
9/11	abemaciclib	Verzenio	Wczesny rak piersi	2022	20	3
Poczekalnia:						
	relatlimab + nivolumab	Opdualag	Czerniak	2022	16	4
	selpercatinib	Retsevmo	Niedrobnokomórkowy rak płuca	2022	14	3
	niraparib + abiraterone acetate	Akeega	Rak prostaty	2023	13	3
	ivosidenib	Tibsovo	Rak dróg żółciowych	2023	11	3

Lista priorytetów refundacyjnych jest tworzona na podstawie głosów ekspertów — członków zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej — oddawanych w formie ankiety. W tym roku głosowało 8 osób, każda z nich mogła wskazać 10 leków najbardziej potrzebnych do wprowadzenia do praktyki klinicznej. Podstawą do głosowania była lista rekomendacji, zaproponowana przez prezesa PTOK i konsultanta krajowego, prof. Macieja Krzakowskiego, na podstawie analiz przeprowadzonych przez firmę HTA Consulting. Głosujący mogli dodawać własne sugestie — co też się zdarzyło i jeden z takich dodanych leków znalazł się w połowie zestawienia.

Podliczenie głosów wyglądało tak, że za pierwsze miejsce w ankiecie jednego eksperta lek otrzymywał 10 punktów, za drugie miejsce — 9 punktów, za trzecie miejsce — 8 punktów i tak dalej, aż do miejsca 10., za które dostawał 1 punkt.

Pierwsze miejsce w tegorocznym zestawieniu TOP TEN ONKO 2024 zajął lek cemiplimab w leczeniu raka szyjki macicy, który jako jedyny znalazł się we wskazaniach wszystkich głosujących i zdobył 75 na 80 możliwych punktów.



1. Cemiplimab (rak szyjki macicy)

prof. Maciej Krzakowski — „Reprezentant immunoterapii w nowotworach narządu płciowego kobiety. W Polsce około dwóch tysięcy kobiet rocznie zaczyna chorować na raka szyjki macicy i około tysiąca chorych niepotrzebnie ginie z jego powodu. U dużej części chorych poddawanych leczeniu chirurgicznemu lub radiochemioterapii dochodzi do nawrotu miejscowego albo do rozsiewu. Stosujemy chemioterapię na bazie cisplatyny plus bewacyzumab, po której jednak po pewnym czasie dochodzi do progresji. Immunoterapia jest tutaj opcją bardzo wartościową, co wykazały wyniki badania rejestracyjnego. Cemiplimab — w porównaniu do chemioterapii — zmniejszył w nim ryzyko nawrotu, wydłużając czas wolny od progresji o 25 proc. w stosunku do komparatora oraz o 30 proc. zmniejszył ryzyko zgonu. Leczenie było znacznie lepiej tolerowane. Dlatego pierwsze miejsce na liście jest zasłużone. To kolejny, wykazany sukces immunoterapii w raku szyjki macicy, podobnie jak w raku endometrium i innych nowotworach kobiecych”.

2. Durvalumab (rak dróg żółciowych)

prof. Barbara Radecka — „Badanie rejestracyjne, w którym ten lek dołączono do chemioterapii, nie pokazuje spektakularnej różnicy w medianach. Jednak patrząc na odsetki przeżyć rocznych wolnych od progresji czy dwuletnich przeżyć ogólnych — widoczna jest wartość tej immunoterapii. Ważna niezaspokojona potrzeba medyczna — w leczeniu raka dróg żółciowych od ponad dekady nie pojawił się żaden nowy lek. Owszem, mamy zarejestrowane pierwsze leki ukierunkowane molekularnie dla chorych na raka dróg żółciowych, ale żaden z nich nie jest objęty refundacją. Nowe cele molekularne są bardzo intensywnie eksplorowane. W zaleceniach ESMO mamy wskazanych kilka terapii opartych o molekularne biomarkery, jednak w Polsce u naszych chorych żadnej z nich nie możemy stosować. W związku z tym lek jest potrzebny, na wartość durwalumabu i jego pozycję z rankingu wpływa właśnie ta duża niezaspokojona potrzeba.”

3/4. Selpercatinib (rak tarczycy)

prof. Maciej Krzakowski — „Wysokie miejsce tego leku na liście potrzeb jest zasłużone. To inhibitor szlaku RET — zmieniony gen RET koduje nieprawidłowe białko będące przyczyną powstawania kilku nowotworów (między innymi rak rdzeniasty tarczycy, który stanowi około 2 proc. wszystkich nowotworów tarczycy). Lek ma solidne podstawy w postaci wyników badania III fazy. Wykazano bardzo dużą różnicę odpowiedzi w stosunku do komparatorów, którymi były wande-tanib lub kabozantinib (w tym odpowiedzi całkowite odnotowano u 12 proc. chorych). Wyniki badania uzyskano u chorych z przerzutami lub z miejscowym nawrotem ale bez możliwości leczenia miejscowego. Odnotowano dużo lepszy wskaźnik przeżycia wolnego od progresji i — co bardzo ważne — leczenie selpercatynibem było dużo lepiej tolerowane i chorzy bardzo rzadko je przerywali. Co ciekawe, w USA lek zarejestrowano na podstawie wcześniejszego badania, bez randomizacji, co pokazuje jego wartość”.

3/4. Durvalumab + tremelimumab (rak wątroby)

prof. Barbara Radecka — „To leczenie, które może być dedykowane chorym mającym przeciwwskazania do terapii antyangiogennej. Obecnie mamy możliwość leczenia sorafenibem lub atezolizumabem z bewacyzumabem, a obie te terapie zawierają leki antyangiogenne. Co więcej, to drugie leczenie wymaga regularnej kontroli endoskopowej, tymczasem wielu chorych ma żylaki przełyku, przez co terapia staje się wyzwaniem. To leczenie może stanowić przydatne uzupełnienie portfolio leków stosowanych w leczeniu chorych na raka wątrobowokomórkowego”.

5. Pembrolizumab (rak urotelialny)

prof. Jakub Kucharz — „Lek w tym wskazaniu został zarejestrowany przez EMA w 2017 roku, a więc 7 lat temu. Odnosi się do ogromnej, niezaspokojonej potrzeby medycznej. 20-30 proc. pacjentów, którzy są leczeni chemioterapią pierwszej linii z powodu raka urotelialnego ma niestety progresję choroby i w tym wskazaniu pembrolizumab jest właśnie zarejestrowany. Badanie wykazało, że jest znacznie skuteczniejszy od chemioterapii — nie ma wątpliwości, że to leczenie jest efektywne. Dodatkowa kwestia — w tej chwili leczenie raka urotelialnego stało się leczeniem sekwencyjnym, mamy efektywne leczenie drugiej i trzeciej linii, w programie warunki uzyskania leczenia 3. linii jest wcześniejsze podanie leku anti-PD-1 bądź anti-PD-L1. Tak więc chorzy z progresją w trakcie chemioterapii w pierwszej linii mają dzisiaj potrójnego pecha — nie działa u nich leczenie pierwszoliniowe i nie dostaną leczenia w kolejnych liniach. Dlatego ten lek absolutnie musi być refundowany”.

6. Trastuzumab deruxtecan (rak żołądka)

prof. Barbara Radecka — „To jest pierwsze leczenie anty-HER2 od kilkunastu lat, które wykazało korzyść u chorych z HER2-dodatnim rakiem żołądka. Badanie drugiej fazy z losowym doбором chorych tutaj wykazało 40 proc. redukcję ryzyka zgonu, niemal podwojenie mediany przeżycia wolnego od progresji — więc to jest leczenie, po które chcielibyśmy móc sięgnąć. Według danych NFZ trastuzumabem jest leczonych około 250 chorych, zatem beneficjentami takiego leczenia może być grupa rzędu 100 – 150 osób w całej Polsce. Mimo, że to nie jest liczna grupa, to jednak mamy tutaj dużą niezaspokojoną potrzebę medyczną. Dlatego liczę na otwartość producenta leku, i wierzę że zostanie złożony wniosek i taka refundacja się pojawi”.

7. Trastuzumab deruxtecan (niedrobnokomórkowy rak płuca)

prof. Maciej Krzakowski — „Entuzjazm i ostrożność. To pierwszy koniugat, do stosowania w grupie chorych o ogromnej potrzebie, ponieważ u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją w genie HER2 chemioterapia lub immunoterapia przynosi słabe efekty. Dlatego pojawienie się tego leku niewątpliwie cieszy. W badaniu rejestracyjnym uzyskano bardzo wysokie wskaźniki odpowiedzi (znacznie ponad 50 proc.) oraz zachęcającą długość odpowiedzi. Podstawą do rejestracji było jednak jedynie badanie II fazy, w którym odnotowano dość często epizody śródmiąższowego zapalenia płuc. Dlatego zarejestrowano lek w niższej dawce i z ostrzeżeniem, że chorych trzeba szczególnie starannie obserwować”.

8. Pembrolizumab (rak żołądka)

prof. Barbara Radecka — „To leczenie analogiczne do tego, które obecnie mamy, a więc niwolumabu skojarzonego z chemioterapią. Refundacja pembrolizumabu poszerza populację leczonych chorych o grupę z CPS powyżej 1 (niwolumab, przypomnę, może być zastosowany u chorych z CPS>5). Pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią także wydłuża życie, pozwalając uzyskać medianę przekraczającą rok”.

9/11. Nivolumab + kabozantynib (rak nerkowokomórkowy)

prof. Jakub Kucharz — „Skojarzenie to stanowi brakujący element istniejącego programu leczenia raka nerkowokomórkowego. Pozwala na indywidualizowane leczenie, dopasowane do charakterystyki pacjentów oraz na optymalizację terapii. Oczywiście, nie ma rozwiązań idealnych — to terapia na zasadzie „wszystko albo nic”, czyli wyłożenie wszystkich kart na stół. Ale może być bardzo potrzebny około 20-30 procentom pacjentów, którzy do nas trafiają — to chorzy ciężkoobjawowi, z bardzo zaawansowaną chorobą, u których musimy zadziałać właśnie na zasadzie — wszystko albo nic”.

9/11. Lutet (177Lu) (rak prostaty)

prof. Piotr Wysocki — „Nie mamy wątpliwości, że celowana terapia radioizotopowa znamienne poprawia przeżycie całkowite pacjentów z rozpoznaniem uogólnionego raka prostaty. To lek celowany, dedykowany dla populacji chorych z konkretnymi cechami molekularnymi na powierzchni komórek nowotworowych — radioizotop jest ukierunkowany na białko powierzchniowe komórek prostaty o funkcji enzymatycznej — czyli PSMA (swoisty antygen komórek prostaty). Zastosowanie celowanej terapii radioizotopowej charakteryzuje się wysoką aktywnością indukującą częste i wyraźne odpowiedzi (remisja choroby nowotworowej), opóźniając nieuchronną progresję choroby i wydłużając przeżycie całkowite pacjentów. Dostępne dane sugerują, że optymalnym momentem zastosowania tego leku jest etap wyczerpania klasycznych, dostępnych terapii systemowych. Czyli na chwilę obecną lek stanowi tak naprawdę opcję terapeutyczną ostatniej szansy dla chorych na uogólnionego raka prostaty, u których choroba przestała reagować na standardowe, refundowane w Polsce opcje terapeutyczne”

9/11. Abemacyklilb (wczesny rak piersi)

prof. Piotr Wysocki — „Terapia dotyczy dużej liczby chorych. To lek, który pierwszy raz od bardzo długiego czasu, odkąd pojawiły się inhibitory aromatazy, pozwolił na znamienne poprawę rokowania chorych na raka piersi poddawanych pooperacyjnej hormonoterapii uzupełniającej. Dodanie do klasycznej hormonoterapii, dwuletniej terapii abemacyklilbem zmniejszyło ryzyko nawrotu choroby w obrębie piersi lub pojawienia się przerzutów. Chociaż lek ma dobrą prasę wśród chorych i organizacji pacjenckich, istnieje szereg wątpliwości w zakresie rzeczywistej korzyści klinicznej ze stosowania tego leku w szerokiej populacji chorych na hormonozależnego raka piersi. Pierwsza wątpliwość dotyczy tego, czy lek rzeczywiście zwiększa szansę na całkowite wyleczenie, bowiem na chwilę obecną wyniki badania rejestracyjnego nie pozwalają potwierdzić znamiennego wydłużenia przeżycia chorych otrzymujących abemacyklilb. Oczywiście u chorych z bardzo wysokim ryzykiem nawrotu, w tym z masowym zajęciem węzłów, korzyść z zastosowania abemacyklilbu jest bezdyskusyjna. Lek jest jednak zarejestrowany również dla chorych ze znacznie mniejszym zaawansowaniem choroby, u których ryzyko nawrotu jest niskie. Nie można bowiem zapominać, że dwuletnie leczenie abemacyklilbem u niemal połowy chorych w badaniu wywoływało ciężkie działania niepożądane, mające niekorzystny wpływ na jakość życia i powodujące u części pacjentów konieczność przerwania terapii”.

**prof. Barbara Radecka**

„W tegorocznej liście kierowaliśmy się przede wszystkim niezaspokojonymi

potrzebami chorych. Wśród opiniowanych preparatów niewiele było leków, które w badaniach klinicznych wykazały spektakularną skuteczność. Większość pozycji wpisuje się w rzeczywisty brak leków w codziennej praktyce klinicznej. Każdy z nas chciałby mieć wszystkie leki dostępne, ale musimy wybierać. Ja osobiście żałuję, że na liście nie znalazł się relatlimab w leczeniu czerniaka, ponieważ to wartościowe leczenie ze znacznie

mniejszą toksycznością. Niektóre nasze głosy - to także sygnał do przemysłu farmaceutycznego, który niekoniecznie musi być zainteresowany kolejnym procesem refundacyjnym. Wskazując leki sugerujemy, że należy pochylić się nad pewną grupą chorych, nawet jeśli to nie jest marketingowo korzystne”.

**prof. Piotr Wysocki**

„Pozostaje nam cieszyć się, że decyzje Ministerstwa Zdrowia

z ubiegłych lat pokrywają się z naszymi sugestiami. Co ważne,

nasze interpretacje wyników badań pokrywają się też z interpretacją wartości leków przez AOTMiT w kontekście ich ceny, co jest ogromnie istotne. Dzięki tej liście do resortu dotrą też nasze głosy sprzeciwu wobec braku refundacji tych leków, które już od dawna powinny być dostępne”.

**prof. Jakub Kucharz**

„Decyzje refundacyjne coraz częściej pozwalają na realizowanie tego, co jest zapisane

w zaleceniach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego”.

**prof. Maciej Krzakowski**

„Ostateczne decyzje o refundacji powstają w wyniku interakcji

trzech stron — w procesie uczestniczyć powinni klinicyści, producenci i Ministerstwo. I te wszystkie strony muszą mówić jednym głosem, myśleć w zbliżony sposób. Całe szczęście, że nie trzymamy się kurczowo zapisów ChPL. My jako środowisko możemy kształtować programy lekowe, zachęcam wszystkie grupy kliniczne do ich współtworzenia i doskonalenia”.

Pomoc dzieciom z chorobą otyłościową

„Założenie jest takie, żeby w ramach pilotażu przetestować rozwiązanie, które mogłoby docelowo wejść do koszyka świadczeń gwarantowanych. W jednym ośrodku zebrani byłiby wszyscy specjaliści potrzebni do leczenia behawioralnego i farmakologicznego dzieci chorujących na chorobę otyłościową” — mówi dr hab. n. med. Michał Brzeziński, prof. GUMed, z Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

— Czy to prawda, że polskie dzieci tyją najszybciej w Europie?



Prof. Michał Brzeziński — Trudno odpowiedzieć na to pytanie, ponieważ nie ma jednoznacznych badań obejmujących całą populację dzieci w Eu-

ropie. Jest kilka badań porównawczych, które pokazują, że polskie dzieci przestały być najszczuplejsze w Europie, a raczej zmiernają w kierunku tych z największą masą ciała. Z drugiej strony mamy ogólnoswiatowe badanie COSI zorganizowane przez WHO. Pokazało ono, że polskie dzieci w wieku 8-9 lat plasuje się w wyższych strefach stanów średnich, jeśli chodzi o otyłość. Oprócz tego badanie ogólnopolskie OLAF i prowadzone przez Centrum Zdrowia Dziecka z ostatnich trzech lat wykazały, że przyrost odsetka choroby otyłościowej w populacji pediatrycznej jest rzeczywiście duży — o 5 proc. w ostatniej dekadzie. Wcześniej dzieci z nadwagą i otyłością stanowiły 16-18 proc. populacji pediatrycznej, teraz możemy mówić, że 22 proc. polskich dzieci spełnia kryteria rozpoznania nadwagi i otyłości. Przy czym są to wartości średnie dla całej populacji dzieci — w poszczególnych rocznikach wygląda to nieco inaczej. Szczególnie mocno sytuacja narastania otyłości dotyczy dzieci z terenów wiejskich i małych miasteczek.

— Dlaczego lekarze rodzinni nie rozpoznają choroby otyłościowej?

— To w pewnym sensie piętnująca choroba. Po drugie, rozpoznanie pozostałoby bez odzewu, ponieważ do niedawna nie było narzędzi do leczenia — dostępu do terapii behawioralnej czy leków przeznaczonych dla populacji dziecięcej. Lekarze rodzinni mają bardzo ograniczone pole działania. Poza podstawową diagnostyką laboratoryjną właściwie nic nie mogą zrobić. Lekarz rodzinny nie ma dostępu do podstawowego poradnictwa żywieniowego. Nie może skierować pacjenta na konsultację u dietetyka, nie może przeprowadzić poradnictwa/edukacji żywieniowej. Nie oczekujemy, że lekarz rodzinny będzie miał wiedzę, jak pomóc pacjentowi choremu na otyłość, nie pomoże też pielęgniarka, bo nie była kształcona w tym zakresie. Oczywiście są świetnie przygotowani lekarze i pielęgniarki, ale to wciąż nie jest i nie powinien być standardowy schemat terapii. Od tego mamy rzeszę dietetyków.

Co może zrobić lekarz rodzinny? Może skierować pacjenta do poradni diabetologicznej, która przebadą go pod kątem metabolicznym, zweryfikuje, czy ma nadciśnienie tętnicze, czy ma cukrzycę lub stan przedcukrzycowy, ewentualnie proponuje farmakoterapię. Zaleci pacjentowi zdrowo się odżywiać, więcej się ruszać i ewentualnie przekaże jakieś materiały edukacyjne. Niemniej jednak tak też nie funkcjonują zespoły terapeutyczne. A dowody są jednoznaczne — to nie jest choroba, którą może leczyć jeden specjalista.

— Czy teraz, w związku z wprowadzeniem opieki koordynowanej, placówki POZ muszą zapewnić poradnictwo dietetyczne?

— W ramach opieki koordynowanej — tak, ale dla tych konkretnych jednostek chorobowych które są nią objęte. Przy czym pamiętajmy, że wśród tych jednostek nie ma choroby otyłościowej. Jest za to wiele chorób, które wynikają z otyłości, są jej skutkiem, powikłaniem.

— Wspomniał Pan, że do niedawna nie było farmakoterapii dla dzieci chorujących na otyłość. Czy należy rozumieć, że teraz już jest?

— Od niedawna dostępny jest pierwszy preparat, który został zarejestrowany do stosowania u dzieci. Mam nadzieję, że za chwilę będzie dostępny kolejny, z grupy leków GLP-1. Mają one dobre dowody na skuteczność i bezpieczeństwo stosowania w populacji dorosłych, a także w populacji młodzieży, bo one są zarejestrowane od 12. roku życia. Pozwalają uzyskać kilku-, kilkunastoprocentową redukcję masy ciała. Kilkunastoprocentowa redukcja masy ciała sprawia, że widać efekty zdrowotne — zarówno w wynikach badań laboratoryjnych, jak i w możliwości podjęcia przez pacjenta podstawowej chociaż aktywności, co daje pacjentowi koło zamachowe do dalszych działań. Zawsze pozostaje alternatywa w postaci leczenia w ośrodkach III stopnia referencyjności, która w Polsce, w pediatrii jest jeszcze słabo wykorzystywana, czyli chirurgia bariatryczna.

— Czyli operacja bariatryczna jest dostępna przed 18. rokiem życia?

— Tak, jest dostępna. Wykonywane są zabiegi w populacji pediatrycznej na pewno w Katowicach, Warszawie, moi koledzy zajmujący się chirurgią dorosłych wykonują je również w Gdańsku u nastolatków. Jest to leczenie finansowane przez NFZ.

— KOS-BMI Dzieci — to program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki nad dziećmi chorującymi na otyłość lub mającymi wysokie ryzyko jej rozwoju. Jest Pan jednym z głównych autorów tego projektu. Proszę powiedzieć, jakie są jego główne założenia?

— Założenie jest takie, żeby w ramach pilotażu przetestować rozwiązanie, które mogłoby docelowo wejść do koszyka świadczeń gwarantowanych. W jednym ośrodku moglibyśmy zebrać wszystkich specjalistów potrzebnych do leczenia behawioralnego i interwencji farmakologicznej u dzieci chorujących na chorobę otyłościową. W jednym miejscu będzie dostępny zarówno lekarz, jak i dietetyk, psycholog, specjalista fizjoterapii, którzy w sposób systemowy wesprą dziecko chorujące na chorobę otyłościową, a także jego rodzinę, w procesie zmiany zwyczajów żywieniowych i przez to redukcji masy ciała czy też zmniejszenia BMI. Z dziećmi jest tak, że one czasem... nie muszą chudnąć, żeby chudły. Dzięki temu, że rosną, relatywnie łatwiej jest zmienić skład ich ciała niż u dorosłych i uzyskać dużo lepsze efekty zdrowotne i dużo lepszą redukcję BMI. Potrzebują jednak w tym wsparcia.

Potrzebny krajowy rejestr sepsy



Monika Pintal-Ślimak

W polskim systemie ochrony zdrowia nadal brakuje konkretnych działań, które pozwoliłyby skutecznie walczyć z sepsą. Notujemy co najmniej 50 tys. zachorowań rocznie.

Jak podkreślają eksperci, konieczna jest odpowiednio wczesna diagnostyka oraz pilne wprowadzenie krajowego rejestru przypadków sepsy, co zdecydowanie ułatwiłoby jej monitorowanie.

Każdego roku na sepsę na świecie zapada niemal 50 mln osób, spośród których umiera ok. 11 mln. Niemała połowa zachorowań dotyczy młodych osób, powodując śmierć 2,9 mln dzieci poniżej 5. roku życia. Do zakażenia sepsą może doprowadzić niewielka infek-

cja, jej objawy często są bagatelizowane lub źle zdiagnozowane. Prawidłowa diagnostyka sepsy na wczesnym etapie, w tym terminowe pobieranie krwi na posiew, mają kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia, ponieważ pozwalają na szybką identyfikację patogenu i dobranie odpowiedniej antybiotykoterapii. Opóźnienia w diagnostyce mogą prowadzić do szybkiego pogorszenia stanu chorego, zwiększenia ryzyka śmiertelności oraz wydłużenia czasu hospitalizacji.

„Przy podejrzeniu sepsy kluczowe jest szybkie wdrożenie postępowania umożliwiającego dokładną diagnostykę mikrobiologiczną, od pobrania krwi na posiew po antybiogram, którego wyniki pozwolą dobrać właściwe antybiotyki. Wymagane jest wprowadzenie odpowiedniej standaryzacji procedury pobierania krwi na posiew do

diagnostyki sepsy. W wyniku błędów fazy przedlaboratoryjnej prawie połowa przypadków sepsy nie ma dodatkich posiewów krwi. Przygotowanie, wdrażanie i utrzymywanie stosownych procedur — pobierania krwi, jej transportu czy odpowiedniego sposobu jej przechowywania — będą zatem wpływać na wzrost jakości i wartości diagnostycznej tego badania mikrobiologicznego. Leczenie sepsy powinno obejmować zarówno postępowanie przyczynowe, jak i objawowe, a wprowadzona terapia być kompleksowa” — podkreśla Monika Pintal-Ślimak, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Do skutecznej walki z sepsą oraz jej zapobiegania konieczne jest monitorowanie oraz odpowiednie raportowanie. Według analiz przeprowadzonych przez oddziały intensywnej terapii

w Polsce jest co najmniej 50 tys. przypadków sepsy rocznie. Jednak dokładnej odpowiedzi i szczegółowych danych brak, ponieważ do dziś — mimo wielu apelów ekspertów — nie wprowadzono krajowego rejestru zapadalności na sepsę.

„Brak krajowego rejestru przypadków sepsy zdecydowanie utrudnia jej monitorowanie. Dokładna rejestracja przypadków zapadalności na sepsę pozwoliłaby oszacować skalę problemu oraz zapobiec jego rozwojowi. Ponadto systematyczna rejestracja danych o sepsie umożliwiłaby opracowanie i wdrożenie celowanych programów profilaktycznych oraz edukacyjnych, mających na celu podniesienie świadomości społecznej, co z kolei mogłoby znacząco obniżyć wskaźniki zachorowalności i śmiertelności z jej powodu” — mówi Monika Pintal-Ślimak.

Na terenach wiejskich potrzeba zindywidualizowanej opieki hospicyjnej



Paweł Grabowski

Na terenach wiejskich potrzeba koordynowanej, elastycznej i dostosowanej do indywidualnych potrzeb opieki hospicyjnej w warunkach domowych — wynika z testowanego modelu profesjonalnej

opieki domowej.

Inicjatorem modelu, testowanego w ramach projektu partnerskiego „Dać to, czego naprawdę potrzeba” jest Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza w Michałowie, działająca na terenach wiejskich wschodniego Podlasia o niskim i bardzo niskim poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego, wyludniających się i starzejących. Projekt realizowano w woj. podlaskim między sierpniem 2021 r. a styczniem 2024 r. we współpracy z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Białym-

stoku, Instytutem Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN i z Ośrodkiem Wspierania Organizacji Pozarządowych.

Twórcy modelu podkreślają, że realizuje on „holistyczne podejście do pacjentów”, wspiera osoby zależne w ich lokalnej społeczności i pozwala na uniknięcie tak długo, jak to jest możliwe umieszczenia ich w domach pomocy społecznej lub w hospicjach stacjonarnych. „Model określono jako innowacyjny, a jest prosty i dyktowany po prostu potrzebami oraz zdrowym rozsądkiem” — powiedział dr Paweł Grabowski, specjalista medycyny paliatywnej, prezes Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza. Wyjaśnił, że w pomaganiu zaangażowano całą lokalną społeczność — „Zadaniem było zbudowanie sieci, utrzymanie jej, patrzenie, czy się rozwija (...). Stworzyliśmy nowe stanowisko, czyli koordynatora opieki osób zależnych — KOOZ. Na tym polega mniej więcej ten model, czyli: elastyczna opieka, posze-

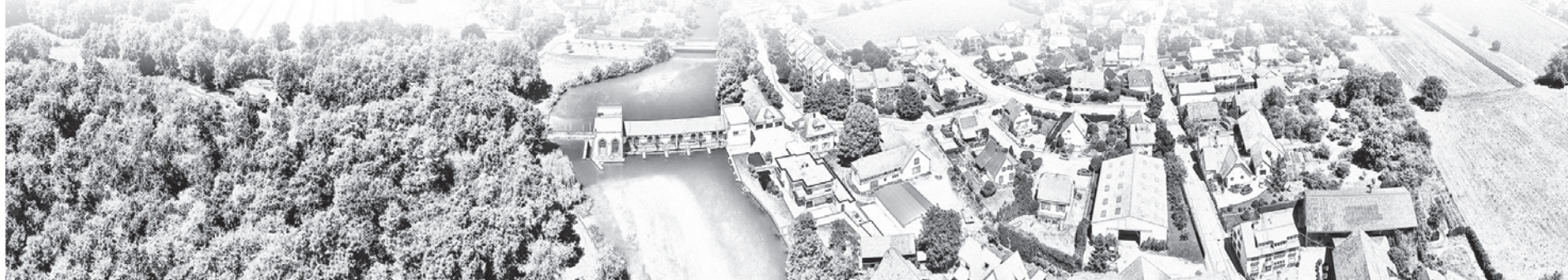
rzony zespół, koordynator opieki, który buduje, moderuje, utrzymuje sieć, zna potrzeby podopiecznych, zna możliwości sieci i pomaga w tych działaniach”.

Dr Grabowski podkreślił, że kolejnym etapem „powinno być rozwiązanie systemowe”. Zaznaczył, że realizowanie opieki za pomocą grantów, „kiedy jednego dnia przyznaje się pieniądze na opiekę nad osobami starszymi, innego na opiekę wytchnieniową, a kolejny grant być może opóźni się o pół roku (...), nie jest etyczne i uczciwe”. I dodał — „Nie proponujemy drogich, kosztownych procedur. Proponujemy rozwiązania, które generują oszczędności wynikające z racjonalnego gospodarowania środkami i z tego, że nie ma pewnych kosztów poniesienia opieki.”

„Projekt pokazał, jak ważna jest w środowisku osoba, która zepnie różne formy działalności, która dotrze bezpośrednio do osoby, która przebywa w środowisku domowym i jest w stanie zapewnić jej dostęp

do usług, które są na rynku” — powiedziała dyrektor ROPS w Białymstoku Elżbieta Rajewska-Nikonowicz, wskazując na m.in. dostęp do rehabilitacji czy masaży.

W ocenie twórców projektu zapewnienie kompleksowej opieki domowej, odpowiadającej na potrzeby środowiskowe nad osobami z nieuleczalnymi i przewlekłymi chorobami oraz wsparcie ich opiekunów domowych w systemie usług medycznych i pomocy społecznej, wymaga „koordynowanej i elastycznej opieki”. Zaznaczają, że po pierwsze, wymaga ona „dostosowania do indywidualnych potrzeb opieki hospicyjnej w warunkach domowych ze wsparciem opiekunów domowych” i powinna być realizowana przez podmioty medyczne, a kontraktowana przez NFZ. Po drugie, opieka domowa powinna być koordynowana w gminie” i „realizowana przez podmioty medyczne i społeczne”, a finansowana ze środków krajowych.



Opłacalność leczenia chorób rzadkich: dylematy

Farmakoekonomika wymaga równowagi między kosztem zakupu leku a jego efektywnością, mierzoną osiągniętymi dzięki jego zastosowaniu punktami końcowymi. Czy w leczeniu chorób rzadkich, gdzie terapie są szczególnie drogie, muszą obowiązywać identyczne zasady, co w przypadku innych leków? Między innymi tematami, o tym problemie dyskutowali uczestnicy konferencji Krajowego Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN.



Maciej Niewada

Jak zauważył dr hab. Maciej Niewada, prezes Healthquest, specjalista farmakologii klinicznej — „Przed tym wyzwaniem stoi wielu ludzi na całym świecie. Możliwe jest podejście dwubiegowe. Takie, w którym abstrahujemy od kosztowej efektywności leków, od ich ceny w chorobach rzadkich albo takie, w którym nie pomijamy tego wątku. Nie próbujemy go prote-

zować czymś, co się nazywa uzasadnieniem ceny, tylko wprowadzamy dla leków stosowanych w chorobach rzadkich inne granice opłacalności”.

Jednym z rozwiązań, stosowanych w Europie, jest elastyczne traktowanie progów opłacalności leczenia, obecnie w Polsce wynoszącego trzykrotność PKB per capita i na przykład podnoszenie go przy terapiach, dających wyleczenie z choroby o szczególnie złych rokowaniach, ustalenie jego maksymalnej wielkości bądź na różne sposoby korygowanie w zależności od stopnia ciężkości choroby. Według dr Macieja Niewady różnorodność tych metod daje pole do dyskusji.



Michał Jachimowicz

Podobnego zdania był dr Michał Jachimowicz, ekspert w dziedzinie ekonomiki rynku świadczeń zdrowotnych: „Ze względu na naturę chorób rzadkich klasycznym meto-

dom oceny farmakoekonomicznej wiele aspektów umyka uwadze. Dlatego niektóre systemy w ogóle rezygnują z analizy farmakoekonomicznej, inne zmieniają granicę opłacalności, inne stosują dodatkową, wielokryterialną ocenę. Kiedy więc przekraczamy granicę opłacalności, spójrzmy na coś więcej” — zaapelował.



Stanisław Maćkowiak

Takim kryterium według prezesa Krajowego Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN, Stanisława Maćkowiaka, powinna być jakość życia pacjenta, jego samodzielność. Ale nie tylko.

Jak przypomina dr Niewada, w chorobach rzadkich ogromnemu obciążeniu podlega także rodzina pacjenta: „Istnieją metody, za pomocą których również jakość życia członków rodziny możemy wprowadzić do analizy farmakoekonomicznej, choć nie jest to typowym stan-

dardowym podejściem. Warto jednak tę analizę w chorobach rzadkich spersonalizować”.



Maciej Miłkowski

Jednak mimo trudności z finansowaniem nowych refundacji w chorobach rzadkich przybywa. W jaki sposób można obniżyć cenę leków? Dyskusje na ten temat toczą się w całej Europie. Jak zdradził

wiceminister Maciej Miłkowski, istnieje wiele instrumentów do zastosowania przy negocjacjach cenowych z producentami. Należy do nich m.in. mechanizm dzielenia ryzyka, a także wykorzystywanie zastosowania leku na zasadzie off label, jeśli istnieje udokumentowana klinicznie taka możliwość — często poprzez badania niekomercyjne, których kosztów nie ponosił producent. Oczywiście szansę na niższą cenę stanowi także wprowadzanie leków generycznych, co będzie się zdarzać coraz częściej.

PÓŁPASIEC OCZAMI PACJENTÓW: ZMAGANIA Z BÓLEM, BRAK INFORMACJI

Badania ankietowe przeprowadzone w dwóch ośrodkach klinicznych leczenia bólu wykazały, że 58 proc. pacjentów po przebytych półpaścu cierpi na długotrwałe dolegliwości bólowe. Średni wiek zachorowania ankietowanych osób na półpaśca wyniósł 68 lat. Rozpoznanie choroby następuje najczęściej (64 proc.) przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast w 22 proc. — w szpitalu lub na SOR. Niemal połowa pacjentów (47 proc.) zgłosiła, że w czasie diagnostyki i leczenia półpaśca doświadczyło trudności w dostaniu się do lekarza lub musiało oczekiwać na wizytę. Pacjentom brakuje wiedzy o chorobie, metodach jej leczenia i zapobiegania, w tym o możliwości zaszczepienia się.

Raport opublikowany przez Modern Healthcare Insitute pt. „Półpasiec oczami pacjentów. Zapobieganie — leczenie — powikłania” powstał na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych na grupie 185 pacjentów w dwóch ośrodkach klinicznych — w Krakowie i Warszawie.

Wyniki badania osób, które chorowały na półpasiec w latach 2007-2023, pokazują, że największym i najdłużej odczuwanym problemem zdrowotnym związanym z chorobą jest długotrwały, utrzymujący się nawet latami ból o różnym charakterze i natężeniu. Przetrwali ból — najczęściej wymieniany przez ankietowanych (58 proc. pacjentów, którzy wzięli udział w badaniu) skutek choroby — może nasilać się przy zmianie pogody, pochylaniu się, w reakcji na zimno. Parestezje jako długookresowe skutki choroby wskazało 23 proc. ankietowanych, 6 proc. wymieniło zaburzenia równowagi i zawroty głowy. Nierzadko pacjenci wskazywali kilka powikłań półpaśca, w tym również świąd i pieczenie skóry, blizny po wysypce, niedostuch, zaburzenia nastroju i codziennego funkcjonowania, działania niepożądane stosowanych leków.

Pacjenci cierpiący z powodu neuralgii popółpaścowej — to osoby w starszym wieku, niemal zawsze (91 proc.) zmagające się z chorobami towarzyszącymi — najczęściej nadciśnieniem (59 proc.) i cukrzycą (20 proc.). Średni wiek zachorowania na półpasiec — to 68 lat. Choroba zaczęła się u nich najczęściej od nagłego ataku silnego bólu, rzadziej od wysypki. Ból miał rozmaity charakter i nasilenie, oprócz niego pojawiały się także rozmaite parestezje, np. odczucie gorąca.

Rozpoznanie choroby następowało najczęściej w przychodni POZ (64 proc. ankietowanych). U 15 proc. pacjentów diagnoza została postawiona w szpitalu, a kolejne 7 proc. zostało rozpoznanych na SOR lub przez zespół ratownictwa medycznego. Ankietowane osoby pozostawały w leczeniu przeciętnie 2,5 roku, w związku z problemami odczuwanymi po przechorowaniu półpaśca. Około 4 proc. osób doświadczało tych dolegliwości dłużej niż 20 lat.

Ponad połowa (57 proc.) ankietowanych doświadczyła trudności w procesie diagnostyki i leczenia, które polegały przede wszystkim na utrudnionym dostępie do lekarza lub zbyt długim oczekiwaniu na wizytę. Wskazywano również (15 proc.) na brak informacji lub błędy w komunikacji, brak rozpoznania lub błędną diagnozę (9 proc.), nieskuteczne leczenie (również 9 proc.). Ścieżka pacjenta najczęściej obejmowała dwie poradnie — medycyny rodzinnej i leczenia bólu. Aż 18 proc. ankietowanych leczyło

się w trzech miejscach, a 6 proc. — w czterech placówkach.

Duża część pacjentów nie dysponuje wystarczającą wiedzą na temat przyczyn choroby. Dla 43 proc. podstawowym źródłem wiedzy był lekarz. Ponad 15 proc. ankietowanych wskazało tutaj rodzinę lub znajomych a ponad 10 proc. — internet.

Również wiedza na temat szczepień przeciwko półpaścowi nie jest wysoka. Aż 63 proc. badanych nie wiedziało do momentu wypełnienia ankiety, że szczepionka przeciwko półpaścowi w ogóle istnieje. Zaledwie 24 proc. pacjentów dowiedziało się o tym w czasie choroby, a tylko 10 proc. miało taką wiedzę

wcześniej, przed zachorowaniem. W naturalny sposób ankietowani wskazywali, że gdyby miały nastąpić zmiany w procesie diagnozy i leczenia — to przede wszystkim powinny one dotyczyć upowszechniania wiedzy o szczepieniach (tak wskazało 59 proc. osób). Kolejne 29 proc. wskazało, że potrzebne jest upowszechnianie informacji o samej chorobie i jej przebiegu, a 14 proc. wskazało że konieczna jest edukacja na temat metod jej leczenia.

Pytani o swój stosunek do szczepień, ankietowani w zdecydowanej większości zadeklarowali chęć polecenia innym osobom, aby zaszczepiły się przeciwko półpaścowi — było to 84 proc. odpowiedzi. Kolejne 12 proc. nie było tego pewnych a zaledwie 4 proc. osób odpowiedziało przeczą — że nie chcą polecać szczepień.

Półpasiec i neuralgia popółpaścowa

Neuralgia popółpaścowa (postherpetic neuralgia, PHN) — to jednostronny ból utrzymujący się powyżej 3 miesięcy po przechorowaniu półpaśca (1,2,3). Według danych epidemiologicznych, PHN rozwija się średnio u 9-15 proc. chorych po przebytych półpaścu, należy do najczęstszych powikłań po przechorowaniu tej choroby i jest jednym z częściej występujących zespołów obwodowego bólu neuropatycznego.

Neuralgia popółpaścowa powoduje długotrwały ból, który może utrzymywać się miesiącami, a nawet latami. Ryzyko wystąpienia neuralgii zwiększa się wraz z wiekiem, a szczególnie narażone są osoby po ukończeniu 50. roku życia. Szacuje się, że aż 80 proc. przypadków dotyczy osób powyżej 50. roku życia. Zdarzają się również poważne powikłania neurologiczne, takie jak aseptyczne zapalenie opon mózgowych i zapalenie mózgu, a nawet choroby sercowo-naczyniowe, w tym udar mózgu i zawał serca.

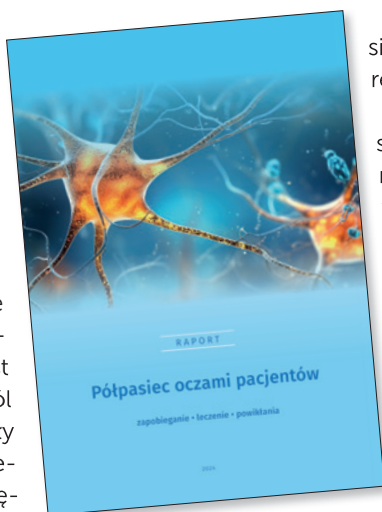
Dr hab. n. med. Małgorzata Malec-Milewska, prof. CMKP, Klinika Anestezjologii i Inten-

sywnej Terapii CMKP w Warszawie pisze w raporcie, że neuralgia popółpaścowa jest trudna do wyleczenia. Objawy mogą utrzymywać się latami, nawet całe życie. I podkreśla, że „Wraz z pojawieniem się szczepień dla dorosłych, zwłaszcza nowej rekombinowanej szczepionki Shingrix dla osób powyżej 50. roku życia, profilaktyka staje się dla polskich pacjentów realistycznym celem. Wskazane jest również szybkie i właściwe leczenie ostrej fazy półpaśca, ponieważ czas trwania i nasilenie bólu uważane są za podstawowy czynnik ryzyka rozwoju PHN”.

Jak dodaje prof. Malec-Milewska — „Biorąc pod uwagę, że PHN jest trudna do leczenia, a wyniki tego leczenia są zmienne, priorytetowe znaczenie ma profilaktyka. Dlatego też zadaniem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i geriatrów jest stosowanie szczepionki u pacjentów z zagrożonych grup oraz populacyjne szczepienie dzieci przeciwko ospie wietrznej. Reaktywacji nie ulegnie bowiem wirus, którego w swoim organizmie nie mamy”.

Komentując wyniki badania ankietowego, Magdalena Kotodziej, prezes zarządu Fundacji MY Pacjenci, wskazuje — „Badanie przeprowadzone na grupie pacjentów, którzy doświadczyli ciężkiej choroby, jaką jest półpasiec, doskonale odzwierciedla sytuację wielu chorych zmagających się z różnymi chorobami zakaźnymi. To, na co warto zwrócić uwagę — to deklarowana trudność (długi czas oczekiwania) w dostępie do lekarza. Taki problem zgłosiło 57 proc. respondentów. Jest to powszechny problem, wymagających zmiany systemu świadczeń zdrowotnych — przede wszystkim wzmacniania roli podstawowej opieki zdrowotnej czy większego włączania innych zawodów medycznych do opieki nad pacjentem”.

Prezes Magdalena Kotodziej wskazuje również na potrzebę podnoszenia poziomu wiedzy o chorobach i ich przyczynach, a także budowania świadomości na temat możliwości ich zapobiegania dzięki szczepieniom — „Z wypowiedzi ankietowanych chorych bardzo mocno wybrzmiewa też brak wiedzy — o przyczynach choroby, szczepieniach. Taka wiedza nie była przekazana lub przekazana była w niewielkim zakresie przez personel medyczny. Szczególnie niski odsetek osób, które miały świadomość że istnieje szczepienie przeciwko półpaścowi, wskazuje na pilną potrzebę działań informacyjnych w tym zakresie, prowadzonych przez wiarygodne dla pacjentów instytucje i organizacje. Służy temu kalendarz szczepień osób dorosłych przygotowany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej we współpracy z naszą Fundacją”.



Małgorzata Malec-Milewska



Magdalena Kocot-Kępska



Magdalena Kotodziej

SZYBSZE WYKRYWANIE RAKA PŁUCA

Szybsze wykrywanie raka płuca jako klucz do skuteczniejszego leczenia – to temat kolejnego raportu Modern Healthcare Institute. Współautorzy raportu – eksperci kliniczni – wskazują na zasadniczy problem, jakim jest zbyt późne rozpoznawanie i rozpoczynanie leczenia, co od razu, na starcie drastycznie obniża szanse chorych na skuteczne wyleczenie.

Dzięki rozwojowi nowych leków, doskonaleniu metod zabiegowych i opracowaniu skutecznej strategii postępowania, możliwa jest zmiana paradygmatu w onkologii. Pacjenci z rakiem płuca, który został wykryty odpowiednio wcześniej, po skutecznej interwencji i farmakoterapii podtrzymującej, mogą być skutecznie wyleczeni i wrócić do normalnego funkcjonowania. Dlatego tak ważne jest położenie nacisku na wczesne wykrywanie choroby.

Wczesne rozpoznanie raka płuca naraża znacznie większe trudności niż w zdecydowanej większości innych rodzajów choroby nowotworowej, m.in. dlatego że wczesne postaci choroby nie wywołują zwykle niepokojących objawów a jej wykrycie przy okazji zwykłych badań jest bardzo mało prawdopodobne. Poprawienie sytuacji i wskaźników wczesnego wykrywania choroby wymaga nadzwyczajnego wysiłku ze strony lekarzy i instytucji, odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia, w tym zwłaszcza badań przesiewowych i mobilizacji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Istnieją jednak przykłady, jak choćby działania przedsięwzięte w Wielkiej Brytanii, że taki nadzwyczajny wysiłek jest możliwy i przynosi wymierne efekty.

Podstawowym i najważniejszym badaniem diagnostycznym pozwalającym wykryć raka płuca jest tomografia komputerowa. Badania przesiewowe za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej są jedyną metodą poprawy wykrywalności. Dzięki nim można zwiększyć odsetek przypadków choroby wykrywanej we wcześniejszych stadiach. Szansę na poprawę efektywności i szybkości diagnostyki byłoby utworzenie Lung Cancer Units.

Najsukuteczniejszą metodą leczenia raka płuca są radykalne zabiegi chirurgiczne, które jednak w obecnej sytuacji można przeprowadzać u nie więcej niż 20 proc. pacjentów – tzn. u tych, u których choroba zostanie wykryta odpowiednio wcześniej. Leczenie radykalne przynosi coraz lepsze efekty i staje się mniej uciążliwe dla pacjentów dzięki wdrażaniu nowoczesnych technik chirurgii małoinwazyjnej, w tym zabiegów w asyście robota.

Skuteczność leczenia radykalnego można dodatkowo zwiększyć, stosując farmakoterapię okołoperacyjną (terapię celowaną, immunoterapię). Przed onkologami stoi wyzwanie, aby określić optymalny czas trwania leczenia przed i pooperacyjnego, określić optymalne biomarkery i stosować immunoterapię lub chemioimmunoterapię u każdego pacjenta, zależnie od podtypu choroby, u którego może to przynieść korzyści.

Nowoczesna farmakoterapia pozwala również zwiększać szanse przeżycia pacjentów zdiagnozowanych już w momencie, kiedy zaawansowanie choroby wyklucza podjęcie leczenia radykalnego. W ostatnich latach refundacją w programie lekowych objęto nowe leki. Korzyści z ich stosowania są mniejsze m.in. dlatego,



Maciej Krzakowski



Bartosz Wasąg



Rafał Krenke



Dariusz M. Kowalski



Cezary Piwkowski



Mariusz Adamek

że proces diagnostyki histopatologicznej trwa w wielu przypadkach zbyt długo a zbyt mała liczba pacjentów ma wykonywane badania molekularne. Tymczasem diagnostyka molekularna stanowi nieodzowny i często kluczowy element diagnostyki chorych narada płuca.

Jak wskazuje **prof. Maciej Krzakowski**, krajowy konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej – „Należy wiele poprawić w zakresie rozpoznawania raka płuca, ponieważ tzw. ścieżka diagnostyczna od wystąpienia objawów do rozpoczęcia właściwego leczenia jest zbyt długa – problem jest z jednej strony związane z o wiele zbyt późnym zgłaszaniem się do lekarza w przypadku objawów z zakresu układu oddechowego, nieprawidłowe wykonywanie badań obrazowych i endoskopowych, zbyt długie oczekiwanie na wyniki badań patomorfologicznych oraz brak wykorzystania pełnego zakresu diagnostyki molekularnej. Konsekwencją jest zbyt duży odsetek chorych z rozpoznaniem raka płuca w stadium zaawansowanym lub osób z przeciwwskazaniami do leczenia wynikającymi z złego stanu sprawności lub współwystępujących chorób. Możliwości leczenia skojarzonego nie są nadal dostatecznie wykorzystywane, czego przykładem jest nadal zbyt mały odsetek chorych z nowotworem miejscowo zaawansowanym kwalifikowanych do chemioradioterapii”.

Profesor Dariusz M. Kowalski z NIO-PIB przypomina w raporcie – „Rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych w Polsce i odpowiada za około 18 proc. zgonów u kobiet i 26 proc. u mężczyzn. Niedrobnokomórkowy rak płuca (NDRP) stanowi 80–85 proc. wszystkich pierwotnych nowotworów płuca. Poprawa skuteczności leczenia chorych na NDRP ma ważne znaczenie dla zmniejszenia łącznej bezwzględnej liczby zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Rozpoznanie NDRP we wczesnych stopniach zaawansowania umożliwia podjęcie radykalnej resekcji, która jest najsukuteczniejszą metodą leczenia. Odzwierciedleniem są wskaźniki 5-letnich przeżyć, które dla stopni zaawansowania I–III wynoszą odpowiednio: stopień I – 73–90 proc., stopień II – 56–65 proc. i stopień III – 12–41 proc.”.

Na istotne znaczenie leczenia radykalnego wskazuje w raporcie **prof. Cezary Piwkowski**, kierownik Kliniki i Oddziału Torako-chirurgii UM w Poznaniu – „Radykalne leczenie operacyjne chorych na NDRP jest leczeniem najbardziej skutecznym i jako jedyne dającym szansę na pełne wyleczenie. Jest ono jednak możliwe i skuteczne na etapie wczesnego zaawansowania choroby. Niestety rak płuca na tym etapie rozwoju w większości przypadków jest chorobą bezobjawową lub objawy są niecharakterystyczne. Skutkuje to faktem, że do leczenia operacyjnego w momencie uzyskania rozpoznania raka płuca lub jego podejrzenia kwalifikuje się 12-25 proc. chorych z rozpoznaniem NDRP. Jest to odsetek stanowczo zbyt niski”.

Profesor Rafał Krenke, kierownik Katedry i Kliniki Chorób wewnętrznych, Pneumonologii

i Alergologii WUM podkreśla – „Wczesne rozpoznanie raka płuca jest trudniejsze niż wielu innych nowotworów, ponieważ mało zaawansowane postaci tej choroby zwykle nie wywołują niepokojących objawów. W odróżnieniu od sytuacji, gdy np. w przypadku raka piersi kobieta może prostą metodą palpacyjną samodzielnie wykryć u siebie guzek lub guz i zgłosić się do lekarza, w raku płuca takie samodzielne działanie pacjenta praktycznie nie odgrywa roli”.

„W chorobie nowotworowej istnieje ścisła korelacja pomiędzy wielkością guza w momencie diagnozy a rokowaniem, które przypisujemy pacjentowi. Istnieją również inne zmienne, mające znaczenie rokownicze, ale wielkość guza jest parametrem bardzo istotnym – do tego stopnia, że we wszystkich kalkulatorach stosowanych w celu określenia, czy wykryty guzek jest złośliwy, wymiar (lub objętość) jest zawsze wymieniony. W klasyfikacji TNM, stosowanej do określenia stadium rozwojowego (klinicznego) raka płuca wyodrębniona jest podkategoria T1a, której pochodną jest stadium IA1, w którym średnica guzka jest mniejsza niż centymetr, czyli wynosi 1-9 milimetrów. Według danych, jeśli taki guz zostanie zoperowany, przeżycie 5-letnie (uznawane za wyleczenie) dotyczy 93 proc. chorych. W przypadku kolejnego stadium, czyli IA2 – w którym średnica guzka wynosi 10-19 milimetrów – odsetek przeżyć 5-letnich po operacji jest niższy o 11 punktów procentowych, czyli wynosi 82 proc. Zaledwie kilkumilimetrowe różnice rozmiaru odgrywają zatem istotną rolę przy określaniu rokowania. Kolejne grupy, odnoszące się do coraz większych guzów, są związane z coraz niższym przeżyciem 5-letnim. Z tego powodu szybkie wykrycie guza w momencie, kiedy jego rozmiary są możliwie niewielkie, ma ogromne znaczenie dla rokowania i dalszych losów chorego” – przypomina w swoim rozdziale raportu **prof. Mariusz Adamek** z Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej SUM w Katowicach.

Natomiast **prof. Bartosz Wasąg** z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zwraca uwagę na znaczenie diagnostyki molekularnej na ścieżce pacjenta z rakiem płuca – „Zgodnie z rekomendacjami, badania molekularne powinny być zlecane natychmiast po rozpoznaniu patologicznym, co pozwala na szybsze uzyskanie wyników decydujących o sposobie leczenia chorych. Ten schemat wskazywany jest jako optymalny niezależnie od stopnia zaawansowania choroby. Aktualne rekomendacje międzynarodowe wskazują, że obecność zmian aż w 10 genach (EGFR, KRAS, ALK, ROS1, BRAF, MET, RET, HER2, NTRK oraz NRG1) może wpływać na sposób leczenia chorych z zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NDRP). Natomiast w przypadku pacjentów operowanych radykalnie, tylko wykrycie mutacji w genie EGFR oraz analiza stopnia ekspresji białka PD-L1 stanowi podstawę do wyboru schematu leczenia uzupełniającego. Przy czym już dziś, w tej grupie chorych, wskazuje się na potrzebę identyfikacji wariantów w innych genach jako potencjalnych czynników predykcyjnych i prognostycznych”.

RYCZAŁT SIĘ NIE SPRAWDZIŁ

Jeśli chodzi o zniesienie limitów, każdy dyrektor szpitala powiatowego w Polsce powie to samo — chodzi o to, aby NFZ zapłacił za wszystkie wykonane usługi. To przecież rozsądne stanowisko — skoro wykonałem usługę, to powinienem otrzymać za nią zapłatę. Pracujemy nad tym. Jeśli wprowadzimy zasadę, że płacimy za wszystkie wykonane świadczenia, to znikną limity. Obecnie dzieje się tak choćby w kardiologii inwazyjnej, w onkologii czy w AOS. Każdy podmiot ma pewność, że wcześniej czy później otrzyma wynagrodzenie, czy to z miesiąca za miesiąc czy przy rozliczaniu kwartału.



— Czy zadłużenie szpitali to najważniejszy problem systemu ochrony zdrowia?

Marek Kos — Zadłużenie szpitali to ważny, ale nie najważniejszy problem ochrony zdrowia. Najważniejsi są pacjenci i ich dostęp do świadczeń.

— Zadłużone szpitale mogą być zmuszone do ograniczania swojej działalności, co pogarsza dostępność do świadczeń.

— Czy się ograniczają? Nie widzę takiej korelacji. Szpitale wykonują świadczenia ponad limity zawarte w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia, tak że niektóre mają wykonania rzędu 20 i więcej procent całości kontraktu. Najważniejsza jest dostępność, aby pacjent miał gdzie się zgłosić w razie potrzeby i miał gdzie się leczyć, i żeby za tym szła również jakość udzielanych świadczeń.

— Dwukrotnie z powodzeniem wyprowadzał Pan na prostą szpitale znajdujące się w złej sytuacji finansowej. To dowód, że w obecnych warunkach jednak da się prowadzić szpital bez zadłużania. Może więc problem tkwi w osobach, które nimi zarządzają, a nie w systemie?

— Kiedy zaczynałem prowadzić szpital w Kraśniku, w 2012 roku jego sytuacja była bardzo zła, włącznie z zadłużeniem w parabankach czy ZUS. Na przestrzeni 6 lat sytuacja została poprawiona — szpital przez 4 lata się bilansował, nie generował straty. Podobnie w Sandomierzu, gdzie za 2018 rok zastałem stratę większą niż amortyzacja. Już od 2020 roku wynik finansowy był na plusie.

— Czyli wystarczy sklonować dyrektora Marka Kosa i szpitale pozbędą się długów?

Moją główną rolą jako dyrektora były negocjacje, rozmowy, przekonywanie Narodowego Funduszu Zdrowia, aby jednak zapłacił za nadwykonania i zakontraktował więcej świadczeń. W jednym miejscu udawało się to lepiej, w innym gorzej. Osoby zarządzające szpitalami powinny przede wszystkim negocjować z NFZ — nie wal-



Obecnie tendencja jest raczej taka, aby płacić za rzeczywiście wykonane usługi, a nie ryczałtowo.



czyć, nie podawać do sądu, ale merytorycznie rozmawiać. Potrzebne są argumenty i uparte przekonywanie płatnika.

— Jaka jest Pana rada dla dyrektorów szpitali, którzy w lutym 2024 roku mają długi — jak uzyskać dodatni wynik finansowy?

— Jak już mówiłem, pracujemy nad tym, aby świadczenia wykonywane ponad limit były przez NFZ opłacone. Druga istotna rzecz, którą trzeba wziąć pod uwagę — to motywowanie zespołu do pracy, wykonania jak największej liczby usług wyspecjalizowanych, które są dobrze wyceńnione. To się wiąże oczywiście z pozyskaniem nowoczesnego sprzętu medycznego, kadry, ale przynosi efekty. Trzeba zauważyć, że szpitale specjalistyczne w większości przypadków funkcjonują całkiem dobrze.

— Największym problemem dyrektorów szpitali są dzisiaj wynagrodzenia?

— W szpitalach powiatowych i wojewódzkich mamy do czynienia z trzema największymi problemami. Pierwszy — to finanse, czyli zbyt niska wycena w stosunku do ponoszonych kosztów udzielanych świadczeń. Drugi — to kadra, której po prostu nie ma, trzeba ją więc pozyskiwać lub dostosowywać możliwości szpitala do tych specjalistów, których już posiada. A trzeci element — to inwestycje, które są niezbędne, a na które trzeba pozyskiwać środki od właścicieli lub uczestnicząc w konkursach, takich jak na przykład ogłoszony przez ministerstwo zdrowia konkurs na szpitalne oddziały ratunkowe. Kto się zgłosi i przedstawi dobry wniosek, otrzymuje znaczne środki, za które może kupić nowoczesny sprzęt.

— Jak jest strategia nowego kierownictwa MZ odnośnie poprawy sytuacji finansowej szpitali?

— Odchodzenie od limitów — to podstawa. Wprowadzony w 2017 roku system ryczałtowego finansowania szpitali w formie sieci był kiepski. I w ciągu tych sześciu lat widoczne jest stopniowe odchodzenie od tego pomysłu. Z sie-

ci wyprowadzono poradnie wielospecjalistyczne. Kolejne zakresy świadczeń, jak na przykład pediatria, teoretycznie są objęte limitem, ale w praktyce NFZ finansuje wszystkie wykonane usługi, czyli są to procedury nielimitowane. Obecnie tendencja jest raczej taka, aby płacić za rzeczywiście wykonane usługi, a nie ryczałtowo.

— Czyli będziemy wracali do zasady fee-for-service?

— Na ten temat nie wypowiem się na razie stanowczo, bo nie zapadły konkretne decyzje. Ale prowadzimy analizy w MZ i NFZ, aby wypracować konkretne propozycje.

— Korzyści dla pacjenta — to oprócz lepszej dostępności, także jakość i bezpieczeństwo. Jak Pan ocenia kierunek działań zaproponowany w ustawie o jakości, w tym tworzenie — wreszcie — rejestrów.

— Płacenie za wartość, za jakość — to dobry kierunek zmian. Będziemy wprowadzać rejestry. Ustawa o jakości wymusza pewne działania, jak choćby obserwowanie w chirurgii powtórnych operacji, powikłań po zabiegu. De facto z systemu informatycznego NFZ można już dzisiaj filtrować dane dotyczące np. powtórnych hospitalizacji. Być może płatnik tego nie robi, ponieważ ma inne zadania. Ale wejście w życie ustawy o jakości powoduje, że będzie musiał prowadzić takie analizy. Pewne elementy płacenia za jakość już zresztą funkcjonują. Przecież mamy współczynnik uzależniony od posiadania certyfikatu — Centrum Monitorowania Jakości. Szpitale, którymi zarządzałem, przechodziły procesy akredytacji i otrzymały certyfikaty. Przedłużone pobyty, powtórne hospitalizacje, reoperacje, analizy zgonów — to kwestie, które w tym procesie są brane pod uwagę. Warto dodać, że CMJ wprowadził także proces oceny szpitala przez osoby w nim zatrudnione, a także ankiety pacjenckie.

(cały wywiad dostępny na:

<https://www.mzdrowie.pl/fakty/ryczaltowe-rozliczanie-szpitali-nie-sprawdzilo-sie/>)

ROBOTY ORTOPEDYCZNE WYKORZYSTUJĄ AI

Roboty ortopedyczne wykorzystują sztuczną inteligencję działającą w systemach zamkniętych, opartą na „big data”, czyli dużych baz danych. Wykorzystują wirtualne odwzorowanie stawów, indywidualną sekwencję zakresu ruchu stawu, jego odstępstw od fizjologii oraz — te bardziej zaawansowane — odwzorowanie napięcia tkanek okostostawowych. W ortopedii robotycznej przodują Chiny z ponad 15 typami „ramion robotycznych”, ale Polska należy do czołowych krajów Europy rozwijających te techniki. Wdrażamy najnowocześniejsze rozwiązania mimo barier finansowych, jaką stanowią wyceny procedur ortopedycznych, nie uwzględniające techniki robotycznej — mówi dr hab. n. med. Paweł Skowronek, kierownik Kliniki Ortopedii Małoinwazyjnej i Rehabilitacji WUM Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego.

Paweł Skowronek — Tak zwane „roboty” da Vinci czy Versius są doskonałymi manipulacjami, przedłużeniem ręki chirurga, pozwalającymi operować ze znacznie większą precyzją i zakresami swobody. Tymczasem w robotach stosowanych w ortopedii zmierzamy w stronę zagospodarowania sztucznej inteligencji, obecnie systemów zamkniętych, bazujących i podejmujących decyzje wspomagające chirurga na podstawie danych z baz procedur ortopedycznych. To najbardziej zaawansowane systemy stosowane teraz w chirurgii, mając na uwadze, iż otwarte samouczące się systemy AI nadal jeszcze nie są akceptowane w medycynie.

— Czyli nie jest to tylko sama precyzyjna mechanika.

— Na podstawie „big data” AI i jej algorytm jest już w stanie bardziej szczegółowo i w oparciu o większą liczbę porównywanych badań opisywać wyniki badań obrazowych, tzn. — należy powiedzieć — opisać badanie lepiej od człowieka. Lekarz nie jest bowiem w stanie obejrzeć tylu badań i procedur np. ortopedycznych, nabierając doświadczenia, ile może przeanalizować algorytm w oparciu o światowe bazy danych. Te analizy są stosowane do praktycznego działania i ortopedia jest jedną z pierwszych dziedzin, gdzie ten proces się rozpoczął, a obecnie jest jednym z najbardziej zaawansowanych. Dzieje się to przede wszystkim w zabiegach protezoplastyk stawów i stabilizacji kręgosłupa.

— Ortopedzi są liderami, a wśród ortopedów — kto konkretnie?

— Już praktycznie wszystkie liczące się na świecie ośrodki protezoplastyk korzystają z robotów, czy ramion robotycznych — ten



W Chinach naliczyłem ostatnio 16 różnych typów robotów stosowanych w ortopedii.



proces jest nieunikniony. W liczbie zabiegów robotycznych zdecydowanie przodują Chiny, ale to głównie ze względu na olbrzymią populację. O ile my — w Polsce czy w Europie — wykorzystujemy obecnie 5-6 różnych systemów, to w Chinach naliczyłem ostatnio 16 różnych typów robotów stosowanych w ortopedii. Niedawno prowadziłem wykład na największym chińskim, a de facto największym światowym kongresie ortopedycznym COA 2023, poświęconie robotyce i technikom miniinwazyjnym. I mogę powiedzieć, że dzisiaj Chińczycy biją nas na głowę, jeśli chodzi o różnorodność robotów, ich liczbę oraz ilość wykonywanych zabiegów.

— Gdzie w tym wyścigu znajduje się polska ortopedia?

— Jesteśmy bardzo wysoko, mamy już co najmniej kilkanaście szpitali, w których pracują roboty ortopedyczne — a w takich Czechach według moich informacji jest na razie tylko jeden. Jako Mazowiecki Szpital Bródnowski jesteśmy jednym z prekursorów robotyki w ortopedii już od 2020 roku, posiadając unikalny i ciągle najbardziej zaawansowany system robotyczny z balansowaniem tkanek stawu kolanowego. Należy podkreślić, iż robotyka powinna być wprowadzana w doświadczonych, zaawansowanych w protezoplastyce ośrodkach. Jako kraj i specjalizacja ortopedii jesteśmy otwarci na najnowocześniejsze rozwiązania. Na przykład w Skandynawii nadal protezoplastyka opiera się u większości pacjentów, niezależnie od wieku, na sprawdzonych, ale starszych tzw. protezach „cementowanych”. My postępujemy zgodnie z trendami światowymi, stosując w większości protezy „bezcementowe”, „krótkotrzeniowe” lub standardowe, ale o większym po-

winowactwie do wgajania biologicznego. Oczywiście, to nie jest tylko kwestia implantów, ale przede wszystkim stosowanych technik operacyjnych, umiejętności i doświadczenia lekarzy, które w Polsce stoją na najwyższym światowym poziomie. Mamy doskonałe ośrodki, system szkolenia, wykorzystujemy nie tylko roboty, ale też najnowsze techniki diagnostyczne, chirurgię małoinwazyjną, różne systemy rozwiązań. Nasz ośrodek specjalizuje się właśnie w technikach małoinwazyjnych, w szczególności protezoplastykach stawów. Operujemy technikami miniinwazyjnymi MIS prawie 15 lat. Nasi pacjenci możliwie najszybciej wracają do normalnego funkcjonowania, często także do bardzo zaawansowanych aktywności, wliczając w to uprawianie amatorskiego i niejednokrotnie wyczynowego sportu.

— W którym kierunku idzie rozwój tych systemów i technologii?

— Należy wskazać przede wszystkim kierunek otwartych algorytmów AI, czyli samouczącej się sztucznej inteligencji, która na razie w medycynie nie jest dozwolona, ponieważ oznaczałoby to ryzyko utraty kontroli przez lekarza nad procesem leczenia i np. działaniami robota. Dane z operacji robotycznych są zbierane do baz danych, tak aby algorytm o nie oparty wskazywał optymalny sposób dopasowania protezy. Stosując OMNIBotic działamy na bazie około 100 tysięcy przypadków stworzonej do 2020 roku, tak aby system potrafił formułować wskazania dla operatora odnośnie dopasowania protezy. Kolejne dane są do niej wprowadzane na bieżąco oczywiście pod kontrolą specjalistów. Prawdopodobnie w 2025-26 roku ta baza sięgnie już około 200 tysięcy operacji. Póki co nie istnieje jeszcze żaden globalny serwer, do którego sphywałyby na bieżąco dane ze wszystkich zabiegów i wzbogacały algorytm AI — ale prawdopodobnie kiedyś tak się stanie. Nadal dzieje się to w sposób możliwie najbardziej bezpieczny, pod kontrolą człowieka.

(cały wywiad: <https://www.mzdrowie.pl/medycyna/najbardziej-zaawansowane-technologicznie-roboty-sa-stosowane-w-ortopedii/>)



Edukować



Łukasz Jankowski

„Z jednej strony staje aktualna wiedza medyczna, doświadczenie i zysk, jaki mamy jako społeczeństwo z tego, że wszyscy się szczepimy. Z drugiej strony niepoparte żadną wiedzą medyczną obawy”. — mówi Łukasz Jankowski, prezes NRL. Aby temu problemowi zaradzić, zachęca do edukacji zdrowotnej rodziców, ale też najmłodszych — „Musimy edukować, jakie wiążą się ze szczepieniami korzyści i szczerze mówić o ryzyku związanym z procedurą medyczną, która jak każda procedura niesie ze sobą ryzyko i działania niepożądane, które mogą się zdarzyć”.

Profilaktyka



Filip Nowak

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Filip Nowak podkreślił, że dzięki profilaktyce możliwe jest wykrycie choroby na wczesnym etapie jej rozwoju — „Najbardziej chciałbym, żeby w pozycjach planu finansowego profilaktyce rostała z największą dynamiką. To są środki, które najchętniej byśmy wydawali, w których nie będzie ograniczeń. Dla tylu pacjentów, ilu się zgłosi świadczeniodawcy uzyskają finansowanie”. Aby zachęcić Polaków do badań profilaktycznych, NFZ wraz z Ministerstwem Zdrowia planują połączyć je z badaniami okresowymi w pracy — „To jest skomplikowany proces formalny, ale trzeba szukać wszelkich form zachęty do działań profilaktycznych. Edukacja i informacja są bardzo ważne”.

Nie będę likwidować



Izabela Leszczyna

Minister Izabela Leszczyna zadeklarowała, że nie będzie likwidacji nierentownych szpitali powiatowych — „12-13 godzin dziennie pracujemy nad taką zmianą Krajowej Sieci Onkologicznej, aby ona była efektywna i jak najszybciej weszła w życie, choć brakuje nam szeregu rzeczy. Jednocześnie musimy próbować renegecjować z Komisją Europejską w kwestii kamieni milowych w ochronie zdrowia. Natychmiast trzeba się wziąć za Krajową Sieć Kardiologiczną, która jest właśnie jednym z kamieni milowych, a prawie nic nie zostało przy niej zrobione. Mamy jeszcze ustawę o restrukturyzacji sieci szpitali, która też jest kamieniem milowym, a jedno z zadań to likwidacja powiatowych nierentownych szpitali. Ja się na to nigdy nie zgodzę. Nie będę likwidować nierentownych powiatowych szpitali. Zrobimy tak, żeby one mogły się bilansować, tam gdzie się da, pomożemy”.

Roboty w wielu dziedzinach



Dariusz Dzietak

Jak zaznaczył reprezentujący Narodowy Fundusz Zdrowia Dariusz Dzietak, roboty medyczne to nie tylko urządzenia operacyjne, rehabilitacyjne czy ortopedyczne, ale także coraz częściej wykorzystywane roboty informatyczne, programy zastępujące lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia. Jeśli chodzi o zastosowania chirurgiczne, NFZ refunduje stosuje odrębną, wyższą wycenę zabiegów prostatektomii, nowotworów macicy oraz dotyczących jelita grubego. W 2023 roku w Pol-

sce połowa prostatektomii została wykonana w asyście robotów chirurgicznych. Najwięcej — ponad 500 — wykonał chorzowski szpital urologiczny Urovi-ta. Jak podał dyr. Dzietak, dzięki robotyce liczba reoperacji po zabiegu prostatektomii spadła nawet trzykrotnie, zmniejszył się też średni czas kosztownego pobytu pacjenta w szpitalu.

Konsekwencja w działaniach



Anna Rulkiewicz

„System ochrony zdrowia można zmienić na lepsze kilka lat, ale ważna jest w konsekwencja w działaniach. Nastawienie się bardzo mocno na efekt końcowy. Ważna jest jakość, a nie tylko ilość” — mówiła dr Anna Rulkiewicz, prezeska Grupy LUX Med.

Ostrożnie z antybiotykami



Agnieszka Mastalerz-Migas

Pracujący w ramach nocnej i świątecznej pomocy młodzi lekarze, sami, bez nacisku pacjenta, asekuracyjnie wypisują recepty na antybiotyki. Wychodzą z założenia, że lepiej przepisać lek niż znaleźć się w sytuacji, gdy był on potrzebny, a nie został przez lekarza zalecony. Inną kwestią jest to czy lekarz POZ powinien móc wypisywać wszystkie antybiotyki - zdarza się leczenie błahej infekcji silnym lekiem. Problem niewłaściwego podejścia do antybiotyków występuje również poza medycyną, zwłaszcza w rolnictwie. „Myśl globalnie, działaj lokalnie, czyli należy mieć w głowie to, do czego się przyczyniamy w gabinecie” — apeluje prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, krajowa konsultantka w dziedzinie medycyny rodzinnej.

TRENDY

Polska technologia transdermalna



Paweł Biernat

Podawanie leków przez skórę otwiera możliwości opracowania nowych leków, na przykład w cukrzycy, dzięki którym pacjenci będą mogli unikać iniekcji. Polska spółka Biotts rozwija autorską, opatentowaną technologię, która umożliwia podawanie transdermalne cząsteczek o wiele większych, w tym biologicznych, niż dotychczas było to możliwe. Jest prawdopodobne, że za 2-3 lata to rozwiązanie będzie wykorzystane do podawania insuliny i innych leków przeciwcukrzycowych — zapowiada dr Paweł Biernat, współzałożyciel i członek zarządu Biotts.

Na czym polega opatentowana przez Biotts technologia transdermalna?

Na bazie kilku związków chemicznych stworzyliśmy coś w rodzaju nośnika, „klatki transportowej”, która ułatwia przenikanie substancji leczniczej przez skórę. Prace i kolejne testy z obecnie stosowanymi substancjami aktywnymi doprowadziły nas do stopniowego zwiększania rozmiaru cząsteczek, które przenikały przez skórę. Rozmiary zwiększaliśmy wielokrotnie. Przesuwaliśmy i przesuwamy barierę wielkości cząsteczki, a jednocześnie efektywność tego podawania, czyli ilość substancji, która trafia do organizmu przez skórę. Testowaliśmy m.in. podawanie przeciwciał, których cząsteczki mają rozmiary

23,9 tysiąca Daltonów — nasza technologia okazała się również skuteczna. Obaliliśmy zatem utrwaloną od lat, definiowaną w podręcznikach barierę rozmiaru cząsteczki, którą można przetransportować przez skórę. Póki co, w kontekście naszego rozwiązania technologicznego, nie zdefiniowaliśmy istnienia ostatecznego limitu jej wielkości.

Czyli istnieją różnice przenikania pomiędzy cząsteczkami?

Dostosowujemy naszą strukturę transportową do każdej substancji, ale oczywiście te różnice występują. W wyniku naszych badań i analiz, trwających od 2019 roku, doszliśmy do wniosku, że największy aktualnie potencjał rynkowy dla wprowadzenia form transdermalnych mają peptydy, czyli — spośród leków przeciwcukrzycowych — substancje z grupy GLP-1. Poniekąd obecnie bardzo popularne w nowym wskazaniu, czyli leczeniu otyłości. W ostatnim okresie zawężaliśmy zatem nasze badania do tej grupy, aby skupić się na opracowaniu takiej formy leków, w tym również insuliny, które nie będą wymagały iniekcji. Nawiązaliśmy w tym celu m. in. współpracę z polskim producentem insuliny, czyli Biotonem.

Insulina będzie podawana bez iniekcji?

Tak! Co więcej, pierwszy produkt na rynku pojawi się w ciągu 3-4 lat. Mamy już za sobą pierwsze badania na zwierzętach, których efekty są bardzo pozytywne. Uzyskujemy wynik, który oczywiście

pod względem biodostępności nie może konkurować z iniekcją, warto jednak zrobić porównanie podania przezskórnego z formą doustną, która nie istnieje w insulinach, ale jest już dostępna w GLP-1. Biodostępność semaglutynu po przyjęciu tabletki doustnej jest bliska zeru (poniżej 0,4%). Tylko tyle substancji czynnej zawartej w tabletkce przenika do organizmu. Tymczasem biodostępność tej samej substancji podawanej w naszej technologii jest znacznie wyższa, co czyni ją w dłuższej perspektywie jedyną komercyjnie opłacalną, nieinwazyjną opcją dla pacjentów.

Na jakim etapie badań klinicznych się znajdujecie?

Obecnie mamy zakończone badania fazy 1A z dapagliflozyną, czyli stosunkowo niewielką cząsteczką. Potwierdziliśmy bezpieczeństwo stosowania naszego nośnika. Przejście do kolejnej fazy badań będziemy ewentualnie realizować już we współpracy z partnerem biznesowym. Z insuliną mamy zakończone badania na niewielkich grupach małych zwierząt, czyli początek badań przedklinicznych. Przed nami badanie w zewnętrznym, akredytowanym laboratorium, aby potwierdzić wyniki uzyskiwane w naszych polskich warunkach. Jeśli chodzi o semaglutyn — jesteśmy na podobnym etapie, wciąż jednak optymalizujemy rozwiązanie, tak aby osiągnąć poziom dostępności dwukrotnie wyższy niż obecne 4 proc. Wiemy, że wówczas wzbudziłibyśmy duże zainteresowanie wśród naszych potencjalnych partnerów — NovoNordisk, Eli Lilly czy AstraZeneca.