

Postulaty ekspertów kampanii Hamuj Raka Daj szansę płucom 2022/2023

Aby zmniejszyć negatywny trend zachorowalności i umieralności na raka płuca w Polsce przygotowano następujące postulaty:

I. CEL: ZMNIJSZENIE LICZBY ZACHOROWAŃ

Postulat w zakresie profilaktyki pierwotnej

1. Realizacja długofalowych kampanii antynikotynowych skierowanych do wielu grup docelowych, w tym w szczególności do kobiet oraz młodzieży.

- Przeprowadzenie głębokiej analizy postaw społecznych w tym zakresie, szczególnie dot. kobiet i młodzieży (nacisk na e-papierosy).
- Uzupelnienie podręczników szkół podstawowych (klasy 5-8) oraz średnich, informacjami na temat szkodliwego wpływ papierosów, nikotyny oraz nowych urządzeń zastępujących papierosy na stan zdrowia.

Realizacja działań na rzecz radykalnej poprawy dostępności do poradni antynikotynowych w ośrodkach pulmonologicznych.

II. CEL: DWUKROTNE ZWIEKSZENIE WSKAŹNIKA PRZEŻYĆ 5 – LETNICH

Postulat w zakresie profilaktyki wtórnej

3. Promocja Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) wśród lekarzy POZ i osób z grup ryzyka.

- a. Zwrócenie uwagi NFZ na konieczność wsparcia i promocję badań przesiewowych wśród lekarzy POZ (mailingi edukacyjne do lekarzy POZ, informacje na temat screeningu w Systemie Informacji Medycznej)
- b. Promocja WWRP wśród lekarzy POZ za pośrednictwem Polskiego Towarzystwa Lekarzy Medycyny Rodzinnej
- c. Promocja WWRP wśród specjalistów w dziedzinach onkologicznych oraz chorób płuc
- d. Promocja WWRP wśród pacjentów z grup wysokiego ryzyka za pośrednictwem IKP
- e. Promocja WWRP za pośrednictwem kampanii edukacyjnych np. kampanii Ministerstwa Zdrowia Planuję Długie Życie

Postulat w zakresie diagnostyki

4. Zapewnienie każdemu pacjentowi z niedrobnokomórkowym rakiem płuca kompletnej oraz szybko przeprowadzonej diagnostyki obejmującej ustalenie stopnia zaawansowania nowotworu i pełnego rozpoznania patomorfologicznego wraz z oznaczeniem biomarkerów predykcyjnych:

- w stopniu zaawansowania IB-IIIa po radykalnym leczeniu chirurgicznym oznaczenie mutacji w genie *EGFR* z materiału pooperacyjnego;

- w miejscowo zaawansowanym (stopień III) lub uogólnionym NDRP (stopień IV) oznaczenie mutacji *EGFR*, *ALK*, *ROS1* i innych zaburzeń genetycznych w miarę wprowadzania nowych leków ukierunkowanych molekularnie oraz ekspresji PD-L1 w związku z możliwościami stosowania immunoterapii.
5. **Zagwarantowanie standardu pobrania materiału biologicznego w jakości umożliwiającej kompleksową charakterystykę profilu molekularnego nowotworu.**
 - a. Wprowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia premii finansowej za wysoki odsetek procedur biopsyjnych z pobraniem materiału w jakości umożliwiającej przeprowadzenie pełnej oceny profilu molekularnego nowotworu.
 6. **Wprowadzenie zasad kontroli jakości konsyliów lekarskich, dzięki wdrożeniu wykazu obligatoryjnych aktywności zakładających obowiązek uczestnictwa w konsylium przynajmniej specjalistów w zakresie onkologii klinicznej, chirurgii klatki piersiowej i radioterapii onkologicznej oraz specjalisty chorób płuc, a także konieczność przeprowadzenia oceny patomorfologicznej wraz z oznaczeniem kompletu markerów genetycznych**
 - a. Weryfikacja przez AOTMiT i formalne zatwierdzenie przez Ministerstwo Zdrowia optymalnej ścieżek diagnostycznych (w tym – wytycznych w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium), które zostały zdefiniowane przez klinicystów (Dolnośląskie Centrum Onkologii) i zapisana w standardach oraz stosowana w ramach pilotażu sieci onkologicznej.
 7. **Dodanie do funkcjonalności internetowego konta pacjenta (IKP) zakładki z wynikami oceny patomorfologicznej i molekularnej nowotworu, a następnie umożliwienie lekarzom dostępu do tych danych i rozpropagowanie samego narzędzia.**

Postulat w zakresie leczenia

8. **Zastosowanie najlepszej dostępnej terapii już od początku leczenia poprzez promowanie obowiązujących standardów diagnostyczno-terapeutycznych:**
 - a. Wprowadzenie lepszej wyceny świadczeń gwarantowanych dotyczących stosowania leków w programie lekowym w porównaniu do mniej skutecznej chemioterapii. (Zwiększenie wyceny świadczeń związanych z realizacją programu lekowego – procedury wokół podania leku tak by opłacało się leczyć pacjenta nowoczesnymi terapiami)
 - b. Umocnienie roli diagnostyki molekularnej poprzez dodanie w katalogu chemioterapii warunku nakładającego na świadczeniodawcę obowiązek potwierdzenia przeprowadzenia oceny obecności odpowiednich czynników molekularnych oraz immunohistochemicznych przed rozpoczęciem chemioterapii.
9. **Wdrożenie leczenia celowanego inhibitorem kinazy *EGFR* jako uzupełnienia terapii radykalnej (leczenie adjuwantowe).**
10. **Ujednoczenie kryteriów włączenia i wyłączenia programu lekowego oraz wprowadzenie zmian organizacyjnych w zakresie monitorowania leczenia poprzez ograniczenie częstości wykonywania tomografii komputerowej.**
11. **Upowszechnienie radiochemioterapii (zwłaszcza jednoczasowej) i zwiększenie liczby pacjentów poddawanych tej procedurze.**
 - a. Umożliwienie prowadzenia jednoczasowej RT-CHT i rozliczenia podwyższonej stawki za jednoczasową RT-CHT zarówno przy leczeniu w jednej lokalizacji, jak też przy jednoczasowym leczeniu w dwóch ośrodkach (np. pulmonologii i radioterapii),

w których jeden spełnia rolę ośrodka referencyjnego koordynującego ścieżkę pacjenta.

- b. Ośrodki koordynujące leczenie pacjenta za pomocą jednoczasowej RCT powinny otrzymywać dodatkowe finansowanie, aby pokryć koszt koordynacji.
- c. Leczenie chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium miejscowego zaawansowania i nieoperacyjności powinno być prowadzone wyłącznie w Lung Cancer Units.

12. Utworzenie Ośrodków Kompleksowej Diagnostyki I Leczenia Raka Płuca (Lung Cancer Unit) jako ośrodków zwalidowanych, certyfikowanych i poddawanych okresowej kontroli.