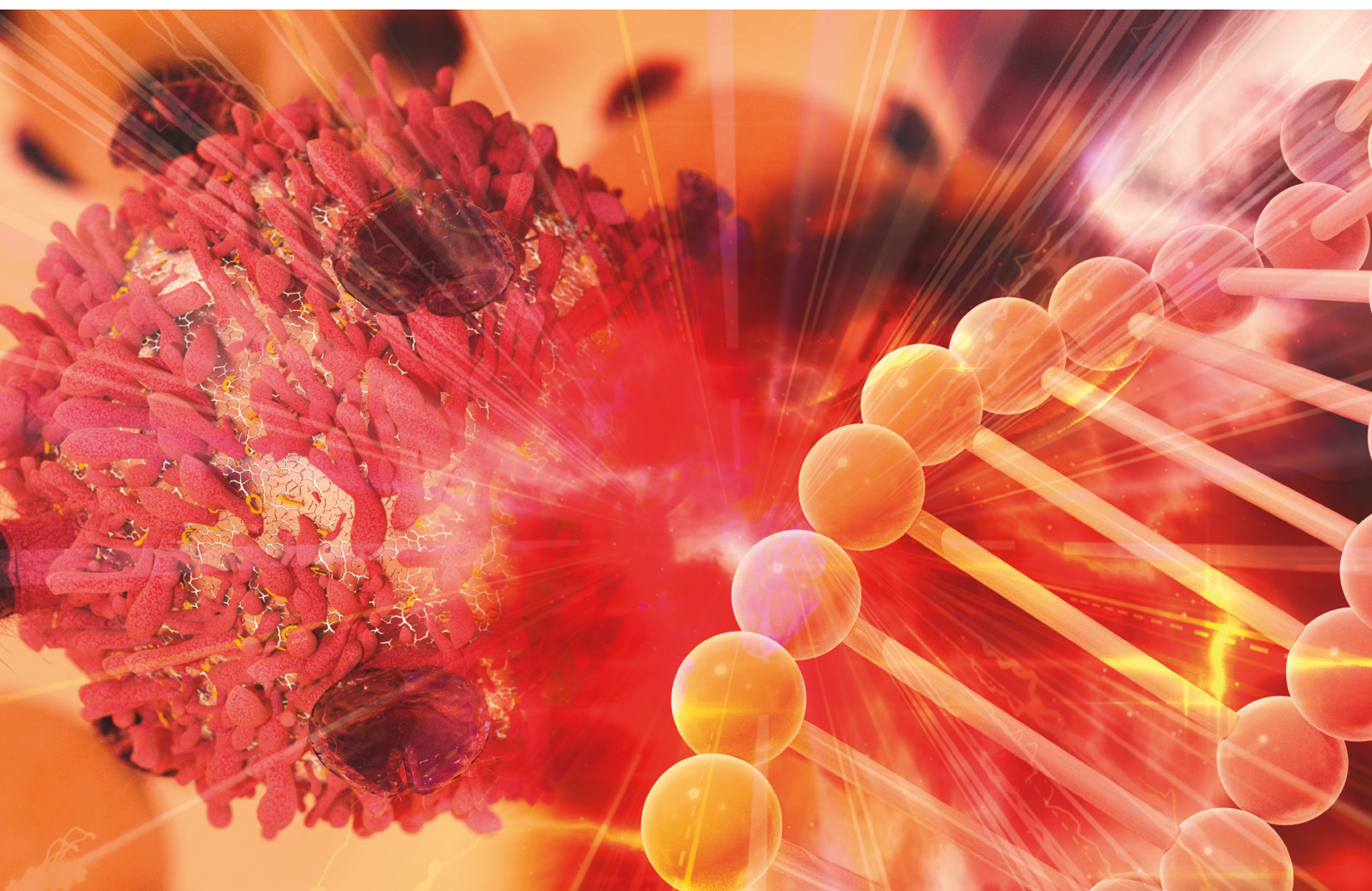


Leczenie chorych z rakiem żołądka

Analiza systemowa
i rekomendacje zmian



Raport opracowany przez:

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

Partner:



ANALIZA I REKOMENDACJE POWSTAŁY PRZY WSPÓŁPRACY
EKSPERTÓW:

- dr **Leszek Kraj**, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- dr **Maciej Kawecki**, Narodowy Instytut Onkologii
- **Joanna Frątczak-Kazana**, Alivia Onkofundacja
- **Joanna Konarzewska-Król**, Fundacja Onkologiczna Nadzieja

REDAKCJA:

Krzysztof Jakubiak

WYDAWCA:

Modern Healthcare Institute

ISBN: 978-83-974241-9-7



Warszawa, lipiec 2026

Spis treści

Wstęp	2
1. Specyfika raka żołądka	3
2. Diagnostyka	6
3. Leczenie	9
4. Rekomendowane rozwiązania organizacyjne i systemowe	13

Wstęp

Niniejszy dokument stanowi podsumowanie dyskusji podjętych w gronie przedstawicieli administracji publicznej, ekspertów klinicznych i systemowych oraz organizacji pacjentów. Jego celem jest przedstawienie wyzwań, problemów i oczekiwań, związanych z opieką nad pacjentami z rakiem żołądka w Polsce. Postulaty dotyczące potrzebnych zmian systemowych zostały sformułowane w trakcie prac zespołu problemowego z myślą o przedstawieniu ich pod rozważę instytucjom publicznym i decydentom, tak aby organizacja i finansowanie opieki nad tą grupą pacjentów lepiej zaspokajała ich potrzeby oraz była bardziej efektywna.

Patronat nad tą inicjatywą objęła Federacja Przedsiębiorców Polskich – reprezentatywna organizacja pracodawców, która od lat zaangażowana jest w działania na rzecz poprawy stany opieki zdrowotnej w Polsce.

Wydawcą raportu jest Modern Healthcare Institute, który od 7 lat publikuje raporty dotyczące polskiego systemu ochrony zdrowia, stanu opieki nad pacjentami w wybranych obszarach onkologii i innych dziedzin, analizując kierunki polityki zdrowotnej i skuteczność wdrażanych rozwiązań systemowych. Raport powstał na bazie współpracy z ekspertami klinicznymi, przedstawicielami środowisk naukowych i pacjentów, dialogu oraz wymiany doświadczeń. Identyfikacja kluczowych barier w diagnostyce i leczeniu oraz rekomendacje zmian systemowych są skierowane do instytucji publicznych i decydentów polskiego systemu ochrony zdrowia.

Propozycje zmian mają szansę usprawnić opiekę nad pacjentami w Polsce, cierpiącymi na raka żołądka – chorobę, której rokowania są niekorzystne a możliwości terapeutyczne nadal mocno ograniczone.

1. Specyfika raka żołądka

Rak żołądka należy do najczęstszych typów nowotworów układu pokarmowego. Jest piątym rodzajem nowotworu pod względem występowania i czwartym pod względem liczby spowodowanych zgonów. Należy do raków nabłonka, najczęściej jest to rak gruczolakowy. Do tej grupy nowotworów zaliczany jest gruczolakorak żołądka, rak połączenia przełykowo-żołądkowego, rak wpustu żołądkowego. Dzięki rozwojowi wiedzy na temat biologii choroby wyróżnia się kolejne podtypy, jak m.in. rak typu rozlanego, jelitowego, czy też młodzieńczy rak żołądka.

Rak żołądka stanowi globalne wyzwanie zdrowotne i systemowe. W skali całego świata rocznie diagnozuje się ponad 1 milion nowych zachorowań, a z jego powodu umiera około 770 tys. osób. W Europie wskaźnik pięcioletniego przeżycia dla wszystkich stadiów raka żołądka szacuje się na 26 proc. Natomiast u pacjentów z chorobą przerzutową wskaźniki przeżycia są znacznie niższe, a szacowany pięcioletni wskaźnik przeżycia wynosi 6 proc.

W Polsce rak żołądka występuje częściej u mężczyzn i rzadko diagnozowany jest u osób poniżej 40. roku życia. Według ostatnich publikowanych danych Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2023 roku wykryto 4896 zachorowań, w tym 2974 u mężczyzn i 1922 u kobiet. Odnotowano jednocześnie 4531 zgonów z tego powodu, w tym 2942 u mężczyzn i 1649 u kobiet.¹

Z uwagi na specyfikę organu pojawiające się objawy zaburzeń w układzie pokarmowym mogą być niejednoznaczne – nie ma jednego, który stanowiłby jasny sygnał alarmowy

i natychmiast nakierowywał na rozpoczęcie diagnostyki. Stanowi to podstawowy powód, dla którego choroba jest zwykle wykrywana w zaawansowanym stadium. Jednym ze specyficznych objawów jest utrata wagi, wynikająca nie tylko z choroby, ale również zaburzeń i utrudnień w odżywianiu.

Najczęściej występującym nowotworem złośliwym żołądka (95 proc. przypadków) jest gruczolakorak (adenocarcinoma).

Zaawansowane gruczolakoraki żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego cechuje wysoka śmiertelność oraz złe rokowania. Chorzy doświadczają dużego obciążenia objawami choroby, do których należy m.in. anemia, utrata apetytu, dysfagia, niestrawność, refluks. W zaawansowanym stadium choroby powszechne są także utrata wagi, ból brzucha, wymioty, niedrożność żołądka i krwawienie – wszystkie te objawy znacząco pogarszają jakość życia.

¹ Źródło: <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>

W populacji europejskiej nie prowadzi się badań przesiewowych w zakresie nowotworów żołądka. Odmierna sytuacja występuje w krajach azjatyckich, gdzie częstość występowania tej choroby jest istotnie wyższa. Jedne z najlepiej zorganizowanych funkcjonują w Japonii. Opierają się one na badaniach endoskopowych górnego odcinka przewodu pokarmowego. Zdaniem ekspertów warunki polskie nie pozwalają jednak na kopiowanie tamtejszych rozwiązań, ponieważ skuteczność badań przesiewowych jest ściśle uzależniona od częstości występowania choroby.

Obecnie zdecydowana większość zachorowań wynika z mutacji somatycznych, spowodowanych czynnikami środowiskowymi – głównie tymi, które prowadzą do przewlekłego stanu zapalnego błony śluzowej żołądka. Kolejne czynniki zwiększające ryzyko zachorowania to m.in. nadużywanie alkoholu, palenie papierosów, a także specyficznie przetwarzana żywność, wędzenie potraw, otyłość.

Uwarunkowanie genetyczne nie stanowią głównej przyczyny choroby. Wprawdzie istnieje zespół dziedzicznego raka żołądka, zwłaszcza podtypu rozlanego. Nowotwór ten może się także pojawiać w zespołach związanych z dziedzicznymi nowotworami (m.in. zespół Lyncha). należy jednak podkreślić, że przypadki zachorowania na raka żołądka o podłożu genetycznym sięgają maksymalnie 10 proc. diagnoz.

Charakterystyczną cechą epidemiologii raka żołądka jest to, że w ciągu ostatnich kilku dekad obserwowano stabilny poziom liczby zachorowań, która w niektórych okresach nawet lekko spadała.

W latach 40-tych XX wieku rak żołądka był najczęściej wykrywanym nowotworem w Polsce. Od tego czasu został pod tym względem wyprzedzony przez nowotwory płuca, piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego.

Jest to zasługa szerokiego stosowania leków obniżających ilość kwasu żołądkowego oraz coraz powszechniejszej eradykacji bakterii *Helicobacter pylori*, która jest uznanym przez WHO kancerogenem. Mimo to nadal należy do najczęstszych typów nowotworu.

Podstawowym czynnikiem ryzyka zachorowania stanowi wiek i z tego powodu liczba zachorowań przestała się obniżać, a okresowo nawet rośnie. Eradykacja *Helicobacter pylori* jest bowiem równoważona przez starzenie się społeczeństwa.

Rak żołądka diagnozowany w fazie choroby rozsianej jest nieuleczalny. Rokowania pacjentów są złe i obecnie dostępne terapie skupiają się przede wszystkim na wydłużeniu przeżycia i poprawie jakości życia pacjentów. Jest to choroba o stosunkowo agre-

sywnym przebiegu. W pierwszej fazie jest dosyć wrażliwa na chemioterapię, ale bardzo szybko buduje odporność na stosowane leki. Typowy przebieg choroby, wynikający między innymi ze specyficznej lokalizacji powoduje, że chorzy rzadko przeżywają rok.

W tym czasie zmagają się z narastającą dysfunkcją przewodu pokarmowego, przez co duży nacisk kładzie się na ich sposób odżywiania. W niektórych przypadkach staje się ono skrajnie trudne, wręcz niemożliwe, co dodatkowo pogarsza rokowania.

2. Diagnostyka

Diagnostyka raka żołądka oparta jest na badaniach histopatologicznych wycinków guza pobranych w czasie badania endoskopowego, czyli gastroskopii. Płynna biopsja jest obiecującą, prostszą i mniej inwazyjną metodą rozwijaną w onkologii, jednak na obecnym poziomie nie może być jeszcze uznana za metodę równoważną do obecnie stosowanego, klasycznego badania histopatologicznego.

Na podstawie badania histopatologicznego możliwe jest określenie podtypu nowotworu. Bez poszerzonej diagnostyki molekularnej nie można mówić o postawieniu pełnego rozpoznania. Do weryfikacji stopnia zaawansowania choroby wykorzystuje się badania rezonansu magnetycznego czy PET.

Gastroskopia – jako podstawowe badanie w kierunku wykrycia raka żołądka – powinna być wykonywana na możliwie wczesnym etapie rozwoju choroby. Z uwagi na nieswoiste objawy w wielu przypadkach jest jednak zlecana dopiero po trwającym nawet wiele miesięcy leczeniu zaburzeń pracy żołądka, czyli najczęściej podawaniu inhibitorów pompy protonowej lub innych leków regulujących pracę układu pokarmowego. Stosowanie tych leków często na pewien czas łagodzi objawy, co może dodatkowo obniżać czujność onkologiczną lekarzy i pacjentów. Z uwagi na nieprzyjemny charakter i uciążliwość gastroskopii wielu pacjentów ma tendencję do odwlekania jej w czasie. Zdarzają się także przypadki, w których chorzy, z nadzieją na poprawę swojego stanu zdrowia, proszą lekarzy o kontynuowanie leczenia objawowego mimo braku efektów. To dodatkowo przyczynia się do opóźnia-

nia diagnostyki i postawienia właściwej diagnozy.

W tym kontekście istotne są kwestie zaufania i dobrej komunikacji pomiędzy lekarzem – zwłaszcza pierwszego kontaktu, najczęściej zajmującym się pacjentami z objawami ze strony układu pokarmowego – a pacjentem. Ważna jest również szeroko rozumiana świadomość i czujność onkologiczna wśród pacjentów i lekarzy. Istotną rolę do odegrania w tej kwestii mogą mieć również farmaceuci, zwłaszcza że niektóre leki stosowane przy wystąpieniu pierwszych objawów ze strony układu pokarmowego są dostępne bez recepty. Wówczas farmaceuta, obserwujący regularne zakupy określonej grupy leków, może zasugerować pacjentowi udanie się do lekarza lub wręcz potrzebę wykonania diagnostyki.

Tymczasem niespecyficzne objawy ze strony układu pokarmowego, trwające dłużej niż 2 tygodnie i nie reagujące na leczenie zachowawcze, powinny być wskazaniem do wykonania gastroskopii. Lekarze POZ mają możliwość zlecenia gastroskopii, bez ograniczeń formalnych czy finansowych. Natomiast czas oczekiwania na jej wykonanie u pacjentów nie mających karty DiLO,

Tabela 1. Leczenie zabiegowe raka żołądka

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Liczba operacji raka żołądka	2542	2227	2244	2392	2579	2531	2667
Liczba ośrodków wykonujących zabiegi	272	261	250	250	250	235	235
Liczba ośrodków które wykonały minimum 30 zabiegów	20	17	22	23	26	24	26
Liczba ośrodków które wykonały w ciągu roku 1-3 zabiegów	135	126	126	121	118	108	100
Odsetek pacjentów leczonych w ośrodkach powyżej 30 zabiegów	42%	36%	45%	47%	50%	49%	51%
Liczba pacjentów leczonych w ośrodkach powyżej 30 zabiegów	1067	801	1011	1115	1285	1239	1364

Źródło: NFZ, Zdrowe Dane

według badania Onkofundacji Alivia (metodą tajemniczego pacjenta), sięga wielu miesięcy. Dodatkowo kolejne kilka tygodni zajmuje uzyskanie opisu wyników. Średni czas oczekiwania na gastroskopię bez znieczulenia w lutym 2026 roku wyniósł 131 dni, a w kolejce skierowań pilnych – 91 dni.²

Istotne jest bardzo duże zróżnicowanie dostępnych terminów pomiędzy ośrodkami – nawet w obrębie jednego województwa występują kilkumiesięczne różnice. Dostępność badania zależy zatem w dużej mierze od mobilności i zaradności pacjenta, czy też wsparcia ze strony rodziny lub opiekunów.

Brakuje systemowego rozwiązania, które mogłoby te nieuzasadnione różnice niwelować, zwłaszcza dla osób starszych i mieszkających w małych miejscowościach, niesamodzielnych, mało mobilnych.

Wielu pacjentów z przywołanych grup nie ma innego wyboru niż oczekiwać na badanie w ośrodku położonym najbliżej ich miejsca zamieszkania, gdzie kolejka może się okazać dłuższa niż przeciętnie, ponieważ nie mają możliwości dojechania do innej placówki z krótszym czasem oczekiwania.

Dostępność gastrokopii należy zatem traktować jako podstawowy wskaźnik skutecznej i terminowej diagnostyki. Ponieważ rak żołądka rozwija się stosunkowo szybko, wielomiesięczne odwlekanie badania prowadzi do rozwoju choroby i ostatecznie do jej wykrycia już w stadium przerzutowym.

Organizacje pacjenckie obserwują, że pacjenci z rakiem żołądka relatywnie częściej potrzebują wsparcia i pomocy.

² Źródło: <https://alivia.org.pl/aktualnosci/kolejki-do-badan/>

Może to wynikać m.in. z zapadalności na ten typ nowotworu głównie wśród osób starszych, opóźnionej diagnostyki i dolegliwego charakteru choroby, która w dodatku szybko postępuje. Duże obciążenie objawami choroby sprawia, że pacjenci mają często anemię, niedożywienie, dysfagię, refluks. Objawy te wywołują tendencję do wycofywania się z życia społecznego, unikania kontaktów z otoczeniem z powodu wstydu, lęku, trudnej kontroli nad objawami. W pracy z pacjentami widoczna jest również niestety wysoka śmiertelność, opieka nad konkretną osobą rzadko trwa dłużej niż kilka lat. Bardzo istotnym dla pacjentów ele-

mentem opieki jest leczenie bólu, które nadal nie wszędzie jest prowadzone optymalnie.

Kluczowe zalecenia dotyczące diagnostyki nie w każdym ośrodku są w pełni realizowane. Dostępność i szybkość wykonywania diagnostyki patomorfologicznej w skali całego kraju jest mocno zróżnicowana. Wyniki tzw. małych biopsji w dużych centrach onkologicznych są dostępne po 5-7 dniach od wykonania gastrokopii, natomiast w wielu mniejszych ośrodkach materiał biologiczny jest wysyłany do laboratoriów zewnętrznych i oczekiwanie na wyniki może trwać nawet 6 tygodni.

3. Leczenie

Optymalna ścieżka terapeutyczna leczenia raka zlokalizowanego, ograniczonego do narządu, powinna opierać się na zabiegu chirurgicznym wykonanym w ośrodku high volume, czyli wykonującym taką liczbę operacji, która pozwala osiągnąć wysoki poziom kompetencji specjalistów. W momencie diagnozy raka żołądka zakłada się wykonanie gastrokopii z pobraniem wycinków oraz badanie histopatologiczne.

W 2025 roku w Polsce wykonano 2667 zabiegów chirurgicznych raka żołądka, w tym około 1937 w ramach pakietu onkologicznego. Według ocen ekspertów przynajmniej kilkanaście procent tych operacji było wykonanych w trybie pilnym, przy masywnym krwawieniu lub niedrożności. Zdarza się, że dopiero w trakcie pilnych operacji pacjenci dowiadują się, że chorują na nowotwór. Według danych NFZ dotyczących monitorowania leczenia zabiegowego nowotworów, 235 placówek w Polsce wykonało przynajmniej jeden zabieg operacyjny dotyczący raka żołądka. Jedynie 26 spośród nich wykonało co najmniej 30 operacji, czyli minimalną liczbę określoną w założeniach Krajowej Sieci Onkologicznej, w trosce o jakość leczenia. Rozproszenie prowadzi do obniżonej jakości nie tylko leczenia operacyjnego, ale również diagnostyki i opieki pooperacyjnej.

Pacjent z nowo postawioną diagnozą powinien mieć wystawioną kartę DiLO i zostać skierowany – optymalnie – do ośrodka referencyjnego, zajmującego się dużą liczbą chorych z tym typem nowotworu. Konieczne jest wykonanie pełnej diagnostyki obrazowej, czyli tomografii komputerowej, w niektórych

przypadkach uzupełnionej o rezonans magnetyczny. Przy wątpliwościach diagnostycznych można ewentualnie wykonać badanie PET, ale nie ma potrzeby, aby wykonywać je rutynowo.

W tym momencie następuje rozejście dwóch ścieżek leczenia – radykalnego i paliatywnego. Dla większości pacjentów z rozsiewem choroby tomografia jest bowiem badaniem wystarczającym do odpowiedniego zakwalifikowania.

Jeśli nie stwierdzono cech choroby rozsianej, na tym etapie powinno się odbyć konsylium wielospecjalistyczne, kwalifikujące pacjenta do leczenia. Należy uwzględnić charakterystykę chorego, ogólny stan zdrowia, choroby współtowarzyszące. Jeśli nie ma przeciwwskazań, chory powinien przejść sekwencję leczenia składającą się z chemioterapii przedoperacyjnej, następnie zabiegu i chemioterapii pooperacyjnej. Jeżeli guz jest położony poniżej przepony, co jest typowe

dla raka żołądka, przed chemioterapią neoadjuwantową wskazane jest wykonanie laparoskopii diagnostycznej, aby ocenić otrzewną i wykluczyć ewentualny rozsiew niewidoczny w badaniach obrazowych. Jest to istotne, ponieważ około 10 proc. pacjentów w tym momencie dowiaduje się, że jego choroba ma czwarte stadium zaawansowania, czyli pojawiły się już przerzuty.

Oprócz wielolekowej chemioterapii, stosowanej od lat, w ostatnim czasie pojawiła się możliwość stosowania immunoterapii, która według badań klinicznych poprawia wskaźniki przeżycia bez nawrotów. Według wskazań rejestracyjnych immunoterapia stosowana jest jako dodatek do chemioterapii i podawana przez okres do 12 miesięcy po zakończonej chemioterapii.

Po zabiegu chirurgicznym i przejściu pełnej farmakoterapii pacjenci pozostają pod obserwacją. Dzięki pełnemu, intensywnemu leczeniu około 30-40 proc. pacjentów osiąga obecnie pięć lat przeżycia bez nawrotu choroby. Znaczna część pacjentów z chorobą bez przerzutów, poddanych terapii obejmującej interwencję chirurgiczną oraz chemioterapię z intencją wyleczenia, doświadcza jednak nawrotu choroby. Dostępne opcje terapeutyczne nadal mają ograniczoną skuteczność w przypadku zaawansowanego lub przerzutowego gruczolaka. Wyniki leczenia poprawiają się wraz z dostępnością nowych i celowanych leków, stosowanych na podstawie profilowania molekularnego.

Natomiast leczenie choroby wykrytej już w stadium rozsiewu daje znacznie gorsze rezultaty, a dotyczy większości pacjentów – około 70 proc.

Chorobę zaawansowaną mają również pacjenci z nawrotem po leczeniu radykalnym. Wówczas jest to choroba nie podlegająca leczeniu chirurgicznemu. Jej leczenie rozpoczyna się od rozpoznania histopatologicznego i oceny stopnia zaawansowania. Podstawą jest chemioterapia z dodatkiem immunoterapii. Dobrze dobrane leczenie celowane u znacznej części chorych przynosi poprawę przeżycia całkowitego.

W ostatnich latach pojawiły się również terapie celowane, obejmujące najpierw leki anty-HER2, a następnie leki ukierunkowane na nowe punkty uchwytu. W aktualnej praktyce klinicznej zwraca się uwagę na biomarkery HER-2, PD-L1 oraz guzy o wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej.

Nowym markerem tkankowym w raku żołądka jest kładyna 18.2, białko związane z procesami nowotworowymi. Może ono odgrywać coraz większą rolę w diagnostyce oraz terapii, ponieważ jego nadekspresję stwierdza się u około 40 proc. gruczolakoraków żołądka i raka połączenia żołądkowo-przełykowego. Jej obecność w komórkach raka żołądka czyni ją potencjalnym celem dla farmakoterapii. Według obecnego stanu wiedzy ekspresja kładyny 18.2 może być związa-

na z prognozowaniem przebiegu choroby oraz odpowiedzią na leczenie.

W programie lekowym B.58 dotyczącym raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka według danych NFZ w 2024 roku było leczonych 1601 pacjentów.

Niestety nie każdy pacjent z rozsiałym rakiem żołądka kwalifikuje się do programu lekowego. Ponieważ leczenie oznacza m.in. podawanie intensywnej chemioterapii, stan zdrowia pacjenta musi na to pozwalać.

U wielu chorych stan ogólny jest na tyle ciężki, że możliwe jest jedynie wdrożenie leczenia paliatywnego, objawowego czy wspomagającego. W jego skład wchodzić może także opieka hospicyjna, leczenie żywieniowe.

Leczenie pacjentów, którzy kwalifikują się do terapii systemowej, powinno opierać się na wytycznych towarzystw naukowych. Póki co wytyczne, które są publikowane w Polsce na podstawie zaadaptowanych amerykańskich rekomendacji NCCN w ramach funkcjonowania Narodowej Strategii Onkologicznej, nie zostały jeszcze opracowane dla raka żołądka.

Jednak aktualne wiedza medyczna wskazuje, że standard leczenia powinien opierać się na określeniu profilu

molekularnego nowotworu – w pierwszej kolejności na określeniu ekspresji receptora HER2. Około 15 proc. pacjentów ma nowotwór HER-dodatni. Natomiast większość pacjentów stanowią pacjenci HER2 ujemni, u których kolejnym receptorem jest PD-L1, którego ekspresja także kwalifikuje do immunoterapii. W programie lekowym dostępne są leki celowane dotyczące tych receptorów.

Oznaczanie nowego celu molekularnego, jakim jest kładyna 18.2, jest obecnie możliwe tylko w części laboratoriów. Sytuacja ta nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ w ostatnim czasie zarejestrowana została terapia celowana w tym obszarze – przeciwciało monoklonalne (zolbetuksymab), które u pacjentów w tej grupie mogłoby zostać dołączone do chemioterapii. Lek ten wiąże kładynę 18.2 i wyzwalia odpowiedź immunologiczną, dzięki czemu układ odpornościowy jest w stanie atakować i zabijać komórki nowotworowe, spowalniając postęp choroby. W Polsce nie jest jeszcze objęty refundacją. Jest już wskazany do leczenia systemowego w pierwszej linii razem z chemioterapią przez zalecenia NCCN oraz ESMO od 2024 roku.

Badanie ekspresji PD-L1 pozwala przewidzieć skuteczność immunoterapii. Stosowanie jej w określonych grupach chorych wydłuża mediany przeżycia. Dotyczy to tych chorych, u których wskaźnik ekspresji PD-L1 wg skali CPS jest powyżej poziomu 5, chociaż wskazania rejestracyjne dotyczą ekspresji powyżej poziomu 1. W tej grupie cho-

rych immunoterapia daje szczególnie dobre efekty leczenia. Z tego też powodu powinna być dostępna także w pierwszej linii leczenia u pacjentów ze wskaźnikiem ekspresji PD-L1 wg CPS > 1.

Aby wyniki leczenia chorych z rakiem żołądka mogły się w Polsce poprawić, niezbędne jest zatem poszerzenie dostępności do terapii, zgodnie z wytycznymi europejskimi ESMO oraz amerykańskimi NCCN. W chwili obecnej dwie istotne terapie biologiczne – zolbetuksymab i pembrolizumab – nie są dostępne w ramach programu lekowego B.58 w leczeniu raka żołądka i połączenia żołądkowo-przelykowego, przez co polscy pacjenci nie są leczeni w optymalny sposób.

Rozwój terapii celowanych i immunoterapii stawia nowe wyzwania przed metodami diagnostycznymi. Diagnostyka molekularna wymaga sekwencyjnego badania histopatologicznego w kierunku kolejnych biomarkerów, czyli m.in. HER2, PD-L1, kładyny, a w przyszłości można się spodziewać kolejnych. Bardzo istotna staje się zatem jakość i liczba pobieranych wycinków, tak aby możliwe było wykonanie wszystkich potrzebnych badań. Zmian wymaga także system wyceny procedur patomorfologicznych.

4. Rekomendowane rozwiązania organizacyjne i systemowe

Monitorowanie skuteczności leczenia pacjentów z rakiem żołądka wymaga systemowej poprawy. Ścieżka pacjenta poddawanego leczeniu z powodu raka żołądka nie jest łatwa do analizy, zwłaszcza od strony diagnostyki obrazowej i molekularnej. Brakuje rejestru klinicznego oraz zabiegów chirurgicznych, natomiast systematycznie gromadzone są jedynie dane epidemiologiczne w rejestrze KRN oraz dane dotyczące farmakoterapii w ramach programu lekowego w systemie informatycznym SMPT.

Z uwagi na niejednorodność choroby, świadczenia kodowane i rozliczane przez NFZ z rozpoznaniem C16 dotyczą nie tylko samego raka żołądka, ale także GIST czy nowotworów neuroendokrynnych.

Rak żołądka nie znalazł się w grupie nowotworów, których dotyczy opubli-

kowany przez Ministerstwo Zdrowia pierwszy zestaw mierników i wskaźników jakości leczenia, związany z wprowadzeniem Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Znaczne rozproszenie leczenia zabiegowego powoduje, że zaledwie połowa pacjentów przechodzi zabieg w szpitalach, wykonujących minimum 30 operacji rocznie.

Rekomendacje zmian:

1. Wprowadzenie narzędzi rozliczeniowych NFZ

W trosce o podnoszenie jakości leczenia zabiegowego niezbędne jest wcielenie w życie zasad KSO i skoncentrowanie operacji w ośrodkach należących do sieci spełniających kryteria koncentracji, czyli wykonujących

minimum 30 operacji rocznie. Można to osiągnąć za pomocą narzędzi rozliczeniowych, stosowanych przez NFZ, które dopuszczają operacje w mniejszych szpitalach wyłącznie w sytuacji ratowania życia.

2. Checklisty diagnostyczne jako warunek do przeprowadzenia operacji

System rozliczania świadczeń wykonywanych u chorych z rakiem żołądka w ramach JGP (jednolitej grupy pacjentów) nie stymuluje przeprowadzenia możliwie pełnej diagnostyki. Z perspektywy płatnika sposób przeprowadzenia diagnostyki przed zabiegiem, w tym zakres badań czy jakość wykonanej diagnostyki molekularnej, nie ma wpływu na sposób rozliczenia świadczenia. Mniejsze szpitale, znajdujące się w gorszej sytuacji finansowej i nie dysponujące własnym zaawansowanym sprzętem diagnostycznym, mogą wykazywać tendencje do ograniczania

kosztów, czyli pomijania drogich badań i procedur, takich jak tomografia komputerowa czy badania genetyczne podczas procesu diagnostycznego. Potrzebne jest zatem zdefiniowanie listy badań, których wykonanie jest warunkiem skierowania pacjenta na zabieg. Checklisty diagnostyczne są wprowadzane w ramach zasad funkcjonowania szpitali w KSO, jednak dotychczas nie objęły one raka żołądka. Również finansowanie diagnostyki patomorfologicznej nie jest uzależnione od jakości wykonywanych testów i opisów.

3. Stworzenie systemowego mechanizmu refundacji wyższych wydatków poniesionych w trakcie leczenia pacjentów

Z kolei dla placówek medycznych wyższego stopnia referencyjności, które zajmują się głównie trudniejszymi przypadkami, brakuje systemowego mechanizmu refundacji wyższych wydatków poniesionych w trakcie leczenia pacjentów. Zarówno wysokość refundacji, jak i oceny jakości powinny uwzględniać stopień złożoności opieki nad chorym, zaawansowanie choroby, współchorobowość i inne czynniki,

mające wpływ na efektywność leczenia i jego kosztochłonność. Jedynie ośrodki dysponujące odpowiednim doświadczeniem i wyspecjalizowaną kadrą powinny prowadzić leczenie skojarzone, łączące chemioterapię neoadjuwantową, gastrektomię, immunoterapię, zwłaszcza w populacji pacjentów starszych, z powikłaniami i chorobami towarzyszącymi.

4. Centralizacja specjalistycznego leczenia pacjentów z rakiem żołądka

Zgodnie z zasadami Krajowej Sieci Onkologicznej każdy chory powinien mieć wykonaną pełną diagnostykę,

możliwość przejścia przez konsylium wielospecjalistyczne oraz mieć przygotowany plan leczenia. Nato-

miast w praktyce osiągnięcie tego celu z pewnością nie będzie łatwe, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach. Dlatego centralizacja leczenia pacjentów z ra-

kiem żołądka, zarówno zabiegowego, jak i zaawansowanej farmakoterapii, powinna być celem wprowadzanych zmian systemowych.

5. Regionalizacja kontynuacji leczenia pacjentów z rakiem żołądka

Leczenie pacjentów z rakiem żołądka w ramach chemioterapii czy programu lekowego powinno jednak odbywać się na elastycznych zasadach, tak aby pacjenci mogli przyjmować leki możliwie blisko miejsca zamieszkania, o ile lekarz z ośrodka prowadzącego oceni, że ogólny stan zdrowia na to pozwala. Ustalony w wyspecjalizowanym ośrodku plan leczenia może być wdrażany – pod odpowiednim nadzorem – w pewnej części również w ośrodkach niższego szczebla. Rozwiązania KSO sprzyjają podejściu, w którym ośro-

ki współpracują ze sobą, przekazując sobie opiekę nad pacjentami w zależności od ich specyfiki czy stanu zaawansowania choroby. Wprowadzanie takiej elastyczności wymaga jednak zmiany zapisów programu lekowego oraz zasad finansowania świadczeń, takich jak m.in. konsultacje czy dożylne podawanie leków. Każdy pacjent powinien jednak mieć pozostawione do swojej decyzji, czy woli dojeżdżać do dalszego ośrodka o wyższym poziomie referencyjności, czy też niektóre procedury przechodzić bliżej domu.

6. Koordynacja i współpraca międzyośrodkowa

Zasady finansowania świadczeń powinny premiować współpracę pomiędzy ośrodkami, a więc koordynację i przekazywanie sobie opieki nad pacjentem, centralizację leczenia zabie-

gowego, elastyczność miejsca podawania chemioterapii oraz decentralizację opieki paliatywnej, łącznie z opieką domową. Wspierane powinny być konsultacje międzyośrodkowe.

7. Zapewnienie kompleksowego wsparcia żywieniowego pacjentów

Szczególne znaczenie dla chorych z rakiem żołądka, podobnie jak w przypadku innych nowotworów układu

pokarmowego, ma właściwe żywienie, ściśle powiązanie z drogą podania leków. Odpowiednie odżywianie powin-

ni mieć zapewnione wszyscy pacjenci, niezależnie od miejsca zamieszkania, ośrodka w którym są leczeni i stopnia zaawansowania choroby. Żywnienie jest bardzo ważnym elementem deter-

minującym jakość opieki, zwłaszcza pacjentów leczonych paliatywnie, na ostatnim etapie choroby, często w warunkach domowych.

8. Poprawa dostępności do gastrokopii

Do poprawy jest również kwestia dostępności gastrokopii, nie tylko pod względem skracania czasu oczekiwania, ale także samego skierowania na badanie. Potrzebne jest budowanie świadomości pacjentów oraz lekarzy,

w formie czujności onkologicznej, aby nie zwlekać z tą formą diagnostyki, aby szybciej reagować na niepokojące objawy i nie dopuszczać do ich zaawansowania z powodu upływającego czasu.

9. Optymalizacja dostępu do nowoczesnych technologii medycznych – diagnostyka i leczenie

Istotnym elementem jest systematyczne refundowanie nowych terapii oraz diagnostyki biomarkerów z nimi powiązanych. Obecnie w ramach programu lekowego trzy leki są dostępne w zakresie węższym niż zapisy ich Charakterystyk Produktu Leczniczego. Niezbędne jest poszerzenie zakresu refundacji w ramach programu

lekowego B.58 jednego z leków (pembrolizumab) oraz objęcie refundacją kolejnego przeciwciała monoklonalnego (zolbetuksymab). Równolegle konieczne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania diagnostyki molekularnej, w szczególności badań biomarkerów, w tym najnowszego – klaudyny 18.2.

10. Monitorowanie jakości opieki i wdrożenie narzędzi oceny

Nadzieje na monitorowanie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej i jakości opieki wiązane są z wprowadzeniem elektronicznej karty e-DiLO. Terminy wejścia w życie tego narzędzia są jednak od dwóch lat przekładane.

Podobnie wygląda powolne wdrażanie mierników oceny jakości przez pacjentów. Możliwe szybkie wdrażanie tych narzędzi jest niezbędne do podnoszenia jakości opieki i wdrażania zaleceń towarzystw naukowych.

© Wydawcą raportu jest
Modern Healthcare Institute sp. z o.o.

Wszelkie prawa zastrzeżone

Wydawca oraz autorzy nie ponoszą
odpowiedzialności za jakiegokolwiek ewentualne
decyzje, które zostaną podjęte na podstawie
niniejszego opracowania.

Niniejszy raport jest objęty
prawami autorskimi.

Zabronione jest powielanie i kopiowanie
oraz wykorzystywanie w takiej formie części
lub całości raportu, w tym wykresów i tabel,
na jakimkolwiek polu eksploatacji
bez pisemnej zgody wydawcy.

Cytowanie fragmentów lub danych zawartych
w raporcie powinno zawierać adnotację
o źródle.

Treści zawarte w niniejszym raporcie nie
mają na celu promowania produktów
lecniczych. Zostały zawarte jedynie w celach
informacyjno-edukacyjnych.

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

Modern Healthcare Institute sp. z o.o.
ul. Zabłocińska 6 lok. 46, 01-697 Warszawa

REGON: 368041956 NIP: 5223098085
KRS: 0000690383

Prezes zarządu: Krzysztof Jakubiak

kjakubiak@mzdrowie.pl
www.mzdrowie.pl

