



Razem na rzecz
onkologii i hematologii

Diagnoza zmian w opiece onkologicznej i hematologicznej 2025

Luty 2026

Redakcja merytoryczna

Marcin Balcerzak



Dziękujemy autorom, ekspertom,
przedstawicielom organizacji
pacjentów i recenzentom,
których wiedza, doświadczenie
i zaangażowanie są nieocenionym
wkładem w powstanie raportu
i których uwagi i rekomendacje
nadały raportowi praktyczny
wymiar.



Razem na rzecz
onkologii i hematologii

Diagnoza zmian w opiece onkologicznej i hematologicznej 2025

Luty 2026

Spis treści

4 Wstęp Aleksandra Rudnicka, przewodnicząca Prezydium All.Can Polska

6 Komentarze ekspertów

6 Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski

7 Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

8 Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos

10 Wprowadzenie

12 Alokacja zasobów na opiekę onkologiczną i hematologiczną

12 Jaka będzie przyszłość systemu finansowania ochrony zdrowia?

13 Uruchomienie Krajowej Sieci Onkologicznej w 2025 r.

15 Nowelizacja ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej

18 Dalszy rozwój Krajowej Sieci Onkologicznej

19 Pilotaż Krajowej Sieci Hematologicznej

22 Rola profilaktyki pierwotnej i wtórnej

23 Profilaktyka pierwotna

23 • Edukacja zdrowotna

24 • Strategia ograniczenia używania nikotyny

26 • Strategia przeciwdziałania otyłości i złym nawykom żywieniowym

27 • Szczepienia

28 Profilaktyka wtórna

30 • Nowo rozpoczęte i planowane programy profilaktyki onkologicznej

33 Dostęp do terapii i diagnostyki

33 Nowe refundacje

34 • Potrzeby terapeutyczne w onkologii

37 • Potrzeby terapeutyczne w hematologii

41 • Nowelizacja ustawy refundacyjnej i dalsze plany

42 Diagnostyka nowotworów

46 Zaangażowanie pacjentów

51 Badania kliniczne

54 Podsumowanie

56 Piśmiennictwo

Wstęp

Przygotowywane od 6 lat raporty All.Can Polska nie bez powodu noszą tytuł DIAGNOZA. Nie tylko dlatego, że termin ten – w najpopularniejszym znaczeniu – odnosi się do medycyny, ale przede wszystkim dlatego, że obszar działań Inicjatywy All.Can Polska wymaga ciągłego rozpoznawania i analizy przyczyn aktualnych potrzeb, problemów i barier, aby móc przygotować prognozę ewolucyjnych zmian i możliwego rozwoju opieki nad pacjentami z chorobami nowotworowymi. Z roku na rok poszerza się też zakres tematyczny raportu, którego pierwsza edycja dotyczyła tylko onkologii, kolejne onkologii i hematologii, a tegoroczna onkologii i hematologii. Znalazło to też odzwierciedlenie w logo All.Can, które obecnie podpisane jest hasłem – Razem na rzecz onkologii i hematologii.

Poszerzenie raportu o nowe dziedziny i obszary medycyny zajmujące się pacjentami z chorobami nowotworowymi, jest możliwe dzięki dołączeniu do All.Can Polska nowych członków, w tym ekspertów z dziedziny hematologii, a także parlamentarzystów i dziennikarzy medycznych. Wszyscy członkowie All.Can pracują bezinteresownie nad naszym wspólnym celem, jakim jest poprawa opieki nad pacjentami onkologicznymi i hematologicznymi.

Raport „Diagnoza zmian w opiece onkologicznej i hematologicznej 2025” przedstawia i analizuje w ujęciu systemowym aktualną sytuację polskiej onkologii i hematologii, wskazując na osiągnięcia, ale i przyczyny niepowodzeń m.in. takie jak: ciągle nie wystarczająca alokacja zasobów ochrony zdrowia, niewdrażanie przez Ministerstwo Zdrowia uchwał Krajowej Rady Onkologii, wskazujących kierunki zmian oraz zbyt mała rola edukacji, informacji i finansowania profilaktyki, a także mimo rosnącego dostępu do innowacyjnych terapii, niewprowadzanie równoległe z nimi świadczeń diagnostyki molekularnej. W raporcie podkreślono rosnące zaangażowania pacjentów, którzy prowadzą działania na rzecz zwiększenia swojej partycypacji w kształtowaniu opieki zdrowotnej, jak również pozytywny trend, jakim jest rozwój badań klinicznych, w tym niekomercyjnych, finansowanych przez Agencję Badań Klinicznych.

W poprzednich latach jako główne bariery w rozwoju onkologii wskazywaliśmy czynniki zewnętrzne: pandemię COVID19 i jej długotrwały wpływ na zdrowie obywateli oraz wojnę w Ukrainie. Były one papier-

kiem lakmusowym zdolności organizacyjnych i odporności systemu. W ostatnim czasie system opieki zdrowotnej staje się coraz bardziej niewydolny z powodu luki w budżecie NFZ, co stanowi zagrożenie dla funkcjonowania opieki nad pacjentami z chorobami onkologicznymi i hematologicznymi, a także działalności takich instytucji jak ABM.

Niedofinansowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej obnażyło jego kryzys – kolejki do specjalistów, brak dostosowania do potrzeb współczesnej medycyny, w tym nowoczesnych technologii i zarządzania sektorem ochrony zdrowia z wykorzystaniem zintegrowanych systemów informatycznych. Wymaga to stworzenia strategii długoterminowych zmian w ochronie zdrowia, a nie tylko taktyki zażegnującej aktualne trudności. W tę strategię wpisuje się onkologia, która ma już swoją Narodową Strategię Onkologiczną, a doświadczenia jej wdrażania będą z pewnością pomocne w innych obszarach medycyny.

Mamy nadzieję, że raport All.Can Polska „Diagnoza opieki onkologicznej i hematologicznej 2025” będzie pomocnym narzędziem w wytyczaniu kierunków zmian w polskiej onkologii i hematologii, dla decydentów i kadry zarządzającej, aby opieka nad pacjentami z chorobami nowotworowymi w Polsce była na najwyższym światowym poziomie.



Aleksandra Rudnicka

przewodnicząca Prezydium
All.Can Polska

Komentarze ekspertów



Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski

Członek Prezydium All.Can Polska, krajowy konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej

Tegoroczny raport zatytułowany „Diagnoza zmian w opiece onkologicznej i hematologicznej 2025” omawia szczegółowo problemy dotyczące uwarunkowań postępowania przeciwnowotworowego w Polsce.

Autorzy raportu odnoszą się do zagadnień systemowych (między innymi – niedostateczne finansowanie i problemy organizacyjne) oraz najważniejszych obszarów w postępowaniu profilaktycznym oraz diagnostycznym i terapeutycznym, które należy poprawić w celu zmniejszenia zagrożeń związanych z nowotworami złośliwymi.

Wśród problemów organizacyjnych słusznie zwrócona została uwaga na niedostateczne wdrażanie Uchwał Krajowej Rady Onkologii – przykłady zbyt długiego wprowadzania systemu ośrodków kompetencji w nowotworach klatki piersiowej i programu wczesnego wykrywania raka płuca (oba rozwiązania mogą znacząco wpłynąć na poprawę wyników chorych oraz racjonalizację wydatkowania publicznych środków finansowych).

Nadal problemem jest niedostateczna wydolność działań z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej, co podkreśla raport – Polska jest jednym z krajów Unii Europejskiej o najniższym procencie wydatków na profilaktykę onkologiczną.

Kolejnym wnioskiem raportu jest niedostateczne wykorzystywanie metod nowoczesnej diagnostyki genetycznej i molekularnej, co zmniejsza wykorzystanie możliwości systemowego leczenia przeciwnowotworowego (problem w coraz większym stopniu dotyczy leczenia o założeniu radykalnym – np. kojarzenia immunoterapii z leczeniem chirurgicznym).

Dodatkowym problemem w systemie jest nadal brak mechanizmów oceny/jakości postępowania przeciwnowotworowego – rozliczanie świadczeń opiera się na finansowaniu liczby wykonanych procedur diagnostycznych oraz terapeutycznych zamiast określania rzeczywistych wyników oraz oceniania zgodności z wytycznymi.

Raport jest – w całości – bardzo wartościowym opracowaniem.

Mam nadzieję, że znajdzie zainteresowanie podmiotów decyzyjnych i przyczyni się do poprawienia funkcjonowania system opieki nad chorymi na nowotwory w Polsce.



Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

**Członek Prezydium All.Can Polska,
przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia
ds. Narodowej Strategii Onkologicznej,
przewodniczący Zarządu Polskiego
Towarzystwa Onkologicznego**

Tegoroczna edycja opracowania „Diagnoza zmian w opiece onkologicznej i hematologicznej 2025” przygotowanego przez Zespół All.Can Polska jest cennym dokumentem podsumowującym, przy udziale szerokiego grona ekspertów, sytuację opieki onkologicznej i hematologicznej w Polsce na początek 2026 roku.

Wskazuje on na istotny krok, jakim było wprowadzenie w 2025 roku Krajowej Sieci Onkologicznej, jednak postęp w jej rozwoju jest mocno niewystarczający, brak nadal mechanizmów kontrolnych i oceny jakości, nie wprowadzono eDİLO, nie egzekwowany jest obowiązek zakładania chorym diagnozowanym i leczonym w sieci karty DİLO oraz prowadzenia konsyliów o odpowiedniej jakości.

Kolejnymi nadal nierozwiązanymi punktami realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej są elementy profilaktyki pierwotnej i wtórnej polskiego społeczeństwa, postęp w szczepieniach przeciwko HPV jest niewielki, polityka antytytoniowa niespójna, nakłady na profilaktykę na bardzo niskim poziomie w porównaniu z resztą Europy, a udział obywateli w nowo-

czesnych i powszechnie dostępnych badaniach przesiewowych na niskim poziomie. Pomimo otwarcia w maju 2025 roku Narodowego Portalu Onkologicznego (<https://onkologia.gov.pl>) nie ma wystarczającej jego promocji, a potencjał Internetowego Konta Pacjenta dla potrzeb profilaktyki onkologicznej nie jest wykorzystany. Nadzieję daje fakt, że zagadnienia dotyczące profilaktyki będą w 2026 roku przedmiotem działań Sejmu.

Pozytywną informacją jest rekordowe zwiększenie dostępności nowych terapii w onkologii i hematoonkologii w 2025 r, choć nadal na przeszkodzie ich wykorzystania stają problemy na ścieżce diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej.

W 2025 roku zakończono również opracowywanie większości wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych dla poszczególnych nowotworów dostępnych na stronie Krajowego Ośrodka Monitorującego (<https://kom.nio.gov.pl/wytyczne>).

Ważnym elementem i unikalnym w naszej części Europy jest rozwój niekomercyjnych badań klinicznych finansowanych przez Agencję Badań Medycznych, co wyzwala postęp polskich naukowców-lekarzy klinicystów i daje szansę pacjentom na dostęp do nowatorskich terapii, a wyniki tych badań dają szansę na optymalizację procedur w opiece onkologicznej.



Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos

**Członek Grupy Sterującej All.Can,
prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa
Hematologicznego i Transfuzjologicznego**

Raport „Diagnoza zmian w opiece onkologicznej i hematologicznej 2025” trafnie opisuje najważniejsze wyzwania, z jakimi mierzy się obecnie polska hematologia, w tym narastające ograniczenia finansowe systemu, rosnącą liczbę pacjentów oraz dynamiczny rozwój nowoczesnych terapii.



Z perspektywy praktyki klinicznej szczególnie istotna jest zmiana modelu leczenia – coraz więcej skutecznych terapii hematologicznych może być dziś prowadzonych w trybie ambulatoryjnym, bez konieczności hospitalizacji pacjenta.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna staje się kluczowym ogniwem nowoczesnej hematologii, jednak jej potencjał nie jest w pełni wykorzystywany. Obecny system organizacji i finansowania nie nadąża za przesuwaniem ciężaru leczenia z oddziałów szpitalnych do AOS. Brakuje odpowiednich narzędzi rozliczeniowych i adekwatnej wyceny świadczeń, które umożliwiłyby bezpieczne i efektywne leczenie ambulatoryjne, przy jednoczesnym odciążeniu hospitalizacji.

W tym kontekście planowany pilotaż Krajowej Sieci Hematologicznej należy postrzegać jako ważne narzędzie racjonalnej polityki zdrowotnej. KSH ma szansę uporządkować referencyjność ośrodków, poprawić koordynację ścieżek pacjenta oraz wzmocnić rolę AOS i współpracę z POZ. Warunkiem powodzenia będzie jednak realne przełożenie założeń sieci na praktykę kliniczną, w tym zapewnienie stabilnego finansowania i rozwiązań organizacyjnych wspierających leczenie ambulatoryjne.

Dalszy rozwój hematologii w Polsce powinien opierać się na świadomym wzmacnianiu AOS, koordynacji opieki i efektywnym wykorzystaniu nowoczesnych terapii – z korzyścią zarówno dla pacjentów, jak i całego systemu ochrony zdrowia.

Wprowadzenie

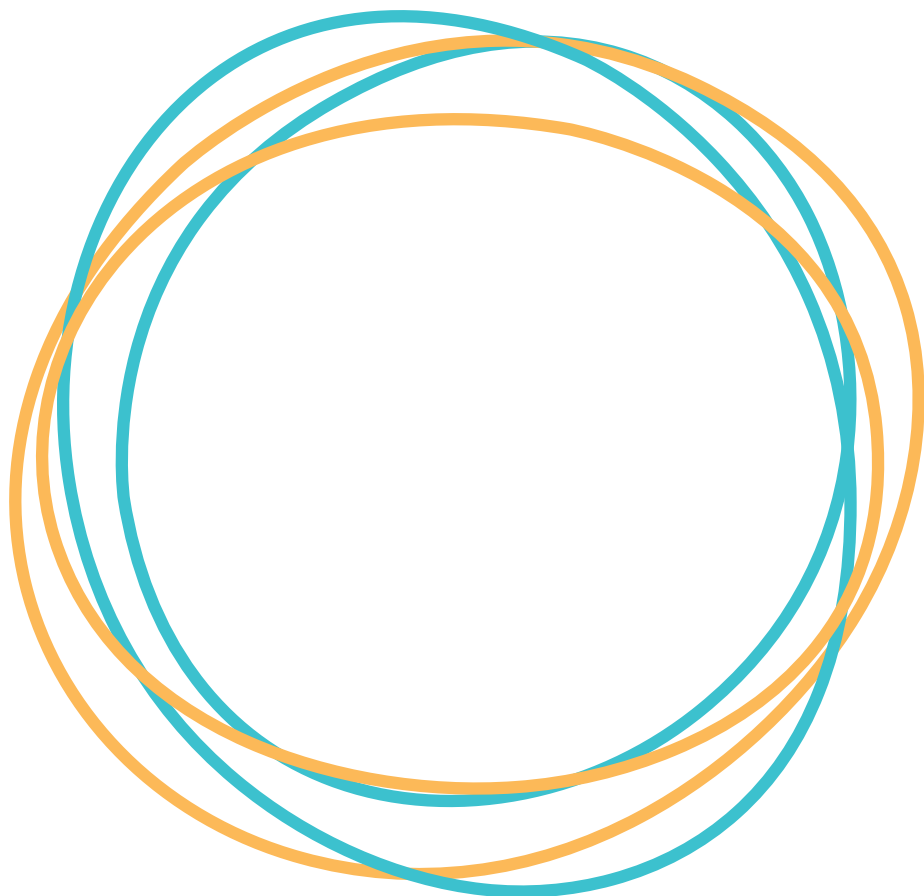
„Diagnoza zmian w opiece onkologicznej i hematologicznej 2025” przedstawia przekrojową ocenę kluczowych zjawisk, wpływających na opiekę nad pacjentami z chorobami nowotworowymi w Polsce w 2025 roku, w tym uwarunkowań finansowych systemu ochrony zdrowia. Poważne napięcia budżetowe oraz powstała luka finansowa w NFZ stanowią istotne tło dla planowania zmian organizacyjnych i inwestycji. Rozpoczęcie działania Krajowej Sieci Onkologicznej w skali ogólnopolskiej pozwala po raz pierwszy obserwować wpływ standaryzacji ścieżek pacjenta oraz koordynacji opieki. Sieć jednak musi ewoluować i wzmacniać się przez deregulację niektórych elementów, poprawę współpracy z podstawową opieką zdrowotną, rozwój roli koordynatorów pacjentów onkologicznych, cyfryzację i wzmocnienie mechanizmów monitorowania jakości. Wiele elementów wypracowanych przez Krajową Radę Onkologiczną oczekuje na kierunkowe decyzje Ministerstwa Zdrowia.

Niskie nakłady na profilaktykę, przeszkody polityczne, zaniedbania edukacyjne i komunikacyjne powodują ograniczony udział w programach badań przesiewowych i partycypację obywateli w inicjatywach profilaktyki pierwotnej, np. takich jak lekcje edukacji zdrowotnej. Istnieje duży potencjał do poprawy komunikacji i edukacji w tych zakresach, ponieważ planowane zmiany w organizacji programów profilaktyki i zmiany prawa, mające chronić przed niezdrowymi nawykami, nie przyniosą skutku bez większego zaangażowania społeczeństwa w dbanie o własne zdrowie.

Rok 2025 jest kolejnym z rekordowym wzrostem dostępności nowych terapii w onkologii i hematologii. Mimo to wciąż wiele schematów terapii, ocenianych przez ekspertów jako priorytetowe, oczekuje na refundację. Część potencjału dostępnych terapii nie może być w pełni wykorzystana przez ograniczanie wskazań rejestracyjnych oraz finansowanie diagnostyki molekularnej i patomorfologicznej.

Stopniowe zwiększanie partycypacji pacjentów w kształtowanie opieki zdrowotnej na różnych poziomach powinno postępować z wraz z określeniem reguł i wymagań do reprezentacji przez organizacje definiowane jako organizacje pacjentów. Choć partycypacja staje się coraz szersza, to ogranicza się do konsultacji i obserwacji. Aby możliwe było współdecydowanie, konieczne jest wprowadzenie zmian, które uregulują zasady partycypacji pacjentów i będą stanowiły impuls do rozwoju ich kompetencji.

Polska zajmuje 5. miejsce w Europie pod względem prowadzonych badań klinicznych, nie mniej dotyczy to tylko badań III fazy, a do rozwoju badań klinicznych i podniesienia ich potencjału naukowego, potrzebne jest zwiększenie liczby ośrodków prowadzących badania I fazy. Prace Agencji Badań Medycznych są kotłem napędowym dla rozwoju badań niekomercyjnych i eksperymentów medycznych, w których uczestniczą dziesiątki tysięcy polskich pacjentów. Ryzykiem dla rozwoju nauk medycznych jest jednak zachwianie stabilności finansowania Agencji spowodowane deficytem środków w Narodowym Funduszu Zdrowia.





Alokacja zasobów na opiekę onkologiczną i hematologiczną

Jaka będzie przyszłość systemu finansowania ochrony zdrowia?

Pod koniec 2025 roku polski system ochrony zdrowia zmagać się z poważnymi problemami finansowymi. Szacowany deficyt budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) sięgał ok. 13–14 mld zł. Mimo doraźnych wpływów z obligacji skarbowych i dotacji Ministerstwa Zdrowia (MZ) i Funduszu Medycznego budżet NFZ pozostał nie zrównoważony.^{1,2} W kolejnych latach, bez zmian systemowych, sytuacja będzie się pogarszać. Luka prognozowana na lata 2025–2028 wyniesie 216,5 mld zł.³ Problem ten narastał przez lata. Sytuacja ta nie jest wynikiem działań przypadkowych, ale efektem decyzji legislacyjnych z ostatnich lat oraz zmian dynamiki sytuacji gospodarczej. Przeniesienie finansowania zadań związanych z ochroną zdrowia z budżetu państwa na NFZ nie pociągnęło za sobą zapewnienia stałych źródeł ich finansowania. W ostatnich latach zniesiono limity na wiele świadczeń, co znacząco zwiększyło ich ilość i wartość. W lipcu 2022 r. ustawa o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia zagwarantowała coroczną waloryzację płac medyków o współczynnik, specyficzne dla poszczególnych grup zawodowych, względem średniej krajowej. Zmiana ta generuje dodatkowe miliardowe koszty, niezależnie od kondycji finansowej NFZ. Inflacja cen energii, leków i sprzętu medycznego również znacząco podniosła koszty działalności szpitali, przez co siła nabywcza NFZ spadła. Mechanizm podnoszenia nakładów na ochronę zdrowia do 7% produktu krajowego brutto (PKB) odnosi się do PKB sprzed dwóch lat, co nie nadąża za kosztami leczenia. Dzisiejsze przychody NFZ są niższe od oczekiwanych, bo dynamika inflacji i wzrostu płac zmniejszyły się, co oznacza mniejsze wpływy ze składki zdrowotnej, niż planowano. Dodatkowo dyskutuje się na temat obniżenia składki zdrowotnej dla przedsiębiorców. Jest to obietnica wyborcza, której realizacja jest nierealna.

Pacjenci w 2025 r. odczuwali skutki niedofinansowania ochrony zdrowia. Najbardziej widocznym jej objawem są wydłużające się kolejki oraz ograniczenia w dostępie do badań diagnostycznych

i terapii. Kiedy czas oczekiwania na operację czy wizytę specjalistyczną wydłuża się nieakceptowalnie, część chorych, głównie zamożniejszych, decyduje się na leczenie odpłatne w sektorze prywatnym. Beneficjentami kryzysu w publicznym systemie ochrony zdrowia są prywatne praktyki i kliniki. W 2010 r. z prywatnej opieki zdrowotnej korzystało 31% gospodarstw domowych, w 2023 r. nastąpił wzrost do 41%.⁴ Dane sondażowe wskazują, że aż 64,1% Polaków skorzystało w 2024 r. z prywatnej opieki medycznej przynajmniej raz w roku.⁵ Prywatny sektor ochrony zdrowia przesuwają się w stronę stałego uzupełnienia systemu publicznego. To pogłębia nierówności w dostępie do opieki. Decydenci ochrony zdrowia szukają rozwiązań jak zbilansować istniejący deficyt. Rozważane są różne sposoby spowolnienia tempa podwyżek płac w ochronie zdrowia. Wśród dyskutowanych rozwiązań są cięcia wydatków NFZ, tj. wprowadzenie limitów w części świadczeń, zmiany w polityce lekowej, restrukturyzacja szpitali, ograniczenie części budżetu NFZ finansującego funkcjonowanie Agencji Badań Medycznych. Wszystkie propozycje są kontrowersyjne społecznie, ponieważ uderzają w grupy pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Niezależnie od tego, jakie rozwiązania zostaną przyjęte, będą one tylko doraźne, bo nie zwiększą dochodów NFZ. Starzejące się społeczeństwo, nowe kosztowne technologie medyczne, oczekiwania płacowe i potrzeba większej liczby personelu, będą wywierać coraz większą presję na budżet.

Bez gruntownej reorganizacji systemu opieki zdrowotnej i zwiększenia nakładów niedobory finansowe mogą osiągnąć kwotę ponad 200 mld zł (lata 2025-2028).⁵ Ten kryzys powinien być więc katalizatorem długo odkładanych zmian – prawdziwej reformy finansowania systemu ochrony zdrowia zamiast doraźnych działań zmniejszających deficyt, który występuje każdego roku i pogłębia się, gdyż pieniędzy brakuje coraz wcześniej.

Uruchomienie Krajowej Sieci Onkologicznej w 2025 r.

Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO) jest pierwszym tego typu rozwiązaniem systemowym w polskiej onkologii, w którym wszyscy chorzy na nowotwory są objęci spójnym systemem opieki. Po pilotażu i przygotowaniach, od kwietnia 2025 r. sieć funkcjonuje w całej Polsce, wprowadzając kompleksową zmianę systemu opieki onkologicznej. Dla pacjentów oznacza to dostępność leczenia bliżej miejsca zamieszkania,

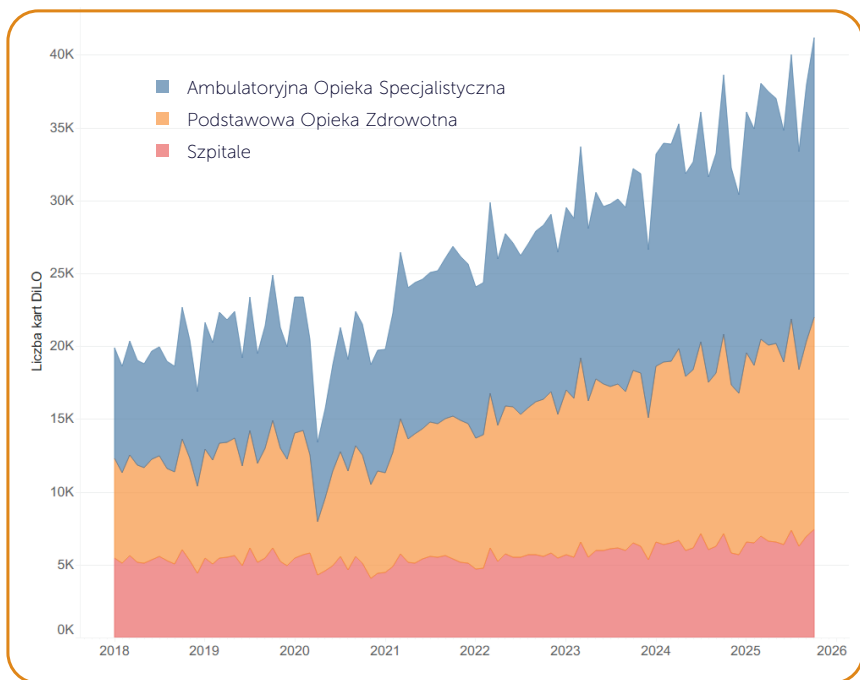
standaryzację i przewidywalność procesu terapeutycznego oraz jego większe bezpieczeństwo. Sieć tworzą Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego (SOLO) podzielone na trzy poziomy referencyjne. SOLO I poziomu realizują podstawowe świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne, SOLO II stopnia zajmują się bardziej złożonym leczeniem, a SOLO III stopnia to ośrodki wysokospecjalistyczne, zapewniające najbardziej zaawansowaną opiekę onkologiczną. Dodatkowo w ramach SOLO II i III mogą działać ośrodki satelitarne (lokalne filie prowadzące leczenie poza główną siedzibą) oraz centra kompetencji wyspecjalizowane w diagnostyce i terapii konkretnych typów nowotworów (raka piersi i raka jelita grubego tzw. *cancer units*). Całą sieć tworzą 282 ośrodki.⁶ Uzupelnieniem sieci są ośrodki kooperacyjne (głównie poradnie specjalistyczne), wspierające ambulatoryjną opiekę onkologiczną i współpracujące z ośrodkami SOLO. Każdy pacjent włączony do KSO ma być objęty opieką interdyscyplinarnego zespołu specjalistów oraz mieć przydzielonego koordynatora, który towarzyszyć mu będzie na każdym etapie leczenia.

Pierwsze miesiące działania KSO potwierdzają, że standaryzacja procedur, tj. jednolite ścieżki pacjenta, listy kontrolne czynności i wytyczne, przyniosły realne uporządkowanie opieki w mniejszych placówkach oraz ułatwiły komunikację i przekazywanie pacjentów między nimi a ośrodkami centralnymi. Opracowany został program szkoleń oraz spójny zestaw praktycznych narzędzi wspierających wysoką jakość opieki onkologicznej, zwiększających transparentność procesu oraz włączających perspektywę pacjenta do oceny systemu.

W 2025 r. zorganizowano 23 szkolenia z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia onkologicznego, struktury i funkcjonowania KSO, wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych oraz metodyki analiz, w trakcie których przeszkolono 2018 osób. Na stronie internetowej KOM (www.kom.nio.gov.pl) opublikowano rekomendacje do konsylium onkologicznego, checklisty, ścieżki leczenia, dotychczas w 18 obszarach oraz ankiety oceny satysfakcji pacjentów. Ponadto w ramach KSO w trybie ciągłym opracowywane i aktualizowane są przez towarzystwa i zespoły naukowe wytyczne postępowania diagnostyczno-leczniczego, które stanowią wsparcie zarówno dla klinicystów, jak i decydentów w zapewnieniu najwyższej jakości opieki onkologicznej. Dotychczas opublikowano wytyczne w 28 obszarach.

Nowelizacja ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej

W ciągu kolejnych lat KSO będzie ewoluować. Zmiany te są konieczne, ponieważ w obliczu niskiego poziomu edukacji zdrowotnej i profilaktyki onkologicznej oraz kryzysu demograficznego czeka nas epidemia nowotworów, która z całą siłą uderzy w KSO. Rok 2025 jest kolejnym, w którym padł rekord liczby wystawionych kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) (Rycina 1). Było ich 441 tys., prawie o 10% więcej niż w 2024 r.⁷



Rycina 1. Dynamika zmian liczby kart DiLO w latach 2018 – 2025 w podziale na tryb ich wystawiania.⁷

Nadchodzące zmiany w KSO znalazły się w projekcie obszernej nowelizacji ustawy o sieci.⁸ Projekt ten trafił do konsultacji społecznych w październiku 2025 r. i ma charakter deregulacyjny. Upraszcza i ogranicza nadmierne obciążenia administracyjne, doprecyzowując przepisy w celu ułatwienia pracy podmiotom znajdującym się w sieci, aby zwiększyć ich zaangażowanie w opiekę nad pacjentem, dzięki zmniejszeniu wymogów administracyjnych i formalnych.

Nowelizacja tworzy ramy prawne dla szerszej integracji systemu opieki onkologicznej i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Ustawa definiuje ciągłość opieki onkologicznej rozumianej jako skoordynowany proces udzielania świadczeń onkologicznych, obejmujący także dalsze leczenie pacjenta w ramach POZ po zakończeniu leczenia specjalistycznego. Sprawność KSO zależy od efektywności przepływu pacjentów do kolejnych etapów opieki. Skuteczny system onkologiczny nie może funkcjonować bez współpracy z lekarzami rodzinnymi. Stąd kierunek zmian zakłada większe zaangażowanie lekarzy POZ w proces kontynuacji opieki po zakończonym leczeniu onkologicznym. Formalne zdefiniowanie ciągłości opieki onkologicznej ma umocować rolę lekarzy rodzinnych i POZ jako partnerów sieci onkologicznej. We współpracy ma pomóc paszport onkologiczny zawierający najważniejsze informacje nt. danego pacjenta, dostępne bez potrzeby analizy całej dokumentacji.

Doprecyzowana zostanie rola koordynatora pacjenta onkologicznego. Dotychczas przepisy ogólnie przewidywały istnienie koordynatorów, ale brakowało precyzyjnego określenia ich zadań, kompetencji oraz usytuowania w strukturze organizacyjnej szpitali. W rezultacie koordynatorzy pracowali w pionie administracyjnym lub księgowym jednostek zamiast w pionie medycznym. Dodatkowo nieokreślony status powodował ograniczone zainteresowanie podejmowaniem roli koordynatora. Zdefiniowanie obowiązków koordynatora, wymaganych kwalifikacji i miejsca w hierarchii jednostki powinno zachęcić więcej osób do pełnienia tej funkcji. Pod koniec 2024 r. rozpoczęły się teoretyczne i praktyczne szkolenia dla koordynatorów. Do tej pory udział w nich wzięło około 800 osób. W dalszych planach jest prowadzenie szkoleń uzupełniających.

Projekt nowelizacji przewiduje pełną cyfryzację kluczowych dokumentów w opiece onkologicznej. Plan leczenia onkologicznego zostanie uznany formalnie za elektroniczną dokumentację medyczną. Oznacza to, że plany leczenia będą przechowywane i przekazywane w systemach informatycznych, co zapewni ich dostępność dla uprawnionych specjalistów i ułatwi monitorowanie realizacji zaleceń. DiLO, stanowiąca przepustkę do szybkiej ścieżki diagnostyki i terapii w ramach tzw. pakietu onkologicznego, funkcjonowała dotąd głównie w formie papierowej. Nowelizacja wprowadza możliwość prowadzenia karty DiLO w postaci elektronicznej, a docelowo od 2027 r. dokument ten będzie wyłącznie cyfrowy. E-karta DiLO ma na celu istotnie usprawnienie obiegu informacji – dane o diagnozie, wynikach badań i decyzjach terapeutycznych będą szybciej dostępne dla wszystkich zaangażowanych jednostek, co zmniejszy opóźnienia w przekazywaniu pacjenta między etapami. Przeprowadzono już program testowy e-karty DiLO w obrębie wybranych ośrodków onkologicznych. Integracja systemów szpitalnych z e-kartą DiLO wymaga dostosowania infrastruktury informatycznej i przeznaczenia dodatkowych środków na ten cel.

W myśl idei deregulacji zniesione zostaną niektóre obowiązki nakładane dotąd na ośrodki KSO, które uznano za zbędne lub dublujące inne regulacje. Po pierwsze, projekt usuwa wymóg prowadzenia przez każdy ośrodek własnej dedykowanej infolinii onkologicznej dla pacjentów. W założeniu ustawy 2023 r. każda placówka sieci miała uruchomić infolinię informującą pacjentów o terminach i organizacji świadczeń. Okazało się to jednak mało efektywne. NFZ posiada już ogólnopolską infolinię dla pacjentów (Telefoniczną Informację Pacjenta), a jednocześnie rozwijany jest centralny system e-Rejestracji pacjentów. Dublowanie tych funkcji na poziomie każdego szpitala oznaczało dodatkowe koszty i zwiększenie personelu. Drugim uchyłonym obowiązkiem jest prowadzenie przez szpitale okresowych ankiet satysfakcji pacjentów onkologicznych. W dotychczasowej ustawie KSO wymagano, by ośrodki monitorowały zadowolenie pacjentów, jednak jest to obowiązek wynikający również z ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Odciążenie ośrodków od prowadzenia własnych ankiet nie pogorszy jakości opieki, bo nadal badania opinii pacjentów będą realizowane, tyle że w ramach jednolitego systemu jakości nadzorowanego centralnie. Nie są jednak znane szczegóły, w jaki sposób będzie oceniane funkcjonowanie KSO w zakresie satysfakcji chorych.



Istotną zmianą o charakterze organizacyjno-prawnym jest doprecyzowanie zasad współpracy pomiędzy ośrodkami różnych poziomów referencyjnych. Nowelizacja upraszcza procedury tworzenia wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych z udziałem specjalistów z różnych ośrodków oraz zasady przekazywania informacji o realizacji planu leczenia onkologicznego między placówkami leczącymi tego samego pacjenta. W praktyce oznacza to m.in. obowiązek konsultowania trudnych przypadków w szerszym gronie ekspertów (telekonsylia, regularne spotkania konsyliów między ośrodkami) oraz skuteczny obieg dokumentacji pacjenta – czemu sprzyjać będzie właśnie e-karta DiLO i uznanie planu leczenia za dokument elektroniczny. Niestety nie wprowadzono oczekiwanych rozwiązań prawnych, które pozwoliłyby na udział pacjentów w konsyliach.

Projekt wprowadza zmiany w monitorowaniu jakości opieki onkologicznej. Analiza wskaźników jakości będzie zadaniem NFZ. NFZ, dysponujący rozbudowanymi bazami danych o świadczeniach i kompetencjach analitycznymi, ma szybciej generować informacje zwrotne o wydajności i wynikach leczenia w poszczególnych ośrodkach. Co więcej, do zadań NFZ dodano zatwierdzanie planów naprawczych dla placówek, które nie spełniają minimalnych standardów jakości. Takie plany będą musiały przygotować ośrodki, które np. notorycznie przekraczają dopuszczalny czas oczekiwania na diagnozę lub mają wyniki leczenia gorsze od ustalonych norm. Ma pozwolić to na realne mierzenie i korygowanie efektów działania sieci i czyni z KSO systemem uczącym się.

Dalszy rozwój Krajowej Sieci Onkologicznej

W latach 2024-2025 r. Krajowa Rada Onkologiczna (KRO), we współpracy z licznymi ekspertami, prowadziła szereg działań, które mogą wpłynąć na kształt opieki onkologicznej w przyszłości. Prace Rady były bardzo intensywne i dotyczyły m.in. profilaktyki, diagnostyki, leczenia i organizacji opieki nad chorymi z określonymi typami nowotworów. Podjęto dotąd 44 uchwały rekomendujące podjęcie określonych działań (w 2024 r. podjęto 42 uchwały i 2 w 2025 r.).^{9,10} Część rekomendacji Rady już stała się rzeczywistością, m.in. program kursu dla koordynatorów, program profilaktyki raka szyjki macicy z uwzględnieniem badania HPV HR, tryb opiniowania i kryteria oceny wytycznych praktyki klinicznej. Wiele oczekiwanych zmian przed nami. Po dziewię-



ciu latach przygotowań idea *Lung Cancer Unit* ma szansę stać się rzeczywistością. Po przygotowaniu rekomendacji dotyczących projektu struktury i zadań Centrum Kompetencji Raka Płuca oraz Innych Nowotworów Klatki Piersiowej i zmapowaniu ośrodków spełniających kryteria projekt może wkrótce znaleźć się w konsultacjach społecznych. Prace KRO zmierzają w kierunku poszerzania kompetencji ośrodków należących do KSO o kardioonkologię (zatrudnienie kardiologa w każdym ośrodku, algorytm kwalifikacji pacjenta do konsultacji kardiologicznej) i psychoonkologię (ramowy program szkoleń podyplomowych dla psychoonkologów) oraz finansowanie świadczeń z zakresu radiologii interwencyjnej i protonoterapii. Aktualnie los rekomendowanych przez Radę zmian zależy od MZ i decyzji politycznych. Biorąc pod uwagę, że działania te wymagają znacznych nakładów inwestycyjnych, luka finansowa NFZ może negatywnie wpłynąć na ich realizację. Cześć działań, tych o charakterze infrastrukturalnym, ma szansę uzyskać finansowanie jako elementy Krajowego Programu Odbudowy (koszty integracji e-karty DiLO) i Krajowego Planu Transformacji (budowa ośrodków protonoterapii). W najbliższym czasie zobaczymy czy uda się wygospodarować środki na realizację strategii onkologicznej i inicjatywy projektowane przez KRO. Brak alokacji środków na te przedsięwzięcia oznaczałby zahamowanie rozwoju sieci onkologicznej.

Pilotaż Krajowej Sieci Hematologicznej

W 2026 r. planowane jest rozpoczęcie pilotażu Krajowej Sieci Hematologicznej (KSH) – prace nad jej koncepcją trwały od 2023 r. KSH ma na celu obniżenie umieralności i wydłużenie przeżycia pacjentów poprzez zwiększenie wykrywalności i właściwą kwalifikację do leczenia. Drogą do jego osiągnięcia jest rozpoznawanie chorób hematologicznych i hematologicznych na wczesnym etapie, koordynacja ścieżek pacjentów i standaryzacja metod leczenia. Potrzeby opieki nad chorymi są olbrzymie, co wynika z wzrastającej liczby rozpoznanych nowotworów krwi i dynamicznego rozwoju metod leczenia, coraz częściej umożliwiających wieloletnie życie mimo choroby.

Pilotaż KSH opiera się na kilku filarach:

- Wprowadzeniu referencyjności ośrodków hematologicznych. Określeniu zasad współpracy między ośrodkami hematologicznymi o różnym poziomie referencyjności. W tym potrzebna jest współpraca wielodyscyplinarna, mająca na celu uwzględnienie wielochorobowości u pacjentów z chorobami hematologicznymi.
- Zdefiniowaniu ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (w pilotażu mają być optymalizowane ścieżki dla pacjentów z 7 nowotworami krwi) oraz koordynacja pacjentów z udziałem koordynatorów pacjentów hematologicznych.
- Poszerzeniu dostępu do programów lekowych i zapewnienie standardów ich realizacji w ośrodkach poziomu podstawowego, m.in. poradni hematologicznych funkcjonujących poza dużymi ośrodkami.

Podobnie jak w KSO, w KSH powstaną Wojewódzkie Ośrodki Monitorujące oraz ośrodek opiniujący – Krajowa Rada ds. Hematologii. Ze względu na dużą liczbę pacjentów i długotrwałą terapię opracowany zostanie standard opieki przewlekłej nad chorymi hematologicznymi dla lekarzy POZ i wdrożone zostaną konsylia na linii AOS-POZ i AOS-szpital. Ma to na celu ograniczenie kumulowania pacjentów na najwyższym poziomie referencyjności i zwiększenie dostępu do diagnostyki i leczenia na poziomie ogólnokrajowym.

Osiągnięcia alokacji zasobów na opiekę onkologiczną

- Ogólnopolskie wdrożenie KSO.
- Rozpoczęcie prac nad nowelizacją ustawy o KSO i usprawnienia za tym idące:
 - Możliwość wprowadzenia e-karty DiLO i paszportu onkologicznego.
 - Integracja opieki na poziomie POZ.
 - Zdefiniowanie roli koordynatorów.
 - Zaangażowanie NFZ w analizę wskaźników jakości KSO i egzekwowanie planów naprawczych.
- Przygotowanie przez KRO rekomendacji zmian w opiece i wdrożenie niektórych z nich, m.in.:
 - Szkolenia koordynatorów.
 - Zmiany w programie profilaktyki raka szyjki macicy.

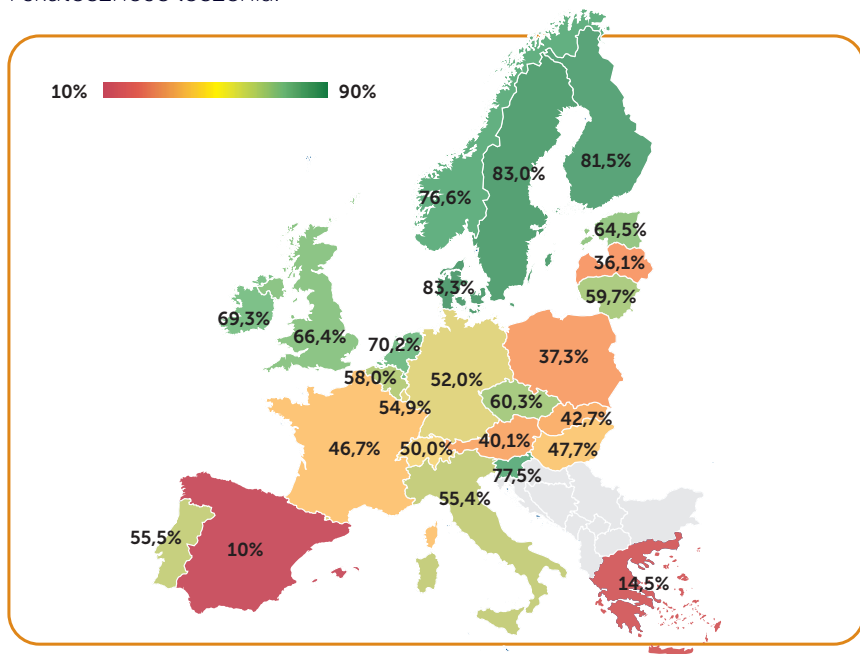
Wyzwania alokacji zasobów na opiekę onkologiczną i hematologiczną

- Trwały deficyt finansowania ochrony zdrowia, brak atmosfery politycznej i zgodnego stanowiska środowiska medycznego w sprawie kompleksowej zmiany modelu funkcjonowania opieki zdrowotnej.
- Wydłużające się kolejki i ograniczony dostęp do diagnostyki oraz terapii w sektorze publicznym zmuszające część pacjentów do leczenia prywatnego, pogłębiające nierówności w dostępie.
- Proponowane sposoby ratowania budżetu, skupiające się na oszczędnościach zamiast na planie zwiększenia wpływów (np. cięcia w wydatkach NFZ, przywracanie limitów świadczeń, ograniczanie funduszu ABM), są doraźne i budzą sprzeciw społeczny. Nerozwieszony pozostaje problem niedofinansowania ochrony zdrowia.
- Rozpoczęcie pilotażu KSH.
- Ryzyko zahamowania reform i inwestycji związane z poważnym niedoborem środków może uniemożliwić realizację założeń NSO i zmian rekomendowanych przez KRO, zwłaszcza tam, gdzie wymaga to wysokich nakładów.



Rola profilaktyki pierwotnej i wtórnej

NSO na lata 2020–2030 zakładała kompleksowe zmiany w onkologii, w tym znaczące inwestycje w edukację społeczną, profilaktykę pierwotną i wtórną nowotworów. W 2023 r. w Polsce wydawaliśmy na prewencję chorób mniej niż 2% całkowitych wydatków na zdrowie, gdy w niektórych krajach europejskich sięgają one 5–6%.¹¹ Niskie wydatki na profilaktykę mają konsekwencje w efektywności programów profilaktycznych. Dla przykładu Polska należy do krajów Unii Europejskiej o najniższym poziomie zgłaszalności na badania mammograficzne (Rycina 2).¹¹ Konsekwencją tego jest rozpoznawanie nowotworów w zaawansowanym stadium, co z kolei ma negatywny wpływ na rokowanie i skuteczność leczenia.



Rycina 2. Odsetek kobiet w wieku 50-69 lat, które wykonały badanie mammograficzne w ostatnich dwóch latach (dane za rok 2023; Hiszpania – brak danych)¹¹

Profilaktyka pierwotna

Większość zaplanowanych na 2025 r. inicjatyw z zakresu profilaktyki pierwotnej została rozpoczęta, choć nie wszystkie osiągnęły założone efekty. Wyzwaniami są brak przemyślanego systemu informacji społeczeństwa o programach profilaktycznych oraz zwiększenie udziału uczniów w lekcjach edukacji zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna jako nowy, nieobowiązkowy przedmiot zaczęła funkcjonować w polskich szkołach od 1 września 2025 r., zastępując wychowanie do życia w rodzinie. Według danych Ministerstwa Edukacji Narodowej (MEN), zebranych jesienią 2025 r., w zajęciach edukacji zdrowotnej uczestniczy około 30% wszystkich uprawnionych uczniów. Rozkład frekwencji wg typu szkoły był nierównomierny¹²:

- **40,36%** uczniów klas IV-VIII szkół podstawowych,
- **14,4 %** uczniów szkół branżowych I stopnia,
- **10,1 %** uczniów liceów ogólnokształcących,
- **7,8 %** uczniów techników.

Edukacja zdrowotna, zaplanowana jako nowoczesny przedmiot, przygotowujący uczniów do dbania o zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne, cyfrowe i środowiskowe, padła ofiarą sporu politycznego i narastającego na jego tle konfliktu społecznego. Badania z innych krajów pokazują dość konsekwentnie, że dobrze zaprojektowana, oparta na dowodach edukacja zdrowotna w szkołach poprawia wiedzę o zdrowiu, może ograniczać ryzykowne zachowania (palenie, nadużywanie alkoholu, przemoc w relacjach), bywa powiązana z lepszym dobrostanem psychicznym i przyjaznym klimatem szkoły, co przynosi korzyści w wymiarze edukacyjnym.¹³ Czy wykorzystamy tę szansę? MEN wskazywało, że organizacja zajęć i przygotowanie nauczycieli mają wpływ na decyzje nt. uczestnictwa w nich i zapowiedziało analizę danych, zanim podejmie decyzję o zmianie statusu przedmiotu na obowiązkowy. Ze względu na korzyści z edukacji zdrowotnej i kryzys systemu zdrowia publicznego, taka decyzja powinna zostać podjęta jak najszybciej. Usunięcie treści spornych z programu nauczania byłoby pożądanym kompromisem.

Strategia ograniczenia używania nikotyny

Ograniczanie palenia tytoniu jest priorytetem zdrowia publicznego w Polsce ze względu na wysoki odsetek palaczy i związaną z tym zachorowalność na raka płuca oraz inne nowotwory. Choć obecny odsetek palących jest najniższy w historii badań, to po papierosy regularnie sięga aż co czwarty Polak. Osoby młode palą je częściej niż osoby po 45. roku życia.¹⁴ Polska bez dymu tytoniowego w horyzoncie do 2030 r. (odsetek palących poniżej 5%) jest nierealna. Strategia ta nie uwzględnia zagrożeń związanych z innymi źródłami nikotyny, których używanie rośnie (e-papierosy, podgrzewacze tytoniu, saszetki nikotynowe).¹⁵ Teoria „redukcji szkód” polegająca na wprowadzaniu produktów zawierających tytoń i nikotynę, jako alternatyw dla papierosów, minimalizowała znaczenie zagrożeń zdrowotnych wynikających z używania tzw. nowatorskich produktów.¹⁶ Wymaga to wdrażania kompleksowych polityk obejmujących ścisłą regulację rynku. W ramach NSO oraz Narodowego Programu Zdrowia podjęto szereg ogólnokrajowych działań antynikotynowych, obejmujących edukację, leczenie uzależnień (Tabela 1) i zmiany prawa.

W ostatnich latach rząd sukcesywnie wzmacnia regulacje ograniczające dostęp do wyrobów tytoniowych i nikotynowych, szczególnie wśród młodzieży. W 2025 r. prezydent podpisał nowelizację Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.¹⁸ Ustawa ta zakazuje sprzedaży aromatyzowanych wkładów tytoniowych do podgrzewania. Nowe przepisy mają na celu nie tylko ograniczenie dostępu do wyrobów tytoniowych dla młodzieży, ale także zwiększenie świadomości społecznej na temat zagrożeń związanych z używaniem tytoniu i wyrobów tytoniowych. Wciąż trwają prace nad projektem UD213¹⁹, który ma wprowadzić m.in. zakaz sprzedaży jednorazowych e-papierosów oraz zakaz sprzedaży smakowych woreczków nikotynowych. Ma być prowadzony nadzór nad składem produktów wprowadzanych do sprzedaży a niektóre z nich mają zostać objęte wymaganiami obowiązującymi w farmacji.

Te zmiany ustawowe znacząco zaostrzają politykę antynikotynową w Polsce, zmniejszając dostępność najbardziej atrakcyjnych dla młodzieży form nikotyny.

Tabela 1. Ogólnokrajowe działania antynikotynowe.

Działanie	Opis
Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym	Działająca od poniedziałku do soboty przy NIO-PIB poradnia telefoniczna (801 108 108 lub 22 211 80 15) oferująca pomoc osobom uzależnionym od nikotyny. Numer tej infolinii jest umieszczony na każdej paczce papierosów. NIP-PIB oferuje szkolenia dla personelu medycznego i studentów z zakresu diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od nikotyny.
Program profilaktyki chorób odtytoniowych	W Polsce jest 5 poradni antynikotynowych. Ponadto istnieje sieć placówek POZ realizująca program profilaktyki finansowany przez NFZ. W 2025 r. program realizowały 42 przychodnie POZ. W województwach łódzkim, opolskim, podkarpackim i podlaskim nie było jednak ani jednej placówki POZ realizującej program. ¹⁷
Planuję Długie Życie	Ogólnopolska kampania MZ, w ramach której przygotowano materiały edukacyjne dotyczące m.in. konsekwencji palenia oraz korzyści z rzucenia nałogu.
Kampanie społeczne Głównego Inspektoratu Sanitarnego	Kampanie kierowane zarówno do dorosłych palaczy, jak i młodzieży, aby zapobiegać inicjacji palenia, np. „Nowe formy - stare pułapki” i „E-papierosy to manipulacja!”

GIS, Główny Inspektorat Sanitarny; NFZ, Narodowy Fundusz Zdrowia; MZ, Ministerstwo Zdrowia; NIO-PIB, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie-Państwowy Instytut Badawczy; POZ, podstawowa opieka zdrowotna.

Obok zmian prawnych wykorzystywane są również narzędzia fiskalne do zmniejszania konsumpcji tytoniu. W 2025 r. podniesiono stawki akcyzy na papierosy, płyny do e-papierosów i susz oraz rozszerzono katalog wyrobów objętych akcyzą o nowe kategorie. Kolejne podwyżki akcyzy są przewidziane zgodnie z mapą drogową na lata 2026 i 2027 i realizują zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej dotyczące podnoszenia opodatkowania wyrobów tytoniowych.

Strategia przeciwdziałania otyłości i złym nawykom żywieniowym

Równoległe z polityką antytytoniową, filarem profilaktyki przeciwnowotworowej jest przeciwdziałanie otyłości i złym nawykom żywieniowym w społeczeństwie. Nadwaga, otyłość oraz niezdrowa dieta przyczyniają się do wzrostu ryzyka wielu nowotworów, m.in. raka jelita grubego, piersi, trzustki. W ostatnich latach zintensyfikowano ogólnopolskie działania promujące zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną (Tabela 2).

Tabela 2. Ogólnokrajowe działania promujące zdrowe odżywianie.

Działanie	Opis
Planuję Długie Życie	Ogólnopolska kampania MZ, w ramach której zachęca się do zbilansowanej diety oraz regularnej aktywności fizycznej.
Żywnie w profilaktyce nowotworów	W ramach projektu Akademia NFZ publikowano materiały tłumaczące, jak dieta wpływa na ryzyko raka i jak komponować posiłki zgodnie z zaleceniami ekspertów.
#Środa ZProfilaktyką	Cotygodniowa akcja edukacyjna, w której poświęcono uwagę profilaktyce otyłości i zdrowemu odżywianiu.
Diety NFZ	Portal oferujący obecnie jadłospisy (o różnej kaloryczności i profilach, np. diety: ogólna, odchudzająca, dla diabetyków, dla seniorów, wegetariańska itp.), opracowanych przez specjalistów żywienia. Z bezpłatnych diet skorzystało ponad milion Polaków.
Trzymaj Formę	Inicjatywa, której współorganizatorem jest GIS, kierowana do dzieci i młodzieży. Propaguje zdrowy tryb życia przez połączenie prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej.

GIS, Główny Inspektorat Sanitarny; NFZ, Narodowy Fundusz Zdrowia; MZ, Ministerstwo Zdrowia.

W 2021 roku Polska wprowadziła przepisy fiskalne, by zniechęcić społeczeństwo do nadmiernego spożycia cukru. Planowane w 2025 r. podwyżka opłaty cukrowej i akcyzy na alkohol spotkały się z wetem prezydenta motywowanym obietnicą niepodnoszenia podatków.

Jest to problem dla budżetu Państwa, ale również dla realizacji zadań profilaktycznych, które w części finansowane są z opłaty cukrowej. Choć w zdecydowanej większości opłata cukrowa to dochód NFZ (96,5%), jednak w ograniczonym stopniu środki te wspierają działania profilaktyczne.²⁰ Akcyza natomiast jest dochodem budżetu państwa i nie ma w ustawie mechanizmu, który wydzielaliby określony procent akcyzy (od alkoholu czy tytoniu) na profilaktykę.

Konieczne jest utrzymanie wysokiej intensywności programów profilaktycznych, aby trwale zmienić nawyki zdrowotne społeczeństwa. Przy tworzeniu przepisów prawa, takich jak np. zakaz sprzedaży napojów energetycznych młodzieży wprowadzony w 2024 r., należy zwrócić uwagę na sposób ich egzekwowania i równoległe działania edukacyjne. Według badania przeprowadzonego w 2025 r. wprowadzenie zakazu miało tylko niewielki wpływ na ograniczenie spożycia tych napojów przez młodzież.²¹

Szczepienia

Z **programu szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego** skorzystało 16,3% uprawnionych dzieci. Na koniec 2024 r. wskaźnik ten wynosił 11,2%. Liczba zaszczepionych dzieci zbliża się do 800 tys. W odpowiedzi na niski poziom wyszczepienia planowano szybko wprowadzić obowiązek szczepień przeciw HPV. Tak się jednak nie stało i Program Szczepień Ochronnych na 2026 r. nie uwzględnia obowiązkowych szczepień przeciw HPV. Pozostają one bezpłatne i zalecane, ale nie obowiązkowe. Jednak idea obowiązku nie pozostała porzucona, ponieważ MZ skierowało do konsultacji projekt rozporządzenia²², który dodaje HPV do listy chorób objętych obowiązkiem szczepień dla dzieci 9–15 lat, z planowanym startem od stycznia 2027 r. W procesie konsultacji postulowane jest objęcie bezpłatnymi szczepieniami osób do 19. roku życia, które nie zostały zaszczepione w wyniku sprzeciwu i zaniedbań rodziców i opiekunów.

Liczba **szczepień zalecanych dla osób z nowotworami** i refundowanych zwiększyła się w 2025 r. (Tabela 3), to napotyka na powszechne przekonanie o osłabionej odpowiedzi na szczepionki i niewystarczającą ochronę poszczepienną. Fakty jednak wskazują, że szczepienia mogą poprawić rokowanie w leczeniu nowotworu poprzez redukcję powikłań związanych z infekcjami. Wczesne szczepienie,

przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego i hematoonkologicznego, jest kluczowe dla jego skuteczności.²³ Wydaje się, że funkcjonują różne polskie wytyczne dotyczące tego tematu, potrzebne są oficjalne rekomendacje szczepień u osób z rozpoznaniem nowotworu^{24,25}, które powinny być implementowane jako standard opieki w KSO. Takimi wytycznymi dysponuje *National Comprehensive Cancer Network* współpracująca z KOM przy opracowaniu krajowych wytycznych standaryzujących jakość opieki w KSO.²⁶

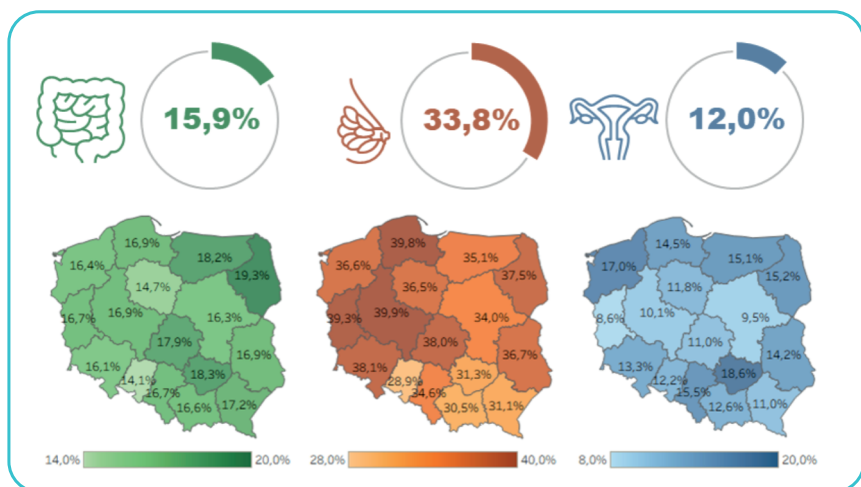
Tabela 3. Zalecenia i refundacja szczepień dla pacjentów z chorobami nowotworowymi.

Szczepienie	Zalecenia	Refundacja
Grypa	NCCN, PSO	100% (≤ 18 lat i ≥ 65 lat), 50% (18-64 lata)
COVID-19	NCCN	100%
RSV	NCCN	100% (≥ 65 lat), 50% (60-64 lata)
Pneumokoki	NCCN	100% (≥ 65 lat)
Krztusiec/ błonica/ tężec	NCCN	100% (przed lub po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, lub narządów)
Pótpasiec	PSO	100% (≥ 65 lat), 50% (18-64 lata)
WZW B	PSO	100% (przed lub po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, lub narządów)

Profilaktyka wtórna

Rok 2025 nie przyniósł poprawy w zakresie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej – trend systematycznego spadku liczby osób zgłaszających się na badania utrzymuje się. Z mammografii w ramach programu profilaktyki raka piersi skorzystała 1/3 uprawnio-

nych kobiet, a z programu profilaktyki raka szyjki macicy (cytologia) i raka jelita grubego zaledwie kilkanaście procent pacjentów (Rycina 3).²⁷



Rycina 3. Zgłaszalność na badania profilaktyki onkologicznej w kraju i w poszczególnych województwach w programach zapobiegania rakowi jelita grubego (panel lewy), raka piersi (panel środkowy) i raka szyjki macicy (panel prawy). Stan na 1 grudnia 2025 r.²⁷

Podobnie jak w roku poprzednim realizacja badań była zróżnicowana między powiatami i województwami, co wskazuje na brak koordynacji i centralnej instytucji, która sprawowałaby nadzór nad profilaktyką onkologiczną. KSO obejmuje tylko osoby z podejrzeniem nowotworu i pacjentów z założoną już kartą DiLO, a badania profilaktyczne kierowane są do osób zdrowych. Dla pacjentów, według ich deklaracji, największymi autorytetami mogącymi przekonać do badań profilaktycznych są lekarze specjaliści i lekarze rodzinni. Brak wyraźnych rekomendacji powoduje, że tylko co czwarty Polak bada się regularnie, a aż 38% nigdy nie robiło takich badań.²⁸ Wprowadzenie kwartalnych współczynników korygujących dla placówek POZ związanych ze zgłaszalnością do programów profilaktycznych²⁹ miało ograniczony efekt. Problemem jest identyfikacja i komunikacja z grupami kwalifikującymi się do badań. Brak werbalnych rekomendacji i pisemnych zaproszeń, wraz z informacją ułatwiającą świadome podjęcie decyzji, a przede wszystkim systemu aktywnych zaproszeń, to przyczyny niskiego zain-

teresowania społecznego profilaktyką onkologiczną. Szansą na zmianę jest ich powrót, prawdopodobnie już nie w formie papierowej, lecz za pośrednictwem technologii cyfrowych. Z Internetowego Konta Pacjenta (IKP), najpopularniejszej w Polsce aplikacji usług medycznych, korzysta już co drugi Polak, co daje olbrzymie możliwości adresowania indywidualnych zaproszeń.³⁰ Bierność w zakresie aktywnego informowania o potrzebie badań profilaktycznych doprowadza do dramatycznie niskiego poziomu zgłaszalności. W efekcie pacjenci trafiają do lekarza późno. Skuteczna profilaktyka nowotworów stanowi fundament odwracania piramidy świadczeń, przesuwając punkt ciężkości z kosztowej opieki wielospecjalistycznej na wczesne wykrycie, rozpoczęcie leczenia chorób na wczesnym etapie rozwoju, a co się z tym wiąże, lepsze rokowanie i większe efekty leczenia chorób nowotworowych.

Nadzór nad programami profilaktyki onkologicznej realizowanymi przez NFZ pozwala na ocenę zgłaszalności, choć nie wiemy nic nt. korzystania z badań profilaktycznych oferowanych na rynku prywatnym, mimo że również placówki prywatne mają obowiązek zgłaszania przeprowadzenia takich badań. Podobnie nie wiemy, ile nowotworów rozpoznano dzięki realizacji programów profilaktycznych niezależnie od miejsca ich realizacji. Programy pilotażowe, takie jak Profilaktyka 40+, są projektowane w taki sposób, że po ich zakończeniu trudno jest ocenić, jakie miały skutki zdrowotne – podsumowanie programu zawiera jedynie informacje o jego frekwencji.³¹ Brak centralnej instytucji kierującej polityką działań profilaktycznych na wszystkich jej poziomach i nadzorującej osiągnięcie określonych wskaźników osłabia część systemu ochrony zdrowia, która powinna leżeć u podstawy nowej piramidy świadczeń.

Nowe i planowane programy profilaktyki onkologicznej

Obok tradycyjnego schematu realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy w połowie 2025 r. wprowadzono nowy schemat polegający na wykonaniu **testu HPV HR z genotypowaniem**, który wykrywa DNA lub RNA wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) o wysokim ryzyku onkogennym w wymazie z szyjki macicy. Pobierana próbka pozwala na wykonanie cytologii płynnej w przypadku, gdy wynik testu HPV HR jest dodatni. Przyjęcie takiego rozwiązania zmniejsza liczbę wizyt pacjentek, niezbędnych do realizacji nowego schematu profilaktyki. Od czasu rozpoczęcia realizacji programu każdego miesiąca uczestniczyło



w nim około 500 pacjentek.¹⁰ Z czasem nowy schemat będzie zastępował klasyczną cytologię w profilaktyce raka szyjki macicy.

Test FIT pozwalający określić z dużą czułością ryzyko zachorowania na raka jelita grubego, wciąż czeka na opracowanie przez MZ odpowiednich rozwiązań legislacyjnych, aby w przyszłości zastąpić kolonoskopię. Aktualnie istnieje możliwość wykonania tego zwalidowanego testu immunochemicznego w ramach programu Moje Zdrowie.¹⁰

W lipcu Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zarekomendował **włączenie niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK)** do programu wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym ryzykiem zachorowania.³² Większość przypadków tego nowotworu jest diagnozowana w Polsce zbyt późno, kiedy nie ma już możliwości leczenia radykalnego. NDTK pozwala na wykrycie również innych chorób. Niestety pilotaż programu, prowadzony w 26 ośrodkach do końca 2025 r., borykał się z niską zgłaszalnością, gdyż ani potencjalni uczestnicy, ani większość lekarzy nie wiedziała o jego istnieniu. NDTK jako świadczenie gwarantowane ma być dostępne od 1 lipca 2026 r. Proponowany program, który trafił do konsultacji publicznych³³, odpowiada współczesnym standardom badań przesiewowych w kierunku raka płuca.

Program Moje Zdrowie ruszył w maju 2025 r. i jest pierwszym populacyjnym programem profilaktyki zdrowotnej w Polsce. W ramach programu osoby dorosłe mogą regularnie wykonywać badania diagnostyczne i otrzymywać plany zdrowotne. W grudniu 2025 r. poinformowano, że liczba Polaków, którzy zgłosili się do programu, przekroczyła dwa miliony. Kampania promująca program Moje Zdrowie napotyka na krytykę z powodu jego konstrukcji, finansowania i spodziewanej efektywności populacyjnej. Jednak realna ocena wpływu programu na zachorowalność i zgony będzie możliwa dopiero po kilku latach monitorowania wyników.

Osiągnięcia profilaktyki onkologicznej

- Wprowadzenie nowych i kontynuacja już funkcjonujących narzędzi profilaktyki pierwotnej.
- Unowocześnienie programów badań przesiewowych:
 - Test HPV HR w profilaktyce raka szyjki macicy.
 - Pilotaż NDTK.
- Program „Moje Zdrowie”.
- Poszerzenie dostępu pacjentów z chorobami nowotworowymi do szczepień ochronnych.

Wyzwania profilaktyki onkologicznej

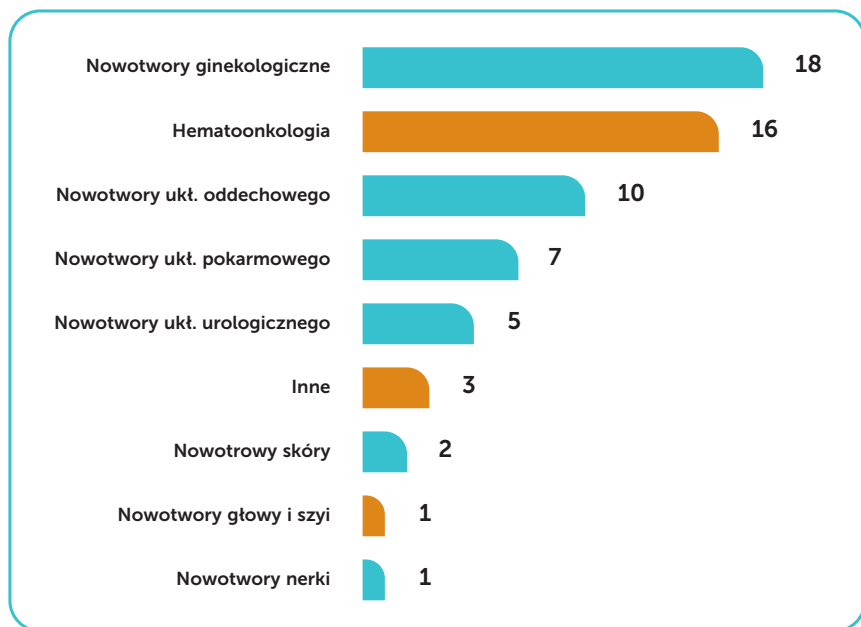
- Brak lub nieefektywne mechanizmy przeznaczania podatków i opłat prozdrowotnych na działania edukacyjne i profilaktyczne dla uzależnionych od nikotyny, alkoholu oraz z nadwagą i otyłością.
- Niedostateczne nakłady i koordynacja profilaktyki onkologicznej.
- Niska partycypacja społeczeństwa w programach profilaktyki onkologicznej.
- Bariery społeczno-polityczne i problemy z egzekucją prawa w programach profilaktyki pierwotnej.
- Wolne tempo wdrażania programu szczepień przeciw HPV i korzystania przez chorych na nowotwory ze szczepień zalecanych.



Dostęp do terapii i diagnostyki

Nowe refundacje

W roku 2025 dostępność terapii dla pacjentów z chorobami nowotworowymi zwiększyła się skokowo. Refundacją objęto aż 63 częsteczek-wskazania, w tym 16 częsteczek-wskazań hematologicznych (Rycina 4).³⁴ Wśród nowych refundacji leków onkologicznych i hematologicznych 20 dotyczyło wskazań w chorobach rzadkich. Osiem leków objęto refundacją w ramach trybu określonego w art. 30a ustawy o refundacji, tj. leków o ugruntowanej skuteczności klinicznej. Trzy schematy leczenia objęto refundacją w czterech wskazaniach, jako technologie o wysokim poziomie innowacyjności (TPI).



Rycina 4. Liczba częsteczek-wskazań objętych refundacją (listy refundacyjne obowiązujące od stycznia do grudnia 2025 r.).³⁴

Potrzeby terapeutyczne w onkologii

Onkologia pozostaje obszarem dynamicznych zmian dzięki szybkiemu rozwojowi terapii celowanych, rozszerzaniu stosowania immunoterapii we wczesnych fazach leczenia i wprowadzaniu nowych metod leczenia, takich jak przeciwciała bispecyficzne i terapia radioligandowa. W 2025 r. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK) po raz piąty wskazało 10 terapii ocenianych jako najbardziej pilne do szybkiego udostępnienia pacjentom.³⁵ Spośród nich trzy terapie, o najwyższym priorytecie, stosowane w leczeniu: raka piersi, raka urotelialnego i raka żołądka zostało objętych refundacją w programach lekowych (Tabela 4).³⁴

Mimo standardowej hormonoterapii ryzyko nawrotu w hormonozależnym raku piersi pozostaje istotne w długiej perspektywie, a dodanie leków z grupy inhibitorów CDK4/6 we wczesnym raku piersi może zwiększać szanse na uniknięcie nawrotu.³⁶ *Abemacyklib*, numer 1 na liście TOP 10 ONKO 2025 (Tabela 4), został objęty refundacją w programie leczenia raka piersi. Inne terapie włączone do programu w 2025 r. to *ribociclib*, *kapiwasertyb* i *sacituzumab govitecan* oraz formy podskórne wcześniej refundowanych terapii.

Pembrolizumab został objęty refundacją w 2. linii leczenia platynopornego raka urotelialnego (Tabela 4). Leczenie to wykazało istotnie dłuższe całkowite przeżycie w porównaniu z chemioterapią.³⁷ Decyzja dotycząca leczenia *pembrolizumabem* pacjentów z rakiem urotelialnym była jedną z kilku dotyczących tej cząsteczki; inne to leczenie raka szyjki macicy, endometrium i płuca. Finansowaniem w programie lekowym B.141.FM został również objęty *erdafitinib*, który wykazał przewagę wobec chemioterapii u odpowiednio dobranych pacjentów z przerzutowym rakiem urotelialnym z alteracjami genu *FGFR*.³⁸

Postulowane przez PTOK opcje terapii raka żołądka miały na celu przesunięcie terapii w kierunku leczenia opartego o biomarkery: *trastuzumab derukstekan* – dla pacjentów z *HER+* i *zolbetuksymab* – dla populacji *CLDN18.2+* nowotworem (Tabela 4). W badaniu DESTINY-Gastric01 *trastuzumab derukstekan* wykazał korzystny wpływ na wyniki leczenia u pacjentów wcześniej leczonych w porównaniu ze standardowymi opcjami.³⁹ W badaniach SPOTLIGHT i GLOW wykazano korzyści w zakresie przeżycia całkowitego i czasu wolnego od progresji ze stosowania

zolbetuksymabu w 1. linii u pacjentów spełniających kryteria ekspresji CLDN18.2.⁴⁰ Spośród tych dwóch leków tylko *trastuzumab derukstekan* został włączony do programu lekowego B.58 (Tabela 4), jako ostatni z listy priorytetów refundacyjnych PTOK na 2025 r.³⁴

Tabela 4. Dziesięć priorytetowych terapii w polskiej onkologii wg ekspertów Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej³⁵ oraz ich status refundacyjny na koniec grudnia 2025 r.³⁴

Terapia	Obszar terapeutyczny	Objęcie refundacją
<i>abemacyklib</i>	wczesny rak piersi (leczenie uzupełniające)	TAK (program lekowy B.9.FM)
<i>pembrolizumab</i>	rak urotelialny	TAK (program lekowy B.141.FM)
<i>trastuzumab derukstekan</i>	rak żołądka	TAK (program lekowy B.58)
<i>enkorafenib + cetuksymab</i>	rak jelita grubego <i>BRAF</i> V600+	NIE
<i>durwalumab + tremelimumab</i>	rak wątroby	NIE
<i>enkorafenib + binimetynib</i>	niedrobnokomórkowy rak płuca (<i>BRAF</i> V600E)	NIE
<i>lutet-177(177Lu)-PSMA-617</i>	nowotwory prostaty	NIE
<i>zolbetuksymab</i>	rak żołądka (CLDN18.2+)	NIE
<i>selperkatynib</i>	guzy łite z fuzją genu <i>RET</i>	NIE
<i>toripalimab</i>	rak nosogardła	NIE

PSMA, specyficzny antygen błony gruczołu krokowego.

Postulowane objęcie refundacją terapii skojarzonej *enkorafenib* + *cetuksymab* w raku jelita grubego z mutacją genu *BRAF* V600E, określanej jako przetom⁴¹, nie doczekało się realizacji w 2025 r. Ta luka w dostępie do leczenia utrzymuje się, mimo tego, że dotyczy populacji chorych o szczególnie złym rokowaniu.⁴² Terapia ta jest dostępna w trybie ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL), co utrudnia realne stosowanie. Od 2025 r. pacjenci z rakiem jelita grubego dysponują większą liczbą terapii dostępnych w późniejszych liniach leczenia – w programie lekowym B.4 pojawił się *frukwintynib* stosowany w monoterapii w ≥ 3 . linii leczenia⁴³ oraz rozszerzono możliwości leczenia *triflurydyną* z *typiracylem* w skojarzeniu z *bewacyzumabem* w ≥ 2 . linii leczenia.

Postulowane potrzeby w terapii raka wątroby, które koncentrowały się na możliwościach leczenia pacjentów z przeciwwskazaniami do terapii antyangiogennej nie zostały spełnione w 2025 r. (Tabela 4). Schemat leczenia *durwalumab* + jednorazowa dawka *tremelimumabu*, a następnie *durwalumab* (tzw. STRIDE) ma potencjał do ograniczenia toksyczności przy zachowaniu korzyści klinicznych.⁴⁴

Refundacje w programie raka płuca (B.6) obejmowały m.in. immunoterapię w skojarzeniu z chemioterapią, leczenie okołoperacyjne i ukierunkowane molekularnie. Choć zmiany te adresują część potrzeb pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca, to potrzeba w zakresie terapii chorych z mutacją genu *BRAF* V600E⁴⁵ pozostaje luką na liście priorytetów refundacyjnych PTOK w 2025 r. (Tabela 4).

Nowoczesne hormonoterapia i chemioterapia raka gruczołu krokowego wymagają uzupełnienia o terapię radioligandową⁴⁶ (Tabela 4) i ścieżkę kwalifikacji wymagającą potwierdzenia ekspresji specyficznego antygenu błony gruczołu krokowego w badaniu pozytonowej tomografii emisyjnej (PET). Obecny brak tej terapii w programie lekowym utrudnia jej zastosowanie i pacjenci muszą być kierowani do trybu uzyskiwania indywidualnych zgód w RDTL.

Rejestracja agnostyczna *selperkatynibu* oznaczająca, że wskazanie rejestracyjne leku nie jest ograniczone do konkretnego narządu, lecz do obecności określonego biomarkera/zmiany molekularnej wspólnej dla różnych nowotworów – w tym przypadku obecności fuzji *RET*⁴⁷, opiera się na wynikach badań koszykowych obejmujących pacjentów

z różnymi typami nowotworów ze wspólnym biomarkerem. Wynika to z rzadkości takich zmian w populacji. W Polsce jednak refundacja zależy od osobnych decyzji i przeważnie opiera się na wskazaniach ograniczonych do narządów, często bardziej restrykcyjnych niż sama rejestracja. Dlatego *seliperkatynib* jest refundowany tylko w terapii raka rdzeniastego tarczycy. Rejestracja agnostyczna nie oznacza refundacji agnostycznej.

Ostatnią opcją terapeutyczną oczekiwaną przez PTOK był inhibitor PD-1 *toripalimab* w połączeniu z chemioterapią u pacjentów z rakiem nosogardła, który zwiększa czas wolny od progresji, całkowite przeżycie⁴⁸ (Tabela 4).

Mimo że refundacje terapii onkologicznych w 2025 r. poszerzają arsenał w ważnych obszarach, zwłaszcza w raku piersi, niedrobnokomórkowym raku płuca, raku urotelialnym i w późnych liniach leczenia przerzutowego raka jelita grubego (Rycina 4), to nie zastępują potrzeby refundacji terapii ujętych w TOP 10 ONKO 2025. Warto również zauważyć, że zarówno dla wielu refundowanych, jak i rekomendowanych przez ekspertów terapii warunkiem ich implementacji jest dostępność diagnostyki molekularnej. Bez rozwoju dostępności diagnostyki biomarkerowej i profilowania molekularnego, część innowacji pozostanie jedynie teoretyczna.

Potrzeby terapeutyczne w hematologii

W hematoonkologii w ostatnich latach obserwuje się wyraźny postęp terapeutyczny. Tempo nowych dowodów naukowych i rejestracji leków jest bardzo wysokie. Zalecenia towarzystw naukowych szybko się zmieniają, a wraz z nimi pojawiają się kolejne wyzwania refundacyjne i potrzeby kliniczne w konkretnych podgrupach pacjentów. Polskie Towarzystwo Hematologiczne i Transfuzjologiczne (PTHiT) opublikowało listę priorytetów refundacyjnych w hematoonkologii na 2025 r. (Tabela 5).⁴⁹ Część z nich była priorytetami również rok wcześniej. Listę TOP 10 HEMATO zdominowały terapie CAR-T oraz przeciwciała bispecyficzne. Jedynie trzy z priorytetowych terapii zostały objęte refundacją w 2025 r.

Tabela 5. Dziesięć priorytetowych terapii w polskiej hematoonkologii wg ekspertów Polskiego Towarzystwa Hematologii i Transfuzjologii⁴⁹ oraz ich status refundacyjny na koniec grudnia 2025 r.³⁴

Terapia	Obszar terapeutyczny	Typ terapii	Objęcie refundacją
<i>talkwetamab</i>	szpiczak plazmocytowy	przeciwciało dwuswoiste	TAK (program B.54)
<i>idecabtagene vicleucel</i>	szpiczak plazmocytowy	CAR-T	NIE
<i>pirtobrutynib</i>	MCL	BTKi	NIE
<i>luspatercept</i>	MDS niskiego ryzyka z niedokrwistością	czynnik dojrzewania erytroidalnego	TAK (program B.142)
<i>lisocabtagene maraleucel</i>	chłoniak grudkowy	CAR-T	NIE
	DLBCL/HGBL	CAR-T	NIE
<i>ciltacabtagene autoleucel</i>	szpiczak plazmocytowy	CAR-T	NIE
<i>epcoritamab</i>	chłoniak grudkowy	przeciwciało dwuswoiste	NIE
<i>elranatamab</i>	szpiczak plazmocytowy	przeciwciało dwuswoiste	TAK (program B.54)
<i>tisagenlecleucel</i>	chłoniak grudkowy	CAR-T	NIE

BTKi, inhibitor kinazy tyrozynowej Brutona; CAR-T, limfocyty T z chimerycznym receptorem antygenowym; DLBCL, chłoniak rozlany z dużych komórek B; HGBL, chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości; MCL; chłoniak z komórek płaszczka; MDS, nowotwór mielodysplastyczny.

Wśród priorytetów największą grupę stanowiły leki stosowane w terapii szpiczaka plazmocytoowego, gdzie mimo olbrzymiego postępu terapii i ich dostępności w Polsce, ciągłym wyzwaniem są nawroty i narastająca oporność nowotworu. Wskazywano na potrzebę efektywnych opcji w 2. i kolejnych linii leczenia oraz na przesuwanie nowych leków do wcześ-

niejszych etapów terapii. W 2025 r. pacjenci z nawrotowym/opornym szpiczakiem plazmocytowym otrzymali dostęp do wszystkich zarejestrowanych w leczeniu szpiczaka przeciwciał dwuswoistych (Tabela 5).³⁴ Wyzwaniem wciąż pozostaje dostęp do terapii komórkowych. W związku z dużym zapotrzebowaniem na te terapie w Stanach Zjednoczonych i Europie proces refundacyjny w Polsce rozpocznie się, gdy będą odpowiednie możliwości produkcyjne. Ważną opcją dla starszych pacjentów byłby dostęp do leczenia schematami opartymi o *belantamab mafodotyry*. Leczenie to nie jest refundowane, ale jeden ze schematów będzie dostępny w ramach badania klinicznego REBEL prowadzonego przez Polskie Konsorcjum Szpiczakowe przy wsparciu Agencji Badań Medycznych (ABM).⁵⁰

Trzy spośród 10 priorytetowych refundacji dotyczył leczenia chłoniaka grudkowego (Tabela 5). W opinii PTHiT wskazano na potrzebę rozszerzenia dostępu do terapii CAR-T u pacjentów z chorobą nawrotową i oporną^{51,52} oraz zapewnienie realnego wyboru między dostępnymi immunoterapiami⁵³ w programie lekowym B.12.FM. Refundacja *epkorytamabu* wysłaby na przeciw preferencjom pacjentów dotyczącymi drogi podania i elastyczności leczenia. Do końca 2025 r. terapię komórkami CAR-T otrzymało ponad 460 pacjentów z chłoniakami, co potwierdza kompetencje krajowych ośrodków klinicznych. Nowe rejestracje rozszerzają jednak grupę pacjentów, która mogłaby być w ten sposób leczona. *Lisocabtagene maraleucel*, jedna z terapii CAR-T na liście priorytetów refundacyjnych (Tabela 5), jest terapią zarejestrowaną również do stosowania u chorych z agresywnymi chłoniakami po niepowodzeniu stosowania terapii 1. linii i którzy nie kwalifikują się do transplantacji autologicznych komórek krwiotwórczych.^{54,55} Włączenie jej do programu B.12.FM stanowiłoby ważne uzupełnienie możliwości terapeutycznych, dając szansę na leczenie terapią komórkową chorym, którzy nie dotąd nie kwalifikowali się do takiego leczenia.

Do niedawna leczenie chłoniaka z komórek płaszczka (MCL, ang. *mantle-cell lymphoma*) uchodziło za zgodne z zaleceniami, natomiast nowe wytyczne zmieniły standard opieki.⁵⁶ W praktyce oznacza to potrzebę szerszego niż dotychczas udostępnienia inhibitorów kinazy Brutona (BTKi, ang. *Bruton's Tyrosine Kinase inhibitor*) w tym *akalabrutynibu* w 1. linii leczenia u pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia (w skojarzeniu z *bendamustyną* i *rytuksymabem*) oraz BTKi nowej generacji, *pirtobrutynibu*, w kolejnych liniach. Ten ostatni znalazł się na liście priorytetów refundacyjnych w hematologii (Tabela 5).



W przypadku pacjentów z zaawansowanym chłoniakiem Hodgkina potrzebne jest rozszerzenie dostępu od schematu BrECADD (*brentuksymab vedotin* w skojarzeniu z *etopozydem*, *cyklofosfamidem*, *doksorubicyną*, *dakarbazyną* i *deksametazonem*). Aktualnie warunkiem kwalifikacji do leczenia jest rozpoznanie nowotworu w III lub IV stadium zaawansowania, lecz nie w stadium IIb, mimo że jest to uzasadnione klinicznie.⁵⁷ Pacjenci z zaawansowanym chłoniakiem Hodgkina, to grupa chorych, która wymaga zastosowania schematów o najwyższej skuteczności. Zastosowanie schematu BrECADD u pacjentów z chłoniakiem Hodgkina w stadium IIb jest rekomendowaną opcją terapeutyczną wg najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO, ang. *European Society for Medical Oncology*).⁵⁸

Ważną opcją terapeutyczną dla pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL, ang. *Acute Lymphocytic Leukemia*) jest bispecyficzne przeciwciało *blinatumomab* stosowany w monoterapii, jako element leczenia konsolidującego u dorosłych pacjentów z nowo rozpoznaną ALL, Ph(-), CD19+. W Polsce lek jest finansowany w ramach programu lekowego B.65 w późniejszych liniach leczenia dorosłych i dzieci z ALL. Jednak jego dodanie do leczenia konsolidującego w 1. linii pozwoliłoby lepiej wykorzystać jego potencjał, uzyskując dłuższe przeżycie całkowite oraz przeżycie wolne od nawrotu.^{59,60}

W terapii przewlekłej białaczki limfocytowej pojawiają się nowe schematy wymagające uwzględnienia w praktyce, zwłaszcza terapie ograniczone w czasie, które mogą poprawiać bezpieczeństwo leczenia u pacjentów starszych i z chorobami współistniejącymi, m.in. kardiologicznymi⁶¹ oraz potrzeba opcji po niepowodzeniu terapii BTKi.⁶² Leczenie ograniczone w czasie ma ważny wymiar systemowy – może zmniejszać obciążenie opieką ambulatoryjną i stacjonarną oraz redukować ryzyko działań niepożądanych.

Refundacja w 2025 r. *luspaterceptu* (Tabela 5) ma znaczenie dla wielu chorych z nowotworami mielodysplastycznymi, u których dominującym

problemem klinicznym jest przewlekła niedokrwistość i zależność od przetoczeń koncentratu krwinek czerwonych, a dostępne opcje leczenia nie zawsze pozwalają ograniczyć liczbę transfuzji.^{63,64}

Wśród refundacji leków stosowanych w hematologii warto odnotować objęcie refundacją *emicizumabu* całej populacji dzieci i młodzieży – lek ten był refundowany wcześniej tylko u najmłodszych pacjentów z hemofilią A lub B. O refundację tego leczenia zabiegali przedstawiciele różnych środowisk.

Nowelizacja ustawy refundacyjnej i dalsze plany

Głównym celem zeszłorocznej nowelizacji ustawy refundacyjnej⁶⁵ było dostosowanie prawa do unijnego rozporządzenia 2021/2282. Istotną zmianą jest możliwość rezygnacji z własnych analiz klinicznych, gdy odpowiednie dokumenty zostały już złożone na poziomie Unii Europejskiej w ramach wspólnej oceny klinicznej (JCA, ang. *Joint Clinical Assessment*). AOTMiT będzie taczniakiem między polskim i unijnym systemem oceny technologii medycznych. Nowelizacja nie zmieniła terminów na wydanie decyzji, ale dzięki łatwiejszemu przenoszeniu wyników oceny klinicznej między krajami i szybszej identyfikacji technologii o wysokim poziomie innowacyjności, ma potencjał skrócenia czasu postępowania, gdy objęte zostaną one JCA.

Poza implementacją prawa UE planowane są dalsze korekty krajowego modelu refundacji. Czas procedowania wniosków refundacyjnych dla technologii onkologicznych jest w Polsce dłuższy (średnio 309 dni), niż wynika to z europejskiej dyrektywy przejrzystości (180 dni). Istotną częścią opóźnienia jest czas od rejestracji do złożenia wniosku. Drugą krytyczną luką jest problem realnej dostępności technologii po objęciu jej refundacją w programie lekowym. Nowelizacja ustawy refundacyjnej^{66,67} adresuje te problemy. Kierunek planowanych zmian jest wyraźnie zarysowany, jednak konkretne terminy wejścia w życie zależą od tempa prac parlamentarnych.

MZ będzie miało większy udział w inicjowaniu obejmowania leków refundacją przez możliwość wzywania producentów do złożenia wniosku, oferując w zamian krótsze terminy i częściowe zwolnienie z opłat. Projekt, w programach lekowych, zakłada wprowadzenie terapii pomostowej między datą obowiązywania decyzji refundacyjnej a zawar-

cia umowy NFZ ze świadczeniodawcami. Rozwiązanie to ma na celu skrócenie luki w faktycznej dostępności terapii dla pacjentów po decyzji refundacyjnej. Ponadto dla leków stosowanych w terapiach chorób rzadkich zakłada się wprowadzenie oceny wielokryterialnej, gdzie oprócz ceny i klasycznej efektywności kosztowej uwzględnia się: korzyści kliniczne, brak alternatyw, obciążenie chorobą i korzyści społeczne. Ma to na celu ułatwienie obejmowania refundacją wysokokosztowych terapii dla małych grup pacjentów. Planowane zmiany wychodzą naprzód potrzebie przyspieszenia procesu obejmowania technologii leczniczych refundacją i zwiększają rolę MZ w jego inicjowaniu.

Diagnostyka nowotworów

Diagnostyka onkologiczna jest dziś równorzędnym filarem opieki – obok chirurgii, radioterapii i farmakoterapii – a inwestowanie w nią jest warunkiem dalszej poprawy wyników leczenia. Rozwój terapii celowanych i immunoterapii sprawił, że wykrycie konkretnych biomarkerów molekularnych stało się warunkiem zastosowania wielu nowoczesnych leków. Onkologia zbliża się do modelu terapii agnostycznych, gdzie kluczowe jest zidentyfikowanie zaburzeń molekularnych nowotworu.⁶⁸ Dodatkowo badania molekularne wykonywane w trakcie leczenia umożliwiają wykrycie nowych mutacji odpowiedzialnych za oporność i dostosowanie strategii terapeutycznej.

Dostęp do badań predykcyjnych w Polsce stopniowo się poszerza, jednak nadal pozostaje wyzwaniem. Od stycznia 2025 r. MZ wprowadziło dwa nowe badania genetyczne do koszyka świadczeń gwarantowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS): stosowaną w diagnostyce prenatalnej porównawczą hybrydyzację genomową do mikromacierzy (aCGH, ang. *array Comparative Genomic Hybridization*) i badanie qRT-PCR (ang. *quantitative Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction*), czyli analiza ekspresji genu lub genów metodą ilościowej reakcji PCR w czasie rzeczywistym. To drugie badanie ma zastosowanie w diagnostyce nowotworów. Kolejna istotna zmiana weszła w życie w lipcu 2025 r. Umożliwiono wykonywanie zaawansowanych badań genetycznych u pacjentów onkologicznych bez konieczności hospitalizacji. Dotyczy to nowotworów *BRCA*-zależnych (rak piersi, jajnika, jajowodu, otrzewnej, trzustki i prostaty) oraz badań sekwencjonowania następnej generacji (NGS, ang. *Next Generation Sequencing*). W obu przypadkach badania te są finansowane przez

NFZ, gdy ich wynik jest warunkiem kwalifikacji do programu lekowego. Wykonanie tych badań nie wymaga hospitalizacji.

Najbardziej zaawansowane technologie, takie jak kompleksowe profilowanie genomowe całego nowotworu czy analiza krążącego DNA nowotworowego, dopiero torują sobie drogę do rutynowej praktyki. Oznacza to, że pacjenci, u których powodzenie leczenia zależy od identyfikacji rzadkich lub nietypowych zmian molekularnych, nadal nie mają równych możliwości dostępu do pełnej diagnostyki. Przykładowo, zaawansowane sekwencjonowanie całogenomowe (WGS, ang. *Whole Genom Sequencing*) czy szerokie panele NGS obejmujące kilkadziesiąt genów nie są standardowo refundowane, ponieważ finansuje się tylko ograniczony zestaw najważniejszych biomarkerów dla danej choroby. To sprawia, że część pacjentów może nie otrzymać wyniku analizy kluczowej mutacji, jeśli nie mieściła się ona w podstawowym pakiecie badań. Dla niektórych przekreśla to szansę na możliwość leczenia celowanego. Szacuje się, że kilka-kilkanaście tysięcy pacjentów rocznie z rakiem płuca pozostaje bez wyników analiz kluczowych dla doboru terapii.⁶⁸ Doprowadza to do sytuacji marnowania potencjału terapii refundowanych w Polsce.

Mimo postępu technologicznego i nowych regulacji diagnozowanie nowotworów w Polsce nadal napotyka wiele barier organizacyjnych. Od wielu lat prowadzone są prace nad projektem ustawy o testach genetycznych, co powoduje brak nadzoru nad poradnictwem i wykonywaniem badań.

Sam model diagnostyki bywa nadmiernie złożony i czasochłonny. Wynika to z sekwencyjnego zlecania badań. W przypadku niedrobnokomórkowego raka płuca średni czas od rozpoczęcia diagnostyki do uzyskania pełnego wyniku badania molekularnego wynosi obecnie ok. 4,5 miesiąca.⁷⁰ Po uzyskaniu wyniku histopatologicznego pacjent nierzadko musi umawiać kolejną wizytę, by lekarz mógł uzyskać świadomą zgodę na badania molekularne i dopiero wtedy zlecić testy genetyczne podstawowe lub pogłębione. Diagnostyka molekularna powinna być zlecana jednocześnie z patomorfologiczną. Sam czas oczekiwania na wyniki badań molekularnych, wynoszący w obecnych realiach 40-45 dni, jest trudny do zaakceptowania przy szybko postępującej chorobie.⁶⁹ W wielu ośrodkach w Polsce wdrożono równoległe kierowanie na badanie patomorfologiczne i molekularne,

lecz nie jest to standard. W efekcie dostęp pacjenta do szybkiej diagnostyki bywa kwestią przypadku i miejsca zamieszkania.

Inną barierą jest niedostateczna jakość lub ilość materiału do badań molekularnych, co w konsekwencji powoduje, że konieczne jest ponowne pobranie materiału lub rezygnacja z części badań. Wiąże się to m.in. z brakiem standardów pobierania materiału oraz ograniczeniami sprzętowymi w pracowniach patomorfologii. Brak jednolitego systemu akredytacji laboratoriów patomorfologicznych dodatkowo pogłębia te trudności. Brak stabilnego systemu akredytacji stanowi poważne zagrożenie dla ciągłości diagnostyki, zwłaszcza w obszarze diagnostyki raka płuca, gdzie konieczne jest szybkie i precyzyjne działanie wielu specjalistów jednocześnie.

Na powyższe problemy nakłada się utrzymujący się od lat krytyczny brak kadr w patomorfologii i diagnostyce molekularnej. W Polsce pracuje zaledwie kilkuset lekarzy patomorfologów i ok. 130 genetyków klinicznych.⁷¹ Biorąc pod uwagę rosnące potrzeby, jest to dramatycznie mało. Zwiększenie liczby miejsc rezydenckich w genetyce i patomorfologii (specjalizacja priorytetowa w NSO) i popularyzacja deficytowych specjalizacji mają miejsce, lecz dadzą efekty dopiero za kilka lat, z uwagi na długi cykl kształcenia specjalisty. Istnieje również konieczność wprowadzenia nowych zawodów w obszarze genetyki m.in. pielęgniarek genetycznych. MZ dostrzega również potrzebę unowocześnienia i standaryzacji zaplecza diagnostycznego w całym kraju. W 2025 r. rozstrzygnięto konkurs na zakup sprzętu do diagnostyki patomorfologicznej (72,3 mln zł) oraz do diagnostyki genetycznej dla ośrodków SOLO II lub III (38,5 ml zł).⁷²

System opieki onkologicznej zmagają się z opóźnieniami w diagnostyce, brakami kadrowymi i niedofinansowaniem procedur, które hamują pełne wykorzystanie tego potencjału nowych terapii. Rok 2025 przyniósł istotne ulepszenia: poszerzono katalog refundowanych badań, zaplanowano inwestycje w sprzęt, dopracowano koncepcje organizacyjne *Lung Cancer Units*. Najpilniejsze wyzwania, to potrzeba szybszej diagnostyki, dostępu do pełnego profilowania genomowego każdego pacjenta, odnowa systemu akredytacji laboratoriów oraz wyszkolenia nowego pokolenia diagnostów.

Osiągnięcia terapii i diagnostyki nowotworów

- Znaczące poszerzenie dostępu do nowoczesnych terapii – objęcie refundacją rekordowych 63 nowe cząsteczkowo-wskazań w leczeniu onkologicznym i hematoonkologicznym.
- Realizacja części (30%) najbardziej pilnych postulatów PTOK i PTHiT dotyczących finansowania nowych terapii.
- Szersze wykorzystanie badań molekularnych przy kwalifikacji pacjentów do terapii celowanych przez włączenie nowych badań molekularnych do koszyka świadczeń.
- Projekt nowelizacji ustawy refundacyjnej wprowadzający mechanizmy mające przyspieszyć proces obejmowania refundacją nowych leków i udostępniania ich pacjentom.

Wyzwania terapii i diagnostyki nowotworów

- Luki w dostępie do leczenia. 70% priorytetowych terapii onkologicznych i hematoonkologicznych nadal nie zostało objętych refundacją z powodu braku wniosków firm farmaceutycznych lub przewlekłości procesów decyzyjnych.
- Ograniczona dostępność innowacyjnych metod leczenia, takich jak terapie CAR-T czy przeciwciała dwuspecyficzne.
- Brak pełnego finansowania zaawansowanych badań molekularnych.
- Brak regulacji prawnych odnośnie poradnictwa i wykonywania testów genetycznych.
- Niedobory sprzętu i kadr diagnostyki molekularnej i patomorfologicznej.
- Potrzeba nowej specjalizacji w dziedzinie genetyki – pielęgniarstwa genetycznego.
- Napięcia wokół sytuacji finansowej systemu ochrony zdrowia zagrażają możliwościom finansowania kolejnych terapii i inwestycji w diagnostykę, co grozi wyhamowaniem tempa zmian.



Zaangażowanie pacjentów

Partycypacja pacjentów, w tym organizacji pacjentów, oznacza włączenie perspektywy osób chorujących i ich bliskich do projektowania, wdrażania oraz oceny rozwiązań w ochronie zdrowia. W onkologii i hematologii ma to szczególne znaczenie, ponieważ ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna jest złożona, wieloetapowa i długotrwała, a jakość opieki zależy nie tylko od skuteczności leczenia, ale także od koordynacji, komunikacji, dostępności świadczeń i wsparcia psycho-społecznego. W podejściu Światowej Organizacji Zdrowia opieka zorientowana na ludzi (*people-centred health services*) zakłada, że pacjenci i społeczności są nie tylko beneficjentami, ale również uczestniczą w kształtowaniu usług i polityk zdrowotnych.⁷³

W praktyce wyróżnia się trzy poziomy partycypacji pacjentów w rozwój ochrony zdrowia (Tabela 6).^{74,75,76} Celem partycypacji indywidualnej jest dopasowanie decyzji do wartości i sytuacji pacjenta, dzięki czemu uzyskuje się lepszą zgodność planu leczenia z priorytetami pacjenta. Na poziomie pośrednim celem jest usprawnienie ścieżki pacjenta i jakości opieki, a na poziomie systemowym lepsze dopasowanie polityk i finansowania potrzeb pacjentów, dzięki czemu uzyskuje się większą transparentności i akceptację decyzji.

Model koordynowanej i kompleksowej opieki, taki jak KSO, stwarza perspektywę włączenia pacjentów w projektowanie i ocenę jakości ich ścieżki. Odbywa się to m.in. na poziomie KRO, w której składzie od lat jest przedstawiciel organizacji pacjentów. Otworzyło to drogę ku wejściu pacjentów do dialogu o rozwiązaniach systemowych w onkologii, choć skala wpływu zależy od realnego umocowania, trybu pracy i sposobu wykorzystywania rekomendacji rady.

Innym stałym gremium dialogu systemowego, nadającym formalne ramy współpracy z organizacjami pacjentów, jest Rada Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia.⁷⁷ Do zadań Rady należą m.in.: koordynowanie po stronie organizacji pacjentów udziału we wstępnych konsultacjach i konsultacjach publicznych, opiniowanie projektów aktów prawnych oraz inicjowanie zmian przepisów. W składzie Rady są reprezen-

tanci organizacji działających w obszarze onkologii, m.in. Stowarzyszenie Onkologiczne SANITAS, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Federacja Stowarzyszeń „Amazonki” i Ogólnopolska Federacja Onkologiczna.

Tabela 6. Poziomy partycypacji pacjentów w rozwoju ochrony zdrowia.

Poziom	Opis
Indywidualny ⁷⁴	Współdecydowanie o własnym leczeniu. W onkologii model wspólnego podejmowania decyzji (<i>shared decision making</i>) jest wskazywany jako adekwatny, bo decyzje często łączą elementy kliniczne, psychologiczne i życiowe pacjenta.
Organizacyjny ⁷⁵	Współtworzenie świadczeń w placówkach ochrony zdrowia, w tym ścieżek pacjenta, standardów komunikacji, rozwiązań koordynacyjnych, materiałów edukacyjnych i ankiet satysfakcji. Obok potrzeby współprojektowania (<i>co-design</i>) potrzebna jest również ocena, w jaki sposób takie działania przekładają się na wdrożenia i wyniki kliniczne.
Systemowy ⁷⁶	Wpływ na polityki publiczne, finansowanie i regulacje, np. udział w konsultacjach, ciałach doradczych, podejmowaniu decyzji refundacyjnych i monitorowaniu jakości świadczeń. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje na potrzebę budowania środowiska sprzyjającego udziałowi społecznemu, zapewniania reprezentatywności, wzmacniania kompetencji oraz utrzymywania długofalowych mechanizmów partycypacji.

Nowym gremium, powołanym w grudniu 2025 r. przez prezydenta Karola Nawrockiego, jest Rada Zdrowia. W nim jednak zabrakło miejsca dla przedstawicieli organizacji pacjentów.

Projekt nowelizacji ustawy refundacyjnej przewiduje udział przedstawicieli organizacji pacjentów (jako obserwatorów) w negocjacjach cenowych Komisji Ekonomicznej oraz w zespołach koordynacyjnych programów lekowych (bez prawa głosu, ale z możliwością zgłaszania opinii).^{66,67} W projekcie pominięto rolę pacjentów w pracach Rady Przejrzystości AOTMiT. Ten fakt i formy „obserwatora” i „bez prawa głosu”



są jeszcze dalekie od współdecydowania, choć przejście od konsultacji do obecności jest pozytywnym kierunkiem zmian. Co jest potrzebne, aby dopełnić systemowy poziom (Tabela 6) partycypacji pacjentów w kształtowanie systemu ochrony zdrowia?

Istnieje kilka barier, aby partycypacja pacjentów na poziomie organizacyjnym i systemowym była przejrzysta, wiarygodna i efektywna społecznie:

- Brak jednoznacznej definicji „organizacji pacjentów” bez cudzysłowu w polskim prawie i ryzyko niejednorodnych kryteriów uznawania podmiotów za reprezentatywne.
- Kwestie poufności, konfliktów interesów i trybu wyboru reprezentantów pacjentów.

W wykazie organizacji pacjentów prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjentów na koniec 2025 r. widniały 92 organizacje.⁷⁸ Aż 30 z nich to organizacje zajmujące się problematyką nowotworów. Jednak przy braku definicji czy jest to organizacja pacjentów i tak licznej reprezentacji trudno jest odpowiedzieć na pytanie, kto, gdzie i kiedy ma reprezentować chorych na poziomie organizacyjnej i systemowej współpracy. Istnienie tej luki jest zaskakujące, ponieważ na poziomie europejskim, Europejska Agencja ds. Leków (EMA) już w 2018 r. zdefiniowała organizacje pacjentów jako podmioty *non-profit*, zorientowane na pacjentów, w których pacjenci i/lub opiekunowie stanowią większość w organach zarządzających.⁷⁹ EMA wskazuje też kryteria dotyczące m.in. legalności/umocowania, sposobu reprezentacji, mechanizmów konsultowania opinii wśród członków oraz transparentności finansowania i relacji sponsorskich. W praktyce systemowej takie kryteria pomagają ograniczać tokenizm, czyli pozorne, symboliczne włączenie pacjentów bez realnego wpływu i konflikty interesów oraz wątpliwości wokół niezależności reprezentacji. W Polsce niestety



niejasne są zasady, poza czysto administracyjnymi, którymi kieruje się Rzecznik Praw Pacjenta, rejestrując organizacje i prowadząc nabór do poszczególnych gremiów. Pozaustawowe kryteria wyboru przedstawicieli pacjentów do zasiadania w poszczególnych gremiach bywają bardzo ogólne, np. aktywność w obszarze opieki onkologicznej oraz znajomość przepisów dotyczących onkologii.⁸⁰

Choć przyjęcie definicji organizacji pacjentów nie jest w interesie wszystkich organizacji, a zwłaszcza tych finansowanych w ramach monofunduszu, to aby w pełni wykorzystać potencjał wpływu na system ochrony zdrowia, jaki otwiera się przed organizacjami pacjentów, potrzebne jest określenie:

- Jasnych reguł gdzie, kto i z jakim mandatem może konsultować, być partnerem, obserwatorem i współdecydem w danym obszarze.
- Transparentnych kryteriów doboru przedstawicieli (rotacja, kadencyjność, reprezentatywność, deklaracje konfliktu interesów).
- Kompetencji po stronie pacjentów, które powinni spełniać, aby zasiadać w poszczególnych gremiach (wiedza systemowa, prawnicza, z zakresu oceny technologii medycznych).
- Zapewnienia wsparcia organizacyjnego dla partycypacji, tak, aby nie była dostępna tylko dla wąskiej grupy.
- Zasad zarządzania konfliktami interesów (wymóg ujawniania źródeł finansowania i relacji sponsorskich).
- Zasad bezpiecznego udziału w procesach zawierających informacje poufne (zakresy dostępu do informacji, zasady poufności).
- Raportowanie stanowisk pacjentów oraz w jaki sposób uwagi pacjentów wpłynęły na ostateczne decyzje (lub dlaczego nie mogły zostać uwzględnione).

Postulowane zwiększenie udziału organizacji pacjentów w kształtowaniu systemu opieki onkologicznej i hematologicznej powinno iść w parze z ich profesjonalizacją, m.in. ugruntowanym mandatem reprezentacji, posiadaniem odpowiedniej wiedzy, demokratycznym zarządzaniem oraz transparentnością finansowania, aby możliwe było przechodzenie od roli konsultacyjnej/obserwacyjnej do realnego współdecydowania. Znacząca partycypacja wymaga stałych mechanizmów udziału oraz wzmacniania kompetencji organizacji pacjentów i strony publicznej do efektywnego angażowania się w procesy decyzyjne.

Osiągnięcia w partycypacji pacjentów w tworzenie systemu opieki zdrowotnej

- Ugruntowanie formalnych ram dialogu z pacjentami.
- Włączenie reprezentantów pacjentów do większości gremiów decyzyjnych.
- Wysoka dynamika aktywności organizacji pacjentów.

Wyzwania w partycypacji pacjentów w tworzenie systemu opieki zdrowotnej

- Brak jasnych zasad reprezentacji.
- Brak definicji organizacji pacjentów.
- Wątpliwości wokół przejrzystości i konfliktów interesów organizacji pacjentów.
- Mechanizmy partycypacji pacjentów na poziomie systemowym ograniczają się głównie do funkcji konsultacyjnej lub obserwacyjnej.
- Konieczność wzmocnienia kompetencji, wsparcia szkoleniowego oraz uregulowania zasad współpracy, aby pacjenci mogli realnie współdecydować o systemie opieki zdrowotnej.



Badania kliniczne

Rok 2025 przyniósł dalsze umacnianie pozycji Polski w europejskim ekosystemie badań klinicznych. Polska zajmuje 5. miejsce w Europie pod względem liczby prowadzonych badań klinicznych III fazy, a pod względem dostępności badań klinicznych dla pacjentów znajduje się w europejskiej czołówce; przed Polską są Hiszpania, Francja, Niemcy i Włochy. ABM finansuje 95% wszystkich niekomercyjnych badań klinicznych w Polsce, w których uczestniczy 14 tys. pacjentów. Docelowa liczba pacjentów w badaniach klinicznych to 36 tys. osób, a w eksperymentach badawczych weźmie udział 59 tys. Skala działalności ABM i sponsorów badań powoduje, że przez naukę zwiększa się dostępność innowacyjnych metod diagnostycznych, badań molekularnych, terapii i procedur zabiegowych.⁸¹

Najbardziej istotnym wydarzeniem z punktu widzenia onkologii i hematatoonkologii w 2025 r. było ogłoszenie wyników konkursu na niekomercyjne badania kliniczne i eksperymenty badawcze w tych dziedzinach. Do oceny formalnej skierowano 69 projektów o łącznej wartości 1,9 mld zł. Finansowanie w wysokości 590 mln zł przyznano 19 projektom. W dziedzinie hematatoonkologii ruszą badania z udziałem chorych na szpiczaka plazmocytowego (REBEL i TiTan) oraz chłoniaka Hodgkina (N-BRAVE).

Wyraźnym elementem pejzażu badań w dziedzinie onkologii jest uczestnictwo organizacji pacjentów jako konsorcjantów:

- Fundacja eRAKobiet (badanie PRIORITY).
- Fundacja Urszuli Jaworskiej (badanie N-BRAVE).
- Fundacja Urszuli Jaworskiej (badanie TILANOC).
- Fundacja Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową (badanie LiBRha).
- Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięsaki i Czerniaki SARCOMA (badanie DRAGONFLY).



Obecność organizacji pacjentów w konsorcjach może wzmacniać projekty przez lepsze sformułowanie pytań badawczych potrzeb klinicznych i jakości życia, usprawnienia komunikacji z potencjalnymi uczestnikami badań, wsparcia dla działań edukacyjnych, a także budowania społecznego zaufania do badań niekomercyjnych. W marcu 2025 r. została utworzona grupa „Aktywni w Badaniach Klinicznych” mająca na celu systematyczne określanie potrzeb pacjentów uczestniczących w badaniach klinicznych, poprawę komunikacji z realizatorami badań oraz ustalenia zasad prawnych udziału organizacji pacjentów w konsorcjach.

Koniec roku 2025 zdominowała debata nt. stabilności finansowania ABM wynikającej ze złej sytuacji finansowej NFZ. Plan potencjalnych oszczędności mających poprawić kondycję NFZ zawierał propozycję modyfikacji wysokości odpisu na ABM. Dyskusja o potencjalnym ograniczaniu odpisu na ABM jest szczególnie ważna dla onkologii i hemat-onkologii, gdyż projekty mają zwykle wieloletni horyzont, wysokie koszty monitorowania oraz konsekwencje etyczne i naukowe w przypadku przerwania rekrutacji lub obserwacji. Plany MZ spotkały się ze sprzeciwem i obroną stabilności finansowania ABM, m.in. pod apelem do premiera podpisały się 42 organizacje pacjentów, wskazując na ryzyko zahamowania trwających projektów, utratę kadr i infrastruktury oraz pogorszenie dostępu pacjentów do innowacyjnych terapii.

Osiągnięcia w dostępności badań klinicznych

- Silna pozycja Polski na europejskim rynku badań klinicznych.
- Rozwój badań niekomercyjnych w dziedzinie onkologii i hematoonkologii.
- Partnerstwo z organizacjami pacjentów w projektach badawczych.



Wyzwania w dostępności badań klinicznych

- Kryzys finansowy NFZ wywołał dyskusję nad zmniejszeniem odpisu na ABM, co zagraża stabilności prowadzenia badań klinicznych.
- Mimo rosnącego udziału chorych w badaniach w Polsce, konieczne jest intensyfikowanie działań informacyjnych i edukacyjnych na temat korzyści i bezpieczeństwa udziału w badaniach klinicznych.

Podsumowanie

- Działania rozwojowe w onkologii są prowadzone w warunkach istotnego niedoboru środków w systemie. Aktualny kryzys mógłby stać się katalizatorem zmiany modelu finansowania ochrony zdrowia.
- KSO funkcjonuje w całej Polsce. Standaryzacja procedur porządkuje opiekę w mniejszych placówkach należących do sieci i ułatwia przepływ pacjentów, przy jednoczesnej potrzebie lepszej komunikacji zmian do pacjentów i świadczeniodawców. Nowelizacja ustawy o KSO ma na celu usunięcie zbędnych regulacji, wprowadzenie uproszczeń w funkcjonowaniu sieci i otwarcie drogi do cyfryzacji opieki umożliwiającej jej jeszcze większą integrację.
- Liczne uchwały KRO, będące efektem wieloletnich prac koncepcyjnych nad kształtem i funkcjonalnie opieki onkologicznej w nowym modelu oczekują na decyzje kierunkowe MZ i polityczne rozstrzygnięcia.
- Profilaktyka onkologiczna pozostaje słabym ogniwem NSO. Niskie wydatki na prewencję, zgłaszalność na badania przesiewowe, wolno postępujący program szczepień przeciw HPV, ograniczona partycypacja w lekcjach edukacji zdrowotnej nie sprzyjają odwróceniu piramidy świadczeń, której podstawą powinno być zapobieganie chorobom.
- Rok 2025 był kolejnym okresem istotnej dynamiki refundacji terapii stosowanych w onkologii i hematoonkologii, jednak 70% schematów leczenia wskazywanych, jako priorytetowe nie doczekało się decyzji refundacyjnych, co wynika z braku złożenia wniosków lub przewlekłości procesu refundacyjnego. Planowana nowelizacja ustawy refundacyjnej wprowadza pewne mechanizmy, które mogą przyspieszyć proces obejmowania refundacją kolejnych terapii.
- W obszarze dostępu do diagnostyki molekularnej widzimy postęp w zakresie dostępności badań molekularnych dla pacjentów kwalifikowanych do programów lekowych.

Objęcie finansowaniem ze środków publicznych profilowania genetycznego i analizy krążącego DNA wciąż oczekuje na decyzje. Czas oczekiwania na wyniki badań molekularnych jest długi, co wynika z ich sekwencyjnego zlecenia oraz niedoborów sprzętowych i kadrowych. Inwestycje w zaplecze infrastrukturalne i kadry dadzą efekty w perspektywie kilku lat.

- Zasady partycypacji pacjentów w rozwój opieki zdrowotnej na różnych poziomach wymagają uporządkowania. Główne potrzeby to jasne reguły reprezentacji, kryteria doboru przedstawicieli, zarządzania konfliktami interesów i mechanizmów raportowania wpływu zgłaszanych uwag. Z drugiej strony potrzebna jest profesjonalizacja organizacji pacjentów, aby w formalnych ścieżkach dialogu ich udział nie był ograniczony do konsultacji i obserwacji, a ewoluował w kierunku realnego wpływu na kształtowanie i funkcjonowanie system opieki zdrowotnej.
- Dzięki ABM Polska dołączyła do czołówki europejskich krajów pod względem prowadzenia niekomercyjnych badań klinicznych i eksperymentów medycznych. W ich ramach otoczonych opieką jest dziesiątki tysięcy pacjentów. Silnej pozycji Polski w dziedzinie badań medycznych zagraża niestabilność finansowania ABM.

Piśmiennictwo

1. Więcej środków w tegorocznym budżecie NFZ: obligacje od Premiera i większa dotacja z Ministerstwa Zdrowia [Internet]. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia; 2025 [Dostęp z: 04.12.2025]. Dostępne na: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/wiecej-srodkow-w-tegorocznym-budziecie-nfz-obligacje-od-premiera-i-wieksza-dotacja-z-ministerstwa-zdrowia.8858.html>.
2. Rządowy projekt nowelizacji ustawy o Funduszu Medycznym przyjęty przez Sejm [Internet]. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2025 [Dostęp z: 04.12.2025]. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rzadowy-projekt-nowelizacji-ustawy-o-funduszu-medycznym-przyjety-przez-sejm>.
3. Dudek S, Kozłowski L, Wiśniewski W. Finanse ochrony zdrowia pod ścisłym nadzorem procedury nadmiernego deficytu. Warszawa: Instytut Finansów Publicznych, Federacja Przedsiębiorców Polskich; 2025.
4. Strzelecka H, Szlubowska A. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r. Warszawa, Kraków: Główny Urząd Statystyczny; 2024.
5. Polacy a leczenie prywatne. Dlaczego pacjenci decydują się płacić za usługi medyczne? [Internet]. Gdańsk: Związek Przedsiębiorstw Finansowych w Polsce; 2025 [Dostęp z: 06.01.2025]. Dostępne na: <https://zpf.pl/polacy-a-leczenie-prywatne-dlaczego-pacjenci-decyduja-sie-placic-za-uslugi-medyczne/>.
6. Mapa ośrodków w Krajowej Sieci Onkologicznej [Internet]. Warszawa: Centrum e-Zdrowia; 2025 [Dostęp z: 06.12.2025]. Dostępne na: <https://onkologia.pacjent.gov.pl/pl/narodowa-strategia-onkologiczna/mapa-osrodkow-w-krajowej-sieci-onkologicznej>.
7. Liczba wydanych kart DiLO (kart diagnostyki i leczenia onkologicznego) [Internet]. Warszawa: Otwarte Dane; 2025 [Dostępne na: <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2594.liczba-wydanych-kart-diolo-kart-diagnostyki-i-leczel>].
8. Projekt ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw [Internet]. Warszawa: Rządowe Centrum Legislacji; 2025 [Dostęp z: 06.12.2025]. Dostępne na: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12403604/katalog/13166235#13166235>.
9. Krajowa Rada Onkologiczna [Internet]. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2025 [Dostęp z: 07.12.2025]. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowa-rada-onkologiczna>.
10. Jagielska B. Wystąpienie przedstawiciela Krajowej Rady Onkologicznej [Internet]. Warszawa: tvmed (Grupa ViaMedical); 2025 [Dostęp z: 09.12.2025]. Dostępne na: <https://www.tvmed.pl/t/14390/Wystapienie-przedstawiciela-Krajowej-Rady-Onkologicznej>.
11. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paryż: OECD Publishing; 2025.
12. Edukacja zdrowotna - pierwszy rok wdrażania przedmiotu w szkole [Internet]. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej; 2025 [Dostęp z: 09.12.2025]. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/edukacja/edukacja-zdrowotna--pierwszy-rok-wdrazania-przedmiotu-w-szkole>.
13. Pulimeno M, Piscitelli P, Colazzo S, Colao A, Miani A. School as ideal setting to promote health and wellbeing among young people. Health Promot Perspect. 2020;10(4):316–24.
14. Herbut K. CBOS: odsetek palących Polaków najniższy w historii badań [Internet]. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2025 [Dostęp z: 10.12.2025]. Dostępne na: <https://www.mp.pl/pacjent/pulmonologia/aktualnosci/214923.cbos-odsetek-palacych-polakow-najnizszy-w-historii-badan>.
15. Kiedy Polska stanie się wolna od dymu tytoniowego? Są trzy scenariusze [Internet]. Warszawa: Puls Medycyny; 2025 [Dostęp z: 10.12.2025]. Dostępne na: <https://pulsmedycyny.pl/medycyna/zdrowie-publiczne/kiedy-polska-stanie-sie-wolna-od-dymu-tytoniowego-sa-trzy-scenariusze/>.
16. WHO position on Tobacco Control and Harm Reduction. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia; 2025.
17. Gdzie się Leczyć [Internet]. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia; 2025 [Dostęp z: 10.12.2025]. Dostępne na: <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/>.
18. Ustawa z dnia 21 maja 2025 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Dziennik Ustaw - 2025, poz. 799: Kancelaria Sejmu; 2025.

19. Projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych [Internet]. Warszawa: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów; 2025 [Dostęp z: 10.12.2025. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-ochronie-zdrowia-przed-nastepstwami-uzywania-tytoniu-i-wyrobow-tytoniowych9>].
20. Realizacja zadań związanych z poborem i wydatkowaniem optat od środków spożywczych oraz od napojów alkoholowych. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli; 2025.
21. Wierzejska RE, Taraszewska AM, Wiośetek-Reske A, Poznańska A. Consumption of Energy Drinks and Attitudes Among School Students Following the Ban on Sales to Minors in Poland. *Nutrients*. 2025;17(19).
22. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych [Internet]. Warszawa: Rządowe Centrum Legislacji; 2025 [Dostęp z: 10.12.2025. Dostępne na: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12403354/katalog/13164995#13164995>].
23. Kamboj M, Bohlke K, Baptiste DM, Dunleavy K, Fueger A, Jones L, et al. Vaccination of Adults With Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2024;42(14):1699–721.
24. Hus I, Piekarska A, Brzeźniakiewicz-Janus K, Giannopoulos K, Jamrozik K, Mensah-Glanowska P, et al. Vaccination of adult patients with hematological malignancies, patients with asplenia and patients with nocturnal paroxysmal hemoglobinuria – guidelines of PTHiT and the Infectious Diseases Working Group of PALG. *Acta Haematologica Polonica*. 2025;56(3):187–207.
25. Rutkowski P, Cybulska-Stopa B, Jassem J, Płużański A, Tomasiewicz K, Wyrwicz L, et al. Infectious disease prophylaxis and treatment in cancer patients, with particular emphasis on COVID-19. Interdisciplinary position statement of Polish experts. *Nowotwory Journal of Oncology*. 2024;74(3):203–12.
26. Prevention and treatment of Cancer-Related Infections - version 1.2025. Stany Zjednoczone: National Comprehensive Cancer Network; 2025.
27. Dane o realizacji programów profilaktycznych (mammografia, cytologia, kolonoskopia) [Internet]. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia; 2025 [Dostęp z: 09.12.2025. Dostępne na: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/>].
28. Sulikowska L. Beztróscy w zapobieganiu. *Gazeta Lekarska*. 2025;3:16–8.
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. *Dziennik Ustaw* - 2025, poz. 562: Ministerstwo Zdrowia; 2025.
30. Już ponad 20 mln osób korzysta z IKP [Internet]. Warszawa: Centrum e-Zdrowia; 2025 [Dostęp z: 09.12.2025. Dostępne na: <https://www.cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/juz-ponad-20-mln-osob-korzysta-z-ikp>].
31. Podsumowanie programu Profilaktyka 40 PLUS [Internet]. Warszawa: Centrum e-Zdrowia; 2025 [Dostęp z: 09.12.2025. Dostępne na: <https://www.cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/podsumowanie-programu-profilaktyka-40-plus-0>].
32. Rekomendacja Prezesa – Program wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej [Internet]. Warszawa: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji; 2025 [Dostęp z: 10.12.2025. Dostępne na: <https://www.aotm.gov.pl/aktualnosci/najnowsze/rekomendacja-prezesa-program-wczesnego-wykrywania-raka-pluca-u-osob-ze-zwiekszonym-zdefiniowanym-ryzykiem-zachorowania-za-pomoca-niskodawkowej-tomografii-komputerowej/>].
33. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych [Internet]. Warszawa: Rządowe Centrum Legislacji; 2025 [Dostęp z: 10.12.2025. Dostępne na: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12405056/katalog/13175062#13175062>].
34. Obwieszczenia ministra zdrowia - lista leków refundowanych [Internet]. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2025 [Dostęp z: 11.12.2025. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>].

35. Eksperci wskazali terapię wymagającą pilnej refundacji w leczeniu chorych z nowotworami układu pokarmowego [Internet]. Warszawa: Polska Agencja Prasowa; 2025 [Dostęp z: 13.12.2025]. Dostępne na: <https://www.pap.pl/mediaroom/eksperci-wskazali-terapię-wymagającą-pilnej-refundacji-w-leczeniu-chorych-z-nowotworami>.
36. Johnston SRD, Harbeck N, Hegg R, Toi M, Martin M, Shao ZM, et al. Abemaciclib Combined With Endocrine Therapy for the Adjuvant Treatment of HR+, HER2-, Node-Positive, High-Risk, Early Breast Cancer (monarchE). *J Clin Oncol*. 2020;38(34):3987–98.
37. Fradet Y, Bellmunt J, Vaughn DJ, Lee JL, Fong L, Vogelzang NJ, et al. Randomized phase III KEYNOTE-045 trial of pembrolizumab versus paclitaxel, docetaxel, or vinflunine in recurrent advanced urothelial cancer: results of >2 years of follow-up. *Ann Oncol*. 2019;30(6):970–6.
38. Siefker-Radtke AO, Matsubara N, Park SH, Huddart RA, Burgess EF, Özgüroğlu M, et al. Erdafitinib versus pembrolizumab in pretreated patients with advanced or metastatic urothelial cancer with select FGFR alterations: cohort 2 of the randomized phase III THOR trial. *Ann Oncol*. 2024;35(1):107–17.
39. Shitara K, Bang YJ, Iwasa S, Sugimoto N, Ryu MH, Sakai D, et al. Trastuzumab Deruxtecan in Previously Treated HER2-Positive Gastric Cancer. *N Engl J Med*. 2020;382(25):2419–30.
40. Lee KW, Oh SC, Kim JG, Sym SJ, Shim BY, Kang SY, et al. Zolbetuximab Plus Chemotherapy as First-Line Treatment in Patients with Claudin 18.2-Positive, HER2-Negative, Locally Advanced Unresectable or Metastatic Gastric or Gastroesophageal Junction Adenocarcinoma: Korean Population Subgroup-Combined Efficacy and Safety Analysis from SPOTLIGHT and GLOW. *Cancer Res Treat*. 2025.
41. Tabernero J, Grothey A, Van Cutsem E, Yaeger R, Wasan H, Yoshino T, et al. Encorafenib Plus Cetuximab as a New Standard of Care for Previously Treated BRAF V600E-Mutant Metastatic Colorectal Cancer: Updated Survival Results and Subgroup Analyses from the BEACON Study. *J Clin Oncol*. 2021;39(4):273–84.
42. Morris V, Overman MJ, Jiang ZQ, Garrett C, Agarwal S, Eng C, et al. Progression-free survival remains poor over sequential lines of systemic therapy in patients with BRAF-mutated colorectal cancer. *Clin Colorectal Cancer*. 2014;13(3):164–71.
43. Dasari A, Lonardi S, Garcia-Carbonero R, Elez E, Yoshino T, Sobrero A, et al. Fruquintinib versus placebo in patients with refractory metastatic colorectal cancer (FRESCO-2): an international, multicentre, randomised, double-blind, phase 3 study. *Lancet*. 2023;402(10395):41–53.
44. Rimassa L, Chan SL, Sangro B, Lau G, Kudo M, Reig M, et al. Five-year overall survival update from the HIMALAYA study of tremelimumab plus durvalumab in unresectable HCC. *J Hepatol*. 2025;83(4):899–908.
45. Riely GJ, Ahn MJ, Clarke JM, Dagogo-Jack I, Esper R, Felip E, et al. Updated Efficacy and Safety From the Phase 2 PHAROS Study of Encorafenib Plus Binimetinib in Patients With BRAF V600E-Mutant Metastatic NSCLC-A Brief Report. *J Thorac Oncol*. 2025;20(10):1538–47.
46. Kuo PH, Morris MJ, Hesterman J, Kendi AT, Rahbar K, Wei XX, et al. Quantitative (68)Ga-PSMA-11 PET and Clinical Outcomes in Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer Following (177)Lu-PSMA-617 (VISION Trial). *Radiology*. 2024;312(2):e233460.
47. Subbiah V, Wolf J, Konda B, Kang H, Spira A, Weiss J, et al. Tumour-agnostic efficacy and safety of selpercatinib in patients with RET fusion-positive solid tumours other than lung or thyroid tumours (LIBRETTO-001): a phase 1/2, open-label, basket trial. *Lancet Oncol*. 2022;23(10):1261–73.
48. Mai HQ, Chen QY, Chen D, Hu C, Yang K, Wen J, et al. Toripalimab Plus Chemotherapy for Recurrent or Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma: The JUPITER-02 Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2023;330(20):1961–70.
49. Priorytety refundacyjne w hematologii – TOP TEN HEMATO 2025 [Internet]. Lublin: Hematologia.pl; 2025 [Dostęp z: 13.12.2025]. Dostępne na: <https://hematologia.pl/aktualnosci/id/7756-priorytety-refundacyjne-w-hematologii-top-ten-hemato-2025>.

50. REBEL: przetomowe badanie Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego wśród zwycięzców konkursu ABM [Internet]. Poznań: Polskie Konsorcjum Szpiczakowe; 2025 [Dostęp z: 13.12.2025. Dostępne na: <https://pnc.edu.pl/aktualnosci/id/211>].
51. Fowler NH, Dickinson M, Dreyling M, Martinez-Lopez J, Kolstad A, Butler J, et al. Tisagenlecleucel in adult relapsed or refractory follicular lymphoma: the phase 2 ELARA trial. *Nat Med.* 2022;28(2):325–32.
52. Morschhauser F, Dahiya S, Palomba ML, Martin Garcia-Sancho A, Reguera Ortega JL, Kuruvilla J, et al. Lisocabtagene maraleucel in follicular lymphoma: the phase 2 TRANSCEND FL study. *Nat Med.* 2024;30(8):2199–207.
53. Shah NN, Zinzani PL, Wang M, Nasta SD, Lech-Maranda E, Ogawa Y, et al. Pirtobrutinib, a highly selective, noncovalent (reversible) BTKi in R/R follicular lymphoma: phase 1/2 BRUIN study. *Blood Adv.* 2025;9(23):5954–64.
54. Abramson JS, Solomon SR, Arnason J, Johnston PB, Glass B, Bachanova V, et al. Lisocabtagene maraleucel as second-line therapy for large B-cell lymphoma: primary analysis of the phase 3 TRANSFORM study. *Blood.* 2023;141(14):1675–84.
55. Riedell PA, Grady CB, Nastoupil LJ, Luna A, Ahmed N, Maziarz RT, et al. Lisocabtagene maraleucel for relapsed/refractory large B-cell lymphoma: a cell therapy consortium real-world analysis. *Blood Adv.* 2025;9(5):1232–41.
56. Jerkeman M, Aurer I, Campo E, Cheah CY, Clark J, Doorduijn J, et al. EHA-EU MCL network guidelines for diagnosis and treatment of mantle cell lymphoma. *HemaSphere.* 2025;9(10):e70233.
57. Borchmann P, Ferdinandus J, Schneider G, Moccia A, Greil R, Hertzberg M, et al. Assessing the efficacy and tolerability of PET-guided BrECADD versus eBEACOPP in advanced-stage, classical Hodgkin lymphoma (HD21): a randomised, multicentre, parallel, open-label, phase 3 trial. *Lancet.* 2024;404(10450):341–52.
58. Eyre TA, Cwynarski K, d'Amore F, de Leval L, Dreyling M, Eichenauer DA, et al. Lymphomas: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up⁶. *Annals of Oncology.* 2025;36(11):1263–84.
59. Litzow MR, Sun Z, Mattison RJ, Paietta EM, Roberts KG, Zhang Y, et al. Blinatumomab for MRD-Negative Acute Lymphoblastic Leukemia in Adults. *N Engl J Med.* 2024;391(4):320–33.
60. Llaurador G, Shaver K, Wu M, Wang T, Gillispie A, Doherty E, et al. Blinatumomab Therapy Is Associated with Favorable Outcomes after Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation in Pediatric Patients with B Cell Acute Lymphoblastic Leukemia. *Transplant Cell Ther.* 2024;30(2):217–27.
61. Brown JR, Seymour JF, Jurczak W, Aw A, Wach M, Illes A, et al. Fixed-Duration Acalabrutinib Combinations in Untreated Chronic Lymphocytic Leukemia. *N Engl J Med.* 2025;392(8):748–62.
62. Mato AR, Woyach JA, Brown JR, Ghia P, Patel K, Eyre TA, et al. Pirtobrutinib after a Covalent BTK Inhibitor in Chronic Lymphocytic Leukemia. *N Engl J Med.* 2023;389(1):33–44.
63. Della Porta MG, Garcia-Manero G, Santini V, Zeidan AM, Komrokji RS, Shortt J, et al. Luspatercept versus epoetin alfa in erythropoiesis-stimulating agent-naïve, transfusion-dependent, lower-risk myelodysplastic syndromes (COMMANDS): primary analysis of a phase 3, open-label, randomised, controlled trial. *Lancet Haematol.* 2024;11(9):e646–e58.
64. Garcia-Manero G, Santini V, Zeidan AM, Komrokji RS, Pozharskaya V, Rose S, et al. Long-Term Transfusion Independence with Luspatercept Versus Epoetin Alfa in Erythropoiesis-Stimulating Agent-Naïve, Lower-Risk Myelodysplastic Syndromes in the COMMANDS Trial. *Adv Ther.* 2025;42(7):3576–89.
65. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. *Dziennik Ustaw - 2025 poz. 907, 1192: Kancelaria Sejmu 2025.*
66. Zmiany w systemie refundacji z korzyścią dla pacjentów [Internet]. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2025 [Dostęp z: 16.12.2025. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/projekt-nowelizacji-ustawy-o-refundacji>].

67. Projekt ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw [Internet]. Warszawa: Rządowe Centrum Legislacji; 2025 [Dostęp z: 16.12.2025. Dostępne na: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12398102/katalog/13129924#13129924>].
68. Mun J, Lim B. The hallmarks of tissue-agnostic therapies and strategies for early anticancer drug discovery. *Drug Discov Today*. 2024;29(12):104203.
69. Rak płuca – jakich planów nie udało się zrealizować w 2025 r.? Eksperci wskazują cztery kluczowe obszary wymagające pilnych działań [Internet]. Warszawa: Onkokuir; 2025 [Dostęp z: 15.12.2025. Dostępne na: <https://onkokuir.pl/rak-pluca-jakich-planow-nie-udalo-sie-zrealizowac-w-2025-r-eksperci-wskazuja-cztery-kluczowe-obszary-wymagajace-pilnych-dzialan/>].
70. Model zoptymalizowanej ścieżki diagnostycznej w raku płuca. Warszawa: Komitet Farmaceutyczny Amerykańskiej Izby Handlowej; 2025.
71. Wiceminister Demkow: Będę wspierać projekty dotyczące nowoczesnej diagnostyki w onkologii [Internet]. Wprost2025 [Dostęp z: 15.12.2025. Dostępne na: <https://wizjonerzyzdrowia.wprost.pl/11970472/nowoczesna-diagnostyka-genetyczna-pacjenci-czekaja-na-nowe-rozwiazania.html#:~:text=Nowoczesna%20diagnostyka%20genetyczna%3A%20pacjenci%20czekaj%C4%85,badania%20biopsji%20p%C5%82ynnej%20doj>].
72. Konkursy i Ogłoszenia: Narodowa Strategia Onkologiczna [Internet]. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2025 [Dostęp z: 15.12.2025. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-ogloszenia>].
73. Framework on integrated, people-centred health services Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia; 2016.
74. Shickh S, Leventakos K, Lewis MA, Bombard Y, Montori VM. Shared Decision Making in the Care of Patients With Cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2023;43:e389516.
75. Kiss N, Jongebloed H, Baguley B, Marshall S, White VM, Livingston PM, et al. Meaningful consumer involvement in cancer care: a systematic review on co-design methods and processes. *JNCI Cancer Spectrum*. 2024;8(4).
76. Voice, agency, empowerment - handbook on social participation for universal health coverage. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia; 2021.
77. Rada Organizacji Pacjentów [Internet]. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2022 [Dostęp z: 16.12.2025. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-organizacji-pacjentow>].
78. Wykaz organizacji (na dzień 14.11.2025) [Internet]. Warszawa: Rzecznik Praw Pacjenta; 2025 [Dostęp z: 16.12.2025. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/rpp/wykaz-organizacji>].
79. Criteria to be fulfilled by patient, consumer and healthcare professional organisations involved in European Medicines Agency (EMA) activities. Londyn: Europejska Agencja ds. Leków; 2018.
80. Krajowa Rada Onkologiczna. Trwa nabór wniosków [Internet]. Warszawa: Rzecznik Praw Pacjenta; 2023 [Dostęp z: 16.12.2025. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/rpp/krajowa-rada-onkologiczna-trwa-nabor-wnioskow>].
81. Szef Agencji Badań Medycznych: Polska zajmuje 5. miejsce w Europie pod względem badań klinicznych [Internet]. Warszawa: Nauka w Polsce; 2025 [Dostęp z: 16.12.2025. Dostępne na: <https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C110887%2Cszef-agencji-badan-medycznych-polska-zajmuje-5-miejsce-w-europie-pod>].

Sponsor główny



oraz



Inicjatywa All.Can w Polsce działa dzięki wsparciu finansowemu firm:
Bristol Myers Squibb (sponsor główny) oraz Amgen, Eli Lilly, Gilead i Takeda.



All.Can to międzynarodowa inicjatywa powstała w 2016 roku, zrzeszająca obecnie 17 krajów. Jej celem jest poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej oraz sytuacji pacjentów poprzez optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów.

All.Can Polska, jako część All.Can International z siedzibą w Brukseli, działa na rzecz poprawy opieki nad pacjentami onkologicznymi w Polsce, wspiera ich bliskich oraz promuje profilaktykę i edukację zdrowotną.

Inicjatywa zrzesza ponad 60 ekspertów – lekarzy, przedstawicieli organizacji pacjentów, systemu ochrony zdrowia, przemysłu farmaceutycznego, parlamentarzystów i dziennikarzy medycznych – tworząc przestrzeń współpracy na rzecz skuteczniejszych rozwiązań w onkologii.



www.all-can.pl



facebook.com/allcanPL



x.com/allpolska



[linkedin.com/company/
all-can-poland](https://linkedin.com/company/all-can-poland)