

Lung Cancer Europe
**PREZENTACJA
STANOWISKA**



Lung Cancer Europe

*Nierówności i wyzwania
w dostępie do diagnostyki i leczenia
raka płuca w Europie*

***MANY FACES
ONE VOICE***

Lung Cancer Europe



Lung Cancer Europe
**PREZENTACJA
STANOWISKA**

*Nierówności i wyzwania
w dostępie do diagnostyki
i leczenia raka płuca w Europie*



Lung Cancer Europe (LuCE) jest głosem osób dotkniętych rakiem płuca – organizacja stara się uczynić raka płuca priorytetem zdrowotnym UE i wspiera swoje organizacje członkowskie w dążeniu do skutecznego i zrównoważonego rozwoju. LuCE stanowi europejską platformę dla istniejących grup chorych na raka płuca i wspiera tworzenie krajowych grup pacjentów z rakiem płuca w różnych krajach europejskich, w których takie grupy jeszcze nie istnieją.

Jednym z naszych głównych celów jest gromadzenie danych dających podstawę do podejmowania wyzwań, przed którymi stoi społeczność zajmująca się rakiem płuca; wyzwania te obejmują bariery i nierówności w dostępie do zasobów i usług opieki zdrowotnej w całej Europie

Niniejsza prezentacja stanowiska LuCE w 2020 r. przedstawia dane dotyczące dostępu do leczenia i diagnostyki raka płuca w celu zwiększenia świadomości na temat nierówności w dostępie wśród pacjentów w krajach europejskich.

Dane zgromadzono przy użyciu dwóch ankiet internetowych (od marca do września 2019 r.); jedną z nich przeprowadzono wśród pracowników służby zdrowia/badaczy (jeden lub dwóch respondentów na kraj), a drugą przeprowadzono wśród przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego (jeden respondent na firmę). Dane zostały zweryfikowane w listopadzie 2019 r. w drodze ostatecznej konsultacji z rzecznikami pacjentów (członkami LuCE), ekspertami w dziedzinie raka płuca i firmami farmaceutycznymi. Analizy uzupełniające dostarczyły dodatkowych dowodów, które potwierdziły wyciągnięte przez nas wnioski.

Zachęcamy do współpracy z nami na rzecz zapewnienia szybkiego dostępu pacjentów do innowacyjnych leków i badań z użyciem biomarkerów oraz ograniczenia nierówności występujących w całej Europie. Chcemy Europy, w której wszyscy ludzie dotknięci rakiem płuca mają dostęp do najlepszej ścieżki diagnostyki i leczenia, niezależnie od ich położenia geograficznego lub pochodzenia społeczno-ekonomicznego. Dołączysz do nas?

¹ Ich nazwiska i przynależność organizacyjną można znaleźć w części „Podziękowania”.

SPIIS TREŚCI

- 07** | Dostęp i nierówności na terenie Europy. Jaka jest obecna sytuacja?
- 21** | Dziesięć propozycji poprawy dostępu i zmniejszenia nierówności
- 23** | Oświadczenie LuCE: wezwanie do działania
- 25** | Co możemy zrobić?
- 27** | Podziękowania
- 31** | Załącznik I. Wskazania do stosowania leków na raka płuca analizowane w tym opracowaniu

*Dostęp i nierówności na terenie Europy.
Jaka jest obecna sytuacja?*



W przypadku raka płuca czas ma zasadnicze znaczenie, ale opóźnienia w dostępie pacjentów do diagnostyki występują w całej Europie, różniąc się pomiędzy poszczególnymi krajami.

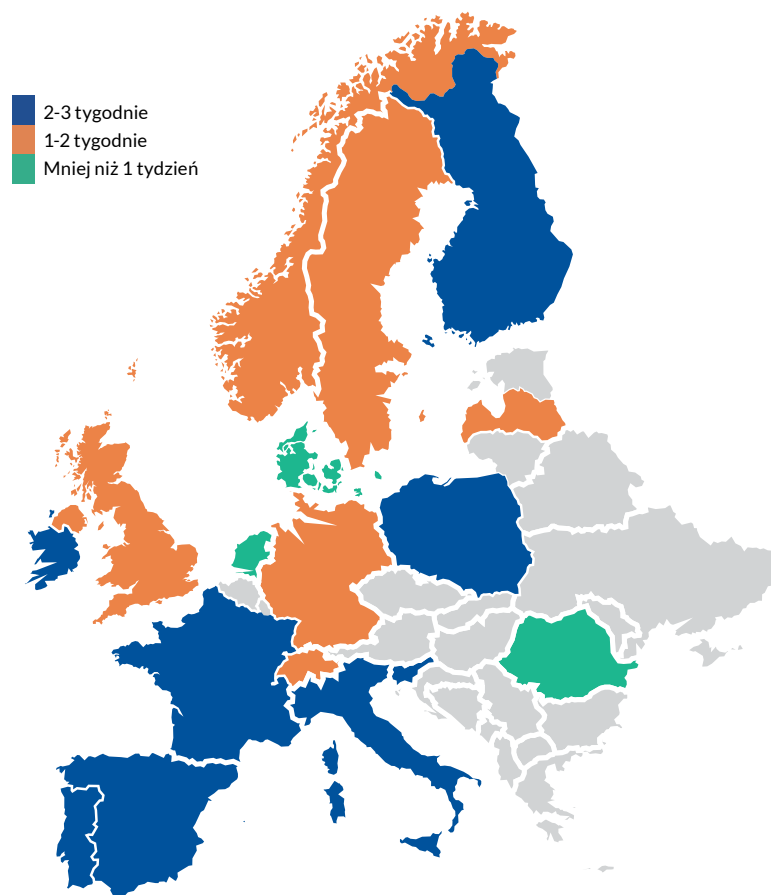
Połowa ekspertów, z którymi konsultowano się na potrzeby tego opracowania, wyraźnie wskazała, że długi czas oczekiwania na ścieżce diagnostyki raka płuca jest największym wyzwaniem w ich krajach.

Ostatnie badania przeprowadzone przez Lung Cancer Europe wykazały, że 53% pacjentów z rakiem płuca odwiedza lekarza podstawowej opieki zdrowotnej trzy lub więcej razy, zanim otrzyma skierowanie do specjalisty. Dlatego jednym z głównych wyzwań na ścieżce diagnostycznej jest przyspieszenie skierowania z podstawowej opieki zdrowotnej do leczenia specjalistycznego.

Ponadto opóźnienia zdarzają się również w warunkach szpitalnych. Według naszej ankiety przeprowadzonej na potrzeby tego opracowania od pierwszej konsultacji w szpitalu do pierwszej procedury diagnostycznej w krajach takich jak Chorwacja, Hiszpania, Francja, Finlandia, Irlandia, Polska, Włochy, Portugalia i Słowenia mijają aż ponad dwa tygodnie.

Do chwili postawienia diagnozy czas ucieka. Według naszego badania przeprowadzonego na potrzeby 4. raportu LuCE, 42% europejskich pacjentów z rakiem płuca czeka ponad dwa miesiące od pierwszej konsultacji lekarskiej (specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej) na otrzymanie diagnozy.

² IV LuCE REPORT ON LUNG CANCER - Early diagnosis and screening challenges in lung cancer (2019)



Ilustracja 1. Średni czas od pierwszej konsultacji w warunkach szpitalnych do pierwszej procedury diagnostycznej.

Eksperci, z którymi przeprowadzono konsultacje, podkreślili następujące cztery główne wyzwania na ścieżce diagnostycznej na poziomie szpitala, które mogą przyczynić się do tych opóźnień:

- **EBUS-TBNA:** W krajach takich jak Irlandia, Izrael, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Słowenia i Wielka Brytania istnieją nierówności w dostępie do i długim czasie oczekiwania na ultrasonografię wewnątrzskrzelową z przezoskrzelową biopsją cienkoigłową do oceny węzłów chłonnych.
- **Biopsja płuca pod kontrolą TK:** W krajach takich jak Dania, Finlandia, Irlandia, Izrael i Portugalia występują długie czasy oczekiwania.
- **PET-TK:** W niektórych krajach występują ograniczone możliwości wykonywania badań PET-TK i opóźnienia w uzyskiwaniu wyników – na przykład we Francji, w Norwegii, Portugalii, Rumunii, Słowenii i Wielkiej Brytanii.
- **Badania molekularne:** Jest to jedno z głównych wyzwań, ponieważ wymagany jest długi czas oczekiwania na wyniki badań z użyciem biomarkerów, takich jak PD-L1 i kompleksowe profilowanie molekularne.

Średni czas oczekiwania na wyniki badań molekularnych

Wszyscy eksperci, z którymi przeprowadzono konsultacje, podkreślili, że czas oczekiwania na wyniki badań molekularnych wynosi w każdym kraju europejskim mniej niż cztery tygodnie, ale czas ten różni się w zależności od kraju.

Podczas gdy w niektórych krajach pacjenci czekają krócej niż 14 dni (Dania, Holandia, Chorwacja, Irlandia, Norwegia, Rumunia lub Słowenia), w innych trwa to dłużej niż dwa tygodnie (Francja, Niemcy, Hiszpania lub Portugalia).

Według ekspertów, z którymi się skonsultowano, skrócenie czasu oczekiwania na wyniki badań z użyciem biomarkerów jest jednym z trzech najważniejszych wyzwań na ścieżce diagnostycznej we Francji, Włoszech, w Niemczech, Izraelu i Polsce.

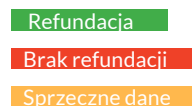
W odniesieniu do badań molekularnych należy również podkreślić, że istnieją różnice w liczbie badanych biomarkerów w każdym kraju, co przedstawiono w Tabeli 1.

Dostępność badań molekularnych jest kluczem do wyboru najlepszej opcji leczenia raka płuca, ale dostęp do badań molekularnych na terenie Europy jest zróżnicowany.

Badania molekularne są ważną częścią procesu diagnostycznego, ale mieszkańcy Europy Wschodniej doświadczają większej liczby ograniczeń w zakresie dostępu do tych badań. Porównanie 20 kolejnych państw wskazuje, że istnieją znaczące **różnice pomiędzy Europą Zachodnią/Północną i Wschodnią**. Jak przedstawiono w Tabeli 1, pacjenci z Chorwacji, Rumunii, Polski, Łotwy i Hiszpanii nie mają dostępu do niektórych badań molekularnych, co może mieć znaczący wpływ na wybór leczenia.

	ALK	EGFR	PD-L1	ROS1	BRAF	MET	KRAS
Chorwacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji
Dania	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Sprzeczne dane	Refundacja	Refundacja
Finlandia	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak danych
Francja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Niemcy	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Irlandia	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Izrael	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja
Włochy	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Łotwa	Brak refundacji	Refundacja	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak danych
Norwegia	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak danych
Polska	Refundacja	Refundacja	Sprzeczne dane	Refundacja	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji
Portugalia	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Sprzeczne dane	Brak danych
Rumunia	Sprzeczne dane	Sprzeczne dane	Sprzeczne dane	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji
Słowenia	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Hiszpania	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji
Szwecja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Szwajcaria	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak danych
Holandia	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Turcja	Refundacja	Brak danych	Brak refundacji	Brak danych	Brak refundacji	Brak danych	Refundacja
Wielka Brytania	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Sprzeczne dane	Refundacja	Brak refundacji

Tabela 1. Dostępność badań molekularnych w kierunku raka płuca (listopad 2019 r.)



W przypadku refundacji odnosimy się do badań, które są dostępne dla wszystkich pacjentów, a więc nie są optacane przez pacjenta.

Nawet, jeśli badania molekularne są dostępne, a pacjenci nie muszą za nie płacić, z dostępem nadal wiążą się pewne

bariery i wyzwania:

- **Różne rozpowszechnienie badań molekularnych w praktyce klinicznej.** Wskaźniki częstości badań – głównie EGFR – można poprawić w niektórych krajach europejskich takich jak Włochy (65%), Niemcy (66%)³ lub Szwajcaria (79%)⁴. Wiele krajów nie posiada danych na temat badań, ale uzasadnione jest założenie, że wskaźniki częstości badań byłyby porównywalne lub niższe⁵.
- Procesy robocze dotyczące badań molekularnych mogą nie być znormalizowane pomiędzy ośrodkami, dlatego istnieje potencjalna **zmiennosc stosowanych protokołów badań**.
- **Dostęp do badań tego rodzaju zmian nie jest taki sam w różnych ośrodkach.** W Europie istnieje wiele różnic w zakresie dostępu w zależności od miejsca zamieszkania, nawet wewnątrz poszczególnych krajów. Niedawne badanie przeprowadzone w Hiszpanii wykazało, że ocena molekularna niektórych biomarkerów była dostępna dla 81,4% pacjentów z rakiem płuca, z pewnymi różnicami między społecznościami regionalnymi w zakresie przeprowadzonych badań molekularnych⁶.
- **Badania te są często wykonywane jako seria badań pojedynczych genów, więc wielu pacjentów nie jest** poddawanych pełnemu zestawowi badań lub badanie drugiego genu jest zlecane dopiero, gdy wynik badania pierwszego genu jest ujemny itp. Przyczynia się to do powstawania opóźnień na ścieżce diagnostyki. Dostęp do sekwencjonowania nowej generacji (NGS) jest wysoce uporządkowany tylko w kilku krajach, takich jak Francja, Dania, Holandia i Wielka Brytania.
- **Niektóre badania (szczególnie BRAF i MET) nie są rutynowo wykonywane** w niektórych krajach, ponieważ ich inhibitory nadal nie są tam refundowane. Z drugiej strony włączenie badania KRAS do paneli NGS nie jest systematycznie zalecane w wytycznych.
- Musimy zaznaczyć, że **w wielu przypadkach omawiane badania nie są refundowane przez krajowy system opieki zdrowotnej, ale są opłacane przez instytucje szpitalne lub firmy farmaceutyczne.**
- Prawie jedna trzecia Europejczyków z rakiem płuca nie wiedziała, czy ich guz był badany pod kątem jakiegokolwiek z powszechnych mutacji lub PD-L17. Jest to znacząca bariera, ponieważ wiele osób nie zdaje sobie sprawy ze znaczenia tego rodzaju badań molekularnych, więc nie pytają o nie. Zwiększanie świadomości na temat badań molekularnych jest również ważne wśród klinicystów, ponieważ niektórym może brakować wiedzy wymaganej do ustalenia, które badania zamówić i jak interpretować wyniki.

³ Lee DH, Tsao M-S, Kambartel K-O, et al. Molecular testing and treatment patterns for patients with advanced non-small cell lung cancer: PIVOTAL observational study. PLoS One. 2018;13:e0202865

⁴ Ess SM, Herrmann C, Frick H, et al. Epidermal growth factor receptor and anaplastic lymphoma kinase testing and mutation prevalence in patients with advanced non-

small cell lung cancer in Switzerland: A comprehensive evaluation of real-world practices. Eur J Cancer Care (Engl). 2017; 26: e12721.

⁵ Pennel N, Arcila M, Gandara D, West H. Biomarker Testing for Patients with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer: Real-World Issues and Tough Choices. ASCO Educational Book. 2019; 39: 531-542.

⁶ Rodriguez A, Guirado M, Camps CJ, et al. Biomarker testing of lung cancer in Spain, Annals of Oncology, Volume 30, Issue Supplement_5, October 2019.

⁷ IV LuCE Report on Lung Cancer - Early diagnosis and screening challenges in lung cancer (2019).

Nowe leki dla chorych na raka płuca zwiększają trwałość remisji i przedłużają życie pacjentów, ale w niektórych krajach europejskich istnieją znaczne bariery w dostępie do tych terapii.

Refundacja Brak refundacji Sprzeczne dane

W przypadku refundacji odnosimy się do badań, które są dostępne dla wszystkich pacjentów, a więc nie są opłacane przez pacjenta.

Tabela 2. Dostępność leków na raka płuca (listopad 2019 r.)

	CHORWACJA	DANIA	FINLANDIA	FRANCJA	NIEMCY	IRLANDIA	IZRAEL	WŁOCHY	ŁOTWA	NORWEGIA	POLSKA	PORTUGALIA	RUMUNIA	SŁOWENIA	HISZPANIA	SZWECJA	SZWAJCARIA	HOLANDIA	TURCJA	WIELKA BRYTANIA
Afatynib (wskaz. 1)	Refundacja	Sprzeczne dane	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Afatynib (wskaz. 2)	Brak refundacji	Sprzeczne dane	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Abraksan	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji	Brak refundacji
Pembrolizumab (wskaz. 1)	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Pembrolizumab (wskaz. 2)	1	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	1	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Pembrolizumab (wskaz. 3)	Brak refundacji	Brak refundacji	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Pembrolizumab (wskaz. 4)	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Ozymertynib	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja	4	Brak refundacji	4	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Gefitynib	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak danych	7
Durwalumab	Brak refundacji	2	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak danych
Kryzotynib (wskaz. 1)	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	5	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Kryzotynib (wskaz. 2)	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	5	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Kryzotynib (wskaz. 3)	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	5	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak refundacji	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Brygatynib	Refundacja	Refundacja	3	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak danych
Niwolumab	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	6	6	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak danych
Certynib	Brak refundacji	Refundacja	Brak refundacji	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Brak danych
Alektynib (wskaz. 1)	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Alektynib (wskaz. 2)	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja
Atezolizumab	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja	Refundacja

- Kryteria wyboru kraju: organizacje członkowskie LuCE działające w tych krajach.
- Kryteria wyboru leku: Leki zatwierdzone przez Europejską Agencję Leków (EMA), z wyjątkiem necitumumabu, ramucirumabu, pemetreksedu, bewacyzumabu i erlotynibu, ponieważ dane te nie zostały dostarczone.
- Wskazania do stosowania leków przedstawiono w Załączniku I.

¹ Pembrolizumab (wskaz. 2) jest refundowany tylko w przypadku guzów z ekspresją PD-L1 na poziomie 1-49% w Chorwacji i Hiszpanii.

² Durwalumab jest refundowany tylko w przypadku guzów z ekspresją PD-L1 na poziomie $\geq 25\%$ w Danii.

³ Brygatynib jest dostępny we Francji w drodze tymczasowej zgody na użytkowanie (ATU).

⁴ Ozymertynib jest refundowany tylko w leczeniu

drugiego rzutu po progresji do poprzedniego poziomu EGFR TKI we Włoszech i w Polsce.

⁵ Kryzotynib jest dostępny na Łotwie za pośrednictwem programów leczenia indywidualnego.

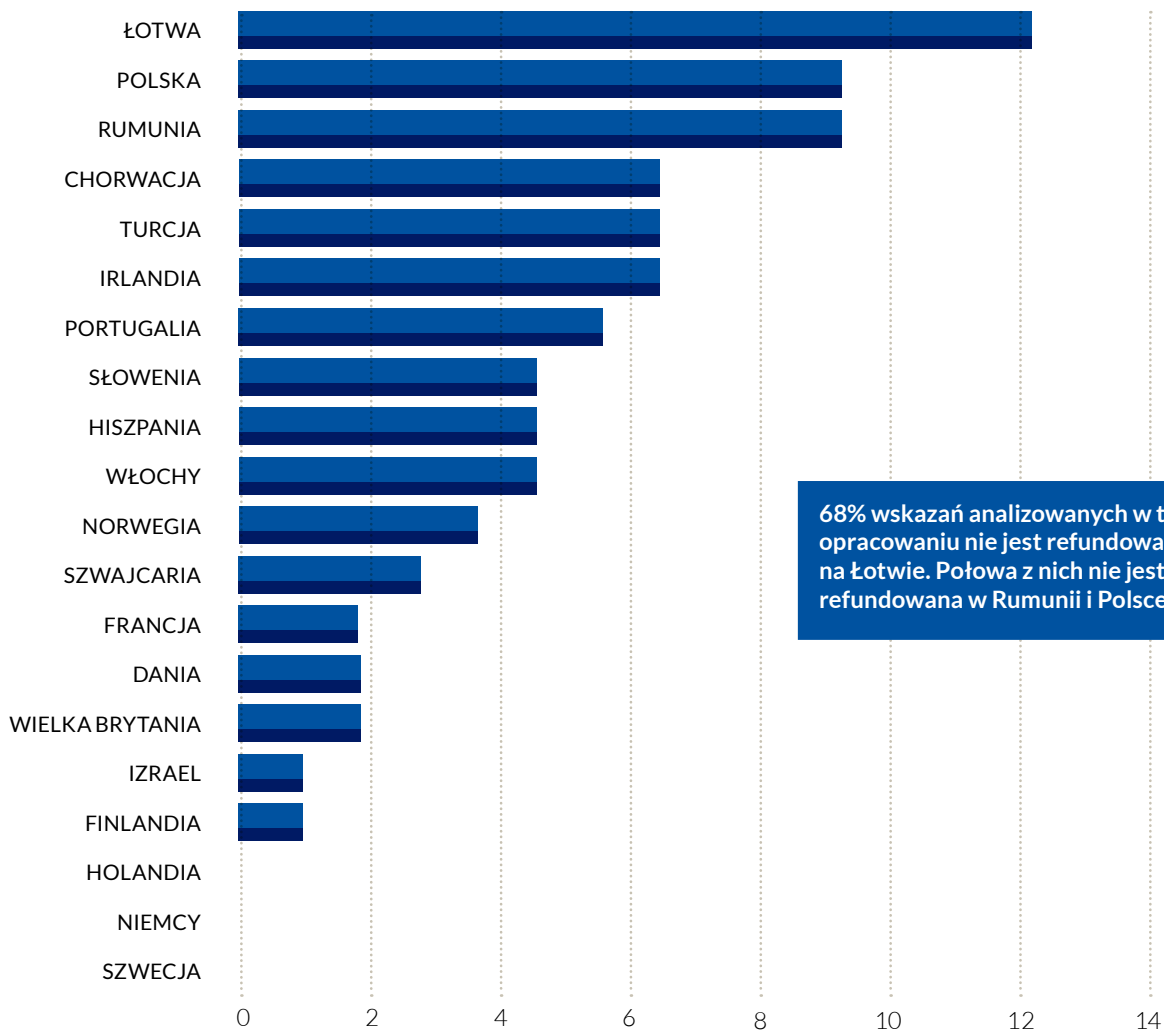
⁶ Niwolumab nie jest refundowany w przypadku PD-L1 ujemnego raka niepłaskonabłonkowego w Norwegii i Polsce.

⁷ Gefitynib nie jest refundowany w Szkocji.

Jak widać na przykładzie Tabeli 2, dostęp na obszarze Europy jest niejednakowy.

W Europie Wschodniej większość leków nie jest refundowana lub jest dostępna wyłącznie w formie pełnopłatnej. **Stwierdziliśmy liczne ograniczenia występujące na Łotwie, w Polsce i Rumunii.**

Pacjenci z tych krajów nie mają swobodnego dostępu do co najmniej dziesięciu wskazań dotyczących leczenia raka płuca zatwierdzonych przez Europejską Agencję Leków (EMA). Ponadto obecność barier stwierdzono w Chorwacji, Turcji, Irlandii, Portugalii, Słowenii, Hiszpanii i we Włoszech. Natomiast w krajach takich jak Finlandia, Niemcy, Izrael, Szwecja i Holandia większość leków jest zatwierdzona i refundowana.



Ilustracja 2.

Liczba wskazań do stosowania leków na raka płuca, które nie są refundowane w poszczególnych krajach (listopad 2019 r.).

68% wskazań analizowanych w tym opracowaniu nie jest refundowanych na Łotwie. Połowa z nich nie jest refundowana w Rumunii i Polsce.

Liczba leków, które nie są refundowane

Powyższe dane ujawniają nierówności w dostępie w poszczególnych krajach europejskich, ale należy również wspomnieć, że niektóre leki zostały zatwierdzone w innych częściach świata, ale nie zostały zatwierdzone przez EMA na potrzeby mieszkańców Europy. W listopadzie 2019 r. znaleźliśmy dwa wskazania do stosowania leków zatwierdzone przez Amerykańską Agencję Żywności i Leków (FDA), ale jeszcze nie zatwierdzone przez Europejską Agencję Leków (EMA), więc pacjenci w Europie nie mają do nich dostępu.

Zatwierdzone przez FDA, ale jeszcze nie przez EMA

- **Pembrolizumab** w leczeniu pierwszego rzutu pacjentów z NDRP w stadium III, którzy nie są kandydatami do chirurgicznej resekcji lub ostatecznej chemioradioterapii, lub pacjentów z przerzutowym NDRP. Guzy pacjentów nie mogą wykazywać aberracji genomowych EGFR ani ALK i muszą wykazywać ekspresję PD-L1 (odsetek komórek guza [TPS] $\geq 1\%$).
- **Niwolumab** w leczeniu przerzutowego NDRP z progresją po chemioterapii opartej na platynie i co najmniej jednej innej linii leczenia.

Programy „ostatniej szansy” i rozszerzonego dostępu

Większość firm farmaceutycznych prowadzi programy rozszerzonego dostępu i/lub programy „ostatniej szansy” dla osób z rakiem płuca. Stanowią one dla pacjentów szansę na dostęp do innowacyjnych metod leczenia, co jest szczególnie ważne dla osób mieszkających w krajach, w których występują większe ograniczenia w dostępie do nowych terapii.

Jednak zgromadzone informacje pozwalają stwierdzić, że programy te ograniczają się do kilku populacji pacjentów i większość z nich jest prowadzona tylko w niektórych krajach*:

Programy „ostatniej szansy”

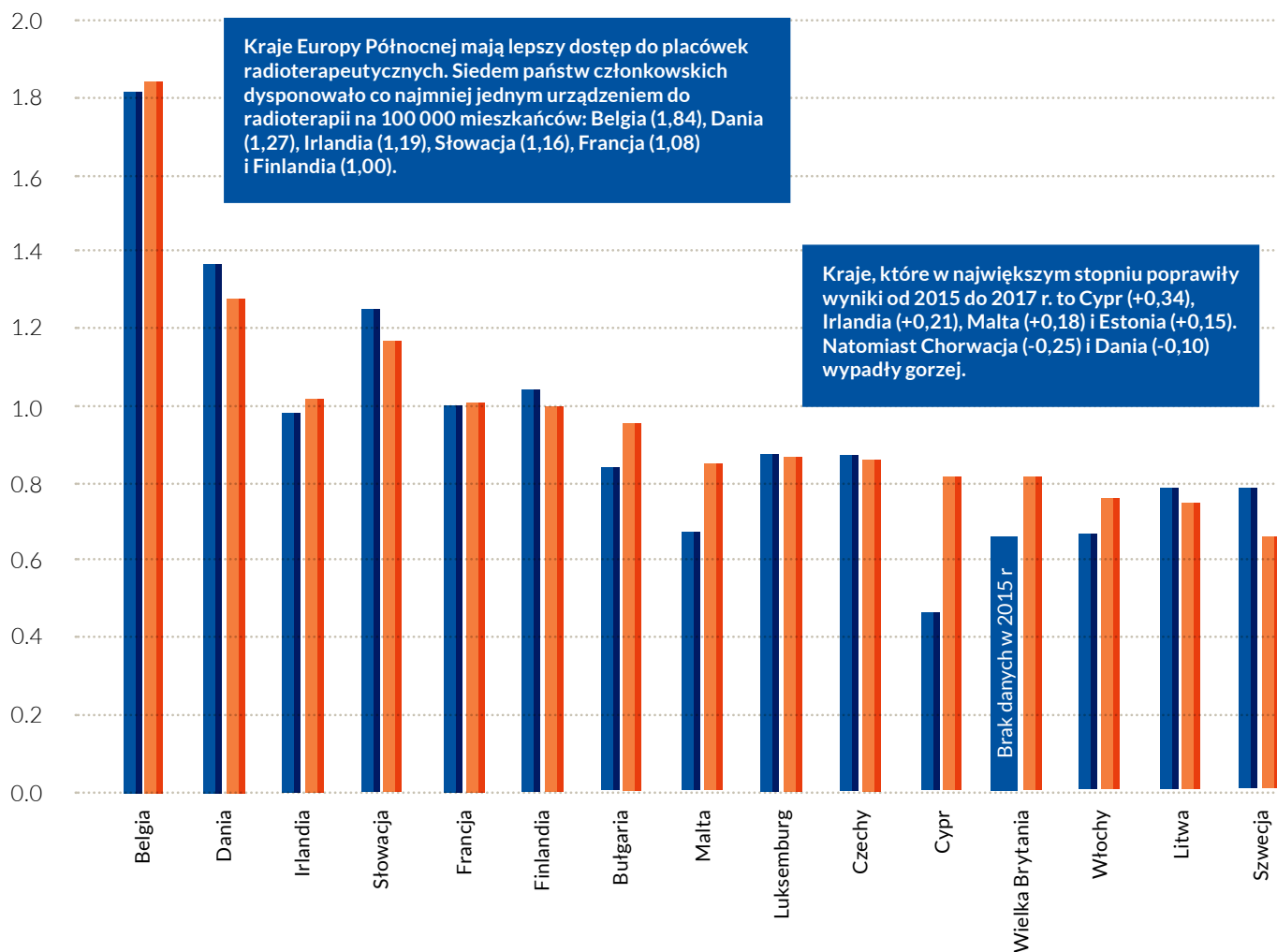
- Durwalumab (AstraZeneca): Hiszpania
- Brygatynib w leczeniu ALK-dodatniego raka NSCLC (Takeda): Włochy, Hiszpania, Szwajcaria, Bośnia i Hercegowina, Czarnogóra i Polska

Poszerzenie programów dostępności do leczenia w raku płuca

- Durwalumab (AstraZeneca): Unia Europejska, z wyjątkiem krajów objętych refundacją
- Kapmatynib w leczeniu NDRP z mutacją MET (Novartis): Brak informacji na temat krajów
- Pembrolizumab w leczeniu 1. rzutu przerzutowego NDRP (MSD): Serbia, Chorwacja oraz Bośnia i Hercegowina
- Tepotynib do stosowania u pojedynczych pacjentów, w przypadku gdy guz wiąże się ze zmianami MET (Merck): Brak informacji na temat krajów.
- Pralsetinib (Blueprint Medicines): Francja, Niemcy, Włochy, Holandia, Hiszpania i Wielka Brytania

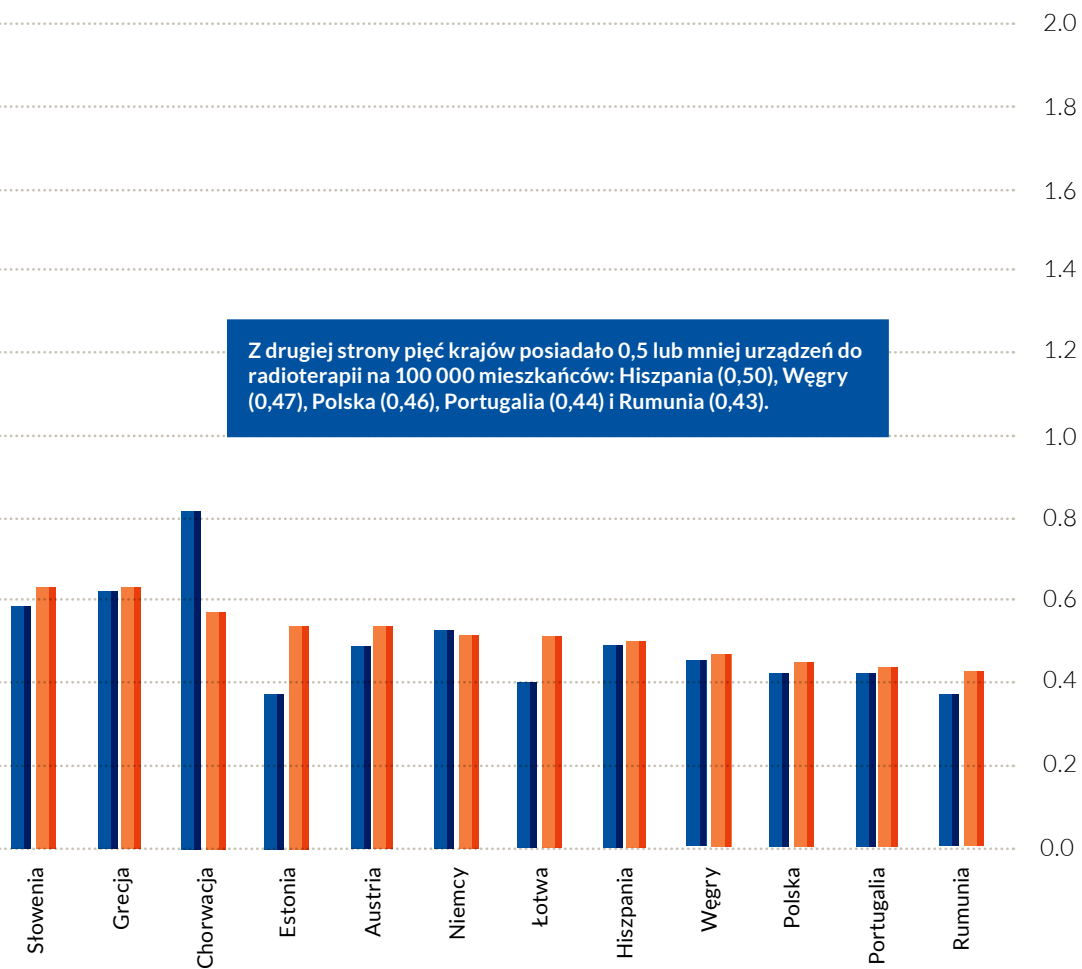
*Lista nie jest wyczerpująca, ale zawiera wskazówki dotyczące różnych realizowanych projektów.

Radioterapia odgrywa kluczową rolę w terapii i leczeniu paliatywnym wielu osób z rakiem płuca, ale dostęp do nowoczesnego sprzętu do radioterapii w poszczególnych krajach jest zróżnicowany.



Urządzenia do radioterapii na 100 000 mieszkańców w krajach członkowskich UE (2015-2017)

■ 2015 ■ 2017



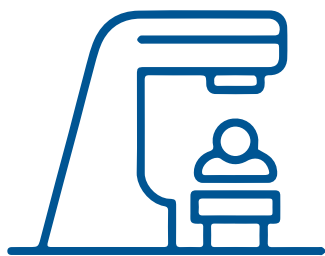
Ilustracja 3. Urządzenia do radioterapii w Europie. Źródło danych: Eurostat

Brak danych dot. Holandii

Istnieje związek między statusem społeczno-ekonomicznym kraju a dostępnością urządzeń do radioterapii. **Niektóre kraje Europy Południowej i Środkowo-Wschodniej mają bardzo ograniczony dostęp do radioterapii.** Różnice te wpływają nie tylko na liczbę ośrodków, ale także na jakość radioterapii. Zgodnie z katalogiem ośrodków radioterapii jakość i rodzaj urządzeń różni się w zależności od regionu, a w krajach Europy Wschodniej i Południowo-Wschodniej istnieje szczególna

potrzeba rozbudowy i modernizacji ośrodków radioterapii⁸.

W przypadku pacjentów, którzy kwalifikują się do zabiegów chirurgicznych i/lub radioterapii w ramach leczenia, stwierdzamy, że niektórzy pacjenci napotykają również problemy z dostępem, z **długimi okresami oczekiwania.**



Radioterapia

49% ekspertów w dziedzinie raka płuca uważa, że w ich krajach czas potrzebny na rozpoczęcie radioterapii po postawieniu diagnozy jest zbyt długi.



Chirurgia

47% ekspertów w dziedzinie raka płuca uważa, że w ich krajach czas potrzebny na przeprowadzenie operacji po postawieniu diagnozy jest zbyt długi.

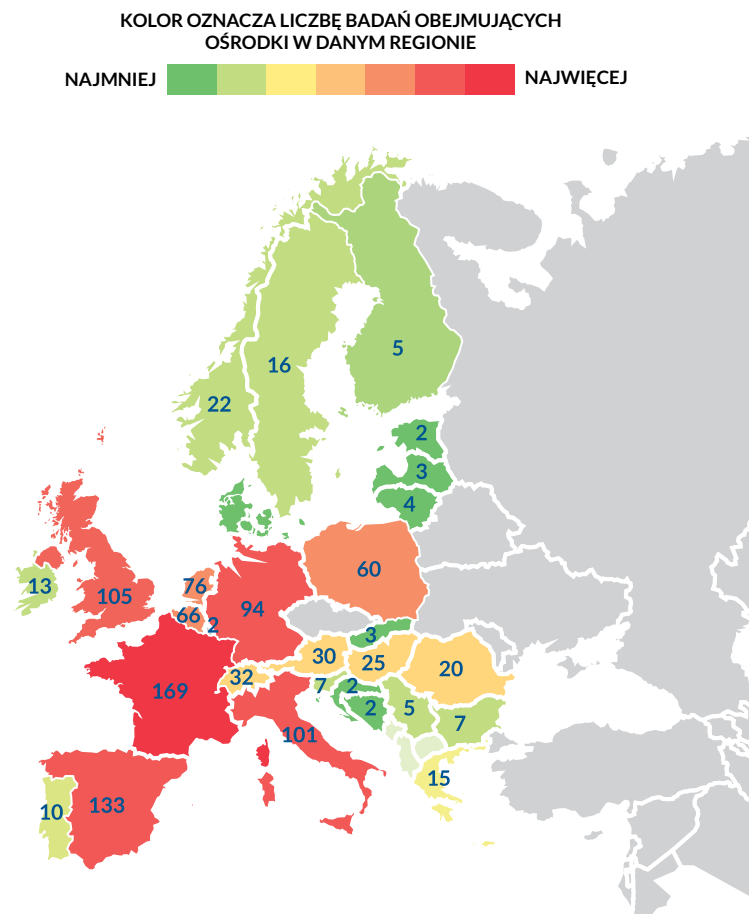
⁸ Rosenblatt E, Izewska J, Anacak Y, et al. Radiotherapy capacity in European countries: an analysis of the Directory of Radiotherapy Centers (DIRAC) database. Lancet Oncol. 2013 Feb; 14 (2): 79-86.

Badania kliniczne zwiększają możliwości terapeutyczne, ale innowacje nie są innowacjami, jeśli pacjenci nie mają do nich dostępu.

W zależności od kraju zamieszkania pacjenci mają mniejsze lub większe szanse na dostęp do badań klinicznych. Według witryny ClinicalTrials.gov, obecnie w Europie prowadzona jest rekrutacja pacjentów do 421 badań klinicznych (stan na 31 października 2019 r.). Liczba ta jest mniejsza niż w Stanach Zjednoczonych (737), ale znacznie większa niż w Afryce (11) i Ameryce Południowej (42).

Jak przedstawiono na Ilustracji 4, kraje Europy Zachodniej, takie jak Francja, Włochy, Hiszpania, Niemcy i Wielka Brytania, przeprowadzają zdecydowaną większość badań. Liczby te byłyby uzasadnione, jeśli byłyby zgodne z rozpowszechnieniem raka płuca w tych krajach; istnieją jednak inne kraje europejskie, w których rak płuca jest bardziej rozpowszechniony, a liczba badań klinicznych dotyczących raka płuca jest znacznie mniejsza. Porównaliśmy liczbę otwartych badań w 22 krajach z częstością występowania raka płuca na ich terytoriach i stwierdziliśmy ogromne różnice.

Jak przedstawia Tabela 4 (następna strona), pacjenci ze Szwajcarii, z Izraela, Danii, Norwegii i Holandii mają o wiele więcej możliwości dostępu do badań klinicznych dotyczących raka płuca niż pacjenci z Chorwacji, Turcji, Niemiec, Grecji i Bułgarii.



Ilustracja 4. Rekrutacja do badań nad rakiem płuca (Europa). Źródło: www.clinicaltrials.gov (dostęp 31 października 2019 r.)

	Kraj	Liczba pacjentów z rakiem płuca na badanie kliniczne
1	Izrael	69
2	Szwajcaria	154
3	Dania	170
4	Norwegia	176
5	Holandia	191
6	Hiszpania	217
7	Słowenia	232
8	Irlandia	256
9	Szwecja	283
11	Francja	307
11	Łotwa	369
12	Włochy	406
13	Polska	507
14	Wielka Brytania	528
15	Portugalia	530
16	Rumunia	562
17	Finlandia	591
18	Bułgaria	599
19	Grecja	684
20	Niemcy	803
21	Turcja	1,165
22	Chorwacja	1,513

Tabela 4. Liczba pacjentów z rakiem płuca na badanie kliniczne. Źródło: Cancer Today – IARC

Nierówności według grup populacji

Zauważalnie niższy wskaźnik rekrutacji określonych grup pacjentów stanowi odzwierciedlenie różnic w dostępie do opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Według badań przeprowadzonych na potrzeby 3. raportu LuCE⁹ istnieją następujące potencjalne bariery w dostępie do badań klinicznych:

- **Demografia:** Miejsce zamieszkania wpływa na decyzję. Im większa odległość od ośrodka prowadzącego badanie, tym więcej przeszkód można napotkać.
- **Status społeczno-ekonomiczny:** Pacjenci o niższych dochodach rzadziej uczestniczą w badaniach z powodu wydatków związanych z udziałem.
- **Poziom wykształcenia:** Wpływa na zdolność pacjenta do zrozumienia badań klinicznych, dlatego jest powodem odmowy udziału w badaniu.
- **Pochodzenie etniczne:** Mniejszości etniczne są niedostatecznie reprezentowane w badaniach nad rakiem płuca.
- **Płeć:** Kobiety nadal rzadziej biorą udział w badaniach niż mężczyźni.
- **Wiek:** Osoby starsze znacznie rzadziej uczestniczą w badaniach klinicznych dotyczących raka płuca.
- **Język:** Stanowi barierę, jeśli materiały dotyczące badania nie są tłumaczone na język kandydata.

⁹ III LuCE Report on Lung Cancer - Challenges in lung cancer clinical trials (2018)

“ 70%
zapytanych
ekspertów

dostrzega **nierówności** w dostępie do
diagnostyki i leczenia raka płuca **w swoich
krajach.**



Na obszarach wiejskich osobom o niskich dochodach bardzo trudno jest poddać się wszystkim procedurom diagnostycznym – bronchoskopii, tomografii komputerowej itp., ponieważ nawet jeśli państwo oferuje refundację, trwa to zbyt długo – więc zwykłe procedury są opłacane przez pacjenta.



Wielu pacjentów doświadcza opóźnień, szczególnie ci mieszkający w małych miastach, którzy mają trudności z dostępem do sekwencjonowania w odpowiednim czasie.



Istnieją różnice związane z ośrodkami, które nie mają wszystkich potrzebnych specjalistów lub nie mają wielodyscyplinarnej kultury zespołowej.



Istnieją duże różnice w czasach oczekiwania i zasobach.



W niektórych szpitalach czas oczekiwania na biopsję jest bardzo długi. Niektóre szpitale zatrudniają lekarzy specjalizujących się w nowotworach układu oddechowego, inne nie. Niektóre szpitale mają dostęp do stereotaktycznej radioterapii (SBRT), a niektóre nie i wymagają skierowania do innych ośrodków, co powoduje dalsze opóźnienia.



Mniejsze szpitale nie mają możliwości wykonywania badań molekularnych, a niektóre nie mają nawet możliwości wykonania bronchoskopii.



Bardziej kompleksowe badania i lepszy dostęp do nowych leków w ośrodkach akademickich.



Małe regionalne szpitale pulmonologiczne przeprowadzają podstawową diagnostykę i nie oferują na przykład badań genetycznych.



Procedury diagnozowania i oceny zaawansowania raka płuca różnią się w zależności od zasobów instytucji i organizacji, co wpływa na czas diagnozowania i leczenia. Obecnie diagnostyka molekularna na potrzeby ukierunkowanej terapii w NDRP nie jest ujednoczona pomiędzy różnymi instytucjami.



Głównie na poziomie problemów diagnostyki molekularnej takich jak: dostęp do sekwencjonowania nowej generacji (NGS), biopsji płynnej, biopsji ponownej/ płynnej do analizy mechanizmów oporności itp.



Różnice dotyczą lokalizacji dostępnych usług oraz chęci/ zdolności pacjentów do podróżowania.



Istnieją pewne różnice w stosowaniu obrazowania PET i sekwencjonowania NGS.

Wypowiedzi niektórych naszych ekspertów

*Dziesięć propozycji dotyczących poprawy
dostępności i ograniczenia nierówności*



1. Stworzenie **wielodyscyplinarnych konsyliów onkologicznych (MTB)**. Są one bardzo cenne dla zapewnienia dokładniejszej diagnozy i sformułowania dla każdego pacjenta optymalnego planu w oparciu o jego indywidualne potrzeby. Należy włączyć patologów ze względu na zmieniającą się rolę, jaką odgrywają w diagnozowaniu i leczeniu.
2. **Krajowy wymóg wykonywania paneli badań zamiast pojedynczych badań w celu uzyskania właściwej diagnozy w jak najkrótszym czasie**. Rozwiązanie pomogłoby ująć wszystkie sprawdzone i powstające biomarkery w jednym badaniu i byłoby pomocne w aktualizacji wytycznych zalecających badania z użyciem biomarkerów i zastosowanie ich w praktyce klinicznej w całej Europie.
3. Ustanowienie standardowych **procedur wysyłania próbek do innych ośrodków w Europie** oraz minimalizacji czasu realizacji i zharmonizowanej interpretacji wyników. Ograniczyłoby to dysproporcje wynikające z przyczyn demograficznych.
4. Rozwój i **akredytacja centrów doskonałości** w leczeniu raka płuca. Centra te skoncentrowałyby wiedzę specjalistyczną i zasoby związane z rakiem płuca, zapewniając najlepsze możliwe wyniki leczenia pacjentów i promując dialog między sieciami referencyjnymi.
5. Opracowanie i **harmonizacja wytycznych dotyczących raka płuca** w Europie, stymulujące rozwój jednolitych krajowych planów dotyczących raka płuca.
6. **Opracowanie i harmonizacja ścieżek oceny technologii medycznych (HTA) w celu ułatwienia dostępu do innowacji w Europie** oraz standaryzacja kosztów leków i czasu do refundacji.
7. **Postępowanie zgodnie z oceną korzyści klinicznych ESMO** przy podejmowaniu decyzji dotyczących polityki refundacji i ustalania cen, w oparciu o ocenę wartości dodanej i opłacalności leków.
8. Opracowanie **programów rozszerzonego dostępu „ostatniej szansy”** w celu promowania dostępu do leków, które zostały zatwierdzone przez EMA, ale nie są jeszcze refundowane.
9. **Edukacja klinicystów, rzeczników osób dotkniętych rakiem płuca** w zakresie ogólnych informacji na temat leczenia raka płuca oraz roli precyzyjnej/spersonalizowanej medycyny i opieki w poprawie wyników leczenia pacjentów. Pomogłoby to pacjentom poznać i zrozumieć dostępne opcje oraz starać się o najlepsze możliwe leczenie.
10. Promowanie **zaangażowania pacjentów i udziału** w krajowych i ogólnoeuropejskich procesach decyzyjnych dotyczących badań, refundacji, oceny technologii medycznych (HTA) i nowych przepisów.

Oświadczenie LuCE
WEZWANIE DO DZIAŁANIA



Lung Cancer Europe (LuCE) jest głosem chorych na raka płuca i ich krewnych w całej Europie. Celem organizacji jest ujednolicenie dostępu do opcji diagnostyki i leczenia, niezależnie od kraju zamieszkania.

Z radością witamy nowe procedury diagnostyczne i postępy terapeutyczne, ponieważ dały nadzieję wielu osobom dotkniętym rakiem płuca. Jednak aby postępy te miały wpływ na życie pacjentów, muszą one być dostępne i refundowane w odpowiednim czasie.

Każdego roku na całym świecie na raka płuca umiera około dwóch milionów osób, co stanowi blisko jedną piątą zgonów związanych z rakiem. Wszyscy ci ludzie zasługują na możliwość wyleczenia lub życia tak długo, jak to możliwe i cieszenia się jak najlepszą jakością życia. **Chorzy na raka płuca nie mogą czekać. Potrzebujemy rozwiązań, które zapewnią pacjentom dostęp do najlepszej możliwej diagnostyki i leczenia w jak najkrótszym czasie.**

LuCE zachęca instytucje europejskie, władze krajowe, organy regulacyjne i przemysł farmaceutyczny do zapewnienia wszystkim Europejczykom cierpiącym na raka płuca takiego samego prawa dostępu do najlepszych procedur diagnostycznych, leczenia i opieki, bez dyskryminacji ze względu na miejsce zamieszkania lub status społeczno-ekonomiczny.

Publikując niniejsze opracowanie, zwracamy się do jak największej liczby zainteresowanych stron z prośbą o przyłączenie się do wysiłków na rzecz ograniczania dysproporcji istniejących w całej Europie. Zapraszamy każdą osobę i wszystkie organizacje do przyłączenia się do nas, ponieważ każdy osiągnięty cel przyniesie korzyści całemu społeczeństwu.

Co możemy zrobić?



DZIEL SIĘ INFORMACJAMI

- Przekaż **mediom notatkę prasową** i zwracaj uwagę na najważniejsze aspekty niniejszego opracowania, ze szczególnym uwzględnieniem danych z Twojego kraju. Nie zapomnij dołączyć oświadczenia instytucjonalnego i eksperckiego w sprawie raka płuca w Twoim kraju.
- Udostępnij informację w **mediach społecznościowych**. Użyj wybranych ilustracji, aby wesprzeć swój przekaz i oznacz wpływowych ludzi i organizacje.
- Wyślij wiadomość **e-mail do swoich kontaktów**. Dobrym pomysłem jest załączenie niniejszego opracowania, wraz z krótkim objaśnieniem w treści wiadomości e-mail. W zależności od odbiorcy poproś o wsparcie w konkretny sposób.
- **Podziel się opracowaniem z lekarzami** w swoim kraju i poproś o włączenie tego tematu do treści spotkań naukowych.

CZAS NA DZIAŁANIE

- **Wyślij niniejsze opracowanie do partii politycznych**, prosząc o spotkanie w celu omówienia głównych obaw dotyczących wyników niniejszej analizy.
- **Skontaktuj się z przedstawicielem swojego kraju w Parlamencie Europejskim**, aby podzielić się swoimi obawami dotyczącymi nierówności istniejących na poziomie europejskim. Wyszukaj swojego posła do PE tutaj: www.europarl.europa.eu/meps.
- Użyj przedstawionych wyników jako **punktu wyjścia do dodatkowych badań** dotyczących dostępu do leczenia w Twoim kraju.
- Skontaktuj się z LuCE, aby **podzielić się innym przykładem nierówności, który dotyka ludzi chorych na raka płuca** w Twoim kraju. Pamiętaj: razem jesteśmy silniejsi. Poinformuj nas o głównych wyzwaniach obecnych w Twoim kraju.

Czy masz inny pomysł na jak najlepsze wykorzystanie tego opracowania?

Skontaktuj się z nami: luce@etop-eu.org

PODZIĘKOWANIA



Dziękujemy poniższym ekspertom w dziedzinie leczenia raka płuca, którzy podzielili się swoją wiedzą i opiniami na temat tej ważnej dla pacjentów kwestii.

- **Abed Agbarya**, Bnai Zion Mc Haifa (Izrael)
- **Fernando Barata**, Centro Hospitalar Universitário Coimbra (Portugalia)
- **Paolo Bironzo**, University of Torino - Department of Oncology (Włochy)
- **Antonio Calles**, General Hospital Universitario Gregorio Marañón (Hiszpania)
- **Dearbhaile Collins**, Cork University Hospital (Irlandia)
- **Romain Corre**, Rennes University Hospital (Francja)
- **Sinead Cuffe**, St James's Hospital (Irlandia)
- **Tanja Čufer**, University Clinic Golnik, Medical faculty Ljubljana (Słowenia)
- **Razvan-Ovidiu Curca**, Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia (Rumunia)
- **Gordana Drpa**, University Hospital Centre Zagreb (Chorwacja)
- **Jackie Fenemore**, National Lung Cancer Forum for Nurses (Wielka Brytania)
- **Paula Fidalgo**, Centro Hospitalar do Porto (Portugalia)
- **Ana Fröbe**, University Hospital Centre Sestre Milosrdnice (Chorwacja)
- **Domenico Galetta**, IRCCS Istituto Oncologico Giovanni Paolo II (Włochy)
- **Nicolas Girard**, Curie Cancer Center (Francja)
- **Bjørn Henning Grønberg**, NTNU, Norwegian University of Science and Technology oraz St. Olav's Hospital, Trondheim University Hospital (Norwegia)
- **Åslaug Helland**, Oslo University Hospital i University of Oslo (Norwegia)

- **Erik Jacobsen**, Odense University Hospital (Dania)
- **Jussi Koivunen**, Oulu University Hospital (Finlandia)
- **Viktors Kozirovskis**, Pauls Stradins Clinical University Hospital (Łotwa)
- **Paweł Krawczyk**, Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
- **Lavinia Magee**, National Lung Cancer Forum for Nurses (Wielka Brytania)
- **Jan Nyman**, Sahlgrenska University Hospital (Szwecja)
- **Nir Peled**, Soroka Medical Center (Izrael)
- **Rodryg Ramlau**, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego (Polska)
- **Martin Reck**, LungenClinic Grosshansdorf (Niemcy)
- **Torben Riis Rasmussen**, Aarhus University Hospital (Dania)
- **Mariana Sporis**, County Hospital Brasov (Rumunia)
- **Ivanna Sullivan**, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Hiszpania)
- **Rolf Stahel**, University Hospital Zürich (Szwajcaria)
- **Martina Vrankar**, Institute of Oncology, Ljubljana (Słowenia)
- **Jan von der Thusen**, Erasmus MC (Holandia)
- **Stefan Willems**, UMC Utrecht (Holandia)
- **Jürgen Wolf**, University Hospital of Cologne (Niemcy)

Dziękujemy firmom Abbvie, Amgen, AstraZeneca, Bayer, BluePrint Medicines, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Lilly, Merck, MSD, Novartis, Pfizer, Roche i Takeda za wspaniałe wsparcie okazane LuCE.



Szczególne podziękowania dla naszych członków za ich nieustające wsparcie. Ich działalność propagacyjna inspirowa nas do dalszego rozwoju i pracy nad pokonaniem wspólnych wyzwań.

***ZAŁĄCZNIK I. Wskazania do
stosowania leków na raka płuca
analizowane w tym opracowaniu***



- **Afatynib (wskazanie 1):** jako monoterapia w leczeniu nieleczonych wcześniej inhibitorami kinaz tyrozynowych (TKI) związanych z receptorem naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR) dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym NDRP z aktywującymi się mutacjami (mutacją) EGFR.
- **Afatynib (wskazanie 2):** jako monoterapia w leczeniu miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego NDRP o płaskonabłonkowej histologii postępującego w trakcie lub po chemioterapii opartej na platynie.
- **Abbraksan:** w skojarzeniu z karboplatiną jako terapia pierwszego rzutu w leczeniu NDRP u dorosłych pacjentów, którzy nie są kandydatami do potencjalnie leczniczej operacji i/lub radioterapii.
- **Pembrolizumab (wskazanie 1):** jako monoterapia pierwszego rzutu w leczeniu przerzutowego NDRP z u dorosłych z ekspresją PD-L1 na poziomie $\geq 50\%$ komórek guza (TPS) bez EGFR-dodatnich lub ALK-dodatnich mutacji guza.
- **Pembrolizumab (wskazanie 2):** w skojarzeniu z pemetreksedem i platyną jako terapia pierwszego rzutu w leczeniu przerzutowego, niepłaskonabłonkowego NDRP u dorosłych bez EGFR-dodatnich lub ALK-dodatnich mutacji guza.
- **Pembrolizumab (wskazanie 3):** w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem lub nab-paklitakselem jako terapia pierwszego rzutu w leczeniu przerzutowego, płaskonabłonkowego NDRP u dorosłych.
- **Pembrolizumab (wskazanie 4):** jako monoterapia w leczeniu miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego NDRP u dorosłych, u których guzy wykazują ekspresję PD-L1 na poziomie $\geq 1\%$ komórek guza (TPS) i którzy przeszli wcześniej co najmniej jeden schemat chemioterapii. Pacjenci z EGFR-dodatnimi lub ALK-dodatnimi mutacjami guza powinni również otrzymać celowaną terapię, zanim otrzymają pembrolizumab.
- **Ozymertynib:** w leczeniu dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym NDRP wykazującym mutację T790M receptora naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR).
- **Gefitynib:** w leczeniu dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym NDRP z aktywującymi się mutacjami kinazy tyrozynowej receptora naskórkowego czynnika wzrostu.
- **Durwalumab:** w leczeniu miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego NDRP u dorosłych z ekspresją PD-L1 na poziomie $\geq 1\%$ komórek guza, u których nie nastąpiła progresja choroby po chemioterapii opartej na platynie.

- **Kryzotynib (wskazanie 1):** jako terapia pierwszego rzutu u dorosłych z zaawansowanym, ALK-dodatnim NDRP.
- **Kryzotynib (wskazanie 2):** jako terapia u dorosłych z uprzednio leczonym, zaawansowanym, ALK-dodatnim NDRP.
- **Kryzotynib (wskazanie 3):** jako terapia u dorosłych z zaawansowanym, ROS-1-dodatnim NDRP.
- **Brygatynib:** jako monoterapia w leczeniu dorosłych z zaawansowanym, ALK-dodatnim NDRP leczonym uprzednio kryzotynibem.
- **Niwolumab:** jako monoterapia w leczeniu miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego NDRP po wcześniejszej chemioterapii u dorosłych.

- **Kryzotynib (wskazanie 1):** jako terapia pierwszego rzutu u dorosłych z zaawansowanym, ALK-dodatnim NDRP.
- **Kryzotynib (wskazanie 2):** jako terapia u dorosłych z uprzednio leczonym, zaawansowanym, ALK-dodatnim NDRP.
- **Kryzotynib (wskazanie 3):** jako terapia u dorosłych z zaawansowanym, ROS-1-dodatnim NDRP.
- **Brygatynib:** jako monoterapia w leczeniu dorosłych z zaawansowanym, ALK-dodatnim NDRP leczonym uprzednio kryzotynibem.
- **Niwolumab:** jako monoterapia w leczeniu miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego NDRP po wcześniejszej chemioterapii u dorosłych.

MANY FACES ONE VOICE




MANY FACES
ONE VOICE
Lung Cancer Europe



Lung Cancer Europe
**PREZENTACJA
STANOWISKA**

*Nierówności i wyzwania
w dostępie do diagnostyki
i leczenia raka płuca w Europie*





MANY FACES ONE VOICE

Lung Cancer Europe

www.lungcancereurope.eu

LuCE jest działającym na arenie europejskiej głosem chorych na raka płuca, ich rodzin i osób, które zwyciężyły chorobę.

luce@etop-eu.org

