


# OVO JE ZAJEDNIČKA BORBA, PRIDRUŽITE NAM SE!

DONOŠENJEM PLANA, ILI OKVIRA BORBE PROTIV RAKA KAKO ĆE SE ZVATI U BUDUĆNOSTI, OSIGURAT ĆE SE FINANCIJSKA POTPORA U SVEOBUHVAJNOM PRISTUPU RAKU, ALI NE TREBAMO ČEKATI NJEGOVO USVAJANJE DA BISMO OSTVARILI PROMJENE I SPASILI BROJNE Ljudske ŽIVOTE. O BORBI PROTIV RAKA U REPUBLICI HRVATSKOJ U UVJETIMA COVID-19, SUVREMENOJ ONKOLOGIJI I BUDUĆNOSTI LIJEČENJA ZLOĆUDNIH BOLESTI **RAZGOVARALI SMO S PROF. DR. SC. EDUARDOM VRDOLJAKOM, DR. MED., PREDSEDNIKOM HRVATSKOG ONKOLOŠKOG DRUŠTVA**

 Dobar dio 2018. i gotovo cijelu 2019. godinu pisali smo i čitali o Nacionalnom planu protiv raka (NPPR), planu koji bi trebao znatno smanjiti pobol i smrtnost od raka u Republici Hrvatskoj uvođenjem kvalitetnih programa prevencije i ranog otkrivanja raka, unaprjeđenjem i standardiziranjem multidisciplinarnog pristupa u liječenju, optimiranjem i standardiziranjem svih terapijskih modaliteta te umrežavanjem cjelokupne hrvatske onkologije u jedinstvenu i transparentnu onkološku mrežu s izvrsnom bazom podataka koja će osigurati kontinuiranu kontrolu kvalitete, uz usporedbu sa svjetskim onkološkim standardima, pazeći pritom na troškove svih oblika onkološke skrbi i vrednujući ih. Nažalost, zbog pandemije COVID-19 i administrativnih prepreka NPPR još uvijek nije usvojen, ali to ne znači da preporuke koje je pripremila Povjerenstvo za izradu i praćenje Nacionalnog plana za borbu protiv zloćudnih bolesti te brojne radne skupine unutar Povjerenstva ne postoje. Zajedničkim angažmanom, zdravstveni radnici u Republici Hrvatskoj, kao i svi ostali dionici zdravstvenog sustava i članovi društva već sada mogu pridonijeti boljim ishodima liječenja zloćudnih bolesti, kao i njihovoj prevenciji.

**Onkološka je djelatnost tijekom „lockdowna“ i čitavog trajanja pandemije koronavirusa prepoznata kao prioritet u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Dostupnost liječenja pacijentima oboljelim od zloćudnih bolesti nije ugrožena. Zbog čega ste onda među prvima u Hrvatskoj počeli i još uvijek upozoravate na posljedice koje COVID-19 ima na skrb o oboljelima, odnosno ishode liječenja?**

Pitanje je što je to prioritet i pitanje je što dobijemo kada nešto nazovemo prioritetom te jesmo li u mogućnosti imati istovremeno više prioriteta u našem sustavu i u našim životima. Ministarstvo zdravstva na čelu s ministrom Vilijem Berošem je odmah na početku krize definiralo onkologiju zdravstvenim prioritetom, želeći spriječiti moguće neželjene posljedice krize na onkološke ishode. Čestitam ovdje ministru Berošu i nacionalnom stožeru za koronakrizu na izvanrednom nošenju s krizom i ponajboljim sveobuhvatnim rezultatima, kontroli COVID-19 bolesti i minimaliziranju njenog negativnog utjecaja na ostale segmente društva: gospodarstvo, promet, turizam, školstvo, znanost, ali i zdravstvo. Koronakriza je uzrokovala

broja novodijagnosticiranih bolesnica kod kojih je iglenom biopsijom potvrđen rak dojke, po tjednima. Uvidjeli smo da je broj novodijagnosticiranih bolesnica u prva dva tjedna svibnja pao za 50% u odnosu na prva dva tjedna svibnja 2019. godine, što govori u prilog tomu da, iako ste onkologiju nazvali prioritetom, ona nije bila prioritet u mislima ljudi, naših sugrađana i sugrađanki. Ujedno je i naš zdravstveni tranzicijski sustav nedovoljno kapacitiran da odgovori na krize te nisam siguran da se možemo u potpunosti posvetiti jednom zahtjevnom procesu ili krizi, a da drugi segmenti zdravstva to ne osjete. Smatram da ćemo, što se onkologije tiče, tek za nekoliko godina vidjeti kakav je utjecaj ova kriza imala na pojavnost tumora

## ONKOLOGIJA JE PRESTALA BITI PRIORITET KOD NAŠEG STANOVNIŠTVA I TO JE UZROKOVALO POTENCIJALNE POSLJEDICE

preorijentaciju hrvatskog zdravstvenog sustava s jedne strane, ali i razmišljanja pučanstva s druge strane, pa se postavlja pitanje što je to drugi ili treći prioritet. Mislim da smo koncentriranjem na COVID-19 na neki način sve druge medicinske discipline stavili u drugi plan. Bez obzira nazivamo li je prioritetom ili ne, po meni je onkologija prestala biti prioritet kod našeg stanovništva i to je uzrokovalo potencijalne posljedice. Sad ostaje pitanje kakve su posljedice nastale. Ja osobno ne znam, a tek ćemo kroz neko vrijeme te posljedice moći vidjeti. Primjerice, u Hrvatskoj smo radili analizu

[što vjerojatno neće imati], zatim na prosječni stadij novodijagnosticiranih tumora [a za očekivati je da će bolesnice koje sam ranije spomenuo s rakom dojke imati kasniju dijagnozu, samim time potencijalno i viši stadij bolesti te lošije ishode] i u konačnici na liječenje ranije dijagnosticiranih bolesnika. Smatram da je posljednji aspekt potencijalno najbolje prošao. Tijekom krize smo imali na raspolaganju sve lijekove i maksimalnu dostupnost dijagnostike i ostalih terapijskih modaliteta u onkologiji. Koristim priliku da se ovdje zahvalim zdravstvenoj administraciji na odličnoj onkološkoj podršci,



# INTERVIEW

prof. dr. sc. Eduard Vrdoljak, dr. med., predsjednik Hrvatskog onkološkog društva



što smo u ovim zahtjevnim i teškim vremenima imali optimalne uvjete za zbrinjavanje svih onkoloških potreba naših bolesnika. Dojma sam da smo naše bolesnike liječili na jednako kvalitetan način. U konačnici, kada sve zbrojimo i oduzmemo, usprkos tomu što ste nazvali onkologiju prioritetom i što mi mislimo da ona jest prioritet, ona nije bila medijski prioritet i društveni prioritet. Primjer toga je planirano donošenje Nacionalnog plana protiv raka koji nije donesen, vjerojatno jer je i on žrtva korone. Zato smo u travnju počeli upozoravati opću javnost na moguće posljedice, nakon što je Hrvatsko onkološko društvo napisalo preporuke kako se ponašati prema bolesnicima s rakom u vrijeme COVID-19 pandemije. Također smo, u suradnji s kolegama Richardom Sullivanom i Markom Lawlerom, i u *European Journal of Cancer* publicirali članak naslova *Cancer and coronavirus disease 2019; how do we manage cancer optimally through a public health crisis?*. U tom tekstu smo upozorili na opasnost da se COVID-19 kriza prelije u onkološku krizu koja će potencijalno odnijeti više života i uzrokovati više zdravstvenih posljedica nego sama koronakriza.

**Sada je državna blagajna prazna, a Hrvatska je posljednja članica EU koja još nije usvojila Nacionalni plan. Kada očekujete njegovo usvajanje i implementaciju? Možemo li očekivati da će hrvatsko zdravstvo iznaći sredstva za dodatna ulaganja u borbu protiv raka?**

Tijekom hrvatskog predsjedanja Vijećem Europske unije planirali smo promovirati Nacionalni plan protiv raka te uskladiti naše aktivnosti s europskima, gdje je borba protiv raka

stavljena na pijedestal. Predsjednica Europske komisije, Ursula von der Leyen i povjerenica Europske komisije za zdravlje i sigurnost hrane Stella Kyriakides istaknule su da je rak, odnosno borba protiv raka, jedan od prioriteta Europske unije te je predstavljen Europski plan za borbu protiv raka [*Europe's beating cancer plan*]. Sve je bilo usklađeno, s nacionalnim Planom smo krenuli prije njih, a krenuli smo istim putem i željeli iskoristiti jedan od sastanaka tijekom našeg predsjedavanja upravo u tu svrhu. Nažalost, dogodio se COVID-19 i tema je otišla u drugi plan.

## IMPLEMENTACIJOM OKVIRA U DESET GODINA SPASIT ĆEMO 113 TISUĆA GODINA LJUDSKIH ŽIVOTA ODNOSNO U ZADNJOJ GODINI IMPLEMENTACIJE PET DO SEDAM TISUĆA ŽIVOTA

Hrvatski Nacionalni plan protiv raka trebao je biti donesen za razdoblje 2020. – 2030. Nažalost, plan još nije usvojen, jer se dokument koji planira nešto kroz 10 godina ne može nazivati planom. Naime, planovi se odnose na razdoblje od tri godine, a za dulje razdoblje potrebno je usvojiti okvir pa smo morali promijeniti naziv. Također, i financijsko planiranje, odnosno budžet se u Hrvatskoj donosi za razdoblje od tri godine. Stoga sada očekujemo donošenje Nacionalnog okvira protiv raka za razdoblje od deset godina. Unutar Okvira imat ćemo tri plana od tri godine uz jednu dodatnu godinu pa ćemo na taj način moći planirati i potrebna financijska sredstva za njegovu provedbu. Zbog admi-

nistrativne kompleksnosti u procesu financijskog planiranja, Okvir nije usvojen u travnju.

Sredstva potrebna za provedbu NPPR-a iznose 198 milijuna eura za desetogodišnje razdoblje, odnosno oko 20 milijuna eura godišnje. To zapravo ne predstavlja preveliko opterećenje za proračun Republike Hrvatske pa čak ni za zdravstveni budžet, a smatramo da bismo značajan dio tih sredstava mogli dobiti i iz europskih fondova. Međutim, da bismo mogli povući sredstva iz fondova, prethodno moramo donijeti plan; da povučem paralelu – ne možete dobiti sredstva i graditi građevinu bez građevinske dozvole. Usvajanjem i implementacijom Okvira prvi put bismo se prema jednoj bolesti počeli ponašati u potpunosti planski, planirali bismo aktivnosti od početka do kraja, uz inkorporirane procese praćenja i izvještavanja te pokrivene sve aspekte bolesti i liječenja. Uvjeran sam da ćemo kroz punu implementaciju Okvira doći do najvećih iskoraka u ishodima liječenja u bilo kojoj medicinskoj disciplini te pokazati da je to jedini pravi put; organizirano, strukturirano, sveobuhvatno, trajno i kvalitetno nošenje sa zahtjevom ili problemom. U donošenju Okvira problem nije u novcu, već prvenstveno u koordinaciji i administraciji, a to je nešto što ćemo uskoro, uvjeren sam, riješiti. Implementacijom Okvira u deset godina spasit ćemo 113.000 godina ljudskih života, ili na godišnjoj razini, u zadnjoj godini implementacije Okvira, pet do sedam tisuća godina ljudskih života. Usporedimo samo situ-

aciju s COVID-19 i resursima koje ulažemo te mjerama koje poduzimamo – kakav je utjecaj potrošnje i spašenih godina života, a što ćemo s ovim prioritetom hrvatskog zdravstva moći napraviti.

**U provedbi Plana [Okvira] očekujete značajno sudjelovanje i liječnika na razini primarne zdravstvene zaštite?**

Liječnici obiteljske medicine su ključ uspjeha primarne i sekundarne prevencije. U Planu se posebno ističe značaj prevencije zloćudnih bolesti i u tom segmentu se planira uložiti maksimalni napor. Hrvatska je peta najpretilija zemlja u Europi, četvrta smo zemlja po litrama čistog

alkohola popijenog po glavi stanovnika, među prvim smo zemljama po udjelu stanovnika koje puši, a među najgorima po pitanju odaziva na programe rane detekcije raka. Stoga je uloga liječnika primarne zdravstvene zaštite ključna u zdravstvenom prosvjećivanju ili brizi za onkološko zdravlje našeg naroda. Uvjeran sam da je ključ uspjeha programa rane detekcije raka debelog crijeva, koji se danas provodi i gdje je odaziv 20%, u implementaciji programa putem liječnika primarne zdravstvene zaštite. Jedino putem njih, kroz njihovu brigu o svojim osiguranicima, možemo podići odaziv na 60, 70 ili 80%. Isto se odnosi na cijepljenje protiv HPV-a, koje je primarna prevencija raka vrata maternice, i tumora glave i vrata. Sagledajmo samo taj aspekt; trenutno se kod nas cijepi svega 4 do 5% populacije koja bi se trebala cijepiti, dok je u Švedskoj taj udio 70 do 80%. Pitanje je kako takav obuhvat možemo postići kod nas, a odgovor je jedino kroz angažman liječnika primarne zdravstvene zaštite i epidemiologa koji će preuzeti tu ulogu u pokušaju optimalnog pristupa zdravima. Trebamo promijeniti navike - da nas ne puši 35%, nego 5%, da se bavimo tjelovježbom i zdravom prehranom, da ne budemo peti, već 25. na ljestvici po tjelesnoj masi u Europi te da krenemo u borbu sa svim čimbenicima rizika za nastanak raka.

Ponovno ističem značaj programa rane detekcije. Uspješan primjer je Češka koja stimulira liječnike za poduzete preventivne aktivnosti, objavljuju koliko se osiguranika pojedinog liječnika odazvalo programu rane detekcije i stvorili su određenu vrstu kompeticije među liječnicima, što je rezultiralo time da Češka trenutno ima ponajbolje rezultate u liječenju raka u srednjoistočnoj Europi, samo kroz proces takvog praćenja i izvještavanja.

Najveći udio financijskih sredstava unutar Plana predviđen je upravo za primarnu i sekundarnu prevenciju jer smatramo da je bolje spriječiti nego liječiti. Prepoznali smo da je to najjeftiniji i ujedno najvažniji dio borbe protiv raka; kroz edukaciju pučanstva, a i liječnika, kroz bolju organizaciju zdravstvenog sustava, bolju dostupnost i bolju prosvijećenost smanjiti broj novodijagnosticiranih, osigurati raniju dijagnozu onih koji će inače dobiti tumor i time osigurati signifikantno bolje ishode liječenja.

**Onkologija je jedna od najprofulzivnijih, ako ne i najprofulzivnija, grana medicine. Upravo je završio 13. Hrvatski onkološki kongres na kojem su predstavljene brojne novosti u liječenju karcinoma. Što biste izdvojili kao najveći napredak? Ostvarujemo li pomake u preživljenju bez napre-**

**dovanja bolesti i ukupnom preživljenju i kod si-jela koja su tradicionalno povezana s lošom prognozom [rak pluća, gušterače, jajnika...]?**

Ponosni smo što smo uspjeli organizirati prvi virtualni kongres u bilo kojoj medicinskoj disciplini. Naš 13. Hrvatski onkološki kongres bio je jako posjećen, kvaliteta prezentacija je bila na svjetskoj razini i čestitam svima koji su aktivno i pasivno participirali! U ovim teškim vremenima smo pokazali nevjerojatnu potrebu za zajedništvom, izmjenom znanja i informacija što pokazuje da suvremena onkologija čini nevjerojatne iskorake.

Onkologija svakog dana, u svakom pogledu, sve više napreduje i velikim koracima kroči naprijed. Količina onkoloških informacija se udvostručava otprilike svakih 75 dana. Broj radova koji „mijenjaju istinu“ je nevjerojatan. Spominjete neke tumore, primjerice rak pluća danas i prije desetak godina je neusporediva bolest.

## ZAJEDNIČKI NAZIVNIK OVOGODIŠNJEG HOK-A JE BILA PERSONALIZIRANA MEDICINA ODNOSNO PRECIZNA ONKOLOGIJA

Liječnik koji se pet godina nije bavio liječenjem raka pluća, danas bolje da ni ne pokušava, mora se prethodno educirati.

Zajednički nazivnik ovogodišnjeg kongresa je bila personalizirana medicina odnosno precizna onkologija. Onkološke bolesnike smo donedavno liječili relativno neprecizno, „one fits all“ pristupom, a paradigma onkologije bila je kemoterapija. Sada smo, zahvaljujući boljem razumijevanju raka uslijed izvanrednog napretka molekulske biologije i imunologije, počeli ubrzano saznavati više o podlozi raka, o mutacijama koje uzrokuju rak, o ulozi imunoterapije u liječenju raka.

Opcenito, zahvaljujući boljem opisu bolesti, kroz bolju i kvalitetniju upotrebu najrazličitijih dijagnostičkih metoda, omogućeno je i bolje definiranje incijalnog stadija bolesti. Nije svejedno definiramo li precizno stupanj proširenosti bolesti ili ne, jer ćemo samo kroz bolje praćenje migracije stadija imati bolje liječenje svijui. Primjerice, ako zbog nepreciznosti dijagnostike kažemo da je netko u stadiju 3 ili 2 i idemo ga operirati, a on je metastatski bolesnik, izgubit će i društvo i bolesnik. Ako ga smjestimo u stadij 4, on će biti početni stadij 4 i živjet će duže. Nama sada i stadiji 4 žive kratko i stadiji 2 žive kratko jer smo obogatili stadij 2 metastatskim bolesnicima, a isključili rane metastatske bolesnike iz stadija 4

pa nam sada svi stadiji bilježe lošije preživljenje, možda samo zbog migracije stadija u dijagnostici raka. Dijagnostika je stoga krucijalna, a postoji čitava nova disciplina dijagnostike koja se zove precizna onkologija u kojoj, koristeći sveobuhvatno gensko profiliranje tumora i bolesnika, nastojimo skrojiti optimalnu terapiju za svakog bolesnika. To je nešto što se događa i predstavlja najvažniju novost u onkologiji posljednjih nekoliko godina te se o tome značajno diskutiralo na HOK-u. Kako Hrvatsku pripremiti za modernu dijagnostiku, bilo radiološku ili slikovnu, bilo biološku ili molekulsko-onkološku te kako ordinirati optimalnu terapiju svakom bolesniku? S druge strane, jednako je važno kako optimalno pratiti rezultate takve terapije, naše bolesnike i njihove ishode te korigirati naše putove jer ulazimo na nepoznat teren, ne smijemo ići krivim putem, već moramo stalno, kontinuirano i neumorno raditi ko-

rekcije i mijenjati standarde, gotovo na dnevnoj bazi, sukladno najnovijim spoznajama. Naša spoznaja COVID-19 danas se razlikuje od one prije nekoliko mjeseci, nove spoznaje moramo kontinuirano implementirati i ne smijemo se ljutiti na naše neuspjehe ako su generirani u najboljoj namjeri.

Da rekapituliramo, novosti su u boljoj dijagnostici, bilo radiološkoj ili molekulsko-biološkoj, bilo tumora bilo bolesnika. Novosti u liječenju su sve češća i sve obuhvatnija upotreba ciljane terapije i imunoterapije. Novost u organizaciji je sveobuhvatna implementacija umjetne inteligencije i informatike u kreiranje baze podataka te korištenje akumuliranih podataka za procjenu ispravnosti terapijskih odluka kroz kontinuirano monitoriranje i izvještavanje generiranih rezultata iz svakodnevne kliničke prakse.

**Jesu li genska testiranja budućnost ili sadašnjost u liječenju raka u RH? Hoće li buduće terapije koje će dolaziti na tržište biti „tkivno agnostičke“?**

Generalni pristup prema raku, da potječe iz nekog organa, temeljio se na povijesti i danas ne izgleda pretjerano mudar ili pametan. Je li karcinom nastao u dojci, jajniku ili debelom crijevu ne bi smjelo biti okidač za našu terapiju. Tako smo se razvijali i tako smo učili do jučer. Spomenuli ste agnostički pristup koji

danas postaje sve popularniji. Prvi agnostički lijek je bio pembrolizumab u liječenju mikrosatelitno nestabilnih tumora bilo kojeg sijela, zatim mu se približila kombinacija nivolumaba i ipilimumaba u istoj indikaciji, a nedavno je pembrolizumab dobio indikaciju i za visoko mutacijsko opterećenje tumora. Zatim, tu je i entrektinib u liječenju NTRK-pozitivnih tumora. Uvjeren sam da će naš pristup liječenju raka kroz tzv. „basket“ ili „umbrella trials“ uskoro rezultirati time da ćemo imati sve veći broj lijekova koji će biti odobreni agnostički, što znači da ćemo ih moći primijeniti ako postoji biomarker u nekom tumoru, neovisno o sijelu tumora. Da pojasnim, primjerice, imate BRCA1 ili BRCA2 mutaciju i pitanje je hoćete li koristiti PARP-inhibitor samo u liječenju raka jajnika ili u liječenju raka jajnika, raka dojke, pankreasa ili bilo kojeg drugog sijela. Sada zapravo moramo biti vrlo oprezni jer postoji mogućnost različitog učinka, odnosno ishoda u liječenju jedne te iste mutacije u različitim sijelima bolesti. Na primjeru BRCA1/2 mutacija; učinak u liječenju PARP-inhibitorima kod raka jajnika je višestruko veći nego učinak PARP-inhibitora u liječenju raka dojke, a u raku dojke je veći nego kod raka prostate kod kojeg je učinak veći nego kod pankreasa. Pitanje koje će se u budućnosti postaviti jest farmakoekonomska vrijednost takve terapije po pojedinim indikacijama. Mišljenja sam da će u budućnosti osiguravatelji trebati pregovarati s farmaceutskim industrijama i imati različite ugovore za različita sijela jer različita sijela imaju različite rezultate i utjecaj. Bit će potreban složeniji način odlučivanja i ugovaranja, ali to vrijedi napraviti, samo trebamo biti kvalitetniji u procesu prihvaćanja i implementacije takvih dogovora te uz monitoriranje i izvještavanje iz svakodnevnih kliničkih prakse vidjeti rezultiraju li u našim rukama takvi lijekovi sličnim ishodi-ma kao u registracijskim studijama.

**Kad govorimo o suvremenoj onkologiji, zaostaje li Hrvatska za ostatkom Europe u pogledu dostupnosti suvremenih terapija (medikamentozne, ali i radioterapije)? Često svjedočimo odlasku hrvatskih pacijenata na liječenje u inozemstvo. Nerijetko je riječ o njihovom sudjelovanju u kliničkim ispitivanjima. Kako biste ocijenili dostupnost, tj. broj kliničkih ispitivanja u RH? Bi li se on mogao povećati i kakav bi to utjecaj moglo imati na ishode kod pacijenata, ali i na čitav zdravstveni sustav?**

Nedavno smo objavili rad u časopisu *The Oncologist* u kojem smo analizirali potrošnju na sve onkološke lijekove po novodijagnostici-

ranom bolesniku. U Hrvatskoj, kao i u drugim tranzicijskim zemljama, potrošnja je oko tri puta manja nego u zapadnoj Europi. U Okviru smo istaknuli da je naš cilj približiti potrošnju zapadnoeuropskom standardu, ali prateći našu mogućnost potrošnje kroz paritet kupovne moći [PPP]. Ne treba tražiti nemoguće, već treba tražiti optimalno.

Što se sistemne terapije tiče, po dostupnosti lijekova nismo loši. Bolji smo od Rumunjske, Bugarske, i značajno bolji od zemalja u okruženju, a možemo biti i bolji približavanjem zapadnoeuropskom optimumu, poštujući brzo stavljanje na Listu onih lijekova koji čine razliku, odnosno signifikantno i statistički i klinički produljuju život našim bolesnicima.

Međutim, po pitanju dostupnosti radioterapije značajno zaostajemo za svim zemljama u okruženju. Zato smo radioterapiju definirali kao jedan od prioriteta našeg Okvira. U Okviru smo planirali kupnju 15 novih linearnih akceleratora te završavanje postojećih 18 kroz sljedećih 10 godina. Ovo je potrebno hitno napraviti jer smo radioterapijski najlošiji odnosno signifikantno lošiji od dostupnosti sistemne terapije.

U Okvir su uključena i klinička ispitivanja, kao i liječenje iz milosrđa. Kada bi se Hrvatska izdigla u aspektu kliničkih ispitivanja na zapad-

prezahtevno i preveliko. Ulaganje u klinička ispitivanja je dugotrajan projekt za koji moramo stvoriti uvjete i okruženje da bismo bili kompetitivni; počevši od brzine odobravanja, pomoći administracije - lokalne i sustavne, bolničkih pravnik i administracije, a poseban je zahtjev i osloboditi ljude koji provode klinička ispitivanja dijela standardnog posla. Tada će Hrvatska imati stotine kliničkih istraživanja u onkologiji i uštedjeti značajnu količinu novca. A važno je istaknuti i da bolesnik uključen u kliničko ispitivanje ima 10 do 15% bolje ishode liječenja nego bolesnik koji nije uključen u kliničko ispitivanje, zbog boljeg monitoriranja i izvještavanja te dijagnosticanja, a često i boljeg liječenja.

Drugi ključ uspjeha je širom otvoriti vrata za liječenje lijekovima iz milosrđa. Hrvatska mora biti poput Izraela, najuspješnija zemlja u ranoj aplikaciji lijekova i dolasku takvih lijekova dok ih još uvijek nije odobrio osiguravatelj, odnosno ostvarivanju maksimalnih prava na liječenje modernim, a nedostupnim lijekovima, koji često spašavaju živote našim bolesnicima. Predložio bih formiranje odjela u bolnicama i ministarstvima, koji bi se trebali baviti „lovom“ na „compassionate use“ i „named-patient programs“, kroz koje bismo našim bolesnicima osigurali najmodernije lijekove na besplatan način.

## BOLESNIK UKLJUČEN U KLINIČKO ISPITIVANJE IMA 10 DO 15% BOLJE ISHODE LIJEČENJA NEGO BOLESNIK KOJI NIJE UKLJUČEN U KLINIČKO ISPITIVANJE

noeuropski prosjek, mogli bismo povećati BDP za 0,2 do 0,5%. Uz priljev novca iz kliničkih ispitivanja, a ne trošeći novac koji bismo inače potrošili na liječenje (jer su liječenje bolesnika i dijagnostika u kliničkim ispitivanjima besplatni), mogli bismo imati značajan utjecaj na BDP. Međutim, da bismo se bavili kliničkim istraživanjima, moramo stvoriti *milieu*, okruženje za njihovu provedbu. Ne možete očekivati da će jedan liječnik, konkretno u ovom slučaju onkolog koji ima 25 bolesnika dnevno i odlazi kući u 17 sati, imati na raspolaganju još pet sati viška da bi se bavio kliničkim istraživanjima. Ne možete na već postojeću slabu i krhku infrastrukturu nadodati još i bavljenje kliničkim istraživanjima. Moraju se zaposliti ljudi, stvoriti uvjeti, mora se osloboditi vrijeme, na neki način zainteresirati liječnike za klinička istraživanja. Osobno sam nekoć imao značajno više kliničkih istraživanja nego danas. Sve je postalo prekompleksno,

**Koje biste tri ključne poruke izdvojili za naše čitatelje, koji su to ključni pomoci koje bismo trebali ostvariti da bismo unaprijedili skrb o oboljelima od zloćudnih bolesti i ishode liječenja?**

Donesimo i prihvatimo Plan jer je bez njega neučinkovito, stihijski i anarhično boriti se s bilo čime, a kamoli s rakom. Plan je *conditio sine qua non* uspjeha.

Druga poruka je implementirajmo Plan. Stručnjaci smo za donošenje deklaracija, ali ne i za implementaciju onoga što smo dogovorili.

Treća poruka je zajedništvo u svemu tome, bez lažne solidarnosti ili brige. Ovo nije plan jedinca, već nam svima zvona zvone! Ako se zajedno, u svim segmentima društva posvetimo provedbi Plana i dokažemo sebi da su promjene moguće, to bi mogao biti okidač za izlazak iz ovih svakodnevnih depresivnih razgovora, a promjene koje će nastupiti mogle bi biti dalekosežne. ■