



# STRATEGIA WALKI Z RAKIEM W POLSCE 2015-2024

10 czerwca 2014



Koordinator projektu

Biuro projektu





*„Powinniśmy myśleć o dużych rzeczach, robić małe, nie obawiać się porażek i szybko zacząć działać”*

Lucien Engelen





## Spis treści

Cel nadrzędny Strategii .....	7
Poprawa populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanej z chorobami nowotworowymi w Polsce oraz jakości życia chorych na nowotwory .....	7
Wprowadzenie .....	7
<hr/>	
I. Organizacja i zarządzanie systemem zwalczania chorób nowotworowych .....	11
Cel 1: Opracowanie i wdrożenie skutecznego i efektywnego modelu opieki onkologicznej .....	15
<i>Cel 2: Poprawa jakości i zakresu gromadzonych danych</i> .....	21
Cel 3: Zmiany legislacyjne umożliwiające skuteczne wdrożenie Strategii .....	26
Cel 4: Zapewnienie odpowiednich zasobów kadrowych stosownie do ogólnopolskich i regionalnych potrzeb .....	28
II. Nauka i badania nad rakiem .....	32
Cel 5: Wzmocnienie polskich ośrodków naukowo-badawczych .....	34
Cel 6: Podniesienie poziomu nauczania przeddyplomowego i podyplomowego w polskich uczelniach medycznych .....	39
Cel 7: Skuteczne współdziałanie ośrodków klinicznych z przemysłem .....	42
Cel 8: Rozwój badań nad biologią nowotworów .....	44
III. Profilaktyka pierwotna i wtórna .....	47
IIIa. Profilaktyka pierwotna .....	47
<hr/>	
Cel 9: Podnoszenie poziomu wiedzy o czynnikach ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce .....	49
Cel 10: Promowanie zdrowego sposobu odżywiania oraz aktywności fizycznej .....	52
Cel 11: Zapobieganie nowotworom wynikającym z palenia tytoniu .....	55
Cel 12: Zapobieganie nowotworom o pochodzeniu infekcyjnym .....	58
Cel 13: Zmniejszenia narażenia na czynniki rakotwórcze w miejscu pracy .....	60
Cel 14: Zapobieganie nowotworom wynikającym z narażenia na promieniowanie UV .....	62
IIIb. Profilaktyka wtórna .....	65
<hr/>	
Cel 15: Poprawa organizacji, skuteczności i efektywności ekonomicznej populacyjnych badań przesiewowych .....	66
Cel 16: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy .....	71
<i>Cel 17: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka piersi</i> .....	73
Cel 18: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego .....	75
IV. Diagnostyka i leczenie .....	79
Cel 19: Identyfikacja, monitorowanie oraz zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki onkologicznej .....	81
Cel 20: Wzmocnienie roli POZ w procesie diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentami po zakończonym leczeniu .....	83

Cel 21: Rozwój leczenia onkologicznego w systemie dziennym oraz ambulatoryjnym .....	86
Cel 22: Poprawa dostępności oraz jakości diagnostyki onkologicznej .....	89
Cel 23: Poprawa dostępności do leczenia onkologicznego .....	94
Cel 24: Poprawa jakości i bezpieczeństwa leczenia promieniowaniem jonizującym w Polsce .....	97
Cel 25: Rozwój oraz promocja zaleceń i standardów postępowania w leczeniu onkologicznym ..	99
Cel 26: Poprawa skuteczności mechanizmów koordynacji procesu leczenia.....	102
Cel 27: Zapewnienie szerszego i równomiernego dostępu do istniejących oraz innowacyjnych metod leczenia .....	105
V. Jakość życia w trakcie i po leczeniu.....	110
Cel 28: Przywrócenie pacjentom sprawności.....	112
Cel 29: Zapobieganie wykluczeniu społecznemu .....	116
Cel 30: Poprawa opieki nad pacjentem i jego rodziną w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej .....	118
Monitorowanie wdrażania Strategii .....	122
a) Kluczowe czynniki sukcesu wdrożenia Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015 - 2024 .....	122
b) Wskaźniki monitorowania wdrożenia Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015 - 2024 .....	123
<b>Słownik pojęć</b> .....	131
Słownik skrótów.....	134
Bibliografia.....	138

# *Cel nadrzędny Strategii*

*Poprawa populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanej z chorobami nowotworowymi w Polsce oraz jakości życia chorych na nowotwory*

## *Wprowadzenie*

Nowotwory złośliwe są drugą przyczyną zgonów w Polsce, powodując śmierć ok. 100 tys. osób rocznie. Co roku notuje się ok. 150 tys. nowych zachorowań, a według prognoz liczba ta może w najbliższych 10 latach wzrosnąć do poziomu 185 tys. W ten sposób nowotwory staną się główną przyczyną zgonów w Polsce. Nasz kraj staje zatem w obliczu epidemiologicznego kryzysu spowodowanego wzrostem liczby nowych zachorowań i zgonów oraz rosnącą rzeszą osób żyjących z rozpoznaną chorobą nowotworową. Koszty leczenia onkologicznego wynosiły już w 2011 roku ponad 6 mld. PLN rocznie, nie wliczając kosztów pośrednich związanych m.in. z utraconymi wpływami podatkowymi, zmniejszoną aktywnością zawodową chorych i ich rodzin i produktywnością. Podjęcie zdecydowanych kroków w walce z nowotworami złośliwymi staje się nie tylko jednym z głównych wyzwań zdrowotnych Państwa, ale jednym z priorytetów polityki Państwa w ogóle.

Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015–2024 powstała z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, przy współudziale innych towarzystw naukowych, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, organizacji pacjenckich i pozarządowych, reprezentantów podmiotów leczniczych, środowisk akademickich oraz ekspertów wielu dziedzin. Jej celem jest wskazanie głównych kierunków zmian, zmierzających do osiągnięcia poprawy populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanej z chorobami nowotworowymi w Polsce oraz jakości życia chorych na nowotwory. Przykłady innych krajów wskazują, że konsekwentna realizacja podobnych projektów pozwoli osiągnąć zamierzone cele.

Niniejsze opracowanie stanowi opis długofalowych celów i działań obejmujących walkę z rakiem w Polsce w kompleksowym i wielosektorowym ujęciu. Jest ono oparte na doświadczeniach innych państw europejskich w tej dziedzinie oraz międzynarodowych zaleceniach dotyczących tworzenia podobnych dokumentów, z uwzględnieniem polskich uwarunkowań ekonomicznych, społecznych i kulturowych. Zaproponowane metody i obszary oddziaływania powinny się przyczynić do skuteczniejszego zapobiegania zachorowaniom i zmniejszenia liczby możliwych do uniknięcia zgonów. Projekt zakłada, że poprawę populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności na nowotwory można będzie uzyskać nie tylko w sposób bezpośredni, ale również poprzez promocję prozdrowotnych zachowań w społeczeństwie, poprawę jakości szkolenia kadr medycznych czy wspieranie nauki i badań nad rakiem.

Istnieje bogata wiedza na temat czynników ryzyka wielu nowotworów. Należą do nich np. sposób odżywiania i otyłość, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, zakażenia, czy narażenia na promieniowanie UV. Wiadomo, że np. w odniesieniu do raka płuca profilaktyka pierwotna jest nadal najskuteczniejszym sposobem zmniejszenia umieralności. Świadomość społeczeństwa na ten temat jest jednak wciąż niedostateczna, a możliwości skutecznego zapobiegania niedoceniane. Konieczna jest zatem długotrwała, ciągła i obejmująca całe społeczeństwo edukacja w tym zakresie.

Równoległe z działaniami o charakterze populacyjnym należy zwiększyć troskę o indywidualnego pacjenta we wszystkich medycznych i niemedycznych aspektach jego choroby. Obok poprawy skuteczności rozpoznawania i leczenia nowotworów i zmniejszenia nierówności w dostępie do opieki onkologicznej, szczególną uwagę należy zwrócić na jakość życia w trakcie choroby i po jej wyleczeniu, walkę z wykluczeniem społecznym oraz powrót chorego do wszystkich funkcji społecznych, zawodowych i rodzinnych. Szczególne znaczenie ma wsparcie psychologiczne dla chorego i jego najbliższej rodziny na możliwie wczesnym etapie postępowania, a także – tam, gdzie to jest konieczne - pomoc Państwa w przypadku przejściowego lub trwałego pogorszenia sytuacji materialnej chorego. Dużym wyzwaniem pozostaje walka z cierpieniem w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej. Problemom tym poświęcony jest osobny rozdział w Strategii.

Obok zagadnień związanych z profilaktyką pierwotną nowotworów, konieczne jest podjęcie działań zwiększających skuteczność populacyjnych badań przesiewowych w kierunku raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. Programy te powinny podlegać okresowej ocenie i modyfikacji, z uwzględnieniem ich efektywności kosztowej, jak również znanych i nowych, dających się zidentyfikować czynników ryzyka.



Wydaje się, że wczesne rozpoznawanie nowotworów jest obecnie największym wyzwaniem w obszarze opieki onkologicznej w Polsce. Oprócz wymienionych wcześniej programów populacyjnych, celowi temu powinno służyć systemowe usprawnienie funkcjonowania i wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej w systemie walki z rakiem. Proponowane zmiany organizacyjne powinny usprawnić i znacznie skrócić proces rozpoznawania nowotworów oraz zapewnić możliwie szybkie rozpoczęcie leczenia, poprzedzone planem postępowania sporządzonym przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów.

Ważnym brakiem w obszarze opieki onkologicznej jest niski stopień przestrzegania standardów diagnostycznych i terapeutycznych. Ujednolicenie metod postępowania powinno objąć najpierw najczęstsze rodzaje nowotworów, tj. raka piersi, raka jelita grubego, raka płuca i raka gruczołu krokowego, ze stopniowym rozszerzaniem na pozostałe lokalizacje.

Proponowany docelowy model opieki onkologicznej opiera się przede wszystkim na istniejących zasobach oraz finansowanym ze środków publicznych trójstopniowym systemie obejmującym podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjne poradnie specjalistyczne i pracownie diagnostyczne oraz leczenie szpitalne realizowane w instytutach i szpitalach klinicznych oraz specjalistycznych szpitalach i oddziałach onkologicznych. W ramach istniejącego systemu instytuty, szpitale kliniczne oraz profilowane szpitale onkologiczne powinny pełnić role centrów doskonałości. W instytucjach tych, a także w profilowanych oddziałach szpitalnych, powinny powstać centra kompetencji dla najczęściej występujących nowotworów, jako wyodrębnione funkcjonalnie i organizacyjnie jednostki narządowe. Konieczne jest przy tym lepsze wykorzystanie zasobów i środków leczenia onkologicznego, poprzez zmianę dominującego w Polsce sposobu leczenia opartego na hospitalizacji, na rzecz nowoczesnych form terapii ambulatoryjnej, przy zachowaniu ich finansowania ze środków publicznych. Dla osiągnięcia tych celów przewidziano ponadto stworzenie systemu szybkiej diagnostyki nowotworów oraz powstanie nowej funkcji koordynatora leczenia onkologicznego, zapewniającego pacjentowi indywidualną pomoc w sprawnym przejściu przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia.

Przyjęto, że walka z rakiem powinna się skupiać na zjawiskach, które można zidentyfikować i skutecznie korygować, a także właściwie mierzyć skuteczność ich oddziaływania. Powinna temu służyć rzetelna i kompleksowa analiza stanu wyjściowego oraz systematyczne zbieranie pełnych informacji i danych o charakterze ilościowym i jakościowym. W tym kontekście szczególne znaczenie ma skuteczniejsze gromadzenie wiedzy o jakości, wynikach i kosztach opieki onkologicznej.

Analiza danych, koordynacja i monitorowanie skutecznego wdrażania blisko 100 działań wytyczonych w Strategii powinno zostać powierzone wyodrębnionemu zespołowi wyposażonemu przez Ministra Zdrowia w odpowiednie kompetencje, a w przyszłości powołanej w tym celu instytucji.

# *I*

## Organizacja i zarządzanie systemem zwalczania chorób nowotworowych



## ***I. Organizacja i zarządzanie systemem zwalczania chorób nowotworowych***

W Europie funkcjonuje kilka modeli organizacji i finansowania w systemach ochrony zdrowia. Począwszy od budżetowych, działających jako narodowa służba zdrowia (scentralizowanych lub zdecentralizowanych), do ubezpieczeniowych, opartych na świadczeniach rzeczowych lub pieniężnych, finansowanych przez jednego (narodowego) płatnika lub wiele funduszy ubezpieczeniowych. Nie ma przekonujących dowodów na wyższość jednej z form organizacji lub finansowania systemu opieki zdrowotnej nad innymi, gdyż kraje o mocno zróżnicowanych systemach osiągają jednakowo dobre lub jednakowo złe wyniki w różnych dziedzinach zwalczania chorób nowotworowych.

Opieka onkologiczna w Polsce finansowana jest w zasadniczej części ze środków publicznych świadczeń gwarantowanych, obejmujących profilaktyczne programy zdrowotne, diagnostykę, leczenie, rehabilitację, opiekę paliatywną i refundację leków. Świadczenia te finansowane są przez system powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Organizacja udzielanych świadczeń zależy od rodzaju nowotworu oraz wieku pacjenta. Istnieje tu podział na nowotwory lite i nowotwory „płynne” tj. nowotwory krwi, a także na nowotwory występujące u osób dorosłych i u dzieci (w wieku od 0 do 18 lat). W Polsce około 90% nowotworów stanowią nowotwory lite u osób dorosłych, około 9% nowotwory krwi u osób dorosłych i około 1% wszystkie rodzaje nowotworów występujących u dzieci.

Opieka nad chorymi na nowotwory lite u osób dorosłych opiera się na scentralizowanym systemie, którego trzon stanowi Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej–Curie (posiadający trzy oddziały w Warszawie, Gliwicach i Krakowie), dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Zdrowia. W większości województw istnieją także regionalne ośrodki onkologiczne działające jako samodzielne jednostki lub w strukturach wielospecjalistycznych szpitali. Istotną rolę w opiece onkologicznej w Polsce spełniają szpitale kliniczne, ale tylko 2 z nich (w Gdańsku i Katowicach) posiadają pełnoprofilową bazę kliniczną. W niektórych województwach leczenie onkologiczne prowadzą również mniejsze ośrodki satelitarne, lub oddziały onkologiczne zlokalizowane w szpitalach różnego szczebla. Dostępność do świadczeń onkologicznych finansowanych ze środków publicznych w dużym stopniu uwarunkowana jest ich liczbowymi limitami wyznaczonymi przez wojewódzkie oddziały NFZ. Oprócz sieci

publicznych jednostek, znacząca i wzrastająca z roku na rok liczba świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych w opiece onkologicznej wykonywana jest przez prywatne podmioty lecznicze. Podmioty te działają na podstawie umów z NFZ i finansowane są w przeważającej mierze ze środków publicznych. Obok poradni specjalistycznych, są to różnej wielkości ośrodki chemioterapii ambulatoryjnej lub jednodniowej, stacjonarne oddziały onkologii klinicznej, centra diagnostyki obrazowej (TK, MR, PET) lub teleradioterapii.

W 2012 roku NFZ zawarł umowy ze 158 świadczeniodawcami realizującymi chemioterapię w trybie stacjonarnym, 163 w trybie jednodniowym i 172 w warunkach ambulatoryjnych, przy czym zdecydowana większość świadczeniodawców zawarła umowy jednocześnie na 2 lub 3 wymienione powyżej świadczenia. Zwraca uwagę istotne terytorialne zróżnicowanie liczby świadczeniodawców w poszczególnych województwach, w przedziale od 2 w województwie świętokrzyskim do 34 w województwie śląskim.

Leczenie nowotworów wieku dziecięcego jest realizowane w Polsce w 17 regionalnych ośrodkach referencyjnych, które tworzą kliniki uniwersyteckie oraz niektóre specjalistyczne szpitale pediatryczne. Wszystkie te oddziały tworzą sieć ośrodków obejmujących swoim zasięgiem całą Polskę i ściśle ze sobą współpracujących.

W Polsce każdego roku rozpoznaje się w miarę stałą liczbę ok. 1100–1200 nowych przypadków choroby nowotworowej u dzieci i młodzieży poniżej 18 r.ż., natomiast w związku z coraz lepszymi wynikami leczenia wzrasta liczba pacjentów pozostających w trakcie leczenia lub wieloletniej obserwacji.

Leczenie chirurgiczne w onkologii realizowane jest zarówno w wyspecjalizowanych oddziałach o charakterze klinik narządowych zlokalizowanych głównie w oddziałach Instytutu Onkologii, jak i w oddziałach chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej, neurochirurgii, torakochirurgii, otorynolaryngologii, urologii i ginekologii w regionalnych ośrodkach onkologicznych lub szpitalach wielospecjalistycznych, a w przypadku dzieci – w klinikach lub oddziałach chirurgii dziecięcej. Ocenia się, że znacząca część zabiegów chirurgicznych w przypadku nowotworów przewodu pokarmowego, gruczołów dokrewnych oraz narządów miednicy mniejszej wykonywana jest w oddziałach chirurgii ogólnej, urologii czy ginekologii szpitali różnego szczebla. Liczba chorych na nowotwór złośliwy poddanych planowemu leczeniu chirurgicznemu w 2010 roku wyniosła 70–80 tys. Najczęstszy nowotwór u

kobiet, jakim jest rak piersi, jest leczony chirurgicznie głównie w oddziałach chirurgii onkologicznej (86%), a nowotwory jelita grubego (o zachorowalności zbliżonej do raka piersi) leczy się w zrównoważonej proporcji na oddziałach chirurgii onkologicznej i ogólnej.

Leczenie promieniowaniem jonizującym prowadzone było w 2013 roku w 31 podmiotach, przy czym najwięcej świadczeniodawców działa w województwach śląskim, małopolskim i mazowieckim (odpowiednio 4, 4 i 3). W pozostałych województwach, radioterapia jest bardziej scentralizowana i prowadzona jest w 1 lub 2 ośrodkach.

W ciągu ostatnich dziesięciu lat znacznie wzrosła w Polsce liczba ośrodków prowadzących leczenie onkologiczne - zarówno publicznych, jak i prywatnych. Równocześnie jednak powstaje niewiele nowych podmiotów oferujących kompleksowe, skojarzone leczenie nowotworów z użyciem metod chirurgicznych, systemowych oraz radioterapii. Powstawanie nowych ośrodków nie jest koordynowane i poprzedzone analizą potrzeb, co jest spowodowane m.in. brakiem instytucji wyposażonej w odpowiednie kompetencje i środki, koordynującej na szczeblu centralnym najważniejsze elementy walki z rakiem w Polsce.

Opieką nad chorymi na nowotwory krwi zajmują się ośrodki hematologiczne, natomiast chorzy na nowotwory układu chłonnego leczeni są także w ośrodkach onkologicznych. Z drugiej strony ośrodki hematologiczne zajmują się również leczeniem nienowotworowych chorób krwi, np. hemofilii. Głównymi podmiotami zajmującymi się tą grupą nowotworów są Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz silne ośrodki uniwersyteckie, oddziały hematologiczne w obrębie niektórych regionalnych centrów onkologii i oddziały hematologiczne w niektórych szpitalach specjalistycznych – łącznie 30 ośrodków

Opieką na dziećmi chorymi na nowotwory zajmują się ośrodki onkologii i hematologii dziecięcej istniejące w większości uczelni medycznych oraz Centrum Zdrowia Dziecka i Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

Przeszczepianie komórek krwiotwórczych realizowane jest w Polsce przez 18 ośrodków, w tym 5 pediatrycznych i 13 przeznaczonych dla chorych dorosłych. W niedługim czasie zostaną otwarte kolejne 2 ośrodki.

Za gromadzenie i analizę danych epidemiologicznych dotyczących nowotworów oraz sporządzanie prognoz odpowiada Krajowy Rejestr Nowotworów, usytuowany przy

Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Przetwarza on dane statystyczne na podstawie sporządzanych przez lekarzy kart zgłoszenia nowotworu złośliwego. Dodatkowym źródłem są dane gromadzone przez GUS na podstawie kart statystycznych do kart zgonów. Szacowana obecnie średnia kompletność rejestracji nowych zachorowań wynosi w Polsce ok. 94% i systematycznie się poprawia, przy czym utrzymują się istotne różnice regionalne pomiędzy poszczególnymi województwami (od ok. 80% w województwach zachodniopomorskim, podlaskim i mazowieckim do 100% w województwach lubelskim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, świętokrzyskim i wielkopolskim). Wciąż jednak na znacznie niższym poziomie rejestrowane są dane dotyczące stopnia zaawansowania nowotworów w momencie rozpoznania (60-80% w zależności od lokalizacji).

Od 2013 roku Rejestr umożliwia lekarzom zgłaszanie nowotworu złośliwego w postaci karty zgłoszenia online, a także późniejszą edycję i uzupełnienie karty o dodatkowe informacje w trakcie leczenia.

Dane o kosztach leczenia nowotworów w Polsce gromadzone są wyłącznie przez NFZ, natomiast informacje o wynikach leczenia gromadzone są i udostępniane przez KRN jedynie w podstawowym zakresie (5-letnich przeżyć) na poziomie kraju i poszczególnych województw.

Leczeniem nowotworów w Polsce zajmują się lekarze chirurdzy wielu specjalności, onkolodzy kliniczni, radioterapeuci, hematolodzy i transplantolodzy, onkolodzy i hematolodzy dziecięcy, specjaliści medycyny nuklearnej i paliatywnej. Ogólna liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej oraz radioterapii wynosiła na podstawie rejestru Naczelnej Izby Lekarskiej na koniec 2013 roku ponad 1800 osób i wzrosła od 2006 roku o ok. 50%, przy czym najszybszy wzrost liczby lekarzy w tym okresie dotyczył onkologii klinicznej (o ponad 70%). W tym czasie było w Polsce 369 specjalistów hematologii i 152 specjalistów onkologii i hematologii dziecięcej. Z drugiej strony występują znaczne regionalne dysproporcje w dostępności lekarzy poszczególnych specjalności.

## *Cel 1: Opracowanie i wdrożenie skutecznego i efektywnego modelu opieki onkologicznej*

Poprawa onkologicznych wskaźników epidemiologicznych w Polsce wymaga istotnej poprawy organizacji opieki onkologicznej. Istotne znaczenie ma optymalizacja ścieżki chorego w systemie, standaryzacja i zarządzanie procesem rozpoznawania i leczenia, planowanie i monitorowanie skuteczności interwencji. System usług medycznych w zakresie onkologii powinien obejmować:

- podstawową opiekę zdrowotną,
- sieć specjalistycznych onkologicznych przychodni i oddziałów szpitalnych z ośrodkami szybkiej diagnostyki onkologicznej,
- kilkadziesiąt łatwo dostępnych ośrodków kompetencji, posiadających odpowiednie doświadczenie i zasoby do leczenia nowotworów w najczęstszych lokalizacjach (rak płuca, piersi, jelita grubego, gruczołu krokowego),
- sieć centrów doskonałości, zajmujących się dodatkowo leczeniem skomplikowanych przypadków klinicznych, nowotworów rzadkich, prowadzeniem badań naukowych i kształceniem kadr.

Zakres proponowanych zmian obejmie wszystkie piętra systemu opieki zdrowotnej, zapewniając w ten sposób ich lepsze współdziałanie. Istnieją dowody, że lekarze i zespoły wyspecjalizowane w leczeniu określonych typów nowotworów (udokumentowane liczbą leczonych chorych, posiadaną kadrą i infrastrukturą) uzyskują o ok. 10-20% lepsze wyniki leczenia. Koordynacja wykorzystania zasobów wpłynie nie tylko na wyniki leczenia, ale poprawi również organizację procesu, nabywanie kompetencji oraz zwiększy jego efektywność ekonomiczną. Powyższe działania należy poprzedzić przeprowadzeniem analizy posiadanych zasobów w odniesieniu do aktualnych oraz przyszłych potrzeb.

W celu zapewnienia skutecznej realizacji większości celów Strategii, istnieje potrzeba utworzenia instytucji o odpowiednich kompetencjach merytorycznych, koordynującej i monitorującej najważniejsze aspekty walki z rakiem w Polsce. W jej pracach powinni uczestniczyć jako zewnętrzni eksperci przedstawiciele towarzystw naukowych, lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych z ośrodków onkologicznych (instytuty, jednostki wyższych uczelni, centra regionalne i resortowe oraz inne podmioty lecznicze), a także przedstawiciele pacjentów i organizacji pozarządowych.

## *Działanie 1.1. Monitorowanie i koordynacja najważniejszych aspektów walki z rakiem w Polsce*

Kluczową rolę w procesie terminowej i skutecznej realizacji większości działań strategii powinna pełnić odpowiednio umocowana instytucja. W pierwszym okresie proponuje się powołanie specjalnej komórki organizacyjnej o randze departamentu w Ministerstwie Zdrowia. Jej zadaniem byłoby monitorowanie funkcjonowania systemu opieki onkologicznej oraz podejmowanie inicjatyw zmierzających do jego racjonalizacji oraz poprawy koordynacji i efektywności. Merytoryczne wsparcie tych działań powinno zostać powierzone Radzie ds. Onkologii, składającej się z przedstawicieli wszystkich dziedzin walki z rakiem, środowisk pacjentów i organizacji pozarządowych. Wytyczanie najważniejszych działań w obszarze walki z rakiem oraz przygotowywanie rekomendacji w tym zakresie winno mieć charakter wielosektorowy i obejmować również takie zagadnienia, jak szkolenie zawodowe pracowników ochrony zdrowia, inicjowanie badań naukowych, promocję zdrowia oraz edukację społeczną w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób nowotworowych. Ta wielosektorowość powoduje, że w przyszłości należy poszukiwać skutecznych instytucjonalnych rozwiązań, które pozwolą na wypełnianie roli koordynacyjnej w działaniach objętych kompetencjami różnych ministrów i jednostek administracji publicznej. Zadania te mogłyby realizować powołana w tym celu instytucja.

Skuteczność zadań realizowanych przez ośrodek koordynujący walkę z rakiem powinna być zapewniona poprzez:

- wyposażenie go w odpowiednie kompetencje oraz dostęp do danych,
- kolegalność i transparentność decyzji w gronie fachowej, szerokiej reprezentacji różnych podmiotów i instytucji zaangażowanych w zwalczanie nowotworów oraz organizacji zrzeszających pacjentów,
- odpowiednie finansowanie.



### **Realizacja**

---

MZ



### **Termin**

---

III kwartał 2014 r.



## *Działanie 1.2. Stworzenie mapy zasobów i potrzeb onkologii w Polsce*

Aktualizacja wiedzy o stanie infrastruktury i wyposażenia oraz zasobów kadrowych instytucji zajmujących się walką z rakiem w Polsce powinna stanowić punkt wyjścia we wdrażaniu Strategii i uwzględniać obecny poziom zachorowań (ok. 150 tys. nowych przypadków rocznie) oraz prognozowany wzrost zachorowalności ogólnej do ok. 185 tys. do roku 2025. Mapa zasobów i potrzeb to podstawowe narzędzie w planowaniu zmian organizacyjnych i strukturalnych (inwestycji, szkoleń), a jej sporządzenie powinno nastąpić na możliwie wczesnym etapie wdrażania Strategii.



### **Realizacja**

---

MZ, NFZ



### **Termin**

---

II kwartał 2015 r.

## *Działanie 1.3. Uruchomienie systemu monitorowania jakości opieki onkologicznej w Polsce*

Monitorowanie jakości opieki zdrowotnej w Polsce stanowi istotny problem systemowy. Obecnie ogranicza się ono w zasadzie do funkcji kontrolnej realizowanej przez NFZ, wyłącznie w odniesieniu do wymaganych zasobów (z pominięciem monitorowania samych procesów i ich wyników). W opiece onkologicznej normy obowiązujące w zakresie zapewnienia jakości procesów, a częściowo również wyników, dotyczą wyłącznie procedur związanych ze stosowaniem promieniowania jonizującego w celach terapeutycznych lub diagnostycznych oraz izotopów promieniotwórczych. W pozostałym zakresie normy te mają niewiążący charakter i bazują na wytycznych opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w odniesieniu do systemu akredytacji w lecznictwie zamkniętym, lub Polskiego Centrum Akredytacji.

Należy stworzyć system zapewnienia jakości w opiece onkologicznej o szerszym niż dotychczas zasięgu i funkcjach, bazujący na systematycznym i kompleksowym

gromadzeniu danych o wynikach leczenia, zdarzeniach niepożądanych i powikłaniach, ich analizie na poziomie poszczególnych obszarów opieki, regionów i świadczeniodawców oraz regularnym, okresowym publikowaniu informacji na ten temat. Należy rozważyć powierzenie tego zadania instytucji koordynującej, o której mowa w Działaniu 1.1.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z CMJ, NFZ i CSiOZ



### **Termin**

---

III kwartał 2015 r.

## ***Działanie 1.4. Wyodrębnienie ośrodków referencyjnych specjalizujących się i prowadzących kompleksowe leczenie nowotworów w najczęstszych lokalizacjach narządowych***

Koncepcja jednostek („unitów”) narządowych wyspecjalizowanych w leczeniu określonych rodzajów nowotworów pojawiła się pod koniec lat 70. XX wieku i dotyczyła ośrodków leczenia raka piersi (BU - *breast units*). Na początku XXI wieku European Society of Mastology (EUSOMA) opublikowało stanowisko w sprawie BU, następnie wzmocnione rezolucją Parlamentu Europejskiego, w którym wskazuje się na główne cechy BU oraz potrzebę upowszechnienia tego modelu opieki w krajach Unii Europejskiej.

Z wcześniejszych opracowań opisujących czynniki sukcesu w zwalczaniu raka piersi w wybranych krajach europejskich oraz sytuację systemu zwalczania raka piersi w Polsce wynika m.in., że na osiągnięcie dobrych wyników wpływa m.in. optymalizacja procesów leczniczych i diagnostycznych, obejmująca w szczególności specjalizację ośrodków, łączenie różnych metod leczenia oraz systematyczna ocena wyników leczenia na poziomie placówek. Wyodrębnienie BU ma odpowiedzieć na problem fragmentacji opieki i braku instytucjonalnej odpowiedzialności za jej wynik, opóźnień w diagnostyce i podejmowaniu poszczególnych etapów terapii oraz odpowiedniego doboru sposobów postępowania, zgodnego z aktualnymi zaleceniami diagnostyczno-terapeutycznymi.

Przy zapewnieniu odpowiedniego otoczenia prawnego i organizacyjnego sieć BU w Polsce będzie docelowo oparta o ok. 60-80 istniejących ośrodków, obejmujących populację ok. 350-650 tys. mieszkańców każdy. Przy liczbie zachorowań na raka piersi ok. 15 tys. rocznie pozwoli na zachowanie efektu skali. Proces ten przewidziany jest na ok. 6 lat. Stan docelowy i zrównoważenie geograficzne osiągnięte zostanie na drugim etapie procesu. Według podobnych założeń, w kolejnych etapach powstawać będą ośrodki wyspecjalizowane w leczeniu raka jelita grubego i innych najczęstszych nowotworów (rak płuca, rak gruczołu krokowego).



#### Realizacja

MZ we współpracy z NFZ, COI, uczelniami medycznymi oraz towarzystwami naukowymi



#### Termin

Etap I – pilotaż BU – 2015 – 2017 r.

Etap II – stan docelowy BU – 2020 r.

### *Działanie 1.5. Wytypowanie ośrodków referencyjnych (centrów doskonałości), specjalizujących się w leczeniu rzadkich nowotworów oraz skomplikowanych przypadków klinicznych*

Leczenie chorych na rzadkie nowotwory, dla których zachorowalność nie przekracza 3 na 100.000 ludności (według kryteriów przyjętych przez IRCI) w wielospecjalistycznych ośrodkach referencyjnych pozwala uzyskać lepsze wyniki leczenia, a jednocześnie jest bardziej efektywne kosztowo. Wyróżnia się ponad 180 typów rzadkich nowotworów złośliwych (z czego większość stanowią mięsaki tkanek miękkich i kości, guzy neuroendokrynne, nowotwory krwi i część chłoniaków). Na mięsaki w Polsce zapada rocznie około 1000 chorych, którzy powinni być leczeni w najwyżej 5-6 ośrodkach. W ośrodkach tych powinno się także odbywać leczenie skomplikowanych przypadków klinicznych, w tym z wykorzystaniem innowacyjnych lub eksperymentalnych metod. Pozwoli to na ograniczenie takich niekorzystnych zjawisk jak opóźnienie rozpoznania, trudności w diagnostyce histopatologicznej, nieprawidłowe leczenie w ośrodkach o małym doświadczeniu. Należy przy tym

zapewnić skierowanie pacjenta do ośrodków referencyjnych na możliwie wczesnym etapie choroby.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z COI, uczelnie medyczne, NFZ, towarzystwa naukowe



### **Termin**

---

IV kwartał 2015 r.

## **Działanie 1.6. Stworzenie lokalnych punktów informacji onkologicznej**

Chorzy z rozpoznaniem lub podejrzeniem nowotworu i ich najbliżsi najczęściej odczuwają lęk, niepewność i zagubienie. Lokalne punkty udzielające informacji o dostępnych metodach i miejscach diagnostyki i leczenia oraz możliwych, najczęściej występujących niepożądanych efektach terapii, informatory dla pacjentów, infolinia oraz specjalne strony internetowe pomogą w obniżeniu poziomu lęku i niewiedzy, szczególnie na początku procesu. Współpraca z podmiotami zajmującymi się pomocą społeczną, organizacjami pozarządowymi oraz wolontariuszami umożliwi wsparcie prawne, doradztwo w zakresie powrotu na rynek pracy czy kontynuacji edukacji, dostępnych możliwości wsparcia psychologicznego oraz socjalnego dla pacjentów i ich rodzin. Punkty takie powinny zostać utworzone w każdym z istniejących wojewódzkich ośrodków onkologicznych oraz poza nimi, w liczbie 2-3 na województwo i być finansowane w ramach lokalnych budżetów obecnie przeznaczanych na programy zdrowotne.



### **Realizacja**

---

Samorządy wojewódzkie we współpracy z ośrodkami onkologicznymi oraz OW NFZ



### **Termin**

---

II kwartał 2015 r.

## *Cel 2: Poprawa jakości i zakresu gromadzonych danych*

Dostęp do kompleksowych, wiarygodnych, aktualnych oraz spójnych danych dotyczących nowotworów i ich charakterystyki, a także monitorowanie na podstawie tych danych zjawisk i procesów zachodzących w systemie, stanowią niezbędny warunek identyfikacji pojawiających się zagrożeń oraz podejmowanie racjonalnych decyzji w zakresie polityki zdrowotnej. Informacja ta jest także jednym z kluczowych narzędzi w ocenie wdrażania Strategii Walki z Rakiem w Polsce. Dostępne dane tworzą również podstawy do dalszych badań, publikacji, rozpowszechniania informacji oraz szerzenia wiedzy o nowotworach wśród społeczeństwa. Pomimo istotnej poprawy w zakresie gromadzonych danych epidemiologicznych o nowotworach złośliwych w Polsce w ostatnich dwóch dekadach, głównie za sprawą rozwoju Krajowego Rejestru Nowotworów, istnieje szereg barier, które uniemożliwiają dalszy postęp. Należą do nich m.in. ograniczony przepływ informacji pomiędzy instytucjami posiadającymi dostęp do danych o nowotworach, fragmentaryczność gromadzonych informacji, niewystarczający poziom informatyzacji uczestników systemu ochrony zdrowia, czy niedostateczny poziom wiedzy o aspektach jakościowych dotyczących onkologii w Polsce. Zniesienie tych barier oraz poprawa dostępnej informacji umożliwi wdrożenie szeregu narzędzi poprawiających skuteczność oraz efektywność całego systemu walki z nowotworami.

### *Działanie 2.1. Zapewnienie integralności, spójności i kompleksowości zbieranych danych onkologicznych w ramach dostępnych baz danych (rejestrów) oraz standardów ich wymiany*

Najważniejszym źródłem oceny zagrożenia nowotworami złośliwymi w Polsce jest Krajowy Rejestr Nowotworów. Kompletność rejestracji nowotworów szacowana jest obecnie na około 94%. KRN jest obecnie centralną bazą wspólną dla 16 wojewódzkich biur rejestracji oraz krajowego biura rejestracji. Istnieją jednakże inne źródła danych onkologicznych, przede wszystkim dane NFZ (w tym dane z systemu SIMP), bazy szpitalne, baza chorobowości szpitalnej w Instytucie Zdrowia Publicznego czy informacje nt. zgonów publikowane przez GUS. Informacje zawarte w tych bazach często pokrywają się z informacjami zawartymi w KRN, część danych stanowi jednak ich uzupełnienie. Stworzenie warunków technicznych oraz prawnych podstaw wymiany danych wrażliwych poprawi kompleksowość oraz poprawność informacji o nowotworach w Polsce.



Realizacja

MZ we współpracy z CSIOZ, NFZ, KRN, GUS, MAC, GIODO



**Termin**

---

II kwartał 2015 r.

### *Działanie 2.2. Opracowywanie oraz upowszechnianie analiz epidemiologicznych*

Obecnie analizy epidemiologiczne dotyczące nowotworów w Polsce są przygotowywane przede wszystkim przez Krajowy Rejestr Nowotworów. Zakres analiz jest niewystarczający i nie obejmuje np. prognoz kroczących, analiz sprawdzalności prognoz epidemiologicznych, analiz chorobowości, cyklicznych analiz przeżyć (w tym według podmiotów leczniczych) etc. Rozszerzenie skali działalności KRN, poszerzenie zakresu analiz oraz ich rozpowszechnianie przyczyni się do lepszego zrozumienia zjawisk dotyczących nowotworów w Polsce, zwiększenia aktywności publikacyjnej w zakresie onkologii, szerzenia wiedzy dotyczącej nowotworów w Polsce, a także kształtowania polityki zdrowotnej w zakresie onkologii na podstawie stale aktualizowanych analiz i prognoz.



**Realizacja**

---

MZ we współpracy z KRN, NFZ, PZH



**Termin**

---

W sposób ciągły

### *Działanie 2.3. Ocena jakości opieki onkologicznej w Polsce*

Jakość leczenia nie była dotychczas w Polsce przedmiotem szerokich analiz oraz badań ewaluacyjnych. Wypracowanie mierników oceny jakości leczenia i życia pacjentów, dalszy rozwój narzędzi i bazy benchmarkingowej do oceny jakości (w tym

instrumentów oceny ośrodków onkologicznych, takich jak np. Onkomapa) umożliwią lepsze zrozumienie sytuacji i potrzeb pacjentów, a w konsekwencji wdrożenie działań naprawczych. Proces ten zostanie wzmocniony poprzez gromadzenie oraz okresową ocenę badań dotyczących stanu zdrowia, jakości życia, sytuacji ekonomicznej i socjalnej osób w trakcie i po leczeniu.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z CMJ, NFZ, organizacjami pozarządowymi



### **Termin**

---

Okresowo (co 2 lata) od IV kwartału 2015 r.

## ***Działanie 2.4. Identyfikacja i pomiar czynników wpływających na różnicowanie skuteczności leczenia nowotworów złośliwych w poszczególnych regionach Polski***

Obecnie w Polsce nie publikuje się informacji dotyczących skuteczności leczenia w poszczególnych regionach czy ośrodkach onkologicznych (oprócz dostępnego w KRN wskaźnika 5-letnich przeżyć w poszczególnych województwach). Pomiar wskaźników skuteczności leczenia jest również utrudniony ze względu na niską zgłaszalność do KRN informacji o stopniu zaawansowania nowotworów (tzw. *staging*). Wypracowanie mierników skuteczności leczenia, przy jednoczesnej poprawie zgłaszalności stopnia zaawansowania nowotworu umożliwi ocenę skuteczności leczenia w poszczególnych ośrodkach onkologicznych i hematologicznych, co w dłuższej perspektywie stanie się podstawą do oceny tych podmiotów przez instytucje odpowiedzialne za monitorowanie i egzekwowanie jakości leczenia w Polsce.



### **Realizacja**

---

KCWR\* we współpracy z MZ, NFZ, KRN



### **Termin**

---

IV kwartał 2015 r.

## *Działanie 2.5. Włączenie karty zgłoszenia nowotworu złośliwego do dokumentacji medycznej*

Obecnie Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego, będąca głównym źródłem wiedzy o epidemiologii nowotworów w Polsce, jest statystycznym formularzem sprawozdawczym. Zakwalifikowanie Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego do kategorii dokumentacji medycznej poprawi kompletność gromadzonych danych o nowotworach w Polsce.



### **Realizacja**

---

MZ



### **Termin**

---

IV kwartał 2014 r.

## *Działanie 2.6. Rozwój nowych źródeł oraz baz danych*

Lepsze zrozumienie zjawisk dotyczących nowotworów w Polsce wymaga nie tylko rozwoju i integracji już istniejących baz danych, lecz również rozwoju nowych źródeł informacji. W tej chwili w Polsce brakuje jednolitych baz danych histopatologicznych, co utrudnia uzyskanie niezbędnych informacji przed rozpoczęciem terapii. Standaryzacja raportów histopatologicznych, informatyzacja wszystkich pracowni histopatologicznych oraz systemowe gromadzenie i analiza tych danych, rozwój autoryzowanych portali dotyczących onkologii dla pacjentów i profesjonalistów, możliwości uczestnictwa w badaniach klinicznych, bazy biobanków czy systemu wspomaganie decyzji klinicznych, powinny się przyczynić do dalszego rozwoju wiedzy o nowotworach.





### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z KRN, towarzystwami naukowymi



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 2.7. Systemowe monitorowanie kosztów leczenia względem skuteczności***

Obecnie w Polsce skuteczność leczenia monitorowana jest w ograniczonym zakresie. (Działanie 2.4.), co przy braku integracji danych Krajowego Rejestru Nowotworów z danymi dotyczącymi wydatków na leczenie onkologiczne (Działanie 2.1.) uniemożliwia systemową analizę efektywności leczenia w wybranych województwach czy podmiotach leczniczych. Według danych dostępnych dla nowotworów piersi oraz jelita grubego, w poszczególnych województwach istnieją istotne dysproporcje pomiędzy skutecznością leczenia (mierzoną 5-letnimi przeżyciami) a nakładami NFZ w przeliczeniu na jednego leczonego. Szczegółowa analiza oraz zrozumienie tych różnic poprawi alokację środków w kierunku podmiotów osiągających najlepsze wyniki kliniczne przy zachowaniu efektywności ich wydawania (Działanie 27.5.).



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ, AOTM, KRN



### **Termin**

---

IV kwartał 2016 r.

### *Cel 3: Zmiany legislacyjne umożliwiające skuteczne wdrożenie Strategii*

Niektóre rozwiązania legislacyjne w obszarze ochrony zdrowia nie nadążają za szybko zmieniającą się rzeczywistością. W wyniku tego pojawiają się czasami wątpliwości, co do stosowania i interpretacji przepisów prawa. Bywa, że nieścisłości te są wskazywane jako mechanizm „wiązący” ręce instytucjom Państwa w zakresie zapewnienia szerszej dostępności do najnowszych metod leczenia. Niedoskonałości prawa widoczne są w kilku obszarach i na różnych poziomach opieki nad pacjentem. Szczegółowej analizie wymagają np. regulacje dotyczące zasad finansowania w podstawowej opiece zdrowotnej, programów lekowych, czy też rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych.

#### *Działanie 3.1. Analiza obecnego stanu prawnego w kontekście możliwości realizacji celów i zadań Strategii*

Na etapie analizy obecnego stanu prawnego niezbędna jest identyfikacja i skatalogowanie wszelkich aktów prawnych mogących pośrednio lub bezpośrednio wpływać na obszar walki z nowotworami. W ramach szczegółowej weryfikacji przepisów niezbędna będzie również ich hierarchizacja tak, aby proces ujednoczenia i poprawy jakości rozpocząć od aktów o największym znaczeniu dla zwalczania raka w Polsce. Cele zawarte w Strategii dotyczą wielu obszarów, a więc niezbędne będą zmiany licznych, nierzadko niepowiązanych bezpośrednio aktów prawnych. Kompleksowe spojrzenie na polski porządek prawny i poprawa jego spójności doprowadzi do usunięcia głównych mechanizmów dezintegrujących system walki z nowotworami w Polsce.



#### **Realizacja**

MZ we współpracy z ekspertami branżowymi



#### **Termin**

II kwartał 2015 r.

### *Działanie 3.2. Identyfikacja koniecznych zmian w istniejących regulacjach*

Należy ustalić akty prawne, które mają obecnie największy wpływ na obszary opisane w Strategii. Należy również dokonać określenia niespójności, wątpliwości interpretacyjnych czy złych praktyk, które mogłyby zostać wyeliminowane bez konieczności przeprowadzenia skomplikowanego procesu legislacyjnego. Tak zebrany materiał będzie „białą księgą” legislacyjną, wskazującą listę obszarów do zmiany lub identyfikującą brakujące przepisy.



#### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z ekspertami branżowymi



#### **Termin**

---

II kwartał 2015 r.

### *Działanie 3.3. Opracowanie listy postulowanych zmian oraz harmonogramu prac legislacyjnych*

Wpływ na poprawę dostępności leczenia mają regulacje z zakresu m.in. prawa farmaceutycznego czy prawa dotyczącego finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Stworzenie spójnych rozwiązań usuwających rozbieżności czy wątpliwości interpretacyjne w obecnym porządku prawnym i wprowadzających nową jakość zgodnie z priorytetami niniejszej Strategii, będzie wymagało współdziałania wszystkich interesariuszy na każdym etapie zmian.



#### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z ekspertami branżowymi



#### **Termin**

---

III kwartał 2015 r.

## *Cel 4: Zapewnienie odpowiednich zasobów kadrowych stosownie do ogólnopolskich i regionalnych potrzeb*

Nowe zadania wytyczone przez cele Strategii wymagają odpowiednich zasobów kadrowych, tj. właściwej liczby osób wyposażonych w odpowiednie kompetencje. Zadania te będą realizowane przez osoby obecnie zatrudnione w systemie ochrony zdrowia (lekarzy, pielęgniarki, inne zawody medyczne). W tej sytuacji należy zadbać, aby liczba personelu i jego umiejętności zagwarantowały w całym okresie Strategii wdrożenie wytyczonych działań. Niezbędne będą również osoby o nowych kompetencjach i funkcjach w systemie. W tym przypadku należy możliwie szybko rozpocząć kształcenie, aby mogły one w określonym terminie uczestniczyć w realizacji zaplanowanych zmian. Istnieje zatem potrzeba zidentyfikowania deficytowych zawodów i specjalizacji, unifikacji i podniesienia poziomu szkolenia przed- i podyplomowego oraz wspierania i ułatwiania kształcenia ustawicznego.

### *Działanie 4.1. Identyfikacja deficytowych specjalizacji w ujęciu regionalnym oraz ogólnopolskim*

Należy przeprowadzić analizę wyjściowego stanu w zakresie takich specjalności jak onkologia kliniczna, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca radioterapia, chirurgia onkologiczna, patomorfologia, medycyna nuklearna, medycyna paliatywna, psychoonkologia oraz innych zawodów medycznych związanych z onkologią, identyfikując osoby czynne zawodowo, uwzględniając dysproporcje terytorialne oraz zadania determinowane z jednej strony czynnikami populacyjnymi, z drugiej wymaganiami regulowanymi przez płatnika publicznego.



#### **Realizacja**

MZ we współpracy z NFZ, NIL, innymi samorządami zawodowymi



#### **Termin**

II kwartał 2015 r.

### *Działanie 4.2. Opracowanie wieloletnich prognoz zapotrzebowania na kadry medyczne oraz planu kształcenia w dziedzinie onkologii*

Bazując na mapie obecnych zasobów (Działanie 4.1.) należy przygotować wieloletni plan zapotrzebowania na kadry medyczne, opierający się na obecnej sytuacji, analizie rotacji, zastępowania i migracji personelu medycznego oraz prognozach demograficznych i epidemiologicznych. Plan ten powinien uwzględniać obecny system kształcenia i środki finansowe na jego skuteczną realizację.



#### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NIL



#### **Termin**

---

III kwartał 2015 r.

### *Działanie 4.3. Opracowanie koncepcji kształcenia koordynatorów leczenia onkologicznego*

Nową jakością w polskim systemie ochrony zdrowia powinno być wzmocnienie procesów koordynacji na każdym etapie walki z rakiem. W tym celu konieczne są zmiany instytucjonalne i organizacyjne, jak również powierzenie tego zadania specjalnie w tym celu powołanym osobom, z przypisaną funkcją koordynatora opieki onkologicznej (Działanie 26.2). Ponieważ osoby te powinny posiadać kompetencje w zakresie podstawowej wiedzy medycznej, pomocy prawnej, administracyjnej, psychologicznej i socjalnej, należy objąć szkoleniem uzupełniającym średni personel medyczny, a na wydziałach medycznych wyższych uczelni, w szczególności na kierunkach zdrowia publicznego, utworzyć programy przygotowujące do pełnienia funkcji koordynatora leczenia onkologicznego.



**Realizacja**

---

MZ we współpracy z MNiSW



**Termin**

---

IV kwartał 2015 r.

# *II*

## Nauka i badania nad rakiem



## ***II. Nauka i badania nad rakiem***

Osiągnięcia ostatnich dekad w walce z rakiem mają swoje źródło w olbrzymim postępie jaki dokonał się w dziedzinie badań nad biologią nowotworów oraz przeniesieniem ich wyników do praktyki klinicznej.

W Polsce badania naukowe nad rakiem realizowane są w uczelniach posiadających wydziały medyczne, instytutach podległych Ministrowi Zdrowia oraz Ministrowi Obrony Narodowej oraz Instytutach Polskiej Akademii Nauk. Finansowanie tych badań odbywa się zasadniczo z:

- corocznych dotacji z budżetu państwa na działalność statutową uczelni, bądź instytutów, których wysokość zależy głównie od ich wielkości (liczby pracowników naukowych) oraz uzyskanej oceny parametrycznej,
- systemu grantów badawczych uzyskiwanych w trybie konkursowym, udzielanych przez Narodowe Centrum Nauki w zakresie badań podstawowych lub Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w zakresie badań wdrożeniowych i komercjalizacji nowych odkryć.

Polscy naukowcy mają również możliwość ubiegania się i uczestniczenia w projektach badawczych finansowanych z grantów Unii Europejskiej, szczególnie w nadchodzącej perspektywie budżetowej na lata 2014-2020, wpisującej się w okres Strategii Walki z Rakiem. W świecie wiedzy i nauki zacierają się granice pomiędzy zasobami poszczególnych krajów, a osiągnany postęp jest coraz częściej wynikiem wspólnego wysiłku międzynarodowych zespołów badawczych. Udział polskich ośrodków w tych badaniach naukowych jest zbyt mały w stosunku do posiadanego potencjału kadrowego i intelektualnego.

W ośrodkach klinicznych czy szpitalach różnego typu realizowane są ponadto badania kliniczne, głównie III i IV fazy nad nowymi lekami lub wskazaniem terapeutycznymi dla zarejestrowanych produktów leczniczych. Badania te mają charakter komercyjny i w większości finansowane są przez przemysł farmaceutyczny. Niezależne badania kliniczne prowadzi jedynie kilka grup badawczych, zwłaszcza zajmujących się nowotworami krwi i układu chłonnego.

W celu podniesienia poziomu i jakości prowadzonych badań nad nowotworami należy dążyć do tego, aby zgłaszanie projektów badawczych w konkurencyjnych, transparentnych procedurach konkursowych stało się dominującym sposobem



pozyskiwania finansowania, a możliwie szybki transfer odkryć do praktyki klinicznej był priorytetem wspieranym przez Państwo.

Większość badań nad rakiem prowadzi się przy wykorzystaniu próbek biologicznych. Wsparcie tych badań powinno również dotyczyć stworzenia ram organizacyjnych i prawnych oraz finansowania banków tych próbek. Tworzenie biobanków jest obecnie oparte na oddolnych inicjatywach, zwykle na potrzeby konkretnego projektu badawczego. W takich przypadkach gromadzi się najczęściej względnie małą ilość materiału i wielokrotnie w przyszłości brakuje go do dalszych projektów. Obecna struktura biobanków jest rozproszona. Nie ma standardu odnośnie rodzaju, ilości materiału, sposobu izolacji, systemu przechowywania, minimalnych danych klinicznych, opisu itd.

## *Cel 5: Wzmocnienie polskich ośrodków naukowo-badawczych*

Pozycję i rolę polskich badaczy w kraju i na arenie międzynarodowej odzwierciedlają w decydującym stopniu takie kryteria jak:

- Uczestniczenie lub koordynowanie pracy wielodyscyplinarnych zespołów badawczych, w tym o zasięgu międzynarodowym,
- Aktywność i skuteczność w pozyskiwaniu grantów na realizowane projekty naukowo-badawcze,
- Publikowanie wyników prowadzonych badań w recenzowanych czasopismach oraz ich cytowania,
- Rejestracja patentów i ich wdrażanie.

Należy dążyć do poprawy skuteczności aplikacji o granty badawcze, poprawy uczestnictwa w międzynarodowych zespołach i projektach badawczych zwłaszcza, że projekty koordynowane przez naukowców z Polski należą do rzadkości.

Czynnikami kreującymi większą skuteczność polskich badaczy w dziedzinie uczestnictwa w międzynarodowych projektach powinna być powszechność otwartych, transparentnych procedur konkursowych, jako dominującego mechanizmu w zdobywaniu funduszy na badania finansowane z krajowych źródeł oraz regularna ocena przy użyciu powszechnie stosowanych wskaźników i wymienionych powyżej kryteriów, wraz z publikacją corocznych raportów.

Szczególne typy badań w onkologii stanowią interwencyjne badania kliniczne tj. prowadzenie naukowego eksperymentu leczniczego w ściśle określonych warunkach prawnych i etycznych. Badania te mogą mieć formę komercyjną (zlecaną i finansowaną przez przemysł) lub niekomercyjną (gdzie sponsorem badania jest m.in. ośrodek akademicki, zakład opieki zdrowotnej itp., i które nie jest są związane z osiągnięciem zysku,, stanowiące w Polsce znikomy odsetek). W krajach Europy Zachodniej około 40% badań klinicznych jest realizowanych w formie niekomercyjnych badań klinicznych, które obejmują akademickie projekty naukowo-badawcze lub badania inicjowane przez badaczy. Polska posiada dobrze rozwiniętą sieć ośrodków przygotowanych do prowadzenia badań klinicznych, jednak ich potencjał nie jest wykorzystany z powodu ograniczeń prawno-administracyjnych i finansowych oraz braku społecznej wiedzy na temat możliwości tych ośrodków. Dla porównania, na

Węgrzech i w Czechach prowadzi się rocznie niemal tyle samo badań co w Polsce, a są to kraje kilkukrotnie mniejsze pod względem liczby ludności. Należy dążyć do promocji, rozwoju i wspierania badań klinicznych, zwłaszcza badań niekomercyjnych, w tym badań wczesnej fazy, finansowanych z grantów naukowo-badawczych. Dotyczy to także badań nad ulepszeniem lub modyfikacją zastosowania istniejących technologii (leków lub interwencji), albowiem obecne możliwości ich finansowania w ramach systemu grantów są bardzo ograniczone. Działaniom tym powinno towarzyszyć wspieranie i zachęcanie pacjentów do udziału w tych badaniach

### *Działanie 5.1. Tworzenie oraz promowanie wielodyscyplinarnych klastrów oraz projektów badawczych*

Bardzo często wymogiem prowadzonych badań naukowych jest zgromadzenie tysięcy przypadków. Niejednokrotnie wyzwaniem są badania dotyczące chorób rzadkich lub kilku schorzeń występujących jednocześnie. Najczęściej zgromadzenie tak dużego materiału przerasta możliwości pojedynczego ośrodka. Konieczne jest zatem zabezpieczenie środków promujących tworzenie konsorcjów mogących wspólnie aplikować o finansowanie ambitnych projektów. Projekty badawcze powinny być realizowane wspólnie przez specjalistów z zakresu nauk podstawowych (biologia, genetyka, immunologia), klinicystów, specjalistów w dziedzinie epidemiologii, zdrowia publicznego, toksykologii, farmakologii i socjologii. W tym celu należy wzmocnić istniejące obecnie w ramach oceny projektów mechanizmy wymuszające tworzenie konsorcjów w wielodyscyplinarnych badaniach.



#### **Realizacja**

MZ we współpracy z NCN oraz NCBiR



#### **Termin**

W sposób ciągły

### *Działanie 5.2. Wspieranie projektów w obszarze zwalczania nowotworów poprzez współpracę narodowych instytucji naukowo-badawczych z NCN iNCBiR*

NCN i NCBiR są instytucjami oceniającymi projekty badawcze, NCN w dziedzinie nauk podstawowych, NCBiR w zakresie projektów wdrożeniowych. Instytucje te powinny formułować tematyczne ogłoszenia o naborze wniosków o odpowiednim ciężarze merytorycznym dotyczącym onkologii. W systemie NCN/NCBiR nie ma możliwości finansowania projektów o ważnym znaczeniu społecznym czy medycznym, które nie dotyczą nauk podstawowych i nie są wdrożeniowe. Trzeba opracować i wdrożyć odrębne sposoby finansowania takich projektów.



#### **Realizacja**

---

MNiSW we współpracy z MZ, NCN oraz NCBiR



#### **Termin**

---

W sposób ciągły

### *Działanie 5.3. Promowanie udziału oraz zwiększenie uczestnictwa polskich ośrodków naukowo-badawczych w projektach międzynarodowych*

Obecnie polskie ośrodki mają możliwość uczestniczenia w licznych badaniach międzynarodowych. Projekty takie są jednak rzadko koordynowane przez polskich badaczy. Promowane i wspierane przez Państwo powinny być projekty koordynowane, jeśli efektem mogłoby być opatentowanie rozwiązania, produktu lub stworzenie wzoru użytkowego.



#### **Realizacja**

---

MNiSW we współpracy z MZ, NCN oraz NCBiR



#### **Termin**

---

W sposób ciągły

### *Działanie 5.4. Pomiar oraz rozpowszechnianie wyników badań (m.in. publikacje, liczby cytowań, patenty) poprzez tworzenie corocznych raportów*

Parametry takie jak liczba publikacji w czasopismach naukowych o wysokim wskaźniku wpływu (impact factor - IF), liczba cytowań, współczynnik Hirscha (H-index), czy skuteczność w zdobywaniu grantów, są łatwo dostępne i powszechnie stosowane. Należy zadbać, by parametry te rzeczywiście były uwzględnione w ocenie grup badawczych i badaczy, poprzez regularne przygotowywanie i publikowanie corocznych raportów na ten temat.



#### **Realizacja**

---

MNiSW we współpracy z MZ



#### **Termin**

---

Okresowo (co rok) od IV kwartału 2014 r.

### *Działanie 5.5. Promowanie polskich niekomercyjnych badań klinicznych*

Stworzenie warunków do preferencyjnego finansowania niekomercyjnych badań klinicznych przez granty naukowe NCBiR (np. wydzielenie określonych funduszy dla tak definiowanej kategorii grantów), a także jasne potwierdzenie, że procedury uznane za standardowe i wykonywane u osób uczestniczących w niekomercyjnych badaniach klinicznych mogą być finansowane przez NFZ znacząco ułatwią rozwój klinicznych badań niekomercyjnych. Celowa jest zmiana istniejących regulacji, zmierzająca do wyraźnego rozróżnienia pomiędzy niekomercyjnymi badaniami klinicznymi a badaniami sponsorowanymi przez producentów testowanych produktów leczniczych (zróżnicowanie opłat, wymogów finansowych i formalnych, w tym np. wyceny ryzyka i ustalanie zasad ubezpieczania badań niekomercyjnych).



### **Realizacja**

---

MNiSW we współpracy z MZ, KCKWR oraz NFZ



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## *Cel 6: Podniesienie poziomu nauczania przeddyplomowego i podyplomowego w polskich uczelniach medycznych*

Wobec wyzwań, przed jakimi stoi współczesna polska onkologia, konieczny jest większy udział uniwersytetów medycznych i CMKP w tworzeniu systemowych rozwiązań dotyczących tego obszaru medycyny. Podyktowane jest to ustawowo określoną misją uczelni medycznych w zakresie kształcenia, nauki i innowacyjności, powiązaną z misją szpitali klinicznych opierającą się na trzech filarach: „leczyć, uczyć, odkrywać”.

Uczelnie medyczne i CMKP pełnią szczególną rolę w kształceniu przed- i podyplomowym kadr medycznych, których poziom kwalifikacji determinuje jakość świadczenia usług zdrowotnych w onkologii w ujęciu jednostkowym oraz systemowym. Stanowisko takie wspiera uchwała KRAUM z dnia 10.01.2014 r.

Od 2009 r. istnieje w Polsce opracowany i wdrożony „Ujednolicony Program Nauczania Onkologii w Uczelniach Medycznych”. Jego realizacja tylko w 2 na 12 uczelni medycznych opiera się na własnej pełnoprofilowej bazie kliniczno-dydaktycznej. W pozostałych uczelniach proces ten odbywa się częściowo lub całkowicie w zewnętrznych ośrodkach klinicznych na podstawie zawartych umów (głównie w zakresie radioterapii). Do edukacji w zakresie wielodyscyplinarnego podejścia do leczenia schorzeń onkologicznych i współistniejących oraz prowadzenia badań w tej dziedzinie, najlepiej przygotowane są ośrodki uniwersyteckie, w których nauczanie onkologii realizowane jest równolegle do kształcenia w innych dziedzinach medycyny. Likwidacja stażu podyplomowego lekarzy i konieczność wzmocnienia praktycznej nauki zawodu w toku studiów spowodowały konieczność opracowania nowych standardów nauczania onkologii. Istniejące programy nauczania należy poddać weryfikacji i aktualizacji oraz wprowadzić możliwość pomiaru i porównywania skuteczności nauczania onkologii pomiędzy poszczególnymi uczelniami. Przeddyplomowe nauczanie onkologii powinno być również realizowane na wszystkich wydziałach lekarsko-dentystycznych, nauki o zdrowiu oraz farmacji.

### *Działanie 6.1. Weryfikacja i aktualizacja programu nauczania z zakresu onkologii na uczelniach medycznych*

Konieczna jest regularna aktualizacja bazy wykładów i banku pytań oraz nieodpłatne udostępnianie ich na stronach internetowych. Realizacja programu nauczania powinna być we wszystkich uczelniach zakończona egzaminem testowym, przeprowadzonym według takich samych zasad i wymagań, co umożliwi międzyuczelniane porównanie uzyskanych wyników egzaminu oraz identyfikację obszarów źle przyswojonej i przekazanej wiedzy, jak również odpowiednią modyfikację programów nauczania.



#### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z KRAUM



#### **Termin**

---

I kwartał 2016 r.

### *Działanie 6.2. Utworzenie ośrodków onkologicznych w uczelniach medycznych*

Polskie uczelnie medyczne, na podstawie analizy potrzeb, powinny tworzyć we własnych szpitalach kliniczną zintegrowaną bazę edukacyjną, obejmującą wszystkie specjalności onkologiczne (chirurgię, radioterapię i leczenie systemowe). Pozwoli to na realizację pełnego programu nauczania w onkologii, rozwój nauki w tym obszarze oraz skuteczniejsze pozyskiwanie dla specjalności onkologicznych absolwentów studiów medycznych. Działające w ramach szpitali klinicznych ośrodki onkologiczne poprawią również wielodyscyplinarność opieki medycznej w zakresie współistniejących schorzeń nieonkologicznych, zwłaszcza związanych z wiekiem.. Inwestycje te mogą być wspierane środkami finansowymi budżetu państwa lub być realizowane w formule partnerstwa publiczno-prywatnego. Nowe ośrodki staną się ponadto ważnym uzupełnieniem istniejącej sieci świadczeniodawców na najwyższym poziomie świadczonych usług .



#### **Realizacja**

---



MZ we współpracy z MNiSW, NFZ



2020 r.

## *Cel 7: Skuteczne współdziałanie ośrodków klinicznych z przemysłem*

Polska pozostaje największym rynkiem badań klinicznych w regionie i ma istotny potencjał wzrostu. Badania kliniczne, oprócz wartości poznawczej, wiążą się z szeregiem korzyści, obejmujących zarówno istotny wkład w rozwój społeczeństwa, jak i samej gospodarki. W celu zwiększenia tempa rozwoju badań klinicznych w Polsce oraz uatrakcyjnienia jej obrazu jako kraju, w którym warto i należy lokować międzynarodowe badania kliniczne, należy uruchomić szereg inicjatyw, w tym poprawę otoczenia administracyjnego i racjonalizację regulacji. Szacunkowe dane wskazują, iż tylko ok 4% polskich chorych onkologicznych uczestniczy w badaniach klinicznych. Skala oszczędności NFZ z tytułu przejęcia przez sponsorów badań części kosztów opieki onkologicznej szacowana była w 2010r. na ok. 130 mln PLN. Rozwój zawodowy, budowanie relacji i doświadczenie uzyskane w ramach współpracy międzynarodowej mają widoczny pozytywny wpływ na młodych lekarzy. Nasilenie tej tendencji w przyszłości pomoże zintegrować Polskę z międzynarodowym środowiskiem i otworzy nasz kraj na osiągnięcia nowoczesnej medycyny.

### *Działanie 7.1. Zwiększenie liczby badań klinicznych oraz udziału pacjentów w tych badaniach*

Celem działań wszystkich środowisk powinno być zapewnienie wzrostu liczby badań klinicznych, które przyczynią się do upowszechniania nowoczesnej wiedzy medycznej i zwiększenia możliwości korzystania z tej wiedzy. W efekcie poprawią się ogólne standardy opieki zdrowotnej, z odczuwalną korzyścią dla pacjentów. Nieodzownym elementem programu rozwoju badań nad nowotworami w Polsce jest usprawnienie współpracy pomiędzy ośrodkami klinicznymi a przemysłem. Dotyczy to sfery koordynacji zakresu i tematyki programów badawczych. Racjonalizacja przepisów i efektywne wdrażanie regulacji europejskich, a nie nadmierna ingerencja i mnożenie wymogów, stanowiąc będą najlepszą zachętę do podejmowania większej aktywności, tak w zakresie badań komercyjnych, jak i projektów inicjowanych przez samych badaczy. Bezpośredni wpływ na liczbę badań klinicznych rejestrowanych w Polsce mieć będzie w szczególności skrócenie czasu ich rejestracji (dziś wynoszącego średnio kilka miesięcy). Istotne będzie zwiększenie dostępności dla pacjentów informacji o prowadzonych

badaniach oraz ich celach, zakresach i zasadach naboru (np. w formie publicznej platformy informacji prowadzonej przez ośrodki zaangażowane w badania). Nie bez znaczenia będzie także wprowadzenie przejrzystych zasad dotyczących współfinansowania leczenia pacjenta objętego badaniem klinicznym przez sponsora i NFZ (w zakresie leczenia standardowego i niestandardowego).



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z MNiSW



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## *Cel 8: Rozwój badań nad biologią nowotworów*

Postęp w dziedzinie nauk podstawowych stanowi klucz do lepszego zrozumienia patomechanizmu procesów transformacji nowotworowej i nowotworzenia. Dzięki temu, obok klasyfikacji fenotypowej, pojawiły się nowe systemy klasyfikacji nowotworów na podstawie markerów immunologicznych lub genetycznych. Markery te nabierają coraz większego znaczenia predykcyjnego oraz mogą być wykorzystywane w terapii ukierunkowanej. Powszechnie uważa się, że badania podstawowe nad nowotworami mogą się przyczynić do przełomowych odkryć, umożliwiającących skuteczniejszą walkę z rakiem.

### *Działanie 8.1. Wyodrębnienie oraz wzmocnienie roli ośrodków referencyjnych w zakresie genetyki molekularnej i klinicznej, immunologii i patomorfologii*

Ośrodki referencyjne powinny pełnić dodatkowe zadania w zakresie pogłębionej diagnostyki rzadkich nowotworów, która ze względu na wysokie koszty i małą liczbę przypadków nie może być finansowana w ramach działalności komercyjnej. Do zadań tych ośrodków powinien również należeć nadzór nad jakością i weryfikacją wątpliwych wyników. Ponadto ośrodki referencyjne mogłyby tworzyć banki unikatowych materiałów biologicznych. Utworzenie takich ośrodków i ich finansowanie powinno być uregulowane przez odpowiednie przepisy prawa.



#### **Realizacja**

MZ we współpracy z PTP, KIDL, PTG, PTGC



#### **Termin**

IV kwartał 2016 r.

### *Działanie 8.2. Utworzenie centralnego rejestru zasobów próbek biologicznych*

Powinien powstać centralny rejestr zasobów próbek biologicznych. Utworzenie rejestru powinna poprzedzać inwentaryzacja istniejących, rozproszonych zasobów banków próbek biologicznych. Centralny rejestr będzie z jednej strony źródłem informacji, z drugiej znormalizuje podstawowe zasady dotyczące sposobu izolacji i ilości pobieranego materiału, jego przechowywania oraz niezbędnego zakresu gromadzonych danych klinicznych.



#### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z MNiSW



#### **Termin**

---

IV kwartał 2017 r.

### *Działanie 8.3. Wprowadzenie ramowych zasad dostępu do próbek biologicznych dla badaczy*

Obecnie dostęp do próbek biologicznych opiera się na komercyjnych lub niekomercyjnych zasadach. Dostęp komercyjny jest znacznym utrudnieniem dla badaczy, ze względu na duże koszty, natomiast dostęp niekomercyjny nie jest uregulowany. Opracowanie regulacji dotyczących tej kwestii powinno stać się bodźcem do dzielenia się posiadanymi zasobami przez zespoły badaczy, co ułatwiłoby współpracę pomiędzy nimi i obniżyło koszty dostępu do materiału biologicznego wykorzystywanego w realizacji projektów naukowo-badawczych.



#### **Realizacja**

---

MNiSW we współpracy z MZ, GIODO



#### **Termin**

---

I kwartał 2017 r.

# *III*

## Profilaktyka pierwotna i wtórna



### *III. Profilaktyka pierwotna i wtórna*

#### *IIIa. Profilaktyka pierwotna*

Choroby nowotworowe, którym można zapobiec lub wyleczyć, należą w Europie do najczęstszych przyczyn przedwczesnych zgonów. Problem ten stanowi wielkie wyzwanie dla zdrowia publicznego. Istnieją niezbita dowody, że nowotworom złośliwym można zapobiegać. Choć poszczególne populacje na świecie różnią się częstością zachorowania na różne typy nowotworów, to zmienia się ona w czasie w określony i przewidywalny sposób.

Według danych WHO można zapobiec około 40% zgonów z powodu nowotworów. Obserwacje skutków migracji grup społecznych lub narodowościowych różniących się stylem życia wskazują, że ponad 80% zachorowań na nowotwory złośliwe w krajach zachodnich można przypisać szeroko pojętym czynnikom środowiskowym. Należą do nich przede wszystkim związki rakotwórcze zawarte w dymie tytoniowym (aktywne palenie), ale także np. nawyki żywieniowe i inne zachowania społeczno-kulturowe. Wprawdzie nie określono jeszcze wszystkich możliwych do uniknięcia przyczyn nowotworów, ale obecnie uważa się za znane czynniki ryzyka około połowy z nich.

Profilaktyka pierwotna nowotworów złośliwych opiera się więc na identyfikacji takich czynników ryzyka choroby nowotworowej, których rola w etiologii tej choroby została dostatecznie udokumentowana badaniami epidemiologicznymi. Wyeliminowanie tych czynników lub zmniejszenie narażenia na nie powinno zatem skutkować spadkiem zachorowań na nowotwory.

W 1984 roku na zlecenie Komisji Europejskiej opracowano po raz pierwszy Europejski Kodeks Walki z Rakiem, który uaktualniano kolejno w 1994 i 2003 roku. Obecnie przygotowywana jest do publikacji jego czwarta edycja, będąca odpowiedzią na nowe wyzwania i trendy obserwowane i monitorowane w populacji europejskiej.

W Polsce działania związane z profilaktyką pierwotną nowotworów powinny uwzględniać najważniejsze zagrożenia w naszej populacji oraz pogłębiać ich świadomość zarówno w całym społeczeństwie, jak i wśród grup społecznych lub zawodowych pełniących w nim szczególne role, tj. liderów opinii, nauczycieli, lekarzy, dziennikarzy, polityków.

Obok działań o charakterze interwencyjnym zmniejszających występowanie i wpływ znanych czynników ryzyka zachorowania na nowotwory ważną rolę powinna spełniać edukacja zdrowotna społeczeństwa.

Do możliwych do zredukowania czynników ryzyka rozwoju nowotworów zalicza się w szczególności:

- palenie tytoniu,
- nadmierne spożycie alkoholu,
- złe nawyki żywieniowe,
- małą aktywność fizyczną,
- nadwagę i otyłość,
- środowiskowe i zawodowe czynniki rakotwórcze (bierne palenie tytoniu, czynniki chemiczne i fizyczne),
- biologiczne czynniki rakotwórcze (zakażenia wirusowe HBV i HPV).

Co ważne, znaczna część tych czynników sprzyja również rozwojowi innych chorób cywilizacyjnych, a więc ich ograniczenie spowoduje korzystny wpływ na ogólny stan zdrowia populacji, nie tylko w zakresie schorzeń onkologicznych.



## *Cel 9: Podnoszenie poziomu wiedzy o czynnikach ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce*

Zrozumienie przez społeczeństwo roli czynników ryzyka chorób nowotworowych, a w konsekwencji zbudowanie kompetencji w zakresie zdrowia, jest jednym z głównych kroków do zmniejszenia zachorowalności dla wybranych schorzeń. Edukacja prozdrowotna realizowana jest niezależnie przez wiele podmiotów, obejmujących władze na szczeblu centralnym czy lokalnym, ośrodki edukacyjne, ośrodki ochrony zdrowia i organizacje pozarządowe. Edukacja społeczeństwa na poziomie centralnym obejmuje między innymi ogólnopolskie medialne kampanie społeczne, spotkania z dziennikarzami, spotkania z liderami opinii społecznej, czy lokowanie wiedzy dot. tej problematyki w mediach.

### *Działanie 9.1. Edukacja społeczna na temat czynników ryzyka nowotworów złośliwych oraz czynników obniżających ryzyko zachorowania*

Poziom wiedzy onkologicznej w polskim społeczeństwie jest wciąż niewystarczający. Odnosi się to zarówno do czynników ryzyka zwiększających zachorowania na nowotwory, jak i działań oraz zachowań mogących wpłynąć na jego zmniejszenie. Ze względu na potencjalne korzyści, działania te powinny być realizowane na poziomie ogólnopolskim oraz lokalnym.

W ramach działań edukacyjnych na poziomie ogólnopolskim konieczne jest:

- Wprowadzenie ogólnopolskiej medialnej kampanii społecznej, obejmującej w szczególności organizację spotkań z dziennikarzami, krajowymi liderami opinii, zaangażowanie w działania twórców filmów i seriali, konferencje prasowe etc.
- Współpraca z organizacjami pozarządowymi w zakresie opracowania medialnych kampanii społecznych, przy wykorzystaniu nowoczesnych kanałów komunikacji (m.in. strony internetowe, reklama zewnętrzna, portale społecznościowe)
- Opracowanie spójnego i ogólnego programu edukacyjnego dotyczącego czynników ryzyka nowotworów we współpracy Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Narodowej

- Wykorzystanie „publicznej misji” nadawców publicznych

W ramach działań edukacyjnych na poziomie lokalnym zalecane są:

- Szerokie promowanie zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem w formie bezpośredniej, poprzez szkolenie dzieci i młodzieży, nauczycieli i edukatorów
- Współpraca z organizacjami pozarządowymi w zakresie edukacji społeczności lokalnych na temat czynników ryzyka nowotworów złośliwych



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z JST oraz organizacjami pozarządowymi i KRRiTV



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 9.2. Działania edukacyjno-informacyjne ukierunkowane na wzmoczenie czujności onkologicznej kadry medycznej***

W ramach działań mających na celu poprawę poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwory, istotnym elementem jest odpowiednie przygotowanie nie tylko pacjentów, ale również pracowników ochrony zdrowia. Dotychczas realizowane działania opierały się przede wszystkim na organizowaniu warsztatów szkoleniowych. Obejmowały one głównie informacje na temat epidemiologii, prewencji, profilaktyki, diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ponadto utworzono bezpłatną internetową platformę edukacyjną dla pracowników ochrony zdrowia oraz bezpłatną infolinię onkologiczną. Należy zadbać o kontynuację tych działań oraz nawiązać współpracę związaną z działalnością edukacyjną z organizacjami pozarządowymi zarówno na szczeblu ogólnopolskim, jak i lokalnym.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NIL, IPIP, PTMR, KLR



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## *Cel 10: Promowanie zdrowego sposobu odżywiania oraz aktywności fizycznej*

Zgodnie z Europejskim Kodeksem Walki z Rakiem do czynników ryzyka rozwoju nowotworów zaliczają się nieodpowiedni sposób żywienia (m.in. nadmierna konsumpcja alkoholu, tłuszczów zwierzęcych, soli oraz czerwonego i przetworzonego mięsa) oraz brak aktywności fizycznej i związaną z tym nadmierną masę ciała. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że od 7 do 41% nowotworów jest spowodowanych nadwagą i otyłością. Otyłość może być najważniejszym związanym z żywieniem czynnikiem ryzyka w rozwoju wielu nowotworów zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. Według raportu WCRF / AICR rola aktywności fizycznej oraz zdrowego sposobu odżywiania jest uznawana za jeden z ważniejszych czynników zmniejszających ryzyko zachorowania na nowotwory, przynoszący również inne korzyści zdrowotne. Według badań sondażowych przeprowadzonych przez Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, w 2011 r. 43% mężczyzn i 27% kobiet miało nadwagę, a 15% mężczyzn i kobiet otyłość. Szczególnie niepokojące jest zjawisko nadwagi i otyłości wśród nieletnich. Udział polskich piętnastolatków z nadwagą lub otyłością wzrósł z 18% w roku 2006 do 22% w roku 2010 wśród chłopców oraz z 8% do 13% wśród dziewcząt. Zmiana stylu życia w młodym wieku może przynieść największe korzyści zdrowotne, nie tylko dotyczące zmniejszenia zachorowalności na nowotwory złośliwe.

### *Działanie 10.1. Identyfikacja przez lekarzy POZ grup podwyższonego ryzyka, promocja zdrowego sposobu odżywiania oraz aktywności fizycznej*

Lekarze POZ zajmują szczególną pozycję w systemie ochrony zdrowia, która w dużej mierze predestynuje ich do identyfikacji czynników ryzyka wystąpienia nowotworów oraz monitorowania grup podwyższonego ryzyka zachorowania. Wypracowanie i wdrożenie przez lekarzy POZ, onkologów oraz lekarzy innych specjalizacji wytycznych dotyczących m.in. nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, promowanie uczestnictwa w badaniach przesiewowych, czy podejmowanie działań zmniejszających narażenie na czynniki ryzyka, zwiększą skuteczność zapobiegania nowotworom oraz ich wykrywania we wczesnej fazie rozwoju.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ, KLR, PTMR



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 10.2. Opracowanie i rozpowszechnianie wytycznych dotyczących odżywiania***

Ważne jest prowadzenie programów edukacyjnych w zakresie zdrowego sposobu odżywiania się w społecznościach lokalnych, angażujących do wielosektorowej i długofalowej współpracy różne środowiska (m.in. lekarzy, pracowników socjalnych, władze lokalne, organizacje pozarządowe, kościoły, szkoły, producentów żywności, media). Działania edukacyjne skierowane do różnych grup docelowych (dzieci, rodzice, kobiety w ciąży, osoby starsze) powinny być dla nich odpowiednio dostosowane i mieć urozmaicony charakter.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z COI,ME, IŻiŻ, NIL, PTD, MEN



### **Termin**

---

III kwartał 2015 r.

## ***Działanie 10.3. Intensyfikacja współpracy środowisk onkologicznych z instytucjami zaangażowanymi w promocję zdrowia (m.in. samorządy terytorialne, organizacje pozarządowe)***

Pierwotna profilaktyka nowotworów poprzez racjonalny sposób żywienia, aktywność fizyczną i utrzymywanie prawidłowej masy ciała, są kompatybilne z profilaktyką innych chorób cywilizacyjnych, takich jak cukrzyca typu II, czy choroby układu krążenia. Działania te prowadzą do poprawy ogólnego stanu zdrowia

społeczeństwa. Należy rozważyć współpracę z instytucjami odpowiedzialnymi za programy zdrowotne realizujące strategiczne cele Narodowego Programu Zdrowia, w celu promowania wspólnych inicjatyw.

W celu podniesienia skuteczności należy współdziałać w realizacji innych programów kompatybilnych z programem pierwotnej profilaktyki, jak np. program unijny „Owoce w szkole”, realizowany przez Agencję Rynku Rolnego, czy program edukacyjno-badawczy „Mądre żywienie, zdrowe pokolenie”, koordynowany przez Polskie Towarzystwo Dietetyki.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z ARR, PTD, JST, organizacjami pozarządowymi



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## *Cel 11: Zapobieganie nowotworom wynikającym z palenia tytoniu*

Prowadzone w ostatnich latach działania legislacyjne oraz fiskalne, a także edukacja społeczna na temat palenia tytoniu, przynoszą wymierne efekty. Odsetek osób palących wśród dorosłych osób zmniejszył się z 37,9% w 1995 r. do 25,8% w 2013 r. Nowotwory złośliwe płuc nadal pozostają główną przyczyną zgonów wśród mężczyzn (31% zgonów z powodu nowotworów złośliwych w 2011 r.), ale w ostatniej dekadzie zmniejszyły się zarówno zachorowalność, jak i umieralność. Wśród kobiet wskaźniki zachorowalności i umieralności na raka płuca w ciągu ostatnich lat rosły, co związane było z wejściem w wiek zwiększonego ryzyka kobiet urodzonych w latach 1940–1960, u których narażenie na dym tytoniowy było szczególnie wysokie. Ograniczenie palenia tytoniu pozostaje od lat jednym z głównych celów w obszarze profilaktyki pierwotnej. Kontynuacja podjętych działań legislacyjnych oraz fiskalnych, ich konsekwentne egzekwowanie, a także dalsza edukacja na temat szkodliwości i konsekwencji palenia tytoniu, w tym szczególnie wśród nieletnich, są niezbędne do poprawy populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce.

### *Działanie 11.1. Rozpowszechnianie informacji o negatywnych skutkach palenia tytoniu, szczególnie wśród nieletnich*

Wśród obecnie palących większość zaczęła palić i uzależniła się od tytoniu przed 18. rokiem życia. Częstość palenia przez dzieci i młodzież, a w szczególności wśród dziewcząt należy w Polsce do najwyższych w Unii Europejskiej. Obserwuje się także zmiany w formach używania tytoniu (m.in. rosnąca popularność papierosów ręcznie skręcanych, papierosów mentolowych, typu slim, e-papierosów, fajek wodnych i bezdymnych wyrobów tytoniowych). Wiele dzieci w Polsce jest narażonych na bierne wdychanie dymu tytoniowego, zwłaszcza w swoim środowisku domowym, a także w miejscach publicznych.

Jednym ze sposobów ograniczenia palenia tytoniu jest rozpowszechnianie informacji na temat jego negatywnych następstw. Dotychczas podejmowane działania koncentrowały się na akcjach edukacyjnych kierowanych do dzieci i młodzieży, kampanii medialnych i społecznych i ostrzegawczych napisach na opakowaniach produktów tytoniowych. W celu podniesienia skuteczności tych działań należy rozważyć

ich kierowanie do homogenicznych grup docelowych (np. do dzieci i młodzieży w określonych grupach wiekowych, rodziców, kobiet w ciąży).



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z MEN



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 11.2. Rozpowszechnienie aktualnych danych o statystykach dotyczących palenia tytoniu w Polsce i jego następstwach***

Decyzje i działania zmierzające do ograniczenia palenia tytoniu w Polsce powinny mieć odpowiednie oparcie w danych statystycznych. Jest to szczególnie ważne z punktu widzenia oceny podejmowanych programów profilaktycznych. Rezultatem takiej oceny będzie przyjęcie odpowiedniej strategii działań na kolejne lata. Należy zatem wdrożyć system regularnych badań oceniających zjawisko palenia tytoniu w Polsce. Duży nacisk należy położyć na zachowanie odpowiedniej jakości, która powinna się przejawiać odpowiednim stopniem agregacji i porównywalnością między okresami.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z MF, GUS



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 11.3. Wsparcie w walce z nałogiem dla osób palących***

Leczenie uzależnienia od tytoniu pozostaje jednym z największych, ciągle nierozwiązanych wyzwań. Eliminacja palenia z obyczaju ludzkiego jest jednym z najistotniejszych priorytetów zdrowotnych nie tylko z punktu widzenia zdrowia



publicznego, ale także z punktu widzenia medycyny klinicznej. Skuteczne ograniczenie zdrowotnych następstw palenia tytoniu wymaga czynnego udziału wszystkich lekarzy. Leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu powinno się stać elementem rutynowego postępowania lekarskiego, podlegającym wszystkim zasadom sztuki lekarskiej. Funkcjonujące programy leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (z udziałem lekarzy POZ, poradnie oraz Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym) wydają się wciąż niewystarczające. Istotnym działaniem w tym zakresie powinno być zwiększenie dostępności wsparcia dla osób palących, które chcą podjąć ambulatoryjne leczenie lub skorzystać z telefonicznej pomocy.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 11.4. Edukacja lekarzy i pielęgniarek w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu***

Na skuteczność leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu znaczący wpływ ma odpowiednie wsparcie zarówno merytoryczne, jak i lecznicze ze strony pracowników ochrony zdrowia, w szczególności lekarzy i pielęgniarek. Oznacza to potrzebę odpowiedniego przeszkolenia personelu medycznego. Edukacja lekarzy i pielęgniarek powinna być wspierana przez samorządy zawodowe i towarzystwa naukowe, a także dostarczać odpowiednie narzędzia według najlepszych znanych standardów medycznych.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NIL, IPIP, KLR, PTMR



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## *Cel 12: Zapobieganie nowotworom o pochodzeniu infekcyjnym*

Istotnym elementem w zmniejszeniu zachorowalności na choroby nowotworowe o pochodzeniu infekcyjnym są szczepienia ochronne. Obecnie istnieją dwa szczepienia przeciwko infekcyjnym czynnikom odpowiedzialnym za powstawanie nowotworów: szczepionka przeciw HBV wywołującego raka wątroby oraz szczepionka przeciw HPV wywołującego raka szyjki macicy, jamy ustnej, gardła i odbytu. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jednoznacznie rolę zarówno badań przesiewowych, jak i szczepień przeciw HPV w narodowych strategiach profilaktyki raka szyjki macicy. Aczkolwiek badania cytologiczne wciąż są traktowane jako podstawowa metoda zapobiegania, to właśnie szczepienia są uważane za coraz ważniejszy czynnik skutecznej profilaktyki raka szyjki macicy i innych chorób związanych z zakażeniami HPV.

### *Działanie 12.1. Rozpowszechnienie szczepień przeciwko nowotworom pochodzenia infekcyjnego*

Szczepienie przeciw HBV zostało wprowadzone jako obowiązkowe do kalendarza szczepień w 1994 r. Szczepienia przeciw HPV zostały w Polsce wpisane w Program Szczepień Ochronnych w części II „Szczepienia zalecane – niefinansowane ze środków Ministra Zdrowia” i były realizowane bezpłatnie tylko tam, gdzie finansowały je lokalne samorządy. W 2010 roku decyzję o przeznaczeniu środków na ten cel podjęło około 150 jednostek, które sfinansowały zaszczepienie 30 tysięcy dziewcząt. Wyszczepialność w ramach tych inicjatyw osiągnęła poziom około 90%. W wielu krajach zaleca się i finansuje ze środków publicznych szczepienia młodych dziewcząt przeciw HPV w celu przeciwdziałania zakażeniom tym wirusem oraz zmniejszenia ryzyka zmian przedrakowych i raka szyjki macicy, a być może także innych nowotworów związanych z HPV. Należy zatem podjąć działania mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa (a w szczególności kobiet i lekarzy) na temat ryzyka i skutków zakażenia wirusem HPV oraz poprawę dostępności szczepień.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z JST



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 12.2. Zgromadzenie danych na temat dziewczynek zaszczepionych przeciwko HPV w Polsce w ramach programów samorządowych***

Obecnie nie istnieje system ewidencjonowania szczepień przeciw HPV w Polsce i w efekcie nie ma możliwości obiektywnej oceny zdrowotnych skutków prowadzonych działań. Ewidencja szczepień przeciw HPV, stanowiąca element kompleksowego programu szczepień ochronnych, stanowiłaby istotny krok w ocenie ich skuteczności, a tym samym korzyści z realizowanego działania.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z JST



### **Termin**

---

IV kwartał 2015 r.

### *Cel 13: Zmniejszenia narażenia na czynniki rakotwórcze w miejscu pracy*

Identyfikacja dużej liczby środowiskowych substancji rakotwórczych umożliwiła w ostatnich dziesięcioleciach działania zapobiegawcze, które spowodowały spadek zachorowalności na nowotwory związane narażeniem zawodowym. Według szacunków ok. 5% nowotworów można przypisać czynnikom rakotwórczym w miejscu pracy, do których zalicza się m.in. promieniowanie jonizujące, benzen, azbest, tlenek etylenu, akrylamid, związki chromu(VI), niklu, kadmu i arsenu, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, pyły drewna twardego, składniki o działaniu rakotwórczym gazów spalinowych silników Diesla oraz dymu tytoniowego wdychane wskutek biernego narażenia na ten dym.. Według danych Centralnego Rejestru Danych o Narażeniu na Substancje, Czynniki i Procesy Technologiczne o Działaniu Rakotwórczym lub Mutagennym, w 2012 r., występowanie rakotwórczych substancji i mieszanin zgłosiły 2634 zakłady pracy, występowanie promieniowania jonizującego – 1516 zakładów, a potencjalnie rakotwórczych procesów technologicznych – 757 zakładów. Liczba osób narażonych na substancje chemiczne wyniosła 55,6 tysięcy, a liczba zgłoszonych osobonarażeń 169,9 tysięcy. Nadal ważne jest uzupełnianie wiedzy w tym zakresie i wzrost świadomości wśród pracowników oraz pracodawców na temat czynników rakotwórczych w miejscu pracy.

#### *Działanie 13.1. Edukacja pracodawców oraz pracowników na temat czynników rakotwórczych związanych z narażeniem zawodowym*

Zapewnienie odpowiedniego poziomu edukacji pracodawców i pracowników na temat ryzyka wynikającego z występowania w środowisku pracy czynników rakotwórczych pozwoliłoby na identyfikację i podjęcie odpowiednich kroków mających na celu zminimalizowanie ich wpływu w miejscu pracy. Celowi temu będzie służyło wprowadzenie szkoleń pracodawców i służb BHP w zakresie identyfikacji czynników rakotwórczych w środowisku pracy, wybór właściwego wskaźnika narażenia dla substancji złożonej oraz właściwe określenie liczby narażonych osób.

Ważne jest także opracowanie i udostępnienie podstawowych informacji dla osób zatrudnionych przy pracach z czynnikami rakotwórczymi.



### **Realizacja**

---

MPiPS we współpracy z IMPwŁ, PIP, Sanepid



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 13.2. Wzmocnienie nadzoru instytucji państwowych w zakresie monitorowania narażenia i reagowania na czynniki rakotwórcze w środowisku pracy***

Istotna jest odpowiednia edukacja pracowników organów kontrolnych w zakresie identyfikacji czynników rakotwórczych w środowisku pracy, wyboru właściwego wskaźnika narażenia dla substancji złożonych oraz prawidłowego określenia liczby narażonych osób. Szkolenia te mogą się przyczynić do wzmocnienia nadzoru nad zakładami pracy, w których występują czynniki rakotwórcze. W rezultacie przełoży się to na wzrost wiarygodności danych gromadzonych w Centralnym Rejestrze Danych o Narażeniu na Substancje, Czynniki i Procesy Technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy. Dane te stanowią zbiorczą informację o skali narażenia zawodowego na czynniki rakotwórcze na poziomie krajowym i mogą być podstawą podejmowania działań związanych z zarządzaniem ryzykiem.



### **Realizacja**

---

GIS we współpracy z IMPwŁ i PIP, sanepid, MZ



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## *Cel 14: Zapobieganie nowotworom wynikającym z narażenia na promieniowanie UV*

Narażenie na promieniowanie UV (jeden ze składników promieniowania słonecznego), jest główną środowiskową przyczyną rozwoju nowotworów skóry. W Polsce na czerniaka skóry zachorowało w 2011 r. ponad 2,6 tys. osób, a na inne nowotwory skóry ponad 11 tys. osób. Badania epidemiologiczne w ostatnich dwóch dekadach w Polsce wskazują na istotny wzrost liczby zachorowań na te nowotwory, co najpewniej związane jest z rosnącym narażeniem na promieniowanie UV (zarówno pochodzenia naturalnego – promieniowanie słoneczne, jak i sztucznego – łóżka opalające, solaria). Zmniejszenia ryzyka związanego z zachorowaniem oraz poprawa wyników leczenia nowotworów złośliwych skóry wymaga działań ukierunkowanych zarówno na profilaktykę narażenia skóry na promieniowanie UV, jak również na wczesne wykrywanie zmian nowotworowych.

### *Działanie 14.1. Edukacja na temat szkodliwości promieniowania UV*

Jednym z działań pozwalającym na zmniejszenie ryzyka wystąpienia nowotworów w wyniku narażenia na promieniowanie UV jest edukacja społeczeństwa na temat jego szkodliwości oraz ocena skuteczności tych działań. Efektywność prowadzonych kampanii powinno zwiększyć określenie odpowiednich grup docelowych oraz dostosowanie do nich efektywnego kanału komunikacji. Szczególnie ważną grupą są młode osoby korzystające z solariów. W promocji i edukacji na temat szkodliwości promieniowania UV istotna jest współpraca z właściwymi partnerami np. z biurami podróży czy producentami kosmetyków.



#### **Realizacja**

MZ



#### **Termin**

W sposób ciągły

### *Działanie 14.2. Edukacja w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych skóry*

Warunkiem poprawy wyników leczenia chorych na nowotwory skóry istotne znaczenie odgrywa ich wczesne wykrywanie. W tym zakresie duże znaczenie ma rola edukacji społecznej. W idealnej sytuacji każdy powinien sam badać swoją skórę, a wszystkie podejrzane zmiany konsultować z lekarzem. Zasadne jest prowadzenie odpowiedniej społecznej kampanii informacyjnej. Identyfikacja grup o podwyższonym ryzyku może znacząco zwiększyć odsetek wcześnie wykrywanych nowotworów skóry.

Innym elementem zwiększającym skuteczność wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych skóry jest edukacja pracowników systemu opieki zdrowotnej na temat konieczności badania skóry jako rutynowej procedury medycznej.



#### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NIL, IPIP, KLR, PTMR



#### **Termin**

---

W sposób ciągły

### *Działanie 14.3. Zmiany legislacyjne ukierunkowane na ograniczenie dostępu do korzystania z solariów przez osoby nieletnie*

Do działań zmniejszających ryzyko zachorowania na nowotwory skóry należy zaliczyć prawne ograniczenie dostępu do solariów osobom nieletnim, na wzór uregulowań w innych krajach Europy. Należy także wprowadzić ściśle określone wymagania dla operatorów solariów.



**Realizacja**

---

MZ we współpracy z GIS



**Termin**

---

III kwartał 2015 r.



### *IIIb. Profilaktyka wtórna*

Podejmowanie zorganizowanych badań przesiewowych skierowanych do określonych grup zdrowej populacji bez objawów klinicznych ma na celu wyłonienie z grupy podwyższonego ryzyka osób ze zmianami przednowotworowymi lub z nowotworem we wczesnym, bezobjawowym stadium zaawansowania. Podstawowym efektem takich działań powinno być zmniejszenie umieralności z powodu tych nowotworów dzięki ich wczesnemu wykryciu. Uważa się, że ok. 1/3 nowotworów można wykryć we wczesnej fazie i całkowicie wyleczyć. W krajach, gdzie większość tych nowotworów wykrywanych jest w zaawansowanych stadiach, wdrożenie i upowszechnienie programu wczesnej diagnostyki nowotworów może przynieść szczególnie duże zmniejszenie umieralności oraz kosztów leczenia.

W Polsce, podobnie jak w większości rozwiniętych krajów świata, programami populacyjnymi badań przesiewowych objęte są następujące grupy osób:

- Kobiety w wieku od 25-59 lat – cytologiczne badania w kierunku raka szyjki macicy wykonywane raz na 3 lata - program działa w całym kraju od 2005 roku.
- Kobiety w wieku 50-69 lat – mammograficzne badania w kierunku raka piersi realizowane wykonywane raz na 2 lata – program działa w całym kraju od 2005 roku.
- Kobiety i mężczyźni w wieku 55-64 lata – kolonoskopowe badania w kierunku raka jelita grubego wykonywane raz na 10 lat - realizowane od 2000 roku jako program oportunistyczny oraz od 2012 roku jako program populacyjny obejmujący ograniczony obszar kraju (25 z 380 powiatów), sukcesywnie rozwijany.

Niezależnie od działań zwiększających udział społeczeństwa w badaniach przesiewowych, konieczne jest stałe doskonalenie zawodowe wszystkich pracowników ochrony zdrowia w zakresie tzw. „czujności onkologicznej”.

## *Cel 15: Poprawa organizacji, skuteczności i efektywności ekonomicznej populacyjnych badań przesiewowych*

Pomimo różnych metod realizacji populacyjnych badań przesiewowych istnieje szereg wspólnych działań, które zapewniają ich skuteczność. Należą do nich przede wszystkim promocja, edukacja społeczna, zachęcanie przez lekarzy POZ do udziału w badaniach, szkolenia realizatorów badań, zrozumienie i zmniejszanie regionalnych różnic, czy skuteczne zaangażowanie samorządów. Osobnym zagadnieniem jest organizacja badań przesiewowych, w szczególności badań cytologicznych oraz mammograficznych oraz efektywność kosztowa, związana przede wszystkim odpowiednim określeniem grup ryzyka.

Do realizacji przesiewowych programów raka szyjki macicy i raka piersi w Polsce powołano dwie odrębne zarządcze struktury. Jedną z nich, podległą Ministerstwu Zdrowia i zbudowaną z Centralnego Ośrodka Koordynującego i 23 Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, odpowiedzialną jest za część administracyjną i promocję badań oraz nadzór nad ich jakością. Instytucją odpowiedzialną za kontraktowanie i finansowanie badań profilaktycznych jest NFZ. Obie te struktury działają oddzielnie, co powoduje rozproszenie odpowiedzialności za jakość i skuteczność realizacji obu programów. Ponadto z tego powodu część populacji nieposiadająca prawa do ubezpieczenia zdrowotnego (szacowane na kilka procent populacji) pomimo kwalifikacji nie może zrealizować badania w ramach tych programów.

W latach 2006-2013 badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy i raka piersi były monitorowane jedynie z poziomu Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP). Dane z systemu informatycznego SIMP nie stanowią jednak pełnego obrazu liczby wykonanych badań profilaktycznych (szczególnie w odniesieniu do cytologii szyjki macicy), gdyż duża ich część wykonywana jest poza tymi programami i nie podlega rejestracji w SIMP.

### *Działanie 15.1. Analiza skali nierówności w zgłaszalności na badania przesiewowe oraz ich przyczyn*

Konieczny jest stały pomiar efektywności działań w zakresie promocji, przebiegu i realizacji badań przesiewowych. Ponieważ badania monitorowane w SIMP obejmują

tylko jedno źródło informacji, rzeczywisty obraz liczby wykonywanych badań jest niepełny. Ponadto nie pozwala on na wychwycenie rzeczywistych różnic pomiędzy poszczególnymi obszarami, gdzie były przeprowadzane badania przesiewowe. Brak analizy sytuacji w mammograficznych i cytologicznych badaniach przesiewowych uniemożliwia poprawę procesu i wdrażanie skutecznych rozwiązań. Wskazana jest analiza dotychczasowej sytuacji i wyznaczenie organów odpowiedzialnych za monitorowanie wszystkich działań procesu, wraz z określeniem standardów rejestracji oraz okresowym przygotowywaniem raportów.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

W sposób ciągły od IV kwartał 2015 r.

## ***Działanie 15.2. Wdrożenie skoordynowanego, zintegrowanego modelu organizacji i finansowania badań przesiewowych***

Doświadczenia zebrane z dotychczasowego programu wskazują na możliwość poprawy w zakresie modelu organizowania i finansowania badań przesiewowych. Do głównych zidentyfikowanych problemów należy przede wszystkim brak współpracy pomiędzy organizatorem badań a płatnikiem. Istotą sprawnego funkcjonowania jest też zapewnienie ciągłości finansowania działań logistycznych. W związku z tym konieczne jest usprawnienie modelu organizacji i finansowania badań poprzez poprawę współpracy podmiotu organizującego oraz finansującego badania oraz wytworzenie wspólnych procedur kontroli jakości.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

I kwartał 2016 r.

### *Działanie 15.3. Stworzenie biblioteki programów profilaktycznych dla organów samorządu terytorialnego*

Organy samorządu terytorialnego przeznaczają środki na realizację zadań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej. Instytucje te nie zawsze mają wystarczającą wiedzę, pozwalającą na realizację programów zdrowotnych w sposób przynoszący wymierne korzyści. Zasadne jest utworzenie biblioteki profilaktycznych programów przeznaczonych dla jednostek samorządu terytorialnego, stanowiącej źródło wiedzy w doborze i realizacji programów zdrowotnych opartych na aktualizowanej wiedzy.



#### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z towarzystwami naukowymi



#### **Termin**

---

IV kwartał 2016 r.

### *Działanie 15.4. Wzmocnienie roli lekarzy POZ w zachęcaniu do udziału w badaniach przesiewowych*

Lekarze Podstawowej Opieki Zdrowotnej stanowią pierwszy etap kontaktu lekarza z pacjentem, dlatego powinni odgrywać ważną rolę w promowaniu badań przesiewowych. Według danych pochodzących z systemu SIMP, tylko kilka procent kobiet wykonujących przesiewową mammografię i cytologię zostało poinformowanych o tych badaniach przez lekarzy POZ. Cieszący się dużym zaufaniem lekarze POZ mogliby w istotny sposób wpłynąć na decyzję pacjentów o wykonaniu badania przesiewowego. W związku z tym należy wprowadzić właściwe mechanizmy motywujące lekarzy POZ do udziału w zapobieganiu nowotworów.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

II kwartał 2016 r.

## ***Działanie 15.5. Wdrożenie systemu szkoleń dla realizatorów badań przesiewowych***

W pierwszych latach badań przesiewowych w Polsce prowadzono na szeroką skalę szkolenia dla poszczególnych grup specjalistów realizujących badania mammograficzne i cytologiczne – ginekologów, położnych, patomorfologów, cytodiagnostów, radiologów, techników RTG i fizyków. Ze względu na rotację personelu oraz zmieniające się sytuacje w obszarze prawa, technologii i stosowanych zaleceń, szkolenia powinny mieć ustawiczną formę.



### **Realizacja**

---

MZ



### **Termin**

---

W sposób ciągły od II kwartału 2016 r.

## ***Działanie 15.6. Promocja badań przesiewowych***

Dotychczas realizowane działania promujące badania przesiewowe przyjmowały różnorodne formy marketingowo-edukacyjne. Należały do nich: materiały edukacyjne, artykuły w prasie, audycje telewizyjne i radiowe. W skali lokalnej organizowano kampanie happeningowe oraz edukację w szkołach i zakładach pracy. Nie dokonano jednak analiz wpływu poszczególnych działań na zgłaszalność na badania profilaktyczne. Zasadna jest kontynuacja podejmowanych działań wraz z oceną ich

efektywności. Ponadto należy rozważyć określenie odpowiednich grup docelowych i dostosowanie odpowiedniego poziomu oraz sposobu komunikacji.



### *Realizacja*

---

MZ



### *Termin*

---

W sposób ciągły

## *Cel 16: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy*

W 2012 r., w ramach badań przesiewowych, w Polsce przeprowadzono 765 tys. badań cytologicznych. Kolejne 411 tys. badań zrealizowano poza programem w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Program Wczesnej Diagnostyki Raka Szyjki Macicy realizowany jest w trzech etapach: podstawowym, gdzie jest pobierany materiał, diagnostycznym, gdzie dokonywana jest ocena, i pogłębionym, gdzie pacjentki z dodatnim wynikiem poddawane są dalszej diagnostyce. Obecnie w programie wymaz może pobierać lekarz ginekolog i położna w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz położna w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Badanie cytologiczne u kobiet (bez względu na wiek) może być również wykonywane i finansowane ze środków publicznych w ramach porady specjalistycznej w gabinecie ginekologicznym oraz, ze środków prywatnych, w prywatnych gabinetach ginekologicznych.

Zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne wyniosła w 2012 r. ok. 36% populacji docelowej (uwzględniając badania w programie przesiewowym w ramach świadczeń AOS), przy znacznych różnicach regionalnych w poszczególnych województwach (od ok. 31% w województwie łódzkim do ok. 44% w województwie wielkopolskim). Z przeprowadzonych badań wynika, że ok. 18% Polek nigdy nie przystąpiło do badania cytologicznego. Są to przede wszystkim kobiety gorzej wykształcone i z mniejszych miejscowości. Poprawa zgłaszalności i jakości badań cytologicznych oraz rewizja programów przesiewowych, z uwzględnieniem ich dostosowania do poziomu ryzyka, są niezbędnymi elementami podniesienia skuteczności programu przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy.

### *Działanie 16.1. Rewizja istniejących programów przesiewowych, z uwzględnieniem ich efektywności kosztowej i dostosowania do poziomu ryzyka*

Należy podjąć działania mające na celu standaryzację i ewidencję wszystkich badań cytologicznych we wspólnym systemie rejestracji. Zasadne jest również przeprowadzenie pilotażowych badań przesiewowych opartych o wykrywanie wirusa HPV.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

IV kwartał 2015 r.

## ***Działanie 16.2. Kontrola jakości wykonywanych badań cytologicznych i wirusologicznych***

Nieodzownym warunkiem poprawy efektywności realizowanego programu badań przesiewowych jest ich wysoka jakość. Cel ten można przybliżyć poprzez integrację SIMP z obecnie budowanym systemem gromadzenia wyników badań patomorfologicznych, rejestrację wszystkich badań w połączonym systemie oraz wprowadzenie kontroli jakości preparatów cytologicznych i badań wirusologicznych.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ, KRN, CSIOZ



### **Termin**

---

W sposób ciągły



## *Cel 17: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka piersi*

Program Wczesnej Diagnostyki Raka Piersi jest realizowany w dwóch etapach. Etap podstawowy obejmuje wykonanie mammografii rentgenowskiej. W etapie pogłębionej diagnostyki, obejmującym kobiety z nieprawidłowym lub podejrzanym wynikiem mammografii, wykonuje się dodatkowo:

- a. badania kliniczne,
- b. dodatkowe zdjęcia mammograficzne, badanie USG,
- c. biopsję wykrytej zmiany.

Zgłaszalność kobiet w Polsce na badania mammograficzne w 2013 r. wyniosła ok. 43% docelowej populacji, przy znacznych różnicach regionalnych w poszczególnych województwach (od 37% w województwie małopolskim do 55% w województwie lubuskim).

Poprawa zgłaszalności i jakości badań mammograficznych są niezbędnymi warunkami ich większej skuteczności. Niezależnie od tego konieczne jest połączenie działań zwiększających wykrywalność nowotworów we wczesnym stadium zaawansowania z możliwie szybkim rozpoczęciem ich leczenia. W Polsce czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia jest daleki od optymalnego i wynosi średnio od 65 do 100 dni.

### *Działanie 17.1. Zwiększenie udziału kobiet uczestniczących w przesiewowych badaniach mammograficznych*

Obecnie w kraju z przesiewowych badań mammograficznych korzysta mniej niż połowa kobiet z docelowej populacji. Podobnie jak w odniesieniu do badań cytologicznych, grupą o niskiej zgłaszalności są kobiety gorzej wykształcone oraz zamieszkujące mniejsze miejscowości. W celu zwiększenia udziału kobiet w badaniach przesiewowych należy przeprowadzić dokładną analizę przyczyn absencji, co pozwoli opracować skuteczniejsze sposoby komunikacji na temat znaczenia badań przesiewowych. Istotnym działaniem wymagającym kontynuacji są przeznaczone dla kobiet kampanie marketingowo-edukacyjne na temat mammografii, informujące o przebiegu badania i jego skuteczności. Do badań mammograficznych powinien również zachęcać personel lekarski, w tym lekarze POZ (Działanie 15.4.).



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

III kwartał 2017 r.

## ***Działanie 17.2. Stałe doskonalenie kontroli jakości mammografii***

Istnieją możliwości dalszej poprawy opracowanego modelu kontroli jakości m.in. poprzez ułatwienie porównania wyniku badania przesiewowego z wynikami histopatologicznymi (w ramach dostępu *online*) i dalsze doskonalenie procedur audytu klinicznego.



### **Realizacja**

---

KCKWR we współpracy z MZ, NFZ



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## *Cel 18: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego*

W 2012 r. w ramach badań przesiewowych w Polsce przeprowadzono ok. 31 tys. kolonoskopii.

Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego są w Polsce finansowane w całości przez Ministerstwo Zdrowia w ramach środków NPZChN. Nie ma jednoznacznych danych wskazujących na to, który z testów przesiewowych stosowanych w raku jelita grubego jest optymalny. Dostępne metody to badania endoskopowe (kolonoskopia, sigmoidoskopia) lub testy na obecność krwi utajonej w kale (FOBT, lub bardziej specyficzny FIT) wykonywane w ramach programów dwu- lub jednostopniowych. W Polsce zdecydowano się na jednostopniowe badanie kolonoskopowe. Zwiększenie zasięgu badań kolonoskopowych i poprawa ich jakości są warunkiem zwiększenia skuteczności programu.

### *Działanie 18.1. Edukacja osób z populacji docelowej w zakresie ryzyka zachorowania na raka jelita grubego oraz skuteczności badań przesiewowych*

Dotychczas badania przesiewowe w kierunku jelita grubego realizowane były w systemie oportunistycznym oraz w systemie zapraszania. W zależności od zidentyfikowanych czynników ryzyka wytypowano odpowiadające im grupy docelowe. W systemie oportunistycznym są to osoby w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego i osoby w wieku 40-65 lat lub 25-65 lat z obciążającym wywiadem rodzinnym. Z kolei w systemie zapraszania grupę docelową stanowią osoby w wieku 55-64 lat oraz osoby z objawami choroby.

Należy systematycznie podnosić wiedzę na temat ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i skuteczności badań przesiewowych. Zarówno treść, jak i forma przekazywanej wiedzy powinny być dostosowane do zdefiniowanej grupy docelowej.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 18.2. Zwiększenie udziału osób uczestniczących w programie przesiewowej kolonoskopii***

Na zwiększenie udziału osób uczestniczących w programie przesiewowej kolonoskopii w systemie zaproszeń wpływają dostępność oraz poziom zgłaszalności. Poprawę dostępności do badań przesiewowych w systemie zapraszania powinno zapewnić zwiększenie liczby wykonujących je ośrodków. Poprawa wskaźnika zgłaszalności jest w dużej mierze uzależniona od poziomu edukacji grupy docelowej na temat ryzyka zachorowania na raka jelita grubego oraz badań przesiewowych. W związku z tym udział w badaniach jest pochodną Działania 18.1. Istotnym elementem planowanych kampanii powinno być zachęcanie przez lekarzy POZ do udziału w badaniach kolonoskopowych (Działanie 15.4.).

Zgłaszalność na kolonoskopię przesiewową w pierwszych 2 latach realizacji NPChZN w systemie zapraszonym wynosi około 18%. W związku z tym istnieją znaczne możliwości poprawy tego wskaźnika. Dotychczas, ze względu na ograniczone środki na finansowanie samych badań, nie prowadzono istotnych działań na rzecz zwiększenia zgłaszalności.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

IV kwartał 2018 r.

### *Działanie 18.3. Poprawa wskaźników jakości przesiewowej kolonoskopii*

Konieczne jest dalsze rozwijanie systemu oceny i poprawy jakości profilaktycznych kolonoskopii w systemie zapraszanym. Obecny system w odpowiedni sposób monitoruje jakość wykonywanych badań, ale ma ograniczoną wartość jeśli chodzi o ocenę zadowolenia zbadanych osób (poziom zadowolenia z badania w dłuższej perspektywie będzie się przekładał na zgłaszalność). Ponadto konieczne jest dalsze rozwijanie programów szkolenia dla trenerów kolonoskopii i utworzenia szkolenia dla histopatologów uczestniczących w programie badań przesiewowych.



#### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



#### **Termin**

---

W sposób ciągły

# *IV*

## Diagnostyka i leczenie



## *IV. Diagnostyka i leczenie*

Proces diagnostyki i leczenia nowotworów można podzielić na kilka etapów, których początek wyznaczają następujące punkty węzłowe:

- podejrzenie nowotworu,
- potwierdzenie rozpoznania na podstawie badania mikroskopowego i ocena stopnia zaawansowania choroby ,
- rozpoczęcie i koniec terapii.

Sprawny przebieg tych etapów warunkuje w decydującym stopniu skuteczność podejmowanych interwencji oraz ich efektywność kosztową. Miarą tej sprawności jest m.in. występowanie takich problemów jak:

- przewlekłość procesu,
- dublowanie interwencji,
- brak koordynacji i wielodyscyplinarnego podejścia do pacjenta,
- brak wystandaryzowanych zasad postępowania w najczęściej występujących nowotworach.

Duża skala tych zjawisk przekłada się bezpośrednio zarówno na obiektywne wskaźniki sprawności systemu, jak i na wyniki subiektywne, wyrażone poziomem satysfakcji pacjentów z jakości opieki onkologicznej i ich poczuciem bezpieczeństwa.

Początkowy etap procesu powinien się zakończyć weryfikacją wstępnego rozpoznania (podejrzenia), tj. jego potwierdzeniem i ustaleniem stopnia zaawansowania choroby lub jej wykluczeniem, i nie powinien trwać dłużej niż 7 tygodni, a w przypadku nowotworów wieku dziecięcego, z uwagi na ich szybki wzrost – 2 tygodni.

Pierwszym etapem terapeutycznym powinien być plan leczenia sporządzony przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów, w miarę możliwości przy udziale pacjenta i z uwzględnieniem dostępnych wariantów leczenia. Etap leczniczy, w zależności od sytuacji klinicznej, trwa od kilku dni (np. prosty zabieg chirurgiczny) do kilkunastu miesięcy (np. skojarzone leczenie z udziałem chirurgii, radioterapii i chemioterapii). W niektórych przypadkach fazę aktywnego leczenia przedłuża się do kilku lat (np. uzupełniające leczenie hormonalne w raku piersi).

Po etapie aktywnego leczenia przeciwnowotworowego następuje okres wieloletniej obserwacji ograniczony do okresowych badań pod kątem ewentualnych

nawrotów nowotworu albo późnych następstw przebytej terapii. W Polsce proponowane kierunki działań usprawniających funkcjonowanie diagnostyki i terapii nowotworów powinny w pierwszej kolejności dotyczyć:

1. Wzmocnienia roli lekarzy POZ na etapie wstępnej diagnostyki i obserwacji po leczeniu, poprzez ich wyposażenie w odpowiednie narzędzia i kompetencje.
2. Utworzenie funkcji koordynatora opieki onkologicznej na każdym etapie procesu.
3. Stworzenie na bazie istniejących ośrodków systemu szybkiej i kompleksowej diagnostyki onkologicznej.
4. Opracowania i implementacji wystandardyzowanych metod diagnostyki i leczenia dla wybranych, najczęściej występujących nowotworów, które będą miały powszechny i obowiązujący charakter.
5. Przechodzenia z obecnie dominującego szpitalnego modelu leczenia nowotworów na znacznie tańszy system ambulatoryjny.

Poprawa procesów medycznych wymaga ich pomiaru i systematycznego monitorowania. Rejestracja węzłowych punktów tych procesów oraz ich wyników stanowi kluczowy element oceny skuteczności podejmowanych działań i wskazywania kierunków zmian. Zbierane dane powinny umożliwiać analizy na poziomie populacyjnym i regionalnym w odniesieniu do poszczególnych świadczeniodawców. Pozwoli to zidentyfikować istniejące nierówności w dostępności i wynikach leczenia.

Osobnym, choć równie ważnym elementem Strategii powinno być monitorowanie funkcjonowania systemu „oczami pacjentów”, poprzez okresowe, systematyczne, koordynowane i standaryzowane badania poziomu ich satysfakcji.



## *Cel 19: Identyfikacja, monitorowanie oraz zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki onkologicznej*

Różnice we wskaźnikach zachorowalności oraz umieralności są widoczne w podziale na regiony Polski czy grupy społeczne. Dla przykładu, najwyższe wskaźniki standaryzowanej umieralności na nowotwory złośliwe ogółem dla mężczyzn występują w województwach lubuskim, wielkopolskim, kujawsko-pomorskim oraz pomorskim, a dla kobiet w województwach kujawsko-pomorskim, pomorskim oraz zachodniopomorskim. Istotne różnice dotyczą również jakości życia pacjentów w trakcie i po leczeniu oraz subiektywnie postrzeganej satysfakcji z leczenia w danym regionie czy ośrodku onkologicznym. Zróżnicowana jest także efektywność leczenia mierzona stosunkiem nakładów NFZ na leczenie wybranych grup pacjentów w stosunku do pięcioletnich przeżyć. Gromadzenie i analiza kompleksowej informacji, zrozumienie przyczyn tego stanu rzeczy oraz promowanie wiedzy o tych zjawiskach, a w konsekwencji likwidowanie źródeł tych dysproporcji powinno się stać jednym z priorytetów polityki zdrowotnej Państwa.

### *Działanie 19.1. Identyfikacja czynników wpływających na różnice w dostępności do leczenia*

Różnice w dostępności do leczenia mogą wynikać z wielu czynników, m.in. z geograficznego dostępu do świadczeniodawców, dostępu do specjalistycznej diagnostyki, barier społecznych i ekonomicznych, różnic w finansowaniu świadczeń w poszczególnych regionach kraju, braku odpowiedniej liczby specjalistów z zakresu onkologii etc. Nierówności te oraz ich przyczyny nie zostały dotychczas kompleksowo przeanalizowane. Zrozumienie dysproporcji w dostępie do leczenia oraz ich zmniejszenie, powinno być jednym z priorytetów przyświecających stworzeniu Mapy zasobów i potrzeb onkologii w Polsce (Działanie 1.2.).

**Realizacja**

MZ we współpracy z NFZ oraz GUS

**Termin**

I kwartał 2016 r.

### *Działanie 19.2. Zmniejszenie nierówności w poszczególnych regionach kraju w zakresie dostępu do lekarzy specjalistów poprzez racjonalizację przydziału zasobów*

Pomimo wzrostu liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach onkologicznych w ostatniej dekadzie w Polsce, pozostaje ona nadal niewystarczająca. Utrzymują się przy tym istotne różnice w liczbie specjalistów w poszczególnych województwach (np. liczba specjalistów z zakresu onkologii\* na 100 tys. mieszkańców jest w województwie podkarpackim ponad dwukrotnie niższa niż w województwie mazowieckim). W konsekwencji dostęp do lekarzy onkologów (np. w ambulatoriach) oraz możliwość zapewnienia odpowiedniego poziomu opieki w trakcie leczenia onkologicznego są w wybranych regionach niewystarczające. Zmniejszanie tych różnic poprzez np. odpowiedni przydział miejsc szkoleniowych w dziedzinie onkologii umożliwi w dłuższej perspektywie zmniejszenie dysproporcji w dostępie do lekarzy pomiędzy regionami.

**Realizacja**

MZ we współpracy z NFZ

**Termin**

III kwartał 2020 r.

\* Wliczając lekarzy w specjalizacjach: chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, medycyna paliatywna, onkologia kliniczna, patomorfologia, radioterapia onkologiczna

## *Cel 20: Wzmocnienie roli POZ w procesie diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentami po zakończonym leczeniu*

Podstawowa opieka zdrowotna odgrywa kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia każdego państwa. Jej zadania obejmują promocję zdrowego stylu życia, prewencję schorzeń i zapewnienie ciągłości opieki medycznej pacjentom i ich rodzinom. Zadania te są również istotne w systemie opieki onkologicznej. Można wyróżnić cztery obszary, w których POZ może odgrywać kluczową rolę:

- Promocja zdrowia i upowszechnienie zachowań zmniejszających ryzyko wystąpienia nowotworów.
- Ocena czynników ryzyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów.
- Koordynacja procesu diagnostycznego i nadzoru po zakończeniu leczenia.
- Opieka nad osobą wyleczoną z choroby nowotworowej i chorym w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej.

Obecnie role te nie zawsze są w pełni realizowane, co w połączeniu z brakiem skoordynowanych działań sprawia, że pacjent czuje się zagubiony w systemie, a ograniczone zasoby są wykorzystane nieefektywnie. Często pacjenci zbyt późno trafiają do systemu opieki specjalistycznej, badania diagnostyczne są dublowane, a opieka sprawowana jest latami przez specjalistów pomimo braku takiej potrzeby.

### *Działanie 20.1. Kształcenie ustawiczne lekarzy POZ w zakresie wiedzy onkologicznej*

Należy zadbać o ciągłość kształcenia lekarzy POZ w dziedzinie onkologii oraz wdrożenia form edukacji, które spotkają się z zainteresowaniem lekarzy i udowodnią swoją użyteczność w codziennej praktyce. Pomóc w tym może opracowanie kompleksowych i prostych modułów dotyczących najczęściej spotykanych problemów i sytuacji klinicznych. Organizacja i przeprowadzenie szkoleń powinno być wspierane ze środków publicznych, a ich poziom i jakość oceniane przez uczestników. Celowe jest również połączenie tego planu szkoleń z systemem gromadzenia punktów edukacyjnych przez lekarzy.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z KLR, PTMR oraz NIL



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 20.2. Stworzenie mechanizmów wzmacniających rolę lekarzy POZ w realizacji programów wczesnej diagnostyki nowotworów***

Obecnie pakiet badań diagnostycznych, które mogą być zlecane przez lekarza POZ, jest ograniczony. Opracowanie i wdrożenie przez środowisko onkologiczne oraz lekarzy medycyny rodzinnej podstawowych zasad diagnostyki onkologicznej pozwoli na jej przyspieszenie i usprawnienie oraz zapobiegnie niepotrzebnemu dublowaniu badań.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ, KLR, PTMR oraz NIL



### **Termin**

---

IV kwartał 2015 r.

## ***Działanie 20.3. Stworzenie mechanizmów wzmacniających rolę lekarzy POZ w opiece nad osobami wyleczonymi z choroby nowotworowej, w tym systemu przepływu informacji o pacjencie pomiędzy onkologami a lekarzami POZ***

Pacjenci po przebytej chorobie nowotworowej często przez długi czas pozostają pod opieką specjalistów z dziedziny onkologii, mimo, że nie jest to konieczne. Duża liczba wizyt kontrolnych w ośrodkach onkologicznych ogranicza dostęp do opieki specjalistycznej pacjentom rozpoczynającym lub kontynuującym leczenie. Lekarz POZ często nie otrzymuje żadnej zwrotnej informacji od specjalisty onkologa i jest ona oparta na relacji pacjenta lub przekazanej przez niego dokumentacji medycznej

Istotnym elementem poprawy komunikacji będzie stworzenie standardu przekazywanej informacji przez lekarza onkologa do lekarza POZ po zakończonym leczeniu, obejmującej m.in. krótki opis przebytego leczenia, ewentualną definicję problemów po leczeniu oraz sposób dalszego postępowania (m.in. kalendarz zalecanych kontrolnych badań diagnostycznych). Możliwość konsultacji specjalistycznej na poziomie lekarz onkolog – lekarz POZ w przypadku pojawiających się wątpliwości umożliwi lekarzom POZ przejęcie w większej mierze opieki nad pacjentem po przebytej chorobie nowotworowej.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ, KLR, PTMR oraz NIL



### **Termin**

---

IV kwartał 2015 r.

## *Cel 21: Rozwój leczenia onkologicznego w systemie dziennym oraz ambulatoryjnym*

W Polsce, na skutek uwarunkowań historycznych utrwalonych poprzez system finansowania świadczeń ze środków publicznych, dominuje szpitalny model leczenia nowotworów. Infrastruktura szpitalna jest najczęściej mierzona liczbą łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców. Wielkość ta nie określa jakości, a jedynie o pojemność wyrażoną potencjalnymi możliwościami hospitalizacji pacjentów. Doświadczenia innych krajów wskazują, że nie ma związku pomiędzy wskaźnikami liczby szpitalnych łóżek, a skutecznością zwalczania nowotworów, a kraje o największych sukcesach w leczeniu nowotworów, takie jak Szwecja i Finlandia, mają najniższe wskaźniki łóżek. Od wielu lat w krajach europejskich oraz w innych rozwiniętych krajach dąży się do zmniejszenia liczbę łóżek szpitalnych i przeniesienia leczenia ze szpitali do placówek ambulatoryjnych oraz opieki domowej. W Polsce natomiast stale rośnie liczba łóżek onkologicznych – według danych pochodzących z CSIOZ z 3751 w 2002 r. do 5030 w 2012 r. Zwracają również uwagę istotne, sięgające ponad 100%, różnice regionalne w liczbie łóżek onkologicznych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców w poszczególnych województwach. W roku 2012 wydatki NFZ na leczenie w szpitalnych oddziałach onkologii lub onkologii klinicznej (chemioterapia - hospitalizacja) były 2 razy większe niż na chemioterapię w systemie jednodniowym, a chemioterapia finansowana w warunkach ambulatoryjnych stanowiła tylko 9% wszystkich wydatków. Do tej kategorii wydatków nie zalicza się refundacji leków stosowanych w chemioterapii. Udział środków na finansowanie chemioterapii w warunkach szpitalnych wahał się w kraju w roku 2012 od 39% w województwie pomorskim do 82% w województwie łódzkim, przy podobnych wskaźnikach pięcioletnich przeżyć. Może to świadczyć o tym, że finansowanie świadczeń onkologicznych przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ bardziej wspiera lokalne modele leczenia nowotworów, niż wpływa na kreowanie korzystnych zmian w tym zakresie w skali kraju. Podobna sytuacja dotyczy radioterapii. Wskaźnik wydatków NFZ w 2012 roku na hospitalizację w trakcie radioterapii w stosunku do kosztów samej radioterapii wyniósł od 0,21 w województwie śląskim, do 1,03 w województwie podlaskim, przy średniej dla kraju wynoszącej 0,35. Dla porównania, w Wielkiej Brytanii, Francji i Australii w trybie ambulatoryjnym leczonych jest 99% pacjentów otrzymujących radioterapię i 90-95% pacjentów otrzymujących chemioterapię. Czynnikiem częściowo wpływającym na wysoki udział hospitalizacji w

systemie leczenia nowotworów jest niska zamożność polskiego społeczeństwa co powoduje, że szpitale przejmują częściowo rolę instytucji opieki społecznej.

### *Działanie 21.1. Utworzenie systemu wsparcia ekonomicznego dla pacjentów w trudnej sytuacji materialnej*

Leczenie choroby nowotworowej to dla części pacjentów znaczące dodatkowe obciążenie finansowe (dojazdy, leki wspomagające, żywienie). Problem ten nie jest wystarczająco rozpoznawany i uwzględniony w systemie opieki społecznej. Jego pośrednim skutkiem jest przeniesienie związanych z tym dodatkowych kosztów na system opieki zdrowotnej poprzez nieuzasadnione względami medycznymi hospitalizacje. Utworzenie w ramach systemu opieki społecznej specjalnych form pomocy materialnej dla najuboższych pacjentów w czynnym stadium choroby nowotworowej pomoże pokryć np. koszty dojazdów na leczenie lub inne wydatki związane z chorobą.



#### **Realizacja**

---

MPiPS we współpracy z MZ oraz NFZ



#### **Termin**

---

I kwartał 2015 r.

### *Działanie 21.2. Zapewnienie szerszego dostępu do opieki ambulatoryjnej oraz dziennej poprzez stworzenie alternatywnych dla hospitalizacji sposobów pobytu dla osób zamiejscowych*

Celowe jest wykorzystanie lokalnej bazy hoteli komunalnych lub utworzenie w bliskim sąsiedztwie ośrodków onkologicznych sieci hosteli dla pacjentów, dla których codzienny dojazd na terapię byłby zbyt uciążliwy. W ośrodkach takich będą przebywać pacjenci niewymagający całodobowej opieki lub nadzoru medycznego. Bliskość szpitala onkologicznego ułatwi komunikację oraz poczucie bezpieczeństwa, a w razie potrzeby zapewnienie profesjonalnej opieki medycznej.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z JST oraz NFZ



### **Termin**

---

II kwartał 2015 r.

## ***Działanie 21.3. Weryfikacja zasad finansowania leczenia stacjonarnego względem dziennego lub ambulatoryjnego***

Obecny system finansowania leczenia onkologicznego zachęca świadczeniodawców do prowadzenia terapii w warunkach szpitalnych. Należy przeprowadzić weryfikację mechanizmu rozliczania świadczeń oraz stosowanych taryf zmierzającą do ograniczenia hospitalizacji do sytuacji uzasadnionych rzeczywistym stanem zdrowia pacjenta. Ambulatoryjne formy leczenia powinny być finansowane w stopniu zapewniającym pokrycie wszelkich kosztów, co będzie bodźcem do nowych inwestycji i rozwoju tego sektora.



### **Realizacja**

---

NFZ we współpracy z MZ



### **Termin**

---

III kwartał 2015 r.



## *Cel 22: Poprawa dostępności oraz jakości diagnostyki onkologicznej*

Jednym z najważniejszych problemów polskiej onkologii jest przewlekły i pofragmentowany proces diagnostyczny prowadzący do potwierdzenia lub wykluczenia nowotworu. W toku tego procesu najczęściej wykonywane są badania obrazowe (RTG, USG, mammografia, TK, MR), badania histopatologiczne lub cytologiczne pobranych tkanek oraz, coraz częściej, specjalistyczne testy genetyczne.

Odpowiednio dobrane i szybko zastosowane metody diagnostyczne powinny się zakończyć weryfikacją wstępnego rozpoznania (podejrzenia nowotworu), tj. jego potwierdzeniem i ustaleniem stopnia zaawansowania lub wykluczeniem nowotworu. Proces ten nie powinien trwać dłużej niż 4 tygodnie.

W przypadku podejrzenia nowotworu, pacjenci (znajdujący się zwykle w silnym stresie i lęku) najczęściej kierowani są do innego specjalisty, oddziału szpitalnego, ośrodka onkologicznego lub na dodatkowe badania – najczęściej obrazowe. W poszukiwaniu placówki, która szybko i kompetentnie wykona konieczne badania, zapisują się do różnych ośrodków i odwiedzają wielu lekarzy w kolejnych etapach diagnostyki. Realizowany w tych warunkach proces diagnostyczny ma następujące wady:

- trwa długo, jest nieskoordynowany i przerywany okresami oczekiwania w kolejkach do poszczególnych etapów,
- bywa chaotyczny, co oznacza wykonywanie zbędnych badań. Następuje redundancja świadczeń, nieuzasadnione przyjęcia do szpitali itp.,
- często nie jest zakończony ostatecznym (lub najbardziej prawdopodobnym) rozpoznaniem nowotworu i ustaleniem jego zasięgu, co powoduje, że leczenie rozpoczyna się bez tych istotnych elementów,
- ewentualne wykluczenie nowotworu nie jest jednoznaczne a pacjent co jakiś czas, odwiedzając kolejne placówki, poszukuje dalszych dowodów na wykluczenie choroby.

Diagnostyka nowotworów w Polsce powinna się opierać na sieci jednostek dobrze wyposażonych na podstawowym poziomie oraz ośrodkach referencyjnych, w których istnieje możliwość wykonywania specjalistycznych badań diagnostycznych lub weryfikacji wątpliwych wyników. Ośrodki te powinny również odpowiadać za opracowanie i implementację systemów kontroli jakości badań diagnostycznych.

### *Działanie 22.1. Utworzenie systemu szybkiej ścieżki diagnostycznej dla pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej*

Uruchomienie, głównie na bazie istniejących placówek i z wykorzystaniem zatrudnionych tam specjalistów, ośrodków szybkiej diagnostyki. Ich głównym wyróżnikiem będzie zdolność przeprowadzenia „pod jednym dachem” lub przy udziale wyspecjalizowanych placówek partnerskich, głównie w trybie ambulatoryjnym, pełnego procesu diagnostycznego, od podejrzenia do wykluczenia lub rozpoznania nowotworu i ustalenia jego zaawansowania. Proces ten musi przebiegać wg jednolitych i kontrolowanych standardów, procedur obsługi pacjenta potwierdzonych wspólną marką. Docelowo ośrodki tego typu powinny być rozlokowane równomiernie, w zasięgu ok. 20-30 kilometrów, stosownie do wielkości populacji. Szacunkowo ich liczba mogłaby oscylować między 200-300 w kraju w ciągu 5 lat.



#### **Realizacja**

MZ we współpracy z NFZ



#### **Termin**

III kwartał 2016 r.

### *Działanie 22.2. Stworzenie systemu akredytacji i kontroli jakości laboratoriów genetyki molekularnej*

Kontrola jakości polega na wprowadzeniu standardów wykonywania badań, cyklicznej oceny jakości wyników (kontrola wewnątrz- i zewnątrzlaboratoryjna) oraz spełnienia wymogów personalnych i sprzętowych (w tym stosowanych odczynników) w celu realizacji założeń Dobrej Praktyki Laboratoryjnej. Zewnętrzna ocena jakości umożliwia laboratoriom monitorowanie dokładności i porównywanie wyników pracy z

innymi laboratoriami. W Polsce upoważnioną jednostką akredytującą laboratoria oraz różne podmioty gospodarcze jest Polskie Centrum Akredytacji, a nadzór merytoryczny prowadzi Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych. Unormowanie i wdrożenie systemu zapewnienia jakości w diagnostyce molekularnej powinno objąć w pierwszej kolejności rutynowe testy diagnostyczne, a następnie utworzenie referencyjnych laboratoriów dla chorób rzadkich.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z KIDL, PTG, PTGC



### **Termin**

---

II kwartał 2018 r.

## ***Działanie 22.3. Indywidualizacja programów wczesnej diagnostyki dla pacjentów o podwyższonym, genetycznie uwarunkowanym ryzyku***

W Polsce od ponad 8 lat realizowany jest w ramach NPZChN program opieki nad pacjentami z wysokim ryzykiem dziedzicznie uwarunkowanych nowotworów. Program charakteryzuje się dużą skutecznością, dzięki wykorzystaniu wiedzy o typach mutacji charakterystycznych dla polskiej populacji. Osoby z nosicielstwem mutacji są monitorowane w ramach zindywidualizowanych programów opieki. Wraz z postępem badań naukowych, grupy ryzyka powinny być poszerzane o pacjentów, których diagnostyka dotychczas nie była możliwa. Programy przesiewowe w tych grupach charakteryzują się wyższą skutecznością i efektywnością kosztową.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ, PTG, PTGC



### **Termin**

---

IV kwartał 2015 r.

## ***Działanie 22.4. Wyodrębnienie metod finansowania diagnostyki onkologicznej w szczególnie uzasadnionych sytuacjach klinicznych***

W niektórych sytuacjach klinicznych konieczne jest wykonanie specjalistycznych, dodatkowych testów diagnostycznych niezbędnych w celu diagnostyki różnicowej nowotworów lub oceny odpowiedzi na wybrany rodzaj terapii. Należy rozważyć powołanie wspólnie z NFZ zespołu specjalistów, który opracowałby katalog takich przypadków wraz ze standardami postępowania diagnostycznego oraz wskazać sposoby ich finansowania.



### **Realizacja**

---

NFZ we współpracy z MZ, towarzystwami naukowymi



### **Termin**

---

IV kwartał 2015 r.

## ***Działanie 22.5. Implementacja systemu transferu obrazów diagnostycznych na potrzeby interpretacji badań obrazowych i histopatologicznych***

Postęp technologiczny w diagnostyce obrazowej uzyskany dzięki upowszechnieniu technologii akwizycji cyfrowych obrazów umożliwia ich elektroniczny transfer i zewnętrzną interpretację przez lekarzy specjalistów. Rozwiązania takie wspiera rozbudowa szybkiej światłowodowej infrastruktury przesyłania danych, rozwój oprogramowania oraz potrzeby wynikające z deficytu lub nierównomiernego dostępu

do kadry specjalistów. W związku z planowanym rozwojem sieci ośrodków szybkiej diagnostyki, jednym z problemów może się okazać zapewnienie wszędzie odpowiedniego dostępu do specjalistów w dziedzinie radiologii i patomorfologii. Należy w tym celu rozwijać i upowszechniać istniejące technologie bazujące na koncepcji telemedycyny (w diagnostyce obrazowej) oraz wspierać wdrożenie takich rozwiązań w nowych dziedzinach medycyny (np. telepatologia).



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z MAC, PTP



### **Termin**

---

II kwartał 2017 r.

## *Cel 23: Poprawa dostępności do leczenia onkologicznego*

Dostępność do leczenia onkologicznego w Polsce jest w dużym stopniu zależna od następujących czynników:

- Terytorialnego rozmieszczenia infrastruktury (świadczeniodawców) w kraju i w poszczególnych województwach.
- Liczby lekarzy specjalistów i jej regionalnego zróżnicowania.
- Poziomu finansowania świadczeń przez NFZ w odniesieniu zarówno do taryf, jak i wolumenu.

Czynniki te są ze sobą powiązane, wpływając na migrację pacjentów i lekarzy, nowe inwestycje w rozwój poszczególnych dziedzin i przez to kreowanie dodatkowej podaży i popytu na świadczenia, czy też spadek liczby świadczeniodawców i ograniczenie dostępności. Mechanizmy rynkowe stały się w ostatnich latach dominującym, działającym spontanicznie bodźcem do rozwoju nowych ośrodków leczenia onkologicznego. Sytuacja taka w istocie bardziej rozregulowuje niż usprawnia funkcjonowanie systemu jako całości i czyni go mniej wrażliwym na narzędzia poprawy o charakterze administracyjnym. Zadaniem publicznego płatnika jest kreowanie takich rozwiązań, które poprzez długofalową, stabilną politykę finansowania świadczeń zdrowotnych będą wspierać inwestycje i zrównoważony rozwój całego sektora.

Polityka regionalnych oddziałów NFZ w zakresie kontraktowania i finansowania świadczeń powinna zmierzać do identyfikacji przyczyn znacznych dysproporcji w nakładach na poszczególne rodzaje świadczeń per capita na poziomie województw oraz ich zmniejszania w ciągu najbliższych kilku lat.

### *Działanie 23.1. Identyfikacja niewłaściwie finansowanych świadczeń*

Utworzenie przy udziale płatnika publicznego oraz przy wsparciu ekspertów agencji zajmującej się taryfikacją świadczeń, która ma być częścią obecnego AOTM. Jej zadaniem będzie analiza i ocena świadczeń pod kątem poziomu i/lub zasad finansowania na podstawie danych o kosztach leczenia. Efekty prac agencji zostaną

przedstawione Ministerstwu Zdrowia wraz z propozycjami działań korygujących oraz oceną ich skutków.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

III kwartał 2015 r.

## ***Działanie 23.2. Okresowy przegląd oraz weryfikacja taryf świadczeń onkologicznych***

Przedstawiciele płatnika publicznego oraz instytucji koordynującej i regulującej najważniejsze aspekty walki z rakiem w Polsce (Działanie 1.1.) będą raz na 2 lata dokonywać przeglądu taryf i zasad finansowania świadczeń onkologicznych. Ocena ta obejmuje dostosowanie tych świadczeń do zaleceń dotyczących rekomendowanych i zgodnych z poziomem aktualnej wiedzy metod diagnostyki i leczenia oraz ich wpływ na funkcjonowanie systemu leczenia nowotworów jako całości.

Instytucja, o której mowa w Działaniu 1.1. przedstawi agencji ds. taryfikacji propozycje działań korygujących wraz z oceną ich skutków.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

Okresowo (co 2 lata) od III kwartału 2016 r.

## ***Działanie 23.3. Zaliczenie świadczeń onkologicznych do kategorii świadczeń nielimitowanych***

W Polsce istnieje bardzo nieliczna kategoria świadczeń zdrowotnych zaliczanych do świadczeń gwarantowanych, których finansowanie nie podlega limitowaniu przez

płatnika publicznego. Do tej kategorii zaliczane są m.in. niektóre świadczenia w zakresie transplantologii, kardiologii inwazyjnej, neurochirurgii oraz położnictwa i neonatologii. Ponieważ limitowanie świadczeń w onkologii jest jednym z istotnych czynników ograniczających dostępność, a przez to niekorzystnie wpływającym na wyniki leczenia, interwencje związane z diagnostyką i leczeniem nowotworów powinny być zaliczone do kategorii świadczeń nielimitowanych, z jednoczesnym wypracowaniem takich rozwiązań, które ograniczą ewentualne niekorzystne skutki i zagrożenia związane z wprowadzeniem takich zasad.



### **Realizacja**

---

NFZ we współpracy z MZ



### **Termin**

---

II kwartał 2015 r.



## *Cel 24: Poprawa jakości i bezpieczeństwa leczenia promieniowaniem jonizującym w Polsce*

Leczenie promieniowaniem jonizującym stosowane jest u ok. 50-60% chorych na nowotwory. Radioterapia stosowana jest w radykalnym leczeniu nowotworów jako metoda samodzielna lub w skojarzeniu z innymi metodami (chirurgia, leczenie systemowe). Radioterapia jest też wykorzystywana w terapii paliatywnej - w walce z bólem oraz z innymi objawami związanymi z progresją choroby. Promieniowanie o wysokiej energii jest wytwarzane i aplikowane za pomocą specjalistycznych urządzeń medycznych – przyspieszaczy liniowych lub z wykorzystaniem izotopów promieniotwórczych emitujących promieniowanie w procesie rozpadu. Wszystkie procedury związane z wykorzystywaniem promieniowania jonizującego do celów diagnostycznych lub terapeutycznych podlegają w Polsce rygorystycznym normom dotyczącym bezpieczeństwa i zapewnienia jakości na mocy Ustawy Prawo Atomowe oraz aktów wykonawczych. Obejmują one m.in. takie zagadnienia jak polityka zapewnienia jakości, okresowe przeglądy systemów zarządzania jakością, audyty wewnętrzne i zewnętrzne. W ciągu ostatniej dekady w tej dziedzinie dokonał się w Polsce znaczący postęp. Został on osiągnięty również dzięki rozpoczęciu w 2006 r. i finansowanemu w ramach NPZChN wieloletniemu programowi doposażania ośrodków radioterapii w nowoczesny sprzęt. Powstało kilka nowych ośrodków radioterapii, a w istniejących zakupiono ponad kilkadziesiąt nowych urządzeń do teleradioterapii i brachyterapii. Mapa ośrodków radioterapii zmienia się w Polsce również dzięki nowym inwestycjom finansowanym przez prywatnych inwestorów. Ośrodki te działają samodzielnie lub na zasadach partnerstwa publiczno-prywatnego przy istniejących szpitalach publicznych i stanowią uzupełnienie sieci publicznych placówek onkologicznych.

### *Działanie 24.1. Utworzenie nowych ośrodków radioterapii w wybranych regionach Polski*

Dostępność terytorialna do radioterapii jest w poszczególnych regionach kraju w dalszym ciągu bardzo zróżnicowana. W wielu województwach leczenie promieniowaniem jonizującym realizowane jest przez jeden ośrodek. W ramach realizacji celów Strategii konieczne jest określenie mapy potrzeb i wsparcie dla nowych

inwestycji, w regionach o najmniejszej dostępności dla pacjentów. Alternatywną formą jest tworzenie satelitarnych jednostek dla obecnie istniejących dużych centrów onkologicznych.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 24.2. Doposażenie i modernizacja istniejących zakładów radioterapii***

Modernizacja wyposażenia istniejących ośrodków radioterapii powinna z jednej strony służyć odtworzeniu aparatury (której okres użytkowania wynosi średnio 10-12 lat), z drugiej podnoszeniu poziomu leczenia dzięki szerszemu wykorzystaniu nowoczesnych technik. Korzystanie z tych technik wymaga aparatury wyposażonej w dodatkowe opcje sprzętowe oraz oprogramowanie. Wieloletni plan zakupów i inwestycji w tej dziedzinie powinien uwzględniać technologiczne i materialne starzenie się aparatury oraz postęp i trendy w dostępnych i zalecanych metodach leczenia promieniowaniem jonizującym.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## *Cel 25: Rozwój oraz promocja zaleceń i standardów postępowania w leczeniu onkologicznym*

Standaryzacja metod postępowania, szczególnie w najczęściej występujących grupach nowotworów oraz typowych sytuacjach klinicznych, jest skutecznym narzędziem zapewniającym wszystkim pacjentom porównywalne i najbardziej właściwe leczenie. Od prawie dekady opracowuje się w Polsce zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Zasady te są przygotowywane przez towarzystwa naukowe na podstawie najbardziej aktualnych danych i publikacji międzynarodowych, zgodnie z zasadami EBM. Są one dostosowane do polskich realiów i powinny stanowić podstawę podejmowania przez lekarzy decyzji diagnostyczno-terapeutycznych. Zalecenia te nie mają jednak statusu obowiązujących norm. Ujednolicony sposób postępowania określony pisemnymi protokołami najlepiej funkcjonuje w zakresie hematologii oraz onkologii i hematologii dziecięcej. Krajowy nadzór specjalistyczny w onkologii nie prowadzi kontroli przestrzegania publikowanych zaleceń, gdyż nie dysponuje takimi możliwościami organizacyjnymi oraz formalnymi instrumentami.

### *Działanie 25.1. Uzyskanie opinii środowiska onkologicznego na temat użyteczności, przejrzystości oraz stopnia wykorzystania istniejących zaleceń*

Opracowane zalecenia powinny być również narzędziem wspomagającym pracę lekarzy onkologów. Aby skutecznie pełniły tę rolę, należy zadbać o ich maksymalną prostotę, wygodę korzystania i użyteczność. Najlepszym sposobem na uzyskanie wysokiego poziomu akceptacji ze strony lekarzy powinno być przekazywanie przez nich informacji zwrotnej na temat treści i formy obecnie publikowanych zaleceń. Powinna ona w szczególności zawierać elementy najbardziej pożądane i ułatwiające wykorzystanie, a także wskazywać na istniejące braki i niedogodności. Badanie takie powinno poprzedzić kolejne kroki w opracowaniu i wprowadzeniu nowych standardów postępowania.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NIL, towarzystwami naukowymi



### **Termin**

---

I kwartał 2015 r.

## ***Działanie 25.2. Stała aktualizacja istniejących zaleceń postępowania w leczeniu onkologicznym***

Opracowywane w Polsce zalecenia aktualizowane są co 2-3 lata jednocześnie we wszystkich obszarach i publikowane w formie książkowej jako kolejne wydania. Wydaje się zasadnym prowadzenie takiej aktualizacji w wybranych dziedzinach w systemie ciągłym, co pozwoli wdrażać na bieżąco i bez zbędnych opóźnień postępy wiedzy na temat leczenia nowotworów. Zalecenia powinny być dostępne na nośnikach elektronicznych oraz w wersji online lub w formie przyjaznej i prostej w obsłudze aplikacji.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z towarzystwami naukowymi



### **Termin**

---

Okresowo (co roku)

## ***Działanie 25.3. Opracowanie powszechnie obowiązujących standardów postępowania w leczeniu onkologicznym dla wybranych nowotworów***

Standardy postępowania powinny się stać obowiązującą normą, a odstępstwa od ich stosowania rejestrowane i uzasadnione w dokumentacji medycznej pacjenta. Poziom przestrzegania standardów powinien być monitorowany przez publicznego płatnika w sposób systematyczny, a nadzór specjalistyczny powinien przeprowadzać okresowe audyty świadczeniodawców w tym zakresie. Audyty te w początkowym etapie

powinny dotyczyć najczęściej występujących nowotworów. Publiczny płatnik powinien rozważyć możliwości wprowadzenia systemu premiowania świadczeniodawców najlepiej stosujących się do obowiązujących zaleceń.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ, towarzystwami naukowymi



### **Termin**

---

IV kwartał 2015 r.

## ***Działanie 25.4. Opracowanie, wdrożenie oraz rozpowszechnienie narzędzi informatycznych pomocnych w procesie planowania leczenia***

Prowadzenie terapii według planu postępowania opracowanego przez wielodyscyplinarny zespół złożony ze specjalistów w dziedzinie chirurgii, onkologii klinicznej oraz radioterapii, uzupełniony w razie potrzeby o innych specjalistów, powinno mieć formę ustrukturyzowaną wg przyjętego wzorca. Implementacja standardów postępowania przy sporządzaniu takiego planu powinna umożliwiać korzystanie z informatycznych narzędzi pomocnych w edycji i nadaniu planowi znormalizowanej formy dokumentu przyjętej do stosowania w procesie terapeutycznym na różnych etapach leczenia.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z CSIOZ



### **Termin**

---

II kwartał 2016 r.

## *Cel 26: Poprawa skuteczności mechanizmów koordynacji procesu leczenia*

Koncepcja zarządzania chorobą i koordynacji procesów leczenia nie koncentruje się na produkcie jako wyniku interwencji, ale na pacjencie, który świadomie uczestniczy w całym procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Łańcuch poszczególnych działań jest realizowany poprzez jasne określenie celów, podział zadań i ich koordynację. Na gruncie tych zasad od wielu lat powstają rozwiązania organizacyjne zmierzające do osiągnięcia przez systemy ochrony zdrowia coraz większej efektywności. Ich wspólnym elementem jest koordynacja opieki wraz z jej funkcjonalną lub organizacyjną integracją. W kontekście zwalczania nowotworów złośliwych fundamentalne znaczenie ma udzielenie właściwej opieki przez najbardziej odpowiednich dostawców i w odpowiednim czasie. Elementami opieki koordynowanej są w szczególności:

- Organizacja opieki i kierowanie dostępem do niej.
- Wydzielenie funkcji i wskazanie osoby koordynatora.
- Skuteczna współpraca zespołu wielu specjalistów.
- Wyczerpująca, zrozumiała i terminowa informacja dla pacjenta.

Szczegółowe koncepcje opieki koordynowanej w onkologii różnią się m.in. podejściem do takich zagadnień jak skupienie się na wybranych nowotworach lub populacji zagrożonej nowotworami, kompetencje i rola koordynatorów opieki.

Model koordynacji powinien obejmować w pierwszym etapie, najczęstsze nowotwory, takie jak rak piersi, rak jelita grubego, rak płuca i rak gruczołu krokowego, a w odniesieniu do innych nowotworów, zwłaszcza nowotworach hematologicznych oraz nowotworach wieku dziecięcego - uwzględniać ich specyfikę.

Ważnym etapem koordynowanego leczenia jest wielodyscyplinarne podejście do pacjenta już we wstępnej fazie procesu, poprzez współpracę zespołu specjalistów podczas uzgadniania i planowania optymalnej sekwencji działań.

### *Działanie 26.1. Promowanie wielodyscyplinarnego planu leczenia przed rozpoczęciem terapii*

Opracowanie planu leczenia przez wielospecjalistyczny zespół lekarski powinno mieć charakter sformalizowanej czynności, zakończonej omówieniem możliwych i dostępnych opcji terapeutycznych, i zaproponowanie ich kolejności. Rekomendowany plan leczenia powinien mieć formę oficjalnego dokumentu wg przyjętego wzorca i struktury, który będzie wykorzystywany niezależnie od miejsca podjęcia poszczególnych etapów terapii (Działanie 25.4.). W okresie 3 lat 70% pacjentów powinno mieć zapewnioną wielospecjalistyczną konsultację przed rozpoczęciem terapii, przeprowadzaną przez zespół składający się z co najmniej 3 specjalistów, tj. chirurga, onkologa klinicznego lub onkologa dziecięcego i radioterapeuty. W przypadku nowotworów krwi i nowotworów wieku dziecięcego członkami zespołu powinni być odpowiednio hematolog lub onkolog-hematolog dziecięcy



#### **Realizacja**

KCKWR we współpracy z MZ, NFZ, towarzystwami naukowymi



#### **Termin**

IV kwartał 2017 r.

### *Działanie 26.2. Opracowanie i wdrożenie modelu koordynacji opieki nad chorymi dla wybranych typów nowotworów*

Skoordynowany model opieki onkologicznej powinien objąć możliwie dużą część pacjentów. Opracowanie tego modelu i jego wdrożenie w znacznym stopniu opierać się będzie na zdefiniowaniu roli i przydzieleniu wyodrębnionym osobom funkcji koordynatora onkologicznego. Stanowiska takie w początkowym okresie powinny powstać przy istniejących ośrodkach onkologicznych, a następnie poza nimi i powinni je sprawować odpowiednio przeszkoleni pracownicy medyczni lub absolwenci kierunku zdrowie publiczne. Przeszkolenie koordynatorów onkologicznych powinno się odbywać według programu opracowanego przez zespół przedstawicieli różnych dyscyplin (medycznych, socjalnych, psychoonkologicznych, prawnych).



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ, CSIOZ, towarzystwami naukowymi



### **Termin**

---

II kwartał 2016 r.



## *Cel 27: Zapewnienie szerszego i równomiernego dostępu do istniejących oraz innowacyjnych metod leczenia*

Główną wadą obecnego systemu dostępu do terapii onkologicznych jest ograniczony zakres refundowanych terapii, podyktowany ograniczoną ilością środków, przeznaczanych na ochronę zdrowia. Funkcjonujący system jest nieelastyczny w sytuacjach, gdy najbardziej skuteczną terapią w przypadku konkretnego pacjenta jest terapia niestandardowa.

### *Działanie 27.1. Uproszczenie procedury tworzenia programów lekowych*

Programy lekowe są w obecnym stanie prawnym specyficznymi mechanizmami, które pozwalają – przy określonych kryteriach kwalifikacji – na refundację innowacyjnych i kosztownych produktów leczniczych. W obecnym stanie prawnym przygotowanie programów lekowych leży w gestii producenta leku – program lekowy nie może zostać rozpoczęty, jeżeli wnioskodawca nie zwróci się do Ministra Zdrowia o refundację produktu leczniczego w takim programie. Dodatkowo wszelkie zmiany w programie mogą być zainicjowane przez producenta leku a jeśli inicjuje je Ministerstwo Zdrowia, producent musi wyrazić na nie zgodę. Dlatego też ważne jest stworzenie odrębnej ścieżki inicjującej tworzenie programów lekowych nie tylko przez producentów leków. Niezbędne jest z jednej strony stworzenie mechanizmów motywujących przedsiębiorców do współpracy w zakresie udostępniania nowych substancji w programach, ale z drugiej strony obligujących ich do współpracy w ramach udostępniania produktu w zakresie terapii szczególnie istotnych z perspektywy interesu społecznego.



#### **Realizacja**

MZ we współpracy z AOTM, NFZ, towarzystwami naukowymi



#### **Termin**

III kwartał 2015 r.

### *Działanie 27.2. Stworzenie mechanizmów szybkich modyfikacji zapisów istniejących programów lekowych*

Obecnie wszelkie zmiany w programach lekowych są procesem długotrwałym – wynikające z ustawy refundacyjnej terminy nie pozwalają na zachowanie elastyczności w zakresie szybkich modyfikacji programów lekowych wynikających z postępu wiedzy klinicznej. Należy więc rozważyć wprowadzenie odpowiednich procedur zmian decyzji refundacyjnych uwzględniających taką potrzebę.



#### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z AOTM, NFZ, towarzystwami naukowymi



#### **Termin**

---

II kwartał 2015 r.

### *Działanie 27.3. Analiza możliwości stworzenia "szybkiej ścieżki" dla decyzji refundacyjnych w przypadku innowacyjnych terapii onkologicznych lub nowych metod diagnostycznych*

W obecnym stanie prawnym każdy innowacyjny produkt leczniczy przechodzi tę samą ścieżkę od momentu rejestracji, poprzez złożenie wniosku o refundację aż do wydania decyzji administracyjnej. Polskie przepisy nie przewidują obecnie możliwości „refundacji warunkowej” dla popartych badaniami klinicznymi terapii, które w związku z wydłużonym czasem trwania procedury administracyjnej w zakresie refundacji nie mogą być sfinansowane w szybkim trybie. Wybrane krytycznie ważne dla zdrowia terapie mogłyby zostać objęte możliwością zastosowania takiej warunkowej procedury.



#### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z AOTM, NFZ, towarzystwami naukowymi



#### **Termin**

---

IV kwartał 2015 r.

### *Działanie 27.4. Ułatwienie dostępu do terapii ukierunkowanych poprzez rozwój diagnostyki molekularnej*

Coraz częściej leczenie wybranych chorób określonymi substancjami leczniczymi następuje po kwalifikacji do leczenia na podstawie określenia molekularnych czynników predykcyjnych w komórkach nowotworowych. Dostęp chorych do terapii ukierunkowanych molekularnie jest ściśle powiązany z dostępem do adekwatnej diagnostyki genetycznej, która dodatkowo przeprowadzana jest szybko po zleceniu jej przez lekarza i odpowiednio finansowana przez płatnika publicznego, a nie przez producentów leków. Konieczne jest wypracowanie wspólnie z płatnikiem publicznym odpowiednich metod finansowania takiej diagnostyki, zarówno w ramach programów lekowych, jak i poza nimi.



#### **Realizacja**

MZ we współpracy z NFZ, AOTM, PTP, PTG, PTGC, PTDL



#### **Termin**

I kwartał 2016 r.

### *Działanie 27.5. Przygotowanie i wprowadzenie metod finansowania leczenia onkologicznego opartych o skuteczność leczenia („fee for performance”)*

Koncepcja wynagradzania świadczeniodawcy w oparciu o skuteczność leczenia zakłada istnienie zachęt finansowych przyznawanym podmiotom, które osiągają lub przekraczają ustalone wskaźniki jakościowe lub efektywnościowe. Możliwe jest też przyjęcie systemu, w ramach którego premiowana będzie poprawa predefiniowanych aspektów leczenia, z którymi wiązać się powinno uzyskanie lepszych efektów terapeutycznych. Podstawową rolą takiego systemu wynagradzania jest wspieranie pożądaných z punktu widzenia systemu działań za pomocą narzędzi ekonomicznych.

**Realizacja**

MZ we współpracy z NFZ

**Termin**

IV kwartał 2016 r.

***Działanie 27.6. Indywidualny dostęp do leków onkologicznych nieznajdujących się w wykazie leków refundowanych***

Obecnie środki przeznaczone na chemioterapię niestandardową (czy też program indywidualnego dostępu do leków onkologicznych przewidziane w projektowanych przepisach zmieniających ustawę refundacyjną) mogą zostać spożytkowane wyłącznie na leczenie pacjentów produktami zarejestrowanych przed 1 stycznia 2012 i nieznajdujących się na wykazie leków refundowanych. Standardy medyczne nie pozwalają jednak przewidzieć wszystkich możliwych scenariuszy klinicznych, w szczególności sytuacji, w których podanie leku spoza listy refundacyjnej uzasadnione jest spodziewaną dużą korzyścią dla chorego. Celowe jest zatem stworzenie mechanizmu indywidualnego dostępu do substancji nie znajdujących się w wykazie leków refundowanych oraz zastosowania leków refundowanych we wskazaniach wykraczających poza zapis refundacyjny. Z uwagi na bezpieczeństwo pacjentów oraz koszty takich terapii, ich stosowanie byłoby możliwe wyłącznie w wyznaczonych ośrodkach o najwyższym stopniu referencyjności. Należałoby równocześnie stworzyć rejestr leczonych w ten sposób chorych, umożliwiający ocenę odległych skutków takich terapii.

**Realizacja**

NFZ we współpracy z MZ

**Termin**

IV kwartał 2015 r.

# V

## Jakość życia w trakcie i po leczeniu



## ***V. Jakość życia w trakcie i po leczeniu***

Postępy w dziedzinie leczenia nowotworów złośliwych spowodowały istotną zmianę w określeniu jego celów. Obecnie obejmują one nie tylko skuteczność samej terapii, ale także zapewnienie odpowiedniego komfortu i jakości życia chorych. Wzrastająca liczba nowotworów, które można skutecznie wyleczyć lub utrzymywać przez wiele lat w fazie przewlekłej, poddającej się kontroli, skutkuje tym, że w kategoriach zdrowia publicznego nowotwory postrzegane są coraz częściej jako choroby przewlekłe, ale niekoniecznie śmiertelne, a coraz więcej pacjentów onkologicznych umiera na skutek innych chorób cywilizacyjnych. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera uzyskanie nie tylko maksymalnej długości życia, ale również zapewnienie jego jakości, uwarunkowanej takimi czynnikami jak:

- stygmatyzacja i wykluczenie,
- rehabilitacja fizyczna i wsparcie psychologiczne,
- powrót do pełnej aktywności społecznej i zawodowej,
- kontynuacja edukacji.

W przypadkach, kiedy postępująca niezależnie od podejmowanych interwencji choroba rozwija się, zasadnicze znaczenie ma pomoc pacjentowi i jego najbliższej rodzinie, obejmująca ograniczenie do minimum cierpienia i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Ocenia się, że około 80% pacjentów w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej wymaga różnych form opieki paliatywnej, która w ponad  $\frac{3}{4}$  powinna być realizowana w ramach opieki domowej lub środowiskowej, a tylko w  $\frac{1}{4}$  w opiece stacjonarnej. Żeby jednak tak się stało, należy udzielić maksymalnego wsparcia medycznego, psychologicznego i socjalnego rodzinom i najbliższym osobom, na których w ostatnim okresie choroby spoczywa ciężar opieki nad pacjentem.

Wsparcie takie powinno być zapewnione poprzez:

- pielęgniarki środowiskowe/opieki długoterminowej w zakresie czynności odpowiadających ich kwalifikacjom,
- pracowników opieki społecznej, w zakresie potrzeb pozamedycznych (socjalnych),
- wolontariuszy, pomocy sąsiedzkiej i środowiskowej, w zakresie innych potrzeb (w tym emocjonalnych),
- pakiet edukacyjny dla rodziny, najbliższych opiekunów chorego.

Przy korzystaniu z każdej z wymienionych form opieki pacjent i jego opiekun powinni mieć świadomość, że w razie konieczności, oprócz łatwo dostępnej opieki lekarza rodzinnego i jego zespołu, możliwa jest także pomoc ze strony specjalistów onkologii i medycyny paliatywnej.

## *Cel 28: Przywrócenie pacjentom sprawności*

Dążenie do jak najdłuższego życia pacjentów w trakcie i po leczeniu onkologicznym, a także możliwie jak najlepszej jakości ich życia wymaga uwzględnienia problemów natury psychicznej i fizycznej, które często towarzyszą im na różnych etapach choroby. Wszechstronna opieka od jak najwcześniejszego momentu pozwala skrócić pacjentom okres powrotu do pełnej sprawności zdrowotnej oraz społecznej. Oprócz pozytywnego wpływu na pacjentów i ich rodziny, przynosi to także korzystny efekt dla społeczeństwa. Obecnie dostęp do rehabilitacji onkologicznej, pomocy psychologicznej oraz chirurgii rekonstrukcyjnej jest w Polsce ograniczony i nie jest powszechnie obowiązującym standardem. Wraz z rosnącą liczbą osób chorych na nowotwory oraz osób po przebytej chorobie nowotworowej, potrzeby w tym zakresie będą jednak rosły, co sprawia, że konieczne staje się wypracowanie odpowiednich rozwiązań systemowych oraz wsparcie organizacji pozarządowych działających w obszarze rehabilitacji czy wsparcia psychologicznego.

### *Działanie 28.1. Zapewnienie wsparcia psychologicznego w trakcie i po leczeniu*

Rozpoznanie i leczenie chorób nowotworowych może powodować znaczące emocjonalne konsekwencje dla pacjentów i ich rodzin. Leczenie emocjonalnego dystresu (stresu negatywnego) musi być postrzegane jako integralna część opieki zorientowanej na jakość życia i całościowe podejście do opieki onkologicznej. Metaanaliza obejmująca 10 000 leczonych radykalnie pacjentów onkologicznych wykazała u 16,3% z nich kliniczną depresję, u 19,4% zaburzenia adaptacyjne a u 10% zaburzenia lękowe. Diagnozy mieszane obejmowały m.in. różnego rodzaju depresje (20%), depresje i zaburzenia adaptacyjne (31%) i jakiegokolwiek zaburzenia nastroju (38%). Już dziś w niektórych ośrodkach onkologicznych istnieją poradnie psychoonkologiczne finansowane przez NFZ w ramach poradni zdrowia psychicznego. Rozpowszechnienie tej formy opieki psychologicznej w dużych ośrodkach onkologicznych i przy poradniach onkologicznych zapewni możliwość wsparcia psychologicznego od możliwie wczesnego etapu diagnostyki i leczenia. Wdrożenie w poradniach oraz klinikach onkologicznych termometru dystresu, analizującego problemy fizyczne, emocjonalne, praktyczne i poziom stresu w formie kwestionariusza, umożliwi identyfikację pacjentów potrzebujących pomocy oraz określenie jej zakresu.



Należy zaoferować wsparcie dla lekarzy onkologów oraz innych osób personelu medycznego stykających się z pacjentami onkologicznymi, w zakresie; szkolenia z podstaw psychoonkologii (zwłaszcza w ramach szkoleń przed- i podyplomowych dla lekarzy i pielęgniarek), kompetentnego i łatwo dostępnego doradztwa profesjonalnego oraz poradnictwa psychoonkologicznego w postaci wspomaganiej elektronicznie sieci współpracy psychoonkologicznej. Należy także promować aktywną współpracę ośrodków onkologicznych z organizacjami pozarządowymi organizującymi grupy wsparcia dla pacjentów w trakcie oraz po przebytej chorobie nowotworowej.



### **Realizacja**

MZ we współpracy z NFZ, towarzystwami naukowymi



### **Termin**

W sposób ciągły

## ***Działanie 28.2. Utworzenie ośrodków rehabilitacji onkologicznej***

Leczenie onkologiczne może być procesem trwającym przez wiele lat. Rehabilitacja jako integralna forma wspomagająca leczenie onkologiczne ma na celu zmniejszenie niedogodności zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Uczestnictwo pacjenta w procesie rehabilitacji ma również wpływ na jego stan psychiczny, gdyż ukazuje możliwości poprawy jego stanu fizycznego, przekonuje go o potrzebie czynnego udziału w usprawnianiu oraz udowadnia, że każdy element poprawy stanu zdrowia wpływa na jego stan psychiczny i odwrotnie. Obecnie jedynie w wybranych ośrodkach onkologicznych dostępne są świadczenia z zakresu rehabilitacji kontraktowane przez NFZ w ramach świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej czy fizjoterapii. Stygmatyzacja pacjentów onkologicznych oraz brak wiedzy wśród personelu medycznego o sposobach rehabilitacji osób w trakcie i po przebytej chorobie nowotworowej powodują, że w wielu ośrodkach rehabilitacyjnych zlokalizowanych poza ośrodkami onkologicznymi istnieją ograniczone możliwości skorzystania z tego typu świadczeń. Utworzenie przy dużych ośrodkach onkologicznych ośrodków rehabilitacji onkologicznej kontraktujących świadczenia rehabilitacyjne z NFZ zwiększy dostęp pacjentów do tego typu świadczeń. Zdefiniowanie i utworzenie produktu rozliczeniowego „Rehabilitacja onkologiczna”

zapewni możliwość finansowania rehabilitacji pacjentów onkologicznych, zapewni odpowiednie wymagania i jakość świadczonych usług, umożliwi specjalizację i nabycie doświadczenia przez ośrodki rehabilitacji, a także świadczeniodawców zlokalizowanych poza dużymi ośrodkami onkologicznymi.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ, towarzystwami naukowymi



### **Termin**

---

III kwartał 2016 r.

## ***Działanie 28.3. Zapewnienie szerszego dostępu do nowoczesnych metod chirurgii***

W Polsce średnio ok. 30% chorych na raka piersi poddawanych jest oszczędzającemu leczeniu chirurgicznemu. W najlepszych ośrodkach krajowych wskaźnik ten osiąga 50% podczas gdy w wiodących krajach europejskich ponad 70%. Jeszcze niższy jest udział chorych na raka piersi, u których wykonuje się biopsję węzła wartowniczego, pozwalającą zmniejszyć liczbę wykonywanych limfadenektomii. U znikomego odsetka kobiet w naszym kraju (według szacunków 1-2%) poddawanych radykalnej mastektomii wykonywana jest jednoczasowa rekonstrukcja piersi. W ciągu najbliższych 5 lat należy dążyć do osiągnięcia poprawy tych wskaźników do poziomu czołowych krajów europejskich, a także szerzej - wspieranie rozwoju chirurgii małoinwazyjnej oraz szkoleń w tym zakresie.

W leczeniu chirurgicznym zaawansowanych nowotworów głowy i szyi a także niektórych innych nowotworów, pożądanym standardem postępowania są złożone zabiegi z jednoczesną rekonstrukcją tkanek. Z tego powodu niezbędne jest wspieranie interdyscyplinarnej współpracy dużych zespołów w leczeniu chirurgicznym, zwłaszcza w przypadku nowotworów w zaawansowanym stadium.

Dla zapewnienia sprawnego leczenia chirurgicznego o odpowiedniej jakości niezbędne są także kroki mające na celu poprawę dostępności śródoperacyjnych badań

histopatologicznych i skrócenie czasu oczekiwania na wyniki histopatologicznych badań pooperacyjnych.



### ***Realizacja***

---

MZ we współpracy z NFZ, PTChO



### ***Termin***

---

2020 r.

## *Cel 29: Zapobieganie wykluczeniu społecznemu*

Choroba nowotworowa, oprócz wymiaru stricte medycznego oraz psychologicznego, często jest dużym przedsięwzięciem organizacyjnym, angażującym siły i środki chorego oraz jego rodziny. Zmiana dotychczasowego trybu życia często wymaga nakładów finansowych np. na dojazdy na leczenie, opiekę nad dziećmi, leki czy odżywianie, które mogą przewyższać możliwości pacjentów oraz ich rodzin. W Polsce w 2011 r. zagrożonych ubóstwem było ponad 15% gospodarstw rodzinnych, a sytuacja tych rodzin w przypadku zachorowania na chorobę nowotworową jest szczególnie trudna. Kolejnym aspektem w istotny sposób wpływającym na jakość życia jest możliwość kontynuacji pracy czy edukacji w trakcie i po leczeniu onkologicznym. Często powrót do wcześniej wykonywanych obowiązków po chorobie jest trudny – zjawisko to nie jest w Polsce systematycznie monitorowane ani analizowane. Istnieje również grupa osób, które rezygnują z leczenia onkologicznego. Zmierzenie skali zjawiska, zrozumienie motywacji, problemów i potrzeb tych osób, pomoże zmniejszyć jego skalę.

### *Działanie 29.1. Rozwój systemu pomocy środowiskowej oraz pomocy społecznej dla pacjentów i ich rodzin*

Obecnie w Polsce w ograniczonym zakresie analizuje się jakość życia pacjentów w trakcie i po przebytej chorobie nowotworowej. Rozpowszechnienie narzędzi mierzących jakość życia (np.: HRQL – *health related quality of life*) umożliwi identyfikację oraz uwzględnienie ewentualnych problemów związanych z przebytą chorobą nowotworową. Zła sytuacja materialna części pacjentów sprawia, że mają oni utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej lub korzystają z niej w nieodpowiedni sposób. Wypracowanie mechanizmów wsparcia socjalnego i edukacja najbliższych osób sprawujących opiekę jak i osób zależnych od chorego (np. dzieci) wzmocni poczucie bezpieczeństwa i przyczyni się do rozwoju ambulatoryjnych form opieki nad pacjentami.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z MPiPS, NFZ



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 29.2. Ułatwienie powrotu do aktywności zawodowej***

Organizacja kampanii informacyjnych (przy wsparciu m.in. organizacji pozarządowych) na temat praw pracowniczych osób chorych. Współpraca organizacji pozarządowych z lokalnymi punktami informacji onkologicznej (Działanie 1.6.) m.in. w zakresie pomocy w powrocie do wcześniej wykonywanego zawodu lub zdobyciu nowych kwalifikacji.

Osobom, które przerwały edukację na czas leczenia, należy stworzyć indywidualne, elastyczne formy realizacji programów nauczania.

Należy rozważyć wyposażenie Rzecznika Praw Pacjenta w kompetencje ułatwiające pomoc pacjentom napotykanym na problemy w opisanych sytuacjach.



### **Realizacja**

---

MPiPS we współpracy z MZ, MEN, MNiSW



### **Termin**

---

W sposób ciągły

### *Cel 30: Poprawa opieki nad pacjentem i jego rodziną w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej*

Opieka paliatywna to działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin, stojących wobec problemów związanych z postępującą, nieuleczalną chorobą. Działania te obejmują zapobieganie i zmniejszanie cierpienia poprzez wczesną identyfikację i leczenie bólu i innych dolegliwości, a także pomoc w problemach somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych. Według badania przeprowadzonego przez Worldwide Palliative Care Alliance Polska zalicza się do grupy krajów o najwyższym poziomie rozwoju opieki paliatywnej na świecie. Istnieje jednak szereg wyzwań, które uniemożliwiają szeroki dostęp oraz najwyższą jakość medycyny paliatywnej w Polsce. Należą do nich m.in. niewystarczająca liczba poradni medycyny paliatywnej, wyraźne dysproporcje pomiędzy województwami w dostępie do świadczeń z tego zakresu, brak integracji onkologii z medycyną paliatywną oraz ograniczony dostęp do terapii przeciwbólowych. Istotną rolę w opiece w zaawansowanych stadiach choroby pełnią również organizacje pozarządowe, kościoły oraz związki wyznaniowe, które w dużej mierze przejmują opiekę nad osobami w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. Kluczową rolę w tej opiece pełnią jednak najbliższe osoby, które powinny otrzymać możliwie największą pomoc na każdym etapie choroby, a w szczególności w jej końcowym stadium.

Opieka paliatywna świadczona jest w Polsce w trzech podstawowych formach: świadczenia stacjonarne w hospicjach, jako odrębnych podmiotach leczniczych lub oddziałach medycyny paliatywnej w strukturach szpitali, świadczenia ambulatoryjne – hospicjum domowe oraz świadczenia ambulatoryjne poradni medycyny paliatywnej. W odniesieniu do nowotworów krwi opieka paliatywna jest prowadzona w ośrodkach hematologicznych i częściowo w innych oddziałach szpitalnych. Łączne nakłady na opiekę paliatywną wynosiły w 2013 r. ponad 350 mln PLN, opieką paliatywno-hospicyjną objęto łącznie ok. 100 000 chorych. Potrzeby w tej dziedzinie są jednak większe. Trudności w dostępie do świadczeń są szczególnie widoczne w zakresie opieki stacjonarnej oraz poradni medycyny paliatywnej. Zauważalne są również istotne dysproporcje w poziomie finansowania oraz dostępności w poszczególnych województwach (różnice w nakładach per capita na opiekę paliatywną w województwach sięgają od ok. 5 do ponad 12 PLN rocznie) co powoduje istnienie „białych plam” w dostępie do tej formy opieki.

### *Działanie 30.1. Rozwój sieci ośrodków opieki paliatywnej*

Dalszy rozwój zarówno placówek opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej (a także poszerzenie zakresu możliwych świadczeń na leczenie wspomagające w chorobach nowotworowych) poprawi dostępność do tej formy pomocy dla pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. Utworzenie zespołów konsultacyjnych medycyny paliatywnej zarówno w ośrodkach onkologicznych jak i w dużych szpitalach wielospecjalistycznych poprawi kompleksowość świadczeń dla pacjentów onkologicznych oraz zapewni w razie potrzeby możliwie wczesną integrację opieki onkologicznej z opieką paliatywną.



#### **Realizacja**

MZ we współpracy z MPiPS, NFZ, NIL, KLR, PTMR, organizacjami pozarządowymi



#### **Termin**

W sposób ciągły

### *Działanie 30.2. Zwiększenie roli opieki domowej i hospicyjnej*

Według szacunków mniej niż 20% pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej wymaga specjalistycznych form opieki paliatywnej, a około 80% może skorzystać z relatywnie tanich i prostych form opieki, które mogą być świadczone w ramach POZ, opieki domowej czy usług świadczonych przez lokalną społeczność. Coraz istotniejszą rolę w tej formie opieki odgrywają również organizacje pozarządowe, kościoły oraz związki wyznaniowe. Wraz z przewidywanym wzrostem liczby zachorowań na nowotwory w Polsce, zapewnienie powszechnej opieki pacjentom w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej wymaga szczególnego wsparcia finansowego oraz instytucjonalnego opieki domowej oraz hospicyjnej.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z JST, NFZ



### **Termin**

---

IV kwartał 2017 r.

## ***Działanie 30.3. Walka z bólem***

Ból towarzyszy pacjentom na różnych etapach choroby nowotworowej i istotnie obniża jakość życia. U około 70-90% chorych ból można opanować. W Polsce stan leczenia przeciwbólowego jest jednak niezadowolający. Zużycie leków opioidowych per capita (w ekwiwalencie morfiny), będące jednym z mierników oceny jakości leczenia przeciwbólowego, jest ponad trzykrotnie niższe niż średnia dla Europy. Informacja i wiedza o lekach opioidowych jest też często niewystarczająca zarówno u samych chorych, jak i u lekarzy. Rozwój sieci poradni leczenia bólu nowotworowego oraz dostępności do terapii przeciwbólowych (w tym w poradniach medycyny paliatywnej) poprawi jakość życia pacjentów zarówno w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, jak i podczas długotrwałego leczenia.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z NFZ, JST, towarzystwami naukowymi



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Działanie 30.4. Rozwój wolontariatu w opiece nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi***

Ważnym elementem poprawy jakości życia chorych onkologicznych jest uwzględnienie opieki także po procesie właściwego leczenia. Jest to szczególnie istotne dla osób, które w wyniku leczenia stały się niepełnosprawne lub u których przebieg



choroby ma charakter postępujący. W tych przypadkach ważna jest pomoc wykraczająca poza medyczny charakter, obejmująca również wymiar emocjonalny i psychologiczny. Ważną rolę w tym obszarze pełnią organizacje pozarządowe, fundacje i grupy wsparcia. Ich działalność w dużej mierze opiera się o opiekę sprawowaną przez wolontariuszy, którzy często bezinteresownie ofiarują pomoc dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Istotne jest, aby idea wolontariatu była wspierana, promowana i rozwijana, ponieważ niesie za sobą korzyści zarówno dla pacjentów, jak i całego społeczeństwa, a także jest miarą dojrzałości i kształtowania pozytywnych postaw obywatelskiego społeczeństwa. Równie ważnym elementem jest odpowiednie przygotowanie i przeszkolenie wolontariuszy do wykonywanej pracy. Zasadniczą rolę w tym procesie mogą odegrać organizacje pozarządowe, których wsparcie w postaci doświadczenia powinno być dostępne dla wszystkich zainteresowanych wolontariatem.



### **Realizacja**

---

MZ we współpracy z MPiPS, organizacjami pozarządowymi



### **Termin**

---

W sposób ciągły

## ***Monitorowanie wdrażania Strategii***

### ***a) Kluczowe czynniki sukcesu wdrożenia Strategii***

#### ***Walki z Rakiem w Polsce 2015 - 2024***

Realizacja działań zawartych w Strategii to proces wielowymiarowy, dotykający wielu obszarów i wymagający zaangażowania licznych interesariuszy. Możliwie szybkie rozpoczęcie działań zapisanych w Strategii wymaga szerokiego konsensusu środowisk onkologicznych, naukowych i pacjenckich, a przede wszystkim zaangażowania władz na szczeblu centralnym oraz NFZ. Istotną rolę w procesie koordynacji i zarządzania procesem wdrożenia Strategii Walki z Rakiem w Polsce powinna pełnić odpowiednio umocowana instytucja. Jej powołanie i zapewnienie odpowiednich zasobów do funkcjonowania na możliwie wczesnym etapie wdrożenia Strategii jest jednym z kluczowych czynników jej sukcesu. Publikacja corocznego raportu przedstawiającego stopień realizacji Strategii, przygotowanego dla Ministerstwa Zdrowia i udostępnianego opinii publicznej, będzie jednym z narzędzi monitorowania rzeczywistych postępów w walce z rakiem w Polsce.

Szereg rozwiązań zapisanych w Strategii stanowi nową jakość i wymaga źródeł finansowania wykraczających poza dostępne obecnie środki przeznaczone na onkologię w Polsce. Ich realizacja będzie wymagała dodatkowych środków pochodzących z kontynuacji realizowanego do 2015 r. Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

## ***b) Wskaźniki monitorowania wdrożenia Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015 - 2024***

### ***Podstawowe wskaźniki epidemiologiczne***

**Wskaźniki zachorowalności dla poszczególnych nowotworów**

**Wskaźniki umieralności na poszczególne nowotwory**

**Wskaźniki 5 letnich przeżyć dla poszczególnych nowotworów**

**Wskaźniki 10 letnich przeżyć dla poszczególnych nowotworów**

### ***I. Organizacja i zarządzanie systemem zwalczania chorób nowotworowych***

**Powstanie Krajowego Centrum Koordynacji Walki z Rakiem**

**Liczba powstałych ośrodków BU oraz CU**

**Odsetek chorych leczonych w jednostkach narządowych i poza nimi dla raka piersi i raka jelita grubego**

**Liczba monitorowanych wskaźników jakości opieki onkologicznej**

**Liczba powstałych ośrodków do leczenia nowotworów rzadkich**

**Odsetek chorych leczonych w ośrodkach nowotworów rzadkich**

**Liczba powołanych punktów informacji onkologicznej**

**Kompletność rejestracji zachorowań na nowotwory w poszczególnych województwach**

**Kompletność rejestracji stopnia zaawansowania nowotworu**

---

**Kompletność rejestracji rozpoznań histopatologicznych**

---

---

**Liczba monitorowanych wskaźników oceny pacjentów**

---

---

**Liczba nowych rejestrowanych zdarzeń w procesie diagnostyki i leczenia**

---

---

**Liczba nowych lub znowelizowanych aktów prawnych (ustaw, rozporządzeń, zarządzeń)**

---

---

**Liczba specjalistów onkologii w Polsce i na poziomie województw**

---

---

**Liczba utworzonych stanowisk koordynatorów opieki onkologicznej**

---

---

**Odsetek pacjentów, którzy skorzystali z pomocy koordynatora**

---

## ***II. Nauka i badania nad rakiem***

---

**Liczba wniosków na projekty badawcze w onkologii**

---

---

**Liczba realizowanych badań w dziedzinie onkologii (przyjętych wniosków)**

---

---

**Liczba komercyjnych badań klinicznych**

---

---

**Liczba niekomercyjnych badań klinicznych**

---

---

**Liczba ośrodków prowadzących komercyjne i niekomercyjne badania kliniczne**

---

---

**Liczba pacjentów biorących udział w badaniach klinicznych**

---

---

**Odsetek środków na badania onkologiczne w ramach wszystkich grantów NCN i NCBiR**

---

---

**Liczba ogłoszeń o naborze wniosków na projekty badawcze w dziedzinie onkologii w NCN i NCBiR**

---

---

**Liczba patentów w dziedzinie onkologii**

---

---

**Liczba publikacji w dziedzinie onkologii z uwzględnieniem wskaźnika wpływu (IF)**

---

---

**Liczba cytowań publikacji w dziedzinie onkologii z uwzględnieniem wskaźnika Hirscha**

---

---

**Liczba biobanków objętych centralną ewidencją**

---

---

**Liczba próbek objętych centralną ewidencją**

---

---

**Liczba międzynarodowych projektów w dziedzinie onkologii koordynowanych przez polskie zespoły badawcze**

---

---

**Liczba międzynarodowych projektów w dziedzinie onkologii w których uczestniczą polskie zespoły badawcze**

---

---

**Liczba nowych onkologicznych ośrodków klinicznych w uczelniach medycznych**

---

---

**Odsetek pacjentów onkologicznych leczonych w ośrodkach akademickich**

---

---

**Liczba utworzonych laboratoriów referencyjnych**

---

### ***III. Profilaktyka pierwotna i wtórna***

---

**Odsetek osób palących papierosy**

---

---

**Odsetek osób palących papierosy przed 18. rokiem życia**

---

---

**Sprzedaż papierosów (sztuki)**

---

---

**Sprzedaż papierosów (wartość)**

---

---

**Średnie spożycie alkoholu na osobę**

---

---

**Odsetek populacji z BMI większym lub równym 25 i 29**

---

---

**Odsetek dzieci z nadwagą i otyłością**

---

---

---

**Liczba programów interwencyjnych dotyczących zdrowego żywienia w szkołach**

---

---

**Odsetek osób, które w danym roku rzuciły palenie**

---

---

**Liczba przeprowadzonych badań w kierunku zakażenia wirusem HPV**

---

---

**Liczba dziewczynek zaszczepionych szczepionką HPV**

---

---

**Liczba badań w kierunku zakażenia wirusem HPV z wynikiem pozytywnym.**

---

---

**Liczba akredytowanych laboratoriów genetyki molekularnej.**

---

---

**Odsetek pacjentów, u których wykryto zmiany molekularne predysponujące do konkretnego leczenia**

---

---

**Odsetek osób zgłaszających się na badania w programie populacyjnym wczesnej diagnostyki raka piersi**

---

---

**Odsetek osób zgłaszających się na badania w programie populacyjnym wczesnej diagnostyki raka szyjki macicy**

---

---

**Odsetek osób zgłaszających się na badania w programie populacyjnym wczesnej diagnostyki raka jelita grubego**

---

---

---

**Odsetek kolonoskopii wykonanych poza programem wczesnej diagnostyki**

---

**Odsetek osób z nowotworem rozpoznany w wczesnym stadium wg klasyfikacji TNM**

---

**Odsetek raków piersi oraz szyjki macicy wykrytych w stadium in situ**

---

**Odsetek 5 letnich przeżyć w poszczególnych nowotworach**

---

**Wskaźniki umieralności na poszczególne nowotwory**

---

**Współczynnik zmienności wskaźnika uczestnictwa w programie przesiewowym w kierunku wykrycia raka piersi w województwach**

---

**Współczynnik zmienności wskaźnika uczestnictwa w programie przesiewowym w kierunku wykrycia raka szyjki macicy w województwach.**

---

**Współczynnik zmienności wskaźnika uczestnictwa w programie przesiewowym w kierunku wykrycia raka jelita grubego w województwach.**

---

**Liczba opracowanych programów profilaktycznych dla JST**

---

**Liczba programów profilaktycznych zrealizowanych przez JST**

---

**Liczba osób uczestniczących w programach profilaktycznych zrealizowanych przez JST**

---

**Odsetek fałszywie dodatnich rozpoznań w ramach programów profilaktycznych**

---

**Odsetek osób zgłaszających się na badanie profilaktyczne w wyniku rozmowy z lekarzem POZ**

---

**Odsetek raków interwałowych**

---

**Poziom z satysfakcji pacjentów uczestniczących w badaniach profilaktycznych**

---

**Odsetek osób wzywanych na wykonanie dalszych badań diagnostycznych (*recall rate*)**

---

## ***IV. Diagnostyka i leczenie***

**Czas oczekiwania na badania diagnostyczne w poszczególnych województwach**

**Nakłady na leczenie onkologiczne *per capita* w poszczególnych województwach z uwzględnieniem migracji i zachorowalności**

**Odsetek pacjentów z podejrzeniem nowotworu ustalonym w podstawowej opiece zdrowotnej**

**Odsetek pacjentów z diagnostyką zakończoną poniżej czterech tygodni od podejrzenia**

**Liczba ośrodków szybkiej diagnostyki**

**Odsetek pacjentów zdiagnozowanych w ośrodkach szybkiej diagnostyki**

**Liczba łóżek onkologicznych na 10 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach**

**Odsetek chorych onkologicznych leczonych ambulatoryjnie w chemioterapii**

**Odsetek chorych onkologicznych leczonych ambulatoryjnie w radioterapii**

**Liczba osób z rozpoznanymi mutacjami warunkującymi podwyższone ryzyko zachorowania na raka sutka i jajnika**

**Liczba osób z rozpoznanymi mutacjami warunkującymi podwyższone ryzyko zachorowania na raka jelita grubego**

**Liczba osób z rozpoznanymi mutacjami warunkującymi podwyższone ryzyko zachorowania na raka prostaty**

**Liczba osób z wykrytą mutacją, które zachorowały na raka**

**Odsetek badań obrazowych interpretowanych z użyciem technologii transferu obrazu**

**Odsetek badań histopatologicznych interpretowanych z użyciem technologii transferu obrazu**



---

**Odsetek świadczeń onkologicznych sprawozdanych i niezapłaconych przez NFZ**

---

---

**Wartość świadczeń onkologicznych sprawozdanych i niezapłaconych przez NFZ**

---

---

**Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu radioterapii**

---

---

**Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu chemioterapii**

---

---

**Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu chirurgii onkologicznej**

---

---

**Liczba ośrodków radioterapii**

---

---

**Liczba przyspieszaczy liniowych**

---

---

**Odsetek pacjentów leczonych radykalnie z użyciem technik dynamicznych radioterapii**

---

---

**Liczba wprowadzonych obowiązkowych klinicznych standardów postępowania**

---

---

**Odsetek pacjentów leczonych zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania**

---

---

**Odsetek pacjentów rozpoczynających leczenie po sporządzeniu planu przez wielodyscyplinarny zespół konsultacyjny**

---

---

**Odsetek pacjentów w wybranych nowotworach u których wykonano specjalistyczne badania immunohistochemiczne lub genetyczne**

---

## ***V. Jakość życia w trakcie i po leczeniu***

---

**Odsetek pacjentów korzystających w zaawansowanej fazie choroby z opieki domowej**

---

---

**Odsetek pacjentów korzystających w zaawansowanej fazie choroby z opieki hospicyjnej**

---

---

**Odsetek pacjentów zawodowo czynnych powracających, po zakończeniu leczenia do poprzedniego miejsca pracy**

---

---

**Zużycie leków opioidowych *per capita***

---

---

**Liczba łóżek opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych województwach**

---

---

**Wydatki NFZ na opiekę paliatywną i hospicyjną *per capita* w poszczególnych województwach**

---

---

**Odsetek pacjentów onkologicznych, którzy otrzymali wsparcie psychologiczne**

---

---

**Odsetek osób opiekujących się pacjentami onkologicznymi, którzy otrzymali wsparcie psychologiczne**

---

---

**Odsetek osób opiekujących się pacjentami onkologicznymi, którzy otrzymali wsparcie edukacyjne**

---

---

**Odsetek pacjentek z rakiem piersi leczonych chirurgicznie, u których wykonano mastektomię z jednoczasową rekonstrukcją**

---

---

**Liczba ośrodków fizjoterapii onkologicznej**

---

# Słownik pojęć

**Badania przesiewowe (screening, skryning)** – w medycynie rodzaj strategicznego badania, które przeprowadza się wśród osób nieposiadających objawów choroby, w celu jej wykrycia i wczesnego leczenia, dla zapobieżenia poważnym następstwom choroby w przyszłości. Badania przesiewowe wykonuje się w całej populacji lub tylko w wyodrębnionych na podstawie wybranych kryteriów tzw. grupach wysokiego ryzyka.

**Chemioterapia** – farmakologiczne leczenie systemowe oparte na lekach oddziałujących na komórki nowotworowe. Zasada działania chemioterapii polega, na odpowiednio rozłożonym w czasie podawaniu leków cytotoksycznych, powodujących śmierć komórek lub zahamowanie ich podziałów.

**Chorobowość** – liczba osób (lub odsetek populacji) żyjących w danej chwili (lub okresie) z rozpoznaną chorobą.

**Diagnostyka obrazowa** – badania obrazowe pozwalające na wykrywanie zmian, określanie ich położenia i rozmiarów, ocenę kształtu oraz wykrycie przerzutów w odległych tkankach organizmu. Do podstawowych metod obrazowania należy badanie: USG, RTG (w tym mammografia), TK, MRI, PET oraz badania endoskopowe.

**Dystres** – zespół nieprzyjemnych doświadczeń o charakterze emocjonalnym, psychologicznym, socjalnym lub duchowym, wpływających na zdolność radzenia sobie z chorobą i jej leczeniem.

**Impact factor** – wskaźnik siły oddziaływania czasopism naukowych, ustalany corocznie na podstawie indeksu cytowań publikacji naukowych.

**Klasyfikacja fenotypowa** – klasyfikacja nowotworów wg ich fenotypu tj. zespołu wszystkich dostrzegalnych cech, takich jak np. kształt, barwa, wielkość komórek i ich struktur, obecność określonych antygenów lub receptorów.

**Leki opioidowe** – leki przeciwbólowe hamujące przekazywanie bodźców bólowych w układzie nerwowym, poprzez wpływ na receptory opioidowe. Należą do nich m.in. morfina, fentanyl, petydyna i substancje pochodne.

**Marker genetyczny** – dowolny gen lub fragment DNA o znanym położeniu w chromosomie, którego obecność można łatwo zidentyfikować; gen warunkujący łatwo wykrywalną cechę fenotypową, wykorzystywany do wyróżnienia posiadających go osobników lub komórek.

**Marker immunologiczny** – specyficzny czynnik biologiczny, zwykle o charakterze antygeny, tj. posiadający zdolność do reagowania z przeciwciałami, które służą, jako wskaźniki dla rozpoznania choroby

**Opieka paliatywna** – dział medycyny obejmujący leczenie i opiekę nad chorymi znajdującymi się w nieuleczalnym stadium choroby

**Profilaktyka pierwotna** - wszelkie działania mające na celu zapobieganie chorobie, zanim wystąpią jej biologiczne symptomy poprzez wyeliminowanie lub zmniejszenie ekspozycji na czynniki ryzyka.

**Profilaktyka wtórna** – polega na wykryciu choroby lub stanu ją poprzedzającego w stopniu zaawansowania, w którym jeszcze nie występują widoczne objawy. Te wczesne stadia choroby są zazwyczaj rozpoznawane w czasie badań przesiewowych lub przypadkowo.

**Radioterapia** – leczenie przy użyciu promieniowania jonizującego, tj. rodzaju promieniowania, który przenikając przez materię powoduje jej jonizację. Promieniowanie jonizujące w minimalnych dawkach występuje powszechnie w przyrodzie. Do sztucznego wytwarzania promieniowania służą m.in. aparaty rentgenowskie, akceleratory oraz reaktory jądrowe. Oddziaływanie promieniowania jonizującego na tkanki organizmów żywych zależy od dawki, czasu, energii oraz rodzaju promieniowania

**Substancja rakotwórcza** – czynnik, który powodując uszkodzenie materiału genetycznego, przyczynia się do rozwoju choroby nowotworowej.

**Świadczenie gwarantowane** – świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Telemedycyna** – dostarczanie usług medycznych z wykorzystaniem technologii telekomunikacyjnych, w przypadku gdy dystans jest kluczowym czynnikiem do wymiany informacji istotnych dla diagnozy, leczenia, profilaktyki, badań, konsultacji pacjenta.

**Teleradioterapia** – jedna z metod leczenia nowotworów oparta na oddziaływaniu na komórki nowotworowe za pomocą promieniowania jonizującego wytwarzanego przez zewnętrzne źródło promieniowania (w odróżnieniu od brachyterapii, gdy źródło promieniowania jest wprowadzane do organizmu pacjenta).

**Wskaźnik przeżyć (survival rate)** – odsetek chorych, którzy przeżyli chorobę (np. nowotworową) przez określony czas liczony od momentu zachorowania Np. współczynnik 5-

letnich przeżyć mówi o odsetku osób żyjących 5 lat od rozpoznania choroby niezależnie od tego czy została ona wyleczona.

**Wskaźnik zaawansowania nowotworu (staging)** – jednolity system precyzyjnej oceny zaawansowania klinicznego choroby, od którego zależy między innymi wybór stosowanych metod leczenia i rokowanie. Najczęściej do tego celu używa się międzynarodowej klasyfikacji TNM.

**Współczynnik Hirscha** – (h-index, indeks h) współczynnik określający wagę i znaczenie publikacji naukowych danego autora. Jest to liczba publikacji cytowanych co najmniej h razy. Stosowany do wykazania wagi i znaczenia wszystkich prac naukowych danego autora.

**Współczynnik umieralności, surowy** – określa liczbę zgonów na 100 000 badanej populacji

**Współczynnik zachorowalności, surowy** – określa liczbę zachorowań na 100 000 badanej populacji.

**Współczynnik zachorowalności (umieralności), standaryzowany** – liczba zachorowań (zgonów) na 100 tysięcy populacji, jakie wystąpiłyby w badanej populacji w danym okresie, gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej jako standardowa. Najczęściej jako standardowa przyjmuje się "standardową populację świata". Taki zabieg statystyczny, uwzględniający wielkość populacji i jej strukturę, pozwala na porównywalność statystyk w czasie i między różnymi populacjami.

**Zachorowalność** – Występowanie nowych przypadków zachorowań na konkretną chorobę w danym czasie.

## Słownik skrótów

<b>AICR</b>	American Institute for Cancer Research
<b>AOS</b>	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
<b>AOTM</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych
<b>ARR</b>	Agencja Rynku Rolnego
<b>BU</b>	Breast unit (ośrodek leczenia raka piersi)
<b>CU</b>	Colorectal unit (ośrodek leczenia raka jelita grubego)
<b>CMJ</b>	Centrum Monitorowania Jakości
<b>CMKP</b>	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
<b>COI</b>	Centrum Onkologii Instytut
<b>CSiOZ</b>	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
<b>EBM</b>	Evidence-based medicine (medycyna oparta na dowodach)
<b>EQA</b>	European Quality Assurance
<b>EUSOMA</b>	European Society of Mastology
<b>GIODO</b>	Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
<b>GIS</b>	Główny Inspektorat Sanitarny
<b>GUS</b>	Główny Urząd Statystyczny
<b>HBV</b>	Hepatitis B virus (wirus zapalenia wątroby typu B)
<b>HPV</b>	Human Papilloma virus (wirus brodawczaka ludzkiego)
<b>IMPwŁ</b>	Instytut Medycyny Pracy w Łodzi
<b>IPIP</b>	Izba Pielęgniarek i Położnych
<b>IRCI</b>	International Rare Cancers Initiative
<b>ISO</b>	International Organization for Standardization (Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna)
<b>IŻiŻ</b>	Instytut Żywności i Żywienia
<b>JST</b>	Jednostka Samorządu Terytorialnego
<b>KIDL</b>	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
<b>KLR</b>	Kolegium Lekarzy Rodzinnych

<b>KRAUM</b>	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych
<b>KRN</b>	Krajowy Rejestr Nowotworów
<b>KZNZ</b>	Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego
<b>MAC</b>	Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji
<b>MEN</b>	Ministerstwo Edukacji Narodowej
<b>MF</b>	Ministerstwo Finansów
<b>MNiSW</b>	Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
<b>MPiPS</b>	Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
<b>MR</b>	Rezonans magnetyczny
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>NCBiR</b>	Narodowe Centrum Badań i Rozwoju
<b>NCN</b>	Narodowe Centrum Nauki
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>NIL</b>	Naczelna Izba Lekarska
<b>NPZChN</b>	Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych
<b>OW NFZ</b>	Odział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
<b>PET</b>	Positron Emission Tomography (pozytonowa tomografia emisyjna)
<b>PIP</b>	Państwowa Inspekcja Pracy
<b>PLN</b>	Polski złoty
<b>POZ</b>	Podstawowa Opieka Zdrowotna
<b>PTChO</b>	Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej
<b>PTD</b>	Polskie Towarzystwo Dietetyki
<b>PTDL</b>	Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej
<b>PTG</b>	Polskie Towarzystwo Genetyczne
<b>PTGC</b>	Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka
<b>PTMR</b>	Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
<b>PTOiHD</b>	Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej
<b>PTP</b>	Polskie Towarzystwo Patologów

<b>PZH</b>	Państwowy Zakład Higieny
<b>RTG</b>	Rentgenografia
<b>SIMP</b>	System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki
<b>TK</b>	Tomografia komputerowa
<b>USG</b>	Ultrasonografia
<b>UV</b>	Promieniowanie ultrafioletowe
<b>WCFR</b>	World Cancer Research Fund



# *Bibliografia*



## *Bibliografia*

10 facts on obesity [online], WHO, 2013 [dostęp 03.03.2014], Dostępny w internecie:

<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>

Albrecht T i wsp. European Guide for Quality National Cancer Control Programmes. EPAAC, 2014

Atlas of Palliative Care in Europe. The International report on palliative care.

Eurohealth 2009, nr 15, s.23-25

Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2003, CSIOZ, Warszawa 2003

Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2013, CSIOZ, Warszawa 2013

Cancer Plan 2009-2013, Institut National du Cancer, Marseille 2009

Cancer Control. Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes. Planning, WHO, 2006

Cancer Control. Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes. Prevention, WHO, 2007

Cancer Control. Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes. Early Detection, WHO, 2007

Cancer Control. Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes. Diagnosis and Treatment, WHO, 2008

Cancer Control. Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes. Palliative Care, WHO, 2007

Baska T., Sovinova H., Nemeth A., Przewozniak K., Warren CW., Kavcova E., Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia GYTS Collaborative Group., Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia - smoking initiation, prevalence of tobacco use and cessation., Preventive Medicine, 2006, nr 51, s. 110–116

Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces., Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o., Warszawa-Kraków 2011

Ciałkowska-Rysza A., Dzierżanowski T., Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2012 roku, *Medycyna Paliatywna* 2012, nr 4, s. 197–203

*Clinical Trials in Poland - Key Challenges*, PwC, 2010

Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2013

Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 2013

Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Prognozy zachorowalności i umieralności na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2020 roku, Centrum Onkologii - Instytut, Warszawa 2013

Druga Księga. Zwalczanie raka piersi i jelita grubego w Polsce. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO., Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o., Warszawa-Kraków 2011

Europejski kodeks walki z rakiem, Pod red. W. Zatońskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2011

Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, Washington DC: AICR, 2007

Gałązka-Sobotka M., Wiciak-Obrębska M., Gierczewski J., Gryglewicz J., Drapała A., Parol T., Analiza dostępności do leczenia onkologicznego oraz finansowania świadczeń z zakresu chemioterapii w 2012 roku ze szczególnym uwzględnieniem nowych terapii onkologicznych, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2013

Gatta G., i wsp., Rare cancers are not so rare: the rare cancer burden in Europe, *Eur J Cancer* 2011, nr 47, s. 2493-511

Gatta G. i wsp., Survival from rare cancer in adults: a population-based study, *Lancet Oncology* 2006, nr 7, s. 132-140

Gatta G., The burden of rare cancer in Europe, *Adv Exp Med Biol* 2010, nr 686, s. 285-303

Gryglewicz J., Gałązka-Sobotka M., Gierczyński J., Zawadzki R., Drapała A., Finansowanie świadczeń z zakresu radioterapii w latach 2011-2013, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2014

Health at a Glance 2013: OECD Indicators [online], OECD Publishing, [dostęp 03.03.2014]. Dostępny w internecie: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

Herman K., Chirurgiczne leczenie nowotworów w Polsce: dziś i jutro, [w:] Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2011, tom 7, nr 6, s. 311-320

Improving Outcomes: A Strategy for Cancer, British Department of Health, 2010

Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014, PwC, 2014

Kotarski J, Basta A, Dębski R, et al. Uzupelnione stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepień przeciwko zakażeniom wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV), Ginekol. Pol. 2009, nr 80, s. 870–876.

Majewski S., Sikorski M., Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV dotyczące stosowania szczepionek przeciw HPV, Puls Medycyny, 2007

Mapping Levels of Palliative Care Development: a Global Update 2011, [online] Worldwide Palliative Care Alliance. [dostęp 03.03.2014]. Dostępny w internecie: <http://www.worldday.org>, <http://www.thewpca.org>.

Mazur J., Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań

Mazur J., Tabak I., Gajewski J., Dzielska A., Overweight and obesity in lower-secondary school students in relations to selected behavioural factors. Changes in 2006-2010., Przegl. Epidemiol. 2012; 66(3):503-8

HBSC 2010, Ośrodek Rozwoju i Edukacji, Warszawa 2010

Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N., Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies., Lancet Oncol. 2011, Feb;12(2), s.160-74

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, (NCCN Guidelines) Palliative Care. Version 2. 2013

Opioid Consumption Data [online], Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin-Madison[dostęp 03.03.2014], Dostępny w internecie: <http://www.painpolicy.wisc.edu/opioid-consumption-data>

Plan Finansowy NFZ na 2013 r. opublikowany 26.08.2013 [online], [dostęp 03.03.2014], Dostępny w internecie: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=5631>

Primary Health Care. Now More Than Ever, WHO 2008

Przewoźniak K., Łobaszewski J., Zatoński W., GYTS Poland Collaborating Group., Postawy wobec palenia tytoniu wśród uczniów w wieku 13-15 lat w województwie mazowieckim. Wyniki badania „Global Youth Tobacco Survey” z 2009 roku., Zdrowie Publiczne. Monografie, 2013, tom 2 (w druku)

Pochręst-Motyczyńska A., Kobiety Okaleczane, Gazeta Wyborcza [online], [dostęp 03.03.2014]. Dostępny w internecie:

[http://wyborcza.pl/1,76842,9743584,Kobiety\\_okaleczane.html](http://wyborcza.pl/1,76842,9743584,Kobiety_okaleczane.html)

Sprawozdanie z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2012, Minister Zdrowia, Warszawa 2013

Szczepienia ochronne w Polsce w 2012 r., PZH, Warszawa 2013

Tchórzewska-Korba H., Kosowicz M., Lindner B, Meder J., Szafrąński T., Wysocka-Bobryk T., Rehabilitacja chorych na nowotwory z elementami psychoonkologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011

The Canadian Strategy for Cancer Control: A Cancer Plan for Canada. Discussion Paper, CSCC Governing Council, 2006

The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group (Przewoźniak K., Zatoński W.). Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from the Global Youth Tobacco Survey., Journal of School Health 2003, nr 73(6), s. 207-215

The GTSS Collaborative Group (Przewoźniak K., Zatoński W.), A cross country comparison to exposure to secondhand smoke among youth., Tobacco Control 2006, 15(Supp II): ii4-ii19

Uchwała nr 23/2014 Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie określenia roli uczelni medycznych w funkcjonowaniu rozwoju polskiej onkologii.

Warunki Życia Rodzin w Polsce [online], GUS, Warszawa, 2014, [dostęp 03.03.2014] Dostępny w internecie:

[http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WZ\\_Warunki\\_zycia\\_rodzin\\_w\\_Polsce.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WZ_Warunki_zycia_rodzin_w_Polsce.pdf)

Zalecenia postępowania diagnostyczno – terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok

Dostępny w internecie:

<http://onkologia.zalecenia.med.pl/>

10 czerwca 2014 r.