



STRATEGIA WALKI Z RAKIEM W POLSCE 2015-2024

Czerwiec 2016



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: Poprawa organizacji opieki onkologicznej..... | 15 |
| Cel 2: Poprawa jakości i zakresu gromadzonych danych | 22 |
| Cel 3: Zmiany legislacyjne umożliwiające skuteczne wdrożenie Strategii | 27 |
| Cel 4: Zapewnienie odpowiednich zasobów kadrowych stosownie do ogólnopolskich i regionalnych potrzeb | 29 |
| 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 | 51 |
| Cel 11: Zapobieganie nowotworom związanym z paleniem tytoniu | 54 |
| 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 |
| Cel 15: Ograniczenie narażenia na środowiskowe czynniki rakotwórcze wynikające z działalności człowieka..... | 64 |
| IIIb Profilaktyka wtórna..... | 66 |
| <hr/> | |
| Cel 16: Poprawa organizacji, skuteczności i efektywności ekonomicznej populacyjnych badań przesiewowych | 67 |
| Cel 17: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy | 71 |
| Cel 18: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka piersi..... | 74 |
| Cel 19: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego | 77 |

| | |
|---|------------|
| IV Diagnostyka i leczenie..... | 81 |
| Cel 20: Identyfikacja, monitorowanie oraz zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki onkologicznej | 83 |
| Cel 21: Wzmocnienie roli POZ w procesie diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentami po zakończonym leczeniu | 85 |
| Cel 22: Rozwój leczenia onkologicznego w systemie dziennym oraz ambulatoryjnym . | 88 |
| Cel 23: Poprawa dostępności oraz jakości diagnostyki onkologicznej | 91 |
| Cel 24: Poprawa dostępności do leczenia onkologicznego..... | 97 |
| Cel 25: Poprawa jakości i bezpieczeństwa leczenia promieniowaniem jonizującym w Polsce | 100 |
| Cel 26: Rozwój oraz promocja zaleceń i standardów postępowania w leczeniu onkologicznym..... | 102 |
| Cel 27: Poprawa skuteczności mechanizmów koordynacji procesu leczenia..... | 105 |
| Cel 28: Zapewnienie szerszego i równomiernego dostępu do istniejących oraz innowacyjnych metod leczenia | 108 |
| V Jakość życia w trakcie i po leczeniu | 113 |
| Cel 29: Przywrócenie pacjentom sprawności | 115 |
| Cel 30: Zapobieganie wykluczeniu społecznemu | 119 |
| Cel 31: Poprawa opieki nad pacjentem i jego rodziną w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej..... | 121 |
| Monitorowanie wdrażania Strategii | 125 |
| a) Kluczowe czynniki sukcesu wdrożenia Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015 - 2024 | 125 |
| b) Wskaźniki monitorowania wdrożenia Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015 - 2024 | 126 |
| Słownik pojęć..... | 134 |
| Słownik skrótów | 138 |
| Bibliografia | 142 |

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. 160 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 związanych 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, czyli w wyniku skuteczniejszego rozpoznawania i leczenia, ale również poprzez promocję prozdrowotnych zachowań w społeczeństwie, poprawę jakości szkolenia kadr medycznych czy wspieranie nauki i badań nad rakiem. Dwa lata po pierwszej publikacji zaktualizowane zostały niektóre zapisy w związku ze zmianami w systemie finansowania świadczeń onkologicznych związanych z wprowadzeniem tzw. "pakietu onkologicznego", będących w części realizacją postulatów zawartych w pierwotnej wersji dokumentu. Uwzględniono również fakt wprowadzenia nowych regulacji dotyczących sporządzania map potrzeb zdrowotnych oraz utworzenie instytucji zajmującej się taryfikacją świadczeń zdrowotnych.

Bogata wiedza na temat czynników ryzyka wielu nowotworów jest naukowo udokumentowana. Do najważniejszych z nich należą m. in. sposób odżywiania i otyłość, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, zakażenia, czy narażenie na promieniowanie UV. Wiadomo, że np. w odniesieniu do raka płuca profilaktyka pierwotna jest nadal najskuteczniejszym sposobem zmniejszenia umieralności. Świadomość społeczeństwa na temat zagrożeń wynikających z palenia jest jednak wciąż niedostateczna, a możliwości skutecznego zapobiegania są systematycznie 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 zakończeniu leczenia, 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 systematycznej ocenie i modyfikacji, z uwzględnieniem ich efektywności kosztowej

Wydaje się, że opóźnione rozpoznawanie nowotworów jest obecnie największym wyzwaniem w obszarze opieki onkologicznej w Polsce. Oprócz wymienionych wcześniej programów populacyjnych, do wczesnego rozpoznania konieczne jest 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 i kontynuowanie leczenia, poprzedzone planem postępowania sporządzonym przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów.

Ważnym problemem w obszarze opieki onkologicznej jest niski stopień przestrzegania standardów diagnostycznych i terapeutycznych. Konieczne jest zatem ujednoczenie metod diagnostyki i leczenia oraz promowanie ich wdrażania.

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, szpitalach klinicznych, specjalistycznych szpitalach i oddziałach onkologicznych. W ramach istniejącego systemu instytuty, szpitale kliniczne oraz profilowane szpitale onkologiczne powinny pełnić funkcje 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 lecznictwa onkologicznego poprzez zmianę dominującego w Polsce sposobu leczenia opartego na hospitalizacji na rzecz leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Dla osiągnięcia tych celów przewidziano ponadto stworzenie systemu kompleksowej 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 około 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 systemów 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 układowe tj. nowotwory układu krwiotwórczego i tkanki limfatycznej, oraz podział 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 tkanki limfatycznej i układu krwiotwórczego 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 założycielskim jest Minister Zdrowia. W większości województw istnieją także regionalne ośrodki onkologiczne działające jako samodzielne jednostki lub w strukturach wielospecjalistycznych szpitali. Wymienione jednostki tworzą sieć specjalistycznych publicznych szpitali onkologicznych. Istotną rolę w opiece onkologicznej w Polsce spełniają zrzeszone w Akademickiej Sieci Onkologicznej szpitale kliniczne, ale tylko 2 z nich (w Gdańsku i Katowicach) posiadają możliwość kompleksowego leczenia nowotworów z użyciem metod chirurgicznych, systemowych i radioterapii. W niektórych województwach leczenie onkologiczne prowadzą również

mniejsze ośrodki satelitarne lub oddziały onkologiczne zlokalizowane w szpitalach różnego szczebla. 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 radioterapii.

W 2016 roku NFZ zawarł umowy ze 155 świadczeniodawcami realizującymi chemioterapię w trybie stacjonarnym, 157 w trybie jednodniowym i 187 w warunkach ambulatoryjnych, przy czym zdecydowana większość świadczeniodawców zawarła umowy jednocześnie na 2 lub 3 wymienione powyżej świadczenia. Łącznie podmiotów świadczących chemioterapię jest na terenie całej Polski 212. Zwraca uwagę istotne terytorialne zróżnicowanie liczby świadczeniodawców w poszczególnych województwach, w przedziale od 3 w województwach lubuskim i 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 współpracujących.

W Polsce każdego roku rozpoznaje się 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, szpitalach klinicznych 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 to około 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 2015 roku w 35 podmiotach, przy czym najwięcej świadczeniodawców działa w województwach śląskim, małopolskim i mazowieckim (odpowiednio 6, 5 i 4). 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 i rozbudowa istniejących nie było skoordynowane i poprzedzone analizą potrzeb, co było 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, 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 20 ośrodków, w tym 5 pediatrycznych i 15 przeznaczonych dla chorych dorosłych.

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 i działający tam nieprzerwanie od 60 lat. 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 zgłaszane są dane dotyczące stopnia zaawansowania nowotworów w momencie rozpoznania (60-80% w zależności od lokalizacji).

Od 2013 roku Krajowy Rejestr Nowotworów 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 na poziomie kraju i poszczególnych województw (5-letnich przeżyć).

Leczeniem nowotworów w Polsce zajmują się lekarze chirurdzy wielu specjalności, onkolodzy kliniczni, radioterapeuci, hematolodzy, 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 połowę 2016 roku ponad 2400 osób i wzrosła dwukrotnie od roku 2006. W tym samym roku było w Polsce zarejestrowanych 432 specjalistów hematologii i 180 specjalistów onkologii i hematologii dziecięcej. Nadal jednak występują znaczne regionalne dysproporcje w dostępności lekarzy poszczególnych specjalności.

Cel 1: Poprawa organizacji opieki onkologicznej

Poprawa onkologicznych wskaźników epidemiologicznych w Polsce wymaga lepszej organizacji opieki onkologicznej. Istotne znaczenie ma optymalizacja ścieżki chorego w systemie, standaryzacja i zarządzanie procesem rozpoznawania i leczenia, planowanie i monitorowanie skuteczności interwencji.

Jednym z głównych celów Strategii jest poprawa organizacji opieki onkologicznej poprzez opracowanie, a następnie wdrożenie nowego modelu instytucjonalnego opieki nad chorymi z podejrzeniem i rozpoznaniem nowotworu z jasnym podziałem ról i kompetencji. Model ten powinien powstać w ramach współpracy środowisk profesjonalnych z władzą publiczną i zapewnić najwyższą osiągalną skuteczność rozpoznawania i leczenia chorób nowotworowych wraz z koniecznymi działaniami następującymi po fazie leczenia (np. rehabilitacji czy opieki paliatywnej). Propozycje dotyczące cech docelowego modelu zawarte są w wielu miejscach niniejszego dokumentu, przy czym podstawowy schemat opieki powinien uwzględniać:

- podstawową opiekę zdrowotną i inne placówki nieposiadające profilu onkologicznego, których rola polega głównie na identyfikacji objawów mogących świadczyć o obecności nowotworu, prowadzeniu wstępnej diagnostyki różnicowej zgodnie ze swoimi kompetencjami oraz aktualnymi wytycznymi postępowania oraz opiece po zakończeniu leczenia, prowadzonej w ścisłej współpracy z ośrodkami onkologicznymi uprzednio leczącymi chorego,
- sieć ośrodków kompleksowej diagnostyki onkologicznej opartej na specjalistycznych przychodniach i oddziałach szpitalnych, zapewniających odpowiednią dostępność terytorialną, a jednocześnie kompletność i adekwatność postępowania w zakresie diagnostyki nowotworów,
- centra kompetencji, posiadające odpowiednie doświadczenie i zasoby do leczenia nowotworów w najczęstszych lokalizacjach (rak płuca, piersi, jelita grubego, gruczołu krokowego), zapewniające kompleksowe i skoordynowane leczenie chorych w całym procesie wymaganym dla danego schorzenia,
- centra doskonałości, zajmujące się, poza obszarem właściwym dla centrów kompetencji, leczeniem - na zasadach ośrodków referencyjnych - skomplikowanych przypadków klinicznych, nowotworów rzadkich oraz prowadzeniem badań naukowych i kształceniem kadr. Centra doskonałości powinny być w swym potencjale kompleksowe (*comprehensive*) co gwarantuje

spodziewane możliwości diagnostyczne i lecznicze oraz towarzyszące im zadania naukowe i edukacyjne.

Planowanie rozmieszczenia placówek onkologicznych (sieci onkologicznej) powinno być oparte na wnioskach z map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii, a decyzje inwestycyjne - na jasnych kryteriach opracowanych i nadzorowanych przez Ministra Zdrowia.

W celu zapewnienia właściwej współpracy ośrodków należących do sieci onkologicznej, powołana została organizacja zrzeszająca te jednostki. Organizacja ta będzie wyrazicielem opinii należących do niej podmiotów i instytucji.

Minister Zdrowia wraz z przedstawicielami profesjonalnych środowisk zajmujących się onkologią i chorymi na nowotwory winien opracować model opieki onkologicznej, wychodząc z pochodzących z lat 50. XX wieku koncepcji prof. Tadeusza Koszarowskiego i z uwzględnieniem zmian, jakie zaszły od tego czasu w zakresie epidemiologii oraz technologii medycznych stosowanych w onkologii. Zaproponowany model powinien określać role i kompetencje poszczególnych składowych systemu, kierunkowo wskazane w poniżej opisanych Działaniach (1.1-1.6).

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 publiczna. Proponuje się powołanie specjalnej jednostki organizacyjnej podlegającej Ministrowi Zdrowia, zwanej dla potrzeb niniejszego dokumentu Agencją ds. Strategii Walki z Rakiem. Jej zadaniem byłoby prowadzenie w imieniu Ministra Zdrowia bieżącego zarządzania procesami wdrażania Strategii, monitorowanie funkcjonowania systemu opieki onkologicznej oraz podejmowanie inicjatyw zmierzających do jego racjonalizacji oraz poprawy koordynacji i efektywności.

Merytoryczne wsparcie tych działań zostało powierzone Krajowej Radzie ds. Onkologii, reprezentującej głównych interesariuszy systemu opieki onkologicznej i składającej się z przedstawicieli wszystkich dziedzin medycznych związanych z walką z rakiem w Polsce oraz środowisk pacjentów i organizacji pozarządowych.

Skuteczność zadań realizowanych przez wymienione podmioty powinna być zapewniona poprzez:

- wyposażenie ich 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 we współpracy z KRO



Termin

IV kwartał 2016 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 w tworzeniu modelu opieki onkologicznej (patrz: Cel 1) z uwzględnieniem obecnego poziomu zachorowań oraz prognozowanego wzrostu zachorowalności ogólnej. Mapa zasobów i potrzeb to podstawowe narzędzie w planowaniu zmian organizacyjnych i strukturalnych (inwestycji, szkoleń). Pierwszą wersję mapy potrzeb onkologicznych Ministerstwo Zdrowia sporządziło w roku 2015. Kolejne aktualizacje, uwzględniające opinie środowisk profesjonalnych, okresowe korekty danych oraz nowe modele dostarczania usług zdrowotnych, powinny być publikowane w co najmniej dwuletnich okresach.



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ



Termin

IV kwartał 2015 r.

Działanie 1.3. Uruchomienie systemu zarządzania jakością opieki onkologicznej w Polsce

Zarządzanie jakością opieki zdrowotnej w Polsce stanowi istotny problem systemowy. Sprawne zarządzanie jakością wymaga w szczególności uruchomienia monitorowania jakości oraz wdrażania, na różnych poziomach, mechanizmów ciągłej poprawy jakości (*total quality assurance*). Obecnie zarządzanie jakością ogranicza się 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. Ocena jakości powinna opierać się na koncepcji Donabediana, zakładającej zarządzanie jakością w zakresie struktury, procesu i wyniku. Należy rozważyć powierzenie tego zadania instytucjom koordynującym, o których mowa w Działaniu 1.1.



Realizacja

MZ we współpracy z CMJ, NFZ i CSiOZ



Termin

IV kwartał 2017 r.

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

Koncepcja ośrodków narządowych („unitów”) 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 i podobnych jednostek w innych częstych nowotworach ma na celu zmniejszenie problemu fragmentacji opieki i braku instytucjonalnej odpowiedzialności za jej wynik, opóźnień w diagnostyce i podejmowaniu poszczególnych etapów terapii oraz doboru sposobów postępowania zgodnych z aktualnymi zaleceniami diagnostyczno-terapeutycznymi. Jednym z podstawowych kryteriów powstawania takich jednostek powinien być odpowiedni poziom referencyjności, zapewniony poprzez m.in. posiadane doświadczenie udokumentowane odpowiednią liczbą leczonych chorych, wdrożenie i przestrzeganie zewnętrznych standardów postępowania oraz opracowanie na ich bazie wewnętrznych procedur, wdrożenie systemów monitorowania jakości procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz wyniku, a także odpowiednie zasoby kadrowe i infrastrukturalne. 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, specjalistycznymi ośrodkami onkologicznymi oraz towarzystwami naukowymi



Termin

Etap I – pilotaż ośrodków narządowych – 2017 – 2019 r.

Etap II – stan docelowy ośrodków narządowych – 2022 r.

Działanie 1.5. Wytypowanie ośrodków 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 osób (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 układu krwiotwórczego 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 doświadczalnych metod. Pozwoli to na ograniczenie takich niekorzystnych zjawisk jak opóźnienie rozpoznania, trudności w diagnostyce histopatologicznej i genetycznej czy nieprawidłowe leczenie w ośrodkach o małym doświadczeniu. Należy przy tym zapewnić skierowanie pacjenta do ośrodków referencyjnych na możliwie wczesnym etapie choroby. Wszystkie nowotwory układu krwiotwórczego spełniają kryteria chorób rzadkich, a ośrodki hematologiczne spełniają kryteria ośrodków referencyjnych dla tych chorób.



Realizacja

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



Termin

I kwartał 2017 r.

Działanie 1.6. Utworzenie lokalnych punktów informacji onkologicznej

Chorzy z rozpoznaniem lub podejrzeniem nowotworu i ich najbliżsi najczęściej odczuwają lęk, niepewność i zagubienie. NFZ powinien stworzyć lokalne punkty udzielające informacji o dostępnych metodach i miejscach diagnostyki i leczenia oraz możliwych, najczęściej występujących niepożądanych efektach terapii, informatory dla pacjentów, infolinię oraz specjalne strony internetowe, które 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 mogą 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. Możliwe są także inne formy instytucjonalne działania tych punktów, w tym w ramach wspólnych działań lokalnych sieci onkologicznych lub działalności informacyjnej płatnika.



Realizacja

Samorządy wojewódzkie we współpracy z ośrodkami onkologicznymi oraz OW NFZ



Termin

III kwartał 2017 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 jednym z kluczowych narzędzi w ocenie wdrażania Strategii Walki z Rakiem w Polsce. Dostępność danych tworzy 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. brak świadomości lekarzy o konieczności wypełniania kart zgłoszenia nowotworu, brak szczegółowych informacji w kartach przesyłanych do Krajowego Rejestru Nowotworów, 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 zwiększających skuteczność i 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, MC, GIODO



Termin

II kwartał 2017 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 czy cyklicznych analiz przeżyć (w tym według podmiotów leczniczych). 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,



Termin

W sposób ciągły

Działanie 2.3. Ocena jakości opieki onkologicznej w Polsce

Jakość opieki onkologicznej postrzegana przez pacjentów nie była dotychczas w Polsce przedmiotem szerokich analiz oraz badań ewaluacyjnych. Wypracowanie mierników oceny jakości leczenia i życia pacjentów, dalszy rozwój narzędzi i bazy analiz porównawczych do oceny jakości (w tym instrumentów oceny ośrodków onkologicznych) 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 oraz sytuacji ekonomicznej i socjalnej osób w trakcie i po leczeniu.



Realizacja

MZ we współpracy z CMJ, NFZ, KRO, organizacjami pozarządowymi



Termin

Okresowo (co 2 lata) od I kwartału 2017 r.

Działanie 2.4. Identyfikacja i pomiar czynników wpływających na zróżnicowanie 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. 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

MZ we współpracy z NFZ, KRN



Termin

I kwartał 2017 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 2016 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 standaryzacja zakresu diagnostyki i raportów z badań genetycznych oraz informatyzacja poradni genetycznych i laboratoriów genetycznych 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 28.5.).



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ, AOTMiT, KRN



Termin

IV kwartał 2017 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 „wiążący” 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, poradnictwa i badań genetycznych czy też rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych.

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

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 nowotworów 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 utrudniających integrację systemu walki z nowotworami w Polsce.



Realizacja

MZ we współpracy z ekspertami



Termin

IV kwartał 2016 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

I kwartał 2017 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



Termin

I kwartał 2017 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 liczebność 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 i ogólnopolskim

Należy przeprowadzić analizę wyjściowego stanu w zakresie takich specjalności jak onkologia kliniczna, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, radioterapia, chirurgia onkologiczna, patomorfologia, genetyka kliniczna, medycyna nuklearna, medycyna paliatywna, psychoonkologia, fizyka medyczna, pielęgniarstwo onkologiczne, elektroradiologia, rehabilitacja oraz innych zawodów medycznych związanych z onkologią. W analizie tej należy zidentyfikować 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 i pracodawcami



Termin

IV kwartał 2016 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

I kwartał 2017 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 27.2). 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

I kwartał 2017 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 i instytutów, których wysokość zależy głównie od 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 II-IV fazy nad nowymi lekami lub wskazaniem terapeutycznymi dla zarejestrowanych produktów leczniczych. Badania te mają w większości charakter komercyjny i 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 ustawy o biobankach, określonych przepisami standardów dotyczących ilości i rodzaju materiału, sposobów izolacji, systemu przechowywania, a także minimalnych danych klinicznych czy sposobu ich opisu.

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 składania wniosków o granty badawcze i poprawy uczestnictwa w międzynarodowych zespołach i projektach badawczych, albowiem 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, a także regularna ocena przy użyciu powszechnie stosowanych wskaźników i 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 czy zakład opieki zdrowotnej), i które nie jest są związane z osiągnięciem zysku; te ostatnie stanowią 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 wykorzystywany 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 kilkakrotnie mniejsze pod względem liczby ludności. Należy dążyć do promocji, rozwoju i wspierania badań klinicznych, zwłaszcza 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 instytucji naukowo-badawczych z NCN i NCBiR

NCN i NCBiR są instytucjami oceniającymi projekty badawcze, NCN w dziedzinie nauk podstawowych, a NCBiR w zakresie projektów wdrożeniowych. Instytucje te powinny formułować tematyczne ogłoszenia o naborze wniosków o odpowiednim ciężarze merytorycznym dotyczącym walki z rakiem. 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, NCBiR oraz naukowymi towarzystwami onkologicznymi



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. Liczba pochodzących z Polski wniosków o granty naukowe finansowane ze środków Unii Europejskiej i innych międzynarodowych źródeł jest bardzo niska. W efekcie projekty takie są rzadko koordynowane przez polskich badaczy. Promowane i wspierane przez Państwo powinno być przygotowywanie takich projektów zwłaszcza, jeśli ich 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*), 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 2017 r.

Działanie 5.5. Promowanie polskich niekomercyjnych badań klinicznych

Stworzenie warunków do preferencyjnego finansowania niekomercyjnych badań klinicznych, w tym badań wczesnych faz, przez granty naukowe NCBiR (np. wydzielenie określonych funduszy dla tak definiowanej kategorii grantów) znacząco ułatwią rozwój niekomercyjnych badań klinicznych. Celowi temu powinna służyć niedawna zmiana krajowych i międzynarodowych regulacji, obejmująca możliwość finansowania ze środków NFZ procedur uznanych za standardowe i wykonywanych u osób uczestniczących w niekomercyjnych badaniach klinicznych, oraz rozróżniająca

niekomercyjne badania kliniczne od badań sponsorowanych przez producentów testowanych produktów leczniczych, obejmująca zróżnicowanie opłat, wymogów finansowych i formalnych, w tym np. wyceny ryzyka i ustalania zasad ubezpieczenia badań.



Realizacja

MNiSW we współpracy z MZ, NIN 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). W niektórych uczelniach problem ten dotyczy także nauczania hematoonkologii. 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 równoległe do kształcenia w innych dziedzinach medycyny. Konieczność wzmocnienia praktycznej nauki zawodu w toku studiów spowodowała 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, Akademicką Siecią Onkologiczną, naukowymi towarzystwami onkologicznymi



Termin

II kwartał 2017 r.

Działanie 6.2. Utworzenie pełnoprofilowych 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. Tworzeniu nowych ośrodków onkologicznych w szpitalach klinicznych powinno towarzyszyć pełniejsze wykorzystanie istniejącej bazy instytutów naukowych związanych z onkologią (Instytut Onkologii, Instytut Hematologii i Transfuzjologii czy Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc), a także wielospecjalistycznych centrów onkologii. Jednostki te mogłyby współpracować z uczelniami medycznymi w ramach konsorcjów dydaktycznych.



Realizacja

MZ we współpracy z MNiSW, NFZ



Termin

2020 r.

Działanie 6.3. Skuteczne realizowanie i monitorowanie kształcenia ustawicznego w zakresie onkologii

Szczególne potrzeby kształcenia ustawicznego w onkologii jest konsekwencją wyjątkowo szybkiego, w porównaniu do wielu innych obszarów terapeutycznych, rozwoju tej dziedziny medycyny, wynikającego z ogromnych nakładów przeznaczonych na badania podstawowe i kliniczne. Wynikiem tych badań są nowe metody diagnostyki i leczenia wprowadzane do praktyki klinicznej każdego roku. Kształcenie ustawiczne jest ustawowym obowiązkiem każdego praktykującego lekarza (każdy lekarz powinien wykazać się określoną aktywnością edukacyjną, za którą są przydzielane punkty), a nadzór nad jego realizacją pełni samorząd lekarski. W praktyce jednak, pomimo ustawowego zapisu, nie monitoruje się skutecznie procesu ustawicznego kształcenia i nie egzekwuje się tego obowiązku. Należy usprawnić ten proces poprzez bieżące monitorowanie ustawicznego kształcenia, komunikowanie ewentualnych braków indywidualnym lekarzom i - w przypadku braku ich uzupełnienia - wyciąganie odpowiednich konsekwencji.



Realizacja

NIL, we współpracy z naukowymi towarzystwami onkologicznymi i uczelniami medycznymi



Termin

realizacja ciągła

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 rozwiązań, w tym poprawę otoczenia administracyjnego i racjonalizację regulacji. Szacunkowe dane wskazują, iż tylko ok 4% polskich chorych na nowotwory uczestniczy w badaniach klinicznych. Skala oszczędności NFZ z tytułu przejścia przez sponsorów badań części kosztów opieki onkologicznej szacowana była w 2010 r. 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, stanowić 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 lepsze informowanie pacjentów 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 ich cech immunologicznych lub genetycznych. Cechy te nabierają coraz większego znaczenia predykcyjnego oraz są nieodzownym elementem rozwoju i klinicznego zastosowania terapii ukierunkowanych molekularnie. Powszechnie uważa się, że badania podstawowe nad nowotworami mogą się przyczynić do przełomowych odkryć, umożliwiających 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 immunofenotypowej i genotypowej 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 2018 r.

Działanie 8.2. Utworzenie centralnego rejestru zasobów próbek biologicznych

Powinien powstać centralny rejestr zasobów próbek biologicznych. Jego utworzenie 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, GIODO, KRN



Termin

IV kwartał 2019 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. Ze względu na duże koszty dostęp komercyjny jest znacznym utrudnieniem dla badaczy, natomiast dostęp niekomercyjny nie jest uregulowany. Opracowanie regulacji dotyczących tej kwestii powinno stać się bodźcem do dzielenia się posiadanymi zasobami przez zespoły badaczy, 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

IV kwartał 2019 r.

III

Profilaktyka pierwotna i wtórna



III Profilaktyka pierwotna i wtórna

IIIa Profilaktyka pierwotna

Choroby nowotworowe 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 dla około połowy z nich poznane są czynniki ryzyka.

Profilaktyka pierwotna nowotworów złośliwych opiera się na identyfikacji czynników ryzyka choroby nowotworowej, których etiologiczna rola została dostatecznie udokumentowana badaniami epidemiologicznymi. Wylimitowanie tych czynników lub zmniejszenie narażenia na nie powinno zatem skutkować spadkiem zachorowalności na nowotwory.

W 1984 roku na zlecenie Komisji Europejskiej opracowano po raz pierwszy Europejski Kodeks Walki z Rakiem, który uaktualniano kolejno w 1994, 2003 i 2014 roku. Obecnie obowiązuje 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 i 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,
- ekspozycja na promieniowanie UV,
- 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 ogólnopolskich medialnych kampanii społecznych, obejmujących w szczególności spotkania z dziennikarzami, krajowymi liderami opinii, zaangażowanie w działania twórców filmów i seriali, konferencje prasowe etc.

Opracowanie we współpracy Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Narodowej spójnego i ogólnego programu edukacyjnego dotyczącego czynników ryzyka nowotworów, opracowanie manualu (scenariuszy) dla szkół, organizacji pozarządowych, instytucji publicznych, dziennikarzy, liderów opinii.

Wykorzystanie „publicznej misji” nadawców publicznych.

Działania bezpośrednio obejmują m.in. dni otwarte w ośrodkach onkologicznych i tworzenie w nich punktów informacyjnych

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 COI (Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów), centrami onkologii, uczelniami, JST, 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.



Realizacja

MZ we współpracy z centrami onkologii, uczelniami medycznymi, NIL, IPIP, PTMR, KLRwP, towarzystwami onkologicznymi



Termin

W sposób ciągły

Cel 10: Promowanie zdrowego sposobu odżywiania oraz aktywności fizycznej

Zgodnie z Europejskim Kodeksem Walki z Rakiem, istotnymi czynnikami ryzyka rozwoju nowotworów są nieodpowiedni sposób żywienia (m.in. nadmierna konsumpcja alkoholu, tłuszczów zwierzęcych, soli oraz czerwonego i przetworzonego mięsa) oraz brak aktywności fizycznej i związana z tym nadmierna masa 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 w POZ grup podwyższonego ryzyka, promocja zdrowego sposobu odżywiania oraz aktywności fizycznej

Lekarze udzielający świadczeń w 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 w 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, KLRwP, PTMR, uczelnie typu AWF, MEN



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, Iż iż, NIL, PTD, MEN



Termin

IV kwartał 2017 r.

Działanie 10.3. Intensyfikacja współpracy środowisk onkologicznych z instytucjami zaangażowanymi w promocję zdrowia (m.in. MEN, samorzady terytorialne, dziennikarze, organizacje pozarządowe)

Pierwotna profilaktyka nowotworów poprzez racjonalny sposób żywienia, aktywność fizyczną i utrzymywanie prawidłowej masy ciała, odnosi się także do 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, COI, centrami onkologii, uczelniami, organizacjami pozarządowymi



Termin

W sposób ciągły

Cel 11: Zapobieganie nowotworom związanym z paleniem 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 płuca nadal pozostają główną przyczyną zgonów wśród mężczyzn (31% zgonów z powodu nowotworów złośliwych w 2013 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 z powodu nowotworów złośliwych w Polsce.

Działanie 11.1. Rozpowszechnianie informacji o szkodliwości 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 wysokiej jakości, która powinna się przejawiać odpowiednim stopniem agregacji i porównywalnością między okresami.



Realizacja

MZ we współpracy z MF, COI (KRN), 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 w aspekcie zdrowia publicznego, ale także medycyny klinicznej. Skuteczne ograniczenie zdrowotnych następstw palenia tytoniu wymaga czynnego udziału wszystkich pracowników służby zdrowia. 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 w 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, COI



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, KLRwP, PTMR, COI, IGiChP



Termin

W sposób ciągły

Działanie 11.5. Zmiany w ustawodawstwie związane z implementacją regulacji antytytoniowych

Dyrektywa KE nr 2014/40/UE nakłada na kraje członkowskie UE obowiązek wprowadzenia do ustawodawstwa krajowego tzw. regulacji antytytoniowych, ograniczających m.in. spożycie wyrobów tytoniowych z dodatkiem mentolu, cienkich papierosów typu slim, reklamę produktów tytoniowych w miejscu ich sprzedaży. Na mocy tej dyrektywy Polska powinna wprowadzić stosowne przepisy w 2016 r.



Realizacja

MZ



Termin

II kwartał 2016r.

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 wywołującemu raka wątroby oraz szczepionka przeciw HPV wywołującemu 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, KRN



Termin

IV kwartał 2017 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 z narażeniem zawodowym. Według szacunków ok. 5% nowotworów można przypisać zawodowym czynnikom rakotwórczym, 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 zmniejszających ich wpływ 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

MRPiPS 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, 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 2014 r. ponad 3,1 tys. osób, a na inne nowotwory skóry ponad 12 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 związanych z narażeniem na promieniowanie UV jest edukacja społeczeństwa na temat szkodliwości tego czynnika 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, MEN, COI



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 bardzo istotna jest edukacja społeczna. Należy promować powszechną samokontrolę skóry i konsultowanie z lekarzem wszystkich podejrzanych zmian. Zasadne jest prowadzenie odpowiedniej społecznej kampanii informacyjnej. Identyfikacja grup o podwyższonym ryzyku może znacząco zwiększyć odsetek wcześniej 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, KLRwP, PTMR, COI, Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, PTChO



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

IV kwartał 2017 r.

Cel 15: Ograniczenie narażenia na środowiskowe czynniki rakotwórcze wynikające z działalności człowieka

WHO wpisała na listę karcinogenów ludzkich spaliny z silników Diesla (zarówno samochodowych jak i przemysłowych). Narażenie na rakotwórcze działanie spalin wzrasta zarówno z powodu wzrostu liczby samochodów, jak i rozwoju przemysłu. Dodatkowym źródłem zanieczyszczenia są substancje powstałe ze spalania w domowych piecach grzewczych. Ograniczenie smogu w miastach może się zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwory (szczególnie raka płuca, międzybłoniaka, raka nerki, pęcherza moczowego i innych). w 2013 r. aż 6 polskich aglomeracji znalazło się w pierwszej dziesiątce miast europejskich z największą liczbą dni w roku, w których przekroczone dobowe dopuszczalne stężenie pyłu PM₁₀. Wśród substancji, które podlegają monitorowaniu (dwutlenek siarki, dwutlenek azotu, tlenek węgla, benzen, ozon, pył PM₁₀, ołów, arsen, kadm, nikiel i benzo(a)piren w pyłe PM₁₀ oraz pył PM_{2,5}), co najmniej 7 ma udowodnione działanie rakotwórcze. Według raportu GIOŚ sytuacja w Polsce jest wręcz dramatyczna. Przekroczenie norm dla BaP stwierdzono aż w 98 proc. stacji pomiarowych, a w niektórych miejscach średnie roczne stężenie wyniosło 1700 proc. normy.

Działanie 15.1. Zmiany legislacyjne ukierunkowane na ograniczenie emisji substancji rakotwórczych

W celu zmniejszenia ryzyka zachorowania na nowotwory należy wprowadzić prawne ograniczenie emisji substancji rakotwórczych, na wzór uregulowań w innych krajach Europy. Należy także wprowadzić ściśle określone wymagania dla właścicieli pojazdów, jak i przemysłu i bezwzględnie je egzekwować.



Realizacja

MZ we współpracy z IMP (Łódź)



Termin

IV kwartał 2017 r.

Działanie 15.2. Edukacja społeczeństwa w zakresie szkód zdrowotnych wynikających ze spalania śmieci i korzystania z samochodów z niesprawnym układem wydechowym

Konieczna jest szeroka edukacja społeczeństwa na rzecz obywatelskiej odpowiedzialności w zakresie ochrony środowiska. Należy prowadzić kampanie uświadamiające - zarówno na etapie edukacji szkolnej, jak i skierowane do całego społeczeństwa. W pierwszym etapie należy ustalić treści dla wszystkich grup docelowych, a następnie określić kanały dystrybucji. Działania te należy prowadzić z udziałem publicznych mediów.



Realizacja

MZ we współpracy z IMP (Łódź), GIOŚ, MEN



Termin

IV kwartał 2017 r., a następnie w sposób ciągły

IIIb Profilaktyka wtórna

Podjęmowanie zorganizowanych badań przesiewowych skierowanych do określonych grup zdrowej populacji bez objawów klinicznych ma na celu wyłonienie osób ze zmianami przednowotworowymi lub z nowotworem we wczesnym, bezobjawowym stadium zaawansowania. Istnieją dwa mechanizmy działania badań przesiewowych: (i) wykrycie i usunięcie zmian przednowotworowych prowadzi do zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów posiadających łatwą do wykrycia i wolno rozwijającą się zmianę prekursorową (rak szyjki macicy i rak jelita grubego) oraz (ii) wykrycie i leczenie nowotworu we wczesnym stadium zaawansowania prowadzi jedynie do zmniejszenia umieralności z powodu tego nowotworu (rak szyjki macicy, rak jelita grubego i rak piersi). W krajach, gdzie większość tych nowotworów wykrywa się 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 wykonywane raz na 2 lata – program działa w całym kraju od 2005 roku.
- Kobiety i mężczyźni – kolonoskopowe badania w kierunku raka jelita grubego wykonywane raz na 10 lat - realizowane od 2000 roku jako program oportunistyczny w wieku 50–65 lat, oraz od 2012 roku jako program populacyjny w wieku 55-64 lata, obejmujący ograniczony obszar kraju (130 z 380 powiatów w 2015 roku), 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”. Jednym z istotnych elementów działań w zakresie profilaktyki wtórnej powinno być także ograniczenie realizacji badań przesiewowych bez udowodnionej skuteczności i w innych niż zalecane grupach docelowych. Realizacja takich badań może przynieść więcej szkody niż korzyści z populacyjnego punktu widzenia.

Cel 16: 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 w 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 z odpowiednim określeniem grup ryzyka.

Do realizacji przesiewowych programów raka szyjki macicy i raka piersi w Polsce powołano dwie odrębne zarządcze struktury. Jedna z nich, podległa Ministerstwu Zdrowia i zbudowana z Centralnego Ośrodka Koordynującego i 23 Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących (obecnie likwidowanych), odpowiedzialna była za część administracyjną i promocję badań oraz nadzór nad ich jakością. Z kolei instytucją odpowiedzialną za kontraktowanie i finansowanie badań profilaktycznych jest NFZ. Obie te struktury działały oddzielnie, co powodowało rozproszenie odpowiedzialności za jakość i skuteczność realizacji obu programów. W latach 2006-2015 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 16.1. 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. Program badań przesiewowych powinien być zgodny z europejskimi zaleceniami w zakresie ich organizacji i monitorowania.



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ, COK, COI, KRO



Termin

W sposób ciągły od I kwartał 2017 r.

Działanie 16.2. 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

III kwartał 2017 r.

Działanie 16.3. 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

III kwartał 2017 r.

Działanie 16.4. Wzmocnienie roli lekarzy w POZ w zachęcaniu do udziału w badaniach przesiewowych

Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach 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 w POZ. Ciesząc się dużym zaufaniem lekarze w POZ mogliby w istotny sposób wpłynąć na decyzję pacjentów o wykonaniu badania przesiewowego. Należy wprowadzić właściwe mechanizmy motywujące lekarzy w POZ do aktywnego udziału w realizacji programów zapobiegania nowotworom.



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ, COK



Termin

III kwartał 2017 r.

Działanie 16.5. 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, COK



Termin

W sposób ciągły od IV kwartału 2017 r.

Działanie 16.6. 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, JST, COK, Konfederacja Pracodawców RP



Termin

W sposób ciągły

Cel 17: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy

W 2015 r., w ramach badań przesiewowych, w Polsce przeprowadzono 656 tys. badań cytologicznych. Kolejne 723 tys. badań zrealizowano poza programem w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Program Wczesnej Diagnostyki Raka Szyjki Macicy realizowany jest w trzech etapach: podstawowym, gdzie pobierany jest materiał, diagnostyczny, pośrednim, 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 2015 r. ok. 42% docelowej populacji (uwzględniając badania w programie przesiewowym w ramach świadczeń AOS), przy znacznych różnicach regionalnych w poszczególnych województwach (od ok. 31% w województwie opolskim do ok. 53% w województwie wielkopolskim). Ponadto szacunkowo 20-25% kobiet wykonuje dodatkowo regularnie badania cytologiczne w ramach prywatnej służby zdrowia. Z przeprowadzonych badań wynika, że 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 17.1. Rewizja istniejących programów przesiewowych z uwzględnieniem ich efektywności kosztowej i dostosowania do poziomu ryzyka

Należy podjąć działania mające na celu standaryzację wszystkich badań cytologicznych i centralną rejestrację ich wyników. Zasadny jest również rozwój badań przesiewowych, uwzględniający obecne kierunki (cytologia płynna, wykrywanie wirusa

HPV). Należy więcej uwagi poświęcić grupom, które nie korzystają z badań przesiewowych, kierując do nich specjalny przekaz i zachęty.



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ, COK



Termin

II kwartał 2017 r.

Działanie 17.2. Kontrola jakości wykonywanych badań cytologicznych i wirusologicznych

Nieodzownym warunkiem poprawy efektywności realizowanych programów badań przesiewowych jest ich wysoka jakość. W przyszłości cel ten można będzie przybliżyć poprzez integrację SIMP z planowanym systemem gromadzenia wyników badań patomorfologicznych, rejestrację wszystkich badań w połączonym systemie oraz wprowadzenie kontroli jakości preparatów cytologicznych i badań wirusologicznych. Monitorowanie jakości należy powiązać ze sprawnie działającym systemem dodatkowych szkoleń dla pracowników nie spełniających ustalonych kryteriów jakości.



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ, KRN, CSIOZ



Termin

W sposób ciągły

Działanie 17.3. Obiektywna ocena skuteczności prowadzonych działań profilaktycznych (populacyjnych i oportunistycznych) pod kątem zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy

Interpretacja wskaźników epidemiologicznych dotyczących raka szyjki macicy jest trudna ze względu na współistnienie badań przesiewowych populacyjnych i oportunistycznych oraz zmieniającej się ekspozycji na czynniki ryzyka (takich jak zakażenie HPV czy palenie papierosów). Konieczne jest przeprowadzenie obiektywnej analizy dodatkowego wpływu programu populacyjnego na zachorowalność i umieralność na raka szyjki macicy oraz określenie zmian w częstości występowania zakażenia HPV w populacji.



Realizacja

COK we współpracy z KRN, MZ, NFZ, COI (Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów)



Termin

W sposób ciągły

Cel 18: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka piersi

Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi jest realizowany w dwóch etapach. Etap podstawowy obejmuje wykonanie mammografii rentgenowskiej w dwóch projekcjach i ocenianej przez dwóch radiologów. W etapie pogłębionej diagnostyki, obejmującym kobiety z nieprawidłowym lub podejrzanym wynikiem mammografii, wykonuje się dodatkowo:

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

Zgłaszalność kobiet w Polsce na badania mammograficzne w 2015 r. wyniosła ok. 45% docelowej populacji (przy uwzględnieniu 4% badań wykonanych w AOS), przy znacznych różnicach regionalnych w poszczególnych województwach (od 36% w województwie podlaskim do 53% 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 chorych na raka piersi jest daleki od optymalnego (wynosi średnio 11,5 tygodni). Należy również ocenić wpływ badań przesiewowych na udział operacji oszczędzających piersi i opracować jasny przekaz dla pacjentek, który pozwoli im podejmować racjonalne decyzje.

Działanie 18.1. Zwiększenie udziału kobiet uczestniczących w przesiewowych badaniach mammograficznych

Obecnie w kraju z przesiewowych badań mammograficznych korzysta mniej niż połowa kobiet z docelowej populacji. W celu zwiększenia udziału kobiet w tych badaniach należy usunąć bariery administracyjne (m.in. brak ciągłości wysyłania zaproszeń, logistyka dostępności do badań) i opracować skuteczniejsze sposoby informowania społeczeństwa na temat znaczenia badań przesiewowych. Do badań

mammograficznych powinien również zachęcać personel POZ, w tym pielęgniarki, lekarze rodzinni oraz ginekologdy .



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ, COK



Termin

III kwartał 2017 r.

Działanie 18.2. 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 występowaniem raka interwałowego, a także dalsze doskonalenie procedur audytu klinicznego.



Realizacja

COK we współpracy z MZ, NFZ, KRN



Termin

W sposób ciągły

Działanie 18.3. Ocena bilansu zysków i strat z prowadzenia populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi

Mammografia przesiewowa umożliwia wykrycie raka we wczesnym stadium zaawansowania, ale nie pozwala na wykrycie zmian prekursorowych. Z tego powodu bezpośrednim wynikiem programów mammografii przesiewowej może być jedynie obniżenie umieralności z powodu raka piersi. Z drugiej strony mammografia przesiewowa może prowadzić do wykrycia i leczenia raków piersi, które nigdy nie spowodowałyby objawów klinicznych lub nawet uległy regresji, czyli potencjalnie prowadzić do tzw. „nadwykrywalności” (*overdiagnosis*) i w konsekwencji nadmiernego

leczenia (*overtreatment*). Konieczne jest zatem przygotowanie odpowiedniej informacji dla kobiet, aby mogły podejmować świadome decyzje.



Realizacja

COK we współpracy z MZ, NFZ, KRN



Termin

Lata 2017-2018

Cel 19: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego

W 2015 r. w ramach badań przesiewowych w Polsce przeprowadzono ok. 63 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 pozwalających wskazać najlepszy test przesiewowy w raku jelita grubego. 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. Konieczne jest również przeprowadzenie pilotażu nowych metod badań przesiewowych raka jelita grubego, które w połączeniu z przesiewową kolonoskopią mogą potencjalnie zwiększyć zgłaszalność i skuteczność programu w populacji.

Działanie 19.1. 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 populacyjnym, z zaproszeniami. W systemie oportunistycznym są to osoby bez objawów choroby w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego, i osoby w wieku 40-65 lat z obciążającym wywiadem rodzinnym w kierunku raka jelita grubego lub w wieku 25-65 lat z zespołem Lyncha. Z kolei w systemie imiennego zapraszania grupę docelową stanowią osoby w wieku 55-64 lat, niezależnie od innych kryteriów.

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 Centralnym Koordynatorem



Termin

W sposób ciągły

Działanie 19.2. 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 w POZ swoich podopiecznych do udziału w badaniach kolonoskopowych.

Zgłaszalność na kolonoskopię przesiewową w 2015 r. w systemie zapraszonym wynosiła około 17%. 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 Centralnym Koordynatorem



Termin

IV kwartał 2018 r.

Działanie 19.3. Poprawa wskaźników jakości przesiewowej kolonoskopii

Konieczne jest dalsze rozwijanie systemu oceny i poprawy jakości profilaktycznych kolonoskopii w systemie zaproszeń. 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 Centralnym Koordynatorem



Termin

W sposób ciągły

Działanie 19.4. Określenie roli nowych metod badań przesiewowych raka jelita grubego

Zasadne jest przeprowadzenie pilotażu nowych metod badań przesiewowych raka jelita grubego (immunochemiczne badanie stolca lub wielocelowe badanie DNA w połączeniu z immunochemicznym badaniem stolca), jako metod uzupełniających dla przesiewowej kolonoskopii. Istnieją dowody, że zaoferowanie tych małoinwazyjnych badań osobom niewyrażającym zgody na przesiewową kolonoskopię może zwiększyć zgłaszalność na profilaktyczne badania w kierunku raka jelita grubego.



Realizacja

MZ we współpracy z Centralnym Koordynatorem



Termin

Lata 2017 - 2018

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 w 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 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 20: 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 pomorskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim oraz kujawsko-pomorskim, a dla kobiet w województwach pomorskim, wielkopolskim oraz kujawsko-pomorskim. 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 20.1. 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. Zrozumienie dysproporcji w dostępie do leczenia oraz ich zmniejszenie, jest jednym z priorytetów przyświecających Mapie zasobów i potrzeb onkologii w Polsce (Działanie 1.2.).



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ oraz GUS, KRN



Termin

IV kwartał 2015 r.

Działanie 20.2. 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. 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 dziedzinach onkologicznych umożliwi w dłuższej perspektywie zmniejszenie dysproporcji w dostępie do lekarzy pomiędzy regionami.



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ



Termin

III kwartał 2020 r.

Cel 21: 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 wykorzystywane 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. Taka sytuacja jest z jednej strony wynikiem obaw pacjentów związanych z zakończeniem specjalistycznej opieki, z drugiej – z pewnej niechęcią do przejmowania opieki nad nimi przez inne podmioty.

Działanie 21.1. Kształcenie ustawiczne lekarzy w POZ w zakresie wiedzy na temat nowotworów

Należy zadbać o ciągłość kształcenia lekarzy w POZ w dziedzinie chorób nowotworowych 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 prowadzenie 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 KLRwP, PTMR oraz NIL, onkologiczne towarzystwa naukowe



Termin

W sposób ciągły

Działanie 21.2. Stworzenie mechanizmów wzmacniających rolę lekarzy w POZ w realizacji programów wczesnej diagnostyki nowotworów

Obecnie pakiet badań diagnostycznych, które mogą być zlecane przez lekarza w POZ, jest ograniczony. Opracowanie, wdrożenie i koordynowanie 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, KLRwP, PTMR, onkologiczne towarzystwa naukowe oraz NIL



Termin

IV kwartał 2015 r.

Działanie 21.3. Stworzenie mechanizmów wzmacniających rolę lekarzy w POZ w opiece nad osobami wyleczonymi z choroby nowotworowej, w tym systemu przepływu informacji o pacjencie pomiędzy onkologami a lekarzami w 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 w 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 w 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 specjalistycznej konsultacji (bezpośredniej lub w formie telekonsultacji) na poziomie lekarz onkolog – lekarz w POZ w przypadku pojawiających się wątpliwości umożliwi lekarzom w POZ przejęcie w większej mierze opieki nad pacjentem po przebytej chorobie nowotworowej. Lekarz w POZ powinien również pełnić aktywną rolę w opiece nad chorymi w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej i otrzymać w tym celu stosowne wsparcie.



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ, KLRwP, PTMR oraz NIL



Termin

IV kwartał 2017 r.

Cel 22: Rozwój leczenia onkologicznego w systemie dziennym oraz ambulatoryjnym

W Polsce, na skutek uwarunkowań geograficznych (centralizacja leczenia onkologicznego i związana z nią znaczna odległość miejsca zamieszkania chorych od ośrodka onkologicznego) oraz ze względów socjalnych (brak refundacji kosztów związanych z dojazdem), wielu chorych, pomimo braku wskazań medycznych, otrzymuje leczenie w warunkach szpitalnych. Nieuzasadniona lub przedłużona hospitalizacja łączy się z szeregiem zagrożeń, w tym zaostrzeniem współistniejących chorób, zaburzeniami nastroju, zaburzeniami rytmu dobowego, zakażeniami szpitalnymi czy niedożywieniem. Za leczeniem w warunkach ambulatoryjnych przemawia także troska o jakość życia chorych, którzy preferują tę formę, pod warunkiem, że nie wiąże się to z nadmiernymi niedogodnościami (np. męczącymi dojazdami) lub dodatkowymi kosztami. Doświadczenia innych krajów wskazują, że nie ma związku pomiędzy wskaźnikami liczby szpitalnych łóżek a skutecznością zwalczania nowotworów, a kraje o największych sukcesach w ich leczeniu, takie jak Szwecja i Finlandia, mają najniższe wskaźniki łóżek. Od wielu lat w większości rozwiniętych krajów dąży się do zmniejszania liczby łóżek szpitalnych i przenoszenia leczenia ze szpitali do placówek ambulatoryjnych oraz opieki domowej. Wprowadzony w Polsce w styczniu 2015 roku tzw. pakiet onkologiczny zawiera możliwość refundacji pobytu hotelowego dla zamiejscowych chorych otrzymujących radioterapię. Równocześnie z tym rozwiązaniem wprowadzono jednak znaczące obniżenie wyceny hospitalizacji do poziomu pobytu hotelowego. Doprowadziło to przeniesienia na chorych części kosztów związanych z pobytem hotelowym (np. kosztów wyżywienia) i do znacznego pogorszenia sytuacji ekonomicznej jednostek onkologicznych. Celowe jest opracowanie nowego systemu wycen świadczeń w systemie ambulatoryjnym i szpitalnym, motywujący w zrównoważony sposób do właściwych klinicznie działań i przy zachowaniu zasady nieprzenoszenia na chorych kosztów związanych z leczeniem. Podstawą do tych rozwiązań powinny być zaakceptowane wytyczne postępowania onkologicznego w tym zakresie i bieżące monitorowanie ich realizacji.

Działanie 22.1. 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, ryczałtu za żywienie podczas pobytu hotelowego w trakcie leczenia lub inne wydatki związane z chorobą.



Realizacja

MRPiPS we współpracy z MZ oraz NFZ



Termin

IV kwartał 2017 r.

Działanie 22.2. 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. Wprowadzona niedawno możliwość finansowania pobytu hotelowego w trakcie radioterapii będzie sprzyjać rozwojowi tego typu rozwiązań.



Realizacja

MZ we współpracy z JST oraz NFZ



Termin

IV kwartał 2017 r.

Działanie 22.3. Weryfikacja zasad finansowania leczenia stacjonarnego względem dziennego lub ambulatoryjnego

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. Równocześnie konieczna jest weryfikacja rzeczywistych kosztów hospitalizacji, uwzględniająca zmieniającą się strukturę chorych leczonych w warunkach stacjonarnych (większy udział chorych w gorszym stanie zdrowia).



Realizacja

NFZ we współpracy z MZ i AOTMiT



Termin

IV kwartał 2016 r.

Cel 23: 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 23.1. Utworzenie systemu kompleksowej ścieżki diagnostycznej dla pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej

Celowe jest uruchomienie, głównie na bazie istniejących placówek i z wykorzystaniem zatrudnionych tam specjalistów, ośrodków kompleksowej 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 i procedur obsługi pacjenta potwierdzonych wspólną marką. Docelowo ośrodki tego typu powinny być rozlokowane równomiernie, w zasięgu ok. 20-30 kilometrów, stosownie do wielkości populacji.



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ



Termin

III kwartał 2016 r.

Działanie 23.2. Poprawa jakości diagnostyki patomorfologicznej

Patomorfologia zajmuje się rozpoznawaniem, klasyfikacją oraz prognozowaniem chorób na podstawie zmian morfologicznych w komórkach, tkankach i narządach. Jest interdyscyplinarną specjalnością medyczną, zaangażowaną w diagnostykę i leczenie chorób z zakresu wielu specjalności.

Właściwe przygotowanie i przechowywanie materiału do badań patomorfologicznych, zgodna z zaleceniami procedura diagnostyczna i końcowe

rozpoznanie są decydujące dla dalszego postępowania klinicznego. Wobec rozwoju terapii ukierunkowanych molekularnie (terapii celowanych) rola diagnostyki patomorfologicznej wzrasta, bowiem oprócz ustalenia rozpoznania nowotworu obejmuje także identyfikację chorych, którzy odniosą korzyść z leczenia. Rola patomorfologa w tym zakresie polega na ocenie czynników predykcyjnych metodami immunohistochemicznymi i molekularnymi.

Najbardziej istotne jest zapewnienie stabilnej jakości i zakresu diagnostyki poprzez stworzenie systemu akredytacji i kontroli zakładów patomorfologii opartych na przestrzeganiu publikowanych zaleceń, certyfikacji procedur i obowiązkowego stosowania ujednoczonych raportów patomorfologicznych. Informatyzacja zakładów patomorfologii pozwoli na implementację raportów patomorfologicznych w wersji elektronicznej, z jednoczesną możliwością przekazywania danych do Krajowego Rejestru Nowotworów. Poprawie jakości diagnostyki patomorfologicznej służyć też powinno wydzielenie jej wyceny z innych procedur klinicznych.



Realizacja

MZ, AOTMiT, PTP, CMJ, PCA



Termin

IV kwartał 2017 r.

Działanie 23.3. Utworzenie sieci onkologicznych poradni genetycznych i laboratoriów badań genetycznych

Współczesność i przyszłość diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory opiera się na identyfikacji genów i szlaków molekularnych o udokumentowanym znaczeniu diagnostycznym, predykcyjnym i prognostycznym. Niezbędne więc jest utworzenie w ośrodkach referencyjnych poradni genetycznych onkologicznych i laboratoriów badań genetycznych, które zapewnią rozpoznawanie zespołów dziedzicznej predyspozycji do nowotworów, diagnostykę genetyczną komórek nowotworowych oraz, dla grupy pacjentów z dziedziczną predyspozycją do nowotworów, poradnictwo genetyczne i profilaktyczną opiekę onkologiczną



Realizacja

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



Termin

I kwartał 2017 r.

Działanie 23.4. 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 umożliwi laboratorium monitorowanie dokładności i porównywanie wyników pracy z innymi laboratoriami. 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 23.5. 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 2017 r.

Działanie 23.6. Wyodrębnienie metod finansowania diagnostyki onkologicznej w szczególnie uzasadnionych sytuacjach klinicznych

W niektórych sytuacjach klinicznych konieczne jest wykonanie specjalistycznych, dodatkowych testów diagnostycznych niezbędnych w celu różnicowej diagnostyki patomorfologicznej i genotypowej 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 takie sposoby ich finansowania, które poprawiłyby dostępność do zaawansowanych metod diagnostycznych.



Realizacja

NFZ we współpracy z MZ, towarzystwami naukowymi



Termin

IV kwartał 2017 r.

Działanie 23.7. Implementacja systemu transferu obrazów diagnostycznych na potrzeby interpretacji badań obrazowych i morfologicznych

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 kompleksowej 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 MC, PTP, Polska Izba Gospodarcza(informatyka)



Termin

IV kwartał 2018 r.

Cel 24: 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, oparty na mapach potrzeb zdrowotnych.

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 24.1. Identyfikacja niewłaściwie finansowanych świadczeń

W 2015 r. utworzono nową agencję (AOTMiT), która obok dotychczasowych zadań AOTM zajmuje się taryfikacją świadczeń. AOTMiT, przy udziale płatnika publicznego oraz wsparciu ekspertów, przeprowadza analizy i oceny 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

I kwartał 2017 r.

Działanie 24.2. 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 powinna obejmować cały proces leczenia, z dostosowaniem refundacji świadczeń do zalecanych i zgodnych z poziomem aktualnej wiedzy metod diagnostyki i leczenia, a także ich wpływu na funkcjonowanie systemu leczenia nowotworów jako całości.

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



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ



Termin

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

Działanie 24.3. 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, a od roku 2015, po wprowadzeniu tzw. „pakietu onkologicznego”, również część świadczeń związanych z rozpoznawaniem i leczeniem nowotworów. Rozwiązanie to wymaga jednak rozszerzenia, bowiem nie dotyczy np. niezbędnych badań diagnostycznych wykonywanych w trakcie i po leczeniu



Realizacja

NFZ we współpracy z MZ



Termin

częściowo zrealizowane od I kwartału 2015 r. docelowo I kwartał 2017 r.

Cel 25: 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 jedyna metoda 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 podawane za pomocą specjalistycznych urządzeń medycznych – przyspieszaczy liniowych lub z wykorzystaniem izotopów promieniotwórczych emitujących promieniowanie w procesie rozpadu. Na mocy Ustawy Prawo Atomowe oraz aktów wykonawczych wszystkie procedury związane z wykorzystywaniem promieniowania jonizującego do celów diagnostycznych lub terapeutycznych podlegają w Polsce rygorystycznym normom bezpieczeństwa i zapewnienia jakości. Obejmują one m.in. politykę zapewnienia jakości, okresowe przeglądy systemów zarządzania jakością oraz 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 kilkanaście 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 25.1. 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 25.2. 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 26: 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 miały jednak dotychczas oficjalnego statusu wytycznych i nie były monitorowane. Podniesienie rangi zaleceń oraz kontrola ich realizacji zostały ujęte w 2016 roku w przygotowywanej tzw. „pakietu onkologicznego”.

Działanie 26.1. Uzyskanie opinii środowiska onkologicznego na temat użyteczności, przejrzystości oraz stopnia wykorzystania istniejących zaleceń

Opracowane zalecenia powinny być narzędziem wspomagającym pracę lekarzy onkologów. Aby skutecznie pełniły tę rolę, należy zadbać o ich jednolitą formę, 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, KRO, towarzystwami naukowymi



Termin

I kwartał 2017 r.

Działanie 26.2. Stała aktualizacja istniejących zaleceń postępowania w leczeniu nowotworów

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 26.3. Opracowanie powszechnie obowiązujących standardów postępowania w leczeniu onkologicznym dla wybranych nowotworów

Standardy postępowania powinny się stać obowiązującą normą, wprowadzaną np. w formie komunikatów Ministra Zdrowia, oraz podstawą do opracowania w poszczególnych podmiotach leczniczych wewnętrznych, uszczegółowionych procedur postępowania. Odstępstwa od ich stosowania należy rejestrować i uzasadniać w dokumentacji medycznej pacjenta. Poziom przestrzegania standardów powinien być

monitorowany przez publicznego płatnika w sposób systematyczny, a nadzór specjalistyczny powinien przeprowadzać okresowe analizy i doraźne 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, krajowym nadzorem specjalistycznym i towarzystwami naukowymi



Termin

IV kwartał 2017 r.

Działanie 26.4. 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 i onkologicznymi towarzystwami naukowymi, NFZ



Termin

II kwartał 2019 r.

Cel 27: 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 hematologicznych oraz 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 27.1. 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. Wszyscy chorzy, u których przewiduje się leczenie z intencją radykalną, z wyłączeniem chorych na nowotwory krwi, powinni mieć zapewnioną wielospecjalistyczną konsultację przed rozpoczęciem terapii, przeprowadzaną przez zespół składający się z co najmniej 4 specjalistów, tj. chirurga, onkologa klinicznego, radioterapeuty i radiodiagnosty. W przypadku nowotworów wieku dziecięcego członkiem zespołu powinien być onkolog-hematolog dziecięcy.



Realizacja

NIN we współpracy z MZ, NFZ, KRO, towarzystwami naukowymi



Termin

IV kwartał 2017 r.

Działanie 27.2. 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, KRO, towarzystwami naukowymi



Termin

IV kwartał 2017 r.

Cel 28: 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. Dodatkowo obecny system jest nieelastyczny w sytuacjach, gdy najbardziej skuteczną terapią w przypadku konkretnego pacjenta jest terapia niestandardowa.

Działanie 28.1. 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 AOTMiT, NFZ, towarzystwami naukowymi



Termin

III kwartał 2017 r.

Działanie 28.2. 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 AOTMiT, NFZ, towarzystwami naukowymi



Termin

II kwartał 2017 r.

Działanie 28.3. 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. Obecnie polskie przepisy nie przewidują „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. Celowe jest stworzenie możliwości zastosowania takiej warunkowej procedury w odniesieniu do wybranych, szczególnie wartościowych terapii. W przypadku wymienionych powyżej okoliczności procesy wydawania decyzji refundacyjnych powinny być traktowane priorytetowo. Równocześnie należy dążyć do zwiększenia możliwości ratunkowego dostępu do krytycznie ważnych dla zdrowia terapii.



Realizacja

MZ we współpracy z AOTMiT, NFZ, towarzystwami naukowymi



Termin

IV kwartał 2017 r.

Działanie 28.4. Ułatwienie dostępu do nowych terapii poprzez rozwój diagnostyki molekularnej

Coraz częściej systemowe leczenie wybranych chorób opiera się na określeniu indywidualnych molekularnych czynników predykcyjnych w komórkach nowotworowych. Stosowanie innowacyjnych terapii onkologicznych jest ściśle powiązane z dostępem do adekwatnej i szybkiej diagnostyki genetycznej, która jest 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, AOTMiT, PTP, PTG, PTGC, PTDL



Termin

I kwartał 2018 r.

Działanie 28.5. Przygotowanie i wprowadzenie metod finansowania leczenia onkologicznego opartych o skuteczność leczenia („fee for performance”)

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



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ



Termin

IV kwartał 2018 r.

Działanie 28.6. Stworzenie transparentnego systemu indywidualnego dostępu do leków onkologicznych nieznajdujących się w wykazie leków refundowanych

Program zapewniający indywidualny dostęp do leków onkologicznych powinien ułatwić chorym terapię nowoczesnymi lekami w tych przypadkach, kiedy przyniesie to największe korzyści terapeutyczne, również wtedy, kiedy nie ma jeszcze wydanej finalnej decyzji refundacyjnej. Standardy medyczne nie pozwalają 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 systemowego rozwiązania, które poprzez algorytm oceny wartości dodanej leku względem aktualnie refundowanego standardu postępowania uwzględni wydłużenie czasu przeżycia i poprawę jakości życia chorych, profil bezpieczeństwa, aspekty ekonomiczne leczenia i jakość dowodów naukowych. Narzędzie to powinno znaleźć zastosowanie w mechanizmie wczesnego dostępu, skracającym czas oczekiwania chorych na leki o największej wartości dodanej, a także ułatwić podejmowanie decyzji dotyczących refundacji tych leków w procesie ich oceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), przy zachowaniu przejrzystości, obiektywizmu i powtarzalności procesu oceny. 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, umożliwiając ocenę odległych skutków takich terapii.



Realizacja

NFZ we współpracy z MZ



Termin

IV kwartał 2017 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. Wzrasta liczba nowotworów, które można skutecznie wyleczyć lub utrzymywać przez wiele lat w przewlekłej, poddającej się kontroli fazie. W efekcie, 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 niezależnie od podejmowanych interwencji choroba rozwija się, zasadnicze znaczenie ograniczenie do minimum cierpienia pacjenta i zapewnienie mu 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 opiekunowie 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 29: Przywrócenie pacjentom sprawności

Dążenie do jak najdłuższego życia pacjentów w trakcie i po leczeniu onkologicznym, a także do zapewnienia im możliwie najlepszej jakości życia wymaga uwzględnienia problemów natury psychicznej i fizycznej, które towarzyszą różnym etapom choroby. Wszechstronna i zapewniona jak najwcześniej opieka 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 29.1. Zapewnienie wsparcia psychologicznego w trakcie i po leczeniu

Rozpoznanie i leczenie chorób nowotworowych może powodować znaczące emocjonalne konsekwencje dla pacjentów i ich rodzin. Leczenie 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. Rozpoznanie 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, a zatrudnienie psychoonkologa jest warunkiem podpisania kontraktu z NFZ. 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 wspomaganą elektronicznie sieci współpracy psychoonkologicznej. Należy także promować aktywną współpracę ośrodków onkologicznych z organizacjami pozarządowymi organizującymi grupy wsparcia dla pacjentów w trakcie i po przebytej chorobie nowotworowej.



Realizacja

MZ we współpracy z NFZ, towarzystwami naukowymi i organizacjami pozarządowymi



Termin

W sposób ciągły

Działanie 29.2. 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 2018 r.

Działanie 29.3. 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 30: Zapobieganie wykluczeniu społecznemu

Choroba nowotworowa, oprócz wymiaru ściśle 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 30.1. 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 MRPiPS, NFZ, organizacjami pozarządowymi



Termin

W sposób ciągły

Działanie 30.2. 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, a osobom, które z powodu choroby przerwały pracę - stworzyć możliwość powrotu do aktywności zawodowej.

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



Realizacja

MRPiPS we współpracy z MZ, MEN, MNiSW, organizacjami pozarządowymi



Termin

W sposób ciągły

Cel 31: Poprawa opieki nad pacjentem i jego rodziną w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej

Opieka paliatywna to działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin, stających 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. Mocną stroną opieki paliatywnej w Polsce jest duża liczba jednostek opieki domowej, które są zlokalizowane w ponad 90% powiatów. Istnieje jednak szereg barier, które uniemożliwiają dostęp oraz najwyższą jakość świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej w Polsce. Należą do nich m.in. niewystarczająca liczba kontraktowanych świadczeń, mała liczba poradni medycyny paliatywnej, wyraźne dysproporcje pomiędzy województwami w dostępie do poszczególnych rodzajów świadczeń oraz brak integracji onkologii z medycyną paliatywną. Kluczową rolę w opiece nad pacjentem przebywającym w domu pełnią 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 domowe–hospicja domowe oraz świadczenia ambulatoryjne w poradni medycyny paliatywnej. Łączne nakłady na opiekę paliatywną wynosiły w 2013 r. ponad 350 mln PLN, a opieką paliatywno-hospicyjną objęto łącznie ok. 100 000 chorych, jednak nie wszyscy chorzy otrzymali właściwą formę opieki dostarczoną w odpowiednim czasie. 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. 6 do ponad 12 PLN rocznie) co powoduje istnienie „białych plam” w dostępie do tych form opieki paliatywnej.



Realizacja

MZ we współpracy z MRPiPS, NFZ, NIL, KLRwP, PTMR, towarzystwami naukowymi, organizacjami pozarządowymi



Termin

W sposób ciągły

Działanie 31.1. 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. Umożliwi to ocenę oraz leczenie objawów somatycznych, psychicznych i społecznych związanych z rozpoznaniem choroby nowotworowej oraz jej leczeniem.



Realizacja

MZ we współpracy z MRPiPS, NFZ, NIL, KLRwP, PTMR, towarzystwami naukowymi, organizacjami pozarządowymi



Termin

W sposób ciągły

Działanie 31.2. Zwiększenie roli opieki domowej i domowej opieki paliatywnej

Większość pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej w ostatnim okresie życia chce pozostać w domu. Domowa opieka (hospicjum domowe) jest podstawową formą opieki paliatywnej. W Polsce jest obecnie ponad 400 ośrodków

świadczących specjalistyczną domową opiekę paliatywną - są one zlokalizowane w ponad 90% powiatów. Ograniczeniem w dostępności do domowej opieki paliatywnej jest występujący w niektórych województwach niedobór kontraktowanych świadczeń. Część tych jednostek uzyskuje wsparcie ze strony organizacji pozarządowych oraz kościelnych. Wraz z przewidywanym wzrostem liczby zachorowań na nowotwory w Polsce, zapewnienie powszechnej opieki pacjentom w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej wymagać będzie szczególnego wsparcia finansowego oraz instytucjonalnego opieki domowej oraz domowej opieki paliatywnej.



Realizacja

MZ we współpracy z JST, NFZ, organizacjami pozarządowymi



Termin

IV kwartał 2017 r.

Działanie 31.3. 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 niezadowalający. Średnie zużycie leków opioidowych (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. W tym zakresie potrzebna jest edukacja personelu medycznego oraz pacjentów. Rozwój sieci poradni medycyny paliatywnej oraz poradni leczenia bólu zlokalizowanych na terenie ośrodków onkologicznych oraz w miastach powiatowych 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 31.4. 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 MRPiPS, towarzystwami naukowymi, 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 1 rocznych przeżyć dla poszczególnych nowotworów

Wskaźniki 5 letnich przeżyć dla poszczególnych nowotworów

Wskaźniki 10 letnich przeżyć dla poszczególnych nowotworów

I Organizacja i zarządzanie systemem zwalczania chorób nowotworowych

Powstanie Agencji ds. Strategii 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 podmiotów objętych systematycznym monitorowaniem jakości leczenia

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

Sprzedż papierosów (sztuki)

Sprzedż 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 w 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 (z podziałem na leczenie systemowe, zabiegowe i radioterapię)

Odsetek pacjentów z podejrzeniem nowotworu ustalonym w podstawowej opiece zdrowotnej

Odsetek pacjentów z diagnostyką zakończoną poniżej 7 tygodni od podejrzenia

Liczba ośrodków kompleksowej diagnostyki

Odsetek pacjentów zdiagnozowanych w ośrodkach kompleksowej diagnostyki

Odsetek zgonów w ciągu 30 dni od zabiegu operacyjnego wykonanego u chorych na raka płuca, jelita grubego, trzustki, przełyku, żołądka, oraz w przypadku guzów mózgu i przerzutowych do wątroby

Liczba łóżek onkologicznych na 10 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach (w rozbiciu na leczenie chirurgiczne, chemioterapię, radioterapię)

Odsetek chorych na raka piersi leczonych chirurgicznie metodą oszczędzającą

Odsetek chorych na raka piersi, u których wykonano biopsję węzła wartowniczego

Liczba pacjentów chorych na raka trzustki, przełyku, żołądka oraz mięsaki leczonych z wykorzystaniem złożonych procedur chirurgicznych

Odsetek chorych na nowotwory poddawanych chemioterapii ambulatoryjnie lub w warunkach hospitalizacji jednodniowych

Odsetek chorych na nowotwory poddawanych radioterapii ambulatoryjnie

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 z uwzględnieniem leczenia radykalnego i paliatywnego

Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu chemioterapii

Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu chirurgii onkologicznej

Liczba ośrodków radioterapii

Liczba przyspieszaczy liniowych na liczbę mieszkańców

Liczba aparatów do brachyterapii na liczbę mieszkańców

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 paliatywnej opieki domowej

Odsetek pacjentów korzystających w zaawansowanej fazie choroby ze stacjonarnej opieki paliatywnej

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 w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców

Wydatki ze środków publicznych 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, skринing) – 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.

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

Medycyna paliatywna – dziedzina medycyny zajmująca się diagnostyką, zapobieganiem i leczeniem objawów towarzyszących postępującym, zagrażającym życiu chorobom.

Opieka paliatywna – opieka nad osobami chorującymi na zagrażające życiu, postępujące choroby, polegająca na ocenie i leczeniu bólu oraz innych objawów somatycznych, z uwzględnieniem problemów psychologicznych, socjalnych i duchowych.

Pacjent onkologiczny – osoba obecnie chora na nowotwór złośliwy narządowy lub układowy, a także osoba, u której w przeszłości rozpoznano nowotwór złośliwy i została wyleczona.

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

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

| | |
|---------------|---|
| JST | Jednostka Samorządu Terytorialnego |
| KIDL | Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych |
| KLRwP | Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce |
| KRAUM | Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych |
| KRN | Krajowy Rejestr Nowotworów |
| KRO | Krajowa Rada ds. Onkologii |
| KZNZ | Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego |
| MC | Ministerstwo Cyfryzacji |
| MEN | Ministerstwo Edukacji Narodowej |
| MF | Ministerstwo Finansów |
| MNiSW | Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego |
| MRPiPS | Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej |
| MR | Rezonans magnetyczny |
| MZ | Ministerstwo Zdrowia |
| NCBiR | Narodowe Centrum Badań i Rozwoju |
| NCN | Narodowe Centrum Nauki |
| NFZ | Narodowy Fundusz Zdrowia |
| NIL | Naczelna Izba Lekarska |
| NPZChN | Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych |
| OW NFZ | Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia |
| PCA | Państwowe Centrum Akredytacyjne |
| PET | Positron Emission Tomography (pozytonowa tomografia emisyjna) |
| PIP | Państwowa Inspekcja Pracy |
| PLN | Polski złoty |
| POZ | Podstawowa Opieka Zdrowotna |
| PTChO | Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej |

| | |
|---------------|--|
| PTD | Polskie Towarzystwo Dietetyki |
| PTDL | Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej |
| PTG | Polskie Towarzystwo Genetyczne |
| PTGC | Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka |
| PTMR | Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej |
| PTOiHD | Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej |
| PTP | Polskie Towarzystwo Patologów |
| PZH | Państwowy Zakład Higieny |
| RTG | Rentgenografia |
| SIMP | System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki |
| TK | Tomografia komputerowa |
| USG | Ultrasonografia |
| UV | Promieniowanie ultrafioletowe |
| WCFR | 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, dostępny w internecie: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl/>

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

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

Jassem J, Ozmen V., Bacanu F., Drobnieni M., Eglitis J., Lakshmaiah KC., Kahan Z., Mardiak J., Pieńkowski T., Semiglazova T¹, Stamatovic L.¹, Timcheva C., Vasovic S., Vrbanec D., Zaborek P.. Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. *Eur J Public Health*. 2014 Oct;24(5):761-7.

Jassem J, Przewoźniak K., Zatoński W. Tobacco control in Poland—successes and challenges. *Transl Lung Cancer Res*. 2014 Oct;3(5):280-5.

Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014, PwC, 2014

Kotarski J, Basta A, Dębski R, et al. Uzupełnione 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)

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

http://wyborcza.pl/1,76842,9743584,Kobiety_okaleczane.html

Sprawozdanie z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2015, Minister Zdrowia, Warszawa 2016

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

Tchórzewska-Korba H., Kosowicz M., Lindner B., Meder J., Szafranski 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

Zalecenia postępowania diagnostyczno – terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. Dostępny w internecie: <http://onkologia.zalecenia.med.pl/>