STRATEGIA WALKI Z RAKIEM w POLSCE 2015-2024

10 kwietnia 2014 r.

Polskie Towarzystwo Onkologiczne
POLSKA UNIA ONKOLOGII
PEPO
Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
POLSKIE TOWARZYSTWO RADIOTERAPII ONKOLOGICZNEJ
POLSKIE TOWARZYSTWO PATOLOGÓW
NOWOCZESNI LEKARZY RODZINNYCH W POLSCE

Koordynator 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

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

Wprowadzenie

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

Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015–2024 („Strategia”) powstała z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, przy współudziale Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, towarzystw naukowych, organizacji pacjenckich i pozarządowych, reprezentantów podmiotów leczniczych, środowisk akademickich oraz ekspertów wielu dziedzin. Jej celem jest wskazanie głównych kierunków zmian, zmierzających do osiągnięcia poprawy populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanej z chorobami nowotworowymi w Polsce oraz jakości życia chorych na nowotwory. Prezentowana wersja Strategii jest przeznaczona do szerokiej konsultacji społecznej i może się różnić się od ostatecznej wersji. Wierzymy, że Państwa wkład pozwoli nam na wypracowanie ostatecznych rozwiązań, które zwiększą skuteczność walki z rakiem w Polsce.

I.

Organizacja i zarządzanie systemem zwalczania chorób nowotworowych

I. Organizacja i zarządzanie systemem zwalczania chorób nowotworowych

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

Opieka onkologiczna w Polsce finansowana jest w zasadniczej części ze środków publicznych świadczeń gwarantowanych, obejmujących profilaktyczne programy zdrowotne, diagnostykę, leczenie, rehabilitację, opiekę paliatywną i refundację leków. Świadczenia te finansowane są przez system powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Organizacja udzielanych świadczeń opiera się na znacznie scentralizowanym systemie, którego trzon stanowi Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej–Curie (posiadający trzy oddziały w Warszawie, Gliwicach i Krakowie), dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Zdrowia. W większości województw istnieją także regionalne ośrodki onkologiczne działające jako samodzielne jednostki lub w strukturach wielospecjalistycznych szpitali. Istotną rolę w opiece onkologicznej w Polsce spełniają szpitale kliniczne, ale tylko 2 z nich (w Gdańsku i Katowicach) posiadają pełnoprofilową bazę kliniczną. W niektórych województwach leczenie onkologiczne prowadzą również mniejsze ośrodki satelitarne, lub oddziały onkologiczne zlokalizowane w szpitalach różnego szczebla. Dostępność do świadczeń onkologicznych finansowanych ze środków publicznych w dużym stopniu uwarunkowana jest ich liczbowymi limitami wyznaczonymi przez wojewódzkie odziały NFZ. Oprócz sieci publicznych jednostek, znacząca i wzrastająca z roku na rok liczba świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych w opiece onkologicznej wykonywana jest przez prywatne podmioty lecznicze. Podmioty te działają na podstawie umów z NFZ i finansowane są w przeważającej mierze ze środków publicznych. Obok poradni specjalistycznych, są to różnej wielkości ośrodki chemioterapii ambulatoryjnej lub jednodniowej, stacjonarne oddziały onkologii klinicznej, centra diagnostyki obrazowej (TK, MR, PET) lub teleradioterapii.

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

Leczenie chirurgiczne w onkologii realizowane jest zarówno w wyspecjalizowanych oddziałach o charakterze klinik narządowych zlokalizowanych głównie w oddziałach Instytutu Onkologii, jak i w oddziałach chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej, neurochirurgii, torakochirurgii, otorynolaryngologii, urologii, ginekologii w regionalnych ośrodkach onkologicznych lub szpitalach wielospecjalistycznych. Ocenia się, że znacząca część zabiegów chirurgicznych w przypadku nowotworów przewodu pokarmowego, gruczołów dokrewnych oraz narządów miednicy mniejszej wykonywana jest w oddziałach chirurgii ogólnej, urologii czy ginekologii szpitali różnego szczebla. Liczba chorych na nowotwór złośliwy poddanych planowemu leczeniu chirurgicznemu w 2010 roku wyniosła 70–80 tys. Najczęstszy nowotwór u kobiet, jakim jest rak piersi, jest leczony chirurgicznie głównie w oddziałach chirurgii onkologicznej (86%), a nowotwory jelita grubego (o zachorowalności zbliżonej do raka piersi) leczy się w podobnej liczbie przypadków na oddziałach chirurgii onkologicznej i ogólnej.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

W celu zapewnienia skutecznej realizacji większości celów Strategii, istnieje potrzeba utworzenia instytucji o odpowiednich kompetencjach merytorycznych, koordynującej i monitorującej najważniejsze aspekty walki z rakiem w Polsce. W jej pracach powinni uczestniczyć jako zewnętrzni eksperci przedstawiciele onkologicznych towarzystw naukowych, środowisk lekarskich i pielęgniarskich oraz ośrodków onkologicznych (instytuty, centra regionalne i resortowe, jednostki wyższych uczelni).

Działanie 1.1. Stworzenie instytucji monitorującej i koordynującej najważniejsze aspekty walki z rakiem w Polsce (Krajowe Centrum Walki z Rakiem, KCWR)

Powołana instytucja monitorować będzie funkcjonowanie systemu opieki onkologicznej, oraz podejmować inicjatywy zmierzające do jego racjonalizacji, poprawy koordynacji oraz efektywności. Wytyczanie najważniejszych działań w obszarze onkologii oraz przygotowywanie rekomendacji w tym zakresie będzie mieć charakter wielosektorowy i obejmować również takie zagadnienia, jak szkolenie zawodowe pracowników ochrony zdrowia, inicjowanie i opiniowanie badań naukowych, promocję zdrowia oraz edukację społeczną w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób nowotworowych.

Skuteczność zadań realizowanych przez tę instytucję zaleceń powinna być zapewniona poprzez:

- ustawowe umocowanie i odrębne finansowanie;
- oddzielenie od pełnienia funkcji świadczeniodawcy w systemie opieki onkologicznej;
- najwyższy poziom autorytetu uzyskiwany poprzez kolegialność i transparentność decyzji w gronie fachowej i szerokiej reprezentacji różnych podmiotów i instytucji zaangażowanych w zwalczanie nowotworów.

Instytucja ta odegrać powinna kluczową rolę w procesie terminowej i skutecznej realizacji większości działań strategii. W okresie przejściowym (poprzedzającym utworzenie) jej cele powinny być realizowane przez odpowiednie przydzielenie zadań i odpowiedzialności w ramach wydzielonej jednostki w ramach zasobów Ministra Zdrowia.

Odpowiedzialność

Rada Ministrów we współpracy z MZ

Termin realizacji

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z MZ, NFZ

Termin realizacji

II kwartał 2015 r.

Działanie 1.3. Stworzenie systemu monitorowania jakości opieki onkologicznej w Polsce

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

* W okresie przejściowym rolę ośrodka koordynującego będzie pełniła wydzielona jednostka w MZ (Działanie 1.1.)

Należy stworzyć system zapewnienia jakości w opiece onkologicznej o szerszym niż dotychczas zasięgu i funkcjach, bazujący na systematycznym i kompleksowym gromadzeniu danych o wynikach leczenia, zdarzeniach niepożądanych i powikłaniach, ich analizie na poziomie poszczególnych obszarów opieki, regionów i świadczeniodawców, oraz regularnym, okresowym publikowaniu informacji na ten temat. Należy rozważyć powierzenie tego zadania nowo powołanej instytucji koordynującej, o której mowa w Działaniu 1.1.

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z MZ, CMJ, NFZ i CSiOZ

Termin realizacji

II kwartał 2015 r.

Działanie 1.4. Utworzenie sieci ośrodków referencyjnych specjalizujących się i prowadzących kompleksowe leczenie nowotworów w najczęstszych lokalizacjach narządowych

Koncepcja tworzenia „unitów" narządowych wyspecjalizowanych w leczeniu określonych rodzajów nowotworów pojawiła się pod koniec lat 70. XX wieku i dotyczyła ośrodków leczenia raka piersi (BCU- *breast cancer units*). Na początku XXI wieku European Society of Mastology (EUSOMA) opublikowało stanowisko w sprawie BCU, następnie wzmocnione rezolucją Parlamentu Europejskiego, w którym wskazuje się na główne cechy BCU 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 osiąganie 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. Powstanie BCU ma odpowiedzieć na problem fragmentacji opieki i braku instytucjonalnej odpowiedzialności za jej wynik, opóźnień w diagnostyce

i podejmowaniu poszczególnych etapów terapii oraz odpowiedniego doboru sposobów postępowania, zgodnego z aktualnymi zaleceniami diagnostyczno-terapeutycznymi.

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

Odpowiedzialność

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

Termin realizacji

Etap I – pilotaż BCU – 2015 – 2017 r.

Etap II – stan docelowy BCU – 2020 r.

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

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

jak opóźnienie rozpoznania, trudności w diagnostyce histopatologicznej, nieprawidłowe leczenie w ośrodkach o małym doświadczeniu. Należy przy tym zapewnić skierowanie pacjenta do ośrodków referencyjnych na możliwie wczesnym etapie choroby.

Odpowiedzialność

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

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

Działanie 1.6. Stworzenie lokalnych punktów informacji onkologicznej

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

Odpowiedzialność

Samorządy wojewódzkie we współpracy z ośrodkami onkologicznymi

Termin realizacji

II kwartał 2015 r.

Cel 2: Poprawa jakości i zakresu gromadzonych danych

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

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

Najważniejszym źródłem oceny zagrożenia nowotworami złośliwymi w Polsce jest Krajowy Rejestr Nowotworów. Kompletność rejestracji nowotworów szacowana jest obecnie na około 94%. KRN jest obecnie centralną bazą wspólną dla 16 wojewódzkich biur rejestracji oraz krajowego biura rejestracji. Istnieją jednakże inne źródła danych onkologicznych, przede wszystkim dane NFZ (w tym dane z systemu SIMP), bazy szpitalne, baza chorobowości szpitalnej w Instytucie Zdrowia Publicznego czy baza zgonów 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 (w szczególności importu danych do KRN z NFZ) poprawi kompleksowość oraz poprawność informacji o nowotworach w Polsce.

Odpowiedzialność

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

Termin realizacji

II kwartał 2015 r.

Działanie 2.2. Opracowywanie oraz upowszechnianie analiz epidemiologicznych

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z KRN, NFZ, PZH

Termin realizacji

W sposób ciągły

Działanie 2.3. Ocena jakości opieki onkologicznej w Polsce

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

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z CMJ, NFZ, MZ, organizacjami pozarządowymi

Termin realizacji

Okresowo (co 2 lata) od IV kwartału 2015 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 (tzw. *staging*). Wypracowanie mierników skuteczności leczenia, przy jednoczesnej poprawie zgłaszalności stopnia zaawansowania nowotworu umożliwi ocenę skuteczności leczenia w poszczególnych ośrodkach onkologicznych, co w dłuższej perspektywie stanie się podstawą do oceny tych podmiotów przez instytucje odpowiedzialne za monitorowanie i egzekwowanie jakości leczenia w Polsce.

Odpowiedzialność

KCKWR* we współpracy z MZ, NFZ, KRN

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

Działanie 2.5. Włączenie karty zgłoszenia nowotworu złośliwego do dokumentacji medycznej

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

Odpowiedzialność

MZ

Termin realizacji

IV kwartał 2014 r.

Działanie 2.6. Rozwój nowych źródeł oraz baz danych

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z KRN, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

W sposób ciągły

Działanie 2.7. Systemowe monitorowanie kosztów leczenia względem skuteczności

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, NFZ, AOTM, KRN

Termin realizacji

IV kwartał 2016 r.

Cel 3: Zmiany legislacyjne umożliwiajace skuteczne wdrożenie Strategii

Niektóre rozwiązania legislacyjne w obszarze ochrony zdrowia nie nadążają za dynamicznie 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 analizy wymagają np. regulacje dotyczące zasad finansowania w podstawowej opiece zdrowotnej, programów lekowych, czy też rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych.

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

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z MZ, ekspertami branżowymi

Termin realizacji

II kwartał 2015 r.

Działanie 3.2. Identyfikacja koniecznych zmian w istniejących regulacjach

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z MZ, ekspertami branżowymi

Termin realizacji

II kwartał 2015 r.

Działanie 3.3. Opracowanie listy postulowanych zmian oraz harmonogramu prac legislacyjnych

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z MZ, ekspertami branżowymi

Termin realizacji

III kwartał 2015 r.

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

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

Działanie 4.1. Identyfikacja deficytowych specjalizacji w ujęciu regionalnym oraz ogólnopolskim

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z MZ, NFZ, NIL, innymi samorządami zawodowymi

Termin realizacji

II kwartał 2015 r.

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

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z KCWR*, NIL

Termin realizacji

III kwartał 2015 r.

Działanie 4.3. Opracowanie koncepcji kształcenia koordynatorów leczenia onkologicznego

Nową jakością w polskim systemie ochrony zdrowia powinno być wzmocnienie procesów koordynacji na każdym etapie walki z rakiem. W tym celu konieczne są zmiany instytucjonalne i organizacyjne, jak również powierzenie tego zadania specjalnie w tym celu powołanym osobom, z przypisaną funkcją koordynatora opieki onkologicznej (Działanie 26.2). Ponieważ osoby te powinny posiadać kompetencje w zakresie podstawowej wiedzy medycznej, pomocy prawnej, administracyjnej, psychologicznej i socjalnej, należy w pierwszym etapie objąć szkoleniem uzupełniającym średni personel medyczny. W kolejnym etapie należy przygotować program kształcenia i szkolenie koordynatorów na wydziałach medycznych wyższych uczelni.

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z MNiSW oraz KCWR*

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

II.

Nauka i badania nad rakiem

II. Nauka i badania nad rakiem

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

W Polsce badania naukowe nad rakiem realizowane są w 12 uczelniach posiadających wydziały medyczne, 2 instytutach podległych Ministrowi Zdrowia oraz Ministrowi Obrony Narodowej, oraz Instytutach Polskiej Akademii Nauk. Finansowanie tych badań odbywa się zasadniczo z:

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

Polscy naukowcy mają również możliwość aplikowania 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 osiągany postęp jest coraz częściej wynikiem wspólnego wysiłku międzynarodowych zespołów badawczych. Udział polskich ośrodków w tych badaniach naukowych jest zbyt mały w stosunku do posiadanego potencjału kadrowego i intelektualnego.

W ośrodkach klinicznych czy szpitalach różnego typu realizowane są ponadto badania kliniczne, głównie III i IV fazy nad nowymi lekami lub wskazaniami terapeutycznymi dla zarejestrowanych substancji. Badania te mają charakter komercyjny i poza nielicznymi wyjątkami finansowane są przez przemysł farmaceutyczny.

W celu podniesienia poziomu i jakości prowadzonych badań nad nowotworami należy dążyć do tego, aby zgłaszanie projektów badawczych w konkurencyjnych, transparentnych procedurach konkursowych stało się dominującym sposobem pozyskiwania finansowania, a możliwie szybki transfer odkryć do praktyki klinicznej był priorytetem wspieranym przez Państwo.

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

Cel 5: Wzmocnienie polskich ośrodków naukowo-badawczych

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

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

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

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

Szczególny typ badań w onkologii stanowią próby kliniczne tj. prowadzenie naukowego eksperymentu medycznego w ściśle określonych warunkach prawnych i etycznych. Badania te mogą mieć formę komercyjną (zlecaną i finansowaną przez przemysł) lub niekomercyjną (badania akademickie, stanowiące w Polsce znikomy odsetek). W krajach Europy Zachodniej około 40% badań klinicznych jest realizowanych w formie niekomercyjnych badań akademickich, które obejmują akademickie projekty naukowo-badawcze lub badania inicjowane przez badaczy. Polska posiada dobrze rozwiniętą sieć ośrodków przygotowanych do prowadzenia badań klinicznych, jednak ich potencjał nie jest wykorzystany z powodu ograniczeń prawno-administracyjnych i finansowych oraz braku społecznej wiedzy na temat możliwości tych ośrodków. Dla porównania, na Węgrzech i w Czechach prowadzi się rocznie niemal tyle samo badań, co w Polsce, a są to kraje kilkukrotnie mniejsze pod względem liczby

ludności. Należy dążyć do promocji, rozwoju i wspierania badań klinicznych, zwłaszcza badań akademickich, 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 utrudnione. 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. Istniejące obecnie w ramach oceny projektów mechanizmy wymuszające tworzenie konsorcjów celem realizacji projektów wielodyscyplinarnych powinny zostać wzmocnione.

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z NCN oraz NCBiR

Termin realizacji

W sposób ciągły

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

NCN i NCBiR są instytucjami oceniającymi projekty badawcze, NCN w dziedzinie nauk podstawowych, NCBiR w zakresie projektów wdrożeniowych.

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

Odpowiedzialność

MNiSW we współpracy z KCWR, MZ, NCN oraz NCBiR

Termin realizacji

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. Niestety rzadko projekty takie są koordynowane przez polskich badaczy. Promowane powinny być projekty koordynowane oraz wspierane przez Państwo, jeśli efektem mogłoby być opatentowanie rozwiązania, produktu lub stworzenie wzoru użytkowego.

Odpowiedzialność

MNiSW we współpracy z KCWR, MZ, NCN oraz NCBiR

Termin realizacji

W sposób ciągły

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

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

Odpowiedzialność

MNiSW we współpracy z KCWR*

Termin realizacji

Okresowo (co rok) od IV kwartału 2014 r.

Działanie 5.5. Promowanie polskich akademickich badań klinicznych

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

Odpowiedzialność

MNiSW we współpracy z MZ, KCKWR oraz NFZ

Termin realizacji

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 z wykorzystaniem własnej bazy, a częściowo w zewnętrznych ośrodkach klinicznych na podstawie zawartych umów (głównie w zakresie radioterapii). Do edukacji w zakresie wielodyscyplinarnego podejścia do leczenia schorzeń onkologicznych i współistniejących, oraz prowadzenia badań w tej dziedzinie, najlepiej przygotowane są ośrodki uniwersyteckie, w których nauczanie onkologii realizowane jest równolegle do kształcenia w innych dziedzinach medycyny. Likwidacja stażu podyplomowego lekarzy i konieczność wzmocnienia praktycznej nauki zawodu w toku studiów spowodowały, że standardy nauczania onkologii wymagają weryfikacji i ujednolicenia. Istniejące programy nauczania należy poddać weryfikacji i aktualizacji oraz wprowadzić możliwość pomiaru i porównywania skuteczności nauczania onkologii pomiędzy poszczególnymi uczelniami.

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.

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z KRAUM

Termin realizacji

I kwartał 2016 r.

Działanie 6.2. Utworzenie ośrodków onkologicznych w uczelniach medycznych

Polskie uczelnie medyczne, na podstawie analizy potrzeb, powinny tworzyć we własnych szpitalach kliniczną zintegrowaną bazę edukacyjną, obejmującą wszystkie specjalności onkologiczne (chirurgię, radioterapię i leczenie systemowe). Pozwoli to na realizację pełnego programu nauczania w onkologii oraz rozwój nauki w tym obszarze. 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 .

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z MNiSW, NFZ, KCWR

Termin realizacji

2020 r.

Cel 7: Skuteczne współdziałanie ośrodków klinicznych z przemysłem

Polska pozostaje największym rynkiem badań klinicznych w regionie i ma istotny potencjał wzrostu. Badania kliniczne, oprócz wartości poznawczej, wiążą się z szeregiem korzyści, obejmujących zarówno istotny wkład w rozwój społeczeństwa, jak i samej gospodarki. W celu zwiększenia tempa rozwoju badań klinicznych w Polsce oraz uatrakcyjnienia jej obrazu jako kraju, w którym warto i należy lokować międzynarodowe badania kliniczne, należy uruchomić szereg inicjatyw, w tym poprawę otoczenia administracyjnego i racjonalizację regulacji. Szacunkowe dane wskazują, iż tylko ok 4% polskich chorych onkologicznych uczestniczy w badaniach klinicznych. Skala oszczędności NFZ z tego tytułu szacowana była w 2010r. na ok. 130 mln PLN. Rozwój zawodowy, budowanie relacji i doświadczenie uzyskane w ramach współpracy międzynarodowej mają widoczny pozytywny wpływ na młodych lekarzy. Nasilenie tej tendencji w przyszłości pomoże zintegrować Polskę z międzynarodowym środowiskiem i otworzy nasz kraj na osiągniecia 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 kilka miesięcy). Istotne będzie zwiększenie dostępności dla pacjentów informacji o prowadzonych badaniach oraz ich celach, zakresach i zasadach rekrutacji (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).

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, MNiSW

Termin realizacji

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 w oparciu o markery immunologiczne lub genetyczne. Markery te nabierają coraz większego znaczenia predykcyjnego oraz mogą być wykorzystywane w terapii ukierunkowanej. Powszechnie uważa się, że badania podstawowe nad nowotworami mogą się przyczynić do przełomowych odkryć, umożliwiających skuteczniejszą walkę z rakiem.

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

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z PTP, KIDL, PTG, PTGC

Termin realizacji

IV kwartał 2016 r.

Działanie 8.2. Utworzenie centralnego rejestru zasobów próbek biologicznych

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z MNiSW

Termin realizacji

IV kwartał 2017 r.

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

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

Odpowiedzialność

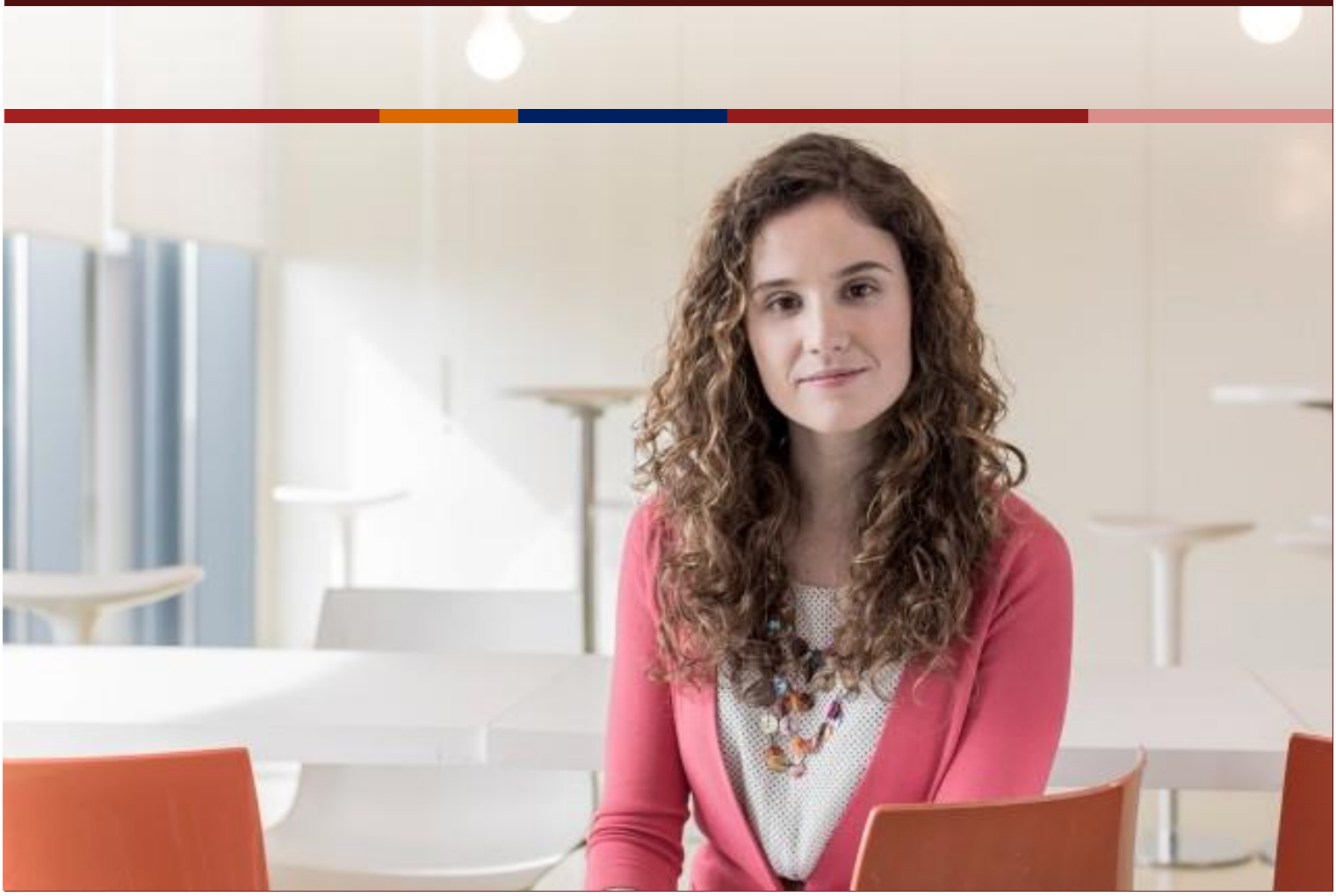
MNiSW we współpracy z MZ, GIODO

Termin realizacji

I kwartał 2017 r.

III.

Profilaktyka pierwotna i wtórna



III. Profilaktyka pierwotna i wtórna

IIIa. Profilaktyka pierwotna

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

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

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

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

W Polsce działania związane z profilaktyką pierwotną nowotworów powinny uwzględniać najważniejsze zagrożenia w naszej populacji, oraz pogłębiać ich świadomość zarówno w całym społeczeństwie, jak i wśród grup społecznych lub

zawodowych pełniących w nim szczególne role, tj. liderów opinii, nauczycieli, lekarzy, dziennikarzy, polityków.

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

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

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

Co ważne, znaczna cześć wymienionych powyżej 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 są:

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

- Wykorzystanie „publicznej misji" nadawców publicznych

W ramach działań edukacyjnych na poziomie lokalnym zalecane są:

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ oraz organizacjami pozarządowymi, KRRiTV

Termin realizacji

W sposób ciągły

Działanie 9.2. Działania edukacyjno-informacyjne ukierunkowane na wzmożenie czujności onkologicznej kadry medycznej

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, NIL, IPIP, PTMR, KLR

Termin realizacji

W sposób ciągły

Cel 10: Promowanie zdrowego sposobu odżywiania oraz aktywności fizycznej

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

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

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, NFZ, KLR, PTMR

Termin realizacji

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.

Odpowiedzialność

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

Termin realizacji

III kwartał 2015 r.

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

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

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

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

Odpowiedzialność

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

Termin realizacji

W sposób ciągły

Cel 11: Zapobieganie nowotworom wynikającym z palenia tytoniu

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

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

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, MEN

Termin realizacji

W sposób ciągły

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

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, MF, GUS

Termin realizacji

W sposób ciągły

Działanie 11.3. Wsparcie w walce z nałogiem dla osób palących

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

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z NFZ, KCWR

Termin realizacji

W sposób ciągły

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

Na pomyślne zakończenie procesu 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 im dostarczyć odpowiednich narzędzi opartych o najlepsze znane standardy medyczne.

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z NIL, IPIP, KLR, PTMR

Termin realizacji

W sposób ciągły

Cel 12: Zapobieganie nowotworom o pochodzeniu infekcyjnym

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

Działanie 12.1. Rozpowszechnienie szczepień przeciwko nowotworom pochodzenia infekcyjnego

Szczepienie przeciw HBV zostało wprowadzone jako obowiązkowe do kalendarza szczepień w 1994 r. Szczepienia przeciw HPV zostały w Polsce wpisane w Program Szczepień Ochronnych w części II „Szczepienia zalecane – niefinansowane ze środków Ministra Zdrowia" i były realizowane bezpłatnie tylko tam, gdzie finansowały je lokalne samorządy. W 2010 roku decyzję o przeznaczeniu środków na ten cel podjęło około 150 jednostek, które sfinansowały zaszczepienie 30 tysięcy dziewcząt. Wyszczepialność w ramach tych inicjatyw osiągnęła poziom około 90%. W wielu krajach zaleca się szczepienia młodych dziewcząt przeciw HPV w celu przeciwdziałania zakażeniom tym wirusem oraz zmniejszenia ryzyka zmian przedrakowych i raka szyjki macicy. 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.

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z JST, MZ

Termin realizacji

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.

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z JST

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

Cel 13: Zmniejszenia ekspozycji na czynniki rakotwórcze w miejscu pracy

Identyfikacja dużej liczby środowiskowych substancji rakotwórczych umożliwiła w ostatnich dziesięcioleciach działania zapobiegawcze, które spowodowały spadek zachorowalności na nowotwory związane narażeniem zawodowym. Według szacunków ok. 5% nowotworów można przypisać czynnikom rakotwórczym w miejscu pracy, do których zalicza się m.in. promieniowanie UV i jonizujące, bierne wdychanie dymu tytoniowego, pył zawierający wolną krzemionkę, gazy spalinowe z silników Diesla, produkty rozpadu radonu, pył drzewny, benzen, azbest, formaldehyd, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, związki chromu VI, kadmu i niklu. 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 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 kontaktu z czynnikami rakotwórczymi pozwoliłoby na identyfikację i podjęcie odpowiednich kroków mających na celu zminimalizowanie ich wpływu w miejscu pracy. Celowi temu będzie służyło wprowadzenie szkoleń pracodawców i służb BHP w zakresie identyfikacji czynników rakotwórczych w środowisku pracy, wybór właściwego wskaźnika narażenia dla substancji złożonej oraz określenie liczby narażonych osób.

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

Odpowiedzialność

MPiPS we współpracy z IMPwŁ, PIP

Termin realizacji

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 kancerogeny na poziomie krajowym i mogą być podstawą podejmowania działań związanych z zarządzaniem ryzykiem.

Odpowiedzialność

GIS we współpracy z PIP, KCWR

Termin realizacji

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 raka skóry. W Polsce na czerniaka skóry zachorowało w 2011 r. ponad 2,6 tys. osób, a na inne nowotwory skóry ponad 11 tys. osób. Badania epidemiologiczne w ostatnich dwóch dekadach w Polsce wskazują na istotny wzrost zachorowań na tego typu 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 na nowotwory złośliwe skóry wymaga działań ukierunkowanych zarówno na profilaktykę narażenia skóry na promieniowanie UV, jak również na wczesne wykrywanie zmian nowotworowych.

Działanie 14.1. Edukacja na temat szkodliwości promieniowania UV

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ

Termin realizacji

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 wczesne wykrywanie tego typu zmian. W tym zakresie duże znaczenie ma rola edukacji społecznej. W idealnej sytuacji każdy powinien sam badać swoją skórę, a wszystkie podejrzane zmiany konsultować z lekarzem. Zasadne jest prowadzenie odpowiedniej kampanii informacyjnej skierowanej do ludności. Identyfikacja grup o podwyższonym ryzyku może znacząco zwiększyć odsetek wcześnie wykrywanych nowotworów skóry.

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z NIL, IPIP, KLR, PTMR, KCWR

Termin realizacji

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.

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z GIS

Termin realizacji

III kwartał 2015 r.

IIIb. Profilaktyka wtórna

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

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

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

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

Pomimo różnych metod realizacji populacyjnych badań skriningowych istnieje szereg wspólnych działań, które zapewniają ich skuteczność. Należą do nich przede wszystkim promocja, edukacja społeczna, wzmocnienie wpływu lekarzy POZ na decyzje pacjentów o wykonaniu badań, 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 determinowana przede wszystkim 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, odpowiedzialna jest za część administracyjną i promocję badań oraz nadzór nad ich jakością. Instytucją odpowiedzialną za kontraktowanie i finasowanie badań profilaktycznych jest NFZ. Obie te struktury działają oddzielnie, co powoduje rozproszenie odpowiedzialności za jakość i skuteczność realizacji obu programów. Ponadto z tego powodu część populacji nieposiadająca prawa do ubezpieczenia zdrowotnego (szacowane na kilka procent populacji) pomimo kwalifikacji nie może zrealizować badania w ramach tych programów.

W latach 2006-2013 badania skriningowe 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 znacząca pula badań tego typu wykonywana jest poza tymi programami i nie podlega rejestracji w SIMP.

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

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

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ oraz NFZ

Termin realizacji

I kwartał 2016 r.

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

Doświadczenia zebrane z dotychczasowego programu wskazały na potencjał do poprawy w zakresie modelu organizowania i finansowania badań. 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.

Odpowiedzialność

MZ we współpracy NFZ oraz KCWR*

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

Działanie 15.3. Stworzenie biblioteki programów profilaktycznych dla organów samorządu terytorialnego

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

IV kwartał 2016 r.

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

Lekarze Podstawowej Opieki Zdrowotnej stanowią pierwszy etap kontaktu lekarza z pacjentem, dlatego powinni odgrywać ważną rolę w promowaniu badań skriningowych. Według danych pochodzących z systemu SIMP, tylko kilka procent kobiet wykonujących mammografię i cytologię skriningową otrzymało odpowiednią informację od lekarzy POZ. Cieszący się dużym zaufaniem lekarze POZ mogliby w istotny sposób wpłynąć na decyzję pacjentów o wykonaniu badania przesiewowego. W związku z tym należy wprowadzić właściwe mechanizmy motywujące lekarzy POZ do udziału w zakresie profilaktyki nowotworowej.

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z NFZ oraz KCWR

Termin realizacji

II kwartał 2016 r.

Działanie 15.5. Wdrożenie systemu szkoleń dla realizatorów badań przesiewowych

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ

Termin realizacji

W sposób ciągły od II kwartału 2016 r.

Działanie 15.6. Promocja badań przesiewowych

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ

Termin realizacji

W sposób ciągły

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

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

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

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

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

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z MZ, NFZ

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

Działanie 16.2. Kontrola jakości wykonywanych badań cytologicznych i wirusologicznych

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z NFZ, MZ, KRN, CSIOZ

Termin realizacji

W sposób ciągły

Cel 17: Podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka piersi

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

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

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

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

Działanie 17.1. Zwiększenie udziału kobiet uczestniczących w przesiewowych badaniach mammograficznych

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, NFZ

Termin realizacji

III kwartał 2017 r.

Działanie 17.2. Stałe doskonalenie kontroli jakości mammografii

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

Odpowiedzialność

KCKWR we współpracy z MZ, NFZ

Termin realizacji

W sposób ciągły

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

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

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

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

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

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, NFZ

Termin realizacji

W sposób ciągły

Działanie 18.2. Zwiększenie udziału osób uczestniczących w programie przesiewowej kolonoskopii

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

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z NFZ oraz MZ

Termin realizacji

IV kwartał 2018 r.

Działanie 18.3. Poprawa wskaźników jakości przesiewowej kolonoskopii

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ oraz NFZ

Termin realizacji

W sposób ciągły

IV.

Diagnostyka i leczenie

IV. Diagnostyka i leczenie

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

- podejrzenie nowotworu,
- potwierdzenie rozpoznania i ocena stopnia zaawansowania choroby wsparte badaniem histopatologicznym,
- 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 przypadku najczęściej występujących nowotworów.

Nasilenie 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 zawansowania choroby lub jej wykluczeniem, i nie powinien trwać dłużej niż 4 tygodnie.

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

Po etapie aktywnego leczenia przeciwnowotworowego następuje okres wieloletniej obserwacji ograniczony do okresowych badań pod kątem ewentualnych nawrotów nowotworu albo późnych następstw przebytej terapii. W Polsce

proponowane kierunki działań usprawniających funkcjonowanie diagnostyki i terapii nowotworów powinny w pierwszej kolejności dotyczyć:

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

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

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

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

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

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

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, NFZ oraz GUS

Termin realizacji

I kwartał 2016 r.

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

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z KCWR oraz NFZ

Termin realizacji

III kwartał 2020 r.

[†] Wliczając lekarzy w specjalizacjach: chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, medycyna paliatywna, onkologia kliniczna, patomorfologia, radioterapia onkologiczna

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

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

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

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

Działanie 20.1. Kształcenie ustawiczne lekarzy POZ w zakresie wiedzy onkologicznej

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, KLR, PTMR oraz NIL

Termin realizacji

W sposób ciągły

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

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z NFZ, MZ, KLR, PTMR oraz NIL

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

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

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

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z NFZ, MZ, KLR, PTMR oraz NIL

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

Cel 21: Rozwój leczenia onkologicznego w systemie dziennym oraz ambulatoryjnym

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

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

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

Odpowiedzialność

MPiPS we współpracy z MZ, KCWR* oraz NFZ

Termin realizacji

I kwartał 2015 r.

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

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z JST, KCWR* oraz NFZ

Termin realizacji

II kwartał 2015 r.

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

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

Odpowiedzialność

NFZ we współpracy z MZ oraz KCWR*

Termin realizacji

III kwartał 2015 r.

Cel 22: Poprawa dostępności oraz jakości diagnostyki onkologicznej

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

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

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

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

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

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

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z NFZ, KCWR

Termin realizacji

Etap I – III kwartał 2016 r.

Etap II – IV kwartał 2020 r.

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

Kontrola jakości polega na wprowadzeniu standardów wykonywania badań, cyklicznej oceny jakości wyników (kontrola wewnątrz- i zewnątrzlaboratoryjna) oraz spełnienia wymogów personalnych i sprzętowych (w tym stosowanych odczynników) w

celu realizacji założeń Dobrej Praktyki Laboratoryjnej. Zewnętrzna ocena jakości umożliwia laboratoriom monitorowanie dokładności i porównywanie wyników pracy z innymi laboratoriami. W Polsce upoważnioną jednostką akredytującą laboratoria oraz różne podmioty gospodarcze jest Polskie Centrum Akredytacji a nadzór merytoryczny prowadzi Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych. Unormowanie i wdrożenie systemu zapewnienia jakości w diagnostyce molekularnej powinno objąć w pierwszej kolejności rutynowe testy diagnostyczne, a następnie utworzenie referencyjnych laboratoriów dla chorób rzadkich.

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z KIDL, PTG, PTGC

Termin realizacji

II kwartał 2018 r.

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

Realizowany w ramach NPZChN program opieki nad pacjentami z wysokim ryzykiem nowotworów dziedzicznie uwarunkowanych jest realizowany od ponad 8 lat. 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.

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z MZ, NFZ, PTG, PTGC

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

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

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

Odpowiedzialność

NFZ we współpracy z KCWR*, MZ, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

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

Postęp technologiczny w diagnostyce obrazowej uzyskany dzięki upowszechnieniu technologii akwizycji cyfrowych obrazów umożliwia ich elektroniczny transfer i zewnętrzną interpretację przez lekarzy specjalistów. Rozwiązania takie wspiera rozbudowa szybkiej światłowodowej infrastruktury przesyłania danych, rozwój

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z MAC, KCWR, PTP

Termin realizacji

II kwartał 2017 r.

Cel 23: Poprawa dostępności do leczenia onkologicznego

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

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

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

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

Działanie 23.1. Identyfikacja niewłaściwie finansowanych świadczeń

Utworzenie przy udziale płatnika publicznego oraz ekspertów zespołu problemowego, którego zadaniem będzie sporządzenie listy świadczeń o niewłaściwym (przeszacowanym lub niedoszacowanym) poziomie lub zasadach finansowania na podstawie danych o kosztach leczenia. Efekt prac zespołu zostanie uzgodniony i

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z NFZ oraz MZ

Termin realizacji

III kwartał 2015 r.

Działanie 23.2. Okresowy przegląd oraz weryfikacja taryf świadczeń onkologicznych

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

Instytucja, o której mowa w Działaniu 1.1. przedstawi Ministerstwu Zdrowia uzgodnione z płatnikiem propozycje działań korygujących wraz z oceną ich skutków.

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z NFZ, MZ

Termin realizacji

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

Działanie 23.3. Zaliczenie świadczeń onkologicznych do kategorii świadczeń nielimitowanych

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

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

Odpowiedzialność

NFZ we współpracy z MZ, KCWR*

Termin realizacji

II kwartał 2015 r.

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

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

Działanie 24.1. Utworzenie nowych ośrodków radioterapii w wybranych regionach Polski

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

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z KCWR, NFZ

Termin realizacji

W sposób ciągły

Działanie 24.2. Doposażenie i modernizacja istniejących zakładów radioterapii

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z KCWR, NFZ

Termin realizacji

W sposób ciągły

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

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

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

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z NIL, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

I kwartał 2015 r.

Działanie 25.2. Stała aktualizacja istniejących zaleceń postępowania w leczeniu onkologicznym

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

Okresowo (co roku)

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

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

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

Odpowiedzialność

KCWR* we współpracy z NFZ, MZ, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

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

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, CSIOZ

Termin realizacji

II kwartał 2016 r.

Cel 26: Poprawa skuteczności mechanizmów koordynacji procesu leczenia

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

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

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

W Polsce model koordynacji powinien obejmować wybrane, najczęstsze rodzaje nowotworów, takie jak rak piersi, rak jelita grubego, rak płuca i rak gruczołu krokowego.

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

Działanie 26.1. Promowanie wielodyscyplinarnego planu leczenia przed rozpoczęciem terapii

Opracowanie planu leczenia przez wielospecjalistyczny zespół lekarski powinno mieć charakter sformalizowanej czynności, zakończonej omówieniem możliwych i

dostępnych opcji terapeutycznych, i zaproponowanie ich kolejności. Rekomendowany plan leczenia powinien mieć formę oficjalnego dokumentu wg przyjętego wzorca i struktury, który będzie wykorzystywany niezależnie od miejsca podjęcia poszczególnych etapów terapii (Działanie 25.4.). W okresie 3 lat 70% pacjentów powinno mieć zapewnioną wielospecjalistyczną konsultację przed rozpoczęciem terapii, przeprowadzaną przez zespół składający się z minimum 3 specjalistów tj. chirurga, onkologa klinicznego i radioterapeuty.

Odpowiedzialność

KCKWR we współpracy z MZ, NFZ, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

IV kwartał 2017 r.

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

Skoordynowany model opieki onkologicznej powinien objąć możliwie dużą część pacjentów. Opracowanie tego modelu i jego wdrożenie w znacznym stopniu opierać się będzie na zdefiniowaniu roli i przydzieleniu wyodrębnionym osobom funkcji koordynatora onkologicznego. Stanowiska takie w początkowym okresie powinny powstać przy istniejących ośrodkach onkologicznych, a następnie poza nimi i powinni je sprawować odpowiednio przeszkoleni pracownicy medyczni lub absolwenci kierunku zdrowie publiczne.

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, NFZ, CSIOZ, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

II kwartał 2016 r.

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

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

Działanie 27.1. Uproszczenie procedury tworzenia programów lekowych

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z AOTM, NFZ, KCWR*, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

III kwartał 2015 r.

Działanie 27.2. Stworzenie mechanizmów szybkich modyfikacji zapisów istniejących programów lekowych

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z AOTM, NFZ, KCWR*, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

II kwartał 2015 r.

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

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z AOTM, NFZ, KCWR*, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

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

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

Odpowiedzialność

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

Termin realizacji

I kwartał 2016 r.

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

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z NFZ, KCWR

Termin realizacji

IV kwartał 2016 r.

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

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

Odpowiedzialność

NFZ we współpracy z MZ, KCWR*

Termin realizacji

IV kwartał 2015 r.

V.

Jakość życia w trakcie i po leczeniu

V. Jakość życia w trakcie i po leczeniu

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

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

W przypadkach, kiedy postępująca niezależnie od podejmowanych interwencji choroba rozwija się, zasadnicze znaczenie ma pomoc pacjentowi i jego najbliższej rodzinie, obejmująca ograniczenie do minimum cierpienia i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Ocenia się, że około 80% pacjentów w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej wymaga różnych form opieki paliatywnej, która w ponad ¾ powinna być realizowana w ramach opieki domowej lub środowiskowej, a tylko w ¼ w opiece stacjonarnej. Żeby jednak tak się stało, należy udzielić maksymalnego wsparcia medycznego, psychologicznego i socjalnego rodzinom i najbliższym osobom, na których w ostatnim okresie choroby spoczywa ciężar opieki nad pacjentem.

Wsparcie takie powinno być zapewnione poprzez:

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

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

Cel 28: Przywrócenie pacjentom sprawności

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

Działanie 28.1. Zapewnienie wsparcia psychologicznego w trakcie i po leczeniu

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

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, NFZ, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

W sposób ciągły

Działanie 28.2. Utworzenie ośrodków rehabilitacji onkologicznej

Leczenie onkologiczne może być procesem trwającym przez wiele lat. Rehabilitacja jako integralna forma wspomagająca leczenie onkologiczne ma na celu zmniejszenie niedogodności zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Częścią tego procesu jest fizjoterapia (rehabilitacja ruchowa). Uczestnictwo pacjenta w procesie fizjoterapii 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 ośrodków rehabilitacji onkologicznej kontraktujących świadczenia rehabilitacyjne z NFZ przy dużych ośrodkach onkologicznych 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.

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z NFZ, KCWR, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

III kwartał 2016 r.

Działanie 28.3. Zapewnienie szerszego dostępu do chirurgii oszczędzającej i rekonstrukcyjnej

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.

W leczeniu chirurgicznym zaawansowanych nowotworów głowy i szyi a także niektórych innych nowotworów, pożądanym standardem postępowania są złożone zabiegi z jednoczesną rekonstrukcją tkanek. Rekonstrukcje wykonywane tą metodą wymagają interdyscyplinarnej współpracy dużych zespołów

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z NFZ, KCWR, PTChO

Termin realizacji

2020 r.

Cel 29: Zapobieganie wykluczeniu społecznemu

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

Działanie 29.1. Rozwój systemu opieki środowiskowej oraz opieki społecznej nad pacjentami i ich rodzinami

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 wzmocni poczucie bezpieczeństwa i przyczyni się do rozwoju ambulatoryjnych form opieki nad pacjentami.

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z MPiPS, NFZ, KCWR

Termin realizacji

W sposób ciągły

Działanie 29.2. Ułatwienie powrotu do aktywności zawodowej

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

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

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

Odpowiedzialność

MPiPS we współpracy z MZ, MEN, MNiSW

Termin realizacji

W sposób ciągły

Cel 30: Poprawa opieki nad pacjentem i jego rodziną w terminalnym 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. Istnieje jednak szereg wyzwań, które uniemożliwiają szeroki dostęp oraz najwyższą jakość medycyny paliatywnej w Polsce. Należą do nich m.in. niewystarczająca liczba poradni medycyny paliatywnej, wyraźne dysproporcje pomiędzy województwami w dostępie do świadczeń z tego zakresu, brak integracji onkologii z medycyną paliatywną oraz ograniczony dostęp do terapii przeciwbólowych. Istotną rolę w opiece terminalnej pełnią również organizacje pozarządowe, kościoły oraz związki wyznaniowe, które w dużej mierze przejmują opiekę nad osobami w terminalnym stadium choroby nowotworowej. Kluczową rolę w systemie opieki terminalnej pełnią jednak najbliższe osoby, które powinny otrzymać możliwie największą pomoc na każdym etapie choroby, a w szczególności w jej terminalnym stadium.

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

Działanie 30.1. Rozwój sieci ośrodków opieki paliatywnej

Dalszy rozwój zarówno placówek opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej (a także poszerzenie zakresu możliwych świadczeń na leczenie wspomagające w chorobach nowotworowych) poprawi dostępność do tej formy pomocy dla pacjentów w terminalnym 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 opieka paliatywną.

Odpowiedzialność

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

Termin realizacji

W sposób ciągły

Działanie 30.2. Zwiększenie roli opieki domowej i hospicyjnej

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z JST, NFZ, KCWR

Termin realizacji

IV kwartał 2017 r.

Działanie 30.3. Walka z bólem

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

Odpowiedzialność

MZ we współpracy z NFZ, JST, KCWR, towarzystwami naukowymi

Termin realizacji

W sposób ciągły

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

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

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

Odpowiedzialność

KCWR we współpracy z MZ, organizacjami pozarządowymi

Termin realizacji

W sposób ciągły

Monitorowanie wdrożenia 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 pełnić będzie Krajowe Centrum Walki z Rakiem; jego powołanie i zapewnienie odpowiednich zasobów do jego 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 Zwalczania Chorób Nowotworowych.

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

Podstawowe wskaźniki epidemiologiczne

Wskaźniki zachorowalności dla poszczególnych nowotworów

Wskaźniki umieralności na poszczególne nowotwory

Wskaźniki 5 letnich przeżyć dla poszczególnych nowotworów

Wskaźniki 10 letnich przeżyć dla poszczególnych nowotworów

I. Organizacja i zarządzanie systemem zwalczania chorób nowotworowych

Powstanie Krajowego Centrum Koordynacji Walki z Rakiem

Liczba powstałych ośrodków BCU oraz CCU

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

Liczba monitorowanych wskaźników jakości opieki onkologicznej

Liczba powstałych ośrodków do leczenia nowotworów rzadkich

Odsetek chorych leczonych w ośrodkach nowotworów rzadkich

Liczba powołanych punktów informacji onkologicznej

Kompletność rejestracji zachorowań na nowotwory w poszczególnych województwach

Kompletność rejestracji stopnia zaawansowania nowotworu

Kompletność rejestracji rozpoznań histopatologicznych

Liczba monitorowanych wskaźników oceny pacjentów

Liczba nowych rejestrowanych zdarzeń w procesie diagnostyki i leczenia

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

Liczba specjalistów onkologii w Polsce i na poziomie województw

Liczba utworzonych stanowisk koordynatorów opieki onkologicznej

Odsetek pacjentów, którzy skorzystali z pomocy koordynatora

II. Nauka i badania nad rakiem

Liczba wniosków na projekty badawcze w onkologii

Liczba realizowanych badań w dziedzinie onkologii (przyjętych wniosków)

Liczba komercyjnych badań klinicznych

Liczba niekomercyjnych badań klinicznych

Liczba ośrodków prowadzących komercyjne i niekomercyjne badania kliniczne

Liczba pacjentów biorących udział w badaniach klinicznych

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

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

Liczba patentów w dziedzinie onkologii

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

Liczba cytowań publikacji w dziedzinie onkologii z uwzględnieniem wskaźnika Hirscha

Liczba biobanków objętych centralną ewidencją

Liczba próbek objętych centralną ewidencją

Liczba międzynarodowych projektów w dziedzinie onkologii koordynowanych przez polskie zespoły badawcze

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

Liczba nowych onkologicznych ośrodków klinicznych w uczelniach medycznych

Odsetek pacjentów onkologicznych leczonych w ośrodkach akademickich

Liczba utworzonych laboratoriów referencyjnych

III. Profilaktyka pierwotna i wtórna

Odsetek osób palących papierosy

Odsetek osób palących papierosy przed 18. rokiem życia

Sprzedaż papierosów (sztuki)

Sprzedaż papierosów (wartość)

Średnie spożycie alkoholu na osobę

Odsetek populacji z BMI większym lub równym 25 i 29

Odsetek dzieci z nadwagą i otyłością

Liczba osób narażonych na czynniki rakotwórcze w miejscu pracy

Liczba osób narażonych na substancje chemiczne o działaniu rakotwórczym w miejscu pracy

Liczba programów interwencyjnych dotyczących zdrowego żywienia w szkołach

Liczba osób, które w danym roku rzuciły palenie

Liczba przeprowadzonych badań w kierunku zakażenia wirusem HPV

Liczba dziewczynek zaszczepionych szczepionką HPV

Liczba osób korzystających z solariów

Liczba nieletnich korzystających z solariów

Liczba solariów

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 mammografii wykonanych poza programem wczesnej diagnostyki

Odsetek cytologii wykonanych poza programem wczesnej diagnostyki

Odsetek kolonoskopii wykonanych poza programem wczesnej diagnostyki

Odsetek osób z nowotworem rozpoznanym w stadium T1 lub T2

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 zgłaszalności w poszczególnych województwach na badania mammografii

Współczynnik zmienności zgłaszalności w poszczególnych województwach na badania cytologii

Współczynnik zmienności zgłaszalności w poszczególnych województwach na badania kolonoskopii

Liczba opracowanych programów profilaktycznych dla JST

Liczba programów profilaktycznych zrealizowanych przez JST

Liczba osób uczestniczących w programach profilaktycznych zrealizowanych przez JST

Odsetek fałszywie dodatnich rozpoznań w ramach programów profilaktycznych

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

Odsetek raków interwałowych

Poziom z satysfakcji pacjentów uczestniczących w badaniach profilaktycznych

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

IV. Diagnostyka i leczenie

Czas oczekiwania na badania diagnostyczne w poszczególnych województwach

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

Odsetek pacjentów z podejrzeniem nowotworu ustalonym w podstawowej opiece zdrowotnej

Odsetek pacjentów z diagnostyką zakończoną poniżej czterech tygodni od podejrzenia

Liczba ośrodków szybkiej diagnostyki

Odsetek pacjentów zdiagnozowanych w ośrodkach szybkiej diagnostyki

Liczba łóżek onkologicznych na 10 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach

Odsetek chorych onkologicznych leczonych ambulatoryjnie w chemioterapii

Odsetek chorych onkologicznych leczonych ambulatoryjnie w radioterapii

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

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

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

Liczba osób z wykrytą mutacją, które zachorowały na raka

Odsetek badań obrazowych interpretowanych z użyciem technologii transferu obrazu

Odsetek badań histopatologicznych interpretowanych z użyciem technologii transferu obrazu

Odsetek świadczeń onkologicznych sprawozdanych i niezapłaconych przez NFZ

Wartość świadczeń onkologicznych sprawozdanych i niezapłaconych przez NFZ

Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu radioterapii

Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu chemioterapii

Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu chirurgii onkologicznej

Liczba ośrodków radioterapii

Liczba przyspieszaczy liniowych

Odsetek pacjentów leczonych radykalnie z użyciem technik dynamicznych radioterapii

Liczba wprowadzonych obowiązkowych klinicznych standardów postępowania

Odsetek pacjentów leczonych zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania

Odsetek pacjentów rozpoczynających leczenie po sporządzeniu planu przez wielodyscyplinarny zespół konsultacyjny

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

V. Jakość życia w trakcie i po leczeniu

Odsetek pacjentów korzystających w fazie terminalnej choroby z opieki domowej

Odsetek pacjentów korzystających w fazie terminalnej choroby z opieki hospicyjnej

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

Zużycie leków opioidowych *per capita*

Liczba łóżek opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych województwach

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

Odsetek pacjentów onkologicznych, którzy otrzymali wsparcie psychologiczne

Odsetek osób opiekujących się pacjentami onkologicznymi, którzy otrzymali wsparcie psychologiczne

Odsetek osób opiekujących się pacjentami onkologicznymi, którzy otrzymali wsparcie edukacyjne

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

Liczba ośrodków fizjoterapii onkologicznej

Słownik skrótów

AICR	American Institute for Cancer Research
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTM	Agencja Oceny Technologii Medycznych
ARR	Agencja Rynku Rolnego
BCU	Breast cancer unit (ośrodek leczenia raka piersi)
CCU	Colorectal cancer unit (ośrodek leczenia raka jelita grubego)
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości
CMKP	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
COI	Centrum Onkologii Instytut
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 Standarization (Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna)
IŻiŻ	Instytut Żywności i Żywienia
JST	Jednostka Samorządu Terytorialnego
KCWR	Krajowe Centrum Walki z Rakiem
KIDL	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

KLR	Kolegium Lekarzy Rodzinnych
KRAUM	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
KZNZ	Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego
MAC	Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji
MEN	Ministerstwo Edukacji Narodowej
MF	Ministerstwo Finansów
MNiSW	Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
MPiPS	Ministerstwo 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
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
PTG	Polskie Towarzystwo Genetyczne
PTGC	Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka
PTMR	Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
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/

Atlas of Palliative Care in Europe. The International report on palliative care. Eurohealth 2009, nr 15, s.23-25

Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2003, CSIOZ, Warszawa 2003

Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2013, CSIOZ, Warszawa 2013

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Clinical Trials in Poland - Key Challenges, PwC, 2010

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014, PwC, 2014

Kotarski J, Basta A, Dębski R, et al. 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 Wisconsing-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 2012, Minister Zdrowia, Warszawa 2013

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

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

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/