Warszawa, dnia 19 sierpnia 2022 r.

Poz. 814

OBWIESZCZENIE
PREZESA RADY MINISTRÓW

z dnia 4 lipca 2022 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. poz. 189), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

1) uchwałą nr 24 Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2021 r. zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. poz. 216);

2) uchwałą nr 186 Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2021 r. zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. poz. 1199).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity uchwały nie obejmuje:

1) § 2 uchwały nr 24 Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2021 r. zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. poz. 216), który stanowi:

„§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;

2) § 2 uchwały nr 186 Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2021 r. zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. poz. 1199), który stanowi:

„§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”.

Prezes Rady Ministrów: *M. Morawiecki*

Załącznik do obwieszczenia Prezesa Rady Ministrów
z dnia 4 lipca 2022 r. (M.P. poz. 814)

UCHWAŁA NR 10
RADY MINISTRÓW

z dnia 4 lutego 2020 r.

w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030

Na podstawie art. 1 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969) Rada Ministrów uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program wieloletni pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030, zwany dalej „Strategią", stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. 1.[1)] Planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach Strategii nie mogą być w poszczególnych latach wyższe niż:

1) 250 mln zł w 2020 r.;

2) 504,229 mln zł w 2021 r.;

3) 450 mln zł rocznie w latach 2022 i 2023;

4) 500 mln zł rocznie w latach 2024–2030.

2. Nakłady z budżetu państwa, o których mowa w ust. 1, są określane w ustawach budżetowych na poszczególne lata, w ramach części 46 – zdrowie.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może, za zgodą ministra właściwego do spraw finansów publicznych, zwiększyć środki finansowe na realizację Strategii z oszczędności będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach części 46 – zdrowie w danym roku budżetowym.

§ 3. Wykonawcą Strategii jest minister właściwy do spraw zdrowia.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia[2)].

---

1) W brzmieniu ustalonym przez § 1 uchwały nr 24 Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2021 r. zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. poz. 216), która weszła w życie z dniem 25 lutego 2021 r.

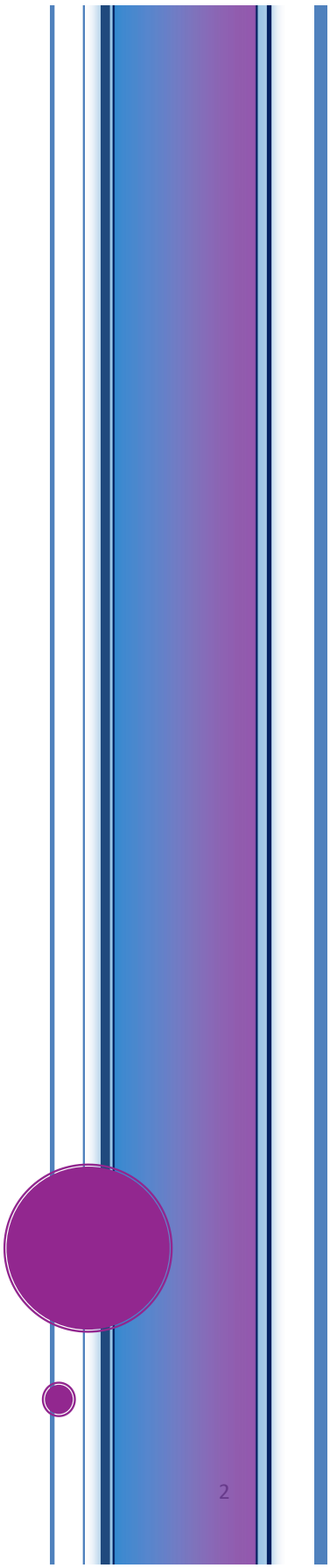
2) Uchwała została ogłoszona w dniu 18 lutego 2020 r.

Załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. z 2022 r. poz. 814)[3)]

Program wieloletni pn.

NARODOWA STRATEGIA ONKOLOGICZNA

na lata 2020-2030



3) Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 uchwały nr 186 Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2021 r. zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. poz. 1199), która weszła w życie z dniem 31 grudnia 2021 r.

NARODOWA STRATEGIA ONKOLOGICZNA

Spis treści

Wprowadzenie ... 4

Epidemiologia nowotworów i wyniki leczenia chorób nowotworowych w Polsce ... **7**

Diagnoza stanu obecnego ... **15**

OBSZARY NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ ... 20

1. INWESTYCJE W KADRY ... 22

2. INWESTYCJE W EDUKACJĘ – PREWENCJA PIERWOTNA – STYL ŻYCIA ... 28

3. INWESTYCJE W PACJENTA – PREWENCJA WTÓRNA ... 35

4. INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE ... 42

5. INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI ONKOLOGICZNEJ ... 48

MONITOROWANIE REALIZACJI NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ ... 55

RAMY FINANSOWE NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ ... 56

Wykaz skrótów ... 59

Bibliografia ... 60

Załączniki ... 63

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów Polaków. Bezwzględna liczba nowotworów złośliwych w kraju stale wzrasta, czego przyczyną jest zarówno proces starzenia się społeczeństwa, jak i wzrost narażenia na czynniki związane ze stylem życia. Prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych 10 lat liczba pacjentów onkologicznych zwiększy się o 28%[1].

Mając na względzie obecne obciążenie oraz prognozowany wzrost zachorowań na choroby nowotworowe oraz wynikające z tego skutki w postaci dużej umieralności, poważnych konsekwencji społeczno-ekonomicznych, w tym pogorszania jakości życia chorych i ich rodzin oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób dla obywateli i finansów publicznych, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił ustawę z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969), zwaną dalej „ustawą". Ustawa jako cele strategiczne wskazuje:

1) obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia;
2) poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych;
3) rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin;
4) zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
5) opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii;
6) rozwój działalności szkoleniowej i edukacji oraz kształcenia kadr medycznych w obszarze onkologii;
7) rozwój badań naukowych mających na celu poprawę i wzrost efektywności oraz innowacyjności leczenia chorób nowotworowych.

[1] Dane Krajowego Rejestru Nowotworów z 2019 r.

Opracowanie Narodowej Strategii Onkologicznej, zwanej dalej NSO, jako zbiorczego dokumentu określającego kierunki rozwoju opieki onkologicznej wpisuje się w zalecenia *European Guide for Quality National Cancer Control Programmes*, komunikat Komisji Europejskiej do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Walka z rakiem: partnerstwo europejskie", z dnia 24 czerwca 2009 r., oraz w sprawozdanie Komisji z dnia 23 września 2014 r. Jak wskazują dotychczasowe doświadczenia państw wysokorozwiniętych posiadających „*Cancer Plan*", tylko integracja działań w obszarze kształcenia, profilaktyki, rozwoju nauki, transferu technologii i zmian systemowych umożliwia widoczną poprawę wskaźników epidemiologicznych.

Realizacja 23 działań zaproponowanych w NSO stanowi próbę odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych oraz obniżenia kosztów pośrednich wynikających z obciążenia pacjentów chorobami nowotworowymi. Zwiększeniu powinna ulec wykrywalność nowotworów we wczesnych stadiach, a obniżeniu umieralność. Celem nadrzędnym NSO jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej. Nowe rozwiązania organizacyjne powinny przyczynić się do wyeliminowania negatywnych zjawisk w onkologii, takich jak fragmentacja opieki, rozproszenie świadczeń i ośrodków onkologicznych, które dotychczas wpływały na jakość leczenia onkologicznego, a co za tym idzie na szanse pacjentów na wyjście z choroby nowotworowej.

Cele NSO są zbieżne z celami społeczno-gospodarczymi, określonymi w dokumentach rozwojowych o charakterze strategicznym dla Państwa, zarówno na poziomie krajowym jak i regionalnym. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), przyjęta uchwałą nr 8 Rady Ministrów z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) (M. P. poz. 260) uzależnia wzrost dochodów mieszkańców Polski, od zdrowotności Polaków. Poprawa warunków życia w regionach oraz przeciwdziałanie negatywnym skutkom demograficznym to także kluczowe wyzwania wskazane w Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2030. Z dniem wejścia w życie Narodowej Strategii Onkologicznej, w drodze uchwały Rady Ministrów, utraci moc uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania

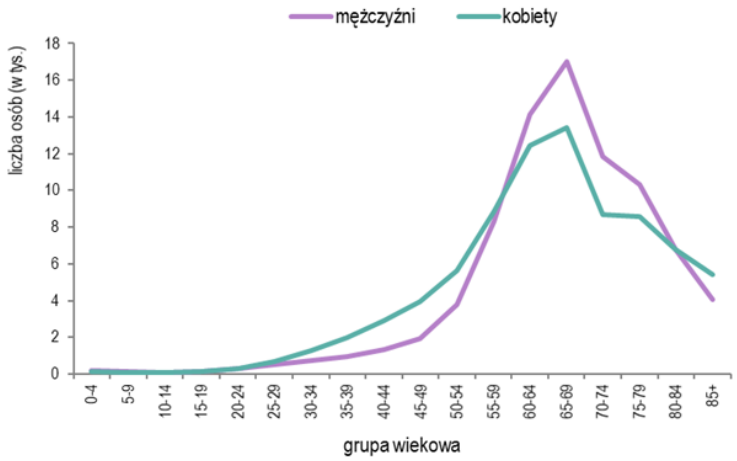
Chorób Nowotworowych" (M .P. z 2018 r. poz. 6). Kierunki interwencji w ramach priorytetów wskazanych w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych, zwanym dalej „NPZChN", oraz umowy zawarte w ramach NPZChN będą kontynuowane w Narodowej Strategii Onkologicznej.

Epidemiologia nowotworów i wyniki leczenia chorób nowotworowych w Polsce

Polska ze względu na intensywny w ostatnich dekadach przebieg przemian społeczno-gospodarczych, doświadcza korzyści wynikających z rozwoju cywilizacyjnego, do których niewątpliwie można zaliczyć wydłużenie oczekiwanej długości życia. Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski wskazuje, że stan zdrowia ludności stopniowo poprawia się, ale na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuację należy uznać za jeszcze wciąż niezbyt niezadowalającą (długość życia polskich mężczyzn jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – wg danych WHO w 2015 r. o 4,6 lat, natomiast w przypadku kobiet różnica jest znacznie mniejsza i wynosi 1,9 roku)[2]. Z drugiej strony zachodzącym przemianom towarzyszy wzrost zachorowań na niektóre choroby, w tym na choroby nowotworowe. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) kwalifikuje nowotwory jako choroby cywilizacyjne, czyli takie, które nasilają się globalnie i są wynikiem zmian stylu życia i stanu środowiska. W kraju na przestrzeni 30 lat liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła ponad dwukrotnie i obecnie choroby te są drugą najczęstszą przyczyną zgonów po chorobach układu krążenia, powodując 27% zgonów mężczyzn oraz 24% zgonów kobiet. Wzrost zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych wynika ze zjawiska starzenia się ludności – 70% zachorowań u mężczyzn i 60%[3] zachorowań u kobiet występuje po 60. roku życia, jak i z nasilonego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, w tym czynniki związane ze stylem życia: paleniem papierosów, spożywaniem alkoholu, nieodpowiednią dietą i brakiem ruchu.

[2] Raport NIZP-PZH „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania", 2018, red. B. Wojtyniak, P Goryński.
[3] Dane Krajowego Rejestru Nowotworów http://onkologia.org.pl/raporty/.

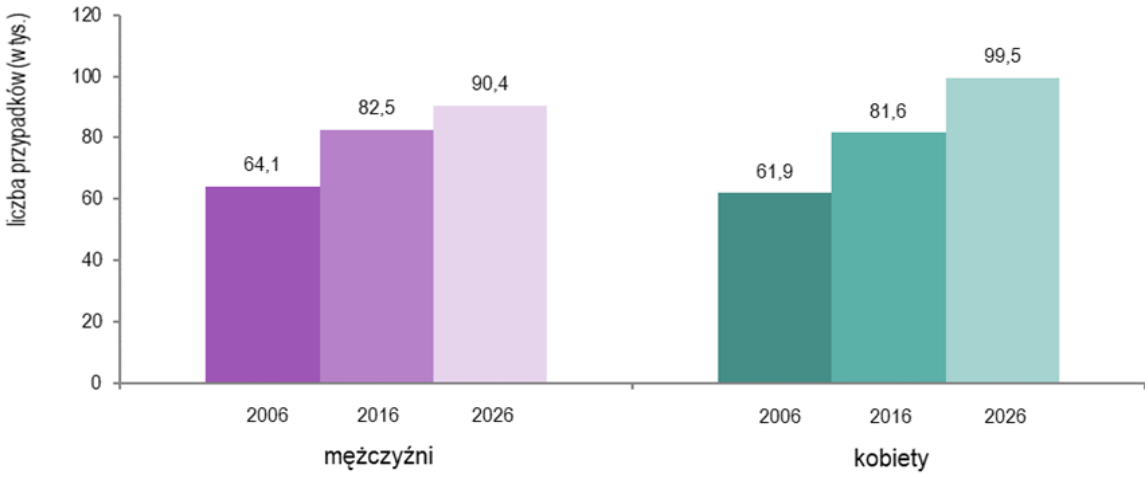
Rycina 1. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet i mężczyzn według 5-letnich grup wieku w Polsce w 2016 r.



Źródło: Opracowanie na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów.

Według prognoz Krajowego Rejestru Nowotworów do 2025 r. nastąpi wzrost liczby zachorowań wśród kobiet o 25,1 % (do 99,5 tys.) i o 13,9 % wśród mężczyzn (do 90,4 tys.). Łącznie zmiana wyniesie 19,4 % w stosunku do 2014 r.

Rycina 2. Obserwowana i prognozowana liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce.



Źródło: dane Krajowego Rejestru Nowotworów; prognoza opracowana na podstawie modelu wiek-okres-kohorta według danych za lata 1980–2014.

Polska, na tle Unii Europejskiej, jest krajem o wciąż relatywnie niskiej zachorowalności na nowotwory złośliwe, ale wysokiej umieralności z tego powodu, w tym znacznie wyższej u osób poniżej 65 r. ż.

W 2016 r. standaryzowany współczynnik zgonów dla Polski, pozwalający na porównanie z innymi krajami bez względu na różnice w strukturze wieku populacji tych krajów, wyniósł 193,8/100 tys., podczas gdy średnia dla 27 krajów Unii Europejskiej, zwanej dalej „UE", wynosiła 164,6/100 tys.[4]. Skalę problemu chorób nowotworowych w polskim społeczeństwie określa liczba nowych zachorowań na nowotwory, liczba zgonów wywołanych tymi chorobami, a także liczba osób żyjących z chorobą nowotworową.

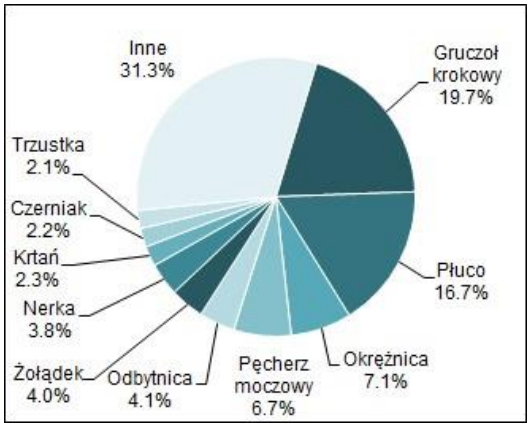
W 2017 r. zarejestrowano w Polsce 164 875 przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe, w tym 82 450 zachorowań wśród mężczyzn oraz 82 425 zachorowań wśród kobiet. Standaryzowany współczynnik zachorowalności ESP2013 wynosił 565,9/100 tys. mężczyzn oraz 400,6/100 tys. kobiet[5].

W końcu drugiej dekady XXI wieku liczba zgonów w Polsce powodowanych chorobami nowotworowymi wyniosła aż 99,6 tys., co oznacza, że co czwarta osoba zmarła z powodu choroby nowotworowej. Standaryzowany współczynnik umieralności wynosił 400,6/100 tys. mężczyzn oraz 221,3/100 tys. kobiet. W 2017 r. do trzech najczęstszych przyczyn zgonów nowotworowych kobiet należały kolejno nowotwory płuca, piersi i jelita grubego. Wśród mężczyzn były to nowotwory złośliwe: płuca, jelita grubego i gruczołu krokowego. W 2017 r. liczba osób żyjących z chorobą nowotworową wyniosła ponad 999 tys. Do trzech najczęściej występujących nowotworów złośliwych kobiet należały kolejno nowotwory: piersi, jelita grubego i płuca. Do trzech najczęściej występujących nowotworów złośliwych mężczyzn należały zaś kolejno nowotwory: umiejscowione w gruczole krokowym, płucu oraz jelicie grubym (rycina 3).

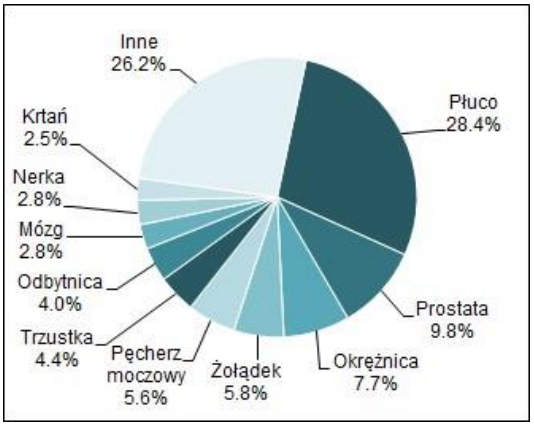
[4] Walka z nowotworami i opieka onkologiczna w Polsce wobec wyzwań demograficznych i epidemiologicznych – propozycje rozwiązań. Raport Instytutu Ochrony Zdrowia.
[5] Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K., Olasek P., Ciuba A.: Nowotwory złośliwe w Polsce 2017. Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 2019.

Rycina 3. Struktura zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 r.

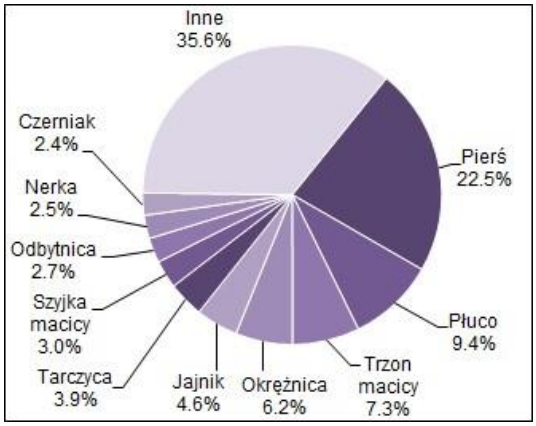
Struktura zachorowań u mężczyzn



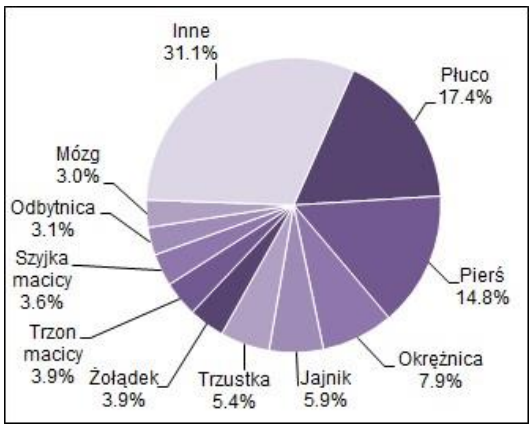
Struktura zgonów u mężczyzn



Struktura zachorowań u kobiet



Struktura zgonów u kobiet

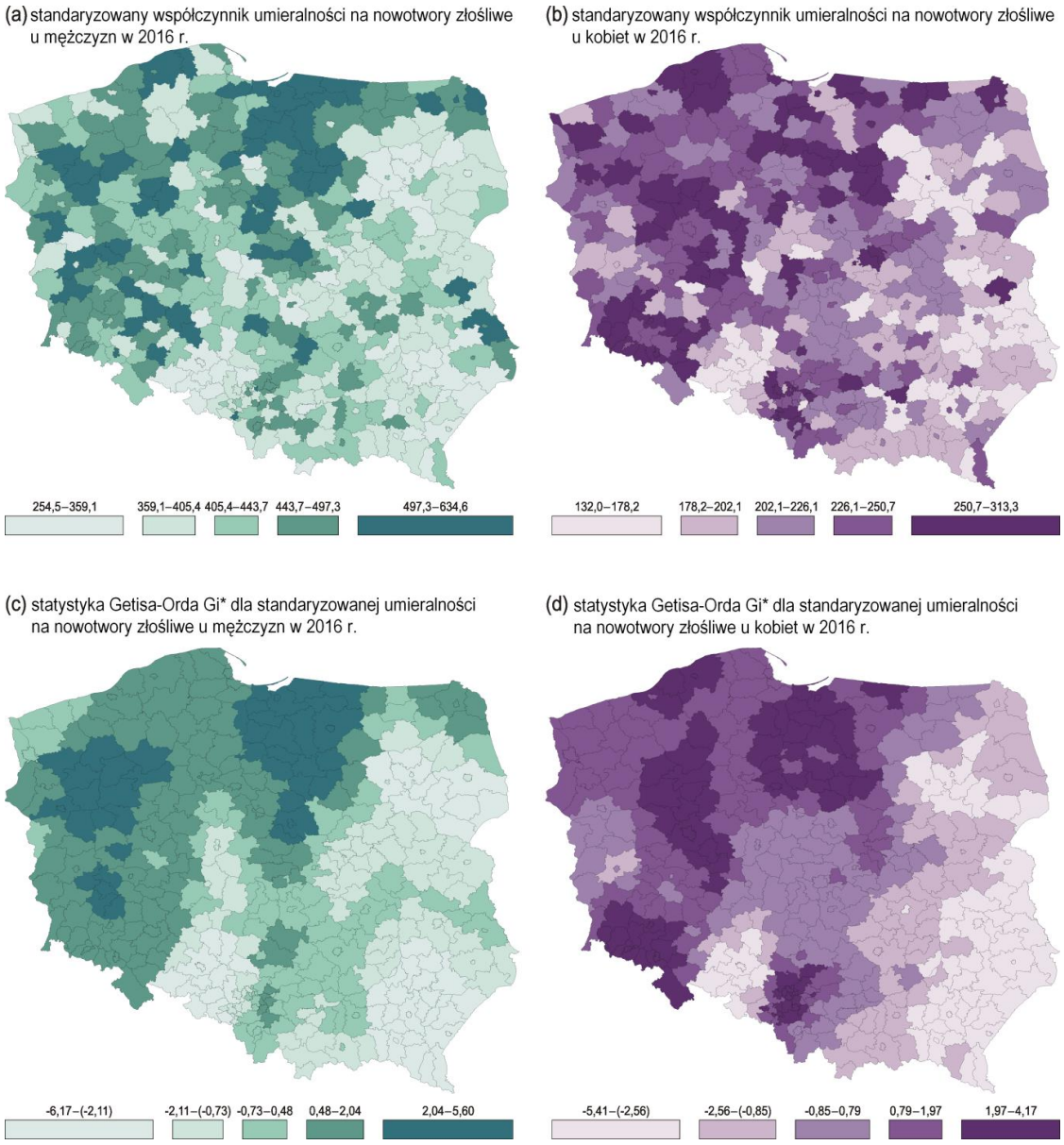


Źródło: dane Krajowego Rejestru Nowotworów.

Rozkład przestrzenny umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce, podobnie jak zachorowalności, wykazuje wyraźny gradient przestrzenny z północnego zachodu na południowy wschód (rycina 4), co koresponduje z wzorami przestrzennymi konsumpcji, zwłaszcza tytoniu[6].

[6] Mańczuk M I wsp. Time trends in tobacco-attributable cancer mortality in Poland — direct estimation method. Nowotwory. Journal of Oncology 2017;67(4):227-235
A Fihel, M M Muszyńska: The regional variation in tobacco smoking – attributable mortality in Poland, 2006-2010. Przegląd epidemiologiczny 2015;69 (1): 87-92

Rycina 4. Rozkład przestrzenny i klasteryzacja umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce w 2016r.

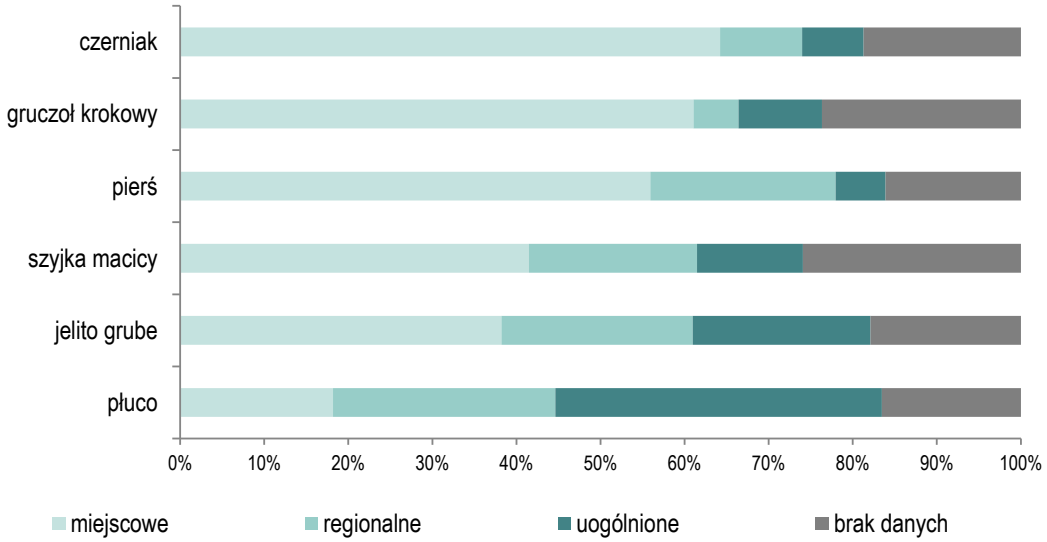


Źródło: dane Krajowego Rejestru Nowotworów.

Stadium zaawansowania nowotworu w momencie diagnozy stanowi czynnik prognostyczny w przypadku większości nowotworów złośliwych, a także wskaźnik świadomości zdrowotnej w społeczeństwie oraz jakości i dostępności usług ochrony zdrowia. W przypadku większości często występujących nowotworów złośliwych w okresie 2010–2016 nastąpił w Polsce wzrost odsetka nowotworów złośliwych wykrywanych w stadium miejscowym. Nowotwory najczęściej wykrywane były w II lub IV stadium zaawansowania choroby (w stadium zawansowania regionalnego lub

uogólnionego), przy czym rozkład ten był mocno zróżnicowany w zależności od nowotworu.

Rycina 5. Stadium zaawansowania w chwili diagnozy u chorych na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 r.



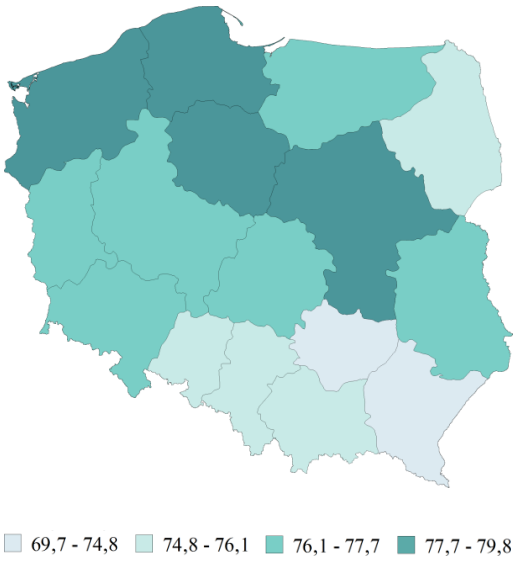
Źródło: dane Krajowego Rejestru Nowotworów.

Skuteczność leczenia chorych na nowotwory w Polsce mierzona wskaźnikiem przeżyć netto[7] wskazuje na istotne zróżnicowanie regionalne (rycina 6). Dla przykładu, w okresie 2010–2014 współczynnik 5-letnich przeżyć netto chorych na nowotwory złośliwe piersi wahał się od 70% w województwie podkarpackim do 80% w województwie mazowieckim; na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego od 72% w województwie opolskim do 84% w województwie pomorskim; na nowotwory złośliwe okrężnicy od 50% w województwie kujawsko-pomorskim do 58% w województwie pomorskim; na nowotwory złośliwe odbytnicy od 43% w województwie opolskim do 54% w województwie mazowieckim; na nowotwory złośliwe szyjki macicy od 47% w województwie śląskim do 64% w województwie podlaskim; na czerniaka skóry od 59% w województwie podlaskim do 75% w województwie łódzkim.

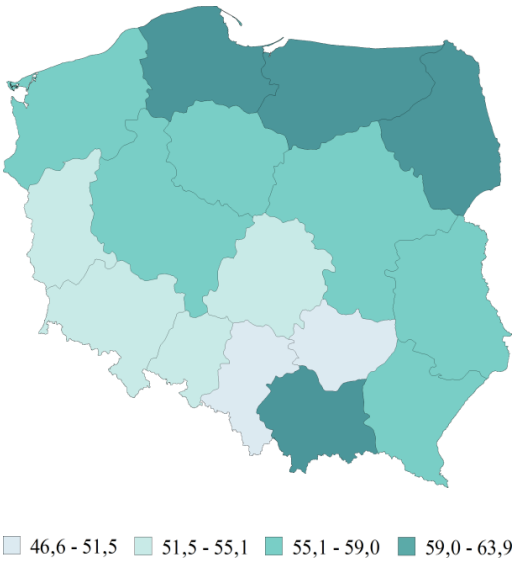
[7] Standaryzowany wskaźnik względnych przeżyć netto reprezentuje skumulowane prawdopodobieństwo przeżycia 5 lub więcej lat przy założeniu, że jedyną przyczyną zgonu będzie choroba nowotworowa.

Rycina 6. Współczynniki 5-letnich przeżyć netto (w %) chorych na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce w latach 2010–2014.

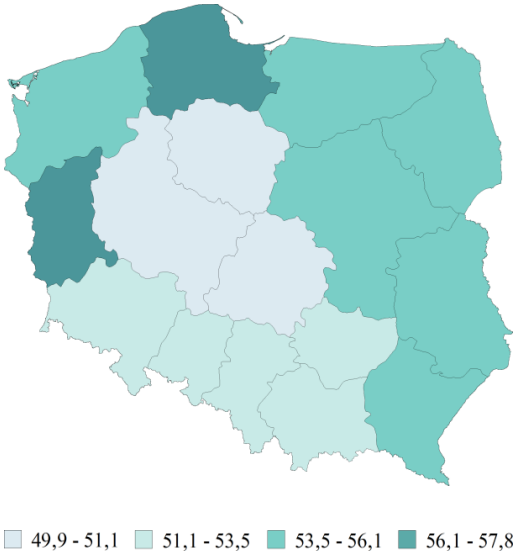
pierś



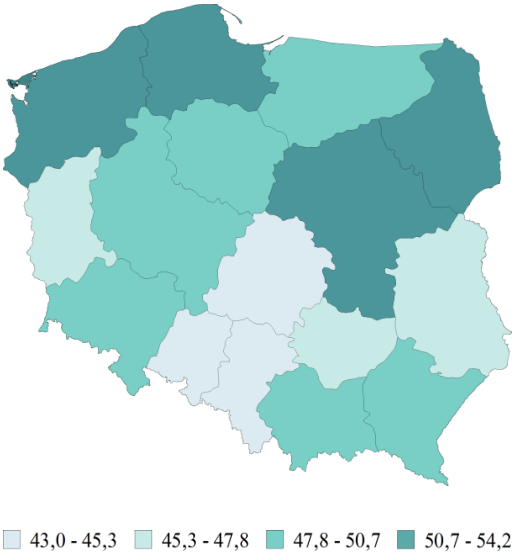
szyjka macicy



okrężnica



odbytnica



Źródło: Allemani i in., 2018.

W ostatniej dekadzie osiągnięto poprawę wyleczalności w zakresie nowotworów krwi oraz nowotworów wieku dziecięcego, uzyskując wyniki na poziomie średniej UE. W przypadku raka gruczołu krokowego nastąpiła poprawa o 14 punktów procentowych (pp.), raka odbytnicy o 6-8 pp. Niestety nie udało się osiągnąć znaczącej poprawy

w przypadku raka piersi oraz raka szyjki macicy. Niezadowalające są wskaźniki przeżyć 5-letnich ogółem – wartości osiągane w Polsce dzieli znaczny dystans od wyników europejskich (42,7 pp. dla obu płci w Polsce wobec 54,6 pp. średnia dla Europy)[8]. Dla polskich pacjentów wskaźniki przeżyć 5-letnich w przypadku niektórych lokalizacji są średnio niższe o 10-25 punktów procentowych (np. rak piersi 10 pp., rak szyjki macicy 20 pp., rak gruczołu krokowego 24 pp.)[9].

[8] https://w3.iss.it/site/EU5Results/
[9] https://journals.viamedica.pl/nowotwory_journal_of_oncology/article/view/58566

Diagnoza stanu obecnego

Pacjenci postrzegają polski system opieki onkologicznej za nieprzyjazny i niewystarczająco skupiony wokół ich potrzeb[10]. Dotychczasowe niedoskonałości systemu powodują, że większość chorób nowotworowych wykrywana jest w zaawansowanych stadiach, a brak koordynacji i pomiaru jakości udzielanych świadczeń skutkują opóźnieniem procesu diagnostyczno-terapeutycznego, ryzykiem nieprawidłowego kwalifikowania chorego do określonej metody leczenia, ryzykiem niewłaściwej sekwencji leczenia skojarzonego i w konsekwencji niezadawalającymi wynikami leczenia.

W 2015 r. wprowadzono tzw. pakiet onkologiczny[11], który miał zagwarantować pacjentom chorującym na nowotwory nielimitowane leczenie i skrócić czas na przeprowadzenie diagnostyki i wdrożenie planu leczenia. Jak wskazano w raporcie[12] Najwyższej Izby Kontroli w wyniku wejścia w życie nowych przepisów doszło do rozproszenia opieki onkologicznej i nie odnotowano znaczącej poprawy w obszarach determinujących skuteczność leczenia onkologicznego. Efektem wprowadzonych rozwiązań prawnych stały się negatywne zjawiska powodujące ogromne koszty dla budżetu państwa, w tym m.in. dublowanie świadczeń oraz podejmowanie nieodpowiedniego leczenia. Rozproszenie opieki onkologicznej na wiele małych ośrodków okazało się nie tylko nieefektywne ekonomicznie, ale również szkodliwe z punktu widzenia osiąganych wyników leczenia. Wprowadzenie pakietu onkologicznego, umożliwiło funkcjonowanie ośrodków niewyspecjalizowanych, operujących niewielką liczbę pacjentów, co w rezultacie może przekładać się na niską jakość udzielanych świadczeń jak i niewystarczający stopień zapewnienia możliwości stałego szkolenia personelu. Wprowadzenie pakietu onkologicznego oraz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego spowodowała znaczne obciążenie centrów onkologicznych. W efekcie 17 największych tego typu placówek, stanowiących poniżej 1% wszystkich świadczeniodawców, którzy podpisali kontrakt na realizację pakietu onkologicznego, leczyło ponad 50% pacjentów onkologicznych. Wprowadzeniu pakietu

[10] Badanie All.Can „Jak polscy pacjenci oceniają opiekę onkologiczną?", Warszawa, Październik 2019.
[11] Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, z późn. zm.).
[12] „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego 2017" – Raport Najwyższej Izby Kontroli.

onkologicznego nie towarzyszyła standaryzacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, ani wprowadzenie mierników efektywności leczenia.

Mając na uwadze niewydolność dotychczasowego systemu opieki onkologicznej zainicjowana została kompleksowa reforma polskiej onkologii, uwzględniająca zwiększenie środków przeznaczonych na ochronę zdrowia, które na koniec 2019 r. po raz pierwszy w historii mają przekroczyć poziom 100 mld zł[13]. Za fundament reformy opieki onkologicznej w Polsce przyjęto opracowanie koncepcji koordynowanej opieki nad pacjentem onkologicznym. W 2019 r. uruchomiono pilotaż opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej[14], który będzie stanowił podstawę do oceny rozwiązań systemowych umożlwiających przyjęcie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Wprowadzeniu KSO towarzyszyć ma ujednolicenie standardów diagnostyki i leczenia.

Zainicjowana zmiana systemu obejmuje wprowadzenie produktów kompleksowej opieki onkologicznej do koszyka świadczeń gwarantowanych. Od 1 października 2019 r. po raz pierwszy w Polsce uruchomiono wyspecjalizowane jednostki Breast Cancer Units przeznaczone dla pacjentów z rakiem piersi, zapewniające kompleksową diagnostykę oraz indywidualny proces leczenia onkologicznego[15].

W celu zwiększenia dostępności do nowoczesnych terapii lekowych od 2018 r. na listach refundacyjnych, pojawiają się nowe cząsteczki lub nowe wskazania. Terapie lekowe wprowadzane na listy refundacyjne mają charakter najbardziej innowacyjnych programów lekowych i w istotnym stopniu zbliżają zakres dostępnych w Polsce terapii onkologicznych do poziomu europejskiego, w szczególności dla następujących nowotworów: piersi, nerek, płuca, gruczołu krokowego, chłoniaków, nowotworów hematologicznych, oraz nowotworów głowy i szyi. Wprowadzone terapie wychodzą naprzeciw oczekiwaniom stowarzyszeń pacjentów onkologicznych.

[13] Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532, z późn. zm.).
[14] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 639, z późn. zm.).
[15] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1060); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1061); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1062).

W 2019 r. rozpoczęła się realizacja projektu taryfikacji wszystkich świadczeń onkologicznych. Zadanie zostało zlecone Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Analiza obejmuje najistotniejsze obszary świadczeń onkologicznych, wymagające pilnej rekonstrukcji i ponownej wyceny, w tym diagnostykę onkologiczną – pakiety onkologicznej diagnostyki ambulatoryjnej, koszty leczenia chirurgicznego i radioterapii oraz wycenę hospitalizacji do chemioterapii i radioterapii, a także świadczenia towarzyszące leczeniu pacjentów z chorobą nowotworową, w tym leczenie powikłań. Zaproponowano nowatorski model finansowania diagnostyki patomorfologicznej nowotworów, promujący jakość nowoczesnej diagnostyki i umożliwiający pokrycie kosztów z nią związanych.

W celu promocji badań naukowych i prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w 2019 r. została powołana Agencja Badań Medycznych[16] (ABM). Prace ABM przyczynią się do zwiększenia udziału pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych, rozwoju niekomercyjnych badań klinicznych w dziedzinie onkologii oraz do poprawy organizacji systemu badań naukowych w onkologii.

W celu poprawy jakości wykonywanych badań patomorfologicznych w 2019 r. rozpoczęła się realizacja projektu wprowadzenia obowiązkowej akredytacji dla zakładów patomorfologii. Pierwsze akredytacje spodziewane są na przełomie 2021/2022 r. Posiadanie akredytacji będzie miało istotny wpływ na podmioty lecznicze, które udzielają świadczeń onkologicznych – planowane jest m.in., aby podmioty akredytowane miały preferencje przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

Budowanie silnych kadr medycznych, w szczególności zwiększenie liczby lekarzy, pielęgniarek i innych zawodów medycznych jest strategicznym celem warunkującym poprawę opieki onkologicznej w kraju. W 2018 r. rozpoczęto działania obejmujące podniesienie atrakcyjności procesu szkolenia specjalizacyjnego, uznanie części dziedzin za dziedziny priorytetowe, przyznawanie wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom, którzy podejmą specjalizację z dziedzin priorytetowych[17], zwiększenie zakresu finansowania szkoleń w trybie rezydentury, zwiększenie wynagrodzenia stażystów oraz przyznawanie miejsc rezydenckich finansowanych z budżetu państwa.

[16] Ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 451).
[17] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1738).

Wraz ze wzrostem liczby pielęgniarek i położnych wzrosła liczba szkół kształcących pielęgniarki. Liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek w okresie od 2010 r. do 2018 r., wzrosła o 43 966 osób, tj. o około 23%, a liczba aktywnych zawodowo położnych w okresie od 2010 r. do 2018 r., wzrosła o 6 406 osób, tj. o około 29 %.

Istotnym wsparciem dla poprawy dostępu do wysokiej jakości świadczeń onkologicznych oraz badań profilaktycznych jest NPZChN, realizowany konsekwentnie od 2006 r. Głównym celem NPZChN jest dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory, mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce. Cel ten realizowany jest przez następujące priorytety:

- promocję zdrowia i profilaktykę nowotworów,
- profilaktykę wtórną, diagnostykę oraz wczesne wykrywanie nowotworów,
- wsparcie procesu leczenia nowotworów,
- edukację onkologiczną,
- wspomaganie systemu rejestracji nowotworów.

Narodowa Strategia Onkologiczna przewiduje kontynuację zadań NPZChN w ramach obszarów i działań określonych w NSO.

Uzupełnieniem kompleksowej reformy polskiej onkologii jest przekształcenie z dniem 1 stycznia 2020 r. Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (NIO-PIB)[18]. Celem tego zadania jest zapewnienie możliwości realizowania przez NIO-PIB zadań o charakterze strategicznym z punktu widzenia polskiego systemu opieki zdrowotnej m.in.: sprawnej organizacji działań profilaktycznych, badań przesiewowych, odpowiedniego kształcenia kadr, optymalizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz prowadzenia innowacyjnych badań, a także rozwijania krajowej i międzynarodowej współpracy naukowej. Reorganizacja Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, w tym nadanie statusu Państwowego Instytutu Badawczego jest rozwiązaniem istotnie wzmacniającym

[18] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 października 2019 r. w sprawie reorganizacji Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz nadania Instytutowi statusu państwowego instytutu badawczego (Dz. U. poz. 2153).

skuteczność reform prowadzonych obecnie przez Ministra Zdrowia w zakresie onkologii.

Powyższe działania, niezwykle potrzebne dla rozwoju polskiej onkologii, należy uznać za pierwszy, wyraźny krok w stronę pacjentocentrycznego systemu opieki onkologicznej. Jednakże zainicjowana w 2018 r. reforma jest aktualnie w fazie początkowej i wymaga uzupełnienia o szereg działań wskazanych w niniejszej Narodowej Strategii Onkologicznej.

OBSZARY NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ

Narodowa Strategia Onkologiczna stanowi kontynuację zapoczątkowanej reformy polskiej onkologii, koncentrując się na pięciu obszarach, kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych w Polsce. Realizacja zadań planowana jest na lata 2020 – 2030, przy czym ustawodawca usankcjonował konieczność tworzenia rocznych harmonogramów realizacji NSO.

Wobec tak zdefiniowanych potrzeb Narodowa Strategia Onkologiczna, proponuje prowadzenie działań w pięciu obszarach:

1. ***Inwestycje w kadry – Poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie onkologii.*** Działania mają na celu zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii i lekarzy specjalności pokrewnych, włączenie kształcenia z zakresu profilaktyki nowotworów do programu kształcenia przeddyplomowego lekarzy i pielęgniarek. Planowana jest również organizacja kursów z profilaktyki nowotworów w trakcie kształcenia lekarzy innych specjalności oraz pielęgniarek onkologicznych.
2. ***Inwestycje w edukację, prewencja pierwotna i styl życia – Ograniczanie zachorowalności na nowotwory przez redukcję ryzyka w zakresie profilaktyki pierwotnej nowotworów.*** Działania mają na celu realizację zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem ze szczególnym uwzględnieniem ograniczenia palenia tytoniu, a także włączenie lekarzy, w tym lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i medycyny pracy w działania prewencji pierwotnej.
3. ***Inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna – Poprawa skuteczności profilaktyki wtórnej.*** Wskazane działania służą podniesieniu skuteczności badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego, piersi, szyjki macicy, płuca. Proponowane jest włączenie do działań prewencji wtórnej lekarzy POZ i medycyny pracy.
4. ***Inwestycje w naukę i innowacje – Zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w Polsce w celu umożliwienia pacjentom korzystania z najskuteczniejszych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych***. Celem wskazanych działań jest zwiększenie udziału pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych, rozwój badań klinicznych niekomercyjnych w dziedzinie onkologii oraz poszerzenie analizy danych w rejestrach medycznych.

5. ***Inwestycje w system opieki onkologicznej – Poprawa organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”.*** Zaproponowane działania mają na celu wyrównanie poziomu opieki onkologicznej na poziomie regionalnym, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta. W ramach obszaru proponowane jest wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), ośrodków kompetencji w zakresie leczenia nowotworów: płuca, jelita grubego, ginekologicznych, urologicznych, wieku dziecięcego oraz rzadkich, a także wprowadzenie standardów diagnostyczno-terapeutycznych. Rozwój kompleksowej opieki onkologicznej obejmować ma rozwój opieki rehabilitacyjnej, psychologicznej, paliatywnej i hospicyjnej. Ponadto inwestycje w system opieki onkologicznej obejmują działania na rzecz poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych w trakcie i po zakończeniu leczenia.

Realizacja działań we wskazanych pięciu obszarach powinna doprowadzić do obniżenia w 2025 r. w Polsce następujących wskaźników docelowych umieralności na wybrane nowotwory złośliwe (rycina nr 7):

Rycina 7. Wartość wskaźników docelowych umieralności na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce.

Wskaźnik	Wartość docelowa w 2025 r.*	Wartość prognozowana na podstawie modelu APC w 2025 r.	Wartość obserwowana w 2017 r.
Umieralność na nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD10: C18–C21, ESP2013)	49,3 u mężczyzn; 22,4 u kobiet	54,8 u mężczyzn; 24,9 u kobiet	52,9 u mężczyzn; 26,4 u kobiet
Umieralność na nowotwory złośliwe piersi u kobiet (ICD10: C50, ESP2013)	27,8	30,9	32,7
Umieralność na nowotwory złośliwe szyjki macicy (ICD10: C53, ESP2013)	4,9	5,5	7,9
Umieralność na czerniaka skóry (ICD10: C43, ESP2013)	6,8 u mężczyzn; 4,0 u kobiet	7,6 u mężczyzn; 4,7 u kobiet	5,3 u mężczyzn; 3,5 u kobiet
Umieralność na nowotwory złośliwe płuca (ICD: C33–C34, ESP2013)	78,5 u mężczyzn; 38,9 u kobiet	87,2 u mężczyzn; 43,2 u kobiet	108,3 u mężczyzn; 38,3 u kobiet

* 90% wartości prognozowanej w 2025 r. według modeli *Join Poin Regression* [19].
Źródło: dane Krajowego Rejestru Nowotworów.

[19] Kim, H-J, Fay, M.P., Feuer, E.J., and Midthune, D.N. (2000) "Permutation Tests for Joinpoint Regression with Applications to Cancer Rates", Statistics in Medicine 19, 335-351. (correction: 2001;20:655). https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/

1. INWESTYCJE W KADRY

CEL – Poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie onkologii

Pracownicy medyczni są podstawą każdego systemu zdrowotnego i stanowią główne zasoby warunkujące poziom dostępności i jakości usług medycznych. Analizy stanu zdrowia populacji wskazują na bezpośrednią zależność między pozytywnymi wynikami zdrowotnymi a wystarczającą liczebnością kadry medycznej. Odpowiednia liczbowo i jakościowo kadra medyczna jest podstawowym warunkiem skutecznej realizacji strategii państwa w zakresie działań ukierunkowanych na poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Dobrze przygotowana kadra medyczna to kluczowy warunek dla wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz możliwości koncentracji działań wokół chorego i jego potrzeb.

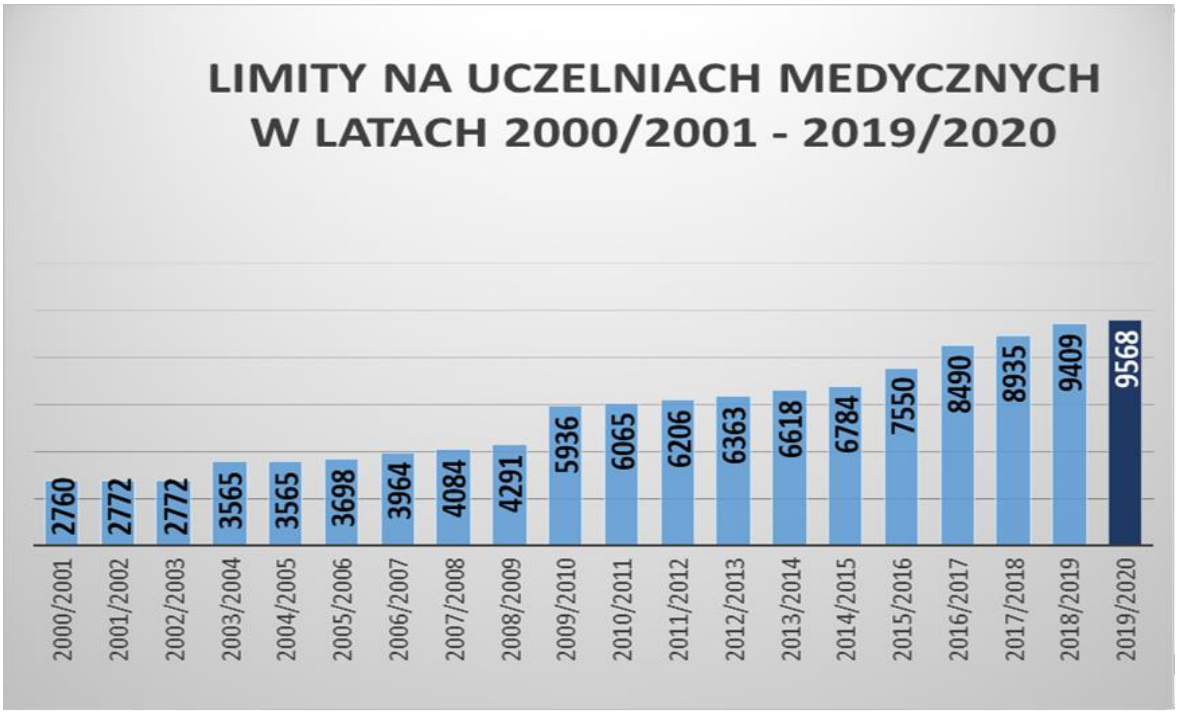
Diagnoza – stan obecny

W Polsce, jak i w innych państwa członkowskich Unii Europejskiej, odnotowuje się problemy związane z niedoborem lekarzy, niekorzystną sytuacją demograficzną dla tej grupy zawodowej oraz z nierównomiernym rozmieszczeniem terytorialnym specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Potrzeby zdrowotne obywateli zwiększają się coraz bardziej zarówno co do liczby świadczeń, jak i ich jakości. Dodatkowo należy zauważyć, iż przyrost wymagań społeczeństwa wobec aktualnego systemu zdrowotnego jest większy niż przyrost liczby pracowników medycznych. W celu skutecznej reformy systemu onkologicznego Ministerstwo Zdrowia prowadzi działania mające na celu:

- zwiększenie wynagrodzenia zasadniczego lekarzy stażystów,
- podniesienie atrakcyjności procesu szkolenia specjalizacyjnego,
- uznanie części dziedzin deficytowych ze względu na potrzeby demograficzno-epidemiologiczne, w tym dziedzin onkologicznych, za dziedziny priorytetowe,
- przyznawanie większej liczby miejsc rezydenckich, finansowanych z budżetu państwa,
- przyznawanie wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom rezydentom, którzy podejmą specjalizację w dziedzinach priorytetowych,
- wprowadzenie dodatkowego wsparcia finansowego dla szkolenia specjalizacyjnego w wybranych dziedzinach medycyny ze środków funduszy europejskich,
- wprowadzenie odpłatnych zobowiązań lojalnościowych, mających na celu zatrzymanie lekarzy specjalistów w kraju po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego,
- zwiększenie wynagrodzenia zasadniczego dla lekarzy specjalistów.

Ponadto działania obejmują zwiększanie limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim oraz zwiększanie liczby szkół wyższych, które prowadzą kształcenie na tym kierunku – od 12 uczelni w 2014 r. do 21 uczelni w 2019 r.

Rycina nr 8. Limity na uczelniach medycznych w latach 2000/2001 – 2019/2020.



Źródło: Ministerstwo Zdrowia.

W latach 2020–2030 działania na rzecz poprawy sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie onkologii mają na celu wdrożenie nowych standardów kształcenia na kierunkach lekarskich i pielęgniarskich, a także poprawę stopnia przygotowania lekarzy i pielęgniarek czynnych zawodowo do opieki nad pacjentem onkologicznym, zgodnie z estymowanymi trendami demograficznymi.

Dotychczasowe działania prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz pielęgniarek i położnych przyniosły poprawę warunków wynagradzania pielęgniarek i położnych. Zatrzymano niekorzystny trend w zatrudnieniu pielęgniarek i położnych. W ostatnim okresie obserwujemy wzrost kadry pielęgniarskiej w systemie ochrony zdrowia – od 31 grudnia 2013 r. liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek wzrosła o 11 399 wg stanu na 31 grudnia 2018 r., a liczba aktywnych zawodowo położnych od 31 grudnia 2013 r. wzrosła o 2 648 wg stanu na 31 grudnia 2018 r. Zwiększa się także odsetek pielęgniarek i położnych, które po ukończeniu szkół wyższych decydują się odebrać prawo wykonywania zawodu i faktycznie wykonywać wyuczony zawód. Wzrosła także liczba szkół kształcących pielęgniarki z 74 w 2014 r. do 103 w 2019 r. (29 uczelni więcej – stan na 9 grudnia 2019 r.). Istotnie wzrosło zainteresowanie studiami pierwszego

stopnia na kierunku pielęgniarstwo, jak również studiami magisterskimi. W roku akademickim 2014/2015 zostało przyjętych na pielęgniarstwo I stopnia 5 431 osób, a w 2018/2019 r. – 6 653 osoby. Z danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, wg stanu na koniec danego roku, wynika, że liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek w okresie od 31 grudnia 2010 r. do 31 grudnia 2018 r., wzrosła o 39 204 osoby, tj. o około 20,74%. Również liczba aktywnych zawodowo położnych w okresie od 31 grudnia 2010 r. do 31 grudnia 2018 r., wzrosła o 5 593 osoby, tj. o około 25,47 %.

Według Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO) oraz Polskiego Towarzystwa Hematologii i Transfuzjologii (PTHiT) liczba specjalistów w Polsce w dziedzinie onkologii i hematologii jest niewystarczająca, a prognozowana liczba szkolących się lekarzy nie sprosta rosnącemu zapotrzebowaniu na kadrę w tym zakresie. Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) w Polsce na koniec czerwca 2018 r. zarejestrowanych było 842 chirurgów onkologów, z czego czynnych zawodowo 826, ponadto 480 czynnych zawodowo hematologów, 254 ginekologów onkologicznych, 208 specjalistów w dziedzinie onkologia i hematologia dziecięca, 909 onkologów klinicznych. Z 657 zarejestrowanych radioterapeutów onkologicznych zawód wykonywało 612 lekarzy, podobnie z zarejestrowanych 636 patomorfologów czynnych zawodowo jest jedynie 426. Zbyt małą liczbę chętnych do wykonywania specjalności onkologicznych obrazuje także fakt, że zajętych jest ok. 70% liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

W Polsce notuje się wysoką średnią wieku pracowników medycznych. Największa liczba lekarzy ogółem występuje w wieku 51-55 lat (obie płcie). Wśród pielęgniarek i położnych najliczniejszą grupę wiekową stanowią osoby w wieku 45-54 lata. Dodatkowo te stosunkowo niewielkie zasoby specjalistów są rozdrobnione w dużej liczbie placówek.

Uwarunkowania epidemiologiczne i demograficzne oraz zwiększenie zakresu możliwych do wykorzystania metod zapobiegania, rozpoznawania i leczenia (w tym leczenia skojarzonego z wykorzystaniem różnych możliwości) uzasadniają wprowadzenie zmian w systemie szkolenia lekarzy i pielęgniarek. Według PTO w obszarze tak wąskiej specjalizacji jak radioterapia onkologiczna do 2020 r. będziemy potrzebować dodatkowych 130 radioterapeutów, 250 fizyków medycznych oraz 370 techników elektroradiologii wspomagających przebieg procedur radioterapii. Niezbędne jest zatem przygotowanie wieloletniego planu zapotrzebowania na kadry medyczne, opierającego 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.

Oczekiwany rezultat

1. Do końca 2024 r. zwiększymy zakres wiedzy i umiejętności studentów medycyny z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów, genetyki onkologicznej oraz patomorfologii oraz studentów pielęgniarstwa i położnictwa z zakresu profilaktyki i opieki nad chorymi na nowotwory w trakcie i po zakończeniu leczenia.
2. Do końca 2024 r. rozszerzymy zakres szkolenia dla lekarzy odbywających specjalizację w dziedzinach onkologicznych, tj. chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej oraz onkologii i hematologii dziecięcej, a także zakres szkolenia onkologicznego dla lekarzy medycyny rodzinnej oraz lekarzy medycyny pracy oraz pielęgniarek i położnych w obszarze onkologii.
3. Do końca 2024 r. zwiększymy wykorzystanie wolnych miejsc szkoleniowych specjalizacyjnych w dziedzinach onkologicznych do 100%.
4. Do końca 2028 r. zwiększymy o 10% liczbę lekarzy posiadających specjalizacje onkologiczne oraz współpracujące w obszarze onkologii, tj. z radiologii, patomorfologii, genetyki klinicznej, rehabilitacji onkologicznej, medycyny paliatywnej itp.

Działania i odpowiedzialność

1. Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokajania potrzeb pacjentów w obszarze onkologii przez zwiększenie zasobów kadrowych oraz jakości kształcenia

1.1. Do końca 2021 r. dokonamy przeglądu i znowelizujemy standardy kształcenia na studiach dla kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego w sposób gwarantujący zdobycie umiejętności związanych z profilaktyką onkologiczną i wczesnym wykrywaniem nowotworów złośliwych oraz opieką nad osobami w trakcie i po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym.

Odpowiedzialność: Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Minister Zdrowia

1.2. W 2020 r. rozszerzymy Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy o tematykę onkologiczną.

1.3. W 2021 r. opracujemy, wspólnie z właściwymi konsultantami krajowymi w ochronie zdrowia, pulę pytań egzaminacyjnych z zakresu onkologii na potrzeby Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego dostosowaną do aktualnego zakresu kształcenia onkologicznego w trakcie studiów medycznych.

Odpowiedzialność: Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi

1.4. W 2021 r. rozpoczniemy zmianę programów specjalizacji w dziedzinach onkologicznych oraz medycyny rodzinnej i medycyny pracy celem dostosowania wiedzy i umiejętności lekarzy do aktualnych wytycznych światowych w profilaktyce, diagnostyce i leczeniu onkologicznym.

1.5. W 2021 r. rozpoczniemy kampanię informacyjną i promocyjną wśród studentów medycyny dotyczącą wyboru dziedzin onkologicznych jako ścieżki dalszego rozwoju zawodowego po ukończeniu studiów i stażu podyplomowego.

1.6. W 2022 r. rozpoczniemy kampanię informacyjną dedykowaną podmiotom leczniczym związaną ze zwiększeniem liczby miejsc szkoleniowych w dziedzinach onkologicznych oraz w dziedzinach współpracujących z lekarzami onkologami.

Odpowiedzialność: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

1.7. Do końca 2023 r. dokonamy przeglądu i znowelizujemy standardy kształcenia na studiach dla kierunku pielęgniarstwo i położnictwo w sposób gwarantujący zdobycie umiejętności związanych z profilaktyką onkologiczną oraz opieką nad osobami w trakcie i po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym.

Odpowiedzialność: Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Minister Zdrowia

1.8. Do końca 2023 r. dokonamy przeglądu i zmodyfikujemy wybrane programy szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych mające na celu uzupełnienie ich o treści dotyczące profilaktyki i opieki nad chorymi na nowotwory podczas i po zakończeniu leczenia.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

1.9. W 2020 r. przygotujemy rozwiązania legislacyjne w sprawie umiejętności lekarskich, które pozwolą na certyfikowanie konkretnych czynności profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych, rozszerzając dostęp pacjentów do profesjonalnej opieki medycznej, kierując się w pierwszej kolejności potrzebami wynikającymi z obszaru onkologii.

1.10. W 2021 r. rozpoczniemy, przy udziale uprawnionych podmiotów, certyfikację, co najmniej 20 umiejętności związanych z profilaktyką, diagnostyką i terapią onkologiczną.

1.11. Do 2021 r. zmienimy program stażu podyplomowego dla lekarzy, wprowadzając obowiązkowe szkolenia z profilaktyki onkologicznej, walki z bólem oraz komunikacją pomiędzy lekarzem a pacjentem i jego rodziną, w tym zagadnienia związane z trudną diagnozą, proponowanie i omawianie procesów terapeutycznych, informowanie o stanie zdrowia pacjenta.

1.12. Do 2023 r. opracujemy program kształcenia podyplomowego dla psychoonkologów, koordynatorów opieki onkologicznej, specjalistów fizyki medycznej, techników elektroradiologii.

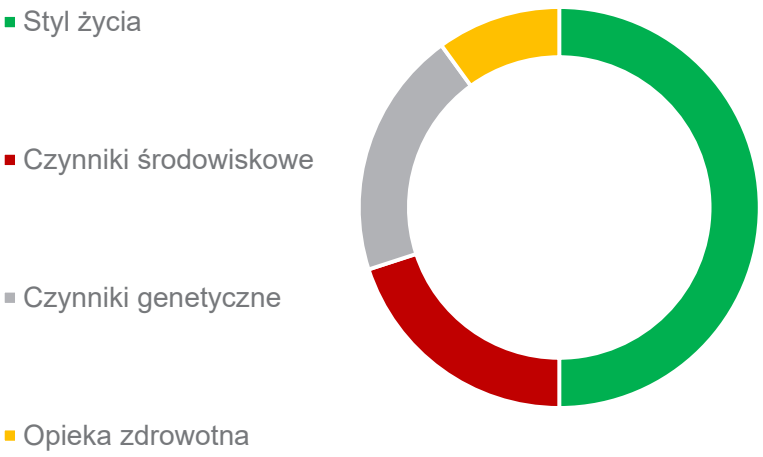
Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

2. INWESTYCJE W EDUKACJĘ – PREWENCJA PIERWOTNA – STYL ŻYCIA

CEL – Ograniczenie zachorowalności na nowotwory przez redukcję czynników ryzyka, inwestycje w edukację i profilaktykę pierwotną

Stanowisko WHO wskazuje, że można zapobiec około 50% zgonów z powodu nowotworów. Liczne badania naukowe dowodzą, że ponad 90% zachorowań na nowotwory złośliwe można przypisać szeroko pojętym modyfikowalnym czynnikom stylu życia i czynnikom środowiskowym. Należą do nich przede wszystkim palenie tytoniu (aktywne i bierne), nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, nadwaga i otyłość, narażenie bierne na dym tytoniowy lub promieniowanie słoneczne i jonizujące, a także pewne zachowania społeczno-kulturowe. Nie wszystkie czynniki ryzyka nowotworów zostały jeszcze naukowo potwierdzone, a lista modyfikowalnych czynników nie została zamknięta.

Rycina nr 9. Pola zdrowia według Lalonde'a.



Źródło: Opracowanie własne MZ.

Profilaktyka pierwotna nowotworów złośliwych ma na celu ograniczenie lub eliminację czynników ryzyka chorób nowotworowych. Zmniejszenie ekspozycji na czynniki wywołujące raka powinno skutkować spadkiem zachorowalności na nowotwory. W 1987 r. na zlecenie Komisji Europejskiej opracowano po raz pierwszy Europejski

Kodeks Walki z Rakiem, zwany dalej „Kodeksem", który uaktualniano kolejno w 1994 r. i 2003 r. W 2014 r. opublikowane zostało czwarte wydanie Kodeksu. Kodeks zawiera poniższe zalecenia dotyczące prewencji pierwotnej nowotworów:

- Nie pal, nie używaj tytoniu w żadnej postaci.
- Stwórz w domu środowisko wolne od dymu tytoniowego.
- Utrzymuj prawidłową masę ciała.
- Bądź aktywny fizycznie w codziennym życiu.
- Przestrzegaj zaleceń prawidłowego sposobu żywienia.
- Jeśli pijesz alkohol dowolnego rodzaju, ogranicz jego spożycie.
- Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne.
- Chroń się przed działaniem substancji rakotwórczych w miejscu pracy.
- Dowiedz się, czy w domu jesteś narażony na naturalne promieniowanie spowodowane wysokim stężeniem radonu.
- Kobiety powinny pamiętać o tym, że karmienie piersią zmniejsza ryzyko zachorowania na nowotwory; hormonalna terapia zastępcza zwiększa ryzyko wystąpienia niektórych nowotworów.
- Zadbaj o to, aby Twoje dziecko poddano szczepieniom ochronnym przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B oraz wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV).
- Bierz udział w zorganizowanych programach badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania raka jelita grubego, raka piersi oraz raka szyjki macicy.

Znaczna część wymienionych czynników ryzyka chorób nowotworowych jest tożsama z czynnikami ryzyka innych chorób cywilizacyjnych. Przestrzeganie zasad Kodeksu może korzystnie wpłynąć na ogólny stan zdrowia populacji, nie tylko w zakresie schorzeń onkologicznych. Niniejsza Narodowa Strategia Onkologiczna jest zatem komplementarna względem zadań opisanych w realizowanym Narodowym Programie Zdrowia[20].

Diagnoza – stan obecny

Dla budowania populacyjnej strategii ograniczania narażenia na czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych kluczowa jest powszechna edukacja zdrowotna prowadzona od wczesnych lat życia. Wiedza o zdrowiu i czynnikach wpływających na powstawanie chorób jest przekazywana zgodnie z treściami nauczania z zakresu edukacji zdrowotnej ustalonymi w podstawie programowej, niemniej utrudnione jest łączenie poszczególnych informacji w kompletny zestaw umiejętności pozwalających na przyjęcie odpowiedzialności za swoje zdrowie i zrozumienie korzyści ze zdrowego stylu życia (w tym wykonywania badań profilaktycznych). Wprowadzenie kompleksowych

[20] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492).

rozwiązań w zakresie szkolnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia, przez opracowanie np. Edukacyjnego Programu dla Zdrowia w Szkołach, pozwoliłoby na upowszechnienie opracowanych przez specjalistów standardów kształcenia w tym obszarze.

Działania edukacyjne prowadzone w ramach inicjatyw podmiotów leczniczych, samorządów lokalnych, organizacji pozarządowych i pacjenckich, ogólnopolskich kampanii społecznych mają ważne, ale uzupełniające znaczenie dla powszechnego i długofalowego systemu budowania umiejętności prowadzenia zdrowego stylu życia. Wyniki monitoringu realizacji zadań zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia wykazały, że inicjatywy te są liczne, ale rozproszone, o niewielkim zasięgu i rzadziej podejmowane na terenach gmin ze skromniejszymi zasobami kadrowymi. Natomiast kampanie społeczne nie są prowadzone w sposób zróżnicowany i długoterminowy, z uwagi na wysokie koszty dostępu do mediów tradycyjnych. Utrudnia to zmniejszanie nierówności w zdrowiu i dostępie do edukacji zdrowotnej.

Obserwuje się niewystarczającą zgłaszalność na badania przesiewowe osób w wieku produkcyjnym. W obowiązkowych badaniach wstępnych, okresowych i kontrolnych dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę, nie zostały uwzględnione testy umożliwiające wczesne wykrycie choroby nowotworowej. Podobnie w praktyce lekarza rodzinnego opieka nad pacjentem z listy nie wiąże się z obowiązkiem informowania pacjenta o możliwości bezpłatnego wykonania badań przesiewowych, aktywnego zapraszania na takie badania i monitorowania statusu ich wykonania. Lekarze POZ, ze względu na duże obciążenie bieżącą pracą, nie zawsze mogą prowadzić kompleksowe i skuteczne poradnictwo w zakresie profilaktyki.

Szczepienia ochronne przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B mają udowodniony naukowo efekt zapobiegania nowotworom i są powszechnie stosowane od 1996 r. u noworodków w bezpłatnym Programie Szczepień Ochronnych. Natomiast przeprowadzona analiza kliniczna wskazuje, że prowadzenie szczepień przeciwko HPV jest skuteczne w redukcji ryzyka późniejszego występowania zmian przednowotworowych w postaci wewnątrznabłonkowej neoplazji szyjki macicy (CIN) oraz redukcji zakażeń HPV w populacji ogólnej[21]. Mimo to, szczepienia przeciwko HPV nadal są jedynie zalecane i wymagają samodzielnego pokrycia kosztów pełnego cyklu szczepienia przez rodziców lub samego pacjenta.

W zakresie głównych czynników ryzyka chorób nowotworowych – palenia tytoniu, nieprawidłowego odżywiania i nadmiernej masy ciała oraz nadmiernej konsumpcji alkoholu – działania prewencyjne są rozproszone i prowadzone przez różne instytucje z niewystarczającym efektem synergii tych działań.

[21] Rekomendacja nr 2/2019 z dnia 11 października 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

Pomimo znacznych środków przypisanych na działania związane z profilaktyką problemów alkoholowych pochodzących z opłat za zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych od punktów sprzedaży alkoholu, nie udało się osiągnąć celu zmniejszenia skali spożycia. W ostatnich latach obserwujemy wzrost ilości konsumowanego alkoholu, szczególnie piwa (obecnie 58% całkowitej konsumpcji). W 2018 r., zgodnie z danymi Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, roczne spożycie czystego alkoholu przypadające na jednego obywatela wyniosło aż 9,5 litra.

Należy zaznaczyć, że odsetek palących dorosłych w Polsce od kilku lat spadał i w chwili obecnej utrzymuje się na stałym poziomie, wynoszącym ok. 25%. W zapobieganiu palenia tytoniu oraz wspieraniu osób rzucających palenie uzasadnione są dalsze działania legislacyjne. Powinny one zmierzać do wzrostu cen wyrobów zawierających nikotynę oraz równego i wysokiego opodatkowania i bezwzględnego zakazu reklamy tych produktów, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych oraz e-papierosów. Dużym problemem we wspieraniu osób chcących rzucić palenie jest mała liczba poradni leczenia uzależnienia od tytoniu, co w dużej mierze związane jest z obecnym poziomem ich finansowania.

Z uwagi na znaczne obciążenie populacyjne nadwagą i otyłością dorosłych i dzieci, konieczne jest kontynuowanie długofalowych i powszechnych działań ukierunkowanych na wspieranie zdrowych wyborów żywieniowych. Działania takie powinny obejmować precyzyjne i łatwe do wdrożenia zasady żywienia zbiorowego, szczególnie w szkołach i podmiotach leczniczych, a także upowszechnienie profesjonalnych porad dietetycznych finansowanych ze środków publicznych. Dotychczasowe działania nie przyczyniły się w wystarczającym stopniu do rozwiązania problemu epidemii nadwagi i otyłości w Polsce.

W wielu krajach Europy działania z zakresu edukacji żywieniowej są finansowane z tzw. podatku cukrowego, prowadząc do realnego zmniejszenia spożycia ilości cukru w tych krajach. W Polsce dyskusja na temat podobnego rozwiązania znalazła swoje odzwierciedlenie w projekcie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów.

W Polsce działania związane z profilaktyką pierwotną nowotworów powinny być konstruowane w oparciu o najczęstsze determinanty stylu życia i tym samym powinny pogłębiać świadomość zarówno w całym społeczeństwie, jak i wśród grup społecznych lub zawodowych pełniących w nim szczególne role, tj. nauczycieli, lekarzy, dziennikarzy i polityków. Obok działań o charakterze interwencyjnym, zmniejszających występowanie i wpływ znanych czynników ryzyka zachorowania na nowotwory, ważną rolę powinna spełniać edukacja zdrowotna społeczeństwa.

Oczekiwany rezultat

1. Do końca 2030 r. ograniczymy odsetek dziewcząt i chłopców w wieku 11-15 lat z nadwagą i otyłością – odpowiednio z poziomu 13,7% i 29,3%[22] do poziomu 10% i 25%.
2. Do końca 2030 r. zwiększymy odsetek dziewcząt i chłopców w wieku 15 lat deklarujących niepalenie wyrobów tytoniowych – odpowiednio z poziomu 87,5% i 88,2%[23] do poziomu 92%.
3. Do końca 2030 r. ograniczymy odsetek kobiet i mężczyzn z nadwagą i otyłością – odpowiednio z poziomu 41% i 59%[24] do poziomu 38% i 55%.
4. Do końca 2030 r. ograniczymy odsetek kobiet i mężczyzn używających wyrobów tytoniowych – odpowiednio z poziomu 18% i 24%[25] do poziomu 15% i 20%.
5. Do końca 2030 r. ograniczymy wskaźniki zachorowań na nowotwory skóry z poziomu 5,7 do poziomu 5,0 i do końca 2030 r. ograniczymy narażenie populacji dorosłych na działanie promieniowania UV.
6. Do końca 2028 r. zaszczepimy przynajmniej 60% dziewcząt i chłopców w wieku dojrzewania przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV).
7. Do końca 2030 r. zapoznamy z zasadami Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem nie mniej niż 50.000 pracowników kadr medycznych w Polsce.

Działania i odpowiedzialność

2. Poprawa świadomości dzieci i młodzieży w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na choroby nowotworowe

2.1 W 2020 r. rozszerzymy zakres prowadzonej powszechnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia przez wprowadzenie zajęć o zdrowiu (np. w ramach godzin z wychowawcą).

2.2 Do końca 2022 r. wypracujemy rozwiązania kompleksowe w zakresie szkolnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia, np. przez opracowanie Edukacyjnego Programu dla Zdrowia w Szkołach, celem wzmocnienia tego obszaru nauczania w szkołach oraz podniesienia kompetencji prozdrowotnych dzieci i młodzieży.

[22] Szkutnik A. (red). (2018). Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, str. 75-76.
[23] Szkutnik A. (red). (2018). Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, str. 131-134.
[24] Raport NIZP-PZH „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania", 2018, red. B. Wojtyniak, P Goryński
[25] Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu, zrealizowanego przez Kantar Public na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Listopad 2019.

Odpowiedzialność: Minister Edukacji Narodowej, Minister Zdrowia i Minister Sportu

3. Poprawa świadomości osób dorosłych w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na choroby nowotworowe

3.1 Począwszy od 2020 r. zwiększymy zasięg kampanii społecznych o 50% przez standaryzację i intensyfikację działań mających na celu edukację prozdrowotną i promocję zdrowego stylu życia, w zakresie:

- promocji aktywności fizycznej i zdrowych wyborów żywieniowych,
- promocji życia wolnego od tytoniu,
- zwiększania świadomości skutków promieniowania UV.

3.2 W 2021 r. rozpoczniemy programy edukacyjne i kampanie społeczne na temat korzyści zdrowotnych wynikających ze szczepienia przeciwko HPV.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

4. Wprowadzenie refundacji szczepień przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV) dla chłopców i dziewcząt w wieku dojrzewania

4.1 Od 2021 r. rozpoczniemy proces szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dziewcząt w wieku dojrzewania.

4.2 Od 2026 r. rozpoczniemy proces szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) chłopców w wieku dojrzewania.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

5. Wdrożenie regulacji prawnych wspierających zdrowe odżywianie

5.1 W 2021 r. wprowadzimy nowe standardy dla żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży oraz pacjentów w podmiotach leczniczych, z uwzględnieniem potrzeb dietetycznych w wybranych jednostkach chorobowych.

5.2 W 2020 r. wprowadzimy opłatę od napojów z dodatkiem substancji o właściwościach słodzących oraz kofeiny lub tauryny mającą na celu promocję prozdrowotnych wyborów konsumentów.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

6. Wdrożenie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową

6.1 Do końca 2021 r. zmodyfikujemy program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc POChP) i dostosujemy go do wyzwań określonych w mapach potrzeb zdrowotnych.

6.2 Do 2023 r. w każdym województwie utworzymy Poradnie Pomocy Palącym, koordynujące działania edukacyjne w zakresie profilaktyki antytytoniowej w ramach Ogólnopolskiej Sieci Pomocy Palącym.

6.3 Do 2025 r. wprowadzimy obowiązek przeprowadzenia wywiadu w kierunku ustalenia stopnia narażenia na dym tytoniowy (aktywne lub bierne palenie) pacjentów w szpitalach onkologicznych w całym kraju oraz wymóg zaproponowania adekwatnej formy wsparcia medycznego.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

6.4 Będziemy dążyć do systematycznego wzrostu podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe, płyny do e-papierosów oraz wyroby nowatorskie.

Odpowiedzialność: Minister Finansów

7. Włączenie lekarzy różnych specjalności, w szczególności lekarzy POZ i medycyny pracy, w działania prewencji pierwotnej i czynną promocję zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem

7.1 Do końca 2023 r. wprowadzimy badania okresowe odnoszące się do stylu życia pacjenta np. kwestii dotyczących palenia tytoniu, spożywania alkoholu, odżywiania, aktywności fizycznej.

7.2 Do 2024 r. zintensyfikujemy proces szkoleń kadr medycznych (lecznictwo szpitalne, POZ i medycyna pracy) w zakresie profilaktyki pierwotnej, w szczególności w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

3. INWESTYCJE W PACJENTA – PREWENCJA WTÓRNA

CEL – Zwiększenie poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa jakości badań

Badania przesiewowe służą do identyfikacji nowotworu lub stanów przednowotworowych na wczesnym etapie procesu chorobowego, zanim pojawiają się objawy. Celem badań przesiewowych w kierunku wykrycia nowotworu jest zwiększenie skuteczności leczenia i prawdopodobieństwa przeżycia, przez wczesne rozpoczęcie terapii. Zorganizowane programy badań przesiewowych mają na celu rekrutację możliwie największej liczby osób w grupach docelowych (grupach podwyższonego ryzyka), aby umożliwić identyfikację jak największej liczby chorych nieświadomych toczącego się już procesu chorobowego. Dzięki upowszechnieniu korzyści z wczesnego wykrywania i akceptacji niewielkiego dyskomfortu związanego z badaniem, możliwe jest osiągnięcie wysokich wskaźników zgłaszalności na badania (nawet powyżej 80%), ograniczanie częstości późnej diagnozy i zmniejszenie ryzyka zgonu.

Diagnoza – stan obecny

W Polsce obserwuje się niską zgłaszalność do udziału w programach profilaktycznych. Trend ten przekłada się na niską wykrywalność chorób nowotworowych we wczesnych stadiach rozwojowych, a tym samym na mniejsze szanse wyleczenia oraz jak pokazują analizy ekonomiczne, na zwiększające się nakłady na opiekę zdrowotną i społeczną. Stadium zaawansowania nowotworu w momencie diagnozy stanowi czynnik prognostyczny w przypadku większości nowotworów złośliwych, a dodatkowo obrazuje on również wskaźnik świadomości zdrowotnej w społeczeństwie. Obserwowana w Polsce zbyt późna wykrywalność nowotworów wskazuje na niską świadomość społeczeństwa w zakresie wykonywania badań przesiewowych.

W Polsce badania przesiewowe w kierunku wybranych nowotworów wchodzą w zakres świadczeń gwarantowanych. Dedykowaną formą badań przesiewowych są programy profilaktyczne.

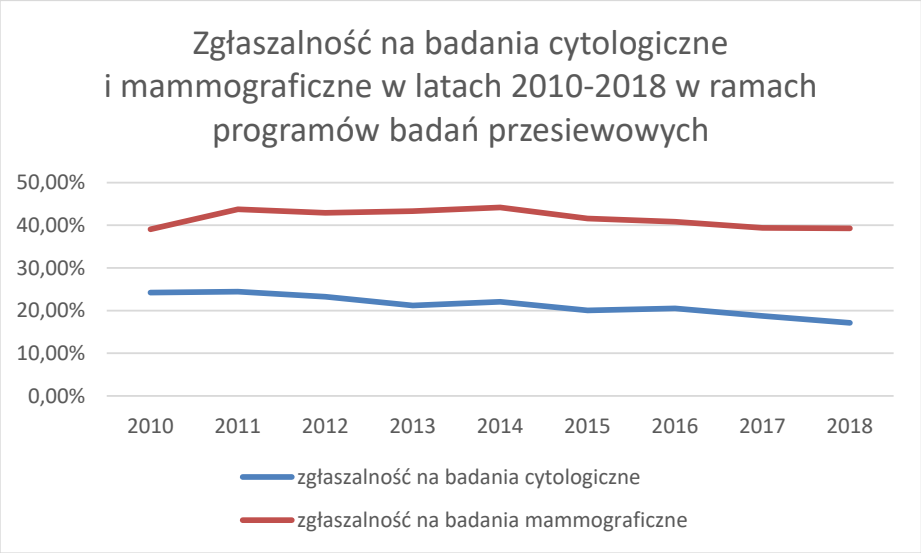
Program profilaktyki raka piersi skierowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat i polega na wykonaniu badania mammograficznego w interwale raz na dwa lata, w ramach

programu zdrowotnego finansowanego ze środków NFZ. Procent objęcia populacji programem wyniósł w 2016 r. 40,82%, w 2017 r. 39,40%, a w 2018 r. 39,26%[26].

Program profilaktyki raka szyjki macicy adresowany jest do kobiet w wieku 25-59 lat i polega na wykonaniu badania cytologicznego w interwale raz na trzy lata w ramach programu zdrowotnego finansowanego ze środków NFZ. Procent objęcia populacji programem wyniósł w 2016 r. 20,50%, w 2017 r. 18,73%, a w 2018 r. 17,11%[27].

Odsetek objęcia populacji badaniami cytologicznymi w Polsce jest niedoszacowany, z powodu braku rejestracji badań wykonywanych prywatnie.

Rycina 10. Zgłaszalność na badania cytologiczne i mammograficzne w latach 2010 – 2018.

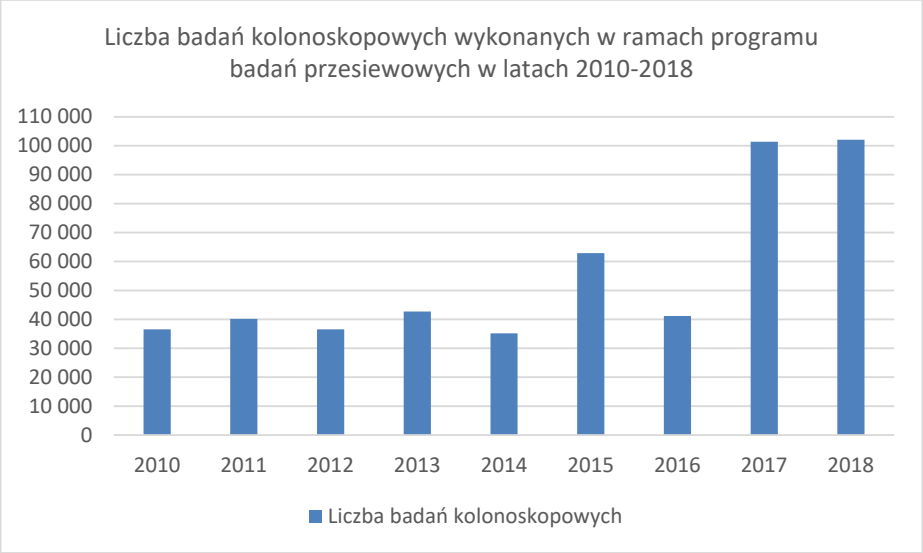


Źródło: Opracowanie własne MZ na podstawie danych z NFZ.

Program badań przesiewowych raka jelita grubego (PBP) jest finansowany w ramach NPZChN i obejmuje wykonanie przesiewowych badań kolonoskopowych w określonej populacji. PBP realizowany jest w dwóch systemach: z zaproszeniami (tzw. zapraszanym) i bez zaproszeń (tzw. oportunistycznym). Pomimo, że z roku na rok zwiększany jest zasięg terytorialny PBP i tym samym liczba wykonywanych badań rośnie w szybkim tempie, nie osiągamy w Polsce satysfakcjonującego poziomu pokrycia populacji badaniami przesiewowymi. W 2016 r. wykonano łącznie 41 149 badań kolonoskopowych, w 2017 r. 101 403 badań kolonoskopowych, a w 2018 r. 102 058 badań kolonoskopowych w ramach PBP.

[26] Dane NFZ z dnia 13.03.2019 r.
[27] Dane NFZ z dnia 13.03.2019 r.

Rycina 11. Liczba badań kolonoskopowych wykonanych w ramach programu PBP.



Źródło: Opracowanie własne MZ.

W ramach działań prewencyjnych NPZChN prowadzona jest opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe. W 2018 r. zidentyfikowano 7 921 nowych rodzin obciążonych wysokim ryzykiem zachorowania na nowotwory piersi i/lub jajnika, jelita grubego oraz błony śluzowej trzonu macicy i objęto opieką 6 548 kobiet z rodzin najwyższego ryzyka zachorowania oraz 13 284 kobiety z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania.

Działania na rzecz profilaktyki chorób nowotworowych finansowane są również w ramach programów unijnych w szczególności Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja i Rozwój (PO WER). Profilaktyka w ramach **Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój** została wpisana w Działanie 5.1 z typem projektów obejmujących: projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych (...). Ze środków PO WER realizowany jest m.in. program profilaktyki nowotworów głowy i szyi, w ramach którego możliwa jest konsultacja z lekarzem POZ, lekarzem specjalistą (badanie laryngologiczne), a także wykonanie diagnostyki pogłębionej, badania na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego oraz USG szyi.

W ramach PO WER finansowany jest również program wykrywania nowotworów skóry – ABCDE samokontroli znamion. Jest to program ogólnopolski, którego celem jest edukacja kadry medycznej i pacjentów oraz realizacja badań przesiewowych: dermatoskopowych lub wideodermatoskopowych.

Ponadto ze środków UE realizowany jest Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK). Działania w programie realizowane są przez połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia.

Kolejny program profilaktyki nowotworów jest zaprojektowany na wykrycie nowotworu wątroby. Przewiduje on pilotaż obejmujący wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) i wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) u dorosłych mieszkańców kraju oraz prowadzenie badania przesiewowego w kierunku przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B (PWZWB) i przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (PWZWC), edukację zdrowotną oraz kwalifikację do leczenia.

Pomimo istotnych zmian w ostatnim czasie, w szczególności uruchomienia nowych programów profilaktycznych i podjęcia prób zwiększenia zgłaszalności na obowiązujące programy badań przesiewowych, stan obecny nie jest satysfakcjonujący i wymaga dalszych interwencji.

Oczekiwany rezultat

1. Do końca 2024 r. zwiększymy zgłaszalność na badania przesiewowe w kierunku raka piersi z 39% do 60%. Do końca 2027 r. zwiększymy zgłaszalność do 75%.
2. Do końca 2024 r. zwiększymy odsetek osób w populacji docelowej, które odbyły badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego (kiedykolwiek kolonoskopia lub Fecal Immunochemical Test – FIT co 2 lata) z 18% do 30%. Do końca 2027 r. zwiększymy odsetek do 45%.
3. Do końca 2024 r. zwiększymy odsetek osób w populacji docelowej, które odbyły badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy z 17% do 60%[28]. Do końca 2027 r. zwiększymy odsetek do 80%.
4. Do końca 2025 r. wprowadzimy nowe metody badań przesiewowych, w szczególności w kierunku wczesnego wykrycia nowotworu płuca i nowotworu gruczołu krokowego.

Działania i odpowiedzialność

8. Zwiększenie zaangażowania zespołów POZ i medycyny pracy w poprawę zgłaszalności na badania przesiewowe

8.1 W 2021 r. wdrożymy narzędzia motywacyjne dla zespołów POZ mające na celu objęcie „lokalnych" populacji osób z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi.

[28] Zakładane jest osiągnięcie „efektu zastąpienia" obecnie realizowanych badań w ramach AOS / wizyt prywatnych, badaniami realizowanymi w ramach programu badań przesiewowych.

8.2 W 2022 r. wdrożymy narzędzia motywacyjne dla zespołów medycyny pracy mające na celu objęcie pracowników z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi.

8.3 Do 2023 r. wprowadzimy badania okresowe realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub medycyny pracy, uwzględniające wywiad w kierunku udziału w przesiewowych badaniach profilaktycznych w kierunku nowotworu piersi, nowotworu jelita grubego, nowotworu szyjki macicy, jak również chorób odtytoniowych i raka płuca, a także nowotworów skóry (badanie dermatoskopowe).

8.4 W 2024 r. wdrożymy obowiązek dla zespołów POZ objęcia „lokalnych" populacji osób z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

9. Zaangażowanie Centrów Zdrowia Publicznego do aktywnego zapraszania Polaków na badania przesiewowe

9.1 Do końca 2022 r. stworzymy podstawy (prawne, finansowe) do funkcjonowania Centrów Zdrowia Publicznego w Polsce, które będą pełniły rolę podmiotów lokalnie realizujących, wspierających i koordynujących działania edukacyjne w zakresie profilaktyki pierwotnej.

9.2 Do końca 2024 r. wprowadzimy rozwiązania, za pomocą których włączymy Centra Zdrowia Publicznego do aktywnego zapraszania Polaków na badania przesiewowe.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

10. Wypracowanie efektywnych metod uświadamiania Polakom konieczności i korzyści z realizacji badań przesiewowych

10.1 W 2020 r. przeprowadzimy pilotaż metod zwiększania udziału w badaniach profilaktycznych mammograficznych i cytologicznych (w wybranych województwach/regionach). Docelowe rozwiązania zostaną wprowadzone w 2021 r.

10.2 Od 2021 r. zintensyfikujemy wykorzystanie alternatywnych form komunikacji z pacjentem – kontakt bezpośredni za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Internetowe Konto Pacjenta, media społecznościowe, profilaktyczne call-centers, itd.

10.3 Od 2020 r. zintensyfikujemy kampanie społeczne i działalność infolinii (NFZ/ ośrodki onkologiczne) ukierunkowane na zwiększenia świadomości Polaków w zakresie korzyści z przeprowadzania regularnych badań przesiewowych. W 2021 r. zostanie przeprowadzona ewaluacja skuteczności działań promocyjnych.

10.4 Do końca 2023 r. wprowadzimy rozwiązania prawne i informatyczne zapewniające pełną wiedzę o realizowanych w Polsce badaniach przesiewowych.

10.5 Do końca 2024 r. wprowadzimy obowiązek rejestracji przez zespoły POZ badań przesiewowych wykonywanych poza systemem świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

11. Rozszerzenie zakresu i wprowadzenie nowych metod badań przesiewowych[29]

11.1 W 2020 r. rozszerzymy pilotaż badań HPV-DNA na kolejne ośrodki. Do końca 2022 r. wprowadzimy do „Programu profilaktyki raka szyjki macicy" test HPV-DNA.

11.2 W 2021 r. wprowadzimy test FIT jako test alternatywny dla kolonoskopii (drugi wybór dla osób niewyrażających zgody na kolonoskopię ad hoc).

11.3 Od 2022 r. wprowadzimy finansowaną ze środków publicznych (NFZ) opiekę nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe (nie dłużej niż do dnia 31 sierpnia 2022 r. finansowane w ramach NSO).

11.4 Od 2022 r. wprowadzimy finansowane ze środków publicznych (NFZ) badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka jelita grubego (do końca 2021 r. finansowane w ramach NSO).

11.5 Od 2024 r. wprowadzimy finansowane ze środków publicznych programy badań przesiewowych, w grupach wysokiego ryzyka, w szczególności w kierunku wykrywania nowotworów płuca i nowotworów gruczołu krokowego.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

12. Poprawa jakości realizowanych w Polsce badań przesiewowych

12.1 Do końca 2023 r. wprowadzimy obowiązek stosowania mammografów cyfrowych w wykonywaniu badań przesiewowych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi".

12.2 Od 2022 r. zwiększymy intensywność kontroli jakości badań mammograficznych, wykonywanych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi", na poziomie etapu podstawowego. Od 2024 r. zaostrzymy kryteria realizacji „Programu profilaktyki raka piersi".

12.3 Do końca 2028 r. wprowadzimy obowiązek stosowania endoskopów wysokiej rozdzielczości w badaniach kolonoskopowych.

[29] Warunkiem wprowadzenia nowej technologii do Koszyka Świadczeń Gwarantowanych jest przeprowadzenie analizy HTA, uzyskanie opinii AOTMiT i decyzji Ministra Zdrowia.

12.4 Od 2022 r. zwiększymy intensywność kontroli jakości badań cytologicznych, wykonywanych w ramach „Programu profilaktyki raka szyjki macicy", u świadczeniodawców realizujących etap diagnostyczny oraz u świadczeniodawców realizujących etap podstawowy. Od 2023 r. zaostrzymy kryteria realizacji „Programu profilaktyki raka szyjki macicy".

12.5 Do końca 2024 r. utrzymamy programy szkoleniowe (dobrowolną certyfikację kolposkopistów oraz dobrowolną certyfikację cytodiagnostów realizujących „Program profilaktyki raka szyjki macicy").

12.6 Od 2025 r. wprowadzimy obowiązkową certyfikację kolposkopistów, a także obowiązkową certyfikację cytodiagnostów realizujących „Program profilaktyki raka szyjki macicy".

12.7 W latach 2020-2030 będziemy na szczeblu centralnym koordynować i monitorować jakość profilaktyki, szczególnie w kierunku nowotworów: piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

4. INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE

CEL – Zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w Polsce w celu umożliwienia pacjentom korzystania z najskuteczniejszych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych

Celem badań nad nowotworami jest poprawa wyników leczenia, a co za tym idzie obniżenie wskaźnika umieralności, wydłużenie czasu przeżywalności, poprawa jakości życia pacjentów, a także zmniejszenie częstotliwości występowania nowotworów. Podniesienie jakości życia pacjentów przez zastosowanie bardziej skutecznych i mniej toksycznych metod leczenia ma kluczowe znaczenie dla pacjentów, a także specjalistów zajmujących się tym zagadnieniem. Zasadnicze znaczenie w tym aspekcie ma zwiększenie udziału pacjentów w badaniach klinicznych, co pozwala na poprawę dostępu do innowacyjnych metod leczenia i stanowi bardzo ważne uzupełnienie procedur leczniczych dla osób, u których wyczerpano już standardowe metody terapeutyczne. Dotyczy to szczególnie badań klinicznych wczesnych faz (I i II).

Innowacje w onkologii należy rozpatrywać w dwóch aspektach. Po pierwsze możemy je odnosić do sfery klinicznej, której celem jest osiągnięcie jak największej skuteczności leczniczej przez rozwój technologii medycznych, w tym w szczególności produktów leczniczych. Drugim obszarem innowacyjności jest obszar organizacyjny, czyli szeroko pojęty sposób zorganizowania i synchronizacji poszczególnych elementów systemu (podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz opieki szpitalnej) w celu poprawy jakości i koordynacji opieki profilaktycznej i leczniczej. Innowacje organizacyjne są szczególnie istotne z puntu widzenia efektywnego zarządzania w ochronie zdrowia. Ogromne znaczenie w tym aspekcie ma alokacja i tak ograniczonych zasobów finansowych, a także kadrowych. Innowacje organizacyjne mogą dotyczyć lepszego zorganizowania programów profilaktycznych, poprawy jakości usług medycznych czy lepszego zarządzania danymi medycznymi. Wspomaganie decyzji leczniczych przy wdrażaniu rozwiązań sztucznej inteligencji oraz przez rozwój rejestrów medycznych ma kluczowe znaczenie dla rozwoju medycyny i całego systemu ochrony zdrowia.

Działalność w obszarze innowacji związanych z onkologią będzie zmierzała do wzrostu liczby realizowanych badań klinicznych w tym obszarze (komercyjnych i niekomercyjnych), a tym samym do wzrostu liczby pacjentów uczestniczących w tych badaniach.

Rozwój badań naukowych w onkologii wymaga stworzenia warunków umożliwiających ich prowadzenie w sposób uporządkowany, z zapewnieniem odpowiedniej

infrastruktury i wsparcia instytucjonalnego, a także pełnej dostępności wyników badań dla środowiska onkologów, jak i pacjentów. Zasadnicze w tym obszarze jest podjęcie działań zmierzających do rozwoju rejestrów medycznych oraz wymiana informacji na temat realizowanych w Polsce badań klinicznych.

Kluczowa rola w rozwoju badań klinicznych przypisana została ABM. Agencja ta ma być podmiotem odpowiedzialnym za finansowanie wartościowych i innowacyjnych badań dających nadzieję na wysoki potencjał ich skuteczności.

Diagnoza – stan obecny

Zgodnie z *Country-specific recommendations 2019 Research and Innovation analysis*[30], Polska powinna podjąć działania zmierzające do wzmocnienia zdolności innowacyjnych przez wspieranie instytucji badawczych. Obszar ochrony zdrowia jest wymieniany jako jeden z kluczowych obszarów związanych z rozwojem innowacyjności w naszym kraju.

Obecnie w Polsce nadal nie ma wystarczającego zaplecza instytucjonalnego ani legislacyjnego do prowadzenia badań naukowych w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Dostępność do badań klinicznych, zwłaszcza tych niekomercyjnych, jest znacznie bardziej ograniczona niż w wielu innych krajach Unii Europejskiej. Co więcej, w Polsce większość badań klinicznych dotyczy produktów leczniczych, podczas gdy w innych krajach UE pracom nad wprowadzeniem nowych leków towarzyszy opracowanie i weryfikacja nowych procedur zabiegowych, w tym mało inwazyjnych metod mających na celu eliminacje komórek nowotworowych lub innowacyjnych sposobów frakcjonowania dawki promieniowania medycznego. Zgodnie z raportem Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych badania te stanowiły 29% wszystkich badań klinicznych rejestrowanych przez urząd w 2018 r.[31]. Zgodnie z raportem firmy doradczej PricewaterhouseCoopers obecnie 4% pacjentów onkologicznych bierze udział w badaniach klinicznych[32] .

Problemem jest brak jednego uporządkowanego źródła informacji na temat faktycznej liczby przeprowadzanych badań klinicznych. Dlatego należy tę sytuację uregulować, w celu dostarczenia możliwości oceny skuteczności NSO. Jest to bardzo istotne również z punktu widzenia pacjentów, którzy mają obecnie problem ze zdobyciem wiedzy o prowadzonych na terenie kraju badaniach.

[30] Country-specific recommendations 2019 Research and Innovation analysis, European Commissins, Directorate General for Research & Innovation, https://rio.jrc.ec.europa.eu/en/library/country-specific-recommendations-2019-research-and-innovation-analysis.
[31] Raport Roczny Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Warszawa, URPL 2018.
[32] Badania Kliniczne w Polsce, Warszawa, PwC, 2015.

Brakuje również informacji na temat przeprowadzanych badaniach w zakresie innowacji organizacyjnych w onkologii (niezależnie od sposobu ich finansowania, np. w ramach grantów naukowych).

Podobnie, obecnie w Polsce jest za mało instytucji „centrów wsparcia badań klinicznych", które mogłyby skutecznie wspierać naukowców i lekarzy w zakresie zarówno niezbędnej wiedzy (know-how), jak i możliwości administracyjno-organizacyjnych w przygotowywaniu wniosków o prowadzenie i finansowanie badań, a następnie ich realizacji. Jak dotąd powstały w Polsce tylko dwa takie centra.

Niewielki budżet polskich jednostek badawczych i brak wsparcia organizacyjnego dla tych podmiotów powodują, że prace badawcze prowadzone są w sposób wyrywkowy, w rozproszeniu instytucjonalnym i napotykają problemy dotyczące rekrutacji pacjentów.

Odrębnym problemem pozostają kwestie związane z biobankowaniem ludzkiego materiału biologicznego dla celów naukowych. Dziś tworzenie biobanków jest oparte na oddolnych inicjatywach i zwykle związane z prowadzeniem konkretnego projektu badawczego. W takich przypadkach gromadzi się najczęściej względnie małą ilość materiału, co skutkuje często jego niedostępnością do dalszych projektów i przyszłych celów badawczych. Obecna struktura biobanków jest rozproszona i uproszczona, a ich organizacja nie spełnia międzynarodowych standardów (zwykle są to pojedyncze zamrażarki utrzymywane przez poszczególne instytucje, a nie specjalistyczne repozytoria tkanek i próbek). Brakuje także rozwiązań legislacyjnych dotyczących biobankowania na potrzeby badań naukowych, która określiłyby standardy odnośnie rodzaju, ilości materiału, sposobu jego izolacji, systemu przechowywania, certyfikacji biobanków, a także uregulowałyby kwestię zgód pacjentów oraz problem dostępu do danych klinicznych pacjentów, jak i określiłyby ich minimalny standard.

Obecny rozwój nauki i badań klinicznych w zakresie onkologii wyraźnie wskazuje, że znacząca część pacjentów onkologicznych powinna być leczona w ramach prowadzonych badań klinicznych. Rozwój badań klinicznych, w tym badań niekomercyjnych, pozwala na uzyskanie cennych informacji o nowych sposobach diagnozowania i terapii. Informacje te wymagają właściwego sposobu, przetwarzania, agregowania i udostępniania w oparciu o wystandaryzowane metody gromadzenia danych, ze szczególnym uwzględnieniem danych obrazowych, patomorfologicznych, laboratoryjnych, metabolicznych i farmakokinetycznych. Rozwój inwestycji w naukę i innowację wymaga nakładów w dziedzinę onkologii, którą stanowi onkologia personalizowana. Personalizacja leczenia, a w szczególności rozwój terapii biologicznych, podejmowanie badań wczesnej fazy, daje możliwość wdrażania nowych cząsteczek, poznania mechanizmów ich działania wynikających ze zmienności osobniczej, jak również weryfikację działania na każdym etapie stosowania terapii i leku.

Duże znaczenie ma status prawny szpitali publicznych prowadzących badania kliniczne, w tym badania niekomercyjne, w kontekście regulacji związanych z prowadzeniem

badań naukowych oraz sposobu ich rozliczania. Aktualnie, status ten nie jest jednoznacznie dookreślony, co może powodować, że szpital publiczny może być traktowany jako duże przedsiębiorstwo, co z kolei może powodować konieczność wnoszenia wkładu własnego a w konsekwencji – uniemożliwić jego realizację.

Kluczowym elementem ograniczających rozwój badań klinicznych jest brak centralnego repozytorium danych dla badań klinicznych. Przedmiotowy rejestr powinien zawierać podstawowe informacje o prowadzonych badaniach i ośrodkach je realizujących, wynikach tych badań oraz możliwościach udziału w badaniach.

Zaproponowane w NSO wspieranie rozwoju badań klinicznych prowadzonych w Polsce, przyczyni się do wzrostu liczby rejestrowanych badań klinicznych w zakresie onkologii, co wiązać się będzie z większą dostępnością do najnowocześniejszych metod terapeutycznych.

Oczekiwany rezultat

1. Do końca 2024 r. zwiększymy odsetek pacjentów onkologicznych biorących udział w badaniach klinicznych z 4% do co najmniej 6%. Do końca 2029 r. zwiększymy odsetek do poziomu 8%[33].
2. Do końca 2024 r. zwiększymy odsetek niekomercyjnych badań klinicznych realizowanych w Polsce w stosunku do wszystkich rejestrowanych badań z obecnych 2,8% do min. 10%. Do końca 2029 r. zwiększymy odsetek do poziomu min. 15%[34].
3. Do 2024 r. zwiększymy dwukrotnie liczbę pacjentów onkologicznych uczestniczących w kraju w badaniach klinicznych wczesnych faz oraz zwiększymy liczbę funkcjonujących w Polsce ośrodków badań wczesnych faz.
4. Do końca 2021 r. wprowadzimy/opracujemy rozwiązania legislacyjne dotyczące biobankowania, a do 2024 r. zbudujemy w Polsce sieć biobanków onkologicznych i doprowadzimy do otwarcia badań klinicznych opartych o biomarkery i nakierowanych na terapie celowane.
5. Do 2024 r. doprowadzimy do powstania w Polsce co najmniej 4 certyfikowanych przez ABM centrów wsparcia badań klinicznych. Do końca 2029 r. zwiększymy liczbę centrów do 8.
6. Do końca 2029 r. doprowadzimy do zwiększenia świadomości pacjentów na temat badań klinicznych realizowanych na terenie kraju.

[33] Badania kliniczne w Polsce, Raport PwC, Warszawa, 2015, str. 14.
[34] Raport roczny Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Warszawa 2018, str. 42.

7. Do końca 2030 r. osiągniemy poziom przynajmniej 90% dostępnych terapii onkologicznych wśród wszystkich refundowanych na terenie UE.

Działania i odpowiedzialność

13. Zwiększenie udziału pacjentów onkologicznych i hematologicznych w badaniach klinicznych

13.1 Do końca 2021 r. opracujemy i wdrożymy kompleksowe rozwiązania legislacyjne dotyczące badań klinicznych.

13.2 Do końca 2020 r. znowelizujemy prawo farmaceutyczne w celu częściowego publicznego udostępnienia bazy Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych (CEBK).

13.3 Do końca 2022 r. uruchomimy interaktywną e-platformę dla pacjentów i badaczy o prowadzonych badaniach klinicznych w dziedzinie onkologii.

13.4 Od 2021 r. rozpoczniemy promocję badań klinicznych za pośrednictwem mediów i kanałów komunikacji elektronicznej dedykowanych różnym dziedzinom onkologii i skierowaną do pacjentów i lekarzy.

13.5 Do końca 2022 r. utworzymy co najmniej 4 nowe ośrodki badań wczesnych faz w onkologii.

13.6 Do końca 2023 r. będziemy wspierać rozwój Centrów Badań Klinicznych przy wybranych uniwersyteckich ośrodkach akademickich i ośrodkach onkologicznych w ramach KSO.

13.7 Do końca 2024 r. stworzymy preferencyjne warunki dla powstawania i rozwoju podmiotów badawczych prowadzących badania kliniczne.

Odpowiedzialność: Agencja Badań Medycznych

14. Poprawa organizacji systemu badań naukowych w onkologii

14.1 Do 2022 r. zrealizujemy projekt szkoleniowy pt. „Akademia Badań Klinicznych – rozwój kompetencji badawczych w podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne oraz lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej”.

14.2 Do końca 2024 r. utworzymy sieć repozytoriów próbek biologicznych nowotworów w uniwersyteckich ośrodkach akademickich oraz ośrodkach onkologicznych w ramach KSO.

Odpowiedzialność: Agencja Badań Medycznych

14.3 Do końca 2021 r. opracujemy i wdrożymy rozwiązania legislacyjne dotyczące biobankowania.

Odpowiedzialność: Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego

15. Wsparcie badań naukowych w Polsce

15.1 Do końca 2029 r. uruchomimy postępowania konkursowe/grantowe wspierające projekty badawczo–naukowe mające na celu wypracowanie modelowych zmian w organizacji onkologicznych badań przesiewowych, lepszą identyfikację populacji najbardziej narażonych na ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe, czy też lepsze poznanie głównych procesów rozwoju nowotworów złośliwych w celu precyzyjnego poznania genezy ich powstania oraz zapewnienia spersonalizowanej opieki medycznej pacjentom onkologicznym, jak również rozwoju możliwości wykorzystania rozwiązań sztucznej inteligencji w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w onkologii.

Odpowiedzialność: Agencja Badań Medycznych

16. Zapewnienie dostępu do innowacyjnych terapii w onkologii i hematologii

16.1 Do końca 2020 r. wprowadzimy rozwiązania legislacyjne umożliwiające skrócenie czasu dostępu chorych do innowacyjnych terapii.

16.2 Do końca 2022 r. wypracujemy zasady gromadzenia i analizy danych dotyczące skuteczności innowacyjnych terapii stosowanych w Polsce.

16.3 Do końca 2030 r. będziemy rozszerzać wykaz leków refundowanych w terapiach onkologicznych, oferując pacjentom sukcesywny wzrost dostępu do najnowszych metod terapeutycznych.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

5. INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

CEL – Poprawa organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”

Narodowa Strategia Onkologiczna wprowadza kompleksową reformę polskiej onkologii, obejmującą zarówno reorganizację systemu udzielania świadczeń jak również działania skupione na poprawie jakości życia i włączeniu społecznym pacjentów onkologicznych.

Diagnoza – stan obecny

Analiza obecnych zasad podaży świadczeń onkologicznych wskazuje na trzy zasadnicze obszary dysfunkcyjne: fragmentację opieki medycznej, zagubienie pacjenta w systemie oraz brak odpowiedniego nadzoru i możliwości mierzenia jakości udzielanych świadczeń. Niedostateczne rozwiązania systemowe powodują, że pacjent nie wie, jak będzie wyglądało jego leczenie i jakie podmioty będą w ten proces zaangażowane. Chaos informacyjny jest wynikiem braku odpowiedniej struktury powiązań podmiotów leczniczych. Aktualnie, różni świadczeniodawcy realizują różne etapy procesu diagnostyczno-terapeutycznego przy braku ujednoliconych wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (z wyjątkiem nowotworów piersi). Brak oficjalnej platformy informacyjnej – przewodnika, zawierającego wskazówki o formach i miejscach udzielania onkologicznych świadczeń zdrowotnych oraz możliwości uzyskania wsparcia socjalnego powoduje poczucie braku transparentności informacyjnej w systemie.

Problemy dotyczą także funkcjonowania podmiotów publicznych, a związane są z nadmiernym zaangażowaniem czasu lekarzy i personelu medycznego do wypełniania dokumentacji, dwukrotnie większym nakładem pracy poświęcanej na wprowadzanie Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (forma papierowa i elektroniczna), brakiem bezpośredniej integracji danych z systemami szpitalnymi oraz potrzebą tworzenia specyficznych rejestrów dla wybranych chorób (rejestrów narządowych). Bardzo istotnym aspektem wpływającym na niezadowalające wyniki leczenia pacjentów onkologicznych jest brak standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w tym w zakresie badań patomorfologicznych, a także wymogów organizacyjnych dotyczących takiego postępowania.

Obecnie zarządzanie jakością świadczonych usług ogranicza się w zasadzie do funkcji kontrolnej realizowanej przez NFZ, wyłącznie w odniesieniu do wymaganych zasobów (z pominięciem monitorowania samych procesów i ich wyników). Problemem jest ponadto brak zapewnienia informatycznej kompatybilności i wzajemnej komunikacji pomiędzy Systemem Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego AP-DiLO, aplikacji Kolejki Centralne AP-KOLCE oraz systemami informatycznymi świadczeniodawców. Tego typu trudności generują zapotrzebowanie na powiększenie obsługi administracyjnej, co prowadzi do dalszego wzrostu kosztów.

Mimo wprowadzenia pakietu onkologicznego w Polsce dostęp do opieki medycznej w zakresie usług onkologicznych nadal nie został wyrównany terytorialnie. Duże rozproszenie obserwuje się zwłaszcza w chirurgii onkologicznej. Problemem polskiej onkologii jest również niedostateczne wyposażenie szpitali. Istotne ograniczenia związane są z akceleratorami wykorzystywanymi w radioterapii, których w niektórych województwach jest za mało, ponadto część z dostępnych sprzętów jest przestarzała i wymaga wymiany. Dodatkowo, rośnie skala tzw. kosztów pośrednich dla budżetu państwa. Niedobory dotyczą również baz danych, w tym rejestrów narządowych stanowiących podstawę dla dalszego rozwoju opieki medycznej.

Oczekiwany rezultat – cel główny

1. Do końca 2024 r. obejmiemy 100% pacjentów koordynowaną opieką onkologiczną.
2. Do końca 2024 r. zapewnimy pełne przestrzeganie standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla pacjentów onkologicznych, przez wprowadzenie efektywnego systemu kontroli.
3. Do końca 2026 r. zapewnimy pełne przestrzeganie standardów jakościowych w patomorfologii i diagnostyce genetycznej dla pacjentów onkologicznych.
4. Do końca 2024 r. wyrównamy i zwiększymy dostęp do świadczeń opieki rehabilitacyjnej, opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych województwach.
5. Do końca 2029 r. zapewnimy każdemu pacjentowi onkologicznemu dostęp do opieki psychoonkologicznej.
6. Do końca 2021 r. umożliwimy pacjentom i pracownikom medycznym uzyskanie dostępu do informacji o sposobie, miejscu i skuteczności diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz oceny jakości leczenia w poszczególnych nowotworach i ośrodkach w ramach projektowanej Krajowej Sieci Onkologicznej.

Działania i odpowiedzialność

17. Wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej w Polsce

17.1 Do końca 2022 r. wdrożymy KSO, ustanawiającą nowe struktury organizacji i zarządzania opieką onkologiczną. W ramach KSO dokonana zostanie hierarchizacja ośrodków leczniczych, ustanowiona w oparciu o stopień referencyjności, odzwierciedlający poziom wyspecjalizowania oraz zakres przypisanych obowiązków i zadań. Podmiotem odpowiedzialnym za koordynację opieki onkologicznej w województwie zostaną Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące, pozostające w ścisłej współpracy z jednostkami o niższym poziomie referencyjności.

17.2 Do końca 2020 r. wdrożymy nowy model organizacyjny opieki nad pacjentami („Cancer Units") dla kluczowych nowotworów: płuca, jelita grubego, nowotworów ginekologicznych i urologicznych.

17.3 W 2021 r. wdrożymy efektywny model organizacyjny opieki nad pacjentami („Cancer Units") dla nowotworów wieku dziecięcego.

17.4 W 2023 r. wdrożymy nowy model organizacyjny opieki nad pacjentami („Cancer Units") dla nowotworów rzadkich u dorosłych.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

18. Wdrożenie kryteriów jakości dla kluczowych funkcji diagnostycznych w systemie opieki onkologicznej

18.1 Do końca 2020 r. opracujemy standardy akredytacyjne dla pracowni/zakładów patomorfologii w zakresie udzielania świadczeń, przygotujemy zakłady patomorfologii oraz wizytatorów akredytacyjnych do procesu obowiązkowej akredytacji (szkolenia).

18.2 Od 2022 r. wprowadzimy obowiązkową akredytację pracowni/zakładów patomorfologii wykonujących diagnostykę onkologiczną finansowaną ze środków publicznych.

18.3 Do końca 2023 r. opracujemy standardy akredytacyjne dla zakładów diagnostyki genetycznej w zakresie udzielania świadczeń, przygotujemy zakłady diagnostyki genetycznej oraz wizytatorów akredytacyjnych procesu obowiązkowej akredytacji (szkolenia).

18.4 Do 2026 r. wprowadzimy obowiązkową akredytację zakładów diagnostyki genetycznej wykonujących diagnostykę onkologiczną finansowaną ze środków publicznych.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

19. Opracowanie standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego

19.1 Do końca 2021 r. opracujemy i wprowadzimy wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i standardy organizacyjne w kluczowych nowotworach złośliwych, opierające się na uznanych dowodach naukowych i uwzględniające bieżące warunki finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

19.2 Do końca 2022 r. zapewnimy efektywne mechanizmy kontrolne, w tym wyszkolone zasoby kadrowe, a także efektywne narzędzia informatyczne, do weryfikacji przestrzegania standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

19.3 Do końca 2023 r. opracujemy i wprowadzimy procedury diagnostyczno-terapeutyczne i standardy organizacyjne w radiologii interwencyjnej i leczenia małoinwazyjnego nowotworów.

19.4 Do końca 2021 r. opracujemy i wprowadzimy wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w okresie przejściowym z wieku dziecięcego w wiek dorosły.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

20. Poprawa dostępności, w ramach kompleksowej opieki onkologicznej, do uzupełniających (towarzyszących) świadczeń gwarantowanych

20.1 Do końca 2022 r. opracujemy mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki rehabilitacyjnej, opieki paliatywnej i hospicyjnej dla pacjentów onkologicznych.

20.2 Do 2024 r. zbudujemy sieć ośrodków opieki rehabilitacyjnej dla pacjentów onkologicznych przy ośrodkach onkologicznych w ramach projektowanej KSO.

20.3 Do 2026 r. zbudujemy sieć ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej dla pacjentów onkologicznych, zlokalizowanych w ośrodkach onkologicznych lub współpracujących z ośrodkami onkologicznymi w ramach projektowanej KSO.

20.4 Do 2026 r. utworzymy zespoły konsultacyjne medycyny paliatywnej w ośrodkach onkologicznych w ramach projektowanej KSO.

20.5 Do 2028 r. rozszerzymy opiekę psychologiczną w ośrodkach onkologicznych w ramach projektowanej KSO.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

21. Poprawa jakości życia pacjentów onkologicznych w trakcie i po zakończeniu leczenia onkologicznego

21.1 Do końca 2022 r. opracujemy i wdrożymy badania ankietowe potrzeb i satysfakcji pacjenta onkologicznego wykonywane w placówkach onkologicznych udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, w tym w zakresie formy udzielonej pomocy społecznej pacjentom onkologicznym po zakończonym leczeniu.

21.2 Do końca 2024 r. poprawimy skuteczność uśmierzania bólu pacjentów onkologicznych przez zwiększenie świadomości i kompetencji zespołów lekarzy POZ w zakresie podejmowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia u chorych na nowotwory.

21.3 Do końca 2025 r. zapewnimy mechanizmy wspierające poprawę dostępu do opieki domowej dla pacjentów onkologicznych, w tym w ramach wolontariatu.

21.4 Od 2022 r. zapewnimy finansowanie ze środków publicznych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia oraz jakości życia pacjentów onkologicznych, poprawy wyników leczenia dzieci i młodzieży z wykrytymi nowotworami, kontroli jakości opieki onkologicznej (do końca 2021 r. w ramach NSO).

21.5 Od 2022 r. zapewnimy finansowanie endoprotez dla dzieci chorych na nowotwory kości w ramach środków NFZ (do końca 2021 r. w ramach NSO).

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

21.6 Do końca 2023 r. ułatwimy dostęp do konsultacji doradców społecznych, współpracujących z ośrodkami onkologicznymi w ramach projektowanej KSO, co zapewni poprawę dostępu do pomocy społecznej dedykowanej osobom w trakcie leczenia i po przebytej chorobie nowotworowej.

Odpowiedzialność: Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

22. Poprawa organizacji monitorowania potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii

22.1 Do końca 2030 r. będziemy utrzymywać i wspierać rozwój Krajowego Rejestru Nowotworów dla monitorowania stanu epidemiologicznego i statusu opieki zdrowotnej chorób nowotworowych w Polsce, w tym oceny jakości realizacji procedur w onkologii, a także bazę danych dla badań przesiewowych raka jelita grubego oraz bazę obejmującą pełen zakres danych dotyczących opieki nad pacjentem z rakiem płuca.

22.2 Do końca 2030 r. będziemy tworzyć, utrzymywać i wspierać rozwój rejestrów narządowych oraz rejestrów badań przesiewowych.

22.3 Do końca roku 2022 r. uruchomimy Narodowy Portal Onkologiczny oraz umożliwimy pacjentom i pracownikom medycznym uzyskanie dostępu do informacji o sposobie, miejscu, skuteczności diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz oceny jakości leczenia w poszczególnych nowotworach u świadczeniodawców.

Odpowiedzialność: Narodowy Instytut Onkologii– Państwowy Instytut Badawczy

23. Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych

23.1. W latach 2020-2030 sfinansujemy inwestycje infrastrukturalne oraz modernizacje istniejących podmiotów leczniczych, celem skuteczniejszego leczenia pacjentów onkologicznych oraz poprawy standardu diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory.

Inwestycje te będą stanowiły kompleksowe wsparcie realizacji działań określonych w NSO nakierowanych na: zwiększenie udziału pacjentów onkologicznych i hematologicznych w badaniach klinicznych, zapewnienie dostępu do innowacyjnych terapii w onkologii i hematologii, wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej w kraju na odpowiednim poziomie jakościowym w ramach KSO.

23.2. W latach 2020-2030 sfinansujemy inwestycje w uzupełnienie i wymianę wyeksploatowanych wyrobów medycznych służących do kształcenia, diagnostyki i leczenia nowotworów, celem zagwarantowania wykrywania większej liczby nowotworów we wczesnych stadiach zaawansowania choroby, skuteczniejszego leczenia pacjentów onkologicznych oraz poprawę jakości życia chorych na nowotwory.

Inwestycje te będą stanowiły kompleksowe wsparcie realizacji działań określonych w NSO, nakierowanych na: zwiększenie zasobów kadrowych oraz jakości kształcenia, poprawę jakości realizowanych w Polsce badań przesiewowych. Wsparcie inwestycyjne będzie również odgrywało istotną rolę w przygotowaniu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w ramach KSO do wdrożenia kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej w Polsce na odpowiednim poziomie jakościowym.

23.3. W latach 2023-2026 sfinansujemy inwestycje w aparaturę i sprzęt medyczny dla zakładów patomorfologii przy oddziałach onkologicznych.

23.4. W latach 2024-2026 sfinansujemy inwestycje w aparaturę i sprzęt medyczny dla zakładów diagnostyki genetycznej wykonujących diagnostykę onkologiczną

finansowaną ze środków publicznych celem zwiększenia potencjału diagnostycznego w kraju w momencie wprowadzenia obowiązkowej akredytacji.

23.5. W latach 2023-2026 sfinansujemy inwestycje w wyposażenie/doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny zakładów radiologii interwencyjnej, celem zagwarantowania pacjentom onkologicznym procesu terapeutycznego o odpowiedniej jakości i poziomie bezpieczeństwa.

Odpowiedzialność: Minister Zdrowia

MONITOROWANIE REALIZACJI NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ

Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej wskazuje w art. 6, iż Narodowa Strategia Onkologiczna podlega aktualizacji nie rzadziej niż raz na 5 lat, w szczególności w przypadku istotnych zmian w obszarze onkologii, w tym wdrożenia nowych działań i polityk zdrowotnych. Jednocześnie zgodnie z art. 9 ustawy minister właściwy do spraw zdrowia koordynuje działania określone w NSO, monitoruje jej realizację oraz opracowuje roczne sprawozdanie z realizacji NSO.

Roczne sprawozdanie z realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej za poprzedni rok kalendarzowy minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 maja następnego roku kalendarzowego.

Jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia oraz inne podmioty współpracujące przy realizacji NSO zobowiązane są przesłać do Ministra Zdrowia roczne sprawozdania z realizacji powierzonych im zadań i działań wynikających ze NSO w terminie do dnia 31 marca następnego roku kalendarzowego.

RAMY FINANSOWE NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ

Ramy finansowe Narodowej Strategii Onkologicznej określające zasady wieloletniego finansowania realizacji polityki rozwoju ujęte są w przepisach o finansach publicznych. Ponadto ustawa o Narodowej Strategii Onkologicznej w art. 8 ust. 1 i 2 wskazuje, iż NSO finansowana jest ze środków publicznych, jak również może być finansowana ze środków innych niż publiczne, w przypadku gdy taki sposób finansowania wynika z harmonogramu wdrażania NSO. Katalog źródeł finansowania określa art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, z późn. zm.), w którym obok środków budżetu państwa znalazły się m.in. środki z budżetu UE oraz programów wspólnotowych. Jednocześnie w myśl art. 136 ust. 1 i 2 ustawy 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, ustawa budżetowa może określać, w ramach limitów wydatków na rok budżetowy, limity wydatków na programy wieloletnie, natomiast ust. 2 stanowi, iż programy wieloletnie są ustanawiane przez Radę Ministrów w celu realizacji strategii przyjętych przez Radę Ministrów.

Z punktu widzenia efektywności Narodowej Strategii Onkologicznej oraz zachowania ciągłości podjętych działań, konieczne jest włączenie do NSO kierunków interwencji realizowanych dotychczas w ramach NPZChN. Z dniem wejścia w życie uchwały Rady Ministrów w sprawie Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020 – 2030 utraci moc uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”. Jednocześnie środki finansowe dotychczas przeznaczone na realizację NPZChN stają się środkami na realizację NSO, w zakresie, odpowiadającym zadaniom NPZChN, z tym że począwszy od 2021 r., zarówno środki bieżące, jak i majątkowe, zostaną zwiększone do łącznego poziomu 450 mln zł, natomiast od 2024 r. do poziomu 500 mln zł rocznie.
Podsumowując – planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach NSO nie mogą być w poszczególnych latach wyższe niż:

- w roku 2020 – 250 mln zł,
- w latach 2021 – 2023 – 450 mln zł rocznie,
- w latach 2024 – 2030 – 500 mln zł rocznie.

W sytuacji, kiedy Minister Zdrowia będzie dysponował w swojej części oszczędnościami w danym roku budżetowym, może, za zgodą Ministra Finansów, zwiększyć środki finansowe na NSO.

Zwiększenie środków przeznaczone będzie na pokrycie zapotrzebowania w najbardziej newralgicznych, niedofinansowanych albo nowych strategicznych obszarach,

określonych w Narodowej Strategii Onkologicznej. Według bieżących szacunków realizacja postanowień Narodowej Strategii Onkologicznej zostanie w całości sfinansowana w ramach zwiększonych nakładów na ochronę zdrowia wynikających z tzw. „ustawy 6%" – planowany wzrost nakładów na służbę zdrowia został zagwarantowany przez nowelizację ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 131c), czyli tzw. ustawy 6 %. Postanowienia ustawy gwarantują, że w 2024 r. na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczane będą środki w kwocie nie niższej niż 6 % produktu krajowego brutto.

Poza wydatkami ponoszonymi bezpośrednio w ramach realizacji NSO ze środków budżetu państwa w części 46 – zdrowie (wymienionymi powyżej), realizacja wielu działań będzie wiązać się z ponoszeniem nakładów na onkologię np. w ramach zadań bieżących przewidzianych dla jednostek podległych i nadzorowanych, które zostaną ujęte w budżetach wewnętrznych tych jednostek lub zostaną ujęte w skutkach regulacji prawnych będących wynikiem realizacji NSO. Do przykładów takich działań można zaliczyć:

- działania Ministra Zdrowia, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego i jednostek podległych w zakresie jakości kształcenia w onkologii,
- działania Narodowego Funduszu Zdrowia np. związane z narzędziami motywacyjnymi dla zespołów POZ w ramach badań przesiewowych, wprowadzeniem finansowanych ze środków publicznych badań przesiewowych, czy też rozszerzania wykazu leków refundowanych w terapiach onkologicznych,
- działania Ministra Zdrowia i ABM w zakresie opracowania i wdrożenia rozwiązań legislacyjnych np. dotyczących Krajowej Sieci Onkologicznej, badań klinicznych, czy też biobankowania,
- działania ABM związane ze wspieraniem rozwoju Centrów Badań Klinicznych przy wybranych uniwersyteckich ośrodkach akademickich i ośrodkach onkologicznych itd.

Minister właściwy do spraw zdrowia wskaże w rocznych zestawieniach działań, przyjmowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia po przyjęciu przez Rząd ustawy budżetowej na dany rok budżetowy, podział środków finansowych pomiędzy poszczególne obszary NSO i działania oraz sposób i zakres ich realizacji.

Realizacja działań, w szczególności mających charakter zakupów inwestycyjnych, będzie dokonywana w trybie *ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843)*[4)]. Minister właściwy do spraw zdrowia wskaże w rocznych

[4)] Ustawa utraciła moc na podstawie art. 89 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. poz. 2020), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

zestawieniach działań sposób dokonywania zakupów inwestycyjnych, tj. czy zakupy będą dokonywane indywidualnie przez realizatorów, czy w drodze zakupów wspólnych organizowanych i prowadzonych przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą ze względu na prowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych.

Minister właściwy do spraw zdrowia może powierzyć realizację poszczególnych zadań lub działań z zakresu NSO:

1) wskazanej przez siebie komórce organizacyjnej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia;
2) jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub przez niego nadzorowanej, na podstawie upoważnienia, w którym określa się rodzaj zadania lub działania powierzonego jednostce do realizacji oraz okres realizacji zadania lub działania;
3) realizatorowi niebędącemu jednostką, o której mowa w pkt 1 i 2, który został wskazany w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555);
4) realizatorowi niebędącemu jednostką, o której mowa w pkt 1 i 2, wybranemu w trybie konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) .

Minister właściwy do spraw zdrowia, przy realizacji działań NSO, będzie miał na względzie potrzeby zdrowotne w poszczególnych regionach Polski, biorąc pod uwagę m. in. Mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tak, aby w miarę możliwości stopniowo zmniejszać nierówności w dostępie do usług zdrowotnych w poszczególnych województwach.

Obecnie ustawa z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

Wykaz skrótów

ABM	Agencja Badań Medycznych
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
DiLO	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
KSO	Krajowa Sieć Onkologiczna
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIL	Naczelna Izba Lekarska
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
NPZChN	Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych
NSO	Narodowa Strategia Onkologiczna
PBP	Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego
PO WER	Program Operacyjny Wiedza, Edukacja, Rozwój
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PTHiT	Polskie Towarzystwo Hematologii i Transfuzjologii
PTO	Polskie Towarzystwo Onkologiczne
UE	Unia Europejska

Bibliografia

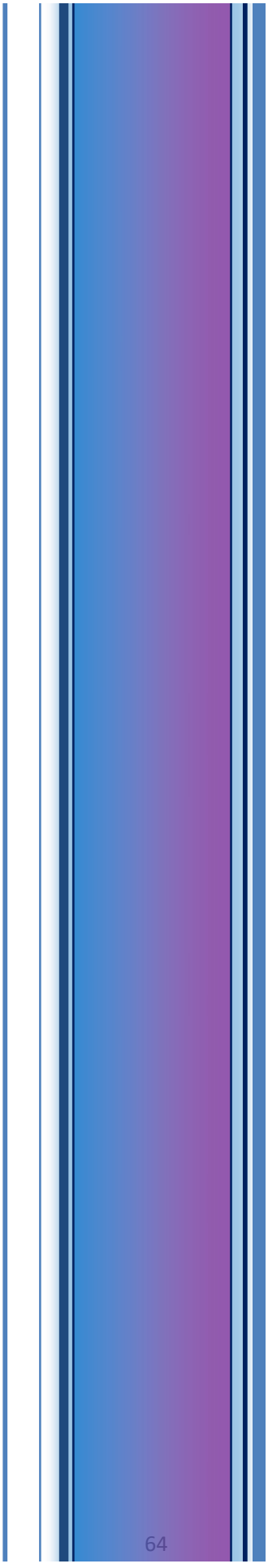
1. World Health Organisation. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: World Health Organisation; 2002.
2. Albreht T, Jelenc M, Gorgojo L. From “on paper” to “into action”: development of Nation-al Cancer Control Programmes in the EU. In: Martin-Moreno JM, Albreht T, Rados Krnel S, eds. Boosting Innovation and Cooperation in European Cancer Control. Ljubljana: Na-tional Institute of Public Health of the Republic of Slovenia & World Health Organisation on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2013:209–42.
3. European Commission. White Paper On A Strategy for Europe on Nutri-tion, Overweight and Obesity related health issues. Brussels: European Com-mission; 2007: 279
4. International Agency for the Research on Cancer. European Code Against Cancer. Lyon: International Agency for the Research on Cancer; 2014. Available from: http://c a n-cer-code-europe.iarc.fr
5. von Karsa L, Anttila A, Primic Žakelj M, de Wolf C, Bielska-Lasota M, Törnberg S, Segnan N. Stockholm statement on successful implementation of population-based cancer screening programmes. Annex 1a. In: European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition, Supplements. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L (eds.). Luxembourg: European Commission, Office for Official Publications of the European Union; 2013: 123–28
6. Lynge E, Tornberg S, von Karsa L, et al. Determinants of successful implementation of population-based cancer screening programmes. Eur J Cancer 2012; 48 (5):743–48.
7. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report. Chapter 4.8 (Screening – Implementation). In: World Cancer Report. Stewart BW, Wild CW, eds. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014: 330–36
8. Haward R. Organising a comprehensive framework for cancer control. In: Coleman MP, Alexe DM, Albreht T, Mckee M, eds. Responding to the challenge of cancer in Europe. Lju-bljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia and European Observatory on health Systems and Policies; 2008: 113–34.
9. Borras JM, Albreht T, Audisio R et al. Policy Statement on Multidisciplinary cancer care in Europe: an European Action Against Cancer consensus group. Eur J Cancer 2014; 50 (3):475–80.
10. De Angelis R, Sant M, Coleman MP et al. Cancer Survival in Europe in the first decade of the 21st century: results of the EUROCARE 5 study. Lancet Oncol 2014; 15 (1):23–34.

11. Grassi L et al. Psychological factors affecting oncology conditions. In: Porcelli P, Sonino N, eds. Psychological factors affecting medical conditions. A proposal for a new classification. Basel: Karger Press; 2007:57–71.
12. Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies. Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. Washington D.C.: The National Academies Press; 2007.
13. Butow P, Baile WF. Communication in cancer care: a cultural perspective. In: L. Grassi L, Riba M, eds. Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective. Chichester UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2012: 297–310.
14. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. J Clin Oncol 2013; 31:782–93
15. CDC – Cancer Prevention and Control (USA). A National Action Plan for Cancer Survivorship: Advancing Public Health Strategies. Available from: http://www.cdc.gov/cancer/survivorship/what_cdc_is_doing/action_plan.htm
16. Supporting National Cancer Control Planning: A toolkit for civil society organisations (CSOS). Geneva: UICC; 2012.
17. Martin-Moreno J, Harris M, Gorgojo L, Clark D, Normand C, Centeno C. Palliative Care in the European Union. Brussels: European Parliament, Economic and Scientific Policy Department; 2008. Available from: http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21421
18. Sant M, Capocaccia R, Forman D, Rosso S, Trama A, Siesling S, et al. Information for action: building a unified European Cancer Information System to bolster cancer control. In: Martin-Moreno JM, Albreht T, Rados-Krnel S, eds. Boosting innovation and cooperation in European cancer control: key findings from the European Partnership for Action Against Cancer. Ljubljana: National Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; 2013.
19. European Commission. European network of Cancer Registries. Available from: http://www.encr.eu/index.php/activities/recommendations
20. International Agency for Research on Cancer. Eurocan plus report: feasibility study for coordination of national cancer research activities. Ecancermedicalscience 2008; 2: 84. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234055/
21. Government of France. Cancer Plan 2009–2013. Available from: http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/France_National_Cancer_Plan_English.pdf
22. Raport NIZP-PZH „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania", 2018, red. B. Wojtyniak, P Goryński

23. Didkowska J, Wojciechowska U, Czaderny K, Olasek P, Ciuba A. Nowotwory złośliwe w Polsce 2017. Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 2019
24. Mańczuk M I wsp. Time trends in tobacco-attributable cancer mortality in Poland — direct estimation method. Nowotwory. Journal of Oncology 2017;67(4):227-235
25. A Fihel, M M Muszyńska: The regional variation in tobacco smoking – attributable mortality in Poland, 2006-2010. Przegląd epidemiologiczny 2015;69 (1): 87-92

Załączniki

Załącznik Harmonogram wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na 2020 r.


64

Harmonogram wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na rok 2020

Lp.	DZIAŁANIE	Termin realizacji	Źródła finansowania działań
Poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie onkologii			
1	**Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokajania potrzeb pacjentów w obszarze onkologii przez zwiększenie zasobów kadrowych oraz jakości kształcenia**		
1.2	Zmiana rozporządzenia w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego w celu rozszerzenia zakresu egzaminów o tematykę onkologiczną.	2020 r.	budżet Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi
1.9	Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych w sprawie umiejętności lekarskich, które pozwolą na certyfikowanie konkretnych czynności profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych.	2020 r.	budżet Ministra Zdrowia (w ramach działań bieżących)
1.11	Zmiana programu stażu podyplomowego dla lekarzy wprowadzającego obowiązkowe szkolenia z profilaktyki onkologicznej, walki z bólem oraz komunikacją pomiędzy lekarzem a pacjentem i jego rodziną, w tym zagadnień związanych z trudną diagnozą, proponowaniem i omawianiem procesów terapeutycznych, informowaniem o stanie zdrowia pacjenta.	2020 r. (planowane zakończenie prac w 2021 r.)	budżet Ministra Zdrowia (w ramach działań bieżących)
Ograniczenie zachorowalności na nowotwory przez redukcję czynników ryzyka, inwestycje w edukację i profilaktykę pierwotną			
2	**Poprawa świadomości dzieci i młodzieży w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na choroby nowotworowe**		
2.1	Rozszerzenie zakresu prowadzonej powszechnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia przez wprowadzenie zajęć o zdrowiu (np. w ramach godzin z wychowawcą).	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące)

3.	**Poprawa świadomości osób dorosłych w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na choroby nowotworowe**		
3.1	Zwiększenie zasięgu kampanii społecznych o 50% przez standaryzację i intensyfikację działań mających na celu edukację prozdrowotną i promocję zdrowego stylu życia, w zakresie: - promocji aktywności fizycznej i zdrowych wyborów żywieniowych, - promocji życia wolnego od tytoniu, - zwiększania świadomości skutków promieniowania UV.	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące)
4	**Wprowadzenie refundacji szczepień przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV) dla chłopców i dziewcząt w wieku dojrzewania**		
4.1	Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych celem rozpoczęcia procesu szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV).	2020 r.	budżet Ministra Zdrowia (w ramach działań bieżących)
5	**Wdrożenie regulacji prawnych wspierających zdrowe odżywianie**		
5.2	W 2020 r. wprowadzimy opłatę od napojów z dodatkiem substancji o właściwościach słodzących oraz kofeiny lub tauryny mającą na celu promocję prozdrowotnych wyborów konsumentów.	2020 r.	budżet Ministra Zdrowia (w ramach działań bieżących)
6.	**Wdrożenie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową**		
6.1	Modyfikacja programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc POChP) celem dostosowania do wyzwań określonych w mapach potrzeb zdrowotnych.	2020 r. (planowane zakończenie prac w 2021 r.)	budżet Ministra Zdrowia (w ramach działań bieżących)
Zwiększenie poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa jakości badań			
8.	**Zwiększenie zaangażowania zespołów POZ i medycyny pracy w poprawę zgłaszalności na badania przesiewowe**		
8.1	Opracowywanie rozwiązań mających na celu wdrożenie narzędzi motywacyjnych dla zespołów POZ mające na celu objęcie „lokalnych” populacji osób z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi.	2020 r. (planowane zakończenie prac w 2021 r.)	budżet Ministra Zdrowia (w ramach działań bieżących)

10.	**Wypracowanie efektywnych metod uświadamiania Polakom konieczności i korzyści z realizacji badań przesiewowych**		
10.1	Realizacja pilotażu metod zwiększania udziału w badaniach profilaktycznych mammograficznych i cytologicznych (w wybranych województwach/regionach).	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące)
10.3	Prowadzenie kampanii społecznych i działalność infolinii (NFZ/ ośrodki onkologiczne) ukierunkowane na zwiększenia świadomości Polaków w zakresie korzyści z przeprowadzania regularnych badań przesiewowych.	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące) i środki Narodowego Funduszu Zdrowia
11.	**Rozszerzenie zakresu i wprowadzenie nowych metod badań przesiewowych**		
11.1	Prowadzenie pilotażu badań HPV-DNA.	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące)
11.2	Prowadzenie pilotażu testu FIT jako testu alternatywnego dla kolonoskopii (drugi wybór dla osób niewyrażających zgody na kolonoskopię ad hoc).	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące)
11.3	Prowadzenie programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe.	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące)
11.4	Prowadzenie programu badań przesiewowych raka jelita grubego.	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące)
12.	**Poprawa jakości realizowanych w Polsce badań przesiewowych**		
12.5	Prowadzenie programów szkoleniowych (dobrowolna certyfikacja kolposkopistów oraz dobrowolna certyfikacja cytodiagnostów realizujących „Program profilaktyki raka szyjki macicy").	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące)
12.7	Koordynowanie i monitorowanie jakości profilaktyki, szczególnie w kierunku nowotworów: piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego.	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące)
Zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w Polsce w celu umożliwienia pacjentom korzystania z najskuteczniejszych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych			
13.	**Zwiększenie udziału pacjentów onkologicznych i hematologicznych w badaniach klinicznych**		
13.1	Opracowywanie i wdrożenie rozwiązań legislacyjnych dotyczących badań klinicznych.	2020 r. (planowane zakończenie prac w 2021 r.)	budżet Agencji Badań Medycznych (w ramach działań bieżących)

13.2	Nowelizacja prawa farmaceutycznego w celu częściowego publicznego udostępnienia bazy Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych (CEBK).	2020 r.	budżet Agencji Badań Medycznych (w ramach działań bieżących)
14.	**Poprawa organizacji systemu badań naukowych w onkologii**		
14.1	Realizacja projektu szkoleniowego pt. „Akademia Badań Klinicznych – rozwój kompetencji badawczych w podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne oraz lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej”.	2020 r. (planowane zakończenie prac w 2022 r.)	budżet Agencji Badań Medycznych
14.3	Opracowywanie i wdrożenie rozwiązań legislacyjnych o biobankowaniu.	2020 r. (planowane zakończenie prac w 2021 r.)	budżet Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (w ramach działań bieżących)
16.	**Zapewnienie dostępu do innowacyjnych terapii w onkologii i hematologii**		
16.1	Wprowadzenie rozwiązań legislacyjnych umożliwiających skrócenie czasu dostępu chorych do innowacyjnych terapii.	2020 r.	budżet Ministra Zdrowia (w ramach działań bieżących)
16.3	Rozszerzanie wykazu leków refundowanych w terapiach onkologicznych, oferując pacjentom sukcesywny wzrost dostępu do najnowszych metod terapeutycznych.	2020 r.	budżet Ministra Zdrowia (w ramach działań bieżących) oraz środki Narodowego Funduszu Zdrowia
Poprawa organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”			
17.	**Wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej w Polsce**		
17.1	Realizacja programu pilotażowego Krajowej Sieci Onkologicznej.	2020 r.	budżet Narodowego Funduszu Zdrowia
17.2	Wdrożenie nowego modelu organizacyjnego opieki nad pacjentami („Cancer Units”) dla kluczowych nowotworów: płuca, jelita grubego, nowotworów ginekologicznych i urologicznych.	2020 r.	budżet Ministra Zdrowia (w ramach działań bieżących) oraz środki Narodowego Funduszu Zdrowia

18.	**Wdrożenie kryteriów jakości dla kluczowych funkcji diagnostycznych w systemie opieki onkologicznej**		
18.1	Opracowanie standardów akredytacyjnych dla pracowni/zakładów patomorfologii w zakresie udzielania świadczeń dla oddziałów onkologicznych, przygotowywanie zakładów patomorfologii oraz wizytatorów akredytacyjnych do procesu obowiązkowej akredytacji (szkolenia).	2020 r.	środki Unii Europejskiej
19.	**Opracowanie standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego**		
19.1	Opracowywanie i wprowadzenie wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i standardów organizacyjnych w kluczowych nowotworach złośliwych.	2020 r. (planowane zakończenie prac w 2021 r.)	środki Unii Europejskiej
21.	**Poprawa jakości życia pacjentów onkologicznych w trakcie i po zakończeniu leczenia onkologicznego**		
21.4	Realizacja działań na rzecz poprawy wyników leczenia dzieci i młodzieży z wykrytymi nowotworami, kontroli jakości opieki onkologicznej.	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące)
21.5	Finansowanie zakupu endoprotez dla dzieci chorych na nowotwory kości.	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące)
22.	**Poprawa organizacji monitorowania potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii**		
22.1	Utrzymywanie i wspieranie Krajowego Rejestru Nowotworów dla monitorowania stanu epidemiologicznego i statusu opieki zdrowotnej chorób nowotworowych w Polsce, w tym oceny jakości realizacji procedur w onkologii, a także bazy danych dla badań przesiewowych raka jelita grubego oraz bazy obejmującej pełen zakres danych dotyczących opieki nad pacjentem z rakiem płuca.	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące) / Narodowy Instytut Onkologii– Państwowy Instytut Badawczy
22.2	Tworzenie, utrzymywanie i wspieranie rozwoju rejestrów narządowych oraz rejestrów badań przesiewowych.	2020 r.	budżet NSO (wydatki bieżące) / Narodowy Instytut Onkologii– Państwowy Instytut Badawczy
23.	**Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych**		
23.1.	Realizacja inwestycji infrastrukturalnych oraz modernizacja istniejących podmiotów leczniczych, celem skuteczniejszego leczenia pacjentów onkologicznych oraz poprawy standardu diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory.	2020 r.	budżet NSO (wydatki majątkowe), budżet Ministra Zdrowia (dotacje), środki Unii Europejskiej

23.2.	Realizacja inwestycji w uzupełnienie i wymianę wyeksploatowanych wyrobów medycznych służących do kształcenia, diagnostyki i leczenia nowotworów, celem zagwarantowania wykrywania większej liczby nowotworów we wczesnych stadiach zaawansowania choroby, skuteczniejszego leczenia pacjentów onkologicznych oraz poprawę jakości życia chorych na nowotwory.	2020 r.	budżet NSO (wydatki majątkowe)

Planowane wydatki w 2020 r. (tylko budżet NSO):

Rok	Razem (w zł)	Wydatki bieżące (w zł)	Wydatki majątkowe (w zł)
2020	250 000 tys.	160 000 tys.	90 000 tys.