

Warszawa, dnia 1 grudnia 2015 r.

Poz. 1165

**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”**

Na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.¹⁾) Rada Ministrów uchwala, co następuje:

§ 1. Ustanawia się program wieloletni pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”, zwany dalej „Programem”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Okres realizacji Programu ustala się na lata 2016–2024.

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

§ 4. 1. Program jest finansowany ze środków budżetu państwa.

2. Planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach Programu nie mogą być w poszczególnych latach wyższe niż 250 000 tys. zł.

3. Nakłady z budżetu państwa, o których mowa w ust. 2, są określone w ustawach budżetowych na poszczególne lata, w ramach części 46 – Zdrowie.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *E. Kopacz*

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 938 i 1646, z 2014 r. poz. 379, 911, 1146, 1626 i 1877 oraz z 2015 r. poz. 238, 532, 1045, 1117, 1130, 1189, 1190, 1269, 1358, 1513, 1830, 1854 i 1890.

Załącznik do uchwały nr 208 Rady Ministrów
z dnia 3 listopada 2015 r. (poz. 1165)

PROGRAM WIELOLETNI

NA LATA 2016–2024

**„NARODOWY PROGRAM ZWALCZANIA CHORÓB
NOWOTWOROWYCH”**

Spis treści

I. Jednostka organizacyjna wykonująca i nadzorująca Program	4
II. Ramy prawne dokumentu i powiązania z innymi dokumentami strategicznymi.....	4
III. Diagnoza w obszarze objętym programowaniem.....	5
IV. Cel główny Programu.....	14
V. Priorytety Programu.....	14
V.1 Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów	14
V.1.1 Cele szczegółowe w ramach priorytetu	15
V.1.2 Kierunki interwencji w ramach priorytetu.....	15
V.2 Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów	17
V.2.1 Cele szczegółowe w ramach priorytetu	17
V.2.2 Kierunki interwencji w ramach priorytetu.....	18
V.3 Wsparcie procesu leczenia nowotworów	22
V.3.1 Cele szczegółowe w ramach priorytetu	22
V.3.2 Kierunki interwencji w ramach priorytetu.....	23
V.4 Edukacja onkologiczna	25
V.4.1 Cel szczegółowy w ramach priorytetu	25
V.4.2 Kierunek interwencji w ramach priorytetu.....	25
V.5 Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów	27
V.5.1 Cel szczegółowy w ramach priorytetu	27
V.5.2 Kierunek interwencji w ramach priorytetu.....	27
VI. Sposób realizacji Programu	28
VII. Plan finansowy Programu	29
VIII. Monitoring Programu i ocena stopnia osiągnięcia celów Programu	30

I. Jednostka organizacyjna wykonująca i nadzorująca Program

Program wieloletni na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”, zwany dalej „Programem”, jest wykonywany i nadzorowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

II. Ramy prawne dokumentu i powiązania z innymi dokumentami strategicznymi

Program jest programem wieloletnim realizowanym na podstawie art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.). Ponadto Program jest programem rozwoju, zgodnie z art. 15 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2014 r. poz. 1649, z późn. zm.).

Podstawowym źródłem zasad i celów wspólnotowej polityki rozwoju jest prawo traktatowe, zawarte w Traktacie z Lizbony zmieniającym Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską (Dz. U. z 2009 r. Nr 203, poz. 1569).

Program wpisuje się w obszar strategiczny Strategii Rozwoju Kraju I. „Sprawne i efektywne państwo” Cel I.3. „Wzmocnienie warunków sprzyjających realizacji indywidualnych potrzeb i aktywności obywatela” kierunek interwencji I.3.3. „Zwiększenie bezpieczeństwa obywatela”.

Strategia zakłada, że w związku z wyzwaniami demograficznymi w najbliższej dekadzie nacisk będzie położony na te segmenty ochrony zdrowia, które będą odpowiadać wyzwaniom epidemiologicznym starzejącego się społeczeństwa. W strategii jako priorytet jest również traktowana walka z nowotworami. Działania państwa nakierowane są przede wszystkim na profilaktykę i zapobieganie chorobom. Obejmują one zwiększenie świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia przez promocję i edukację zdrowotną.

Ponadto Program wpisuje się również w Strategię Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020, która przewiduje opracowanie i wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących zdrowia publicznego, kontynuowanie obecnych i opracowywanie nowych programów zdrowotnych uwzględniających zarówno inwestycje w infrastrukturę, jak i też zasoby kadrowe opieki zdrowotnej.

Program wpisuje się również w obszar strategiczny Strategii Sprawne Państwo 2020, Cel 5 „Efektywne świadczenie usług publicznych” w zakresie poprawy infrastruktury ochrony

zdrowia, poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, dążenia do zmniejszenia nierówności w zdrowiu, a także zintensyfikowania działań profilaktycznych i leczniczych na najbardziej krytycznych, z punktu widzenia prognoz epidemiologicznych, chorobach cywilizacyjnych, w tym chorobach nowotworowych.

Program wpisuje się w cele operacyjne „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 Krajowe ramy strategiczne” w zakresie rozwoju profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowanego na główne problemy epidemiologiczne.

Program uwzględnia także zalecenia strategii „Europa 2020” w zakresie związanym z rozwojem sprzyjającym włączeniu społecznemu, m.in. poprzez zmniejszenie nierówności w obszarze zdrowia tak, aby rozwój przyniósł korzyści wszystkim.

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych został opracowany na lata 2016–2024, ponieważ ocena efektywności Programu nie jest możliwa w tak krótkim czasie, jak przewidują ww. strategię, tj. do 2020 r.

Doświadczenia Polski i innych krajów Unii Europejskiej pozwalają zauważyć, że poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa, w tym na temat zagrożeń chorobami nowotworowymi i skutecznej profilaktyki, stanowią długotrwały proces, polegający na ciągłym i powtarzalnym podejmowaniu działań edukacyjno-informacyjnych, które w efekcie mają zmienić nastawienie społeczeństwa do kwestii konieczności regularnego wykonywania badań profilaktycznych (np. w Finlandii poziom zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne wynosi 80%–90%, po 20 latach realizacji skriningów populacyjnych).

Dłuższa realizacja Programu pozwoli na wyciągnięcie wniosków z przyjętych rozwiązań i wprowadzenie niezbędnych modyfikacji w celu osiągnięcia maksymalnej efektywności.

III. Diagnoza w obszarze objętym programowaniem

Nowotwory złośliwe należą do najpoważniejszych zagrożeń dla życia Polaków. Bezwzględna liczba nowotworów złośliwych w kraju w ostatnim 40-leciu rosła, czego przyczyną jest zarówno proces starzenia się populacji, jak i wzrost narażenia na czynniki ryzyka związane ze stylem życia (otyłość, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożycie alkoholu).

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce będzie systematycznie wzrastała, czego przyczyną jest zarówno proces starzenia się populacji polskiej, jak i wzrost narażenia na czynniki ryzyka związane ze stylem życia (otyłość, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, nadmierna konsumpcja alkoholu). Ponadto szacunki epidemiologiczne wydają się

wskazywać, że liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych zarówno w Polsce, jak i na świecie będzie prawdopodobnie nadal rosła w najbliższych dekadach, przede wszystkim w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia. Według prognoz WHO prezentowanych w raporcie „World Cancer Report 2008” do 2030 roku obserwowany będzie w kolejnych dekadach wzrost populacji świata (z 6,7 miliarda w 2008 roku do 8,3 miliarda w 2030), jak również wzrost liczby nowych zachorowań, nawet jeśli współczynniki umieralności na nowotwory pozostaną na stałym poziomie.

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w kraju rejestruje się rocznie ponad 150 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe oraz ponad 90 tys. nowych zgonów z tego powodu.

W 2012 r. według danych Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zgonów i zachorowań na nowotwory złośliwe w poszczególnych województwach przedstawiała się następująco:

Lp. No	Województwo Voivodeship	Liczba zgonów Number of deaths	Liczba zachorowań Number of new cases	Wskaźnik zgony/zachorowania Deaths/incidence ratio
1	Dolnośląskie	7900	12343	0,64
2	Kujawsko-pomorskie	5530	8911	0,62
3	Lubelskie	4757	8176	0,58
4	Lubuskie	2505	3944	0,64
5	Łódzkie	6757	11088	0,61
6	Małopolskie	7540	13374	0,56
7	Mazowieckie	12982	18050	0,72
8	Opolskie	2457	4223	0,58
9	Podkarpackie	4154	7949	0,52
10	Podlaskie	2824	4015	0,70
11	Pomorskie	5686	10474	0,54
12	Śląskie	12282	18615	0,66
13	Świętokrzyskie	3234	5192	0,62
14	Warmińsko-mazurskie	3539	5562	0,64
15	Wielkopolskie	8164	14262	0,57
16	Zachodniopomorskie	4429	6677	0,66
	Polska/Poland	94740	152855	0,62

źródło: Nowotwory Złośliwe w Polsce w 2012 r., publikacja z 2014 r. wydana w ramach zadania Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych pn. „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach”, str. 7

Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce. Nowotwory złośliwe płuca, gruczołu krokowego i jelita grubego są najczęstszymi nowotworami złośliwymi wykrywanymi u mężczyzn – stanowiąc 19,9%, 14,3%, 11,3% wszystkich nowotworów u mężczyzn. W populacji kobiet natomiast wiodącymi umiejscowieniami nowotworów są piersi (22,2%), płuco (8,7%), trzon macicy (7,1%) oraz jelito grube (9,0%). Jednocześnie największy odsetek zgonów nowotworowych stanowiły u mężczyzn zgony z powodu

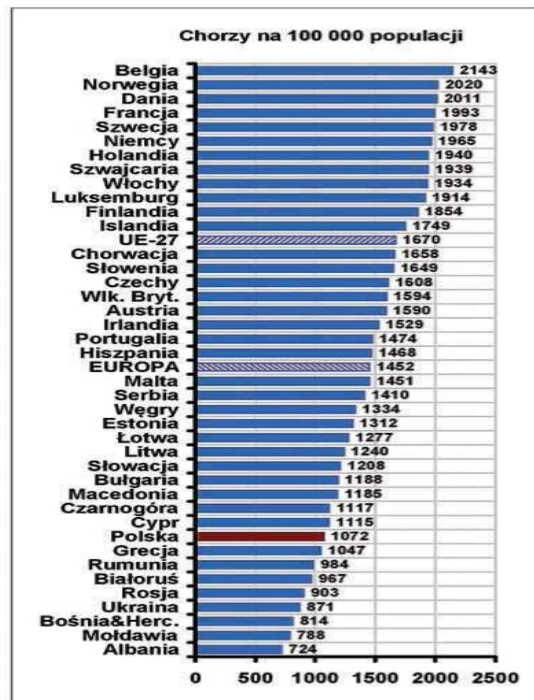
nowotworów złośliwych płuca (30,7%), jelita grubego (10,9%) i gruczołu krokowego (8,0%), natomiast u kobiet największy odsetek stanowiły zgony z powodu nowotworu złośliwego płuca (15,3%), piersi (13,3%), a w dalszej kolejności jelita grubego (11,4%).

Przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w kraju wynika głównie ze zmian w strukturze wieku, a przede wszystkim zwiększenia liczby ludności powyżej 65. roku życia, ze zwiększenia ekspozycji na czynniki rakotwórcze i rozpowszechnienia zachowań sprzyjających rozwojowi raka, z utrzymującego się wysokiego poziomu nikotynizmu.

Do przyczyn wzrostu śmiertelności można także zaliczyć nieodpowiedni sposób odżywiania, niską aktywność fizyczną, brak świadomości zagrożenia chorobami nowotworowymi, a w konsekwencji niechęć społeczeństwa do wykonywania badań przesiewowych oraz do wczesnego zgłaszania się do lekarza w przypadku zauważenia ewentualnych zmian chorobowych.

Nie ulega wątpliwości, że nowotwory złośliwe są poważnym zagrożeniem dla polskiego społeczeństwa, stwarzają problemy zarówno na poziomie jednostki, jak i państwa i w przyszłości będą narastać. Prognozy Krajowego Rejestru Nowotworów na najbliższe lata pokazują, że liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce będą wzrastać, stając się zarówno u kobiet, jak i mężczyzn pierwszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia, wyprzedzając nawet zgony z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego.

Chorobowość 5-letnia jest miarą, która określa liczbę żyjących chorych z rozpoznaniem nowotworu zdiagnozowanym w ciągu poprzedzających 5 lat. W 2006 roku chorobowość 5-letnią w Polsce oszacowano na 323 tys., w 2012 roku wynosiła ona już 364 tys. Wzrosła również chorobowość wyrażona jako współczynnik na 100 tys. populacji z 847/100 000 do 945/100 000. Według oszacowań chorobowości przeprowadzonych dla 2012 roku przez *European Cancer Observatory* w Polsce wskaźnik ten jest niższy niż w większości krajów europejskich. Wskaźnik ten jest pochodną struktury nowotworów złośliwych w danym kraju, częstości zachorowań, wczesnej diagnozy i skuteczności leczenia.



Chorobowość 5-letnia, źródło: European Cancer Observatory 2012, <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Cancer.aspx?Cancer=0>

Wskaźniki epidemiologiczne (dotyczące zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe w Polsce) wskazują na konieczność podejmowania i nieustannego kontynuowania szeroko zakrojonych działań mających na celu walkę ze zjawiskiem wzrostu liczby zachorowań.

Minister właściwy do spraw zdrowia realizował program wieloletni na lata 2006–2015 na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. Nr 143, poz. 1200 oraz z 2008 r. Nr 54, poz. 325). Program jest kontynuacją działań rozpoczętych w ww. programie wieloletnim.

Celem dla wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej jest stworzenie zintegrowanych planów walki z rakiem. Należy zaznaczyć, iż wdrożenie takich planów powinno w istotny sposób przyczynić się do zmniejszenia obciążenia chorobami nowotworowymi w Unii Europejskiej.

Należy zauważyć, iż jednej trzeciej zachorowań na nowotwory można zapobiec poprzez zmodyfikowanie lub unikanie kluczowych czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, nadwaga, niskie spożycie warzyw i owoców, brak aktywności fizycznej oraz spożywanie alkoholu. Nowotwory powodowane są przez wiele czynników i dlatego profilaktyka nowotworów powinna uwzględniać w różnym stopniu styl życia, czynniki zawodowe,

środowiskowe. Promocja zdrowia uwzględniająca najważniejsze uwarunkowania zdrowotne powinna być priorytetem każdego planu nowotworowego, obejmując strategie dotyczące odżywiania, kwestie zdrowotne dotyczące nadwagi i otyłości, a także zmniejszanie szkodliwych skutków działania alkoholu oraz kontrolę palenia tytoniu, biorąc pod uwagę potrzebę dostosowania promocji zdrowia do poszczególnych populacji i grup docelowych.

Ponadto zapadalność na nowotwory można obniżyć i kontrolować poprzez wdrożenie opartych na dowodach strategii wczesnego wykrywania choroby i opieki nad pacjentami chorymi na raka. Pomimo znacznych wysiłków, zasięg badań przesiewowych w Unii Europejskiej wynosi mniej niż połowę minimalnej liczby badań rocznie, które należałoby przeprowadzić, gdyby badania przesiewowe wyszczególnione w zaleceniu Rady Unii Europejskiej w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka były dostępne dla wszystkich obywateli w Unii Europejskiej w odpowiednim wieku (ok. 125 mln badań rocznie).

Warto również podkreślić, iż kompleksowe podejście do chorób nowotworowych i multidyscyplinarne zespoły mogą zapewnić skuteczniejszą opiekę nad pacjentami chorymi na raka. Zintegrowana opieka nad pacjentami onkologicznymi, uwzględniająca dobre samopoczucie i wsparcie psychospołeczne, jest istotnym elementem, który należy rozwijać. Oprócz opieki wyłącznie leczniczej, istnieje rosnąca potrzeba zwiększania jakości życia dla coraz większej liczby przewlekle chorych pacjentów z chorobą nowotworową.

System informacji o nowotworach jest ważnym elementem gwarantującym kompleksowe i ustandaryzowane informacje na temat nowotworów. Zbieranie danych i informacji daje możliwość identyfikacji i promowania najlepszych praktyk opartych na dowodach w profilaktyce i kontroli nowotworów.

W Republice Federalnej Niemiec w 2006 r. utworzono Centrum Onkologii (NCT) w ramach Centrum Badań Nad Rakiem (DKZF) z siedzibą w Heidelbergu, które jest miejscem ścisłej współpracy lekarzy, naukowców i pacjentów. NCT to nowoczesne centrum onkologii (Comprehensive Cancer Center), inspirowane na amerykańskich modelach i dostosowane do niemieckiego systemu opieki zdrowotnej. Roczny budżet DKFZ to ok. 200 mln euro rocznie. W Republice Federalnej Niemiec wśród obowiązujących programów profilaktycznych są realizowane m.in.: program zapobiegania nowotworom szyjki macicy, piersi, jelita grubego. Istnieje również zintegrowany system informacyjny, obejmujący strony internetowe oraz porady udzielane poprzez infolinię i korespondencję elektroniczną. Łącznie koszty utrzymania systemu informacyjnego szacuje się na poziomie ok. 3,6 mln euro rocznie.

We Francji został przyjęty Trzeci Plan Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2014–2019, na który zostanie przeznaczony 1,5 mld euro, z czego prawie połowa zostanie przekazana na sfinansowanie nowo podjętych działań, takich jak wspieranie badań klinicznych, profilaktyka, m.in. walka z uzależnieniem tytoniowym oraz zwalczanie nierówności społecznych wobec choroby.

W Polsce w wyniku dotychczasowej realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w zakresie programów profilaktycznych uzyskano zwiększającą się zgłaszalność: na badania mammograficzne z 23,37% w 2006 r. zgłaszalność wzrosła do 48,05% w 2014 r., natomiast na badania cytologiczne z 12,7% w 2006 r. do 44,40% w 2014 r. (biorąc pod uwagę liczbę faktycznie zrealizowanych badań profilaktycznych, mammograficznych i cytologicznych w ramach programów skринingowych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej).

Poprawiła się dostępność do badań kolonoskopowych. Liczba realizatorów z 10 jednostek w początkowych latach realizacji programu badań przesiewowych wzrosła do 106 w 2014 r. Zapewniona została wysoka jakość badań kolonoskopowych realizowanych w ramach programu.

Zarówno w analizie EURO CARE (Survival of Cancer Patients in Europe), jak również w analizie przeprowadzonej przez Krajowy Rejestr Nowotworów odsetki 5-letnich przeżyć w raku jelita grubego w naszym kraju wzrosły z około 26% (publikacje z 2003 r.) do około 43–46% (publikacje z lat 2007 i 2010). Na przestrzeni tych lat Polska odnotowała jeden z najwyższych wzrostów tego wskaźnika w Europie.

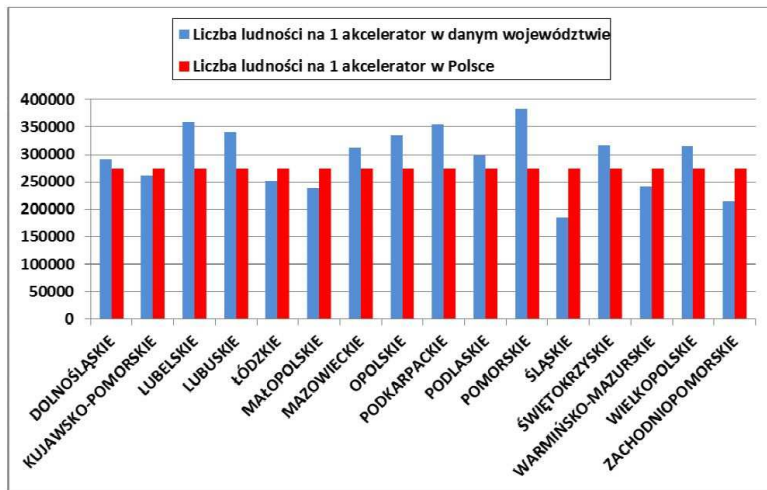
W zakresie realizacji Programów poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci poprawiła się efektywność leczenia nowotworów, wzrosła liczba finansowanych zakupów endoprotez dla dzieci z nowotworami kości. Realizacja zadania poprawiła w sposób istotny jakość życia pacjentów. Liczba zakupionych endoprotez onkologicznych dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia, leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości w latach 2006–2014, wyniosła 286.

Ponadto w ostatnich latach nastąpił istotny postęp w zakresie radioterapii:

- 1) zwiększyła się liczba chorych korzystających z tej metody leczenia: liczba chorych napromienianych wzrosła z ok. 40 000 w 1999 r. do 83 000 w 2014 r.;
- 2) skrócił się średni czas oczekiwania chorych na rozpoczęcie leczenia z 8–10 tygodni w 1998 r. do 1–3 tygodni w 2014 r.;

- 3) ułatwiony został dostęp chorych do najnowocześniejszych, unikalnych wysokospecjalistycznych technik i metod leczenia;
- 4) w znacznym stopniu wyrównane zostały różnice regionalne w dostępie do nowoczesnej radioterapii;

Liczba ludności przypadająca na 1 akcelerator w poszczególnych województwach



Liczba aparatów do brachyterapii w poszczególnych województwach



- 5) nastąpiła poprawa wyposażenia ośrodków onkologicznych w aparaturę radioterapeutyczną w porównaniu do 2005 r. – liczba akceleratorów wzrosła z 70

w 2005 r. do 144 w 2014 r. (aktualnie liczba ludności przypadająca na 1 aparat megawoltowy wynosi ok. 273 019¹⁾).

W wyniku doposażenia klinik i oddziałów torakochirurgii systematycznie wzrosła liczba chorych operowanych we wczesnych stadiach raka płuca i obecnie odsetek chorych operowanych w I i II stadium zaawansowania choroby wynosi 80%. W ciągu 5 lat nastąpił wzrost liczby chorych operowanych w I stadium zaawansowania choroby o 31%, a stadium II o 40%, co świadczy o znacznej poprawie diagnostyki przedoperacyjnej.

Dotychczasowa realizacja Programu pozwoliła na dokonanie analizy mocnych i słabych stron oraz szans i zagrożeń realizacji Programu w latach 2016–2024.

Obszar analizy	Mocne strony	Słabe strony
Uwarunkowania demograficzne	– przeciętnie młodsza ludność Polski od ludności większości krajów Unii Europejskiej – ustabilizowana liczba ludności Polski	– starzenie się społeczeństwa i wzrost współczynnika obciążenia demograficznego – niski wskaźnik urodzeń
Uwarunkowania epidemiologiczne	– spadek współczynnika umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem	– wyższa od przeciętnej dla krajów UE umieralność mężczyzn ogółem oraz w wieku 25–64 lata z przyczyn zewnętrznych oraz chorób nowotworowych – wyższa od przeciętnej UE umieralność kobiet w wieku 25–64 lata z powodu nowotworów
Profilaktyka i promocja zdrowia	– systematyczny wzrost zgłaszalności na badania populacyjne w kierunku wykrywania nowotworów złośliwych	– niska świadomość zdrowotna społeczeństwa – niższa niż w innych krajach UE zgłaszalność do udziału w programach profilaktycznych – niska wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowych
Organizacja i finansowanie świadczeń zdrowotnych	– istnienie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – bezpłatny dostęp do świadczeń gwarantowanych	– niewystarczająca rola podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia – zbyt niska efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – fragmentacja systemu ochrony zdrowia (brak integracji lecznictwa szpitalnego z AOS, POZ i programami profilaktycznymi) – długi okres oczekiwania na uzyskanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – niedostateczny związek liczby i struktury kontraktowanych świadczeń z potrzebami zdrowotnymi populacji, a także potrzebami infrastrukturalnymi – niewystarczająca efektywność organizacyjno-zarządcza i finansowa samodzielnych publicznych zakładów

¹⁾ Wg stanu ludności w oparciu o dane GUS na dzień 31.12.2013 r.

Zasoby kadrowe i infrastrukturalne	<ul style="list-style-type: none"> - duże zainteresowanie kadr medycznych udziałem w programach szkoleniowych - poprawiający się stan infrastruktury ochrony zdrowia 	<p>opieki zdrowotnej (SPZOZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - niewystarczająco rozwinięte kształcenie przed- i podyplomowe kadry medycznej, w tym w szczególności kształcenie specjalizacyjne, oraz zauważalna konieczność poprawy kompetencji lekarzy, w tym lekarzy POZ, w kontekście wyzwań epidemiologicznych i demograficznych - brak odpowiedniego zaplecza organizacyjno-infrastrukturalnego dla działań profilaktycznych, diagnostycznych i medycyny naprawczej - niewystarczająca liczba oraz nierównomierne rozmieszczenie wyspospecjalistycznej aparatury medycznej
------------------------------------	--	---

Obszar analizy	Szanse	Zagrożenia
Uwarunkowania epidemiologiczne	<ul style="list-style-type: none"> - rozwój nowych lub skuteczniejszych metod diagnozy, wykrywania i profilaktyki chorób - rozwój nowych lub skuteczniejszych metod leczenia chorób 	<ul style="list-style-type: none"> - wzrastająca zachorowalność na choroby nowotworowe
Profilaktyka i promocja zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> - rosnąca świadomość zdrowotna społeczeństwa - udział w badaniach profilaktycznych całej populacji objętej skriningiem - wzrastający udział kobiet wykonujących badania profilaktyczne - zmniejszający się odsetek osób palących tytoń, pozytywne zmiany w sposobie odżywiania - wprowadzenie zmian w zakresie programów polityki zdrowotnej m.in. poprzez zobowiązanie samorządu terytorialnego do realizacji programów w sposób spójny merytorycznie i organizacyjnie z programami realizowanymi przez MZ i NFZ 	<ul style="list-style-type: none"> - niska zgłaszalność na badania profilaktyczne - nie dość szybka dynamika spadku zagrożenia najistotniejszymi czynnikami ryzyka chorób nowotworowych
Organizacja i finansowanie świadczeń zdrowotnych	<ul style="list-style-type: none"> - poprawa jakości świadczeń udzielanych w ramach programów skriningowych - wzrost świadczeń o charakterze profilaktycznym - większa czujność onkologiczna lekarzy POZ - szybka diagnostyka onkologiczna 	<ul style="list-style-type: none"> - niska jakość świadczeń w zakresie onkologii ze względu na zadłużenie podmiotów leczniczych (brak możliwości rozwoju infrastrukturalnego w ramach środków własnych)
Zasoby kadrowe i infrastrukturalne	<ul style="list-style-type: none"> - stała poprawa jakości kształcenia kadr medycznych - zwiększenie dostępności do diagnostyki i leczenia chorób - poprawa infrastruktury i unowocześnienie podmiotów leczniczych 	<ul style="list-style-type: none"> - niewystarczający poziom zainteresowania podmiotów szkolących realizacją szkoleń z zakresu onkologii - inwestycje medyczne niedostosowane do potrzeb zdrowotnych - niepełne wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej z powodu ograniczeń w kontraktowaniu

		świadczeń zdrowotnych – postęp technologiczny implikujący potrzebę wymiany sprzętu i aparatury medycznej
--	--	---

IV. Cel główny Programu

Głównym celem Programu 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.

V. Priorytety Programu

Cel główny Programu będzie realizowany przez poniżej opisane priorytety Programu.

V.1 Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów

W ramach tego priorytetu zakłada się, że cele Programu w tym obszarze będą osiągnięte dzięki realizacji szeregu działań nakierowanych w szczególności na rozwój profilaktyki wczesnej nowotworów złośliwych, polegających na utrwalaniu prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia oraz na profilaktyce pierwotnej (I fazy), polegającej na zapobieganiu chorobom przez kontrolowanie czynników ryzyka, ze szczególnym nastawieniem na raka szyjki macicy, raka piersi, raka jelita grubego, raka płuc. Celem zwiększenia świadomości społeczeństwa i jego edukacji będą realizowane działania zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym polegające w głównej mierze na działaniach informacyjnych, promocyjnych, edukacyjnych przeciwdziałających zachorowaniom na nowotwory, w tym:

- 1) działania promujące aktywny tryb życia;
- 2) działania promujące zdrowe odżywianie;
- 3) działania na rzecz ograniczenia palenia tytoniu;
- 4) działania na rzecz ograniczenia spożywania alkoholu;
- 5) działania na rzecz profilaktyki nowotworów złośliwych skóry, w szczególności czerniaka złośliwego;
- 6) działania na rzecz zwiększenia zgłaszalności na badania przesiewowe;
- 7) działania promujące karmienie piersią.

W działaniach tych szczególną wagę przykładac się będzie do wczesnego wykrywania nowotworów piersi, płuca, jelita grubego i szyjki macicy.

Realizacja priorytetu jest koordynowana przez komórkę obsługującą ministra właściwego do spraw zdrowia zajmującą się promocją oraz działaniami medialnymi.

V.1.1 Cele szczegółowe w ramach priorytetu

1. Poprawa stanu wiedzy społeczeństwa na temat postaw prozdrowotnych przeciwdziałających i zapobiegających zachorowaniom na nowotwory, w szczególności stanu wiedzy dzieci i młodzieży do lat 25.
2. Zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne, ze szczególnym uwzględnieniem:
 - 1) zgłaszalności na badania w kierunku raka szyjki macicy kobiet w wieku 25–59;
 - 2) zgłaszalności na badania w kierunku raka piersi kobiet w wieku 50–69;
 - 3) zgłaszalności na badania w kierunku raka jelita grubego w zależności od stosowanego systemu przeprowadzania badań.

V.1.2 Kierunki interwencji w ramach priorytetu

V.1.2.1 Działania informacyjne, edukacyjne i promocyjne na temat postaw prozdrowotnych

Kierunek interwencji będzie nastawiony w szczególności na działania na rzecz poprawy stanu wiedzy społeczeństwa na temat postaw prozdrowotnych przeciwdziałających i zapobiegających zachorowaniom na nowotwory, w szczególności stanu wiedzy dzieci i młodzieży do lat 25.

Kierunki interwencji w ramach priorytetu będą poświęcone szeroko rozumianej edukacji na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe oraz czynników obniżających ryzyko zachorowania, uwzględniającej m.in. zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem, mającej na celu:

- 1) działania na rzecz ograniczenia palenia tytoniu i zwrócenie uwagi na problem nowotworów uwarunkowanych paleniem tytoniu;
- 2) promocję i realizację działań dla zmniejszenia zagrożenia nowotworami wynikającymi z konsumpcji alkoholu;
- 3) zwrócenie uwagi na prawidłowy sposób żywienia, aktywność fizyczną i konieczność utrzymania prawidłowej masy ciała jako podstawowych czynników obniżających ryzyko zachorowania;

- 4) działania ograniczające ekspozycję na czynniki rakotwórcze w środowisku naturalnym, miejscu zamieszkania i pracy oraz zwrócenie uwagi na dbałość o środowisko naturalne i przeciwdziałanie zanieczyszczeniom;
- 5) działania edukacyjne dotyczące czynników ryzyka i wczesnych objawów nowotworów złośliwych skóry, w szczególności czerniaka złośliwego;
- 6) edukację dotyczącą zapobieganiu nowotworom o pochodzeniu infekcyjnym;
- 7) promocję karmienia piersią, m.in. jako czynnik zmniejszający ryzyko zachorowania na raka piersi.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizator kierunku interwencji: wskazana komórka obsługująca ministra właściwego do spraw zdrowia zajmująca się promocją oraz działaniami medialnymi lub organizacja pozarządowa, wyłoniona w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub podmioty wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wszystkie wyżej wymienione kierunki interwencji muszą zawierać elementy dotyczące monitorowania, ewaluacji działań i skuteczności profilaktyki i prewencji pierwotnej nowotworów.

V.1.2.2 Działania promocyjne, edukacyjne i informacyjne na rzecz zwiększenia zgłaszalności społeczeństwa na badania profilaktyczne

Podjęmowane będą w szczególności działania na rzecz zwiększenia zgłaszalności społeczeństwa na badania profilaktyczne, ze szczególnym uwzględnieniem: zgłaszalności na badania w kierunku raka szyjki macicy kobiet w wieku 25–59, zgłaszalności na badania w kierunku raka piersi kobiet w wieku 50–69, zgłaszalności na badania w kierunku raka płuca oraz zgłaszalności na badania w kierunku raka jelita grubego w zależności od stosowanego systemu przeprowadzania badań, w tym:

- 1) działania informacyjno-edukacyjne (m. in. realizacja akcji medialnych, edukacyjnych promujących programy profilaktyczne, udział lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek i położnych w akcjach informacyjnych, produkcja i dystrybucja materiałów informacyjnych o programach profilaktycznych);
- 2) realizacja kampanii medialnych w regionalnych stacjach telewizyjnych (emisja materiałów edukacyjno-reklamowych przez cały rok na terenie całego kraju);
- 3) prowadzenie kampanii informacyjnej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i promocja na poziomie lokalnym w zakresie realizacji badań przesiewowych.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizator kierunku interwencji: wskazana komórka obsługująca ministra właściwego do spraw zdrowia zajmująca się promocją oraz działaniami medialnymi lub organizacja pozarządowa, wyłoniona w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wszystkie wyżej wymienione kierunki interwencji muszą zawierać elementy dotyczące monitorowania, ewaluacji działań i skuteczności promocji i profilaktyki nowotworów.

V.2 Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów

W ramach tego priorytetu planuje się podejmowanie kierunków interwencji mających na celu zwiększenie dostępności do metod wczesnego rozpoznawania nowotworów, w tym prowadzenie profilaktyki wtórnej (II fazy) polegającej na zapobieganiu konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie (np. badanie przesiewowe) oraz wdrożeniu procedur zapewnienia jakości diagnostyki nowotworów, w tym działania polegające na uzupełnianiu oraz wymianie wyeksploatowanych wyrobów medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876), służących do diagnostyki nowotworów. Powyższe pozwoli na wykrywanie większej liczby nowotworów we wczesnych stadiach zaawansowania choroby oraz pozwoli na skuteczniejsze leczenie pacjentów w Polsce i poprawę standardu życia chorych na nowotwory.

W ramach badań zorganizowanych będą prowadzone badania w kierunku wczesnego wykrywania raka płuca, raka jelita grubego, raka piersi oraz raka szyjki macicy.

Ponadto planuje się realizację działań z zakresu diagnostyki molekularnej i genetycznej opieki onkologicznej.

V.2.1 Cele szczegółowe w ramach priorytetu

1. Poprawa wskaźnika wykrywalności nowotworów mających największy udział w strukturze zachorowań na nowotwory.
2. Poprawa wskaźnika przeżywalności chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory.
3. Poprawa dostępności i likwidacja różnic w dostępie do sprzętu/aparatury medycznej służącej do diagnostyki i wykrywania nowotworów.

V.2.2 Kierunki interwencji w ramach priorytetu

V.2.2.1 Badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka jelita grubego

Kierunek interwencji zakłada prowadzenie działań mających na celu stopniowe, do roku 2024, zwiększanie liczby badań kolonoskopowych w całej populacji docelowej. Działanie będzie realizowane w dwóch systemach: z zaproszeniami i bez zaproszeń, przy czym przez cały okres realizacji działania zostanie utrzymana możliwość skorzystania z systemu bez zaproszeń, jednakże zakłada się, że w tym systemie będzie wykonywanych nie więcej niż 25% wszystkich badań. W ramach kierunku interwencji sfinansowana zostanie wysyłka zaproszeń na badania kolonoskopowe, prowadzenie bazy danych o wykonanych badaniach przesiewowych oraz kontrola jakości badań kolonoskopowych na podstawie m.in. odsetka osiągalności kątnicy, odsetka istotnie bolesnych kolonoskopii.

Badaniami przesiewowymi w kierunku raka jelita grubego zostaną objęte:

1) **w systemie bez zaproszeń** – osoby bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego:

- a) w wieku 50–65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- b) w wieku 40–49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego,
- c) w wieku 25–49 lat, z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny HNPCC z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego. Członkowie takiej rodziny powinny mieć powtarzane kolonoskopie co 2–3 lata, chyba że badanie genetyczne wskaże, że u danej osoby nie ma mutacji genetycznych i że dana osoba może być zwolniona z wykonywania kontrolnych (nadzorczych) kolonoskopii;

2) **w systemie z zaproszeniami** – osoby w wieku 55–64 lat, niezależnie od występowania lub braku objawów klinicznych sugerujących raka jelita grubego.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: w zakresie realizacji badań przesiewowych – podmioty wykonujące działalność leczniczą, wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie prowadzenia bazy danych, wysyłki

zaproszeń i kontroli jakości – podmioty wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

W związku z założeniem stosowania systemu umów wieloletnich, kontrole jakości, stanowiące narzędzie nadzoru nad realizacją powierzonych umowami działań, będą prowadzone przez osoby niezależne od świadczeniodawców realizujących badania, a wyniki kontroli będą wykorzystywane do bieżącego zarządzania realizatorami działań, w tym do rozwiązywania umów wieloletnich.

V.2.2.2 Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe

Kierunek interwencji jest kontynuacją działań realizowanych w programie wieloletnim w latach 2006–2015. W zakresie tych działań sfinansowane zostaną koszty:

- 1) identyfikacji na podstawie ankiet wśród osób zdrowych i/lub dokładnych wywiadów rodzinnych wśród chorych osób, u których występuje prawdopodobieństwo zachorowania w ciągu życia, w szczególności na raka piersi i/lub jajnika, jelita grubego, błony śluzowej trzonu macicy, siatkówczaka, chorobę von Hippel-Lindau, zespół Peutz Jeghersa, zespół polipowatości recesywnej, zespół polipowatości młodzieńczej;
- 2) wprowadzenia do rejestru rodzin najwyższego i wysokiego ryzyka;
- 3) badań nosicielstwa mutacji genu w szczególności BRCA1 i/lub BRCA2, genu MLH1, MSH2 i MSH6, EPCAM i/lub APC, RB1, VHL, STK11, MUTYH, SMAD4, BMPR1A i PTEN, które umożliwiają ustalenie lub wykluczenie wysokiego indywidualnego ryzyka wśród zdrowych krewnych nosicieli mutacji;
- 4) objęcia osób z grupy wysokiego ryzyka programem corocznych badań ukierunkowanych na wczesne rozpoznanie nowotworów, w szczególności nowotworu piersi, jajnika, jelita grubego, błony śluzowej trzonu macicy, siatkówczaka i choroby von Hippel-Lindau, zespołu Peutz Jeghersa, zespołu polipowatości recesywnej i zespołu polipowatości młodzieńczej.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: podmioty wykonujące działalność leczniczą, wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

V.2.2.3 Badania w kierunku wykrywania raka płuca

Kierunek interwencji będzie nastawiony na kontynuację działań rozpoczętych w poprzedniej edycji programu, nakierowanych na regiony kraju, w których występuje najniższa wykrywalność tego nowotworu w stosunku do nowych zachorowań. Badania będą miały charakter interwencyjny, realizowane będą w powiatach o najniższym wskaźniku operacyjności w Polsce.

W ramach kierunku interwencji będą finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia koszty wykonywania badań płuc przy użyciu tomografu komputerowego oraz funkcjonowania bazy danych klinicznych i histopatologicznych, wprowadzanych przez ośrodki pulmonologiczne i torakochirurgiczne.

Badania finansowane w ramach Programu będą kierowane do osób spełniających następujące kryteria:

- 1) wiek od 50. do 70. roku życia;
- 2) palenie przez minimum 20 paczkolet (lub wymiennie innych produktów tytoniowych w tożsamej ilości);
- 3) narażenie na ekspozycję czynników rakotwórczych (azbest, radon, uran, arsenik, beryl, produkty przemiany węgla kamiennego);
- 4) niezależnie od wieku, ze wskaźnikiem odsetkowym FEV1 < 70% wartości należnych.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: podmioty wykonujące działalność leczniczą, wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub podmioty wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

V.2.2.4 Badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi

Kierunek interwencji będzie nastawiony w szczególności na:

- 1) badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet w wieku 50–69 lat wykonywane w interwale raz na 2 lata, finansowane na dotychczasowych zasadach przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) kontrola jakości badań mammograficznych na poziomie podstawowym poprzez ocenę zdjęć mammograficznych (audyt kliniczny) i ocenę fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych oraz poprawności realizacji testów kontroli jakości przez świadczeniodawców.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: w zakresie realizacji badań przesiewowych – świadczeniodawcy wybierani przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach procedury konkursowej, w zakresie kontroli jakości – podmioty wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Kontrole jakości, stanowiące narzędzie nadzoru nad realizacją powierzonych umowami działań, będą prowadzone przez osoby niezależne od świadczeniodawców realizujących badania, a wyniki kontroli będą wykorzystywane do bieżącego zarządzania realizatorami działań, w tym do rozwiązywania umów wieloletnich.

V.2.2.5 Badania przesiewowe w kierunku profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Kierunek interwencji będzie nastawiony w szczególności na:

- 1) badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy u kobiet w wieku 25–59 lat wykonywane w interwale raz na 3 lata, finansowane na dotychczasowych zasadach przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) kontrola jakości badań cytologicznych wszystkich świadczeniodawców realizujących etap diagnostyczny (kontrola oceny materiału cytologicznego) oraz co najmniej 10% świadczeniodawców etapu podstawowego.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: w zakresie realizacji badań przesiewowych – świadczeniodawcy wybierani przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach procedury konkursowej, w zakresie kontroli jakości – podmioty wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Kontrole jakości, stanowiące narzędzie nadzoru nad realizacją powierzonych umowami działań, będą prowadzone przez osoby niezależne od świadczeniodawców realizujących badania, a wyniki kontroli będą wykorzystywane do bieżącego zarządzania realizatorami działań, w tym do rozwiązywania umów wieloletnich.

V.2.2.6 Uzupelnianie oraz wymiana wyeksploatowanych wyrobów medycznych, służących do diagnostyki nowotworów

Kierunek interwencji będzie nastawiony na uzupełnianie oraz wymianę wyeksploatowanych wyrobów medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, służących do diagnostyki nowotworów.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: podmioty wykonujące działalność leczniczą, wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

V.3 Wsparcie procesu leczenia nowotworów

W ramach tego priorytetu planuje się podejmowanie kierunków interwencji mających na celu zwiększenie dostępności do metod leczenia nowotworów oraz mających na celu dążenie do opracowania i wdrożenia procedur zapewnienia jakości w terapii nowotworów, w tym działania polegające na uzupełnianiu oraz wymianie wyeksploatowanych wyrobów medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, służących do leczenia nowotworów oraz opracowanie i wdrażanie wystandaryzowanych procedur postępowania pozwalających na osiągnięcie skuteczności diagnostyczno-terapeutycznej w określonych typach i stopniach zaawansowania nowotworów.

Kolejną grupą kierunków interwencji realizowanych w tym priorytecie będą działania nakierowane na profilaktykę III fazy, czyli zahamowanie postępu choroby oraz ograniczanie powikłań. W szczególności będą podejmowane działania dotyczące rozwoju i upowszechniania współczesnych metod rehabilitacji chorych, ograniczania odległych następstw leczenia oraz opieki paliatywnej w onkologii, w tym obejmujące aspekty psychoonkologii. W ramach tych działań przewiduje się kontynuację działań zapoczątkowanych w ramach realizacji programu wieloletniego na lata 2006–2015 „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, np. zakup endoprotez na potrzeby leczenia dzieci z nowotworami kości.

V.3.1 Cele szczegółowe w ramach priorytetu

1. Poprawa wskaźnika przeżywalności osób chorych na nowotwory, ze szczególnym uwzględnieniem osób chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce.

2. Poprawa dostępności do sprzętu/aparatury medycznej służącej do leczenia nowotworów.

V.3.2 Kierunki interwencji w ramach priorytetu

V.3.2.1 Uzupelnianie oraz wymiana wyeksploatowanych wyrobów medycznych, służących do leczenia nowotworów

Kierunek interwencji będzie nastawiony na uzupełnianie oraz wymianę wyeksploatowanych wyrobów medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, służących do leczenia nowotworów, w tym m.in. sprzętu do radioterapii.

Biorąc pod uwagę wzrost liczby chorych wymagających radioterapii, konieczne jest uzupełnienie i wymiana aparatury do radioterapii. Kontynuowanie zakupów sprzętu do radioterapii przyczyni się do wzrostu szans na wyleczenie chorych, przy jednoczesnym zwiększeniu bezpieczeństwa i komfortu leczenia, a także umożliwi wdrażanie nowych technologii na światowym poziomie.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: podmioty wykonujące działalność leczniczą, wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

V.3.2.2 Zakup endoprotez na potrzeby leczenia dzieci z nowotworami kości

Kierunek interwencji będzie nastawiony na zakup endoprotez na potrzeby leczenia dzieci z nowotworami kości, co pozwoli na ograniczenie niepełnosprawności u dzieci z nowotworami układu kostno-mięśniowego, zapewnienie dostępu do postępowania chirurgicznego mniej okaleczającego z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych.

Najkorzystniejszą formą rekonstrukcji u pacjentów po rozległych wycięciach nowotworu złośliwego kości (wymagających dalszego stosowania chemioterapii wielolekowej) jest użycie endoprotez tzw. onkologicznych. Postępowanie takie umożliwia radykalne wycięcie nowotworu (potwierdzone badaniem histopatologicznym śródoperacyjnym), jednoczesne uzupełnienie dużego ubytku kości umożliwiające szybkie uruchomienie pacjenta oraz dalsze kontynuowanie leczenia (chemioterapii).

Uwzględniając lokalizację zmian nowotworowych, zaplanowaną rozległość resekcji kości oraz wiek pacjentów, obecnie są implantowane następujące typy endoprotez:

- 1) endoprotezy bezcementowe, modularne – dla pacjentów powyżej 10. roku życia;

- 2) endoprotezy tzw. rosnące, umożliwiające wydłużanie kończyny wraz z postępującym wzrostem pacjenta – u pacjentów poniżej 10. roku życia;
- 3) endoprotezy rosnące elektromagnetyczne, umożliwiające bezinwazyjne wydłużenie kończyny wraz z postępującym wzrostem pacjenta.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: podmioty wykonujące działalność leczniczą wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub podmioty wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

V.3.2.3 Zintegrowana opieka nad pacjentami onkologicznymi i ich bliskimi

Kierunek interwencji przewiduje m.in. prowadzenie działań na rzecz poprawy stanu zdrowia oraz jakości życia pacjentów onkologicznych, poprawy wyników leczenia dzieci i młodzieży z wykrytymi nowotworami, kontroli jakości opieki onkologicznej.

Systemowe podejście do chorób nowotworowych może zapewnić skuteczniejszą opiekę nad pacjentami chorymi na raka. Zintegrowana opieka nad pacjentami onkologicznymi i ich bliskimi, uwzględniająca dobre samopoczucie i wsparcie psychospołeczne, jest istotnym elementem, który należy rozwijać. Oprócz opieki wyłącznie leczniczej, istnieje rosnąca potrzeba zwiększania jakości życia dla coraz większej liczby przewlekle chorych pacjentów z chorobą nowotworową.

Zarówno prowadzenie baz danych, jak i weryfikacja, interpretacja i analiza wyników badań są istotnymi elementami gwarantującym kompleksowe i usystematyzowane informacje na temat leczenia nowotworów u dzieci i młodzieży. Zbieranie danych i informacji daje możliwość identyfikacji i promowania najlepszych praktyk opartych na dowodach w profilaktyce i kontroli nowotworów.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: podmioty wykonujące działalność leczniczą wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub organizacje pozarządowe, wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

V.4 Edukacja onkologiczna

Priorytet złożony będzie z działań mających na celu rozwój i upowszechnianie nauczania onkologii w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, psychologów oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych. Kompetencje i wiedza kadry medycznej są nieodzownym elementem pozwalającym na wczesne rozpoznawanie chorób nowotworowych, a co za tym idzie wczesne podjęcie leczenia osób chorych, zatem niezmiernie ważne jest zapewnienie stałego podnoszenia kwalifikacji w obszarze onkologii, w tym szczególnie nacisk będzie kładziony na każdy etap nauczania, przez stworzenie programów szkoleniowych na różnych poziomach szczegółowości, zapewnienie dostępu do pomocy dydaktycznych czy zapewnienie szkoleń specjalistycznych wykorzystywanych w realizacji badań przesiewowych.

V.4.1 Cel szczegółowy w ramach priorytetu

Poprawa stanu wiedzy i umiejętności personelu medycznego i przedstawicieli innych zawodów medycznych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, z zakresu diagnostyki onkologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem programów przesiewowych i postępowania terapeutycznego.

V.4.2 Kierunek interwencji w ramach priorytetu

V.4.2.1 Szkolenia specjalistyczne dla personelu obsługującego badania przesiewowe, o których mowa w rozdziale V.2

Kierunek interwencji będzie nastawiony na prowadzenie szkoleń dla m.in. cytodiagnostów, techników elektroradiologii, pielęgniarek, położnych, położnych podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologów, kolonoskopistów, użytkowników bazy danych w ramach realizacji badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: podmioty wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

V.4.2.2 Szkolenia z zakresu onkologii dla lekarzy

W ramach kierunku interwencji będą prowadzone szkolenia mające na celu poprawę poziomu wiedzy lekarzy niebędących specjalistami onkologami z zakresu diagnostyki onkologicznej,

zasad kierowania na leczenie i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym. Ponadto szkolenia będą obejmować również zagadnienia z zakresu edukacji ukierunkowanej na wiedzę o nowotworach charakteryzujących się tendencją wzrostową w zakresie zachorowalności i umieralności, biorąc pod uwagę ocenę epidemiologiczną i czynniki predykcyjne.

Właściwa edukacja lekarzy z zakresu onkologii zasadniczo wpłynie na wzrost poziomu i szybkości wykrywania chorób nowotworowych w Polsce. Ponadto współpraca lekarzy z lekarzami specjalistami z zakresu onkologii oraz właściwa diagnostyka onkologiczna pacjentów wpłynie na skrócenie okresu postawienia diagnozy i rozpoczęcia leczenia.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: podmioty wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

V.4.2.3 Pozostała działalność edukacyjna

W ramach kierunku interwencji będą realizowane szkolenia z zakresu przed- i podyplomowego kształcenia lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych mających zastosowanie w ochronie zdrowia, szkolenia z zakresu psychoonkologii oraz wsparcia polskich uczelni medycznych w zakresie podniesienia poziomu nauczania przeddyplomowego.

W ramach kierunku interwencji przewiduje się m.in. kontynuowanie zadania realizowanego w poprzednich latach w ramach programu wieloletniego na lata 2006–2015 pod nazwą „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w zakresie psychoonkologii, poprzez przeprowadzenie szkolenia m.in. lekarzy, pielęgniarek, położnych, psychologów i fizjoterapeutów w zakresie komunikacji z pacjentem, redukcji napięć i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: podmioty wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub wyłonione w drodze konkursu przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wszystkie wyżej wymienione działania muszą zawierać elementy dotyczące monitorowania, ewaluacji działań i ich skuteczności.

V.5 Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów

W ramach tego priorytetu planuje się podjęcie działań mających na celu poprawę działania systemu zbierania i gromadzenia danych o nowotworach, w tym działania ukierunkowane na zapewnienie sprawnej wymiany danych, ich weryfikacji i zapewnienie dostępu, w tym publicznego, do danych umożliwiających wczesne podejmowanie decyzji o znaczeniu kierunkowym dla pozostałych powyżej opisanych zadań.

V.5.1 Cel szczegółowy w ramach priorytetu

Poprawa funkcjonowania obecnego systemu gromadzenia danych o chorobach nowotworowych w Polsce i jakości publikowanych danych.

V.5.2 Kierunek interwencji w ramach priorytetu

V.5.2.1 Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów

Rejestracja danych odbywa się na podstawie zgłoszeń o nowotworach złośliwych, dokonywanych przez podmioty lecznicze. Prowadzenie rejestracji nowotworów złośliwych odbywa się zgodnie z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.).

Kierunek interwencji będzie nastawiony na podejmowanie m.in. następujących działań:

- 1) weryfikacja danych: wprowadzanie i weryfikacja nowych przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe (weryfikacja postaci histologicznej; weryfikacja stopnia zaawansowania; uzupełnienie *vital status* przypadków zachorowania; uzupełnienie populacji wg płci, wieku i jednostek administracyjnych), utrzymanie jakości i kompletności danych;
- 2) szkolenia: kursy szkoleniowe dla pracowników rejestrów, kursy szkoleniowe dla lekarzy współpracujących z rejestrami, szkolenie dla patologów w zakresie korzystania z modułu „Rejestr histopatologiczny”, promocja rejestru nowotworów;
- 3) opracowanie danych: opracowanie raportów dotyczących epidemiologii nowotworów, w tym rocznego biuletynu zachorowań i zgonów, utrzymanie i rozbudowa internetowej bazy danych będącej elektronicznym źródłem danych;
- 4) obsługa techniczna programu, zakup sprzętu komputerowego i oprogramowania.

Okres realizacji kierunku interwencji: lata 2016–2024.

Realizatorzy kierunku interwencji: podmioty wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

VI. Sposób realizacji Programu

Wykonawcą Programu jest minister właściwy do spraw zdrowia, który:

- 1) opracowuje corocznie zestawienie działań wykonywanych w ramach zadań Programu zawierające wysokość środków na każde działanie;
- 2) dokonuje wyboru realizatorów zadań lub działań Programu, jeżeli wymagane;
- 3) opracowuje roczne sprawozdania z realizacji Programu;
- 4) zapewnia obsługę administracyjną realizacji Programu.

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

- 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;
- 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 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

Minister właściwy do spraw zdrowia może wprowadzić zmiany w poszczególnych priorytetach, poprzez wprowadzanie nowych kierunków interwencji oraz uwzględnianie nowych działań w ramach realizowanych kierunków interwencji, w ramach środków przewidzianych na realizację Programu, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady do spraw Onkologii, stanowiącej organ opiniodawczo-doradczy ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawach Programu.

W zależności od specyfiki kierunku interwencji zakłada się stworzenie systemu umów wieloletnich, które będą miały na celu zapewnienie kontynuacji realizacji działań

o charakterze udzielania świadczeń zdrowotnych (np. badania przesiewowe, badania genetyczne).

W przypadku gdy do realizacji priorytetów lub kierunków interwencji powierzonych jednostkom, o których mowa w pkt 1, jest wymagany wybór podwykonawcy, wyłonienie podwykonawcy odbywa się na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 907, z późn. zm.).

Do konkursu ofert na realizację zadań Programu, a także do zawierania umów na realizację działań stosuje się zasady dotyczące konkursów ofert i zawierania umów dla programów polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia.

VII. Plan finansowy Programu

Program jest finansowany ze środków budżetu państwa. Planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach Programu nie mogą być w poszczególnych latach wyższe niż 250 000 tys. zł.

Planowane wydatki w poszczególnych latach realizacji Programu:

Rok	Razem (w zł)	Wydatki bieżące (w zł)	Wydatki majątkowe (w zł)
2016	250 000 tys.	87 000 tys.	163 000 tys.
2017	250 000 tys.	120 000 tys.	130 000 tys.
2018	250 000 tys.	130 000 tys.	120 000 tys.
2019	250 000 tys.	140 000 tys.	110 000 tys.
2020	250 000 tys.	150 000 tys.	100 000 tys.
2021	250 000 tys.	150 000 tys.	100 000 tys.
2022	250 000 tys.	150 000 tys.	100 000 tys.
2023	250 000 tys.	150 000 tys.	100 000 tys.
2024	250 000 tys.	150 000 tys.	100 000 tys.

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 priorytety i kierunki interwencji oraz sposób i zakres realizacji priorytetów.

Minister właściwy do spraw zdrowia, przy opracowaniu rocznego zestawienia działań Programu, 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.

W szczególności działania inwestycyjne w ramach Programu będą podejmowane w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych, a w przypadku realizacji działań inwestycyjnych w 2016 r., także na podstawie projektów tych map opracowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Realizacja działań mających charakter zakupów inwestycyjnych będzie dokonywana w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych.

Minister właściwy do spraw zdrowia wskaże w rocznych 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.

VIII. Monitoring Programu i ocena stopnia osiągnięcia celów Programu

Realizacja priorytetów i kierunków interwencji, a poprzez to ocena stopnia osiągnięcia podstawowych celów oraz celów szczegółowych podlega stałemu monitoringowi, na który składają się:

- 1) coroczna ocena efektów realizacji działań Programu;
- 2) coroczne sprawozdania z realizacji działań Programu, sporządzone przez poszczególnych realizatorów wyłonionych w konkursach ofert;
- 3) coroczne sprawozdania jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, którym powierzono realizację zadań lub działań;
- 4) coroczne sprawozdania ministra właściwego do spraw zdrowia dla Rady Ministrów, przedstawiane w terminie do 30 czerwca każdego roku za poprzedni rok budżetowy;
- 5) okresowa, jednak nie rzadsza niż raz na 3 lata, ocena stopnia realizacji Programu, dokonywana przez Krajową Radę do spraw Onkologii.

Podstawowym miernikiem Programu jest wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory, mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory – bazowa miara wynik badania EUROCARE 5, docelowo dążenie do zwiększenia wskaźnika 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory w 2024 r. (ocena dokonywana co 2–3 lata):

Wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory, mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory		
Rodzaj nowotworu	Wskaźnik bazowy – 2012	Wskaźnik docelowy – 2024
Rak płuca	14,4%	15–18%
Rak piersi	72%	80–85%
Rak jelita grubego	46%	55–60%
Rak prostaty	67%	80–85%
Rak szyjki macicy	54%	62%

Ponadto zaprojektowany system monitorowania realizacji zadań i działań Programu będzie oparty przede wszystkim o porównanie uzyskiwanych efektów do bazowych mierników, którymi dla tego Programu będą, w odniesieniu do podstawowych i szczegółowych celów Programu:

Miernik Programu	Wskaźnik bazowy	Wskaźnik docelowy – 2024
zgłaszalność na przesiewowe badania cytologiczne	44,40%	60%
zgłaszalność na przesiewowe badania mammograficzne	48,05%	60%
liczba osób przypadająca na 1 akcelerator w kraju i w poszczególnych województwach	273 019 mieszkańców na 1 aparat	200 000 mieszkańców na 1 aparat
liczba przeszkolonych osób w ramach Programu	–	przeszkolenie 3000 osób
kompletność rejestracji danych o nowotworach złośliwych	92%	średnio w Polsce 95%