

PIOTR RUTKOWSKI
SŁAWOMIR GADOMSKI
JOANNA DIDKOWSKA
PIOTR CZAUDERNA

Antynomie w onkologii – analiza Narodowej Strategii Onkologicznej

Antynomia 1 – zachorowalność na nowotwory w Polsce wzrasta, ale maleje umieralność

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny i ekonomiczny w polskim społeczeństwie. Polska ze względu na intensywny przebieg przemian społeczno-gospodarczych doświadcza z jednej strony korzyści wynikających z rozwoju cywilizacyjnego, do których niewątpliwie możemy zaliczyć wydłużenie życia, ale z drugiej strony obserwujemy wzrost zachorowań na niektóre choroby, w tym cukrzycę, otyłość oraz nowotwory. Planując strategiczne cele systemu ochrony zdrowia, należy uwzględnić powyższe tendencje. Wynikają one zarówno ze starzenia się ludności Polski (70% zachorowań na nowotwory u mężczyzn i 60% u kobiet występuje po 60. r. ż.), jak i z nasilonego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, w tym związane ze stylem życia Polaków (palenie papierosów, spożywanie alkoholu, nieodpowiednia dieta, brak ruchu). Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w ciągu ostatnich trzech dekad wzrosła ponad dwukrotnie, a prognozy wskazują, że w ciągu najbliższych 5 lat liczba pacjentów onkologicznych może wzrosnąć o kolejne 15%, zaś w perspektywie 10 lat o 28% [4]. Według prognoz Krajowego Rejestru Nowotworów w 2026 r. należy spodziewać się około 190 tys. zachorowań rocznie.

Nowotwory są w Polsce drugą najczęstszą przyczyną zgonów po chorobach układu krążenia, powodując 27% zgonów mężczyzn oraz 24% zgonów u kobiet. Standaryzowana (ważona) zachorowalność na nowotwory złośliwe u kobiet i mężczyzn rośnie w Polsce od rozpoczęcia jej systematycznej rejestracji. Z kolei standaryzowana umieralność na nowotwory złośliwe jest obecnie u obu płci niższa niż w latach 90. oraz w pierwszej dekadzie obecnego wieku, co nadal nie jest informacją przyswojoną przez ogół społeczeństwa. Z drugiej strony choroby nowotworowe znajdują się na pierwszym miejscu w rankingu obciążenia społeczeństwa chorobami w Polsce, a ich realne koszty społeczne są około 2,5 razy większe niż bezpośrednie koszty opieki zdrowotnej [7].

Straty gospodarcze (koszty pośrednie) są nawet 4-krotnie większe niż wydatki bezpośrednie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i sięgają 0,6% PKB. Według danych z 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, wynosiła 164,6/100 tys. [9]. Skalę problemu chorób nowotworowych w polskim społeczeństwie określają: 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 [3]. Na te liczby nakłada się populacja około 1 mln polskich obywateli żyjących z chorobą nowotworową lub trwale z niej wyleczonych.

Antynomia 2 – wskaźniki przeżyć w Polsce są wyższe niż wynikałoby to z nakładów na onkologię

Niestety, nadal niezadowalające są wskaźniki przeżyć 5-letnich ogółem – wartości osiągnięte w Polsce dzieli znaczny dystans od wyników europejskich (42,7 pp. dla obu płci w Polsce wobec 54,6 pp. średnia dla Europy) [2]. Dla polskich pacjentów wskaźniki przeżyć 5-letnich w przypadku niektórych nowotworów są średnio niższe o 10-25 pp. (np. w przypadku raka piersi czy gruczołu krokowego). Skuteczność leczenia chorych na nowotwory w Polsce mierzona wskaźnikiem przeżyć netto¹ wskazuje również na istotne zróżnicowanie regionalne. 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, zaś na nowotwory złośliwe odbytnicy od 43% w województwie opolskim do 54% w województwie mazowieckim. Nierówności zdrowotne determinują: płeć, miejsce zamieszkania (województwo oraz wielkości miejscowości zamieszkania), a także poziom wykształcenia i wiek [1].

Koszty leczenia onkologicznego należą do największych i najszybciej rosnących kategorii wydatków zdrowotnych. Wydatki na onkologię stanowią zaledwie 6% wszystkich wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia w Polsce, podczas gdy w innych krajach unijnych sięgają 8%; niezbędne wydaje się więc, przynajmniej odsetkowe, zrównanie wydatków na onkologię w Polsce ze średnią Unii Europejskiej. Powyższe dane nie odzwierciedlają jednak nakładów finansowych na polską onkologię, gdyż te mierzone w liczbach bezwzględnych generują jeszcze większą dysproporcję wydatków i kolejne źródło antynomii. Uwzględniając dodatkowo poziom PKB i kwotę wydatków na onkologię w Polsce, nasz kraj plasuje się bardzo nisko w rankingu – dla przykładu jeszcze w 2011 r. wydatki per capita w euro na onkologię w Polsce wynosiły 42 euro rocznie, zaś w Czechach – 85 euro, a we Francji – 156 euro. W naszej opinii jest to geneza pierwszej antynomii w opiece onkologicznej w Polsce. Ostatnie działania rządu

¹ Standaryzowany wskaźnik względnych przeżyć netto reprezentuje skumulowane prawdopodobieństwo przeżycia 5 lub więcej lat przy założeniu, że jedyną przyczyną zgonu będzie choroba nowotworowa.

RP idą w kierunku poprawy ww. sytuacji, zgodnie z celami wytyczonymi w Narodowej Strategii Onkologicznej, i wskutek tego nakłady na onkologię ulegają bardzo istotnemu zwiększeniu. Jednak, nawet przy przeznaczeniu na onkologię 10-12% budżetu NFZ, nie osiągnęłyby one poziomu odpowiadającego stopniowi, w jakim choroby nowotworowe są odpowiedzialne za zgony w polskiej populacji (25% zgonów), tak więc dysproporcja nakładów w stosunku do szkód społecznych i zdrowotnych pozostaje olbrzymia. Biorąc pod uwagę generalnie niedostateczne nakłady na opiekę onkologiczną ponoszone przez państwo w relacji do PKB, można wysnuć paradoksalną tezę, iż wskaźniki 5-letnich przeżyć w nowotworach są w Polsce wyższe niż można byłoby się spodziewać. Niestety, tak długo, jak długo nie zostaną podniesione nakłady na onkologię, nie należy oczekiwać poprawy wyników leczenia w okresie krótko- i długoterminowym. Prowadzona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia nowa taryfikacja świadczeń w onkologii jest niewątpliwie krokiem we właściwym kierunku. Wycena świadczeń, szczególnie zabiegowych w chirurgii onkologicznej, w Polsce jest 5-10-razy niższa niż stawki wypłacane za tę samą procedurę nie tylko w Niemczech, ale nawet w Czechach, co jaskrawie ujawniło się po wejściu w życie zapisów Dyrektywy UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Analiza prowadzona przez AOTMiT obejmuje najistotniejsze obszary świadczeń onkologicznych, wymagające pilnej rewizji i ponownej wyceny, w tym z zakresu: diagnostyki onkologicznej – pakietu onkologicznej diagnostyki ambulatoryjnej, kosztów leczenia chirurgicznego i radioterapii oraz wyceny hospitalizacji do chemioterapii i radioterapii, a także świadczeń towarzyszących leczeniu pacjentów z chorobą nowotworową, w tym związanych z leczeniem powikłań. Zaproponowano również nowatorski model finansowania diagnostyki patomorfologicznej nowotworów, promujący jakość i nowoczesność diagnostyki oraz umożliwiający pokrycie wyższych kosztów z nią związanych.

Antynomia 3 – mimo starzenia się kadry brak jest zainteresowania onkologią

Problemem, który jest niewystarczająco wyartykułowany, jest znaczący niedobór kadr w onkologii, tym bardziej iż dotychczasowe zwiększenie liczby specjalistów jak dotąd nie rekompensuje rosnącej liczby pacjentów onkologicznych. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL), na koniec czerwca 2018 r., w Polsce zarejestrowanych było 842 chirurgów onkologów, z czego 826 wykonywało zawód. W bazie NIL zarejestrowanych było ponadto: 909 onkologów klinicznych, 254 ginekologów onkologicznych, 208 specjalistów w dziedzinie onkologia i hematologia dziecięca oraz 632 patomorfologów. Z 657 zarejestrowanych radioterapeutów onkologicznych zawód wykonywało 612 lekarzy. Wysoka średnia wieku pracowników medycznych stwarza dodatkowe problemy. Niestety, pomimo niezmiernych potrzeb zdrowotnych oraz uznania specjalizacji onkologicznych za specjalizacje priorytetowe, nie wzbudzają one istotnego zainteresowania przyszłych rezydentów przy wyborze etatów. Być może wynika to z braku właściwej prezentacji dziedzin onkologicznych podczas studiów medycznych.

Antynomia 4 – Wypieranie przez społeczeństwo rzeczywistych przyczyn zachorowań na nowotwory i przypisywanie roli sprawczej jedynie genetyce

Kolejną antynomią w onkologii w Polsce jest utrzymująca się niska świadomość społeczna dotycząca przyczyn zachorowań na nowotwory złośliwe. Według danych WHO około 50% zgonów z powodu nowotworów można zapobiec. Obserwacje skutków migracji grup społecznych lub grup etnicznych różniących się stylem życia wskazują, że ponad 80% zachorowań na nowotwory złośliwe w krajach zachodnich można przypisać szeroko pojętym czynnikom środowiskowym. Należą do nich przede wszystkim związki rakotwórcze zawarte w dymie tytoniowym (aktywne palenie), ale także: nawyki żywieniowe, styl życia, jak i inne zachowania społeczno-kulturowe. Wprawdzie nie określono jeszcze wszystkich możliwych do uniknięcia przyczyn nowotworów, to jednak już obecnie dla około połowy zachorowań można wskazać czynniki ryzyka. Profilaktyka pierwotna nowotworów złośliwych opiera się więc na identyfikacji takich czynników ryzyka choroby nowotworowej, co do których rola w etiologii tej choroby została dostatecznie udokumentowana badaniami epidemiologicznymi, a jednocześnie możliwa jest modyfikacja zachowań społecznych w ich zakresie. Wyeliminowanie tych czynników lub zmniejszenie narażenia na nie powinno zatem skutkować spadkiem zachorowalności na nowotwory. W Polsce działania związane z profilaktyką pierwotną nowotworów powinny uwzględniać najważniejsze zagrożenia dla naszej populacji oraz pogłębiać świadomość zdrowotną, zarówno w całym społeczeństwie, jak i wśród grup społecznych lub zawodowych pełniących w nim szczególne role, tj. liderów opinii, nauczycieli, lekarzy, dziennikarzy oraz polityków. Powszechne jest bagatelizowanie, również przez osoby opiniotwórcze, ryzyka związanego ze stylem życia. Z kolei wyolbrzymianie roli czynników genetycznych, na które nie można mieć wpływu, powoduje traktowanie choroby nowotworowej jako nieuniknione fatum i usprawiedliwienie dla lekceważenia zaleceń prewencji pierwotnej i wtórnej. Działania o charakterze interwencyjnym, zmniejszającym występowanie i wpływ znanych czynników ryzyka zachorowania na nowotwory, powinny być wspierane przez edukację zdrowotną społeczeństwa, zarówno systemową (szkolnictwo), jak i ogólną (kampanie społeczne).

Czynniki ryzyka rozwoju nowotworów, których niekorzystne działanie można ograniczyć lub zredukować obejmują:

- palenie tytoniu,
- spożywanie alkoholu,
- niewłaściwe nawyki żywieniowe,
- małą aktywność fizyczną,
- nadwagę i otyłość,
- narażenie na środowiskowe i zawodowe czynniki rakotwórcze (bierne palenie tytoniu, czynniki chemiczne i fizyczne),
- narażenie na biologiczne czynniki rakotwórcze (zakażenia wirusowe HBV i HPV),
- narażenie na ultrafioletowe promieniowanie słoneczne (UV),
- zanieczyszczenie powietrza.

Znaczna część tych czynników sprzyja również rozwojowi innych chorób cywilizacyjnych, a więc ich ograniczenie lub wyeliminowanie wywrze korzystny wpływ na ogólny stan zdrowia populacji, nie tylko w zakresie schorzeń onkologicznych.

Szacuje się, że w Europie odsetek nowotworów wątroby związanych z wirusowym zakażeniem wątroby typu B (HBV) wynosi 20% [5]. Na świecie szczepionka przeciw HBV została wprowadzona niemal 40 lat temu (Tajwan, 1984). W Polsce szczepienie przeciw HBV zostało wprowadzone jako obowiązkowe do kalendarza szczepień w 1994 r.

W wielu krajach zaleca się i finansuje ze środków publicznych szczepienia młodych dziewcząt i chłopców przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w celu przeciwdziałania zakażeniom tym wirusem i w konsekwencji zmniejszenia ryzyka powstawania zmian przedrakowych i raka szyjki macicy oraz innych nowotworów związanych z zakażeniem HPV (w Europie około 37% wszystkich ww. nowotworów związanych jest z czynnikami zakaźnymi). Niezbędne wydaje się więc wprowadzenie finansowania ze środków publicznych szczepienia przeciwko HPV młodych dziewcząt i chłopców (9-15 lat szczepienia), co w perspektywie 20-30 lat doprowadzi do istotnego zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów z powodu raka szyjki macicy w Polsce. Wprowadzenie ww. szczepień poprzedzone winno być działaniami poprawiającymi społeczną akceptację szczepionki oraz zwiększającymi świadomość społeczeństwa (a w szczególności kobiet i lekarzy) na temat ryzyka i skutków zakażenia wirusem HPV.

Obecnie w ramach działań edukacyjnych na poziomie ogólnopolskim rozpoczęto następujące działania:

- wprowadzenie ogólnopolskich medialnych kampanii społecznych, np. „Planuję długie życie”,
- opracowanie we współpracy Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Narodowej spójnego i jednolitego programu edukacyjnego dotyczącego czynników ryzyka nowotworów,
- promowanie zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.

Niezbędne jest również zasadnicze zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (w kierunku raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego) oraz zmniejszenie nierówności występujących w tym zakresie w Polsce. Konieczny jest stały pomiar efektywności działań w zakresie promocji, przebiegu i realizacji badań przesiewowych. Niestety, w Polsce działania w zakresie profilaktyki pierwotnej, jak i wtórnej oraz wczesnego wykrywania nowotworów przerzucane są głównie na specjalności onkologiczne. Tymczasem niezbędne jest wdrożenie kształcenia i rutynowych działań lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki wstępnej i profilaktyki nowotworów złośliwych.

Tabela 1. Niezbędne zmiany w zakresie profilaktyki onkologicznej

Społeczeństwo	
<ul style="list-style-type: none"> - Utrzymywanie prawidłowej masy ciała dzięki zdrowemu odżywianiu i aktywności fizycznej. - Uczestnictwo w badaniach w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów. - Nieużywanie tytoniu i współdziałanie na rzecz szkół, zakładów pracy, miejsc publicznych wolnych od dymu nikotynowego. - Ograniczenie konsumpcji alkoholu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wystrzeżenie się działania substancji rakotwórczych i przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. - Unikanie nadmiernej ekspozycji na promieniowanie słoneczne i stosowanie środków ochronnych na skórę. Niekorzystanie z solarium. - Uczestnictwo w badaniach medycznych i wolontariacie na rzecz osób chorych na nowotwory.
Samorząd lokalny	Pracodawcy i zrzeszenia pracowników
<ul style="list-style-type: none"> - Eliminacja barier w prewencji nowotworów i wczesnym wykrywaniu nowotworów. - Szerzenie informacji nt. pierwotnej i wtórnej prewencji nowotworów. - Współdziałanie na rzecz systemu ochrony zdrowia. - Edukacja mieszkańców zamieszkałych na obszarach o podwyższonym stężeniu radonu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wsparcie pracowników chorych na nowotwory i tworzenie dla nich warunków umożliwiających kontynuację pracy zawodowej. - Umożliwianie pracownikom uczestnictwa w programach wczesnego wykrywania nowotworów.
Polityka zdrowotna	System ochrony zdrowia
<ul style="list-style-type: none"> - Zapewnianie nieodpłatnej możliwości uczestnictwa w programach w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów i w programach szczepień ochronnych. - Promowanie zdrowego stylu życia, w tym zwiększanie znajomości i przestrzegania zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. - Zmniejszanie różnic zdrowotnych w społeczeństwie. - Udział lekarzy rodzinnych i medycyny pracy w działaniach na rzecz profilaktyki pierwotnej i wtórnej obywateli. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oferowanie pacjentom zintegrowanej strategii w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów i leczenia, w tym również wsparcia psychoonkologicznego. - Motywowanie do prewencji pierwotnej nowotworów, ze szczególnym uwzględnieniem zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. - Wykorzystanie danych rejestrowych w celu monitorowania pacjentów, w tym zachęcania do uczestnictwa w badaniach profilaktycznych oraz w celu prowadzenia badań na podstawie zintegrowanych baz danych historii choroby.

Antynomia 5 – niski dostęp do nowych leków i innowacyjnych terapii onkologicznych a jednocześnie mały udział pacjentów w badaniach klinicznych

Dostęp w Polsce do nowoczesnych leków i innowacyjnych terapii onkologicznych jest niewystarczający [8]. W Polsce nie ma jak dotąd specjalnej, dedykowanej ścieżki dostępu do jednocześnie nierefundowanych oraz innowacyjnych technologii lekowych.

Jest kilka opcji, dzięki którym pacjent może uzyskać dostęp do innowacyjnego leczenia, ale dotyczą one ogólnie nier refundowanych technologii lekowych, które niekoniecznie są nowo zarejestrowane [8]. Raporty opracowane przez organizacje pacjentów, np. Onkoindeks przygotowany przez Fundację Alivia (choć jego metodologia budzi wątpliwości), wskazują na braki w dostępie do innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce.

Terapie lekowe wprowadzane na listy refundacyjne mają charakter najbardziej innowacyjnych programów lekowych i zbliżają zakres dostępnych w Polsce terapii onkologicznych do poziomu europejskiego (szczególnie w ostatnim czasie), w szczególności dla następujących nowotworów: piersi, nerek, płuca, gruczołu krokowego, dla chłoniaków, nowotworów hematologicznych oraz nowotworów głowy i szyi, to jednak następuje to zbyt powoli i w niewystarczającym stopniu. Dlatego sam kształt programów lekowych i tempo wprowadzania nowych terapii wymagają usprawnienia.

Tam, gdzie system ochrony zdrowia nie zaspakaja potrzeb pacjentów onkologicznych i hematoonkologicznych, w sytuacji zagrożenia życia lub bardzo poważnego zagrożenia zdrowia, pojawiają się różne mechanizmy pozasystemowe, których celem jest udostępnienie, choćby z ograniczeniami, nowoczesnego leczenia. Jedną z możliwych dróg jest udział w badaniu klinicznym nowego leku; oczywiście dotyczy to przede wszystkim leków jeszcze niezarejestrowanych (szczególnie badania kliniczne III fazy). Obecny rozwój nauki i badań klinicznych w zakresie onkologii wyraźnie wskazuje, że znacząca część pacjentów onkologicznych powinna być poddana procesom terapeutycznym w ramach prowadzonych badań klinicznych. W Polsce jednak bardzo niewielki odsetek chorych onkologicznych (2-3%) uczestniczy w badaniach klinicznych, gdyż brakuje łatwo dostępnych źródeł informacji na ten temat dla ogółu lekarzy i pacjentów, a w wielu ośrodkach istnieją problemy organizacyjno-infrastrukturalne, np. brak odpowiedniej obsługi prawnej czy wsparcia administracyjnego. Co więcej, badania kliniczne w Polsce prawie w całości są organizowane przez sponsorów komercyjnych i dopiero pierwsze konkursy Agencji Badań Medycznych mogą wpłynąć na zmianę tego stanu rzeczy istotnie zwiększając udział badań niekomercyjnych (akademickich), których celem jest optymalizacja leczenia i prowadzenie badań naukowych służących dobru publicznemu.

Antynomia 6 – nadmierna centralizacja vs. rozproszenie leczenia onkologicznego

Rozległym problemem jest również organizacja opieki onkologicznej, która jest rozproszona tam, gdzie powinna być centralizowana (np. procedury wysokiej jakości w chirurgii onkologicznej nie są realizowane głównie w wyspecjalizowanych ośrodkach wielospecjalistycznych) i scentralizowana tam, gdzie powinna być dostępna dla pacjenta blisko miejsca zamieszkania (np. leczenie systemowe o założeniu paliatywnym). Co więcej, brakuje systemu monitorowania dokładnej sytuacji epidemiologicznej i statusu opieki zdrowotnej w zakresie chorób nowotworowych w czasie rzeczywistym, czyli nie mamy wystarczającego i bieżącego dostępu do danych. Utrudnia to, a często wręcz uniemożliwia, ocenę istotnych wskaźników i mierników służących racjonalizacji wy-

datków na onkologię oraz podejmowaniu decyzji „gdzie się leczyć” przez pacjenta. Standaryzacja postępowania przeciwnowotworowego (tworzenie i wprowadzanie wytycznych wykorzystujących odpowiednie uzasadnienia naukowe oraz określenie warunków udzielania świadczeń i nadzorowanie jakości ich realizacji) zapewnia dostęp do optymalnych metod rozpoznawania i leczenia dla wszystkich chorych, także tych chorujących na nowotwory rzadkie. Jednocześnie standaryzacja ułatwia podejmowanie właściwych decyzji refundacyjnych. Dodatkowo, wytyczne postępowania mają wartość dydaktyczną. Określenie standardów organizacyjnych i systemu nadzorowania jakości postępowania przeciwnowotworowego warunkuje uzyskanie lepszych wyników (skuteczność i bezpieczeństwo), wyrównanie regionalnych różnic w zakresie dostępności (zmniejszenie nierówności w diagnostyce i terapii), jak i ograniczenie nadmiernego rozproszenia pod względem udzielania świadczeń (szczególnie w zakresie leczenia chirurgicznego). Niestety, obecny sposób funkcjonowania onkologii w Polsce nie gwarantuje właściwego wykorzystania zwiększonego jej finansowania.

Antynomia 7 – wyleczenie vs. wydłużenie życia z chorobą

Postępy w dziedzinie leczenia nowotworów złośliwych spowodowały istotną zmianę w określeniu jego celów. Obecnie obejmują one nie tylko skuteczność samej terapii, ale także zapewnienie odpowiedniego bezpieczeństwa, komfortu i jakości życia chorych. Wzrasta liczba nowotworów, które można skutecznie wyleczyć lub utrzymywać przez wiele lat w przewlekłej, poddającej się kontroli fazie choroby. W efekcie w kategoriach zdrowia publicznego nowotwory postrzegane są coraz częściej jako choroby przewlekłe, niekoniecznie śmiertelne, a coraz więcej pacjentów onkologicznych umiera na skutek innych chorób cywilizacyjnych. Dążenie do jak najdłuższego trwania życia pacjentów w trakcie i po leczeniu onkologicznym, a także do zapewnienia im możliwie najlepszej jakości życia wymaga uwzględnienia wielu problemów natury psychicznej i fizycznej, które towarzyszą różnym etapom choroby. Wszechstronna i jak najwcześniej wdrożona opieka pozwala skrócić okres powrotu chorych do pełnej sprawności zdrowotnej oraz pełnienia dotychczasowych ról społecznych. Dostęp do rehabilitacji onkologicznej, pomocy psychologicznej oraz chirurgii rekonstrukcyjnej jest obecnie w Polsce ograniczony. Żywnienie medyczne również nie jest powszechnie obowiązującym standardem, który, jak wskazują wyniki badań, może mieć duże znaczenie dla przebiegu choroby nowotworowej.

Antynomie w onkologii – podsumowanie oraz ich przezwyciężenie

Podejmując powyższe wyzwania i dążąc do likwidacji istniejących sprzeczności w opiece zdrowotnej w onkologii, opracowano Narodową Strategię Onkologiczną (NSO) [6]. Ten najważniejszy i długo wyczekiwany dokument będzie kształtował podstawowe działania w zakresie onkologii w naszym kraju w ciągu najbliższej dekady. Zgodnie z ustawą główne zadania NSO obejmują:

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.

Podstawowym zamierzeniem NSO jest zmniejszenie umieralności w zakresie tych najczęstszych nowotworów, w których interwencje populacyjne mogą przynieść efekty w stosunkowo krótkim (10-letnim) terminie.

Strategia stanowi kontynuację zapoczątkowanej reformy polskiej onkologii. Działania mają objąć pięć obszarów kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych w Polsce. Wybrano takie działania, które są najistotniejsze z punktu widzenia populacyjnego i zdrowia publicznego oraz działania nakierowane na pacjenta (jak np. rehabilitacja onkologiczna, czyli działania okołoterapeutyczne umożliwiające powrót do pełnej aktywności społecznej i zawodowej chorych na nowotwory) postulowane od wielu lat przez organizacje pacjentów, w zakresie których istniały największe niedociągnięcia w polskiej ochronie zdrowia. Realizacja zadań planowana jest na lata 2020-2030, przy czym ustawodawca usankcjonował konieczność tworzenia rocznych harmonogramów realizacji Strategii.

Wobec tak zdefiniowanych potrzeb Narodowa Strategia Onkologiczna proponuje prowadzenie działań w pięciu obszarach, które obejmują 99 zadań z jasno zdefiniowaną odpowiedzialnością wykonawczą, terminami i miernikami oraz założeniami finansowymi:

1. Inwestycje w kadry, których celem jest poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie onkologii. Działania mają na celu zwiększenie liczby lekarzy onkologów i lekarzy pokrewnych specjalności, 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.
2. Inwestycje w edukację, prewencja pierwotna i styl życia, których celem jest ograniczenie zachorowalności na nowotwory poprzez redukcję ryzyka w zakresie profilaktyki pierwotnej nowotworów. Działania mają na celu realizację zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem ze szczególnym uwzględnieniem ograniczenia palenia tytoniu i zasad prawidłowego żywienia (opłata od

- napojów z dodatkiem substancji o właściwościach słodzących, a także włączenie lekarzy, w tym lekarzy POZ i medycyny pracy w działania prewencji pierwotnej). Nowością jest wprowadzenie refundacji szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) od 2021 r. dla dziewczynek, a od 2026 r. dla chłopców w wieku dojrzewania.
3. Inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna, której celem jest zwiększenie poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa jakości tych badań. Wskazane działania służą podniesieniu skuteczności badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego, piersi, szyjki macicy, płuca. Do końca 2024 r. zapewniony zostanie obowiązek stosowania mammografów cyfrowych w wykonywaniu badań przesiewowych (oraz ich certyfikacja i kontrola jakości dla wyrównania różnic w jakości badań pomiędzy różnymi regionami Polski), dodatkowo wprowadzony zostanie Fecal Immunochemical Test – FIT jako alternatywny w profilaktyce raka jelita grubego. Proponowane jest włączenie do działań prewencji wtórnej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i medycyny pracy. Zintensyfikowane zostanie wykorzystanie alternatywnych form komunikacji z pacjentem – kontakt bezpośredni za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Internetowe Konto Pacjenta, media społecznościowe, profilaktyczne call-centers, itd.
 4. Inwestycje w naukę i innowacje, których celem jest 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 (m.in. poprzez utworzenie do 2022 r. e-platformy dla pacjentów i badaczy o prowadzonych badaniach klinicznych w dziedzinie onkologii), rozwój badań klinicznych niekomercyjnych w dziedzinie onkologii, stworzenie sieci biobanków onkologicznych oraz poszerzenie analizy danych w rejestrach medycznych. Dodatkowo planowane jest, by do końca 2030 r. osiągnąć poziom przynajmniej 90% dostępnych innowacyjnych terapii onkologicznych wśród wszystkich refundowanych na terenie Unii Europejskiej.
 5. Inwestycje w system opieki onkologicznej, których celem jest poprawa organizacji systemu opieki onkologicznej poprzez 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 raka płuca, raka jelita grubego, nowotworów ginekologicznych, nowotworów urologicznych, nowotworów wieku dziecięcego oraz nowotworów rzadkich, a także wprowadzenie standardów diagnostyczno-terapeutycznych. Rozwój kompleksowej opieki onkologicznej obejmować ma rozwój opieki rehabilitacyjnej, psychologicznej, paliatywnej i hospicyjnej. Ważnym obszarem będzie kompleksowa analiza danych i dostępność informacji dla pacjentów i lekarzy na jednym zintegrowanym portalu (Narodowy Portal Onkologiczny). Ponadto inwestycje w system opieki onkologicznej obejmują

działania na rzecz poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych w trakcie i po zakończeniu leczenia, jak np. powołanie doradcy społecznego dla pacjentów.

Wprowadzenie kompleksowej i wieloletniej strategii ze zdefiniowanym finansowaniem jest warunkiem zapewnienia polskim pacjentom takich samych możliwości wyleczenia z choroby nowotworowej, jakie mają obywatele innych krajów Unii Europejskiej. Doprowadzi ono także do zlikwidowania podstawowych antynomii w polskiej onkologii. Poprawę tej sytuacji można uzyskać jedynie poprzez edukację społeczeństwa, uruchomienie systematycznych badań prewencyjnych i przesiewowych oraz systemowe zmiany w opiece onkologicznej z uwzględnieniem mierników efektywności i jakości terapii, czyli wdrożenie skoordynowanej, kompleksowej opieki onkologicznej. Jednak bez wzrostu nakładów na onkologię w Polsce, nie będzie możliwe skuteczniejsze i bardziej efektywne leczenie onkologiczne.

Bibliografia

- [1] Allemani C., Matsuda T., Di Carlo V., Harewood R., Matz M., Nikšić M., Bonaventure A., Valkov M., Johnson C. J., Estève J., Ogumbiyi O. J., Azevedo E Silva G., Chen W. Q., Eser S., Engholm G., Stiller C. A., Monnereau A., Woods R. R., Visser O., Lim G. H., Aitken J., Weir H. K., Coleman M. P., *Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries*, *Lancet*, 2018, vol. 391, nr 10125, s. 1023-1075. doi:10.1016/S0140-6736(17)33326-3
- [2] De Angelis R., Minicozzi P., Sant M., Dal Maso L., Brewster D. H., Osca-Gelis G., Visser O., Maynadié M., Marcos-Gragera R., Troussard X., Agius D., Roazzi P., Meneghini E., Monnereau A., *Survival variations by country and age for lymphoid and myeloid malignancies in Europe 2000-2007: results of EURO CARE-5 population-based study*, *European Journal of Cancer*, 2015, vol. 51, nr 15, s. 2254-2268. doi: 10.1016/j.ejca.2015.08.003
- [3] Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K., Olasek P., Ciuba A., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku*. Warszawa 2019. [dokument elektroniczny] http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2017.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [4] Kalbarczyk W. P., Brzozowski S., *Stan dostępności do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce – analiza i rekomendacje*. Raport przygotowany dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, maj 2015, [dokument elektroniczny] <http://docplayer.pl/5007454-Stan-dostepnosci-do-leczniczych-swadczen-onkologicznych-w-polsce-analiza-i-rekomendacje.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [5] Maucort-Boulch D., de Martel C., Franceschi S., Plummer M., *Fraction and incidence of liver cancer attributable to hepatitis B and C viruses worldwide*, *International Journal of Cancer*, 2018, vol. 142, nr 12, s. 2471-2477. doi:10.1002/ijc.31280
- [6] Ministerstwo Zdrowia, *Program wieloletni pn. Narodowa strategia onkologiczna na lata 2020-2030*, [dokument elektroniczny] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna> [dostęp: 12.01.2020].
- [7] *Poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej – rekomendacje dla Polski*. Raport Inicjatywy All Can, marzec 2017 [dokument elektroniczny] <http://all-can.pl/#raport> [dostęp: 12.01.2020].
- [8] *Propozycja nowego mechanizmu wczesnego i warunkowego dostępu do przeciwnowotworowych oraz innowacyjnych technologii lekowych (WDTL+)*, red. nauk. M. Gałązka-Sobotka, Warszawa 2020. [dokument elektroniczny] https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_koszty_01.07.21.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [9] *Straty ekonomiczne i koszty leczenia wybranych ośmiu nowotworów w województwie dolnośląskim w latach 2014-2016 – wnioski dla polityki zdrowotnej*, red. nauk. E. Nojszewska, Warszawa 2018. [dokument elektroniczny] <https://pto.med.pl/sites/default/files/page-2020/Straty%20ekonomiczne%20i%20koszty%20leczenia%20WEB-2.pdf> [dostęp: 12.01.2020].