

# Druga Księga

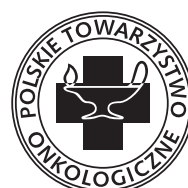
## Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce

Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów  
w rekomendacji PTO

Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o.

Warszawa–Kraków  
październik, 2011

Raport powstał pod patronatem  
Polskiego Towarzystwa Onkologicznego



# Druga Księga

## Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce

Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów  
w rekomendacji PTO

Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o.

Warszawa–Kraków  
październik, 2011

Raport powstał pod patronatem  
Polskiego Towarzystwa Onkologicznego



*Raport opracowany pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o. w składzie:*

**Dr n. med. Adam Kozierkiewicz**

Mgr Dariusz Gilewski

Dr n. med. Tomasz Bochenek

Instytut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Dr n. med. Roman Topór-Mądry

Instytut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

*Autorzy wyrażają podziękowanie **profesorowi Jackowi Jassemowi** (Gdański Uniwersytet Medyczny) za zaangażowanie, uwagi, opinie i wytyczne na temat treści niniejszej publikacji.*

*Podziękowania składają także:*

Dr n. med. Joannie Didkowskiej

Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie

Prof. dr. hab. med. Jarosławowi Regule

Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie

Dr n. med. Elżbiecie Senkus-Konefće

Gdański Uniwersytet Medyczny

oraz wszystkim osobom, które wniosły swoje cenne uwagi podczas przygotowywania tego opracowania.

## Czas na onkologię – część druga

Opublikowana w czerwcu br. „Biała Księga”, będąca analizą zasobów opieki onkologicznej w Polsce i czynników warunkujących sukces w zwalczaniu raka jelita grubego i raka piersi na tle wybranych krajów europejskich, była przyczynkiem do rozpoczęcia merytorycznej dyskusji nad poprawą skuteczności leczenia obu nowotworów. Nasz raport wywołał spore zainteresowanie, nie tylko w środowisku onkologów. Wykazał on przede wszystkim, że tzw. śmiertelność populacyjna z powodu chorób nowotworowych należy w naszym kraju do najwyższych w Europie. Wskaźnik ten co prawda spada, lecz tempo tego spadku jest niższe niż w wielu innych krajach, a w ciągu ostatnich 10 lat nie zanotowano postępu. Kilka podjętych ostatnio inicjatyw zmierzających do poprawy wyników leczenia nowotworów w Polsce, a także priorytet nadany onkologii przez Ministerstwo Zdrowia, stwarzają nadzieję na odwrócenie tej tendencji.

Obecnie oddajemy do Państwa rąk **dokument pt. „Druga Księga zwalczania raka piersi i raka jelita grubego. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO”**. Jest to kolejny raport, który powstał pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Opracowanie jest próbą wskazania strategii dla bardziej skutecznego zwalczania raka jelita grubego i raka piersi w Polsce.

Postulaty zawarte w „Drugiej Księdze” zostały poddane szerokiej konsultacji, do której zaproszono imiennie ponad 200 osób związanych z tym zagadnieniem. Raport zawiera szereg strategicznych założeń, których wdrożenie ma pozwolić na realizację głównego celu – zmniejszenia negatywnych następstw chorób nowotworowych. Dokument ten obejmuje także 6 szczegółowych celów związanych z 20 działaniami w zakresie profilaktyki, poprawy skuteczności leczenia i jakości życia chorych, a także zarządzania informacją oraz zapewnienia efektywności kosztowej.

Szereg proponowanych rozwiązań ma szersze znaczenie, bowiem odnosi się także do innych nowotworów. Całość inicjatywy wpisuje się w realizowany przez Unię Europejską program EPAAC (*European Partnership for Action Against Cancer*), zawierający pakiet 10 działań, które do 2020 roku mają spowodować spadek negatywnych następstw nowotworów (*cancer burden*) o 15%.

Liczymy, że niniejszy raport wzbudzi Państwa zainteresowanie, a zawarte w nim zamierzenia będą przydatne w opracowywaniu przyszłych strategicznych planów zwalczania chorób nowotworowych w Polsce.

*Jacek Jassem*

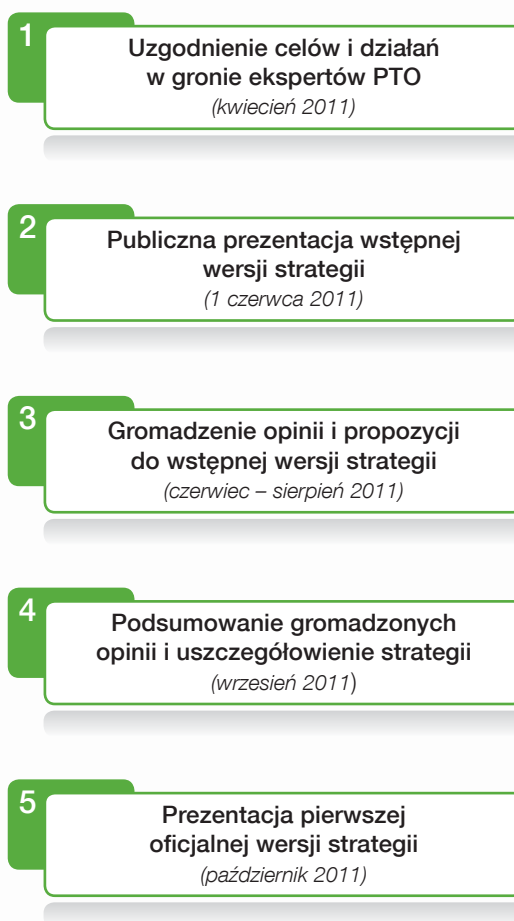
Przewodniczący Zarządu Głównego  
Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Niniejszy dokument jest wynikiem przemyśleń i konsultacji zespołu ekspertów skupionych wokół Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO). Prezentowana wersja strategii oddaje jej kształt po wniesieniu uwag z konsultacji społecznych z udziałem ponad 200 osób; reprezentantów środowisk medycznych, pacjenckich, instytucji ochrony zdrowia oraz kadr kierowniczych placówek medycznych.

Dokument zawiera cel główny, sześć celów szczegółowych oraz około 20 działań, proponowane mierniki postępu prac, zarys harmonogramu oraz instytucje, które – zdaniem autorów strategii – powinny pełnić dominującą rolę w realizacji wymienionych działań.

Dokument w dalszym ciągu podlega ocenom i w szczególności jest dyskutowany z kluczowymi podmiotami systemu ochrony zdrowia: Ministerstwem Zdrowia (MZ) i Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

## Schemat prac nad strategią zwalczania raka piersi i raka jelita grubego



## Wyjaśnienie skrótów

BCU	Breast Cancer Unit
BMI	Body Mass Index (indeks masy ciała)
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości
CMKP	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
GIODO	Główny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
KLR	Kolegium Lekarzy Rodzinnych
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
ME	Ministerstwo Edukacji
MNiSW	Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIL	Naczelna Izba Lekarska
PTO	Polskie Towarzystwo Onkologiczne
PUO	Polska Unia Onkologii
SIMP	System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki
SIOZ	projekt: System Informatyczny Ochrony Zdrowia
TNM	Tumor, Nodus, Metastases (system klasyfikacji nowotworów)
UE	Unia Europejska

# Spis treści

## Strategia zwalczania raka piersi

<b>1</b>	<b>Ograniczenie występowania i wpływu czynników ryzyka raka piersi (profilaktyka pierwotna)</b> .....	13
1.1	Stale podnoszenie poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka zachorowania na raka piersi i ich występowania w poszczególnych subpopulacjach mieszkańców Polski .....	14
1.2	Upowszechnianie wiedzy o roli czynników ryzyka występowania raka piersi .....	15
1.3	Skuteczna identyfikacja i objęcie poradnictwem genetycznym oraz profilaktyką wtórną osób rodzinie obciążonych rakiem piersi .....	16
<b>2</b>	<b>Zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania raka piersi (profilaktyka wtórna)</b> .....	17
2.1	Prowadzenie skutecznych i uzasadnionych kosztowo działań edukacyjnych dotyczących zwalczania raka piersi .....	18
2.2	Monitorowanie zgłaszalności i dokonywanie oceny czynników determinujących zgłaszalność na badanie przesiewowe ( <i>screening</i> ) .....	19
2.3	Wypracowanie skutecznych metod zapewniania uczestniczenia w badaniach przesiewowych .....	20
2.4	Wypracowanie skutecznych narzędzi utrzymania wysokiej jakości badań przesiewowych .....	21
2.5	Wypracowanie i wdrożenie mechanizmu skutecznego prowadzenia osoby z podejrzeniem lub rozpoznaniem stanu wymagającego interwencji .....	22
<b>3</b>	<b>Poprawa skuteczności leczenia raka piersi</b> .....	23
3.1	Identyfikacja i pomiar czynników determinujących skuteczność leczenia raka piersi w poszczególnych subpopulacjach mieszkańców Polski .....	24
3.2	Wypracowanie i upowszechnienie dobrej praktyki postępowania w leczeniu raka piersi .....	25
3.3	Wypracowanie optymalnego modelu organizacji leczenia raka piersi .....	26
3.4	Uruchomienie skutecznych mechanizmów koordynacji procesu leczenia raka piersi .....	27
<b>4</b>	<b>Poprawa jakości życia chorych na raka piersi</b> .....	28
4.1	Identyfikacja kluczowych pozamedycznych potrzeb chorych na poszczególnych etapach procesu diagnostyczno-terapeutycznego raka piersi .....	29
4.2	Uruchomienie skutecznych mechanizmów wsparcia chorych na raka piersi .....	29
4.3	Rozwój paliatywnej opieki domowej i opieki hospicyjnej .....	30
<b>5</b>	<b>Zarządzanie systemem wsparte wyczerpującą informacją</b> .....	31
5.1	Rozwój rejestru onkologicznego .....	32
5.2	Inwentaryzacja i planowanie zasobów organizacyjnych .....	33
5.3	Identyfikacja zasobów finansowych .....	34
5.4	Budowanie podstaw naukowych .....	35
5.5	Uruchomienie narzędzi informatycznych wsparcia procesu klinicznego .....	36
5.6	Weryfikowanie opłacalności interwencji .....	36
5.7	Opracowywanie planów i prognoz epidemiologicznych .....	37
5.8	Analiza regulacji prawnych pod kątem skuteczności działania systemu .....	38
<b>6</b>	<b>Osiąganie wysokiej efektywności ekonomicznej prowadzonych działań</b> .....	39
6.1	Dążenie do osiągnięcia najwyższej efektywności alokacyjnej .....	40
6.2	Wspieranie najwyższej dostępnej efektywności technicznej .....	41

<b>1</b>	<b>Ograniczenie występowania i wpływu czynników ryzyka raka jelita grubego (profilaktyka pierwotna)</b> .....	45
1.1	Stale podnoszenie poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i ich występowania w poszczególnych subpopulacjach mieszkańców Polski .....	46
1.2	Upowszechnianie wiedzy o roli czynników ryzyka występowania raka jelita grubego .....	47
1.3	Skuteczna identyfikacja i objęcie poradnictwem genetycznym oraz profilaktyką wtórną osób rodzinie obciążonych rakiem jelita grubego .....	48
<b>2</b>	<b>Zwiększenie skuteczności wtórnej profilaktyki raka jelita grubego</b> .....	49
2.1	Prowadzenie skutecznych i uzasadnionych kosztowo działań edukacyjnych dotyczących zwalczania raka jelita grubego .....	50
2.2	Monitorowanie zgłaszalności i dokonywanie oceny czynników determinujących zgłaszalność na badanie przesiewowe ( <i>screening</i> ) .....	51
2.3	Wypracowanie skutecznych metod zapewniania uczestniczenia w badaniach przesiewowych .....	52
2.4	Wypracowanie skutecznych narzędzi utrzymania wysokiej jakości badań przesiewowych .....	53
2.5	Wypracowanie i wdrożenie mechanizmu skutecznego prowadzenia osoby z podejrzeniem lub rozpoznaniem stanu wymagającego interwencji .....	54
<b>3</b>	<b>Poprawa skuteczności leczenia raka jelita grubego</b> .....	55
3.1	Identyfikacja i pomiar czynników determinujących skuteczność leczenia raka jelita grubego w poszczególnych subpopulacjach mieszkańców Polski .....	56
3.2	Wypracowanie i upowszechnienie dobrej praktyki postępowania w leczeniu raka jelita grubego .....	57
3.3	Wypracowanie optymalnego modelu organizacji leczenia raka jelita grubego .....	58
3.4	Uruchomienie skutecznych mechanizmów koordynacji procesu leczenia raka jelita grubego .....	59
<b>4</b>	<b>Poprawa jakości życia chorych na raka jelita grubego</b> .....	60
4.1	Identyfikacja kluczowych pozamedycznych potrzeb chorych na poszczególnych etapach procesu diagnostyczno-terapeutycznego raka jelita grubego .....	61
4.2	Uruchomienie skutecznych mechanizmów wsparcia chorych na raka jelita grubego .....	61
4.3	Rozwój paliatywnej opieki domowej i opieki hospicyjnej .....	62
<b>5</b>	<b>Zarządzanie systemem wsparte wyczerpującą informacją</b> .....	63
5.1	Rozwój rejestru onkologicznego .....	64
5.2	Inwentaryzacja i planowanie zasobów organizacyjnych .....	65
5.3	Identyfikacja zasobów finansowych .....	66
5.4	Budowanie podstaw naukowych .....	67
5.5	Uruchomienie narzędzi informatycznych wsparcia procesu klinicznego .....	68
5.6	Weryfikowanie opłacalności interwencji .....	68
5.7	Opracowywanie planów i prognoz epidemiologicznych .....	69
5.8	Analiza regulacji prawnych pod kątem skuteczności działania systemu .....	70
<b>6</b>	<b>Osiągnięcie wysokiej efektywności ekonomicznej prowadzonych działań</b> .....	71
6.1	Dążenie do osiągnięcia najwyższej efektywności alokacyjnej .....	72
6.2	Wspieranie najwyższej dostępnej efektywności technicznej .....	73



# Strategia zwalczania raka piersi

---



# Cel główny

## *Zmniejszenie negatywnych następstw występowania raka piersi w Polsce*

Podstawowym celem niniejszej inicjatywy jest ograniczenie negatywnych następstw występowania nowotworów piersi w Polsce. Pod pojęciem negatywnych następstw należy rozumieć wszelkie indywidualne i społeczne skutki występowania raka piersi, w największym stopniu odpowiadające terminowi obciążenie chorobą<sup>1</sup>, choć nie ograniczone do niego.

## Cele szczegółowe

### 1) *Ograniczenie występowania i wpływu czynników ryzyka raka piersi (profilaktyka pierwotna)*

Zmniejszenie narażenia na najważniejsze czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi oraz rozpowszechnienie postaw prozdrowotnych zmniejszających ryzyko wystąpienia tego nowotworu.

### 2) *Zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania (profilaktyka wtórna)*

Zwiększenie udziału wczesnie wykrytych stanów klinicznych raka piersi w ogólnej liczbie nowych przypadków tego nowotworu.

### 3) *Poprawa skuteczności leczenia*

Poprawa szybkości i trafności rozpoznawania oraz skuteczności leczenia chorych z rozpoznaniem raka piersi, prowadząca do poprawy rokowania.

### 4) *Poprawa jakości życia chorych*

Poprawa jakości życia chorych w wymiarze fizycznym i psychicznym na każdym etapie choroby, od sformułowania podejrzenia, poprzez rozpoznanie, zastosowanie leczenia, rehabilitację i obserwację po zakończeniu leczenia, włącznie z opieką o charakterze paliatywno-hospicyjnym.

### 5) *Zarządzanie systemem wsparte wyczerpującą informacją*

Zapewnienie wysokiej jakości informacji o systemie zwalczania raka piersi we wszystkich niezbędnych aspektach.

### 6) *Osiąganie wysokiej efektywności ekonomicznej prowadzonych działań*

Zapewnienie wysokiego poziomu efektywności ekonomicznej prowadzonych działań, by umożliwić osiągnięcie najlepszych możliwych wyników zwalczania choroby w stosunku do dostępnych nakładów.

<sup>1</sup> Pojęcie obciążenia chorobą, użyte przez Murraya i Lopeza (Murray, Lopez, *Global Burden of Disease, World Bank/WHO 1996*) na początku lat 90. XX wieku. Fizycznym miernikiem obciążenia chorobami jest wskaźnik przedstawiający stopień i okres pozostawania danej osoby w stanie upośledzonej sprawności (we wszystkich jej wymiarach). Fizyczny wskaźnik obciążenia chorobą można przeliczać na wartości monetarne, wykorzystując różne metody oparte na wążeniu wartości (*person trade-off, willingness to pay* itp.).

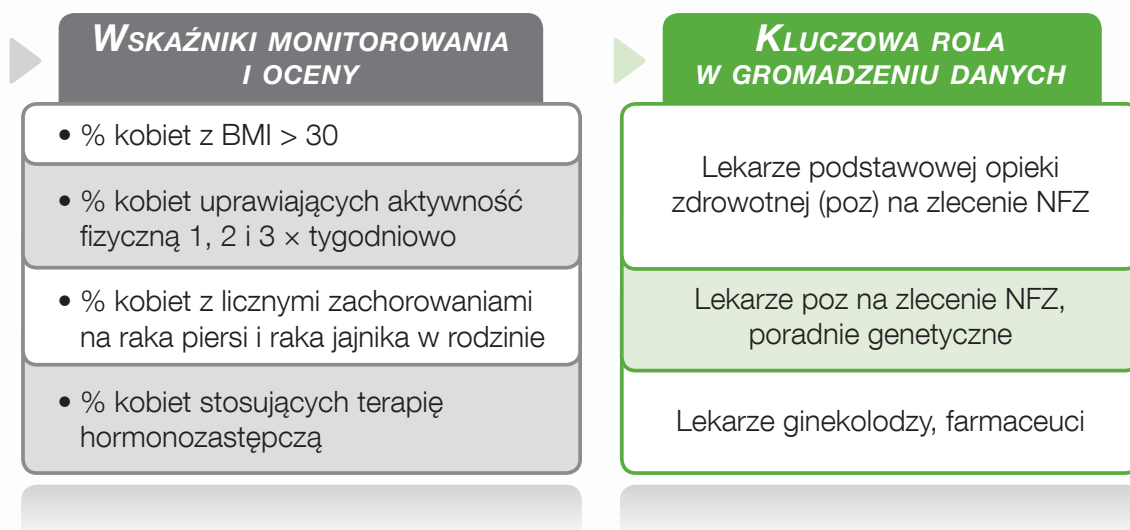


## Cel szczegółowy 1

### Ograniczenie występowania i wpływu czynników ryzyka raka piersi (profilaktyka pierwotna)

Czynniki ryzyka w raku piersi są mało swoiste i w większości trudne do usunięcia. Obejmują one podwyższoną masę ciała, niewłaściwą dietę i niską aktywność fizyczną, które są czynnikami ryzyka wielu różnych chorób. W istotnej skali, jedynie terapia hormonozastępcza stanowi dobrze zdefiniowany swoisty czynnik ryzyka, o którego wpływie powinni być informowani lekarze oraz chore.

Populacja obciążona genetycznie powinna być identyfikowana i pozostawać pod szczególną opieką w zakresie poradnictwa genetycznego oraz profilaktyki wtórnej.



## Stałe podnoszenie poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka zachorowania na raka piersi i ich występowania w poszczególnych subpopulacjach mieszkańców Polski

Niniejsze działanie jest częścią koncepcji polityki zdrowotnej opartej na wiedzy (*evidence-based health policy*). Przejawia się ona w tym, że osoby i instytucje odpowiedzialne za działania z zakresu polityki zdrowotnej powinny mieć wystarczającą informację na temat czynników ryzyka zachorowania na raka piersi i ich występowania w poszczególnych subpopulacjach mieszkańców kraju.

Działania te obejmują:

- kontynuację badań naukowych nad czynnikami ryzyka zachorowania na raka piersi
- stały nadzór nad skalą występowania zidentyfikowanych czynników ryzyka w poszczególnych subpopulacjach (wg lokalizacji, grupy społecznej itp.), co powinno być przedmiotem obserwacji prowadzonych stale z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej oraz okresowych badań populacyjnych.

### FORMY DZIAŁANIA

Ekspertyza nt. występowania czynników ryzyka zachorowania na raka piersi w populacji mieszkańców Polski. Ekspertyza może zostać wykonana w formie:

- raportu opublikowanego przez autorytety w ww. dziedzinie, podsumowującego znane fakty
- raportu z badania prospektywnego lub retrospektywnego.

Celem ekspertyzy byłaby ilościowa ocena skali występowania czynników ryzyka pod kątem zaplanowania działań je zmniejszających, a także pod kątem wyselekcjonowania osób poddanych ew. prewencji pierwotnej.

Można przyjąć etapowe działania:

- 1) publikacja raportu z metaanalizy nt. czynników ryzyka
- 2) przeprowadzenie badania na określonej próbie populacji polskiej.

Identyfikacja populacji z określonymi czynnikami ryzyka.

Czynniki ryzyka (lista na podstawie ekspertyzy jw.), często wspólne dla wielu chorób (np. otyłość, palenie papierosów), będą stanowić sformalizowany element wywiadu lekarskiego, odnotowywanego w elektronicznej dokumentacji pacjenta lekarzy poz.

Na podstawie zestawu czynników ryzyka zostaną zdefiniowane grupy podwyższonego ryzyka, których uczestnictwo w badaniach przesiewowych będzie szczególnie nadzorowane.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Instytucje naukowe i badawcze, działające na zlecenie MZ we współpracy z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW):

- ekspertyza na bazie metaanalizy – wybrani doktoranci członków grupy roboczej
- badanie populacji Polski

**Czas:**

- **ekspertyza na bazie metaanalizy – koniec 2011 r.**
- **badanie populacji Polski – 2013 r.**

Lekarze poz działający na zlecenie NFZ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), prowadzące platformę gromadzenia danych medycznych

**Czas:**

- **rozpoczęcie prowadzenia dokumentacji ryzyka zachorowalności na raka piersi – 2012 r.**
- **osiągnięcie poziomu 20% populacji z rejestracją czynników ryzyka – 2015 r.**
- **osiągnięcie poziomu 70% populacji z rejestracją czynników ryzyka – 2020 r.**

r.p.

## 1.2

## Upowszechnianie wiedzy o roli czynników ryzyka występowania raka piersi

Wiedza o czynnikach występowania ryzyka raka piersi, mimo że są one nieswoiste, powinna być przekazywana społeczeństwu oraz profesjonalistom w sposób ciągły.

Społeczeństwo winno być zachęcane i informowane o sposobach unikania czynników ryzyka, a także o dostępnych działaniach ochronnych.

Lekarze zlecający terapię hormonozastępczą oraz kobiety ją stosujące powinni być świadomi związanego z tym ryzyka i jego skali.



r.p.

## 1.3

## Skuteczna identyfikacja i objęcie poradnictwem genetycznym oraz profilaktyką wtórną osób rodzinie obciążonych rakiem piersi

W wypadku osób rodzinie (genetycznie) obciążonych występowaniem raka piersi konieczne jest wdrożenie mechanizmów ich skutecznej identyfikacji oraz roztoczenie skutecznego nadzoru o charakterze epidemiologicznym w formie odpowiedniego poradnictwa genetycznego i wczesnego wykrywania.

### FORMY DZIAŁANIA

Identyfikacja postaci raka wraz z prawdopodobieństwem występowania obciążenia rodzinnego. Informowanie lekarza poz o prawdopodobieństwie obciążenia rodzinnego i zaangażowanie go w proces identyfikacji osób potencjalnie zagrożonych, z otoczenia chorej, w celu ich włączenia do grupy szczególnego nadzoru.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Ośrodki onkologiczne, poradnie genetyczne, lekarze rodzinni działający na zlecenie NFZ, z wykorzystaniem systemu CSIOZ

#### Czas:

- osiągnięcie poziomu 70% identyfikacji osób potencjalnie obciążonych rodzinie – 2015 r.



## Cel szczegółowy 2

### Zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania raka piersi (profilaktyka wtórna)

Sposobem skutecznej poprawy wyników leczenia raka piersi jest jego wczesne wykrywanie w populacyjnych badaniach przesiewowych. Szerokie upowszechnienie tych badań, a także ich skuteczna realizacja w określonych populacjach są podstawowym zadaniem na drodze do poprawy wyników leczenia.

#### **WSKAŹNIKI MONITOROWANIA I OCENY**

- % kobiet z grup docelowych objętych badaniem mammograficznym
- % kobiet z nowotworem wykrytym w ramach badań przesiewowych

#### **KLUCZOWA ROLA W GROMADZENIU DANYCH**

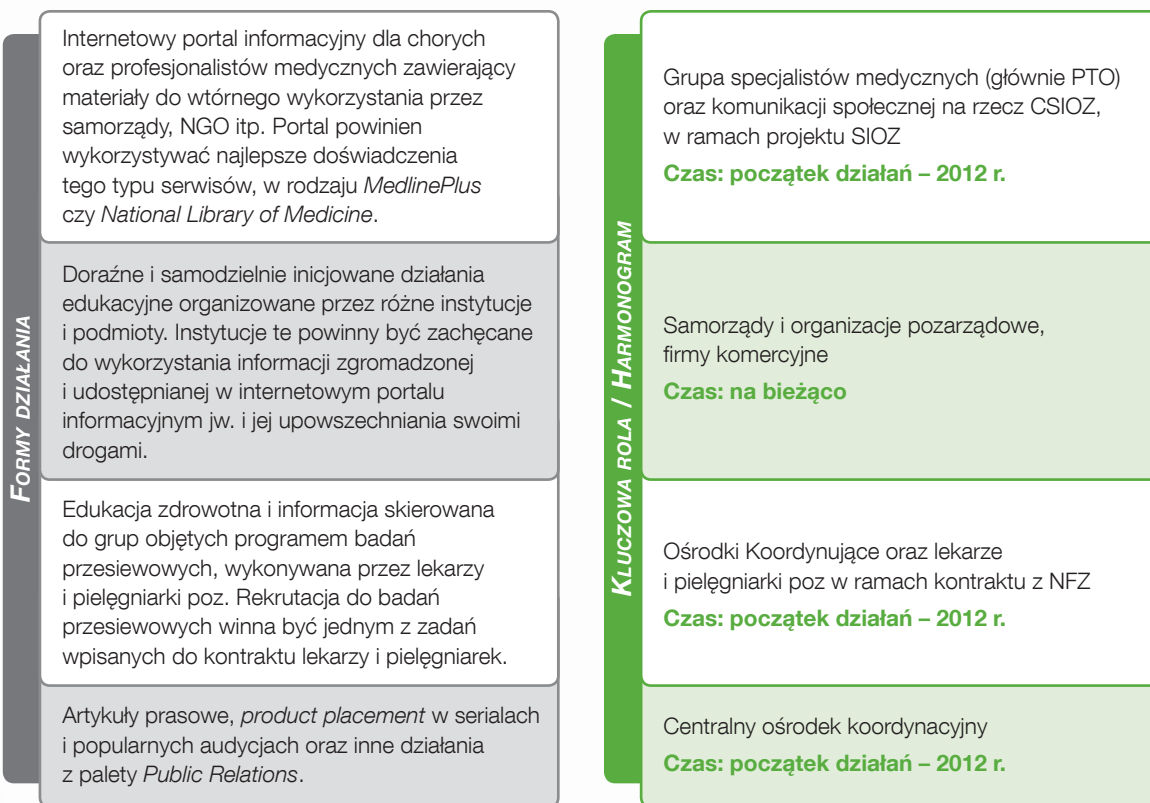
Ośrodki Koordynujące  
we współpracy  
z lekarzami poz, SIMP

r.p.

## 2.1

## Prowadzenie skutecznych i uzasadnionych kosztowo działań edukacyjnych dotyczących zwalczania raka piersi

Działalność edukacyjna na temat korzyści płynących z badań przesiewowych powinna być prowadzona w polskim społeczeństwie stale, z wykorzystaniem różnych kanałów komunikacyjnych i z uwzględnieniem różnych postaw poszczególnych grup docelowych. W tym celu należy wykorzystać w największym stopniu działające kanały edukacji, w miarę możliwości niewymagające dodatkowych nakładów finansowych (np. naturalne zainteresowanie niektórych mediów tematyką zdrowotną).





r.p.

## 2.2

## Monitorowanie zgłaszalności i dokonywanie oceny czynników determinujących zgłaszalność na badanie przesiewowe (*screening*)

Zgłaszalność na badania przesiewowe powinna być stale nadzorowana za pomocą szerokiego zakresu mierników (mierniki jakości procesu). Wyniki kontroli winny być poddawane analizie, w szczególności w zakresie czynników, które wpływają na zgłaszalność, leżących zarówno po stronie osób badanych, jak i poszczególnych wykonawców badań przesiewowych. Osiąganie oczekiwanych wyników w tym zakresie powinno być nagradzane, a osiąganie wyników nieodpowiednich winno skutkować niezbędnymi modyfikacjami i planami naprawczymi.

Należy zapewnić rozwój Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) oraz udostępniać w większym stopniu jego dane i analizy w celu ich wykorzystania przez placówki odpowiedzialne za realizację i wspieranie *screeningu*.

## FORMY DZIAŁANIA

Wykonanie ekspertyzy nt. czynników warunkujących zgłaszalność na badania przesiewowe.

Ekspertyza może zostać wykonana w postaci:

- raportu opublikowanego przez autorytety w ww. dziedzinie, podsumowującego znane fakty
- raportu z badania prospektywnego lub retrospektywnego.

Prowadzenie obserwacji i publikowanie danych statystycznych dotyczących zgłaszalności w populacji:

- województwa
- powiatu
- danego lekarza poz
- objętej nadzorem danego ośrodka koordynującego.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Institucje naukowe i badawcze działające na zlecenie MZ we współpracy z MNiSW

**Czas:**

- **ekspertyza – koniec 2011 r.**
- **wyniki badania – 2012 r.**

NFZ na podstawie gromadzonych danych, ew. udostępnienie danych (niespersonalizowanych) do wtórnego wykorzystania przez inne podmioty

**Czas:**

- **pierwsza publikacja na poziomie populacji województw i powiatów – 2011 r.**
- **pierwsza publikacja na poziomie populacji lekarzy rodzinnych – 2012 r.**

r.p.

## 2.3

## Wypracowanie skutecznych metod zapewniania uczestniczenia w badaniach przesiewowych

Wysoka zgłaszalność jest kluczowym czynnikiem powodzenia programu i dlatego działania, które mają spełnić ten warunek, należy dostosować do potrzeb i charakterystyki docelowej populacji. Należy uznać, że różne sposoby zachęcania do uczestnictwa w badaniach mogą się różnić skutecznością w zależności od sposobu komunikacji, a także będą zmienne w czasie.

Spośród różnych sposobów skutecznego naboru do badań przesiewowych należy zwrócić szczególną uwagę na rolę placówek opieki zdrowotnej, które najczęściej stanowią pierwszy punkt kontaktu chorych z systemem ochrony zdrowia. Dotyczy to szczególnie lekarzy rodzinnych, lekarzy prowadzących badania okresowe pracowników, lekarzy ginekologów oraz pielęgniarek środowiskowych i rodzinnych. Należy angażować, w miarę możliwości, wszystkie dostępne kanały informacji, w tym media, szkoły, kościoły itp.; ponadto należy dopuścić do wprowadzania innowacji organizacyjnych w metodach rekrutacji, pozwalających z jednej strony modyfikować mechanizm rekrutacji w zależności od charakterystyki lokalnej społeczności, a z drugiej dokonywać elastycznych, bieżących zmian w wypadku niesatysfakcjonującej skuteczności. Prawo dokonywania zmian organizacyjnych w programie powinno być połączone z odpowiedzialnością za ich wynik.

## FORMY DZIAŁANIA

Na podstawie doświadczeń wynikających z dotychczas przeprowadzonych badań przesiewowych, dokonanie oceny skuteczności rekrutacji oraz efektywności kosztowej zwalczania raka piersi z wykorzystaniem badań przesiewowych.

Wykonanie projektu zmian w organizacji i prowadzeniu programu badań przesiewowych w zakresie raka piersi oraz odpowiedniego studium wykonalności.

Wdrożenie zmian w organizacji programu badań przesiewowych w raku piersi.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Zespół ekspertów na zlecenie MZ

**Czas: 06.2013 r.**

Zespół ekspertów na zlecenie MZ

**Czas:**

- **opracowanie wstępnego modelu zmian w programach badań przesiewowych – 2013 r.**
- **wdrożenie nowego modelu prowadzenia badań przesiewowych – 2014 r.**

## Wypracowanie skutecznych narzędzi utrzymania wysokiej jakości badań przesiewowych

Należy dążyć do wykonywania badań jak najbliżej (geograficznie) badanych (wykorzystując np. mammobusy), przy równoczesnym zwiększeniu liczby zdjęć ocenianych przez radiologów (koncentracja procesu interpretacji i opisu). Łączenie tych dwóch pozornie sprzecznych cech jest możliwe dzięki zastosowaniu nowoczesnych rozwiązań technologicznych (telemedycyna) i organizacyjnych.

Trzeba konsekwentnie stosować protokoły kontroli jakości badań oraz narzędzia stałej poprawy ich jakości, głównie przez wzajemne wsparcie poszczególnych profesjonalistów. Interpretacja i potwierdzanie wyników badań przesiewowych winny być zintegrowane (funkcjonalnie lub organizacyjnie) z dalszymi etapami diagnostyki i leczenia.

Należy uruchomić system akredytacji i okresowej reakredytacji ośrodków prowadzących badania przesiewowe.

### FORMY DZIAŁANIA

Weryfikacja i dopracowanie kryteriów oraz systemu oceny jakości badań przesiewowych, w oparciu o istniejące (ew. zaktualizowane) wytyczne postępowania:

- jakość struktury – kryteria akredytacyjne
- jakość procesu – kryteria poprawności procesu przeprowadzania badań
- jakość wyniku – porównywanie efektów badań.

Wdrożenie systemu oceny jakości w wymiarach struktury, procesu i wyniku, w postaci:

- systemu akredytacji ośrodków prowadzących badania
- systemu nadzoru nad jakością badań.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Eksperti medyczni (np. PTO) we współpracy z MZ, NFZ, Centrum Monitorowania Jakości (CMJ)

**Czas: wypracowanie modelu oceny jakości – 2011 r.**

CSIOZ, w ramach SIOZ, we współpracy z NFZ oraz CMJ i PTO

**Czas: wdrożenie modelu oceny jakości – 2012 r.**

## Wypracowanie i wdrożenie mechanizmu skutecznego prowadzenia osoby z podejrzeniem lub rozpoznaniem stanu wymagającego interwencji

Osoby z wykrytymi zmianami muszą być kompetentnie i z pełną empatią prowadzone przez cały proces diagnostyczny i leczniczy. Wsparcie organizacyjne, administracyjne oraz psychologiczne zapewniane osobie z wykrytymi zmianami nowotworowymi powinno doprowadzić do skrócenia okresu do ustalenia ostatecznego rozpoznania i podjęcia leczenia, zmniejszenia obaw związanych z wykryciem raka, a tym samym do zwiększenia skuteczności podejmowanych działań. Osiągnięcie tego winno również skłonić kolejne kobiety do uczestniczenia w badaniach przesiewowych.

### FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie mechanizmu organizacyjnego i finansowego badań przesiewowych promującego integrację i koordynację procesu opieki, od etapu doboru kandydatek do badania, poprzez proces diagnostyki, do przekazania do ośrodka podejmującego terapię.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Eksperti medyczni (np. PTO) we współpracy z NFZ i MZ oraz środowiskami innych pracowników medycznych zaangażowanych w proces opieki

#### Czas:

- **wypracowanie modelu koordynowanej opieki nad osobą objętą badaniem przesiewowym, aż do etapu rozpoczęcia leczenia – 2012 r.**
- **wdrożenie modelu koordynowanej opieki nad osobą objętą badaniem przesiewowym, aż do etapu rozpoczęcia leczenia – 2013–2017 r.**

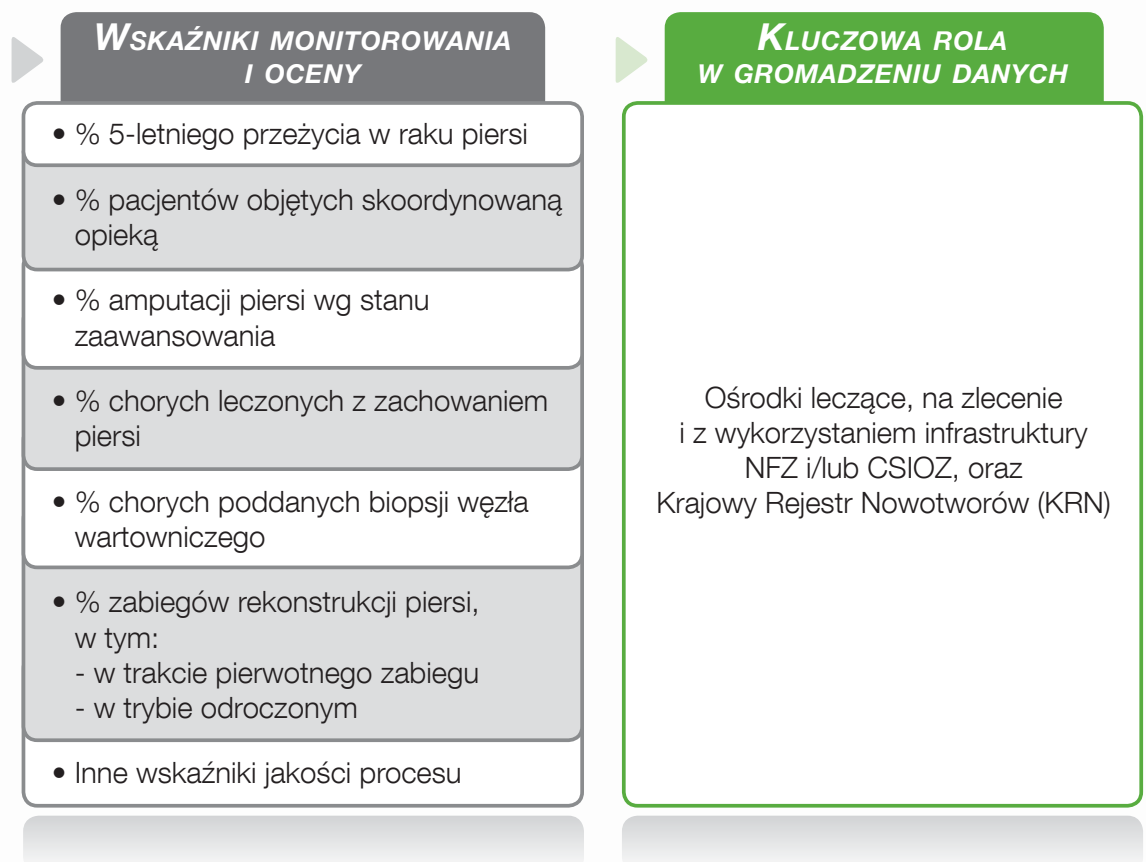


## Cel szczegółowy 3

### Poprawa skuteczności leczenia raka piersi

Skuteczność leczenia raka piersi, oprócz wczesnego wykrywania i ogólnego obciążenia zdrowotnego chorych, zależy od właściwego stosowania dostępnych metod terapeutycznych. Dobre praktyki leczenia raka piersi, przedstawiane często w formie zaleceń terapeutycznych, obejmują wielodyscyplinarne podejście, wyrażające się w praktyce w planowaniu terapii przez wielodyscyplinarne zespoły (np. tzw. *tumor boards*) oraz kojarzeniu różnych form leczenia.

Wytyczne postępowania służą jako wskazówki, a nie twarda reguła postępowania, a także jako punkt odniesienia w procesach oceny jakości, szczególnie w wymiarze jakości procesu postępowania.



## Identyfikacja i pomiar czynników determinujących skuteczność leczenia raka piersi w poszczególnych subpopulacjach mieszkańców Polski

Należy prowadzić stały nadzór jakości opieki zdrowotnej nad chorymi na raka piersi w trzech wymiarach jakości: struktury, procesu i wyniku. W tym celu konieczne jest gromadzenie danych o charakterze rejestru oraz poddawanie ich systematycznej ocenie i interpretacji.

Trzeba dążyć do stopniowej koncentracji leczenia raka w specjalistycznych ośrodkach zapewniających możliwość pełnej integracji wszystkich etapów postępowania diagnostyczno-leczniczego. Efektem tego powinna być rosnąca sprawność organizacji i osób tam zatrudnionych w leczeniu nowotworu oraz zmniejszenie nieuzasadnionych różnic w metodach leczenia stosowanych w poszczególnych ośrodkach. Jedną z możliwych form organizacyjnych jest rozwój satelitarnych ośrodków działających pod nadzorem centralnych ośrodków leczenia raka.

### FORMY DZIAŁANIA

Wypracowanie listy wskaźników jakości opieki. Wskaźniki takie powinny łączyć następujące cechy:

- winny opierać się na sprawdzonych międzynarodowych wzorcach oceny jakości opieki
- powinny odpowiadać polskiej specyfice, w szczególności nawiązywać do opracowanych przez zespoły eksperckie zaleceń terapeutycznych
- winny być możliwie mało obciążające administracyjnie
- powinny być odporne na manipulacje.

Wdrożenie systemu monitorowania jakości opieki nad chorymi na raka piersi. W tym celu zostaną uruchomione narzędzia informatyczne, których rolą będzie gromadzenie wybranych danych z procesu leczenia. Proces gromadzenia danych powinien być powiązany z rozliczaniem świadczeń zdrowotnych i poddany stałej kontroli jakości oraz walidacji. Wyniki badania jakości winny być przedstawiane publicznie, z odpowiednim komentarzem zapobiegającym formułowaniu nieuprawnionych (z powodu jakości danych lub krótkiego okresu obserwacji) wniosków.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa ekspertów z udziałem NFZ i CMJ  
Czas: 12.2011 r.

NFZ/CSIOZ, z eksperckim udziałem CMJ i PTO  
Czas: 12.2012–12.2014 r.

r.p.

## 3.2

## Wypracowanie i upowszechnienie dobrej praktyki postępowania w leczeniu raka piersi

W procesie diagnostyczno-leczniczym raka piersi wypracowano zestaw dobrych praktyk, które są często opisywane w postaci standardów lub wytycznych postępowania w tej dziedzinie. Polskie Towarzystwo Onkologiczne winno je upowszechniać we współpracy z innymi środowiskami zawodowymi zaangażowanymi w proces opieki nad chorymi na raka piersi. Istnieje potrzeba wykorzystania wytycznych do kształtowania systemu monitorowania jakości opieki oraz kształtowania systemu finansowania tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Promowane standardy postępowania powinny wyznaczać kierunki zmian w praktyce klinicznej i choć należy brać pod uwagę ograniczenia organizacyjne czy finansowe, nie powinny być nimi determinowane.

### FORMY DZIAŁANIA

Uaktualnienie wytycznych postępowania w diagnostyce, leczeniu i nadzorze nad chorymi na raka piersi. Wytyczne postępowania są publikowane od wielu lat, pod auspicjami różnych towarzystw naukowych i organizacji zrzeszających specjalistów medycznych. Istnieje potrzeba ujednoczenia i opracowania krajowych wytycznych, wokół których istnieje *consensus* specjalistów wielu dziedzin uczestniczących w procesie diagnostyczno-terapeutycznym raka piersi. Wytyczne powinny uwzględniać współczesny poziom wiedzy oraz możliwości polskiego systemu ochrony zdrowia.

Upowszechnienie wytycznych postępowania w diagnostyce, leczeniu i nadzorze nad chorymi na raka piersi. Wytyczne te powinny być upowszechniane w postaci wystąpień na konferencjach i seminariach, winny się znaleźć w *curriculum* edukacyjnym odpowiednich grup lekarzy i innych pracowników medycznych. Powinny stanowić również podstawę do definiowania produktów kontraktowania przez NFZ.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa specjalistów pod auspicjami Polskiej Unii Onkologii (PUO)

**Czas: 12.2011 r.**

PUO i PTO, przy udziale m.in. NFZ, MZ, CMKP, Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) i in.

**Czas: proces ciągły**

## Wypracowanie optymalnego modelu organizacji leczenia raka piersi

Istnieją dobre wzorce organizacji leczenia (i szerzej: opieki) nad chorymi na raka piersi, w których szczególną pozycję zyskała koncepcja tzw. *Breast Cancer Unit* (BCU).

Jej wdrożenie w Polsce, wiążące się ze stopniową koncentracją oraz międzyośrodkową koordynacją procesu leczenia, wielospecjalistycznym podejściem oraz poddawaniem procesu leczenia ocenie jakości, jest kluczowym elementem niniejszej strategii.

Opracowany model opieki powinien być wspierany adekwatnym systemem finansowania świadczeń i leków, promującym odpowiedzialność za wynik leczenia oraz racjonalizację nakładów. Istotne jest także praktyczne usunięcie finansowych ograniczeń dostępu do zweryfikowanych i skutecznych terapii.

### FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie szczegółowych założeń modelu zapewnienia zintegrowanej opieki w ramach BCU, wraz z mechanizmem finansowania opieki nad chorymi na raka piersi. Koncepcja BCU została opracowana i zastosowana w kilku krajach, a także opisana w postaci wytycznych *European Society of Breast Cancer Specialists* (EUSOMA).

Na podstawie tych międzynarodowych doświadczeń oraz z uwzględnieniem krajowych uwarunkowań organizacyjnych i prawnych, opracowane zostaną założenia działania tego typu ośrodków w Polsce (proponowana polska nazwa: Centrum Leczenia Raka Piersi). Założenia winny mieć na tyle szczegółowy charakter, by można przygotować na ich podstawie:

- program akredytacji/kwalifikacji do kategorii BCU
- rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczące świadczeń BCU oraz warunków ich wykonywania
- zarządzenie Prezesa NFZ dotyczące odpowiednich postępowań konkursowych na wykonywanie świadczeń
- wskaźniki oceny jakości działania BCU.

Na podstawie ww. założeń uruchomienie pilotażowych projektów BCU. Celem pilotażu jest poddanie ocenie założeń BCU w polskich warunkach oraz zademonstrowanie społeczeństwu i pracownikom ochrony zdrowia korzyści wynikających z działania tego typu jednostek.

Do przygotowania i uruchomienia pilotażu zostaną wykorzystane środki wskazane przez MZ. Ministerstwo Zdrowia także, wspólnie z PTO, będzie pełnić nadzór nad pilotażem i dokona jego oceny po zakończeniu.

W przypadku pozytywnej oceny wyników pilotażu, program zostanie stopniowo rozszerzony do uzyskania docelowej sieci BCU w kraju. W tym celu zostanie zdefiniowany określony produkt kontraktowania przez NFZ i mechanizm, w którym stopniowo chorzy na raka piersi będą znajdowali się pod opieką tych ośrodków.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa ekspertów MZ, z udziałem PTO, NFZ i innych partnerów ze środowiska profesjonalistów

**Czas: 12.2011 r.**

MZ, NFZ z udziałem PTO

**Czas: początek pilotażu – 06.2012 r.**

MZ i NFZ, z wykorzystaniem funduszy europejskich

**Czas: początek programu – 01.2013 r.**



r.p.

## 3.4

## Uruchomienie skutecznych mechanizmów koordynacji procesu leczenia raka piersi

Opieka nad osobą z rozpoznaną chorobą nowotworową jest długotrwałym procesem, rozpoczynającym się od uszczegóławiania rozpoznania, przez leczenie stosowane przez różnych specjalistów, po monitorowanie stanu i wykrywanie ew. wznów (*follow-up*). Proces ten angażuje wielu specjalistów i ośrodków oraz wymaga odpowiedniej koordynacji (integracji). Istnieje konieczność udzielenia wsparcia pacjentom w korzystaniu z tego procesu w celowy i sprawny sposób, bez zbędnych opóźnień na poszczególnych etapach oraz zbędnego mnożenia interwencji. Wykreowanie odpowiedniej funkcji w systemie może być związane z wdrożeniem koncepcji tzw. zarządzania chorobą (*disease management*, DM). W szczególności należy zwrócić uwagę na współpracę przyszłych ośrodków leczenia raka (np. BCU) z lekarzami poz oraz ew. ich odpowiednikami w dziedzinie ginekologii.

## FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie założeń modelu koordynacji opieki wraz z mechanizmem finansowania opieki nad chorymi na raka piersi. Działanie to powinno objąć trzy wydzielone etapy:

- 1) etap wykrycia nowotworu – od badań przesiewowych oraz przypadkowych wykryć do pełnej diagnostyki zaawansowania raka
- 2) etap leczenia – od określenia planu leczenia do zakończenia wszystkich procedur terapeutycznych, wraz z procedurami z zakresu chirurgii plastycznej
- 3) etap monitorowania (*follow-up*) – od zakończenia procedur terapeutycznych do końca życia, lub, w przypadku niepowodzenia terapii, etap opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Uruchomienie pilotażowych projektów opieki koordynowanej (*disease management*, *case management*) w zakresie raka piersi. Preferowaną formą opieki koordynowanej może być ta oferowana przez BCU. Pozostałe formy opieki koordynowanej mogą dotyczyć etapu przesiewowo-diagnostycznego oraz etapu *follow-up* lub leczenia paliatywnego i hospicyjnego.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa ekspertów PTO wraz z NFZ, MZ oraz innych partnerów ze środowiska medycznego

**Czas: 06.2012 r.**

MZ, NFZ z udziałem ekspertów PTO

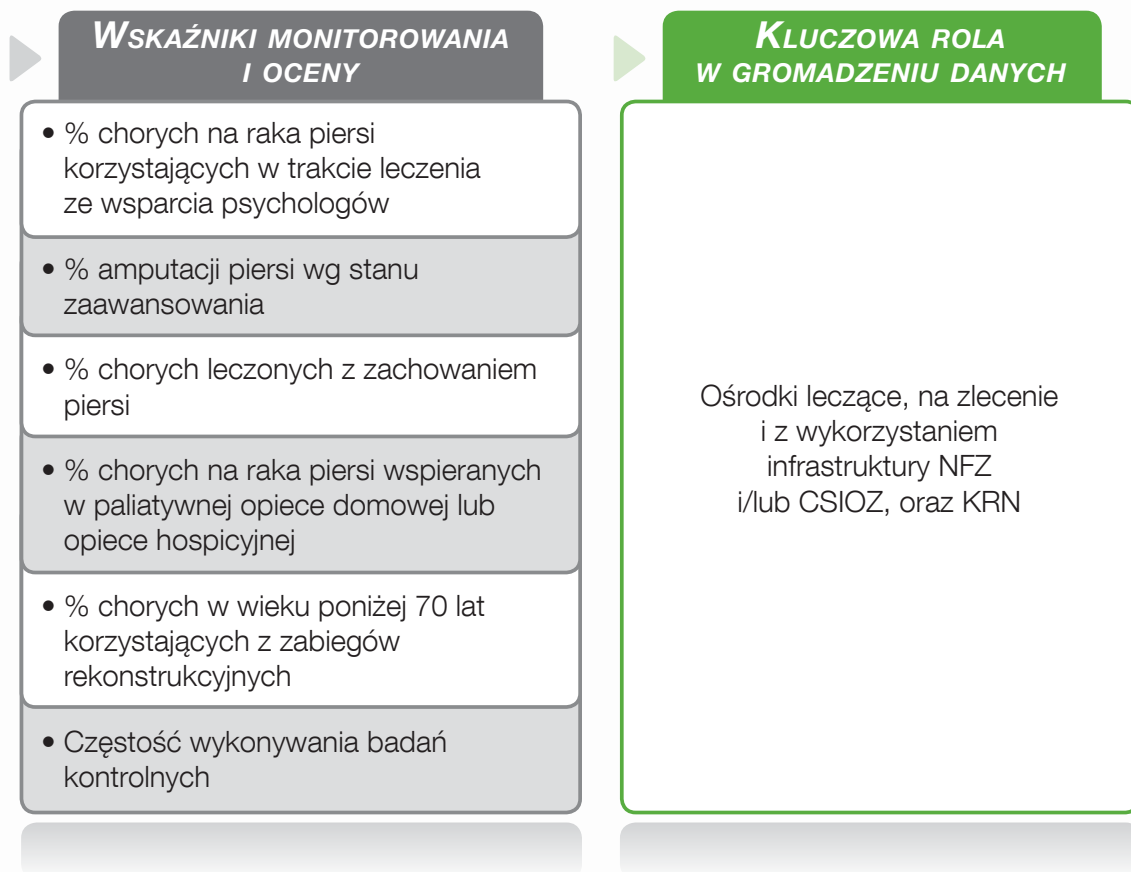
**Czas: 01.2013 r.**



## Cel szczegółowy 4

### Poprawa jakości życia chorych na raka piersi

Choroba nowotworowa ma charakter przewlekły i oprócz samego faktu wyleczenia, ważna jest także jakość życia chorego. W tym kontekście konieczne jest zidentyfikowanie i właściwa odpowiedź na fizyczne i psychiczne potrzeby pacjenta ze strony podmiotów sprawujących tę opiekę.



r.p.

## 4.1

## Identyfikacja kluczowych pozamedycznych potrzeb chorych na poszczególnych etapach procesu diagnostyczno-terapeutycznego raka piersi

Większość chorych na raka piersi ma szereg potrzeb pozamedycznych, takich jak potrzeba wsparcia organizacyjnego czy psychicznego. Poszczególne chore różnią się jednak zakresem i charakterem tych potrzeb, a system powinien być wrażliwy na te różnice i adekwatnie na nie odpowiadać.

Kategoria jakości życia dotyczy m.in. zapewnienia pełnego i szybkiego dostępu do nowoczesnych form leczenia (zabiegi oszczędzające, biopsja węzła wartowniczego) oraz dostępności zabiegów rekonstrukcyjnych dla chorych po amputacji piersi, usprawniania fizycznego i wsparcia psychologicznego.

## FORMY DZIAŁANIA

Ekspertyza w zakresie pozamedycznych potrzeb chorych leczonych z powodu raka piersi. W tym celu należy dokonać przeglądu piśmiennictwa oraz przeprowadzić badanie jakościowe i ilościowe na reprezentatywnej próbie osób, które przeżyły tę chorobę.

Celem badania jest zidentyfikowanie najważniejszych pozamedycznych potrzeb tych chorych oraz dokonanie analizy różnic w zakresie tych potrzeb w poszczególnych grupach chorych.

KLUCZOWA ROLA /  
HARMONOGRAM

Eksperti medyczni i socjolodzy, we współpracy z MZ

**Czas: 06.2012 r.**

r.p.

## 4.2

## Uruchomienie skutecznych mechanizmów wsparcia chorych na raka piersi

Proces opieki nad chorymi na raka piersi, począwszy od wczesnego wykrycia, rozpoznawania, przez leczenie i obserwację po zakończonym leczeniu, powinien mieć charakter ciągły, skoordynowany i zintegrowany, mimo rozproszenia instytucji i zaangażowanych podmiotów.

W tym kontekście należy rozważyć rolę i zadania koordynatora opieki, odpowiadającego m.in. za wsparcie organizacyjne chorego ze strony systemu ochrony zdrowia. Szczególną uwagę należy zwrócić na aspekt psychologiczny wsparcia pacjenta w trudnych chwilach walki z nowotworem.

## FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie założeń wsparcia chorych na raka piersi w sensie organizacyjnym (koordynacja opieki) oraz psychicznym (opieka psychologiczna). Działanie to powinno być zrealizowane w trzech wydzielonych etapach:

- 1) etap wykrycia nowotworu
- 2) etap leczenia
- 3) etap monitorowania (*follow-up*) lub, w przypadku niepowodzenia terapii, etap opieki paliatywnej i hospicyjnej.

KLUCZOWA ROLA /  
HARMONOGRAM

Grupa ekspertów PTO wraz z NFZ, MZ oraz innych partnerów ze środowiska medycznego

**Czas: 06.2012 r.**

r.p.

## 4.3

## Rozwój paliatywnej opieki domowej i opieki hospicyjnej

W przypadku osób, których terapia zakończyła się niepowodzeniem, konieczne jest stworzenie warunków godnego i pozbawionego zbędnych cierpień spędzenia ostatniego okresu życia.

Uznając, że środowisko domowe jest najbardziej przyjazne i naturalne dla osoby na ostatnim etapie życia, należy zapewnić szczególne wsparcie opiece domowej paliatywnej i hospicyjnej.

## FORMY DZIAŁANIA

Inwentaryzacja dostępności opieki domowej paliatywnej i hospicyjnej. Przedsięwzięcie to powinno pokazać obszary i rejony kraju, w których dostęp do domowej opieki hospicyjno-paliatywnej jest niewystarczający.

Uruchomienie działań mających na celu rozwój domowej opieki paliatywno-hospicyjnej, w tym przesunięcie tamże części kadr pracujących obecnie w szpitalach. Upowszechnienie opieki domowej powinno być stymulowane odpowiednimi mechanizmami finansowania. Wypracowanie i upowszechnienie standardów hospicjów domowych.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa ekspertów NFZ, MZ, z udziałem PTO i innych partnerów ze środowiska profesjonalistów  
**Czas: 12.2011 r.**

Grupa ekspertów NFZ, MZ, z udziałem PTO i innych partnerów ze środowiska profesjonalistów  
**Czas: 06.2012 r.**

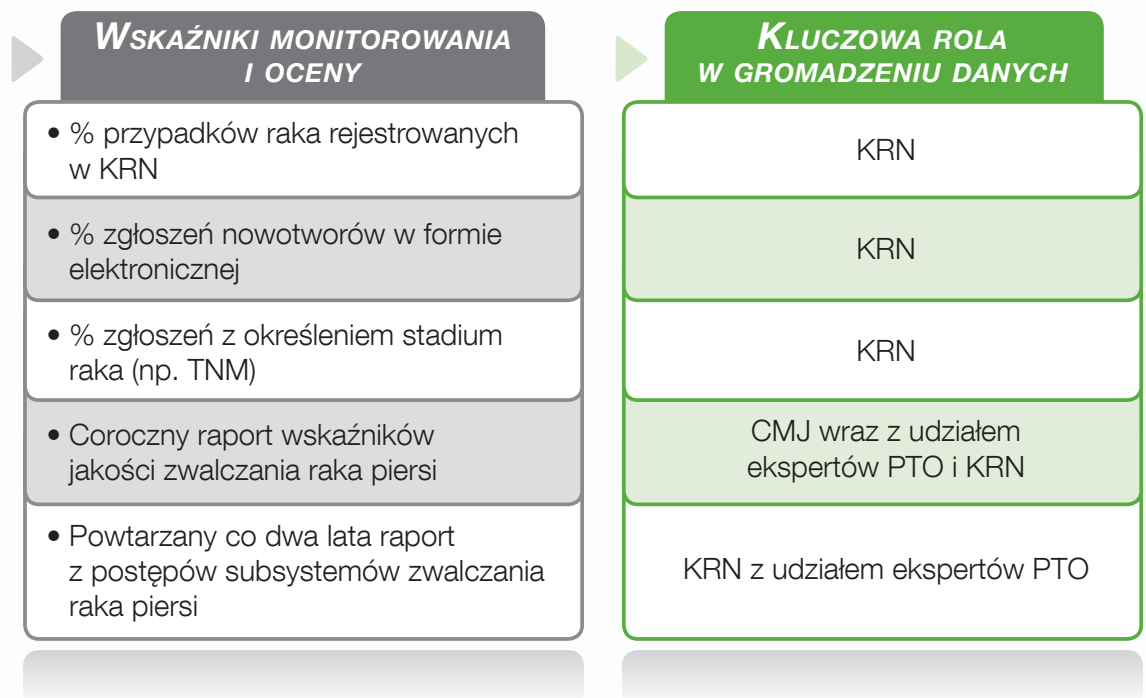


## Cel szczegółowy 5

### Zarządzanie systemem wsparte wyczerpującą informacją

Należy zapewnić wysokiej jakości informację o systemie zwalczania raka piersi, w tym przeprowadzić i okresowo ponawiać określone działania przeglądowe. Poszczególne składowe systemu powinny być poddane monitoringowi, w szczególności z punktu widzenia jakości prowadzonych działań i ich wyników.

Informacje na temat systemu zwalczania raka piersi oraz procesów i osiąganych wyników winny być w szczególności pozyskiwane z istniejących instytucji, takich jak Narodowy Fundusz Zdrowia czy Główny Urząd Statystyczny, a jednocześnie instytucje te powinny być wspomagane w osiągnięciu wysokiej jakości gromadzonych danych.



r.p.

## 5.1

## Rozwój rejestru onkologicznego

Należy prowadzić dalszy rozwój rejestru chorób nowotworowych, co pozwoli na skuteczną ocenę sytuacji epidemiologicznej oraz obserwację bliskich i odległych wyników leczenia. W szczególności istotna jest zasadnicza poprawa kompletności i wiarygodności gromadzonych danych. Należy rozważyć ściślejszą współpracę i dzielenie zasobów między KRN a NFZ, rozliczający świadczenia zdrowotne.



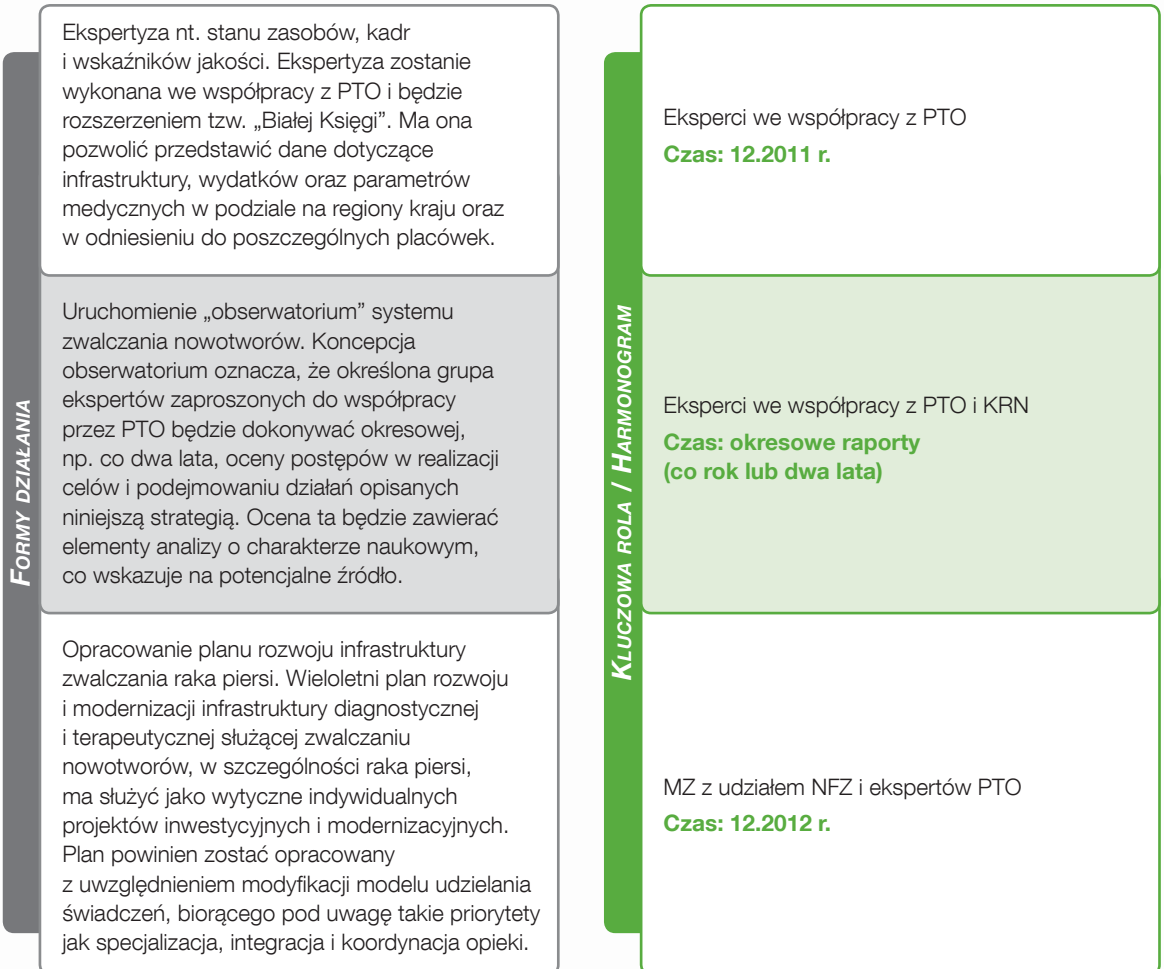
r.p.

## 5.2

## Inwentaryzacja i planowanie zasobów organizacyjnych

Istnieje potrzeba inwentaryzacji i monitorowania rozwoju kadr i infrastruktury jednostek zaangażowanych w proces zwalczania raka piersi na etapie rozpoznawania, leczenia i opieki po zakończeniu leczenia.

W oparciu o docelowy model opieki, należy opracować plan rozwoju infrastruktury i umożliwić jego realizację przez odpowiednie decyzje inwestycyjne.



r.p.

## 5.3

## Identyfikacja zasobów finansowych

Istnieje potrzeba obserwacji zasobów finansowych, dostępnych do wykorzystania w procesie zwalczania raka piersi, oraz skutków ekonomicznych (obciążenia) występowania tej choroby w populacji.

## FORMY DZIAŁANIA

Ekspertyza nt. stanu zasobów, kadr i wskaźników jakości. Ekspertyza zostanie wykonana we współpracy z PTO i będzie rozszerzeniem tzw. „Białej Księgi”. Ma ona pozwolić przedstawić dane dotyczące infrastruktury, wydatków oraz parametrów medycznych w podziale na regiony kraju oraz w odniesieniu do poszczególnych placówek.

Uruchomienie „obserwatorium” systemu zwalczania nowotworów. Koncepcja obserwatorium polega na tym, że określona grupa ekspertów dokona okresowej (np. co dwa lata) oceny postępów w realizacji celów i podejmowaniu działań opisanych niniejszą strategią. Ocena ta będzie zawierać elementy analizy o charakterze naukowym.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Eksperci we współpracy z PTO

**Czas: 12.2011 r.**

Eksperci we współpracy z PTO i KRN

**Czas: okresowe raporty (co rok lub dwa lata)**



r.p.

## 5.4

## Budowanie podstaw naukowych

Środowiska naukowe, w szczególności Polskie Towarzystwo Onkologiczne, powinny uczestniczyć w wypracowywaniu i upowszechnianiu standardów i wytycznych postępowania medycznego. Opracowane standardy i wytyczne winny stanowić podstawę ciągłego kształcenia kadr oraz zarządzania procesem diagnostyczno-terapeutycznym w systemie opieki zdrowotnej.

## FORMY DZIAŁANIA

Uaktualnienie i upowszechnienie wytycznych postępowania w diagnostyce, leczeniu i nadzorze nad chorymi na raka piersi. Wytyczne postępowania od wielu lat są publikowane pod auspicjami różnych towarzystw naukowych i organizacji zrzeszających specjalistów medycznych. Istnieje potrzeba ujednoczenia i opracowania wytycznych krajowych, wokół których istnieje *consensus* specjalistów wielu dziedzin uczestniczących w procesie diagnostyczno-terapeutycznym raka piersi. Wytyczne powinny uwzględniać współczesny poziom wiedzy oraz możliwości polskiego systemu ochrony zdrowia.

Upowszechnienie wytycznych postępowania w diagnostyce, leczeniu i nadzorze nad chorymi na raka piersi. Wytyczne te winny być upowszechniane w postaci wystąpień na konferencjach i seminariach, powinny znaleźć się w *curriculum* edukacyjnym odpowiednich grup lekarzy i innych pracowników medycznych. Powinny też stanowić podstawę do definiowania produktów kontraktowania przez NFZ.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa specjalistów pod auspicjami PUO

**Czas: 12.2011 r.**

PUO i PTO, przy udziale m.in. NFZ, MZ, CMKP, NIL i in.

**Czas: proces ciągły**

r.p.

5.5

## Uruchomienie narzędzi informatycznych wsparcia procesu klinicznego

Opracowanie i wdrożenie elektronicznego systemu wspomaganie decyzji oraz wsparcia procesu diagnostyczno-terapeutycznego w formie tzw. *clinical pathways* w zakresie raka piersi.

FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie i wdrożenie systemu informatycznego wsparcia procesu klinicznego opieki na pacjentami leczonymi na raka piersi. System informatyczny winien być oparty na zaleceniach postępowania w chorobach nowotworowych i obejmować kluczowe elementy procesu opieki. Powinien służyć jako element rejestracji i sprawozdawania składowych procesu opieki, narzędzie ustalania harmonogramu i planu działań oraz oceny jakości, a także wspomagające decyzje terapeutyczne.

KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa ekspertów CSIOZ z udziałem specjalistów z PTO, KRN

**Czas: 12.2013 r.**

r.p.

5.6

## Weryfikowanie opłacalności interwencji

Należy prowadzić stałe lub okresowe działania polegające na identyfikacji procedur i procesów o największej opłacalności (efektywności ekonomicznej) w procesie zwalczania raka piersi.

FORMY DZIAŁANIA

Ekspertyza w zakresie skuteczności klinicznej i efektywności ekonomicznej modelu postępowania klinicznego proponowanego w wytycznych postępowania. W związku z postępem nauk medycznych, rozwojem technologii i wiedzy medycznej, dodatkowo wspartej danymi nt. działalności polskiego systemu zwalczania nowotworów, ocena powinna być powtarzana w pewnych odstępach czasu, optymalnie co dwa lata.

KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Zespół badawczy wybrany do realizacji programu badawczego przez MZ z udziałem PTO, KRN

**Czas: 06.2012 r. i okresowo co 2 lata**

r.p.

## 5.7

## Opracowywanie planów i prognoz epidemiologicznych

Należy prowadzić prace planistyczne, opierające się na prognozach epidemiologicznych, a także analizy ekonomiczne (z określeniem przeciętnego kosztu leczenia chorego) w celu określenia priorytetów polityki zdrowotnej w obszarze zwalczania nowotworów w systemie ochrony zdrowia. Prognozy i plany powinny uwzględniać konieczność zaspokojenia wszystkich uzasadnionych potrzeb chorych na raka piersi.

## FORMY DZIAŁANIA

Prognoza obciążenia ekonomicznego wynikającego z chorowania na raka piersi i jego zwalczania. Prognoza winna zawierać zarówno składową kosztów bezpośrednich (kosztów świadczeń i leków finansowanych przez NFZ), jak i kosztów pośrednich, finansowych oraz ekonomicznych. Wyzwaniem w wykonywaniu analizy kosztów pośrednich będzie wycena kosztów utraconych lat życia.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Zespół badawczy wybrany do realizacji programu badawczego przez MZ z udziałem PTO, KRN, NFZ

**Czas: 06.2012 r. i okresowo co 2 lata**

## Analiza regulacji prawnych pod kątem skuteczności działania systemu

Okresowo należy dokonywać analizy uregulowań prawnych pod kątem skuteczności zwalczania nowotworów. Odpowiednie analizy powinny być dokonane na etapie każdego z przedsięwzięć zakładających zmianę (np. zmiany w programie badań przesiewowych, procesie diagnostyczno-terapeutycznym).

### FORMY DZIAŁANIA

Eksperytyzy prawne winny zostać wykonane na etapie analizy działania systemu oraz projektowania zmian w systemie. Ze względu na znaczny wpływ regulacji prawnych na działanie osób i instytucji ochrony zdrowia, należy dokonać analizy obecnie istniejących regulacji pod kątem:

- przetwarzania danych osobowych, zasadności (niezbędności) ich istnienia – uznając, że nadmiar regulacji, przy ich słabej egzekucji, prowadzi do tzw. inflacji prawa, podważania praworządności oraz powstawania wątpliwości co do sensu przestrzegania wszystkich regulacji
- jednoznaczności i klarowności – uznając, że prawo powinno być łatwe do zrozumienia i jednoznaczne w interpretacji
- umożliwienia innowacyjności organizacyjnej – uznając, że organizacja, podobnie jak technologia, jest przedmiotem stałej ewolucji i rozwoju, a postęp wymaga opracowania nowych sposobów i form organizacyjnych instytucji i procesów
- promocji najlepszych z możliwych efektów zdrowotnych zwalczania raka, przy zachowaniu niezbędnego poziomu autonomii decyzji obywateli, pomocniczości państwa, wolnego wyboru świadczeniodawców, wolności działalności gospodarczej i in.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

MZ z udziałem zainteresowanych środowisk, w tym PTO, Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych (GIODO)

**Czas: pierwsza analiza 06.2012 r.**

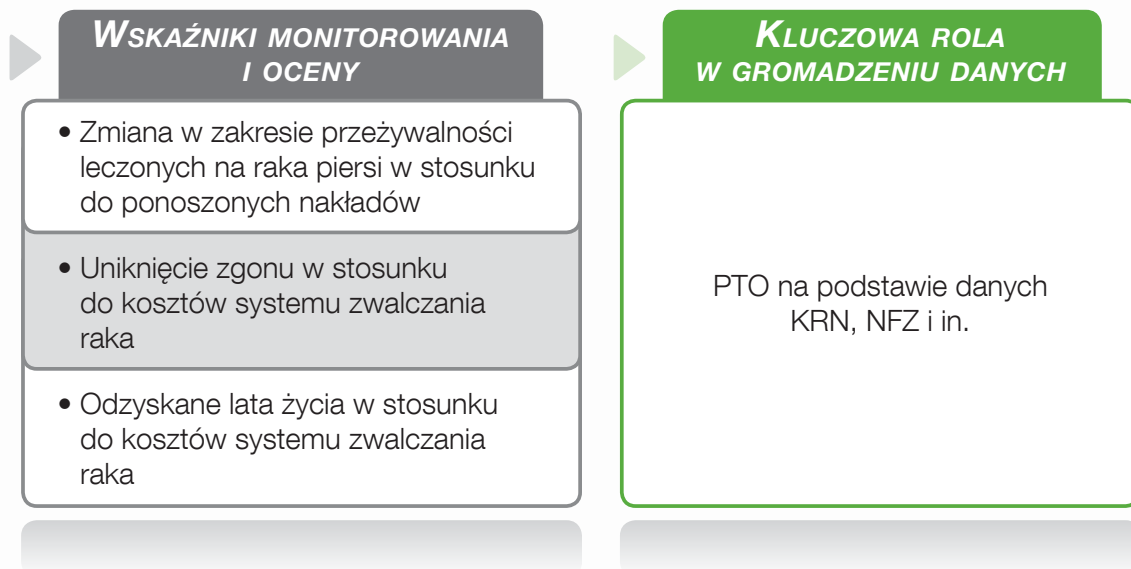
r.p.



## Cel szczegółowy 6

### Osiągnięcie wysokiej efektywności ekonomicznej prowadzonych działań

Uznając podstawowy problem ekonomii, tj. ograniczone zasoby, należy dokonywać racjonalnych wyborów i zapewnić wysoki poziom efektywności ekonomicznej prowadzonych działań.



r.p.

## 6.1

## Dążenie do osiągnięcia najwyższej efektywności alokacyjnej

Uwzględniając aspekt potrzeby bliskości terytorialnej z jednej i specjalizacji z drugiej strony, należy zaplanować średnio- i długoterminowo rozwój infrastruktury technicznej służącej zwalczaniu raka piersi.

W szczególności umożliwić dostęp do przesiewowej mammografii blisko miejsca zamieszkania, choć interpretacja wyników powinna być wykonywana przez wyspecjalizowanych radiologów posiadających doświadczenie w interpretacji setek i tysięcy tego typu obrazów.

Procesy diagnostyczno-terapeutyczne winny być koncentrowane (docelowo w BCU), co powinno doprowadzić do nabycia i utrzymania wysokiej sprawności działania. Pociąga to za sobą odpowiednie decyzje dotyczące inwestycji oraz kontraktowania świadczeń.

## FORMY DZIAŁANIA

Przygotowanie projektu optymalnego rozlokowania terytorialnego ośrodków leczących raka piersi, uwzględniającego wymogi koncentracji i specjalizacji opieki oraz dostępności terytorialnej dla pacjentów.  
Przygotowanie modyfikacji organizacji badań przesiewowych raka piersi, uwzględniającej konieczność wygody dostępu dla pacjentów oraz skuteczność i jakość badań.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Ekspert, w tym PTO, działający na zlecenie MZ  
**Czas: 06.2012 r.**

r.p.

## 6.2

## Wspieranie najwyższej dostępnej efektywności technicznej

Uwzględniając wielospecjalistyczny charakter procesu diagnostyczno-terapeutycznego raka piersi, należy promować optymalne sposoby postępowania (*clinical pathways*), stosując odpowiednie zachęty dla najbardziej skutecznych i efektywnych ośrodków klinicznych.

Efektywność należy ujmować w kontekście całego cyklu (procesu) diagnostyczno-terapeutycznego, a nie pojedynczego epizodu opieki (np. hospitalizacji), oraz w wymiarze populacyjnym.

## FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie założeń modelu finansowania opieki nad chorymi na raka piersi, promującego maksymalizację efektów klinicznych i pozaklinicznych, przy dostępnych środkach. Działanie to winno objąć trzy wydzielone etapy:

- 1) etap wykrycia nowotworu w badaniach przesiewowych lub przypadkowo, do pełnej oceny stopnia zaawansowania raka
- 2) etap leczenia – od określenia planu leczenia do zakończenia wszystkich procedur terapeutycznych, wraz z procedurami z zakresu chirurgii plastycznej
- 3) etap monitorowania (*follow-up*) – od zakończenia procedur terapeutycznych do końca życia lub, w przypadku niepowodzenia terapii, etap opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Uruchomienie pilotażowych projektów opieki w zakresie raka piersi. Jedną z form koordynowanej opieki może być opieka oferowana przez BCU. Pozostałe formy opieki koordynowanej mogą dotyczyć etapu przesiewowo-diagnostycznego oraz etapu *follow-up* lub leczenia paliatywnego i hospicyjnego.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Eksperti MZ i NFZ, przy udziale specjalistów PTO

**Czas: 06.2012 r.**

MZ i NFZ, z wykorzystaniem funduszy europejskich

**Czas: początek programu – 01.2013 r.**





# Strategia zwalczania raka jelita grubego

---

# Cel główny

## *Zmniejszenie negatywnych następstw występowania raka jelita grubego w Polsce*

Podstawowym celem niniejszej inicjatywy jest ograniczenie negatywnych następstw występowania nowotworów jelita grubego w Polsce. Pod pojęciem negatywnych następstw należy rozumieć wszelkie indywidualne i społeczne skutki występowania raka jelita grubego, odpowiadające terminowi obciążenie chorobą<sup>2</sup>, choć nie ograniczone do niego.

## Cele szczegółowe

### 1) *Ograniczenie występowania i wpływu czynników ryzyka raka jelita grubego (profilaktyka pierwotna)*

Zmniejszenie narażenia na najważniejsze czynniki ryzyka zachorowania na raka jelita grubego oraz rozpowszechnienie postaw prozdrowotnych zmniejszających ryzyko wystąpienia tego nowotworu.

### 2) *Zwiększenie skuteczności profilaktyki wtórnej raka jelita grubego*

Zmniejszenie liczby zachorowań na raka jelita grubego dzięki wykrywaniu i usuwaniu zmian prekursorowych oraz zwiększenie udziału wczesnie wykrytych stanów klinicznych raka jelita grubego w ogólnej liczbie nowych przypadków tego nowotworu.

### 3) *Poprawa skuteczności leczenia*

Poprawa szybkości i trafności rozpoznawania oraz skuteczności leczenia chorych z rozpoznaniem raka jelita grubego, prowadząca do poprawy rokowania.

### 4) *Poprawa jakości życia chorych*

Poprawa jakości życia chorych w wymiarze fizycznym i psychicznym na każdym etapie choroby, od sformułowania podejrzenia, poprzez rozpoznanie, zastosowanie leczenia, rehabilitację i obserwację po zakończeniu leczenia, włącznie z opieką o charakterze paliatywno-hospicyjnym.

### 5) *Zarządzanie systemem wsparte wyczerpującą informacją*

Zapewnienie wysokiej jakości informacji o systemie zwalczania raka jelita grubego we wszystkich niezbędnych aspektach.

### 6) *Osiąganie wysokiej efektywności ekonomicznej prowadzonych działań*

Zapewnienie wysokiego poziomu efektywności ekonomicznej prowadzonych działań, by umożliwić osiągnięcie najlepszych możliwych wyników zwalczania choroby w stosunku do dostępnych nakładów.

<sup>2</sup>Pojęcie obciążenia chorobą, użyte przez Murraya i Lopeza (Murray, Lopez, *Global Burden of Disease, World Bank/WHO 1996*) na początku lat 90. XX wieku. Fizycznym miernikiem obciążenia chorobami jest wskaźnik przedstawiający stopień i okres pozostawania danej osoby w stanie upośledzonej sprawności (we wszystkich jej wymiarach). Fizyczny wskaźnik obciążenia chorobą można przeliczać na wartości monetarne, wykorzystując różne metody oparte na wazieniu wartości (*person trade-off, willingness to pay* itp.).

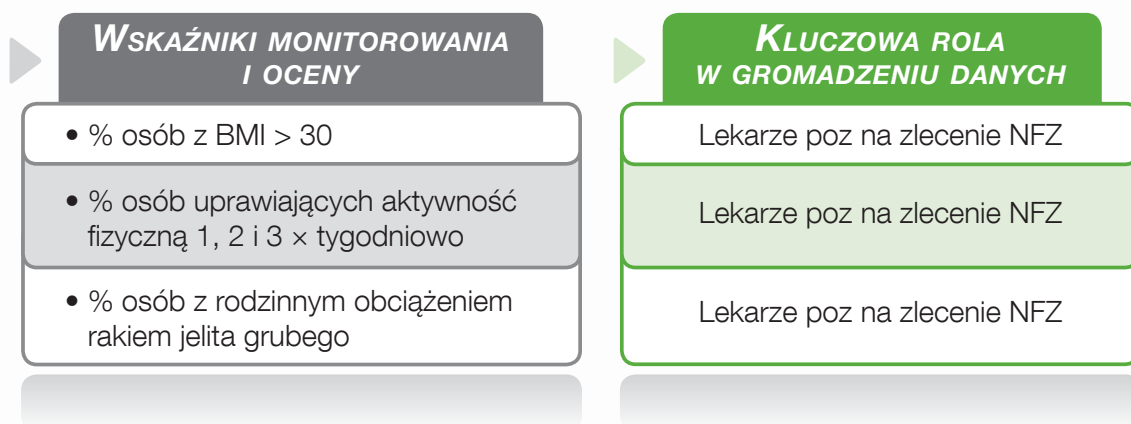


## Cel szczegółowy 1

### Ograniczenie występowania i wpływu czynników ryzyka raka jelita grubego (profilaktyka pierwotna)

Czynniki ryzyka w raku jelita grubego są mało swoiste i w większości trudne do usunięcia. Obejmują one podwyższoną masę ciała, niewłaściwą dietę i niską aktywność fizyczną, które są czynnikami ryzyka wielu różnych chorób.

Populacja obciążona genetycznie winna być identyfikowana i pozostawać pod szczególną opieką w zakresie poradnictwa genetycznego oraz profilaktyki wtórnej.



## Stałe podnoszenie poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i ich występowania w poszczególnych subpopulacjach mieszkańców Polski

Niniejsze działanie jest częścią koncepcji polityki zdrowotnej opartej na wiedzy (*evidence-based health policy*). Przejawia się ona w tym, iż osoby i instytucje odpowiedzialne za działania z zakresu polityki zdrowotnej powinny mieć wystarczającą informację na temat czynników ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i ich występowania w poszczególnych subpopulacjach mieszkańców kraju.

Działania te obejmują:

- kontynuację badań naukowych nad czynnikami ryzyka zachorowania na raka jelita grubego
- stały nadzór skali występowania zidentyfikowanych czynników ryzyka w poszczególnych subpopulacjach (wg lokalizacji, grupy społecznej itp.), co powinno być przedmiotem obserwacji prowadzonych stale z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej oraz okresowych badań populacyjnych.

### FORMY DZIAŁANIA

Ekspertyza nt. występowania czynników ryzyka zachorowania na raka jelita grubego w populacji mieszkańców Polski. Ekspertyza może zostać wykonana w formie:

- raportu opublikowanego przez autorytety w ww. dziedzinie, podsumowującego znane fakty
- raportu z badania prospektywnego lub retrospektywnego.

Celem ekspertyzy byłaby ilościowa ocena skali występowania czynników ryzyka pod kątem zaplanowania działań, które je zmniejszą, a także pod kątem wyselekcjonowania osób poddanych ew. prewencji pierwotnej.

Można przyjąć etapowe działania:

- 1) publikacja raportu z metaanalizy nt. czynników ryzyka
- 2) przeprowadzenie badania na określonej próbie populacji polskiej.

Identyfikacja populacji z określonymi czynnikami ryzyka.

Czynniki ryzyka (lista na podstawie ekspertyzy jw.), często wspólne dla wielu chorób (np. otyłość, palenie papierosów), będą stanowić sformalizowany element wywiadu lekarskiego, odnotowywanego w elektronicznej dokumentacji pacjenta lekarzy poz.

Na podstawie zestawu czynników ryzyka, zostaną zdefiniowane grupy podwyższonego ryzyka, których uczestnictwo w badaniach przesiewowych będzie szczególnie nadzorowane.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Instytucje naukowe i badawcze, działające na zlecenie MZ we współpracy z MNIŚW

- ekspertyza na bazie metaanalizy – wybrani doktoranci członków grupy roboczej
- badanie populacji Polski

**Czas:**

- **ekspertyza na bazie metaanalizy – koniec 2011 r.**
- **badanie populacji Polski – 2013 r.**

Lekarze poz działający na zlecenie NFZ

**Czas:**

- **rozpoczęcie prowadzenia dokumentacji ryzyka zachorowalności na raka jelita grubego – 2012 r.**
- **osiągnięcie poziomu 20% populacji z rejestracją czynników ryzyka – 2015 r.**
- **osiągnięcie poziomu 70% populacji z rejestracją czynników ryzyka – 2020 r.**

## Upowszechnianie wiedzy o roli czynników ryzyka występowania raka jelita grubego

Wiedza o czynnikach występowania ryzyka raka jelita grubego, mimo że są one nieswoiste, powinna być przekazywana społeczeństwu oraz profesjonalistom w sposób ciągły.

Spółeczeństwo winno być zachęcane i informowane o sposobach unikania czynników ryzyka, a także o dostępnych działaniach ochronnych.

### FORMY DZIAŁANIA

Internetowy portal informacyjny dla chorych oraz profesjonalistów medycznych, zawierający materiały do wtórnego wykorzystania przez samorządy, NGO itp. Portal powinien wykorzystywać najlepsze doświadczenia tego typu serwisów, w rodzaju *MedlinePlus* czy *National Library of Medicine*.

Doraźne i samodzielnie inicjowane działania edukacyjne organizowane przez różne instytucje i podmioty. Instytucje te powinny być zachęcane do wykorzystania informacji zgromadzonej i udostępnianej w internetowym portalu informacyjnym jw. oraz jej upowszechniania swoimi drogami.

Włączenie informacji o ryzyku zdrowotnym do programów nauczania na różnych etapach formalnej edukacji. Szkoły powinny być wspomagane i zachęcane do korzystania z materiałów publikowanych na portalu jw.

Edukacja zdrowotna kierowana do grup ryzyka zidentyfikowanych przez lekarzy poz. Lekarze winni zostać wyposażeni w materiały edukacyjne oraz powinni móc wykorzystywać materiały z portalu jw.

Szkolenia kierowane do lekarzy poz oraz innych lekarzy, dotyczące identyfikacji czynników ryzyka i metod przeciwdziałania im. Szkolenia winny odbywać się w ramach stałego doskonalenia kompetencji.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa specjalistów medycznych (głównie PTO) oraz komunikacji społecznej przy współpracy z CSIOZ

**Czas: 2012 r.**

Samorządy i organizacje pozarządowe, firmy komercyjne zachęcane do wykorzystania informacji zgromadzonej i udostępnianej w internetowym portalu informacyjnym jw.

**Czas: na bieżąco**

Ministerstwo Edukacji i kuratoria oświaty

**Czas: 2012 r.**

Lekarze i pielęgniarki poz w ramach kontraktu z NFZ

**Czas: 2012 r.**

CMKP, Kolegium Lekarzy Rodzinnych itp. w ramach szkoleń i doskonalenia kompetencji

**Czas: opracowanie *curriculum*, 2012 r.**

r.j.g.

## 1.3

## Skuteczna identyfikacja i objęcie poradnictwem genetycznym oraz profilaktyką wtórną osób rodzinie obciążonych rakiem jelita grubego

W wypadku osób rodzinie (genetycznie) obciążonych występowaniem raka jelita grubego konieczne jest wdrożenie mechanizmów ich skutecznej identyfikacji oraz roztoczenie skutecznego nadzoru o charakterze epidemiologicznym w formie odpowiedniego poradnictwa genetycznego i wczesnego wykrywania.

**FORMY DZIAŁANIA**

Identyfikacja postaci raka wraz z prawdopodobieństwem występowania obciążenia rodzinnego. Informowanie lekarza poz o prawdopodobieństwie obciążenia rodzinnego i zaangażowanie go w proces identyfikacji osób potencjalnie zagrożonych, z otoczenia chorego, w celu włączenia ich do grupy szczególnego nadzoru.

**KLUCZOWA ROLA /  
HARMONOGRAM**

Ośrodki onkologiczne, poradnie genetyczne, lekarze rodzinni działający na zlecenie NFZ, z wykorzystaniem systemu CSIOZ

**Czas:**

- **osiągnięcie poziomu 70% identyfikacji osób obciążonych rodzinie – 2015 r.**

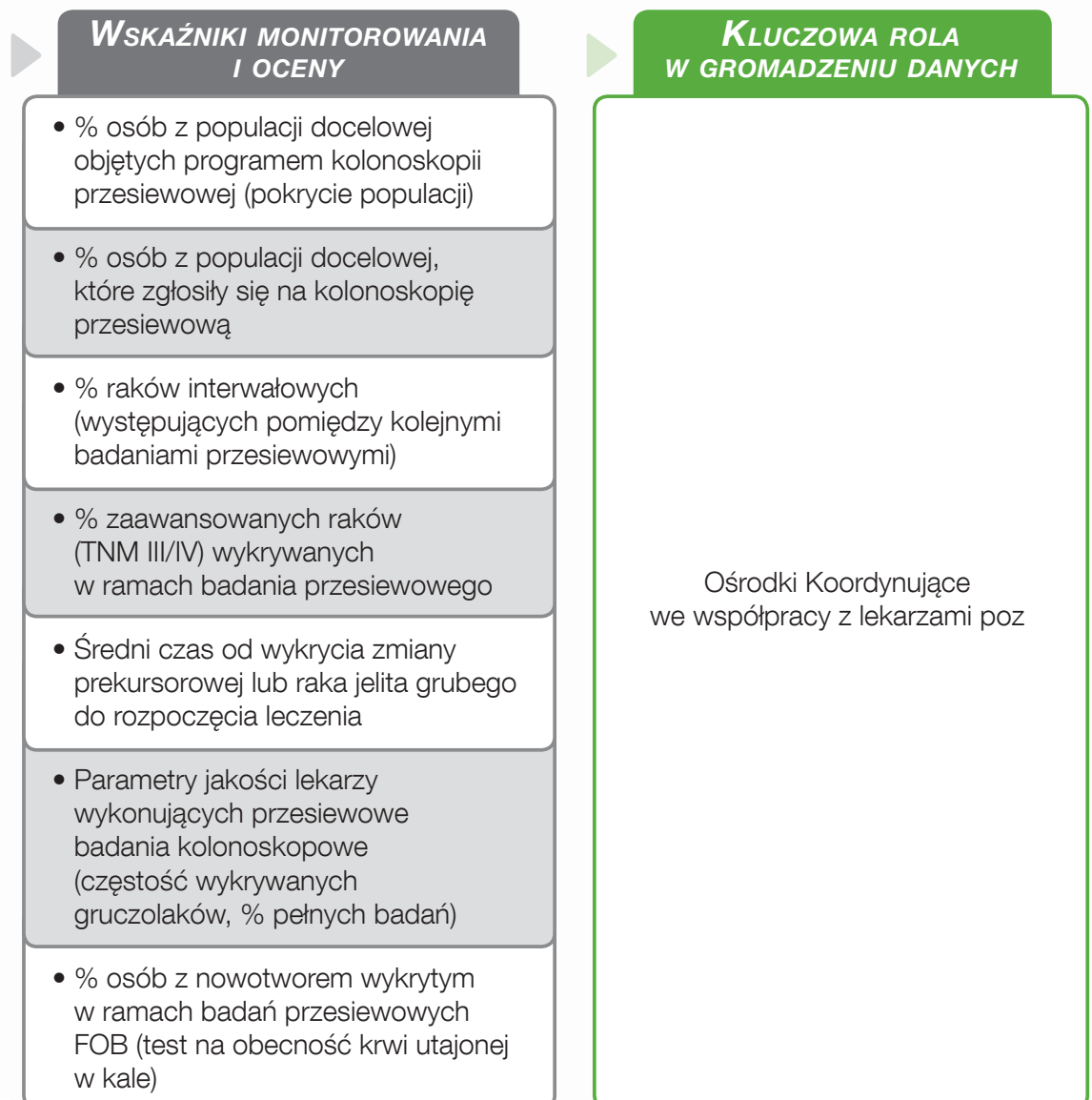


## Cel szczegółowy 2

### Zwiększenie skuteczności wtórnej profilaktyki raka jelita grubego

Sposobem skutecznej poprawy wyników leczenia raka jelita grubego jest zapobieganie jego rozwojowi poprzez usuwanie zmian prekursorowych oraz jego wczesne wykrywanie w populacyjnych badaniach przesiewowych. Szerokie upowszechnienie tych badań i ich skuteczna realizacja w określonych populacjach są podstawowym zadaniem na drodze do poprawy wyników leczenia.

Odpowiednie upowszechnienie badań przesiewowych jest możliwe tylko na drodze zorganizowanego programu populacyjnego ze ściśle zdefiniowaną grupą docelową. Należy wypracować skuteczne metody rekrutacji do programu oraz kontroli pokrycia populacji docelowej.

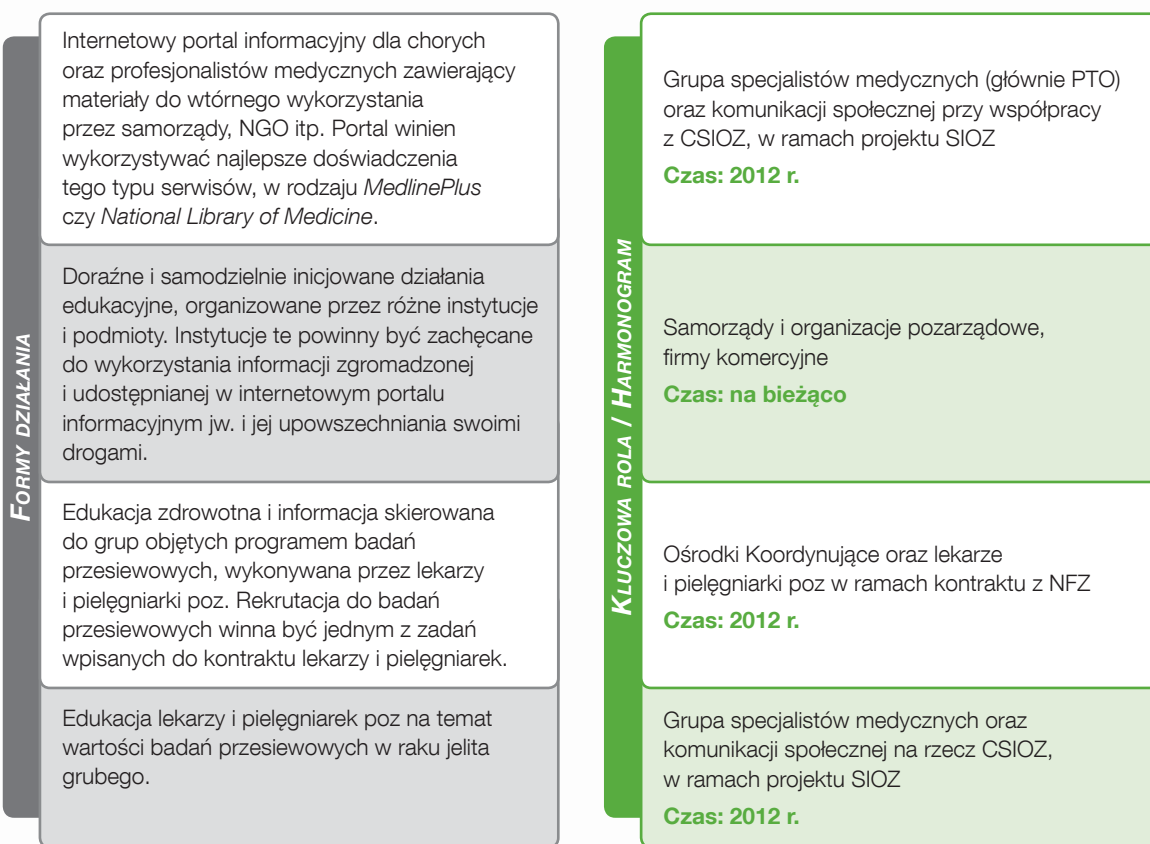


r.j.g.

## 2.1

## Prowadzenie skutecznych i uzasadnionych kosztowo działań edukacyjnych dotyczących zwalczania raka jelita grubego

Działalność edukacyjna na temat korzyści płynących z badań przesiewowych powinna być prowadzona w polskim społeczeństwie stale, z wykorzystaniem różnych kanałów komunikacyjnych i z uwzględnieniem różnych postaw poszczególnych grup docelowych.





## Monitorowanie zgłaszalności i dokonywanie oceny czynników determinujących zgłaszalność na badanie przesiewowe (*screening*)

Zgłaszalność na badania przesiewowe powinna być stale nadzorowana za pomocą szerokiego zakresu mierników (mierniki jakości procesu). Wyniki kontroli winny być poddawane analizie, w szczególności w zakresie czynników, które wpływają na zgłaszalność, leżących zarówno po stronie osób badanych, jak i poszczególnych wykonawców badań przesiewowych. Osiąganie oczekiwanych wyników w tym zakresie winno być nagradzane, a osiąganie wyników nieodpowiednich powinno skutkować niezbędnymi modyfikacjami i planami naprawczymi.

Należy zapewnić rozwój Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP), rozszerzyć jego działania na zwalczanie raka jelita grubego oraz udostępniać w większym stopniu jego dane i analizy w celu ich wykorzystania przez placówki odpowiedzialne za realizację i wspieranie *screeningu*.

### FORMY DZIAŁANIA

Wykonanie ekspertyzy nt. czynników warunkujących zgłaszalność na badania przesiewowe.

Ekspertyza może zostać wykonana w postaci:

- raportu opublikowanego przez autorytety w ww. dziedzinie, podsumowującego znane fakty
- raportu z badania prospektywnego z losowym doбором terminu badania przeprowadzonego w fazie wdrażania zorganizowanego programu zapraszanego.

Prowadzenie obserwacji i publikowanie danych statystycznych dotyczących zgłaszalności do badań w populacji:

- województwa
- powiatu
- danego lekarza poz
- objętej nadzorem danego ośrodka koordynującego.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Institucje naukowe i badawcze, działające na zlecenie MZ we współpracy z MNiSW

**Czas:**

- **ekspertyza – koniec 2011 r.**
- **wyniki badania – 2012 r.**

NFZ na podstawie gromadzonych danych, ew. udostępnienie danych (niespersonalizowanych) do wtórnego wykorzystania przez inne podmioty

**Czas:**

- **pierwsza publikacja na poziomie populacji województw i powiatów – 2011 r.**
- **pierwsza publikacja na poziomie populacji lekarzy rodzinnych – 2012 r.**

## Wypracowanie skutecznych metod zapewniania uczestniczenia w badaniach przesiewowych

Wysoka zgłaszalność jest kluczowym czynnikiem powodzenia programu i dlatego działania, które mają spełnić ten warunek, należy dostosować do potrzeb i charakterystyki docelowej populacji. Należy uznać, że spośród dostępnych metod przeprowadzania badań przesiewowych nie wszystkie są jednakowo akceptowane przez wszystkich potencjalnych uczestników, w rezultacie powodując niesatysfakcjonującą frekwencję.

Wynika z tego konieczność zaproponowania elastycznych zasad uczestnictwa w badaniach przesiewowych (jedno- lub dwuetapowych), starając się godzić powszechność ze skutecznością kliniczną i efektywnością kosztową. Docelowo należy rozważyć upowszechnienie metody jednoetapowej. Uznaje się, że minimalne docelowe pokrycie populacji programem przesiewowym powinno wynosić 95%, a minimalna docelowa zgłaszalność na badanie powinna wynieść 45%. Spośród różnych sposobów skutecznego naboru do badań przesiewowych należy zwrócić szczególną uwagę na rolę placówek opieki zdrowotnej, które najczęściej stanowią pierwszy punkt kontaktu chorych z systemem ochrony zdrowia. Dotyczy to szczególnie lekarzy rodzinnych, lekarzy prowadzących badania okresowe pracowników, lekarzy ginekologów oraz pielęgniarek środowiskowych i rodzinnych. Należy angażować, w miarę możliwości, wszystkie dostępne kanały informacji, w tym media, szkoły, kościoły itp. Trzeba dopuścić do wprowadzania innowacji organizacyjnych w metodach rekrutacji, pozwalających z jednej strony modyfikować mechanizm rekrutacji w zależności od charakterystyki lokalnej społeczności, a z drugiej dokonywać elastycznych, bieżących zmian w wypadku niesatysfakcjonującej skuteczności. Prawo dokonywania zmian organizacyjnych w programie winno być połączone z odpowiedzialnością za ich wynik.

### FORMY DZIAŁANIA

Na podstawie doświadczeń wynikających z dotychczas przeprowadzonych badań przesiewowych, dokonanie oceny skuteczności rekrutacji oraz efektywności kosztowej zwalczania raka jelita grubego z wykorzystaniem badań przesiewowych.

Wykonanie projektu zmian w organizacji i prowadzeniu programu badań przesiewowych w zakresie raka jelita grubego oraz odpowiedniego studium wykonalności.

Wdrożenie zmian w organizacji programu badań przesiewowych w raku jelita grubego.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Zespół ekspertów na zlecenie MZ

**Czas: 06.2013 r.**

Zespół ekspertów na zlecenie MZ

**Czas:**

- **opracowanie wstępnego modelu zmian w programach badań przesiewowych – 2011 r.**
- **wdrożenie nowego modelu prowadzenia badań przesiewowych – 2012–2021 r.**

## Wypracowanie skutecznych narzędzi utrzymania wysokiej jakości badań przesiewowych

Należy konsekwentnie stosować znane protokoły kontroli jakości badań oraz narzędzia stałej poprawy ich jakości, głównie poprzez wzajemne wsparcie poszczególnych grup profesjonalistów. Interpretacja i potwierdzanie wyników badań przesiewowych winny być zintegrowane (funkcjonalnie lub organizacyjnie) z dalszymi etapami diagnostyki i leczenia raka.

Należy zapewnić odpowiedni poziom kontroli jakości i monitorowania skuteczności, np. poprzez zaproszenie do udziału w badaniu w systemie losowego doboru jego terminu.

Należy uruchomić system akredytacji i okresowej reakredytacji ośrodków prowadzących badania przesiewowe. Należy zapewnić możliwość kontynuacji badań przesiewowych ośrodkom realizującym je w sposób satysfakcjonujący w poprzednich latach tak, aby zapewnić ciągłość badań i możliwość objęcia programem całej docelowej populacji. Należy wprowadzić odpowiedni system szkolenia dla lekarzy-nauczycieli, którzy będą następnie rozpowszechniać uzyskaną wiedzę w swoim ośrodku.

### FORMY DZIAŁANIA

Weryfikacja i dopracowanie kryteriów oraz systemu oceny jakości badań przesiewowych:

- jakość struktury – kryteria akredytacyjne
- jakość procesu – kryteria poprawności procesu przeprowadzania badań
- jakość wyniku – porównywanie efektów badań.

Wdrożenie systemu oceny jakości w wymiarach struktury, procesu i wyniku, w postaci:

- systemu akredytacji ośrodków prowadzących badania
- systemu nadzoru nad jakością badań
- zintegrowania systemów koordynatora programu z rejestrami populacyjnymi.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Eksperti medyczni (np. PTO) we współpracy z MZ, NFZ, CMJ

**Czas: wypracowanie modelu oceny jakości – 2011 r.**

CSIOZ, w ramach SIOZ, we współpracy z NFZ oraz CMJ i PTO

**Czas: wdrożenie modelu oceny jakości – 2012 r.**

## Wypracowanie i wdrożenie mechanizmu skutecznego prowadzenia osoby z podejrzeniem lub rozpoznaniem stanu wymagającego interwencji

Osoby z wykrytymi zmianami muszą być kompetentnie i z pełną empatią prowadzone przez cały proces diagnostyczny i leczniczy. Wsparcie organizacyjne, administracyjne oraz psychologiczne zapewniane osobie z wykrytymi zmianami nowotworowymi powinno doprowadzić do skrócenia okresu do ustalenia ostatecznego rozpoznania i podjęcia leczenia, zmniejszenia obaw związanych z wykryciem raka, a tym samym do zwiększenia skuteczności podejmowanych działań. Osiągnięcie tego winno też skłonić kolejne osoby do uczestniczenia w badaniach przesiewowych.

### FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie mechanizmu organizacyjnego i finansowego badań przesiewowych promującego integrację i koordynację procesu opieki, od etapu doboru kandydatów do badania, poprzez proces diagnostyki, do przekazania do ośrodka podejmującego terapię.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Eksperti medyczni (np. PTO) we współpracy z NFZ i MZ oraz środowiskami innych pracowników medycznych zaangażowanych w proces opieki

#### Czas:

- **wypracowanie modelu koordynowanej opieki nad osobą objętą badaniem przesiewowym, aż do etapu rozpoczęcia leczenia – 2012 r.**
- **wdrożenie modelu koordynowanej opieki nad osobą objętą badaniem przesiewowym, aż do etapu rozpoczęcia leczenia – 2013–2017 r.**

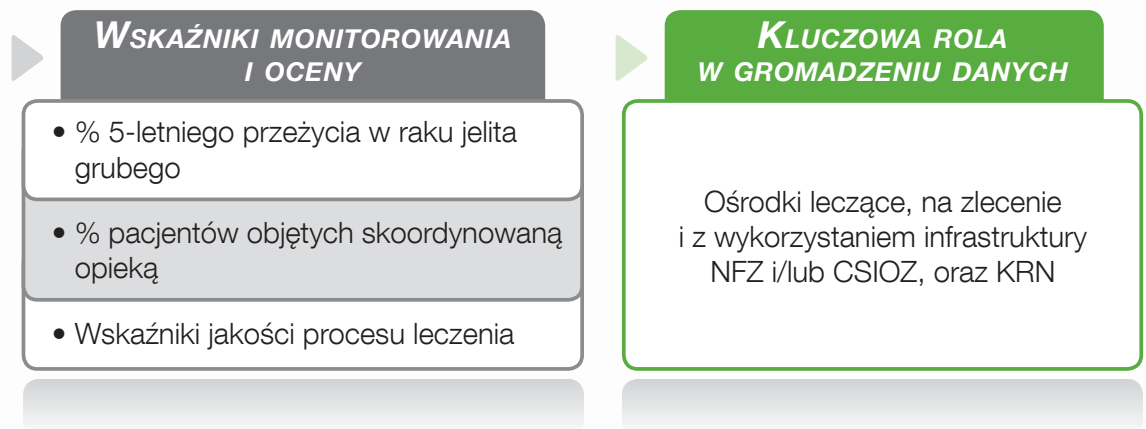


## Cel szczegółowy 3

### Poprawa skuteczności leczenia raka jelita grubego

Skuteczność leczenia raka jelita grubego, oprócz wczesnego wykrywania i ogólnego obciążenia zdrowotnego chorych, zależy od właściwego stosowania dostępnych metod terapeutycznych. Dobre praktyki leczenia raka jelita grubego, przedstawiane często w formie zaleceń terapeutycznych, obejmują wielodyscyplinarne podejście wyrażające się w praktyce w planowaniu terapii przez wielodyscyplinarne zespoły (np. tzw. *tumor boards*) oraz kojarzenia różnych form leczenia.

Wytyczne postępowania służą jako wskazówki, a nie twarda reguła postępowania, a także jako punkt odniesienia w procesach oceny jakości, szczególnie w wymiarze jakości procesu postępowania.



## Identyfikacja i pomiar czynników determinujących skuteczność leczenia raka jelita grubego w poszczególnych subpopulacjach mieszkańców Polski

Należy prowadzić stały nadzór jakości opieki zdrowotnej nad chorymi na raka jelita grubego w trzech wymiarach jakości: struktury, procesu i wyniku. W tym celu konieczne jest gromadzenie danych o charakterze rejestru i poddawanie ich systematycznej ocenie i interpretacji.

Należy dążyć do stopniowej koncentracji leczenia raka jelita grubego w specjalistycznych ośrodkach zapewniających możliwość pełnej integracji wszystkich etapów postępowania diagnostyczno-leczniczego. Efektem tego powinna być rosnąca sprawność organizacji i osób tam zatrudnionych w leczeniu nowotworu oraz zmniejszenie nieuzasadnionych różnic w metodach leczenia stosowanych w poszczególnych ośrodkach. Jedną z możliwych form organizacyjnych jest rozwój satelitarnych ośrodków działających pod nadzorem centralnych ośrodków leczenia raka.

### FORMY DZIAŁANIA

Wypracowanie listy wskaźników jakości opieki. Wskaźniki takie powinny łączyć następujące cechy:

- powinny się opierać na sprawdzonych międzynarodowych wzorcach oceny jakości opieki
- winny odpowiadać polskiej specyfice, w szczególności nawiązywać do opracowanych przez zespoły eksperckie zaleceń terapeutycznych
- powinny być możliwie mało obciążające administracyjnie
- winny być odporne na manipulacje.

Wdrożenie systemu monitorowania jakości opieki nad chorymi na raka jelita grubego. W tym celu uruchomione zostaną narzędzia informatyczne, których rolą będzie gromadzenie wybranych danych z procesu leczenia. Proces gromadzenia danych powinien być powiązany z rozliczaniem świadczeń zdrowotnych i poddany stałej kontroli jakości oraz walidacji. Wyniki badania jakości winny być przedstawiane publicznie, z odpowiednim komentarzem zapobiegającym formułowaniu nieuprawnionych (z powodu jakości danych lub krótkiego okresu obserwacji) wniosków.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa ekspertów z udziałem NFZ i CMJ  
Czas: 06.2012 r.

NFZ/CSIOZ, z eksperckim udziałem CMJ i PTO  
Czas: 12.2012–12.2014 r.

r.j.g.

## 3.2

## Wypracowanie i upowszechnienie dobrej praktyki postępowania w leczeniu raka jelita grubego

W procesie diagnostyczno-leczniczym raka jelita grubego wypracowano zestaw dobrych praktyk, które są często opisywane w postaci standardów lub wytycznych postępowania w tej dziedzinie. Polskie Towarzystwo Onkologiczne winno je upowszechniać we współpracy z innymi środowiskami zawodowymi zaangażowanymi w proces opieki nad chorymi na raka jelita grubego. Istnieje potrzeba wykorzystania wytycznych do kształtowania systemu monitorowania jakości opieki oraz kształtowania systemu finansowania tych świadczeń przez NFZ.

Promowane standardy postępowania powinny wyznaczać kierunki zmian w praktyce klinicznej i choć winny brać pod uwagę ograniczenia organizacyjne czy finansowe, nie powinny być nimi determinowane.

### FORMY DZIAŁANIA

Uaktualnienie wytycznych postępowania w diagnostyce, leczeniu i nadzorze nad chorymi na raka jelita grubego. Wytyczne postępowania od wielu lat są publikowane pod auspicjami różnych towarzystw naukowych i organizacji zrzeszających specjalistów medycznych.

Istnieje potrzeba ujednoczenia i opracowania krajowych wytycznych, wokół których istnieje *consensus* specjalistów wielu dziedzin uczestniczących w procesie diagnostyczno-terapeutycznym raka jelita grubego. Wytyczne powinny uwzględniać współczesny poziom wiedzy oraz możliwości polskiego systemu ochrony zdrowia.

Upowszechnienie wytycznych postępowania w diagnostyce, leczeniu i nadzorze nad chorymi na raka jelita grubego. Wytyczne te powinny być upowszechniane w postaci wystąpień na konferencjach i seminariach, winny znaleźć się w *curriculum* edukacyjnym odpowiednich grup lekarzy i innych pracowników medycznych. Powinny też stanowić podstawę do definiowania produktów kontraktowania przez NFZ.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa specjalistów pod auspicjami PUO

**Czas: 12.2011 r.**

PUO i PTO, przy udziale m.in. NFZ, MZ, CMKP, NIL i in.

**Czas: proces ciągły**

## Wypracowanie optymalnego modelu organizacji leczenia raka jelita grubego

Istnieją dobre wzorce organizacji leczenia chorych na raka jelita grubego, w których szczególną rolę odgrywa wielospecjalistyczne podejście do leczenia, wiążące leczenie zabiegowe z radioterapią i leczeniem systemowym, podobnie jak w przypadku tzw. *breast cancer units* (BCU) w odniesieniu do raka piersi.

Optymalny model organizacji powinien się wiązać ze stopniową koncentracją oraz międzyośrodkową koordynacją procesu leczenia, wszechstronnym podejściem oraz poddawaniem procesu leczenia stałej ocenie jakości.

Opracowany model opieki winien być wspierany adekwatnym systemem finansowania świadczeń i leków, promującym odpowiedzialność za wynik leczenia oraz racjonalizację nakładów. Ważne jest też praktyczne usunięcie finansowych ograniczeń dostępu do zweryfikowanych i skutecznych terapii.

### FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie szczegółowych założeń modelu zapewnienia zintegrowanej opieki (w ramach modelu podobnego do BCU) wraz z mechanizmem finansowania opieki nad chorymi na raka jelita grubego.

Na podstawie międzynarodowych doświadczeń oraz z uwzględnieniem krajowych uwarunkowań organizacyjnych i prawnych, opracowane zostaną założenia działania tego typu ośrodków w Polsce. Założenia winny mieć na tyle szczegółowy charakter, by można było przygotować na ich podstawie:

- program akredytacji/kwalifikacji do kategorii specjalizowanych ośrodków leczenia raka jelita grubego
- rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczące świadczeń tych ośrodków oraz warunków ich wykonywania
- zarządzenie Prezesa NFZ dotyczące odpowiednich postępowań konkursowych na wykonywanie świadczeń
- wskaźniki oceny jakości działania ośrodków.

Na podstawie ww. założeń uruchomienie pilotażowych projektów ośrodków leczenia raka jelita grubego. Celem pilotażu jest poddanie ocenie założeń tych ośrodków w polskich warunkach oraz zademonstrowanie społeczeństwu oraz pracownikom ochrony zdrowia korzyści wynikających z działania tego typu jednostek.

Do przygotowania i uruchomienia pilotażu zostaną wykorzystane środki wskazane przez MZ. Ministerstwo Zdrowia także, wspólnie z PTO, będzie pełnić nadzór nad pilotażem i dokona jego oceny po zakończeniu.

W przypadku pozytywnej oceny wyników pilotażu, program ulegnie rozszerzeniu, do uzyskania docelowej sieci ośrodków w kraju. W tym celu zostanie zdefiniowany określony produkt kontraktowania przez NFZ i mechanizm, w którym stopniowo chorzy na raka jelita grubego będą znajdowali się pod opieką tych ośrodków.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa ekspertów MZ, z udziałem PTO, NFZ i innych partnerów ze środowiska profesjonalistów

**Czas: 12.2011 r.**

MZ, NFZ z udziałem PTO

**Czas: początek pilotażu – 06.2012 r.**

MZ i NFZ, z wykorzystaniem funduszy europejskich

**Czas: początek programu – 01.2013 r.**



r.j.g.

## 3.4

## Uruchomienie skutecznych mechanizmów koordynacji procesu leczenia raka jelita grubego

Opieka nad osobą z rozpoznaną chorobą nowotworową jest długotrwałym procesem, rozpoczynającym się od uszczegóławiania rozpoznania, poprzez leczenie stosowane przez różnych specjalistów, po monitorowanie stanu i wykrywanie ewentualnych wznów (*follow-up*). Proces ten angażuje wielu specjalistów i ośrodków oraz wymaga odpowiedniej koordynacji (integracji). Istnieje konieczność udzielenia wsparcia pacjentom w korzystaniu z tego procesu w celowy i sprawny sposób, bez zbędnych opóźnień na poszczególnych etapach oraz zbędnego mnożenia interwencji. Wykreowanie odpowiedniej funkcji w systemie może być związane z wdrożeniem koncepcji tzw. zarządzania chorobą (*disease management*, DM). W szczególności należy zwrócić uwagę na współpracę przyszłych ośrodków leczenia raka jelita grubego z lekarzami poz.

## FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie założeń modelu koordynacji opieki wraz z mechanizmem finansowania opieki nad chorymi na raka jelita grubego. Działanie to winno objąć trzy wydzielone etapy:

- 1) etap wykrycia nowotworu – od badań przesiewowych oraz przypadkowych wykryć do pełnej diagnostyki zaawansowania raka
- 2) etap leczenia – od określenia planu leczenia do zakończenia wszystkich procedur terapeutycznych
- 3) etap monitorowania (*follow-up*) – od zakończenia procedur terapeutycznych do końca życia, lub, w przypadku niepowodzenia terapii, etap opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Uruchomienie pilotażowych projektów opieki koordynowanej (*disease management*, *case management*) w zakresie raka jelita grubego. Jedną z form opieki koordynowanej może być oferowana przez specjalistyczne ośrodki leczenia raka jelita grubego. Pozostałe formy opieki koordynowanej mogą dotyczyć etapu przesiewowo-diagnostycznego oraz etapu *follow-up* lub leczenia paliatywnego i hospicyjnego.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa ekspertów PTO wraz z NFZ, MZ oraz innych partnerów ze środowiska medycznego

**Czas: 06.2012 r.**

MZ, NFZ z udziałem ekspertów PTO

**Czas: 01.2013 r.**

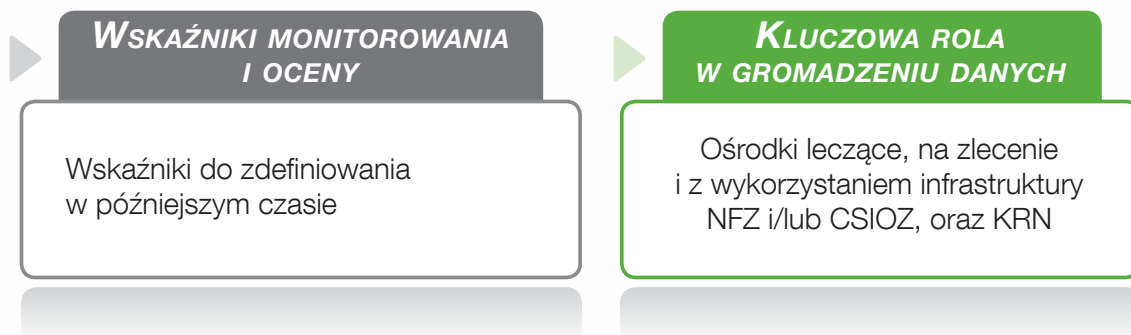
r.j.g.



## Cel szczegółowy 4

### Poprawa jakości życia chorych na raka jelita grubego

Choroba nowotworowa ma charakter przewlekły i oprócz samego faktu wyleczenia, ważna jest także jakość życia chorego. W tym kontekście konieczne jest zidentyfikowanie i właściwa odpowiedź na fizyczne i psychiczne potrzeby pacjenta ze strony podmiotów sprawujących tę opiekę.



r.j.g.

## 4.1

## Identyfikacja kluczowych pozamedycznych potrzeb chorych na poszczególnych etapach procesu diagnostyczno-terapeutycznego raka jelita grubego

Większość chorych na raka jelita grubego ma szereg potrzeb pozamedycznych, takich jak potrzeba wsparcia organizacyjnego czy psychicznego. Chorzy różnią się jednak zakresem i charakterem potrzeb, a system powinien być wrażliwy na te różnice i adekwatnie na nie odpowiadać.

## FORMY DZIAŁANIA

Ekspertyza w zakresie pozamedycznych potrzeb chorych leczonych z powodu raka jelita grubego. W tym celu należy dokonać przeglądu piśmiennictwa oraz przeprowadzić badanie jakościowe i ilościowe na reprezentatywnej próbie osób, które przeżyły tę chorobę.

Celem badania jest zidentyfikowanie najważniejszych pozamedycznych potrzeb tych chorych oraz dokonanie analizy różnic w zakresie tych potrzeb w poszczególnych grupach chorych.

KLUCZOWA ROLA /  
HARMONOGRAM

Eksperti medyczni i socjolodzy, we współpracy z MZ

**Czas: 06.2012 r.**

r.j.g.

## 4.2

## Uruchomienie skutecznych mechanizmów wsparcia chorych na raka jelita grubego

Proces opieki nad chorymi na raka jelita grubego, począwszy od wczesnego wykrycia, rozpoznawania, przez leczenie i obserwację po zakończonym leczeniu, powinien mieć charakter ciągły, skoordynowany i zintegrowany, mimo rozproszenia instytucji i zaangażowanych podmiotów.

W tym kontekście należy rozważyć rolę i zadania koordynatora opieki, odpowiadającego m.in. za wsparcie organizacyjne chorego ze strony systemu ochrony zdrowia. Szczególną uwagę trzeba zwrócić na aspekt psychologiczny wsparcia pacjenta w trudnych chwilach walki z nowotworem.

## FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie założeń wsparcia chorych na raka jelita grubego w sensie organizacyjnym (koordynacja opieki) oraz psychicznym (opieka psychologiczna). Działanie to powinno być zrealizowane w trzech wydzielonych etapach:

- 1) etap wykrycia nowotworu
- 2) etap leczenia
- 3) etap monitorowania (*follow-up*) lub, w przypadku niepowodzenia terapii, etap opieki paliatywnej i hospicyjnej.

KLUCZOWA ROLA /  
HARMONOGRAM

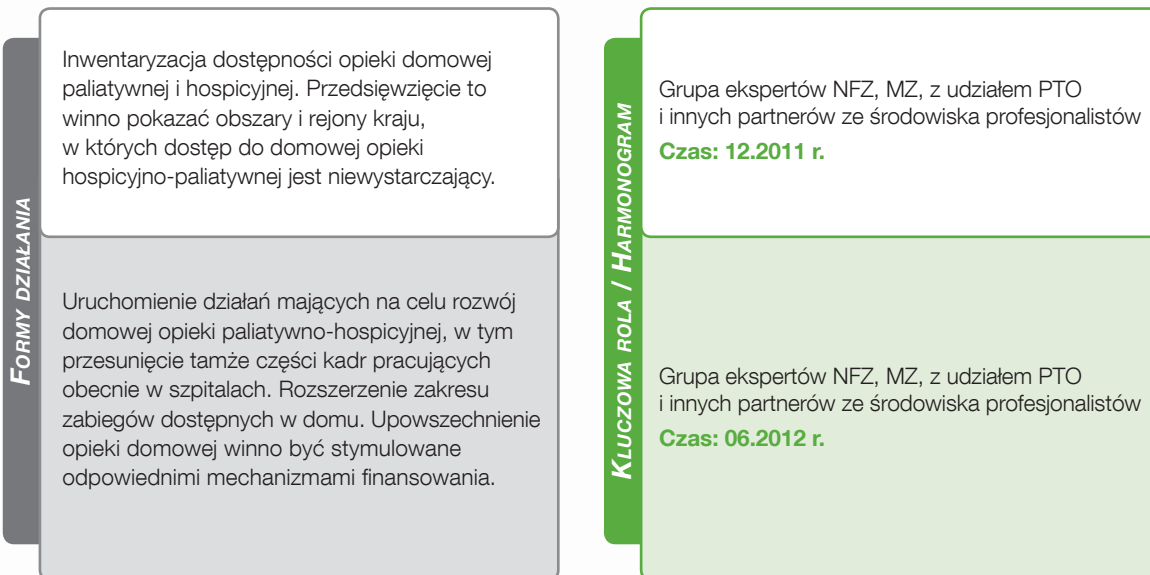
Grupa ekspertów PTO wraz z NFZ, MZ oraz innych partnerów ze środowiska medycznego

**Czas: 06.2012 r.**

## Rozwój paliatywnej opieki domowej i opieki hospicyjnej

W przypadku osób, których terapia zakończyła się niepowodzeniem, konieczne jest stworzenie warunków godnego i pozbawionego zbędnych cierpień spędzenia ostatniego okresu życia.

Uznając, że środowisko domowe jest najbardziej przyjazne i naturalne dla osoby na ostatnim etapie życia, należy zapewnić szczególne wsparcie opiece domowej paliatywnej i hospicyjnej.



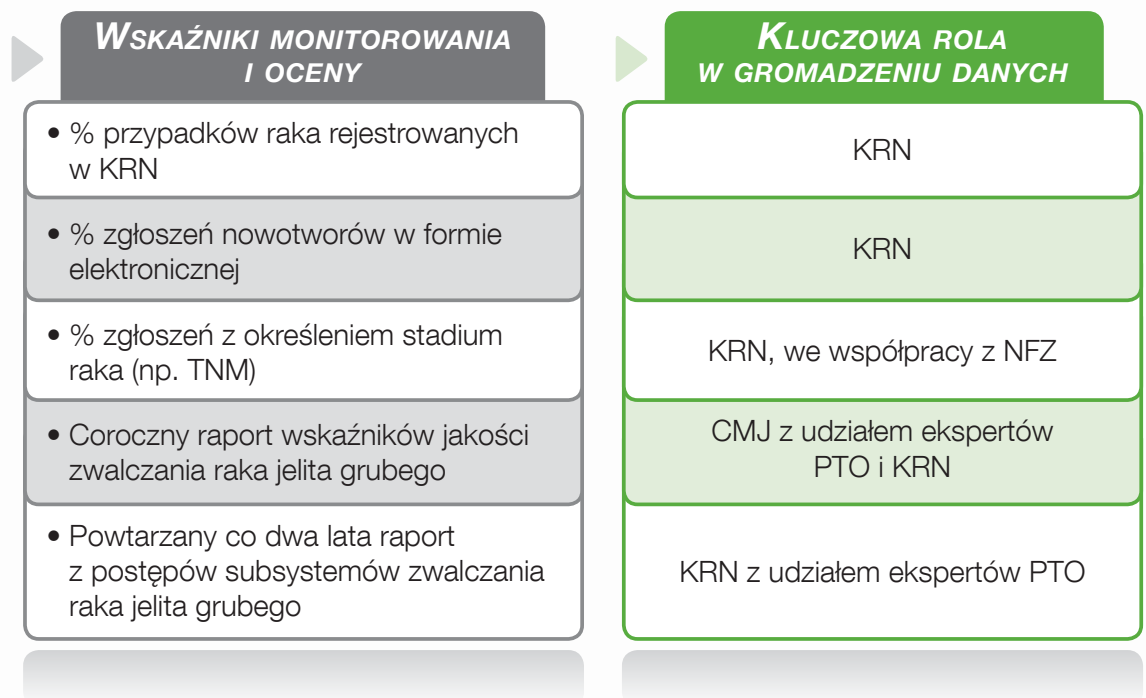


## Cel szczegółowy 5

### Zarządzanie systemem wsparte wyczerpującą informacją

Należy zapewnić wysokiej jakości informację o systemie zwalczania raka jelita grubego, w tym przeprowadzić i okresowo ponawiać określone działania przeglądkowe. Poszczególne składowe systemu powinny być poddane monitoringowi, w szczególności z punktu widzenia jakości prowadzonych działań i ich wyników.

Informacje na temat systemu zwalczania raka jelita grubego oraz procesów i osiągniętych wyników winny być w szczególności pozyskiwane z istniejących instytucji, takich jak Narodowy Fundusz Zdrowia czy Główny Urząd Statystyczny, a jednocześnie instytucje te powinny być wspomagane w osiągnięciu wysokiej jakości gromadzonych danych.



## Rozwój rejestru onkologicznego

Należy prowadzić dalszy rozwój rejestru chorób nowotworowych, pozwalający na skuteczną ocenę sytuacji epidemiologicznej oraz obserwację bliskich i odległych wyników leczenia. W szczególności istotna jest zasadnicza poprawa kompletności i wiarygodności gromadzonych danych. Należy rozważyć ściślejszą współpracę i dzielenie zasobów między KRN a NFZ, rozliczający świadczenia zdrowotne.



## Inwentaryzacja i planowanie zasobów organizacyjnych

Istnieje potrzeba inwentaryzacji i monitorowania rozwoju kadr i infrastruktury jednostek zaangażowanych w proces zwalczania raka jelita grubego na etapie rozpoznawania, leczenia i opieki po zakończeniu leczenia.

W oparciu o docelowy model opieki, należy opracować plan rozwoju infrastruktury i umożliwić jego realizację przez odpowiednie decyzje inwestycyjne.



r.j.g.

## 5.3

## Identyfikacja zasobów finansowych

Istnieje potrzeba obserwacji zasobów finansowych, dostępnych do wykorzystania w procesie zwalczania raka jelita grubego, oraz skutków ekonomicznych (obciążenia) występowania tej choroby w populacji.

## FORMY DZIAŁANIA

Ekspertyza nt. stanu zasobów, kadr i wskaźników jakości. Ekspertyza zostanie wykonana we współpracy z PTO i będzie rozszerzeniem tzw. „Białej Księgi”. Ma ona pozwolić przedstawić dane dotyczące infrastruktury, wydatków oraz parametrów medycznych w podziale na regiony kraju oraz w odniesieniu do poszczególnych placówek.

Uruchomienie „obserwatorium” systemu zwalczania nowotworów. Koncepcja obserwatorium polega na tym, że określona grupa ekspertów zaproszonych do współpracy przez PTO dokona okresowej, np. co dwa lata, oceny postępów w realizacji celów i podejmowaniu działań opisanych niniejszą strategią. Ocena ta będzie zawierać elementy analizy o charakterze naukowym, co wskazuje na potencjalne źródło.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Eksperci we współpracy z PTO

**Czas: 12.2011 r.**

Eksperci we współpracy z PTO i KRN

**Czas: okresowe raporty (co rok lub dwa lata)**



r.j.g.

## 5.4

## Budowanie podstaw naukowych

Środowiska naukowe, w szczególności Polskie Towarzystwo Onkologiczne, powinny uczestniczyć w wypracowywaniu i upowszechnianiu standardów i wytycznych postępowania medycznego. Opracowane standardy i wytyczne winny stanowić podstawę ciągłego kształcenia kadr oraz zarządzania procesem diagnostyczno-terapeutycznym w systemie opieki zdrowotnej.

## FORMY DZIAŁANIA

Uaktualnienie i upowszechnienie wytycznych postępowania w diagnostyce, leczeniu i nadzorze nad chorymi na raka jelita grubego. Wytyczne postępowania od wielu lat są publikowane pod auspicjami różnych towarzystw naukowych i organizacji zrzeszających specjalistów medycznych.

Istnieje potrzeba ujednoczenia i opracowania wytycznych krajowych, wokół których istnieje *consensus* specjalistów wielu dziedzin uczestniczących w procesie diagnostyczno-terapeutycznym raka jelita grubego. Wytyczne powinny uwzględniać współczesny poziom wiedzy oraz możliwości polskiego systemu ochrony zdrowia.

Upowszechnienie wytycznych postępowania w diagnostyce, leczeniu i nadzorze nad chorymi na raka jelita grubego. Wytyczne te powinny być upowszechniane w postaci wystąpień na konferencjach i seminariach, winny znaleźć się w *curriculum* edukacyjnym odpowiednich grup lekarzy i innych pracowników medycznych. Powinny też stanowić podstawę do definiowania produktów kontraktowania przez NFZ.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa specjalistów pod auspicjami PUO

**Czas: 12.2011 r.**

PUO i PTO, przy udziale m.in. NFZ, MZ, CMKP, NIL i in.

**Czas: proces ciągły**

r.j.g.

5.5

## Uruchomienie narzędzi informatycznych wsparcia procesu klinicznego

Opracowanie i wdrożenie systemu wspomaganie decyzji oraz wsparcia procesu diagnostyczno-terapeutycznego w formie tzw. *clinical pathways* w zakresie raka jelita grubego.

FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie i wdrożenie systemu informatycznego wsparcia procesu klinicznego opieki na pacjentami leczonymi na raka jelita grubego. System informatyczny winien być oparty na zaleceniach postępowania w chorobach nowotworowych i obejmować kluczowe elementy procesu opieki. Powinien służyć jako element rejestracji i sprawozdawania składowych procesu opieki, narzędzie ustalania harmonogramu i planu działań oraz oceny jakości.

KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Grupa ekspertów CSIOZ z udziałem specjalistów z PTO

**Czas: 12.2013 r.**

r.j.g.

5.6

## Weryfikowanie opłacalności interwencji

Należy prowadzić stałe lub okresowe działania polegające na identyfikacji procedur i procesów o największej opłacalności (efektywności ekonomicznej) w procesie zwalczania raka jelita grubego.

FORMY DZIAŁANIA

Ekspertyza w zakresie skuteczności klinicznej i efektywności ekonomicznej modelu postępowania klinicznego proponowanego w wytycznych postępowania. W związku z postępem nauk medycznych, rozwojem technologii i wiedzy medycznej, dodatkowo wspartej danymi nt. działalności polskiego systemu zwalczania nowotworów, ocena powinna być powtarzana w pewnych odstępach czasu, optymalnie co dwa lata.

KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Zespół badawczy wybrany do realizacji programu badawczego przez MZ z udziałem PTO

**Czas: 06.2012 r. i okresowo co 2 lata**

r.j.g.

5.7

## Opracowywanie planów i prognoz epidemiologicznych

Należy prowadzić prace planistyczne, opierające się na prognozach epidemiologicznych, a także analizy ekonomiczne (z określeniem przeciętnego kosztu leczenia chorego) w celu określenia priorytetów polityki zdrowotnej w obszarze zwalczania nowotworów w systemie ochrony zdrowia. Prognozy i plany powinny uwzględniać konieczność zaspokojenia wszystkich uzasadnionych potrzeb chorych na raka jelita grubego.

### FORMY DZIAŁANIA

Prognoza obciążenia ekonomicznego wynikającego z chorowania na raka jelita grubego i jego zwalczania. Prognoza powinna zawierać zarówno składową kosztów bezpośrednich (kosztów świadczeń i leków finansowanych przez NFZ), jak i kosztów pośrednich, finansowych oraz ekonomicznych. Wyzwaniem w wykonywaniu analizy kosztów pośrednich będzie wycena kosztów utraconych lat życia, co wymaga pewnego konsensusu społecznego.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Zespół badawczy wybrany do realizacji programu badawczego przez MZ z udziałem PTO

**Czas: 06.2012 r. i okresowo co 2 lata**

## Analiza regulacji prawnych pod kątem skuteczności działania systemu

Okresowo należy dokonywać analizy uregulowań prawnych pod kątem skuteczności zwalczania nowotworów. Odpowiednie analizy powinny być dokonane na etapie każdego z przedsięwzięć zakładających zmianę (np. zmiany w programie badań przesiewowych, procesie diagnostyczno-terapeutycznym).

### FORMY DZIAŁANIA

Ekspertyzy prawne winny zostać wykonane na etapie analizy działania systemu oraz projektowania zmian w systemie. Ze względu na znaczny wpływ regulacji prawnych na działanie osób i instytucji ochrony zdrowia, należy dokonać analizy obecnie istniejących regulacji pod kątem:

- zasadności (niezbędności) ich istnienia – uznając, że nadmiar regulacji, przy ich słabej egzekucji, prowadzi do tzw. inflacji prawa, podważania praworządności oraz powstawania wątpliwości co do sensu przestrzegania wszystkich regulacji
- jednoznaczności i klarowności – uznając, że prawo powinno być łatwe do zrozumienia i jednoznaczne w interpretacji
- umożliwienia innowacyjności organizacyjnej – uznając, że organizacja, podobnie jak technologia, jest przedmiotem stałej ewolucji i rozwoju, a postęp wymaga opracowania nowych sposobów i form organizacyjnych instytucji i procesów
- promocji najlepszych z możliwych efektów zdrowotnych zwalczania raka, przy zachowaniu niezbędnego poziomu autonomii decyzji obywateli, pomocniczości państwa, wolnego wyboru świadczeniodawców, wolności działalności gospodarczej i in.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

MZ z udziałem zainteresowanych środowisk, w tym PTO

**Czas: pierwsza analiza 06.2012 r.**

r.j.g.



## Cel szczegółowy 6

### Osiągnięcie wysokiej efektywności ekonomicznej prowadzonych działań

Uznając podstawowy problem ekonomii, tj. ograniczone zasoby, należy dokonywać racjonalnych wyborów i zapewnić wysoki poziom efektywności ekonomicznej prowadzonych działań.

#### WSKAŹNIKI MONITOROWANIA I OCENY

- Zmiana w zakresie przeżywalności leczonych na raka jelita grubego w stosunku do ponoszonych nakładów
- Uniknięcie zgonu w stosunku do kosztów systemu zwalczania raka
- Odzyskane lata życia w stosunku do kosztów systemu zwalczania raka

#### KLUCZOWA ROLA W GROMADZENIU DANYCH

PTO na podstawie danych KRN, NFZ i in.

r.j.g.

## 6.1

## Dążenie do osiągnięcia najwyższej efektywności alokacyjnej

Uwzględniając aspekt potrzeby bliskości terytorialnej z jednej i specjalizacji z drugiej strony, należy zaplanować średnio- i długoterminowo rozwój infrastruktury technicznej służącej zwalczaniu raka jelita grubego.

Procesy diagnostyczno-terapeutyczne powinny być koncentrowane w wyspecjalizowanych ośrodkach, co powinno doprowadzić do nabycia i utrzymania wysokiej sprawności działania. Pociąga to za sobą odpowiednie decyzje dotyczące inwestycji oraz kontraktowania świadczeń.

## FORMY DZIAŁANIA

Przygotowanie projektu optymalnego rozlokowania terytorialnego ośrodków leczących raka jelita grubego, uwzględniającego wymogi koncentracji i specjalizacji opieki oraz dostępności terytorialnej dla pacjentów.  
Przygotowanie modyfikacji organizacji badań przesiewowych raka jelita grubego, uwzględniającej konieczność wygody dostępu dla pacjentów oraz skuteczność i jakość badań.

## KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Eksperti PTO, działający na zlecenie MZ

**Czas: 06.2012 r.**

## Wspieranie najwyższej dostępnej efektywności technicznej

Uwzględniając wielospecjalistyczny charakter procesu diagnostyczno-terapeutycznego raka jelita grubego, należy promować optymalne sposoby postępowania (*clinical pathways*), stosując odpowiednie zachęty dla najbardziej skutecznych i efektywnych ośrodków klinicznych.

Efektywność należy ujmować w kontekście całego cyklu (procesu) diagnostyczno-terapeutycznego, a nie pojedynczego epizodu opieki (np. hospitalizacji), oraz w wymiarze populacyjnym.

### FORMY DZIAŁANIA

Opracowanie założeń modelu finansowania opieki nad chorymi na raka jelita grubego, promującego maksymalizację efektów klinicznych i pozaklinicznych, przy dostępnych środkach. Działanie to winno objąć trzy wydzielone etapy:

- 1) etap wykrycia nowotworu w badaniach przesiewowych lub przypadkowo, do pełnej oceny stopnia zaawansowania raka
- 2) etap leczenia – od określenia planu leczenia do zakończenia wszystkich procedur terapeutycznych, wraz z procedurami z zakresu chirurgii plastycznej
- 3) etap monitorowania (*follow-up*) – od zakończenia procedur terapeutycznych do końca życia, lub, w przypadku niepowodzenia terapii, etap opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Uruchomienie pilotażowych projektów opieki w zakresie raka jelita grubego. Jedną z form koordynowanej opieki może być oferowana przez wyspecjalizowane ośrodki, choć możliwe jest także działanie tych ośrodków w modelu nie stosującym rozwiązań koordynowanej opieki. Pozostałe formy koordynowanej opieki mogą dotyczyć etapu przesiewowo-diagnostycznego oraz etapu *follow-up* lub leczenia paliatywnego i hospicyjnego.

### KLUCZOWA ROLA / HARMONOGRAM

Eksperti MZ i NFZ, przy udziale specjalistów PTO

**Czas: 06.2012 r.**

MZ i NFZ, z wykorzystaniem funduszy europejskich

**Czas: początek programu – 01.2013 r.**









