



Ministerstwo Zdrowia

Sprawozdanie z realizacji w 2017 r. „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”

Warszawa, 2018 r.

Spis treści

Spis treści.....	2
Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024	3
Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych w 2017 r. – zestawienie zadań	7
Realizacja Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych w 2017 r.....	12
Ad 1. Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów.....	12
Ad 2. Program badań przesiewowych raka jelita grubego.....	30
Ad 3. Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe.....	36
Ad 4. Program badań w kierunku wykrywania raka płuca.	48
Ad 5. Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy.	55
Ad 6. Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów.....	59
Ad 7. Dopuszczenie zakładów radioterapii w Polsce.	61
Ad 8. Dopuszczenie klinik i oddziałów torakochirurgii w sprzęt do leczenia raka płuca.	66
Ad 9. Zakup endoprotez na potrzeby leczenia dzieci z nowotworami kości.....	69
Ad 10. Wsparcie psychologiczne dla pacjentów onkologicznych i ich bliskich.....	70
Ad 11. Program kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci.....	71
Ad 12. Program kontroli jakości w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci.....	74
Ad 13. Program kontroli jakości opieki nad dziećmi chorymi na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego.....	76
Ad 14. Program kontroli jakości opieki nad dziećmi z guzami łagodnymi.	77
Ad 15. Program oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym.	79
Ad 16. Szkolenie z zakresu onkologii dla lekarzy POZ.....	80
Ad 17. Szkolenie personelu medycznego w zakresie psychoonkologii.....	81
Ad 18. Wsparcie procesu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych.	82
Ad 19. Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów.....	84
Podsumowanie osiągniętych efektów	86
Epidemiologia.....	88

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024

Program został ustanowiony uchwałą nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” (M.P. z 2018 r. poz. 6).

Cel główny Programu

Głównym celem Programu jest dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce.

Priorytety Programu na lata 2016-2024

1. Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów.

Cele szczegółowe w ramach priorytetu:

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

2. Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów.

Cele szczegółowe w ramach priorytetu:

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

3. Wsparcie procesu leczenia nowotworów.

Cele szczegółowe w ramach priorytetu:

- 1) Poprawa wskaźnika przeżywalności osób chorych na nowotwory, ze szczególnym uwzględnieniem osób chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce;
- 2) Poprawa dostępności do sprzętu/aparatury medycznej służącej do leczenia nowotworów.

4. Edukacja onkologiczna.

Cel szczegółowy w ramach priorytetu:

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

5. Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów.

Cel szczegółowy w ramach priorytetu:

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

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

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

Zgodnie z treścią Programu, Minister Zdrowia może powierzyć realizację poszczególnych zadań lub działań Programu:

- 1) wskazanej przez siebie komórce organizacyjnej urzędu obsługującego Ministra Zdrowia;
- 2) jednostce podległej Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanej, na podstawie upoważnienia, w którym określa się rodzaj zadania lub działania powierzonego jednostce do realizacji oraz okres realizacji zadania lub działania;
- 3) realizatorowi niebędącemu jednostką, o której mowa w pkt 1 i 2, który został wskazany w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z późn. zm.);
- 4) realizatorowi niebędącemu jednostką, o której mowa w pkt 1 i 2, wybranemu w trybie konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz.1938, z późn. zm.).

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

Rodzaj nowotworu	Wskaźnik bazowy – 2012	Wskaźnik docelowy – 2024
Rak płuca	14,4%	15-18%
Rak piersi	72%	80-85%
Rak jelita grubego	46%	55-60%
Rak prostaty	67%	80-85%
Rak szyjki macicy	54%	62%

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

Miernik Programu	Wskaźnik bazowy	Wskaźnik docelowy – 2024
zgłaszalność na przesiewowe badania cytologiczne	44,40%	60%
zgłaszalność na przesiewowe badania mammograficzne	48,05%	60%
liczba osób przypadająca na 1 akcelerator w kraju i w poszczególnych województwach	273 019 mieszkańców na 1 aparat	200 000 mieszkańców na 1 aparat
liczba przeszkolonych osób w ramach Programu	–	przeszkolenie 3 000 osób
kompletność rejestracji danych o nowotworach złośliwych	92%	średnio w Polsce 95%

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych w 2017 r.

– zestawienie zadań

W Zestawieniu zadań Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na 2017 r., z planem na lata 2018-2019, przyjętym przez Ministra Zdrowia w dniu 23 lutego 2017 r., na realizację poszczególnych zadań Programu zaplanowano środki finansowe w wysokości: 250 000 000 zł, w tym: 140 500 000 zł w ramach środków majątkowych, 109 500 000 zł w ramach środków bieżących.

Zadania zaplanowane do realizacji w 2017 r.

1. Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów.
2. Program badań przesiewowych raka jelita grubego.
3. Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe.
4. Program badań w kierunku wykrywania raka płuca.
5. Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy.
6. Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów.
7. Doposażenie zakładów radioterapii w Polsce.
8. Doposażenie klinik i oddziałów torakochirurgii w sprzęt do leczenia raka płuca.
9. Zakup endoprotez na potrzeby leczenia dzieci z nowotworami kości.
10. Wsparcie psychologiczne dla pacjentów onkologicznych i ich bliskich.
11. Program kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci.
12. Program kontroli jakości w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci.
13. Program kontroli jakości opieki nad dziećmi chorymi na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego.
14. Program kontroli jakości opieki nad dziećmi z guzami łitymi.
15. Program oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym.
16. Szkolenie z zakresu onkologii dla lekarzy POZ.
17. Szkolenie personelu medycznego w zakresie psychoonkologii.
18. Wsparcie procesu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych.
19. Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów.

Budżet Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych w 2017 r.

L.p.	Nazwa zadania	Zaplanowane nakłady w 2017 r.	Kwota wydatkowana w 2017 r.		
		Łączny koszt (planowane)	Łączny koszt	Środki bieżące	Środki majątkowe
1.	Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów	11 326 200,00	6 653 832,96	6 653 832,96	-
2.	Program badań przesiewowych raka jelita grubego	60 672 746,60	48 609 673,27	48 605 208,37	4 464,90
	Badania kolonoskopowe w systemie zapraszanym oraz bez zaproszeń	59 227 746,60	47 165 208,37	47 165 208,37	-
	Koordinacja	1 445 000,00	1 444 464,90	1 440 000,00	4 464,90
3.	Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe	17 501 888,40	14 478 756,62	14 478 756,62	-
	Moduł I – wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika	15 200 762,40	13 093 155,00	13 093 155,00	-

	Moduł II - Wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy	1 984 816,00	1 189 596,00	1 189 596,00	-
	Moduł III – Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach z rzadkimi zespołami dziedzicznej predyspozycji do nowotworów	316 310,00	196 005,62	196 005,62	-
4.	Program badań w kierunku wykrywania raka płuca	3 450 000,00	3 449 907,09	3 449 907,09	-
5.	Koordinacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy	3 085 500,00	2 657 658,70	2 657 658,70	-
6.	Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów	33 899 931,10	30 292 700,35	45 107,78	30 247 592,57

	MRI	14 933 259,80	14 657 967,78	-	14 657 967,78
	Laboratoria genetyczne	18 966 671,30	15 634 732,57	45 107,78	15 589 624,79
7.	Doposażenie zakładów radioterapii w Polsce	90 595 068,90	88 895 929,76	-	88 895 929,76
8.	Doposażenie klinik i oddziałów torakochirurgii w sprzęt do leczenia raka płuca	13 000 000,00	12 073 557,92	-	12 073 557,92
9.	Zakup endoprotez na potrzeby leczenia dzieci z nowotworami kości	5 310 000,00	4 672 305,77	4 672 305,77	-
10.	Wsparcie psychologiczne dla pacjentów onkologicznych i ich bliskich	143 700,00	143 700,00	143 700,00	-
11.	Program kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci	1 548 765,00	1 258 500,42	1 258 500,42	-
12.	Program kontroli jakości w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci	227 700,00	227 623,80	227 623,80	-
13.	Program kontroli jakości opieki nad dziećmi chorymi na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego	372 450,00	372 450,00	372 450,00	-
14.	Program kontroli jakości opieki nad dziećmi z guzami litymi	347 600,00	266 927,50	266 927,50	-

15.	Program oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym	456 150,00	339 600,00	339 600,00	-
16.	Szkolenie z zakresu onkologii dla lekarzy POZ	96 294,00	56 487,95	56 487,95	-
17.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie psychoonkologii	280 006,00	190 937,68	190 937,68	-
18.	Wsparcie procesu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych	3 000 000,00	2 952 000,00	-	2 952 000,00
19.	Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów	4 686 000,00	4 235 489,74	4 235 489,74	-
	RAZEM	250 000 000,00	221 828 039,53	87 654 494,38	134 173 545,15

Na realizację zadań Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych w 2017 r. zaangażowano w ramach umów z realizatorami poszczególnych zadań środki budżetowe w wysokości 243 571 311,02 zł, w tym 104 630 930,96 zł stanowiły środki bieżące, a 138 940 380,06 zł środki majątkowe.

Wydatkowano łącznie środki budżetowe w wysokości 221 828 039,53 zł, w tym 87 654 494,38 zł stanowiły środki bieżące, a 134 173 545,15 zł środki majątkowe.

Wydatkowanie niepełnej kwoty zaplanowanej na realizację zadań wynikało przede wszystkim z niższej niż zakładano zgłaszalności na przesiewowe badania kolonoskopowe. Ponadto niewykorzystanie wszystkich środków przez realizatorów w stosunku do wartości zawartych umów spowodowane było tym, że w trakcie postępowań przetargowych realizatorzy uzyskiwali niższe (na podstawie ofert przetargowych) ceny zakupu specjalistycznych urządzeń i sprzętu, niż zostały określone w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia.

Realizacja Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w 2017 r.

Ad 1. Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów.

W ramach zadania pn. *Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów* przewidziano realizację działań na rzecz poprawy stanu wiedzy społeczeństwa w celu kształtowania postaw prozdrowotnych nakierowanych na przeciwdziałanie i zapobieganie zachorowaniom na nowotwory oraz na rzecz zwiększenia zgłaszalności społeczeństwa na badania profilaktyczne.

Nawiązano współpracę z ogólnopolskimi telewizjami oraz rozgłośniami w Polsce. Przewidziane zostały również działania edukacyjne w celu pogłębienia wiedzy na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe oraz czynników obniżających ryzyko zachorowania.

W ramach działań na rzecz ograniczenia palenia tytoniu i zwrócenia uwagi na problem nowotworów uwarunkowanych paleniem tytoniu, prowadzona była Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP), udzielająca pomocy i wsparcia przez telefon dla osób, których dotyczy problem palenia tytoniu, kontrola jakości udzielanych porad i konsultacji oraz prowadzenie bazy danych osób korzystających z usług TPPP.

Jako realizatorów zadania Minister Zdrowia wskazał:

- 1) Biuro Prasy i Promocji Ministerstwa Zdrowia – w zakresie prowadzenia działań o charakterze edukacyjno-informacyjnym (w latach 2016-2024);
- 2) Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie – w zakresie prowadzenia TPPP (w latach 2016-2017).

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację przedmiotowego zadania w 2017 r. wydatkowano kwotę 6 653 832,96 zł, w tym:

- 6 348 048,60 zł na realizację zadań Biura Prasy i Promocji,
- 305 784,36 zł na prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.

Realizacja zadania przez Biuro Prasy i Promocji.

1. Test o zdrowiu

4 października 2017 r. o godz. 20.25 (prime time) zrealizowany został Wielki Test o Zdrowiu, dotyczący zagadnień zdrowotnych ze szczególnym uwzględnieniem tematów profilaktyki nowotworowej. Celem testu było informowanie i edukowanie społeczeństwa w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki nowotworów.

Test był dedykowany odbiorcy telewizji publicznej. Składał się z 6 rund. W każdej rundzie szeroko komunikowany był aspekt zdrowia. Podkreślana była zdrowa dieta i aktywność fizyczna. W Teście wzięli udział przedstawiciele mediów, show businessu oraz polityki.

W ramach programu pojawiły się cztery felietony dotyczące profilaktyki nowotworowej:

- profilaktyka raka piersi,
- zdrowe żywienie,
- zdrowy tryb życia (rezygnacja z używek),
- szczepienia.

Program był emitowany na antenie telewizji oraz w specjalnie przygotowanym na potrzeby wydarzenia interaktywnym serwisie internetowym.

W ramach działań bezkosztowych na stronie internetowej znalazły się również materiały wideo o charakterze eksperckim, felietony dotyczące profilaktyki nowotworów, test w formie vod, testy on-line dla internautów i użytkowników smartfonów, galeria zdjęć, wideo nagrane w dniu Testu z gwiazdami, quizy dla użytkowników oraz artykuły o tematyce związane z profilaktyką. Prowadzona była również komunikacja w mediach społecznościowych. Promocja wydarzenia odbyła się w telewizji, prasie, radiu oraz Internecie.

2. Podejmowanie tematu w programach śniadaniowych

Zrealizowany został cykl felietonów w godzinach porannych o tematyce dotyczącej nowotworów i profilaktyki. W programach śniadaniowych wzięli udział eksperci ze wspomnianych zakresów, którzy przedstawiali najważniejsze informacje o omawianych nowotworach, wskazania profilaktyczne oraz perspektywy leczenia.

1) Pytanie na Śniadanie

Wyemitowano 10 odcinków programu Pytanie na Śniadanie.

AUDYCJE ZREALIZOWANE W PROGRAMIE PYTANIE NA ŚNIADANIE	
Emisja	Tematyka
19 czerwca 2017 r.	Profilaktyka raka skóry. Rozmowa z ekspertami z Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.
20 czerwca 2017 r.	Profilaktyka raka płuc. Rozmowa z ekspertami z Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.
21 czerwca 2017 r.	Profilaktyka raka jelita grubego. Rozmowa z ekspertem z Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie oraz dietetykiem klinicznym.

22 czerwca 2017 r.	Profilaktyka raka szyjki macicy i piersi. Rozmowa z ekspertami z Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.
23 czerwca 2017 r.	Profilaktyka raka jądra oraz gruczołu krokowego. Rozmowa z ekspertem z Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, psychoonkologiem oraz prezesem Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.
11 września 2017 r.	Profilaktyka nowotworowa. Rozmowa z ekspertem z Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, psychologiem i psychoterapeutą oraz ginekologiem-onkologiem
18 września 2017 r.	Nowotwory głowy i szyi. Rozmowa z bohaterką, która pokonała chorobę. Rozmowa z ekspertem, psychoonkologiem.
25 września 2017 r.	Nowotwory w ciąży. Rozmowa z bohaterką, która pokonała chorobę, rozmowa z ekspertem.
2 października 2017 r.	Białaczka szpikowa. Rozmowa z bohaterem, który pokonał chorobę. Rozmowa z ekspertem - onkologiem, rozmowa z przedstawicielem fundacji DKMS.
9 października 2017 r.	Nowotwory piersi i nowotwory kobiece.

2) Dzień Dobry Polsko!

Audycje emitowane były w okresie od dnia 4 października 2017 r. do dnia 26 października 2017 r.

AUDYCJE ZREALIZOWANE W PROGRAMIE DZIEŃ DOBRY POLSKO	
Emisja	Tematyka
5 października 2017 r.	Rak piersi
12 października 2017 r.	Rak głowy i szyi
19 października 2017 r.	Psychoonkologia
26 października 2017 r.	Rak szyjki macicy

19 października 2017 r.	Profilaktyka raka jelita grubego i raka prostaty
-------------------------	---

3. Miniaudycje tematyczne – „Strefa Zdrowia”

12-minutowe audycje o tematyce profilaktyki nowotworowej. Cały program przygotowywany był na potrzeby promowania działań profilaktycznych oraz badań wraz z charakterystyką wybranych nowotworów oraz zaleceniami specjalistów, jakie działania podjąć, by zmniejszyć ryzyko zachorowania. Program emitowany był na antenie TVP3.

AUDYCJE REALIZOWANE W PROGRAMIE „Strefa Zdrowia”	
Emisja	Tematyka
23 września 2017 r.	Profilaktyka Przekrojowa rozmowa z lekarzami i ekspertami na temat profilaktyki nowotworowej: badania, zdrowy tryb życia, Kodeks Walki z Rakiem, samobadanie. Informacja o Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym. Opowieści pacjentów.
30 września 2017 r.	Rak piersi Rozmowa z ekspertami i z Amazonkami
7 października 2017 r.	Rak szyjki macicy Rozmowa z lekarzami oraz rozmowa z pacjentką
14 października 2017 r.	Czerniak Rozmowa z ekspertami oraz pacjentką, która regularnie chodzi na badania
21 października 2017 r.	Jelito grube
28 października 2017 r.	Nowotwory męskie
4 listopada 2017 r.	Nowotwory głowy i szyi
11 listopada 2017 r.	Rak płuca

4. Zakup czasu antenowego w serialach

Temat badań i profilaktyki nowotworów poruszany był w serialach oraz programach tematycznych:

1) TVP:

- Na dobre i na złe – 2 odcinki emitowane w okresie od dnia 1 listopada 2017 r. do dnia -29 grudnia 2017 r. dotyczące badań cytologicznych.
- Barwy Szcześcia – 4 odcinki – w dniach 6, 8, 12, 21 grudnia 2017 r. dotyczące badań cytologicznych.

AUDYCJE REALIZOWANE W PROGRAMACH „Barwy Szcześcia” i „Na dobre i na złe”

Emisja	Tematyka	Uwagi
6 grudnia 2017 r.	Cytologia, badania profilaktyczne	Barwy Szczęścia odc. 1756
8 grudnia 2017 r.	Cytologia, badania profilaktyczne	Barwy Szczęścia odc. 1758
12 grudnia 2017 r.	Cytologia, badania profilaktyczne	Barwy Szczęścia odc. 1760
21 grudnia 2017 r.	Cytologia, badania profilaktyczne	Barwy Szczęścia odc. 1767
od dnia 1 listopada 2017 r. – do dnia 29 grudnia 2017 r.	Cytologia	Na dobre i na złe - odc. 688
od dnia 1 listopada 2017 r. – do dnia 29 grudnia 2017 r.	Cytologia	Na dobre i na złe - odc. 689

2) POLSAT

- Pierwsza Miłość – 5 odcinków emitowanych w okresie od dnia 1 września 2017 r. do dnia -31 października 2017 r.
- Galileo – 4 felietony emitowane w okresie od dnia 1 września 2017 r. do dnia -31 października 2017 r.

AUDYCJE REALIZOWANE W PROGRAMACH „Pierwsza Miłość” i „Galileo”		
Emisja	Tematyka	Uwagi
18 września 2017 r.	Cytologia, badania profilaktyczne, rak szyjki macicy	Pierwsza Miłość odc. 2528
20 września 2017 r.	Cytologia, badania profilaktyczne, rak szyjki macicy	Pierwsza Miłość odc. 2528
21 września 2017 r.	Cytologia, badania profilaktyczne, rak szyjki macicy	Pierwsza Miłość odc. 2531
26 września 2017 r.	Cytologia, badania profilaktyczne, rak szyjki macicy	Pierwsza Miłość odc. 2534
28 września 2017 r.	Cytologia, badania profilaktyczne, rak szyjki macicy	Pierwsza Miłość odc. 2536
8 października 2017 r.	Opalanie i rak skóry	Galileo odc. 641
15 października 2017 r.	Badania profilaktyczne	Galileo odc. 643
22 października 2017 r.	Cytologia, mammografia	Galileo odc. 645
29 października 2017 r.	Aktywność fizyczna	Galileo odc. 647

3) TRWAM

- Na Zdrowie (powtórki z 2016 r.) – 5 odcinków wyemitowanych w dniach 7, 14, 21 i 28 czerwca 2017 r.
- Na Zdrowie – 5 odcinków wyemitowanych w dniach 6, 13, 20 i 27 września 2017 r.

AUDYCJE REALIZOWANE W PROGRAMIE „Na Zdrowie”	
Emisja	Tematyka
7 czerwca 2017 r. powt. 8 czerwca 2017 r.	Nowotwory szyjki macicy i piersi
14 czerwca 2017 r. powt. 15 czerwca 2017 r.	Nowotwory skóry
21 czerwca 2017 r. powt. 22 czerwca 2017 r.	Nowotwór jelita grubego
28 czerwca 2017 r. powt. 29 czerwca 2017 r.	Nowotwory płuc
6 września 2017 r. powt. 7 września 2017 r.	Chłoniaki
13 września 2017 r. powt. 14 września 2017 r.	Nowotwory a ciąża
20 września 2017 r. powt. 21 września 2017 r.	Nowotwory głowy i szyi
27 września 2017 r. powt. 28 września 2017 r.	Nowotwory gruczołu krokowego

4) TV Puls

- Lekarze na start

AUDYCJE REALIZOWANE W PROGRAMIE „Lekarze na Start”		
Emisja	Tematyka	Uwagi
27 października 2017 r.	Rak szyjki macicy	Lekarze na Start odc. 40
3 listopada 2017 r.	rak skóry	Lekarze na Start odc. 44
7 listopada 2017 r.	Rak jądra	Lekarze na Start odc. 46
14 listopada 2017 r.	Rak szyjki macicy	Lekarze na Start odc. 51

5. Ponowna emisja spotu „Zdrowo jest wiedzieć”

Na antenie stacji telewizyjnych oraz w internecie emitowane były spoty „Zdrowo jest wiedzieć”, dotyczące badań cytologicznych i mammograficznych.

Spoty zostały wyemitowane na antenach następujących stacji:

- Telewizja Polska – 357 emisji:
 - 1.06.-30.06.2017 r.,
 - 1.09.-30.09.2017 r.
- Telewizja Polska – emisja w stacjach regionalnych – 2704 emisje:
 - 4.07.-31.07.2017 r.,
 - 11.08.-31.08.2017 r.,
 - 1.09.-30.09.2017 r.,
 - 1.10.-07.10.2017 r.
- Telewizja Polska – serwis VOD – emisje internetowe:
 - 1.09.-10.10.2017 r.
- Telewizja Trwam – 240 emisji:
 - 1.06-30.08.2017 r.,
 - 1.09-10.10.2017 r.
- Telewizja Polsat – 273 emisje:
 - 8-31.06.2017 r.,
 - 11.08.-10.10.2017 r.
- Telewizja Polsat – serwis Ipla – emisje internetowe - październik 151 172:
 - 8-31.06.2017 r.,
 - 11.08.-10.10.2017 r.
- TVN Player – emisje internetowe:
 - 1.09-10.10.2017 r.
- TVN, TVN Style, TVN24 BiŚ, HGTV – 352 emisje:
 - 1-11.10.2017 r.
- Telewizja Puls – 96 emisji:
 - 16.09 do 10.10.2017 r.

Łącznie w telewizji spoty wyemitowano **4 022 razy**. Dodatkowo działanie wsparte była emisją spotów w Internecie w formacie pre- i midroll.

6. Współpraca z rozgłośniami radiowymi

Zrealizowana została współpraca z Polskim Radiem oraz Radiem Zet. Umowy z RMF FM znajdują się wciąż na etapie negocjacji prawnych.

1) Radio Zet

W okresie od dnia 15 czerwca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2017 r. prowadzone były działania promujące Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych w Radiu Zet w programie „Życie jak Marzenie”, na antenie miniaudycji, programu Halo Zet oraz w zapowiedziach audycji (tzw. animacje DJ-skie).

AUDYCJE ZREALIZOWANE W RADIU ZET		
Nazwa audycji	Emisja	Tematyka
Podprowadzenie - psychoonkologia	17 czerwca 2017 r.	Zapowiedź rozmowy z psychoonkologiem. Osoby chorujące - holistyczne spojrzenie na siebie.
I wejście - psychoonkologia	17 czerwca 2017 r.	Rozmowa z psychoonkologiem - jak nie stracić energii życiowej w chorobie.
II wejście - psychoonkologia	17 czerwca 2017 r.	Rozmowa z psychoonkologiem - strategię radzenia sobie z chorobą nowotworową.

III wejście - psychoonkologia	17 czerwca 2017 r.	Rozmowa z psychoonkologiem - choroba jako etap w życiu człowieka.
Mini audycja	26 czerwca 2017 r.	Rozmowa z ginekologiem. Profilaktyka raka szyjki macicy. Zaproszenie na badania cytologiczne.
Mini audycja	26 czerwca 2017 r.	Rozmowa z ginekologiem. Profilaktyka raka szyjki macicy. Zaproszenie na badania mammograficzne.
Mini audycja	27 czerwca 2017 r.	Rozmowa z onkologiem. Chemioterapia u kobiet w ciąży. Zaproszenie na badania cytologiczne.
Mini audycja	27 czerwca 2017 r.	Rozmowa z onkologiem. Chemioterapia u kobiet w ciąży. Zaproszenie na badania mammograficzne.
Mini audycja	28 czerwca 2017 r.	Rozmowa z onkologiem. Profilaktyka nowotworów. Zaproszenie na badanie cytologiczne.
Mini audycja	28 czerwca 2017 r.	Rozmowa z onkologiem. Profilaktyka nowotworów. Zaproszenie na badanie mammograficzne.
Mini audycja	29 czerwca 2017 r.	Rozmowa z psychoonkologiem - holistyczna opieka, wspieranie osób chorujących i ich rodzin. Zaproszenie na badanie cytologiczne.
Mini audycja	29 czerwca 2017 r.	Rozmowa z psychoonkologiem - holistyczna opieka, wspieranie osób chorujących i ich rodzin. Zaproszenie na badanie mammograficzne.
Mini audycja	30 czerwca 2017 r.	Rozmowa z onkologiem - profilaktyka raka szyjki macicy i piersi. Zaproszenie na badania mammograficzne.
Mini audycja	30 czerwca 2017 r.	Rozmowa z onkologiem - profilaktyka raka szyjki macicy i piersi. Zaproszenie na badania cytologiczne.
Zapowiedź	62 spoty łącznie	Zapowiedź cyklu rozmów z ekspertami - Profilaktyka na wagę życia. Zaproszenie na badania cytologiczne.
Zapowiedź	62 spoty łącznie	Zapowiedź cyklu rozmów z ekspertami - Profilaktyka na wagę życia. Zaproszenie na badania mammograficzne.
Zapowiedź	62 spoty łącznie	Zapowiedź programu życie jak marzenie - profilaktyka nowotworowa. Zaproszenie na badania cytologiczne.
I wejście	22 czerwca 2017 r.	Rozmowa z przedstawicielką Fundacji Rak and Roll - jak mężczyźni powinni badać piersi swoich partnerek.

Wrzesień: Informowanie o czerniaku:

- 2 wejścia w „Życie jak Marzenie” + podprowadzenie,
- 11 zapowiedzi programu z treściami merytorycznymi,
- 1 wejście w Popołudniu z Radiem Zet.

Październik: rak piersi – w kontekście Miesiąca Świadomości Raka Piersi:

- 2 wejścia w „Życie jak Marzenie” + podprowadzenie,
- 11 zapowiedzi programu z treściami merytorycznymi,
- 1 wejście w Popołudniu z Radiem Zet,
- Wsparcie redakcyjne przez tydzień w ChilliZet (16 zapowiedzi akcji #NOMAKEUP”, 2 wejścia w programie „Dieta kontra Rak”, 14 zapowiedzi + wejście w programie „Emocjonalny Ład”, 3 wejścia w programie „Nastaw się na Chillout”),
- akcja #NOMAKEUP – redakcyjna akcja mająca na celu zaktywizowanie słuchaczek do badań (czas który kobieta poświęca na makijaż może poświęcić również na zbadanie piersi).

Listopad: rak płuca – w kontekście Światowego Dnia Rzucania Palenia

- 2 wejścia w „Życie jak Marzenie” + podprowadzenie,
- 11 zapowiedzi programu z treściami merytorycznymi,
- 1 wejście w Popołudniu z Radiem Zet,
- akcja całodniowa 16 listopada, cały dzień rozmowy na temat rzucania palenia,
- Antyradio – program „Odjechani”,
- Sonda w Meloradio „Najważniejsza osoba w życiu” - odpowiedzi na pytanie czy słuchacze się badają - czy mają dla kogo żyć?
- wsparcie internetowe.

Dodatkowo 15 emisji spotów na temat nowotworów szyi i głowy.

2) Polskie Radio

W okresie od lipca do września 2017 r. prowadzone były działania promujące Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych w programach „Cztery Pory Roku”, „Eureka”, „Instrukcja Obsługi Człowieka”, „Zapraszamy do Trójki” oraz dwa reportaże. Dodatkowo wyemitowane zostało 58 wskazań (36 wskazań w Jedynce i 22 w Trójce) oraz 80 spotów promocyjnych audycji (60 spotów w Jedynce i 20 spotów w Trójce) informujących o finansowaniu działań ze środków Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

AUDYCJE ZREALIZOWANE W POLSKIM RADIU W OKRESIE LIPIEC-SIERPIEŃ		
Nazwa audycji	Emisja	Tematyka
Cztery Pory Roku - Jedynka	4 lipca 2017 r.	Nowotwory skóry

	18 lipca 2017 r.	Cytologia
	8 sierpnia 2017 r.	Mammografia
	22 sierpnia 2017 r.	Nowotwory piersi
	5 września 2017 r.	Nowotwory jelita grubego
	19 września 2017 r.	Nowotwory macicy
Zapowiedzi	4 lipca 2017 r.	Czerniak
	18 lipca 2017 r.	Cytologia
	8 sierpnia 2017 r.	Rak piersi
	22 sierpnia 2017 r.	Rak piersi
	5 września 2017 r.	Nowotwory jelita grubego
	19 września 2017 r.	Rak szyjki macicy
Jedynka Eureka	13 lipca 2017 r.	Cytologia + zapowiedź
	27 lipca 2017 r.	Mammografia + zapowiedź
	10 sierpnia 2017 r.	Nowotwory skóry + zapowiedź
	17 sierpnia 2017 r.	Psychoonkologia + zapowiedź
	31 sierpnia 2017 r.	Nowotwory szyjki macicy + zapowiedź
	7 września 2017 r.	Nowotwory jelita grubego + zapowiedź
Zapraszamy do Trójki	5 lipca 2017 r.	Rak skóry
	26 lipca 2017 r.	Białaczka
	23 września 2017 r.	Palenie
	20 września 2017 r.	Rak jądra, rak gruczołu krokowego
Trójka Reportaż	13 lipca 2017 r.	Rak piersi
	6 września 2017 r.	Rak skóry
Trójka Instrukcja Obsługi Człowieka	18 lipca 2017 r.	Wpływ diety na powstanie chorób nowotworowych i odżywianie w czasie choroby + zapowiedź

	1 sierpnia 2017 r.	Dieta w chorobie nowotworowej + zapowiedź
	14 sierpnia 2017 r.	Co zrobić by zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania na raka - aktywność fizyczna
	14 września 2017 r.	Jak dbać o siebie by zminimalizować ryzyko choroby nowotworowej Wpływ diety na powstanie chorób nowotworowych i odżywianie w czasie choroby.
	28 września 2017 r.	Rak płuca, dieta i Europejski Kodeks Walki z Rakiem

W okresie od września do -listopada 2017 r. zrealizowano:

12 audycji w Programie 1 Polskiego Radia, w tym:

- 8 audycji w 4 panelach tematycznych w paśmie Cztery Porty Roku:
 - w jednej audycji dwa wejścia antenowe (godz. 9:20 i 9:40) – rozmowa z ekspertem na żywo,
 - każdy panel tematyczny poprzedzony 10 zapowiedziami antenowymi
- 4 audycje medycznych w paśmie Eureka:
 - audycje w paśmie między godz. 19:00 a 19:30,
 - 15-minutowe audycje z telefonicznym dyżurem eksperta

10 audycji w Programie Trzecim Polskiego Radia, w tym:

- 2 audycje Instrukcja Obsługi człowieka,
 - audycje o godz. 11:15.
- 5 materiałów redakcyjnych w ramach popołudniowego pasma Zapraszamy do Trójki,
 - audycje w paśmie między godz. 16:00 a 19:00.
- 3 reportaże emitowane w ramach popołudniowego pasma Zapraszamy do Czwórki.
 - reportaże o godz. 18:15.

Dodatkowo wyemitowane zostały 44 wskazania (24 wskazania w Jedynce i 20 w Trójce) oraz 59 spotów promocyjnych audycji (40 spotów w Jedynce i 19 spotów w Trójce) informujących o finansowaniu działań ze środków Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

7. Nagranie spotu radiowego

Zrealizowane zostało nagranie spotu radiowego informującego o możliwości przeprowadzania badań profilaktycznych w ramach NPZChN, który mógłby być emitowany na antenie stacji radiowych.

8. Promocja profilaktyki nowotworowej w okresie wakacyjnym

Korzystając z dużego zaangażowania telewizji w okresie letnim w promowanie zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej, niepalenia tytoniu oraz zasad bezpiecznego opalania realizowane było lokowanie wiedzy eksperckiej w materiałach telewizji śniadaniowej o tematyce związanej z „Europejskim Kodeksem Walki z Rakiem”. Emisje programów odbyły się ramach „Projektu Plaża” – akcji telewizyjnej przeprowadzanej na terenie największych miast nadmorskich.

AUDYCJE ZREALIZOWANE W TVN		
Nazwa audycji	Emisja	Tematyka
Felieton Wprowadzenie do Europejskiego Kodeksu walki z rakiem + „Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne”	24 czerwca 2017 r.	Omówienie tematyki nowotworów złośliwych skóry, w tym czerniaka złośliwego. Przekazanie informacji o tym, w jakich godzinach należy szczególnie unikać ekspozycji na promienie słoneczne, oraz o tym jak należy chronić się przed ich szkodliwym wpływem. Szczególne zwrócenie uwagi na konieczność zapewnienia ochrony małym dzieciom Przekazanie informacji o szkodliwości korzystania z solariów.
Felieton „Wystrzegaj się otyłości”	1 lipca 2017 r.	Omówienie tematyki nowotworów związanych z otyłością i nadwagą. Zwrócenie uwagi na te czynniki ryzyka. Przekazanie danych o liczbie osób z nadwagą i otyłością w Polsce. Wyjaśnienie czym jest otyłość, czym nadwaga, omówienie definicji współczynnika BMI oraz przekazanie informacji jak go obliczyć. Zwrócenie uwagi na to, że okres urlopowy jest dobrą okazją do wdrożenia zdrowych nawyków żywieniowych oraz podejmowania większej aktywności fizycznej.
Felieton „Bądź codziennie aktywny ruchowo, uprawiaj ćwiczenia fizyczne”	8 lipca 2017 r.	Omówienie tematyki aktywności fizycznej jako czynnika ochronnego przez zachorowaniem na nowotwory złośliwe. Przekazanie informacji o tym, jak często należy podejmować ćwiczenia fizyczne. Przekazanie informacji o sposobach na aktywny wypoczynek, możliwościach uprawiania sportu na urlopie. Promowanie idei podejmowania wspólnej aktywności fizycznej przez całą rodzinę przebywającą na wakacjach. Informacja o tym jak wprowadzać aktywność fizyczną do codziennego życia po powrocie z urlopu/wakacji.

Felieton „Spożywaj więcej warzyw i owoców: jedz co najmniej 5 porcji dziennie”	15 lipca 2017 r.	Omówienie tematyki zdrowego sposobu żywienia oraz nowotworów związanych z nieprawidłowym odżywianiem się. Wyjaśnienie dlaczego spożywanie warzyw i owoców może przyczyniać się do zapobiegania nowotworom. Zachęcenie widzów do częstego spożywania warzyw i owoców i korzystania z tego, że w okresie letnim mają do nich ułatwiony dostęp. Przekazanie informacji o tym, jak włączać owoce i warzywa do codziennej diety.
„Nigdy nie upijaj się. Jeśli pijesz alkohol – ogranicz jego spożycie. Abstynencja pomaga zapobiegać nowotworom”	22 lipca 2017 r.	Omówienie problematyki spożywania alkoholu jako czynnika zwiększającego ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe. Zwrócenie uwagi na to, że spożywanie alkoholu przyczynia się do znacznej liczby wypadków w okresie letnim. Przeprowadzenie wywiadu z ratownikiem, przedstawicielem Policji. Zwrócenie uwagi na problem spożywania alkoholu w obecności dzieci.
Felieton „Nie pal; jeśli palisz, rzuć! Jeśli jeszcze nie rzuciłeś, nie pal przy niepalących”	29 lipca 2017 r.	Omówienie problematyki palenia alkoholu jako najważniejszej przyczyny przedwczesnej umieralności spowodowanej nowotworami w Polsce. Przekazanie informacji o sposobach na zaprzestanie palenia oraz informacji o numerze Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym (801 108 108). Korzyści wynikające z zaprzestania palenia. Zachęcenie widzów do ochrony osób niepalących (a w szczególności dzieci) przed narażeniem na dym tytoniowy.
Felieton „Mammografia”	5 sierpnia 2017 r.	Zwiększenie zgłaszalności na badania w kierunku raka szyjki macicy kobiet w wieku 25–59, zgłaszalności na badania w kierunku raka piersi kobiet w wieku 50–69; co 36 miesięcy u kobiet w wieku od 25 do 59 lat; cytologia co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 25 do 59 lat obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV – typem wysokiego ryzyka).

Felieton „Cytologia”	12 sierpnia 2017 r.	Zwiększenie zgłaszalności na badania w kierunku raka szyjki macicy kobiet w wieku 25–59, zgłaszalności na badania w kierunku raka piersi kobiet w wieku 50–69; co 36 miesięcy u kobiet w wieku od 25 do 59 lat; cytologia co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 25 do 59 lat obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV – typem wysokiego ryzyka).
Rozmowa na żywo w kawiarence TVN, „Europejski kodeks walki z rakiem”	19 sierpnia 2017 r.	Omówienie/podsumowanie „Europejskiego kodeksu walki z rakiem” – podsumowanie. Zapraszamy eksperta i przez cały czas trwania programu każdy będzie miał możliwość spotkania z ekspertem i porozmawiania o profilaktyce; np. sprawdzenie kondycji skóry po okresie wakacyjnym.

9. Dodatkowe działania medialne

Z uwagi na niską zgłaszalność na bezpłatne badania profilaktyczne w mniejszych miejscowościach Biuro Prasy i Promocji przeprowadziło rozeznanie rynku wśród telewizji regionalnych w celu wyłonienia listy programów o tematyce zdrowotnej. Na podstawie rozeznania rynku oraz analizy ofert przesłanych przez telewizje regionalne do realizacji zadania *Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów* zostały wybrane następujące programy:

- 1) TVP Bydgoszcz – „Zwrotnik Raka” – 6 odcinków;
- 2) TVP Poznań – „Medycyna i Ty” – 8 odcinków;
- 3) TVP Kraków – „Zdrowa rodzina dzień zaczyna” – 10 odcinków;
- 4) TVP Warszawa – „Alchemia zdrowia i urody” – 6 odcinków;
- 5) TVP Lublin – „Szlachetne Zdrowie” – 5 odcinków;
- 6) TVP Lublin – 16 emisji felietonu profilaktycznego emitowanych w okresie od dnia 4 października 2017 r. do dnia 29 października 2017 r.;
- 7) TVP Olsztyn – „Rak to nie wyrok” – 12 odcinków.

Wyżej wskazane programy dały możliwość dotarcia bezpośrednio do odbiorcy regionalnego. Ich celem było zaprezentowanie możliwości i miejsc, w których można przeprowadzić bezpłatne badania profilaktyczne w danym regionie.

11. Badanie postaw wobec zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworowej w całej populacji oraz postaw wobec raka szyjki macicy oraz piersi wśród kobiet.

Realizacja umowy została zakończona z dniem 21 lipca 2017 roku. Wyłoniona firma – Millward Brown przeprowadziła badanie, dzięki któremu uzyskano wyniki stanowiące wkład do przeprowadzenia postępowania dotyczącego strategii ogólnopolskiej kampanii informacyjno-

promocyjnej. Nadzór nad realizacją badania sprawował ekspert w dziedzinie badań społecznych.

Efektem badania jest identyfikacja obszarów wiedzy i niewiedzy we wspomnianym zakresie, stosunek Polaków do zachowań ryzykownych, analiza zróżnicowania społecznego oraz regionalnego w nastawieniu do badań przesiewowych oraz zachowań ryzykownych, identyfikacja potencjalnych kierunków strategii kampanii informacyjnych oraz wypracowanie miękkich wskaźników do mierzenia efektywności kampanii informacyjnej.

Raport dotyczący *Badania postaw wobec zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworowej wśród mieszkańców Polski ze szczególnym uwzględnieniem postaw Polek wobec raka szyjki macicy i raka piersi*, został zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia: <https://www.gov.pl/zdrowie/badanie-postaw-w-zakresie-profilaktyki-nowotworowej-wsrod-mieszkancow-polski>.

W przyszłości planowane jest przeprowadzenie drugiego badania, które pozwoli porównać postawy odbiorców przed i po przeprowadzonej przez BPiP kampanii informacyjno-promocyjnej.

14. Wyprodukowanie materiałów informacyjnych dotyczących profilaktyki do przekazania do jednostek podległych oraz w ramach organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia wydarzeń.

Wyprodukowane i rozesłane zostały ulotki dotyczące:

- a) raka szyjki macicy i badań cytologicznych – 599 092 sztuk,
- b) raka piersi i badań mammograficznych – 617 343 sztuk,
- c) raka jelita grubego i badań kolonoskopowych – 503 993 sztuk,
- d) profilaktyki raka – 591 393 sztuk,
- e) karmienia piersią – 441 893 sztuk,
- f) zagrożeń wynikających z palenia papierosów – 847 343 sztuk,
- g) raka skóry – 628 943 tys. sztuk.

oraz plakaty dotyczące:

- a) raka szyjki macicy i badań cytologicznych – 38 375 sztuk,
- b) raka piersi i badań mammograficznych – 39 465 sztuk,
- c) raka jelita grubego i badań kolonoskopowych – 36 050 sztuk,
- d) profilaktyki raka – 39 735 sztuk,
- e) zagrożeń wynikających z palenia papierosów – 46 375 sztuk.

Ulotki i plakaty zostały wysłane do następujących jednostek:

- Narodowy Fundusz Zdrowia – 16 podmiotów,
- Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych,

- fundacje zajmujące się tematyką onkologiczną – 7 podmiotów,
- konsultanci krajowi ds. onkologii – 1 zgłoszenie,
- Narodowe Centrum Krwi,
- Główny Inspektorat Sanitarny – 16 podmiotów,
- Krajowe Centrum ds. Aids,
- wojewódzkie centra onkologiczne – 12 podmiotów,
- inne – 5 podmiotów.

Łącznie materiały przesłano do 60 podmiotów.

Dodatkowo BPIp na stronie www.mz.gov.pl/profilaktyka udostępniło informację prasową na temat akcji Ministerstwa Zdrowia oraz plakaty i ulotki do pobrania.

Zgłaszalność kobiet w wieku 50-69 lat na badania mammograficzne w 2017 r.

Nazwa OW NFZ	Roczna populacja do przebadania	Liczba osób przebadanych w ramach programu profilaktycznego w roku 2017	% objęcia populacji programem profilaktycznym	Liczba osób przebadanych w AOS w 2017 roku, które w tym samym roku nie były badane w ramach programu profilaktycznego	Liczba osób przebadanych w AOS w 2017 roku, które nie badały się w ramach programu profilaktycznego w okresie interwału (1.01.2016 - 31.12.2017)	% objęcia populacji badaniami cytologicznymi kol. (3+6)/2
1	2	3	4	5	6	7
DOLNOŚLĄSKI	215 649	77 777	36,07%	5 474	4 682	38,24%
KUJAWSKO-POMORSKI	146 958	61 424	41,80%	6 164	5 669	45,65%
LUBELSKI	146 249	59 828	40,91%	3 661	3 166	43,07%
LUBUSKI	72 976	37 128	50,88%	1 704	1 539	52,99%
ŁÓDZKI	184 671	76 478	41,41%	4 367	3 728	43,43%
MAŁOPOLSKI	217 785	68 748	31,57%	9 768	8 889	35,65%
MAZOWIECKI	370 119	117 520	31,75%	22 660	20 551	37,30%
OPOLSKI	71 903	25 128	34,95%	4 104	3 854	40,31%
PODKARPACKI	137 972	50 211	36,39%	3 668	3 291	38,78%
PODLASKI	80 700	25 822	32,00%	2 005	1 765	34,18%
POMORSKI	155 512	63 285	40,69%	8 384	7 482	45,51%
ŚLĄSKI	341 703	141 247	41,34%	17 239	15 521	45,88%
ŚWIĘTOKRZYSKI	88 402	34 571	39,11%	3 875	3 544	43,12%
WARMIŃSKO-MAZURSKI	100 600	41 829	41,58%	2 868	2 491	44,06%
WIELKOPOLSKI	234 905	108 222	46,07%	6 815	6 033	48,64%

ZACHODNIO POMORSKI	126 200	51 687	40,96%	6 857	6 101	45,79%
Razem	2 692 304	1 040 905	38,66%	109 613	98 306	42,31%

Źródło danych – NFZ stan na dzień 7.06.2018 r.

Zgłaszalność kobiet w wieku 25-59 lat na badania cytologiczne w 2017 r.

Nazwa OW NFZ	Roczna populacja do przebadania	Liczba osób przebadanych w ramach programu profilaktycznego w roku 2017	% objęcia populacji programem profilaktycznym	Liczba osób przebadanych w AOS w 2017 roku, które w tym samym roku nie były badane w ramach programu profilaktycznego	Liczba osób przebadanych w AOS w 2017 roku, które nie badały się w ramach programu profilaktycznego w okresie interwału (1.01.2015 - 31.12.2017)	% objęcia populacji badaniami cytologicznymi kol. (3+6)/2
1	2	3	4	5	6	7
DOLNOŚLĄSKI	248 475	37 992	15,29%	34 911	24 948	25,33%
KUJAWSKO-POMORSKI	175 090	24 919	14,23%	44 614	33 114	33,14%
LUBELSKI	174 094	22 702	13,04%	32 926	23 941	26,79%
LUBUSKI	86 255	12 725	14,75%	21 643	12 077	28,75%
ŁÓDZKI	204 735	25 790	12,60%	36 739	26 060	25,33%
MAŁOPOLSKI	286 777	39 844	13,89%	45 276	29 636	24,23%
MAZOWIECKI	459 436	49 634	10,80%	103 188	81 517	28,55%
OPOLSKI	87 507	14 422	16,48%	6 721	4 658	21,80%
PODKARPACKI	179 048	23 822	13,30%	44 442	30 534	30,36%
PODLASKI	99 998	17 811	17,81%	12 355	8 151	25,96%
POMORSKI	196 161	32 083	16,36%	50 857	35 375	34,39%
ŚLĄSKI	393 656	65 999	16,77%	58 799	38 702	26,60%
ŚWIĘTOKRZYSKI	101 414	15 140	14,93%	16 384	11 605	26,37%
WARMIŃSKO-MAZURSKI	121 058	25 951	21,44%	23 170	12 258	31,56%
WIELKOPOLSKI	295 202	29 342	9,94%	105 595	79 763	36,96%
ZACHODNIO POMORSKI	143 452	27 836	19,40%	13 415	7 405	24,57%
Razem	3 252 358	466 012	14,33%	651 035	459 744	28,46%

Źródło danych – NFZ stan na dzień 7.06.2018 r.

Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP)

Przedmiotowe zadanie miało na celu realizację działań ukierunkowanych na ograniczenie palenia tytoniu w społeczeństwie polskim i zwrócenie uwagi na problem nowotworów

uwarunkowanych paleniem tytoniu. W ramach Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym, będącej jednym z narzędzi promocji zdrowia i profilaktyki chorób nowotworowych, udzielano pomocy i wsparcia przez telefon osobom, których dotyczy problem palenia tytoniu. Działanie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym promowane było poprzez funkcjonowanie strony internetowej www.jakrzucicpalenie.pl oraz profilu na portalu Facebook.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację zadania w 2017 r., łącznie wydatkowano środki finansowe w wysokości 305 784,36 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

W 2017 r. Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP) pracowała przez 250 dni robocze, od poniedziałku do piątku w godz. 11.00 – 19.00. W TPPP porad i konsultacji udzielał sześciuosobowy zespół, którego kwalifikacje i umiejętności podnoszone są dzięki corocznym cyklom szkoleń.

Liczba konsultacji i porad udzielonych w ramach Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym w 2017 r.

Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (801 108 108)	Liczba
Konsultacje reaktywne (inicjowane przez osobę dzwoniącą)	9409
Konsultacje proaktywne (inicjowane przez konsultanta)	613

W celu zapewnienia wysokiej jakości poradnictwa oraz przeciwdziałaniu nadmiernemu obciążeniu psychicznemu terapeutów, przeprowadzono cykl czterech superwizji zespołu TPPP w dniach: 14 czerwca, 20 czerwca, 29 sierpnia i 26 października. Uczestnicy mieli możliwość konsultowania pracy własnej z użytkownikami TPPP, uzyskali pomoc w identyfikowaniu trudności i mocnych stron w pracy z osobami dzwoniącymi, wymienili się doświadczeniami, wzajemnymi obserwacjami, a także wspólnie poszukiwali źródeł trudności i wypracowali ich rozwiązania. Wspólna analiza sposobu prowadzenia poradnictwa, zastosowanych technik i narzędzi pozwalała identyfikować trudności, obszary problemowe poszczególnych konsultantów oraz zaproponować nowe strategie interwencji. Analizowane były również emocje doradców, przeżywane w kontakcie z rozmówcami oraz ich wpływ na relacje terapeutyczną. Ta forma pracy, konfrontując konsultantów z własną emocjonalnością pozwalała na ukierunkowanie pracy z klientami na poziomie poznawczym i tym samym wpływało na jakość prowadzonego poradnictwa.

Przez cały okres realizacji Programu prowadzono bazę danych osób korzystających z usług TPPP. Dodatkowo, na bieżąco analizowano jej funkcjonalność i wprowadzano niezbędne modyfikacje.

Przez cały rok 2017 prowadzona była aktualizacja strony www.jakrzucicpalenie.pl i profilu na portalu Facebook. Prowadzono działania informacyjno-promocyjne, w celu dotarcia z pomocą do najszerszej części populacji. Na stronie www.jakrzucicpalenie.pl odnotowano 1 835 792 odsłony, a łączna liczba wyświetleń treści na portalu Facebook osiągnęła poziom 6705.

Ponadto, w trybie ciągłym prowadzono korespondencję z użytkownikami strony www.jakrzucicpalenie.pl. W okresie styczeń-grudzień 2017 odpowiedziano na 186 listów od internautów. Otrzymywano głównie zapytania dotyczące metod rzucania palenia, środków farmakologicznych wspierających proces rzucania palenia lub sposobów łagodzenia objawów odstawiennych. Internauci interesowali się również zagadnieniami związanymi z problemem utrzymania prawidłowej masy ciała, utrzymywaniem się uczucia rozdrażnienia i napięcia, problemem utrzymywania się chęci palenia i występowania symptomów nawrotu. Nadsyłało też pytania od osób niepalących dotyczące sposobów motywowania bliskich do zerwania z nałogiem.

Realizacja zadania odbywała się we współpracy z Centrum Onkologii – Instytutem im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie – realizatorem zadania wskazanym w 2016 r. na lata 2016-2017.

W ramach realizacji zadania nastąpiło upowszechnienie zapisów Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem wśród społeczeństwa polskiego, mających na celu działania na rzecz ograniczenia palenia tytoniu i zwrócenia uwagi na problem nowotworów uwarunkowanych paleniem tytoniu.

Ad 2. Program badań przesiewowych raka jelita grubego.

W ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego (dalej: PBP) finansowane było wykonywanie przesiewowych badań kolonoskopowych w określonej populacji. Program realizowany był w dwóch systemach: z zaproszeniami (tzw. zapraszany) i bez zaproszeń (tzw. oportunistycznym).

Ponadto w ramach zadania Koordynator Programu prowadził m.in. wysyłkę zaproszeń na badania kolonoskopowe, bazę danych o wykonanych badaniach przesiewowych oraz kontrolę jakości badań kolonoskopowych, ewaluację skuteczności skryningu w odniesieniu do wskaźników populacyjnych, szkolenia dla personelu prowadzącego profilaktyczne badania kolonoskopowe oraz nadzorował pod kątem merytorycznym screening raka jelita grubego w Polsce.

Badaniami przesiewowymi w kierunku raka jelita grubego zostały objęte:

- 1) w systemie oportunistycznym – osoby bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego oraz które nie miały rozpoznanego raka jelita grubego w przeszłości:
 - w wieku 50–65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego, które nie miały wykonanej kolonoskopii w ostatnich 10 latach,
 - w wieku 40–49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego,
 - w wieku 25–49 lat, z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny HNPCC z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego. Członkowie takiej rodziny powinny mieć powtarzane kolonoskopie co 2–3 lata, chyba że badanie genetyczne wskaże, że u danej osoby nie ma mutacji genetycznych i że dana osoba może być zwolniona z wykonywania kontrolnych (nadzorczych) kolonoskopii;
- 2) w systemie z zaproszeniami – osoby w wieku 55–64 lat, które otrzymały imienne zaproszenie na udział w badaniu, niezależnie od występowania lub braku objawów klinicznych sugerujących raka jelita grubego. Zaproszenie na profilaktyczną kolonoskopię jest imienne i pozostaje aktywne do czasu ukończenia 64 lat przez zaproszoną osobę (do końca roku kalendarzowego, w którym wypadają 64-te urodziny).

Jako realizatorów zadania Minister Zdrowia wskazał:

- 1) Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej–Curie w Warszawie – jako Koordynatora Programu na lata 2016-2024;
- 2) 113 podmiotów leczniczych, w tym 25 w systemie zapraszanym (udzielających świadczeń w 29 lokalizacjach) i 88 w systemie oportunistycznym (udzielających świadczeń w 91 lokalizacjach) – w 2016 r. przeprowadzone zostały postępowania konkursowe na wybór realizatorów programu na lata 2016-2018.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację przedmiotowego zadania w 2017 r. wydatkowano kwotę 48 609 673,27 zł, w tym:

- 1 444 464,90 zł na koordynację programu,
- 47 165 208,37 zł na wykonywanie badań kolonoskopowych.

Realizacja zadania w 2017 r.

PBP w systemie oportunistycznym

W 2017 roku PBP oportunistyczny prowadzony był w 91 ośrodkach na terenie całego kraju, w których, zgodnie z danymi pochodzącymi z systemu informatycznego Programu Badań Przesiewowych, wykonano łącznie 55 377 profilaktyczne badania kolonoskopowe (szczegóły w Tabeli 1).

Tabela 1. Zestawienie dotyczące wyników realizacji PBP w systemie oportunistycznym i zapraszanym w 2017 roku

	Oportunistyczny	Zapraszany
Liczba zaproszonych	nie dotyczy	325 247
Liczba opisanych badań	55 377	46 026
Liczba ośrodków	91	29
Odsetek wykrywanych gruczolaków (ADR), %	18,1%*	24,0%*
Osiągalność kątnicy (CIR), %	96,9%	97,1%
Odsetek wykrytych raków, %	0,26%	0,13%
Odsetek wykrytych raków w polipie, %	0,14%	0,13%
Odsetek bolesnych badań, mierzonych w Gastronet	-	21,8%/16,7%/2,0%&

* Wskazany odsetek nie uwzględnia wyników badań histopatologicznych polipów i zmian usuwanych pod koniec roku 2017 lub kierowanych do leczenia szpitalnego.

&Wartości odpowiednio dla badań bez znieczulenia / w znieczuleniu bez udziału anestezjologa/w znieczuleniu z udziałem anestezjologa

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Koordynatora Programu, kątnicę osiągnięto u 96,9% badanych osób. Polipy gruczolakowate wykryto, u co najmniej 10 022 pacjentów (18,1%), przy czym w przypadku 2 679 pacjentów, ze względu na wykonywanie badań pod koniec roku 2017 i brak możliwości szybkiego uzyskania wyników, brakuje kategoryzacji zmian usuniętych w czasie badania profilaktycznego oraz wyników badań pacjentów skierowanych do leczenia szpitalnego. W przypadku uwzględnienia wyników wszystkich wykonanych w roku 2017 badań (co jest niemożliwe ze względu na brak danych dot. wyników wszystkich badań na czas sporządzania sprawozdania), odsetek wykrywanych gruczolaków mógłby wynieść nawet 22,9%.

PBP w systemie zapraszanym

W 2017 roku PBP zapraszany prowadzony był w 29 ośrodkach na terenie całego kraju. W trakcie trwania edycji ośrodek w Zgierzu zawiesił działalność po wykonaniu 194 badań.

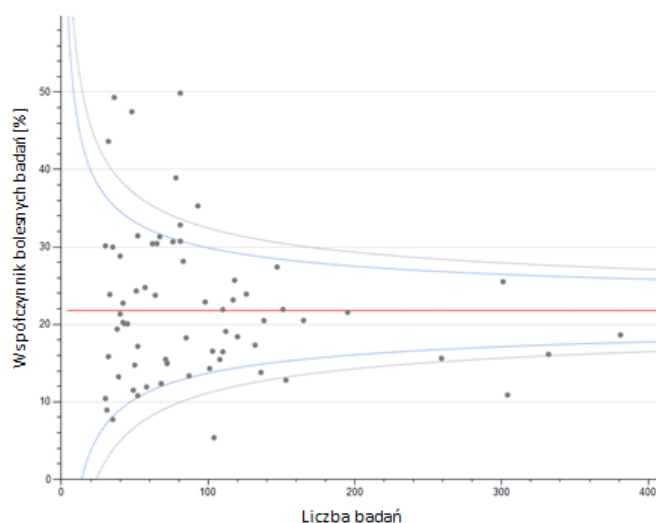
Jak wskazał Koordynator Programu, wykonano łącznie 46 026 badań, z czego 42 291 uczestników stanowiły osoby zaproszone na badanie w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia

2017, a 3 735 uczestników stanowiły osoby zaproszone w poprzednich edycjach. W obecnej edycji zaproszenia wysłano do 325 247 osób w wieku 55-64 lat, spośród których 42 291 (13,0%) wykonało badanie profilaktyczne w ośrodkach działających w systemie zapraszającym i 2 005 (0,6%) w ośrodkach działających w systemie oportunistycznym. Daje to łączną zgłaszalność 13,6%. W tym miejscu należy podkreślić, iż części osób które otrzymały zaproszenie w roku 2017, wyznaczono termin badania na rok 2018, w związku z czym dane dotyczące ich liczby oraz wyników nie mogły zostać uwzględnione w statystykach realizacji Programu za rok 2017. U 97,1% z wykonanych badań osiągnięto kątnicę. Polipy gruczolakowate wykryto u co najmniej 11 027 osób, co wskazuje, że odsetek wykrywanych gruczolaków wyniósł, co najmniej 24,0%. Podobnie jak w przypadku badań wykonywanych w systemie oportunistycznym, statystyki nie uwzględniają wyników badań histopatologicznych polipów i zmian usuwanych pod koniec roku 2017 oraz pacjentów kierowanych do leczenia szpitalnego.

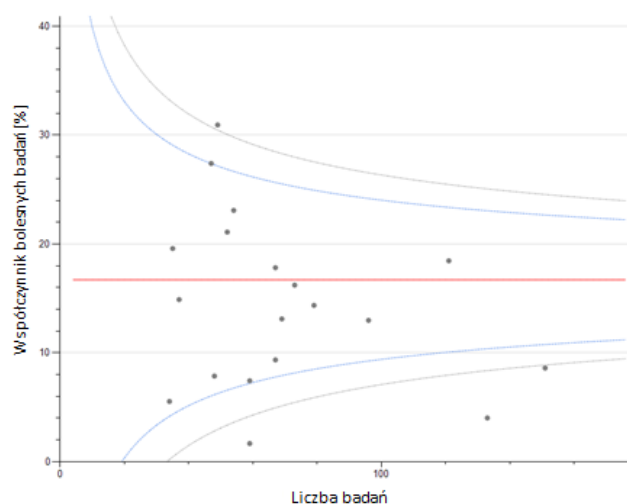
Zgodnie z danymi pochodzącymi z systemu Gastronet, służącego do monitorowania odsetka bolesnych badań w Programie, aktualnie odsetek ten wynosi odpowiednio 21,8%/16,7%/2,0% dla badań bez znieczulenia, ze znieczuleniem bez udziału anestezjologa (kombinacja fentanylu i midazolamu) oraz ze znieczuleniem z udziałem anestezjologa (dodatkowo używany jest propofol) i jest nieco niższy niż w innych programach tego typu na świecie. Rycina 2 przedstawia szczegółowe dane dotyczące bolesnych badań w zależności od badającego lekarza.

Rycina 2. Odsetek bolesnych badań raportowanych w systemie Gastronet (każda kropka oznacza innego lekarza). Panel A – badania bez znieczulenia. Panel B – badania w znieczuleniu bez udziału anestezjologa. Panel C – badania w znieczuleniu z udziałem anestezjologa. Linia przerywaną zaznaczone są odpowiednio 95% i 99% przedziały ufności, linią czerwoną średnia dla wszystkich lekarzy.

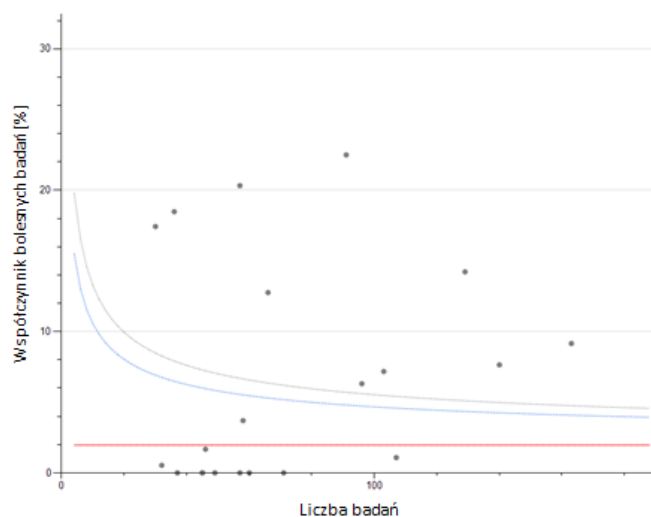
Panel A.



Panel B.



Panel C.



Biorąc pod uwagę poziom bólu po kolonoskopii, w porównaniu z poprzednimi latami (2015-2017), obserwuje się jego spadek (Tabela 2).

Tabela 2. Odsetki kolonoskopii przesiewowych, po których osoby poddawane badaniu raportowały w systemie GASTRONET dolegliwości bólowe o nasileniu średnim i silnym w trakcie kolonoskopii i w okresie około 2 godzin po kolonoskopii. Obecność bólu – to ból silny i średni. Badanie bez bólu określa takie badanie, gdy bólu nie ma w ogóle lub ból jest mało nasilony.

Komentarz: Ból w trakcie kolonoskopii praktycznie nie jest raportowany w czasie badania z udziałem anestezjologa. Nie ma istotnej różnicy między badaniami bez znieczulenia a badania w znieczuleniu bez udziału anestezjologa. Na przestrzeni lat widoczne jest zjawisko zmniejszania się częstości bólu po kolonoskopii – prawdopodobnie w związku z wprowadzeniem zasady stosowania insuflatorów CO₂.

	2015(%)	2016 (%)	2017 (%)
Ból w trakcie kolonoskopii			
Bez znieczulenia	22.0	21.9	21.8
w znieczuleniu bez udziału anestezjologa	19.3	19.2	16.7

w znieczuleniu z udziałem anestezjologa	1.0	1.6	2.0
Ból w okresie 2 h po kolonoskopii			
Bez znieczulenia	14.4	10.6	12.7
w znieczuleniu bez udziału anestezjologa	14.1	14.2	11.0
w znieczuleniu z udziałem anestezjologa	6.9	6.4	5.5

Najprawdopodobniej efekt ten został osiągnięty po wprowadzeniu insuflatorów CO₂, których zakup w ostatnich latach osiągnął około 80 sztuk.

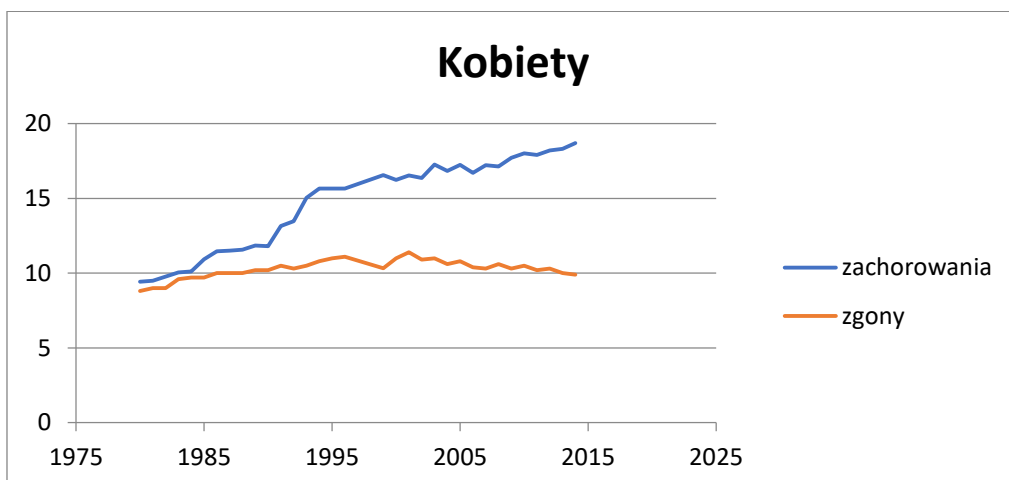
Mimo, że zgłaszalność na badania była niższa niż zakładano w projekcie PBP zapraszanego, przekracza ona zdecydowanie zgłaszalność możliwą do uzyskania w PBP oportunistycznym i pozwala oczekiwać istotnego wpływu na zachorowalność i umieralność na raka jelita grubego (przy obecnych wartościach spodziewana redukcja umieralności wynosi 10%).

Ocena PBP w perspektywie jego kontynuacji w kolejnych latach

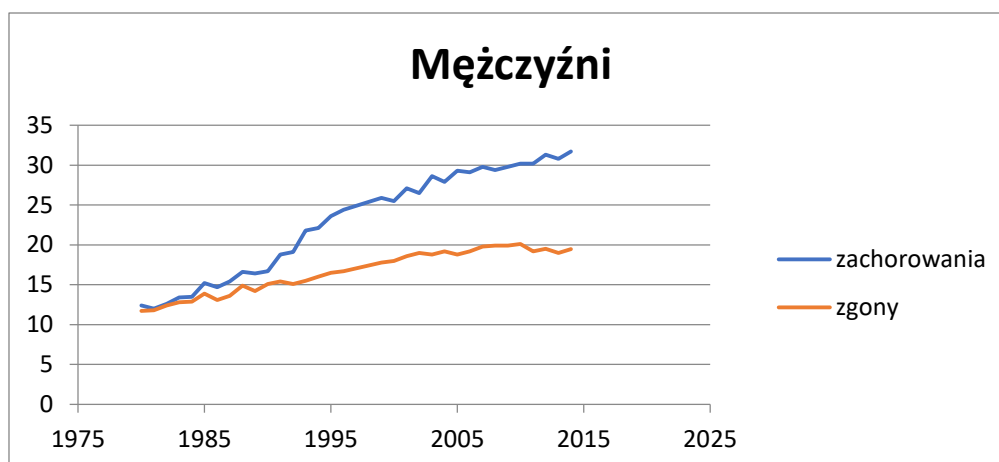
Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego jest wyjątkowy wśród prowadzonych w Polsce programów przesiewowych. Od 6 lat prowadzony jest również w systemie zapraszanym – popieranym i zalecanym przez Unię Europejską. Program polski jest znany i doceniany na arenie międzynarodowej. Analiza krajowych trendów epidemiologicznych pochodzących z ostatnich 40 lat wskazuje, że w Polsce uzyskano już spadek umieralności na raka jelita grubego zarówno u kobiet jak i mężczyzn (czerwona linia na Ryc.1).

Rycina 1. Współczynniki zachorowalności i umieralności na raka jelita grubego u kobiet (panel A) i mężczyzn (panel B) na przestrzeni ostatnich 40 lat, we wszystkich grupach wieku (dane Krajowego Rejestru Nowotworów).

A.



B.



Biorąc pod uwagę czas, w którym spadek nastąpił można zakładać, że PBP w istotny sposób przyczynił się do obserwowanego spadku umieralności.

Największym wyzwaniem, jakie aktualnie stoi przed PBP jest zapewnienie możliwie jak największej zgłaszalności na badania. Wbrew wstępnym założeniom zgłaszalność na badania w odpowiedzi na zaproszenia nie rośnie w kolejnych latach realizacji programu, choć trzeba podkreślić, że liczba wykonywanych badań (zarówno w programie zapraszanym, jak również oportunistycznym) rośnie w szybkim tempie.

Ad 3. Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe.

Zadanie realizowane było w następujących modułach:

3.1 Moduł I – wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika

Celem zadania jest zidentyfikowanie możliwie największej liczby osób z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi i/lub raka jajnika i objęcie ich opieką ukierunkowaną na możliwie najwcześniejsze rozpoznanie, a także na aktywną prewencję zachorowań na te nowotwory, poprzez:

- 1) zidentyfikowanie - na podstawie ankiet wśród osób zdrowych i/lub dokładnych wywiadów rodzinnych chorych kobiet, u których prawdopodobieństwo zachorowania w ciągu życia na raka piersi i/lub jajnika wynosi ponad 30%;
- 2) prowadzenie badań nosicielstwa mutacji genów BRCA1, BRCA2; badania nosicielstwa mutacji ww. genów umożliwiając ustalenie lub wykluczenie wysokiego indywidualnego ryzyka wśród zdrowych krewnych nosicielek mutacji;

- 3) objęcie kobiet z grupy wysokiego ryzyka stałą profilaktyczną opieką onkologiczną programem corocznych badań ukierunkowanych na wczesne rozpoznanie raka piersi (samobadanie piersi, mammografia i USG, biopsja oraz u nosicieli mutacji genu BRCA1 i/lub BRCA2 badanie piersi metodą rezonansu magnetycznego) oraz raka jajnika i endometrium (USG ginekologiczne, oznaczanie CA-125);
- 4) wyodrębnienie grupy kobiet najwyższego ryzyka, u których należy rozważyć opcje postępowania profilaktycznego – farmakologicznego lub chirurgicznego, na drodze starannej zespołowej/ etapowej konsultacji z udziałem lekarza specjalisty genetyka klinicznego, ginekologa-onkologa i/lub chirurga-onkologa/ chirurga plastycznego.

Do rejestru rodzin najwyższego i wysokiego ryzyka w poradni, kwalifikuje lekarz onkologicznej poradni genetycznej na podstawie dokładnego wywiadu rodzinnego (dane o wszystkich krewnych I^o – w tym tych, którzy nie zachorowali na nowotwory, wiek zachorowań i typ/umiejscowienie nowotworów wśród tych krewnych; wiek zachorowań i typ/umiejscowienie nowotworów u wszystkich krewnych II^o i ewentualnie dalszych stopni).

Rak piersi jest najczęstszą przyczyną zgonów kobiet pomiędzy 40 a 60 rokiem życia. Silne dziedziczne uwarunkowania są przyczyną około 15% zachorowań na raka piersi w Polsce. Pięciokrotnie lub nawet więcej razy zwiększone w stosunku do populacyjnego ryzyko zachorowania na ten nowotwór występuje w grupie około 500 000 kobiet w wieku 25-70 lat. Silne dziedziczne predyspozycje do jego rozwoju są jedną z głównych przyczyn umieralności kobiet do 60 r.ż. Komponenta dziedziczna występuje we wszystkich zachorowaniach na raka piersi i raka jajnika, lecz poziomy względny i bezwzględny ryzyka zachorowań u nosicieli różnych typów mutacji i tzw. polimorfizmów genów predyspozycji do tych nowotworów (dotąd zidentyfikowanych prawdopodobnie tylko w części) są bardzo zróżnicowane. Ponieważ tylko część genów predyspozycji została dotąd poznana - podstawą do rozpoznawania dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raki piersi i/lub jajnika jest najczęściej wywiad rodzinny. Podstawą do oszacowania poziomu ryzyka bezwzględnego i względnego jest liczba i wiek zachorowań na raki piersi i/lub raki jajnika wśród krewnych, a także wystąpienie „syn-”, a zwłaszcza metachronicznych, drugich zachorowań na raka jajnika lub raka drugiej piersi u probantki lub krewnych, które wcześniej zachorowały na raka. Molekularne badanie pod kątem nosicielstwa mutacji w obrębie genów silnych predyspozycji do rozwoju nowotworów ma istotne znaczenie w identyfikowaniu kobiet o szczególnie wysokim ryzyku zachorowania.

W ramach zadania do grupy najwyższego ryzyka kwalifikowane były kobiety:

- ✓ z rodzin, w których wystąpiły 3 lub więcej zachorowania na raka piersi i/lub jajnika wśród krewnych I^o i II^o (włączając probantkę),

- ✓ u których – niezależnie od obciążenia rodzinnego - wykryto patogenną mutację w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2.

Wysokie ryzyko zachorowania na raka piersi i/lub jajnika (co najmniej 4-5-krotnie wyższe niż w całej populacji) występuje także:

- ✓ w rodzinach, w których wystąpiły 2 zachorowania na te nowotwory u probanta lub wśród krewnych I^o i II^o (lub 2 zachorowania wśród krewnych II^o i III^o ze strony ojca) – w tym zwłaszcza gdy przynajmniej u jednej chorej rozpoznano raka jajnika, a jedno zachorowanie wystąpiło przed 50 r.ż.,
- ✓ w rodzinach, w których rozpoznano obustronnego raka piersi (krewni I^o i II^o),
- ✓ w rodzinach, w których stwierdzono raka piersi przed 40 r. ż. (krewni I^o i II^o),
- ✓ w rodzinach, w których stwierdzono raka piersi u mężczyzny. (krewni I^o i II^o).

W ramach Programu prowadzono podstawowe badania przesiewowe w kierunku 5 najczęstszych mutacji w populacji polskiej w genie BRCA1.

Do badań w kierunku nosicielstwa 5 najczęstszych mutacji w genie BRCA1 - 5382insC (c.5266dupC); C61G (c.181T>G); 4153delA (c.4035delA), 185delAG (c.66_67delAG) 3819delGTAAA (c.3756_3759delGTCT) kwalifikuje się:

- ✓ wszystkie chore na raka jajnika/jajowodu/otrzewnej,
- ✓ wszystkie chore, u których raka piersi rozpoznano poniżej 50 roku życia,
- ✓ chore, u których raka piersi rozpoznano powyżej 50 roku życia, o ile był to: podtyp potrójnie ujemny receptorowo raka („triple negative”) lub rak rdzeniasty lub rak wieloogniskowy lub obustronny lub jeżeli posiadają krewnie I^o i/lub II^o chore na raka piersi i/ lub jajnika,
- ✓ krewnie z rodzin, w których mutacją markerową jest jedna z wyżej wymienionych,
- ✓ krewnie I^o i II^o pacjentek z rakiem piersi i/lub jajnika w przypadku, gdy mutacja markerowa nie została ustalona i brak możliwości rozpoczęcia diagnostyki od osoby chorej na raka.

Ponadto prowadzone były badania w kierunku nosicielstwa mutacji BRCA1, BRCA2 techniką sekwencjonowania nowej generacji (NGS).

Badanie wykonywane było u pacjentek o najwyższym prawdopodobieństwie wykrycia mutacji (powyżej 20 - 25 %). Badanie wykonywane było u chorych na raka piersi i/ lub jajnika, u których nie wykryto żadnej z ww. 5 mutacji, pod warunkiem, że:

- ✓ u chorej rozpoznano raka piersi lub raka jajnika i posiada ona minimum 2 krewne I⁰ i/lub II⁰, u których rozpoznano raka piersi i/ lub raka jajnika, a przynajmniej jedno z tych zachorowań wystąpiło przed 50 rokiem życia (spełnione kryteria kliniczno-rodowodowe zespołu dziedzicznego raka piersi i/ lub raka jajnika),
- ✓ u chorej rozpoznano raka piersi przed 50 rokiem życia lub raka jajnika w dowolnym wieku i posiada ona krewnego I⁰ i/lub II⁰, u którego rozpoznano raka piersi (rak piersi u mężczyzny) i/lub raka jajnika,
- ✓ u tej samej chorej rozpoznano raka piersi i raka jajnika,
- ✓ u chorej rozpoznano raka jajnika i posiada ona przynajmniej jedną krewną, u której raka piersi wykryto przed 50 rokiem życia lub u której rozpoznano raka jajnika.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację przedmiotowego zadania w 2017 r. wydatkowano kwotę 13 093 155,00 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

Zadanie realizowane było przez 30 podmiotów w całym kraju. Realizatorzy zadania zostali wyłonieni w 2016 r. na lata 2016-2017 w ramach postępowań konkursowych na wybór realizatorów programu.

W 2017 r. zidentyfikowano 8 264 nowe rodziny obciążone wysokim ryzykiem zachorowania na nowotwory piersi i/lub jajnika, objęto opieką 6 148 kobiet z rodzin najwyższego ryzyka zachorowania i 10 798 kobiet z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania, u 115 z nich wykrywając w tym czasie zachorowania na nowotwory piersi i u 77 nowotwory jajnika.

Liczba rodzin i kobiet objętych opieką

Lp.	Zakres zadań	Liczba
1.	Rodziny wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania włączone do rejestru (ogółem)	8 264
2.	Rodziny najwyższego ryzyka włączone do rejestru tj. trzy lub więcej zachorowań na raka piersi i/lub jajnika wśród krewnych I i II st. włączając w to probantkę; rodziny w których wystąpiły metachroniczne zachorowania na raka drugiej piersi, jajnika lub trzonu macicy; rodziny nosicielek mutacji genu BRCA1 i/lub BRCA2	2 760
3.	Rodziny wysokiego ryzyka włączone do rejestru tj. rodziny probantek u których zachorowania na raka piersi i/lub jajnika rozpoznano przed 40 r. ż. i rodziny w których wystąpiły dwa zachorowania na raka piersi i/lub jajnika w tym jedno przed 50 r.ż.	4 961

4.	Osoby, u których wykryto mutację genu BRCA1 i/lub BRCA2 (5 najczęstszych mutacji)	7 036
5	Osoby u których wykryto mutację BRCA1 i/lub BRCA2 (metodą NGS)	493
6.	Rodziny najwyższego ryzyka w których wykryto mutację genu BRCA1 i/lub BRCA2	448
7.	Rodziny wysokiego ryzyka w których wykryto mutację genu BRCA1 i/lub BRCA2	429
7.	Wprowadzenie do rejestru	8 652
8.	Pacjentki/pacjenci objęte opieką (ogółem)	18 931
9.	Liczba kobiet z rodzin najwyższego ryzyka zachorowania objętych opieką	6 148
10.	Liczba kobiet z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania objętych opieką	10 798
11.	Liczba wykrytych nowotworów piersi	115
12	Liczba wykrytych nowotworów jajnika	77

3.2 Moduł II - Wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy

Celem zadania jest przede wszystkim zidentyfikowanie i zapewnienie opieki odpowiadającej obecnym standardom - rodzinom z zespołem gruczolakowatej polipowatości rodzinnej (FAP- Familial Adenomatous Polyposis) i zespołem Lyncha. 6

Opieka nad tymi rodzinami umożliwia w dłuższej perspektywie wydłużenie przeżyć nosicieli mutacji genu *APC* o 10-12 lat oraz zapewnienie długich przeżyć nosicielom mutacji genów *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2* i *EPCAM*. W innych grupach wysokiego ryzyka rodzinnego (rodzinny rak jelita grubego i rodzinny rak błony śluzowej trzonu macicy) wdrożenie programu opieki powinno umożliwić znaczne zwiększenie odsetka wczesnych rozpoznań nowotworów i wyleczeń.

Działania były prowadzone poprzez:

- 1) zidentyfikowanie - na podstawie ankiet osób zdrowych i/lub dokładnych wywiadów rodzinnych – osób z rodzin, w których występuje wysokie ryzyko zachorowania na raka jelita grubego, błony śluzowej trzonu macicy i inne towarzyszące nowotwory;
- 2) rozpoznanie wśród tych rodzin występowania nosicielstwa mutacji genów najsilniejszych predyspozycji, tj. genów *APC*, *MYH*, *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2*, *EPCAM*;

- 3) objęcie programami opieki, obejmującymi okresowe badania kolonoskopowe, gastrokopowe, oraz badania ginekologiczne i USG ginekologiczne i oznaczanie stężeń CA125 w surowicy krwi, członków rodzin, w których występuje wysokie ryzyko zachorowania;
- 4) zidentyfikowanie nosicieli/ek mutacji, u których istnieją wskazania do prewencyjnej kolektomii i/lub adnektomii z ewentualną histerektomią.

Pacjentów do programu kwalifikuje lekarz poradni genetycznej na podstawie dokładnego wywiadu rodzinnego (dane o wszystkich krewnych I^o – w tym tych, którzy nie zachorowali na nowotwory, wiek zachorowań i typ/umiejscowienie nowotworów wśród tych krewnych; wiek zachorowań i typ/umiejscowienie nowotworów u wszystkich krewnych II^o i ewentualnie dalszych stopni).

Spośród wszystkich zachorowań na raka jelita grubego i odbytnicy rozpoznawanych co roku w Polsce, 10-15% zachorowań jest uwarunkowanych zwiększonym ryzykiem rodzinnym. Podobne uwarunkowania występują w około 150 spośród 3 500 corocznych zachorowań na raka błony śluzowej trzonu macicy. Co najmniej kilkakrotnie zwiększone ryzyko zachorowań na te nowotwory występuje w populacji obejmującej 50 000 – 100 000 osób w wieku od 20 do 70 lat, w tym około 10 000-15 000 osób należy do grupy najwyższego ryzyka zachorowań na nowotwory dziedziczne. Dziedziczne uwarunkowania występują szczególnie często w zachorowaniach na raki jelita grubego i okrężnicy. Skutkiem nosicielstwa genów silnych predyspozycji do rozwoju tych nowotworów jest także wysokie ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe w niektórych innych umiejscowieniach, w tym na nowotwory trzonu macicy, jajników, jelita cienkiego, nerki, żołądka, dróg moczowych i dróg żółciowych.

Rak jelita grubego u pacjentów z zespołem Lyncha ma odrębny przebieg kliniczny i charakteryzuje się odmienną wrażliwością na leczenie chemiczne w porównaniu do zachorowań sporadycznych na ten nowotwór.

W zakresie zespołu rodzinnej gruczolakowatej polipowatości jelit (FAP) podstawą rozpoznania jest obciążenie rodzinne i stwierdzenie licznych polipów w jelicie grubym oraz innych fenotypowych cech tego zespołu (kostniaki, polipy dwunastnicy, itp.). Badanie nosicielstwa mutacji genu APC jest pomocne dla potwierdzenia/ wykluczenia nosicielstwa, a określenie umiejscowienia mutacji (obok historii obciążenia rodzinnego) jest istotne dla przybliżonego określenia wieku ryzyka zachorowania na raka jelita grubego oraz ryzyka rozwoju nowotworów w innych umiejscowieniach.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację przedmiotowego zadania w 2017 r. wydatkowano kwotę 1 189 596,00 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

W 2017 r. w realizacji zadania uczestniczyło 17 podmiotów z całego kraju. Realizatorzy zadania zostali wyłonieni w 2016 r. na lata 2016-2017 w ramach postępowań konkursowych na wybór realizatorów programu.

W 2017 r. zidentyfikowano w ramach tego programu 1 367 nowych rodzin obciążonych wysokim ryzykiem, objęto opieką 1 983 pacjentów z grup ryzyka (u 37 z nich wykrywając w tym czasie zachorowania na nowotwory jelita grubego i u 6 nowotwory błony śluzowej trzonu macicy).

Liczba rodzin i pacjentów objętych opieką

Lp.	Zakres zadań	Liczba
1.	Rodziny wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania włączone do rejestru (ogółem)	1 367
2.	Rodziny najwyższego ryzyka włączone do rejestru, w tym te, u których wykonano badania nosicielstwa mutacji genów	486
3.	Rodziny z tzw. rodzinnym rakiem jelita grubego lub błony śluzowej trzonu macicy	909
4.	Liczba wykrytych nosicieli mutacji genów APC	45
5.	Liczba wykrytych nosicieli mutacji genów MLH1	34
6.	Liczba wykrytych nosicieli mutacji genów MSH2	17
7.	Liczba wykrytych nosicieli mutacji genów MSH6	11
8.	Liczba wykrytych nosicieli mutacji genów EPCAM	40
9.	Pacjenci objęci opieką (ogółem)	1 983
10.	Pacjenci rodzin najwyższego ryzyka zachorowania objęci opieką	719
11.	Pacjenci z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania objęci opieką	798
12.	Liczba wykrytych nowotworów, w tym:	
13.	Liczba wykrytych nowotworów jelita grubego	37
14.	Liczba wykrytych nowotworów błony śluzowej trzonu macicy	6

3.3 Moduł III – Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach z rzadkimi zespołami dziedzicznej predyspozycji do nowotworów - siatkówczak, choroba von Hippel –Lindau (VHL), zespół Peutz Jeghersa, zespół polipowatości recesywnej, zespół polipowatości młodzieńczej.

Siatkówczak

Siatkówczak jest najczęstszym nowotworem wewnątrzgałkowym u dzieci, pojawia się z częstością 1: 25 000 żywych urodzeń. W większość przypadków rozpoznawany jest przed 5 r.ż. 40% przypadków zachorowań na siatkówczaka jest wywołana obecnością wrodzonej mutacji konstytucyjnej genu RB1 (OMIM: 180200). Mutacja RB1 odziedziczona jest od jednego z rodziców (10-15% przypadków siatkówczaka) lub powstaje *de novo* (25-30% przypadków). Penetracja mutacji genu RB1 wynosi aż 90% do 5 r.ż. Praktycznie wszystkie siatkówczaki obustronne oraz 20% siatkówczaków jednostronnych uwarunkowane są obecnością mutacji konstytucyjnej RB1. Nowotwory u nosicieli mutacji genu RB1 często są charakteryzujące się wcześniejszym wystąpieniem guza, wieloogniskowością i obustronnością. Wykrycie mutacji genu RB1 umożliwia wprowadzenie skutecznego schematu postępowania profilaktycznego oraz wczesnego rozpoznania i leczenia nowotworu, często z zachowaniem gałki ocznej.

Celem zadania jest:

- 1) zidentyfikowanie nowych pacjentów z wysokim genetycznym ryzykiem siatkówczaka poprzez badanie molekularne genu *RB1* (sekwencjonowanie i MLPA) rodzin, w których występuje ten nowotwór;
- 2) wykonanie badania nosicielstwa mutacji genu *RB1* w rodzinach z rozpozną mutacją markerową tego genu.

Choroba von Hippel –Lindau (VHL)

Celem zadania jest zidentyfikowanie możliwie największej liczby rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na chorobę von Hippel-Lindau (VHL) oraz objęcie ich specjalistyczną opieką ukierunkowaną na aktywną prewencję zachorowań na ten nowotwór.

Choroba von Hippel-Lindau (VHL) jest zespołem wysokiej genetycznej predyspozycji do nowotworów wykazującym rodowodowe cechy dziedziczenia autosomalnego dominującego (OMIM 193300). Schorzenie jest wywołane mutacjami germinalnymi genu VHL. Nosiciele mutacji genu VHL obarczeni są wysokim ryzykiem występowania różnych nowotworów. Penetracja mutacji genu VHL wynosi około 99% do 60 roku życia. Do istotnych z klinicznego punktu widzenia oraz charakterystycznych dla schorzenia zmian narządowych zaliczamy: naczyniaki zarodkowe (hemangioblastoma) mózdzku i rdzenia kręgowego (OUN-HB), naczyniaki zarodkowe siatkówki (R-HB), raka jasnokomórkowego nerki (CC-RCC), guzy chromochłonne nadnerczy (pheochromocytoma), guzy neuroendokrynne (PNET) oraz guzy worka endolimfatycznego (ELST). Zmiany takie jak torbiele i torbielakogruczolak (cystadenoma) nerek, trzustki, najądrza i więzadła szerokiego macicy, również często występują w przebiegu VHL, lecz zwykle są bezobjawowe i nie stanowią znaczącego problemu klinicznego. Nowotwory u pacjentów z chorobą VHL, rozwijają się wieloogniskowo, obustronnie oraz w młodym wieku. Rozpoznanie choroby VHL stawia się w oparciu o kryteria

rodowodowo-kliniczne i/lub analizę nosicielstwa mutacji genu VHL. Opieka nad rodzinami z VHL polega na zastosowaniu programu badań profilaktyczno-diagnostycznych u osób z grupy ryzyka, który ma na celu wczesne wykrywanie i leczenie zmian nowotworowych. Przypadki ze zmianami narządowymi charakterystycznymi dla VHL powinny być poddane konsultacji genetycznej.

Kryteria rozpoznania:

- ✓ u członka rodziny obciążonej chorobą VHL - występowanie co najmniej jednej ze zmian typu: heamangioblastoma siatkówki lub ośrodkowego układu nerwowego, pheochromocytoma, mnogie torbiele nerek lub trzustki, brodawczak najądrza, rak nerki,
- ✓ u osoby z negatywnym wywiadem rodzinnym odnośnie VHL - stwierdzenie 2 lub więcej zmian charakterystycznych dla VHL (co najmniej dwa guzy typu heamangioblastoma siatkówki i/lub ośrodkowego układu nerwowego, lub pojedynczy haemangioblastoma w połączeniu ze zmianą trzewną charakterystyczną dla VHL,
- ✓ stwierdzenie mutacji genu VHL (przez sekwencjonowanie oraz MLPA).

W ramach zadania prowadzone było:

- 1) zidentyfikowanie nowych pacjentów z chorobą VHL poprzez badanie molekularne genu VHL u osób, u których występuje wysokie prawdopodobieństwo wstępowania choroby VHL (pacjenci z naczyniakami zarodkowymi (hemangioblastoma) mózdzku i/lub rdzenia kręgowego, pacjenci z naczyniakami zarodkowymi siatkówki, pacjenci z pheochromocytoma, pacjenci z guzami neuroendokrynnymi (PNET), pacjenci z guzami worka endolimfatycznego (ELST);
- 2) wykonanie badania nosicielstwa mutacji genu VHL w rodzinach z rozpoznaną mutacją markerową tego genu;
- 3) objęcie pacjentów z VHL programem badań profilaktyczno-diagnostycznych, również dzieci, mającego na celu wczesne wykrywanie i leczenie nowotworów związanych z VHL.

Zespół Peutz Jeghersa

Celem zadania jest zidentyfikowanie możliwie największej liczby rodzin wysokiego ryzyka zachorowania z zespołem Peutz Jeghersa oraz objęcie ich specjalistyczną opieką ukierunkowaną na aktywną prewencję zachorowań na ten nowotwór.

Zespół Peutza Jeghersa (PJS Peutza Jeghers Syndrome) warunkowany jest mutacjami w genie *STK11* (OMIM*602216 Serine/Threonine Protein Kinase 11) położonym w regionie 19.13.3. Zespół Peutza i Jeghersa (PJS; OMIM 175200) jest dziedziczony autosomalnie

dominująco. Częstość występowania choroby waha się od 1/29 000 do 1/120 000 nowych urodzeń. Zmiany barwnikowe pojawiają się bardzo wcześnie a charakterystyczne polipy jelita pojawiają się podczas drugiej i trzeciej dekady życia u 80-100% pacjentów. Pacjenci z PJS są obciążeni podwyższonym ryzykiem wystąpienia nowotworu trzustki, sutka, płuc, jądra, jajnika i macicy.

Kryteria rozpoznania:

- ✓ występowanie trzech lub więcej charakterystycznych dla PJS polipów potwierdzonych pod względem histologicznym,
- ✓ występowanie jakiegokolwiek liczby polipów charakterystycznych dla PJS u pacjentów z obciążonym wywiadem rodzinnym,
- ✓ występowanie charakterystycznych zmiany barwnikowo skórno-śluzówkowych u pacjentów z obciążonym wywiadem rodzinnym,
- ✓ występowanie jakiegokolwiek liczby polipów charakterystycznych dla PJS u pacjentów i charakterystyczne zmiany barwnikowe skórno-śluzówkowe.

Działania zaplanowane do realizacji:

- 1) wykonanie badania nosicielstwa mutacji genu *STK11* w rodzinach z rozpoznaną mutacją markerową tego genu;
- 2) objęcie pacjentów z PJS programem badań profilaktyczno-diagnostycznych również dzieci mające na celu wczesne wykrywanie i leczenie nowotworów z związanych z Zespołem Peutza Jeghersa.

Zespół polipowatości recesywnej

Celem zadania jest zidentyfikowanie możliwie największej liczby rodzin wysokiego ryzyka zachorowania z zespołem polipowatości recesywnej oraz objęcie ich specjalistyczną opieką ukierunkowaną na aktywną prewencję zachorowań na ten nowotwór.

Zespół Polipowatości recesywnej (MIM 608456) warunkowany jest mutacjami w genie *MUTYH* (MIM *604933)

Kryteria rozpoznania

- ✓ występowanie polipów gruczolakowatych jelita grubego mniej licznych niż FAP do 100. Obserwuje się zróżnicowanie pod względem występowania objawów. Przy niewielkiej liczbie polipów i nowotworze endometrium fenotyp podobny jest do zespołu Lyncha.

Działania zaplanowane do realizacji:

- 1) zidentyfikowanie nowych pacjentów z zespołem polipowatości recesywnej poprzez badanie genu *MUTYH* u osób z wysokim ryzykiem wystąpienia choroby czyli spełniających kryteria rozpoznania;
- 2) badanie nosicielstwa mutacji genu *MUTYH* w rodzinach z rozpoznąną mutacją markerową tego genu;
- 3) objęcie pacjentów z polipowatością recesywną programem badań profilaktyczno-diagnostycznych mające na celu wczesne wykrywanie i leczenie nowotworów związanych z Zespołem polipowatości recesywnej.

Zespół polipowatości młodzieńczej

Celem zadania jest zidentyfikowanie możliwie największej liczby rodzin wysokiego ryzyka zachorowania z zespołem polipowatości młodzieńczej oraz objęcie ich specjalistyczną opieką ukierunkowaną na aktywną prewencję zachorowań na ten nowotwór.

Polipowatość młodzieńcza (JPS ang. *juvenile polyposis syndrome*) (MIM # 174900) jest rzadką chorobą dziedziczną w sposób autosomalny dominujący i występuje 1 na 100 000 nowych urodzeń.

Za wystąpienie polipowatości młodzieńczej odpowiedzialne są mutacje w genach *SMAD4* i *BMPR1A*. Gen *BMPR1A* (OMIM *601299; ang. *Bone Morphogenetic Protein Receptor, Type IA*) znajduje się w chromosomie 10.q22-23. Gen *SMAD4* (OMIM*600993 ang. *mothers against decapentaplegic, drosophila, homolog of, 4*) zlokalizowany na chromosomie 18 q21.1. W związku z tym, że przebiegi chorób są zróżnicowane na wczesnych etapach, trudno jest zróżnicować JPS i zespół Cowden, w przypadku wystąpienia polipów młodzieńczych należy wykonać badanie genu *PTEN*. Diagnoza choroby opiera się na stwierdzeniu występowania polipów, które pod względem histopatologicznym są określane jako młodzieńcze. Polipy te nie mają wysokiego potencjału do rozwoju w kierunku nowotworu złośliwego, jednak ryzyko wystąpienia nowotworu jelita u nosicieli mutacji genów *SMAD4*, *BMPR1A* w ciągu życia sięga 80%, a żołądka 21%.

Kryteria rozpoznania:

- ✓ gastroduodenoskopia od 15 roku życia; jeśli w badaniu endoskopowym zaobserwowano polipy należy je usunąć i w takiej sytuacji badanie oraz usuwanie powtarzać corocznie; gdy polipów nie obserwuje się, badanie może być wykonywane raz na 3 lata,
- ✓ kolonoskopia od 15 roku życia, jeśli w badaniu endoskopowym zaobserwowano polipy należy je usunąć i w takiej sytuacji badanie oraz usuwanie powtarzać corocznie; gdy polipów nie obserwuje się badanie może być wykonywane raz na 3 lata.

Działania zaplanowane do realizacji:

- 1) zidentyfikowanie nowych pacjentów z zespołem polipowatości młodzieńczej poprzez badanie genów SMAD4, BMPR1A i PTEN u osób z wysokim ryzykiem wystąpienia choroby czyli spełniających kryteria rozpoznania JPS;
- 2) badanie nosicielstwa mutacji genów SMAD4, BMPR1A i PTEN w rodzinach z rozpoznanymi mutacjami markerowymi tych genów;
- 3) objęcie pacjentów z JPS programem badań profilaktyczno-diagnostycznych mających na celu wczesne wykrywanie i leczenie nowotworów z związanych z występowaniem polipowatości młodzieńczej.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację przedmiotowego zadania w 2017 r. wydatkowano kwotę 196 005,62 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

Zadanie realizowane było przez 8 podmiotów w Polsce, w tym przez 1 poradnię w zakresie siatkówczaka, 2 poradnie w zakresie choroby von Hippel – Lindau, 1 poradnię w zakresie zespołu Peutz Jeghersa, 2 poradnie w zakresie zespołu polipowatości recesywnej i przez 2 poradnie w zakresie zespołu polipowatości młodzieńczej. Realizatorzy zadania zostali wyłonieni w 2016 r. na lata 2016-2017 w ramach postępowań konkursowych na wybór realizatorów programu.

W 2017 r. zidentyfikowano w ramach tego zadania 52 rodziny najwyższego i wysokiego ryzyka zachorowania na chorobę von Hippel-Lindau, 3 nowe rodziny z zespołem polipowatości recesywnej i 4 rodziny z zespołem polipowatości młodzieńczej. W 2 rodzinach wykryto mutację genu RB1, w 10 rodzinach mutację genu VHL. Opieką objęto 82 pacjentów z VHL, 5 z zespołem polipowatości recesywnej i 8 z zespołem polipowatości młodzieńczej. W tym czasie wykryto 8 nowotworów VHL i 5 z zespołem polipowatości młodzieńczej; nie wykryto natomiast nowotworów siatkówczaka.

Liczba rodzin i pacjentów objętych opieką

Siatkówczak			Choroba von Hippel –Lindau (VHL)		Zespół polipowatości młodzieńczej	
Lp.	Zakres zadań	Liczba	Zakres zadań	Liczba	Zakres zadań	Liczba
1.	Rodziny wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania włączone do rejestru (ogółem)	0	Rodziny wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania włączone do rejestru (ogółem)	52	Rodziny wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania	4

					włączone do rejestru (ogółem)	
2.	Rodziny najwyższego ryzyka włączone do rejestru	0	Rodziny najwyższego ryzyka włączone do rejestru	10	Rodziny najwyższego ryzyka włączone do rejestru	3
3.	Rodziny wysokiego ryzyka włączone do rejestru	0	Rodziny wysokiego ryzyka włączone do rejestru	42	Rodziny wysokiego ryzyka włączone do rejestru	1
5.	Rodziny, w których wykryto mutację genu RB1	2	Rodziny, w których wykryto mutację genu VHL	10	Liczba wykrytych nosicieli mutacji genów BMPR1A, SMAD4 lub PTEN	8
7.	Pacjenci objęci opieką (ogółem)	0	Pacjenci objęci opieką (ogółem)	82	Pacjenci objęci opieką (ogółem)	8
8.	Liczba pacjentów z rodzin najwyższego ryzyka zachorowania objętych opieką	0	Liczba pacjentów z rodzin najwyższego ryzyka zachorowania objętych opieką	75	Liczba pacjentów z rodzin najwyższego ryzyka zachorowania objętych opieką	7
9.	Liczba pacjentów z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania objętych opieką	0	Liczba pacjentów z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania objętych opieką	7	Liczba pacjentów z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania objętych opieką	1
10.	Liczba wykrytych nowotworów siatkówczaka	0	Liczba wykrytych nowotworów VHL	8	Liczba wykrytych nowotworów	5

W ramach realizacji zadania w zakresie Zespołu Peutz Jeghersa nie zidentyfikowano rodzin wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania. Podmiot realizujący zadanie nie zidentyfikował pacjentów, którzy mogliby kwalifikować się do objęcia badaniami i opieką przewidzianą w ramach przedmiotowego zadania.

Ad 4. Program badań w kierunku wykrywania raka płuca.

Rak płuca (według danych Krajowego Rejestru Nowotworów za 2015 r.) jest najczęściej występującym w Polsce nowotworem złośliwym u mężczyzn (17,7%) i drugim u kobiet (9,2%) oraz jest najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów zarówno u mężczyzn (29,2%), jak i u kobiet (16,6%).

W ramach zadania wykonywane są badania w kierunku wykrywania raka płuca przy użyciu tomografu komputerowego.

Realizacja zadania nakierowana jest na regiony kraju, w których występuje najniższa wykrywalność nowotworu płuca w stosunku do nowych zachorowań. Badania mają charakter interwencyjny, realizowane są w powiatach o najniższym wskaźniku operacyjności raka płuca w Polsce (poniżej 10%).

W badaniach CT mogą wziąć udział osoby, które kwalifikują się do grupy ryzyka tj. osoby:

- w wieku od 50 do 70 lat,
- które od ponad 20 lat palą minimum paczkę papierosów lub wymiennie inne produkty tytoniowe w tożsamej ilości,
- narażone na ekspozycję czynników rakotwórczych (azbest, radon, uran, arszenik, beryl, produkty przemiany węgla kamiennego),
- niezależnie od wieku, ze wskaźnikiem odsetkowym FEV1 < 70% wartości należnych.

W ramach zadania finansowane są koszty wykonywania badań płuc przy użyciu tomografu komputerowego oraz funkcjonowania bazy raka płuca, zawierającej dane kliniczne i histopatologiczne, wprowadzane przez ośrodki pulmonologiczne i torakochirurgiczne w Polsce.

Jako realizatora zadania na lata 2016-2024 Minister Zdrowia wskazał Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację przedmiotowego zadania w 2017 r. wydatkowano kwotę 3 449 907,09 zł, w tym:

- 2 999 907,09 zł na wykonywanie badań CT,
- 450 000 zł na prowadzenie bazy danych raka płuca i obsługi programu badań CT.

Realizacja zadania w 2017 r.

Badania realizowane były w powiatach o najniższym wskaźniku operacyjności raka płuca w Polsce (poniżej 10%) tj.:

Województwo, powiat, miasto	Współczynnik resekcyjności
wołowski	0
m. Jelenia Góra	4,1
trzebnicki	6,3
złotoryjski	8,1
dolnośląskie	17,9
tucholski	8,3

radziejowski	8,8
rypiński	9,7
kujawsko-pomorskie	20,4
m. Biała Podlaska	0
m. Zamość	0
świdnicki	4,4
janowski	4,5
hrubieszowski	5,7
krasnostawski	6,5
lubelskie	19,4
lubuskie	21,1
opoczyński	5,1
m. Skierniewice	7,4
pajęczański	9,4
łódzkie	18,5
brzeski	0
m. Tarnów	5,7
miechowski	6,9
małopolskie	21,3
m. Ostrołęka	0
m. Siedlce	0
węgrowski	2,2
makowski	2,6
przysuski	2,9
białobrzeski	4,2
łosicki	5
pułtuski	5,7
mławski	5,8
ciechanowski	6
żuromiński	6,9
gostyniński	7,3
szymborski	8,7
wołomiński	9,2
ostrołęcki	9,3
m. Płock	9,6
garwoliński	9,8
mazowieckie	13,2
krapkowicki	2,9
strzelecki	3,8
kluczborski	6,9
namysłowski	7,4
kędzierzyńsko-kozielski	7,5
brzeski	8,5
opolski	8,9
opolskie	12

łańcucki	3,4
sanocki	7,7
podkarpackie	21,7
kolneński	0
zambrowski	0
hajnowski	5,9
siemiatycki	6,1
łomżyński	6,9
bielski	7,7
podlaskie	13,2
m. Słupsk	6,5
człuchowski	8,8
wejherowski	9,1
kościerski	9,8
pomorskie	16,9
raciborski	4,5
m. Częstochowa	4,7
m. Żory	8,1
m. Chorzów	8,9
wodzisławski	9,1
m. Świętochłowice	9,4
śląskie	17,2
kazimierski	7,7
świętokrzyskie	16,1
lidzbarski	0
gołdapski	0
olecko-gołdapski	3,6
nowomiejski	4
ostródzki	7,1
węgorzewski	7,1
ełcki	8
elbląski	9,4
giżycki	9,5
m. Elbląg	9,9
warmińsko-mazurskie	12,4
m. Konin	8
kolski	8,8
wielkopolskie	21,6
zachodnio-pomorskie	24,6

W ramach realizacji programu wczesnego wykrywania raka płuca Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie ogłosił konkurs na wykonanie świadczeń zdrowotnych – badań tomografii komputerowej niskodawkowej u pacjentów w wieku 50 – 70 lat, którzy palą co najmniej paczkę

papierosów dziennie od 20 lat, zamieszkałych w powiatach o niskiej operacyjności raka płuca w Polsce (poniżej 10%).

Lista wybranych ośrodków, z podziałem na poszczególne powiaty, została zamieszczona w tabeli poniżej:

L p.	Nazwa Ośrodka	Województwo	Powiat
1.	ABC Pulmo NZOZ Jarosław Dobieński, Agnieszka Dobieńska Sp. j. ul. Batorego 11, 26-600 Radom	mazowieckie	przysuski, białobrzeski, szydłowiecki
2.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Szpitalna 8 17-300 Siemiatycze	lubelskie mazowieckie podlaskie	m. Biała Podlaska, janowski m. Siedlce, węgrowski, łosicki kolneński, zambrowski, hajnowski, siemiatycki, łomżyński, bielski
3.	Luxmed Sp. z o.o. ul. Postępu 21C 02-676 Warszawa	lubelskie mazowieckie podlaskie śląskim	m. Biała Podlaska, m. Zamość, Świdnicki, janowski, krasnostawski m. Ostrołęka, m. Siedlce, węgrowski, makowski, białobrzeski, pułtuski, ciechanowski, wołomiński, ostrołęcki, m. Płock, garwoliński, przysuski, mławski zambrowski, hajnowski, siemiatycki, łomżyński, bielski m. Częstochowa, m. Chorzów, m. Świętochłowice
4.	Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. ul. Nikłowa 9, 08-110 Siedlce	mazowieckie	m. Siedlce, węgrowski, garwoliński, wołomiński, łosicki
5.	Affidea Sp. z o.o. ul. Plac Europejski 2 00-844 Warszawa	mazowieckie warmińsko-mazurskie	m. Ostrołęka, m. Siedlce, węgrowski, makowski, przysuski, białobrzeski, łosicki, pułtuski, mławski, ciechanowski, żuromiński, gostyniński, szydłowiecki, wołomiński, ostrołęcki, m. Płock, garwoliński lidzbarski, gołdapski, olecko-gołdapski, nowomiejski, ostródzki, węgorzewski, ełcki, elbląski, giżycki, m. Elbląg
6.	Centrum Medyczne ENEL-MED S.A ul. Słomińskiego 19 lok. 524 00-195 Warszawa	mazowieckie	m. Siedlce, węgrowski, makowski, białobrzeski, pułtuski, ciechanowski, wołomiński, garwoliński
7.	Endomed Janusz Romanowski Spółka jawna ul. Ks. Sedlaka 4/6/8 lok. B8C1, 26-600 Radom	mazowieckie	przysuski, białobrzeski, szydłowiecki

8.	Centrum Medyczne ARS-MEDICA Sp. z o.o. ul. Kopernika 30 10-513 Olsztyn	warmińsko-mazowieckie	lidzbarski, gołdapski, olecko-gołdapski, nowomiejski, ostródzki, węgorzewski, ełcki, elbląski, giżycki, m. Elbląg
9.	TMS Diagnostyka Sp. z o.o. ul. Wiertnicza 84 02-952 Warszawa	mazowieckie podlaskie	m. Ostrołęka, makowski, ciechanowski, ostrołęcki kolneński, zambrowski, hajnowski, siemiatycki, łomżyński, bielski
10.	Wojewódzki Szpital Zespolony ul. Medyczna 19, 09-400 Płock	mazowieckie	m. Płock, żuromiński, gostyniński

W ramach realizacji programu wczesnego wykrywania raka płuca w roku 2017 wg stanu na 31.12.2017 r. ośrodki wykonały 8 530 badań na ogólną wartość 2 999 907,09 zł.

Lp.	Nazwa ośrodka	Liczba wykonanych badań CT
1.	ABC Pulmo NZOZ Jarosław Dobielski, Agnieszka Dobielska Sp. j. ul. Batorego 11, 26-600 Radom	142
2.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Szpitalna 8, 17-300 Siemiatycze	762
3.	Luxmed Sp. z o.o. ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa	1618
4.	Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. ul. Nikłowa 9, 08-110 Siedlce	2007
5.	Affidea Sp. z o. o. ul. Plac Europejski 2, 00-844 Warszawa	557
6.	Centrum Medyczne ENEL-MED S.A ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa	617
7.	Endomed Janusz Romanowski Spółka jawna ul. Ks. Sedlaka 4/6/8 lok. B8C1, 26-600 Radom	228
8.	Centrum Medyczne ARS-MEDICA Sp. z o.o. ul. Kopernika 30, 10-513 Olsztyn	1299
9.	TMS Diagnostyka Sp. z o.o. ul. Wiertnicza 84 02-952 Warszawa	1100
10.	Wojewódzki Szpital Zespolony ul. Medyczna 19, 09-400 Płock	200
	RAZEM	8 530

W ramach ww. badań u 157 pacjentów wynik badania był dodatni. U tych pacjentów została przeprowadzona rozszerzona diagnostyka, podczas której u około 27 osób postawiono rozpoznanie – nowotwór złośliwy. Część pacjentów jest nadal w trakcie diagnostyki, u części są to guzy łagodne lub zmiany zapalne. Część badań w dalszym ciągu pozostaje w trakcie oceny.

Instytut zawarł umowy z ośrodkami na opracowywanie i wprowadzanie do bazy danych klinicznych i histopatologicznych z 22 ośrodkami. Wykaz ośrodków oraz ilość wprowadzonych formularzy przedstawia poniższe zestawienie.

Lp.	Nazwa ośrodka	Adres	Liczba wprowadzonych formularzy
1	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	02-034 Warszawa ul. W.K.Roentgena 5	50
2	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	15-276 Białystok ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a	64
3	Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	53-439 Wrocław ul. Grabiszyńska 105	360
4	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	41-800 Zabrze ul. 3 Maja 13/15	200
5	Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej	43-360 Bystra ul. Juliana Fałata 2	191
6	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	31-202 Kraków ul. Prądnicka 80	282
7	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	93-513 Łódź ul. Pabianicka 62	124
8	Miejski Szpital Zespolony im. Mikołaja Kopernika w Olsztynie	10-045 Olsztyn ul. Niepodległości 44	81
9	Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku	05-400 Otwock ul. Narutowicza 80	43
10	Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów	60-569 Poznań ul. Szamarzewskiego 62	350
11	Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie	35-055 Rzeszów ul. Szopena 2	99
12	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	71-455 Szczecin ul. Arkońska 4	225

13	Samodzielny Publiczny Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc im. dr O. Sokołowskiego	34-500 Zakopane ul. Gładkie 1	190
14	Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	85-796 Bydgoszcz ul. Dr I. Romanowskiej2	70
15	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ	50-981 Wrocław ul. R. Weigla 5	19
16	Świętokrzyskie Centrum Onkologii SP ZOZ	25-734 Kielce ul. Stefana Artwińskiego 3	46
17	Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Sp. z o.o.	36-060 Głogów Młp. Rudna Mała 600	75
18	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	80-952 Gdańsk ul. Dębinki 7	150
19	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała	26-060 Chęciny Czerwona Góra 10	60
20	Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy	85-326 Bydgoszcz ul. Seminarystyczna 1	90
21	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.	65-046 Zielona Góra ul. Żyty 26	59
22	Uniwersytecki Szpital Kliniczny Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów	90-549 Łódź ul. Żeromskiego 113	110
23	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	01-138 Warszawa ul. Płocka 26	880
OGÓŁEM			3818

Ad 5. Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy.

W ramach realizacji zadania zaplanowano prowadzenie działań mających na celu poprawę jakości funkcjonujących programów zdrowotnych tj. *Programu profilaktyki raka piersi* i *Programu profilaktyki raka szyjki macicy*, finansowanych przez NFZ.

W tym celu powołano koordynatora merytorycznego ww. programów (Centralny Ośrodek Koordynujący), odpowiedzialnego za nadzór merytoryczny, prowadzenie kontroli jakości, szkoleń w zakresie realizacji ww. programów.

Kontrola jakości badań mammograficznych na poziomie podstawowym realizowana jest poprzez ocenę zdjęć mammograficznych (audyt kliniczny) i ocenę fizycznych parametrów

urządzeń radiologicznych oraz poprawności realizacji testów kontroli jakości przez świadczeniodawców.

Kontrola jakości badań cytologicznych była prowadzona u:

- 1) co najmniej 10 % świadczeniodawców etapu podstawowego;
- 2) wszystkich świadczeniodawców realizujących etap diagnostyczny (kontrola oceny materiału cytologicznego);
- 3) co najmniej 10% świadczeniodawców etapu pogłębionej diagnostyki.

W ramach realizacji zadania zaplanowano prowadzenie szkoleń dla techników elektroradiologii realizujących *Program profilaktyki raka piersi* oraz dla diagnostów laboratoryjnych, ginekologów, położnych i położnych podstawowej opieki zdrowotnej realizujących *Program profilaktyki raka szyjki macicy*.

Jako realizatora zadania Minister Zdrowia wskazał Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej–Curie w Warszawie – jako Centralny Ośrodek Koordynujący (COK) na lata 2016-2024.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację przedmiotowego zadania w 2017 r. wydatkowano kwotę 2 657 658,70 zł, w tym:

- 1 762 730,00 zł na prowadzenie kontroli jakości badań mammograficznych i cytologicznych,
- 312 065,00 zł na prowadzenie szkoleń,
- 582 863,70 zł na nadzór merytoryczny.

Realizacja zadania w 2017 r.

- 1) Kontrola jakości badań mammograficznych – ocena fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych oraz poprawności realizacji testów kontroli jakości przez świadczeniodawców.

W ramach programu w 2017 r. przeprowadzono kontrole jakości badań mammograficznych na wszystkich 413 aparatach mammograficznych biorących udział w programie (159 analogowych, 118 cyfrowych (DR) i 136 ucyfrowionych (CR)).

Od kilku lat obserwowany jest spadek liczby mammografów analogowych. Pozytywnie należy przy tym odebrać zauważalny wzrost liczby mammografów cyfrowych z detektorem stałym.

Wymagany poziom jakości oceniono jako akceptowalny w przypadku ogółem 98,5% pracowni mammograficznych.

Kontrola jakości badań mammograficznych – audyt kliniczny zdjęć mammograficznych.

Audytem klinicznym zdjęć mammograficznych, na zasadach obowiązujących w 2017 r., objęto wszystkich świadczeniodawców realizujących *Program profilaktyki raka piersi*, z wyłączeniem 10 świadczeniodawców, którzy zostali poddani audytowi w 2016 r.

Ocenie poddano 287 zestawów zdjęć mammograficznych (po 2 komplety każdy), 150 wykonanych metodą cyfrową i 137 metodą analogową.

2) Kontrola jakości badań cytologicznych.

Kontrola świadczeniodawców etapu podstawowego

W 2017 r. przeprowadzono kontrole jakości badań cytologicznych etapu podstawowego w 198 placówkach realizujących *Program profilaktyki raka szyjki macicy* w całym kraju, co stanowi około 10% wszystkich świadczeniodawców realizujących program w 2017 r. Wszystkie podmioty uzyskały pozytywny wynik kontroli, w tym 11 ośrodków uzyskało zaliczenie kontroli z uwagami.

Podczas kontroli stwierdzono m.in., że odsetki rozmazów nienadających się do oceny (jako wykładnik jakości pobieranych rozmazów) są podobne dla ginekologów i położnych i spełniają europejskie standardy jakości. Stwierdzono ponadto, że odsetek poradni, w których badania wykonują położne wciąż pozostaje niewielki, w związku z czym zasadne jest dalsze prowadzenie szkoleń i egzaminów dla położnych chcących realizować *Program profilaktyki raka szyjki macicy*.

Kontrola świadczeniodawców etapu diagnostycznego

Kontrole jakości etapu diagnostycznego przeprowadzono u 66 świadczeniodawców realizujących ww. program. Kontrola obejmowała okres 1.01.2016 – 30.06.2017 r. Wszystkie podmioty zaliczyły kontrolę.

Podczas kontroli stwierdzono m.in., że odsetek wyników dodatnich jest nieco niższy niż w porównywalnych programach w innych krajach. Odsetek preparatów nienadających się do oceny jest niski.

Stwierdzono także, że obecnie tylko 68,2% świadczeniodawców spełnia kryteria dotyczące liczby wykonywanych rocznie badań cytologicznych.

Stwierdzono ponadto, że wszystkie pracownie spełniają wymogi zatrudnienia lekarza specjalisty patomorfologii lub anatomii patologicznej oraz wymóg wpisania medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub zakład patomorfologii posiadający pracownię cytologiczną.

Kontrola świadczeniodawców etapu pogłębionej diagnostyki

Kontrolą objęto 62 placówki realizujące etap diagnostyki pogłębionej *Programu profilaktyki raka szyjki macicy*. Jakość badań na etapie diagnostyki pogłębionej ma kluczowe znaczenie – wyniki fałszywie dodatnie prowadzą do wykonywania niepotrzebnych zabiegów resekcyjnych szyjki macicy, a wyniki fałszywie ujemne mogą prowadzić do przeoczenia raków.

Podczas kontroli stwierdzono m.in., że część pracowni nie jest wyposażona i przygotowana do wykonywania biopsji celowanych kolposkopowo oraz pobierania materiału tkankowego z kanału szyjki macicy. Stwierdzono także, że duża część badań jest wykonywana poza programem, co uniemożliwia gromadzenie danych i znacznie utrudnia kontrolę jakości.

Wszystkie podmioty poddane kontroli uzyskały wynik pozytywny.

3) Szkolenia specjalistyczne dla personelu świadczeniodawców realizujących Program profilaktyki raka piersi.

W 2017 r. COK przeprowadził szkolenia dla techników elektroradiologii, na podstawie programów szkolenia zaakceptowanych w 2016 r. przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne.

Zorganizowano 40 szkoleń praktycznych z prawidłowego ułożenia mammograficznego, podczas których przeszkolono łącznie 80 techników elektroradiologii, 4 szkolenia z kontroli jakości w mammografii cyfrowej i ucyfrowionej, podczas których przeszkolono łącznie 79 techników oraz 3 szkolenia z kontroli jakości w mammografii analogowej dla 30 techników.

Ponadto COK przeprowadził 1 szkolenie dla lekarzy radiologów realizujących Program profilaktyki raka piersi, w ramach którego przeszkolono 18 osób.

4) Szkolenia specjalistyczne dla personelu świadczeniodawców realizujących Program profilaktyki raka szyjki macicy.

W ramach realizacji zadania zorganizowano intensywne dwutygodniowe szkolenie dla diagnostów laboratoryjnych, podczas którego przeszkolonych zostało 12 osób, a także dodatkowo 4 szkolenia zaawansowane dla diagnostów laboratoryjnych, podczas których przeszkolono 40 osób. Przeprowadzono także szkolenie dla 121 położnych, szkolenie dla 12 lekarzy ginekologów oraz 1 egzamin centralny, do którego przystąpiło 25 położnych. Pozytywny wynik egzaminu uzyskało 20 położnych.

Ad 6. Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów.

Realizacja zadania jest nastawiona na uzupełnianie oraz wymianę wyeksploatowanych wyrobów medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211, z późn. zm.), służących do diagnostyki nowotworów oraz utworzenie poradni genetycznych oraz diagnostycznych laboratoriów genetycznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą o najwyższym poziomie referencyjności poprzez zakup wyrobów medycznych.

W 2017 r. planowana była wymiana wyeksploatowanych i przestarzałych technologicznie aparatów rezonansu magnetycznego (MRI), niezdolnych do wykonywania badań diagnostycznych na zadowalającym poziomie, na urządzenia nowej generacji. Przyczyni się to do systematycznego podniesienia jakości świadczeń wykonywanych na tym sprzęcie do poziomu zgodnego z obowiązującymi międzynarodowymi standardami diagnostyki onkologicznej.

Wymiana wyeksploatowanych i przestarzałych technologicznie aparatów diagnostycznych MRI na urządzenia nowej generacji ma na celu systematyczne podnoszenie jakości świadczeń wykonywanych na tym sprzęcie do poziomu zgodnego z obowiązującymi międzynarodowymi standardami diagnostyki onkologicznej. Poprawa w zakresie zwiększenia liczby nowoczesnych aparatów do diagnostyki obrazowej przyczyni się do wcześniejszego wykrywania niektórych nowotworów, czego efektem powinna być poprawa wskaźników pięcioletnich przeżyć w odpowiednich grupach chorych.

Ponadto w ramach tworzenia poradni genetycznych oraz diagnostycznych laboratoriów genetycznych przy centrach onkologicznych o najwyższym poziomie referencyjności planowany był zakup podstawowego wyposażenia laboratorium genetycznego (molekularnego/cytogenetycznego). W 2017 r. dokonano zakupu zestawów wyposażenia dla podmiotów, w którego skład wchodził następujący sprzęt:

- 1) sekwenator kolejnej generacji (NGS) i sprzęt peryferyjny;
- 2) sekwenator kapilarny;
- 3) PCR (3-4 sztuki);
- 4) real-time PCR 2 sztuki;
- 5) mikroskop fluorescencyjny z systemem do analizy obrazu;
- 6) hodowle komórkowe (w tym komora, inkubatory - 3 sztuki, cieplarki, mikroskop odwrócony);

- 7) ultrazamrażarki (- 80°C) – 2 sztuki;
- 8) automatyczna stacja do izolacji kwasów nukleinowych;
- 9) sprzęt ogólnego zastosowania –peryferyjny, wirówki;
- 10) pipety, waga, pHmetr, wytrząsarki, łaźnie wodne, lodówki laboratoryjne.

Realizacja zadania pozwala na racjonalizację wydatków na diagnostykę genetyczną w onkologii poprzez opracowanie standardów postępowania, określenie liczby rodzin z wysoką predyspozycją do nowotworów, określenie liczby osób/rodzin objętych postępowaniem profilaktycznym z podziałem na grupy w zależności od sposobów postępowania profilaktycznego (obserwacja, chemoterapia, zabiegi operacyjne profilaktyczne, określenie liczby nowotworów wykrytych w grupie osób objętych postępowaniem profilaktycznym, określenie liczby i rodzaju wykrytych mutacji w stosunku do przebadanych osób, zwiększenie efektywności leczenia pacjentów z chorobą nowotworową poprzez personalizację terapii.

Utworzenie referencyjnych laboratoriów diagnostyki genetycznej przy centrach onkologicznych zapewni zwiększenie skuteczności wykrywania mutacji predysponujących do rozwoju chorób nowotworowych, otworzy możliwość wdrożenia terapii personalizowanej u pacjentów z chorobą nowotworową oraz w konsekwencji powoli na prognozowanie przebiegu choroby nowotworowej na podstawie markerów genetycznych.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

W 2017 r. na realizację zadania wydatkowano kwotę w wysokości 30 292 700,35 zł, w tym na MRI – 14 657 967,78 zł; na zakup wyposażenia dla laboratoriów genetycznych – 15 634 732,57 zł (15 589 624,79 zł stanowiły wydatki majątkowe, 45 107,78 zł wydatki bieżące).

Realizacja zadania w 2017 r.

W 2017 r. dofinansowano zakup 3 rezonansów magnetycznych oraz w ramach wyposażenia laboratorium genetycznego zakupiono łącznie sprzęt/aparaturę dla 7 podmiotów leczniczych.

I. Rezonans magnetyczny:

- 1) Mazowiecki Szpital Bródnowski Sp. z o.o., ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa;
- 2) Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o. o., ul. Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce;
- 3) Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie, ul. Wawelska 15B, 02-034 Warszawa.

II. Wyposażenie laboratorium genetycznego:

- 1) Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, PL. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław;
- 2) Centrum Onkologii im. Prof.. F. Łukaszczyka, ul. Dr Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz;
- 3) Wojewódzkie wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź;
- 4) Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie, Oddział w Krakowie, ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków;
- 5) Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków;
- 6) Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie sp. z o.o., Os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków;
- 7) Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza, ul. Ks. J. Bielawskiego 18, 36-200 Brzozów.

Ad 7. Doposażenie zakładów radioterapii w Polsce.

W ramach realizacji zadania dokonywany był zakup akceleratorów, celem zwiększenia dostępności pacjentów do radioterapii w poszczególnych województwach i wyrównania różnic w przedmiotowym zakresie w regionach. W pierwszej kolejności dokonywany był zakup akceleratorów dla ośrodków z województw, w których nie osiągnięto wskaźnika rekomendowanego przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej, tj. 250 tys. osób na 1 akcelerator.

Działania inwestycyjne były podejmowane w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych dotyczących onkologii, które zostały opublikowane 31 grudnia 2015 r. i są dostępne na stronie: <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/Mapy-potrzeb-zdrowotnych>.

Obecnie zgodnie ze wskaźnikiem Europejskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej (ESTRO) oraz Międzynarodowej Agencji Atomowej (IAEA) - 1 aparat megawoltowy na 200 000 mieszkańców, w Polsce docelowo powinny działać przynajmniej 193 aparaty tego typu. Zgodnie z informacją zawartą w „Raporcie na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2017 r.” przygotowanym przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, obecna liczba ludności przypadająca na aparaty megawoltowe w poszczególnych województwach Polski przedstawia się następująco:

Liczba ludności przypadająca na aparaty megawoltowe w poszczególnych województwach:

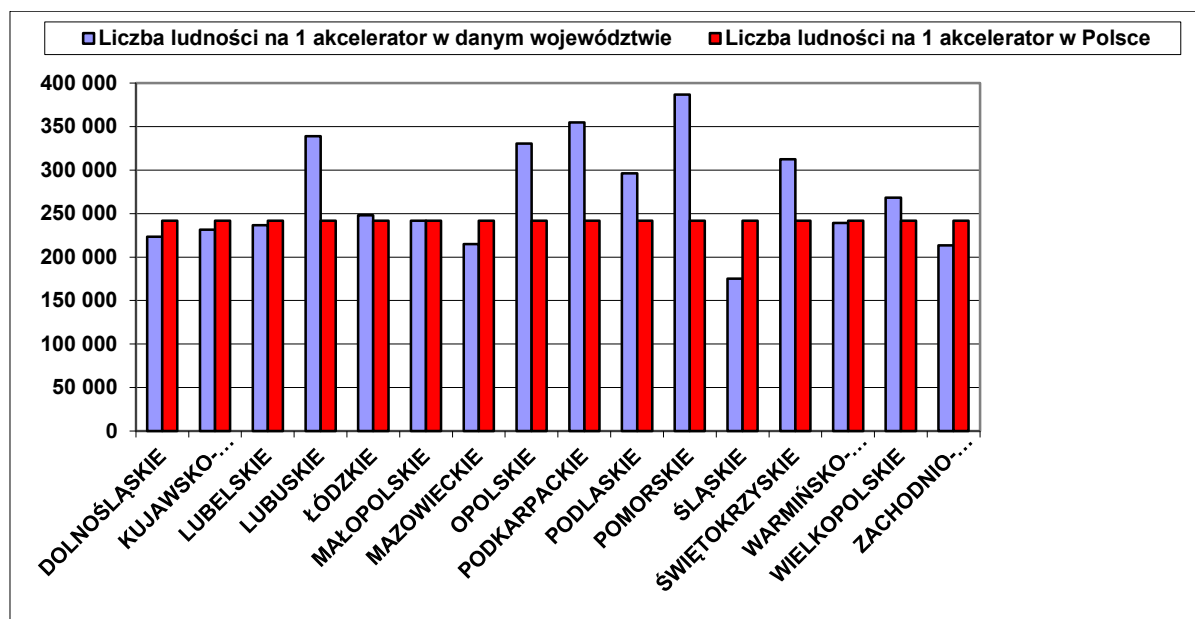
Województwa	Liczba ludności wg GUS 30.06.2017 r.	Miasta	Liczba akceleratorów	Liczba aparatów kobaltowych	Liczba ludności na 1 akcelerator r	Liczba ludności na 1 aparat megawoltowy (akcelerator +
-------------	--	--------	-------------------------	-----------------------------------	--	--

						Gamma knife)
P O L S K A	38 422 346		160	2 (Gamma-knife)	244 728	241 650
DOLNOŚLĄSKIE	2 902 365	Wrocław DCO Wrocław WSS Wałbrzych	10 0 3	0 0 0	223 259	223 259
KUJAWSKO- POMORSKIE	2 082 935	Bydgoszcz	9 1*	0	231 437	231 437
LUBELSKIE	2 129 260	Lublin COZL Lublin UM Chir. ** Zamość	6 0 3	0 0 0	236 584	236 584
LUBUSKIE	1 016 652	Zielona Góra	3	0	338 884	338 884
ŁÓDZKIE	2 479 962	Łódź Tomaszów Mazowiecki	7 3	0 0	247 996	247 996
MAŁOPOLSKIE	3 386 162	Kraków COI Kraków SU Chir.** Kraków USD Kraków Amethyst Tarnów Nowy Sącz	4 1* 2 3 3 2	0 0 0 0 0 0	241 869	241 869
MAZOWIECKIE	5 372 579	Warszawa COI Wieliszew Warszawa Centrum Neuroradiocirurgi i Warszawa CSKMSWiA Warszwa WIM Radom	11 5 0 3 2 3	0 0 1 0 0 0	223 857	214 903
OPOLSKIE	991 161	Opole	3	0	330 387	330 387
PODKARPACKIE	2 127 687	Rzeszów Brzów	3 3	0 0	354 614	354 614
PODLASKIE	1 185 174	Białystok	4	0	296 293	296 293
POMORSKIE	2 319 735	Gdańsk Gdynia	3 3	0 0	386 622	386 622
ŚLĄSKIE	4 552 627	Bielsko-Biała Gliwice Katowice Katowice COiO Częstochowa Dąbrowa Górnicza	4 11 3 3 2 2	0 0 0 1 0 0	182 105	175 101
ŚWIĘTOKRZYSKI E	1 249 710	Kielce	4	0	312 427	312 427
WARMIŃSKO- MAZURSKIE	1 434 783	Olsztyn Elbląg	3 3	0 0	239 130	239 130
WIELKOPOLSKIE	3 484 975	Poznań WCO Poznań MCO Poznań SKPP	10 1* 3 0	0 0 0	268 075	268 075
ZACHODNIOPOM ORSKIE	1 706 579	Szczecin Koszalin	5 3	0 0	213 322	213 322

* Kraków SU Chir., Poznań WCO, Bydgoszcz – akceleratory wyłącznie do radioterapii śródoperacyjnej (nie uwzględniano w obliczeniach liczby ludności przypadających 1 aparat).

** Kraków SU Chir., Lublin UM Chir. – nie prowadziły leczenia w 2017 roku.

Liczba ludności przypadająca na jeden akcelerator w województwach w 2017 roku



Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację przedmiotowego zadania w 2017 r. wydatkowano kwotę 88 895 929,76 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

W 2017 r. dokonano zakupu 14 akceleratorów dla 10 jednostek:

- 1) Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, Pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław;
- 2) Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka, ul. Dr I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz - 2 aparaty;
- 3) Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, ul. dr K. Jaczewskiego 7, 20-090 Lublin;
- 4) Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź - 2 aparaty;
- 5) Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie, Oddział w Krakowie, ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków;
- 6) Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, ul. Wawelska 15B, 02-034 Warszawa;
- 7) Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, ul. Wyzwolenia 18, 43-300 Bielsko-Biała;

- 8) Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie, Oddział w Gliwicach, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15, 44-101 Gliwice – 2 aparaty;
- 9) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa;
- 10) Zachodniopomorskie Centrum Onkologii, ul. Strzałowska 22, 71-730 Szczecin.

Zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej dzięki wysiłkom Ministerstwa Zdrowia i dotychczasowej, konsekwentnej realizacji „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” w ostatnich latach nastąpił istotny postęp w zakresie radioterapii w Polsce:

- 1) zwiększyła się liczba chorych otrzymujących radioterapię: liczba chorych napromienianych wzrosła z ok. 80 000 w 2012 r. do 90 000 w 2017 r.;
- 2) liczba akceleratorów wzrosła z 122 w 2012 r. do 160 w 2017 r.; aktualnie liczba ludności przypadająca na 1 aparat megawoltowy (akcelerator + gamma knife) wynosi 241 tys. (standard europejski 200 tys. na 1 aparat), natomiast na 1 akcelerator - 244 tys.;
- 3) nastąpił skok technologiczny i ściśle z tym związana poprawa jakości leczenia radioterapeutycznego, w tym powszechne wprowadzenie nowoczesnych procedur radioterapii łukowej (VMAT), stereotaktycznej (SRS, SBRT) oraz procedur z intensywną modulacją dawki (IMRT);
- 4) zanotowano poprawę wskaźników przeżycia wybranych nowotworach, w przypadku których radioterapia jest zasadniczą opcją terapeutyczną (np. rak prostaty);
- 5) zanotowano poprawę współczynników umieralności w nowotworach, dla których radioterapia jest podstawową metodą terapeutyczną (np. rak prostaty, rak krtani).

OŚRODEK	Liczba pacjentów leczonych w ośrodku	Liczba pacjentów – teleterapia	Liczba pacjentów – brachyterapia
Białystok	2633	2344	289
Bielsko Biała	1852	1754	98
Brzozów	1526	1131	395
Bydgoszcz	6466	5311	1155
Częstochowa	1217	1081	136
Dąbrowa Górnicza	690	690	0
Elbląg	1160	1160	0
Gdańsk	2382	2149	233
Gdynia	1883	1495	388
Gliwice	7817	6982	835
Jastrzębie Zdrój	10	0	10
Katowice	3494	3183	311
Katowice COiO	1065	957	108
Kielce	2517	2116	401
Koszalin	1414	1309	105
Kraków COI	1362	1242	120
Kraków USD	1228	1228	0
Kraków SU Chir.	0	0	0
Kraków SU Gin.	174	0	174
Kraków SU Okul.	421	42	379
Kraków Amethyst	2379	2021	358
Lublin COZL	2898	2503	395
Lublin UM Chir.	0	0	0
Łódź	4542	3076	1466
Nowy Sącz	546	546	0
Olsztyn	2122	1911	211
Opole	1121	986	135
Poznań WCO	5915	4900	1015
Poznań MCO	1965	1382	583
Poznań SKPP	59	34	25
Radom	940	717	223
Rzeszów	1775	1631	144
Szczecin	3615	3317	298
Tarnów	908	849	59
Tomaszów Mazow.	1121	1121	0
Wałbrzych MCO	1277	1031	246
Warszawa COI	7412	6690	722
W-wa Centr. Neur.	1134	1134	0
W-wa CSKMSWiA	1343	1179	164
W-wa WIM	324	307	17
Wieliszew	2448	2187	261
Wrocław DCO	4609	4186	423
Wrocław WSS	13	13	0
Zamość	1244	1183	61
Zielona Góra	1683	1550	133
Razem	90704	78628	12076

Ad 8. Doposażenie klinik i oddziałów torakochirurgii w sprzęt do leczenia raka płuca.

W ramach realizacji zadania dokonywany jest zakup sprzętu i aparatury medycznej dla ośrodków torakochirurgicznych.

Podjęcie skutecznego leczenia onkologicznego zależy od odpowiednio wczesnego zdiagnozowania zmiany nowotworowej. Procesy patologiczne płuc można precyzyjnie uwidocznąć za pomocą nowoczesnych technik obrazowania, uzyskanie odpowiedniego materiału tkankowego wymaga użycia specjalistycznego sprzętu. Z tego względu ośrodki torakochirurgiczne odgrywają główną rolę w diagnostyce i ustalaniu zmian bardziej zaawansowanych.

Tylko przy użyciu odpowiedniej aparatury (m. in. videotorakoskopy, urządzenia do wentylacji dyszowej, lasery, bronchoskopy operacyjne) możliwe jest wdrożenie technik małoinwazyjnych, pozwalających na podjęcie interwencji chirurgicznej u chorych na raka płuca.

Pracownie histopatologiczne wykonujące badania doraźne podczas zabiegów diagnostyczno-leczniczych w chorobach nowotworowych klatki piersiowej powinny być wyposażone w sprzęt spełniający odpowiednie standardy.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację przedmiotowego zadania w 2017 r. wydatkowano kwotę 12 073 557,92 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

W 2017 r. dofinansowano zakup aparatury i sprzętu medycznego dla 20 jednostek:

- 1) Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław;
- 2) Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka ul. Dr I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz;
- 3) Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy ul. Seminaryjna 1, 85-326 Bydgoszcz;
- 4) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie ul. Dr. K. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin;
- 5) Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi-Centralny Szpital Weteranów ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź;
- 6) Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków;
- 7) Samodzielny Publiczny Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc im. Dr O. Sokołowskiego ul. Gładkie 1, 34 - 500 Zakopane (obecna nazwa: Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc „ODRODZENIE im. Klary Jelskiej w Zakopanem, ul. Gładkie 1, 34 – 500 Zakopane);

- 8) Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy ul. Narutowicza 80, 05-400 Otwock;
- 9) Instytut Gruzlicy i Chorób Płuc w Warszawie ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa;
- 10) Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie ul. Wawelska 15B, 02-034 Warszawa;
- 11) Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie ul. Rycerska 2, 35-241 Rzeszów (obecnie: Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1, ul. Szopena 2, 35-055 Rzeszów);
- 12) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku ul. M. Skłodowskiej Curie 24a, 15-276 Białystok;
- 13) Uniwersyteckie Centrum Kliniczne ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk;
- 14) Szpital Specjalistyczny ul. Kuracyjna 30, 82-550 Prabuty;
- 15) Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej ul. J. Fałata 2, 43-360 Bystra;
- 16) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. 3-go Maja 13-15, 41-800 Zabrze;
- 17) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Św. Rafała w Czerwonej Górze ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny;
- 18) Miejski Szpital Zespolony ul. Niepodległości 44, 10-045 Olsztyn;
- 19) Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii Im. Eugenii i Janusza Zeylandów Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Szamarzewskiego 62, 60-569 Poznań;
- 20) Specjalistyczny Szpital im. prof. Alfreda Sokołowskiego ul. A. Sokołowskiego 11, 70-891 Szczecin.

W ramach realizacji zadania został dofinansowany zakup m.in.:

- 1) 18 urządzeń do monitorowania funkcji życiowych;
- 2) 2 bronchofiberoskopów;
- 3) 9 torów wizyjnych;
- 4) 3 diatermii;
- 5) 2 EBUS;
- 6) 15 videobronchoskopów;
- 7) 10 respiratorów;
- 8) 2 urządzeń do podciśnieniowego leczenia ran;

9) 7 videotorakoskopów;

10) 2 noży harmonicznych.

Podjęcie skutecznego leczenia onkologicznego zależy od odpowiednio wczesnego zdiagnozowania zmiany nowotworowej. Procesy patologiczne płuc można precyzyjnie uwidocznzyć za pomocą nowoczesnych technik obrazowania, uzyskanie odpowiedniego materiału tkankowego wymaga użycia specjalistycznego sprzętu. Z tego względu ośrodki torakochirurgiczne odgrywają główną rolę w diagnostyce i ustalaniu zmian bardziej zaawansowanych.

Tylko przy użyciu odpowiedniej aparatury (m. in. videotoraskopy, urządzenia do wentylacji dyszowej, lasery, bronchoskopy operacyjne) możliwe jest wdrożenie technik małoinwazyjnych, pozwalających na podjęcie interwencji chirurgicznej u chorych na raka płuca.

Zgodnie z danymi przekazanymi przez konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej dzięki ustawicznemu doposażaniu ośrodków zajmujących się leczeniem raka płuca w roku 2017 wykonano 3885 resekcji płata płuca - lobektomii (standard w chirurgicznym leczeniu tej choroby) oraz 369 resekcji całego płuca - pneumonektomii (zabieg okaleczający, którego należy unikać - najlepszym sposobem jest wykrywanie raka płuca w jak najwcześniejszym stadium, wtedy tak rozległa operacja nie jest konieczna).

Odsetek pneumonektomii do lobektomii z roku na rok jest coraz korzystniejszy. W 1997 roku wynosił 70% tzn. wykonano 1250 pneumonektomii i 1764 lobektomie, w roku 2007 26,7% (583/2187), w roku 2016 już 11,3% (377/3324), zaś w 2017 roku 9,5% (369/3885). Dzięki odpowiedniemu wyposażeniu w sprzęt ok. 25% lobektomii jest wykonywanych metodą małoinwazyjną, w tym z zastosowaniem najnowocześniejszych metod dostępu tzw. uniportal.

Wykonywanie znacznej ilości lobektomii nie byłoby możliwe bez wczesnego wykrywania choroby i właściwej kwalifikacji do operacji, co pozwala uniknąć tzw. torakotomii zwiadowczych (otwarcia i zamknięcia klatki piersiowej bez radykalnego usunięcia guza). W 2017 roku osiągnięto odsetek 84,16% chorych operowanych w I i II stadium raka płuca, podczas gdy jeszcze 10 lat temu wynosił on 59%. Należy jednak pamiętać, że nadal ok 80% raków płuca jest wykrywanych w tak późnym stadium, że leczenie chirurgiczne nie jest już możliwe. Wskaźnik resekcyjności raka płuca w Polsce (ilość operowanych raków do wszystkich wykrytych) sięga 19% - ze sporym zróżnicowaniem regionalnym - najwyższy od lat jest w województwie zachodniopomorskim (24,6%), najniższy w opolskim (12%). Są w Polsce powiaty, dla których ten wskaźnik wynosi zero - to oznacza, że wszystkie raki płuca zostały późno wykryte w stadium nie kwalifikującym się do operacji. Wskaźnik ten plasuje nas w średniej europejskiej, natomiast w takich państwach jak USA i Japonia, osiąga się poziom 33%.

Ad 9. Zakup endoprotez na potrzeby leczenia dzieci z nowotworami kości.

Realizacja zadania jest nastawiona na ograniczenie niepełnosprawności u dzieci z nowotworami układu kostno-mięśniowego poprzez zapewnienie dostępu do mniej okaleczającego postępowania chirurgicznego z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych, co jest najkorzystniejszą formą rekonstrukcji u pacjentów po rozległych wycięciach nowotworu złośliwego kości (wymagających dalszego stosowania chemioterapii wielolekowej). Postępowanie takie umożliwia radykalne wycięcie nowotworu (potwierdzone badaniem histopatologicznym śródoperacyjnym), jednoczesowe uzupełnienie dużego ubytku kości umożliwiające szybkie uruchomienie pacjenta oraz dalsze kontynuowanie leczenia (chemioterapii).

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

W roku 2017 na realizację zadania zaplanowano kwotę w wysokości 4 040 000 zł, która w ciągu roku została zwiększona do wysokości 5 310 000 zł, z czego wydatkowano środki finansowe w wysokości 4 672 305,77 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

W 2017 roku przeprowadzono 40 ekspertyz dotyczących kwalifikacji do wszczepienia określonej protezy oraz zakupiono 45 endoprotez u pacjentów do 18 roku życia.

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

- endoprotezy bezcementowe, modularne – dla pacjentów powyżej 14 roku życia. Endoprotezy te ze względu na swoje rozmiary są bardziej przydatne u dzieci i młodzieży, umożliwiają większą swobodę w rekonstrukcji ubytku po wycięciu guza, dokładniejszą korektę ustawienia kończyny oraz lepsze warunki do rekonstrukcji mięśniowej. Implantowane endoprotezy są pokryte powłoką srebra, która ma zmniejszyć prawdopodobieństwo infekcji miejscowej,
- endoprotezy tzw. rosnące, umożliwiające wydłużanie kończyny wraz z postępującym wzrostem pacjenta, w związku z czym stosowane są u pacjentów z niezakończonym wzrostem. Obecnie dostępne są endoprotezy elektromagnetyczne, umożliwiające bezinwazyjne wydłużanie kończyny oraz endoprotezy wydłużane mechanicznie,
- implanty drukowane techniką 3D, pozwalające na zastosowanie pełnej indywidualizacji endoprotezy, celem jej lepszego dopasowania do warunków anatomicznych operowanego pacjenta. Jest to nowatorska metoda, która przy pomocy technik komputerowych ma na celu przestrzenne odwzorowanie resekowanego fragmentu kości. Na tej podstawie drukuje się endoprotezę z tytanu odpowiadającą idealnie temu fragmentowi. Rozwiązano także techniczny problem pacjentów z guzem w centralnej

części kości udowej. Dzięki technice 3D możliwe jest zachowanie obu stawów: biodrowego i kolanowego z jednoczesnym założeniem endoprotezy rosnącej w części centralnej. Wiąże się to z bardzo istotnymi korzyściami dla pacjenta, sprawności i jakości jego życia. W 2017 r. założono 3 takie endoprotezy (endoprotezę miednicy, obojczyka i łopatki).

Pacjentów do leczenia oszczędzającego kwalifikował zespół ekspertów, który dokonywał oceny wszystkich zgłoszonych pacjentów oraz planował rozległość resekcji. Jeżeli istniało duże prawdopodobieństwo dalszego wzrostu pacjenta (powyżej 4cm), wykorzystywano endoprotezy rosnące, umożliwiające wydłużanie kończyny. U pacjentów, u których występowała konieczność kontynuowania chemioterapii w okresie pooperacyjnym, z obniżoną odpornością oraz duże prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań infekcyjnych, preferowano system bezinwazyjnego wydłużania – endoprotezy elektromagnetyczne. U pozostałych pacjentów planowano system modułarny lub endoprotezy wydłużane mechanicznie.

Realizacja zadania rozwiązuje problem leczenia oszczędzającego w skali całego kraju, gdyż zwiększyła dostęp do leczenia wysokospecjalistycznego, poprawiła w sposób istotny jakość życia pacjentów. Ponadto, podejmowane działania pozwalają zmniejszyć kalectwo, umożliwiając zachowanie kończyny oraz stwarzają możliwości równego dostępu do oszczędzającej formy leczenia prawie wszystkim pacjentom.

Ad 10. Wsparcie psychologiczne dla pacjentów onkologicznych i ich bliskich.

Realizacja zadania ukierunkowana jest m. in. na prowadzenie działań na rzecz poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych. Wsparcie osób dotkniętych problemem choroby nowotworowej (chorych i ich bliskich) poprzez edukację, w tym z zakresu sposobów działań mających na celu poprawę lub utrzymanie zdrowia (np. dieta, rehabilitacja) oraz terapię psychologiczną nastawioną na budowanie równowagi emocjonalnej oraz aktywnej, ukierunkowanej na poprawę jakości własnego życia, postawy życiowej.

W ramach zadania zapewniona została realizacja psychoonkologicznego programu działań edukacyjnych i terapii dla chorych na nowotwory i ich bliskich, mającego na celu zapobieganie wykluczeniu i izolacji osób chorych.

Dzięki systemowemu podejściu do chorób nowotworowych możliwe było zapewnienie skuteczniejszej opieki nad pacjentami chorymi na raka. Zintegrowana opieka nad pacjentami onkologicznymi i ich bliskimi, uwzględniająca dobre samopoczucie i wsparcie psychospołeczne była istotnym elementem programu.

W ramach programu założeniem było prowadzenie terapii w minimum trzech województwach; preferowane było jednak przeprowadzenie działań w możliwie największej liczbie województw,

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację zadania w 2017 r. wydatkowano środki finansowe w wysokości 143 700,00 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

Realizatorem przedmiotowego zadania był Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej OPEN w Poznaniu, który prowadził psychoonkologiczny program edukacji i psychoterapii.

W ramach realizacji psychoonkologicznego programu edukacji zostało utworzonych 12 grup, do których zostali zakwalifikowani pacjenci po zakończeniu leczenia podstawowego, którzy sami opisywali swój stan jako emocjonalnie stabilny i nie wymagający psychoterapii, a deklarowali potrzebę poszerzenia posiadanej wiedzy na temat radzenia sobie ze specyfiką chorowania na raka. Łączna liczba uczestników wyniosła 187 osób.

Natomiast w ramach realizacji programu terapii psychoonkologicznej utworzono 20 grup terapeutycznych, w których wzięli udział zarówno pacjenci onkologiczni w trakcie trwania leczenia onkologicznego, jak również chorzy po zakończeniu leczenia, a wśród nich również osoby z nawrotem choroby nowotworowej. Łącznie w grupach terapeutycznych wzięło udział 222 osób, z przewagą pacjentów w trakcie i po zakończeniu leczenia onkologicznego.

W ramach programu przeprowadzono również 129 sesji poradnictwa i psychoterapii indywidualnej w kontakcie bezpośrednim z pacjentem.

Łącznie z różnych form wsparcia skorzystało 538 uczestników

Program edukacyjno-terapeutyczny prowadzony był na terenie w województw: wielkopolskiego, dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, lubuskiego, łódzkiego, zachodniopomorskiego.

Ponadto w ramach zadania został opracowany poradnik dla pacjentów onkologicznych oraz osób im bliskich pt. „Moje życie z chorobą nowotworową”, który otrzymały osoby będące uczestnikami programu.

Ad 11. Program kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci.

Cele zadania:

Poprawa wyników leczenia dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL) i ostrą białaczką szpikową (AML).

Cele szczegółowe:

1. Zastosowanie bardziej intensywnego leczenia u dzieci z cechami rokującymi niekorzystnie;

2. Zredukowanie intensywności chemioterapii u pacjentów, u których z dużą wiarygodnością można wykluczyć obecność cech rokujących niekorzystnie.
3. Zmniejszenie toksyczności i późnych następstw leczenia oraz obniżenie kosztów leczenia poprzez dostosowanie intensywności leczenia do indywidualnej oceny pacjentów.

W ramach zadania realizowane są następujące działania:

- 1) Centralna weryfikacja badań cytomorfologicznych;
- 2) Centralna weryfikacja badań cytogenetycznych;
- 3) Przesyłanie preparatów do badań;
- 4) Organizacja sesji weryfikacyjnych z udziałem przedstawicieli ośrodków diagnostycznych dla każdej dziedziny diagnostycznej;
- 5) Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą cytofluorometryczną (przy pomocy cytometrii przepływowej);
- 6) Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację zadania w 2017 r. wydatkowano środki finansowe w wysokości 1 258 500,42 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

– Badania cytomorfologiczne

Zgodnie z opinią Koordynatora zadania¹, w 2017 r. dokonano weryfikacji badań u 227 pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną. Badania te dotyczyły oceny morfologicznej krwi obwodowej i szpiku pobranych w dniu rozpoznania białaczki oraz oceny morfologicznej preparatów krwi obwodowej w 8 dobie leczenia i oceny morfologicznej szpiku w dobie 15 i 33 oraz u niektórych pacjentów także oceny preparatów szpiku w 40 dobie leczenia. Zmiana wyników konieczna była w 15 przypadkach, co było powodem zmiany kwalifikacji pacjenta do grupy terapeutycznej i zastosowania innej chemioterapii. W ramach zadania dokonano także weryfikacji badań cytomorfologicznych u dzieci z ostrą białaczką szpikową. Zweryfikowano łącznie 198 rozmazów szpiku kostnego, pochodzących od 64 dzieci z ostrą białaczką szpikową. Wśród weryfikowanych rozmazów szpiku wykonanych przed rozpoczęciem pierwszej linii leczenia, ostatecznie rozpoznano: ostrą białaczkę szpikową u 38 pacjentów, białaczkę dwufenotypową u 2 dzieci, ostrą białaczkę limfoblastyczną u 8 pacjentów,

¹ Ocena efektywności realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w zakresie zadań dotyczących poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci w 2017 r. z dnia 30 marca 2018 r. według koordynatora Pana prof. dr hab. med. Jana Styczyńskiego

przejściowy zespół mieloproliferacyjny u 1 dziecka, zespół mielodysplastyczny MDS u 1 pacjenta, JMML u 1 pacjenta.

Ponadto, wyniki badań weryfikacyjnych były omawiane w czasie sesji weryfikacyjnych, w których uczestniczyli przedstawiciele 15 polskich ośrodków onkologii i hematologii dziecięcej.

Centralna weryfikacja cytomorfologiczna rozmazów szpiku kostnego dzieci z ostrą białaczką, uwzględniająca wyniki badań immunologicznych, cytogenetycznych i molekularnych, przyczynia się do uniknięcia błędów diagnostycznych oraz do prawidłowego zakwalifikowania dzieci do grup ryzyka, a także do wyboru bardziej optymalnego leczenia i poprawy wyleczalności tych pacjentów. Efektem tych prac jest również ujednolicenie zasad oceny morfologicznej preparatów krwi obwodowej i szpiku w trakcie wszystkich etapów leczenia w ośrodkach hemato-onkologii dziecięcej w Polsce, co w sposób wymierny przekłada się na wzrost liczby dzieci całkowicie wyleczonych z białaczki.

– Badania cytogenetyczne

W 2017 r. poddano weryfikacji 200 wyników badań cytogenetycznych, pochodzących od pacjentów z rozpoznaniem ostrej białaczki limfoblastycznej, leczonych w 16 ośrodkach hematologii i onkologii dziecięcej w Polsce. W grupie tej zidentyfikowano 9 pacjentów, u których wynik badania genetycznego miał istotne znaczenie kliniczne, gdyż przesądzał o zakwalifikowaniu dziecka do grupy pacjentów o wysokim ryzyku niepowodzenia leczenia, wymagających zastosowania bardziej intensywnych protokołów leczniczych, łącznie z przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku kostnego. Przeprowadzona weryfikacja badań cytogenetycznych lub molekularnych umożliwiła zakwalifikowanie pacjenta do właściwej dla niego grupy terapeutycznej.

– Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej:

✓ Metoda cytofluorymetryczna

Badaniami objęto 200 pacjentów. U wszystkich pacjentów zidentyfikowano immunofenotyp swoisty dla danej białaczki. Próbkę szpiku kostnego poddano analizie z wykorzystaniem 8-kolorowej cytometrii przepływowej w dniu 15 i 33. Minimalną chorobę resztkową wykryto w dniu 15 u 85% pacjentów. U 10% pacjentów minimalna choroba resztkowa w dniu 15 przekroczyła 10%, co spowodowało zakwalifikowanie tych pacjentów do leczenia wg schematów dla grupy wysokiego ryzyka. W dniu 33 minimalną chorobę resztkową wykryto u 35% pacjentów.

Ponadto wykonano oznaczenie resztkowych komórek białaczkowych metodą cytometrii przepływowej u 91 dzieci.

✓ Metoda molekularna

W 2017 r. wykonano łącznie 564 pomiary u 160 pacjentów pediatrycznych z rozpoznaną ostrą białaczką limfoblastyczną. W przypadku pacjentów z pierwszym rozpoznaniem uzyskane wyniki pozwalają na porównanie metody molekularnej oznaczania MRD z metodą cytometryczną. U każdego pacjenta z wznową choroby pomiar MRD metodą molekularną wpływał na rodzaj interwencji terapeutycznej, w tym allogenicznych transplantacji komórek krwiotwórczych. Ponadto, pomiary MRD metodą molekularną pozwalały również na wprowadzenie pacjenta z nawrotem białaczki do międzynarodowego badania klinicznego z zastosowaniem nowoczesnej immunoterapii.

Monitorowanie metodą molekularną minimalnej choroby resztkowej przeprowadzono również u 55 dzieci ze zdiagnozowaną ostrą białaczką szpikową. Stwierdzona obecność niekorzystnego markera genetycznego u 8 z 55 dzieci, pozwoliła na prawidłową ich kwalifikację do grupy wysokiego ryzyka i zastosowanie bardziej intensywnego leczenia. Niektóre zmiany genetyczne w dziecięcej AML są klasyfikowane jako korzystne markery rokownicze, stwierdzenie ich obecności pozwoliło u 11 z 55 dzieci na zastosowanie mniej intensywniej chemioterapii. Wszystkie podejmowane w tym zakresie działania mają na celu dostosowanie intensywności prowadzonej chemioterapii do indywidualnych zmian genetycznych w komórkach białaczkowych pacjentów.

Wieloparametryczna cytometria przepływowa oraz metoda molekularna jest wiarygodną metodą pozwalającą na monitorowanie minimalnej choroby resztkowej podczas leczenia ostrej białaczki u praktycznie wszystkich pacjentów. Odsetek pacjentów ze stwierdzoną minimalną chorobą resztkową był najwyższy w dniu 15, stopniowo obniżając się w kolejnych punktach czasowych, co jest wykorzystywane do oceny wczesnej odpowiedzi na leczenie. Monitorowanie choroby resztkowej u pacjentów po wznowie ostrej białaczki pozwala na precyzyjną ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie drugiej linii i właściwy dobór leczenia konsolidującego remisję.

Ad 12. Program kontroli jakości w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci.

Cele zadania

- 1) poprawa wyników leczenia dzieci z nieziarniczymi chłoniakami złośliwymi (NHL) i z chłoniakami Hodgkina;
- 2) zmniejszenie toksyczności i późnych następstw leczenia;
- 3) zredukowanie kosztów leczenia.

W ramach zadania realizowane są następujące działania:

1. prowadzenie Centralnej weryfikacji badań patomorfologicznych/histopatologicznych, badań immunohistochemicznych/immunofenotypu, badań obrazowych w chłoniaku Hodgkina.
2. Organizacja sesji weryfikacyjnej dla NHL.
3. Organizacja sesji weryfikacyjnej dla chłoniaka Hodgkina.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację zadania wydatkowano kwotę w wysokości 227 623,80 zł

Realizacja zadania w 2017 r.

W ramach realizacji zadania w 2017 r. weryfikacji histopatologicznej i immunohistochemicznej poddano 200 przypadków nadesłanych z 18 ośrodków hematologii dziecięcej. W analizowanej grupie pacjentów było 115 chłopców i 85 dziewczynek. Ponadto wykonano 94 weryfikacji badań obrazowych u 17 pacjentów z chłoniakiem Hodgkina.

Rozpoznanie zgodne z lokalną diagnozą postawiono w 114 przypadkach. 19 przypadków wymagało zmiany rozpoznania, w tym z procesu nowotworowego na odczynowy lub odwrotnie. W weryfikowanej grupie rozpoznanie chłoniaka postawiono w 136 przypadkach, w tym było 70 chłoniaków nieziarniczych i 66 przypadków chłoniaka Hodgkina.

Ponadto do weryfikacji zgłoszono 57 pacjentów z noworozpoznanym chłoniakiem Hodgkina. Wśród 11 pacjentów, u których w 2017 r. przeprowadzono w kraju centralną ocenę stopnia zaawansowania, u jednego dziecka podwyższono stopień zaawansowania.

Ponadto, w czasie zorganizowanych sesji weryfikacyjnych, w których uczestniczyli przedstawiciele ośrodków wykonujących badania weryfikacyjne, omawiano ich wyniki.

Realizacja omawianego zadania pozwoliła na wprowadzenie ujednoliconych i zgodnych ze standardami europejskimi zasad diagnostyki immunohistopatologicznej i obrazowej u wszystkich dzieci chorych na chłoniaki i leczonych w Polsce. Przyjęto zasadę centralnej weryfikacji histopatologicznej w ośrodku referencyjnym w Warszawie, co zmniejszyło ilość błędnych rozpoznań w zakresie podtypów chłoniaków. Wprowadzono nowe techniki diagnozowania i monitorowania leczenia chłoniaków anaplastycznych z wykorzystaniem techniki PCR do wykrywania krążących komórek chłoniaka we krwi obwodowej i w szpiku kostnym. Wprowadzono jednolitą i opartą o najnowszą wiedzę stratyfikację chorych do grup ryzyka z uwzględnieniem prognostycznych czynników klinicznych i molekularnych. Te działania pozwoliły na uzyskanie poprawy wyników leczenia dzieci z różnymi podtypami chłoniaków i ograniczenie liczby ciężkich powikłań, zwłaszcza we wczesnych fazach leczenia chłoniaków.

Centralna weryfikacja wyników badania TK dokonana na podstawie określonych zasad pozwala na wyłonienie nieprawidłowości dotyczących wykonywania badania TK i interpretacji wyników. Ma to niezmiennie istotne znaczenie dla zakwalifikowania pacjenta do właściwej grupy terapeutycznej, zastosowania odpowiednio intensywnego leczenia, a także prawidłowej oceny odpowiedzi na leczenie i podjęcia decyzji o przeprowadzeniu lub nie RT.

Ad 13. Program kontroli jakości opieki nad dziećmi chorymi na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego.

Cele zadania

- 1) poprawa wyników leczenia i jakości życia dzieci z nowotworami ośrodkowego układu nerwowego (OUN);
- 2) wypracowanie optymalnych metod kompleksowego leczenia poszczególnych rodzajów nowotworów OUN u dzieci, obejmujących identyfikację molekularnych czynników prognostycznych oraz stratyfikację pacjentów do odpowiednich leczniczych grup ryzyka;
- 3) zmniejszenie toksyczności i późnych następstw leczenia;
- 4) obniżenie kosztów leczenia.

W ramach zadania realizowane są następujące działania:

1. Prowadzenie centralnej weryfikacji badań patomorfologicznych i immunofenotypu.
2. Badanie molekularne wybranych onkogenów.
3. Zakup przeciwciał do badań molekularnych.
4. Wykrywanie uznanych markerów biologicznych dla celów diagnostycznych i leczniczych.
5. Weryfikacja przebiegu i sposobu leczenia.
6. Organizacja sesji weryfikacyjnych dla patomorfologów, radiologów, pediatrów onkologów z ośrodków współpracujących.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację zadania wydatkowano środki finansowe w wysokości 372 450,00 zł

Realizacja zadania w 2017 r.

W 2017 r. zweryfikowano 200 przypadków nowotworów ośrodkowego układu nerwowego u dzieci. Ponadto zespół interdyscyplinarny (pediatra onkolog, radiolog, neurochirurg) skonsultował i zweryfikował przebieg diagnostyki i leczenia w 150 przypadkach dzieci z rozpoznaniem nowotworów OUN.

Ponadto, w celu omówienia weryfikowanych przypadków, zorganizowano spotkania przedstawicieli ośrodków onkologii dziecięcej.

Przeprowadzone badania weryfikujące były niezbędne do ustalenia prawidłowego rozpoznania, prognozowania przebiegu choroby i optymalizacji jej leczenia oraz określenia czynników genetycznych predysponujących do wystąpienia choroby. Weryfikacja rozpoznań w niektórych przypadkach nowotworów zmieniła zasadniczo postępowanie terapeutyczne z pacjentem.

Ad 14. Program kontroli jakości opieki nad dziećmi z guzami litymi.

Cele zadania

- 1) poprawa wyników leczenia dzieci z nowotworami litymi;
- 2) zmniejszenie liczby błędów diagnostycznych poprzez zwiększenie precyzji klasyfikacji pacjentów do poszczególnych grup ryzyka;
- 3) zmniejszenie toksyczności i późnych następstw leczenia;
- 4) zredukowanie kosztów leczenia;
- 5) umożliwienie zastosowania terapii celowanej z wykorzystaniem przeciwciał monoklonalnych, dzięki wprowadzeniu badań biologiczno-molekularnych.

W ramach zadania realizowane są następujące działania:

1. Prowadzenie Centralnej weryfikacji badań patomorfologicznych, immunohistochemicznych podstawowych i uzupełniających.
2. Przesyłanie preparatów do weryfikacji, pomiędzy ośrodkami leczącymi pacjentów a ośrodkami, które weryfikują badania.;
3. Organizacja sesji weryfikacyjnych z udziałem przedstawicieli ośrodków diagnostycznych.

Weryfikacja rozpoznań badań histopatologicznych guzów litych u dzieci i młodzieży, z wykonywaniem rozszerzonych badań immunohistochemicznych, niezbędnych do diagnostyki większości nowotworów wieku dziecięcego, stanowi istotny dla leczenia tych pacjentów element postępowania kliniczno-diagnostycznego. W kolejnej edycji realizacji programu w latach 2016-2018, do diagnostyki tych guzów zostały wprowadzone badania genetyczne w zakresie jaki obejmuje ich przydatność w podejmowaniu decyzji terapeutycznych.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację zadania w 2017 r. wydatkowano środki finansowe w wysokości 266 927,50 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

W 2017 r. wykonano 380 badań konsultacyjnych, do których w większości przypadków (279 przypadków, ok. 73%) wykonano i oceniano w trakcie konsultacji badania immunohistochemiczne, w tym w blisko 58% badania uzupełniające.

W 2017 r. w trakcie realizacji programu w 246 przypadkach (ok.67%) potwierdzono i/lub uzupełniono diagnozę, w 88 przypadkach (ok. 23%) ustalono diagnozę, w 34 przypadkach (ok.8%) zmieniono diagnozę, a w 14 przypadkach nie ustalono diagnozy ze względu na brak materiału diagnostycznego w biopsji (ok. 3 %). W 9 przypadkach (ok. 2%) wykluczono obecność procesu nowotworowego, w tym w 7 potwierdzając diagnozę ośrodka pierwszego diagnozującego przypadek. Zmiana diagnozy w blisko 25% przypadkach była związana z wykluczeniem procesu nowotworowego.

Najliczniejszą grupę nowotworów konsultowanych stanowią rozrosty z grupy neuroblastoma i pokrewne. Następną grupę stanowiły rozrosty odczynowo-proliferacyjne, zmiany łagodne i nie przerzutuujące zmiany miejscowo agresywne, różnicowane z procesami złośliwymi, a także zmiany hamartomatyczne, typu naczyńniaków i malformacji naczyńniowych, klinicznie budzące podejrzenie procesu nowotworowego złośliwego. W tej grupie diagnozowano naczyńniaki, malformacje naczyńniowe, zmiany typu lipofibromatosis, fibromatozy, angiolipoma, nasopharyngeal juvenile angiofibroma, granular cell tumor, juvenile xanthogranuloma, inflammatory myofibroblastic tumor, odczynowe powiększenia węzłów chłonnych, nodular fasciitis, zmiany łagodne typu posttraumatic neuroma, lymphomatoid granulomatosis, granuloma annulare i inne. Grupa rozszerzyła się także o przypadki typu pilomatricoma, zmiany brodawkowe skórne.

W grupie złośliwych rozrostów mezenchymalnych dominowały mięsaki prążkowanokomórkowe, z przewagą rozrostów typu embrionalnego w stosunku do alveolarnych (3/2). W dwóch przypadkach zmieniono rozpoznanie RMS embrionalne na właściwe, tj. rozrost osłonkowy o niskim stopniu złośliwości i proces odczynowo-proliferacyjny, miejscowo agresywny. W grupie guzów drobnokomórkowych z manifestacją przykostną weryfikowano w programie przede wszystkim najliczniejszą grupę rozrostów z grupy sarcoma Ewingi/PNET, potwierdzając diagnozę.

Konsultowano w zakładzie również guzy narządowe typu nerczaka zarodkowego i inne rzadkie guzy nerek, poza tym clear cell sarcoma, rhabdoid tumor nerki, a także guzy z grupy hepatoblastoma i inne zmiany guzowate (adenoma, mesenchymal hamartoma) wątroby. W ubiegłym roku pojawiły się również guzy urothelialne, o niskim potencjale proliferacyjnym, stanowiące bardzo rzadką grupę rozrostów w tym wieku.

W grupie guzów germinalnych dominowały guzy złośliwe mieszane, ale także napływają do konsultacji jednorodne guzy germinalne. Problemy w ocenie dotyczą oceny guzów złożonych, głównie określenia składowych guza, w czym również pomagają badania immunohistochemiczne. W grupie guzów jednorodnych dominowały potworniaki, mniej licznie reprezentowane były guzy typu dysgerminoma. Narastającą grupę rozrostów nowotworowych skóry stanowią atypowe znamiona i czerniaki, diagnozowano i weryfikowano 24 przypadki, w jednym potwierdzono obecność czerniaka, w dwóch wykluczono rozrost złośliwy rozpoznając atypowe znamiona.

Należy stwierdzić, iż możliwość weryfikacji badań histopatologicznych w ramach przedmiotowego zadania, ma istotne znaczenie dla ustalania prawidłowych diagnoz i podejmowania właściwych decyzji terapeutycznych, które niejednokrotnie w sposób istotny zmieniają podejście do leczenia pacjentów wieku dziecięcego.

Większość nowotworów wieku dziecięco-młodzieżowego oraz zmian guzowatych badanych w tym okresie wymagała wykonania badań immunohistochemicznych (ok. 80 %), które pozwalają na postawienie bardziej prawidłowych rozpoznań.

Ad 15. Program oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym.

Cel główny zadania:

Poprawa stanu zdrowia oraz jakości życia pacjentów po przebytych leczeniu z powodu choroby nowotworowej w okresie dziecięcym.

Cele szczegółowe:

- 1) Redukcja stopnia ciężkości odległych następstw poprzez wczesną diagnostykę schorzeń powstałych w wyniku leczenia przeciwnowotworowego;
- 2) Zmniejszenie odległych kosztów leczenia działań niepożądanych po złożonej terapii przeciwnowotworowej stosowanej u dzieci i młodzieży.

W ramach zadania wykonywane są badania specjalistyczne (laboratoryjne, hormonalne, obrazowe, czynnościowe) w celu oceny funkcji narządów po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym, w różnych odstępach czasowych w zależności od: rodzaju nowotworu, stosowanego leczenia przeciwnowotworowego, jego przewidywanej toksyczności, obciążających czynników genetycznych, rodzinnych, środowiskowych oraz stanu zdrowia sprzed zachorowania.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację zadania wydatkowano kwotę w wysokości 339 600,00 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

Realizacja zadania pozwoliła na objęcie kompleksową opieką oraz monitorowanie późnych następstw leczenia choroby nowotworowej u dzieci i młodzieży.

W ramach zadania w 2017 r. zostało przebadanych:

- 1) 56 pacjentów po zakończonym leczeniu białaczek i chłoniaków (z napromienianiem OUN);
- 2) 163 pacjentów po zakończonym leczeniu białaczek i chłoniaków (bez napromieniania OUN);
- 3) 47 pacjentów po zakończonym leczeniu Chłoniaka Hodgkina;
- 4) 231 pacjentów po zakończonym leczeniu guzów litych.

Wprowadzenie ujednoliconej formy monitorowania stanu czynnościowego narządów po leczeniu przeciwnowotworowym stwarza możliwość długofalowej oceny stanu zdrowia ozdrowieńców, prowadzenia działań profilaktycznych i edukacyjnych. Dzięki monitorowaniu późnych następstw u dzieci wyleczonych możliwe jest zapobieganie ciężkim zaburzeniom zdrowia i niepełnosprawności w tej grupie osób.

Ad 16. Szkolenie z zakresu onkologii dla lekarzy POZ.

Realizacja zadania zakładała poprawę poziomu wiedzy lekarzy POZ z zakresu diagnostyki onkologicznej, zasad kierowania na leczenie i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym, co miało przyczynić się do zwiększenia liczby wcześniej rozpoznanych chorób onkologicznych możliwych do zdiagnozowania wstępnego w POZ.

Właściwa edukacja i współpraca lekarzy POZ z lekarzami specjalistami z zakresu onkologii zasadniczo powinna wpłynąć na wzrost poziomu i szybkości wykrywania chorób nowotworowych w Polsce. Powinna także wpłynąć nie tylko na ograniczenie poziomu śmiertelności wśród pacjentów onkologicznych w związku z rozpoczęciem leczenia we wczesnych fazach rozwoju choroby, ale także na zmniejszenie kosztów leczenia pacjentów. Ponadto właściwa diagnostyka onkologiczna pacjentów w placówkach POZ powinna wpłynąć na zmniejszenie czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty z zakresu onkologii. W efekcie na poziomie POZ możliwa byłaby podstawowa diagnostyka onkologiczna pacjenta, której wynik decydowałby o konieczności pogłębionej diagnostyki u lekarza specjalisty.

Zadanie zakładało przeprowadzenie szkoleń w latach 2017-2018 dla lekarzy POZ w postaci wykładów i warsztatów na terenie całej Polski. Ponadto planowane było stworzenie internetowej platformy informacyjnej/edukacyjnej – portalu internetowego zawierającego

informacje z zakresu onkologii oraz materiały edukacyjne i szkoleniowe dla uczestników szkoleń. Internetowa platforma umożliwiłaby porozumienie lekarzy POZ oraz lekarzy specjalistów z zakresu onkologii.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację zadania wydatkowano środki finansowe w wysokości 56 487,95 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

Zadanie realizowane było przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Realizator zadania został wyłoniony w 2017 r. na lata 2017-2018 w ramach postępowania konkursowego na wybór realizatorów programu.

W ramach zadania realizator w 2017 r. zaprojektował i przygotował materiały informacyjne na temat szkolenia, które rozesłał do konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii i konsultantów wojewódzkich w dziedzinie onkologii, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, wydziału zdrowia urzędów wojewódzkich oraz ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto prowadził rekrutację uczestników przy pomocy utworzonej na potrzeby szkolenia platformy internetowej oraz opracował ankiety ewaluacyjne i ankiety mające na celu ocenę poziomu wiedzy przeszkolonych lekarzy POZ, które będą rozdawane uczestnikom po każdym szkoleniu, podczas prowadzenia warsztatów i wykładów w 2018 r.

Ad 17. Szkolenie personelu medycznego w zakresie psychoonkologii.

Realizacja zadania ukierunkowana była na poprawę jakości opieki onkologicznej przez poszerzenie jej zadań o aspekty psychoonkologii, a także opracowanie i wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie psychoonkologii dla personelu medycznego (dotyczącego komunikacji, wsparcia psychicznego, profilaktyki z zespołu wypalenia).

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie w latach 2017-2019 szkolenia dla nie mniej niż 1 500 osób w skali kraju, w tym lekarzy, pielęgniarek, położnych, psychologów i fizjoterapeutów w zakresie komunikacji z pacjentem, redukcji napięć i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz przeprowadzenie ankiet ewaluacyjnych podsumowujących realizację przedmiotowego szkolenia. Szkolenia prowadzone były w formie wykładów i warsztatów.

Psychoonkologia jest dziedziną, która w medycynie rozwija się bardzo dynamicznie od lat 70-tych ubiegłego wieku. Jej rozwój wynika z interdyscyplinarnego podejścia do choroby jako wydarzenia biologicznego, psychologicznego i społecznego. W Polsce zapotrzebowanie na działalność psychoonkologiczną jest ogromne. Wynika ono z dysproporcji pomiędzy wysokim poziomem onkologii i przygotowania fachowego personelu medycznego w zakresie

diagnostyki i leczenia, a niewielkim zasobem wiedzy na temat potrzeb psychicznych chorych i umiejętności rozmowy oraz udzielania im podstawowego wsparcia psychicznego.

Bardzo często również w fachowej prasie medycznej podnoszony jest problem konieczności poprawy komunikacji z chorymi, a także profilaktyki w zakresie zespołu wypalenia. Zagrożenie wypaleniem wynika z jednej strony z obciążającej emocjonalnie pracy personelu medycznego (w szczególności pielęgniarek onkologicznych), z drugiej zaś z braku umiejętności radzenia sobie ze stresem w pracy.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację zadania wydatkowano środki finansowe w wysokości 190 937,68 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

Zadanie realizowane było przez 2 podmioty: Instytut Matki i Dziecka w Warszawie i Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Poznaniu. Realizatorzy zadania zostali wyłonieni w 2017 r. na lata 2017-2019 w ramach postępowania konkursowego na wybór realizatorów programu.

W roku 2017 w ramach programu:

- 1) Wielkopolskie Centrum Onkologii przeszkoliło 208 osób w ramach dwudniowych szkoleń prowadzonych w formie wykładów po 14 godz. i 12 godz. dydaktycznych, w tym 112 pielęgniarek i położnych, 65 psychologów, 16 lekarzy i 15 fizjoterapeutów);
- 2) Instytut Matki i Dziecka przeszkolił 321 osób w ramach 5 dwudniowych seminariów i warsztatów, składających się z 16 godz. dydaktycznych. Przeszkolono 29 lekarzy, 100 pielęgniarek, 138 psychologów, 35 rehabilitantów oraz 19 osób ściśle powiązanych z pracą z pacjentem onkologicznym.

Ad 18. Wsparcie procesu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych.

Głównym celem zadania jest podniesienie i ujednolicenie poziomu nauczania przeddyplomowego w dziedzinie onkologii w polskich uczelniach medycznych. Podstawowymi elementami zadania są: poprawa efektywności procesu nauczania i jego bazy, zabezpieczenie materiałów do nauczania oraz ujednolicenie jakości nauczania i kontynuacja tego procesu po ukończeniu studiów. Cele te będą sukcesywnie realizowane m.in. poprzez kompleksowe i skoordynowane na szczeblu centralnym działania obejmujące weryfikację, aktualizację i ujednolicanie programów nauczania z zakresu onkologii na wszystkich uczelniach medycznych.

Realizacja zadania umożliwi istotną poprawę poziomu szkolenia w dziedzinie metod walki z nowotworami, w tym szczególnie w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych, jakości opieki nad chorymi na nowotwory oraz wychodzenia z choroby po przebytym leczeniu. W dłuższej perspektywie powinno to doprowadzić do zauważalnej poprawy w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych, a także jakości opieki onkologicznej.

W ramach zadania w latach 2017 - 2018 planowane jest uzupełnienie wyposażenia jednostek prowadzących nauczanie przeddyplomowe z zakresu onkologii w fantomy symulacyjne.

W ramach kształcenia onkologicznego zakup dodatkowych symulatorów (zestawów symulacyjnych z możliwością wdrożenia do procesu kształcenia sytuacji nie tylko klinicznych) umożliwi zastosowanie ich zarówno w ukierunkowanym kształceniu studentów jak i osób w trakcie specjalizacji. Otworzy to możliwość stworzenia „sal onkologicznych”, gdzie realizowane byłyby m. in. dedykowane onkologiczne scenariusze medyczne uwzględniające naukę podejmowania decyzji diagnostyczno-terapeutycznych, obserwację i naukę postępowania w sytuacji pojawiania się działań niepożądanych leczenia oraz tworzenia zespołów medycznych.

W celu zwiększenia wykrywalności i wydłużenia czasu przeżycia pacjentów onkologicznych podstawę stanowi wprowadzenie zintegrowanego programu nauczania opartego na zharmonizowanym i ujednoliconym programie nauczania onkologii w uczelniach medycznych w Polsce.

Planuje się zakup łącznie 12 fantomów, po 6 w każdym roku realizacji zadania (tj. w 2017 i 2018 r.) dla 12 uczelni medycznych.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację zadania wydatkowano środki finansowe w wysokości 2 952 000,00 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

Zadanie realizowane było przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Realizator zadania został wyłoniony w 2017 r. na lata 2017-2018 w ramach postępowania konkursowego na wybór realizatorów programu.

Realizator w ramach zadania w 2017 r. dokonał zakupu 6 fantomów symulacyjnych do nauczania onkologii dla 6 uczelni medycznych. Zakupione fantomy przekazano do następujących uczelni:

- 1) Uniwersytet Mikołaja Kopernika COLLEGIUM MEDICUM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy;
- 2) Uniwersytet Medyczny w Białymstoku;

- 3) Gdański Uniwersytet Medyczny w Gdańsku;
- 4) Uniwersytet Jagielloński COLLEGIUM MEDICUM w Krakowie;
- 5) Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie;
- 6) Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Ad 19. Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów.

Realizacja zadania ukierunkowana jest na poprawę działania systemu zbierania i gromadzenia danych o nowotworach, w tym na zapewnienie sprawnej wymiany danych, ich weryfikacji i zapewnienie dostępu, w tym publicznego, do danych umożliwiających wczesne podejmowanie decyzji o znaczeniu kierunkowym dla pozostałych powyżej opisanych zadań.

W ramach zadania podejmowane są m. in. następujące działania:

- 1) weryfikacja danych: wprowadzanie i weryfikacja nowych przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe (weryfikacja postaci histologicznej, weryfikacja stopnia zaawansowania, uzupełnienie vital status przypadków zachorowania, uzupełnienie populacji wg płci, wieku i jednostek administracyjnych), utrzymanie jakości i kompletności danych;
- 2) szkolenia: kursy szkoleniowe dla pracowników rejestrów, kursy szkoleniowe dla lekarzy współpracujących z rejestrami, szkolenie dla patologów w zakresie korzystania z modułu „Rejestr histopatologiczny”, promocja rejestru nowotworów;
- 3) opracowanie danych: opracowanie raportów dotyczących epidemiologii nowotworów, w tym rocznego biuletynu zachorowań i zgonów, opracowanie raportu o 5-letnich przeżyciach (ogółem w Polsce i poszczególnych województwach), utrzymanie i rozbudowa internetowej bazy danych będącej elektronicznym źródłem danych;
- 4) obsługa techniczna programu;
- 5) zakup sprzętu komputerowego i oprogramowania.

Nakłady finansowe na realizację zadania w 2017 r.

Na realizację zadania w 2017 r. wydatkowano środki finansowe w wysokości 4 235 489,74 zł.

Realizacja zadania w 2017 r.

Realizatorami zadania były podmioty wskazane w wówczas obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. poz. 1362), tj.:

- 1) województwo dolnośląskie – Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu;
- 2) województwo kujawsko-pomorskie – Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy;

- 3) województwo lubelskie – Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie;
- 4) województwo lubuskie – Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o.;
- 5) województwo łódzkie – Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi;
- 6) województwo małopolskie – Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Krakowie;
- 7) województwo mazowieckie – Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie;
- 8) województwo opolskie – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego w Opolu;
- 9) województwo podkarpackie – Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie;
- 10) województwo podlaskie – Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku;
- 11) województwo pomorskie – Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku;
- 12) województwo śląskie – Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach;
- 13) województwo świętokrzyskie – Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach;
- 14) województwo warmińsko-mazurskie – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie;
- 15) województwo wielkopolskie – Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu;
- 16) województwo zachodniopomorskie – Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie.

W 2017 r. rejestry nowotworów wprowadzały dane za 2015 r. W tym okresie (1 stycznia - 31 grudnia 2017 r.) Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN) i wojewódzkie biura rejestracji nowotworów wprowadziły do bazy danych 625 896 kart, z tego 81% wprowadzonych zostało przez pracowników rejestrów (510 151), 17% przez lekarzy poprzez elektroniczną kartę

zgłoszenia nowotworu złośliwego e-KZNZ (105 874), 2% zostało przesłanych bezpośrednio z systemów szpitalnych (9 871).

Do KRN zgłoszono 154 242 karty dla pacjentów rozpoznanych w 2017 r., 125 648 kart dla pacjentów rozpoznanych z 2016 r., 184 804 karty dla pacjentów rozpoznanych w 2015 r. i 161 202 karty dla pacjentów, którzy zachorowali w poprzednich latach. Do KRN wprowadzono karty zgłoszenia nowotworu z 2 524 podmiotów leczniczych.

Ponadto KRN przygotował, wydrukował i opublikował na stronie www.onkologia.org.pl biuletyn „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 r.”.

W dniach 23-25 października 2017 r. Krajowy Rejestr Nowotworów przeprowadził kurs pt. „Rejestracja nowotworów złośliwych w Polsce” dla pracowników wojewódzkich biur rejestracji nowotworów, w którym uczestniczyło 47 osób. Natomiast w dniach 6 – 7 grudnia 2017 r. przeprowadzono warsztaty dla pracowników wojewódzkiego biura rejestracji nowotworów w Łodzi, w którym nowy zespół powstał w połowie 2017 r.

W ramach realizacji zadania sfinansowano również wsparcie Zintegrowanego Systemu Informatycznego Krajowego Rejestru Nowotworów.

Podsumowanie osiągniętych efektów

Wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory, mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory			
Rodzaj nowotworu	Wskaźnik bazowy – 2012	Wskaźnik 5-letnich przeżyć do 2014 r.*	Wskaźnik docelowy – 2024
Rak płuca	14,4%	14,4%	15-18%
Rak piersi	72%	76,5%	80-85%
Rak jelita grubego	46%	52,9% (okrężnica) 48,4% (odbytnica)	55-60%
Rak prostaty	67%	78,1%	80-85%
Rak szyjki macicy	54%	55,1%	62%

*Na podstawie danych przekazanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów - wskaźniki 5-letnich przeżyć w Polsce pacjentów zdiagnozowanych wg. badania CONCORD3.

W 2018 roku opublikowano wyniki dużego międzynarodowego badania, w którym uczestniczył Krajowy Rejestr Nowotworów prezentując dane dla Polski (estymator Pohar-Perme). Dla wszystkich analizowanych w badaniu lokalizacji nowotworowych w okresie 2000-2014 obserwowano wzrost wskaźnika 5-letnich przeżyć. Największy wzrost w latach 2010-2014 w stosunku do okresu 2000-2004 zanotowano dla raka gruczołu krokowego – 78,1% dla chorych zdiagnozowanych (o 9,3 p.p.), okrężnicy – 52,9% (wzrost o 7,6 p.p.), odbytnicy – 48,4 (o 5,9 p.p.), piersi – 76,5% (o 5,2 p.p.), jajnika – 37,5% (o 4,8%), szyjki macicy – 55,1% (o 3,5 p.p.) i płuca – 14,4% (o 2,3 p.p.).

Miernik Programu	Wskaźnik bazowy	Wskaźnik 2017	Wskaźnik docelowy – 2024
zgłaszalność na przesiewowe badania cytologiczne	44,40%	28,46%	60%
zgłaszalność na przesiewowe badania mammograficzne	48,05%	42,31%	60%
liczba osób przypadająca na 1 akcelerator w kraju i w poszczególnych województwach	273 019 mieszkańców na 1 aparat	244 728 mieszkańców na 1 aparat (akcelerator) 241 650 mieszkańców na 1 aparat megawoltowy – (akcelerator + gamma knife)	200 000 mieszkańców na 1 aparat
liczba przeszkolonych osób w ramach Programu	–	921 osób	przeszkolenie 3 000 osób
kompletność rejestracji danych o nowotworach złośliwych	92%	94,6% dla mężczyzn 92,5% dla kobiet	średnio w Polsce 95%

Epidemiologia

(źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów, Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 r.)

W Polsce nowotwory złośliwe były rozpoznane w 2015 r. u ponad 163 tysięcy osób (po około 81,6 tys. u obu płci). Oznacza to wzrost liczby zachorowań mężczyzn o niemal 28% i kobiet o ponad 32% w ciągu dekady. Ten gwałtowny wzrost liczby zachorowań wynika przede wszystkim ze starzenia się polskiego społeczeństwa (16,4% populacji powyżej 65 roku życia; według prognozy GUS w ciągu najbliższej dekady wzrośnie do 21,7%) i co za tym idzie wydłużenia ekspozycji na czynniki karcinogenne. Prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór po 60 roku życia wynosi ponad 30%.

Największy przyrost zachorowań mężczyzn obserwowano w przypadku nowotworów gruczołu krokowego (ponad 100% w ciągu dekady 2005-2015), jelita grubego (niemal 35%) i pęcherza moczowego (niemal 28%). Wzrost liczby zachorowań na raka żołądka wynosił 6,5%. W przypadku raka płuca liczba zachorowań zmniejszyła się o 5%. Wśród kobiet największy wzrost zachorowań wystąpił dla raka płuca – ponad 56%, a następnie dla raka trzonu macicy (43%), raka piersi (35%) i jelita grubego (28%). Stosunkowo niewielki wzrost zachorowań obserwowano w przypadku raka jajnika - 11% w ciągu omawianej dekady. Jedynym nowotworem, dla którego obserwowano spadek liczby zachorowań, był rak szyjki macicy (zmiana o 17%).

Zmiany liczby zachorowań/zgonów są wartościami nie uwzględniającymi zmian w strukturze wieku populacji, co bardzo mocno wpływa na obserwowaną liczbę zdarzeń. Standaryzowane według wieku współczynniki pozwalają śledzić tendencje nie zaburzone zmianami struktury wieku populacji. Wzrost wartości współczynnika zachorowalności ogółem mężczyzn wynosił 4%, kobiet niemal 16%). Największy wzrost zachorowalności mężczyzn obserwowano w przypadku raka gruczołu krokowego (wzrost o 60%) i raka jelita grubego (9%). W przypadku raka pęcherza moczowego wzrost zachorowalności był niewielki (1% w ciągu dekady). W populacji mężczyzn są dwa nowotwory o malejącej tendencji zachorowalności: rak żołądka (spadek o 14%) i rak płuca (spadek 25%). Wśród kobiet największy wzrost zachorowalności dotyczył nowotworów płuca (ponad 30%), trzonu macicy (25%) i piersi (19%). Wzrost zachorowalności kobiet na raka jelita grubego wynosił 9,5%, na raka jajnika 1%. Jedynym nowotworem z malejącą tendencją zachorowalności był rak szyjki macicy.

Zachorowalność na nowotwory złośliwe w latach 2005-2015

ICD	Zachorowania				Zmiana w %	
	2005		2015			
	liczba	wsp. stand.	liczba	wsp. stand.	liczba	wsp. stand.
MEŹCZYŹNI						

Ogółem	63984	253.6	81649	262.7	27.6	3.6
Żołądek C16	3309	12.8	3523	11.0	6.5	-13.6
Jelito grube C18-C21	7614	29.3	10274	32.0	34.9	9.2
Płuco C33-C34	15289	60.2	14479	45.3	-5.3	-24.7
Gruzoł krokowy C61	7095	27.3	14211	43.8	100.3	60.3
Pęcherz moczowy C67	4125	15.9	5276	16.1	27.9	1.2
KOBIETY						
Ogółem	61688	191.8	81632	221.6	32.3	15.6
Jelito grube C18-C21	6373	17.2	8186	18.9	28.4	9.5
Płuco C33-C34	4813	14.5	7518	18.9	56.2	30.5
Pierś C50	13385	44.5	18106	52.9	35.3	18.9
Szyjka macicy C53	3263	11.5	2723	8.5	-16.5	-26.0
Trzon macicy C54	4376	13.3	6243	16.6	42.7	25.0
Jajnik C56	3355	11.1	3735	11.2	11.3	1.0

W Polsce w 2015 r. ponad 101 tysięcy osób (55,6 tys. mężczyzn i 44,9 tys. kobiet) zmarło z powodu chorób nowotworowych. Oznacza to wzrost liczby zgonów mężczyzn o 9% i kobiet o ponad 14% w ciągu dekady. Zgony z powodu chorób nowotworowych stanowiły w 2015 r. 27% zgonów mężczyzn i 24% zgonów kobiet.

Największy przyrost liczby zgonów mężczyzn obserwowano z powodu i pęcherza moczowego (niemal 39% w ciągu dekady 2005-2015), nowotworów gruczołu krokowego (ponad 38%), jelita grubego (niemal 38%). W przypadku raka płuca i raka żołądka liczba zgonów zmniejszyła się o odpowiednio 2% i 4%. Wśród kobiet największy wzrost liczby zgonów wystąpił z powodu raka trzonu macicy (120%), raka płuca (50%) i jelita grubego (28%). W przypadku raka jelita grubego i jajnika wzrost liczby zgonów wynosił odpowiednio 19% i 17%. Jedynym nowotworem, dla którego obserwowano spadek liczby zgonów, był rak szyjki macicy (zmiana o 11%).

W polskiej populacji w omawianym okresie nastąpił znaczny spadek wartości standaryzowanego współczynnika umieralności ogółem mężczyzn - 14% i kobiet niemal -7%. Największy wzrost umieralności mężczyzn obserwowano w przypadku pęcherza moczowego i raka jelita grubego (7%) oraz raka gruczołu krokowego (wzrost o 4%). W populacji mężczyzn dwa nowotwory charakteryzują się trwałą malejącą tendencją umieralności: rak żołądka (spadek o 23%) i rak płuca (spadek 23%). Wśród kobiet największy wzrost umieralności dotyczył nowotworów płuca (ponad 25%) i trzonu macicy (63%). Malejącą tendencję umieralności obserwowano dla nowotworów jelita grubego (-5%), piersi (-2%), szyjki macicy (-26%) i jajnika (-1%).

Umieralność na nowotwory złośliwe w latach 2005-2015

ICD	Zgony 2005		2015		Zmiana w %	
	liczba	wsp. stand.	liczba	wsp. stand.	liczba	wsp. stand.
MĘŻCZYŹNI						
Ogółem	51051	197.5	55663	170.0	9.0	-14.0
Żołądek C16	3562	13.6	3419	10.5	-4.0	-22.6
Jelito grube C18-C21	4959	18.8	6827	20.2	37.7	7.3
Płuco C33-C34	16562	64.6	16261	50.0	-1.8	-22.5
Gruzoł krokowy C61	3592	12.9	4876	13.4	35.7	3.8
Pęcherz moczowy C67	2158	8.0	2990	8.6	38.6	7.1
KOBIETY						
Ogółem	39345	105.4	44938	98.2	14.2	-6.9
Jelito grube C18-C21	4500	10.8	5332	10.2	18.5	-4.9
Płuco C33-C34	4953	14.3	7484	17.9	51.1	25.2
Pierś C50	5112	14.9	6319	14.6	23.6	-1.6
Szyjka macicy C53	1796	5.7	1585	4.2	-11.7	-26.1
Trzon macicy C54	770	2.0	1690	3.3	119.5	63.0
Jajnik C56	2357	7.0	2768	6.9	17.4	-0.9

Zachorowania i agony na nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 r.

	Liczba	Współczynnik	
		surowy	standaryzowany
Zachorowania			
Mężczyźni	81 649	438,8	261,8
Kobiety	81 632	411,3	214,3
Ogółem	163 281	424,6	235,1
Zgony			
Mężczyźni	55 663	299,1	172,9
Kobiety	44 938	226,4	98,8
Ogółem	100 601	261,6	127,5

*Współczynnik surowy zachorowalności/umieralności określa liczbę zachorowań/zgonów przypadających na 100 000 osób w danej populacji

****Współczynnik standaryzowany zachorowalności/umieralności** – standaryzowany metodą bezpośrednią względem wieku, określa liczbę zachorowań/zgonów przypadających na 100 000 osób w danej populacji, gdyby struktura wiekowa obserwowanej populacji była zgodna ze strukturą populacji przyjętej jako standard. W tym opracowaniu taką rolę pełni standardowa populacja świata.

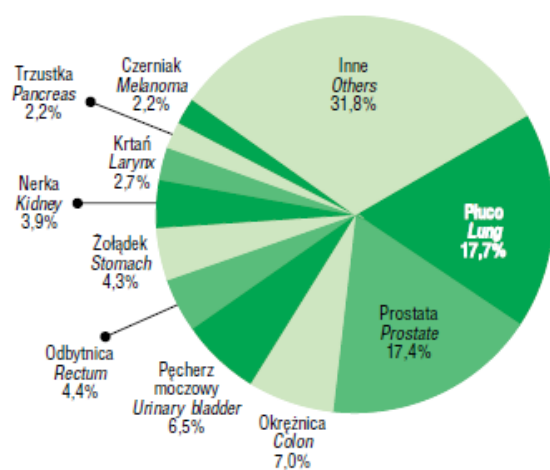
Zachorowalność na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce w 2015 r. według województw

Województwo Voivodeship	Mężczyźni Males				Kobiety Females			
	Liczby bezwzględne Absolute number	Współczynnik surowy Crude rate	Współczynnik standaryzowany Standardized rate	Wskaźnik zgony/ zachorowania Death/incidence ratio	Liczby bezwzględne Absolute number	Współczynnik surowy Crude rate	Współczynnik standaryzowany Standardized rate	Wskaźnik zgony/ zachorowania Death/incidence ratio
		Per 100 000				Per 100 000		
Dolnośląskie	6391	457,5	266,0	0,69	6735	446,5	230,1	0,56
Kujawsko-pomorskie	4963	490,6	299,6	0,62	4920	457,2	247,6	0,51
Lubelskie	4668	449,4	267,2	0,64	4400	398,4	209,4	0,49
Lubuskie	2166	436,5	272,2	0,65	1997	381,6	211,0	0,58
Łódzkie	5316	446,4	253,7	0,76	5736	438,7	225,2	0,59
Małopolskie	6687	408,9	252,9	0,69	6631	382,1	214,5	0,57
Mazowieckie	9672	378,5	228,7	0,79	9855	353,8	195,0	0,66
Opolskie	2030	420,1	238,7	0,67	2060	399,5	202,9	0,50
Podkarpackie	4665	447,8	279,9	0,55	4276	393,9	219,4	0,45
Podlaskie	2129	366,8	225,0	0,80	2148	352,2	194,6	0,62
Pomorskie	5551	494,2	304,4	0,61	5427	459,3	259,0	0,50
Śląskie	9573	433,5	242,0	0,73	9626	406,3	209,9	0,61
Świętokrzyskie	3083	501,5	283,9	0,66	2782	431,3	224,0	0,50
Warmińsko-mazurskie	3277	464,1	299,7	0,66	3166	430,1	241,2	0,51
Wielkopolskie	7928	469,1	298,7	0,60	8060	451,9	253,3	0,47
Zachodniopomorskie	3560	426,8	253,3	0,73	3842	436,8	228,2	0,55
Polska / Poland	81 659	438,9	262,7	0,68	81661	411,4	221,7	0,55

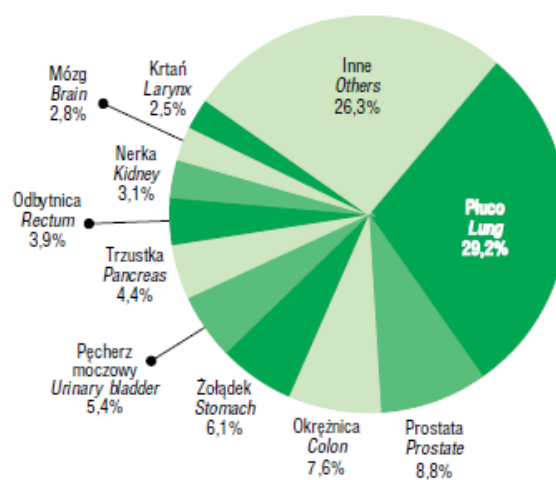
Umieralność na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce w 2015 r. według województw

Województwo Voivodeship	Mężczyźni Males			Kobiety Females			Obie płcie Both sexes
	Liczby bezwzględne Absolute number	Współczynnik surowy Crude rate Per 100 000	Współczynnik standaryzowany Standardized rate	Liczby bezwzględne Absolute number	Współczynnik surowy Crude rate Per 100 000	Współczynnik standaryzowany Standardized rate	Wskaźnik zgony/ zachorowania Death/incidence ratio
Dolnośląskie	4434	317,4	175,2	3751	248,7	104,7	0,62
Kujawsko-pomorskie	3056	302,1	177,1	2517	233,9	106,0	0,56
Lubelskie	2987	287,6	162,0	2138	193,6	80,9	0,57
Lubuskie	1401	282,3	169,0	1155	220,7	101,7	0,61
Łódzkie	4019	337,5	182,1	3360	257,0	103,0	0,67
Małopolskie	4582	280,2	160,9	3792	218,5	95,4	0,63
Mazowieckie	7593	297,2	164,5	6533	234,5	99,1	0,72
Opolskie	1350	279,4	152,1	1040	201,7	83,7	0,58
Podkarpackie	2586	248,2	146,5	1904	175,4	78,6	0,50
Podlaskie	1711	294,8	161,6	1330	218,1	88,5	0,71
Pomorskie	3363	299,4	177,8	2712	229,5	104,8	0,55
Śląskie	7012	317,5	170,1	5850	246,9	105,2	0,67
Świętokrzyskie	2038	331,5	176,6	1395	216,2	86,1	0,59
Warmińsko-mazurskie	2171	307,5	192,6	1609	218,6	102,8	0,59
Wielkopolskie	4760	281,6	174,7	3757	210,6	99,6	0,53
Zachodniopomorskie	2600	311,7	178,5	2095	238,2	103,8	0,63
Polska / Poland	55 663	299,1	170,0	44938	226,4	98,2	0,62

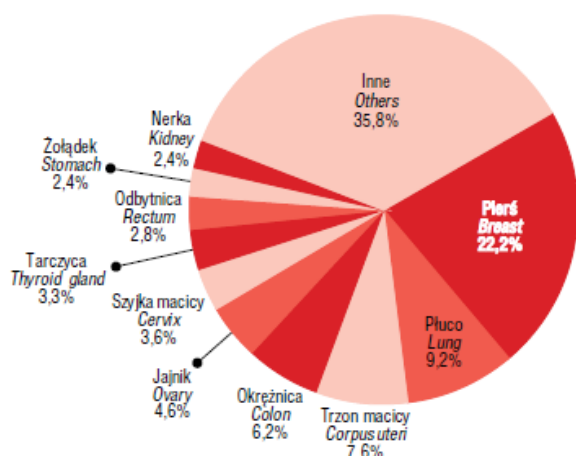
Struktura zachorowań u mężczyzn w 2015 r.



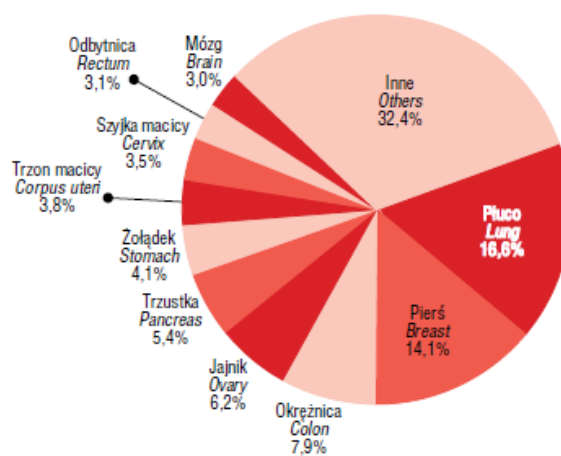
Struktura zgonów u mężczyzn w 2015 r.



Struktura zachorowań u kobiet w 2014 r.



Struktura zgonów u kobiet w 2014 r.



Chorobowość 5-letnia definiowana jako liczb żyjących osób, u których chorobę nowotworową zdiagnozowano w ciągu minionych 5 lat w 2015 r. wynosiła 190,4 tys. mężczyzn i 235,6 tys. kobiet (ogółem 426 tys. osób). Chorobowość 10-letnia w 2015 r. wynosiła 285,8 tys. mężczyzn i 384,6 tys. kobiet (ogółem 670,4 tys.). Chorobowość 5-letnia mężczyzn w ciągu dekady 2005-2015 wzrosła o 31%, kobiet o 28%).

Wśród mężczyzn chorobowość 5-letnia w 2015 r. wynosiła dla raka żołądka 5,6 tys. (wzrost w stosunku do 2005 roku o 21%), raka jelita grubego 29,3 tys. (wzrost o 33%), raka płuca 18,6 tys. (wzrost o 4%), raka gruczołu krokowego 49,9 tys. (wzrost o 52%) i raka pęcherza moczowego 17,1 tys. (wzrost o 21%). Najwyższą chorobowość 10-letnią w 2015 r. obserwowano dla raka gruczołu krokowego – 73,7 tys. mężczyzn, raka jelita grubego – 43,8 tys. mężczyzn, raka pęcherza moczowego – 26,8 tys., płuca – 24,9 tys. i raka żołądka 7,9 tys.

Chorobowość obserwowana w 2005 i 2015 r. według lokalizacji nowotworowych (na podstawie informacji w bazie KRN – stan na 31 grudnia 2015 r.)

ICD	Chorobowość 2005	Chorobowość 2015		Chorobowość 5-letnia zmiana w % 2005 vs 2015
	5-letnia	5-letnia	10-letnia	
MĘŻCZYŹNI				
Ogółem C00-D09 (bez raka skóry C44)	131 932	190 393	285 833	30.7%
Żołądek C16	4 386	5 550	7 870	21.0%
Jelito grube C18-C21	19 715	29 339	43 784	32.8%
Płuco C33-C34	17 801	18 611	24 940	4.4%
Gruczoł krokowy C61	24 175	49 852	73 703	51.5%
Pecherz moczowy C67	13 504	17 139	26 809	21.2%

KOBIETY				
ICD	5-letnia	5-letnia	10-letnia	zmiana w % 2005 vs 2015
Ogółem C00-D09 (bez raka skóry C44)	170 497	235 628	384 558	27.6%
Jelito grube C18-C21	17 252	24 584	38 222	29.8%
Płuco C33-C34	6 705	11 330	15 144	40.8%
Pierś C50	53 754	74 904	126 267	28.2%
Szyjka macicy C53	11 456	9 503	17 511	-20.6%
Trzon macicy C54	16 975	24 032	40 625	29.4%
Jajnik C56	9 626	11 359	17 707	15.3%
OGÓŁEM				
ICD	5-letnia	5-letnia	10-letnia	zmiana w % 2005 vs 2015
Ogółem C00-D09 (bez raka skóry C44)	302429	426 021	670 391	29.0%

Wśród kobiet chorobowość 5-letnia w 2015 r. wynosiła 24,6 tys. dla raka jelita grubego (wzrost o 30% w stosunku do 2005 roku), 11,3 tys. dla raka płuca (wzrost o 41%), 74,9 tys. dla raka piersi (wzrost o 28%), 9,5 tys. dla raka szyjki macicy (spadek o 21%), 24,0 tys. dla raka trzonu macicy i 11,4 tys. dla raka jajnika (wzrost o 15%). Najwyższą chorobowość 10-letnią w 2015 r. obserwowano dla raka piersi – 126,3 tys. kobiet, raka trzonu macicy - 40,6 tys. kobiet, raka jelita grubego - 38,2 tys., raka jajnika – 17,7 tys., raka szyjki macicy – 17,4 tys. i raka płuca - 15,1 tys.