European Cancer Inequalities Registry

Krajowe profile dotyczące nowotworów

2023

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Seria „Krajowe profile dotyczące nowotworów"

Europejski Rejestr Nierówności w Przeciwdziałaniu Nowotworom to inicjatywa przewodnia Europejskiego Planu Walki z Rakiem. Dostarcza rzetelnych i wiarygodnych danych na temat profilaktyki nowotworów i opieki onkologicznej, służących rozpoznawaniu tendencji, różnic i nierówności między państwami członkowskimi i regionami UE. W krajowych profilach dotyczących nowotworów opisano mocne strony, wyzwania i konkretne obszary działania w odniesieniu do każdego z 27 państw członkowskich UE, Islandii i Norwegii, aby odpowiednio ukierunkować inwestycje i działania na szczeblu unijnym, krajowym i regionalnym w ramach Europejskiego Planu Walki z Rakiem. Europejski Rejestr Nierówności w Przeciwdziałaniu Nowotworom wspiera również projekt przewodni 1 planu działania „Zero zanieczyszczeń".

Profile te stanowią wynik prac prowadzinych przez OECD we współpracy z Komisją Europejską. Zespół badawczy wyraża wdzięczność Komitetowi ds. Zdrowia OECD oraz tematycznej grupie ekspertów UE ds. rejestru nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom za cenne uwagi.

Źródła danych i informacji

Dane i informacje znajdujące się w krajowych profilach dotyczących nowotworów opierają się głównie na oficjalnych krajowych statystykach, dostarczonych do Eurostatu i OECD oraz zweryfikowanych w celu zapewnienia najwyższych standardów porównywalności danych. Źródła i metody leżące u podstaw opracowania tych danych są dostępne w bazie danych prowadzonej przez Eurostat i w bazie danych dotyczących zdrowia OECD.

Niektóre dodatkowe dane pochodzą również od Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem, Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej (MAEA), Instytutu Wskaźników i Oceny Zdrowia (ang. Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME), a także z innych źródeł krajowych (niezależnych od interesów prywatnych lub komercyjnych). Obliczone średnie UE są średnimi ważonymi 27 państw członkowskich, chyba że wskazano inaczej. Średnie UE nie obejmują Islandii i Norwegii. Parytet siły nabywczej (PPP) definiuje się jako sposób przeliczania waluty, który wyrównuje siłę nabywczą różnych walut poprzez eliminację różnic w poziomach cen między państwami.

Zastrzeżenie prawne: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

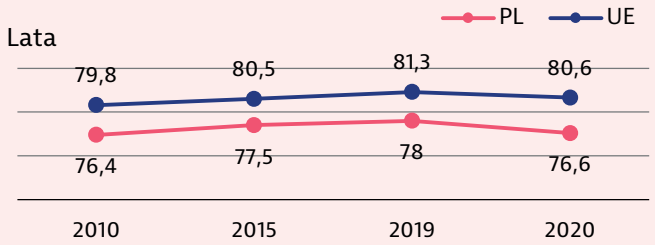
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsand-conditions.

Spis treści

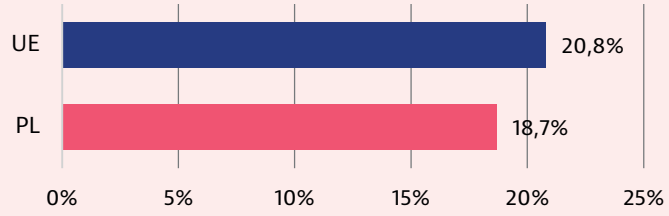
1. NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE 3
2. CHOROBY NOWOTWOROWE W POLSCE 4
3. CZYNNIKI RYZYKA I POLITYKA W ZAKRESIE PROFILAKTYKI 8
4. WCZESNE WYKRYWANIE 11
5. FUNKCJONOWANIE OPIEKI ONKOLOGICZNEJ 13
   5.1 Dostępność 13
   5.2 Jakość 16
   5.3 Koszty i stosunek jakości do ceny 18
   5.4 COVID-19 a choroby nowotworowe – budowanie odporności 19
6. NAJWAŻNIEJSZE INFOMACJE DOTYCZĄCE NIERÓWNOŚCI 21

Krótki opis głównych cech systemu opieki zdrowotnej

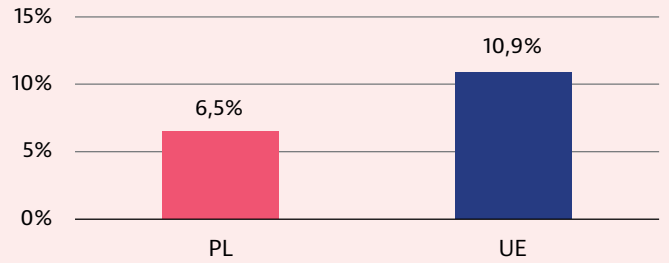
PRZECIĘTNE DALSZE TRWANIE ŻYCIA W MOMENCIE URODZENIA (W LATACH)



ODSETEK POPULACJI OSÓB W WIEKU CO NAJMNIEJ 65 LAT (2021 R.)

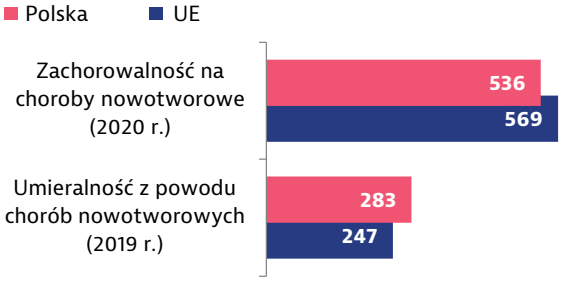


WYDATKI NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ JAKO % PKB (2020 R.)

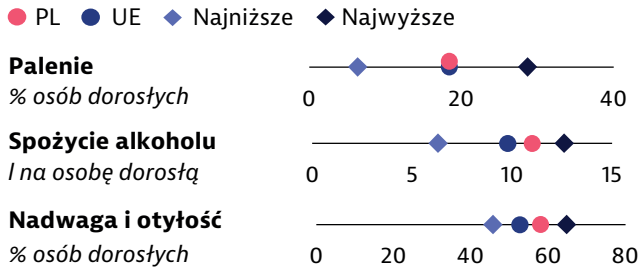


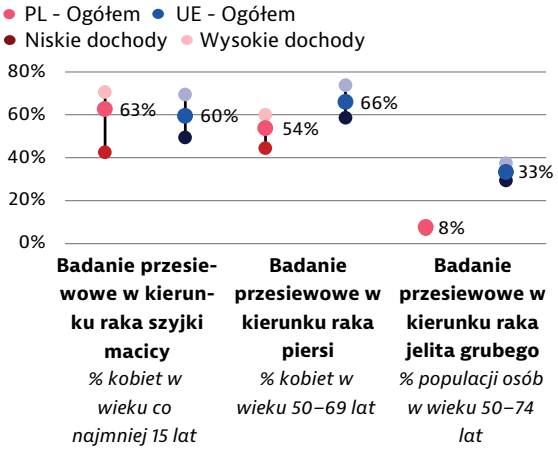
Źródło: Baza danych Eurostat.

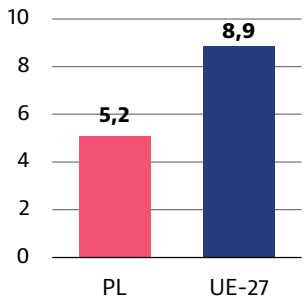
1. Najważniejsze informacje



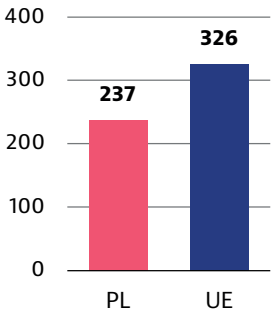
Współczynnik standaryzowany wiekiem na 100 000 osób







Liczba ośrodków radioterapii na 100 000 mieszkańców, lata 2007–2022



Łączny koszt nowotworów (PPP EUR na mieszkańca), 2018 r.

Choroby nowotworowe w Polsce

Ogólna umieralność z powodu chorób nowotworowych w Polsce jest o 15 % wyższa od średniej UE i zmniejsza się wolniej niż średnia UE. Główną przyczyną zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi nadal jest rak płuc, a na drugim miejscu w tym względzie, rak jelita grubego. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 ma na celu poprawę organizacji systemu opieki onkologicznej oraz zwiększenie inwestycji w profilaktykę, zasoby ludzkie i innowacje.

Czynniki ryzyka i polityka w zakresie profilaktyki

Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka są w Polsce na wyższym poziomie niż w innych państwach UE – szczególnie zanieczyszczenie powietrza, nadwaga i otyłość oraz spożycie alkoholu. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 skupia się na profilaktyce mającej ma na celu poprawę diety, nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej, z myślą o przeciwdziałaniu otyłości i nadwadze.

Wczesne wykrywanie nowotworów

Polska prowadzi krajowe programy badań przesiewowych populacji w kierunku raka piersi i raka szyjki macicy oraz program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego (czasowo zawieszony). Wskaźniki badań przesiewowych w kierunku raka piersi (sutka) i jelita grubego są w Polsce niskie, w przeciwieństwie do wskaźników dla raka szyjki macicy, które są powyżej średniej UE. Obecnie jest wdrażany pilotażowy program badań przesiewowych w kierunku raka płuc.

Wyniki w zakresie opieki onkologicznej

Polska wdrożyła w ostatnich latach strategie polityki ochrony zdrowia mające na celu poprawę dostępu do opieki onkologicznej za pośrednictwem szybkiej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej oraz Krajowej Sieci Onkologicznej. Dostęp do opieki w odpowiednim czasie utrudnia jednak szereg ograniczeń, w tym niedobór pracowników ochrony zdrowia oraz ograniczona liczba jednostek świadczących opiekę onkologiczną i ośrodków radioterapii. Choć jakość opieki poprawiła się w ostatnim dziesięcioleciu, wskaźnik 5-letnich przeżyć netto jest niższy niż w innych państwach UE w przypadku większości rodzajów nowotworów, z wyjątkiem białaczki dziecięcej. Wydatki związane z chorobami nowotworowymi w przeliczeniu na mieszkańca w Polsce są niższe niż średnia UE.

2. Choroby nowotworowe w Polsce

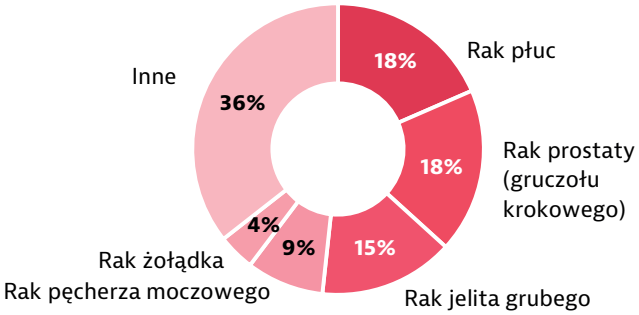
W 2020 r. spodziewano się w Polsce ponad 196 000 nowych zachorowań na raka.

Według europejskiego systemu informacji o raku (ECIS) prowadzonego przez Wspólne Centrum Badawcze na podstawie tendencji zachorowalności z lat przed pandemią, w 2020 r.w Polsce spodziewano się prawie 99 000 nowych zachorowań na raka wśród mężczyzn i 98 000 wśród kobiet (rys. 1). Odpowiada to standaryzowanemu wiekiem współczynnikowi zachorowalności na poziomie 654 przypadków na 100 000 mieszkańców w przypadku mężczyzn (5 % mniej niż średnia UE) i 468 przypadków na 100 000 mieszkańców w przypadku kobiet (3 % mniej niż średnia UE). Wśród nowo zdiagnozowanych zachorowań na choroby nowotworowe u mężczyzn najczęściej występował rak płuc (18 %), prostaty (gruczołu krokowego, 18 %), jelita grubego (15 %) i pęcherza moczowego (9 %). U kobiet najczęściej występował rak piersi (sutka, 25 %), płuc (12 %),

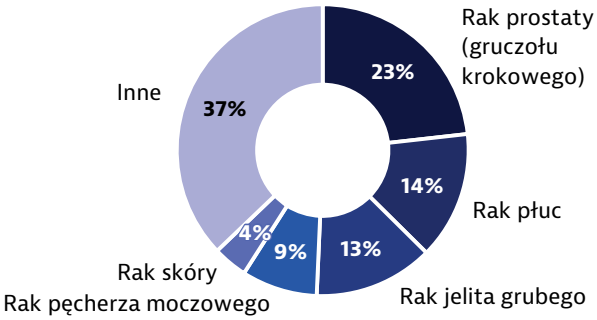
Rys. 1. Zachorowalność na raka płuc w Polsce przekroczyła średnią UE w 2020 r.

Rozkład zachorowalności na raka według płci w Polsce i UE

POLSKA - MĘŻCZYŹNI
98 975 nowe przypadki



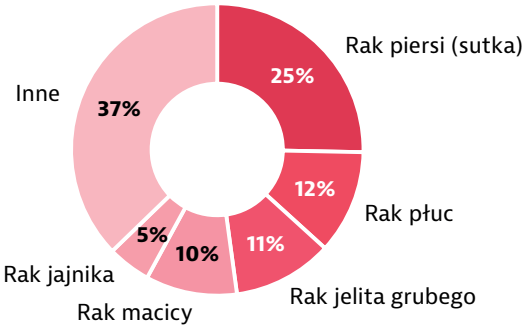
UE - MĘŻCZYŹNI
1 444 949 nowe przypadki



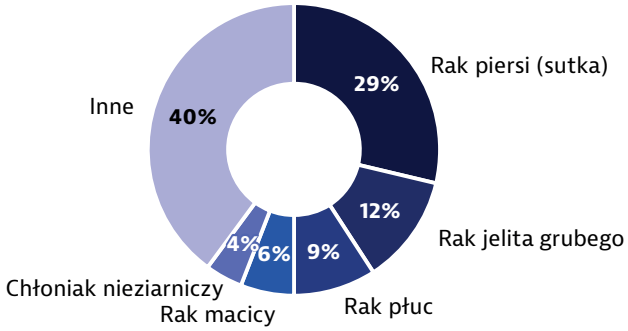
WSPÓŁCZYNNIK STANDARYZOWANY WIEKIEM (WSZYSTKIE RODZAJE RAKA)

Polska	654 na 100 000 mieszkańców
UE	686 na 100 000 mieszkańców

POLSKA - KOBIETY
97 465 nowe przypadki



UE - KOBIETY
1 237 588 nowe przypadki



WSPÓŁCZYNNIK STANDARYZOWANY WIEKIEM (WSZYSTKIE RODZAJE RAKA)

Polska	468 na 100 000 mieszkańców
UE	484 na 100 000 mieszkańców

Uwaga: Rak trzonu macicy nie obejmuje raka szyjki macicy. Zestawienia sporządzono przed pandemią COVID-19 na podstawie tendencji dotyczących zachorowalności z poprzednich lat i mogą się różnić od wskaźników faktycznie zaobserwowanych w ostatnich latach.
Źródło: Europejski System Informacji o Raku (ECIS). https://ecis.jrc.ec.europa.eu, dostęp 9.05.2022 r. © Unia Europejska, 2022 r.

jelita grubego (11 %) i macicy (10 %). Chorobowość dotycząca najczęstszych nowotworów jest zgodna ze wzorcem występującym w całej UE, z ważnym wyjątkiem raka płuc, który występuje w Polsce zdecydowanie częściej tak u mężczyzn jak i u kobiet. W Ramce 1 przedstawiono informacje o rzadkich nowotworach w Polsce.

Wedle danych polskiego Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2017 r. odnotowano 3 785 nowych przypadków czerniaka, co oznacza wzrost o 70 % w ciągu ostatnich 10 lat. Zachorowalność na czerniaka w Polsce (10 przypadków na 100 000 mieszkańców) była w 2018 r. znacznie niższa niż średnia UE (23 przypadki na 100 000 mieszkańców). Przewidywano, że w 2020 r. rak skóry (czerniak) będzie stanowił 2 % nowych przypadków zachorowań na choroby nowotworowe zarówno u mężczyzn jak i u kobiet.

Raka żołądka w Polsce zwykle diagnozuje się w zaawansowanych stadiach, najwięcej przypadków występuje w województwie kujawsko-pomorskim. W 2020 r. spodziewano się, że wskaźniki zachorowalności wyniosą 21,6 przypadków na 100 000 mieszkańców w przypadku mężczyzn (w porównaniu z 21,4 przypadków na 100 000 mieszkańców w UE) i 11,9 przypadków na 100 000 mieszkańców w przypadku kobiet (w porównaniu z 12,6 przypadków na 100 000 mieszkańców w UE). Przewidywano, że rak żołądka będzie stanowił 4 % nowych zachorowań na raka u mężczyzn i 2 % u kobiet a ogólna umieralność wyniesie 14 przypadków na 100 000 mieszkańców, co jest wartością wyższą od średniej UE (10 przypadków na 100 000 mieszkańców).

Ramka 1. Nowotwory rzadkie w Polsce

Rocznie w Polsce przewiduje się około 43 800 nowych przypadków zachorowań na nowotwory rzadkie (obejmujące 186 rodzajów raka), które stanowią 22 % wszystkich nowych zachorowań (Gatta i in., 2013). Najczęstsze rodzaje nowotworów to płaskonabłonkowe raki krtani i szyjki macicy oraz gruczolakorak jajnika, z czego dwa ostatnie dotyczą wyłącznie kobiet. Dostęp do niestandardowego leczenia onkologicznego jest ograniczony i rzadko objęty powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Podczas gdy współczynniki zachorowalności na raka są o 40 % wyższe dla mężczyzn niż dla kobiet, chorobowość dotycząca nowotworów była u kobiet tylko o 5 % niższa niż u mężczyzn w 2020 r. w Polsce, jak wynika z szacunków Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem. Wskaźnik zgonów z powodu raka możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej wśród kobiet utrzymał się w 2018 r. na stałym poziomie ok. 45 przypadków na 100 000 mieszkańców i jest ok. 1,7 raza wyższy niż wśród mężczyzn. Ogólnie rzecz biorąc, obciążenie związane z chorobą nowotworową w populacji, mierzone w latach życia skorygowanych niepełnosprawnością w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców, jest wyższe w Polsce niż w całej UE (6 978 wobec 5 757), jak wynika z danych Instytutu Wskaźników i Oceny Zdrowia za 2019 r.

Umieralność z powodu chorób nowotworowych w Polsce jest wyższa niż średnia unijna

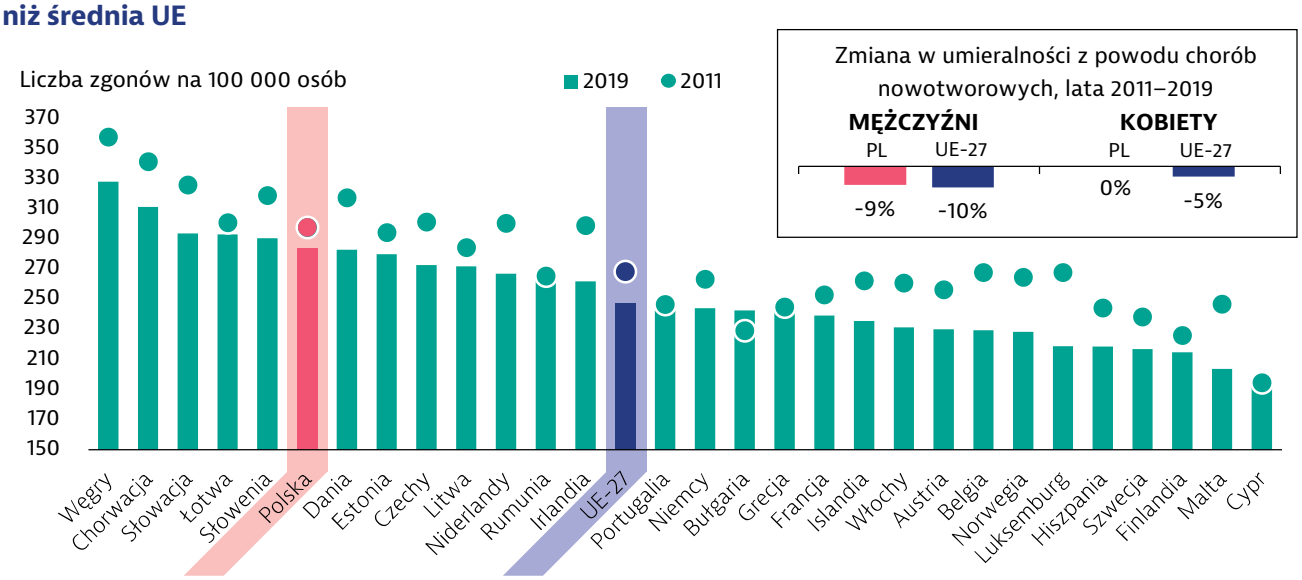
W 2019 r. w Polsce doszło do 283 zgonów z powodu chorób nowotworowych na 100 000 mieszkańców, o 15 % więcej w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 247 zgonów na 100 000 mieszkańców. Ogólna umieralność z powodu chorób nowotworowych w Polsce należy do najwyższych w UE, mimo niższych niż w całej UE współczynników zachorowalności na raka zarówno wśród mężczyzn (niższe o 5 %), jak i kobiet (niższe o 3 %). Wskazuje to na opóźnienia w diagnozowaniu i sygnalizuje potencjalne problemy w dostępie do leczenia.

W latach 2011–2019 liczba zgonów z powodu nowotworów na 100 000 mieszkańców w Polsce zmniejszyła się o 5 %, w porównaniu ze spadkiem o 8 % w UE. Umieralność z powodu raka płuc zmniejszyła się o 9 %, ale umieralność z powodu raka jelita grubego utrzymała się na tym samym poziomie. Umieralność z powodu chorób nowotworowych wśród mężczyzn zmniejszyła się w szybszym tempie (9 %) niż wśród kobiet, w przypadku których utrzymała się na tym samym poziomie (rys. 2). W tym względzie mniej korzystna sytuacja kobiet, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową w Polsce, stała się wyraźniejsza w latach 2011–2019.

W 2019 r. rak płuc i rak jelita grubego nadal stanowiły dwie najczęstsze przyczyny zgonów z powodu chorób nowotworowych w Polsce. Znaczny spadek umieralności z powodu chorób nowotworowych wystąpił w przypadku raka żołądka (20 %), białaczki (10 %), raka płuc (9 %) oraz raka mózgu i ośrodkowego układu nerwowego (8 %). Z kolei w latach 2011–2019 wzrosła umieralność z powodu raka gruczołu krokowego, piersi, jamy ustnej i pęcherza moczowego (rys. 3).

Ogółem w latach 2000–2018 w Polsce nastąpił względny spadek potencjalnych utraconych lat życia z powodu nowotworów złośliwych o 29 %. Spadek ten był większy wśród mężczyzn (35 %) niż kobiet (22 %) i odpowiada odpowiednio 1 886 i 1 404 utraconym latom życia w 2018 r.

Rys. 2. Umieralność z powodu chorób nowotworowych w Polsce pozostaje wyższa i spada wolniej niż średnia UE

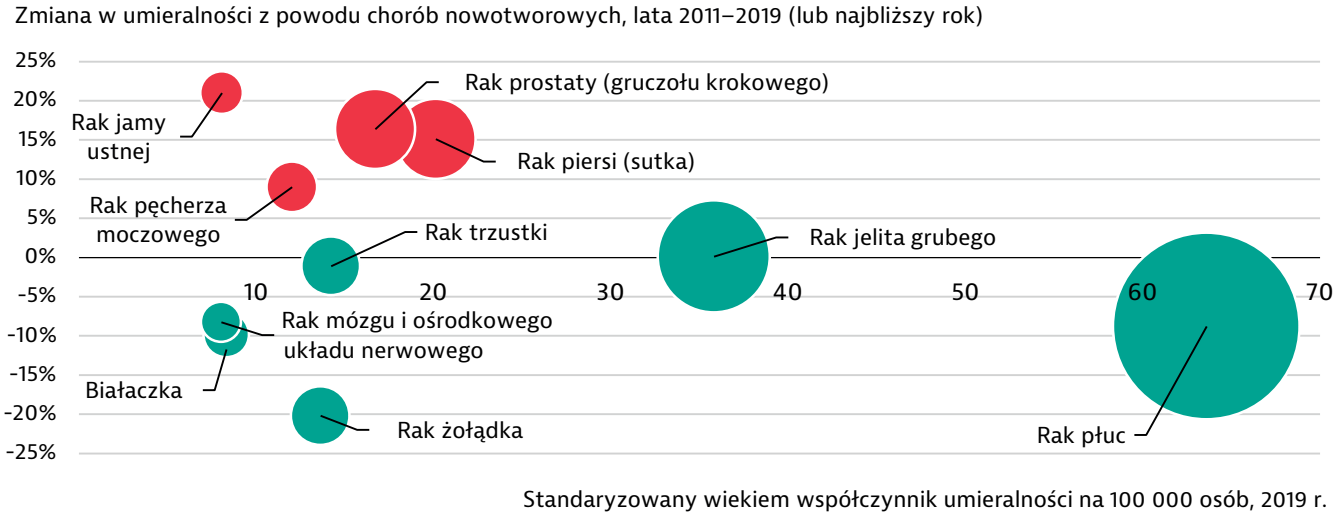


Uwaga: Średnia UE jest ważona (obliczona przez Eurostat w odniesieniu do lat 2011–2017 i przez OECD w odniesieniu do lat 2018–2019).
Źródło: Baza danych Eurostat.

W ostatnich latach wdrożono szereg krajowych programów mających na celu poprawę opieki onkologicznej

W przyjętej w 2019 r. Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 wyznaczono cele obejmujące wszystkie działania w dziedzinie onkologii w Polsce (Ramka 2). Strategia ma na celu jest poprawę organizacji systemu opieki onkologicznej nad osobami dorosłymi (w Ramce 3 opisano opiekę onkologiczną w przypadku nowotworów wieku dziecięcego w Polsce). Strategia dąży do zwiększenia inwestycji w profilaktykę, zasoby ludzkie i innowacje; normalizacji ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych oraz dalszego gromadzenia danych z rejestrów nowotworów, służących monitorowaniu jakości opieki. Jest to zgodne z europejskim planem walki z rakiem (Komisja Europejska, 2021) i dostosowane do warunków krajowych.

Rys. 3. Rak płuc i jelita grubego to nadal dwie najczęstsze przyczyny umieralności z powodu chorób nowotworowych w Polsce



Uwaga: Koła w kolorze czerwonym odzwierciedlają procentowy wzrost umieralności z powodu chorób nowotworowych w latach 2011–2019; koła w kolorze zielonym sygnalizują spadek. Wielkość kół jest proporcjonalna do wskaźników umieralności w 2019 r. Umieralność w przypadku niektórych z badanych rodzajów nowotworów jest niska; dlatego też zmiany procentowe należy interpretować z ostrożnością. Wielkości kół dotyczących wskaźników umieralności nie są porównywalne między państwami.
Źródło: Baza danych Eurostat.

Ramka 2. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 ma na celu poprawę świadczenia i jakości opieki onkologicznej

W Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 zapewniono ramy polityki zdrowotnej, służące poprawie wyników opieki onkologicznej. Sformułowano pięć głównych priorytetów:

- inwestycje w zasoby ludzkie – poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia;
- inwestycje w edukację, profilaktykę pierwotną i poprawę stylu życia – ograniczenie zachorowalności na raka przez zmniejszenie ryzyka dzięki profilaktyce pierwotnej nowotworów;
- inwestycje w profilaktykę wtórną – poprawa skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, piersi, szyjki macicy i płuc;
- inwestycje w naukę i innowacje – zwiększenie potencjału badań naukowych i innowacyjnych projektów w celu udostępnienia pacjentom najskuteczniejszych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych;
- inwestycje w system opieki onkologicznej, zwłaszcza za pośrednictwem Krajowej Sieci Onkologicznej – poprawa organizacji systemu świadczenia opieki poprzez zwiększenie jej koordynacji i zapewnienie lepszego dostępu do wysokiej jakości ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych.

W ramach Krajowej Sieci Onkologicznej uruchomiono program pilotażowy dotyczący koordynacji opieki onkologicznej w zakresie raka piersi, płuc, jajnika, jelita grubego i gruczołu krokowego (prostaty). Istniejące publiczne i prywatne podmioty świadczące opiekę onkologiczną są podzielone na trzy poziomy referencyjne, z których każdy ma określone kompetencje i jest w wysokim stopniu skoordynowany z pozostałymi poziomami. Koordynacją działalności sieci, określaniem standardów i zapewnianiem akredytacji zajmuje się Krajowa Rada do spraw Onkologii.

Ponadto rząd uruchomił Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025. Jednym z jego kluczowych celów jest poprawa diety, żywienia i aktywności fizycznej, służąca rozwiązaniu problemu otyłości i nadwagi. Wdrożono szereg inicjatyw, w tym uruchomiono stronę internetową poświęconą zdrowemu odżywianiu, udostępniono narzędzie w zakresie e-zdrowia publicznego w celu promowania zdrowej diety, wprowadzono kampanię edukacji zdrowotnej pod nazwą „Środy z profilaktyką" oraz powołano specjalny zespół odpowiedzialny za monitorowanie i przegląd istniejących programów profilaktycznych.

Ramka 3. W Polsce istnieje odrębny system dla nowotworów wieku dziecięcego

Standaryzowany wiekiem współczynnik zachorowalności na nowotwory wieku dziecięcego u dzieci w wieku poniżej 15 lat w Polsce wynosił w 2020 r. 15 przypadków na 100 000 mieszkańców, co jest wartością zbliżoną do średniej UE. Opieka onkologiczna w przypadku nowotworów wieku dziecięcego jest znacznie wyższej jakości niż opieka onkologiczna nad osobami dorosłymi w Polsce. Do leczenia nowotworów wieku dziecięcego przeznaczona jest odrębna swtruktura organizacyjna obejmująca 17 ośrodków regionalnych. Duże ośrodki zajmujące się nowotworami wieku dziecięcego znajdują się w Warszawie, Kielcach, Poznaniu, Krakowie, Katowicach, Opolu, Białymstoku, Toruniu i Bydgoszczy.

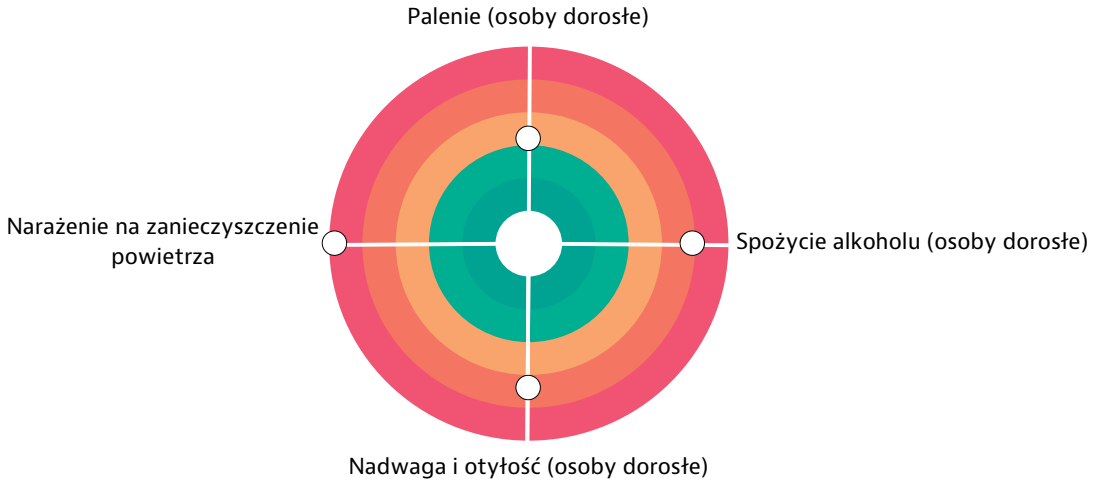
W ramach dobrze rozwiniętej sieci hospicjów domowych dla dzieci z chorobami nowotworowymi, w ostatnich dziesięciu latach opieką objęto około 150 dzieci rocznie. Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej jest wiodącym ośrodkiem w kraju i w Europie, ściśle współpracującym z Europejskim Towarzystwem Onkologii Dziecięcej (ang. European Society for Paediatric Oncology).

3. Czynniki ryzyka i polityka w zakresie profilaktyki

Polska wypada gorzej niż średnia UE pod względem różnych czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka

Powszechne zanieczyszczenia powietrza, nadwaga, otyłość i spożywanie alkoholu to czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka, które są w Polsce na wyższym poziomie niż przeciętnie w UE a rozpowszechnienie palenia jest zbliżone do średniej UE (rys. 4). Ogólnie rzecz ujmując, w Polsce behawioralne i środowiskowe czynniki ryzyka przyczyniają się do niemal połowy wszystkich zgonów (OECD, 2021), dlatego niezbędne są lepsze i skuteczniejsze strategie w zakresie profilaktyki zdrowia. W 2020 r. wydatki na profilaktykę zdrowotną w Polsce stanowiły jedynie 1,9 % wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną, co stanowi wartość niższą od średniej UE, wynoszącej 3,4 %. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 ma na celu poprawę profilaktyki w zakresie głównych czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka i w obejmuje stopniowe wprowadzanie nierefundowanych dotąd szczepień przeciwko HPV (Ramka 4).

Rys. 4. Zanieczyszczenie powietrza, nadwaga, otyłość i spożywanie alkoholu są istotnymi czynnikami ryzyka



Uwaga: Im kropka znajduje się bliżej środka, tym lepsze są wyniki państwa w porównaniu z pozostałymi państwami UE. Żadne z państw nie znajduje się w białym „obszarze docelowym", gdyż we wszystkich państwach i we wszystkich obszarach istnieją możliwości poprawy.
Źródła: Obliczenia OECD na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) z 2019 r. dotyczącego wskaźników palenia i nadwagi/otyłości, statystyki OECD dotyczące zdrowia z 2022 r. i dane z prowadzonego przez WHO globalnego systemu informacji o alkoholu i zdrowiu (ang. Global Information System on Alcohol and Health – GISAH) dotyczące spożycia alkoholu (2020) oraz dane Eurostatu dotyczące zanieczyszczenia powietrza (2019).

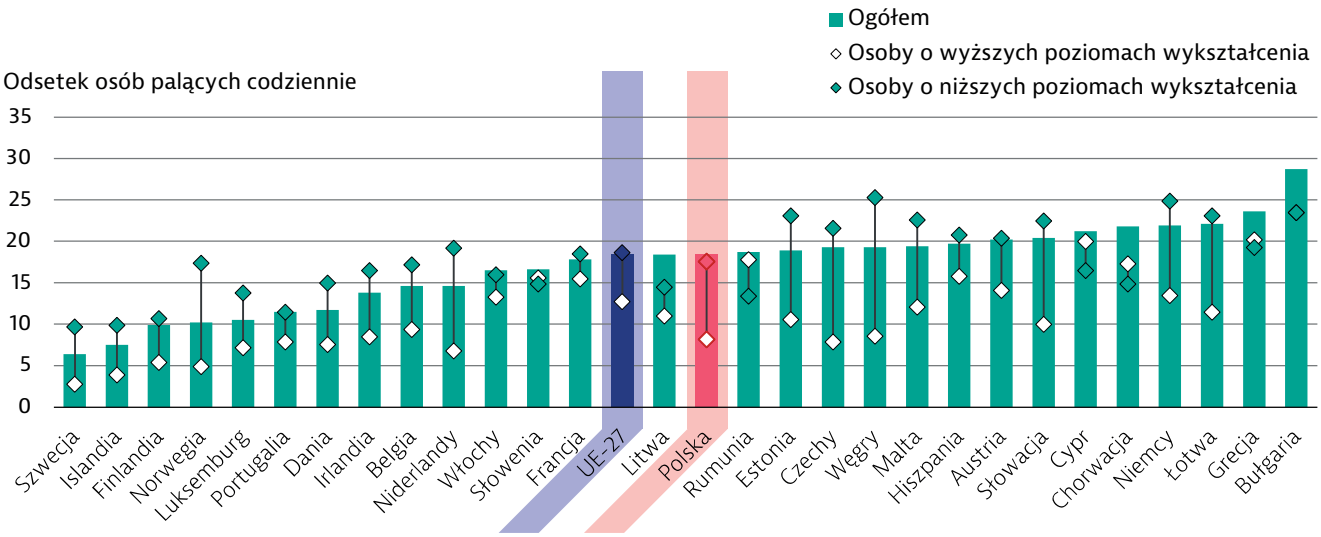
Różnice społeczno-ekonomiczne w rozpowszechnieniu palenia są wyraźne

W 2019 r. codzienne palenie papierosów zadeklarowało 18 % mieszkańców Polski – to tyle samo, ile wynosi średnia UE. Niemniej jednak w Polsce, podobnie jak w wielu innych państwach UE, występują wyraźne nierówności społeczno-ekonomiczne w rozpowszechnieniu palenia. Codzienne palenie zaobserwowano wśród 25 % osób o niższych dochodach, w porównaniu z 16 % wśród osób o wyższych dochodach. Ponadto odsetek osób codziennie palących był dwukrotnie wyższy wśród osób z niższym (18 %) niż z wyższym (8 %) wykształceniem (rys. 5). Występują również dysproporcje w zależności od płci i wieku – dorośli w wieku 15–64 lat (20 %) palili więcej niż dorośli w wieku 65 lat i starsi (13 %), a mężczyźni (23 %) palili więcej niż kobiety (14 %).

Rozpowszechnienie codziennego palenia spadło średnio o jedną trzecią w latach 2011–2019,

szczególnie wśród mężczyzn. W latach 90. XX w. Polska wprowadziła kompleksowe regulacje dotyczące ograniczenia w dostępności do tytoniu, co doprowadziło do zmniejszenia sprzedaży wyrobów zawierających nikotynę. Kolejne ograniczenia, m.in. rozszerzenie zakazu palenia w miejscach publicznych oraz wprowadzenie podatku od innowacyjnych elektronicznych wyrobów zawierających nikotynę w 2016 r., miały na celu zmniejszenie skali biernego palenia tytoniu i rozpowszechnienia papierosów elektronicznych. W 2015 r. zawieszono jednak podnoszenie opodatkowania tradycyjnych wyrobów tytoniowych.

Rys. 5. Rozpowszechnienie codziennego palenia jest zbliżone do średniej UE, ale widoczne są nierówności społeczne

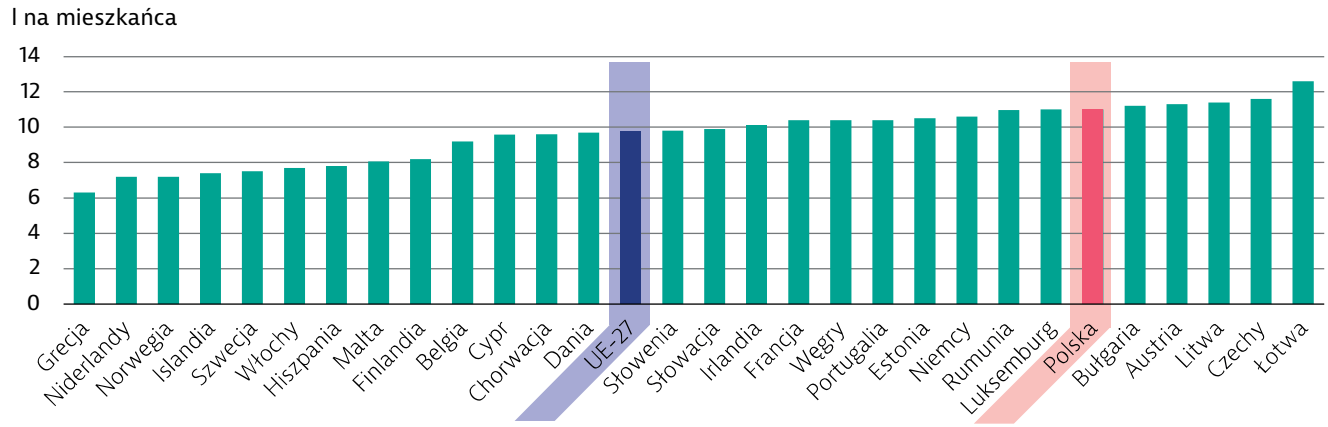


Uwaga: Średnia UE jest ważona (obliczona przez Eurostat).
Źródło: Baza danych Eurostat (EHIS). Dane dotyczą 2019 r.

Ogólne spożycie alkoholu jest jednym z najwyższych w całej UE

Spożycie alkoholu w Polsce było w 2020 r. znacznie powyżej średniej UE i wynosiło średnio 11 l czystego alkoholu rocznie wśród mieszkańców w wieku 15 lat i starszych, w porównaniu z 9,8 litrów w całej UE (rys. 6). Od początku XXI w. spożycie alkoholu w Polsce stale rośnie, choć wraz z wprowadzeniem wyższych stawek podatkowych w 2008 r. wzrost ten został spowolniony. Ryzykowne zachowania związane ze spożyciem alkoholu obserwuje się u 2,2 % dorosłych w Polsce, co jest nieco poniżej średniej UE (2,7 %). Różnice w spożyciu alkoholu występują w zależności od dochodów i wykształcenia: Polacy z wyższym wykształceniem i o wysokich dochodach spożywają więcej alkoholu niż ci z niższym wykształceniem i o niższych dochodach.

Rys. 6. Spożycie alkoholu w Polsce przekracza średnią UE o 1,2 l na mieszkańca



Uwaga: Średnia UE-27 jest nieważona (obliczona przez OECD).
Źródła: Statystyki OECD z 2022 r. dotyczące zdrowia; WHO GISAH.

W Polsce, podobnie jak w szeregu państw Europy Środkowo-Wschodniej, najwyższe tygodniowe spożycie alkoholu występuje wśród osób w wieku 30–44 lat, podczas gdy w większości państw UE obserwuje się je wśród osób w wieku 45–59 lat. Może to wynikać z różnic kulturowych dotyczących spożywania alkoholu i jego istotnej roli w wydarzeniach towarzyskich.

Ogólna chorobowość na nowotwory przypisywana nadmiernemu piciu alkoholu w Polsce jest zbliżona do chorobowości w innych państwach UE, ale jest znacznie wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Alkohol przyczynił się do 19,6 nowych przypadków zachorowania na raka (szczególnie raka jelita grubego) na 100 000 mężczyzn w Polsce, co przekracza średnią UE wynoszącą 17,9 przypadków na 100 000 mężczyzn. Według najnowszych szacunków OECD (2021) do 2050 r. przedwczesna umieralność z powodu spożywania alkoholu w Polsce zmniejszy się aż o 1,5 roku i choć będzie to jeden z najwyższych spadków, umieralność ta wciąż pozostanie na najwyższym poziomie w całej UE.

Na szczeblu krajowym wprowadzono niewiele rozwiązań mających na celu zmniejszenie spożycia alkoholu; przykładowo reklamowanie piwa jest dozwolone od 2001 r., nie zakazano też promowania napojów alkoholowych w mediach społeczno-ściowych. Choć na podstawie doświadczeń wielu innych państw oczekuje się, że polityka cenowa mająca na celu ograniczenie spożycia alkoholu przyniesie szczególnie dobre efekty w Polsce, to jednak wdrożono jedynie pomniejsze inicjatywy w tym zakresie. W 2020 r. akcyzę na wszystkie napoje alkoholowe podniesiono o 10 %, jednak pozostaje ona poniżej poziomu z lat 90. poprzedniego wieku. W 2021 r. rząd wprowadził dodatkową opłatę od alkoholu sprzedawanego w małych butelkach o pojemności do 300 ml, co przyczyniło się do zwiększenia sprzedaży butelek o pojemności 350 ml. Władze lokalne w Polsce mają swobodę w ograniczaniu fizycznego dostępu do alkoholu przez ograniczanie godzin i miejsc, w których można go kupić, jednak nie wszystkie gminy stosują tę politykę.

Ponad połowa populacji ma na nadwagę lub otyłość

W 2019 r. w Polsce 58 % dorosłych miało nadwagę lub otyłość, przy czym od 2014 r. odsetek ten gwałtownie wzrósł, jak wynika z danych EHIS. Przewiduje się, że do 2028 r. występowanie otyłości osiągnie poziom 30 %. Obecnie otyłość powoduje skrócenie średniego dalszego trwania życia o 3,9 lat, co wynika po części z niezdrowego stylu życia, obejmującego nieodpowiednią dietę i brak aktywności fizycznej, zwłaszcza wśród kobiet. Choć odsetek osób podejmujących prozdrowotną aktywność fizyczną w populacji osób w wieku 15 lat i starszych wzrósł między 2014 r. (17 %) a 2019 r. (20 %), pozostał poniżej średniej UE, która wynosiła 33 %. W 2019 r. Polacy z wyższym wykształceniem byli bardziej aktywni fizycznie (28 %; wzrost o 3,4 punktu procentowego w stosunku do 2014 r.) niż osoby z niższym wykształceniem (21 %; wzrost o 4,5 punktu procentowego). Oprócz polityki mającej na celu promowanie zdrowego stylu życia, w 2021 r. wprowadzono podatek cukrowy od napojów z dodatkiem kofeiny lub tauryny a w 2015 r. rozpoczęto regulowanie dostępu to niezdrowej żywności w szkołach. Inne inicjatywy obejmują działania edukacyjne w szkołach.

Polska plasuje się na drugim miejscu w UE pod względem narażenia na zanieczyszczenie powietrza

W 2019 r. narażenie na PM_{10}[1] w Polsce osiągnęło 27 µg/m^3, co jest wartością wyższą od średniej UE wynoszącej 20,5 µg/m^3. Polska znalazła się również na drugim miejscu w UE pod względem stężenia $PM_{2,5}$ (19 µg/m^3) – było ono 1,5 raza większe niż średnia UE (13 µg/m^3). Według Instytutu Wskaźników i Oceny Zdrowia narażenie na ozon i $PM_{2,5}$ odpowiadało za szacunkowo 8 % wszystkich zgonów w Polsce w 2019 r.; jest to wskaźnik dwukrotnie wyższy niż średnia w całej UE. Narażenie na zanieczyszczenia chemiczne wśród pracowników wdychających dym, opary, substancje w proszku lub pyły występowało w Polsce częściej niż średnio w UE, szczególnie wysoki odsetek mężczyzn był narażony na zanieczyszczenia chemiczne (32,9 % w Polsce wobec 24,6 % w całej UE). Wysoki odsetek mężczyzn wynika ze struktury zatrudnienia mężczyzn na stanowiskach średniego i wyższego szczebla w gałęziach przemysłu, które wiążą się z zanieczyszczeniami.

1 *Pył zawieszony (PM) klasyfikuje się według wielkości: PM_{10} odnosi się do cząstek o średnicy mniejszej niż 10 mikrometrów; $PM_{2,5}$ odnosi się do cząstek o średnicy mniejszej niż 2,5 mikrometrów.*

Ramka 4. Polska pozostaje w tyle za innymi państwami UE w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych wywoływanych przez wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)

Jak wynika z danych krajowych, w 2020 r. przeciwko HPV zaszczepionych było szacunkowo 7,5–10 % polskich nastolatków. Od listopada 2021 r. z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego refundowane jest 50 % kosztów szczepionek przeciwko HPV dla dziewcząt i chłopców. W latach 2008–2021 szczepienia zalecano dziewczętom w wieku 11 lat i starszym, a obecnie zaleca się je dzieciom obu płci w wieku 9–14 lat.

Część władz lokalnych już w 2010 r. wprowadziła finansowanie profilaktycznych szczepień przeciwko HPV. Z danych Ministerstwa Zdrowia za 2021 r. wynika, że rozkład gmin zapewniających bezpłatne szczepienia przeciwko HPV był w poszczególnych województwach nierównomierny – ich liczba wynosiła od 18 w województwach dolnośląskim i pomorskim do jednej lub dwóch w województwach małopolskim, podlaskim i świętokrzyskim.

4. Wczesne wykrywanie

W Polsce prowadzone są programy badań przesiewowych w kierunku raka piersi, jelita grubego i szyjki macicy

Na początku lat 2000-ych wprowadzono w Polsce ogólnopolskie programy bezpłatnych badań przesiewowych populacji (badania oferowane określonej populacji docelowej o podwyższonym ryzyku) w kierunku raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego. Niedawno wdrożono pilotażowe badania przesiewowe w kierunku raka płuc. Badania przesiewowe w kierunku raka piersi są skierowane do osób w wieku 50–69 lat i zaleca się ich wykonywanie co dwa lata. Program osiągnął zasięg ogólnokrajowy już w 2007 r.

Program badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy rozpoczął się w 2007 r. i jest skierowany do kobiet w wieku 25–59 lat a badania wykonuje się co trzy lata. Chociaż w latach 2007–2010 wskaźnik objęcia badaniami wzrósł o 41 %, jedynie 17 % populacji docelowej poddano badaniom przesiewowym w 2019 r., co oznacza, że wiele jeszcze można poprawić w tym względzie.

Program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego rozpoczął się w 2000 r. i był skierowany do osób w wieku 50–64 lat, ale został zawieszony w styczniu 2022 r. w związku ze zmianą źródła finansowania z Ministerstwa Zdrowia na Narodowy Fundusz Zdrowia – państwowego świadczeniodawcę usług zdrowotnych. Program został ponownie uruchomiony w październiku 2022 r.

Jeśli chodzi o wskaźnik badań przesiewowych w kierunku raka piersi, Polska plasuje się na siódmym miejscu od końca w UE

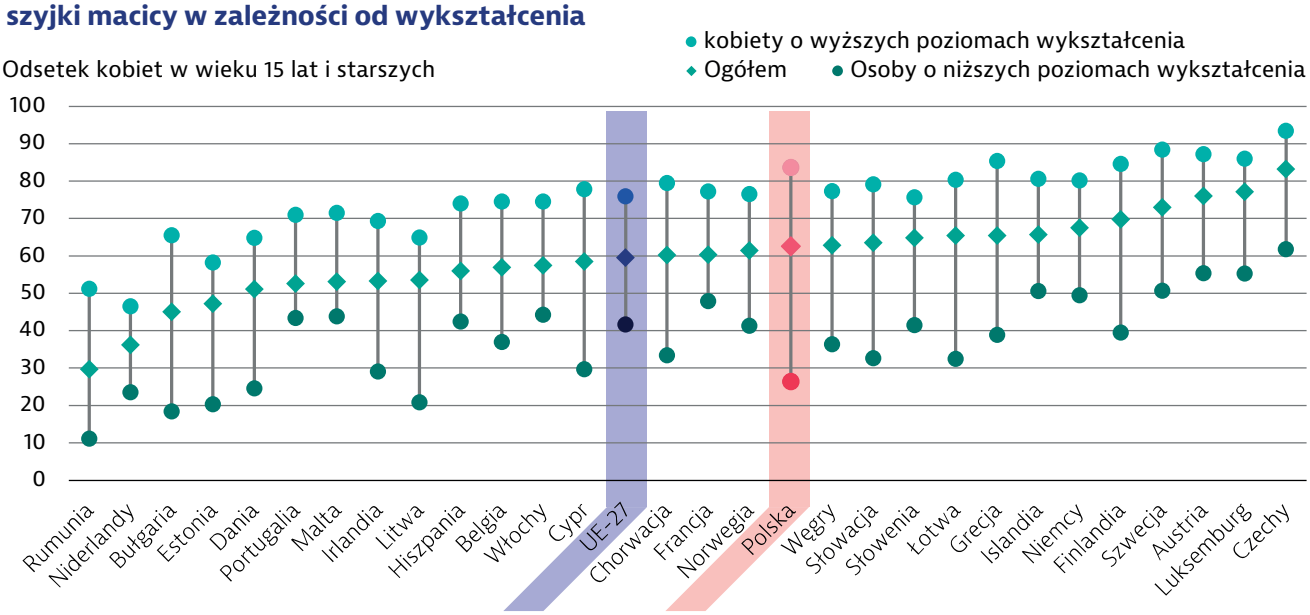
W 2019 r. 54 % kobiet w wieku 50–69 lat zadeklarowało, że w ciągu ostatnich dwóch lat wykonało mammografię. Jest to siódmy od końca wynik w UE, znacznie poniżej średniej UE (66 %). We wskaźnikach uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi występują wyraźne nierówności w zależności od poziomu wykształcenia i dochodów. Wskaźnik uczestnictwa w programie badań przesiewowych jest ponad dwukrotnie wyższy wśród kobiet z wyższym wykształceniem (67 %) niż wśród kobiet z niższym wykształceniem (33 %) – ta rozbieżność między poziomami wykształcenia jest drugą co do wielkości w UE. Występują również nierówności w zależności od dochodów, jednak w tym względzie różnica jest zbliżona do średniej UE (ok. 15 punktów procentowych).

Chociaż odsetek osób uczestniczących w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy jest wyższy niż średnia UE, nierówności w zależności od wykształcenia są znaczne

W 2019 r. 63 % kobiet w Polsce w wieku 15 lat i starszych zadeklarowało, że wykonało badanie wymazu z szyjki macicy w ciągu ostatnich trzech lat – jest to wartość nieco powyżej średniej UE, która wynosi 59,5 % (rys. 7). Nierówności w zależności poziomu wykształcenia i dochodów są jednak większe niż w przypadku średnich UE. Różnica w udziale w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy między kobietami z wyższym (84 %) i niższym wykształceniem (26 %)

wynosi 58 punktów procentowych a udział w badaniach był o 28 punktów procentowych wyższy w przypadku kobiet należących do pierwszego kwintyla dochodów (71 %) niż w przypadku kobiet należących do piątego kwintyla (42 %). Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy przeprowadzono nieco częściej wśród kobiet mieszkających w miastach (67 %) niż wśród kobiet mieszkających na obszarach wiejskich (57 %).

Rys. 7. W Polsce występują wyraźne nierówności w zakresie badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy w zależności od wykształcenia



Uwaga: Średnia UE jest ważona (obliczona przez Eurostat). Na rysunku przedstawiono odsetek kobiet w wieku 15 lat i starszych, które zadeklarowały wykonanie w ciągu ostatnich trzech lat badania wymazu z szyjki macicy.
Źródło: Baza danych Eurostat (EHIS). Dane dotyczą 2019 r.

Pomimo wprowadzenia w 2000 r. krajowego programu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, udział w tych badaniach był bardzo niski

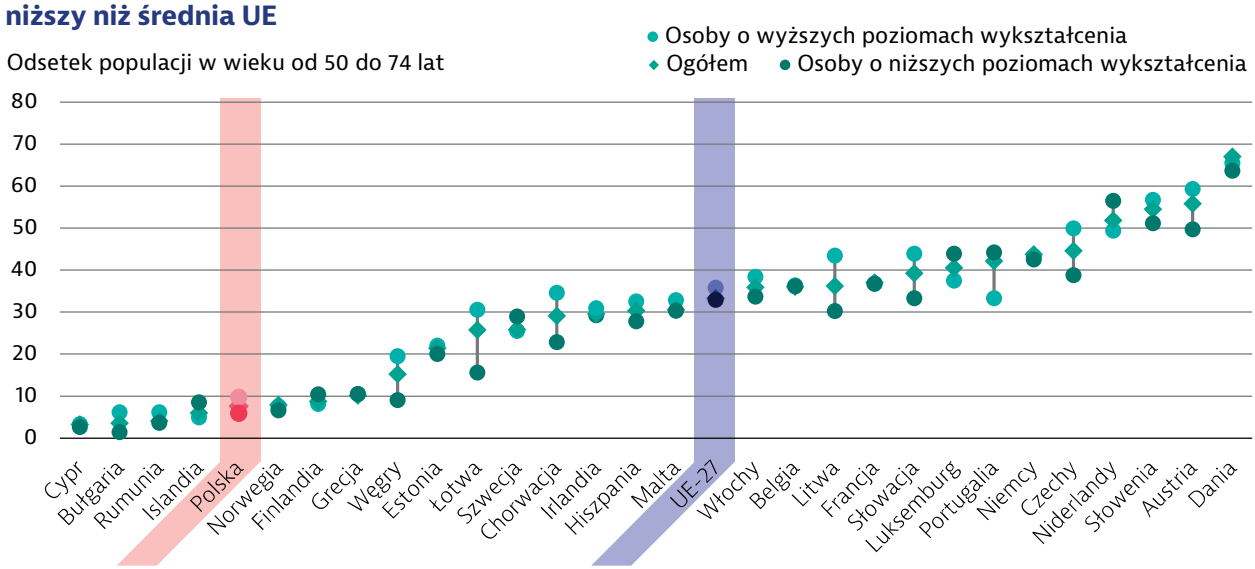
W minionych latach poziom uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w Polsce był niski (18 % populacji docelowej w 2019 r.). Program bazował na badaniu kolonoskopowym wykonywanym w jednostkach opieki zdrowotnej nierównomiernie rozmieszczonych w różnych regionach geograficznych. Liczba jednostek oferujących badania oportunistyczne różniła się znacząco między województwami: w województwie śląskim było ich 14, w województwach lubuskim, łódzkim, podlaskim i warmińsko-mazurskim po 1, a w województwie zachodniopomorskim w ogóle nie było takich jednostek. Najwyższa Izba Kontroli opublikowała w 2017 r. raport (NIK, 2017), w którym wskazała na niski udział w programie badań przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych, a także ograniczoną skuteczność kampanii edukacyjnych towarzyszących programowi.

Z danych EHIS opartych na subiektywnych ocenach wynika, że w 2019 r. odsetek Polaków poddanych badaniom przesiewowym w kierunku raka jelita grubego w ciągu poprzednich dwóch lat należał do najniższych w UE i wynosił 8 % populacji w wieku 50–74 lat. Nieco wyższy odsetek osób objętych badaniami zaobserwowano wśród mieszkańców miast (8 %) niż wsi (5 %) oraz wśród osób z wyższym wykształceniem (10 %) niż z niższym wykształceniem (6 %) (rys. 8). Różnice w zależności od płci i poziomu dochodów były mniejsze.

Polska uruchomiła pilotażowy program profilaktyki raka płuc

Polska uruchomiła pilotażowy program na lata 2021–2023 ukierunkowany na edukację oraz badania przesiewowe w kierunku raka płuc, skierowany do populacji wysokiego ryzyka, jaką są nałogowi palacze (osoby palące paczkę papierosów dziennie przez 20 lat lub ich równowartość) w wieku 55–74 lat oraz nałogowi palacze w wieku 50–74 lat o zwiększonym ryzyku zachorowania na raka płuc. W 2021 r. w ramach programu wykonano 2 174 badania niskodawkowej tomografii komputerowej (TK). Według stanu na wrzesień 2022 r., 17 jednostek w siedmiu województwach o najwyższej umieralności z powodu raka płuc prowadzi program badań przesiewowych. Jednostki te znajdują się w dużych miastach, przy czym ponad jedna trzecia z nich – w województwie dolnośląskim. Program jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Rys. 8. Udział w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego był prawie trzykrotnie niższy niż średnia UE



Uwaga: Średnia UE jest ważona (obliczona przez Eurostat). Na rysunku przedstawiono odsetek osób w wieku 50–74 lat, które zadeklarowały wykonanie w ciągu ostatnich dwóch lat badania kału na obecność krwi utajonej.
Źródło: Baza danych Eurostat (EHIS). Dane dotyczą 2019 r.

5. Funkcjonowanie opieki onkologicznej

5.1 Dostępność

Opieka onkologiczna jest częścią polskiego publicznego systemu opieki zdrowotnej, ale występują utrudnienia w dostępie do niej

Publicznym systemem opieki zdrowotnej w Polsce zarządza na szczeblu krajowym Ministerstwo Zdrowia we współpracy z władzami samorządowymi, zorganizowanymi w ramach trójszczeblowego systemu administracji z województwami na najwyższym poziomie. Narodowy Fundusz Zdrowia, podzielony na 16 oddziałów (po jednym na każde województwo) jest jedynym nabywcą świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Opieka onkologiczna jest zorganizowana w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w oparciu o Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, opracowany zgodnie z zaleceniami UE i wytycznymi WHO. Świadczenia onkologiczne objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym obejmują programy profilaktyczne, ambulatoryjną opiekę zdrowotną, hospitalizację, fizjoterapię oraz opiekę paliatywną i szpitalną.

Pomimo to, świadczenia zdrowotne niefinansowane ze środków publicznych w Polsce są znaczące i w 2019 r. odpowiadały za 20 % łącznych wydatków na opiekę zdrowotną (w porównaniu ze średnią na poziomie 15 % w całej UE). Koszty leków stosowanych w opiece ambulatoryjnej stanowią 13 % świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych, co prowadzi do ogromnych wydatków. Choć w 2016 r. wprowadzono mechanizmy zwolnienia z opłat za leki stosowane w opiece ambulatoryjnej dla osób starszych, a w 2020 r. dla kobiet w ciąży, mechanizmy ochrony najbardziej wrażliwych grup społecznych (takich jak pacjenci przewlekle chorzy, w tym pacjenci onkologiczni) są niewystarczające (OECD/Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, 2021). Prywatne świadczenia zdrowotne często wykorzystuje się jako uzupełnienie dla sektora publicznego, zwłaszcza w celu skrócenia czasu oczekiwania i poprawy dostępu do leków.

Dostęp do nowych terapii przeciwnowotworowych jest w Polsce ograniczony

Polscy pacjenci onkologiczni mieli dostęp do zaledwie 30 % leków objętych standardowym ubezpieczeniem zdrowotnym w UE oraz do mniej niż 50 % innowacyjnych terapii przeciwnowotworowych zarejestrowanych w Europie w latach 2004–2017. Ponadto, jak wykazano

w badaniu obejmującym 16 państw Europy i świata (Moye-Holz & Vogler, 2022), ceny większości leków przeciwnowotworowych w Polsce należą do najwyższych. Ponad jedną trzecią nowych leków dopuszczonych do obrotu w Polsce w latach 2012–2018 stanowiły leki stosowane w leczeniu onkologicznym (Iwańczuk i in., 2019).

Co więcej, udział wydatków niefinansowanych ze środków publicznych w łącznych wydatkach na leki stosowane przez pacjentów onkologicznych, wzrósł o 44 % w latach 2014–2016. Polska przyjęła podejście oparte na podziale ryzyka do produktów leczniczych, co oznacza, że ryzyko finansowe nieudanego leczenia z wykorzystaniem innowacyjnych leków jest dzielone między publiczny system opieki zdrowotnej a przedsiębiorstwo farmaceutyczne. W efekcie prowadzi to do wydłużenia procedury dopuszczania leków do obrotu i opóźnien w dostępie do innowacyjnych leków przeciwnowotworowych, choć efektywność wydatków publicznych na innowacyjne leki przeciwnowotworowe jest zwiększona.

Szereg inicjatyw ma na celu poprawę dostępności opieki onkologicznej w Polsce

Od ponad dziesięciu lat podejmuje się w Polsce działania służące poprawie dostępności opieki onkologicznej. W ramach poprzedniej Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2015–2024 wprowadzono pakiet onkologiczny z szybką ścieżką diagnostyczną w celu skrócenia czasu oczekiwania na badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne. W ramach tej ścieżki umożliwiono lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej kierowanie pacjentów do specjalistów zgodnie z opracowanymi w strategii wytycznymi i określono maksymalny czas oczekiwania na diagnostykę i leczenie.

Aby skorzystać z szybkiej ścieżki diagnostycznej, pacjent musi otrzymać kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Karta ta zapewnia dostęp do diagnostyki i leczenia w gwarantowanym maksymalnym czasie oczekiwania, który wynosi 28 dni od wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do podstawowej diagnostyki; 21 dni od konsultacji specjalistycznej do pogłębionej diagnostyki oraz 14 dni od spotkania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (w skład którego wchodzi onkolog, specjalista radioterapii i chirurg onkolog) do rozpoczęcia leczenia. Wprowadzenie szybkiej ścieżki diagnostycznej spowodowało nieznaczną poprawę, jeśli chodzi o czas oczekiwania na świadczenia objęte pakietem onkologicznym: w 2016 r. ponad połowa pacjentów rozpoczęła leczenie w ciągu siedmiu tygodni. Wzrósł natomiast czas oczekiwania na świadczenia nieobjęte pakietem onkologicznym, np. w latach 2015–2016 podwoił się czas oczekiwania na tomografię komputerową i rezonans magnetyczny (MRI). W związku z tym zrewidowano nieskuteczne rozwiązania Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2015–2024. Długi czas oczekiwania występował również w przypadku późniejszej opieki po zakończeniu leczenia onkologicznego. Dla przykładu, czas oczekiwania na rehabilitację w przypadkach pilnych wynosił od 28 do 156 dni, a w pozostaych od 123 do 892 dni, w zależności od rodzaju terapii.

W 2019 r. rząd przyjął nową Narodową Strategię Onkologiczną na lata 2020–2030. Jej celem było zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń z zakresu opieki onkologicznej, głównie przez zmiany organizacyjne zmierzające do poprawy koordynacji odpowiednich elementów systemu opieki zdrowotnej. Nowo opracowane ramy Krajowej Sieci Onkologicznej mają na celu zapewnienie skutecznej koordynacji opieki onkologicznej i przydziału zasobów, wyporacowania odpowienich ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych oraz bieżącego monitorowania jakości z wykorzystaniem cyfrowych rejestrów nowotworów. Programy pilotażowe dotyczące Krajowej Sieci Onkologicznej rozpoczęto w październiku 2019 r. i do końca 2021 r. zarejestrowano ok. 27 000 pacjentów onkologicznych. Programy te koncentrują się na koordynacji opieki w przypadku raka piersi, płuc, jajników, jelita grubego i prostaty oraz na ocenie jakości świadczeń opieki onkologicznej.

Niedobór pracowników ochrony zdrowia w Polsce ma wpływ na dostęp do opieki onkologicznej

W Polsce, podobnie jak w innych państwach Europy Środkowo-Wschodniej, liczba lekarzy przypadających na mieszkańca jest niska. Liczba patologów przypadających na milion mieszkańców w 2019 r. wyniosła nieco ponad 3 i była najniższa w UE. Najwięcej czynnych zawodowo patologów odpowiedzialnych za badanie tkanek pod kątem obecności komórek nowotworowych odnotowano w województwie mazowieckim (163), a najmniej w województwach opolskim (6) i lubuskim (15), jak wynika z raportu Najwyższej Izby Kontroli.

Od połowy drugiego dziesięciolecia XXI w. w ramach strategii onkologicznych realizuje się działania zachęcające do zdobywania specjalizacji w zakresie radioterapii, jednak nie przyniosły one znaczącej poprawy w zakresie dostępności pracowników sektora zdrowia. Jednym z celów

Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 są inwestycje w edukację lekarzy specjalistów, w tym radiologów. Inicjatywa obejmuje zwiększenie maksymalnej liczby studentów medycyny oraz oferowanie lepszych warunków finansowych, które zachęcą do częstszego wybierania specjalizacji medycznych związanych z opieką onkologiczną. Ponadto zapewnione będą szkolenia służące podnoszeniu kwalifikacji.

Ogólnie w 2015 r. w Polsce na 100 000 mieszkańców przypadało prawie 6 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie onkologii. Według statystyk krajowych w 2018 r. zarejestrowanych i czynnych zawodowo było 909 onkologów klinicznych, 826 chirurgów onkologów, 480 hematologów, 245 ginekologów onkologicznych oraz 208 specjalistów w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej (Ministerstwo Zdrowia, 2018).

Liczba ośrodków radioterapii należy do najniższych wśród państw UE

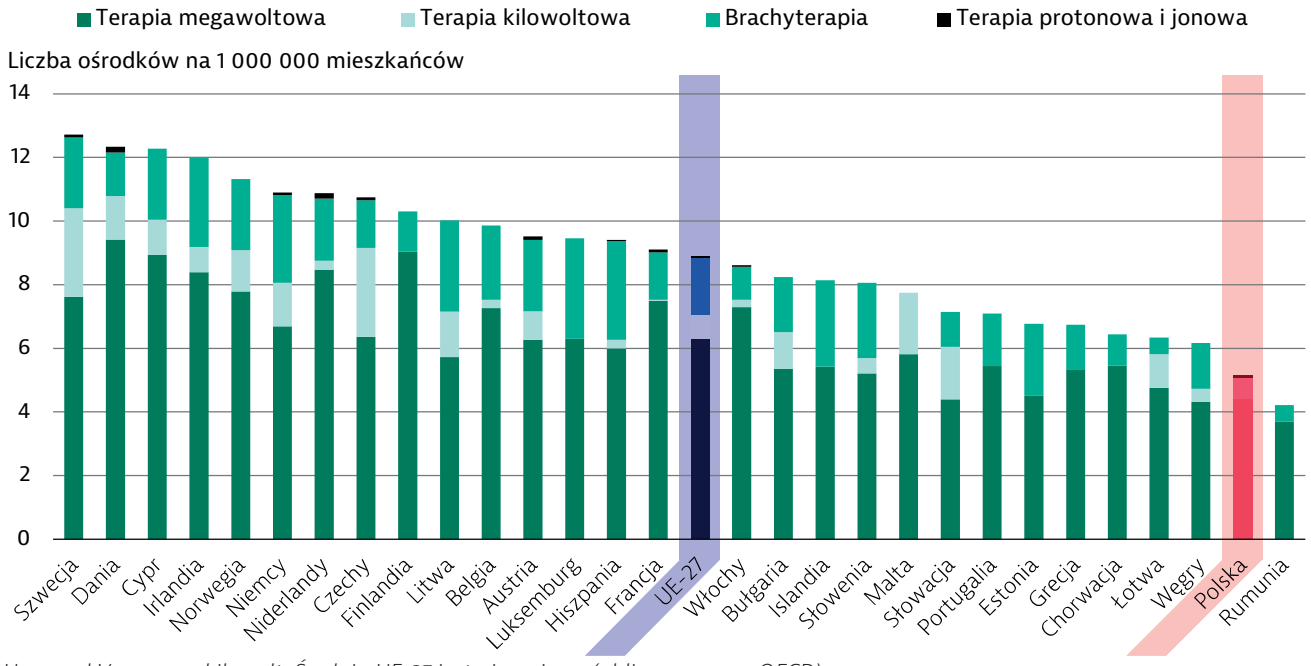
Terminowe świadczenie opieki onkologicznej nie jest zapewnione przez sektorze publiczny w Polsce ze względu na ograniczoną liczbę ośrodków opieki onkologicznej. Pierwszą jednostkę zajmującą się leczeniem raka piersi otwarto w 2019 r.; obecnie w kraju są dwie jednostki tego typu (w Białymstoku i Warszawie). W 2021 r. zrealizowano plan utworzenia jednostki zajmującej się leczeniem raka jelita grubego.

Jednostki świadczące opiekę onkologiczną są nierównomiernie rozmieszczone w poszczególnych województwach oraz między obszarami miejskimi i wiejskimi. Przykładowo, większość jednostek, w których organizowano oportunistyczne badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego, znajdowała się w dużych miastach. Ponadto w jedynym ośrodku terapii protonowej w Polsce, który znajduje się w Krakowie, prowadzi się leczenie raka oka refundowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ogółem w Polsce na milion mieszkańców przypada 5 ośrodków radioterapii, o 70 % mniej niż średnia UE, która wynosi 9 ośrodków na milion mieszkańców (rys. 9). Polska pozostaje wśród państw o najmniejszym zagęszczeniu ośrodków prowadzących radioterapię megawoltową (MV) – na milion mieszkańców przypadają 4 ośrodki (w porównaniu ze średnią UE, która wynosi 6). Brachyterapia pozostaje wysoce specjalistyczną techniką i jest mniej dostępna niż w większości innych państw UE (1 ośrodek na milion mieszkańców w porównaniu z 2 ośrodkami na milion mieszkańców w całej UE).

Radioterapię prowadzi się w Polsce w 35 jednostkach, z których jedna trzecia znajduje się w trzech województwach (śląskim, małopolskim i mazowieckim). Od początku pierwszego

Rys. 9. Polska ma drugie najniższe zagęszczenie ośrodków radioterapii w UE



Uwaga: kV oznacza kilowolt. Średnia UE-27 jest nieważona (obliczona przez OECD).
Źródło: Międzynarodowa Agencja Energii Atomowej.

dziesięciolecia XXI w. tempo inwestycji w sprzęt do radioterapii było stałe choć powolne. W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 planuje się dalsze inwestycje, jednak wzrostowi ilości sprzętu nadal nie towarzyszy dopływ wyspecjalizowanego personelu medycznego mogącego prowadzić radioterapię.

Polska ma stosunkowo dobre wyniki w zakresie opieki paliatywnej i dysponuje siecią hospicjów domowych

Opieka paliatywna w Polsce plasuje się na piątym miejscu w rankingu Międzynarodowego Obserwatorium Opieki u Schyłku Życia (ang. International Observatory on End of Life Care). Sieć jednostek opieki paliatywnej jest dobrze rozwinięta, w dużej mierze dzięki licznym hospicjom świadczącym opiekę w warunkach ambulatoryjnych (tzw. hospicjom domowym) obsługującym chorych w miejscu ich zamieszkania. Ich rozwój sięga lat 90. XX w., kiedy to starania organizacji pozarządowych spotkały się z silnym wsparciem społecznym, obejmującym również prywatne wsparcie finansowe. Od 2013 r. Narodowy Fundusz Zdrowia współpracuje z hospicjami domowymi, pokrywając koszty świadczeń opieki paliatywnej realizowane w hospicjach domowych oraz w szpitalach. Obecnie około 55 % pacjentów objętych opieką paliatywną jest objętych opieką hospicjów domowych.

Dostęp do opieki u schyłku życia na oddziałach paliatywnych pozostaje jednak ograniczony. W 10 z 16 województw liczba łóżek w 443 jednostkach świadczących opiekę paliatywną była w 2018 r. niewystarczająca. Dostęp do oddziałów opieki paliatywnej różni się znacznie między poszczególnymi województwami i najbardziej ograniczony jest w województwach mazowieckim, lubelskim i podlaskim. Poziom korzystania z usług opieki paliatywnej przez pacjentów mieszkających na obszarach miejskich jest o 30 % wyższy niż wśród tych mieszkających na obszarach wiejskich.

Nieformalne zapewnianie opieki u schyłku życia przez członków rodziny i organizacje pozarządowe jest w Polsce częste i stanowi uzupełnienie świadczeń medycznych u schyłku życia.

5.2 Jakość

W przypadku większości rodzajów nowotworów jakość opieki onkologicznej jest w Polsce niższa niż średnio w UE

Miara 5-letniego przeżycia netto, będąca wyznacznikiem jakości opieki, wzrosła w Polsce w latach 2004–2014 w odniesieniu do najczęstszych rodzajów nowotworów, chociaż wzrost ten był mniejszy niż w całej UE, przez co niekorzystna dla Polski różnica między średnią UE powiększyła się.

W odniesieniu do wszystkich rodzajów nowotworów, z wyjątkiem białaczki dziecięcej, wskaźniki 5-letnich przeżyć netto pacjentów zdiagnozowanych w latach 2010–2014 były niższe niż średnie UE (rys. 10). Wśród osób dorosłych najwyższe wskaźniki przeżyć odnotowano w przypadku raka prostaty (78 % w porównaniu z 87 % w całej UE) i raka piersi (77 % w porównaniu z 83 % w całej UE), natomiast w przypadku raka płuc przeżycie pozostawało niskie i zbliżone do średniej UE (14 % w porównaniu z 15 % w całej UE). W przypadku kobiet w Polsce, u których w latach 2010–2014 zdiagnozowano raka piersi w zaawansowanym stadium, wskaźnik 5-letnich przeżyć netto wynosił jedynie 43 %.

Wskaźniki 5-letnich przeżyć w Polsce są znacznie poniżej średnich unijnych w przypadku raka szyjki macicy (o 9 punktów procentowych) i raka jelita grubego (o 7 punktów procentowych). Polska pozostaje również w tyle za UE pod względem wskaźników 5-letnich przeżyć w przypadku czerniaka (70 % w porównaniu z 83 %), raka odbytnicy (48 % w porównaniu z 59 %) i raka żołądka (21 % w porównaniu z 27 %).

Rys. 10. Wskaźniki 5-letnich przeżyć w przypadku raka, z wyjątkiem białaczki dziecięcej, są niższe niż średnie UE

Rak Prostaty	Białaczka dziecięca	Rak piersi (sutka)	Rak szyjki macicy	Rak jelita grubego	Rak płuc
Polska: 78%	Polska: 87%	Polska: 77%	Polska: 55%	Polska: 53%	Polska: 14%
UE-24: 87%	UE-24: 82%	UE-24: 83%	UE-24: 64%	UE-24: 60%	UE-24: 15%

Uwaga: Dane dotyczą osób zdiagnozowanych w latach 2010–2014. Białaczka dziecięca dotyczy ostrej białaczki limfoblastycznej.
Źródło: Program CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Znaczne różnice w zakresie wskaźników przeżyć występują między województwami: wskaźnik 5-letnich przeżyć w przypadku raka piersi waha się od 70 % w województwie podkarpackim do 80 % w województwie mazowieckim (Ministerstwo Zdrowia, 2018). Jeszcze większe różnice występują w przypadku raka szyjki macicy (od 47 % w województwie śląskim do 64 % w województwie podlaskim). Nierówności te odzwierciedlają regionalne różnice w dostępie do diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych – zwłaszcza chirurgii onkologicznej. Nierówności w jakości opieki onkologicznej w poszczególnych regionach występowały już wcześniej. Na przykład w 2020 r. leczenie chirurgiczne raka piersi prowadzono w 167 jednostkach opieki zdrowotnej, wśród których tylko ok. 13 % zapewniało dobrą jakość opieki, jak wynika z przeprowadzonej niedawno oceny (Maciejczyk i in., 2020). Te niedociągnięcia wiążą się częściowo z brakiem systematycznej kontroli jakości ochrony zdrowia w Polsce.

Świadczenie opieki onkologicznej jest rozproszone i charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem praktyk między jednostkami

W miarę postępów realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030, powstaje kompleksowa infrastruktura onkologiczna. Pilotaż Sieci Onkologicznej wdrażany jest stopniowo. W Polsce nadal odrębne instytucje odpowiadają za prowadzenie radioterapii, chemioterapii i chirurgii, a dalsza opieka i prowadzenie leczenia onkologicznego pozostają rozproszone. Żaden konkretny organ nie odpowiada za koordynację organizacji świadczeń opieki onkologicznej ani za zapewnienie monitorowania i kontroli jakości.

Choć w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2015–2024 formalnie wprowadzono koordynatorów opieki onkologicznej we wszystkich jednostkach świadczących taką opiekę, to ich zdolność do faktycznego koordynowania opieki była ograniczona szeregiem barier (Dela i in., 2020). Należały do nich: niejasne definicje zadań, brak narzędzi systemowych i duże obciążenie pracą (co zgłosiło 43 % koordynatorów opieki onkologicznej). Ponad połowa skontrolowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli jednostek świadczących opiekę onkologiczną nie miała możliwości wykonywania badań patomorfologicznych z powodu braku personelu lub sprzętu. Zaobserwowano również dużą różnicę między specjalistycznymi ośrodkami onkologicznymi a mniejszymi placówkami ochrony zdrowia pod względem jakości analiz patomorfologicznych i praktyki klinicznej w zakresie leczenia radioterapeutycznego. Mniejsze jednostki charakteryzowały się istotnie większą śmiertelnością pooperacyjną. Jedna piąta reoperacji onkologicznych odbyła się w innym ośrodku leczniczym niż operacja pierwotna.

Ogólnie rzecz biorąc, w związku z brakiem w Polsce bieżącego monitorowania jakości opieki, reforma z 2015 r. wprowadziła silne zachęty do świadczenia usług opieki onkologicznej we wszystkich jednostkach opieki zdrowotnej, co z kolei zwiększyło nierówności w dostępie do wysokiej jakości świadczeń przy jednoczesnym zwiększeniu obciążenie systemu ochrony zdrowia. W efekcie po 2015 r. jednostki świadczące opiekę onkologiczną najwyższej jakości, w których leczyła się połowa pacjentów onkologicznych, stanowiły zaledwie 1 % wszystkich świadczeniodawców (Ministerstwo Zdrowia, 2018).

Daleko idąca regulacja innowacyjnych programów leczenia farmakologicznego ogranicza ich potencjalny wpływ

Obecnie w ramach 30 różnych programów lekowych w Polsce (zob. Podrozdział 5.3) w opiece onkologicznej proponuje się 141 produktów, z czego 25 % dodano dopiero w 2019 r. Często występują opóźnienia w zatwierdzaniu leków, a wdrażanie nowo dopuszczonych do obrotu leków jest w Polsce wolniejsze i na niższym poziomie niż w innych krajach UE.

Długotrwała procedura dopuszczenia do obrotu leków w Polsce wynika po części ze stosowania ustaleń w zakresie cen i refundacji leków w oparciu o zasady podziału ryzyka, przy ścisłym monitorowaniu skuteczności produktów leczniczych. Na przykład stosowanie leków chemioterapeutycznych ustala się indywidualnie dla każdego pacjenta. Refundacja w ramach programu lekowego jest kontynuowana jedynie w przypadku stwierdzenia skuteczności leczenia w okresie trzech miesięcy, co wiąże się z dużym obciążeniem administracyjnym.

Istnieje kilka podmiotów monitorujących jakość opieki, ale ich działania są nieskoordynowane

Od 2019 r. w Polsce prowadzone jest systematyczne monitorowanie wybranych aspektów opieki onkologicznej na szczeblu centralnym. Opracowano wskaźniki stosowane w pomiarze jakości opieki onkologicznej i bezpieczeństwa pacjentów. Od 2022 r. monitorowanie prowadzi równolegle kilka zainteresowanych stron, w tym Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Stowarzyszenie Onkologiczne, Ministerstwo Zdrowia i – co ważne – Stowarzyszenie Pacjentów. Zaangażowanie wielu podmiotów, w tym pacjentów, sprzyjają rygorystycznemu monitorowaniu. Najwyższa Izba Kontroli także przeprowadza okresowe

kontrole. Oficjalne monitorowanie jakości opieki onkologicznej prowadzone jest regularnie w ramach dwóch programów: programu badań przesiewowych w kierunku raka piersi oraz jako część programów pilotażowych Krajowej Sieci Onkologicznej. Kryteria oceny jakości pozostają jednak niejasne, ponieważ w większości przypadków nie ustalono wartości docelowych dla wskaźników jakości, co uwydatnia potrzebę bardziej rygorystycznego i skonsolidowanego podejścia do monitorowania jakości.

Rejestry nowotworów istnieją i są scentralizowane

W latach 2010–2013 w wyniku projektu badawczego prowadzonego przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie ustanowiono Krajowy Rejestr Nowotworów. Obejmuje on dane zebrane na poziomie regionalnym i zagregowane do poziomu centralnego. Wykorzystanie narzędzi internetowych zapewniło wysoką jakość gromadzonych danych rejstronwych. Zintegrowana platforma służy nie tylko do gromadzenia ale również do analizy danych, co zmniejszyło nakład pracy związany z prowadzeniem rejestrów nowotworów i zwiększyło dostępność danych w tym zakresie w Polsce. Dostępne w rejestrze narzędzia analityczne umożliwiają szybsze pozyskiwanie wiedzy. Jednak dane z Krajowego Rejestru Nowotworów nie są wykorzystywane do regularnie prowadzonej oceny jakości opieki onkologicznej i identyfikowania nierówności w dostępie do niej.

Celem Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 jest zwiększenie finansowania opieki psychologicznej ze środków publicznych

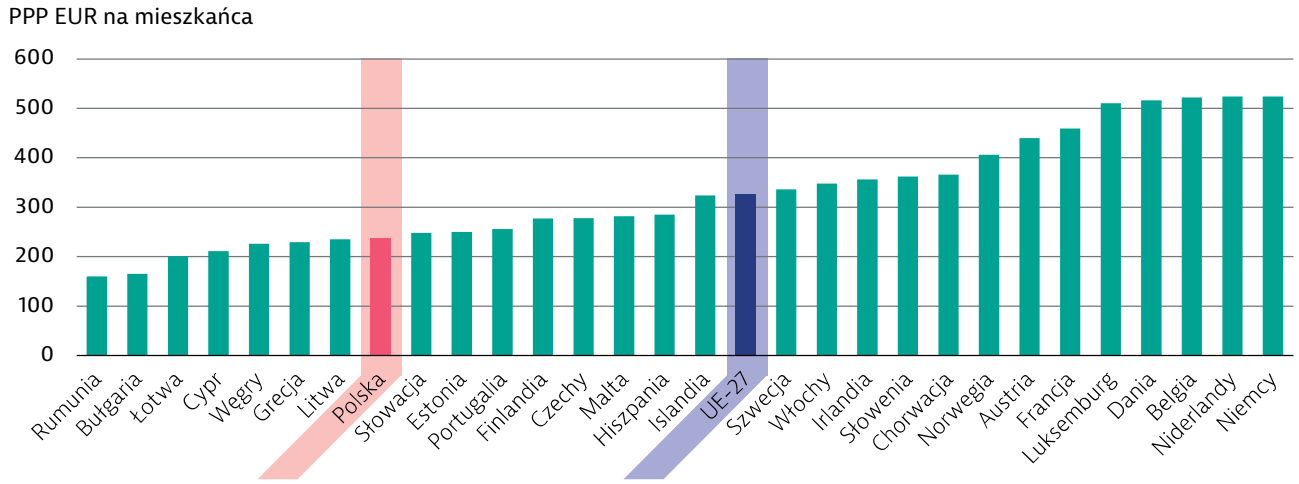
Koszty opieki psychologicznej w przypadku pacjentów onkologicznych pokrywa się w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, podobnie jak w przypadku wszystkich innych pacjentów. Celem Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 jest zwiększenie wydatków na świadczenia opieki psychologicznej do 2028 r., lecz nie określono w niej ani wskaźników, ani standardów opieki psychoonkologicznej. Ponadto nie wspomina się w niej o prawie do reintegracji społecznej i bycia zapomnianym (prawo osób fizycznych do sprawowania kontroli nad swoimi danymi osobowymi, w tym informacjami dotyczącymi zdrowia, dzięki możliwości decydowania o tym, które informacje powinny być publicznie dostępne) i nie są jeszcze prowadzone żadne działania legislacyjne w tym kierunku.

5.3 Koszty i stosunek jakości do ceny

Koszty opieki onkologicznej są w Polsce niższe od średniej UE

Całkowite wydatki na opiekę onkologiczną w Polsce w 2018 r. należały do najniższych w UE i wynosiły 237 EUR na mieszkańca, po skorygowaniu o parytet siły nabywczej (PPP), co stanowi kwotę o 27 % niższą niż średnia UE, która wynosi 326 EUR (rys. 11). Bezpośrednie koszty onkologicznej opieki zdrowotnej w przypadku nowotworów były prawie trzykrotnie niższe niż

Rys. 11. Całkowite wydatki związane z chorobami nowotworowymi na mieszkańca są w Polsce jednymi z najniższych w UE



Uwaga: Średnia UE-27 jest nieważona (obliczona przez OECD).
Źródło: Hofmarcher i in. (2020).

średnia UE (57 EUR wobec 154 EUR na mieszkańca). Niższe były również koszty pośrednie nowotworów: koszty utraty wydajności z powodu zachorowalności na raka lub przedwczesnej umieralności z powodu chorób nowotworowych były o ponad 40 % niższe niż średnia UE (68 EUR wobec 121 EUR na mieszkańca).

Koszty hospitalizacji stanowią ogromną część wszystkich wydatków związanych z chorobami nowotworowymi w Polsce. Na koszty opieki ambulatoryjnej przeznaczono w 2012 r. tylko 8,3 % wydatków związanych z diagnostyką i leczeniem nowotworów (6,3 mld PLN) (Więckowska i in., 2016). Chemioterapię i radioterapię często wykonuje się podczas hospitalizacji.

Koszty profilaktyki nowotworów są w Polsce stosunkowo niskie (187 630 PLN w 2016 r.). Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 zakłada zwiększenie tej kwoty z niecałych 200 mln PLN w ostatnich latach do 450 mln PLN rocznie w latach 2021–2023 i do 500 mln PLN rocznie w latach 2024–2030.

Polska dąży do dalszego rozszerzenia programów lekowych

Liczba pacjentów onkologicznych leczonych innowacyjnymi produktami leczniczymi wzrosła o 90 % w latach 2012–2018 w wyniku rozwoju programów lekowych. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje obecnie 100 substancji czynnych w ramach programów lekowych. Aby wprowadzić nowy produkt leczniczy do programu lekowego, wniosek złożony do Ministerstwa Zdrowia musi zaakceptować Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Procedura oceny wniosków trwa co najmniej 180 dni (średnio 460 dni w 2016 r.), jak wynika z Informacji o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli (NIK, 2017).

Przedsiębiorstwo farmaceutyczne i Ministerstwo Zdrowia negocjują dla poszczególnych produktów oddzielną cenę i instrument podziału ryzyka. Jest to długotrwała procedura, która często opóźnia wdrożenie nowo dodanych terapii oraz ogranicza dostęp do programu dużym ośrodkom onkologicznym z odpowiednim zapleczem administracyjnym. Decyzje dotyczące wdrożenia programu lekowego nie są bezpośrednio powiązane z częstością występowania nowo zdiagnozowanych nowotworów. Na przykład liczba leków objętych programem leczenia raka płuc jest niska, a tylko 10 % ośrodków onkologicznych uczestniczy w programie lekowym dotyczącym raka skóry (Wilking i in., 2019).

Decyzje o udziale w programie lekowym podejmuje się na podstawie indywidualnych wniosków składanych przez poszczególnych pacjentów. Programy lekowe dostępne w Polsce są ograniczone ze względu na restrykcyjne kryteria włączania pacjentów i ścisłe regulacje dotyczące dawkowania i leczenia. W 2018 r. programy lekowe objęły stosunkowo niewielką liczbę pacjentów (około 132 000).

Innowacyjny charakter leczenia i zastosowanie drogich leków powodują, że farmakologiczne terapie przeciwnowotworowe wiążą się ze znacznymi kosztami finansowanymi ze środków publicznych. W latach 2015–2018 w Polsce refundacja programów lekowych stosowanych w leczeniu nowotworów wynosiła od 48 % do 52 % całkowitych kosztów związanych z realizacją programów (Mela i in., 2020). W 2018 r. na refundację leków w 92 programach lekowych wydano prawie 3,5 mld PLN. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 zakłada rozszerzenie liczby leków włączonych do farmakologicznych terapii przeciwnowotworowych objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Jak podaje Ministerstwo Zdrowia, w latach 2020–2021 poziom wszystkich w pełni refundowanych nowatorskich terapii onkologicznych w Polsce wzrósł z ok. 40 % do ponad 60 %. Dodatkowe instrumenty finansowania leków to indywidualny Ratunkowy Dostęp do Technologii Lekowych (RDTL) oraz tzw. Fundusz Leków.

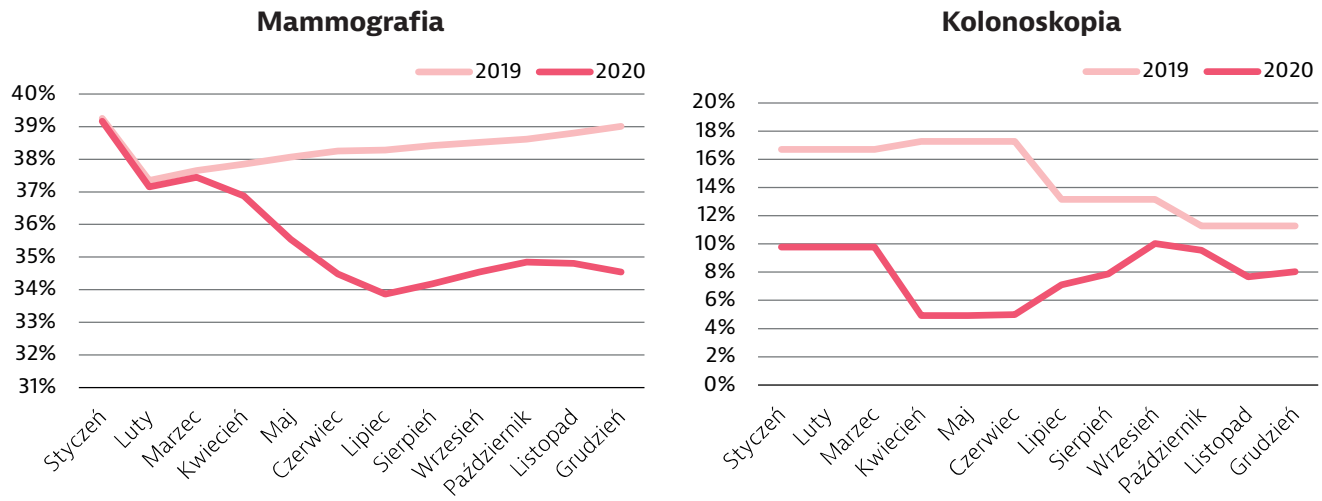
5.4 COVID-19 a choroby nowotworowe – budowanie odporności

Pierwszy lockdown miał negatywny wpływ na wykonywanie badań przesiewowych i zabiegów chirurgii onkologicznej

Lockdowny związane z pandemią COVID-19 miały istotny i długotrwały wpływ na świadczenie opieki zdrowia, zwłaszcza w dziedzinie chorób nowotworowych. Wybrane podmioty medyczne przekształcono w specjalistyczne jednostki zajmujące się diagnostyką i leczeniem COVID-19, co ograniczyło możliwości opieki onkologicznej.

W wyniku pandemii nastąpiło znaczne ograniczenie liczby wykonywanych planowanych procedur medycznych i badań przesiewowych w kierunku nowotworów, nawet już po pierwszym lockdownie. Liczbę spotkań zespołów wielodyscyplinarnych w kwestiach onkologicznych zredukowano o 20 % w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. (Trojanowski i in., 2022). Badania przesiewowe zawieszono na okres kwiecień–maj 2020 r. i do 2021 r. ich liczba nie

Rys. 12. Wskaźniki uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku raka zmniejszyły się podczas pandemii COVID-19



Źródło: Koczkodaj et al. (2021).

wróciła do poziomu sprzed pandemii. Na przykład, w 2020 r. wykonano o 27 % mniej mammografii niż w 2019 r. (rys. 12). Wyraźnie spadła również liczba badań kolonoskopowych wykonanych w ramach programu profilaktyki raka jelita grubego, co doprowadziło do zawieszenia programu w 2021 r. i jego reorganizacji (zob. Rozdział 4).

W latach 2019–2020 nastąpił istotny wzrost (o 4,8 punktu procentowego) odsetka panjentek zdiagnozowanych w drugim stadium raka piersi, a w 2021 r. zaobserwowano wzrost (o 4,3 punktu procentowego) odsetka zdiagnozowanego w trzecim stadium raka piersi (Trojanowski i in., 2022). W analizowanym okresie odnotowano spadek leczenia radioterapią o niemal 6 %. W czasie pandemii COVID-19 znacznie wzrosła jednak liczba pacjentów onkologicznych uczestniczących w programach lekowych.

Na początku pandemii wiele szpitali odłożyło planowane operacje na skutek wyznaczenia ich do pełnienia funkcji ośrodków leczenia COVID-19. Liczba przeprowadzonych w szpitalach zabiegów chirurgii onkologicznej spadła w latach 2019–2020 średnio o 15 %.

Korzystanie z usług cyfrowych pomogło w utrzymaniu opieki onkologicznej

W pierwszym roku pandemii 28 % Polaków zgłaszało niezaspokojone potrzeby w zakresie badań lekarskich lub leczenia. Znaczącą rolę w zmniejszeniu tego wskaźnika odegrały usługi e-zdrowia, ponieważ w pierwszym roku pandemii ze zdalnych usług zdrowotnych skorzystało ponad 60 % ludności Polski. W czasie pandemii nastąpił szybki rozwój usług e-zdrowia dzięki wykorzystaniu istniejących narzędzi, takich jak Internetowe Konto Pacjenta, elektroniczna dokumentacja medyczna, które wprowadzono w 2019 r. Od stycznia 2020 r. wprowadzono e-recepty. W kolejnym roku w niektórych placówkach zastosowano e-skierowania, a od lipca 2021 r. możliwa jest wymiana dokumentacji medycznej drogą elektroniczną między świadczeniodawcami opieki zdrowotnej. Odsetek osób, które opuściły przyjmowanie leków z powodu wywołanych przez COVID-19 zakłóceń w podstawowej opiece zdrowotnej, był w Polsce istotnie niższy (25 %) niż średnia w innych krajach (36 %), jak wynika z danych zgromadzonych w niemal 80 krajach uczestniczących w badaniu PREMISE, prowadzonym przez Instytut Wskaźników i Oceny Zdrowia.

6. Najważniejsze infomacje dotyczące nierówności

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych 2020–2030 oraz Krajowa Sieć Onkologiczna mają na celu zwiększenie dostępu do wysokiej jakości opieki onkologicznej w Polsce, w szczególności dzięki wprowadzeniu odpowiednich ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych, usprawnieniu koordynacji opieki oraz poprawie monitorowania jej jakości. Chociaż system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w pełni pokrywa świadczenia związane z leczeniem nowotworów, to nie wszystkie leki są w pełni refundowane. Często prywatne świadczenia zdrowotne wykorzystuje się jako uzupełnienie sektora publicznego, zwłaszcza w celu skrócenia czasu oczekiwania i poprawy dostępu do produktów leczniczych. W Polsce występuje wiele nierówności w zakresie profilaktyki nowotworów, dostępu do wczesnej diagnostyki, jakości opieki i jej efektów.

- Współczynniki zachorowalności na raka w przypadku mężczyzn są o 40 % wyższe niż w przypadku kobiet. Umieralność z powodu chorób nowotworowych zależy również od statusu społeczno-ekonomicznego. Wyższy poziom wykształcenia, szczególnie w przypadku mężczyzn, chroni przed umieralnością z powodu chorób nowotworowych. Dysproporcje te wiążą się z różnicami w zakresie niezdrowego stylu życia. Odsetek osób codziennie palących papierosy jest ponad dwukrotnie wyższy wśród Polaków z niższym wykształceniem niż wśród tych z wyższymi poziomami wykształcenia.
- Najbardziej zauważalnym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka w Polsce, w porównaniu z innymi krajami UE, jest zanieczyszczenie powietrza, w przypadku którego występują ogromne różnice między regionami geograficznymi. Ponadto mężczyźni istotnie częściej niż kobiety byli narażeni na chemiczne zanieczyszczenia powietrza.
- Nierówności geograficzne dotyczące dostępu do opieki onkologicznej są częściowo związane z nierówną wydajnością funkcjonujących na szczeblu krajowym programów badań przesiewowych w kierunku raka piersi, jelita grubego i szyjki macicy. Programy te wprowadzono w połowie pierwszego dziesięciolecia XXI w. bez dostosowania do zróżnicowania potrzeb regionalnych. W szczególności wskaźnik udziału w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego był wyjątkowo niski i charakteryzował się znacznymi różnicami geograficznymi.
- Wyraźnie widać duże nierówności w zakresie udziału w programach badań przesiewowych, które zależą od poziomu wykształcenia i dochodów. Różnica w udziale w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy między kobietami z wyższymi a niższymi poziomemi wykształcenia wynosi 57 punktów procentowych.
- Do znacznych nierówności w zakresie dostępu oraz do świadczenia rozproszonej i nieskoordynowanej opieki prowadzi również nierówne rozmieszczenie sprzętu i personelu medycznego w poszczególnych regionach geograficznych kraju.

Pandemia COVID-19 miała pozytywny wpływ na proces bieżącego gromadzenia danych w rejestrach nowotworów i ich terminowej analizy, co było pomocne w identyfikacji aktualnych wyzwań w zakresie równego dostępu do opieki onkologicznej. Wprowadzenie usług e-zdrowia w Polsce w czasie pandemii na stosunkowo dużą skalę przyczyniło się do zwiększenia poziomu wiedzy medycznej, świadomości behawioralnych czynników ryzyka i udziału w programach profilaktycznych. Plany zwiększenia wydatków na profilaktykę oraz diagnostykę i leczenie nowotworów w Polsce zawarto w Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030.

Bibliografia

Dela R i in. (2020), „Cancer care coordinators in Poland: activities and role in the system. A cross-sectional study", *European Journal of Public Health*, t. 30 suplement 5, ckaa165.663.

Gatta G., Trama A., Bielska-Lasota M. (2013), „Rzadkie nowotwory złośliwe – narastający problem w Europie i w Polsce", Medycyna Praktyczna – Onkologia, t. 1/2013, s. 53–58.

Hofmarcher T. i in. (2020), „The cost of cancer in Europe 2018", *European Journal of Cancer*, t. 129, s. 41–49.

Iwańczuk T., Tomaszewska I., Wyszkowska A. (2019), *Analysis of risk-sharing measures proposed in the applications for a refund of pharmaceutics used in oncologic Drug Programmes, submitted to Agency for Health Technology Assessment and Tariff System in 2012–2018*, Warszawa, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Koczkodaj P. i in. (2021), „Cancer screening coverage in Poland – from bad to better to the worst during the SARS-CoV-2 pandemic", *Archives of Medical Science*, t. 17 nr 4, s. 1132–1133.

Komisja Europejska (2021), Europejski plan walki z rakiem, Bruksela, Komisja Europejska, https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_pl

Maciejczyk A., Góźdź S., Walewski J. (2020), „Krajowa Sieć Onkologiczna w zakresie nowotworów litych", *Biuletyn PTO Nowotwory*, t. 5, s. 305–315.

Mela A. i in. (2020), „Overview and analysis of the cost of drug programs in Poland: public payer expenditures and coverage of cancer and non-neoplastic diseases related drug therapies from 2015–2018 years" [„Przegląd i analiza kosztów programów lekowych w Polsce: wydatki ze środków publicznych i pokrycie kosztów terapii lekowych chorób nowotworowych i nienowotworowych w latach 2015–2018"], *Frontiers in Pharmacology*, t. 11(2020), s. 1123.

Ministerstwo Zdrowia (2018), *Program wieloletni pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa, Ministerstwo Zdrowia.

Moye-Holz D. i Vogler S. (2022), „Comparison of prices and affordability of cancer medicines in 16 countries in Europe and Latin America", *Applied Health Economics and Health Policy*, t. 20, s. 67–77.

NIK (2017), *Informacja o wynikach kontroli. Dostępność i efekty leczenia nowotworów*, Warszawa, Najwyższa Izba Kontroli, KZD.462.001.2017.

OECD/Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej (2021), Polska: profil systemu ochrony zdrowia 2021, Paryż, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/e836525a-en

OECD (2021), *Tackling Harmful Alcohol Use*, Paryż, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en

Trojanowski M. i in. (2022), „Impact of the COVID-19 pandemic on breast cancer stage at diagnosis in a regional cancer centre in Poland between 2019 and 2021", *Journal of Personalized Medicine*, t. 12, s. 1486.

WHO (2020), *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem [Światowa strategia na rzecz wyeliminowania raka szyjki macicy jako problemu zdrowia publicznego]*, Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, https://apps.who.int/iris/handle/10665/336583

Więckowska B., Tolarczyk A., Dagiel J. (2016), „Cancer care in Poland: activity and spending analysis as a forerunner to oncology reform" , *Journal of Cancer Policy*, t. 8, s. 42–50.

Wilking N. i in. (2019), „Achieving equal and timely access to innovative anticancer drugs in the European Union (EU): summary of a multidisciplinary CECOG-driven roundtable discussion with a focus on Eastern and South-Eastern EU countries" , ESMO Open, t. 4 wyd. 6, e000550.

Skróty nazw krajów

Austria	AT	Dania	DK	Irlandia	IE	Niderlandy	NL	Słowacja	SK
Belgia	BE	Estonia	EE	Islandia	IS	Niemcy	DE	Słowenia	SI
Bułgaria	BG	Finlandia	FI	Litwa	LT	Norwegia	NO	Szwecja	SE
Chorwacja	HR	Francja	FR	Łotwa	LV	Polska	PL	Węgry	HU
Cypr	CY	Grecja	EL	Luksemburg	LU	Portugalia	PT	Włochy	IT
Czechy	CZ	Hiszpania	ES	Malta	MT	Rumunia	RO		

European Cancer Inequalities Registry

Krajowe profile dotyczące nowotworów 2023

Europejski rejestr nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom to inicjatywa przewodnia europejskiego planu walki z rakiem. Dostarcza rzetelnych i wiarygodnych danych na temat profilaktyki nowotworów i opieki onkologicznej, służących rozpoznawaniu tendencji, różnic i nierówności między państwami członkowskimi i regionami UE. Rejestr posiada stronę internetową i narzędzie do pozyskiwania danych opracowane przez Wspólne Centrum Badawcze Komisji Europejskiej (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa. eu/), oraz opracowuje serię wydawanych na przemian co dwa lata krajowych profili nowotworowych oraz zbiorcze sprawozdanie na temat nierówności w zakresie chorób nowotworowych w Europie.

W krajowych profilach dotyczących nowotworów opisano mocne strony, wyzwania i konkretne obszary działania w odniesieniu do każdego z 27 państw członkowskich UE, Islandii i Norwegii, aby odpowiednio ukierunkować inwestycje i działania na szczeblu unijnym, krajowym i regionalnym w ramach europejskiego planu walki z rakiem. Europejski rejestr nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom wspiera również projekt przewodni 1 planu działania "Zero zanieczyszczeń".

Profile te stanowią wynik prac prowadzinych przez OECD we współpracy z Komisją Europejską. Zespół badawczy wyraża wdzięczność Komitetowi ds. Zdrowia OECD oraz tematycznej grupie ekspertów UE ds. Rejestru Nierówności w Przeciwdziałaniu Nowotworom za cenne uwagi.

Każdy krajowy profil dotyczący nowotworów zawiera krótką syntezę dotyczącą:

- krajowego obciążenia nowotworami
- czynników ryzyka zachorowania na raka, ze szczególnym uwzględnieniem behawioralnych i środowiskowych czynników ryzyka
- programów wczesnego wykrywania
- funkcjonowania opieki nad chorymi na raka, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności, jakości opieki, kosztów oraz wpływu COVID-19 na opiekę nad chorymi na raka

Proszę cytować tę publikację w następujący sposób:
OECD (2023), *Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023,* EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/aab579a7-pl.

ISBN 9789264332478 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES