



STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE

„ZACHOROWALNOŚCI I UMIERALNOŚCI NA CHOROBY NOWOTWOROWE ORAZ KONIECZNOŚCI POPRAWY PROFILAKTYKI I WYNIKÓW LECZENIA PACJENTÓW NOWOTWOROWYCH W OBLICZU WYZWAŃ DEMOGRAFICZNYCH W POLSCE”

Choroby nowotworowe od wielu lat stanowią w Polsce drugą przyczynę zgonów, w wyniku której umiera rocznie przeciętnie 96 tys. osób (25% wszystkich zgonów), przy czym ogólna liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe będzie systematycznie rosnąć, stając się w niedalekiej przyszłości pierwszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w ostatnim półwieczu wynika zarówno ze starzenia się ludności Polski, jak i z częstego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, przede wszystkim związane ze stylem życia Polaków.

Przyczyny te sprawiają, że problematyka chorób nowotworowych zajmuje istotne miejsce w pracach analityczno-programowych Rządowej Rady Ludnościowej. Już I Kongres Demograficzny w Polsce (wrzesień-listopad 2001) przyjął ustalenia dotyczące tej problematyki, które zawarto w publikacji *Kardiologia i onkologia w Polsce na początku XXI wieku. Stan, wyzwania i perspektywy* (red. Nowacki M., Religa Z., Zatoński W., RRL RCSS, Warszawa 2002). Rekomendacje tam zawarte stanowiły ważny głos w debacie, której efektem stał się Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN) w Polsce, powołany do życia ustawą z dnia 1 lipca 2005 roku.

Debata w toku II Kongresu Demograficznego w Polsce (marzec-listopad 2012) pozwoliła na zaktualizowanie diagnozy sytuacji epidemiologicznej, dokonanie oceny efektywności NPZChN oraz nakreślenie kierunków dalszych działań na rzecz ograniczenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych w naszym kraju. Problematyka ta została potraktowana priorytetowo zarówno w publikacji kongresowej *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa* (red. Szymborski J., RRL, 2012), jak i w głównym dokumencie pokongresowym – *Założeniach Polityki Ludnościowej w Polsce*.

Niniejsze stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej nawiązuje także do formułowanych w ostatnich miesiącach postulatów środowisk medycznych, naukowych i organizacji społecznych w sprawie konieczności opracowania i wdrożenia kompleksowej strategii, opartej na zasadach *evidence based health policy* i obejmującej wszystkie działania związane z chorobami nowotworowymi. Zalecenie opracowania do końca 2013 r. strategicznych planów dla onkologii przez wszystkie kraje członkowskie, zostało zawarte w dokumencie Komisji Europejskiej przygotowanym w ramach *European Partnership for Action Against Cancer*. Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej

obejmujące diagnozę sytuacji w polskiej onkologii oraz kierunkowe rekomendacje w tym zakresie zostały przyjęte na Konferencji Naukowej, która odbyła się 3 grudnia 2013 r. z udziałem przedstawicieli wszystkich zainteresowanych środowisk.

Diagnoza

1. W 2011 r. u mężczyzn najczęściej występowały nowotwory złośliwe płuca (20%), gruczołu krokowego (14%) i jelita grubego (12%). W dalszej kolejności występowały nowotwory złośliwe pęcherza moczowego (7%) i żołądka (5%). Wymienione nowotwory były również najczęściej przyczyną zgonów nowotworowych: zgony na nowotwory złośliwe płuca stanowiły prawie 1/3 wszystkich zgonów nowotworowych w populacji mężczyzn (30%).

2. Wśród kobiet w 2011 r. najczęściej rejestrowano zachorowania na nowotwór złośliwy piersi (23%), jelita grubego (10%), płuca (9%), trzonu macicy (7%) i jajnika (5%) i szyjki macicy (4%). Podobnie jak u mężczyzn, najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet był rak płuca (15%). Odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych piersi utrzymywał się w populacji kobiet na podobnym poziomie (13%). Niewiele rzadsze były zgony na nowotwory złośliwe jelita grubego (12%). Wśród pozostałych przyczyn zgonów nowotworowych w populacji kobiet znajdują się także nowotwory złośliwe jajnika (6%), trzustki (5%), żołądka (3%) i szyjki macicy (4%).

3. U dzieci (0–19 lat) nowotwory złośliwe, w większości białaczki (ok. 40% zachorowań i 60% zgonów nowotworowych w tym wieku), są rzadkim schorzeniem, a umieralność z powodu nowotworów od wielu lat spada. Wskazuje to, przy utrzymującym się wzroście zachorowalności na choroby nowotworowe, na postęp w leczeniu nowotworów wieku dziecięcego.

4. W populacji młodych dorosłych Polaków (20–44 lat) zachorowalność na nowotwory złośliwe od początku lat 80. XX wieku jest wyższa u kobiet niż u mężczyzn. Wśród mężczyzn zachorowalność od początku lat 90. ubiegłego wieku zachowuje stały poziom. U młodych kobiet do lat 80. obserwuje się wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe. Umieralność u obu płci do lat 90. nie zmieniała się istotnie, zaczęła zaś spadać po tym okresie. Najczęstszym nowotworem u młodych kobiet jest od wielu lat rak piersi (w 2011 r. 29% zachorowań i 24% zgonów nowotworowych w tej grupie wieku w populacji kobiet). Najczęstszym nowotworem występującym u młodych mężczyzn jest rak jądra (24% zachorowań, 6% zgonów).

5. Największym wyzwaniem dla prewencji i leczenia nowotworów w Polsce jest wysoka zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe osób w średnim wieku (45–64 lata). Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w tym wieku jest od wielu lat rak płuca (23% zachorowań, 35% zgonów). Kobiety w średnim wieku najczęściej chorują na nowotwory złośliwe piersi (29% wszystkich zachorowań), a umierają na nowotwory złośliwe płuca (21%) i piersi (17%).

6. Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn powyżej 65. r.ż. jest rak płuca (20% zachorowań i 29% zgonów). Dominującymi przyczynami zgonów nowotworowych u kobiet w starszym wieku są nowotwory złośliwe piersi (17% zachorowań i 11% zgonów), jelita grubego (odpowiednio 13% i 14%) i płuca (8% i 13%).

7. Niski w porównaniu z innymi krajami odsetek wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych – zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego – jest m.in. spowodowany niedostatecznym przygotowaniem lekarzy rodzinnych i innych specjalistów oraz niewystarczającym upowszechnieniem

metod wczesnego rozpoznawania raka. Związane jest to m.in. z ograniczonym finansowaniem prewencji pierwotnej i wtórnej nowotworów złośliwych, a także z niewystarczającym rozwojem edukacji onkologicznej w polskim środowisku medycznym. Istotną przyczyną takiej sytuacji są także poważne zaniedbania w promocji zdrowego stylu życia ludności.

8. Wyniki leczenia nowotworów w Polsce są gorsze niż w krajach Europy Zachodniej, ale w pierwszej dekadzie XXI wieku widoczny jest pewien postęp: wskaźniki przeżywalności znacznie poprawiły się u mężczyzn (32,9% – diagnoza w latach 2000–2002; 37,3% – diagnoza 2003–2005); u kobiet poprawa była nieco mniejsza (odpowiednio 51,2% i 53,5%).

9. Mimo postępu skuteczności leczenia nowotworów i wprowadzenia nowych leków ciągle istnieje potrzeba lepszego wykorzystania sprzętu oraz doposażenia ośrodków onkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia nowotworów.

Rekomendacje

Waga problemu, koszty społeczno-ekonomiczne oraz oczekiwania społeczeństwa jednoznacznie potwierdzają, że onkologia wymaga priorytetowego miejsca w polityce zdrowotnej państwa. Konieczna jest zmiana paradygmatu myślenia o zdrowiu publicznym i polityce zdrowotnej rządu, która za pomocą instrumentów ekonomicznych i społecznych może doprowadzić do ograniczenia czynników zachorowań na nowotwory. Potrzeba działań o charakterze strategicznym była wielokrotnie wyrażana przez onkologów i ekspertów skupionych w polskich towarzystwach onkologicznych, które przywołują dobre doświadczenia i skuteczne rozwiązania w tym zakresie innych krajów, np. Finlandii i Francji. W opinii Rządowej Rady Ludnościowej główny element planowanej strategii w postaci Narodowego Instytutu Raka powinien być umiejscowiony w powołanym ustawą systemie zdrowia publicznego, a nie w systemie opieki medycznej.

Podstawowe cele i kierunki dalszych działań na rzecz ograniczenia epidemii chorób nowotworowych w Polsce są nakreślone w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że zahamowanie wzrostu zachorowań i zmniejszenie umieralności na nowotwory powinno być powiązane z upowszechnianiem i wdrażaniem zaleceń Kodeksu Walki z Rakiem oraz realizacją zadań zapisanych w NPZChN. Szczególnie istotne są:

- 1) wprowadzenie regulacji prawnych dostosowanych do potrzeb realizacji programu zwalczania chorób nowotworowych oraz stałe monitorowanie funkcjonowania programu pozwalające na zarządzanie zmianą;
- 2) profilaktyka pierwotna – edukacja społeczeństwa obejmująca upowszechnienie wiedzy na temat czynników ryzyka nowotworów, między innymi dotycząca korzyści ograniczania palenia tytoniu, promowania właściwej diety i aktywności fizycznej, unikania otyłości;
- 3) profilaktyka wtórna – kontynuacja istniejących populacyjnych programów przesiewowych w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego wraz z działaniami zwiększającymi uczestnictwo w programach oraz systematyczną oceną ich jakości i skuteczności;
- 4) diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych – przyspieszenie procesu diagnostycznego oraz wykorzystanie nowoczesnych metod leczenia (wdrożenie postępowania wielodyscyplinarnego,

planowania i koordynacji w procesie leczenia oraz wdrożenie do praktyki diagnostycznej i leczniczej metod biologii molekularnej i immunologii);

5) opieka nad pacjentem po leczeniu – polepszenie dostępności do rehabilitacji po leczeniu, wdrożenie najnowszych metod leczenia objawowego i walki z bólem dla chorych terminalnych;

6) kształcenie lekarzy i personelu medycznego – rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii w kształceniu przed i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;

7) badania naukowe i ich wdrożenia – rozwój badań naukowych, zwłaszcza w dziedzinach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne (epidemiologia analityczna, biologia molekularna, genetyka, immunologia) oraz systemu monitorowania czynników ryzyka nowotworów;

8) polityka zdrowotna w ograniczenia następstw chorób nowotworowych – podjęcie skoordynowanych działań systemowych, najlepiej w postaci długofalowego, narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, kontynuowanego w kolejnych dekadach i finansowanego głównie ze środków publicznych, stosownie do potrzeb zdrowotnych i społecznych uwzględniając grupy wysokiego ryzyka oraz nierówności społeczno-ekonomiczne i regionalne w dostępie do zdrowia i opieki zdrowotnej.

Podjęcie tych działań, w szczególnie trudnej sytuacji demograficznej Polski, pozwoli na oszczędzenie „ginącego” rocznie jednego miasta średniej wielkości w wyniku zgonów z powodu nowotworów. Pozwoli też zmienić mentalność i postawy wobec własnych zachowań i stylu życia ludności, które prowadzą do zachorowalności na nowotwory złośliwe, a także, co jest bardzo ważne społecznie i ekonomicznie, zmniejszy koszty medycyny naprawczej nie tylko w uwarunkowaniach nowotworowych, ale i wielu innych rodzajów chorób.

Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej

dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. nadzw. SGH