



Rak piersi w Polsce

– leczenie to inwestycja

Autorzy:

Anna Smaga, Magdalena Mikułowska,
Aleksandra Komorowska, dr Bogdan Falkiewicz

– Sequence HC Partners

Jerzy Gryglewicz

– Uczelnia Łazarskiego



Autorzy:

Sequence HC Partners Sp. z o.o.

ul. Górczewska 30, 01-147 Warszawa
tel. +48 22 886 47 15, faks +48 22 638 21 29
www.sequence.pl

UCZELNIA ŁAZARSKIEGO

Patronat naukowy:

**Polskie Towarzystwo
Do Badań
Nad Rakiem Piersi**

Raport sfinansowany przez:

Roche Polska Sp. z o.o.

ul. Domaniewska 39 B, 02-672 Warszawa
www.roche.pl

Warszawa, październik 2014

Niniejsze opracowanie zostało przygotowane przez
firmę Sequence HC Partners Sp. z o.o.

Sequence HC Partners Sp. z o.o. nie ponosi odpowiedzialności
za jakiegokolwiek ewentualne decyzje i ich skutki,
jakie zostaną podjęte na podstawie niniejszego opracowania.

Spis treści

1. Wprowadzenie do raportu – dlaczego rak piersi jest jedną z chorób znacznikowych dla systemu ochrony zdrowia	2
2. Podsumowanie głównych tez i wniosków raportu	4
3. Ogólne informacje o raku piersi	8
4. Epidemiologia raka piersi	
a) Dane statystyczne o zachorowalności	11
b) Śmiertelność	13
c) Przeżywalność	15
d) Epidemiologia raka piersi w Polsce na tle Europy	17
e) Prognozy epidemiologiczne	19
5. Profilaktyka i opcje diagnostyczno-terapeutyczne w raku piersi	
a) Profilaktyka	21
b) Diagnostyka	25
c) Standard terapii w Polsce	26
d) Możliwości terapeutyczne, jakie daje medycyna na świecie i w Polsce	28
6. Dostępność leczenia raka piersi w Polsce	
a) Onkolodzy i ośrodki diagnostyki / terapii	31
b) Wydatki na leczenie	35
c) Skuteczność diagnostyki i leczenia oraz perspektywy jej poprawy	38
7. Rak piersi – finansowanie świadczeń przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych	
a) Absencja chorobowa spowodowana przez raka piersi	41
b) Świadczenia rehabilitacyjne związane z leczeniem raka piersi	43
c) Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej przez raka piersi	44
d) Wydatki ponoszone przez ZUS na świadczenia związane z rakiem piersi	47
8. Inne koszty społeczne raka piersi – możliwości ograniczenia negatywnych skutków choroby	
a) Wpływ raka piersi na życie chorych i ich rodzin	49
b) Straty ponoszone przez społeczeństwo z powodu raka piersi	51
Komentarz eksperta klinicznego	55
9. Spis tabel i rysunków	58
10. Bibliografia	60

1. Wprowadzenie do raportu – dlaczego rak piersi jest jedną z chorób znacznikowych dla systemu ochrony zdrowia

Rak piersi z 1,67 mln nowych przypadków zdiagnozowanych w 2012 roku jest drugim po raku płuc najczęściej diagnozowanym nowotworem na świecie (stanowi 11,9% wszystkich nowotworów) (1). Jest najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet, zarówno w bardziej, jak i mniej rozwiniętych regionach świata. Plaśuje się na piątym miejscu przyczyn śmierci z powodu chorób nowotworowych w ogóle i stanowi najczęstszą przyczynę zgonów wśród mieszkank regionów słabiej rozwiniętych (324 tys. zgonów, 14,3% wszystkich zgonów z powodu chorób nowotworowych), oraz drugą, zaraz po raku płuc, przyczynę śmierci kobiet w bardziej rozwiniętych regionach świata (198 tys. zgonów, 15,4% wszystkich zgonów z powodu raka) (1). Rak piersi jest najczęściej diagnozowaną chorobą nowotworową i drugą nowotworową przyczyną śmierci także wśród polskich kobiet (2).

Rosnąca liczba zachorowań na raka piersi oraz negatywne następstwa choroby upośledzają nie tylko fizyczne i społeczne funkcjonowanie chorych i ich bliskich, ale także – ze względu na skalę zachorowań i znaczenie tego nowotworu - wpływają negatywnie na ekonomikę systemu ochrony zdrowia i zjawiska gospodarcze w szerszym ujęciu. Dlatego też działania ukierunkowane na zapobieganie i leczenie raka piersi stały się jednym z największych wyzwań w dziedzinie opieki zdrowotnej w skali całego świata.

Z jednej strony, rak piersi spośród różnych chorób nowotworowych wyróżnia się coraz lepiej rozumianym wpływem czynników dziedzicznych i mutacji nabytych przez komórki nowotworowe na przebieg choroby i wybór optymalnego leczenia. Ugruntowana pozycja badań przesiewowych, rosnąca wiedza na temat innych obszarów profilaktyki, a także poprawiająca się diagnostyka i coraz większa liczba opcji terapeutycznych o rosnącej skuteczności wyróżniają tę chorobę.

Z drugiej zaś strony, rak piersi dotyka coraz młodsze kobiety, rozwijając się wówczas u osób w pełni aktywnych w życiu zawodowym i rodzinnym. Nowotwór rozpoznawany jest często w zaawansowanym stadium, w szczególności w krajach z relatywnie niskim poziomem świadomości zdrowotnej, w tym w Polsce. Mimo dokonującego się obecnie gwałtownego postępu w zakresie „dopasowywania” leczenia do specyficznych cech biologicznych nowotworu i cech chorego oraz stosowania nowocześniejszych, mniej obciążających i mniej negatywnie wpływających na jakość życia metod terapii, rak piersi nadal jest chorobą u wielu chorych postępującą, którą jednak w coraz lepszy sposób możemy kontrolować i leczyć na prawie każdym etapie jej przebiegu.

Równocześnie możemy zaobserwować, że jakość profilaktyki, diagnostyki i leczenia, determinująca wskaźniki przeżyć chorych na raka piersi, jest jedną z miar, których możemy użyć do porównań systemów ochrony zdrowia w różnych regionach. W krajach o wysokiej jakości opieki zdrowotnej rak piersi jest głównie chorobą przewlekłą, w krajach o niskiej jakości – głównie śmiertelną (3). W tym zakresie Polki mają nadal istotnie niższe szanse na przeżycie pierwszych pięciu lat po zdiagnozowaniu raka piersi niż większość Europejki.

Uwzględniając wszystkie te powody, wydaje się, że osiągnięcie w Polsce standardów profilaktyki i leczenia raka piersi na poziomie europejskim pozwoli na uzyskanie stosunkowo dużej poprawy efektów zdrowotnych i społecznych, także w porównaniu z innymi obszarami diagnostyki i terapii.

W Krynicy podczas zeszłorocznego panelu **Polityka zdrowotna priorytetem politycznym państwa** (IV Forum Ekonomiczne w Krynicy) uczestnicy zgodzili się z tezą, że zdrowie Polaków jako kluczowy kapitał społeczny winno stać się jednym z najważniejszych priorytetów politycznych państwa. W celu realizacji tego zadania konieczne są zmiany w dotychczasowym podejściu do wyznaczania i realizacji priorytetów zdrowotnych, w tym m.in. filozofii planowania wydatków w zakresie ochrony zdrowia (4). Omawiane wówczas dane o kosztach ponoszonych przez pacjentki z zaawansowanym rakiem piersi jednoznacznie wykazały, że decyzje o zwięks-



szeniu nakładów na leczenie przynoszą nie tylko wymierne korzyści zdrowotne, ale także zmniejszają wydatki (i/lub straty) ponoszone przez polski budżet państwa.

Obecnie, gdy polska opieka onkologiczna jest przedmiotem wielu prac i inicjatyw („Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2024” (5) oraz rządowe pakiety reform), mających na celu wprowadzenie rozwiązań poprawiających efektywność systemu ochrony zdrowia i zwiększenie dostępności pacjentów do skutecznej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, warto na przykładzie raka piersi dokonać analizy zasobów systemu opieki onkologicznej w Polsce i czynników warunkujących ich poprawę. **Jednocześnie rak piersi w szczególny sposób powinien być uwzględniany wśród onkologicznych priorytetów zdrowotnych Polski na najbliższe lata, a także wydaje się być wzorcową chorobą znacznikową dla oceny systemu ochrony zdrowia i zmian w tym systemie.**



2. Podsumowanie głównych tez i wniosków raportu

Rak piersi jest jedną z **najczęściej występujących chorób nowotworowych**. Jest także jednym z nowotworów **najlepiej poznanych** – w zakresie epidemiologii, biologii i profilaktyki, a równocześnie nowotworem, dla którego **dostępne są liczne opcje terapeutyczne, umożliwiające uzyskanie wyleczenia lub istotnej poprawy stanu zdrowia wielu chorych**.

W Polsce rak piersi rozpoznawany jest najczęściej u kobiet w wieku **50–69 lat** (2). Rośnie jednak liczba przypadków diagnozowanych u kobiet młodszych. U kobiet **w wieku 20-49 lat zachorowalność na raka piersi wzrosła prawie 2-krotnie w ciągu ostatnich 30 lat** (2). Oznacza to, że rak piersi coraz częściej dotyka kobiet w pełni aktywnych w życiu **zawodowym, rodzinnym i społecznym**. Jednocześnie liczba zgonów z powodu raka piersi utrzymuje się na tym samym poziomie, zatem **w Polsce jest coraz więcej kobiet, które żyją z tą chorobą**.

Obecnie już blisko **1/4** rozpoznań onkologicznych stawianych wśród polskich kobiet to rak piersi (22,8%) (2). Z tym nowotworem zdiagnozowanym w ciągu ostatnich 5 lat żyje **blisko 70 tys. osób** (6). Co roku notuje się ponad **16,5 tys. nowych zachorowań** (2), a w ciągu najbliższych 10 lat liczba kobiet, które co roku zachorują, będzie rosła i przekroczy **20 tys. rocznie** (7).

Ze względu na rosnącą liczbę zachorowań oraz coraz młodszy wiek chorych, problem raka piersi staje się problemem **społecznym i ekonomicznym** – wpływającym negatywnie nie tylko na życie pojedynczych chorych i ich rodzin, ale również, w skali narodowej, na ekonomikę ochrony zdrowia i zjawiska gospodarcze w szerszym ujęciu. Dlatego identyfikacja kluczowych czynników determinujących skuteczność leczenia oraz dążenie do zapewnienia ich optymalnego wykorzystania – poprawiającego jakość i długość życia kobiet chorych na raka piersi, a przez to zachowanie przez nie dotychczasowej aktywności społecznej i zawodowej – powinno być w szczególny sposób uwzględniane **wśród onkologicznych priorytetów zdrowotnych w Polsce**.

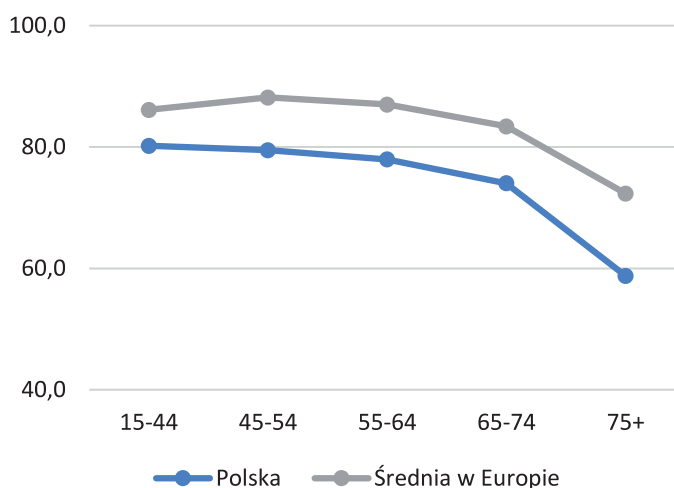
Porównanie wskaźników względnej szansy przeżycia¹ dla różnych krajów europejskich dowodzi, że polski system opieki onkologicznej jest **nieefektywny** w zakresie skuteczności leczenia raka piersi. **Polki mają istotnie niższe szanse na przeżycie pierwszych pięciu lat po zdiagnozowaniu choroby niż większość Europejek**. Zgodnie ze statystykami z lat 2000 – 2007, szanse przeżycia kobiet chorych na raka piersi w Polsce po roku od zdiagnozowania były o ponad 4 punkty procentowe niższe niż średnie europejskie, natomiast po 5 latach od postawienia diagnozy już o ponad 10 punktów procentowych różniły się od średnich dla Europejek.

Skuteczność diagnostyki i leczenia raka piersi determinowana jest przez wiele czynników. Jak wskazują wyniki badań zaprezentowane podczas Europejskiego Kongresu Onkologicznego w 2013 r. (ECC 2013) – jakość i efektywność leczenia onkologicznego jest w dużym stopniu uzależniona od sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w danym państwie (8). Jednym z jego istotnych elementów jest organizacja działań profilaktycznych wpływających na efektywność dalszego leczenia. Wykrycie choroby w jak najwcześniejszym stadium powoduje, że rak piersi może być całkowicie wyleczalny. Z kolei nawet w jego zaawansowanym stadium klinicznym, gdy brak jest możliwości skutecznego wyleczenia, często udaje się przedłużyć życie chorych

¹ **Wskaźnik względnej szansy przeżycia** (ang. *relative survival rate*) – obrazujący proporcję liczby osób w danym wieku chorujących na raka, które przeżywają dany okres (np. 1 rok, 2 lata, 5 lat), w stosunku do liczby osób w danym wieku niechorujących na raka, przeżywających ten sam okres (3). Wskaźnik przeżywalności stanowi obiektywne odwzorowanie efektywności diagnostyki (wykrywalność we wczesnym stadium zaawansowania) oraz leczenia (dostęp do skutecznych metod leczniczych), dzięki czemu za jego pomocą możliwe jest porównywanie zmian zachodzących w danym systemie opieki onkologicznej, jaki i porównywanie pomiędzy sobą systemów ochrony zdrowia w różnych regionach. Względne przeżycie pierwszego roku jest uznawane za wskaźnik stanu diagnostyki oraz programów wczesnego wykrywania nowotworów. Względne przeżycie dłuższego okresu (3-letniego, 5-letniego) wskazuje na jakość opieki klinicznej i skuteczność leczenia (3).

i poprawić jego jakość. Niestety, zazwyczaj rak piersi przez długi okres rozwija się **bezobjawowo i bezboleśnie**. I mimo coraz popularniejszych w Polsce badań przesiewowych, na finansowanie których przeznaczany jest corocznie duży budżet, **nadal obejmują one jedynie mniejszość kobiet o największym ryzyku zachorowania, w wieku od 50. do 69. roku życia**. Między innymi z tego powodu w Polsce wiele przypadków raka piersi rozpoznawanych jest w stadium znacznego zaawansowania klinicznego, w którym choroba ta dla wielu kobiet nie jest już chorobą wyleczalną.

Rysunek 1. Względne przeżycia 5-letnie w Polsce, a średnia w Europie w grupach wiekowych kobiet chorych na raka piersi (%)



Źródło: Opracowano na podstawie EURO CARE-5 (on-line database – lata 2000–2007).

Obok istotności **wczesnego rozpoznania nowotworu, występuje także silna korelacja efektu terapii z czasem jaki upływa od zdiagnozowania choroby do rozpoczęcia jej leczenia**. Opóźnienie w podjęciu leczenia może mieć oczywiście przyczynę leżącą po stronie pacjenta, jednak bardzo często jest efektem działania / zaniechania lekarza lub systemu opieki zdrowotnej.

Z drugiej strony skuteczność leczenia chorób nowotworowych, w tym leczenia raka piersi, jest bardzo silnie skorelowana z nakładami finansowymi na ochronę zdrowia. Dlatego w państwach europejskich o wysokich nakładach na służbę zdrowia udaje się wyleczyć aż o 1/3 chorych na raka więcej niż w państwach o najniższych nakładach, co przekłada się na niższą śmiertelność (8). W statystykach światowych opisujących wysokość nakładów na ochronę zdrowia Polska uplasowała się na bardzo odległym 24. miejscu wśród 27 państw UE.

I mimo że Polska zajmuje jedno z końcowych miejsc w tych statystykach, na przestrzeni ostatnich lat wartość umów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) ze świadczeniodawcami w zakresach onkologicznych **zwiększała się co roku**. W roku 2004 wartość tych umów we wszystkich rodzajach świadczeń wynosiła 1,2 mld zł, natomiast w roku 2013 ponad **4,5 mld zł** (9). W tym wydatki płatnika związane z diagnostyką i leczeniem raka piersi (bez wydatków na profilaktyczne programy zdrowotne oraz refundację leków w aptekach ogólnodostępnych) osiągnęły w roku 2013 wysokość **733 mln zł** (61). Wyniki analiz dostępnych ze świata wskazują, że wraz ze wzrostem nakładów na diagnostykę i leczenie raka piersi następować powinien wzrost skuteczności leczenia, co widać także w Polsce, choć nadal daleko nam do średnich europejskich.

Jednak obok wysokości nakładów na onkologię, dla uzyskania optymalnego efektu w leczeniu raka piersi, równie istotna jest **efektywna alokacja** tych środków (w ujęciu regionalnym oraz rodzajów kontraktowanych świadczeń). Analizy danych NFZ wskazują na występowanie w Polsce znacznych różnic w wynikach, metodach i kosztach leczenia raka piersi pomiędzy poszczególnymi województwami – brak jednolitych schematów postępowania oraz nieoptymalny system finansowania świadczeń. Zestawienie występujących różnic z dodatnią korelacją między efektami leczenia a ponoszonymi na nie nakładami wskazuje, że zarówno w skali

europejskiej, jak i krajowej, kobiety chorujące na raka piersi nie mają zagwarantowanego równego dostępu do leczenia, gdyż o wyborze schematu leczenia i poziomie jego finansowania decyduje miejsce zamieszkania.

Biorąc pod uwagę **rosnącą w skali świata liczbę opcji terapeutycznych** możliwych do zastosowania w leczeniu raka piersi, które każdego roku są uzupełniane o nowe, innowacyjne technologie przeciwnowotworowe – prowadzące **do wyleczenia lub coraz skuteczniej poprawiające jakość życia i wydłużające życie chorych** – właściwe wykorzystanie tych zasobów może doprowadzić do tego, że także w Polsce rak piersi przestanie być chorobą śmiertelną, a stanie się schorzeniem przewlekłym i uleczalnym.

Jest to niezmiernie ważne, gdyż zachorowanie na raka piersi wpływa na zdolność chorej do wykonywania pracy zawodowej, a koszty leczenia i opieki stanowią duże **obciążenie dla domowego budżetu**, sięgając nawet ponad **20 tys. zł rocznie**. Z tego nawet **14,6 tys. zł to bezpośrednio ponoszone przez chorych koszty leków** – zwłaszcza przepisanych przez lekarza – materiałów oraz sprzętu medycznego, transportu (np. dojazd do lekarza, szpitala) czy specjalnej diety. Na **budżety rodzinne** istotny wpływ ma także **obniżanie dochodów** w związku z czasową lub trwałą niezdolnością do pracy, które dotyka w szczególności najmłodszych pacjentek (poniżej 45. roku życia). W ich przypadku wysokość utraconych dochodów może sięgać nawet **6,2 tys. zł rocznie** (10).

W perspektywie społecznej **straty budżetu państwa** związane są z **utrata finansowego potencjału** w wyniku **zmniejszonej produktywności** spowodowanej **niezdolnością do pracy, zmniejszoną wydajnością pracy z powodu choroby**, a także **utraconą produktywnością** z powodu przedwczesnej śmierci osób w wieku produkcyjnym.

Utrata dochodów w związku z nieobecnością chorej na zaawansowanego raka piersi w pracy (czasową lub trwałą niezdolnością do pracy) powoduje, że **średni ubytek PKB to około 35 tys. zł w przeliczeniu na jedną osobę chorą**. Jednak **roczny ubytek PKB dla osoby chorej w wieku poniżej 45 lat to średnio niemal 70 tys. zł na osobę**. Całkowite koszty utraconej produktywności z powodu przedwczesnej śmierci kobiet chorujących na raka piersi szacuje się na ponad 800 mln zł w skali roku (10).

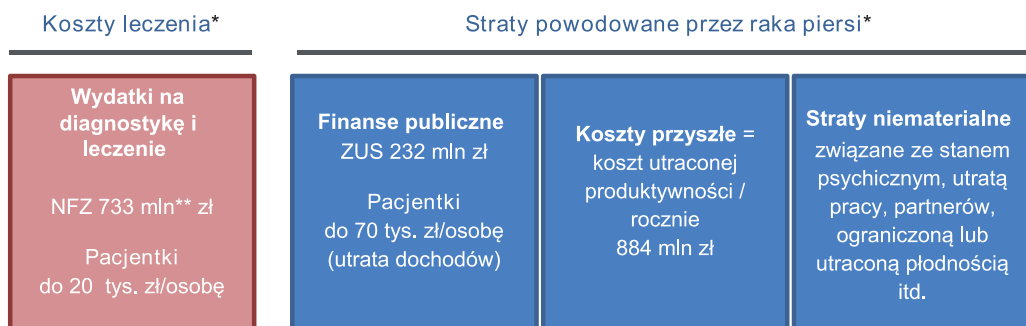
Obok wymiernego efektu ekonomicznego wynikającego z utraconej i obniżonej produktywności – **kosztami społecznymi** są również wydatki ponoszone przez system ubezpieczeń społecznych. Kobiety, które są lub były leczone z powodu raka piersi, wymagają różnych form wsparcia – rehabilitacji, świadczeń rentowych czy emerytalnych **w ramach środków instytucjonalnych pochodzących z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)**. W roku 2012 wydatki ponoszone ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS), budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców na **świadczenia związane z niezdolnością do pracy z tytułu nowotworu złośliwego piersi stanowiły 232 mln zł, co jest istotną kwotą w budżecie świadczeń ubezpieczeniowych**. W roku 2012 renty z tytułu **niezdolności do pracy** spowodowanej nowotworem złośliwym piersi pobierało 13,7 tys. osób, na łączną kwotę **142 mln zł (61% tych wydatków)**. Z tytułu **absencji chorobowej**, finansowanej z FUS i funduszy zakładów pracy, związanej z nowotworem złośliwym piersi wydatkowano **52 mln zł (22% wydatków)**. Natomiast nakłady na **świadczenia rehabilitacyjne** wyniosły **37 mln zł (16% wydatków)**. Około 1% wydatków pochłonęła rehabilitacja lecznicza i renty socjalne.

Obok wartości mierzalnych, rak piersi generuje także **wysokie koszty niepoliczalne (niematerialne)**, wynikające z obciążenia fizycznego (jako skutki choroby i prowadzonego leczenia) i psychicznego chorych, wpływając nie tylko na same chore na raka, ale również na ich najbliższe otoczenie. Poczucie stygmatyzacji, konsekwencje leczenia (np. bezpłodność), obniżona jakość życia oraz niepewna perspektywa na przyszłość powodują, że kobieta chorująca na **raka piersi często ogranicza się lub wycofuje całkowicie z życia społecznego i zawodowego**. Z tego powodu **rak piersi staje się także chorobą całych rodzin i najbliższego otoczenia chorujących**.

Z inicjatywy strony rządowej i różnych zaangażowanych środowisk w funkcjonowaniu polskiej onkologii projektowane są obecnie istotne zmiany (pakiet onkologiczny, strategię walki z rakiem). Zmiany proponowane przez Ministerstwo Zdrowia, mające na celu skrócenie kolejek i zapewnienie pełnej dostępności do leczenia onkologicznego w określonym czasie dla wszystkich pacjentów – mogą być organizacyjnym „panaceum” na

rosnącą liczbę zdiagnozowanych chorych oczekujących w „kolejkach” na leczenie onkologiczne. Dla chorujących na raka piersi może oznaczać to krok w stronę realizacji zaleceń Parlamentu Europejskiego dotyczących maksymalizacji skuteczności terapii przeciwnowotworowej raka piersi – poprzez organizację wielodyscyplinarnych zespołów (ang. Multidisciplinary Team) planujących i prowadzących proces leczenia w ramach zcentralizowanych ośrodków onkologicznych zajmujących się kompleksową opieką nad pacjentkami z rakiem piersi (tzw. BCU, ang. Breast Cancer Units).

Rysunek 2. Koszty społeczne raka piersi



*Wielkości w ujęciu rocznym. **Dane za rok 2013, dotyczą leczenia wszystkich chorych z rozpoznaniem zasadniczym raka piersi bez kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych dedykowanych rakowi piersi oraz refundacji leków w aptekach ogólnodostępnych.

Źródło: Opracowanie własne.

Wartość nowych rozwiązań organizacyjnych obejmujących diagnostykę i kompleksowe, skoordynowane leczenie oraz nowe opcje terapeutyczne powinna być oceniana w szerszym niż dotychczas ujęciu – uwzględniającym ich wpływ na życie chorych, na koszty systemu opieki społecznej i koszty pośrednie dla gospodarstw osób chorych i dla całej gospodarki. Uzyskana poprawa wyników leczenia będzie długofalową inwestycją w kobiety chore na raka piersi, które chcą i mogą ponownie żyć pełnowartościowo – pozostając aktywnymi w rodzinie, społeczeństwie i w pracy – generując dochód narodowy i ograniczając wydatki sektora finansów publicznych związane z niezdolnością do pracy i pobieranymi zasiłkami lub rentą.

3. Ogólne informacje o raku piersi

Nowotwór złośliwy gruczołu sutkowego – potocznie nazywany **rakiem piersi** – jest nowotworem wywodzącym się z nabłonka przewodów lub zrazików gruczołu sutkowego, który początkowo rozwija się miejscowo w piersi, dając przerzuty za pośrednictwem naczyń chłonnych czy krwionośnych do węzłów chłonnych i narządów odległych.

Czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi

Przyczyny rozwoju raka piersi nie są jeszcze do końca poznane, ale na podstawie prowadzonych badań udało się już zidentyfikować wiele czynników zwiększających prawdopodobieństwo rozwoju tego nowotworu, co pozwala oceniać ryzyko jego wystąpienia u poszczególnych osób. **Kwalifikacja do grupy wysokiego ryzyka nie oznacza automatycznie pewności zachorowania na raka piersi, ale stanowi powód do podjęcia wzmożonych działań profilaktycznych, obejmujących także eliminację lub zmianę niekorzystnych zachowań związanych ze stylem życia. Analogicznie, brak czynników ryzyka zachorowania na raka piersi nie jest gwarancją niewystąpienia tej choroby.**

Do najważniejszych czynników ryzyka zachorowania na raka piersi zaliczane są:

- płeć i wiek,
- czynniki dziedziczne,
- niektóre zmiany rozrostowe uważane za łagodne,
- przebyty nowotwór piersi,
- wiek w momencie wystąpienia pierwszej i ostatniej miesiączki,
- późne macierzyństwo i bezdzietność,
- antykoncepcja i hormonalna terapia zastępcza,
- brak aktywności fizycznej,
- spożywanie alkoholu,
- otyłość, zwłaszcza w wieku pomenopauzalnym,
- dieta bogata w tłuszcze nasycone,
- ekspozycja na czynniki rakotwórcze tj. promieniowanie jonizujące i pole magnetyczne.

Rak piersi charakteryzuje się dziedziczną predyspozycją do zachorowania, a zespół najwyższej predyspozycji najczęściej wiąże się z występowaniem mutacji w genach *BRCA1* i *BRCA2*. Dziedziczne podłoże raka piersi, będącego efektem tych mutacji, dotyczy kilku procent chorych (3–5% w ogólnej populacji chorych na raka piersi), ale w przypadku wystąpienia mutacji w tych genach, prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi wynosić może nawet 80% (11). Zachorowania takie odnotowywane są często w młodym wieku (przykładowo, średnia wieku zachorowania dla jednej z mutacji w genie *BRCA1* – mutacji w egzonie 13. – wynosi 41 lat) i relatywnie często występują obustronnie (11).

Wiedza o czynnikach ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi jest istotna przede wszystkim z powodu **jego bezobjawowego przebiegu w pierwszym stadium choroby.**

Objawy raka piersi

Objawem raka piersi jest guz różniący się od otaczających go tkanek lub nieostro odgraniczone zgrubienie nieobecne w drugiej piersi. Rak piersi może powodować zmianę kształtu lub powiększenie się sutka (12). Zaawansowanym zmianom nowotworowym mogą towarzyszyć zmiany w wyglądzie piersi. U części pacjentek chorych na raka piersi stwierdza się powiększenie pachowych węzłów chłonnych po tej samej stronie co guz. Objawem większego zaawansowania raka jest obecność przerzutów w węzłach chłonnych w okolicach obojczyków. Ma-

sywnemu zajęciu regionalnych węzłów chłonnych może towarzyszyć obrzęk chłonny ręki. W najbardziej zaawansowanym stadium raka piersi, tzw. stadium uogólnionym (rozsiałym) mogą występować objawy związane z rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z pierwotnego guza w piersi na inne, odległe narządy, w których tworzą się przerzuty. Objawy przerzutów zależą od ich lokalizacji i mogą to być np. bóle kostne (przerzuty do kości), silne bóle i zawroty głowy (przerzuty do mózgu) czy brak apetytu lub ból brzucha (przerzuty do wątroby).

Klasyfikacja i stopnie zaawansowania raka piersi

Histopatologiczna klasyfikacja raka piersi wprowadzona przez Światową Organizację Zdrowia dzieli zasadniczo nowotwory piersi na raki przedinwazyjne (*nienaciekające, in situ*) oraz inwazyjne (*naciekające*) w zależności od ograniczenia zmiany nowotworowej w obrębie komórek nabłonkowych lub jej dalszego rozprzestrzenienia się (naciekania). Rak piersi wykryty w stadium przedinwazyjnym jest chorobą praktycznie całkowicie wyleczalną. Rokowania w przypadku raków naciekających zależą od ich typu (typu histologicznego i biologicznego, stopnia złośliwości) oraz stopnia zaawansowania (13).

Postęp wiedzy na temat raka piersi oraz rozwój biologii molekularnej umożliwił wyodrębnienie jego podtypów molekularnych, różnicowanych na podstawie odpowiedniej kombinacji cech immunohistochemicznych i/lub genetycznych. Określenie podtypu biologicznego raka piersi pozwala wnioskować o możliwym przebiegu choroby (rokowaniu), a także przypisywać choremu skuteczną, dedykowaną dla poszczególnych podtypów molekularnych terapię.

Podtyp luminalny A uważany jest za raka piersi o dobrym rokowaniu i powolnym przebiegu. W leczeniu tego podtypu raka podstawową metodą jest hormonoterapia oraz – jedynie w nielicznych przypadkach masywnego zajęcia węzłów chłonnych lub występowania innych czynników ryzyka – chemioterapia.

W przypadku bardziej agresywnego podtypu luminalnego B stosuje się hormonoterapię lub – w zależności od stopnia nasilenia ekspresji receptorów hormonalnych, stanu czynników ryzyka i preferencji chorych – chemioterapię. W przypadku podtypu luminalnego B z tak zwaną amplifikacją (zwiększeniem liczby kopii genu) lub nadekspresją (zwiększeniem ilości białka) receptora HER2, wpływającego na rozwój raka piersi, do chemio- i hormonoterapii dołącza się z terapię celowaną anty-HER2, polegającą na zablokowaniu receptora HER2 i dzięki temu hamowaniu rozwoju choroby.

Rak HER2-dodatni, tzn. rak z amplifikacją genu/nadekspresją receptora HER2, cechuje się wysoką agresywnością, silną zdolnością do proliferacji i dawania przerzutów, a co za tym idzie, dużo gorszym rokowaniem. Terapia ukierunkowana molekularnie anty-HER2 np. z użyciem trastuzumabu (przeciwciała monoklonalnego anty-HER2), które blokuje aktywność tego receptora, w skojarzeniu z chemioterapią, znacząco poprawia wyniki leczenia chorych na HER2-dodatniego raka piersi.

Jednym z najgorzej rokujących typów nowotworu piersi jest tak zwany rak potrójnie ujemny. Brak receptorów hormonalnych oraz brak amplifikacji/nadekspresji receptora HER2 powoduje, że w jego leczeniu nie jest możliwe zastosowanie terapii dedykowanej zablokowaniu aktywności tych receptorów. W takim przypadku mimo stosowania chemioterapii często szybko następuje nawrót choroby.

Do oceny stopnia zaawansowania raka piersi stosuje się klasyfikację kliniczną TNM, która umożliwia wyodrębnienie 5 stopni zaawansowania (0-IV), zależnych od wielkości guza, przerzutów do węzłów chłonnych pachowych i obecności przerzutów odległych:

- Stopień „0” rozpoznawany jest w przypadku **bardzo wczesnej postaci nowotworu piersi**, do której kwalifikowane są raki nienaciekające (przedinwazyjne). W tym stadium choroba jest praktycznie całkowicie wyleczalna, a prowadzone postępowanie terapeutyczne ma na celu uzyskanie miejscowego wyleczenia oraz zapobiegnięcie wystąpienia raka inwazyjnego.
- Rak piersi w stopniu I oraz II oznacza inwazyjne stadium choroby, w której lokalizacja komórek nowotworowych jest nadal ograniczona do gruczołu piersiowego lub zaczęły się one rozprzestrzeniać do najbliższych pachowych węzłów chłonnych.

- Rak piersi w stopniu III nazywany jest **miejscowo zaawansowanym** i oznacza przerzuty nowotworu do regionalnych węzłów chłonnych i/lub do okolicznych tkanek, bez obecności przerzutów do odległych narządów i węzłów chłonnych.
- **Uogólniony (rozsiały) rak piersi** jest najbardziej zaawansowaną postacią tego nowotworu (wg klasyfikacji TNM jest to nowotwór w stopniu IV) i oznacza obecność przerzutów odległych, np. w kościach, płucach, wątrobie lub w mózgu. Zaawansowany rak piersi to także stadium **nawrotu choroby**, za które uznajemy zarówno miejscową wznowę, jak i przerzuty w odległych narządach. Nawrót raka piersi następuje u około **20% chorych po wcześniejszym leczeniu radykalnym** (14).

Stopień zaawansowania choroby w bardzo istotny sposób determinuje rokowanie i szanse przeżycia, przy czym techniki diagnostyczne i dostosowane indywidualnie leczenie powodują, że rak piersi wykryty i leczony we wczesnych stadiach zaawansowania może być całkowicie wyleczalny, dając chorym szanse na normalne życie. Natomiast w przypadku chorych z nowotworem zaawansowanym, poza nielicznymi wyjątkami, brak jest możliwości skutecznego wyleczenia i występuje wysoki odsetek zgonów, mimo że część chorych przeżywa wiele lat od rozpoznania nowotworu, nie odczuwając poważnych dolegliwości związanych z chorobą i jej leczeniem. U części chorych np. na HER2-dodatniego raka piersi, dzięki zastosowaniu optymalnego leczenia anty-HER2 przy użyciu nowoczesnych terapii innowacyjnych, udaje się w znaczący sposób wydłużyć życie (nawet w postaci rozsianej) oraz znacząco poprawić jakość życia chorych.

Tabela 1. Prawdopodobieństwo przeżycia 5 lat od momentu postawienia diagnozy w zależności od stadium zaawansowania raka piersi w populacji amerykańskiej (%)

Stopień zaawansowania	Wskaźnik względnej szansy przeżycia ²
0	100
I	100
II	93
III	72
IV	22

Źródło: Opracowano na podstawie American Cancer Society.
(<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-survival-by-stage>).

Podsumowanie najważniejszych elementów Rozdziału 3.:

- etiologia zachorowania na raka piersi jest złożona i chociaż udało się już zidentyfikować wiele czynników wpływających na ryzyko zachorowania, to **u większości chorych przyczyny choroby nie udaje się ustalić**
- zazwyczaj rak piersi przez długi okres rozwija się **bezobjawowo i bezboleśnie**
- rak piersi wykryty i leczony **w pierwszych stadiach zaawansowania zwykle jest całkowicie wyleczalny**, ale nawet **w zaawansowanym stadium klinicznym, gdy brak możliwości skutecznego wyleczenia**, często udaje się przedłużyć życie chorych i poprawić jego jakość
- spośród chorób nowotworowych rak piersi wyróżnia się coraz lepiej rozumianym wpływem czynników dziedzicznych, cech nowotworu i jego mutacji genowych na przebieg choroby, co umożliwia coraz lepsze dobranie właściwej interwencji medycznej

² **Przeżycie względne** – proporcja liczby osób w danym wieku chorujących na raka, które przeżywają dany okres (np. 1 rok, 2 lata, 5 lat), w stosunku do liczby osób w danym wieku niechorujących na raka, przeżywających ten sam okres (3).

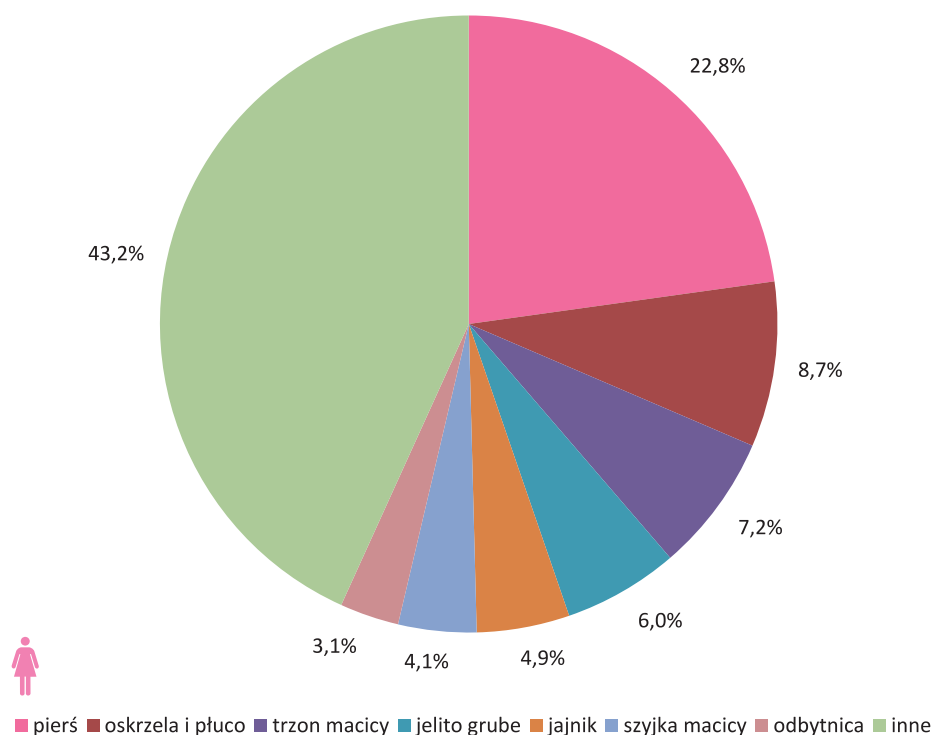
4. Epidemiologia raka piersi

a) Dane statystyczne o zachorowalności

Liczba odnotowanych zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce stale wzrasta, osiągając w 2011 roku ponad 144,3 tys. przypadków, z czego około 71,8 tys. u mężczyzn i 72,5 tys. u kobiet. Obecnie na każde 100 tys. osób przypada rocznie 375 zachorowań z powodu nowotworów złośliwych. Na tej podstawie szacuje się (biorąc pod uwagę kompletność rejestracji), że w 2011 roku u około 154 tys. osób rozpoznano chorobę nowotworową i ponad 320 tys. osób żyło z diagnozą nowotworową postawioną w ciągu poprzedzających 5 lat (15).

Rak piersi stanowi 10,9% wszystkich nowo zdiagnozowanych zachorowań zarejestrowanych w Krajowym Rejestrze Nowotworów (KRN) w latach 2001–2011 i jest drugą, zaraz po nowotworze płuc, chorobą onkologiczną najczęściej rozpoznawaną w tym okresie u Polaków (kobiet i mężczyzn).

Rysunek 3. Struktura rejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w 2011 roku wg bezwzględnej liczby zachorowań

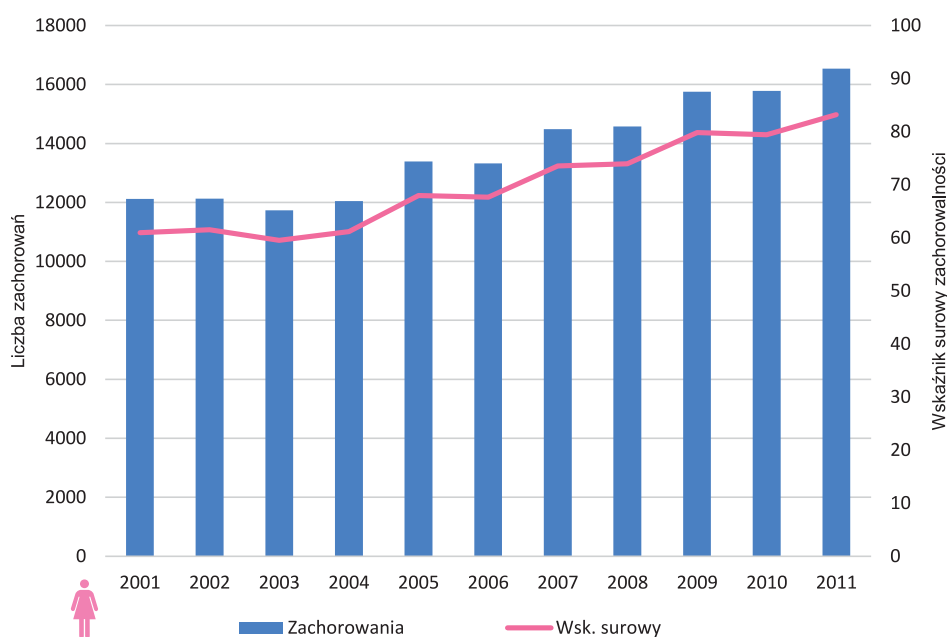


Źródło: Opracowano na podstawie (2).

Z powodu częstości występowania rak piersi jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnych Polek. Nowotwór ten jest najczęściej diagnozowaną chorobą nowotworową u kobiet i jest rozpoznawany w 22,8% przypadków wszystkich rejestrowanych nowych zachorowań (rys. 3), z ponad 16,5 tys. nowych chorych na raka piersi w 2011 roku (2).

Co roku na nowotwór złośliwy piersi w Polsce choruje coraz większa liczba kobiet i zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów w ciągu ostatnich trzech dekad zachorowalność na ten rodzaj nowotworu wzrosła ponad dwukrotnie (2).

Rysunek 4. Liczba zachorowań oraz wskaźnik „surowy” zachorowalności* na raka piersi u kobiet w latach 2001 – 2011



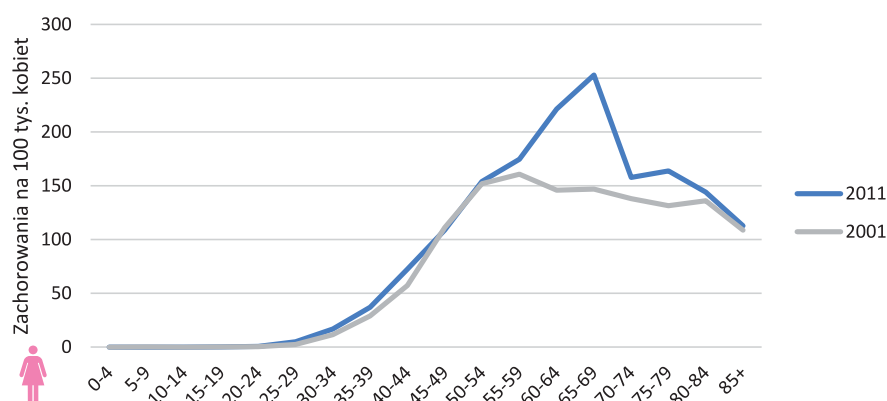
* wskaźnik „surowy” zachorowalności określa liczbę zachorowań na 100 tys. kobiet w danej populacji w ciągu roku

Źródło: Opracowano na podstawie (2).

Statystycznie najczęściej rak piersi występuje u kobiet w wieku 50–69 lat, natomiast u kobiet poniżej 40. roku życia nie jest częstym schorzeniem. Jednak ostatnie obserwacje wskazują na dramatyczne zwiększenie liczby diagnozowanych przypadków raka piersi u kobiet przed menopauzą (15).

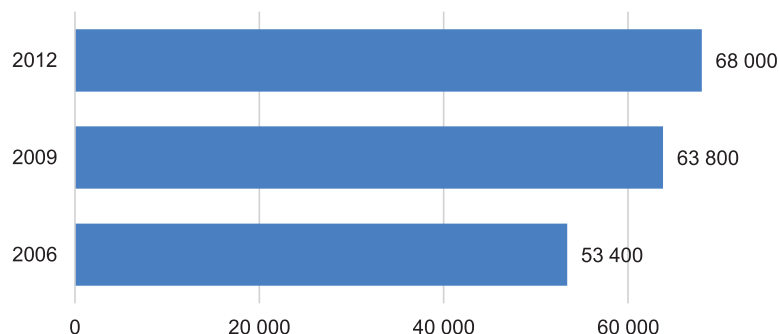
Trend zachorowalności u dorosłych kobiet w wieku przedmenopauzalnym (20–49 lat) ma charakter rosnący i od ostatnich trzech dekad zachorowalność w tej grupie wiekowej wzrosła prawie dwukrotnie (2).

Rysunek 5. Zachorowalność na nowotwór złośliwy piersi u kobiet w 5-letnich grupach wiekowych w Polsce w 2001 i 2011 roku (na podst. wartości wskaźnika „surowego” zachorowalności)



Źródło: Opracowano na podstawie (2).

Co roku liczba żyjących chorych, u których zdiagnozowano raka piersi zwiększa się. Zgodnie z szacunkami KRN w roku 2012 z diagnozą postawioną w ciągu ostatnich 5 lat żyło w Polsce 68 tys. osób chorych na raka piersi.

Rysunek 6. Liczba żyjących chorych na raka piersi w Polsce zdiagnozowanych w ciągu ostatnich 5 lat

Źródło: Opracowano na podstawie (6).

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia, nastąpiła zmiana struktury zaawansowania wykrywanych i rejestrowanych nowotworów piersi (zwiększenie liczby wykrywanych raków we wczesnym stadium, dających szansę na skuteczne wyleczenie zmian, z 372 w roku 2006 do 723 w roku 2010). Ponadto wskaźniki 5-letnich przeżyć³ chorych na raka piersi w ostatniej dekadzie wzrosły o 2 punkty procentowe: w latach 2000–2002 (zakończenie obserwacji w 2007 roku) wskaźnik przeżyć 5-letnich wynosił 75%, natomiast w latach 2003–2005 (zakończenie obserwacji w 2010 roku) wynosił 77% (16).

b) Śmiertelność

W roku 2011 odnotowano ponad 92,2 tys. przypadków śmierci z powodu nowotworu złośliwego, z czego około 51,6 tys. u mężczyzn i 40,6 tys. u kobiet. Wartości surowych wskaźników umieralności⁴ wskazują, że na każde 100 tys. osób – 239 zmarło z powodu nowotworów złośliwych (15).

Rak piersi stanowi 6% wszystkich zgonów kobiet i mężczyzn zarejestrowanych w KRN w roku 2011 roku i jest trzecią, zaraz po nowotworze płuc i jelita grubego, chorobą onkologiczną będącą przyczyną śmierci w populacji.

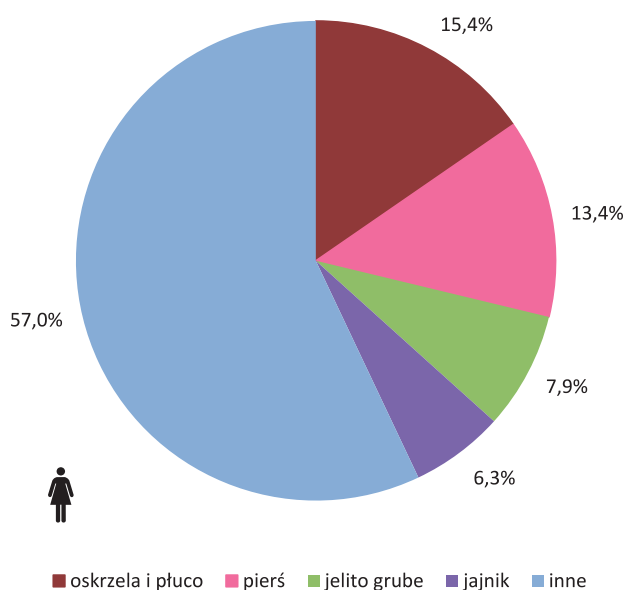
W roku 2011 zgony na nowotwory złośliwe wśród Polek najczęściej powodowane były przez nowotwór złośliwy płuca (15,4%), nowotwór złośliwy piersi (13,4%) oraz nowotwór złośliwy jelita grubego (7,9%). Struktura zgonów z powodu chorób nowotworowych różni się od struktury zachorowań, co oznacza, że coraz więcej kobiet w Polsce żyje z rakiem piersi, na który zachorowały (rys. 4). Zgodnie z danymi KRN w roku 2011 z powodu raka piersi zmarło ponad 5,4 tys. kobiet (2).

Struktura zgonów z powodu chorób nowotworowych wśród kobiet różni się w zależności od wieku. Wzrost umieralności na raka piersi utrzymywał się w Polsce do połowy lat 80. XX wieku, po czym od połowy lat 90. ubiegłego wieku obserwowany jest spadek umieralności z powodu tego nowotworu, oceniany wg wskaźników standaryzowanych, uwzględniających zmianę struktury wiekowej populacji (2). Jednocześnie gwałtowny przyrost zachorowań i zgonów Polek na raka płuca spowodował, że od 2007 rak piersi stał się drugą nowotworową przyczyną śmierci kobiet w Polsce (2).

³ **Przeżycie względne** – proporcja liczby osób w danym wieku chorujących na raka, które przeżywają dany okres w stosunku do liczby osób w danym wieku niechorujących na raka, przeżywających ten sam okres (3).

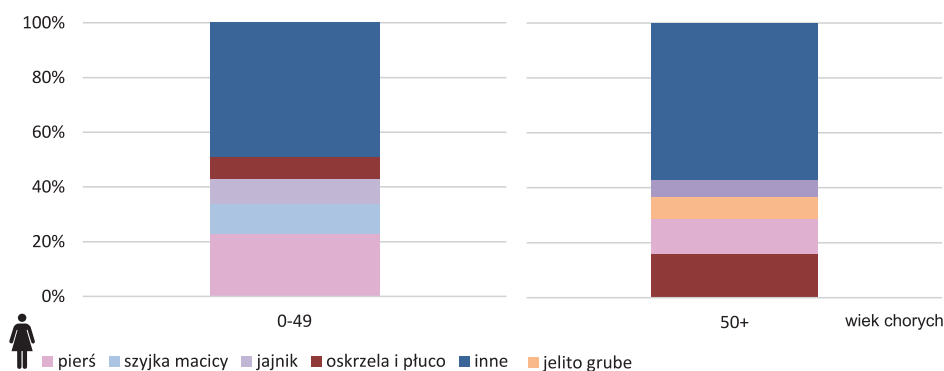
⁴ **Wskaźnik „surowy” umieralności** – określa liczbę zgonów na 100 tys. kobiet w danej populacji

Rysunek 7. Struktura rejestrowanych zgonów na nowotwory złośliwe wśród kobiet w 2011 roku wg bezwzględnej liczby zachorowań



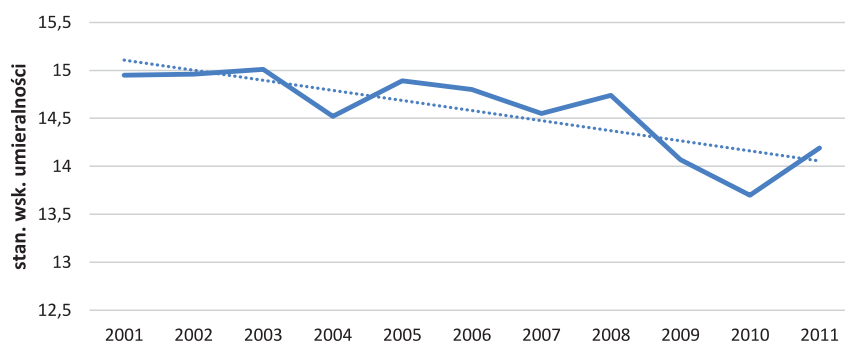
Źródło: Opracowano na podstawie (2).

Rysunek 8. Struktura umieralności z powodu chorób nowotworowych wśród kobiet w 2011 roku w dwóch grupach wiekowych



Źródło: Opracowano na podstawie (2).

Rysunek 9. Standaryzowany wskaźnik umieralności* na raka piersi wśród kobiet w latach 2001 – 2011 i jego trend spadkowy

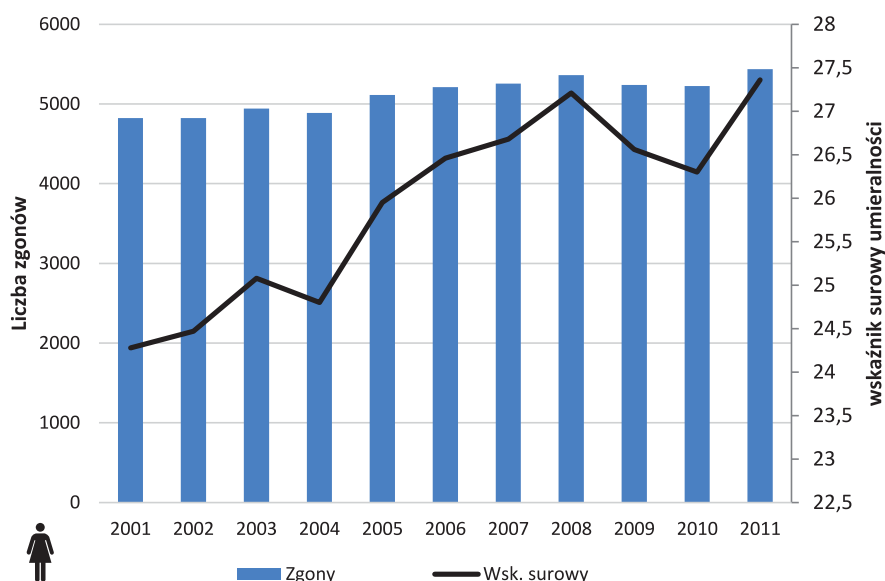


* standaryzowany wg wieku wskaźnik umieralności określa, ile zgonów wystąpiłoby w badanej populacji, gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej za standard (15). Jako populację standardową przyjęto „standardową populację Europy”.

Źródło: Opracowano na podstawie (2).

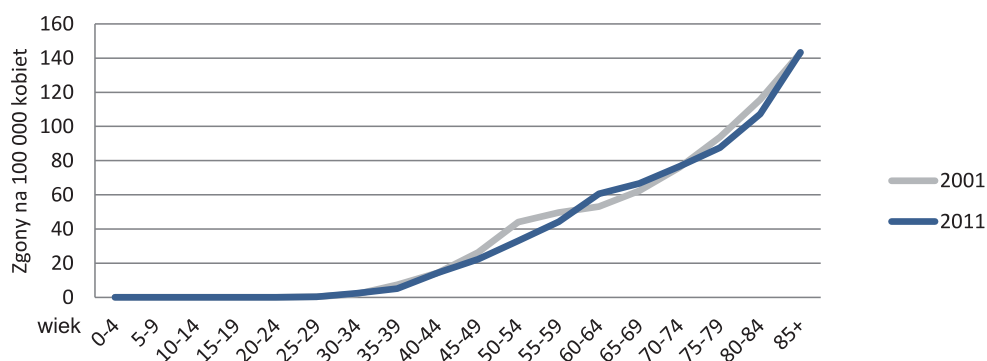
W przypadku bezwzględnej liczby zgonów i surowych współczynników umieralności, obserwujemy trendy wzrostowe (2).

Rysunek 10. Liczba zgonów oraz wskaźnik „surowy” umieralności* na raka piersi wśród kobiet w latach 2001 – 2011



* wskaźnik „surowy” umieralności określa liczbę zgonów na 100 tys. kobiet w danej populacji.
Źródło: Opracowano na podstawie (2).

Rysunek 11. Umieralność na nowotwór złośliwy piersi wśród kobiet w 5-letnich grupach wieku w Polsce w 2001 i 2011 roku (na podst. wartości surowego wskaźnika zgonów)

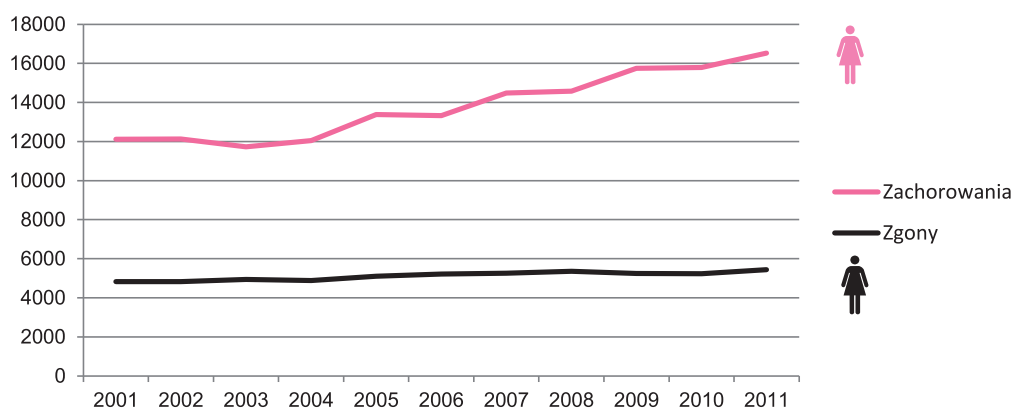


Źródło: Opracowano na podstawie (2).

c) Przeżywalność

Wczesna diagnostyka, wprowadzenie powszechnych programów badań przesiewowych oraz coraz skuteczniejsze metody terapii powodują, że wyniki leczenia raka piersi u Polek stale się poprawiają. W ostatnich latach liczba odnotowywanych zachorowań na raka piersi coraz bardziej przewyższa liczbę zgonów z powodu tej choroby.

Rysunek 12. Liczba zarejestrowanych zachorowań i zgonów wśród kobiet z powodu raka piersi w latach 2001–2011



Źródło: Opracowano na podstawie (2).

Jednym z najlepszych mierników skuteczności systemu opieki onkologicznej jest wskaźnik względnej szansy przeżycia (wskaźnik przeżywalności, ang. *relative survival rate*) obrazujący proporcję liczby osób w danym wieku chorujących na raka, które przeżywają dany okres (np. 1 rok, 2 lata, 5 lat), w stosunku do liczby osób w danym wieku niechorujących na raka, przeżywających ten sam okres (3). **Wskaźnik przeżywalności stanowi obiektywne odwzorowanie efektywności diagnostyki (wykrywalność we wczesnym stadium zaawansowania) oraz leczenia (dostęp do skutecznych metod leczniczych), dzięki czemu za jego pomocą możliwe jest porównywanie zmian zachodzących w danym systemie opieki onkologicznej, jak i porównywanie pomiędzy sobą systemów ochrony zdrowia w różnych regionach.** Względne przeżycie pierwszego roku jest uznawane za wskaźnik stanu diagnostyki oraz programów wczesnego wykrywania nowotworów. Względne przeżycie dłuższego okresu (3-letniego, 5-letniego) wskazuje na jakość opieki klinicznej i skuteczność leczenia (3).

W Polsce wśród kobiet, u których zdiagnozowano nowotwory złośliwe piersi w latach 2000–2002, 1-roczone wskaźniki przeżyć wynosiły 92,8%, natomiast dla zdiagnozowanych w latach 2003–2005 – 93,2% kobiet. Przeżycia 5-letnie wśród pacjentek z nowotworami złośliwymi piersi w ciągu pierwszej dekady XXI wieku nieznacznie wzrosły: z 75,0% w latach 2000–2002 do 77,2% pacjentek zdiagnozowanych w latach 2003–2005 (15).

Rysunek 13. 5-letnia przeżywalność kobiet z nowotworem złośliwym piersi zdiagnozowanych w latach 2003–2005 w Polsce wynosiła 77,2%



Źródło: Opracowano graficznie na podstawie (15).

Rysunek 14. Wskaźniki 1-roczyń i 5-letnich przeżyć względnych u kobiet chorujących na nowotwory złośliwe piersi w Polsce, ze względu na rok zdiagnozowania (%)



Źródło: Opracowano na podstawie (15).

d) Epidemiologia raka piersi w Polsce na tle Europy

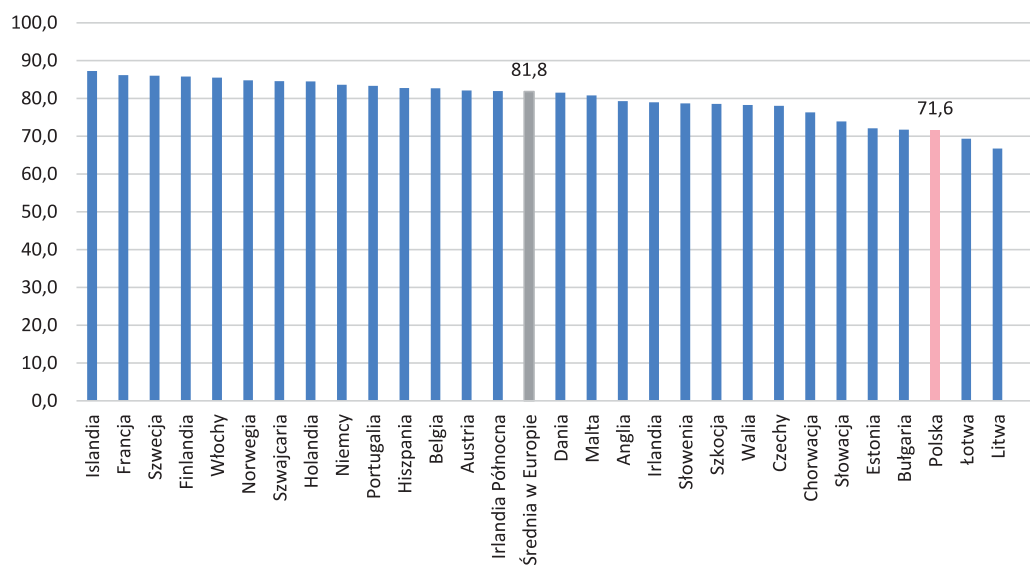
Jak już wskazano, jednym z najlepszych mierników umożliwiających porównanie systemów opieki onkologicznej w poszczególnych krajach jest wskaźnik względnych przeżyć chorych na raka w danym okresie⁵. Uznaje się, że im wyższy wskaźnik względny przeżycia pierwszego roku jest odnotowywany w danym kraju, tym prowadzi on efektywniejsze programy wczesnego wykrywania raka oraz diagnostykę. Natomiast wyższe wskaźniki względne przeżycia dłuższego okresu (3-letniego, 5-letniego) wskazują na wyższą jakość opieki klinicznej i skuteczność leczenia (3).

Wskaźniki przeżycia kobiet chorych na raka piersi w Polsce są nadal dużo gorsze niż w innych krajach Europy. Polska na tle innych państw europejskich pod względem przeżyć 5-letnich kobiet chorych na raka piersi uplasowała się na jednym z ostatnich miejsc, pozostając daleko w tyle za takim państwami jak np. Francja, w której przykładowo dużą rolę w opiece onkologicznej pełnią koordynatorzy tj. osoby kontaktowe dla pacjentów onkologicznych, które prowadzą ich w procesie leczenia, a także – co ważne – w ramach Narodowych Planów Zwalczania Chorób Nowotworowych francuski płatnik zwiększa finansowanie działań nastawionych na jakość leczenia (17).

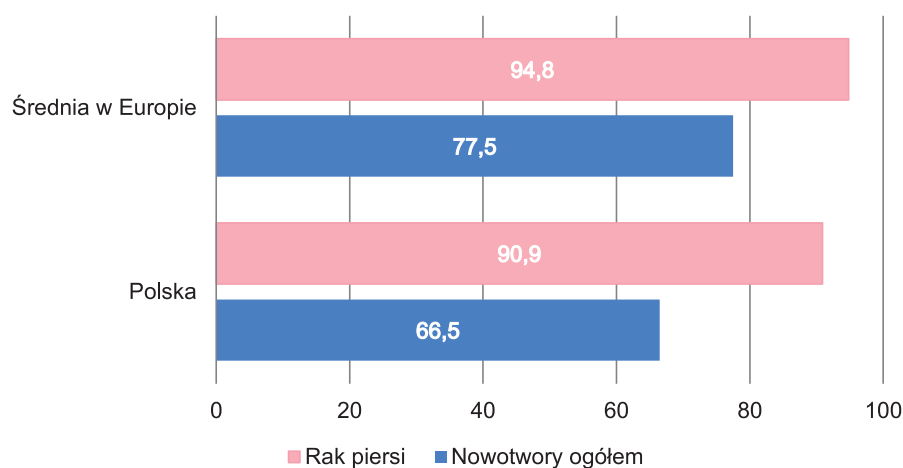
W porównaniu do średnich europejskich szanse przeżycia kobiet chorych na raka piersi w Polsce po roku od zdiagnozowania były o ponad 4 punkty procentowe niższe, natomiast po 5 latach od postawienia diagnozy już o ponad 10 punktów procentowych różniły się od średnich dla Europejki.

Jest to zależność widoczna w skali wszystkich nowotworów diagnozowanych u kobiet w Europie.

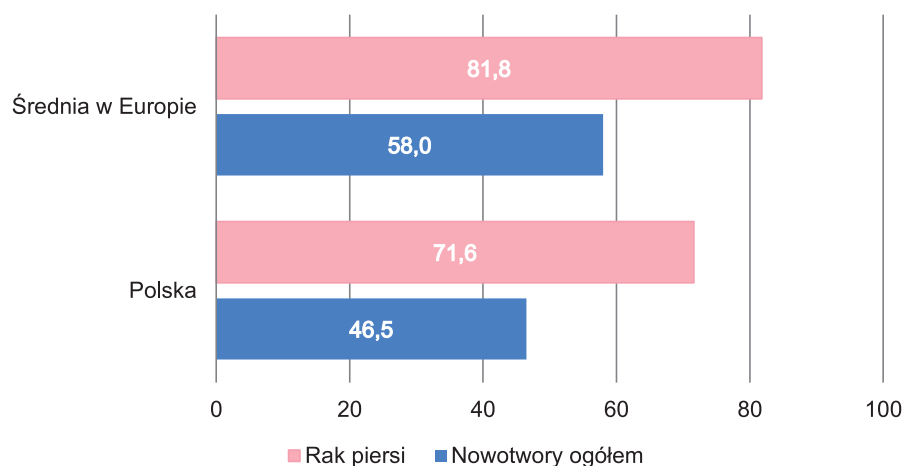
⁵ **Przeżycie względne** – proporcja liczby osób w danym wieku chorujących na raka, które przeżywają dany okres (np. 1 rok, 2 lata, 5 lat), w stosunku do liczby osób w danym wieku niechorujących na raka, przeżywających ten sam okres (3).

Rysunek 15. Względne przeżycia 5-letnie kobiet chorych na raka piersi w krajach europejskich (%)

Źródło: Opracowano na podstawie EUROCARE-5 (on-line database – lata 2000–2007).

Rysunek 16. Względne przeżycia 1-roczone kobiet w Polsce a średnia w Europie (%)

Źródło: Opracowano na podstawie EUROCARE-5 (on-line database – lata 2000–2007).

Rysunek 17. Względne przeżycia 5-letnie kobiet w Polsce a średnia w Europie (%)

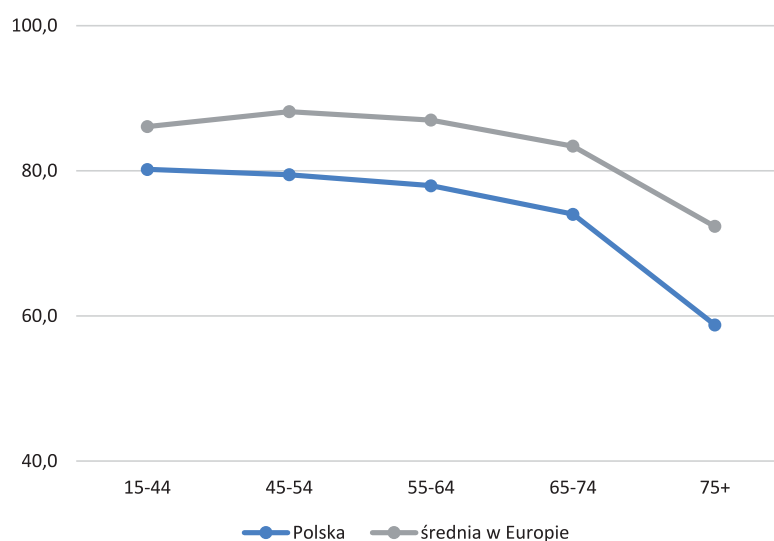
Źródło: Opracowano na podstawie EUROCARE-5 (on-line database – lata 2000–2007).

Porównanie w skali europejskiej potwierdza odmienną strukturę zachorowań na nowotwory w Polsce w porównaniu do innych wysoko rozwiniętych krajów. Przyczyn tej sytuacji jest wiele, a jedną z nich jest wysoki odsetek nowotworów rozpoznawanych zbyt późno, co związane jest ze złym rokowaniem. Determinantami różnic są także dostępność do opieki onkologicznej, częstotliwości wykonywania badań przesiewowych, a także potencjalnie różnice biologii nowotworów (18).

Dużo niższe wskaźniki przeżyć długoterminowych wskazują, że Polka w porównaniu do przeciętnej Europejki od momentu zdiagnozowania raka piersi jest objęta mniej optymalną opieką onkologiczną oraz ma ograniczony dostęp do skutecznego leczenia, co powoduje, że jej szanse na przeżycie są istotnie niższe.

Zjawisko to dotyczy kobiet w każdym wieku i zwiększa się wraz z wiekiem kobiet chorych na raka piersi (co związane może być z występowaniem innych chorób współistniejących w tej grupie wiekowej).

Rysunek 18. Względne przeżycia 5-letnie w Polsce a średnia w Europie w grupach wiekowych kobiet chorych na raka piersi (%)



Źródło: Opracowano na podstawie EURO CARE-5 (on-line database – lata 2000–2007).

e) Prognozy epidemiologiczne

Prognoza przygotowana na podstawie danych KRN na lata 2010–2025 wskazuje na wzrost zachorowalności na nowotwory piersi we wszystkich grupach wiekowych. U kobiet przed menopauzą wzrost zachorowalności prawdopodobnie będzie niewielki, a największego przyrostu zachorowalności należy spodziewać się w grupie kobiet między 50. a 69. rokiem życia, w związku z objęciem tej grupy badaniami przesiewowymi w kierunku raka piersi (w przedziale tym wystąpi prawdopodobnie ponad połowa zachorowań). Wśród kobiet po 70. roku życia przewidywany jest wolniejszy wzrost zachorowalności niż wśród kobiet w średnim wieku. Prognozowana na 2025 rok liczba zachorowań na nowotwory piersi jest ponad o 50% większa niż obserwowana w 2006 roku (7).

Zbliżoną prognozę przedstawiają autorzy raportu „Biała Księga – Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce” na tle wybranych krajów europejskich. Zgodnie z ich symulacjami, liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych piersi u kobiet wzrośnie do ok. 19 tys. w roku 2020, przy czym możliwa rozpiętość szacowanej liczby nowych zachorowań w 2020 roku wynosi ok. 5,6 tys. przypadków (3).

Podsumowanie najważniejszych elementów Rozdziału 4.:

- wśród Polek statystycznie już blisko **1/4** stawianych rozpoznań onkologicznych to rak piersi (22,8%)
- już **blisko 70 tys. osób** żyje z diagnozą raka piersi postawioną w ciągu ostatnich 5 lat
- co roku notuje się ponad **16,5 tys. nowych zachorowań** na ten nowotwór
- w ciągu najbliższych 10 lat liczba kobiet, które co roku zachorują na ten nowotwór, będzie rosła i przekroczy **20 tys. rocznie**
- liczba zgonów z powodu raka piersi utrzymuje się na tym samym poziomie, co oznacza, że **coraz więcej kobiet w Polsce żyje z rakiem piersi, na który zachorowały**
- rak piersi rozpoznawany był najczęściej u kobiet w wieku **50–69 lat**
- rośnie liczba przypadków diagnozowanych u kobiet młodszych – u kobiet **w wieku 20-49 lat zachorowalność na raka piersi wzrosła prawie 2-krotnie w ciągu ostatnich 30 lat**; oznacza to, że rak piersi coraz częściej dotyka kobiet w pełni aktywnych w życiu **zawodowym, rodzinnym i społecznym**
- wskaźniki dla różnych krajów dowodzą, że polski system opieki onkologicznej w porównaniu do innych państw europejskich jest **nieefektywny** w zakresie opieki klinicznej i skuteczności leczenia raka piersi. **Polki mają istotnie niższe szanse na przeżycie pierwszych pięciu lat po zdiagnozowaniu raka piersi, niż większość Europejek**



5. Profilaktyka i opcje diagnostyczno-terapeutyczne w raku piersi

a) Profilaktyka

Wykrycie raka piersi w jak najwcześniejszym stadium rozwoju znacznie zwiększa odsetek wyleczeń i wpływa na obniżenie o około 25% wskaźnika umieralności. Wczesne wykrycie zmiany nowotworowej umożliwia także zastosowanie oszczędzającego zabiegu chirurgicznego z zachowaniem piersi. Niestety, długi okres bezobjawowego rozwoju nowotworów złośliwych oraz jeszcze wciąż niski poziom wiedzy onkologicznej w polskim społeczeństwie powodują, że wiele (wg niektórych źródeł nawet około 50% (19)) przypadków raka piersi wykrywanych jest w stadium wysokiego zaawansowania, na skutek czego najczęściej wykonywanym leczniczo zabiegiem chirurgicznym jest amputacja piersi.

Skuteczna walka z chorobą nowotworową opiera się zarówno na skutecznych środkach leczenia choroby (wyleczenie), jak i na działaniach zapobiegających wystąpieniu czy też umożliwiających wczesne jej wykrycie – profilaktyce.

Pierwotna profilaktyka⁶ raka piersi opiera się przede wszystkim na podnoszeniu świadomości prozdrowotnej dotyczącej udowodnionych naukowo czynników ryzyka zachorowania na raka piersi. Propagowanie wczesnego macierzyństwa, karmienia piersią, nawyków żywieniowych eliminujących otyłość i nadwagę lub aktywności fizycznej, jako czynników chroniących przed nowotworem, szczególnie w grupach pacjentek obciążonych dziedzicznie, skutkuje spadkiem zachorowań na raka piersi.

Formą profilaktyki pierwotnej jest obustronna prewencyjna mastektomia (amputacja piersi), która obniża ryzyko wystąpienia raka piersi o 90–95% u osób, u których wykryto mutacje predysponujące do tego nowotworu. Zgodnie z szacunkami, u 100 tys. Polek występuje mutacja *BRCA1*, która zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi oraz raka jajnika (20). Dotąd jednak wykryto ją u 5 tys. kobiet (20). Spośród nich jedynie około 10% zdecydowało się na zabieg prewencyjnego usunięcia piersi (20). U nosicielek mutacji w genie *BRCA1* lub *BRCA2* znacząca redukcja ryzyka raka piersi oraz jajnika następuje po przeprowadzeniu zabiegu profilaktycznej ovariectomii (usunięcia jajników) (21). Barrierami ograniczającymi stosowanie tych metod są, z jednej strony, możliwe powikłania pooperacyjne i psychologiczne związane z usunięciem piersi lub jajników, z drugiej zaś ograniczenia w dostępie do badań i finansowania testów genetycznych.

Celem profilaktyki wtórnej⁷ raka piersi jest przede wszystkim wykrycie choroby we wczesnej fazie klinicznej (*fazie przedinwazyjnej*). Poszukiwanie zmiany nowotworowej u osób, u których nie wystąpiły jeszcze objawy choroby, prowadzone jest przez wykonanie badania przesiewowego (*skriningu*), w tym głównie mammografii (*MMG*) lub mammografii i badania fizykalnego. Udział w badaniach mammograficznych zmniejsza ryzyko zgonu z powodu raka piersi. W przypadku kobiet w wieku 50. – 69. lat udział w badaniach przesiewowych powoduje zmniejszenie ryzyka śmierci z powodu raka piersi o 30% (22). U kobiet młodszych nie zaleca się wykonywania przesiewowych badań mammograficznych, ze względu na budowę ich gruczołu piersiowego (dużo tkanki gruczołowej) i związaną z nią obniżoną czułość *MMG*. W ramach działań profilaktycznych u kobiet przed 40. rokiem życia bez objawów nowotworu oraz bez dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia raka piersi zaleca się wykonywanie co 3 lata lekarskich badań kontrolnych (13).

⁶ **Profilaktyka I fazy (pierwotna)** – zapobieganie nowotworom złośliwym poprzez ogół działań mających na celu obniżenie ryzyka zachorowania na nowotwór. Jej zadaniem jest zmniejszenie umieralności oraz zapadalności na nowotwory złośliwe dzięki określeniu czynników mających wpływ na: powstanie choroby, poznanie mechanizmów jej działania oraz promowanie zachowań prozdrowotnych (53) (54).

⁷ **Profilaktyka wtórna (II fazy)** – działania mające na celu wczesne wykrywanie. Polega na badaniach osób niemających objawów choroby nowotworowej w celu jej rozpoznania jeszcze w okresie bezobjawowym (53) (54).



Tabela 2. Schemat badań przesiewowych kobiet bez objawów i dodatkowych czynników ryzyka

Wiek kobiety	Badanie lekarskie	Mammografia (MMG)
20–39 lat	Co 36 miesięcy	Nie ¹
40–49 lat	Co 12 miesięcy	Nie
50–69 lat	Co 12 miesięcy	Co 24 miesiące
Od 70 lat	Co 12 miesięcy	Nie ²

¹ W grupie kobiet pomiędzy 40. a 49. rokiem życia należy zebrać dokładny wywiad rodzinny, uzyskać informacje na temat objawów oraz czynników ryzyka i uzależnić decyzję o rozpoczęciu badań MMG wykonywanych co 12–18 miesięcy od przedyskutowania z zainteresowaną ewentualnych korzyści i ryzyka;

² W grupie kobiet powyżej 70. roku życia decyzję o wykonaniu MMG powinno się podejmować indywidualnie.

Źródło: Opracowano na podstawie (13).

Warunkiem skuteczności badań przesiewowych jest ich masowość, długoterminowość i wysoka jakość (13). W Polsce jako część wieloletniego Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) realizowany jest Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, który zgodnie z przyjętymi celami, ma zapewnić sprawne funkcjonowanie programu profilaktyki raka piersi na terenie całego kraju. Na podstawie prowadzonych baz danych, w ramach programu na badania raz na 2 lata zaprasza się kobiety w wieku od 50. do 69. roku życia, kieruje na dalszą diagnostykę kobiety z nieprawidłowym wynikiem, monitoruje się losy pacjentek z wynikiem dodatnim, a także kształci kobiety w kierunku samobadania piersi. Zgodnie danymi Ministra Zdrowia zarówno liczba badań mammograficznych wykonywanych w programie, jak i zgłaszalność kobiet, stale wzrastają. W roku 2012 na badania mammograficzne (w ramach Programu profilaktycznego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) zgłosiło się 46,96% zaproszonych kobiet, a w roku 2013 – 47,18% (23). Jednak zgłaszalność w poszczególnych województwach różniła się od 39,68 % w województwie małopolskim do 56,16% docelowej populacji kobiet w województwie lubuskim (23).

Tabela 3. Statystyka wykonywania badań mammograficznych w ramach programu profilaktyki raka piersi w latach 2006–2013

Rok	Liczba	Procentowe objęcie populacji
2006	572 660	23,37%
2007	934 412	39,37%
2008	753 576	31,05%
2009	891 273	35,97%
2010	985 391	39,07%
2011	1 119 991	43,74%
2012	1 115 850	42,92%
2013	1 141 423	43,30%

Źródło: Opracowano na podstawie (23).

W Polsce odsetek kobiet w wieku od 50. do 69. roku życia, które uczestniczą w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi, mimo że co roku ulegał systematycznemu wzrostowi, nadal w porównaniu do innych państw jest niski (w Francji, Holandii i Szwecji w badaniach mammograficznych uczestniczy ponad 80% kobiet w wieku od 50. do 69. roku życia (24)). Z jednej strony jest to efekt wciąż niezadowalającego poziomu wiedzy onkologicznej na temat mammografii, jako metody profilaktyki raka piersi, z drugiej zaś utrudnionego dostępu do wykonania badania mammograficznego (25) oraz formy organizacji tych badań (np. zaproszenia na badania wysyłane w okresie przedświątecznym). Nieskuteczność stosowanych form zapraszania do udziału w badaniach i niedostosowanie jednolitych akcji promujących badanie do populacji docelowej kobiet (różniących się wiekiem, wykształceniem, aktywnością zawodową), luka organizacyjna między działaniami



profilaktycznym a diagnostycznymi (brak skoordynowanej, szybkiej ścieżki chorego od podejrzenia zmiany nowotworowej do wdrożenia leczenia), w której często „giną” poszczególni pacjenci, limitowanie świadczeń wykonywanych w ramach późniejszej diagnostyki raka piersi, przekładające się na czas oczekiwania na diagnozę – czynniki te wpływają na postrzeganie przez kobiety korzyści z udziału w badaniach przesiewowych jako niejasnych i ograniczonych i powodują, że potencjał wynikający z budowanej od lat w świadomości społecznej roli wczesnej diagnostyki raka piersi jest zaprzepaszcany.

„W minionych latach świadomość onkologiczna społeczeństwa, w tym również świadomość kobiet dotycząca chorób nowotworowych narządu rodowego i piersi, znacznie się poprawiła. Oczywiście wciąż istnieje potrzeba ciągłej edukacji społeczeństwa w tej materii, zdecydowanie jednak sytuacja jest zupełnie inna, lepsza, niż przed kilkunastoma laty. Dlatego kluczowa jest organizacja badań skriningowych. Wreszcie coś z tego, że wszystkie kobiety z docelowej grupy wykonają mammografię, jeśli okres pomiędzy oceną wyników badania a wdrożeniem leczenia jest wciąż zdecydowanie za długi? Sensem wykonywania mammografii jest umożliwienie leczenia raka we wczesnych etapach jego zaawansowania. Ustawianie pacjentek w wielomiesięczne kolejki oczekujących na leczenie onkologiczne może zniweczyć korzyści płynące z wczesnego wykrycia choroby” (60)

Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pierńkowski

Akcje społeczne ukierunkowane na wzrost świadomości i wczesną diagnostykę

Niezaprzeczalnie, wielki wpływ na wzrost świadomości o pozytywnym wpływie wczesnego wykrycia raka piersi na wysokie prawdopodobieństwo jego wyleczenia mają akcje medialne i inicjatywy społeczne oraz śmiałe publiczne deklaracje osób walczących z rakiem piersi.

Rosnąca świadomość społeczna jest skutkiem planowej, żmudnej edukacji, która od wielu lat prowadzona jest przez szereg stowarzyszeń i fundacji na rzecz walki z rakiem. Wśród nich na pierwszym miejscu należy wymienić ruch Amazonek. Stowarzyszenia działające w ramach tego ruchu to najbardziej znane w świadomości społecznej organizacje pożytku publicznego, które w ramach realizacji swoich statutowych celów wpływają na wzrost świadomości społecznej dotyczącej problemu raka piersi. Z punktu widzenia leczenia raka piersi ich rola wydaje się być nie do przecenienia. Stowarzyszenia Amazonek można z pewnością określić jako pionierów budowania świadomości społecznej nie tylko o samej chorobie czy jej skutkach, ale przede wszystkim o tym, jak wygląda codzienne funkcjonowanie z tą chorobą. Ponadto, Amazonki w czynny sposób edukują jak można wcześniej wykrywać raka piersi, a także gdzie należy zgłosić się celem uzyskania potrzebnej pomocy. Akcje prowadzone przez ruch Amazonek, takie jak „Breast Friends – Przyjaciele od piersi” (Stowarzyszenie Amazonki Warszawa-Centrum) czy trwającą od 16 lat współpracę z firmą Avon w ramach kampanii „Avon kontra Rak Piersi”, można śmiało uznać za wyznaczające standard w prowadzeniu działań zwiększających świadomość społeczną w obszarze profilaktyki raka piersi.

Przykładem kampanii „szytej” na miarę i różnej od kuponów zniżkowych na badania profilaktyczne, dołączanych jeszcze kilka lat temu do czołowych pism „kobiecych”, są „PiersiBadacze”. To część – objętej patronatem Federacji Stowarzyszeń Amazonki – kampanii „Rak. To się leczy!”, w ramach której jako „PiersiBadacze” zaangażowani zostali znani mężczyźni – Maciej Jachowski, Przemysław Saleta, Radosław Majdan, Tomasz Puzon oraz Jacek Stachurski. Za pośrednictwem aplikacji komórkowej zachęcają oni kobiety do samobadania piersi i pokazują im, jak wykonać je poprawnie. W wypadku takich kampanii autorzy skupiają się na szokowaniu formą poszczególnych przekazów, ich otwartością oraz nowoczesnym podejściem do choroby. Daje to im szansę trafienia do szerokich rzesz kobiet, także tych z młodszych pokoleń.

Obok wielu kampanii promujących zachowania prozdrowotne, coraz częściej w naszej przestrzeni publicznej pojawiają się kobiety chore na raka piersi, które poprzez otwarte komunikowanie swoich problemów zmieniają



postawy społeczne. Akcja „Zbieramy na cycki, nowe fryzury i dragi” zrealizowana dla Fundacji Rak’n’Roll, czy opublikowany przez stowarzyszenie Femina Fenix kalendarz z aktami amazonek, wykorzystując odważną kreację oraz śmiałe środki przekazu przełamują schematy myślenia o raku piersi i kobietach się z nim borykających. Ten rodzaj przekazu społecznego, obok zwrócenia uwagi na problem raka piersi, pokazuje też historie kobiet, dla których rak piersi nie oznacza rezygnacji z siebie, swojego piękna czy aktywnego życia.

Do zwiększania świadomości społecznej związanej z rakiem piersi przyczyniają się również inicjatywy pojedynczych osób – celebrytów, blogerów, czy użytkowników portali społecznościowych. Niezależnie od tego, że w wielu przypadkach kampanie te wspierane są przez różne formy współdziałania, akcja ich „toczy się” wokół poszczególnych bohaterów. Często taka forma przekazu charakteryzuje się zaangażowaniem mniejszych środków czy brakiem długofalowego planowania poszczególnych działań. W pierwszym przypadku istotne jest, iż każdy „coming out” osoby publicznej, który jest związany z deklaracją o chorobie, powoduje bardzo intensywne zwrócenie uwagi opinii publicznej na dany problem zdrowotny przez wszystkie rodzaje mediów. Najbardziej adekwatnym przykładem wydaje się informacja dotycząca zabiegu mastektomii, któremu miała poddać się Angelina Jolie. W tym przypadku warto zwrócić uwagę na poziom empatii, który został wytworzony w powszechnej świadomości, a także na kilkudziesięciosekundowe materiały telewizyjne pojawiające się przez przeszło tydzień we wszystkich najważniejszych stacjach telewizyjnych i radiowych.

Nie mniej skutecznym środkiem w docieraniu do szerszych rzesz odbiorców są blogerzy, a także użytkownicy portali społecznościowych. Wraz ze wzrostem liczby wszystkich użytkowników, kanał ten wydaje najdynamiczniej rozwijającym się narzędziem prowadzenia kampanii społecznych. Obecnie postulowany cel, w postaci dotarcia do maksymalnie szerokiej grupy osób, możliwy jest do osiągnięcia poprzez wspieranie starań niezależnych blogerów oraz tzw. *opinionmaker’ów*. Najlepszym przykładem skuteczności tego typu działań jest znany Polsce blog Pauliny Pruskiej, w którym choroba została określona jako Pan Śmieciuch. Autorka bloga – 20-latką, swoim bezpretensjonalnym sposobem pisania, otwartością oraz urokiem osobistym przyczyniła się do zwiększenia świadomości tego jak wygląda życie osób chorych na raka.

Wszystkie te działania pokazują, że społecznie oswajamy się z tematem raka piersi, mentalnie zamieniając obraz sterylnej sali szpitalnej i bólu na twarzy młodej kobiety, na rzecz zrozumienia, że osoby chore nie tracą swojego człowieczeństwa. Równocześnie w wypowiedziach chorych na raka piersi widać, że wiele problemów nie zostało jeszcze rozwiązanych – takich jak choćby przypadki dyskryminacji w pracy z powodu choroby.

„Dziś tematem tabu są kobiety z zaawansowanym rakiem piersi. Kiedy choroba wraca, czujemy lęk i pustkę wokół siebie” (55)

Elżbieta Kozik – Prezes Stowarzyszenia Amazonki Warszawa-Centrum

Dla wielu osób słowo „zaawansowany” w przypadku raka piersi oznacza „śmiertelny” i z tego powodu temat zaawansowanego raka piersi jest często marginalizowany i pomijany w kampaniach jako temat „niemedialny”. A kobiety w tym stadium choroby czują się marginalizowane i często osamotnione w swojej walce z chorobą (26).

Perspektywy zmian w profilaktyce raka piersi

Rola profilaktyki raka piersi, jako jednego z kluczowych obszarów działania w systemowym podejściu do zapobiegania i leczenia chorób nowotworowych, została podkreślona w „Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015–2024” (5). Zgodnie z przyjętymi założeniami, poprawa populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanych z chorobami nowotworowymi w Polsce oraz jakości życia chorych na nowotwory, będzie realizowana między innymi przez podnoszenie poziomu wiedzy o czynnikach ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce, promowanie zdrowego sposobu odżywiania oraz aktywności fizycznej oraz, co istotne, podniesienie skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka piersi, a także poprzez poprawę

opieki nad pacjentem i jego rodziną w zaawansowanym stadium choroby. Działania zaproponowane w tym dokumencie w zakresie raka piersi obejmują:

- działania edukacyjno-informacyjne ukierunkowane na wzmożenie czujności onkologicznej kadry medycznej,
- identyfikację przez lekarzy POZ grup podwyższonego ryzyka, promocję zdrowego sposobu odżywiania oraz aktywności fizycznej,
- opracowanie i rozpowszechnianie wytycznych dotyczących odżywiania,
- intensyfikację współpracy środowisk onkologicznych z instytucjami zaangażowanymi w promocję zdrowia (m.in. samorządy terytorialne, organizacje pozarządowe),
- zwiększenie liczby kobiet uczestniczących w przesiewowych badaniach mammograficznych,
- stałe doskonalenie kontroli jakości mammografii,
- rozwój sieci ośrodków opieki paliatywnej,
- zwiększenie roli opieki domowej i hospicyjnej,
- walkę z bólem,
- rozwój wolontariatu w opiece nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi.

Są to tylko niektóre elementy zawarte w Strategii, które przy realizacji tego systemowego programu reorganizacji polskiej opieki onkologicznej przyczynią się do istotnej poprawy poziomu opieki zdrowotnej w zakresie nowotworów złośliwych.

b) Diagnostyka

Najważniejszym czynnikiem w istotny sposób wpływającym na wyniki leczenia jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium rozwoju. Wiadomo bowiem, że rak piersi objawia się po latach utajonego wzrostu, a rokowanie zależy od stopnia zaawansowania. Istnieje wyraźna zależność między wielkością zmiany a okresem wystąpienia objawów. Rak wykryty we wczesnym okresie wzrostu (stopień 0, I) najczęściej nie daje jeszcze przerzutów do okolicznych węzłów chłonnych i rokuje wieloletnie przeżycie (19).

Metody diagnozowania raka piersi

Odpowiednio przeprowadzona diagnostyka onkologiczna powinna pozwolić na ocenę zasięgu nowotworu, czyli określenie stopnia zaawansowania klinicznego, ocenę stanu sprawności chorego, określenie czynników prognostycznych i predykcyjnych (takich, które będą miały wpływ na decyzję o wyborze adekwatnego rodzaju terapii onkologicznej) oraz na potwierdzenie lub wykluczenie istnienia drugiego nowotworu (27). W uproszczeniu na wstępną diagnostykę raka piersi składają się (13):

- pełne badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym — wywiad rodzinny i określenie stanu menopauzalnego) oraz badania laboratoryjne,
- diagnostyka obrazowa,
- badanie patomorfologiczne,
- inne badania dodatkowe (zależnie od stopnia zaawansowania).

W diagnostyce raka piersi wciąż duże znaczenie ma badanie fizykalne (przedmiotowe), pozwala ono bowiem na wykrycie około 37% guzów złośliwych (28). Prowadzone podczas badania lekarskiego badanie podmio-

towe (wywiad) i przedmiotowe umożliwiają ustalenie prawdopodobieństwa wystąpienia u pacjenta choroby nowotworowej oraz postawienie wstępnej diagnozy i, co najważniejsze, wybór odpowiednich badań w celu jej potwierdzenia. Ukierunkowanie dalszych działań często skraca czas do dokładnego rozpoznania i przyspiesza proces wdrożenia leczenia. **Swobodny dostęp kobiety, zaniepokojonej zmianą w piersi, do odpowiedniego lekarza, może mieć kluczowe znaczenie dla sukcesu w terapii.**

W diagnostyce raka piersi wykorzystuje się szerokie spektrum badań obrazowych. Pozwalają one na wykrywanie zmian, określanie ich położenia i rozmiarów, ocenę kształtu, wreszcie umożliwiają wykrycie przerzutów w odległych tkankach organizmu. Najpopularniejszym i najistotniejszym badaniem obrazowym jest mammografia (*MMG*), którą stosuje się samodzielnie lub z uzupełniającym badaniem ultrasonograficznym (*USG*). Stanowi ona, wedle zaleceń Amerykańskiego Towarzystwa Radiologów, podstawowe narzędzie do badań przesiewowych w kierunku raka piersi u kobiet po 40. roku życia (3). Czulość *MMG* w wykrywaniu zmian nowotworowych wynosi około 85% (zakres 50–90%), przy czym jest mniejsza w przypadku piersi o dużej gęstości, typowych dla kobiet w młodszy wieku. Część raków piersi, nawet wyczuwalnych w badaniu palpacyjnym, jest niewidoczna w obrazie *MMG* (13). U młodszych kobiet czułym i dosyć swoistym badaniem jest ultrasonografia (*USG*), która ze względu na swoje bezpieczeństwo jest zalecana także u kobiet w ciąży. Obecnie najczulszym badaniem obrazowym w diagnostyce raka piersi w każdej grupie wiekowej jest rezonans magnetyczny (*MR*). Rezonans magnetyczny jako badanie przesiewowe zalecany jest u kobiet z wysokim ryzykiem zachorowania na raka piersi, tzn. kobiet z mutacją genów *BRCA1*, *BRCA2* lub obciążonych 50-procentowym ryzykiem tych mutacji (mutacja u matki lub siostry) lub ponad 20% ryzykiem zachorowania na raka piersi związanym z wywiadem rodzinnym, a także u kobiet, które poniżej 30. roku życia poddane były radioterapii obszaru klatki piersiowej (13). Każda nieprawidłowa masa podejrzana w kierunku rozrostu złośliwego stwierdzana w badaniu palpacyjnym czy obrazowym powinna zostać zweryfikowana w badaniu patomorfologicznym (28).

Badanie mikroskopowe (patomorfologiczne) jest najistotniejszym elementem w diagnostyce nowotworów piersi, ponieważ jako jedyne pozwala na ostateczne postawienie rozpoznania. Mikroskopowe rozpoznanie raka jest bezwzględny warunkiem rozpoczęcia leczenia (13). W celu pobrania materiału do badania stosuje się biopsję gruboigłową lub mammotomiczną, bądź w przypadku braku innych możliwości – aspiracyjną biopsję cienkoigłową, a w stadiach zaawansowanych także otwartą biopsję chirurgiczną. Patomorfolog podczas badania mikroskopowego pobranego materiału określa charakter zmian: rodzaj komórek – typ histologiczny, ich grading – stopień złośliwości, a w przypadku materiału operacyjnego także wielkość guza, zajęcie węzłów chłonnych – zaawansowanie nowotworu, czy też (za pomocą dodatkowych badań) bardziej specyficzne cechy, jak obecność lub brak określonych receptorów i białek na błonach komórek nowotworowych.

Proces diagnostyczny raka piersi ma zasadnicze znaczenie dla dalszego przebiegu leczenia chorej, w którym obok względów medycznych istotne jest także budowanie zaufania wobec systemu opieki medycznej i wskazywanie korzyści rozszerzonej diagnostyki w kontekście szans na skuteczne leczenie.

Opóźnienie w rozpoznaniu raka piersi i podjęciu leczenia jest związane z zachowaniami kobiet, które wynikają z braku zaufania do systemu ochrony zdrowia i lekceważenia dostrzeżonych objawów choroby. W Polsce średni czas opóźnienia wynikającego z postaw pacjentek wynosi według jednych doniesień od 3,6 tygodnia (29) nawet do $32,2 \pm 63,8$ tygodnia od wystąpienia pierwszych objawów do pierwszej wizyty u lekarza, natomiast średni czas opóźnienia z winy systemu wyniósł $3,1 \pm 2,9$ tygodnia od pierwszej konsultacji lekarskiej do rozpoczęcia leczenia (30).

c) Standard terapii w Polsce

Standardy leczenia nowotworów złośliwych piersi oparte są na złożonych wielodyscyplinarnych schematach postępowania, różnicowanych ze względu na stopień zaawansowania nowotworu, jego rodzaj czy inne cechy umożliwiające dobór skutecznego leczenia z wykorzystaniem szerokiego wachlarza możliwych do zastosowania technik leczniczych.



Główne opcje lecznicze stosowane w schematach terapii przeciwnowotworowej to:

- **Zabieg chirurgiczny** – leczenie polegające na wycięciu guza w całości i/lub węzłów chłonnych i/lub całego gruczołu piersiowego razem z częścią skóry i brodawką sutkową. Leczenie operacyjne stanowi podstawowy i nieodzowny element każdego schematu leczenia raka piersi, od którego odstępkuje się tylko w przypadku guzów „nieoperacyjnych” (zaklasyfikowanych tak np. w związku z ich rozmiarem, masywnym zajęciem węzłów chłonnych czy odległymi przerzutami lub w przypadkach wystąpienia przeciwwskazań medycznych do leczenia operacyjnego).
- **Radioterapia** – leczenie z wykorzystaniem promieniowania jonizującego (najczęściej do bezpośredniego niszczenia komórek nowotworowych). Podstawowa, obok chirurgii i leczenia systemowego, metoda leczenia raka piersi, która stosowana jest we wszystkich stopniach zaawansowania choroby i praktycznie na wszystkich etapach leczenia.
- **Chemioterapia** – leczenie z wykorzystaniem leków cytostatycznych, hamujących podziały komórek, które podawane są w cyklach i składają się na tzw. kursy chemioterapii. W ramach tego rodzaju leczenia zastosowanie mają określone kombinacje leków cytostatycznych, nazywane schematami chemioterapii. Leczenie może być prowadzone na każdym etapie procesu terapeutycznego, często też w połączeniu z innymi terapiami lekowymi (hormonoterapią czy celowanym leczeniem biologicznym). Grupy leków najczęściej stosowanych w chemioterapii to antracykliny oraz taksoidy.
- **Hormonoterapia** – leczenie z wykorzystaniem hormonów lub leczenie polegające na regulacji wydzielania określonych typów hormonów, które ma na celu ograniczenie wpływu hormonów na gruczoł piersiowy i hormonowrażliwe komórki raka (nowotwory, w których obecne są receptory hormonalne estrogenowe (ER) i/lub progesteronowe (PgR)). Leki najczęściej stosowane w hormonoterapii to tamoksyfen, inhibitory aromatazy, analogii gonadotropiny.
- **Leczenie biologiczne** – leczenie z wykorzystaniem leków ukierunkowanych molekularnie (terapii celowanej), wpływających na procesy sygnalizacji wewnątrzkomórkowej lub mechanizmy układu odpornościowego. Do grupy leków celowanych należą przeciwciała monoklonalne i inhibitory kinaz tyrozynowych.

Każda z opcji leczenia raka piersi stanowi element wielodyscyplinarnego procesu terapeutycznego, który może składać się z sekwencji poszczególnych rodzajów leczenia lub ich prowadzenia jednoczasowego.

Podstawowe modele lecznicze stosowane w schematach terapii przeciwnowotworowej to:

- **Leczenie systemowe** – leczenie ogólnoustrojowe obejmujące cały organizm (najczęściej w postaci chemioterapii).
- **Leczenie miejscowe** – leczenie obejmujące obszar zmiany nowotworowej (zabieg operacyjny lub radioterapia).
- **Leczenie skojarzone** – leczenie nowotworu, w którym wykorzystano więcej niż jedną metodę leczenia:
 - **Leczenie neoadjuwantowe** (indukcyjne, przedoperacyjne) – leczenie systemowe poprzedzające leczenie miejscowe (np. leczenie farmakologiczne przed zabiegiem chirurgicznym, mające na celu zmniejszenie masy guza i umożliwienie radykalnego leczenia miejscowego oraz ograniczenie ryzyka wystąpienia przerzutów).
 - **Leczenie adjuwantowe** (uzupełniające, pooperacyjne) – leczenie systemowe poprzedzone leczeniem miejscowym, które ma na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia przerzutów i wydłużenie przeżycia (np. pooperacyjna chemioterapia lub hormonoterapia);
- **Leczenie jednoczesne** – leczenie, w którym kilka różnych terapii stosuje się jednocześnie.
- **Leczenie sekwencyjne** – leczenie, w którym kilka różnych terapii następuje po sobie w określonej kolejności.
- **Leczenie radykalne** – leczenie mające na celu wyleczenie chorego.



- Leczenie paliatywne – leczenie mające na celu wydłużenie przeżycia oraz poprawę jakości życia chorego.
- Leczenie objawowe – leczenie mające na celu poprawę jakości życia.

Wybór metod leczenia miejscowego lub systemowego w odpowiednich stopniach zaawansowania opiera się na ocenie klinicznej i patomorfologicznej, uwzględniającej także rodzaj dotychczasowego leczenia i odpowiedź na nie, stan menopauzalny i wiek osoby chorej, stan sprawności, przebyte i współistniejące choroby oraz ich leczenie, a także opinie i preferencje pacjentki / pacjenta.

Należy jednocześnie zaznaczyć, że stosowane w praktyce standardy diagnostyczno-terapeutyczne stanowią pewnego rodzaju kompromis pomiędzy ograniczonymi możliwościami finansowymi płatników, w tym w szczególności płatników publicznych, którzy w dobie kryzysu ekonomicznego stosują coraz częściej narzędzia ograniczające wydatki, a postępującym w coraz szybszym tempie rozwojem innowacji w dziedzinie farmakologii czy medycyny molekularnej.

d) Możliwości terapeutyczne, jakie daje medycyna na świecie i w Polsce

Badania nad przyczynami zachorowania, metodami skuteczności prewencji i leczenia chorób nowotworowych są prowadzone w wielu ośrodkach klinicznych na całym świecie. Prace badawcze dotyczą szerokiego spektrum problematyki onkologicznej, od analizy zachorowalności i profilaktyki chorób nowotworowych, przez testy laboratoryjne krążenia komórek nowotworowych, do innowacyjnych badań poświęconych immunologii nowotworów i przeciwnowotworowym mechanizmom odpornościowym.

Ze względu na wyniszczający charakter samej choroby nowotworowej oraz obciążające skutki terapii przeciwnowotworowej, dostęp do nowej technologii leczenia nowotworu, w terapii którego brak jest skutecznych opcji terapeutycznych, czy też do innowacyjnej technologii, która w istotny sposób zwiększa skuteczność leczenia, jego bezpieczeństwo lub jakość życia chorujących, wydaje się priorytetem, w szczególności w leczeniu pacjentów w zaawansowanych stadiach raka. Ze wszystkich technologii medycznych czy terapeutycznych leki są najbardziej wszechstronnym narzędziem walki z objawami choroby nowotworowej, nie mniej jednak proces ich wprowadzania do standardów leczenia jest najbardziej restrykcyjny i czasochłonny w porównaniu do pozostałych technologii leczenia.

Liczba innowacyjnych lekowych terapii przeciwnowotworowych, które są corocznie rejestrowane, dowodzi postępu, jaki zachodzi w obszarze badań nad leczeniem chorób nowotworowych. Tylko w roku 2013 Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA, Food and Drug Administration) zarejestrowała 27 innowacyjnych cząsteczek (nowych oryginalnych leków), z czego 8 we wskazaniach onkologicznych (31). W Europie w tym samym roku Komitet ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (*Committee on Medicinal Products for Human Use – CHMP*) Europejskiej Agencji Leków wydał pozwolenie na dopuszczenie do obrotu 63 nowych leków, z czego 12 mających zastosowanie w leczeniu raka. W przypadku kolejnych 18 już dopuszczonych leków zatwierdził rozszerzenie wskazań rejestracyjnych, w tym dla 3 leków przeciwnowotworowych (32).

Wiele z tych leków na podstawie wyników badań klinicznych prowadzących do rejestracji znalazło już miejsca w rekomendacjach leczniczych w określonych schematach leczenia.

Fakt zarejestrowania leku jest dowodem formalnej zgody na jego dopuszczenie do obrotu. A włączenie nowego leku do opcji wymienianych w wytycznych postępowania towarzystw naukowych, stanowi niejako dowód potwierdzający jego skuteczność. Niemniej jednak, w przypadku technologii innowacyjnych, rejestracja czy rekomendacja kliniczna, zawarta nawet w uznanych światowych, europejskich czy lokalnych wytycznych terapeutycznych, nie wpływają od razu na realny dostęp chorego do nowej terapii. **W takich przypadkach gwarantem zapewnienia dostępności i spełnienia oczekiwań lekarzy i chorych na skuteczniejsze leczenie**

jest włączenie leku do systemowego finansowania w ramach modeli refundacyjnych obowiązujących w poszczególnych państwach.

Obecnie w Polsce funkcjonuje zróżnicowany model finansowania ze środków publicznych leczenia przeciwnowotworowego, które może być prowadzone:

- 1) w ramach „**refundacji aptecznej**” – leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne określone w wykazach refundacyjnych Ministra Zdrowia,
- 2) jako odrębnie kontraktowane przez NFZ świadczenia z zakresu **chemioterapii** lub **terapeutycznych programów zdrowotnych (obecnie programów lekowych)** – leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego określone w wykazach refundacyjnych Ministra Zdrowia,
- 3) jako odrębnie kontraktowane przez NFZ świadczenia udzielane w ramach **chemioterapii niestandardowej** – leki zarejestrowane do dnia 31 grudnia 2011 roku finansowane na podstawie zgód indywidualnych wydawanych przez dyrektorów oddziałów NFZ,
- 4) w trybie **importu docelowego** – określone leki onkologiczne niedopuszczone do obrotu w Polsce (lub niedostępne), finansowane w ramach „refundacji aptecznej” lub chemioterapii, na podstawie zgód wydawanych przez Ministra Zdrowia,
- 5) w ramach finansowania świadczeń objętych **systemem Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)**.

Głównym narzędziem regulacyjnym w obszarze refundacji stały się, obowiązujące od 1 stycznia 2012 roku, przepisy ustawy refundacyjnej i jej aktów wykonawczych (regulujące zasadniczo zakres i tryb finansowania wymieniony w punktach 1.-4.), które przez unormowania dotyczące procesu wnioskowania o objęcie leku refundacją, ustalenie całkowitego sztywnego budżetu na refundację, wprowadzenie progu efektywności kosztowej dla nowych leków, czy też zablokowanie finansowania nowo zarejestrowanych produktów w ramach chemioterapii niestandardowej, zrewolucjonizowały system finansowania innowacyjnych leków w naszym kraju. Obok wielu pozytywnych skutków wprowadzonych zmian w systemie refundacyjnym, automatyzacja i usztywnienie obszarów dotychczas niedoprecyzowanych spowodowało ograniczenie dostępu do skutecznych terapii przeciwnowotworowych rekomendowanych przez międzynarodowe i krajowe gremia ekspertów, które w innych państwach Europy są stosowane już jako kanon leczenia.

Z perspektywy pacjenta z zaawansowanym rakiem piersi brak decyzji Ministra Zdrowia o objęciu refundacją leku mogącego poprawić wyniki leczenia danego chorego, stanowi de facto przekreślenie szans na wydłużenie życia lub poprawę jego jakości. Co wydaje się szczególnie kontrowersyjne społecznie w przypadkach, gdy nowy lek podlega refundacji w innych państwach Europy, w tym takich o zbliżonym do Polski dochodzie narodowym, i uzyskuje pozytywną rekomendację do finansowania ze środków publicznych od Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM), czyli organu opiniodawczo-doradczego Ministra Zdrowia, który dokonuje oceny leku między innymi pod kątem ekonomicznej relacji między efektem terapeutycznym zastosowania ocenianej terapii a jej kosztem.

Ocena AOTM jest jednym z kryteriów branych pod uwagę w procesie obejmowania leku refundacją i nie ma charakteru rozstrzygającego. Choć jednocześnie stanowi bardzo istotny element w całym procesie refundacyjnym. AOTM jest ciałem doradczym Ministra Zdrowia i w oparciu o jej opinie MZ podejmuje decyzje o wprowadzeniu do koszyka świadczeń gwarantowanych leczenia daną opcją terapeutyczną. Jednym z kryteriów branych pod uwagę podczas tej analizy jest ocena leku pod kątem ekonomicznej relacji między efektem terapeutycznym zastosowania tej terapii a jej kosztem. Planowane wydatki na nową terapię są często odnoszone do całkowitego „zamrożonego” budżetu na refundację ustalonego w planie finansowym NFZ, w ramach którego środki mimo, że od wejścia w życie ustawy refundacyjnej są **wydatkowane tylko częściowo** (stopień wykorzystania środków na refundację leków w 2012 roku wyniósł 83,13% (33)), stanowią punkt odniesienia dla terapii innowacyjnych.

Dodatkowym aspektem przy braku dostępności do terapii innowacyjnych jest fakt, że zgodnie z przepisami ustawy refundacyjnej Minister Zdrowia ma 180 lub 240 dni na rozpatrzenie wniosku złożonego przez firmę farmaceutyczną o finansowanie innowacyjnego leku i do czasu pozytywnego ich rozpatrzenia nie ma możli-



wości finansowania ze środków publicznych nowych terapii dla oczekujących na nie pacjentów. Tymczasem, zgodnie z badaniami amerykańskich naukowców, kluczowym czynnikiem decydującym o skuteczności terapii raka piersi w stadium zaawansowanym jest czas od momentu zdiagnozowania do rozpoczęcia leczenia. W badaniu potwierdzono istotnie wyższe ryzyko śmierci u kobiet, które czekają dłużej niż 60 dni na leczenie zaawansowanego raka piersi, w porównaniu do pacjentek, które rozpoczęły terapię krótko po diagnozie (34).

W Polsce już w wielu obszarach – związanych z profilaktyką, diagnostyką oraz leczeniem chirurgicznym i nawiązywaniem raka piersi – dostępne są i finansowane działania wg standardów międzynarodowych. Natomiast innowacyjne metody terapii, które istotnie mogą odpowiadać za poprawę wyników leczenia, są obarczone restrykcjami finansowymi i barierami administracyjnymi.

„W momencie, kiedy opracowuje się nowe strategie terapeutyczne stanowiące przełom w zakresie efektywności leczenia, pojawiają się pytania, czy można jeszcze bardziej ułatwić sam proces poddawania leczeniu chorych, mniej obciążający i czasochłonny. Rzeczywiście takie technologie pojawiają się. Podobnie jak pojawiły się wcześniej przeciwciała monoklonalne, które stosowano przy wielu typach nowotworu, również przy leczeniu raka piersi. To były wlewy dożylnie trwające kilkadziesiąt minut. W tej chwili opracowano nową metodę podawania tego samego leku w formie podskórnej, w postaci krótkiej iniekcji. Leki wprowadzone 10 czy 15 lat temu kosztują w tej chwili mniej. Nowe technologie ułatwiają chorym przyjmowanie leków, poprawiają warunki ich podawania w przypadku ośrodków onkologicznych, ale pochłaniają wyższe koszty. (...) Tak długo, jak nie dostrzeże się korzyści z efektywnego czasowo stosowania leku, nie przełoży się to na efektywność pracy personelu medycznego oraz korzyści finansowe. Dopóki nie zostanie to dostrzeżone, głównym problemem będzie to, że lek jest drogi, a nie to, że jest wygodny w stosowaniu.” (57)

Prof. Piotr Wysocki

Podsumowanie najważniejszych elementów Rozdziału 5.:

- profilaktyka raka piersi w istotny sposób wpływa na efektywność terapii, gdyż wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium rozwoju istotnie poprawia wyniki leczenia.
- coraz popularniejsze w Polsce badania przesiewowe, mimo olbrzymich nakładów finansowych na ich prowadzenie, **nadal obejmują jedynie mniejszość kobiet o największym ryzyku zachorowania, w wieku od 50. do 69. roku życia**
- od lat prowadzonych jest w Polsce wiele akcji społecznych ukierunkowanych na wzrost świadomości i wczesną diagnostykę raka piersi, dzięki czemu **rak piersi przestaje być tematem tabu**, a wiedza o nim i wysokie prawdopodobieństwo jego wyleczenia przy wczesnym zdiagnozowaniu, stają się coraz bardziej powszechne
- skuteczność leczenia raka piersi **jest silnie skorelowana nie tylko z momentem rozpoznania nowotworu, ale też z czasem w jakim nastąpi od zdiagnozowania choroby do rozpoczęcia jej leczenia**. Opóźnienie w podjęciu leczenia może mieć przyczynę leżącą po stronie pacjenta, lekarza lub systemu opieki zdrowotnej
- w leczeniu raka piersi istnieje wiele modeli terapeutycznych możliwych do zastosowania i co roku są one **uzupełniane o nowe, innowacyjne technologie przeciwnowotworowe, prowadzące do wyleczenia lub coraz skuteczniej poprawiające jakość życia i wydłużające życie** chorych
- gwarantem zapewnienia dostępności terapii innowacyjnych dla chorych na nowotwory złośliwe jest **włączenie leku do systemowego finansowania ze środków publicznych**. W Polsce brak jest osobnego budżetu na leki onkologiczne, a model refundacyjny nie traktuje w odmienny sposób terapii lekowych mających zastosowanie w leczeniu onkologicznym, **wymagając przejścia przez lek długiej ścieżki formalno-prawnej (180-240 dni) oraz spełnienia wyśrubowanych wymogów kosztowych terapii**

6. Dostępność leczenia raka piersi w Polsce

a) Onkolodzy i ośrodki diagnostyki / terapii

Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Specjalistów Raka Piersi (EUSOMA) kompleksowa opieka nad chorymi powinna się odbywać w ramach specjalistycznych jednostek zajmujących się rozpoznawaniem i leczeniem raka piersi. Najlepszym rozwiązaniem są wielospecjalistyczne zespoły w ramach tzw. BCU (tzw. *breast cancer units*), w których leczy się rocznie przynajmniej 150 chorych na raka piersi. Do czasu utworzenia takich jednostek w Polsce korzystne byłoby skoncentrowanie leczenia w instytucjach o dużym doświadczeniu, dysponujących wielodyscyplinarnym zespołem specjalistów (specjalista chirurgii onkologicznej i chirurgii plastycznej, radioterapeuta, onkolog kliniczny, radiolog, patolog, rehabilitant, psychoonkolog) (13).

Na problem raka piersi zwrócił uwagę Parlament Europejski (PE), który kilkakrotnie wypowiadał się w sprawie diagnostyki i leczenia tej choroby. W swoich rezolucjach PE zalecił krajom członkowskim wprowadzenie badań przesiewowych i zorganizowanie do roku 2016 sieci ośrodków diagnostyki i leczenia. Zebrane dane jednoznacznie wskazują, że wyniki leczenia w takich ośrodkach są lepsze niż przy stosowaniu tradycyjnych rozwiązań organizacyjnych. Komisja Europejska podjęła przygotowania zmierzające do wprowadzenia w Unii Europejskiej systemu certyfikowania ośrodków diagnostyki i leczenia raka piersi. Warto w tym przypadku zauważyć, że polskie ośrodki przystąpiły do programów akredytacji ustanowionych przez SIS (*Synologic International Society*). Akredytację uzyskał ośrodek utworzony w Pomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie. Dalsze ośrodki rozpoczęły prace nad przygotowaniem do uzyskania akredytacji.

Tabela 4. Liczba bezwzględna lekarzy specjalistów zatrudnianych w placówkach ochrony zdrowia w latach 2011-2012 ogółem, z wyszczególnieniem liczby specjalistów z dziedziny radiologii oraz onkologii

Specjaliści	Rok	Ogółem	Z tego		
			I stopnia	II stopnia	Specjalności*
Ogółem	2011	66 849	11 142	43 342	12 365
	2012	67 687	11 044	42 019	14 624
Radiologii	2011	2 401	363	1 402	636
	2012	2 518	340	1 426	752
Onkologii	2011	407	-	123	284
	2012	455	-	151	304

* lekarze, którzy uzyskali specjalizację na nowych zasadach, tj. jednostopniową

Źródło: Opracowano na podstawie (35) (36).

Słuszność tej koncepcji i konieczność zmiany organizacji leczenia przeciwnowotworowego potwierdzają dane o lepszych wynikach leczenia w placówkach specjalistycznych, niż w tych, które funkcjonują według tradycyjnych metod terapeutycznych, nieumożliwiających zastosowania kompleksowej diagnostyki i leczenia⁸. Jednak działania podejmowane w tym zakresie napotykają na problemy, wśród których jednym z poważniejszych są niewystarczające zasoby kadry medycznej w systemie opieki zdrowotnej, co w szczególności dotyczy

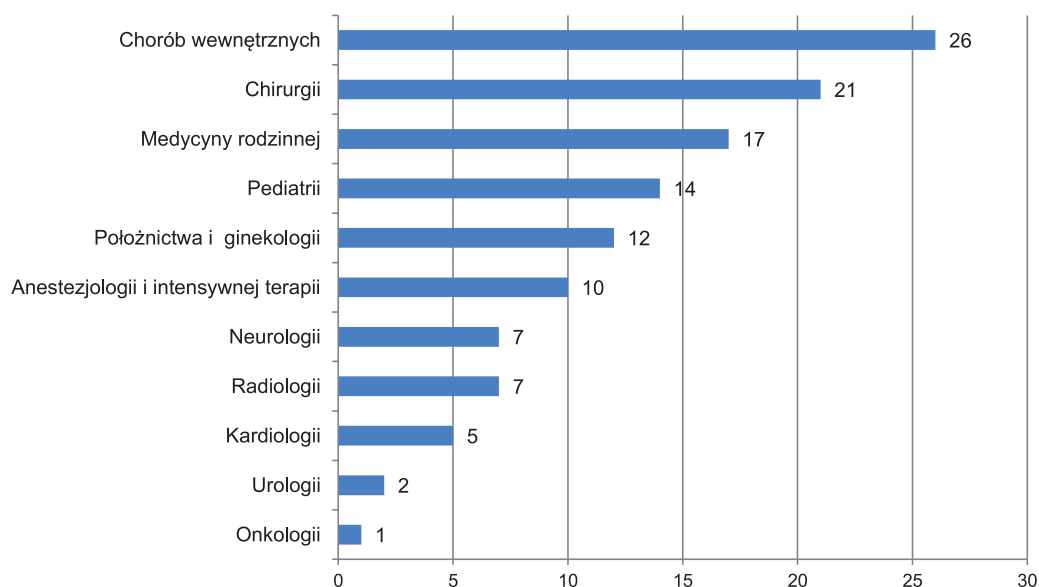
⁸ W Centrum Onkologii w Warszawie i Regionalnych Centrach Onkologii wyleczenia odnotowuje się w przypadku 65% kobiet i 45% mężczyzn, a wskaźnik wyleczeń chorych na raka w innych szpitalach w Polsce wynosi: 45% u kobiet i 30% u mężczyzn (56).



lekarzy specjalistów. Aktualna struktura specjalizacji w polskim systemie opieki zdrowotnej wskazuje na istotne deficyty jeśli chodzi o dostęp pacjentów do specjalistów onkologów.

W latach 2011 oraz 2012 na każde 100 tys. osób przypadają zaledwie 1 specjalista z dziedziny onkologii pracujący w placówce ochrony zdrowia, co po uwzględnieniu danych epidemiologicznych o liczbie tylko nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w ciągu roku, **oznacza leczenie przez 1 specjalistę onkologa 375 nowozdiagnozowanych pacjentów onkologicznych.**

Rysunek 19. Liczba wybranych lekarzy specjalistów zatrudnianych w placówkach ochrony zdrowia na 100 tys. mieszkańców w roku 2012



Źródło: Opracowano na podstawie (36).

Maksymalizacja skuteczności terapii przeciwnowotworowej wymaga uwzględnienia w zaplanowanym i już prowadzonym procesie leczniczym wielu czynników wykraczających poza obszary trzech głównych onkologicznych specjalności lekarskich, tj. onkologii klinicznej, chirurgii i radioterapii onkologicznej. Udział w procesie leczenia raka piersi specjalisty z dziedziny hematologii, psychoonkologii, medycyny rekonstrukcyjnej czy paliatywnej, gwarantuje kompleksowe i optymalne podejście do terapii każdej pacjentki, zapewniając jednocześnie zaplanowanie skutecznych działań leczniczych w długoterminowym horyzoncie „walki z rakiem”. Realizacja koncepcji wielodyscyplinarnych zespołów (ang. *multidisciplinary team*, *MDT*) wymaga z jednej strony zgrupowania specjalistów z wielu dziedzin w ramach zcentralizowanych ośrodków onkologicznych (dla raka piersi są to BCU, ang. *breast cancer units*), z drugiej zaś stworzenia odpowiednich warunków do zwiększenia potencjału specjalistycznej kadry medycznej z różnych specjalizacji.

Prowadzenie terapii w ramach *MDT* jest czynnikiem poprawiającym skuteczność leczenia, szczególnie w przypadku tych pacjentek, u których rak piersi wymaga „niestandardowego” podejścia terapeutycznego. Rozpoczynanie leczenia onkologicznego w ośrodkach, w których lekarz nie ma możliwości współpracy w wielodyscyplinarnym zespole lub nie dysponuje właściwą bazą diagnostyczno-leczniczą może powodować, że całe postępowanie terapeutyczne zostanie „rozdrobnione” na wiele różnych ośrodków i przez to mało skuteczne.

Obecnie w Polsce istnieje trójstopniowy model opieki onkologicznej obejmujący (37):

- powiatowe i dzielnicowe poradnie onkologiczne (I stopień),
- monoterapeutyczne oddziały szpitalne o profilu onkologicznym wraz z podstawowym zapleczem diagnostycznym i częścią ambulatoryjną (II stopień),
- wielospecjalistyczne regionalne i akademickie ośrodki onkologiczne i hematologiczne (III stopień).

Tabela 5. Zestawienie liczbowe lekarzy wg wybranych dziedzin, związanych z leczeniem raka piersi, i stopnia ich specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i niewykonujących zawód – stan na 30.06.2014 roku

Dziiedzina specjalizacji	Liczba specjalistów		Liczba specjalistów I st.		Razem	
	Wszyscy	Wykonujący zawód	Wszyscy	Wykonujący zawód	Wszyscy	Wykonujący zawód
Chirurgia onkologiczna	696	685	0	0	696	685
Genetyka kliniczna	104	100	0	0	104	100
Ginekologia onkologiczna	190	190	0	0	190	190
Medycyna paliatywna	354	352	0	0	354	352
Onkologia	707	692	0	0	707	692
Patomorfologia	609	553	255	215	864	768
Radioterapia onkologiczna	591	540	181	165	772	705

Źródło: Opracowano na podstawie Centralnego Rejestru Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej (www.nil.org.pl).

Zapewnienie chorej na raka piersi kompleksowej opieki na wszystkich etapach choroby – od jej rozpoznania po badania kontrolne prowadzone po zakończeniu aktywnego leczenia, aktualnie jest możliwe w **około 30 wysokospecjalistycznych ośrodkach onkologicznych w Polsce**, ośrodkach o najwyższym stopniu referencyjności.

W ciągu ostatniej dekady zwiększyła się liczba „łóżek onkologicznych” w szpitalach ogólnych, co może świadczyć o wzroście liczby ośrodków o niższych poziomach referencyjności.

Obserwowany wzrost wskaźnika liczby łóżek „onkologicznych” przypadających na 100 tys. mieszkańców stanowi tendencję odwrotną do trendu w państwach europejskich, gdzie od wielu lat obserwowany jest spadek liczby łóżek ogólnych i przenoszenie terapii do placówek specjalistycznej opieki ambulatoryjnej (AOS) (38).

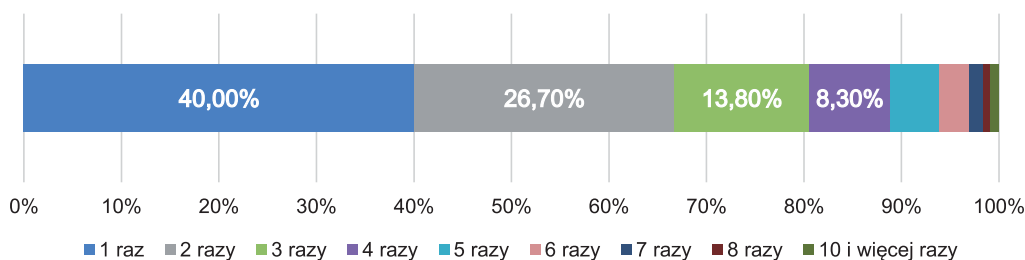
Tabela 6. Wybrane wskaźniki onkologicznych oddziałów szpitalnych prowadzonych w ramach działalności szpitali ogólnych w 2002 i 2012 roku

Rok	Liczba łóżek		Wykorzystanie łóżek	
	Liczba bezwzględna	Na 100 tys. ludności	W dniach	%
2002	3 751	10	309,4	84,8
2012	5 030	13	266,3	73,0

Źródło: Opracowano na podstawie (36).

W tym samym okresie w ramach AOS 2/3 pacjentów skorzystało z bezpłatnej onkologicznej poradni specjalistycznej maksymalnie dwa razy lub mniej (39). Świadczyć to może o ograniczonym dostępie do poradnictwa onkologicznego w związku z długim czasem oczekiwania i/lub ograniczoną liczbą onkologicznych poradni specjalistycznych, a także nadal najczęściej stosowanym w Polsce modelem opieki onkologicznej, opartej na świadczeniach udzielanych w ramach leczenia szpitalnego.

Rocznie 4,5 mld zł przeznaczamy na onkologię, z tego aż 4,14 mld wydatkowanych jest na hospitalizację (łóżka szpitalne). Łóżko w szpitalu kosztuje 400 – 500 zł dziennie, przy czym duża część chorych może być leczonych bez konieczności pozostawiania w szpitalu. Hospitalizacja szpitalna jest potrzebna tym pacjentom, którzy np. podczas leczenia przeciwnowotworowego mają nasilone objawy uboczne. I zdarza się, że dla takiego pacjenta nie ma łóżka, bo zajmuje je pacjent, który mógłby dojeżdżać na radioterapię lub chemioterapię w szpitalu dziennym (40).

Rysunek 20. Struktura wizyt pacjentów w poradniach onkologicznych w roku 2012.

Źródło: Opracowano na podstawie (39).

Innym miernikiem dostępności świadczeń onkologicznych w Polsce jest baza diagnostyczno-lecznicza związana zarówno z liczbą działających pracowni diagnostycznych oraz zasobami sprzętowymi.

Tabela 7. Liczba zakładów radiologii (w podziale na stosowane techniki obrazowania) i diagnostyki izotopowej w szpitalach ogólnych

Rok	Rentgeno- diagnostyki	Ultrasonografii	Diagnostyki izotopowej	Tomografii komputerowej	Rezonansu magnetycznego
2011	697	719	67	345	125
2012	692	734	55	365	124

Źródło: Opracowano na podstawie (35) (36).

Część wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego, w tym aparatura do obrazowania oraz wyposażenie zakładów radioterapii została sfinansowana z budżetu państwa w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. W latach 2007 – 2013 w ramach NPZChN zakupiono między innymi: 4 aparaty USG, 4 cytomammoskopy, 101 aparatów do badania metodą rezonansu magnetycznego, 17 tomografów komputerowych, 5 gamma-kamer SPECT-CT oraz akceleratory (przyspieszacze liniowe) czy tomografy komputerowe z wirtualną stacją planowania leczenia (23).

Niemniej jednak, najnowszy Raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący realizacji NPZChN ocenia negatywnie skontrolowane doposażenia zakładów radioterapii i diagnostyki nowotworów wskazując, że pacjenci wciąż zbyt długo czekają na rozpoczęcie leczenia napromieniowaniem, co zmniejsza ich szanse na wyleczenie⁹. Zgodnie z informacjami NIK, w 1/5 skontrolowanych ośrodków radioterapii czas oczekiwania na udzielenie świadczenia był dłuższy niż 4 tygodnie, a w skrajnych wypadkach wynosił nawet ponad dwa miesiące. Pomimo, że od 2006 roku do połowy 2013 roku na radioterapię wydano łącznie blisko miliard złotych (tj. 55,7% wydatków poniesionych na cały Program) wciąż nie osiągnięto planowanego (i zalecanego m.in. przez WHO) poziomu jednego aparatu na 250 tys. osób. Na koniec 2012 roku, jeden aparat do radioterapii przypadał średnio na 321 tys. osób, a w poszczególnych województwach na od 242 tys. do 426 tys. osób. Normę zalecaną przez WHO spełniały tylko dwa województwa: warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie.

Innym problem wpływającym na dostępność do diagnostyki i terapii przeciwnowotworowej w Polsce są wartości umów zawieranych przez szpitale z NFZ. Zgodnie z wynikami kontroli NIK zbyt niskie wyceny świadczeń uniemożliwiły wykorzystanie zakupionych w ramach NPZChN skanerów tomografii pozytonowej (PET), których koszt od 2006 roku wyniósł ponad 90 milionów. Zgodnie z celami NPZChN do 2008 roku jeden ośrodek PET powinien przypadać na 10 mln mieszkańców, a później docelowo każdy aparat powinien wykonywać co najmniej 2000 badań rocznie. Zgodnie z danymi NIK w grudniu 2012 roku w publicznych placówkach zainstalowanych było siedem tomografów zakupionych w ramach NPZChN. Cztery z nich wykonywały mniej niż dwa

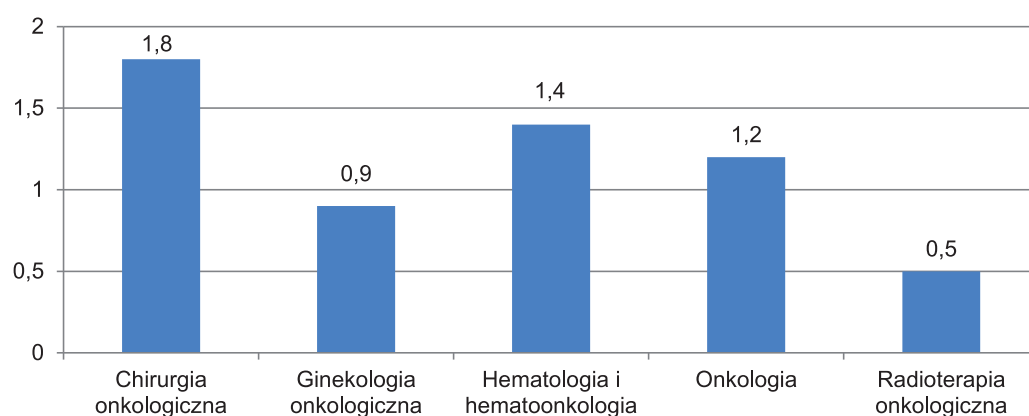
⁹ <http://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-realizacji-programu-zwalczania-nowotworow.html>

tysiące badań rocznie, przede wszystkim z powodu niskich wartości kontraktów z NFZ. Zwiększenie liczby ośrodków onkologicznych wyposażonych w urządzenia PET nie doprowadziło do skrócenia kolejki oczekujących. W trzech skontrolowanych ośrodkach PET wzrosła natomiast liczba oczekujących na badanie i doszło do wydłużenia czasu oczekiwania.

Niedobory kadrowe, nieskoordynowana organizacja świadczeń onkologicznych, nieefektywna alokacja środków finansowych czy limitowanie niektórych świadczeń powoduje wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów na leczenie przeciwnowotworowe, a to z kolei determinuje gorsze wyniki leczenia.

Zgodnie z danymi OnkoBarometr WHC o poszczególnych dziedzinach onkologicznych: chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, hematologii i hematoonkologii, onkologii oraz radioterapii onkologicznej, najdłuższe kolejki odnotowano w chirurgii onkologicznej, gdzie średnio na uzyskanie świadczenia trzeba poczekać ok. 1,8 mies., następnie w hematologii i hematoonkologii (1,4 mies.), onkologii (1,2 mies.) oraz ginekologii onkologicznej (0,9 mies.), a obecnie średnio najlepszy jest dostęp do świadczeń radioterapii onkologicznej (0,5 mies.).

Rysunek 21. Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (w mies.) w poszczególnych dziedzinach onkologicznych

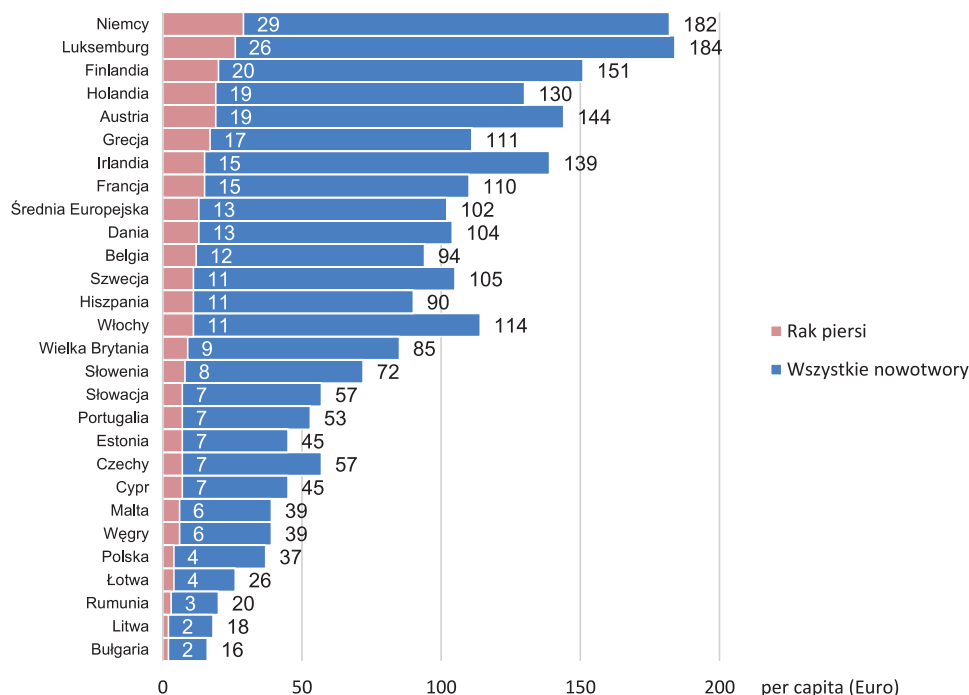


Źródło: Opracowano na podstawie (41).

b) Wydatki na leczenie

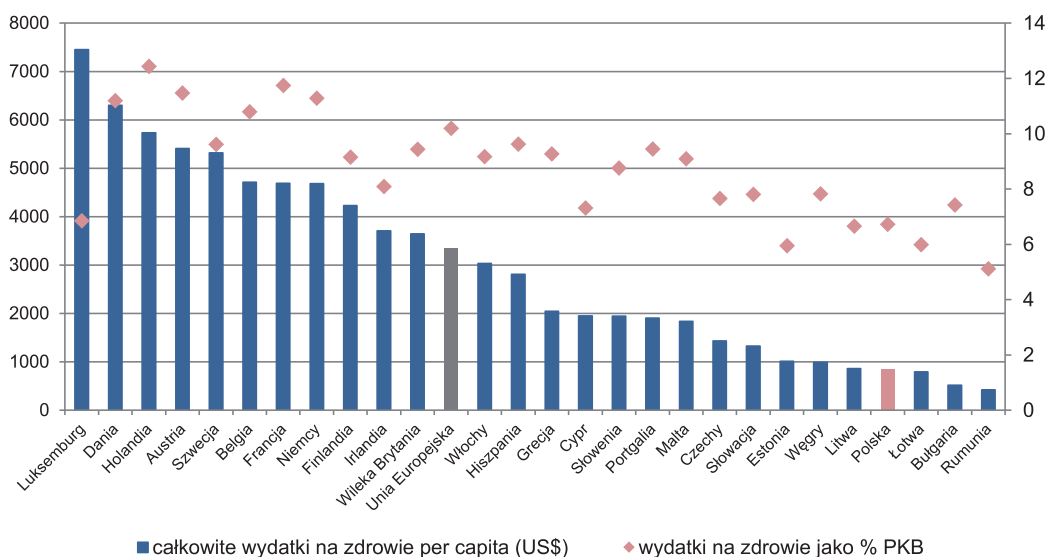
W roku 2009 całkowite nakłady na onkologię we wszystkich państwach Unii Europejskiej oszacowano na 126 mld euro, z czego 51 mld euro to koszty poniesione na opiekę medyczną. Największym kosztowym obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia były wydatki na hospitalizacje onkologiczne (56%), a następnie koszty leków (27%) oraz opieki ambulatoryjnej, podstawowej opieki zdrowotnej i ratownictwa (łącznie 18%). Koszty onkologicznej opieki medycznej przypadające na jednego obywatela Unii Europejskiej wyniosły średnio 102 euro i różniły się znacznie pomiędzy poszczególnymi państwami, od 16 euro w Bułgarii do 184 euro w Luksemburgu (**w Polsce 37 euro na osobę**) (42). Największe całkowite obciążenie dla społeczeństwa europejskiego (uwzględniając utratę produktywności) w obszarze chorób onkologicznych związane było z rakiem płuca (18,8 mld euro), a następnie rakiem piersi (15,0 mld euro), rakiem jelita grubego (13,1 mld euro) oraz rakiem prostaty (8,43 mld euro). Jednak analizując koszty medyczne chorób onkologicznych to rak piersi okazał się najbardziej kosztochłonny dla systemów ochrony zdrowia (6,73 mld euro) w skali europejskiej, ze średnim kosztem na osobę w wysokości 13 euro (42).

Rysunek 22. Średnie wydatki na onkologiczne świadczenia medyczne z wyodrębnieniem kosztów leczenia raka piersi w przeliczeniu na osobę w 2009 roku w krajach europejskich



Źródło: Opracowano na podstawie (42).

Rysunek 23. Całkowite wydatki na zdrowie na osobę (per capita) w poszczególnych państwach Europy i ich udział procentowy w PKB w roku 2012



Opracowano na podstawie danych banku światowego za rok 2012
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS/countries/all?display=default>.

Jak wskazują wyniki badań zaprezentowane podczas Europejskiego Kongresu Onkologicznego w 2013 roku (ECC 2013), **jakość i efektywność leczenia onkologicznego jest uzależniona od funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w danym kraju**. Skuteczność leczenia raka, w tym leczenia raka piersi, jest silnie skorelowana z nakładami finansowymi na ochronę zdrowia. W krajach europejskich o wysokich nakładach na

slużbę zdrowia udaje się wyleczyć aż o 1/3 więcej chorych na raka niż w państwach o najniższych nakładach na opiekę zdrowotną, co przekłada się na niższą śmiertelność (8).

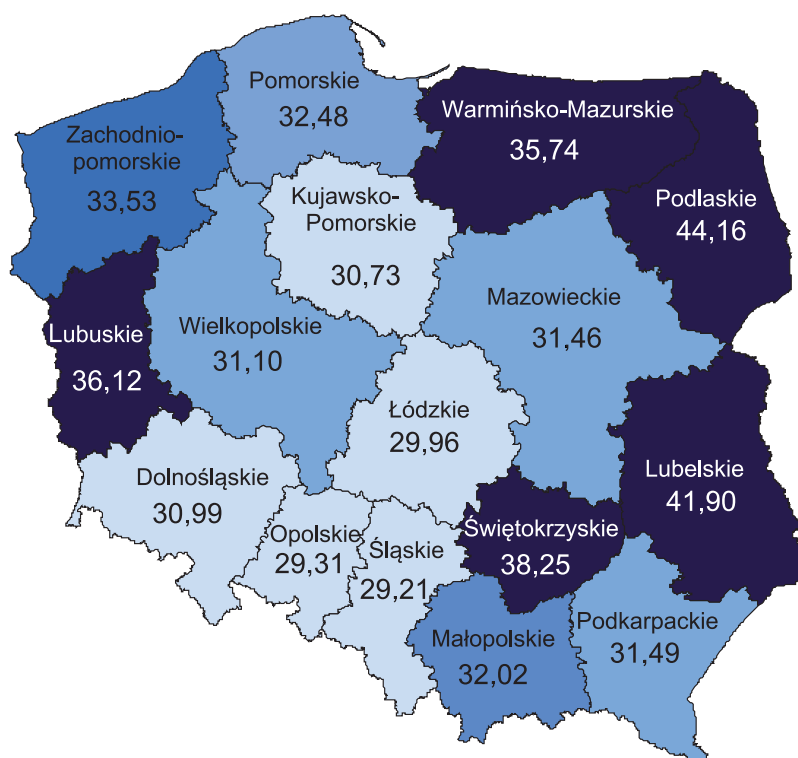
W statystykach Banku Światowego wysokość nakładów na ochronę zdrowia poniesionych w roku 2012 plasuje Polskę na 24. miejscu na 27 państw Unii Europejskiej.

Mimo, że Polska wyraźnie zajmuje jedno z końcowych miejsc w tych statystykach, na przestrzeni ostatnich lat wartość umów zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami w zakresach onkologicznych zwiększała się co roku. W roku 2004 wartość tych umów we wszystkich rodzajach świadczeń wynosiła 1,2 mld zł, **natomiast w roku 2013 ponad 4,5 mld zł** (9).

W roku 2013 wydatki płatnika publicznego na świadczenia związane z diagnostyką i leczeniem raka piersi (bez wydatków na profilaktyczne programy zdrowotne oraz refundację leków w aptekach ogólnodostępnych) osiągnęły wysokość **732,9 mln zł**, z czego ponad 86,8% generowały świadczenia udzielane w ramach lecznictwa szpitalnego oraz 7,6% świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (61).

Opublikowana w roku 2014 analiza danych NFZ (43) dotyczących szerokiego spektrum wydatków ponoszonych na świadczenia udzielane pacjentom onkologicznym wykazała, że w roku 2011 płatnik publiczny sfinansował na rzecz chorujących na raka piersi świadczenia zdrowotne (sprawozdane dla rozpoznania raka piersi jako rozpoznania głównego lub współistniejącego tzn. świadczenia bezpośrednio i pośrednio związane z tym rozpoznaniem) na łączną kwotę 1,16 mld zł. Zgodnie z przyjętą systematyką kosztów rak piersi był najbardziej kosztochłonnym rozpoznaniem onkologicznym z perspektywy płatnika publicznego. Porównanie do danych za rok 2002 sugeruje 7,5-krotny wzrost nakładów na diagnostykę i leczenie pacjentów chorujących na raka piersi w Polsce (ale analizując te dane trzeba się liczyć z niekompletnością informacji z okresu funkcjonowania Kas Chorych w Polsce).

Rysunek 24. Różnice w wydatkach NFZ przeznaczonych na leczenie chorych, u których w roku 2010 rozpoznano raka piersi (wartości w tys. zł)



Źródło: Opracowano na podstawie (44).

Średnie wysokości wydatków na leczenie chorych na raka piersi różnią się znacznie pomiędzy województwami (44). W roku 2010 najniższe wydatki (poniżej 30 tys. zł na osobę) zanotowano w województwach śląskim, opolskim i łódzkim, a najwyższe — w województwach podlaskim i lubelskim (odpowiednio ok. 44 i ok. 42 tys. zł). Wydatki na osobę zdecydowanie obniżały się z wiekiem pacjentek, z ok. 67 tys. zł u chorujących 30-latek do ok. 10 tys. zł u kobiet powyżej 80. roku życia. Wydatki płatnika na pacjentki, które przebyły badanie przesiewowe w kierunku raka piersi, były o około 8–15% niższe niż u pozostałych chorych. Powyższe różnice związane są ze stosowaniem innych metod leczenia u chorych w różnych grupach wiekowych i w różnym stopniu zaawansowania. Chore po 75. roku życia otrzymują częściej hormonoterapię, która jest znacznie tańsza od chemioterapii. Niższy jest u nich także odsetek terapii chirurgicznych z zachowaniem piersi, gdzie dodatkowo stosuje się radioterapię.

Kolejne analizy danych NFZ (45) (46) wykazują wzrost wskaźników 5-letnich przeżycia chorych na raka piersi w Polsce w latach 2004–2007 i 2005–2007, przy czym każda z nich niezależnie wykazała dużą rozpiętość w poszczególnych województwach (w granicach od 66% do 79% (45) oraz od 75,3% do 82,4% (46)).

Duże różnice w wynikach, metodach i kosztach leczenia pomiędzy województwami mogą świadczyć o niestosowaniu jednolitych schematów postępowania oraz o niewłaściwym systemie refinansowania świadczeń (46).

Biorąc pod uwagę zależność między efektami leczenia a ponoszonymi na nie nakładami, zarówno w skali europejskiej, jak i krajowej, kobiety chorujące na raka piersi nie mają zagwarantowanego równego dostępu do leczenia, gdyż o wyborze leczenia i poziomie jego finansowania decyduje miejsce zamieszkania.

Zgodnie z opiniami ekspertów, jest też niepokojące, że w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce, kluczowym wynikiem w działalności medycznej szpitala jest nadal wynik finansowy, nie zaś skuteczność i kompleksowość prowadzonej terapii.

c) Skuteczność diagnostyki i leczenia oraz perspektywy jej poprawy

Ocena aktualnego poziomu diagnostyki i leczenia raka piersi w Polsce dokonywana z punktu widzenia zmian, jakie zaszły w ciągu ostatnich lat, niewątpliwie wypada pozytywnie. Mimo, że walka z rakiem piersi nadal stanowi wyzwanie, to Polki otrzymały skuteczniejsze narzędzia do jej wygrania. Systemowym przełomem determinującym poprawę efektów leczenia raka piersi był wprowadzony w 2006 roku Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, który dzięki powszechnym i bezpłatnym badaniom przesiewowym wpłynął na zwiększenie wykrywalności wczesnego stadium choroby i dał szansę na uzyskanie lepszych wyników leczenia. Zwiększenie liczby narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych (do radioterapii i brachyterapii) spowodowało w długim horyzoncie poprawę dostępności, skrócenie czasu oczekiwania i wyższą jakość leczenia promieniowaniem. Ważnym dla leczenia raka piersi aspektem jest także systematyczne zwiększanie nakładów na leczenie w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ.

Jednakże ocena skuteczności diagnostyki i leczenia raka piersi u Polek z perspektywy wskaźników przeżyć 5-letnich, przeprowadzona na tle innych państw Europy, lub z perspektywy wyzwań najbliższej przyszłości, kiedy to konieczne będzie leczenie coraz większej liczby diagnozowanych chorych, wciąż pozostawia wiele do życzenia.

Aktualnie system opieki onkologicznej w Polsce nie koncentruje swoich działań na potrzebach medycznych chorych na raka (lub osób, które mogą zachorować czy są w trakcie diagnostyki), ale jest wypadkową wielu zmiennych historycznych, organizacyjnych i finansowych.

Zgodnie z przedstawionymi przez OECD w 2011 roku czynnikami determinującymi skuteczność leczenia onkologicznego można przyjąć, że w walce z rakiem piersi (47):

- **prawie w 50% różnica w skuteczności leczenia zależy od dostępnych zasobów**, czyli:
 - poziomu nakładów na system ochrony zdrowia



- liczby i skali klinicznej dostępności nowych leków
- liczby tomografów komputerowych w proporcji do populacji
- liczby specjalistycznych ośrodków leczenia raka w proporcji do populacji
- **około 33% różnic w skuteczności leczenia** spowodowanych jest kombinacją czynników jakościowych w świadczonych usługach medycznych:
 - skuteczność badań przesiewowych
 - czas upływający pomiędzy rozpoznaniem a rozpoczęciem terapii
 - zastosowanie optymalnego skojarzonego leczenia
- **prawie 25% różnic w skuteczności leczenia** zależy od sposobu zarządzania systemem opieki onkologicznej.

W kontekście tych parametrów, nakłady na leczenie raka, mimo że coraz wyższe, wydają się jednak wciąż niewystarczające i wydatkowane przez system opieki zdrowotnej w sposób niegwarantujący chorej dostępu do szybkiego i kompleksowego leczenia w ramach wyspecjalizowanych ośrodków leczenia raka piersi. Także dostęp do refundacji skutecznych terapii lekowych, które mogą wydłużać życie pacjentkom, również w przypadku najbardziej zaawansowanych stadiów choroby, jest ograniczony. Liczba onkologów przypadająca na jednego chorego z rozpoznaniem onkologicznym w Polsce wydłuża czas oczekiwania na leczenie, a chorym pozostają długie kolejki lub leczenie komercyjne.

Sytuację obecną mają zmienić dwie rewolucje w funkcjonowaniu polskiej onkologii:

- **opracowana „Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2024”,**
- **wprowadzany aktualnie przez Ministerstwo Zdrowia „pakiet kolejkowy” zawierający szereg aktów prawnych, będący próbą zmniejszenia problemu kolejek do lekarzy specjalistów oraz poprawy dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w Polsce.**

„Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2024” (5) obejmuje szeroki zakres zagadnień, od zdrowotnej edukacji społecznej, zapobiegania chorobom nowotworowym i ich wczesnego wykrywania, poprzez rozwój badań nad rakiem, do poprawienia opieki onkologicznej w trakcie choroby i po jej zakończeniu. W centrum uwagi wszystkich proponowanych rozwiązań jest pacjent; mają one usprawnić wczesne wykrycie choroby, ułatwić i przyspieszyć ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną, zapewnić najlepszy możliwy sposób leczenia, ułatwić rehabilitację fizyczną i psychiczną po leczeniu, poprawić jakość życia, ułatwić wyjście z choroby oraz wspierać zaspokajanie psychologicznych i społecznych potrzeb chorych.

Sprzyjać temu będą zwłaszcza: koordynacja wszystkich elementów walki z rakiem w skali całego kraju, oparta o znajomość potrzeb i zasobów, zastąpienie kosztownego modelu diagnostyki i leczenia, bazującego głównie na hospitalizacji, coraz sprawniejszą i znacznie tańszą opieką w trybie ambulatoryjnym.

Chodzi także o usprawnienie struktury organizacyjnej systemu opieki onkologicznej na jej wszystkich etapach, wzmocnienie roli lekarzy POZ w profilaktyce, wstępnej diagnostyce i prowadzeniu pacjenta po zakończeniu leczenia onkologicznego, zniesienie limitowania onkologicznych świadczeń diagnostycznych i leczniczych, w powiązaniu z ich terminowością i wysoką jakością, powołanie koordynatorów opieki onkologicznej, wielodyscyplinarne planowanie leczenia według obowiązujących standardów i stałe podnoszenie wiedzy i kwalifikacji personelu medycznego.

Natomiast, wśród propozycji zmian przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia (48), największe dotyczą zniesienia limitów na świadczenia onkologiczne oraz skrócenia czasu diagnozy nowotworu złośliwego. Potwierdzenie lub wykluczenie choroby ma trwać nie dłużej niż siedem tygodni. Diagnozą i leczeniem będą mogły zająć się te jednostki, które przystąpią do programu „Szybkiej diagnostyki onkologicznej” i zagwarantują wykonanie poszczególnych świadczeń w ściśle określonych terminach. Projekt ustawy przewiduje, że diagnostyka podstawowa, pogłębiona i leczenie nie muszą być realizowane w ramach jednego ośrodka

onkologicznego. A inicjatorem procesu diagnostycznego będzie lekarz POZ, który na podstawie specjalnej karty będzie kierował pacjenta na wizytę do onkologa lub innego specjalisty. Projekt przewiduje jednocześnie, że świadczenia z zakresu leczenia onkologicznego będą tzw. świadczeniami nielimitowanymi, co oznacza, że w przypadku wykorzystania limitu, kwota zobowiązania określona w umowie ze szpitalami zostanie zwiększona do faktycznego jej wykonania.

W zakresie infrastruktury opieki medycznej planowane jest tworzenie tzw. map zdrowotnych, które już na poziomie poszczególnych powiatów mają określać rzeczywiste potrzeby Polaków. Mapowanie potrzeb zdrowotnych ma pozwolić, zgodnie z założeniami, na zapewnienie na danym terenie bardziej racjonalnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i inwestycji w sektorze ochrony zdrowia oraz zmniejszenie możliwości podejmowania czysto arbitralnych decyzji w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, a także zwiększenie transparentności systemu inwestowania i procesu zawierania umów ze świadczeniodawcami.

Wszystkie aktualnie projektowane zmiany będą systematycznie wchodziły w życie, a ich oddziaływanie na pojedynczego chorego będzie odczuwalne w perspektywie najbliższych lat. Jednak **w przypadku ich implementacji, reorganizacja systemu opieki onkologicznej na osi wszystkich działań umieści pacjenta i jego potrzeby, co spowoduje, że chory będzie miał możliwość skorzystania z synergizmu wszystkich dostępnych metod leczenia.**

Podsumowanie najważniejszych elementów Rozdziału 6.:

- jakość i efektywność leczenia chorych na nowotwory złośliwe piersi **uzależnione są od całokształtu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** w danym kraju oraz od zasobów jakimi dysponuje on w ramach opieki onkologicznej
- na tle innych państw europejskich Polska zajmuje **jedno z ostatnich miejsc w zakresie nakładów finansowych na opiekę zdrowotną**
- na leczenie onkologiczne raka piersi w Polsce wydawane jest **4 euro rocznie** na jednego obywatela, podczas gdy Unii Europejskiej jest to **średnio 13 euro**
- co roku całkowite **nakłady finansowe** na świadczenia onkologiczne, w tym na leczenie raka piersi, **zwiększają się**, jednak istotna jest także efektywna **alokacja** tych środków (w ujęciu regionalnym oraz rodzajów kontraktowanych świadczeń)
- **niedobory kadrowe** (w szczególności dotyczące liczby specjalistów onkologów), **nieskoordynowana organizacja świadczeń onkologicznych** (brak odpowiedniej liczby BCU), **nieefektywna alokacja środków finansowych** czy **limitowanie niezbędnych świadczeń** powoduje **wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów na leczenie przeciwnowotworowe, a to z kolei determinuje gorsze wyniki leczenia**
- w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce, kluczowym wynikiem w działalności medycznej szpitala jest **nadal wynik finansowy, nie zaś skuteczność i kompleksowość prowadzonej terapii**
- aktualnie jesteśmy świadkami projektowania ważnych zmian w funkcjonowaniu polskiej onkologii, wychodzących ze strony rządowej i różnych zaangażowanych środowisk – **w ramach ich implementacji dojdzie do reorganizacji systemu opieki onkologicznej, który na osi wszystkich działań opieki medycznej umieszcza pacjenta, i wokół niego i jego potrzeb koncentruje wszystkie aktywności**
- oddziaływanie projektowanych zmian na pojedynczego chorego będzie odczuwalne w perspektywie najbliższych lat, niemniej jednak nie wolno w nich zapomnieć, że opieka **nad kobietami chorującymi na raka piersi** i tymi, które zachorują w najbliższych latach, powinny być **uwzględniane jako jeden z onkologicznych priorytetów zdrowotnych Polski**

7. Rak piersi – finansowanie świadczeń przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych

a) Absencja chorobowa spowodowana przez raka piersi

Prowadzone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych badania z zakresu przyczyn niezdolności do pracy, zarówno czasowej, tj. absencji chorobowej, jak też długotrwałej, poprzez analizę orzecznictwa lekarskiego umożliwiają badanie przyczyn chorobowych z dokładnością do jednostki chorobowej zdefiniowanej zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych rewizja Dziesiąta (ICD-10).

Zwracamy uwagę, że dane statystyczne, którymi dysponuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych dotyczą przypadków osób ubezpieczonych, m.in. pracowników, osób prowadzących działalność gospodarczą, w tym także tych emerytów, którzy pozostają w zatrudnieniu i którzy to ubezpieczeni wystąpili o określone świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w związku z określonymi schorzeniami. Dane te nie obejmują rolników indywidualnych i członków ich rodzin, a także tzw. służb mundurowych.

W roku 2013 w Rejestrze zaświadczeń lekarskich KSI ZUS zostało zarejestrowanych **17 333,9 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej** wydanych osobom ubezpieczonym w ZUS na łączną liczbę 213 397,7 tys. dni absencji chorobowej. Z tytułu nowotworów (C00-D48) odnotowano 352,5 tys. zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 7 474,3 tys. dni. Nowotwór złośliwy sutka (C50) spowodował wydanie 39,9 tys. zaświadczeń lekarskich na 974,5 tys. dni absencji.

Tabela 8. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej w tys.			Liczba zaświadczeń ¹⁰ lekarskich w tys.			Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w dniach		
	Ogółem	w tym:		Ogółem	w tym:		Ogółem	w tym:	
		Mężczyźni	Kobiety		Mężczyźni	Kobiety		Mężczyźni	Kobiety
OGÓŁEM (A00-Z99)	213 397,7	94 536,7	118 780,8	17 333,9	8 138,7	9 188,9	12,31	11,62	12,93
w tym: Nowotwory (C00-D48)	7 474,3	2 854,9	4 617,7	352,5	136,6	215,8	21,21	20,90	21,40
w tym: Nowotwór złośliwy sutka (C50)	974,5	3,8	970,5	39,9	0,2	39,6	24,42	17,01	24,48

Źródło: ZUS

W roku 2013 przeciętna absencja skumulowana (suma dni absencji w roku dla danej osoby) wyniosła ogółem 36,33 dnia, a liczba osób, którym wystawiono choć jedno zaświadczenie lekarskie to 5 869,6 tys.

Liczba ubezpieczonych, którym w roku 2013 wystawiono choć jedno zaświadczenie z tytułu nowotworu złośliwego sutka wyniosła 11,8 tys. osób, a przeciętna długość absencji w roku z powodu tej choroby wyniosła 82,75 dnia. Wśród osób przebywających w roku 2013 na zwolnieniu w związku z nowotworem złośliwym sutka przeważały kobiety. Ich udział wyniósł 98,3%.

¹⁰ Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy wystawione przez lekarza posiadającego odpowiednie upoważnienie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Tabela 9. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej

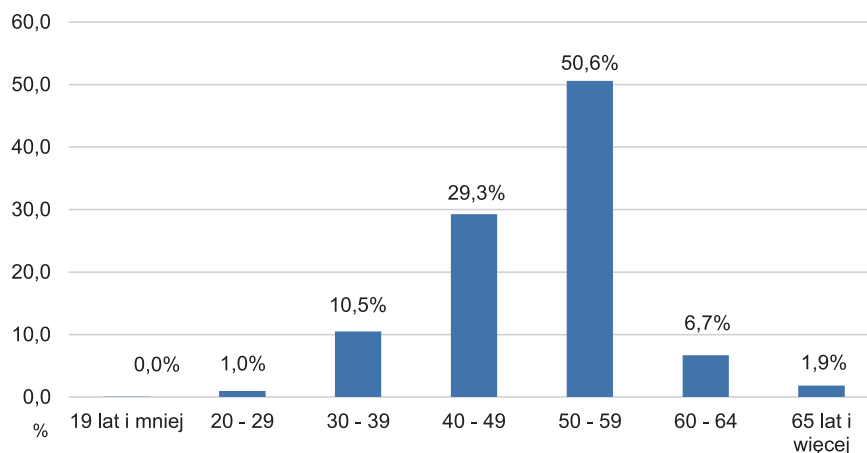
Wyszczególnienie	Liczba osób w tys.			Przeciętna długość absencji chorobowej w roku w dniach		
	Ogółem	w tym:		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
		Mężczyźni	Kobiety			
OGÓŁEM (A00-Z99)	5 869,6	2 823,2	3 042,5	36,33	33,46	39,03
w tym:						
Nowotwory złośliwe (C00-D48)	155,6	54,3	101,2	48,04	52,60	45,61
w tym:						
Nowotwór złośliwy sutka (C50)	11,8	0,1	11,6	82,75	28,23	83,43

Źródło: ZUS

Tabela 10. Struktura osób ubezpieczonych w ZUS, którym w danym roku wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej nowotworem złośliwym sutka według wieku i płci

Wiek ubezpieczonych	C50					
	OGÓŁEM		Mężczyźni		Kobiety	
	liczba	w odsetkach	liczba	w odsetkach	liczba	w odsetkach
OGÓŁEM	12 234	100,0	136	100,0	12 098	100,0
19 lat i mniej	3	0,0	1	0,7	2	0,0
20 – 29	130	1,1	13	9,6	117	1,0
30 – 39	1 302	10,6	25	18,4	1 277	10,5
40 – 49	3 561	29,1	20	14,7	3 541	29,3
50 – 59	6 174	50,5	46	33,8	6 128	50,6
60 – 64	828	6,8	20	14,7	808	6,7
65 lat i więcej	236	1,9	11	8,1	225	1,9

Źródło: ZUS

Rysunek 25. Struktura kobiet ubezpieczonych w ZUS, którym w 2013 roku wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy w związku z nowotworem złośliwym sutka według ich wieku

Źródło: ZUS

Na 12,1 tys. kobiet, którym wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu nowotworu złośliwego sutka, **6,1 tys.** było w wieku od 50 do 59 lat (50,6 %).

b) Świadczenia rehabilitacyjne związane z leczeniem raka piersi

Po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, ubezpieczonemu, który nadal jest niezdolny do pracy, przysługuje świadczenie rehabilitacyjne. Świadczenie to przysługuje przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. W 2013 roku orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników, w których ustalone zostało uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego, otrzymało 85 073 osób. Z tytułu nowotworów takie orzeczenie otrzymało 8 057 osób. Natomiast w związku z nowotworem złośliwym sutka orzeczenie otrzymało 2 270 osób, w tym 2 260 kobiet.

Tabela 11. Orzeczenia ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydane przez lekarzy orzeczników

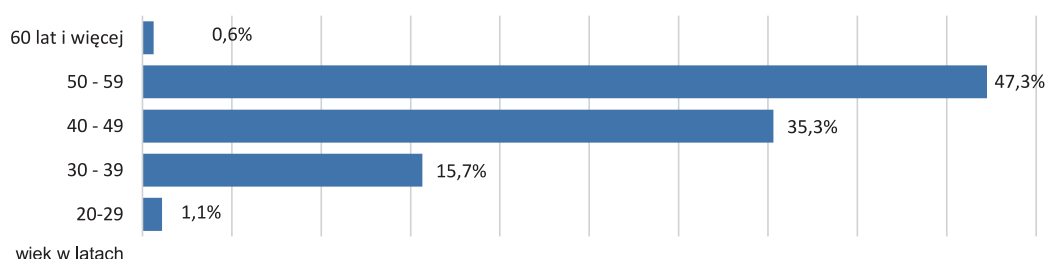
Wyszczególnienie	Orzeczenia pierwszorazowe				Orzeczenia ponowne			
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	nieustalona płeć	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	nieustalona płeć
OGÓŁEM (A00-Z99)	85 073	46 580	38 442	51	72 177	39 320	32 846	11
w tym:								
Nowotwory (C00-D48)	8 057	2 880	5 160	17	3 276	1 154	2 121	1
w tym:								
Nowotwór złośliwy sutka (C50)	2 270	8	2 260	2	874	6	868	–

Źródło: ZUS

W przypadku orzeczeń ponownych, w których ustalono uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego, orzeczenia wydane w związku z nowotworem złośliwym sutka stanowiły 26,7% orzeczeń ponownych wydanych w związku z nowotworami.

Dominującym przedziałem wieku dla grupy badanych po raz pierwszy w związku z nowotworem złośliwym sutka był przedział od 50 do 59 lat (47,3% badanych legitymowało się takim wiekiem).

Rysunek 26. Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających w 2013 roku uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu nowotworu złośliwego sutka u kobiet według ich wieku



Źródło: ZUS

Najwyższy odsetek orzeczeń pierwszorazowych uprawniających do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu nowotworu złośliwego sutka tj. 1 256 orzeczeń (55,3%) wydano na okres od 4 do 6 miesięcy, na okres od 10-12 miesięcy – 619 orzeczeń (27,3%), zaś na okres od 7-9 miesięcy – 238 orzeczeń (10,5%). Na okres do 3 miesięcy wydano 156 orzeczeń co stanowiło 6,9%.

Tabela 12. Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu nowotworu złośliwego sutka według wieku i płci badanych

Wiek ubezpieczonych	C50					
	OGÓŁEM		Mężczyźni		Kobiety	
	liczba	w odsetkach	liczba	w odsetkach	liczba	w odsetkach
OGÓŁEM	2 270	100,0	8	100,0	2 260	100,0
20 – 29	27	1,2	1	12,5	26	1,1
30 – 39	354	15,6	–	–	354	15,7
40 – 49	798	35,2	–	–	798	35,3
50 – 59	1 074	47,3	6	75,0	1068	47,3
60 lat i więcej	15	0,7	1	12,5	14	0,6
nieustalony wiek	2	0,0	–	–	–	–

Źródło: ZUS

Tabela 13. Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu nowotworu złośliwego sutka według wieku osób badanych i okresu ważności orzeczenia

Wyszczególnienie	Ogółem liczba orzeczeń	Orzeczenia wydane na okres:			
		do 3 miesięcy	4-6 miesięcy	7-9 miesięcy	10-12 miesięcy
		w odsetkach ogółem = 100			
OGÓŁEM	2 270	6,9	55,3	10,5	27,3
20 – 29	27	7,4	33,3	14,8	44,5
30 – 39	354	5,4	55,9	12,4	26,3
40 – 49	798	7,3	54,0	10,5	28,2
50 – 59	1 074	7,1	56,6	9,9	26,4
60 lat i więcej	15	6,6	66,7	–	26,7
nieustalony wiek	2	–	–	–	100,0

Źródło: ZUS

c) Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej przez raka piersi

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, orzeczenia o niezdolności do pracy wydane przez lekarzy orzeczników ZUS stanowią podstawę do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2013 roku lekarze orzecznicy ZUS wydali ogółem 45 868 orzeczeń pierwszorazowych ustalając niezdolność do pracy dla celów rentowych. Z tytułu nowotworów (C00-D48) wydano 10 250 orzeczeń. Nowotwór złośliwy sutka był przyczyną wydania 1 646 orzeczeń pierwszorazowych.

Ponowne badanie rencistów umożliwia ustalenie zmian stanu zdrowia badanych po upływie czasu określonego w poprzednim orzeczeniu. Z reguły badaniom ponownym poddawani są renciści mający orzeczenie o niezdolności do pracy na czas określony. W przypadku rencistów z nowotworem złośliwym sutka dla 3 296 osób wydano orzeczenie ponowne. Wśród osób, którym wydano orzeczenie pierwszorazowe i ponowne w związku z niezdolnością do pracy z tytułu nowotworu złośliwego sutka kobiety stanowiły 98,8% (1 626 orzeczeń pierwszorazowych) i 98,7% (3 253 orzeczeń ponownych).



Tabela 14. Orzeczenia wydane przez lekarzy orzeczników ZUS dla celów rentowych

Wyszczególnienie	Orzeczenia pierwszorazowe				Orzeczenia ponowne			
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	nieustalona płeć	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	nieustalona płeć
OGÓŁEM (A00-Z99)	45 868	29 571	15 872	425	249 310	164 660	84 184	466
w tym: Nowotwory (C00-D48)	10 250	5 386	4 653	211	20 008	10 714	9 053	241
w tym: Nowotwór złośliwy sutka (C50)	1 646	12	1 626	8	3 296	26	3 253	17

Źródło: ZUS

Tabela 15. Orzeczenia pierwszorazowe i ponowne wydane przez lekarzy orzeczników ZUS dla celów rentowych w 2013 roku z tytułu nowotworu złośliwego sutka według wieku i płci badanych

Wiek ubezpieczonych	Orzeczenia pierwszorazowe					
	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	liczba	w odsetkach	liczba	w odsetkach	liczba	w odsetkach
OGÓŁEM	1 646	100,0	12	100,0	1 626	100,0
20 – 29	18	1,1	1	8,3	17	1,1
30 – 39	181	11,0	1	8,3	180	11,1
40 – 49	549	27,9	–	–	459	28,2
50 – 59	971	59,0	6	50,0	965	59,3
60 lat i więcej	9	0,5	4	33,4	5	0,3
nieustalony wiek	8	0,5	–	–	–	–

Źródło: ZUS

Wiek ubezpieczonych	Orzeczenia ponowne					
	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	liczba	w odsetkach	liczba	w odsetkach	liczba	w odsetkach
OGÓŁEM	3 296	100,0	26	100,0	3 253	100,0
20 – 29	4	0,1	–	–	4	0,1
30 – 39	197	6,0	–	–	197	6,1
40 – 49	763	23,1	7	26,9	755	23,2
50 – 59	2 275	69,0	15	57,7	2 259	69,4
60 lat i więcej	42	1,3	4	15,4	38	1,2
nieustalony wiek	15	0,5	–	–	–	–

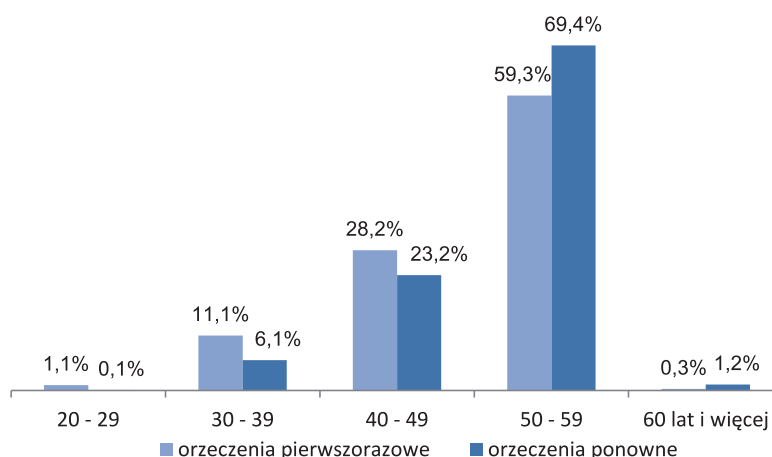
Źródło: ZUS

Dominującym przedziałem wieku był przedział od 50 do 59 lat, odpowiednio w orzeczeniach pierwszorazowych kobiety w tym wieku stanowiły 59,3 % i w orzeczeniach ponownych 69,4%.

W grupie badanych, którzy w 2013 roku otrzymali orzeczenie o niezdolności do pracy w związku z nowotworem sutka orzeczono:

Orzeczeń pierwszorazowych	1 646
- ustalających całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	272
- ustalających całkowitą niezdolność do pracy	968
- ustalających częściową niezdolność do pracy	406
Orzeczeń ponownych	3 296
- ustalających całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	560
- ustalających całkowitą niezdolność do pracy	1 031
- ustalających częściową niezdolność do pracy	1 705

Rysunek 27. Struktura orzeczeń pierwszorazowych i ponownych wydanych kobietom dla celów rentowych z tytułu nowotworu złośliwego sutka według ich wieku

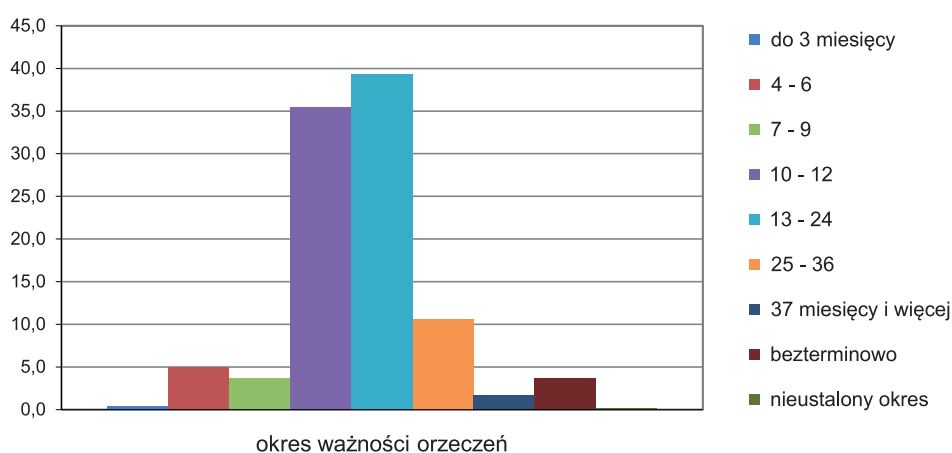


Źródło: ZUS

Wydając orzeczenie lekarz orzecznik określa przewidywany czas trwania niezdolności do pracy. Po jego upływie dalsze prawo do renty jest uzależnione od wydania nowego orzeczenia przez lekarza orzecznika na wniosek osoby zainteresowanej. W przypadku orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2013 roku ustalających niezdolność do pracy z tytułu nowotworu złośliwego sutka na 1 646 orzeczeń: 647 (tj. 39,3%) stanowiły orzeczenia wydane na okres od 13 do 24 miesięcy, a 584 (35,5%) na okres od 10 do 12 miesięcy. Na czas nieokreślony (bezterminowo) wydano 60 orzeczeń.

W ramach prewencji rentowej Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi kompleksową rehabilitację leczniczą. Program rehabilitacji jest indywidualnie ukierunkowany na leczenie schorzenia będącego przyczyną skierowania na rehabilitację z uwzględnieniem dysfunkcji wynikających m.in. ze schorzeń narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, chorób psychosomatycznych, onkologicznych. Podstawę do skierowania ubezpieczonego na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o potrzebie rehabilitacji. W roku 2012 programem rehabilitacji leczniczej objętych zostało 71,2 tys. osób. Z tytułu nowotworu złośliwego sutka poddano rehabilitacji 863 osoby.

Rysunek 28. Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych dla celów rentowych w związku z nowotworem złośliwym sutka według okresu ważności



Źródło: ZUS

d) Wydatki ponoszone przez ZUS na świadczenia związane z rakiem piersi

W roku 2012 wydatki ponoszone ze środków FUS, budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców na **świadczenia związane z niezdolnością do pracy** w obszarze realizowanym przez ZUS wyniosły łącznie 30 438,6 mln zł. W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy nowotwory (C00-D48) generowały 5,0% ogółu wydatków. **W wydatkach powyższej grupy wydatki z tytułu nowotworu złośliwego sutka stanowiły 15,2%.**

Analizując wydatki ogółem na świadczenia z tytułu nowotworu złośliwego sutka, udział wydatków poniesionych w związku z niezdolnością do pracy kobiet wyniósł 99,0%.

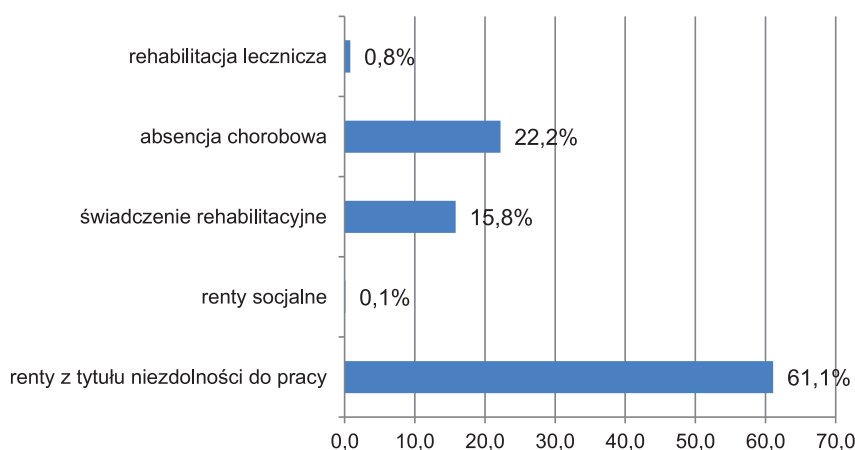
Tabela 16. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w roku 2012

Wyszczególnienie	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	Kwota wypłat w tys. zł		
OGÓŁEM (A00-Z99)	30 438 586,1	17 191 740,3	13 246 845,8
w tym:			
Nowotwory (C00-D48)	1 528 796,4	803 741,5	725 054,9
w tym:			
Nowotwór złośliwy sutka (C50)	232 016,7	2 311,7	229 705,0

Źródło: ZUS

Strukturę wydatków na poszczególne świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną jednostką chorobową C50 przedstawia poniższy rysunek.

Rysunek 29. Struktura wydatków w roku 2012 na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną nowotworem złośliwym sutka według rodzajów świadczeń



Źródło: ZUS

Najwyższy udział wydatków, wynoszący 61,1%, odnotowano w odniesieniu do rent z tytułu niezdolności do pracy. Udział wydatków na absencję chorobową wyniósł 22,2%. Wydatki na świadczenia rehabilitacyjne stanowiły 15,8% wydatków.

Tabela 17. Wydatki w roku 2012 na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną nowotworem złośliwym sutka według rodzajów świadczeń i płci świadczeniobiorców

Wyszczególnienie	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	Kwota wypłat w tys. zł		
OGÓŁEM	232 016,7	2 311,7	229 705,0
renty z tytułu niezdolności do pracy	141 660,1	1 683,0	139 977,1
renty socjalne	314,0	16,7	297,3
świadczenia rehabilitacyjne	36 667,6	199,0	36 468,6
absencja chorobowa	51 583,7	405,8	51 177,9
rehabilitacja lecznicza	1 791,3	7,2	1 784,1

Źródło: ZUS

Jak przedstawiono wcześniej w wydatkach ogółem dominującymi pozycjami są wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy i wydatki związane z absencją chorobową.

W roku 2012 renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej nowotworem złośliwym sutka pobierało **13,7 tys. osób** na łączną kwotę **141 660,1 tys. zł**. Ponad 98,8% to wydatki na renty kobiet.

Przeciętna wypłata na jednego świadczeniobiorcę (rentobiorcę) w skali 2012 roku z tytułu nowotworu złośliwego sutka wyniosła 10 371,19 zł.

Z tytułu absencji chorobowej, finansowanej z FUS i funduszy zakładów pracy, związanej z nowotworem złośliwym sutka wydatkowano **51 583,7 tys. zł**, co stanowiło **22,2% ogółu wydatków** poniesionych w 2012 roku. Wydatki poniesione w związku z absencją chorobową kobiet stanowiły 99,2% tej kwoty.

Podsumowanie najważniejszych elementów Rozdziału 7.:

- kobiety, które są leczone lub były leczone z powodu raka piersi, wymagają także różnych form wsparcia – rehabilitacji, świadczeń rentowych czy emerytalnych **w ramach środków instytucjonalnych pochodzących z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**
- w roku 2012 wydatki ponoszone ze środków FUS, budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców na świadczenia związane z **niezdolnością do pracy** w obszarze realizowanym przez ZUS wyniosły łącznie 30 438,6 mln zł. W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy nowotwory (C00-D48) generowały 5,0% ogółu wydatków
- w wydatkach powyższej grupy **wydatki z tytułu nowotworu złośliwego sutka stanowiły 15,2%, co stanowi 232 016,7 tys. zł i jest istotną kwotą w budżecie świadczeń ubezpieczeniowych**. Najwyższy udział wydatków wynoszący 61,1% odnotowano w odniesieniu do rent z tytułu niezdolności do pracy, następnie wydatków z tytułu absencji chorobowej i wydatków na świadczenia rehabilitacyjne
- w roku 2012 **renty z tytułu niezdolności do pracy** spowodowanej nowotworem złośliwym sutka pobierało 13,7 tys. osób na łączną kwotę 141 660,1 tys. zł
- z tytułu **absencji chorobowej**, finansowanej z FUS i funduszy zakładów pracy, związanej z nowotworem złośliwym sutka wydatkowano 51 583,7 tys. zł, co stanowiło 22,2% ogółu wydatków poniesionych w 2012 roku z tytułu nowotworu złośliwego sutka

8. Inne koszty społeczne raka piersi – możliwości ograniczenia negatywnych skutków choroby

a) Wpływ raka piersi na życie chorych i ich rodzin

W ujęciu medycznym takie wskaźniki jak OS (ang. *Overall Survival* – całkowity czas przeżycia) lub DFS (ang. *disease free survival* – czas przeżycia wolnego od choroby) stanowią parametry określające skuteczność terapii przeciwnowotworowej. I mimo że współczesna ekonomika zdrowia dysponuje miernikami takimi jak QALY (ang. *Quality Adjusted Life Years* – lata życia skorygowane o jakość), które w ocenie efektywności prowadzonego leczenia uwzględniają jego wpływ na jakość życia pacjenta, to w dalszym ciągu wydaje się, że problemy związane z samym leczeniem onkologicznym czy jego skutkami dla najbliższego otoczenia chorego nie zawsze są dostrzegane.

Powszechnie wiadomo, że stosowane w leczeniu raka piersi schematy terapeutyczne (chemioterapia, radioterapia, zabiegi chirurgiczne) mogą powodować u pacjentek negatywne skutki, których często nie można uniknąć. Działania niepożądane po chemioterapii, takie jak nudności i wymioty czy fizyczne dysfunkcje po radykalnej mastektomii, wpływają na motoryczne i somatyczne zdolności chorej, zmniejszają sprawność w wykonywaniu podstawowych czynności i w sposób faktyczny utrudniają zachowanie niezależności w życiu codziennym.

Rak piersi ogranicza możliwości zastosowania hormonalnego leczenia objawów menopauzy, co dla kobiety, u której choroba rozwinęła się w okresie klimakterium, oznacza dodatkowo konieczność zmagania się z jej fizycznymi i psychicznymi objawami, pogłębiając negatywne konsekwencje choroby nowotworowej w sferze biologicznej, psychicznej oraz społecznej (49).

W przypadku kobiety młodej, rak piersi zdiagnozowany w czasie ciąży powoduje, że efekty zastosowanego leczenia przeciwnowotworowego dotyczą nie tylko jej, ale potencjalnie mogą skutkować spontanicznymi poronieniami, niską urodzeniową masą ciała dziecka czy zahamowaniem jego rozwoju fizycznego i psychicznego (13). Duże znaczenie dla tej grupy chorych mają także inne potencjalne następstwa leczenia raka związane z przyjmowaniem niektórych leków cytostatycznych, które mogą powodować bezpłodność i wystąpienie przyspieszonej menopauzy. Diagnoza i konieczność podjęcia radykalnego leczenia, dodatkowo wzmocniona perspektywą prawdopodobnej niemożności posiadania dziecka, stanowi silny czynnik depresyjny oraz wywołuje utratę istotnego elementu tożsamości kobiety. Decyzja o zabezpieczeniu zapłodnionej komórki jajowej z jednej strony wymusza opóźnienie w rozpoczęciu terapii przeciwnowotworowej na czas indukcji owulacji przed pobraniem tej komórki, z drugiej zaś wiąże się z koniecznością udziału w dodatkowej procedurze medycznej, obciążającej psychicznie pacjentkę i budżet rodziny.

Obok obciążeń fizycznych oraz występujących ograniczeń fizjologicznych, kobiecie w całym okresie trwania procesu diagnozowania raka piersi oraz jego leczenia towarzyszy długotrwałe napięcie emocjonalne oraz związana z tym skłonność do tłumienia negatywnych emocji (50). Stany psychiczne takie jak depresja, gniew, lęk, poczucie zagrożenia czy poczucie osamotnienia przybierają różną formę oraz stopień nasilenia, a sposób radzenia sobie z nimi w dużej części zależy od wsparcia najbliższych członków rodziny – dzieci, męża lub partnera (51) oraz innych czynników generujących w każdym człowieku poczucie bezpieczeństwa, jak np. stabilizacja życiowa czy ekonomiczna.

Często członkowie rodziny i bliscy towarzyszą chorej przez cały czas trwania terapii, aktywnie uczestnicząc w procesie leczenia i podejmując współpracę z zespołem leczącym. Wówczas im także towarzyszą silne emocje związane z lękiem o zdrowie i życie bliskiej czy z bezsilnością. Nowotwór powoduje, że partner życiowy kobiety walczącej z rakiem piersi musi sprostać opiece nad chorą i innymi członkami rodziny, stając się



niejednokrotnie jedynym źródłem utrzymania rodziny. Stałe zaangażowanie w długotrwały proces leczenia i konieczność częstych wizyt w ośrodkach leczniczych wpływa na aktywność zawodową bliskich chorej.

Pomoc bliskich jest konieczna także po zakończeniu leczenia, kiedy kobieta zmaga się z silnymi dolegliwościami związanymi z efektami choroby lub jej terapii.

Rzeczywista utrata fizycznej integralności chorej i niemożność kontynuacji lub podjęcia nowych aktywności oraz silne emocje towarzyszące procesowi leczniczemu powodują, że rak piersi jest nie tylko obciążeniem dla rodziny i bliskich chorej. Często z powodu obniżenia jakości życia i perspektyw na przyszłość ograniczonych niepewnością wyniku leczenia lub nawrotu choroby, kobieta chorująca na raka piersi ogranicza lub wycofuje się całkowicie **z życia społecznego i zawodowego**. Z drugiej zaś strony tym, które chcą pozostać aktywne zawodowo, towarzyszy obawa o reakcję otoczenia czy negatywną reakcję przełożonych w związku z nieobecnościami w pracy.

„Kobiety boją się choroby, ale mają do tego prawo. Rak jest nadal postrzegany w społeczeństwie jako choroba, która wyklucza z życia społecznego i stygmatyzuje. Te wyniki pokazują, że spadły ekonomiczne warunki życia tych kobiet. Pracodawca jeśli dowie się, że ma w swoich szeregach człowieka chorego na nowotwór, to on za chwilę umrze i nie daje mu szansy na pracę. Większość moich pacjentek ma bardzo duże problemy ze swoimi pracodawcami oraz z tym, jak są przez nich traktowane.” (58)

dr Agnieszka Jagiełło-Gruszczyńska

Rak piersi zmienia także sytuację ekonomiczną chorującej kobiety i jej rodziny. Koszty związane z leczeniem oraz utracone dochody gospodarstw domowych wynikające z niezdolności chorej do pracy czy też niemożliwości wykonywania pracy przez innych członków rodziny z powodu sprawowania opieki nad pacjentką występują zawsze, a ich wysokość zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania raka i zastosowanego procesu leczniczego (koszty medyczne, zdolność do podjęcia aktywności i/lub pracy), wieku pacjentki i jej statusu zawodowego przed chorobą (utracone dochody, zapewnienie opieki dzieciom i innym osobom pozostającym pod opieką).

Zgodnie z opublikowanymi w 2013 roku (10) kalkulacjami na podstawie ankiet przeprowadzonych wśród pacjentek chorujących na zaawansowanego raka piersi, całkowite koszty roczne związane z chorobą **wynoszą ponad 14 tys. zł** (całkowite koszty medyczne, niemedyczne i utracone dochody). Z tego **ponad 10 tys. zł to koszty bezpośrednio ponoszone przez pacjentki**, na które w większości składają się wydatki na:

- leki, zwłaszcza przepisane przez lekarza,
- materiały oraz sprzęt medyczny,
- transport w związku z prowadzonym leczeniem (np. dojazd do lekarza, szpitala), z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez ewentualnych opiekunów towarzyszących pacjentce,
- żywność w związku z dietą prowadzoną z powodu zaawansowanego raka piersi.

W kontekście wysokości bezpośrednich wydatków finansowych ponoszonych przez pacjentki chorujące na zaawansowanego raka piersi, istotna jest kwestia zmniejszenia ich budżetów rodzinnych wynikającego z obniżenia dochodów w związku z czasową (zwolnienie/zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne) lub trwałą (renta) niezdolnością chorej do pracy. Badania wykazały wprawdzie, że przeciętnie niewielki wpływ na obniżenie dochodów mają zwolnienia z pracy innych członków rodziny na czas sprawowania opieki nad pacjentką, ale skala strat ponoszonych z tytułu niezdolności do pracy samych pacjentek jest bardzo duża. Utrata dochodów **dotyczyła w szczególności najmłodszych pacjentek (poniżej 45. roku życia)** i wynosi ona przeciętnie **6 218 zł rocznie**. W przypadku kobiet w wieku 45-59 lat kwota ta jest tylko nieznacznie niższa – **średnio 5 965 zł rocznie**.

Generalnie, rak piersi w stopniu zaawansowanym ma największy wpływ na budżet pacjentek najmłodszych (poniżej 45. roku życia), które ponoszą najwyższe wydatki medyczne i niemedyczne związane z chorobą, oraz w przypadku których choroba ma najsilniej wpływa na obniżenie dochodów. Przeciętny **roczny koszt ponoszony w związku z chorobą przez pacjentkę z zaawansowanym rakiem piersi w wieku poniżej 45. roku życia wynosi 20,8 tys. złotych**, w starszej grupie pacjentek jest to kwota **15,6 tys. zł**, natomiast wartość zdecydowanie niższa występuje w grupie pacjentek w wieku poprodukcyjnym – **8,7 tys. zł** (10).

Tabela 18. Obciążenie finansowe pacjentek z zaawansowanym rakiem piersi

	Poniżej 45 lat	45-59 lat	60 lat i więcej	Ogółem (dane ważone)
Bezpośrednie koszty MEDYCZNE (miesiąc)*	628 zł (36%)	369 zł (28%)	352 zł (49%)	415 zł (35%)
Bezpośrednie koszty NIEMEDYCZNE (miesiąc)*	587 zł (34%)	434 zł (33%)	355 zł (49%)	435 zł (37%)
Koszty pośrednie (utraczone dochody) (miesiąc)	518 zł (30%)	497 zł (38%)	18 zł (3%)	323 zł (28%)
RAZEM MIESIĘCZNIE	1 733 zł	1 300 zł	726 zł	1 173 zł
ROCZNY KOSZT NA PACJENTKĘ	20,8 tys. zł	15,6 tys. zł	8,7 tys. zł	14,1 tys. zł

* dane zbierane w badaniu za okres 4 tygodni przeliczono na okres miesięczny

Źródło: Opracowano na podstawie (10).

Co ważne, kobiety ponoszą koszty finansowe przez długi okres po zakończeniu leczenia. Są one związane z dolegliwościami wynikającymi ze skutków choroby lub jej leczenia, które często determinują powrót do normalnego życia, a także wpływają na poprawę stanu psychologicznego kobiet. Koszty leków czy środków i zabiegów medycznych oraz rehabilitacyjnych (tj. rekonstrukcja piersi, terapia limfatyczna), mimo że w części są finansowane przez NFZ, to ich wycena odbiega od rzeczywistych kosztów lub są one niedostosowane do potrzeb pacjentek (limit finansowania 1 protezy piersi – do 280 zł, a jej dofinansowanie jest możliwe raz na dwa lata niezależnie od tego, czy proteza spełnia swoje zadanie). Natomiast koszty zabiegu rekonstrukcji piersi, w zależności od rodzaju zabiegu, mogą wahać się od kilku do kilkunastu tysięcy złotych, a jego wykonanie poza względami estetycznymi umożliwia ograniczenie dolegliwości bólowych związanych z utratą mięśnia piersiowego.

Dodatkowo – obok kosztów ponoszonych po zakończeniu leczenia – kobiety, które na skutek leczenia nie są zdolne do podjęcia ponownej pracy, muszą ubiegać się o odpowiednie zaświadczenia z ZUS i zasiłek rentowy, co często jest procesem długotrwałym. Spośród wszystkich biorących udział w badaniu (10) kobiet z zaawansowanym rakiem piersi w wieku poniżej 59. roku życia, które bezpośrednio przed zachorowaniem były aktywne zawodowo (własna działalność gospodarcza, rolnik, zatrudnienie poza rolnictwem) lub były osobami bezrobotnymi (szukającymi pracy lub jej nie szukającymi), **aż blisko 38% po zakończeniu leczenia przeszło na rentę**.

b) Straty ponoszone przez społeczeństwo z powodu raka piersi

W skali całej Europy całkowite koszty utraconej produktywności z powodu przedwczesnej śmierci (ang. *mortality costs*) oraz koszty obniżonej produktywności (ang. *morbidity costs*) związane z chorobami nowotworowymi zostały oszacowane w 2009 roku odpowiednio na blisko 43 mld euro oraz ponad 9 mld euro, z czego dla Polski wartości te wyniosły 1,3 mld euro oraz 0,4 mld euro (42).

Wartości te oznaczają dla budżetu państwa stratę finansowego potencjału, która jest konsekwencją choroby nowotworowej osób aktywnych zawodowo, obejmującą zmniejszoną produktywność w wyniku nieobecności

w pracy (czasowej lub trwałej niezdolności do pracy), zmniejszoną wydajność pracy z powodu choroby, a także utraconą produktywność z powodu przedwczesnej śmierci osób w wieku produkcyjnym.

Ze względu na skalę zachorowalności oraz ciągle odbiegające od średnich europejskich wskaźniki epidemiologiczne, rak piersi generuje w Polsce bardzo wysokie koszty obniżonej i utraconej produktywności, które w wymiarze kraju stanowią istotną stratę polskiego sektora finansów publicznych.

Koszty utraconej produktywności z powodu przedwczesnej śmierci (na podstawie (10))

W raporcie opublikowanym w 2013 roku, całkowite koszty utraconej produktywności z powodu przedwczesnej śmierci pacjentek z rakiem piersi w Polsce w roku 2012 oszacowano na **poziomie 884,3 mln złotych**. Szacunki przeprowadzono na podstawie liczby zgonów kobiet w roku 2010 oraz skorygowanego wskaźnika utraconych potencjalnie produktywnych lat życia – YPPLL (ang. *Years of Potential Productivity Life Lost*).

Tabela 19. Koszty utraconej produktywności z powodu przedwczesnej śmierci pacjentek chorujących na raka piersi w Polsce w roku 2012*

Wiek	Liczba zgonów pacjentek	YPPLL *	YPPPL skorygowane o wskaźnik zatrudnienia	PKB na zatrudnionego w 2012 r.	Koszt utraconej produktywności
25-29	5	165	109	97 699 zł	10,7 mln zł
30-34	37	1 036	675		65,9 mln zł
35-39	64	1 472	937		91,5 mln zł
40-44	141	2 538	1 557		152,1 mln zł
45-49	279	3 627	2 176		212,6 mln zł
50-54	487	3 896	2 338		228,4 mln zł
55-59	700	2 100	1 260		123,1 mln zł
RAZEM	1713	14 834	9 051		884,3 mln zł

* z powodu braku danych o zgonach pacjentek z rakiem piersi w roku 2012 założono ich liczbę i strukturę według wieku na niezmiennym poziomie z roku 2010

Źródło: Opracowano na podstawie (10).

Koszty obniżonej produktywności (na podstawie (10))

Przeprowadzone szacunki pokazały, że przeciętnie koszty obniżonej produktywności pacjentki z zaawansowanym rakiem piersi wynoszą **średnio ponad 35 tys. zł** w ciągu roku. Najwyższe koszty dotyczyły najmłodszych chorych w wieku poniżej 45 lat (**blisko 69 tys. zł**), w tej grupie szczególnie wysokie są koszty związane z czasową niezdolnością do pracy (**ponad 42 tys. rocznie**). Niższe całkowite koszty obniżonej produktywności chorujących na raka piersi w wieku 45-59 lat (**blisko 48 tys. zł**) były związane w dużej mierze z trwałą niezdolnością do pracy (wyższy odsetek pacjentek przebywających na rencie). Kobiety po 60. roku życia, jako osoby w wieku poprodukcyjnym, generują znacznie niższe koszty obniżonej produktywności (**prawie 4 tys. zł**). Są to koszty związane z czasową niezdolnością do pracy osób, które zdecydowały się pozostać aktywne zawodowo mimo osiągnięcia wieku emerytalnego oraz z nieobecnością w pracy innych członków rodziny sprawujących opiekę nad pacjentką.



Tabela 20. Średnie roczne koszty obniżonej produktywności pacjentki z zaawansowanym rakiem piersi w roku 2012

	Poniżej 45 lat	45-59 lat	60 lat i więcej	Ogółem (dane ważone)
Czasowa niezdolność do pracy pacjentki	42 821 zł (62%)	12 396 zł (26%)	1 952 zł (52%)	14 587 zł (41%)
Trwała niezdolność do pracy pacjentki	22 896 zł (33%)	32 582 zł (69%)	–	18 469 zł (52%)
Nieobecność w pracy opiekunów pacjentki	2 902 zł (4%)	2 580 zł (5%)	1 822 zł (48%)	2 361 zł (7%)
RAZEM	68 619 zł	47 558 zł	3 774 zł	35 418 zł

Źródło: Opracowano na podstawie (10).

„Dziś w samym tylko Stowarzyszeniu „Amazonki” zarejestrowanych jest 34 dziewczyn między 30. a 35. rokiem życia, które w czasie terapii normalnie pracują. Dlatego też swoją działalnością usiłują przekonać jak najszersze grono decydentów, że leczenie kobiet w wieku produkcyjnym nie musi być stratą – przeciwnie, może być zyskiem! Czy nie lepiej zaoferować takim pacjentkom możliwość jak najlepszego leczenia i tym samym przywrócić je do społeczeństwa? Podejmowanie takich decyzji jedynie w oparciu o prognozy przeżywalności wynoszące czasem kilka miesięcy może być zawodne, bo jedna pacjentka z zaawansowanym rakiem piersi dzięki takiej terapii przeżyje miesiąc, ale druga będzie żyć 5, 6, a nawet 8 lat! To już nie jest strata leczenia, tylko jego zysk. Ja również miałam przeżyć tylko rok, a żyję już 23 lata.” (59)

Krystyna Wechmann – Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”

Odniesienie tych danych do całej populacji kobiet chorujących na zaawansowanego raka piersi oznacza gigantyczne straty dla budżetu państwa. A bliska perspektywa rosnącej liczby zachorowań i zwiększająca się liczba przypadków diagnozowanych u coraz młodszych kobiet powoduje, że problem przedwczesnej śmierci kobiet oraz ich niezdolność do pracy w związku z rakiem piersi **powinien być w szczególności sposób uwzględniany wśród onkologicznych priorytetów zdrowotnych, zapowiadanych w ramach pakietu onkologicznego przygotowanego przez Ministerstwo Zdrowia**. Zgodnie z doniesieniami naukowymi zmniejszenie niekorzystnych skutków przeciwnowotworowej terapii w leczeniu raka piersi może prowadzić do pozytywnej i skutecznej odbudowy życia zawodowego kobiet po jej zakończeniu (52). **Dlatego tak ważny w kontekście ról pełnionych przez kobiety z rakiem piersi – rodzinnych, społecznych i zawodowych, jest dostęp do skutecznych terapii poprawiających długość i jakość życia oraz do kompleksowej opieki medycznej udzielanej w sposób i w czasie gwarantującym optymalizację leczenia przy minimalizacji działań negatywnych.**

Podsumowanie najważniejszych elementów Rozdziału 8.:

- diagnoza i leczenie raka piersi obciąża fizycznie i psychicznie nie tylko samą chorą na raka, ale również jej najbliższe otoczenie, zaangażowane w walkę z chorobą – dlatego **rak piersi staje się chorobą całych rodzin**
- poczucie stygmatyzacji, obniżonej jakości życia oraz niepewna perspektywa na przyszłość powoduje, że kobieta chorująca na raka piersi **często ogranicza lub wycofuje się całkowicie z życia społecznego i zawodowego**

Podsumowanie najważniejszych elementów Rozdziału 8. – c.d.:

- zachorowanie na raka piersi wpływa na zdolność do wykonywania pracy zawodowej, a koszty leczenia i opieki stanowią duże obciążenie dla domowego budżetu sięgając nawet **20 tys. zł rocznie**; utrata dochodów w związku z nieobecnością chorej na raka piersi w pracy (czasową lub trwałą niezdolnością do pracy), nawet w wysokości ok. **6,5 tys. zł rocznie**, powoduje że rak piersi w znaczący sposób destabilizuje dotychczasową sytuację ekonomiczną rodzin zmagających się z chorobą
- straty budżetu państwa związane z utraconą produktywnością z powodu przedwczesnej śmierci oraz obniżoną produktywnością kobiet chorujących na raka piersi sięgają co roku **kilkuset mln zł**. W perspektywie wzrostu zachorowalności na ten nowotwór złośliwy i braku inwestycji w opiekę onkologiczną poprawiającą długość i jakość życia tych chorych, co roku ten stracony potencjał finansowy **będzie coraz wyższy**

Komentarz eksperta klinicznego

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Aktualne dane epidemiologiczne wskazują, że liczba nowych zachorowań w najbliższych latach będzie stale rosła, co oznacza konieczność leczenia corocznie większej liczby osób, będzie także wśród nas przybywało osób wyleczonych. Dane epidemiologiczne pokazują jednak na jeszcze jedną istotną zmianę, która powoduje, że na nowotwór ten musimy patrzeć niezwykle uważnie: wraz z rozwojem cywilizacji chorują coraz młodsze kobiety i ten trend obserwujemy także w Polsce.

Co gorsza, przed zachorowaniem na raka piersi nie można się uchronić – poza predyspozycją genetyczną, na którą nie mamy wpływu – nie ma jednego dominującego czynnika zwiększającego znacznie ryzyko zachorowania (jak jest np. w przypadku raka płuc), a te czynniki, które już są poznane, w zdecydowanej większości trudno jest modyfikować.

Kobiety boją się raka piersi – ta choroba ma bardzo złą sławę. Mit raka jest okrutniejszy niż realna prawda o tej chorobie. Tymczasem diagnoza nie jest wyrokiem. Można przez wiele lat kontrolować tę chorobę i żyć pełnią życia. Na szczęście pacjentki to na ogół osoby, które po przejściu fazy rozpacz, wszechogarniającego lęku, czasem gniewu, czasem poczucia krzywdy, uświadamiają sobie, że trzeba podjąć leczenie i potraktować je jako zadanie.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat wyniki leczenia uległy znacznej poprawie. Jest to bardzo dobra wiadomość dla kobiet na całym świecie. Zwiększenie odsetka wyleczeń związane jest z prowadzeniem intensywnych badań klinicznych, zwiększoną dostępnością badań przesiewowych i wprowadzeniem na szeroką skalę leczenia skojarzonego. Skuteczność leczenia raka piersi skorelowana jest z postępem wiedzy o biologii tego nowotworu, z rozwiązaniami organizacyjnymi i z należytym finansowaniem leczenia.

W Polsce koszty diagnozowania i leczenia raka piersi rosną, co jest związane zarówno ze wskazaną epidemiologią, jak i z rozwojem medycyny. To obserwujemy w wydatkach NFZ. Jednak w tym kontekście dane przedstawione w Raporcie: o bardzo dużych, rosnących stratach finansowych i pozafinansowych, ponoszonych przez społeczeństwo w związku z zachorowaniami i ze śmiercią kobiet z powodu raka piersi, powinny wszystkim uzmysłowić konieczność zmiany dotychczasowej perspektywy postrzegania nakładów finansowych na leczenie raka piersi i ogólnie ujmując, na onkologię. Dane te bowiem jednoznacznie pokazują, że środki przeznaczane na leczenie raka – dające szansę wydłużenia życia i zachowania sprawności chorujących kobiet – mogą być postrzegane jako racjonalna długoterminowa inwestycja, wpisująca się *in plus* w rachunek społeczeństwa i budżetu państwa.

Niezbędnym wzmocnieniem tej inwestycji, aby nakłady miały sens i przyniosły rzeczywiste pozytywne efekty, powinny być natychmiastowe zmiany w organizacji profilaktyki i leczenia raka piersi w Polsce. Dopiero wtedy, gdy to czas i osoba chorej z rakiem piersi będzie osią wszystkich działań podejmowanych w ramach systemu opieki zdrowotnej (medycznych, organizacyjnych i finansowych), uda nam się doprowadzić do tego, że Polka chorująca na raka piersi będzie miała takie same szanse przeżycia po zdiagnozowaniu tej choroby, jak Francuzka czy Szwedka, mogąc równocześnie aktywnie uczestniczyć w życiu zawodowym i społecznym. A nieuniknionemu wzrostowi zachorowalności z powodu raka piersi będzie towarzyszył istotny spadek liczby zgonów z powodu tej choroby.

Optymalizacja opieki nad kobietami chorującymi na raka piersi to wyzwanie przede wszystkim dla systemu opieki zdrowotnej. Kobieta z rozpoznanym rakiem piersi żyje średnio 20 lat. Szacuje się, że obecnie w Polsce nawet ok. miliona osób (chorych i ich bliskich) jest „dotkniętych” rakiem piersi, z czego 60 – 80 tys. to kobiety, u których rozpoznano chorobę. Jak pokazują dane ZUS opublikowane w Raporcie, kobiety te nie są znaczącymi beneficjentami świadczeń rentowych – w wielu wypadkach pracują, w części pozostają na wypracowanych przez siebie emeryturach – a z drugiej strony, koszty ich przedwczesnej śmierci to gigantyczna strata dla



budżetu państwa. Niepoliczalne są natomiast ogromne koszty ponoszone przez społeczeństwo i przez chore w wyniku utraty przez nie szans rozwojowych, utratę partnerów i inne komplikacje w życiu rodzinnym, utratę płodności czy straty z powodu problemów psychologicznych dotyczących chore i ich rodziny. Dlatego tak ważna jest optymalizacja kompleksowego postępowania z chorymi na raka piersi, nie tylko wydłużającego życie chorych i zapewniającego możliwość kontynuacji rozwoju zawodowego i społecznego, ale także wspierającego je na innych płaszczyznach, na których rak odciska swoje piętno. Wiele dobrego już się dzieje, ale polską onkologię czeka jeszcze długa droga do pokonania.

Współczesne Polki mają coraz większą wiedzę na temat raka piersi, mimo to z wielu powodów nadal jeszcze nie dostrzegają w pełni korzyści z udziału w badaniach profilaktycznych i pogłębionej diagnostyce. Funkcjonujący w Polsce program badań przesiewowych, który z pewnością wpłynął na wzrost rozpoznawalności raka piersi we wczesnej fazie – wymaga zmian w sposobie organizacji i promocji, aby badania odbywały się dużo sprawniej i wygodniej dla pacjentów. Chciałoby się powiedzieć, że to program musi być dla kobiet, nie one dla programu, i jeżeli trudno jest im dojechać do diagnostyki, to diagnostyka powinna dojechać do nich. Konieczne jest stworzenie warunków zachęcających i ułatwiających udział w badaniach, ale zapewniających także w pełni dobrą i szybką, nielimitowaną ścieżkę diagnostyki w przypadku nieprawidłowych wyników skriningu. Tylko wówczas można będzie spowodować, że kobiety przestaną bać się systemu opieki zdrowotnej, teraz postrzeganego jako nieprzyjazny i wrogi, i pozostawiający je w osamotnieniu wobec stwierdzonych nieprawidłowości w badaniu („ma Pani „zmianę” w piersi, niech Pani znajdzie jakiegoś onkologa i pójdzie do niego”). Myśląc o badaniach trzeba pamiętać także, jaka grupa docelowa jest adresatem badań przesiewowych – są to kobiety w większości aktywne, dzielące swój czas między obowiązki zawodowe i rodzinne, z drugiej strony różniące się pod względem poziomu wiedzy, wykształcenia i uwarunkowań socjologicznych. Bardzo słabo rosnące wyniki zgłaszalności na badania przesiewowe wskazują, że w zakresie szerokiej dostępności badań mammograficznych i akcji promujących badania przesiewowe jest jeszcze wiele do zrobienia.

Opieka onkologiczna w Polsce, nie tylko ta ukierunkowana na działania profilaktyczne, powinna jeszcze bardziej szanować pacjenta i jego czas. Brak skoordynowanej ścieżki od lekarza podstawowej opieki do ośrodków diagnostyki i leczenia raka piersi oraz – bardzo ogólnie rzecz nazywając – daleki od optymalnego dla pacjenta system rozliczenia świadczeń przez NFZ i ich limitowanie, które przekładają się na nadrzędność czynników finansowych nad medycznymi i jakościowymi, powodują często wielomiesięczne (i zupełnie nieuzasadnione medycznie) oczekiwanie na badania i zabiegi. Z drugiej strony – jeszcze dość powszechne – zagubienie w nowej sytuacji i w systemie oraz emocjonalne reakcje pacjentów na zachorowanie, takie jak poczucie wstydu, winy lub niesprawiedliwości, w wielu ośrodkach leczniczych konfrontowane są z brakiem standardów komunikacji „do pacjenta” lub niską jakością przekazu informacyjnego. Także system wsparcia psychologicznego dla kobiet chorych na raka wymaga standaryzacji i podniesienia poziomu, od: „porada odbyła się” do: „znaleziono odpowiedni sposób wsparcia, w wyniku którego chora uzyskała realną pomoc, z której jest usatysfakcjonowana”.

Parlament Europejski przyjął rezolucję w sprawie zwalczania nowotworów w poszerzonej Unii. Zgodnie z tą, podpisaną także przez Polskę rezolucją, kraje członkowskie zobligowane są do ustalenia programu badań przesiewowych i zapewnienia wszystkim chorym jednakowego dostępu do diagnostyki i leczenia w ramach specjalistycznych ośrodków leczenia raka piersi.

W organizacji opieki onkologicznej niezbędne jest wprowadzenie nowszych – sprawdzonych już w innych krajach – rozwiązań, którymi są między innymi wyspecjalizowane ośrodki diagnostyki i leczenia raka piersi pracujące w ramach systemu akredytacyjnego – zapewniające optymalną organizację leczenia pacjentów z rakiem piersi bez strat czasu związanych z oczekiwaniem na kolejne badania i konsultacje, które wpłyną na wzrost poczucia bezpieczeństwa chorych i skuteczność leczenia. Od dłuższego czasu obserwujemy tendencję do wyodrębnienia senologii, czyli nauki o raku piersi, jako odrębnej dyscypliny medycznej. Od końca lat 70. XX wieku zaczęły powstawać Towarzystwa Naukowe, których celem statutowym jest badanie wszelkich zagadnień związanych z powstawaniem, diagnozowaniem i leczeniem raka piersi. Do najbardziej znanych należą: Europejskie Towarzystwo Mastologiczne (EUSOMA), Międzynarodowe Towarzystwo Senologiczne (SIS). W Polsce od kilku lat działa Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi.

Innym problemem leczenia raka piersi w Polsce, wymagającym zmian systemowych, są wprowadzone procedury i sposób rozliczeń przyjęty przez NFZ, którego stosowanie powoduje rozbieżność interesów pacjenta (a także ośrodka leczącego i lekarza) i płatnika. Lekarz zamiast zastanawiać się jak optymalnie leczyć – aby interwencja było zgodna z aktualnym stanem wiedzy medycznej, zastosowana bez zbędnej zwłoki, nienarządzająca pacjentki na wielokrotne przejazdy, a także kosztowo-efektywna – musi koncentrować się na tym, jak daną procedurę rozliczyć i ile czasu musi minąć od jednej wizyty chorej do drugiej wizyty, aby sprostać ograniczeniom wprowadzonym NFZ. Płatnik nie tylko nie nagradza ośrodków za jakość udzielanych świadczeń onkologicznych, ale zdaje się też nie dostrzegać konieczności różnicowania wyceny zbliżonych świadczeń ze względu na tę jakość i rzeczywiste koszty, tak jak jest np. w przypadku finansowania mammografii przesiewowej i diagnostycznej, które znacząco różnią się kosztami, a mają identyczną wycenę. Inną kwestią pozostają limity finansowania realnie ograniczające dostęp pacjentów do świadczeń onkologicznych, spetryfikowane programy lekowe, nieodpowiadające standardom terapii nawet w stosunku do leków znanych od lat, czy absurd braku finansowania dla profilaktycznych mastektomii u kobiet obciążonych genetyczną skłonnością do raka piersi – jest to zabieg przynoszący ewidentne skutki profilaktyczne, a w Polsce niefinansowany przez NFZ. Rozwiązania dużej części tych problemów zostały w ostatnim czasie opisane i ujęte w planach naprawczych pochodzących ze środowiska lekarzy i ekspertów oraz z Ministerstwa Zdrowia, a Raport dobitnie udowadnia, że leczenie kobiet chorych na raka piersi powinno być w szczególny sposób uwzględniane w tych planach i może stanowić miarę sukcesu ich wdrożenia.

Kwestiami pozamedycznymi wymagającymi szczególnej uwagi są problemy ozdowieńców – osób, które zakończyły okres aktywnego leczenia raka piersi. Uwzględniając wszystkie nowotwory złośliwe, w Polsce około 1% populacji to ludzie chorzy obecnie na raka lub wyleczeni, a w miarę postępu onkologii – będzie to wkrótce około 2%. Ci ludzie – chorzy, ozdowieńcy – potrzebują wielopłaszczyznowych rozwiązań umożliwiających uniknięcie stygmatyzacji oraz wykluczenia. Jest dla nich niezmiernie ważne – z powodów psychologicznych, ale także, jak pokazuje Raport, ekonomicznych – zapewnienie możliwości kontynuowania przerwanych przez chorobę ścieżek aktywności zawodowej i społecznej oraz powrotu do życia rodzinnego, aby mogły być (i czuć się) ponownie pełnowartościowymi członkami społeczeństwa. Wymaga to stworzenia warunków prawnych umożliwiających powrót do pracy, np. w ograniczonym wymiarze godzin, z możliwością korzystania z rehabilitacji i innych zabiegów niwelujących negatywne skutki leczenia. Analogiczne udogodnienia, w tym przede wszystkim socjalne, powinny być zapewnione osobom opiekującym się chorymi na raka piersi w stadium terminalnym. System opieki hospicyjnej i paliatywnej w Polsce, choć jest coraz szerzej dostępny, nadal wymaga silnego wsparcia finansowego, aby móc w pełni odpowiadać na rosnące potrzeby. Osoby opiekujące się chorymi na raka często są zostawione same sobie i dodatkowo napotykać na wiele barier, takich jak np. bardzo ograniczona refundacja wyrobów medycznych niezbędnych chorym podczas codziennych czynności – w tym zakresie potrzebują natychmiastowego wsparcia.

Rak piersi jest chorobą wielopłaszczyznową, która stała się już problemem cywilizacyjnym. W ciągu ostatnich lat w walce z nim nastąpiła istotna poprawa, ale nadal w obecnym systemie opieki onkologicznej potrzebne są zmiany, uwzględniające adekwatne do rzeczywistych i rosnących potrzeb zapewnienie chorym dostępu do terapii oraz optymalną organizację diagnostyki i leczenia. W przypadku raka piersi medycyna dysponuje przecież coraz skuteczniejszymi metodami leczniczymi, które pozwalają na wyleczenie lub przynajmniej wydłużenie życia i poprawę jego jakości dla większości chorych.

Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski



9. Spis tabel i rysunków

Tabele

Tabela 1	Prawdopodobieństwo przeżycia 5 lat od momentu postawienia diagnozy w zależności od stadium zaawansowania raka piersi w populacji amerykańskiej (%)	10
Tabela 2	Schemat badań przesiewowych kobiet bez objawów i dodatkowych czynników ryzyka	22
Tabela 3	Statystyka wykonywania badań mammograficznych w ramach programu profilaktyki raka piersi w latach 2006–2013	22
Tabela 4	Liczba bezwzględna lekarzy specjalistów zatrudnianych w placówkach ochrony zdrowia w latach 2011-2012 ogółem, z wyszczególnieniem liczby specjalistów z dziedziny radiologii oraz onkologii	31
Tabela 5	Zestawienie liczbowe lekarzy wg wybranych dziedzin, związanych z leczeniem raka piersi, i stopnia ich specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i niewykonujących zawód – stan na 30.06.2014 roku	33
Tabela 6	Wybrane wskaźniki onkologicznych oddziałów szpitalnych prowadzonych w ramach działalności szpitali ogólnych w 2002 i 2012 roku	33
Tabela 7	Liczba zakładów radiologii (w podziale na stosowane techniki obrazowania) i diagnostyki izotopowej w szpitalach ogólnych	34
Tabela 8	Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS	41
Tabela 9	Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej	42
Tabela 10	Struktura osób ubezpieczonych w ZUS, którym w danym roku wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej nowotworem złośliwym sutka według wieku i płci	42
Tabela 11	Orzeczenia ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego wydane przez lekarzy orzeczników	43
Tabela 12	Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu nowotworu złośliwego sutka według wieku i płci badanych	44
Tabela 13	Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu nowotworu złośliwego sutka według wieku osób badanych i okresu ważności orzeczenia	44
Tabela 14	Orzeczenia wydane przez lekarzy orzeczników ZUS dla celów rentowych	45
Tabela 15	Orzeczenia pierwszorazowe i ponowne wydane przez lekarzy orzeczników ZUS dla celów rentowych w 2013 roku z tytułu nowotworu złośliwego sutka według wieku i płci badanych	45
Tabela 16	Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w roku 2012	47
Tabela 17	Wydatki w roku 2012 na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną nowotworem złośliwym sutka według rodzajów świadczeń i płci świadczeniobiorców	48
Tabela 18	Obciążenie finansowe pacjentek z zaawansowanym rakiem piersi	51
Tabela 19	Koszty utraconej produktywności z powodu przedwczesnej śmierci pacjentek chorujących na raka piersi w Polsce w roku 2012	52
Tabela 20	Średnie roczne koszty obniżonej produktywności pacjentki z zaawansowanym rakiem piersi w roku 2012	52

Rysunki

Rysunek 1	Względne przeżycia 5-letnie w Polsce, a średnia w Europie w grupach wiekowych kobiet chorych na raka piersi (%)	5
Rysunek 2	Koszty społeczne raka piersi	7
Rysunek 3	Struktura rejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w 2011 roku wg bezwzględnej liczby zachorowań	11
Rysunek 4	Liczba zachorowań oraz wskaźnik „surowy” zachorowalności na raka piersi u kobiet w latach 2001 – 2011	12
Rysunek 5	Zachorowalność na nowotwór złośliwy piersi u kobiet w 5-letnich grupach wieku w Polsce w 2001 i 2011 roku (na podst. wartości wskaźnika „surowego” zachorowalności)	12
Rysunek 6	Liczba żyjących chorych na raka piersi w Polsce zdiagnozowanych w ciągu ostatnich 5 lat	13
Rysunek 7	Struktura rejestrowanych zgonów na nowotwory złośliwe wśród kobiet w 2011 roku wg bezwzględnej liczby zachorowań	14
Rysunek 8	Struktura umieralności z powodu chorób nowotworowych wśród kobiet w 2011 roku w dwóch grupach wiekowych	14
Rysunek 9	Standaryzowany wskaźnik umieralności na raka piersi wśród kobiet w latach 2001 – 2011 i jego trend spadkowy	14
Rysunek 10	Liczba zgonów oraz wskaźnik „surowy” umieralności na raka piersi wśród kobiet w latach 2001 – 2011	15
Rysunek 11	Umieralność na nowotwór złośliwy piersi wśród kobiet w 5-letnich grupach wieku w Polsce w 2001 i 2011 roku (na podst. wartości surowego wskaźnika zgonów)	15
Rysunek 12	Liczba zarejestrowanych zachorowań i zgonów wśród kobiet z powodu raka piersi w latach 2001–2011	16
Rysunek 13	5-letnia przeżywalność kobiet z nowotworem złośliwym piersi zdiagnozowanych w latach 2003–2005 w Polsce wynosiła 77,2%	16
Rysunek 14	Wskaźniki 1-roczyń i 5-letnich przeżyć względnych u kobiet chorujących na nowotwory złośliwe piersi w Polsce, ze względu na rok zdiagnozowania (%)	17
Rysunek 15	Względne przeżycia 5-letnie kobiet chorych na raka piersi w krajach europejskich (%)	18
Rysunek 16	Względne przeżycia 1-roczyń kobiet w Polsce a średnia w Europie (%)	18
Rysunek 17	Względne przeżycia 5-letnie kobiet w Polsce a średnia w Europie (%)	18
Rysunek 18	Względne przeżycia 5-letnie w Polsce a średnia w Europie w grupach wiekowych kobiet chorych na raka piersi (%)	19
Rysunek 19	Liczba wybranych lekarzy specjalistów zatrudnianych w placówkach ochrony zdrowia na 100 tys. mieszkańców w roku 2012	32
Rysunek 20	Struktura wizyt pacjentów w poradniach onkologicznych w roku 2012	34
Rysunek 21	Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (w mies.) w poszczególnych dziedzinach onkologicznych	35
Rysunek 22	Średnie wydatki na onkologiczne świadczenia medyczne z wyodrębnieniem kosztów leczenia raka piersi w przeliczeniu na osobę w 2009 roku w krajach europejskich	36
Rysunek 23	Całkowite wydatki na zdrowie na osobę (per capita) w poszczególnych państwach Europy i ich udział procentowy w PKB w roku 2012	36
Rysunek 24	Różnice w wydatkach NFZ przeznaczonych na leczenie chorych, u których w roku 2010 rozpoznano raka piersi (wartości w tys. zł)	37
Rysunek 25	Struktura kobiet ubezpieczonych w ZUS, którym w 2013 roku wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy w związku z nowotworem złośliwym sutka według ich wieku	42
Rysunek 26	Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających w 2013 roku uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu nowotworu złośliwego sutka u kobiet według ich wieku	43
Rysunek 27	Struktura orzeczeń pierwszorazowych i ponownych wydanych kobietom dla celów rentowych z tytułu nowotworu złośliwego sutka według ich wieku	46
Rysunek 28	Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych dla celów rentowych w związku z nowotworem złośliwym sutka według okresu ważności	46
Rysunek 29	Struktura wydatków w roku 2012 na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną nowotworem złośliwym sutka według rodzajów świadczeń	47

10. Bibliografia

1. Ferlay J. i inni. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11, Lyon, Francja. [Online] [Zacytowano: 2014 lipca 3.] http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
2. Wojciechowska U. i Didkowska J. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie. [Online] [Zacytowano: 27 sierpnia 2014.] <http://onkologia.org.pl>.
3. Kozierkiewicz A. i inni. *Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich*. Warszawa – Kraków: Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o., 2011.
4. Perspektywy nowego ładu. *Służba Zdrowia*. 2013, 76-83, strony 6-9.
5. Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2025. <http://walkazrakiem.pl/>. [Online] 14 czerwca 2014. [Zacytowano: 30 lipca 2014.] http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/strategia_walki_z_rakiem_w_polsce_2015_2024.pdf.
6. Didkowska J. Epidemiologia raka piersi w Polsce – prezentacja w ramach spotkania "Innowacje w leczeniu raka piersi – ocena dostępności w Polsce". <http://www.korektorzdrowia.pl>. [Online] 17 stycznia 2014. [Zacytowano: 29 sierpnia 2014.] <http://presenter.qbrick.com/?pguid=a2ebaf79-f844-4e1b-ae42-031ad630cdeb>.
7. Didkowska J., Wojciechowska U. i Zatoński W. *Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku*. Warszawa: Publikacja wydana w ramach zadania "Rejestracja nowotworów złośliwych" Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, 2009.
8. Ades F. To what extent does survival after cancer diagnosis in Europe depend on how much governments spend on health care? www.youtube.com. [Online] European Cancer Congress 2013 (ECCO-ESMO-ESTRO), 28 września 2013. [Zacytowano: 1 sierpień 2014.] <http://www.youtube.com/watch?v=Hf7MIsnFjLY>.
9. Neumann S. Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 22680 w sprawie problemów w zakresie leczenia nowotworów. <http://www.sejm.gov.pl>. [Online] 9 stycznia 2014. [Zacytowano: 14 sierpnia 2014.] <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=276836DA>.
10. Wilczyńska J. i Smaga A. *Zaawansowany rak piersi. Badanie kosztów bezpośrednich i pośrednich ponoszonych przez pacjentki*. Warszawa: Sequence, 2013.
11. Brożek I. i Limon J. Poradnictwo genetyczne w dziedzicznym raku piersi. [aut. książki] Jassem J. i Krzakowski M. *Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy*. Gdańsk: Via Medica, 2009.
12. Matkowski R. Zasady chirurgii nowotworów piersi. [aut. książki] Kornafel J. *Wprowadzenie do specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Podstawy radioterapii nowotworów*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2011.
13. Jassem J. i inni. Rak piersi. [aut. książki] Jassem J. i Krzakowski M. *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2013 r.* Gdańsk: Via Medica, 2013.
14. Łacko A. Leczenie w stadium uogólnienia i nawrotów. [aut. książki] Jassem J. i Krzakowski M. *Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy*. Gdańsk: Via Medica, 2009.
15. Didkowska J., Wojciechowska U. i Zatoński W. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*. Warszawa: Krajowy Rejestr Nowotworów Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, 2013. http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/COI_Nowotwory2013_web.pdf.
16. Neumann S. Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 17088 w sprawie diagnozowania oraz leczenia raka piersi w Polsce. <http://www.sejm.gov.pl>. [Online] 3 czerwca 2013. [Zacytowano: 23 lipca 2014.] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=0BCDA81E>.
17. EY na zlecenie Fundacji Onkologia 2025. *System opieki onkologicznej w wybranych krajach*. Sprawne Państwo Programu EY, 2014. [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Raport_EY/\\$FILE/Raport_system_opieki_onkologicznej_2014.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Raport_EY/$FILE/Raport_system_opieki_onkologicznej_2014.pdf).
18. R. De Angelis i inni. *Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5-a population-based study*. *Lancet Oncology*, 2014, 15 (1), strony 23-34.

19. Wojewódzki Ośrodek Koordynujący zlokalizowany w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Czym jest rak piersi? [Zacytowano: 21 lipca 2014.] <http://wok.su.krakow.pl/informacje-dla-pacjentek/mammografia/informacje>.
20. PAP/Rynek Zdrowia. NFZ: w Polsce brak wytycznych dotyczących mastektomii z powodu BRCA1. www.rynekzdrowia.pl. [Online] 20 maja 2013. [Zacytowano: 18 lipca 2014.] www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/NFZ-w-Polsce-brak-wytycznych-dotyczacych-mastektomii-z-powodu-BRCA1,130651,1013.html.
21. Niwińska A. Kliniczne aspekty genetycznego uwarunkowania raka piersi – podstawowe wiadomości dla onkologa praktyka. *NOWOTWORY Journal of Oncology*. 2002, 52 (4), strony 317–323.
22. Szewczyk K. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. [aut. książki] Kornafel J. *Rak piersi*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2011.
23. Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie z realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w 2013 r. <http://www.mz.gov.pl>. [Online] 2014. [Zacytowano: 4 sierpnia 2014.] http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0004/18850/Sprawozdanie-NPZCHN-2013r.pdf.
24. Wübker A. *Explaining Variations in Breast Cancer Screening Across European Countries*. brak miejsca: Health, Econometrics and Data Group (HEDG) Working Papers 12/26, HEDG, c/o Department of Economics, University of York, 2012. http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/12_26.pdf.
25. Najdyhor E., Krajewska-Kula E. i Krajewska-Ferishah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekologia Polska*. 2013, 84 (2), strony 116–125.
26. Mayer M. i inni. Living with metastatic breast cancer: a global patient survey. *Community Oncology*, 2010, 7, strony 406–412.
27. Ignatowicz-Pacyna A. Diagnostyka i stopniowanie nowotworów. [aut. książki] Kornafel J. *Wprowadzenie do specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Podstawy radioterapii nowotworów*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, 2011.
28. Bręborowicz E. *Rozprawa doktorska: Wybrane czynniki prognostyczne i predykcyjne u młodych kobiet chorych na raka piersi*. Biblioteka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, 2011. oai:www.wbc.poznan.pl:185244.
29. Grodecka-Gazdecka S. i inni. Uwarunkowania opóźnień w diagnostyce i terapii kobiet chorych na raka piersi w Polsce związane z postawami chorych. *NOWOTWORY Journal of Oncology*. 2013, 63 (4), strony 286–294.
30. Brzozowska A. i inni. Przyczyny opóźnień leczenia chorych na raka piersi wykrytego w trakcie samobadania u kobiet w województwie lubelskim. *Ginekologia Polska*. 2014, 85 (1), strony 14–17.
31. Zysk R. i Krzakowski M. Możliwości poprawy systemowego dostępu chorych do innowacyjnych metod przeciwnowotworowego leczenia w Polsce. *NOWOTWORY Journal of Oncology*. Wydanie Specjalne, 2014, strony 20–25.
32. Hoffmans R. EMA anticancer drug approvals in 2013. <http://sms-oncology.com>. [Online] 22 stycznia 2014. [Zacytowano: 19 sierpień 2014.] <http://sms-oncology.com/ema-anticancer-drug-approvals-in-2013/>.
33. Narodowy Fundusz Zdrowia, Departament Ekonomiczno-Finansowy. Informacja o wielkości kwoty refundacji wraz z procentowym wykonaniem całkowitego budżetu na refundację. <http://nfz.gov.pl>. [Online] 23 lipiec 2013. [Zacytowano: 21 sierpień 2014.] <http://nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=0&dzialnr=2&artnr=5546>.
34. Bleicher R.J. i inni. Preoperative Delays in the US Medicare Population With Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2012, 30 (36), strony 4485–4492.
35. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. *Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia*. Warszawa: CSIOZ, 2012. <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>.
36. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. *Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia*. Warszawa: CSIOZ, 2013. <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>.
37. Warzocha K. Narodowy Instytut Onkologii i Hematologii. *Hematologia*. Via Medica, 2013, 4 (3), strony 185–196.
38. Wojtyński B., Goryński P. i Moskalewicz B. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2012. http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/statystyka/Raport_stanu_zdrowia_2012.pdf.
39. Narodowy Fundusz Zdrowia. Analiza częstości korzystania przez pacjentów z poradni specjalistycznych w 2012 r., ze szczególnym uwzględnieniem poradni, do których pacjent może udać się bez skierowania. <http://www.nfz.gov.pl>. [Online] 23 sierpnia 2013. [Zacytowano: 1 sierpnia 2014.] <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=8&dzialnr=2&artnr=5627>.
40. Meder J. Czy pakiet onkologiczny to mission impossible dla lekarzy rodzinnych? <http://www.termia.pl>. [Online] 19 sierpnia 2014. [Zacytowano: 22 sierpnia 2014.] <http://www.termia.pl/Czy-pakiet-onkologiczny-to-mission-impossible-dla-lekarzy-rodzinnych-,13829.html>.
41. Fundacja Watch Health Care. OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 1/2014. <http://www.korektorzdrowia.pl>. [Online] czerwiec 2014. [Zacytowano: 8 sierpnia 2014.] http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/raport_onkobareometr_1.pdf.

42. Luengo-Fernandez R. i inni. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet Oncology*. 2013, 14 (12), strony 1165 – 1174.
43. Śliwczyński A. i inni. Chorobowość oraz finansowanie terapii nowotworów w Polsce w latach 2002–2011 według danych Narodowego Funduszu Zdrowia. *NOWOTWORY Journal of Oncology*. 2014, 64 (2), strony 109-118.
44. Kozierkiewicz A. i inni. Wydatki na leczenie raka piersi w Polsce. *NOWOTWORY Journal of Oncology*. 2013, 63 (3), strony 217-226.
45. Kozierkiewicz A. i inni. Skuteczność i koszty leczenia raka piersi w Polsce; podejście regionalne. *NOWOTWORY Journal of Oncology*. 2014, 64 (1), strony 24-32.
46. Herman K., Śliwczyński A. i Wysocki W.M. Wyniki, metody i koszty leczenia raka piersi w Polsce (w latach 2005–2007). *NOWOTWORY Journal of Oncology*. 2014, 64 (1), strony 33-39.
47. Czas na onkologię. W kierunku polityki zdrowotnej opartej na wiedzy. <http://www.oeb.openmedica.pl/>. [Online] grudzień 2012. [Zacytowano: 21 sierpnia 2014.] http://www.oeb.openmedica.pl/system/medias/177/original/Czas_na_Onkologie_2_.pdf?1357732638.
48. Ministerstwo Zdrowia. Prezydent podpisał ustawy z pakietu kolejkowego i onkologicznego. <http://www.mz.gov.pl>. [Online] 12 sierpnia 2014. [Zacytowano: 25 sierpnia 2014.] <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/prezydent-podpisal-ustawy-z-pakietu-kolejkowego-i-onkologicznego>.
49. Guglas N. i inni. Aspekty psychologiczne raka piersi u kobiet w okresie menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*. 2007, 6 (1), strony 19–22.
50. Glińska J. i inni. Kontrola emocji u pacjentów z nowotworem gruczołu piersiowego. Rola wsparcia społecznego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2014, 1, strony 41–47.
51. Nowicki A. i inni. Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*. 2009, 55 (3), strony 81-85.
52. L.M.V. Fangel i inni. Quality of life and daily activities performance after breast cancer treatment. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013, 26 (1), strony 93-100.
53. Hoffman B. i Koper K. Profilaktyka chorób nowotworowych. [aut. książki] Koper A. i inni. *Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011.
54. Zatoński W. *Europejski kodeks walki z rakiem – wersja trzecia (2003)*. Kraków: Centrum Onkologii – Instytut, 2007.
55. Kozik E. Prezentacja w ramach spotkania "Innowacje w leczeniu raka piersi – ocena dostępności w Polsce". www.korektorzdrowia.pl. [Online] 17 styczeń 2014. [Zacytowano: 16 lipiec 2014.] <http://presenter.qbrick.com/?pguid=37c65ed6-91ce-43b8-8e51-7c0faf9e84f0>.
56. Meder J. Efektywność leczenia w onkologii i jej konsekwencje – prezentacja podczas „Innowacje w leczeniu raka piersi – ocena dostępności w Polsce”. <http://www.korektorzdrowia.pl>. [Online] seminarium edukacyjne Fundacji WHC z cyklu Innowacje w medycynie – ocena dostępności w Polsce, 17 styczeń 2014. [Zacytowano: 31 lipiec 2014.] <http://presenter.qbrick.com/?pguid=a2409893-29d3-4c56-8bf8-4169151feabb>.
57. Schymalla I. Przyjdzie czas, w którym nie będziemy patrzeć na sam koszt. <http://www.medexpress.pl>. [Online] 18 listopada 2013. [Zacytowano: 31 sierpnia 2014.] <http://www.medexpress.pl/pacjent/przyjdzie-czas-w-ktorym-nie-bedziemy-patrzec-na-sam-koszt/26173/>.
58. Kobosz T. Pracodawcy nie chcą zatrudniać kobiet z rakiem piersi. <http://www.medexpress.pl>. [Online] 28 listopada 2013. [Zacytowano: 3 sierpnia 2014.] <http://www.medexpress.pl/video/pracodawcy-nie-chca-zatrudniac-kobiet-z-rakiem-piersi/27087/>.
59. Kielar M. Życie w stanie uwarunkowanym. <http://www.medexpress.pl>. [Online] 27 czerwca 2014. [Zacytowano: 31 sierpnia 2014.] <http://www.medexpress.pl/pacjent/zycie-w-stanie-uwarunkowanym/45468/>.
60. Wełnicki M. Rak nie czeka. Onkologia nie przynosi zysków. „Służba Zdrowia”. 16 maja 2013 r., nr 34-41, strony 30-35.
61. Instytut Ochrony Zdrowia na podstawie danych sprawozdawczych NFZ ze świadczeń z zakresów onkologicznych zrealizowanych na rzecz osób z rozpoznaniem C50 (podejrzeniem lub rozpoznaniem potwierdzonym) z lat 2009-2013.





Sequence tworzą lekarze, ekonomiści i badacze z wieloletnim doświadczeniem w badaniach i doradztwie w ochronie zdrowia, od prawie 15 lat wspomagający działanie czołowych firm i ważnych instytucji na tym trudnym, regulowanym rynku. Konsultanci Sequence rozumieją, w jakiej rzeczywistości funkcjonują w Polsce lekarze, farmaceuci, szpitale i inni świadczeniodawcy, firmy farmaceutyczne i sprzętowe, apteki i hurtownie, publiczny płatnik, inni płatnicy/ubezpieczyciele i regulator. Doradztwo Sequence obejmuje wszystkie główne pola działania firm i instytucji odnoszące się do rynku produktów i usług medycznych – analizy rynku, budowanie strategii, zarządzanie i rozwój portfolio produktów i usług, zarządzanie sprzedażą i marketingiem, optymalizację systemów informacji. Sequence opublikował szereg raportów opisujących różne aspekty rynku zdrowia w Polsce m.in. dotyczące ubezpieczeń medycznych, leczenia zaćmy, cukrzycy, raka sutka, zakażeń HIV i HCV. Firma dysponuje pełnym zapleczem badawczym w zakresie badań jakościowych i ilościowych, potrafi rozwiązywać najtrudniejsze problemy badawcze, w tym w obszarach wąskiej specjalistyki.

Sequence HC Partners Sp. z o.o.
ul. Górczewska 30, 01-147 Warszawa
tel.: +48 22 886 47 15
faks: +48 22 638 21 29
www.sequence.pl

