



P O L S K A

# Krajowe profile dotyczące nowotworów

2025



## Seria „Krajowe profile dotyczące nowotworów”

Europejski Rejestr Nierówności w Przeciwdziałaniu Nowotworom to inicjatywa przewodnia Europejskiego Planu Walki z Rakiem. Dostarcza rzetelnych i wiarygodnych danych na temat profilaktyki nowotworów i opieki onkologicznej służących rozpoznawaniu tendencji, różnic i nierówności między państwami członkowskimi, regionami i grupami ludności. W krajowych profilach dotyczących nowotworów opisano mocne strony, wyzwania i konkretne obszary działania w odniesieniu do każdego z 27 państw członkowskich UE, Islandii i Norwegii, aby odpowiednio ukierunkować inwestycje i działania na szczeblu unijnym, krajowym i regionalnym w ramach Europejskiego Planu Walki z Rakiem. Europejski Rejestr Nierówności w Przeciwdziałaniu Nowotworom wspiera również inicjatywę przewodnią nr 1 planu działania na rzecz eliminacji zanieczyszczeń. Profile te stanowią wynik prac prowadzonych przez OECD we współpracy z Komisją Europejską. Zespół wyraża wdzięczność za cenne uwagi otrzymane od ekspertów krajowych oraz komentarze przekazane przez Komitet ds. Zdrowia OECD i tematyczną grupę roboczą UE ds. rejestru nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom.

## Źródła danych i informacji

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

Dodatkowe dane i informacje pochodzą również od Wspólnego Centrum Badawczego Komisji Europejskiej (JRC), z Europejskiego Badania Dochodów i Warunków Życia (EU-SILC), od Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC), Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej (MAEA), Europejskiego Towarzystwa Onkologii Dziecięcej (SIOPE), Agencji Praw Podstawowych Unii Europejskiej (FRA, badanie LGBTIQ), z badań ankietowych nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC), a także z krajowych profili zdrowotnych i profili dotyczących nowotworów z 2023 r. oraz z innych źródeł krajowych (niezależnych od interesów prywatnych lub handlowych). Obliczone średnie UE są średnimi ważonymi 27 państw członkowskich, chyba że wskazano inaczej. Te średnie UE nie obejmują Islandii i Norwegii. Współczynniki umieralności i zachorowalności są standaryzowane wiekiem i odnoszą się do standardowej populacji Europy przyjętej przez Eurostat w 2013 r.

Parytet siły nabywczej (PPP) definiuje się jako sposób przeliczania waluty, który wyrównuje siłę nabywczą różnych walut poprzez eliminację różnic w poziomach cen między państwami.

*Zastrzeżenie prawne: Za publikację niniejszego dokumentu odpowiada sekretarz generalny OECD i przewodnicząca Komisji Europejskiej. Wyrażone w nim opinie i użyte argumenty niekoniecznie odzwierciedlają oficjalne poglądy państw członkowskich OECD lub Unii Europejskiej. Niniejszy dokument, jak również zawarte w nim dane i mapy, pozostają bez uszczerbku dla statusu lub suwerenności jakiegokolwiek terytorium, dla wyznaczenia międzynarodowych granic oraz dla nazwy jakiegokolwiek terytorium, miasta lub obszaru. Nazwy państw i terytoriów oraz mapy użyte w niniejszej wspólnej publikacji są zgodne z praktyką OECD.*

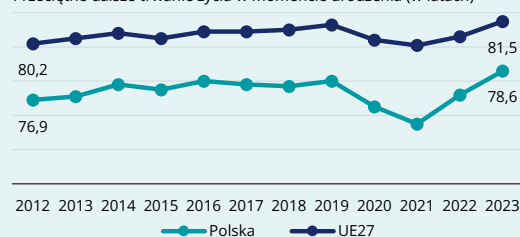
*Szczególne terytorialne zastrzeżenia prawne mające zastosowanie do OECD: Uwaga Republiki Turcji: Informacje zawarte w niniejszym dokumencie odnoszące się do „Cypru” dotyczą południowej części wyspy. Na wyspie tej nie ma jednego organu reprezentującego zarówno Turków, jak i Greków cypryjskich. Turcja uznaje turecką Republikę Cypru Północnego (TRNC). Do czasu znalezienia trwałego i sprawidliwego rozwiązania w kontekście Organizacji Narodów Zjednoczonych Turcja zachowuje swoje stanowisko dotyczące „kwestii cypryjskiej”. Uwaga wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej należących do OECD i Unii Europejskiej: Republikę Cypryjską uznają wszyscy członkowie Organizacji Narodów Zjednoczonych z wyjątkiem Turcji. Informacje zawarte w niniejszym dokumencie dotyczą obszaru znajdującego się pod faktyczną kontrolą rządu Republiki Cypryjskiej. © OECD/Unia Europejska 2025. W przypadku rozbieżności między oryginalnym dokumentem a jego przetłumaczonymi wersjami za ważny należy uznać jedynie tekst oryginalnego dokumentu.*

## Spis treści

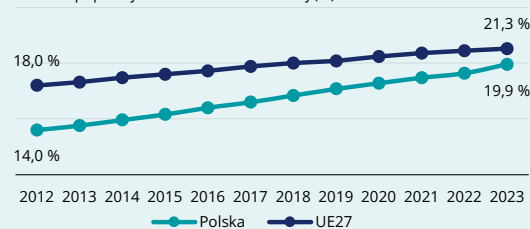
1. NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE	3
2. CHOROBY NOWOTWOROWE W POLSCE	4
3. CZYNNIKI RYZYKA I POLITYKA W ZAKRESIE PROFILAKTYKI	9
4. WCZESNE WYKRYWANIE	13
5. FUNKCJONOWANIE OPIEKI ONKOLOGICZNEJ	15
5.1 Dostępność	15
5.2 Jakość	20
5.3 Koszty i stosunek jakości do ceny	22
5.4 Dobrostan i jakość życia	23
6. NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE DOTYCZĄCE NOWOTWORÓW WIEKU DZIECIĘCEGO	25

## Kluczowe statystyki dotyczące systemu opieki zdrowotnej i demografii

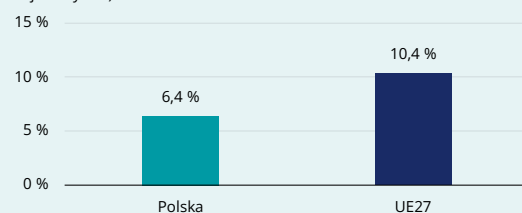
Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia (w latach)



Odsetek populacji w wieku 65 lat i starszej (%)



Wydatki na opiekę zdrowotną jako % PKB (2022 r. lub najbliższy rok)

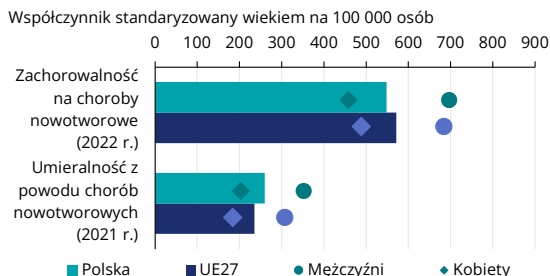


Standaryzowany wiekiem współczynnik umieralności na 100 000 mieszkańców, 2021 r.



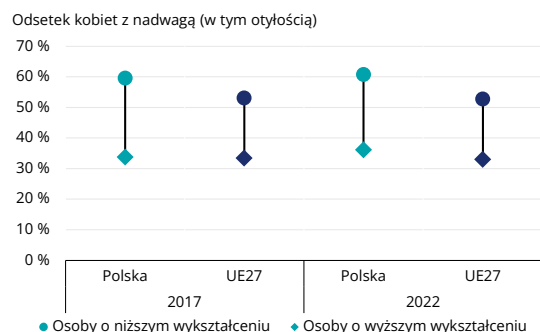
Źródło: Baza danych Eurostatu.

# 1. Najważniejsze informacje



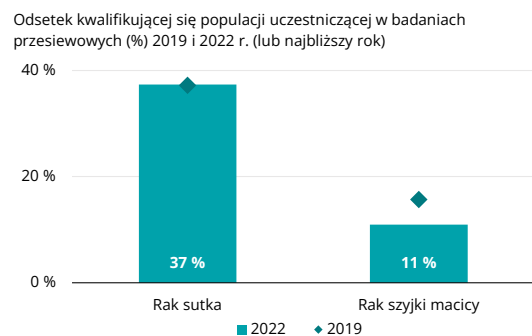
## Choroby nowotworowe w Polsce

W 2022 r. szacowana zachorowalność na choroby nowotworowe w Polsce była niższa od średniej UE, ale oczekuje się, że do 2040 r. nastąpi szybszy wzrost liczby zachorowań. Ogólna umieralność z powodu chorób nowotworowych w Polsce była wyższa od średniej UE w 2021 r., ale spadała szybciej niż średnia wśród państw w podobnej sytuacji gospodarczej, zwłaszcza wśród mężczyzn. W latach 2010–2020 wskaźnik wystąpienia choroby nowotworowej w ciągu całego życia wzrósł w Polsce o 23%.



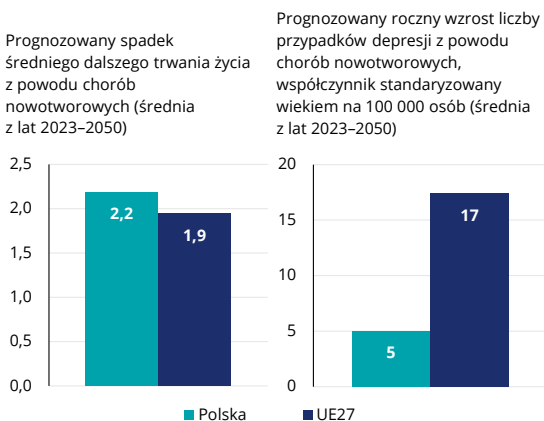
## Czynniki ryzyka i polityka w zakresie profilaktyki

Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe występują w Polsce częściej niż w innych państwach członkowskich. Czynniki ryzyka, pod względem których Polska wypada gorzej, obejmują zanieczyszczenie powietrza, narażenie zawodowe, nadwagę i otyłość, ale wskaźnik Polski pod względem spożywania warzyw i codziennego palenia jest lepszy niż dla innych państw członkowskich. Wśród kobiet z nadwagą i otyłością różnice społeczno-ekonomiczne są duże w porównaniu z kobietami w innych państwach członkowskich UE. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 koncentruje się na profilaktyce i ograniczaniu czynników zwiększających ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe.



## Wczesne wykrywanie

Polska prowadzi trzy programy badań przesiewowych populacji w kierunku raka sutka, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. Wskaźniki uczestnictwa w badaniach przesiewowych są jednak stosunkowo niskie. W ostatnich latach uczestnictwo w badaniach przesiewowych w kierunku raka sutka wzrosło, natomiast odnotowano spadek uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Rozszerzono przedział wiekowy uprawniający do badań przesiewowych w kierunku raka sutka i raka szyjki macicy. Obecnie trwają pilotażowe programy badań przesiewowych w kierunku raka płuc oraz badań molekularnych w kierunku wirusa brodawczaka ludzkiego w ramach nowej metody badań przesiewowych i planuje się pilotażowe badania mające na celu wczesne wykrywanie raka gruczołu krokowego.



## Funkcjonowanie opieki onkologicznej

Dostęp do opieki onkologicznej w Polsce ogranicza wiele czynników, takich jak niskie zagęszczenie pielęgniarek i lekarzy na 1 000 przypadków zachorowania na choroby nowotworowe oraz ograniczone dostawy sprzętu medycznego. Największą inicjatywą na rzecz poprawy dostępu do opieki onkologicznej i jej jakości w Polsce jest Krajowa Sieć Onkologiczna, która ma usprawnić koordynację opieki i monitorowanie jej jakości. Prognozuje się, że w latach 2023–2050, w porównaniu ze średnimi w UE, Polska odnotuje większy spadek średniego dalszego trwania życia z powodu chorób nowotworowych, ale mniejszy wzrost liczby zaburzeń psychicznych.

## 2. Choroby nowotworowe w Polsce

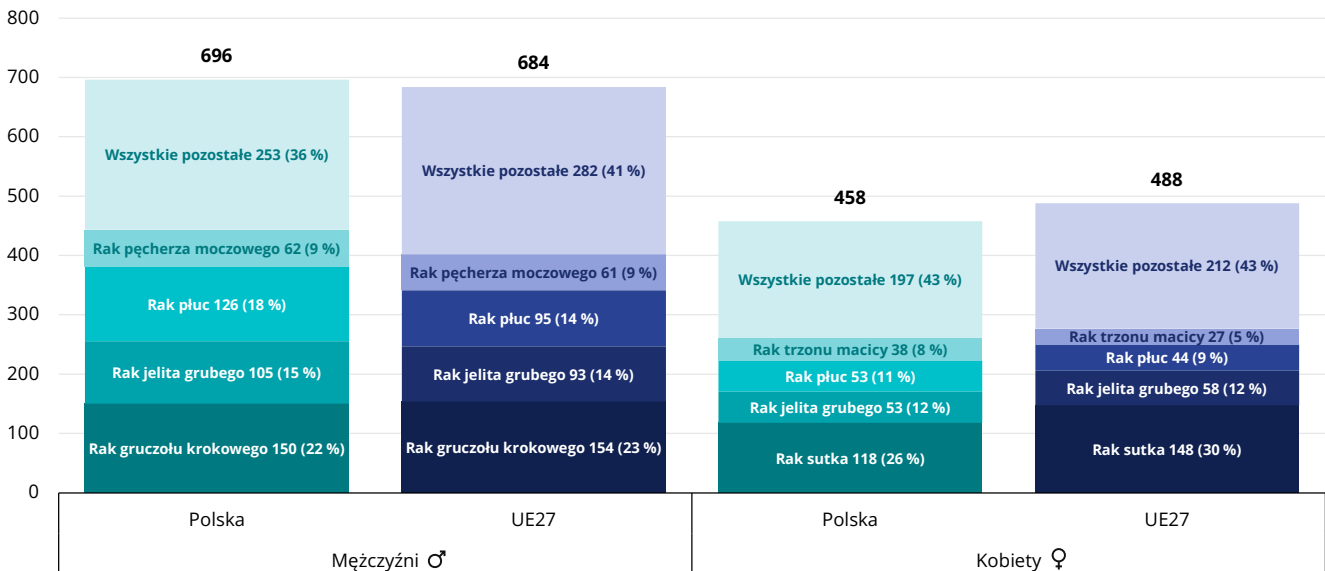
### Przewiduje się, że zachorowalność na choroby nowotworowe w Polsce będzie wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet

Według europejskiego systemu informacji o raku (ECIS) prowadzonego przez Wspólne Centrum Badawcze na podstawie tendencji zachorowalności z lat poprzedzających pandemię w 2022 r. w Polsce przewidywano 106 060 nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe wśród mężczyzn i 95 977 wśród kobiet. Odpowiada to

standaryzowanemu wiekiem współczynnikowi zachorowalności na poziomie 696 nowych przypadków na 100 000 mieszkańców w przypadku mężczyzn i 458 przypadków na 100 000 mieszkańców w przypadku kobiet, co oznacza, że zachorowalność na choroby nowotworowe była o 52% wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Wśród kobiet w Polsce współczynnik ten był również o 6% niższy niż średnia UE, ale wśród mężczyzn w Polsce był o 2% wyższy niż średnia UE.

### Wykres 1. Zachorowalność dotycząca najczęstszych rodzajów nowotworów wśród mężczyzn i kobiet w Polsce jest zgodna z wzorcem występującym w całej UE

Standaryzowany wiekiem współczynnik zachorowalności na 100 000 osób (2022 r.)



Uwagi: Dane liczbowe za 2022 r. są szacunkami opartymi na tendencjach zachorowalności z poprzednich lat i mogą się różnić od wskaźników obserwowanych w ostatnich latach. Obejmuje wszystkie umiejscowienia nowotworu z wyjątkiem nieczerniakowego nowotworu złośliwego skóry. Rak trzonu macicy nie obejmuje raka szyjki macicy.

Źródło: Europejski system informacji o raku (ECIS). Dane pochodzą ze strony internetowej: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, dostęp 10 marca 2024 r. © Unia Europejska, 2024. Procentowy rozkład zachorowalności obliczono ponownie na podstawie standaryzowanych współczynników zachorowalności i jako taki różni się on od procentowego rozkładu wartości bezwzględnych przedstawianego na stronie internetowej ECIS.

Zachorowalność dotycząca najczęstszych rodzajów nowotworów wśród mężczyzn i kobiet w Polsce jest zgodna z wzorcem występującym w całej UE (Wykres 1). Wśród mężczyzn w Polsce najwyższy współczynnik zachorowalności na poziomie 22% (w porównaniu z 23% w całej UE) odnotowuje się w przypadku raka prostaty (gruczołu krokowego), a następnie raka płuc<sup>1</sup> (18%) i raka jelita grubego (15%). Wśród kobiet w Polsce najwyższa jest zachorowalność na raka piersi (sutka) (26% w

porównaniu z 30% w całej UE), a następnie raka jelita grubego (12%) i raka płuc (11%).

W 2021 r. wśród kobiet w Polsce powszechnie występował również rak trzonu macicy (38 przypadków na 100 000 mieszkańców), rak jajnika (23 przypadki na 100 000 mieszkańców) i rak szyjki macicy (19 przypadków na 100 000 mieszkańców). W odniesieniu do wszystkich tych nowotworów współczynniki zachorowalności były

<sup>1</sup> Rak płuc obejmuje również raka tchawicy i oskrzeli.

wyższe niż średnie w całej UE (27 przypadków raka trzonu macicy na 100 000 mieszkańców, 16 przypadków raka jajnika na 100 000 mieszkańców i 12 przypadków raka szyjki macicy na 100 000 mieszkańców). Najwięcej przypadków odnotowano w województwie śląskim (Wojciechowska i in., 2023) (województwo jest główną jednostką administracyjną w Polsce).

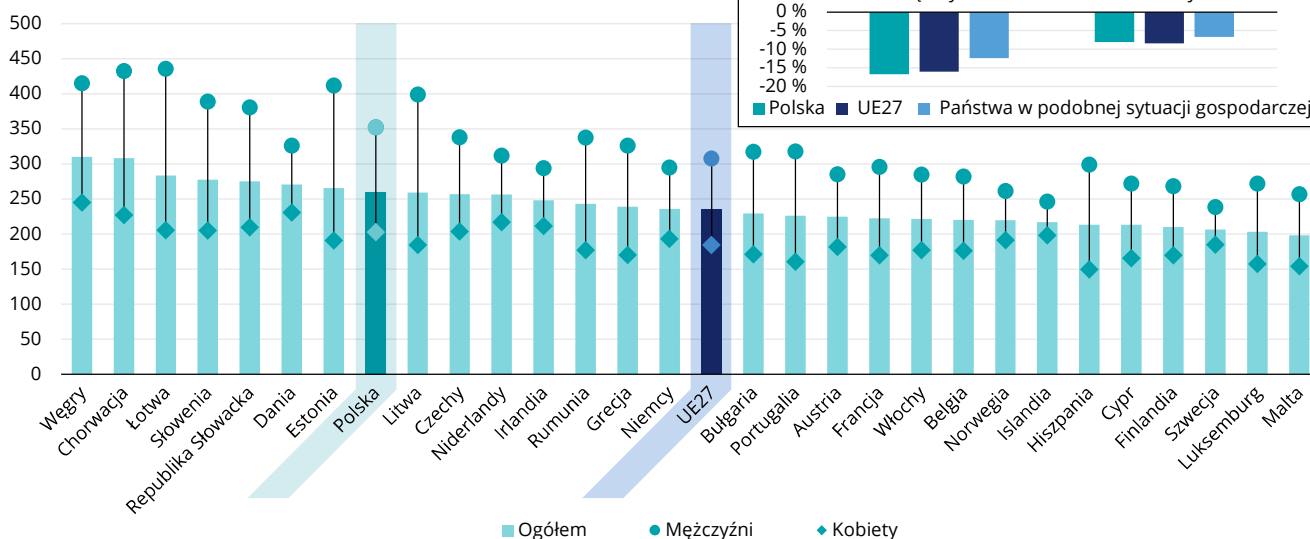
W 2020 r. w Polsce odnotowano spadek liczby zachorowań na choroby nowotworowe, co częściowo wynikało z opóźnień w diagnozowaniu w związku z pandemią COVID-19. Według ECIS szacuje się, że do 2040 r. liczba zachorowań na choroby nowotworowe wzrośnie w Polsce o 19%.

### Współczynnik umieralności z powodu chorób nowotworowych w Polsce spadał szybciej niż średnia wśród państw w podobnej sytuacji gospodarczej

W 2021 r. w Polsce standaryzowany wiekiem współczynnik umieralności wynosił 260 zgonów a 100 000 mieszkańców, co oznacza, że był wyższy niż średnia UE (235 zgonów na 100 000 mieszkańców) (Wykres 2). Podobnie jak we wszystkich państwach UE+2<sup>2</sup> współczynnik umieralności wśród mężczyzn był znacznie wyższy (352 zgonów z powodu chorób nowotworowych na 100 000 mieszkańców) niż u kobiet (203 zgony na 100 000 mieszkańców). W latach 2011–2021 współczynniki umieralności znacznie spadły zarówno wśród mężczyzn (o 17%), jak i kobiet (o 8%). Spadek współczynnika umieralności w Polsce był większy niż średnie w państwach w podobnej sytuacji gospodarczej<sup>3</sup>, zwłaszcza w przypadku mężczyzn.

**Wykres 2. Współczynniki umieralności z powodu chorób nowotworowych w Polsce spadły, ale nadal są wyższe niż średnia UE**

Standaryzowany wiekiem współczynnik umieralności z powodu chorób nowotworowych na 100 000 osób (2021 r.)



Uwagi: Państwa w podobnej sytuacji gospodarczej definiuje się jako klastry terytorialne ze względu na PKB na mieszkańca w 2022 r. według standardów siły nabywczej. Państwa w podobnej sytuacji gospodarczej co PL to: BG, EE, EL, HR, HU, LV, PT, RO i SK. Źródło: Baza danych Eurostatu.

Współczynniki umieralności z powodu chorób nowotworowych znacznie się różnią w poszczególnych regionach Polski. W 2020 r. najwyższe współczynniki odnotowano w zachodniej części Polski, a najniższe w południo-wschodniej (Wojciechowska i in., 2023).

W 2021 r. trzema głównymi przyczynami zgonów z powodu chorób nowotworowych w Polsce były rak płuc, rak jelita grubego i rak piersi (sutka).

Umieralność z powodu raka płuc stanowiła 26% wszystkich zgonów z powodu chorób nowotworowych wśród mężczyzn i 18% wśród kobiet. Rak sutka odpowiadał za 15% wszystkich zgonów z powodu chorób nowotworowych wśród kobiet, a rak jelita grubego za 13% zgonów wśród mężczyzn i 12% zgonów wśród kobiet (Didkowska i in., 2023).

2 Państwa UE+2 obejmują 27 państw członkowskich UE (UE-27) oraz Islandię i Norwegię.

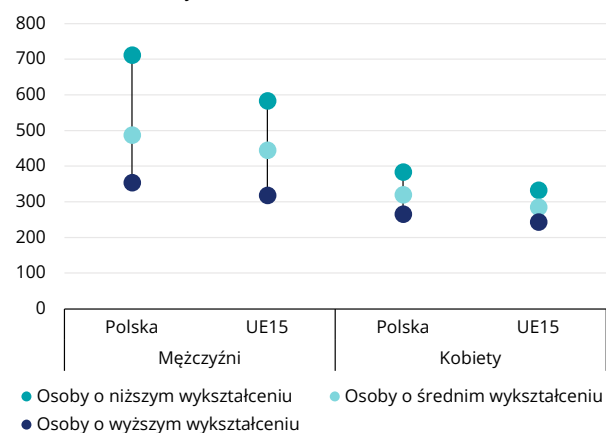
3 Państwa w podobnej sytuacji gospodarczej definiuje się jako klastry terytorialne ze względu na PKB na mieszkańca w 2022 r. według standardów siły nabywczej. Państwa w podobnej sytuacji gospodarczej co PL to: BG, EE, EL, HR, HU, LV, PT, RO i SK.

## W Polsce mężczyźni o niższym wykształceniu są dwukrotnie bardziej narażeni na śmierć z powodu nowotworów niż mężczyźni o wyższym wykształceniu

Standaryzowany wiekiem ogólny współczynnik umieralności z powodu chorób nowotworowych w Polsce jest wyższy wśród osób o niższym poziomie wykształcenia niż wśród osób, których poziom wykształcenia jest wyższy (Wykres 3). Wśród mężczyzn różnica ta (357 zgonów na 100 000 mieszkańców) jest większa niż wśród kobiet (119 zgonów na 100 000 mieszkańców).

### Wykres 3. Różnica w umieralności między osobami o wyższym i niższym wykształceniu jest większa wśród mężczyzn niż wśród kobiet

Standaryzowane wiekiem ogólne współczynniki umieralności z powodu chorób nowotworowych na 100 000 osób



Uwagi: Dane pochodzą z badania EU-CanIneq i odnoszą się do lat 2015–2019. UE-15 odnosi się do nieważonej średniej z 14 państw członkowskich i Norwegii.

Źródło: Komisja Europejska/IARC/ERASMUS MC (2024), Mapping social-economic inequalities in cancer mortality across European countries. ECIR – zestawienie informacji na temat nierówności.

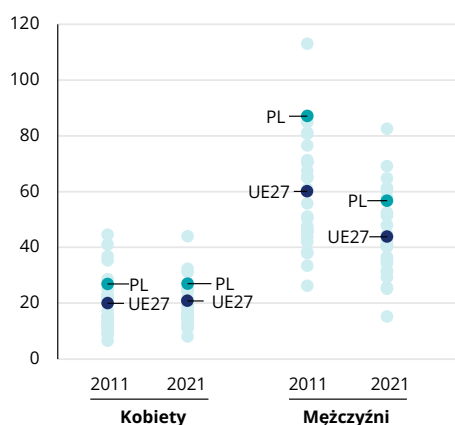
## W latach 2011–2021 zmniejszyła się liczba możliwych do uniknięcia zgonów z powodu kilku chorób nowotworowych, zwłaszcza wśród mężczyzn

Dzięki udoskonalonym strategiom profilaktyki i postępom w metodach leczenia znaczny odsetek zgonów z powodu chorób nowotworowych wśród osób w wieku poniżej 75 lat uznaje się za możliwy do uniknięcia<sup>4</sup>. W 2021 r. w Polsce liczba możliwych do uniknięcia zgonów z powodu raka płuc (w większości przypadków możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce) wynosiła 27 na 100 000 kobiet (o 30% więcej niż średnia UE) i 57 na 100 000 mężczyzn (29% więcej niż średnia UE) (Wykres 4). W latach 2011–2021 współczynnik ten wzrósł o 0,6% wśród kobiet i zmniejszył się o 35% wśród mężczyzn (przekraczając średni spadek w całej UE). Odzwierciedla to pozytywny wpływ polityki ograniczania użycia tytoniu w ostatnich dziesięcioleciach.

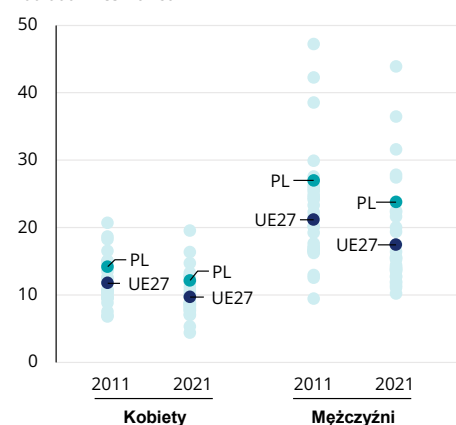
Z drugiej strony współczynnik umieralności z powodu raka sutka (w większości przypadków możliwego do uniknięcia dzięki interwencji medycznej) w Polsce wynosił 20 na 100 000 kobiet, czyli o 5% więcej niż średnia UE. Od 2011 r. w Polsce współczynnik ten zmniejszył się o 8%, podczas gdy średnia UE spadła o 16%. W Polsce współczynnik umieralności z powodu raka jelita grubego zmniejszył się o 14% wśród kobiet i o 11% wśród mężczyzn w porównaniu z 2011 r. Wyższy wskaźnik uczestnictwa w badaniach przesiewowych i inicjatywy w zakresie wczesnej diagnostyki mogłyby obniżyć te współczynniki umieralności.

### Wykres 4. Możliwa do uniknięcia umieralność z powodu raka jelita grubego i raka płuc w Polsce była wyższa wśród mężczyzn i kobiet niż średnie w UE

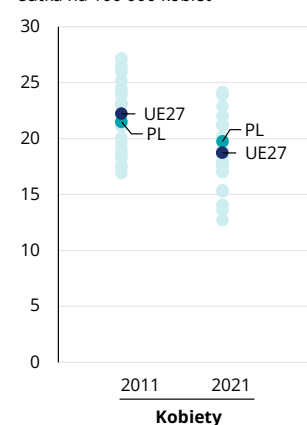
Standaryzowany wiekiem współczynnik możliwych do uniknięcia zgonów z powodu raka płuc na 100 000 mieszkańców



Standaryzowany wiekiem współczynnik możliwych do uniknięcia zgonów z powodu raka jelita grubego na 100 000 mieszkańców



Standaryzowany wiekiem współczynnik możliwych do uniknięcia zgonów z powodu raka sutka na 100 000 kobiet



Uwaga: Dane liczbowe dotyczące zgonów możliwych do uniknięcia odnoszą się do zgonów osób w wieku poniżej 75 lat.

Źródło: Baza danych Eurostatu.

<sup>4</sup> Zgony możliwe do uniknięcia obejmują zarówno zgony możliwe do uniknięcia poprzez skuteczne interwencje w zakresie zdrowia publicznego i profilaktyki, jak i zgony możliwe do uniknięcia dzięki interwencji medycznej, których można uniknąć dzięki terminowym i skutecznym interwencjom medycznym.

W 2021 r. w wyniku pandemii COVID-19 zmarło w Polsce 90 126 osób, z czego 11 640 to osoby chore na raka (13%) (Didkowska i in., 2023). Wśród osób chorych na raka, które zmarły w wyniku pandemii COVID-19 w 2021 r., 58% stanowili mężczyźni. Wyraźny spadek umieralności z powodu chorób nowotworowych wśród kobiet i mężczyzn w Polsce w latach 2020–2021 można wyjaśnić wpływem pandemii (Didkowska i in., 2023) oraz sposobem rejestrowania tych zgonów.

### Wskaźnik chorobowości 5-letniej po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej w Polsce jest znacznie niższy od średniej UE

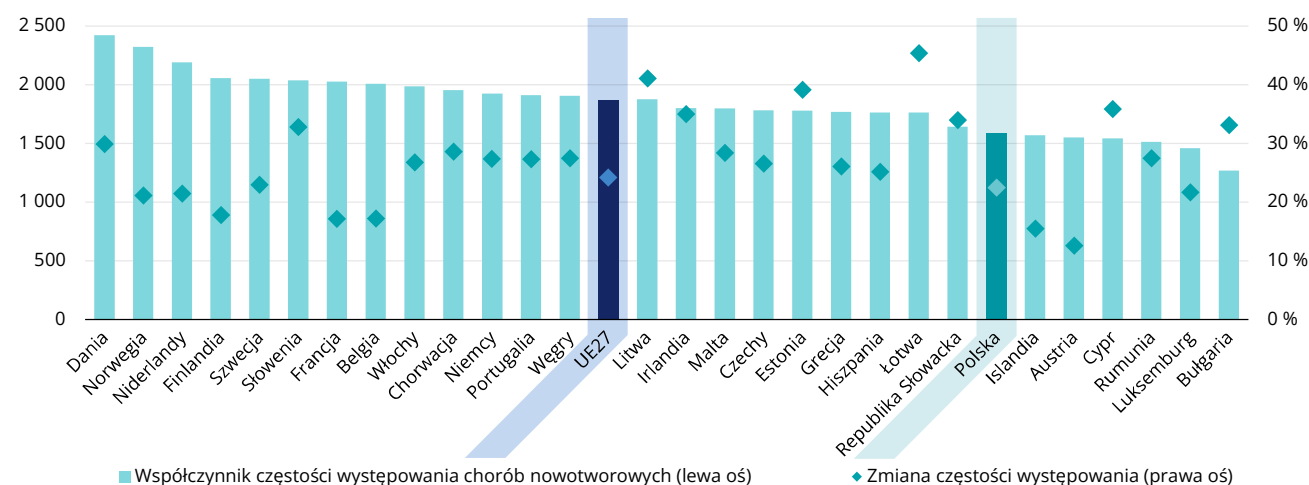
Według szacunków GLOBOCAN przeprowadzonych przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem

(IARC) w 2022 r. wskaźnik chorobowości 5-letniej po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej<sup>5</sup> w Polsce był siódmą najniższą wartością wśród państw UE+2, z 1 585 przypadkami zachorowania na choroby nowotworowe na 100 000 osób, które zdiagnozowano w ciągu ostatnich pięciu lat i nadal pozostają przy życiu – wskaźnik ten jest niższy od średniej UE wynoszącej 1 876 przypadków na 100 000 (Wykres 5). W latach 2010–2020 współczynnik częstości występowania chorób nowotworowych w Polsce wzrósł o 23%, czyli był nieco niższy niż w całej UE (24%). Wzrost ten podkreśla rosnące znaczenie skupienia się na jakości życia i przeżywalności, ponieważ ludzie chorujący na raka żyją dłużej i więcej osób zmagają się z tą chorobą (sekcja 5.4).

### Wykres 5. Wskaźnik chorobowości 5-letniej po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej w Polsce był znacznie niższy niż średnia UE

Wskaźnik chorobowości pięcioletniej po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej na 100 000 mieszkańców (2022 r.) (Globocan)

Zmiana standaryzowanego wiekiem współczynnika częstości występowania chorób nowotworowych w ciągu całego życia (lata 2010–2020) (EUROCARE-6)



Źródła: Baza danych IARC Globocan 2024; badanie EUROCARE-6 (De Angelis i in., 2024).

### W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 duży nacisk kładzie się na programy profilaktyczne

Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) obejmuje szereg działań zaplanowanych na lata 2020–2030, które koncentrują się na sześciu kluczowych obszarach inwestycji w system opieki onkologicznej (Ministerstwo Zdrowia, 2023). Wspiera ona również gromadzenie danych za pośrednictwem Krajowego Rejestru Nowotworów, zgodnie z Europejskim Planem Walki z Rakiem (ramka 1).

W ramach NSO uruchomiono wiele programów, w tym program badań przesiewowych w kierunku

raka płuca na lata 2021–2023 oraz programy opieki dla rodzin o wysokim, dziedzicznie uwarunkowanym ryzyku zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe (takie jak rak sutka, rak jajnika, rak jelita grubego i rak trzonu macicy oraz siatkówczak lub zespół von Hippel-Lindaua). Wdrożono również pilotażowe zastosowanie badania molekularnego w kierunku wirusa brodawczaka ludzkiego wysokiego ryzyka (HPV) jako nowe badanie przesiewowe w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy.

Rozpoczęto również kampanię społeczną zatytułowaną „Planuję długie życie”, koncentrującą się na zapewnianiu edukacji zdrowotnej i

<sup>5</sup> Częstość występowania chorób nowotworowych odnosi się do odsetka populacji, u której zdiagnozowano choroby nowotworowe i która nadal pozostaje przy życiu, w tym osób obecnie leczonych z powodu chorób nowotworowych i osób, które zakończyły leczenie. Wskaźnik chorobowości 5-letniej po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej obejmuje osoby, u których zdiagnozowano raka w ciągu ostatnich pięciu lat, natomiast współczynnik częstości występowania chorób nowotworowych w ciągu całego życia dotyczy osób, u których zdiagnozowano raka w dowolnym momencie życia.

propagowaniu zdrowego stylu życia. Jest ona poświęcona chorobom nowotworowym takim jak rak płuc, rak jelita grubego, złośliwy rak skóry, rak sutka, rak szyjki macicy i rak gruczołu krokowego i jest prowadzona za pośrednictwem telewizji, radia oraz internetu. Na okres 2021–2024

w ramach programu „Profilaktyka 40 PLUS” dla osób w wieku powyżej 40 lat przewidziano również profilaktyczne testy diagnostyczne w zakresie najpowszechniejszych problemów zdrowotnych.

### Ramka 1. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 wpisuje się w Europejski Plan Walki z Rakiem

Celem NSO jest skoncentrowanie się na inwestycjach w sześciu kluczowych obszarach, tj.: zasoby ludzkie (zwiększenie liczby pracowników i kształcenie personelu medycznego); profilaktyka (edukacja dla dorosłych i dzieci na temat dbania o swoje zdrowie w celu zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka, propagowanie zdrowego odżywiania i ograniczenie używania wyrobów tytoniowych); nauka i innowacje (zwiększenie udziału pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych i ułatwienie dostępu do innowacyjnych terapii nowotworowych); wczesne wykrywanie (wdrożenie nowych badań przesiewowych) oraz system opieki onkologicznej (optymalizacja procesu leczenia i zapewnienie szpitalom nowoczesnego sprzętu medycznego i nowoczesnej infrastruktury medycznej). W ramach NSO priorytetowo traktuje się również wszystkie trzy tematy przekrojowe określone w Europejskim Planie Walki z Rakiem w celu poprawy dostępu do wysokiej jakości opieki onkologicznej we wszystkich regionach, poprawy koordynacji opieki i wdrożenia monitorowania lepszej jakości (tabela 1). W strategii tej podkreślono znaczenie zwiększenia inwestycji, poprawy jakości opieki, propagowania wczesnej diagnostyki i zapewniania wsparcia psychologicznego dzieciom chorym na raka. Aby osiągnąć postępy w badaniach i innowacjach, planuje się rozwój rejestrów medycznych, zwiększenie udziału pacjentów w badaniach klinicznych prowadzonych w Polsce, utworzenie ośrodków wsparcia badań klinicznych oraz rozszerzenie dostępu do refundowanych leków onkologicznych.

Tabela 1. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 wpisuje się w Europejski Plan Walki z Rakiem

Filary EBPC				Tematy przekrojowe określone w EBPC		
Profilaktyka	Wczesne wykrywanie	Diagnostyka i leczenie	Jakość życia	Nierówności	Pediatria	Badania naukowe i innowacje
●	●	●	●	●	●	●

Uwagi: EBPC = Europejski Plan Walki z Rakiem. Kolor niebieski oznacza, że NSO zawiera specjalną sekcję poświęconą temu tematowi; kolor pomarańczowy oznacza, że temat ten jest ujęty w jednej z sekcji NSO, ale nie jest jedynym przedmiotem zainteresowania; kolor różowy wskazuje, że temat ten nie został uwzględniony w NSO.

Źródło: opracowano na podstawie dokumentu „Study on mapping and evaluating the implementation of the Europe’s Beating Cancer Plan” („Badanie dotyczące mapowania i oceny wdrażania Europejskiego Planu Walki z Rakiem”) (dotychczas nieopublikowanego).

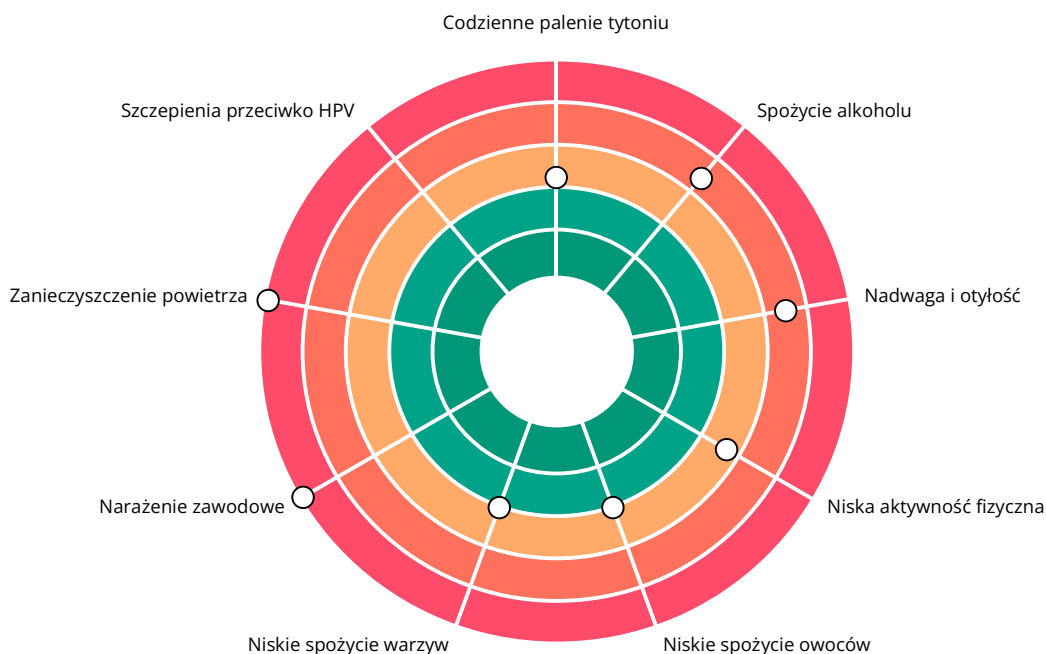
# 3. Czynniki ryzyka i polityka w zakresie profilaktyki

## Polska wypada gorzej niż inne państwa członkowskie pod względem większości czynników zwiększających ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe

Współczynniki częstości występowania zanieczyszczenia powietrza, narażenia zawodowego, nadwagi lub otyłości oraz spożycia alkoholu są wyższe w Polsce niż w

innych państwach członkowskich (Wykres 6). Czynniki ryzyka, pod względem których Polska wypada najgorzej, to narażenie zawodowe i zanieczyszczenie powietrza, Polska plasuje się natomiast lepiej niż większość państw członkowskich pod względem codziennego palenia, aktywności fizycznej oraz spożycia warzyw i owoców.

### Wykres 6. Polska plasuje się poniżej większości innych państw członkowskich pod względem zanieczyszczenia powietrza, narażenia zawodowego oraz nadwagi i otyłości



Uwagi: Im bliżej środka znajduje się kropka, tym lepsze są wyniki państwa w porównaniu z innymi państwami członkowskimi. Żadne z państw nie znajduje się w białym „obszarze docelowym”, gdyż we wszystkich państwach i we wszystkich obszarach istnieją możliwości poprawy. Zanieczyszczenie powietrza mierzy się na podstawie pyłu zawieszzonego o średnicy mniejszej niż 2,5 mikrometra (PM<sub>2,5</sub>). Dane dotyczące szczepień przeciwko HPV nie są dostępne.

Źródła: obliczenia OECD na podstawie badania EU-SILC z 2022 r. dotyczącego nadwagi, otyłości, aktywności fizycznej, spożycia owoców i warzyw (u osób dorosłych); badanie Eurofoundu dotyczące narażenia zawodowego; statystyki OECD dotyczące zdrowia w odniesieniu do palenia, spożywania alkoholu (u dorosłych) i zanieczyszczenia powietrza oraz WHO w odniesieniu do szczepień przeciwko HPV (15-letnie dziewczęta).

Wydatki na profilaktykę w Polsce są niskie i w 2021 r. stanowiły 2% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną i utrzymywały się na stałym poziomie pomimo pandemii COVID-19<sup>6</sup>. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 obejmuje cele dotyczące zmniejszenia ryzyka zachorowania na choroby nowotworowe, zapobiegania nadwadze i otyłości, starzenia się w dobrym zdrowiu,

profilaktyki uzależnień oraz ograniczenia ryzyka dla zdrowia wynikającego z czynników środowiskowych. W ramach NSO Ministerstwo Zdrowia finansuje kampanię edukacyjną pod nazwą „Planuję długie życie” (zob. sekcja 2), a od 2023 r. wprowadzane są bezpłatne szczepienia przeciwko HPV dla dziewcząt i chłopców w wieku 12–13 lat (ramka 2).

6 Wydatki na profilaktykę zgłaszane w rachunkach zdrowia powinny obejmować działania wykraczające poza programy krajowe (np. oportunistyczne badania przesiewowe w kierunku raka lub doradztwo w dziedzinie rzucania palenia podczas rutynowej wizyty u lekarza), jednak w praktyce państwa mogą mieć trudności z określeniem wydatków na profilaktykę wykraczających poza takie programy.

## Ramka 2. Od 2023 r. szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego w Polsce są finansowane ze środków publicznych

Od czerwca 2023 r. szczepienia przeciwko HPV są finansowane dla chłopców i dziewcząt w wieku 12–13 lat w ramach zalecanego programu szczepień ochronnych, który jest częścią NSO. Od września 2024 r. chłopcy i dziewczęta w wieku 9–14 lat są kwalifikowani do programu. Wszystkie dzieci mogą otrzymać dwie dawki (w odstępie 6–12 miesięcy) dwóch rodzajów szczepionki przeciwko HPV, tj.: szczepionki 2-walentnej i 9-walentnej. Dodatkowo, szczepionka 2-walentna może być kupiona w aptece z pełnym (100%) zwrotem kosztów dla dzieci do 18. roku życia i z 50% zwrotem dla osób powyżej 18. roku życia. W 2024 r. przeprowadzono również ogólnokrajową kampanię szczepień przeciw HPV.

### Mężczyźni w Polsce palą papierosy i piją alkohol częściej niż kobiety

W 2019 r. w Polsce codziennie paliło 17% osób, czyli nieco mniej niż średnia UE (18%). Średnia liczba papierosów wypalanych dziennie przez jednego palacza była jednak wyższa w Polsce (15) niż w całej UE (13). W 2022 r. różnice w zależności od płci i poziomu wykształcenia były widoczne wśród osób w wieku 20 lat i starszych: mężczyźni (30%) palili więcej niż kobiety (17%), a osoby o niższym wykształceniu paliły więcej (28% wśród mężczyzn i 20% wśród kobiet) niż osoby o wyższym wykształceniu (20% wśród mężczyzn i 16% wśród kobiet) (Wojtyniak i Goryński, 2022). W 2021 r. spożycie alkoholu na mieszkańca wśród osób w wieku 15 lat i starszych wynosiło 11 litrów, czyli nieco więcej niż średnia UE (około 10 litrów).

W ostatnich dziesięcioleciach Polska zintensyfikowała politykę ograniczania użycia tytoniu. Od 2011 r. palenie jest zakazane we wszystkich miejscach pracy, w transporcie publicznym oraz w barach i restauracjach. Od 2017 r. na opakowaniach papierosów umieszczane są ostrzeżenia zdrowotne zgodnie z unijną dyrektywą w sprawie wyrobów tytoniowych. Jeśli chodzi o politykę alkoholową, minimalny wiek uprawniający do zakupu alkoholu w Polsce wynosi 18 lat, natomiast nie ma ograniczeń dotyczących zagęszczenia punktów sprzedaży alkoholu ani sprzedaży według rodzaju lokalu. Nie ma również obowiązku umieszczania etykiet z ostrzeżeniami zdrowotnymi i brak jest wytycznych dotyczących profilaktyki w szkołach. W 2021 r. wprowadzono dodatkową opłatę za alkohol sprzedawany w małych butelkach o pojemności do 300 ml, zwaną „podatkiem od małpek”.

### Używanie tytoniu wśród nastolatków jest w Polsce bardziej rozpowszechnione niż średnia w UE

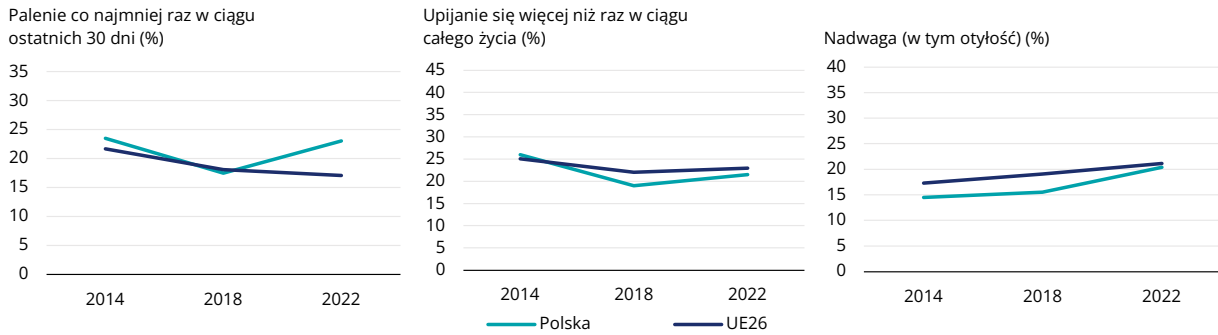
Od 2018 r. można zaobserwować wzrost odsetka nastolatków palących i pijących alkohol (Wykres 7). W 2022 r. odsetek palących 15-latków (23%), pozostało o 6 punktów procentowych wyższy niż średnia UE (17%), natomiast odsetek osób, które więcej niż raz w życiu znajdowały się w stanie

nietrzeźwości (22%), wzrósł od 2018 r. o 3 punkty procentowe. Bardzo powszechnym zjawiskiem w Polsce jest również używanie papierosów elektronicznych wśród nastolatków. W 2022 r. ponad 30% nastolatków używało papierosów elektronicznych co najmniej raz w ciągu ostatnich 30 dni. Polska zajmuje czwarte miejsce wśród państw członkowskich pod względem używania papierosów elektronicznych przez nastolatków.

Częstość występowania innych czynników ryzyka (niski poziom aktywności fizycznej, nadwaga i otyłość) jest jednak podobna do średniej UE. Na przykład częstość występowania nadwagi i otyłości wzrosła w Polsce o 6 punktów procentowych w ciągu ośmiu lat do 2022 r., ale nadal jest o 1 punkt procentowy niższa niż średnia UE. Nadwaga i otyłość występują częściej u dzieci pochodzących z rodzin znajdujących się w niekorzystnej sytuacji. W Polsce prawdopodobieństwo nadwagi wśród dzieci w wieku od 11 do 15 lat pochodzących z 20% rodzin o najniższym poziomie zamożności na podstawie wskaźnika zamożności rodziny jest o 8 punktów procentowych wyższe (28%) niż u dzieci pochodzących z 20% rodzin o najwyższym poziomie zamożności (20%).



## Wykres 7. W przeciwieństwie do średniej UE w Polsce odnotowano widoczny wzrost wskaźników palenia i upijania się wśród nastolatków



Uwaga: Średnia UE jest średnią nieważoną. Dane odnoszą się do roku 2022 i dotyczą dzieci w wieku 15 lat.  
Źródło: Badania ankietowe nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej.

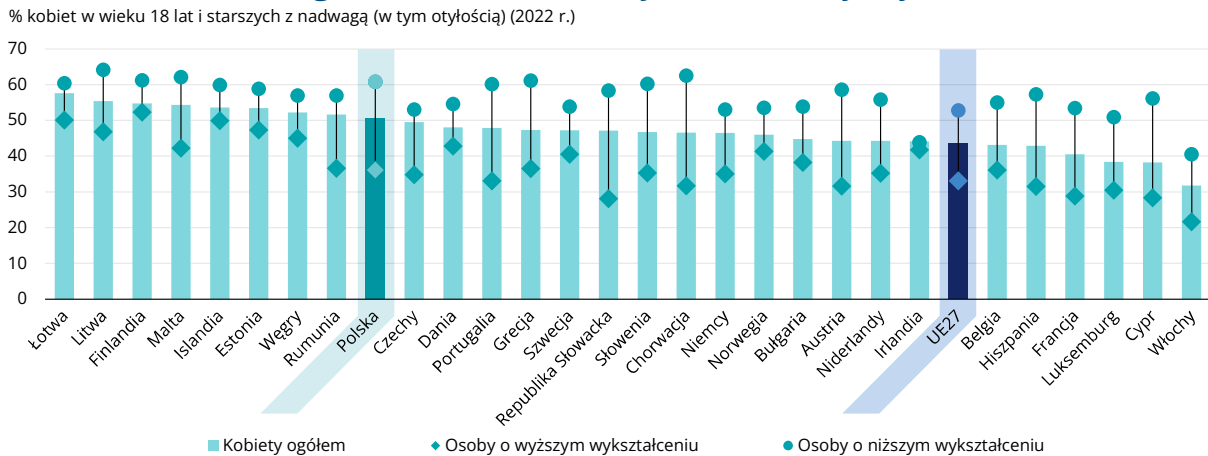
### Osoby o niższym wykształceniu częściej mają nadwagę lub cierpią na otyłość

W latach 2017–2022 odsetek Polaków w wieku 18 lat i starszych, którzy cierpieli na nadwagę i otyłość, wzrósł do 58%, w tym 19% osób zmagало się z otyłością. Wskaźnik ten był wyższy wśród mężczyzn (68%) niż wśród kobiet (51%) oraz wśród osób o niższym wykształceniu (60%) niż wśród osób o wyższym wykształceniu (47%). Różnice między kobietami i mężczyznami są nieco większe niż różnice w całej UE, natomiast różnice społeczno-ekonomiczne są nieco mniejsze niż różnice w całej UE.

W Polsce w 2022 r. ponad połowa (51%) dorosłych kobiet miała nadwagę (w tym cierpiała na otyłość)

– wskaźnik ten jest wyższy niż średnia UE (44%) (Wykres 8). Podobnie jak w większości państw wskaźniki nadwagi były znacznie wyższe wśród kobiet o niższym wykształceniu (61%) niż wśród kobiet o wyższym wykształceniu (36%). W latach 2017–2022 częstość występowania nadwagi nieznacznie wzrosła wśród kobiet o niższym poziomie wykształcenia (o 1 punkt procentowy) i wzrosła wśród kobiet o wyższym poziomie wykształcenia (o 2 punkty procentowe). Różnice społeczno-ekonomiczne wśród osób z nadwagą w Polsce nieznacznie się zmniejszyły. Inna sytuacja jest w UE, ponieważ średnie UE w przypadku obu grup nieznacznie spadły w latach 2017–2022.

## Wykres 8. Wskaźnik nadwagi wśród kobiet w Polsce jest znacznie wyższy niż średnia UE



Uwaga: Nadwaga (w tym otyłość) dotyczy osób ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) powyżej 25.  
Źródło: Baza danych Eurostatu.

Do nadwagi i otyłości przyczyniają się złe odżywianie i brak aktywności fizycznej. W 2022 r. 44% osób dorosłych spożywało owoce rzadziej niż raz dziennie, a w przypadku warzyw odsetek ten wyniósł 41% osób dorosłych (w porównaniu odpowiednio z 39% i 40% osób w UE). Ponadto jedynie 30% osób w wieku powyżej 15 lat podejmowało aktywność fizyczną co najmniej trzy razy w tygodniu – nieco mniej niż wynosi średnia UE (31%).

Wśród 15-latków w Polsce 27% spożywało owoce codziennie (w porównaniu ze średnią 30% w UE), a 32% spożywało warzywa codziennie (w porównaniu z 34% w UE). Odsetek 15-latków w Polsce podejmujących codziennie 60-minutową aktywność fizyczną jest dość niski – wynosi 15%.

Jeśli chodzi o programy zdrowego odżywiania, w Polsce ustalono limity lub cele w zakresie ograniczenia zawartości soli, cukru i tłuszczu

ogółem w odniesieniu do określonej grupy produktów. W 2021 r. wprowadzono podatek od napojów słodzonych cukrem, a w 2015 r. przepisy dotyczące reklamy bezpośredniej skierowanej do młodzieży. Ponadto od 2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia koordynuje bezpłatny internetowy program szkoleń „8 tygodni dla zdrowia”, aby propagować zdrowy styl życia i regularną aktywność fizyczną.

### Wysokie współczynniki zanieczyszczenia powietrza i narażenia zawodowego w Polsce stanowią powód do niepokoju

Według WHO 36 z 50 miast w Europie o najbardziej zanieczyszczonym powietrzu znajduje się w Polsce (Karver, Badiani-Magnusson i Carroll, 2022). W 2020 r. w Polsce występowało najwyższe średnie narażenie ludności na  $PM_{2,5}$  na poziomie  $18 \mu\text{g}/\text{m}^3$ . Ponadto współczynnik przedwczesnych zgonów spowodowanych narażeniem na  $PM_{2,5}$  w Polsce (128 na 100 000 osób) był drugim najwyższym współczynnikiem w UE, tuż za Bułgarią (166 na 100 000 osób) i był dwukrotnie wyższy od średniej UE (57 na 100 000 osób). Jedynie Węgry i Polska nie osiągnęły do 2021 r. krajowych celów redukcji emisji  $PM_{2,5}$  określonych w dyrektywie w sprawie krajowych poziomów emisji, a Polska musi zmniejszyć emisje  $PM_{2,5}$  o ponad połowę, aby osiągnąć ten cel. Polska realizuje program modernizacji systemów ogrzewania budynków mieszkalnych, który obejmuje dotacje dla gospodarstw domowych o niskich dochodach w wysokości do 90%, skuteczniejsze działania informacyjne względem osób o niskich dochodach, łatwiejszy proces składania wniosków oraz większą pomoc techniczną i pomoc we wdrażaniu. Ponadto Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej zrealizował ogólnopolski program finansowania usuwania wyrobów

zawierających azbest i prowadził bazę azbestową w latach 2019–2024.

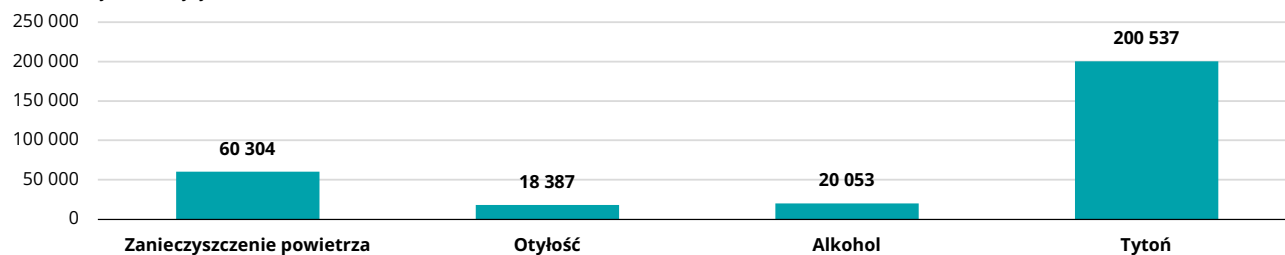
Ponadto jak wynika z europejskiego badania warunków pracy, w 2021 r. spośród wszystkich państw członkowskich Polska była również państwem o najwyższym odsetku osób (37%), które zgłosiły narażenie na produkty lub substancje chemiczne. W przypadku mężczyzn narażenie zawodowe występuje częściej (40%) niż w przypadku kobiet (32%) i wskaźniki te były wyższe niż średnie UE zarówno wśród mężczyzn (wyższe o 44%), jak i kobiet (wyższe o 32%).

### Osiągnięcie celów w zakresie ograniczenia czynników ryzyka pozwoliłoby zapobiec setkom tysięcy nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe w latach 2023–2050

Podobnie jak wszystkie państwa w Europie Polska ma dużą szansę na zmniejszenie liczby nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe w kraju poprzez skupienie się na profilaktyce pierwotnej. Według modelowania OECD w zakresie strategicznego planowania zdrowia publicznego (SPHeP) największy potencjał – 200 537 przypadków zachorowania na choroby nowotworowe w latach 2023–2050 – jest możliwy do zrealizowania, jeżeli zostaną osiągnięte cele dotyczące ograniczenia konsumpcji tytoniu (Wykres 9). Jeżeli Polska osiągnie cel dotyczący zanieczyszczenia powietrza, w tym samym okresie można by zapobiec 60 304 nowym przypadkom zachorowania na choroby nowotworowe; dodatkowym 20 053 przypadkom zachorowania, gdyby osiągnięto cele dotyczące alkoholu, i dodatkowym 18 387 przypadkom zachorowania na choroby nowotworowe, gdyby osiągnięto cele dotyczące otyłości.

### Wykres 9. Polska mogłaby zapobiec ponad 200 000 nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe w wyniku osiągnięcia celów w zakresie ograniczenia użycia tytoniu w latach 2023–2050

Liczba przypadków zachorowania na choroby nowotworowe, których udało by się uniknąć w latach 2023–2050 ze względu na osiągnięcie celów w zakresie czynników ryzyka



Uwagi: W przypadku tytoniu celem jest ograniczenie jego używania o 30% w latach 2010–2025 i zapewnienie, aby do 2040 r. mniej niż 5% populacji używało tytoniu. W przypadku alkoholu celem jest zmniejszenie jego ogólnego spożycia o co najmniej 20% oraz zmniejszenie o 20% spożywania alkoholu w nadmiernych ilościach (sześciu lub większej liczby napojów alkoholowych przy jednej okazji w przypadku osób dorosłych) w latach 2010–2030. W przypadku zanieczyszczenia powietrza celem jest średni roczny poziom  $PM_{2,5}$  ograniczony do  $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$  do 2030 r. i do  $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$  do 2050 r. W przypadku otyłości celem jest jej zmniejszenie do 2025 r. do poziomu z 2010 r.

Źródło: OECD (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

# 4. Wczesne wykrywanie

## Wskaźniki badań przesiewowych w kierunku raka sutka w Polsce należą do najniższych w UE

Badania przesiewowe populacji w kierunku raka sutka w Polsce obejmują wykonywaną co dwa lata mammografię. Badanie to jest dostępne dla kobiet w wieku 45–74 lat po rozszerzeniu w 2023 r. przedziału wiekowego wynoszącego 50–69 lat w celu poprawy spójności ze zaktualizowanym zaleceniem Rady UE z 2022 r. Od 2022 r. powiadomienia są wysyłane za pośrednictwem krajowego Internetowego Konta Pacjenta (IKP) do kobiet, u których w ciągu ostatnich dwóch lat nie wykonano mammografii, oraz do kobiet, które spełniają kryteria powtórnej mammografii po 12 miesiącach z powodu występowania w rodzinie zachorowań na raka sutka lub mutacji w genach BRCA1 lub BRCA2.

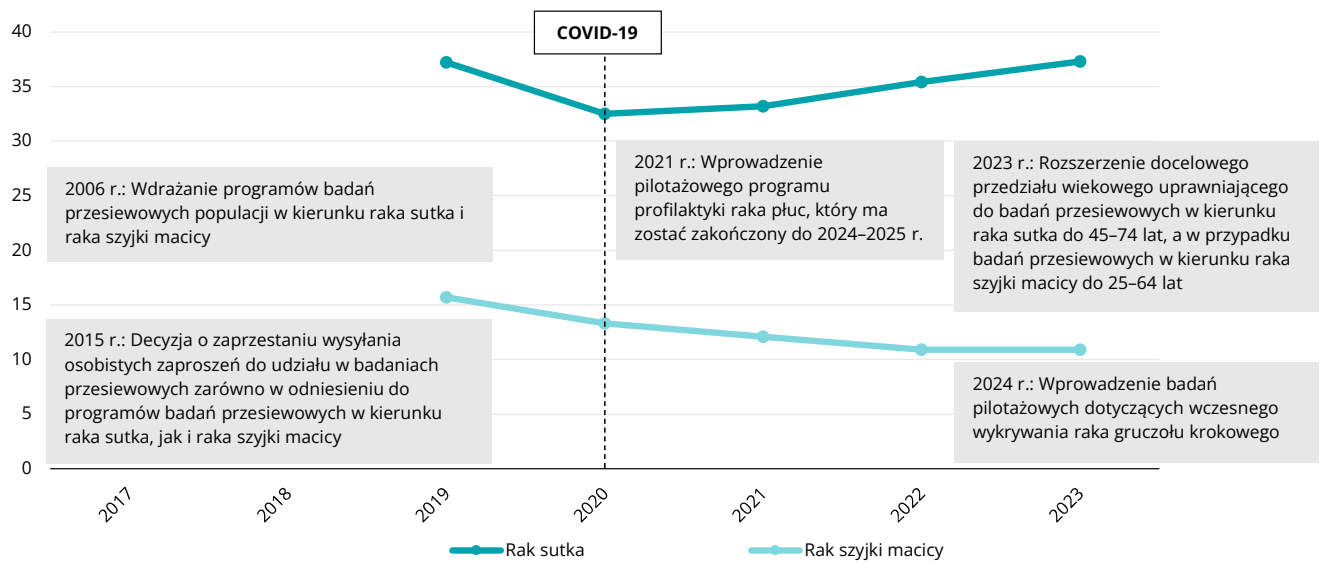
Z danych pochodzących z programu wynika, że w 2023 r. udział w badaniach przesiewowych w kierunku raka sutka w Polsce był niski (37%). W latach 2019–2021 (na podstawie danych pochodzących z programu) odnotowano niewielki spadek odsetka kobiet uczestniczących w

programie o około 10%. Następnie można zauważyć powolny wzrost, ponieważ udział ten wzrósł o 12% w latach 2021–2023 (Wykres 10). Kobiety o niższym statusie społeczno-ekonomicznym rzadziej biorą udział w badaniach przesiewowych w kierunku raka sutka. W przypadku Polski różnica między kobietami o wysokim i niskim poziomie wykształcenia jest większa niż w innych państwach członkowskich (OECD, 2024a). W 2021 r. w Polsce prawdopodobieństwo wykonania mammografii wyniosło 35% wśród kobiet o niższym poziomie wykształcenia w porównaniu z 54% wśród kobiet o wyższym poziomie wykształcenia.

Aby zwiększyć zasięg programu badań przesiewowych w kierunku raka sutka, Polska stosuje modele realizacji, takie jak mobilne programy badań przesiewowych w kierunku raka sutka. „Mammobus” to mobilny program badań przesiewowych w kierunku raka, który umożliwia kobietom wykonanie mammografii w pobliżu ich miejsca zamieszkania lub pracy. Program został wstrzymany podczas pandemii COVID-19, ale wznowiono go latem 2020 r.

## Wykres 10. Z danych pochodzących z programu wynika, że wskaźnik uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku raka sutka i szyjki macicy w Polsce jest niski

Odsetek kwalifikującej się populacji uczestniczącej w badaniach przesiewowych (%)



Uwagi: Dane te dotyczą badań mammograficznych wykonanych wśród kobiet w wieku 50–69 lat w ciągu ostatnich dwóch lat i badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy wykonanych wśród kobiet w wieku 25–59 lat w ciągu ostatnich trzech lat. Wykresy odnoszą się do danych pochodzących z programu, które są pobierane z krajowych/regionalnych baz danych/rejestrów chorób nowotworowych.

Źródło: Statystyki OECD z 2024 r. dotyczące zdrowia.

## Wskaźnik uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy w Polsce jest najniższy w UE według populacji uczestniczącej w programie

Od 2023 r. program badań przesiewowych populacji w kierunku raka szyjki macicy polega na wykonywaniu badań cytologicznych co trzy lata u kobiet w wieku 25–64 lat (wcześniej wśród kobiet w wieku 25–59 lat). W przeciwieństwie do wielu państw członkowskich w Polsce badania te nie obejmują badań w kierunku HPV. W ramach NSO przeprowadza się pilotażowe zastosowanie badań molekularnych w kierunku wirusa brodawczaka ludzkiego wysokiego ryzyka jako nowe narzędzie służące do badań przesiewowych wspomagające profilaktykę raka szyjki macicy.

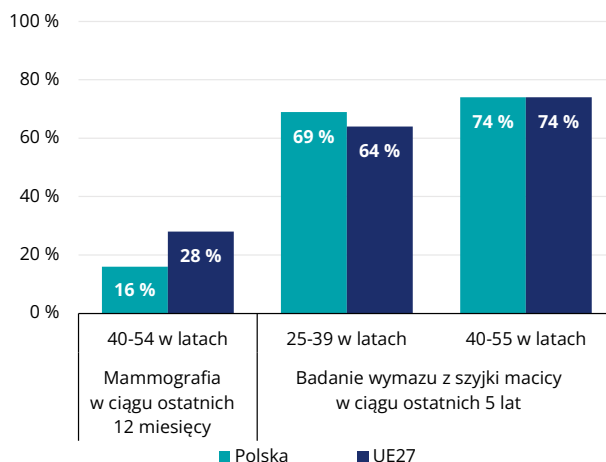
Z danych pochodzących z programu wynika, że w 2023 r. zaledwie 11% kobiet w Polsce uczestniczyło w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Z Europejskiego Ankiетowego Badania Zdrowia z 2019 r. wynika jednak, że odsetek kobiet w wieku 20–69 lat, które zostały poddane badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy, jest znacznie wyższy i wynosi 73%, co odzwierciedla ważną rolę oportunistycznych badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy w Polsce.

## Wśród osób LGBTIQ wskaźnik uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku raka sutka jest niższy niż średnia UE, natomiast wskaźnik uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy jest wyższy

Jak wynika z trzeciego unijnego badania LGBTIQ, wskaźnik uczestnictwa osób LGBTIQ w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy jest w Polsce wyższy niż w innych państwach członkowskich (Wykres 11). W 2023 r. 69% cispłciowych kobiet LGBTIQ, kobiet transpłciowych i osób interseksualnych w wieku 25–39 lat w Polsce zadeklarowało, że wykonało badanie wymazu z szyjki macicy w ciągu ostatnich pięciu lat (więcej niż 64% w UE), a 74% osób w wieku 40–55 lat w Polsce zadeklarowało, że wykonało badanie wymazu z szyjki macicy (podobnie jak średnia UE). Natomiast w przypadku badań przesiewowych w kierunku raka sutka jedynie 16% osób LGBTIQ w wieku 40–54 lat zadeklarowało, że wykonało mammografię w ciągu ostatnich 12 miesięcy, czyli znacznie mniej niż średnia UE wynosząca 28%.

## Wykres 11. Osoby LGBTIQ w Polsce rzadziej uczestniczą w badaniach przesiewowych w kierunku raka sutka i częściej uczestniczą w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy niż ich odpowiednicy w UE

Odsetek osób LGBTIQ poddanych badaniom przesiewowym w kierunku raka sutka lub raka szyjki macicy (%)



Uwaga: Wyniki badania dotyczącego osób LGBTIQ odnoszą się do grup wiekowych lub częstotliwości badań przesiewowych, które nie są zgodne z podejściem do badań przesiewowych populacji w państwach członkowskich, i nie powinny być porównywane.

Źródło: Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej (trzecie unijne badanie LGBTIQ).

## Dostępność ośrodków badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego różni się w poszczególnych regionach

W Polsce program badań przesiewowych populacji w kierunku raka jelita grubego obejmuje kolonoskopię wykonywaną raz w życiu u osób w wieku 50–64 lat. Rozważa się również wprowadzenie badań kału metodą immunochemiczną, które są już stosowane w większości państw członkowskich. Od 2022 r. osobiste elektroniczne zaproszenia do udziału w programie badań przesiewowych są wysyłane do kwalifikujących się kandydatów za pośrednictwem IKP. Liczba ośrodków oferujących kolonoskopię jest bardzo zróżnicowana w zależności od regionu geograficznego. W niektórych województwach znajduje się wiele ośrodków, np. w województwie śląskim – 33, mazowieckim – 38 oraz małopolskim – 30. W innych województwach jest ich jednak niewiele: w województwie warmińsko-mazurskim – 4, lubuskim – 5 i kujawsko-pomorskim – 6.

## W Polsce dostępne są internetowe konta pacjentów i szybkie ścieżki diagnostyczne mające na celu poprawę dostępu do badań przesiewowych w kierunku raka

W ostatnich latach Polska opracowała strategię na rzecz poprawy świadomości na temat chorób nowotworowych (wiedzy na temat chorób

nowotworowych i pozytywnych przekonań na temat korzyści płynących z badań przesiewowych) w celu zwiększenia wskaźnika uczestnictwa w programach badań przesiewowych w kierunku raka. Na przykład w ramach kampanii edukacyjnej „Planuję długie życie” będącej częścią NSO finansowane są kampanie medialne i ulotki informacyjne mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa. Żadne kampanie nie są jednak skierowane do grup o niskiej świadomości dotyczącej chorób nowotworowych, takich jak osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym lub niższym poziomie wykształcenia, osoby starsze lub osoby należące do mniejszości etnicznych. Aby monitorować nierówności we wskaźnikach uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku raka, Polska gromadzi zmienne, takie jak wiek, płeć, lokalizację geograficzną i status imigracyjny uczestników. Informacje na temat zróżnicowania geograficznego publikowane są na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

Chociaż podstawowa opieka zdrowotna nie odgrywa kluczowej roli w realizacji badań

przesiewowych w kierunku raka w Polsce, w 2018 r. Ministerstwo Zdrowia uruchomiło IKP, a w 2021 r. – „mojeIKP” – bezpłatną aplikację na telefon komórkowy, która zapewnia dostęp do najważniejszych funkcji internetowego konta pacjenta. Te dwie inicjatywy wykorzystuje się do zapraszania pacjentów do udziału w badaniach przesiewowych w kierunku raka. W 2022 r. za pośrednictwem aplikacji „mojeIKP” rozpoczęto wysyłanie do użytkowników powiadomień push wraz z linkiem do szczegółowych informacji na rządowej stronie internetowej poświęconej zdrowiu. Za pośrednictwem aplikacji „mojeIKP” wysłano około 47 tys. powiadomień o badaniach przesiewowych w kierunku raka sutka, 332 tys. powiadomień o badaniach w kierunku raka gruczołu krokowego i 664 tys. powiadomień o badaniach w kierunku raka jelita grubego.

W ostatnich latach w Polsce wprowadzono różne zmiany dotyczące programów badań przesiewowych i wczesnego wykrywania raka (ramka 3).

### Ramka 3. W Polsce wprowadzono innowacje dotyczące programów badań przesiewowych i wczesnego wykrywania

- W 2023 r. przedział wiekowy uprawniający do badań przesiewowych w kierunku raka sutka rozszerzono do 45–74 lat, a w przypadku badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy przedział ten zwiększono do 25–64 lat.
- W latach 2021–2023 realizowano pilotażowy program profilaktyki raka płuc. Był on skierowany do nałogowych palaczy wysokiego ryzyka w wieku 50–74 lat, palących paczkę papierosów dziennie przez 20 lat lub narażonych na inne czynniki ryzyka zachorowania na raka płuc (np. przypadki zachorowania na raka płuc w rodzinie). W ramach programu wykonywano obrazowanie diagnostyczne płuc przy pomocy niskodawkowej tomografii komputerowej w 31 placówkach w dziewięciu województwach (najwięcej w województwie dolnośląskim). Program sfinansowano ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Planowana jest kontynuacja programu w 2025 r. ze środków krajowych.
- W Polsce odbędą się badania pilotażowe dotyczące wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego (w ramach projektu dotyczącego świadomości na temat raka gruczołu krokowego i inicjatywy na rzecz badań przesiewowych w Unii Europejskiej (PRAISE-U)).

## 5. Funkcjonowanie opieki onkologicznej

### 5.1 Dostępność

#### Wraz z Krajową Siecią Onkologiczną wprowadza się nowy model organizacji opieki onkologicznej i zarządzania nią

Krajowa Sieć Onkologiczna jest inicjatywą w ramach NSO. W latach 2019–2023 w

województwach dolnośląskim, podlaskim, pomorskim i świętokrzyskim zrealizowano program pilotażowy wśród pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, sutka lub płuc. Sieć zostanie wdrożona w całej Polsce w kwietniu 2025 r. i będzie ją koordynować oraz zarządzać nią Krajowa

Rada Onkologiczna (Dziennik Ustaw, 2023). W ramach tej sieci wprowadza się nowy model organizacji opieki onkologicznej i zarządzania nią. Jej priorytetowym zadaniem jest zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od jego miejsca zamieszkania, kompleksowej i wysokiej jakości opieki opartej na tych samych standardach. Sieć będzie się składać ze Specjalistycznych Ośrodków Leczenia Onkologicznego (SOLO) na trzech poziomach oraz Ośrodków Kooperacyjnych. Najbardziej kompleksowe świadczenia medyczne będą realizowane na najwyższym wysokospecjalistycznym poziomie – w SOLO III, kompleksowe świadczenia w SOLO II, a podstawowe w SOLO I. Kwalifikacja warunkująca przynależność do danego poziomu opieki onkologicznej świadczonej przez Krajową Sieć Onkologiczną będzie opierać się na obiektywnych kryteriach, w tym m.in. na liczbie i kwalifikacjach personelu medycznego, potencjale diagnostyczno-terapeutycznym oraz mechanizmach zapewniania jakości stosowanych w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów.

### **Czas oczekiwania w Polsce pozostaje problemem pomimo wprowadzenia szybkich ścieżek diagnostycznych**

Przyspieszone procedury w Polsce pomagają skrócić czas między podejrzeniem choroby nowotworowej, diagnozą i rozpoczęciem leczenia. W 2015 r. wprowadzono pakiet szybkiej terapii onkologicznej, w ramach którego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawia kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego w przypadku potwierdzenia wykrycia nowotworu. Karta DiLO gwarantuje udzielanie świadczeń w określonym maksymalnym czasie oczekiwania: 28 dni od wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do podstawowej diagnostyki; 21 dni od konsultacji specjalistycznej do pogłębionej diagnostyki oraz 14 dni od spotkania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego do rozpoczęcia leczenia. Wszystkie świadczenia opieki onkologicznej są objęte pakietem szybkiej terapii onkologicznej. Niestety wprowadzenie pakietu spowodowało minimalne skrócenie czasu oczekiwania na objęte nim świadczenia i doprowadziło również do wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenia nieobjęte pakietem oraz na dalszą opiekę onkologiczną. Ponadto napotkano wiele problemów z zebraniem odpowiednich członków wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, zwłaszcza w roli koordynatora, które mają ogromne znaczenie w fazie diagnostycznej i dla poprawy ogólnej opieki onkologicznej (Sagan i in., 2022).

Dodatkowo w poszczególnych województwach Polski występują znaczne różnice regionalne w dostępie do kluczowych metod leczenia raka płuc.

Różnice te wynikają z nierównego dostępu do możliwości leczenia w poszczególnych regionach. W północno-zachodniej części Polski występuje najwięcej przypadków zachorowania na raka płuc na 100 000 mieszkańców, jednak to w regionach południowo-wschodnich częściej stosuje się nowe metody leczenia, takie jak immunoterapia i terapia celowana. Ponadto istnieją regionalne różnice w czasie oczekiwania na świadczenia. Na przykład czas oczekiwania na tomografię komputerową wynosi od 53 dni w województwie kujawsko-pomorskim do 74 dni w województwie pomorskim; na pobranie materiału – od 37 dni w województwie kujawsko-pomorskim do 57 dni w województwie pomorskim; a na pozytonową tomografię emisyjną – od 36 dni w województwie łódzkim do 53 dni w województwie mazowieckim (Manxhuka i Hofmarcher, 2024).

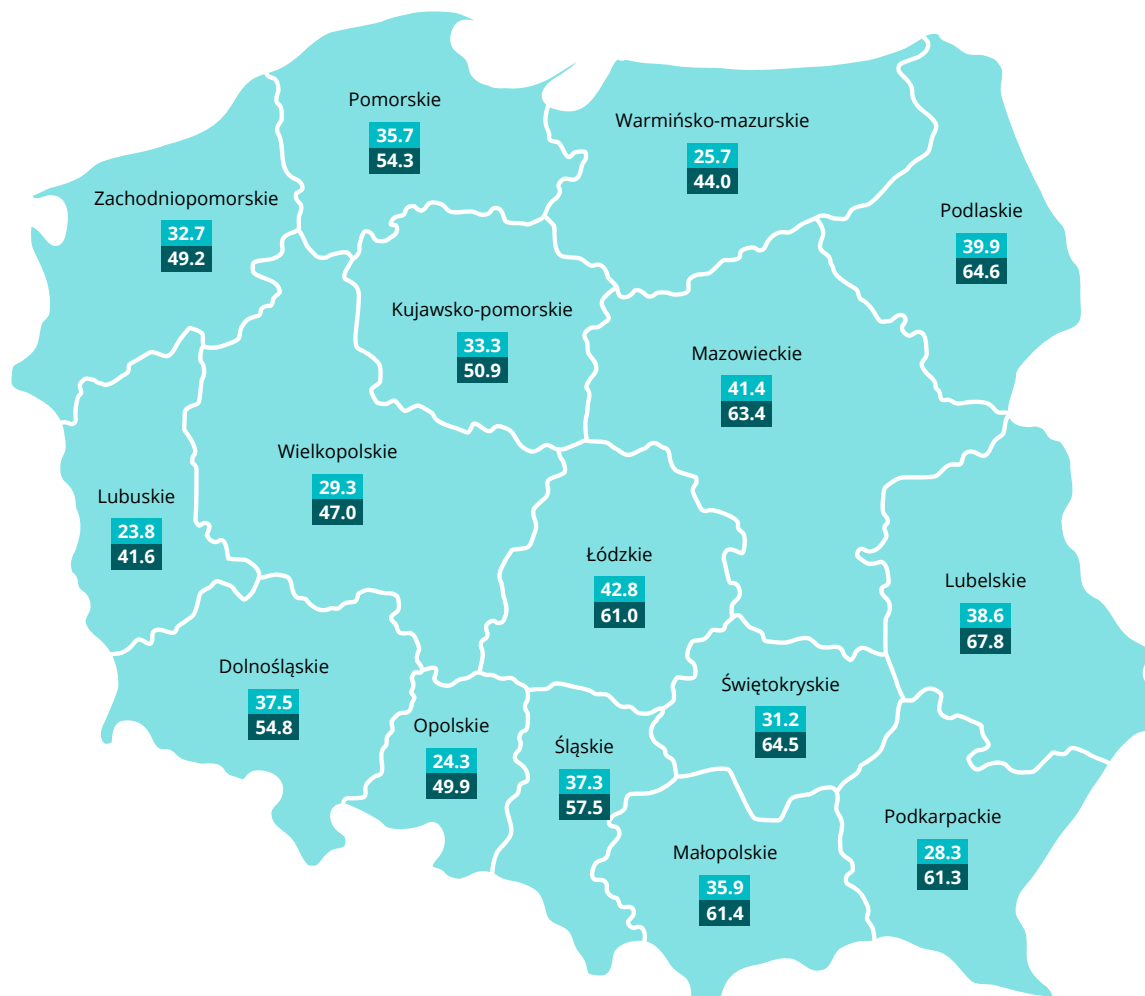
W ramach NSO przedstawiono plany reorganizacji świadczenia opieki onkologicznej w celu skrócenia czasu oczekiwania na leczenie i rozwiązania innych problemów. Jednym z rozwiązań jest Krajowa Sieć Onkologiczna, której celem jest poprawa profilaktyki, wczesnej diagnostyki i jakości leczenia dla wszystkich pacjentów, niezależnie od ich miejsca zamieszkania, a także zapewnienie standaryzacji ścieżek leczenia i monitorowania jakości.

### **Polska zgłasza niedobory specjalistów w zakresie opieki onkologicznej**

W ciągu ostatnich 10 lat liczba lekarzy praktykujących w Polsce wzrosła z 2,5 lekarzy na 1 000 mieszkańców do 3,5 na 1 000 mieszkańców w 2022 r. Zagęszczenie lekarzy jest jednak nadal niższe niż w większości państw członkowskich, w których średnia wynosi 4 lekarzy na 1 000 mieszkańców. Tę samą tendencję można zaobserwować w odniesieniu do liczby praktykujących pielęgniarek, która w 2022 r. w Polsce wynosiła 5,7 na 1 000 mieszkańców – jest to jeden z najniższych wskaźników w całej UE, w której średnia wynosi 8,6 na 1 000 mieszkańców.

Istnieją również zauważalne różnice geograficzne (Wykres 12). Najniższą liczbę lekarzy przypadających na 10 000 mieszkańców w 2022 r. odnotowano w województwach lubuskim (24), opolskim (24) i warmińsko-mazurskim (26), a najwyższą w województwach łódzkim (43) i mazowieckim (41). Najniższą liczbę pielęgniarek przypadających na 10 000 mieszkańców w 2022 r. odnotowano w województwach lubuskim (42), warmińsko-mazurskim (44) i wielkopolskim (47), a najwyższą w województwach lubelskim (68 pielęgniarek), podlaskim (65) i świętokrzyskim (65) (GUS, 2023).

## Wykres 12. Najwyższą liczbę lekarzy na 10 000 mieszkańców odnotowano w województwach mazowieckim i łódzkim



Uwaga: Wartości w kolorze jasnozielonym wskazują liczbę lekarzy przypadających na 10 000 mieszkańców w 2022 r.; wartości w kolorze ciemnozielonym wskazują liczbę pielęgniarek przypadających na 10 000 mieszkańców w 2022 r.  
Źródło: Na podstawie GUS (2023).

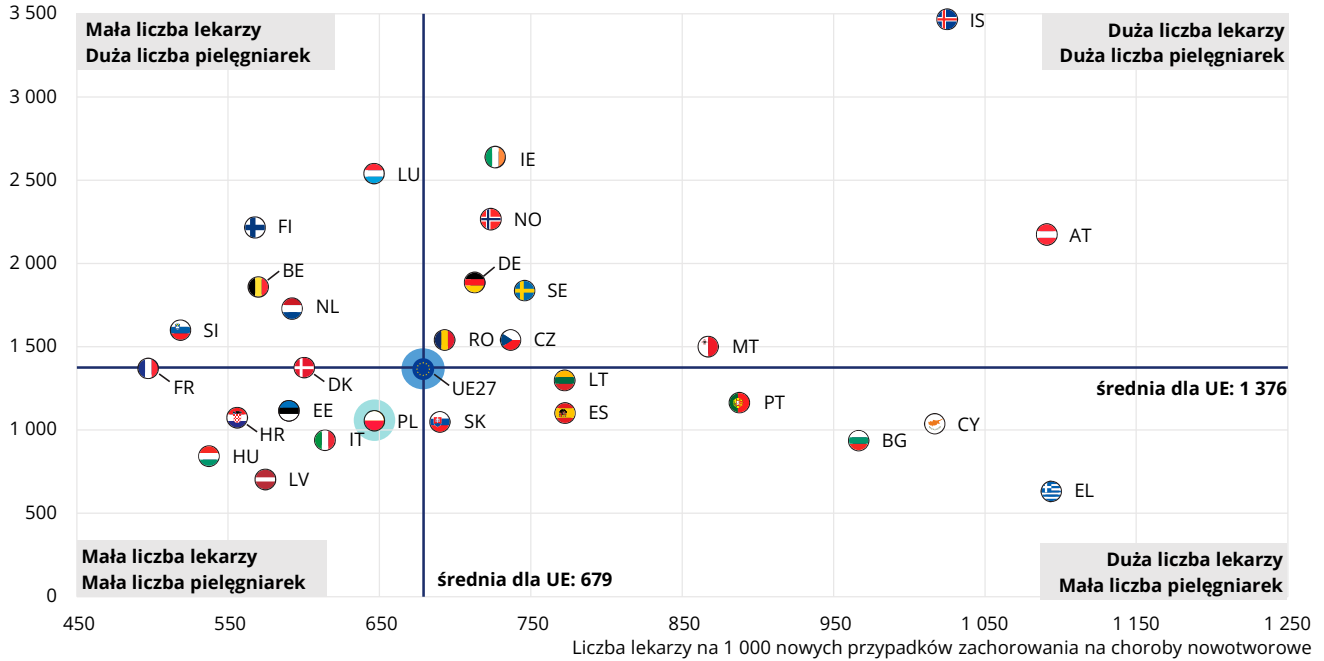
Polska należy również do państw członkowskich UE, w których liczba zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek jest niska w stosunku do liczby nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe (Wykres 13). Liczba pielęgniarek w Polsce w 2022 r. (1 057 na 1 000 nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe) należała do najniższych w UE, w której średnia wynosiła 1 376 na 1 000 przypadków. Podobnie liczba lekarzy (647 na 1 000 nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe) była niższa niż średnia w UE (679 na 1 000 przypadków). Dostępność lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy odgrywają

kluczową rolę w opiece onkologicznej i dalszej opiece w Polsce, jest najniższa wśród państw członkowskich i wynosi mniej niż 0,4 na 1 000 mieszkańców.

Wdraża się szereg działań mających na celu zaradzenie niedoborom pracowników w dziedzinie onkologii, na przykład wprowadzenie zmian w ścieżkach szkolenia, zmian w podziale zadań wśród pracowników ochrony zdrowia, wprowadzenie zachęt finansowych oraz uznawanie kwalifikacji mieszkających w kraju lekarzy i pielęgniarek wyszkolonych za granicą. Większość tych koncepcji wprowadza się w ramach NSO.

### Wykres 13. W Polsce liczba pielęgniarek i lekarzy przypadających na 1 000 nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe jest niska

Liczba pielęgniarek na 1 000 nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe



Uwagi: Dane dotyczące personelu pielęgniarskiego obejmują wszystkie kategorie pielęgniarzy i pielęgniarek (nie tylko te, które spełniają wymogi dyrektywy UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych). Dane dotyczą praktykujących pielęgniarek, z wyjątkiem Portugalii i Słowacji, w których to państwach odnoszą się one do pielęgniarek aktywnych zawodowo. W przypadku Grecji liczba pielęgniarek jest niedoszacowana, gdyż obejmuje wyłącznie pielęgniarki pracujące w szpitalach. W przypadku Portugalii i Grecji dane odnoszą się do wszystkich lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, czego skutkiem jest znaczne przeszacowanie liczby praktykujących lekarzy. Średnia UE jest średnią nieważoną.

Źródło: Statystyki OECD z 2024 r. dotyczące zdrowia. Dane odnoszą się do 2022 r. lub ostatniego dostępnego roku.

Według Indeksu Pielęgniarstwa Onkologicznego Europejskiego Towarzystwa Pielęgniarek Onkologicznych (EONS) w Polsce istnieją możliwości poprawy w zakresie specjalizacji w leczeniu chorób nowotworowych i bezpieczeństwa pracy (EONS, 2020). Choć pielęgniarki mają dostęp do kształcenia na poziomie uniwersyteckim, nie ma programu studiów magisterskich w zakresie pielęgniarstwa onkologicznego ani specjalizacji w tej dziedzinie. Istnieje również możliwość poprawy w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów i bezpieczeństwa pracy. Istnieją wytyczne dotyczące bezpieczeństwa leków cytotoksycznych i pielęgniarki nie przygotowują takich leków, lecz dostęp do zestawów do usuwania wycieków i środków ochrony indywidualnej jest ograniczony i przed podaniem leków cytotoksycznych nie organizuje się obowiązkowego formalnego szkolenia.

#### Poziom wyposażenia w sprzęt medyczny w Polsce jest niższy niż średnia UE

W 2022 r. w Polsce liczba urządzeń radioterapeutycznych wynosiła 6 na 1 000 000 mieszkańców, czyli o 26% mniej niż średnia UE (8 na 1 000 000) i o 19% mniej niż średnia wśród państw w podobnej

sytuacji gospodarczej (7 na 1 000 000). Od 2012 r. liczba ta wzrosła o 60% (Wykres 14).

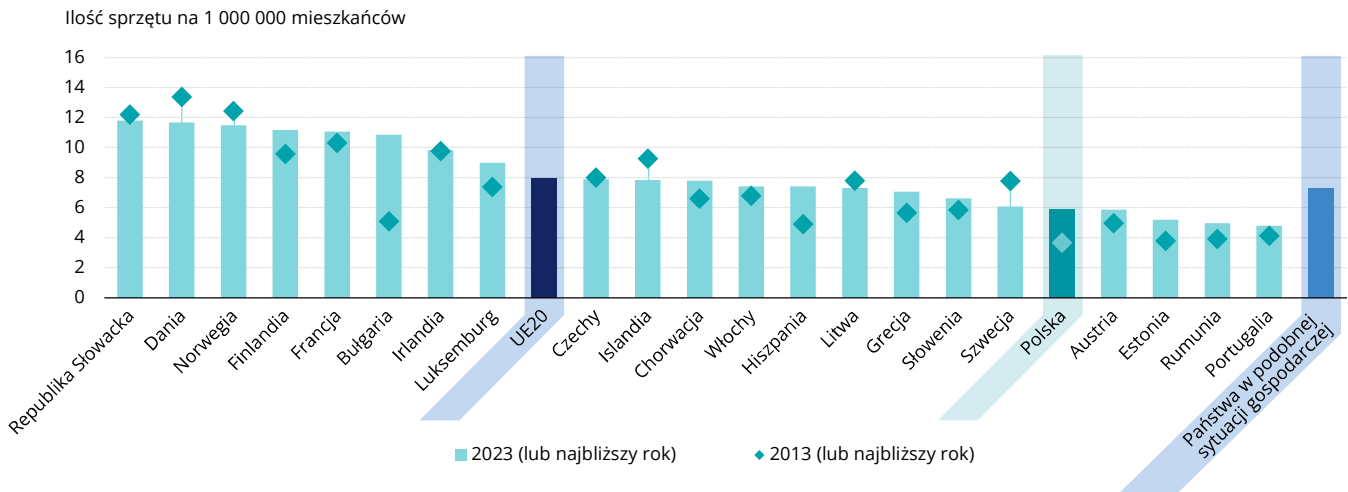
Według stanu na 2024 r. około 50% urządzeń radioterapeutycznych używanych w Polsce ma 10 lat lub mniej, z czego tylko 9% ma mniej niż 5 lat. Liczba urządzeń do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego (13 na 1 000 000 mieszkańców w Polsce w porównaniu z 18 na 1 000 000 mieszkańców w całej UE), mammografów (10 na 1 000 000 mieszkańców w Polsce w porównaniu z 21 na 1 000 000 mieszkańców w całej UE), tomografów komputerowych (23 na 1 000 000 mieszkańców w Polsce w porównaniu z 26 na 1 000 000 mieszkańców w całej UE) oraz pozytonowych tomografów emisyjnych (1 na 1 000 000 mieszkańców w porównaniu z 2 na 1 000 000 mieszkańców w całej UE) jest niższa niż średnie UE. Ponadto zwiększenie poziomu wyposażenia w sprzęt nie zawsze oznacza zwiększenie liczby wyspecjalizowanego personelu medycznego mogącego wykonywać np. radioterapię.

Według spisu ośrodków radioterapii w 2023 r. w Polsce działało 47 ośrodków radioterapii, co odpowiada około 6 urządzeniom na 1 000 000 mieszkańców – poniżej średniej UE wynoszącej 8

urządzeń na 1 000 000 mieszkańców. Większość placówek znajduje się w województwach śląskim, mazowieckim i małopolskim. W Polsce znajduje

się 170 urządzeń do radioterapii wiązką fotonów i elektronów, 2 urządzenia do radioterapii protonowej oraz 25 urządzeń do brachyterapii.

#### Wykres 14. Liczba urządzeń radioterapeutycznych w Polsce jest niższa niż średnia w całej UE i w państwach w podobnej sytuacji gospodarczej

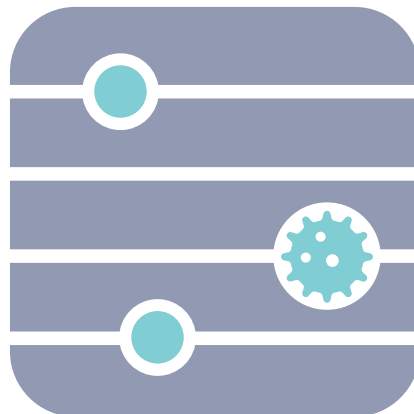


Uwagi: Zdecydowana większość urządzeń radioterapeutycznych w państwach członkowskich znajduje się w szpitalach. Dane dotyczące Portugalii i Francji obejmują sprzęt znajdujący w szpitalach, natomiast dane dotyczące innych państw odnoszą się do sprzętu we wszystkich lokalizacjach. Państwa w podobnej sytuacji gospodarczej definiuje się jako klastry terytorialne ze względu na PKB na mieszkańca w 2022 r. według standardów siły nabywczej. Państwa w podobnej sytuacji gospodarczej to: BG, EE, EL, HR, PT, RO i SK. Średnia UE jest średnią nieważoną.  
Źródło: Statystyki OECD z 2024 r. dotyczące zdrowia.

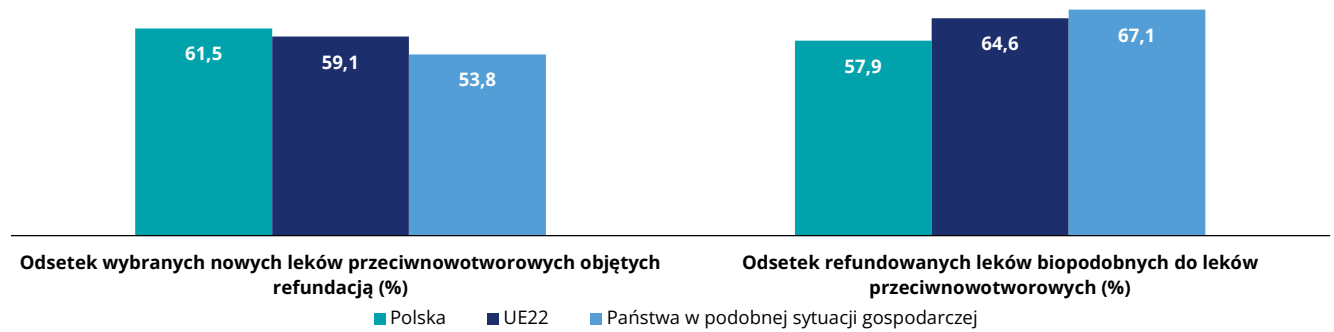
#### Czas oczekiwania na dostępność nowych leków onkologicznych w Polsce jest znacznie dłuższy niż w innych państwach członkowskich

Odsetek leków przeciwnowotworowych (stosowanych w przypadku raka sutka i raka płuc) o wysokich korzyściach klinicznych objętych finansowaniem ze środków publicznych wynosi w Polsce 62% – jest wyższy zarówno od średniej UE (59%), jak i średniej wśród państw w podobnej sytuacji gospodarczej (54%) (Wykres 15). Odsetek leków biopodobnych do leków przeciwnowotworowych objętych finansowaniem ze środków publicznych w Polsce wynosi 58%, jest mniejszy niż średnia UE (65%) i średnia wśród państw w podobnej sytuacji gospodarczej (67%).

Decyzje w sprawie refundacji nowych terapii podejmowane są w Polsce z opóźnieniem wynoszącym co najmniej trzy lata od daty zarejestrowania terapii przez Europejską Agencję Leków (EMA). Czas od wydania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu do czasu podjęcia decyzji w sprawie objęcia refundacją w Polsce wynosi ponad 900 dni, czyli znacznie dłużej niż w innych państwach członkowskich (w których średnia wynosi około 500 dni). Średni czas oczekiwania na dostępność leków w Polsce należy do najdłuższych wśród państw członkowskich i wynosi ponad 800 dni.



## Wykres 15. Finansowanie nowych leków przeciwnowotworowych ze środków publicznych w Polsce jest nieco wyższe niż średnia UE



Uwagi: Analiza ta obejmuje próbę 13 wskazań 10 nowych leków przeciwnowotworowych stosowanych w przypadku raka sutka i raka płuca o wysokich korzyściach klinicznych oraz 19 leków biopodobnych do trzech leków przeciwnowotworowych (bewacyzumab, rytuksymab, trastuzumab), objętych aktualnym pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu wydanym przez Europejską Agencję Leków na dzień 26 marca 2023 r. Dane te stanowią odsetek wskazań lub leków biopodobnych, które znajdowały się w publicznym wykazie leków refundowanych 1 kwietnia 2023 r. Państwa w podobnej sytuacji gospodarczej definiuje się jako klastry terytorialne ze względu na PKB na mieszkańca w 2022 r. według standardów siły nabywczej. Państwa w podobnej sytuacji gospodarczej co PL to: BG, EE, EL, HR, HU, LV i PT. Średnia UE jest średnią nieważoną.

Źródło: Hofmarcher, Berchet and Dedet (2024), „Access to oncology medicines in EU and OECD countries”, OECD Health Working Papers, No. 170, OECD Publishing, Paryż, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

Spśród 46 leków onkologicznych zatwierdzonych przez EMA w latach 2018–2021 11% znajduje się w wykazie leków refundowanych, 35% ma ograniczoną dostępność, 11% jest dostępnych wyłącznie w sektorze prywatnym, a 43% nie jest dostępnych w Polsce (Newton i in., 2023).

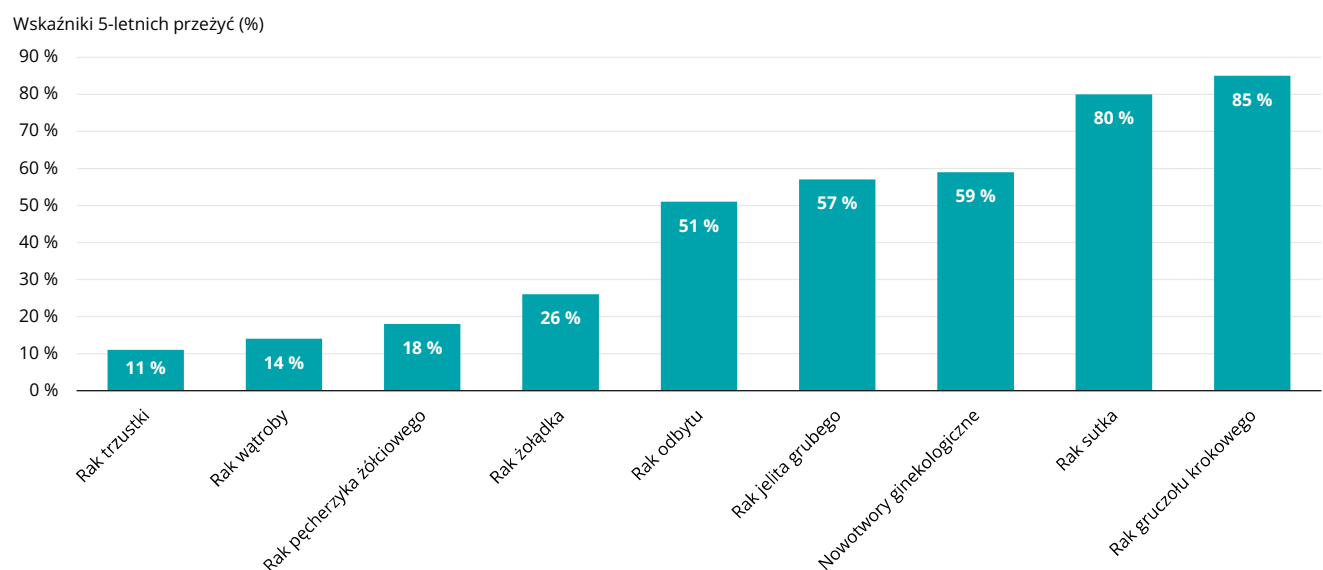
## 5.2 Jakość

### Istnieją różnice geograficzne we wskaźnikach 5-letnich przeżyć w przypadku chorób nowotworowych

Wskaźniki 5-letnich przeżyć w Polsce dotyczące pacjentów, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową w latach 2015–2019, wynoszą

52% w przypadku mężczyzn i 59% w przypadku kobiet. Istnieją różnice we wskaźnikach przeżyć w zależności od rodzaju nowotworu. Wskaźnik przeżyć względnych w przypadku nowotworów ginekologicznych w 2019 r. wyniósł 59% – z uwzględnieniem raka szyjki macicy (57%) i raka trzonu macicy (76%). W przypadku nowotworów układu pokarmowego wskaźnik przeżyć względnych wyniósł 11% – z uwzględnieniem raka żołądka (26%) i raka jelita grubego (57%). Najwyższe wskaźniki przeżyć odnotowano w przypadku raka gruczołu krokowego (85%) i raka sutka (80%). Najniższe wskaźniki przeżyć odnoszą się do raka trzustki (10% wśród mężczyzn i 13% wśród kobiet) (Wykres 16).

## Wykres 16. Najwyższe wskaźniki 5-letnich przeżyć w Polsce odnotowuje się w przypadku raka gruczołu krokowego i raka sutka



Źródło: Dane przesłane przez ekspertów krajowych.

Występują różnice we wskaźnikach 5-letnich przeżyć względnych w przypadku chorób nowotworowych między poszczególnymi województwami. Wśród osób zdiagnozowanych w latach 2015–2019 wskaźniki przeżyć wśród kobiet we wszystkich województwach są wyższe niż w przypadku mężczyzn. Najwyższe wartości wśród kobiet odnotowano w województwach łódzkim, mazowieckim, podkarpackim i pomorskim (62%), a najniższe w województwach kujawsko-pomorskim (55%) i śląskim (56%). Wśród mężczyzn najwyższe wartości również odnotowano w województwach mazowieckim (55%), podkarpackim (55%) i pomorskim (57%), a najniższe w województwach warmińsko-mazurskim (47%) i dolnośląskim (49%) (Wojciechowska i in., 2023).

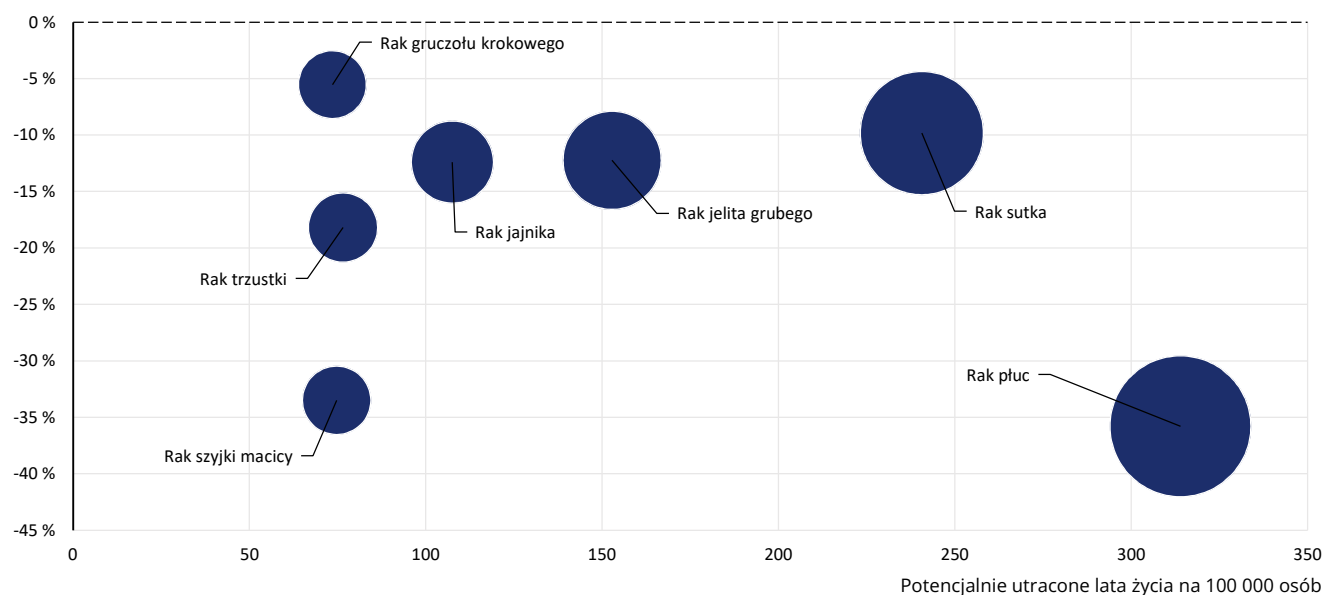
### Wskaźnik potencjalnie utraconych lat życia w Polsce maleje w przypadku wszystkich rodzajów nowotworów

Potencjalnie utracone lata życia (PYLL) to uzupełniający miernik wpływu różnych rodzajów

nowotworów na społeczeństwo, przypisujący większą wagę zgonom z powodu chorób nowotworowych wśród młodszych osób. Analiza zmian PYLL w czasie z uwzględnieniem różnych umiejscowień nowotworów może wskazywać na poprawę systemów opieki onkologicznej przez ograniczenie przedwczesnej umieralności. W 2021 r. w Polsce ogólna liczba PYLL z powodu nowotworów we wszystkich miejscach występowania wynosiła 1 508 na 100 000 mieszkańców, czyli o 11% więcej niż średnia UE (1 355 na 100 000 mieszkańców) (Wykres 17). Od 2012 r. liczba potencjalnie utraconych lat życia spadła o 23%. Liczba potencjalnie utraconych lat życia w Polsce zmniejszyła się w przypadku wszystkich rodzajów nowotworów. Chociaż wskaźnik ten spadł o 36% od 2012 r., za większość potencjalnie utraconych lat życia w 2021 r. odpowiadał rak płuc – 314 lat na 100 000 mieszkańców.

### Wykres 17. W Polsce w okresie 2012–2022 odnotowano spadek liczby potencjalnie utraconych lat życia w odniesieniu do wszystkich głównych rodzajów nowotworów

Procentowa zmiana potencjalnie utraconych lat życia, lata 2012–2022 (lub najbliższy dostępny rok) (%)



Uwagi: Wskaźnik PYLL z powodu raka sutka, szyjki macicy i jajnika oblicza się wyłącznie dla kobiet, a wskaźnik PYLL z powodu raka gruczołu krokowego odnosi się do mężczyzn. Różowe okręgi ilustrują wzrost procentowej zmiany PYLL w latach 2012–2022 (lub w ostatnim dostępnym roku); niebieskie okręgi wskazują spadek. Wielkość okręgów jest proporcjonalna do wskaźników PYLL w 2022 r. Źródło: Statystyki OECD z 2024 r. dotyczące zdrowia.

### Krajowa Sieć Onkologiczna ma na celu poprawę jakości opieki onkologicznej

W ramach Krajowej Sieci Onkologicznej określono trzy poziomy SOLO (zob. pkt 5.1). Zadania SOLO I i SOLO II polegają na realizacji ustalonych przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny planów leczenia onkologicznego pacjentów, przekazywaniu informacji na temat ich realizacji SOLO III,

wyznaczeniu koordynatora i systematycznej ocenie zadowolenia. Poza zadaniami SOLO I i SOLO II, SOLO III zapewnia ośrodkom na niższym poziomie możliwość korzystania z porad i konsultacji – w tym online – oraz nadzoruje wdrażanie planów leczenia onkologicznego.

Każdemu pacjentowi przydziela się koordynatora, który zapewnia mu wsparcie w trakcie całego

procesu leczenia. Koordynator pełni rolę pośrednika między pacjentem a lekarzami. Do jego zadań należy organizowanie wizyt lekarskich i niezbędnych badań oraz przygotowywanie dokumentacji pacjenta dla wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych. Wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne mogą ustalać plan leczenia onkologicznego online, pod warunkiem że proces ten odbywa się w czasie rzeczywistym za pośrednictwem transmisji za pomocą środków audiowizualnych.

Krajowa Sieć Onkologiczna wprowadza również jednolitą dokumentację za pośrednictwem systemów informatycznych w odniesieniu zarówno do danych pacjentów, jak i wyników ich badań patologicznych i radiologicznych. Ułatwi to wymianę informacji dotyczących pacjentów między ośrodkami (co obecnie jest często trudne) i umożliwi ich wykorzystanie przez wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne.

### **Krajowa Sieć Onkologiczna wprowadziła nowy system monitorowania jakości**

Krajowa Sieć Onkologiczna wprowadziła również obowiązek systematycznej oceny zadowolenia pacjentów. Oceny te mają być wykorzystywane w celu dokonywania wszelkich niezbędnych poprawek w systemie. Jakość opieki onkologicznej będzie monitorowana przez Narodowy Instytut Onkologii oraz wojewódzkie ośrodki monitorujące (na poziomie województwa). Jak dotąd monitorowanie prowadzi równolegle szereg zainteresowanych stron, w tym Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Stowarzyszenie Walki z Rakiem, Ministerstwo Zdrowia i Stowarzyszenie Pacjentów.

Ponadto w 2025 r. na szczeblu krajowym powstanie infolinia onkologiczna. Umożliwi ona przekazywanie informacji na temat organizacji opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Infolinia ta umożliwi również pacjentom zapisanie się na pierwszą wizytę lekarską.

Zadanie prowadzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (utworzonego w latach 2010–2013) powierzono Narodowemu Instytutowi Onkologii. Rejestr ten jest kompleksowym narzędziem monitorowania stanu zdrowia mieszkańców Polski w zakresie chorób nowotworowych. Dane są zarówno wprowadzane do rejestru przez lekarzy, jak i pobierane ze szpitalnego systemu informatycznego. Następnie są one weryfikowane i integrowane. Struktura organizacyjna systemu

gromadzenia danych dotyczących chorób nowotworowych składa się z Krajowego Rejestru Nowotworów i 16 wojewódzkich biur rejestracji. Dane te gromadzone są w jednej wspólnej bazie danych; biura wojewódzkie nadzorują jakość i kompletność danych w każdym województwie. W 2022 r. utworzono również publicznie dostępną bazę danych Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych.

## **5.3 Koszty i stosunek jakości do ceny**

### **Polska inwestuje w opiekę onkologiczną**

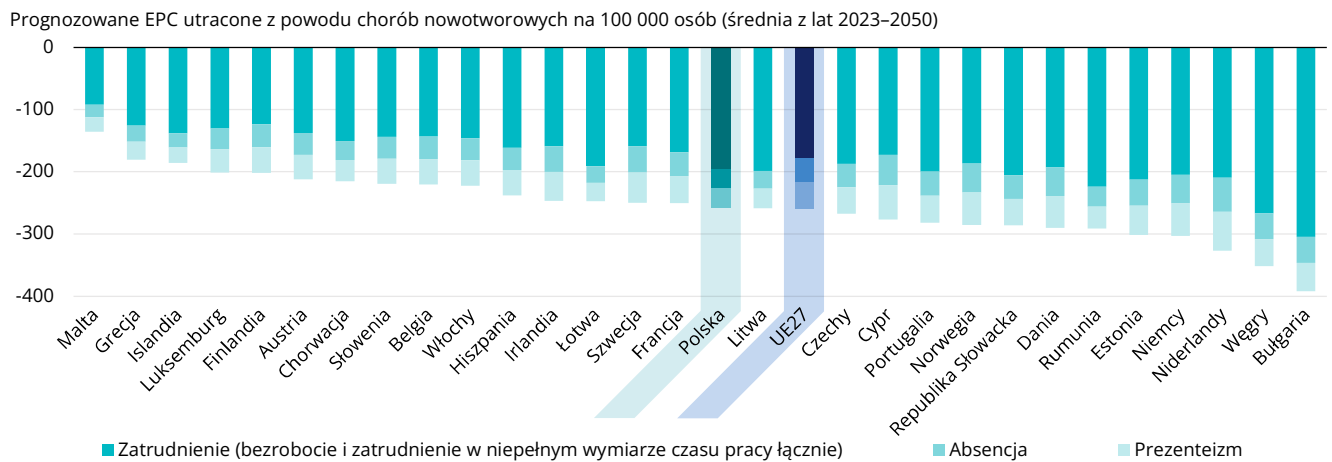
W ramach NSO planowane są wydatki w wysokości 11 mld złotych (2,5 mld euro). Środki te zapewnia Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Agencja Badań Medycznych. W ramach NSO w 2024 r. planowane były również wydatki w wysokości 500 mln złotych (116 mln euro). Ponadto rząd przewiduje, że wydatki na onkologię wyniosą 0,6% PKB. W 2023 r. ogłoszono konkurs na dofinansowanie szpitali onkologicznych z Funduszu Medycznego w Polsce. Wybrano projekty strategiczne polegające na budowie, przebudowie lub modernizacji placówek medycznych świadczących usługi z zakresu opieki onkologicznej. W październiku 2023 r. 19 ośrodkom przekazano 4,2 mld złotych (0,9 mld euro).

Zgodnie z modelowaniem OECD w zakresie strategicznego planowania zdrowia publicznego (SPHeP) przewiduje się, że w latach 2023–2050 wydatki na opiekę zdrowotną na mieszkańca wzrosną w Polsce o 89% w porównaniu z 59% w UE-27 (OECD, 2024b).

Przewiduje się również, że choroby nowotworowe będą się wiązały z wysokimi kosztami społecznymi. Zgodnie z modelowaniem OECD w zakresie SPHeP szacuje się, że nowotwory będą miały duży wpływ na siłę roboczą w Polsce. Jak wynika z szacunków, w latach 2023–2050 nowotwory doprowadzą do utraty 194 ekwiwalentów pełnego czasu pracy (EPC) na 100 000 osób ze względu na potrzebę zmniejszenia zatrudnienia z powodu chorób nowotworowych, a także do utraty 31 EPC na 100 000 osób ze względu na absencję i 34 EPC na 100 000 osób z powodu prezenteizmu<sup>7</sup> (Wykres 18).

<sup>7</sup> *Prezenteizm odnosi się do utraty wydajności mającej miejsce wówczas, gdy pracownicy nie wykonują w pełni obowiązków w miejscu pracy z powodu choroby, urazu lub innego schorzenia.*

## Wykres 18. Wpływ chorób nowotworowych na siłę roboczą w Polsce jest zbliżony do średniej UE



Uwaga: Średnia UE jest średnią nieważoną.

Źródło: OECD (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

### Ponad połowa wydatków na programy lekowe w Polsce dotyczy programów onkologicznych

W 2022 r. ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia sfinansowano 38 programów lekowych dotyczących leków przeciwnowotworowych. Każdy program wymaga złożenia wniosku przez Ministerstwo Zdrowia i musi zostać zatwierdzony przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która jest krajową instytucją zajmującą się oceną technologii medycznych. Wydatki na programy lekowe dotyczące leków przeciwnowotworowych w 2022 r. wyniosły 4 mld złotych, co stanowiło ponad połowę wydatków na wszystkie programy lekowe. Kwoty te rosną z roku na rok. Największe wydatki poniesiono na programy lekowe dotyczące raka płuc (około 750 mln zł), raka sutka (około 790 mln zł) i raka skóry (czerniaka) (około 420 mln zł). W 2022 r. w onkologicznych programach lekowych uczestniczyło łącznie ponad 54 tys. pacjentów (Ministerstwo Zdrowia, 2024).

## 5.4 Dobrostan i jakość życia

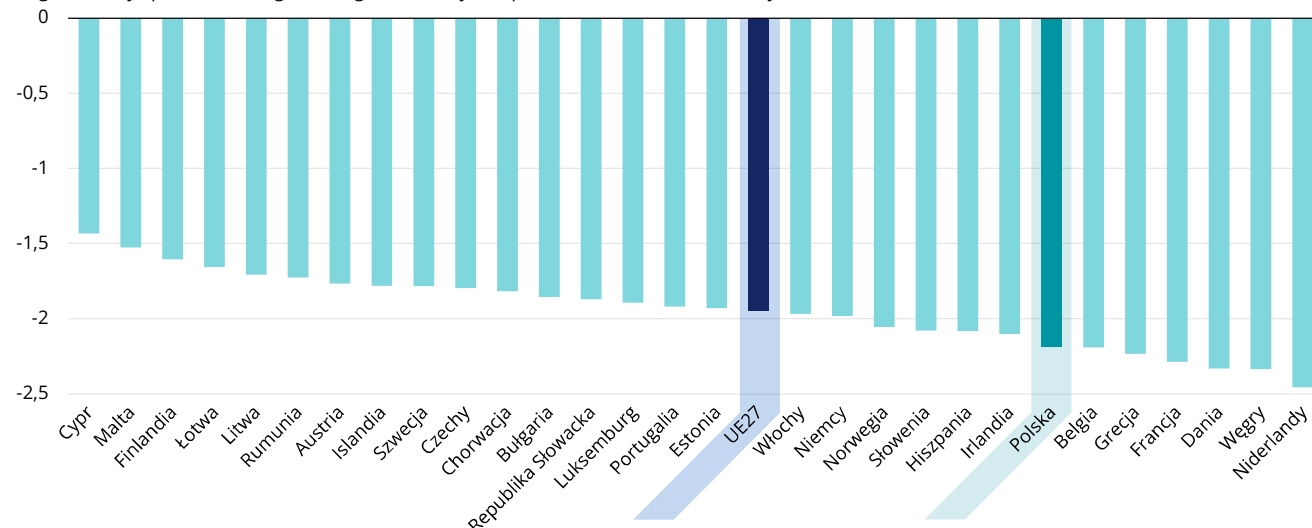
### Przewiduje się, że choroby nowotworowe będą miały wpływ na zdrowie psychiczne i średnie trwanie życia mieszkańców Polski

Zgodnie z modelowaniem OECD w zakresie SPHeP oczekuje się, że w latach 2023–2050 w Polsce choroby nowotworowe skrócą średnie trwanie życia średnio o 2,2 roku w porównaniu ze scenariuszem nieuwzględniającym chorób nowotworowych (Wykres 19). To więcej niż średnie skrócenie trwania życia o 1,9 roku w całej UE. Dla porównania, na wydłużenie średniego trwania życia w Polsce o 2 lata potrzebny był okres między 2007–2019.

Choroby nowotworowe wywierają również znaczny negatywny wpływ na zdrowie psychiczne mieszkańców ze względu na związane z nimi objawy i skutki uboczne leczenia oraz wpływ na życie codzienne, rolę społeczną i pracę. Zgodnie z opracowanym przez OECD modelem SPHeP przewiduje się, że Polska będzie miała wyższe wskaźniki depresji z powodu chorób nowotworowych, przy dodatkowym współczynniku standaryzowanym wiekiem wynoszącym 5 przypadków na 100 000 osób rocznie. Jest on jednak znacznie niższy niż średnia UE wynosząca 17 przypadków na 100 000 osób rocznie.

## Wykres 19. Szacuje się, że w Polsce liczba lat średniego trwania życia utracona z powodu chorób nowotworowych jest wyższa niż średnia UE

Prognozowany spadek średniego dalszego trwania życia z powodu chorób nowotworowych (średnia z lat 2023–2050)



Uwaga: Średnia UE jest średnią nieważoną.

Zródło: OECD (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

### Jednym z celów Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 jest zapewnienie każdemu pacjentowi onkologicznemu dostępu do psychoonkologii

Pacjenci onkologiczni mogą korzystać z pomocy psychologicznej objętej powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. W dużych ośrodkach onkologicznych powstają kliniki psychologiczne zatrudniające psychoonkologów. W wielu placówkach medycznych nie ma psychoonkologa, co oznacza, że pacjenci nie mają żadnej możliwości skorzystania z tej formy pomocy. Rozwiązaniem może być pomoc online, a jedną z inicjatyw jest internetowa platforma wsparcia psychoonkologicznego w Polsce. NSO przyczynia się do rozwoju opieki psychologicznej dla osób chorych na raka. Do 2028 r. zakres opieki psychologicznej ma zostać rozszerzony. W 2023 r. opracowano również program studiów drugiego lub trzeciego stopnia dla psychoonkologów.

### Chociaż sieć opieki paliatywnej w Polsce jest duża, dostępność opieki u schyłku życia na oddziałach paliatywnych pozostaje ograniczona

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje w Polsce trzy rodzaje opieki paliatywnej: kliniki medycyny paliatywnej, hospicja stacjonarne i opiekę paliatywną w domu w „hospicjach domowych”. Osoby chore na raka są uprawnione do korzystania z tego rodzaju opieki paliatywnej.

W hospicjum stacjonarnym pacjent ma zapewnioną opiekę lekarza, pielęgniarek, fizjoterapeuty i psychologa. Może to obejmować opiekę

wytchnieniową przez okres do 10 dni, w przypadku gdy opiekunowie nie są w stanie zajmować się pacjentem lub potrzebują odpoczynku. W ramach programu hospicjów domowych zapewnia się co najmniej dwie wizyty pielęgniarek tygodniowo i co najmniej dwie wizyty lekarskie miesięcznie, przy czym częstotliwość wizyt zwiększa się w razie potrzeby. Ponadto pacjenci w hospicjach domowych mogą bezpłatnie wypożyczać sprzęt medyczny lub rehabilitacyjny, taki jak glukometry, koncentratory tlenu i łóżka szpitalne.

Ponad połowa osób korzystających z opieki paliatywnej w Polsce przebywa w hospicjach domowych; w rezultacie sieć opieki paliatywnej jest duża. Dostępność opieki u schyłku życia na oddziałach paliatywnych pozostaje jednak ograniczona. W listopadzie 2023 r. liczba osób oczekujących na hospicjum domowe wyniosła 2 866. Dostęp do opieki paliatywnej różni się zarówno w poszczególnych województwach, jak i między obszarami wiejskimi i miejskimi. Sytuacja na obszarach wiejskich jest gorsza niż w miastach, przy czym największe ograniczenia obserwuje się w województwach mazowieckim, podlaskim i lubelskim. W Polsce istnieją również poradnie leczenia bólu, lecz czas oczekiwania na przyjęcie jest bardzo długi. W 2023 r. wprowadzono rozporządzenie w sprawie leczenia bólu, w którym zezwolono na udzielanie takich świadczeń w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej. Nadrzędnym celem jest ograniczenie kolejek i zapewnienie uśmierzenia bólu większej liczbie pacjentów.

Jednym z celów NSO jest poprawa jakości opieki paliatywnej nad pacjentami onkologicznymi. Przed kwietniem 2024 r. umowa finansowa w zakresie opieki paliatywnej obejmowała pełną kwotę określoną dla wszystkich usług opieki, a po osiągnięciu limitu – wyłącznie procedury ratujące życie. Od tego czasu umowę tę rozszerzono, aby umożliwić finansowanie wszelkich procedur lub usług wymaganych przez pacjentów onkologicznych (na etapie opieki paliatywnej).

### Opiekunowie nieformalni w Polsce otrzymują formalne wsparcie

W Polsce opiekę nad osobami chorymi na raka u schyłku życia często świadczą członkowie rodziny i organizacje pozarządowe. Rośnie zaangażowanie na rzecz wspierania opiekunów nieformalnych, którzy łączą pracę z opieką. W Polsce nie ma bezpośrednich świadczeń pieniężnych dla opiekunów, ale istnieją pośrednie świadczenia pieniężne, które plasują kraj wśród krajów oferujących najbardziej hojne pakiety wynagrodzeń dla opiekunów. Na przykład Polska oferuje płatny urlop na opiekę nad niesamodzielnymi osobami w

starszym wieku w wysokości 80% wynagrodzenia opiekuna przez maksymalnie 60 dni w roku.

Od 2024 r. w Polsce istnieją dwa rodzaje świadczeń: świadczenie pielęgnacyjne i zasiłek opiekuńczy. Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje osobom, które opiekują się osobami z niepełnosprawnościami w wieku do 18 lat. Zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom z niepełnosprawnościami w wieku powyżej 18 lat, które muszą najpierw uzyskać decyzję zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności dotyczącą poziomu potrzebnego wsparcia; istnieje możliwość częstszego korzystania z tego zasiłku w celu opieki nad osobami chorymi na raka. Wysokość świadczenia zależy od stopnia niepełnosprawności. Opiekunowie osób otrzymujących zasiłek opiekuńczy mogą korzystać z ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i zdrowotnego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ponadto organizowany jest program opieki wytchnieniowej w celu zapewnienia całodobowej opieki przez okres do 14 dni, jeżeli opieka nad pacjentem onkologicznym jest tak wyczerpująca, że opiekun potrzebuje odpoczynku.

## 6. Najważniejsze informacje dotyczące nowotworów wieku dziecięcego

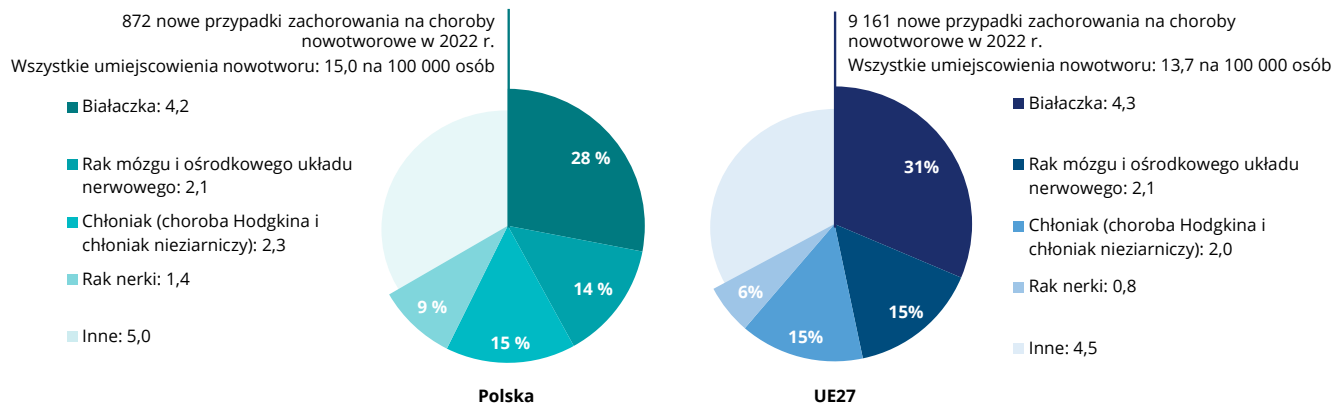
Według ECIS szacuje się, że w 2022 r. choroby nowotworowe zdiagnozowano u 872 dzieci i nastolatków w wieku do 15 lat. W 2022 r. współczynniki zachorowalności wśród dzieci w wieku 0–14 lat oszacowano na 15 na 100 000 osób w Polsce w porównaniu z 14 na 100 000 osób w całej UE. W Polsce współczynniki zachorowalności wśród chłopców są wyższe niż wśród dziewcząt, co odzwierciedla wzorzec występujący w UE. Najczęstsze rodzaje nowotworów to białaczka, którą stwierdza się w 4,2 przypadków na 100 000 dzieci (28%), rak mózgu i ośrodkowego układu nerwowego – 2,1 przypadków na 100 000 dzieci (14%), chłoniak – 2,3 przypadków na 100 000 dzieci

(15%) i rak nerki – 1,4 przypadków na 100 000 dzieci (9%). Zachorowalność na raka nerki wśród dzieci w Polsce była o 75% wyższa niż w UE (Wykres 20).

Z danych Eurostatu wynika, że współczynnik umieralności z powodu chorób nowotworowych jest w Polsce wyższy i wynosi 2,4 na 100 000 dzieci w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 2,1. Według polskiego Krajowego Rejestru Nowotworów od początku lat 80. XX wieku obserwuje się tendencję spadkową w umieralności, lecz rośnie współczynnik zachorowalności na choroby nowotworowe wśród dzieci w Polsce (Didkowska i in., 2023).

## Wykres 20. Współczynnik zachorowalności na choroby nowotworowe wśród dzieci w Polsce jest wyższy niż średnia w UE

Standaryzowany wiekiem współczynnik zachorowalności na 100 000 osób (w wieku 0–14 lat), szacunki z 2022 r.



Uwagi: Szacunki z 2022 r. opierają się na tendencjach zachorowalności z poprzednich lat i mogą się różnić od współczynników w ostatnich latach. „Wszystkie umiejscowienia nowotworu” obejmują wszystkie umiejscowienia nowotworu z wyjątkiem nieczerniakowego nowotworu złośliwego skóry.

Źródła: Europejski System Informacji o Raku (ECIS) dotyczący zachorowalności na choroby nowotworowe. Strona internetowa: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, dostęp w dniu 10 marca 2024 r. © Unia Europejska, 2024.

Projekt Organizacji Opieki i Badań nad Dziećmi z Chorobami Nowotworowymi w Europie (OCEAN) Europejskiego Towarzystwa Onkologii Dziecięcej (SIOPE) wykazał, że w kraju działa 18 instytucji leczących dzieci z chorobami nowotworowymi (SIOPE, 2024). Żadnej z nich nie uznaje się za ośrodek onkologiczny. W Krakowie znajduje się Klinika Onkologii i Hematologii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego będąca krajowym ośrodkiem badawczym, Konsorcjum na rzecz Innowacyjnych Terapii dla Dzieci i Młodzieży z Chorobami Nowotworowymi (ITCC), zapewniającym dostęp do innowacyjnych terapii dla dzieci i młodzieży z nawrotową lub oporną na leczenie chorobą nowotworową.

Ośrodki znajdujące się w kraju zapewniają wszystkie 13 rodzajów infrastruktury i metod leczenia, w tym chemioterapię, chirurgię, przeszczep komórek macierzystych guzów litych, radioterapię, radioterapię protonową i fotonową, brachyterapię i opiekę paliatywną. W 2018 r. spośród 68 leków uznanych za niezbędne w leczeniu nowotworów u pacjentów w wieku 0–18 lat 78% było dostępnych w Polsce, w porównaniu ze średnio 76% w UE (Vassal i in., 2021).

Spośród 436 badań klinicznych z udziałem dzieci i nastolatków będących pacjentami onkologicznymi w Europie w latach 2010–2022 w Polsce przeprowadzono jednak 14% badań klinicznych. Jest to podobny wskaźnik jak w Czechach (13%).

# Bibliografia

De Angelis R i in. (2024), Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCARE-6): a population-based study, *Lancet Oncology*, 25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

Didkowska JA i in. (2023), *Cancer in Poland in 2021*. Warszawa, Ministerstwo Zdrowia.

Dziennik Ustaw (2023), Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej. Warszawa, Sejm RP.

EONS (2020), Indeks Pielęgniarstwa Onkologicznego EONS 2020: <https://cancernurse.eu/advocacy/eons-cancer-nursing-index-2020/>.

GUS (2023), *Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych 2022 r.* Warszawa, Główny Urząd Statystyczny.

Karver J., Badiani-Magnusson R., Carroll J. (2022), Clean air and heat choices: how to change homeowners' behavior in Poland, *World Bank Blogs*, <https://blogs.worldbank.org/climatechange/clean-air-and-heating-choices-how-change-homeowners-behavior-poland>.

Komisja Europejska/IARC (2024), Mapping socio-economic inequalities in cancer mortality across European countries, ECIR – zestawienie informacji na temat nierówności. Paryż, Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem, <https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/inequalities-factsheets>.

Manxhuka B. i Hofmarcher T. (2024) *Cancer Dashboard for Poland – Lung Cancer*, Szwedzki Instytut Ekonomiki Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia (2023), *Narodowa Strategia Onkologiczna. Sprawozdanie za rok 2022*. Warszawa, Ministerstwo Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia (2024), *Programy lekowe w Polsce*: [https://analizy.mz.gov.pl/app\\_direct/mpz\\_2020\\_prog\\_lekowe/](https://analizy.mz.gov.pl/app_direct/mpz_2020_prog_lekowe/).

Newton M. i in. (2023), EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2022 Survey. Bruksela, Europejska Federacja Przemysłu i Stowarzyszeń Farmaceutycznych, [https://www.efpia.eu/media/s4qf1eqo/efpia\\_patient\\_wait\\_indicator\\_final\\_report.pdf](https://www.efpia.eu/media/s4qf1eqo/efpia_patient_wait_indicator_final_report.pdf).

OECD (2024a), *Beating cancer inequalities in the EU: spotlight on cancer prevention and early detection*, OECD Health Policy Studies. Paryż, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>.

OECD (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Sagan A et al. (2022), Assessing recent efforts to improve organization of cancer care in Poland: what does the evidence tell us? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15):9369. doi:10.3390/ijerph19159369.

SIOPE (2024), *Childhood cancer country profile: Poland*. Bruksela, SIOP Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectpoland.pdf>.

Vassal, G. i in. (2021), „Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe”, *Annals of Oncology*, tom 32/4, s. 560–568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Wojciechowska U i in. (2023), Cancer incidence and mortality in Poland in 2020, *Nowotwory. Journal of Oncology*, 73(3):129-45. doi:10.5603/NJO.2023.0026.

Wojtyniak B., Goryński P. (2022), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

## Skróty nazw krajów

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

European Cancer Inequalities Registry

# Krajowe profile dotyczące nowotworów 2025

Europejski rejestr nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom to inicjatywa przewodnia Europejskiego Planu Walki z Rakiem. Dostarcza on rzetelnych i wiarygodnych danych na temat profilaktyki nowotworów i opieki onkologicznej w celu określenia tendencji, różnic i nierówności między państwami członkowskimi i regionami. Rejestr ten obejmuje stronę internetową i narzędzie do pozyskiwania danych opracowane przez Wspólne Centrum Badawcze Komisji Europejskiej (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), a także serię wydawanych na przemian co dwa lata krajowych profili dotyczących nowotworów oraz zbiorcze sprawozdanie na temat nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom w Europie.

W krajowych profilach dotyczących nowotworów opisano mocne strony, wyzwania i konkretne obszary działania w odniesieniu do każdego z 27 państw członkowskich UE, Islandii i Norwegii, aby odpowiednio ukierunkować inwestycje i działania na szczeblu unijnym, krajowym i regionalnym w ramach Europejskiego Planu Walki z Rakiem. Europejski rejestr nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom wspiera również inicjatywę przewodnią nr 1 planu działania na rzecz eliminacji zanieczyszczeń.

Profile te stanowią wynik prac prowadzonych przez OECD we współpracy z Komisją Europejską. Zespół wyraża wdzięczność za cenne uwagi i sugestie przekazane przez ekspertów krajowych oraz Komitet ds. Zdrowia OECD i tematyczną grupę roboczą UE ds. rejestru nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom.

Każdy krajowy profil dotyczący nowotworów zawiera krótką syntezę dotyczącą:

- krajowego obciążenia związanego z chorobami nowotworowymi;
- czynników ryzyka zachorowania na raka, ze szczególnym uwzględnieniem behawioralnych i środowiskowych czynników ryzyka;
- programów wczesnego wykrywania; funkcjonowania opieki onkologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności, jakości opieki, kosztów oraz jakości życia.

Proszę cytować tę publikację w następujący sposób:

OECD/European Commission (2025), Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2025, Krajowe profile dotyczące nowotworów, OECD Publishing, Paryż, <https://doi.org/10.1787/dbc6b1f7-pl>.

Oryginalnie opublikowane w języku angielskim pod tytułem: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Poland 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/fc2a5e54-en>.

W przypadku jakichkolwiek rozbieżności za obowiązujący należy uznać wyłącznie tekst wersji angielskiej.

© OECD/European Union 2025 dla tego polskiego wydania.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

**Attribution** – you must cite the work.

**Translations** – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

**Adaptations** – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

**Third-party material** – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.

