

Monitor stanu systemu opieki nad pacjentami z rakiem gruczołu krokowego



FEDERACJA
PRZEDSIĘBIORCÓW
POLSKICH

RAPORT
KOMITETU
DS. OCHRONY
ZDROWIA

Spis treści

Wprowadzenie4

Trendy epidemiologiczne5

Otoczenie legislacyjne związane z systemem opieki nad pacjentami z rakiem gruczołu krokowego9

Dostępność świadczeń10

Finansowanie programów lekowych14

Koncentracja leczenia zabiegowego15

Wprowadzenie

Federacja Przedsiębiorców Polskich opublikowała w lutym 2023 r. raport: „Wprost o prostatę. Co należy zmienić w systemie opieki nad chorymi z nowotworem gruczołu krokowego w Polsce?”, dotyczący koniecznych zmian w obecnym systemie opieki nad pacjentami z rakiem gruczołu krokowego. Dokument powstał dzięki współpracy z przedstawicielami instytucji publicznych, organizacji pacjentów i ekspertami medycznymi, i zawiera rekomendacje działań w czterech głównych obszarach:

1. Priorytetyzacji obszaru raka gruczołu krokowego i zmian systemowo-organizacyjnych.
2. Działań profilaktycznych i wczesnej diagnostyki.
3. Wprowadzenia odpowiedniej edukacji społecznej.
4. Zwiększenia dostępności do technologii medycznych.

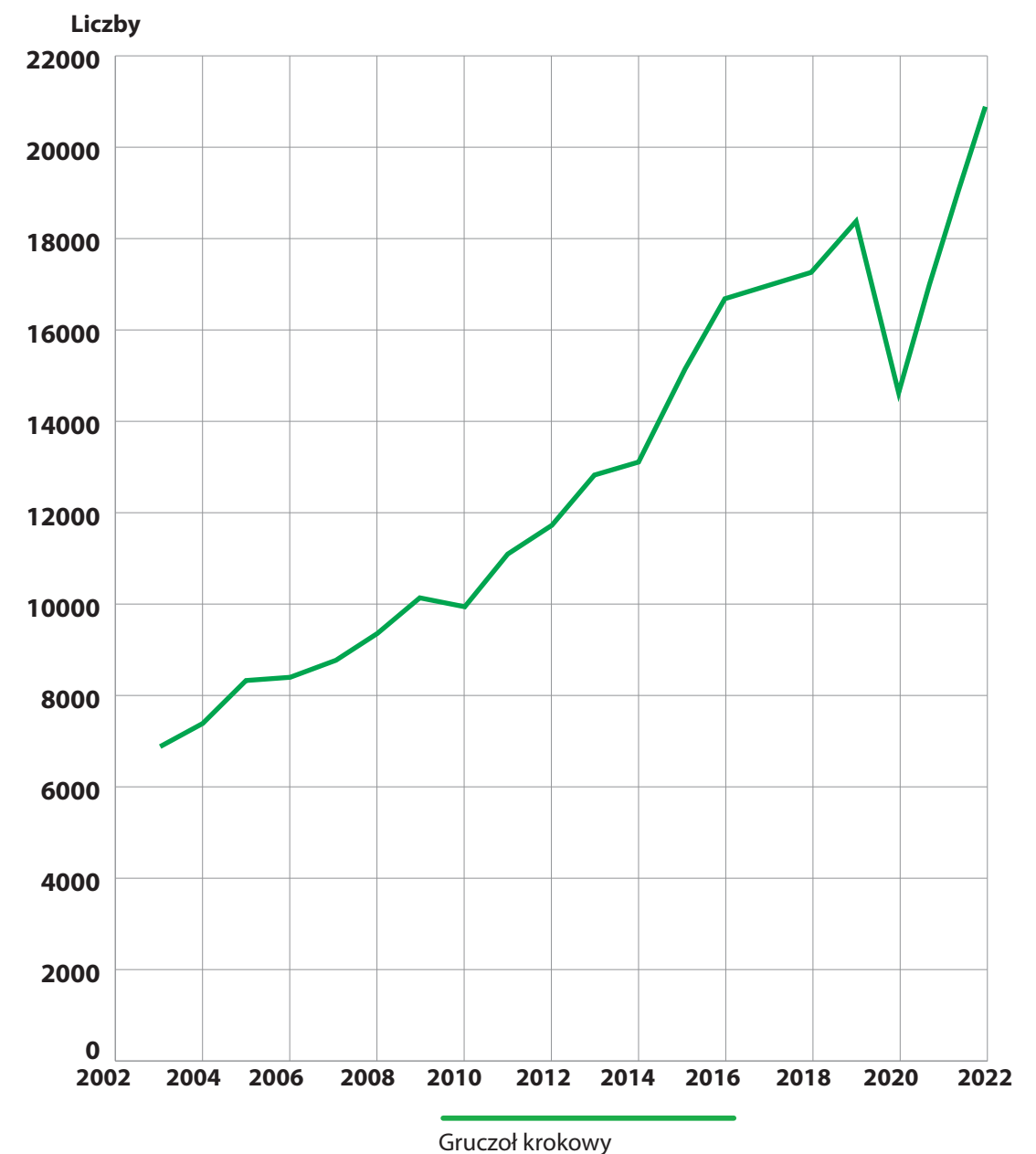
Od czasu publikacji raportu, w rocznych odstępach, opracowywane są cykliczne aktualizacje dokumentu, wskazujące na postępy we wdrażaniu niezbędnych zmian. Mamy nadzieję, że monitorowanie procesów dotyczących zmian systemu profilaktyki, diagnostyki czy leczenia nowotworów gruczołu krokowego oraz przedstawienie tych informacji w syntetyczny sposób, pozwoli zainteresowanym na śledzenie oraz bieżącą weryfikację działań podejmowanych przez instytucje publiczne na rzecz polskich pacjentów z rakiem prostaty.

Druga edycja „Monitora” składa się z dwóch części. W pierwszej z nich analizujemy publicznie dostępne informacje o istotnym znaczeniu dla systemu opieki nad chorymi na raka gruczołu krokowego w Polsce. Posiłkujemy się przede wszystkim dokumentami publikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, inne instytucje publiczne odpowiedzialne za system ochrony zdrowia, organizacje pozarządowe oraz czasopisma naukowe. W drugiej, sprawdzamy realizację postulatów wypracowanych w ramach prac raportem sprzed dwóch lat.

Trendy epidemiologiczne

Dane epidemiologiczne wskazują na rosnącą liczbę zachorowań z powodu nowotworów złośliwych w Polsce. Jest to najczęstsza przyczyna zgonów Polaków w wieku produkcyjnym. Szacunki wskazują, że statystycznie jeden na czterech obywateli będzie zmagać się z nowotworem złośliwym, zaś jeden na pięciu z tego powodu umrze.

Wykres 1. Zachorowania na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w latach 2002-2022.

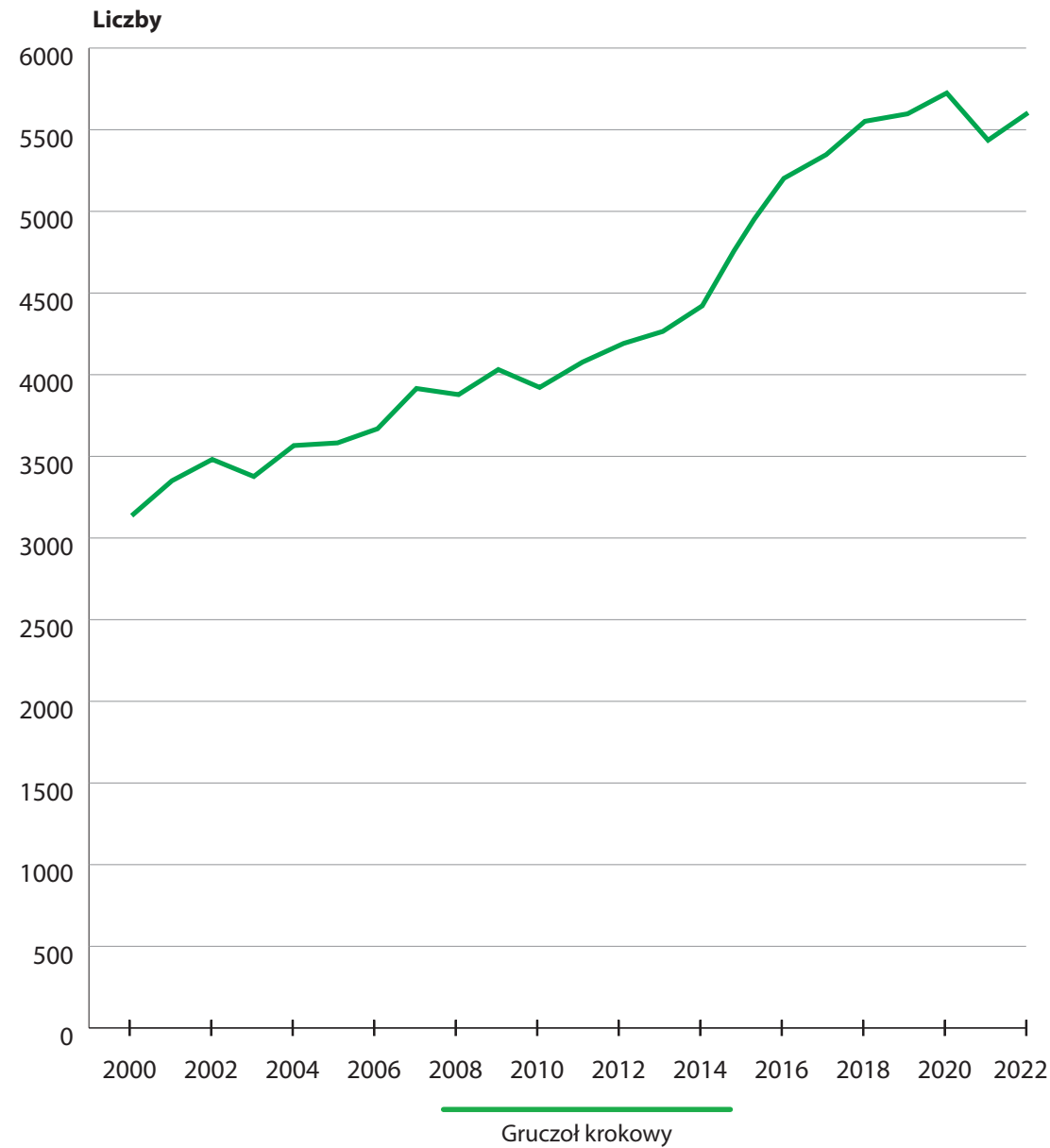


Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów.

Nowotwór raka gruczołu krokowego to najczęściej występujący nowotwór złośliwy u mężczyzn, odpowiadający za więcej niż co piąte rozpoznanie onkologiczne niezależnie od płci. Na przestrzeni lat można dostrzec niezwykle dynamicznie rosnącą liczbę zachorowań na ten typ nowotworu. W latach 2002-2022 liczba osób z diagnozą nowotworu złośliwego raka gruczołu krokowego wzrosła o 321%.

Należy zwrócić uwagę, że w ostatnich latach doszło do czasowego zmniejszenia liczby zachorowań wskutek zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w trakcie epidemii COVID-19. Niemniej w 2022 r. liczba zachorowań na raka prostaty po raz pierwszy w historii przekroczyła 20 tysięcy.

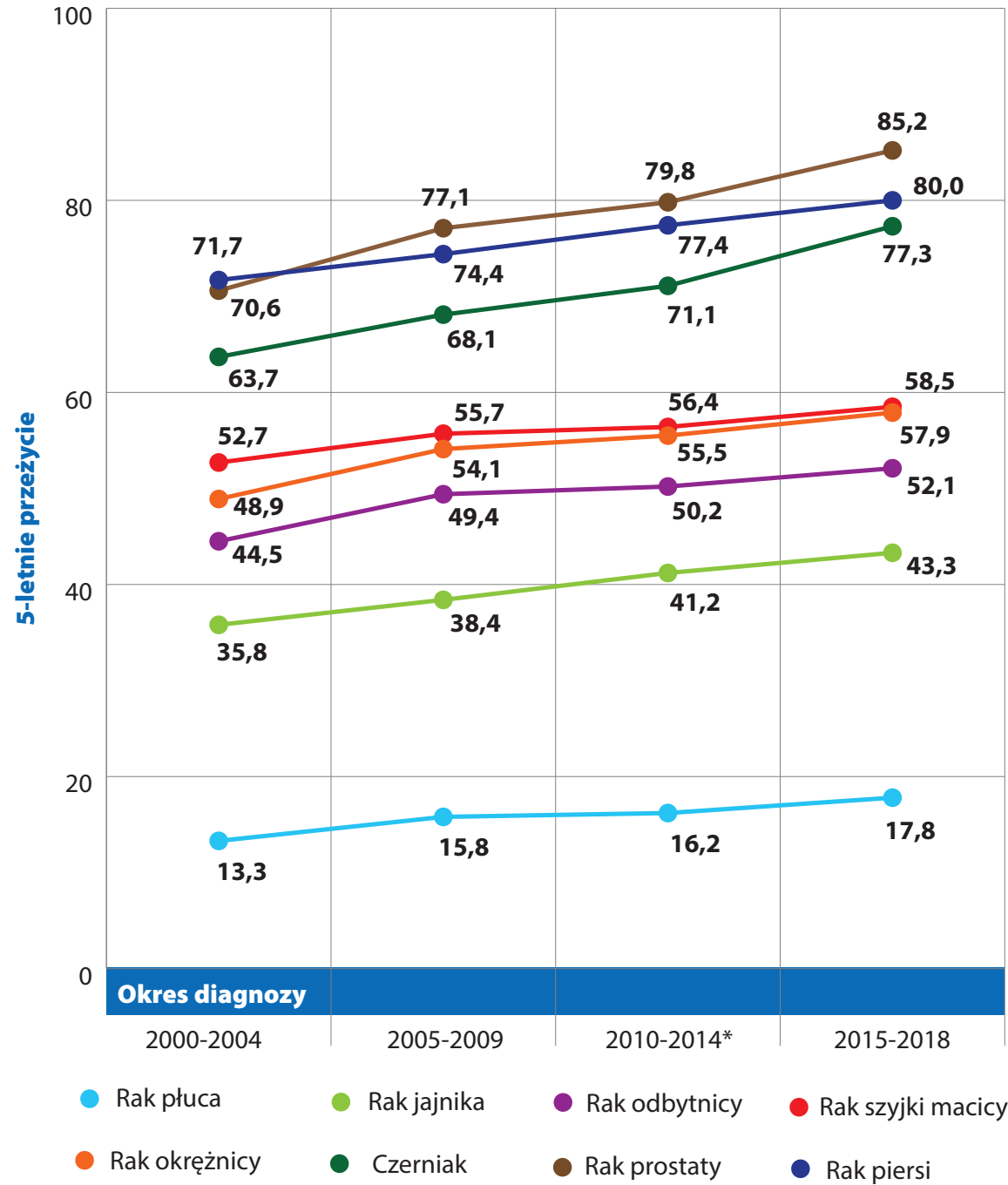
Wykres 2. Zgony z powodu nowotworów gruczołu krokowego w latach 2000-2022.



Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów.

Analiza trendów epidemiologicznych w przypadku raka gruczołu krokowego wskazuje na jednoczesny wzrost nie tylko zapadalności, ale również śmiertelności w powodu tego rodzaju nowotworu. Według danych KRN obecnie rak gruczołu krokowego to druga po raku płuca, najczęstsza przyczyna zgonów z powodu nowotworów wśród mężczyzn. W latach 2002-2022 liczba zgonów stopniowo wzrastała z poziomu 3 488 w 2002 r. do 5 625 r w 2022 r.

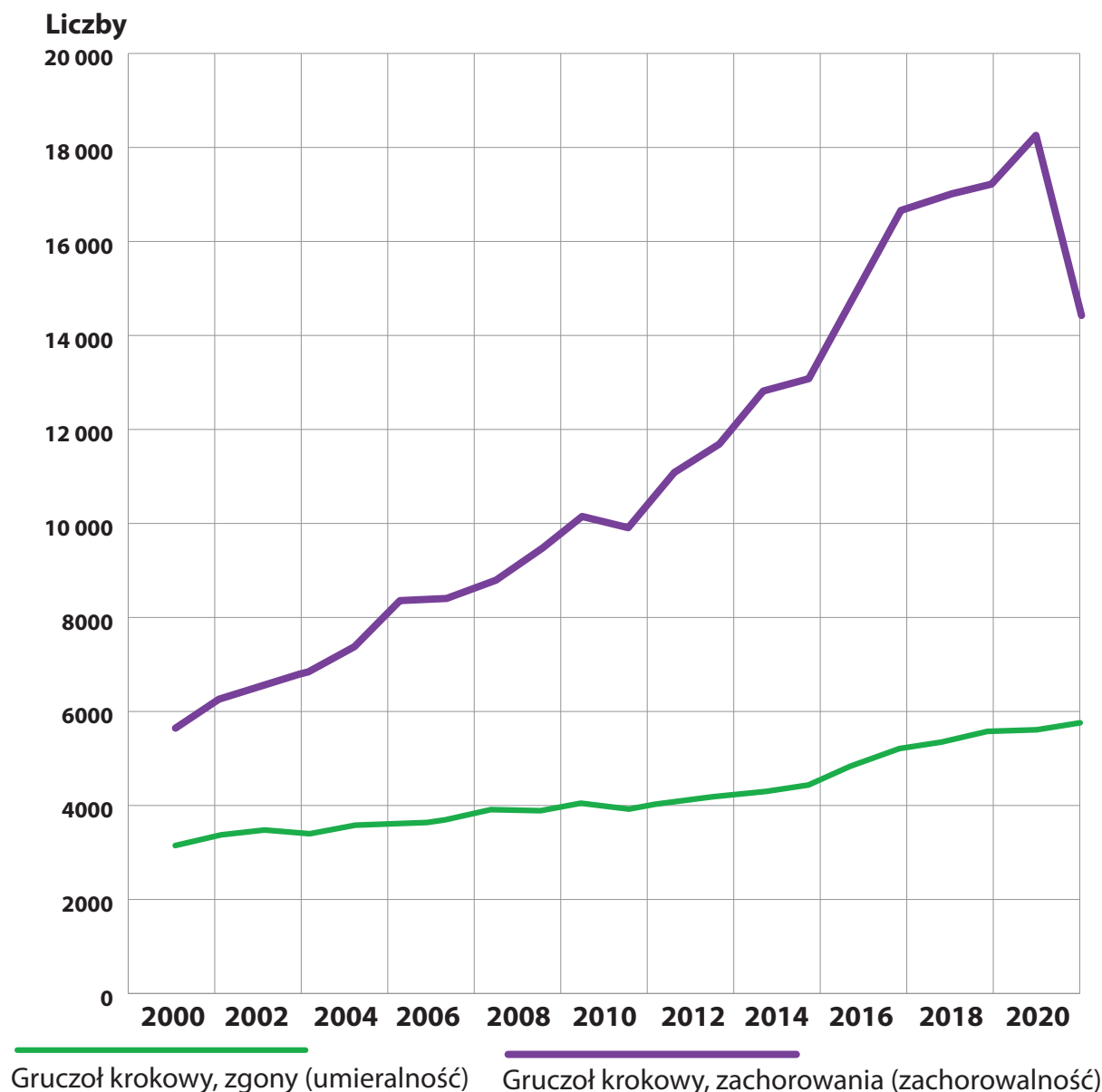
Wykres 3. Zmiana wskaźnika 5-letnich przeżyć dla wybranych nowotworów złośliwych w Polsce.



Źródło: Progress in cancer survival across last two decades, Cancer Epidemiology, 06/2022

Od czasu publikacji ostatniej wersji Monitora nie opublikowano nowych danych porównawczych dotyczących wskaźnika 5-letnich przeżyć z powodu nowotworów złośliwych w Polsce w porównaniu do innych państw członkowskich Unii Europejskiej. W ostatnich dostępnych informacjach dostrzec można znaczący wzrost wartości tego wskaźnika dla raka gruczołu krokowego — z poziomu 71,7% w latach 2000-2004 do 85,2% w latach 2015-2018. To jeden z dwóch rodzajów nowotworów, w których wzrost w tej dziedzinie jest największy. Z drugiej strony, zgodnie z danymi WHO w Polsce wskaźnik śmiertelności w 2020 r. wynosił 16,6 na 100 tys. i był jednym z najwyższych w Europie¹.

Wykres 4. Umieralność i zachorowalność – rak gruczołu krokowego – w latach 2000-2020.



Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów.

¹ Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2020, prostate, males, all ages, https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=1&cancer=27&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group=5B%5D=0&ages_group=5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=0&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D

Otoczenie legislacyjne związane z systemem opieki nad pacjentami z rakiem gruczołu krokowego

W ostatnich latach weszło w życie wiele aktów prawnych, które mogą przyczynić się do zmiany organizacji opieki nad pacjentami z rakiem gruczołu krokowego. W szczególności dotyczą one wdrożenia ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, która została uruchomiona po zakwalifikowaniu podmiotów do wykazu Specjalistycznych Ośrodków Leczenia Onkologicznego (SOLO) w sierpniu 2024 r. Co istotne, przeprowadzenie kwalifikacji było warunkiem koniecznym uruchomienia ponad 5,5 mld zł na realizację inwestycji finansowych ze środków Krajowego Planu Odbudowy². W ślad za wejściem w życie ustawy o KSO, 6 września dokonano publikacji obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie kluczowych zaleceń w zakresie opieki onkologicznej dotyczących organizacji i postępowania klinicznego w raku gruczołu krokowego³.

Do dzisiaj brakuje informacji dotyczących wpływu publikacji obwieszczenia na standaryzację postępowania, niezależnie od miejsca udzielania świadczeń. Warto nadmienić, że pomimo licznych zapowiedzi, do dnia wydania niniejszego Monitora nie opublikowano projektu nowelizacji ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, która miałaby stanowić odpowiedź na zastrzeżenia sformułowane w podsumowaniu realizacji pilo-

tażu sieci onkologicznej, które zostały zaprezentowane w pierwszym kwartale 2024 r.⁴ Nie chwalebno również prawa umożliwiającego wdrożenie elektronicznej karty DiLO, która według przedstawicieli instytucji publicznych jest niezbędnym elementem koordynacji opieki onkologicznej.

Dostrzec należy również wyzwania związane z wdrożeniem ustawy o jakości w ochronie zdrowia oraz bezpieczeństwa pacjenta. Na podstawie wskazanej regulacji opracowano rozporządzenia dotyczące akredytacji oraz certyfikacji ośrodków posiadających umowę na realizację świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Chociaż ustawa zakłada możliwość wprowadzenia różnicowania części płatności za świadczenie w zależności od jakości oraz efektywności poszczególnych procedur lub opieki, do dzisiaj nie wskazano rozwiązań, które mogłyby znaleźć zastosowanie w systemie opieki onkologicznej oraz w opiece nad chorymi z podejrzeniem lub rozpoznaniem raka gruczołu krokowego.

W obszarze profilaktyki, w grudniu 2024 r. podjęto decyzję o kontynuacji do 30 kwietnia 2025 r. programu pilotażowego skierowanego do pacjentów, którzy ukończyli 40. rok życia.

² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/prawie-55-mld-zl-na-onkologie-dzieki-kwalifikacji-szpitali-do-kso>.

³ <https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2024/67/>.

⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-z-programu-pilotazowego-opieki-w-ramach-sieci-onkologicznej>.

Na jego podstawie byli oni uprawnieni do nieodpłatnego dokonania badania poziomu PSA, który jest wykorzystywany w diagnostyce raka gruczołu krokowego. W marcu 2025 r. Ministerstwo Zdrowia zaproponowało nowe rozwiązanie — program „Moje Zdrowie” — skierowane do wszystkich osób, które ukończyły 20 r.ż. Projekt rozporządzenia koszykowego zawiera możliwość przeprowadzenia wielu badań diagnostycznych, w tym PSA całkowitego u mężczyzn. Przewidywany czas wejścia w życie nowego programu to 1 maja 2025 r.

Dostępność świadczeń

Istotne znaczenie dla zapewnienia dostępności oraz efektywności opieki nad pacjentami z rakiem gruczołu krokowego ma dostępność świadczeń na poziomie ambulatoryjnej opieki diagnostycznej. To zazwyczaj na tym poziomie referencyjnym ochrony zdrowia rozpoczyna się proces diagnostyczny oraz stawia się rozpoznanie choroby.

Sprawozdania kwartalne Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują na to, że:

- 1.** liczba pacjentów oczekujących na uzyskanie świadczenia w poradni urologicznej w trybie pilnym wzrósł o 33 proc. do poziomu 23 436 osób w okresie pomiędzy I oraz IV kwartałem 2024 r. W tym samym okresie liczba pacjentów w trybie stabilnym spadała o 7 proc. do poziomu 117 151 osób;
- 2.** media średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie w trybie pilnym wzrosła o 40 proc. do 28 dni. Dla przypadków stabilnych mediana wzrosła o 30 proc. do poziomu 57 dni.

Z punktu widzenia pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem raka gruczołu krokowego istotne jest również dostępność diagnostyki obrazowej. Według projektu „Onkoskaner” na koniec marca 2025 r.:

- 1.** średni czas oczekiwania na badanie rezonansem magnetycznym z opisem wynosił 108 dni w kolejce normalnej i 84 dni w kolejce pilnej.
- 2.** średni czas oczekiwania na badanie tomografią komputerową z opisem wynosił 68 dni w kolejce normalnej oraz 53 dni w przypadkach pilnych⁵.

⁵ Źródło: <https://onkoskaner.pl/szukaj/statystyki?serviceId=217&provinceId=&cityId=&interval=6&dateTo=2025-03-31&days=89&normal=1&urgent=&waitingTime=&nzf=&displayBy=2>



W trakcie ostatnich kilkunastu miesięcy dokonano trzykrotnej aktualizacji programu lekowego leczenia raka prostaty. Objęły one:

- 1. Lipiec 2024:**
 - a. nowa opcja terapeutyczna w programie — dichlorek radu-223 — lek stosowany w leczeniu chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC), z objawowymi przerzutami do kości bez stwierdzonych przerzutów trzewnych, z progresją po uprzednim zastosowaniu, z powodu przerzutowego raka gruczołu krokowego, hormonoterapii lekiem nowej generacji (nowe antyandrogeny lub octan abirateronu) i chemioterapii albo brak możliwości lub medycznego uzasadnienia do ich zastosowania;
 - b. rozszerzenie wskazań refundacyjnych dla leków: darolutamid — leczenie w skojarzeniu z docetakselem i deprivacją androgenową chorych na hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego z przerzutami (mHSPC); enzalutamid — leczenie w skojarzeniu z deprivacją androgenową chorych na hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego z przerzutami (mHSPC).
- 2. Październik 2024** — Zmodyfikowano treść programu wskutek zmiany kategorii dostępności refundacyjnej substancji czynnych cabazitaxelum i radium dichloridum Ra223 (przesunięcie do katalogu chemioterapii).
- 3. Styczeń 2025** — nowa opcja terapeutyczna w programie: niraparyb + abirateron — lek stosowany w leczeniu skojarzonym z prednizonem lub prednizolonem, u dorosłych pacjentów z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) i mutacjami genów BRCA 1/2 (germinalną i/lub somatyczną), u których nie jest wskazana chemioterapia.

Tabela 1. Czas oczekiwania (w dniach) i liczba oczekujących na udzielenie świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w poradni urologicznej – I kwartał 2024 r. i II kwartał 2024 r., opracowanie na podstawie danych NFZ.

Sprawozdanie Narodowego Funduszu Zdrowia – I kwartał 2023 r.									
Komórka organizacyjna ⁴⁾		Przypadki pilne				Przypadki stabilne			
kwartał	Rodzaj świadczeń	liczba oczekujących	średni rzeczywisty czas oczekiwania		procent komórek organizacyjnych, do których średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosi 0	liczba oczekujących	średni rzeczywisty czas oczekiwania		procent komórek organizacyjnych, do których średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosi 0
			mediana	trzeci kwartyl			mediana	trzeci kwartyl	
Q1	Poradnia urologiczna	17 536	20	43	26	125 546	57	97	3
Q4	Poradnia onkologiczna	23436	28	56	16	117 151	72	124	2

Tabela 2. Liczba świadczeń sprawozdanych do rozliczenia, liczba świadczeń rozliczonych oraz odsetek świadczeń rozliczonych w zakresie rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej w okresie I kwartał-III kwartał 2024 r.

Rok	Kwartał	Rodzaj badania	Liczba sprawozdanych świadczeń	Liczba rozliczonych świadczeń	proc. rozliczonych świadczeń
2024	I	Rezonans magnetyczny	696 350	690 586	99 proc.
2024	II	Rezonans magnetyczny	701 449	661 578	94 proc.
2024	III	Rezonans magnetyczny	716 952	542 921	76 proc.
2024	I	Tomografia komputerowa	1 562 701	1 432 524	92 proc.
2024	II	Tomografia komputerowa	1 587 757	1 369 819	86 proc.
2024	III	Tomografia komputerowa	1 538 070	1 158 843	75 proc.
2024	I-III	Tomografia komputerowa oraz rezonans	6 803 279	5 856 271	86 proc.

Źródło: Fundacja Onkologiczna Alivia.

Finansowanie programów lekowych

Instytut Finansów Publicznych oraz Federacja Przedsiębiorców Polskich przedstawili podczas konferencji prasowej raport „Finanse ochrony zdrowia pod ścisłym nadzorem procedury nadmiernego deficytu”. Opracowanie zostało sporządzone na podstawie publicznie dostępnych dokumentów wypracowanych przez administrację rządową oraz oszacowania przyszłości kluczowych wskaźników dotyczących finansowania ochrony zdrowia.

Według scenariusza bazowego, zakładającego utrzymanie w nadchodzących latach sprawności systemu ochrony zdrowia zbliżonej do dzisiejszej, w latach 2025-2028 luka finansowa systemu ochrony zdrowia wyniesie 216,5 mld zł. Kwota ta może urosnąć do 249 mld zł, jeżeli zostaną przyjęte przepisy dotyczące dalszego

obniżenia składki zdrowotnej dla przedsiębiorców 2 oraz rządowa propozycja przedstawiona w toku prac nad obywatelskim projektem nowelizacji ustawy o minimalnych nakładach na ochronę zdrowia. Luka finansowa NFZ będzie generować rocznie od 0,9 do nawet do 1,9 proc. PKB deficytu finansów publicznych.

Trudna sytuacja finansowa systemu ochrony zdrowia wpływała w ostatnich miesiącach na ciągłość finansowania świadczeń w ramach programów lekowych. Narodowy Fundusz Zdrowia podjął decyzję o finansowaniu leków w ramach programów lekowych oraz katalogu chemioterapii w taki sposób jak pokrywa się koszt świadczeń nielimitowych. Na podstawie tej decyzji pokryto koszt nadwykonań za IV kwartał 2024 r. w pierwszej kolejności.

Koncentracja leczenia zabiegowego

Od 2018 r. Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach projektu aktywnego monitorowania leczenia zabiegowego nowotworów złośliwych publikuje informacje dotyczące stanu realizacji świadczeń w zależności od doświadczenia ośrodka. Jest to zadanie o szczególnym znaczeniu, bowiem wyniki badań wskazują na pozytywną zależność pomiędzy doświadczeniem ośrodka oraz zespołu prowadzącego zabieg a skutecznością i bezpieczeństwem leczenia. Ostatnie opublikowane dane za 2022 r. wskazują, że:

1. wykonano **8911** zabiegów związanych z nowotworem złośliwym prostaty;
2. **6444** zabiegów (72,3%) wykonały ośrodki o relatywnie dużym doświadczeniu, realizujące 75 zabiegów rocznie lub więcej;
3. **2547** zabiegów (27,6%) wykonały ośrodki, które wykonały mniej niż 75 zabiegów rocznie;
4. 45 ośrodków (33,6% świadczeniodawców) wykonało **75** zabiegów rocznie lub więcej;
5. 89 ośrodków wykonało mniej niż **75** zabiegów rocznie.

Dane wskazują, że więcej niż co czwarty zabieg związany z nowotworem złośliwym gruczołu krokowego był realizowany w placówce, która wykonała mniej niż 75 zabiegów rocznie. W ciągu 2022 r. świadczenie w tej dziedzinie rozliczono u 134 świadczeniodawców. Poniżej znajdują się kluczowe informacje dotyczące dynamiki zmian w zakresie leczenia zabiegowego nowotworów prostaty. Porównanie dotyczy 2019 i 2022 r.

Tabela 3. Dynamika najważniejszych mierników koncentracji leczenia zabiegowego nowotworów złośliwych gruczołu krokowego w latach 2019-2022.

Źródło: https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/nawotwory-zlosliwe-koncentracja-leczenia-zabiegowego,program,Aktywne_monitorowanie

2019 r.	2022 r.
6854	→ 8911
3801 (55,5%)	→ 6444 (72,3%)
3053 (44,5%)	→ 2547 (27,6%)
29 (22%)	→ 45 (33,6%)
103	→ 89

W latach 2019-2022 liczba świadczeń w zakresie leczenia zabiegowego nowotworów złośliwych gruczołu krokowego wzrosła o ponad 30%. W tym samym okresie doszło do koncentracji tego rodzaju procedur. Zwiększył się odsetek pacjentów (o niemal 17 pp.), którzy uzyskali leczenie zabiegowe w ośrodkach, które realizują rocznie 75 zabiegów i więcej. Obecnie trzy czwarte chorych jest poddawanych leczeniu zabiegowemu w ośrodkach o doświadczeniu równym lub większym od wartości progowej. Oznacza to również obniżenie odsetka pacjentów uzyskujących opiekę w ośrodkach o mniejszym doświadczeniu. Pięć lat temu niemal co drugi pacjent był bowiem leczony chirurgicznie w ośrodku, który nie legitymował się odpowiednim doświadczeniem.

Realizacja postulatów zawartych w materiale strategicznym: „Wprost o prostaty. Co należy zmie-
nić w systemie opieki nad chorymi z nowotworem gruczołu krokowego w Polsce?” z lutego 2023 r.
Do weryfikacji realizacji postulatów wypracowanych w ramach prac interesariuszy nad raportem
Mapy Drogowej, określone zostały następujące kategorie realizacji:

1.

zrealizowane w pełni

— oznaczone **kolorem zielonym**;
2.

zrealizowane w części,

z uszczegółowieniem za-
kresu realizacji — ozna-
czone **kolorem pomar-
ńczowym**;
3.

niezrealizowane

— oznaczone **kolorem czerwonym**.



Rekomendacja działań	Podmiot odpowiedzialny	Stan realizacji	Uwagi
I. PRIORYTYZACJA OBSZARU RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO I ZMIAN SYSTEMOWO-ORGANIZACYJNYCH			
Wprowadzenie świadczenia kompleksowej diagnostyki i leczenia raka gruczołu krokowego (Prostate Cancer Units — PCU) 1. Publikacja wytycznych Ministra Zdrowia w sprawie Postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz: a. cykliczna nowelizacja wytycznych we współpracy z towarzystwami naukowymi; b. zapewnienie odpowiednich środków finansowych dla procesu aktualizacji wytycznych; c. wskazanie kluczowych etapów postępowania terapeutycznego oraz koordynacja procesu pomiędzy specjalistami w dziedzinie urologii oraz onkologii i radioterapii onkologicznej; 2. Precyzyjne określenie kryteriów dotyczących m.in. doświadczenia ośrodków i zatrudnionego personelu, certyfikacji umiejętności dla ośrodków starających się o uzyskanie statusu PCU. 3. Zawarcie kryteriów usieciowienia, tj. zapewnienie możliwości zakontraktowania na terenie całego kraju, w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. 4. Wprowadzenie nowych produktów rozliczeniowych do wykorzystania przy monitorowaniu pacjentów w sytuacji, w której rozpoznanie raka gruczołu krokowego upoważnia do aktywnej obserwacji. 5. Zapewnienie dostępu do rehabilitacji leczniczej, możliwie najszybciej, dla wszystkich potrzebujących pacjentów (podobnie jak w Breast Cancer Units). 6. Wprowadzenie systemu monitorowania opinii pacjentów w zakresie jakości opieki w ośrodkach: a. udostępnienie pacjentom ankiet, które powinny być wypełniane poza ośrodkiem w formie elektronicznej, listownej lub telefonicznej; b. określenie organu odpowiedzialnego za przeprowadzenie ankiet, agregowanie oraz publikację wyników w domenie publicznej, niezależnej od ośrodków prowadzących leczenie.	Ministerstwo Zdrowia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Narodowy Fundusz Zdrowia Współpraca — towarzystwa naukowe, konsultanci krajowi, organizacje pacjentów	Brak realizacji	Nie skierowano do konsultacji publicznych projektów rozporządzeń.

Rekomendacja działań	Podmiot odpowiedzialny	Stan realizacji	Uwagi
Rewizja koszyka świadczeń gwarantowanych poprzez rozważenie zakwalifikowania biopsji fuzyjnej na podstawie wyniku MRI prostaty pod kontrolą nałożonych live obrazów MRI i USG	Ministerstwo Zdrowia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Brak realizacji	Zlecenie Ministerstwa Zdrowia nie zostało przekazane do AOTMiT. Nie skierowano do konsultacji publicznych projektu rozporządzenia.
Rewizja wyceny biopsji prostaty	Ministerstwo Zdrowia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Narodowy Fundusz Zdrowia	Brak realizacji	—
Wprowadzenie Krajowego Rejestru Raka Gruczołu Krokowego	Ministerstwo Zdrowia	Brak realizacji	Wejście w życie ustawy o jakości z 16 czerwca 2023 r. w ochronie zdrowia umożliwia powołanie rejestru oraz zapewnia źródło finansowania jego powołania oraz funkcjonowania. Jednak nie skierowano do konsultacji publicznych projektu rozporządzenia w sprawie powołania rejestru.
Skierowanie środków pochodzących z ustawy „7 proc. PKB na zdrowie” na sfinansowanie dostępu do technologii medycznych (lekowych i nielekowych) o udowodnionej skuteczności i profilu bezpieczeństwa, stanowiących niezaspokojoną potrzebę medyczną i wskazanych w międzynarodowych wytycznych, w tym EAU, ESTRO oraz NCCN	Ministerstwo Zdrowia	Częściowo zrealizowane	Dwukrotna zmiana obowiązującego programu lekowego, zapewniająca większą zbieżność schematu leczenia refundowanego z wytycznymi międzynarodowych towarzystw naukowych.
II. DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE I WCZESNA DIAGNOSTYKA			
Wprowadzenie zmian w programie „Profilaktyka 40 PLUS”	Ministerstwo Zdrowia	Zrealizowane	Wydłużenie obowiązywania programu Profilaktyka 40+ do 30 kwietnia 2025 r., publikacja projektu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej — program „Moje Zdrowie”.
Popularyzacja samorządowych programów zdrowotnych	Ministerstwo Zdrowia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Jednostki samorządu terytorialnego	Częściowo zrealizowane	Działania edukacyjne Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji — seminaria oraz webinaria edukacyjne dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego w latach 2021-2024.

Rekomendacja działań	Podmiot odpowiedzialny	Stan realizacji	Uwagi
Docelowe zastąpienie programu „Profilaktyka 40 PLUS” przez system cyklicznych bilansów osób pozostających pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (np. w ramach budżetu powierzonego POZ, z zapewnieniem kompleksowego wsparcia edukacyjnego dla POZ przez Prostate Cancer Units)	Ministerstwo Zdrowia Narodowy Fundusz Zdrowia	Zrealizowane	Popularyzacja opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie liczby placówek realizujących program. Objęcie połowy populacji pacjentów w ramach POZ opieką koordynowaną. Wprowadzenie programu „Moje Zdrowie”.
Wdrożenie oznaczenia PSA w ramach wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych jako elementu badań medycyny pracy	Ministerstwo Zdrowia Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	Brak realizacji	Brak procedowania zmian w rozporządzeniu dot. zakresu badań w ramach medycyny pracy.
Zapewnienie publicznej dostępności informacji o efektywności programów profilaktycznych w ramach portalu Zdrowe Dane, z możliwością analizy dotarcia do grupy docelowej na poziomie krajowym, regionalnym oraz lokalnym	Ministerstwo Zdrowia Narodowy Fundusz Zdrowia	Brak realizacji	-
Wprowadzenie koordynacji programów profilaktycznych i systemu e-skierowań, umożliwiających przepływ pacjentów z poziomu POZ do Prostate Cancer Units	Ministerstwo Zdrowia Narodowy Fundusz Zdrowia	Brak realizacji	-
Zniesienie skierowań do poradni urologicznych	Minister Zdrowia	Brak realizacji	-
III. WPROWADZENIE ODPOWIEDNIEJ EDUKACJI SPOŁECZNEJ			
Wprowadzenie na każdym etapie edukacji szkolnej przedmiotu „Edukacja zdrowotna” w wymiarze jednej godziny tygodniowo, w trakcie jednego roku szkolnego, na etapie kształcenia na poziomie podstawowym oraz ponadpodstawowym, zgodnie z pkt 8. harmonogramu wdrożenia uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 lub wprowadzenie równoważnego rozwiązania w ramach innych przedmiotów szkolnych	Ministerstwo Edukacji Ministerstwo Zdrowia	Zrealizowane	Nowy przedmiot wejdzie w życie 1 września 2025 r., jednak nie będzie on obowiązkowy.
Audyt dotychczasowych aktywności edukacyjnych podejmowanych na podstawie Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zdrowia w celu zwiększenia skuteczności działań komunikacyjnych, np. poprzez modyfikację kluczowych komunikatów oraz redefinicję grup docelowych	Ministerstwo Zdrowia	Częściowo zrealizowane	Powołanie komórki organizacyjnej Narodowego Instytutu Onkologii — PIB, zajmującej się realizacją zadań w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej.
Opracowanie wniosków poaudytowych, upublicznienie zebranych informacji i wdrożenie rekomendacji wynikających z audytu	Ministerstwo Zdrowia	Brak realizacji	—
IV. ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI DO TECHNOLOGII MEDYCZNYCH			
Wdrożenie zmian zasad kontraktowania świadczeń z zakresu chirurgii leczenia raka gruczołu krokowego do ośrodków, które wykonały w ciągu roku liczbę zabiegów na odpowiednim poziomie (określonym przez rekomendacje towarzystw naukowych)	Ministerstwo Zdrowia Narodowy Fundusz Zdrowia	Brak realizacji	—

Rekomendacja działań	Podmiot odpowiedzialny	Stan realizacji	Uwagi
Nowelizacja programu lekowego leczenia raka gruczołu krokowego	Ministerstwo Zdrowia	Częściowo zrealizowane	Dokonano kilkakrotnej zmiany schematu leczenia refundowanego w ramach programu lekowego i katalogu chemioterapii — ostatniej od 1 lipca 2024 r. Lipiec 2024 — Nowa opcja terapeutyczna w programie: dichlorek radu-223 — lek stosowany w leczeniu chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC), z objawowymi przerzutami do kości bez stwierdzonych przerzutów trzewnych, z progresją po uprzednim zastosowaniu, z powodu przerzutowego raka gruczołu krokowego, hormonoterapii lekiem nowej generacji (nowe antyandrogeny lub octan abirateronu) i chemioterapii albo brak możliwości lub medycznego uzasadnienia do ich zastosowania. Ponadto nastąpiło rozszerzenie refundacji dla leków: darolutamid — leczenie w skojarzeniu z docetakselem i deprywacją androgenową chorych na hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego z przerzutami (mHSPC); enzalutamid — leczenie w skojarzeniu z deprywacją androgenową chorych na hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego z przerzutami (mHSPC). Październik 2024 — Zmodyfikowano treść programu wskutek zmiany kategorii dostępności refundacyjnej substancji czynnych cabazitaxelum i radium dichloridum Ra223 (przesunięcie do katalogu chemioterapii). Styczeń 2025 — Nowa opcja terapeutyczna w programie: niraparyb + abirateron — lek stosowany w leczeniu skojarzonym z prednizonem lub prednizolonem, u dorosłych pacjentów z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) i mutacjami genów BRCA 1/2 (germinalną i/lub somatyczną), u których nie jest wskazana chemioterapia. Brak pełnej zbieżności z wytycznymi międzynarodowych towarzystw naukowych.
Upowszechnienie świadczenia chirurgicznego z wykorzystaniem techniki robotowej	Ministerstwo Zdrowia Narodowy Fundusz Zdrowia	Częściowo zrealizowane	Kontraktowanie świadczenia w większej liczbie ośrodków, wdrażanie nadzoru nad jakością świadczeń tego rodzaju.
Wprowadzenie rozwiązań umożliwiających elastyczne stosowanie terapii o ugruntowanej pozycji w praktyce klinicznej — przeniesienie innowacyjnych terapii z programu lekowego B.56 do katalogu chemioterapii	Ministerstwo Zdrowia	Częściowo zrealizowane	Przeniesienie jednej terapii z grupy leków NHA (octanu abirateronu) do katalogu chemioterapii. Inne terapie nadal dostępne w programie lekowym B.56 Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego (ICD-10: C61).

