



HRVATSKI SABOR

KLASA: 022-12/20-01/154

URBROJ: 65-20-02

Zagreb, 3. prosinca 2020.



Hs**NP*022-03/20-01/154*65-20-02**Hs

**ZASTUPNICAMA I ZASTUPNICIMA
HRVATSKOGA SABORA**

**PREDSJEDNICAMA I PREDSJEDNICIMA
RADNIH TIJELA**

Na temelju članka 33. stavka 1. podstavka 3. Poslovnika Hrvatskoga sabora u prilogu upućujem, ***Prijedlog nacionalnog strateškog okvira protiv raka do 2030.***, koji je predsjedniku Hrvatskoga saboru u skladu s odredbom članka 11. Zakona o sustavu strateškog planiranja i upravljanja razvojem Republike Hrvatske ("Narodne novine", br. 123/17), dostavila Vlada Republike Hrvatske, aktom od 3. prosinca 2020. godine.

Za svoje predstavnike, koji će u njezino ime sudjelovati u radu Hrvatskoga sabora i njegovih radnih tijela, Vlada je odredila ministra zdravstva dr. sc. Vilija Beroša, dr. med. i državne tajnike Željka Plazonića, dr. med, Tomislava Dulibića i dr. sc. Silvia Bašića, dr. med.

PREDSJEDNIK

Gordan Jandroković



VLADA REPUBLIKE HRVATSKE

KLASA: 022-03/20-04/196
URBROJ: 50301-04/12-20-4

Zagreb, 3. prosinca 2020.

PREDSJEDNIKU HRVATSKOGA SABORA

PREDMET: Prijedlog nacionalnog strateškog okvira protiv raka do 2030.

Na temelju članka 172. stavka 2. Poslovnika Hrvatskoga sabora (Narodne novine, br. 81/13, 113/16, 69/17, 29/18, 53/20, 119/20 - Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske i 123/20), a u vezi s člankom 11. Zakona o sustavu strateškog planiranja i upravljanja razvojem Republike Hrvatske (Narodne novine, broj 123/17), Vlada Republike Hrvatske podnosi Prijedlog nacionalnog strateškog okvira protiv raka do 2030.

Za svoje predstavnike, koji će u njezino ime sudjelovati u radu Hrvatskoga sabora i njegovih radnih tijela, Vlada je odredila ministra zdravstva dr. sc. Vilija Beroša, dr. med. i državne tajnike Željka Plazonića, dr. med, Tomislava Dulibića i dr. sc. Silvia Bašića, dr. med.



VLADA REPUBLIKE HRVATSKE

**PRIJEDLOG NACIONALNOG STRATEŠKOG
OKVIRA PROTIV RAKA DO 2030.**

Zagreb, prosinac 2020.

Sadržaj

1. PREDGOVOR.....	9
A. TERET RAKA.....	9
B. DRUŠTVENI ASPEKTI RAKA	11
C. GOSPODARSKE POSLJEDICE RAKA.....	12
2. SAŽETAK	13
3. PRIMARNA PREVENCIJA.....	15
UVOD	15
VIZIJA 2030. GODINE.....	21
CILJEVI	21
MJERE / AKTIVNOSTI.....	23
DIONICI.....	25
IZVORI FINANCIRANJA	25
EKONOMSKA ANALIZA	25
4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE)	26
UVOD	26
PRIORITETNI PROGRAMI PROBIRA	27
MOGUĆI DRUGI PROGRAMI PROBIRA	29
VIZIJA 2030. GODINE.....	30
CILJEVI	30
MJERE/AKTIVNOSTI.....	31
DIONICI.....	33
IZVORI FINANCIRANJA	33
EKONOMSKA ANALIZA	33
5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA	34
A. METODE SNIMANJA	34
UVOD	34
VIZIJA 2030. GODINE.....	36
CILJEVI	36
MJERE/AKTIVNOSTI.....	37
DIONICI.....	38

IZVORI FINANCIRANJA	38
EKONOMSKA ANALIZA	38
B. DIJAGNOSTIKA	39
UVOD	39
VIZIJA 2030. GODINE.....	39
CILJEVI	39
MJERE/AKTIVNOSTI.....	40
DIONICI.....	40
IZVORI FINANCIRANJA	41
EKONOMSKA ANALIZA	41
C. GENETIČKO TESTIRANJE I SAVJETOVANJE	41
UVOD	41
VIZIJA 2030. GODINE.....	42
CILJEVI	42
MJERE/AKTIVNOSTI.....	42
DIONICI.....	44
IZVORI FINANCIRANJA	44
EKONOMSKA ANALIZA	44
6. LIJEČENJE RAKA.....	45
A. PROMICANJE MULTIDISCIPLINARNIH ONKOLOŠKIH TIMOVA.....	45
UVOD	45
VIZIJA 2030. GODINE.....	45
CILJEVI	45
MJERE/AKTIVNOSTI.....	46
DIONICI.....	47
IZVORI FINANCIRANJA	47
EKONOMSKA ANALIZA	47
B. ONKOLOŠKA KIRURGIJA	48
UVOD	48
VIZIJA 2030. GODINE.....	48
CILJ	48

MJERE/AKTIVNOSTI.....	49
DIONICI.....	49
IZVORI FINANCIRANJA	50
EKONOMSKA ANALIZA.....	50
C. RADIOTERAPIJA	50
UVOD.....	50
VIZIJA 2030. GODINE.....	52
CILJEVI.....	52
MJERE/AKTIVNOSTI.....	52
DIONICI.....	53
IZVORI FINANCIRANJA	53
EKONOMSKA ANALIZA.....	53
D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE	54
UVOD.....	54
VIZIJA 2030. GODINE.....	55
CILJEVI.....	55
MJERE/AKTIVNOSTI.....	56
DIONICI.....	57
IZVORI FINANCIRANJA	57
EKONOMSKA ANALIZA.....	57
E. PSIHOLOŠKA POTPORA, REHABILITACIJA I REINTEGRACIJA ONKOLOŠKIH PACIJENTA	58
UVOD.....	58
VIZIJA 2030. GODINE.....	58
CILJEVI.....	59
MJERE/AKTIVNOSTI.....	59
DIONICI.....	60
IZVORI FINANCIRANJA	61
EKONOMSKA ANALIZA.....	61
7. POSEBNA PODRUČJA ONKOLOGIJE.....	61
A. PEDIJATRIJSKA ONKOLOGIJA	61
UVOD.....	61

VIZIJA 2030. GODINE.....	62
CILJEVI	62
MJERE/AKTIVNOSTI.....	62
DIONICI.....	64
IZVORI FINANCIRANJA	64
EKONOMSKA ANALIZA	64
B. ZLOĆUDNI TUMORI KRVOTVORNOG SUSTAVA.....	64
UVOD	64
VIZIJA 2030. GODINE.....	65
CILJEVI	65
MJERE/AKTIVNOSTI.....	65
DIONICI.....	66
IZVORI FINANCIRANJA	66
EKONOMSKA ANALIZA	66
C. RIJETKI TUMORI	66
UVOD	66
VIZIJA 2030. GODINE.....	67
CILJ	67
MJERE/AKTIVNOSTI.....	67
DIONICI.....	68
IZVORI FINANCIRANJA	68
EKONOMSKA ANALIZA	68
8. PALIJATIVNA SKRB I UBLAŽAVANJE BOLI	69
UVOD	69
VIZIJA 2030. GODINE.....	72
CILJEVI	72
MJERE/AKTIVNOSTI.....	72
DIONICI.....	73
IZVORI FINANCIRANJA	73
EKONOMSKA ANALIZA	73
9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI	74

A. NACIONALNA.....	74
UVOD.....	74
VIZIJA 2030. GODINE.....	74
CILJEVI.....	74
MJERE/AKTIVNOSTI.....	75
DIONICI.....	76
IZVORI.....	76
EKONOMSKA ANALIZA.....	77
B. MEĐUNARODNA RAZINA.....	77
UVOD.....	77
VIZIJA 2030. GODINE.....	77
CILJEVI.....	77
MJERE/AKTIVNOSTI.....	78
DIONICI.....	78
IZVORI.....	78
EKONOMSKA ANALIZA.....	78
10. ISTRAŽIVANJA U ONKOLOGIJI.....	79
UVOD.....	79
VIZIJA 2030. GODINE.....	79
CILJEVI.....	80
MJERE/AKTIVNOSTI.....	80
DIONICI.....	81
IZVORI FINANCIRANJA.....	81
EKONOMSKA ANALIZA.....	81
11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE ..	82
A. NACIONALNA ONKOLOŠKA MREŽA.....	82
UVOD.....	82
VIZIJA 2030. GODINE.....	85
CILJEVI.....	85
MJERE/AKTIVNOSTI.....	86
DIONICI.....	87

IZVORI FINANCIRANJA	87
EKONOMSKA ANALIZA	87
B. NACIONALNA BAZA ONKOLOŠKIH PODATAKA	88
UVOD	88
VIZIJA 2030. GODINE	89
CILJEVI	89
MJERE/AKTIVNOSTI	89
DIONICI	90
IZVORI FINANCIRANJA	90
EKONOMSKA ANALIZA	90
C. KONTROLA KVALITETE	91
UVOD	91
VIZIJA 2030. GODINE	91
CILJEVI	91
MJERE/AKTIVNOSTI	92
DIONICI	92
IZVORI	93
EKONOMSKA ANALIZA	93
D. PRAĆENJE I IZVJEŠĆIVANJE	93
UVOD	93
VIZIJA 2030. GODINE	94
CILJEVI	94
MJERE/AKTIVNOSTI	94
DIONICI	95
IZVORI FINANCIRANJA	95
EKONOMSKA ANALIZA	95
12. INTEGRIRANA ANALIZA ISPLATIVOSTI NACIONALNOG STRATEŠKOG OKVIRA	96
UVOD	96
VIZIJA 2030. GODINE	97
CILJEVI	97
MJERE/AKTIVNOSTI	97

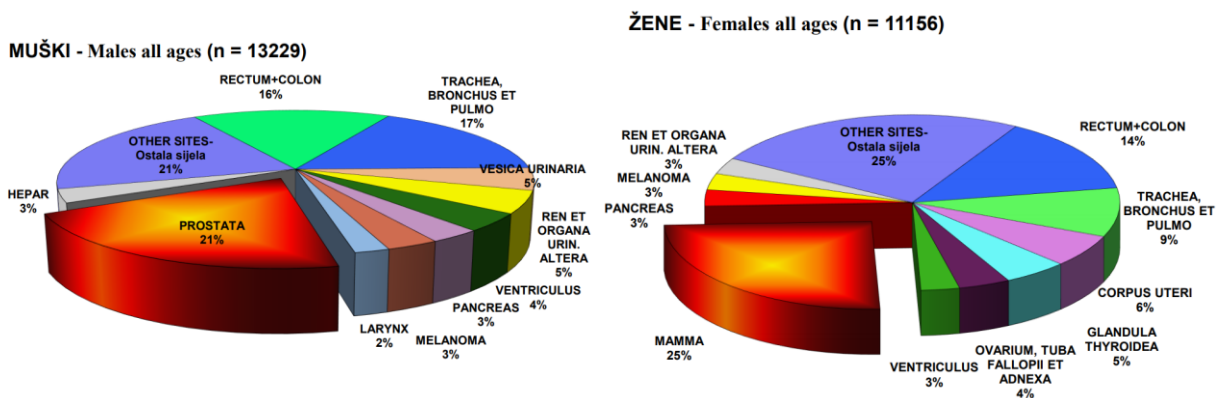
DIONICI.....	98
IZVORI FINANCIRANJA	98

1. PREDGOVOR

A. TERET RAKA

Broj oboljelih od raka u svijetu i Republici Hrvatskoj u stalnom je porastu. Svjetska zdravstvena organizacija (u daljnjem tekstu: SZO) predviđa da će broj novooboljelih u svijetu porasti s 18 milijuna u 2018. na 29,5 milijuna godišnje u 2040. godini, dok će broj umrlih porasti s 9,5 na 16,4 milijuna godišnje. Nažalost, rak je vodeći javnozdravstveni problem u Republici Hrvatskoj. U posljednjih 15 godina godišnje se u prosjeku dijagnosticira 12.000 slučajeva invazivnog raka kod muškaraca te 10.350 kod žena. Prema zadnjim službenim podacima Registra za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u Republici Hrvatskoj za 2017. godinu, potvrđeno je 24.385 slučajeva malignih bolesti (13.229 kod muškaraca i 11.156 kod žena) odnosno gruba stopa incidencije iznosila je 591,2/100.000; 664,7/100.000 za muškarce i 522,7/100.000 za žene.

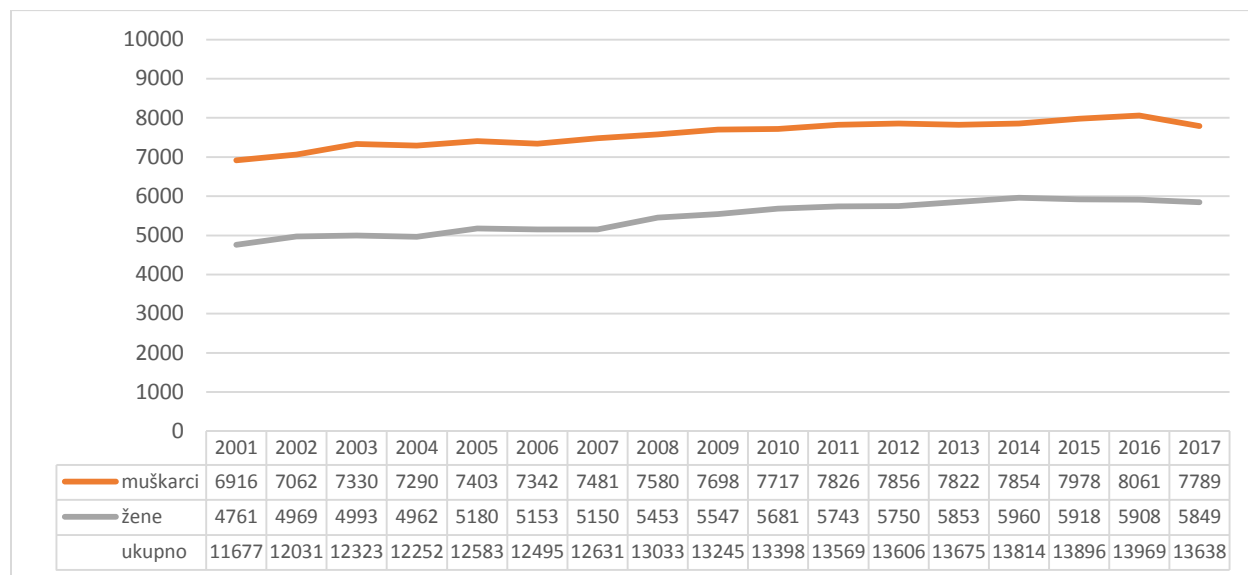
Očekuje se da će broj slučajeva raka u Republici Hrvatskoj rasti, jednako kao i u svijetu, prvenstveno zbog starenja stanovništva. U razdoblju od 2001. do 2017. godine prosječan broj oboljelih rastao je za 1% u usporedbi s prethodnom godinom, a dobno-standardizirane stope incidencije (prema popisu stanovnika 2011. godini) u Republici Hrvatskoj pokazuju da incidencija raste neovisno o starenju stanovništva. Prosječna dobno-standardizirana stopa incidencije u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 2001. do 2017. godine porasla je za 0,9 % godišnje kod žena i za 0,3% kod muškaraca; ukupno vidimo statistički značajan porast od 0,6% godišnje. Najčešći oblik raka kod muškaraca je, od 2016. godine, rak prostate (do tada je to bio rak pluća), dok je kod žena najčešći rak dojke. Pet najčešćih sijela odgovorno je za više od polovice svih slučajeva raka kod oba spola.



Slika 1 – Incidencija malignih bolesti, udio najčešćih sijela raka prema spolu, 2017.

Maligne bolesti drugi su najčešći uzrok smrtnosti (nakon kardiovaskularnih bolesti) i odgovorne su za 27% smrtnih slučajeva u Republici Hrvatskoj u 2018. godini. Vodeći su uzrok smrtnosti kod osoba mlađih od 65 godina te su odgovorne za 50% smrtnih slučajeva kod žena i 35% kod muškaraca. Prema zadnjim službenim podacima za Republiku Hrvatsku u 2018. godini ukupan broj umrlih od invazivnog raka (ne uključujući nemelanomske tumore kože) iznosio je 13.809 (stopa 330,7/100.000), od kojih 8.049 muškaraca (stopa 407,5/100.000) i 5.760 žena (stopa 272,6/100.000).

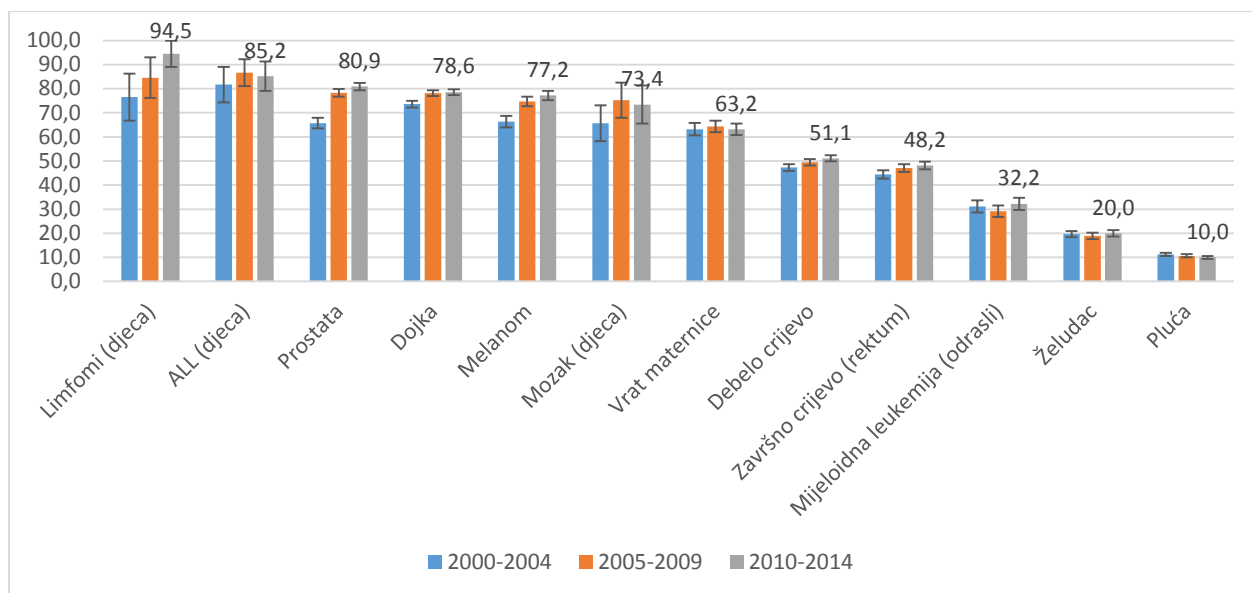
Kod muškaraca najčešći uzrok smrtnosti bili su rak pluća (2.097), rak debelog crijeva (1.321) i rak prostate (772), a kod žena rak debelog crijeva (919), rak pluća (860) i rak dojke (789). Udio stanovništva koji umire od raka, uz sve uzroke smrtnosti, u stalnom je porastu. Sredinom 1990-ih rak je bio uzrok oko 20% svih smrtnih slučajeva, a taj je postotak narastao na preko 25% u posljednjih 10 godina. Iako je udio malignih bolesti u ukupnoj stopi smrtnosti u porastu, standardizirana stopa smrtnosti od raka je u padu. U većini europskih zemalja taj je pad veći nego u Republici Hrvatskoj. Od 2001. do 2017. godine vidljiv je statistički značajan pad dobnostandardizirane (E) stope smrtnosti od 0,3% godišnje; kod žena je trend nepromijenjen, dok je kod muškaraca vidljiv godišnji pad od 0,7%.



Slika 2 – Broj smrtnih slučajeva uzrokovanih rakom prema spolu, Hrvatska, 2001.-2017.

Stopa preživljavanja za većinu vrsta raka je u porastu, no postoje značajne razlike s obzirom na sijelo raka. U međunarodnoj studiji o preživljavanju raka CONCORD-3 objavljeni su podaci hrvatskog Registra za rak o petogodišnjem preživljavanju oboljelih od nekih vrsta raka za razdoblje između 2000. i 2014. godine.

U ovo su istraživanje uključeni podaci za više od 220.000 osoba kojima je dijagnosticirana maligna bolest u Republici Hrvatskoj u navedenom razdoblju, za 15 sijela raka kod odraslih i 3 sijela raka kod djece. Podaci o preživljavanju prema sijelu pokazuju da se Republika Hrvatska nalazi pri dnu zemalja Europske unije uključenih u istraživanje, s boljim stopama preživljavanja kod djece. Vidljiv je napredak u stopama preživljavanja, no nažalost, stope preživljavanja od raka u drugim europskim zemljama rastu brže nego u Republici Hrvatskoj.



Slika 3 – Petogodišnje preživljavanje od raka za najčešća sijela u Republici Hrvatskoj, za pacijente kojima je rak dijagnosticiran između 2000. i 2014.; oznaka pokazuje preživljavanje među pacijentima kojima je rak dijagnosticiran između 2010. i 2014.

Od 30 europskih zemalja obuhvaćenih istraživanjem, Republika Hrvatska se nalazi među pet zemalja s najlošijim preživljavanjem za rak pluća (10 %), prostate (81 %), želuca (20 %), debelog crijeva (kolon 51 %, rektum 48 %) i mijeloidnu leukemiju u odraslih (32 %). Pozitivna je činjenica da su rezultati preživljavanja u dječjoj dobi (limfomi 95 %, tumori mozga 73 % i akutna limfoblastična leukemija 85 %) usporedivi s rezultatima preživljavanja u razvijenim europskim zemljama. Za druga česta sijela raka u Republici Hrvatskoj poput raka dojke (79 %), melanoma kože (77 %) i raka vrata maternice (63 %) također smo pri samom začetku.

B. DRUŠTVENI ASPEKTI RAKA

Nažalost, svaki treći stanovnik Republike Hrvatske oboljet će od raka. Svake godine dijagnosticira se više od 24.000 novooboljelih. Procjenjuje se da u Republici Hrvatskoj živi 170.000 osoba koje su bolovale ili boluju od raka. Naravno da te osobe ne žive same, već imaju bližu ili dalju obitelj. Uzimajući u obzir da prosječna proširena obitelj ima najmanje 4 do 5 članova, lako dolazimo do broja od 850.000 hrvatskih građana čiji su svakodnevni životi izravno ili neizravno pogođeni rakom, što čini gotovo 20 % našeg društva.

Suvremena onkologija svakodnevno donosi sve veću uspješnost u onkološkom liječenju, uz rast udjela izliječenih pacijenta. Stoga imamo dva paralelna procesa u onkologiji:

- Dijagnosticiranje raka, zahtjevno liječenje, patnju pacijenata, njegove obitelji i društva, bol, smrt, gubitak, itd.
- Izlječenje, reintegracija, rehabilitacija, odnose u obitelji i zajednici, pravo na rad, pravo na dostojanstven život, itd.

Uzimajući u obzir navedene podatke, specifičnu povijesnu i emocionalnu istinu o raku i činjenicu da pogađa gotovo sve hrvatske obitelji, rak je javno zdravstveni i društveni problem. Čak i mala poboljšanja kad je u pitanju ovaj važan javnozdravstveni problem donijet će boljitak velikom broju hrvatskih građana. Na samom početku, najbitniji korak je osigurati da se rak u javnosti ne doživljava kao stigma i mit koji se događa nekom drugom. Rak može pogoditi svakog od nas. Nedostatno poznavanje činjenica o raku i povijesno određen strah od umiranja zbog raka rezultiraju bijegom od razmišljanja i razgovora o raku, odbijanjem pravovremenih preventivnih pregleda kao i odgađanjem rješavanja uočenih zdravstvenih problema. Prihvatanjem raka kao moguće dijagnoze, svaki građanin postaje otvoren za učenje o preventivnim mjerama, programima ranog otkrivanja (probir), kao i utvrđivanju, na razini društva, optimalnih načina liječenja, opće onkološke skrbi, inicijativa za pružanje podrške oboljelima i njihovim obiteljima, rehabilitaciji, reintegraciji i palijativnoj skrbi.

Rak je nažalost dio naše svakodnevice, ugrađen u svaku poru našeg društva. Optimalnom i dosljednom primjenom Nacionalnog strateškog okvira protiv raka do 2030. (u daljnjem tekstu: Nacionalni strateški okvir) možemo značajno umanjiti negativne aspekte raka na nacionalno javno zdravlje, poboljšati ukupni zdravstveni status i izgraditi sretnije društvo za generacije koje dolaze.

C. GOSPODARSKE POSLJEDICE RAKA

Na gospodarske posljedice raka i njegovog razvoja tijekom vremena utječe kombinacija različitih parametara, a većinom predstavlja odraz kretanja incidencije i smrtnosti raka. Tako se, primjerice, zbog rastuće incidencije povećavaju troškovi dijagnostike i liječenja, dok smanjena smrtnost radno sposobnih pacijenta umanjuje gubitke u proizvodnji. Udio smrtnih slučajeva uzrokovanih rakom u ukupnom broju smrtnih slučajeva najviši je u gospodarski aktivnim dobnim skupinama. Osim epidemioloških parametara i njegovog izravnog utjecaja, financijski teret raka tijekom vremena je i rezultat napredaka u liječenju raka. Primjerice, uvođenje novih metoda dijagnostičkog snimanja i novih načina liječenja na složen način utječe na zdravstvene troškove, što uključuje i inovacije koje povećavaju odnosno smanjuju troškove. U borbi protiv raka od najveće je važnosti iskoristiti sva sredstva i znanje kojima Republika Hrvatska raspolaže. Stoga je potrebno aktivno poticati i ostvariti kvalitetnu suradnju javnog i privatnog sektora kako bi se oboljelima od raka omogućila najviša dostupna razina liječenja.

Zdravstveni izdaci za liječenje raka u Europi porasli su s 74 EUR po stanovniku u 1995. godini na 164 EUR po stanovniku u 2014. godini, što predstavlja rast od 121%. Uzimajući u obzir inflaciju, zdravstveni izdaci u 1995. iznosili su 105 EUR po stanovniku, što predstavlja rast od 56 % od 1995. do 2014. godine. Tijekom istog razdoblja, incidencija raka porasla je za oko 30 %. Stoga bi samo povećanje broja novooboljelih moglo biti jedno od objašnjenja zabilježenih promjena u ukupnim zdravstvenim izdacima. Drugi čimbenici koji bi mogli objasniti rast troškova u ovom razdoblju su uvođenje programa za rano otkrivanje nekoliko vrsta raka i mjere primarne prevencije (npr. cijepljenje protiv HPV-a), nove skupe metode liječenja raka (npr. ciljana terapija i imunoterapija) koje omogućavaju liječenje većeg broja pacijenta te nova, skuplja medicinska oprema za dijagnostiku i liječenje (npr. pozitronska emisijska tomografija/kompjutorizirana tomografij (u daljnjem tekstu: PET/CT) i linearni akceleratori).

U Republici Hrvatskoj su izdaci po stanovniku prilagođeni prema kupovnoj moći (u daljnjem tekstu: PKM) porasli s 31 EUR u 1995. godini na 80 EUR u 2014. godini, dok se udio izdataka za liječenje raka u ukupnim zdravstvenim izdacima nije promijenio (6,9 % u 1995. i 2014.) U razdoblju od 1995. do 2014. godine zabilježene su velike razlike među državama u zdravstvenim troškovima za liječenje raka. U 2014. godini najveći izdaci po stanovniku zabilježeni su u Luksemburgu, 311 EUR u 2014. godini, kojeg slijede srednjoeuropske i zapadnoeuropske države s više od 200 EUR. U državama južne Europe (osim u Portugalu i Republici Hrvatskoj), izdaci po stanovniku iznosili su između 155 i 100 EUR, dok su u državama uz istočnu granicu Europske unije (osim Slovačke) izdaci bili niži od 100 EUR. Rumunjska je imala najmanje izdataka, 53 EUR, šest puta manje od Luksemburga.

U svim državama sve veći udio u ukupnim troškovima liječenja raka odlazi na onkološke lijekove. U Europskoj uniji taj je udio porastao s 12 % u 2005. godini na 20 % u 2010., odnosno 23 % u 2014. U Republici Hrvatskoj je udio porastao s 13 % u 2005., na 22 % u 2010., odnosno 31 % u 2014. godini. Međutim, moguće je da su podaci za 2010. i 2014. previsoki, budući da je u 2009. uvedena obavezna primjena povjerljivih sporazuma o plasiranju na tržište u svrhu kontrole ukupnih izdataka za inovativne onkološke lijekove. Relativni teret raka s vremenom se povećava, dok je potrošnja na onkološku skrb ostala relativno stabilna. Povećanje izdataka za onkološke lijekove uravnoteženo je smanjenjem troškova bolničkog liječenja. Na kraju, teret raka izražen prema smrtnosti i stopi izgubljenih godina života zbog bolesti (skraćeno: DALY) daleko je viši od izdataka za onkološku skrb.

2. SAŽETAK

Rak je vodeći javnozdravstveni problem u Republici Hrvatskoj, i nažalost, svaki treći stanovnik Republici Hrvatske oboljet će od raka tijekom svog života. Prema zadnjim službenim podacima Registra za rak za 2017. godinu u Republici Hrvatskoj je zabilježeno 24.385 novih slučajeva malignih bolesti (13.229 kod muškaraca i 11.156 kod žena), odnosno stopa incidencije iznosila je 591,2/100.000 (664,7/100.000 za muškarce i 522,7/100.000 za žene). Procjenjuje se da u Republici Hrvatskoj živi 170.000 osoba koje su bolovale ili boluju od raka. Naravno da te osobe ne žive same, već imaju bližu ili dalju obitelj. Uzimajući u obzir da prosječna proširena obitelj ima najmanje 4 do 5 članova, lako dolazimo do broja od 850.000 hrvatskih građana čiji su svakodnevni životi izravno ili neizravno pogođeni rakom, što čini gotovo 20 % našeg društva.

Rak je drugi najčešći uzrok smrtnosti (nakon kardiovaskularnih bolesti) i odgovoran je za 27% smrtnih slučajeva u Republici Hrvatskoj u 2018. godini. Vodeći je uzrok smrtnosti kod osoba mlađih od 65 godina te odgovoran za 50 % smrtnih slučajeva kod žena i 35 % kod muškaraca. Podaci o preživljavanju prema sijelu pokazuju da se Republika Hrvatska nalazi na dnu ljestvice država Europske unije, među pet država s najgorom stopom preživljavanja, osim kod djece, kod kojih su stope preživljavanja usporedive sa stopama u Europskoj uniji. Vidljiv je napredak u stopama preživljavanja, no nažalost, stope preživljavanja od raka u drugim europskim zemljama rastu brže nego u Republici Hrvatskoj. Najvjerojatniji su razlozi takvog nepovoljnog onkološkog ishoda u Republici Hrvatskoj multifaktorijski i uključuju veliku izloženost štetnim utjecajima

(ponajviše pušenje i pretilost), nedostatak kvalitetnih programa primarne prevencije, slabu zdravstvenu prosvjećenost i nedostatne programe rane detekcije raka, kasniju dijagnozu, višu zastupljenost smrtonosnijih oblika raka, slabiju dostupnost kvalitetne onkološke skrbi, nedostatak radioterapijske i druge skupe i sofisticirane opreme, nedostatak istinske multidisciplinarnosti u onkologiji, nedostatak kvalitetnih baza onkoloških podataka i kontrole kvalitete i u konačnici, nedovoljno ulaganje u sve aspekte onkologije, od edukacije, preko znanosti do liječenja i suportivno simptomatske skrbi za onkološke pacijente.

Najčešći oblik raka kod muškaraca je rak pluća, dok je kod žena rak dojke. Također možemo očekivati da će u skoroj budućnosti rak prostate postati najčešći oblik raka kod muškaraca. Pet najčešćih sijela odgovorno je za više od polovice svih slučajeva raka kod oba spola.

Suvremena onkologija svakodnevno donosi sve veću uspješnost u onkološkom liječenju, uz rast udjela izliječenih pacijenta. Stoga je potrebno razmotriti dva paralelna procesa:

- (1) dijagnostika, zahtjevno liječenje, patnja pacijenta, njegove obitelji i društva, bol, smrt, gubitak, itd.
- (2) izlječenje, reintegraciju, rehabilitaciju, odnose u obitelji i zajednici, pravo na rad, pravo na dostojanstven život.

Zanimljivo je da je tijekom zadnjih 20 godina, usprkos očitom povećanju tereta raka, udio izdataka namijenjenih liječenju raka u ukupnim zdravstvenim izdacima ostao konstantan, kako u Europi, tako i u Republici Hrvatskoj (6,9 %). Iako su apsolutni i relativni izdaci za onkološke lijekove tijekom tog razdoblja porasli, smanjeni su ostali troškovi, što je dovelo do ujednačenosti ulaganja bez obzira na povećanu incidenciju raka uzrokovanu starenjem stanovništva.

Uzimajući u obzir sve gore navedeno, donesena je odluka o izradi sveobuhvatnog i multifunkcionalnog Nacionalnog strateškog okvira. U tu je svrhu okupljeno 135 dionika organiziranih u 21 radnu skupinu. Nakon tri godine konzultacija, istraživanja i rasprava, izrađen je Nacionalni strateški okvir koji sadrži 12 poglavlja, 143 cilja i podcilja i što je najvažnije 302 mjere/aktivnosti koje će omogućiti onkološkoj zajednici protiv raka u Republici Hrvatskoj da ishod liječenja oboljelih od raka dovede na razinu iznad europskog prosjeka.

Nacionalni strateški okvir razvijen je u skladu s važećim smjernicama SZO i Europske unije te je provedena stručna i javna rasprava u zemlji kao i konzultacije sa inozemnim konzultantima. Ekonomska analiza napravljena je u suradnji s inozemnim stručnjacima radi osiguravanja kritičke ocjene i određivanja prioriternih aktivnosti na temelju njihovih financijskih učinaka. Nacionalni strateški okvir temelji se i na Programu Vlade Republike Hrvatske 2020. – 2024.

Strateški cilj Nacionalnog strateškog okvira je poboljšanje zdravlja građana tijekom cijeloga života, smanjenje pojavnosti i smrtnosti od raka te produljenje i povećanje kvalitete života oboljelih od raka u Republici Hrvatskoj na razinu zapadnoeuropskih zemalja.

3. PRIMARNA PREVENCIJA

UVOD

Maligne bolesti svojom pojavnošću i kao uzrok smrtnosti predstavljaju jedan od najvećih javnozdravstvenih izazova današnjice. Brojni su čimbenici rizika nastanka i razvoja malignih bolesti: obiteljska anamneza, genetska predispozicija, čimbenici povezani sa stilom života (primjerice: pušenje, alkohol, nepravilna prehrana, prekomjerna tjelesna težina, nedostatna tjelesna aktivnost), izloženost zračenju, profesionalna izloženost, izloženost karcinogenima u okolišu, infekcije, neke imunodeficijencije i lijekovi. Prema podacima SZO-ije 30-50 % malignih tumora moguće je spriječiti.

Primarna prevencija malignih tumora podrazumijeva educiranje javnosti o čimbenicima rizika za nastanak istih, uklanjanje rizika odnosno smanjenje izloženosti te očuvanje i unaprjeđenje općeg zdravstvenog stanja usvajanjem zdravih životnih navika. Sukladno navedenom, mjere primarne prevencije primjenjuju se prije nego što se bolest razvije, s ciljem njezina pravodobnog sprječavanja.

Podizanje razine svijesti o navedenim čimbenicima u društvu kao cjelini kontinuiran je proces, a potrebno ga je provoditi i među zdravstvenim djelatnicima i profesionalnim skupinama koje imaju značajnu ulogu u društvu, a ujedno ga je potrebno prilagoditi i svim dobnim skupinama cjelokupne populacije. Jačanje svijesti javnosti o ulozi čimbenika rizika za nastanak malignih bolesti jedan je od ključnih koraka prema smanjenju broja novooboljelih.

Kako bi se sve navedeno moglo što uspješnije provesti potrebno je dodatno osnažiti područje javnog zdravstva u smislu znanja, vještina i osoblja te unaprijediti suradnju između zdravstvenih stručnjaka, tvoraca javnih politika u zdravstvu, ali i u ekonomiji, gospodarstvu, odgoju i obrazovanju, socijalnoj zaštiti, radu i mirovinskom sustavu, demografiji i sl. te u javnosti, s obzirom na to da je isto nužno za provođenje programa prevencije na svim razinama.

U provedbi mjera primarne prevencije nužan je intersektorski i multidisciplinarni pristup s većim brojem sudionika, uključujući središnja i lokalna tijela vlasti, obrazovne institucije, institucije u zdravstvu, nevladine udruge i medije, ali i relevantne europske dionike koji mogu dati dodatne smjernice i pružiti podršku.

Planiranje preventivnih aktivnosti u nadolazećim godinama trebalo bi temeljiti na unaprjeđenju praćenja učinkovitosti svih mjera na području promicanja zdravlja i primarne prevencije primjenom pokazatelja koji su usporedivi s onima koji se koriste u drugim zemljama.

Republika Hrvatska u cjelini bilježi visoku pojavnost brojnih čimbenika rizičnog ponašanja. Prema procjenama Instituta za mjerenje i procjenu zdravlja (*engl. Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME*), više od trećine (36 %) ukupnog tereta bolesti u Republici Hrvatskoj u 2015. godini (mjereno u izgubljenim godinama života) može se pripisati čimbenicima rizičnog

ponašanja, ponajviše pušenju, a zatim i zlouporabi alkohola, lošoj prehrani i tjelesnoj neaktivnosti koji doprinose visokom indeksu tjelesne mase (IHME, 2016).

Među čimbenike rizika za razvoj raka spadaju nepravilna prehrana i nedostatna tjelesna aktivnost koje doprinose nastanku prekomjerne tjelesne mase i debljine. Pretilost je važan rizični čimbenik za nastanak mnogih sijela raka kao što su rak dojke, jajnika, debelog crijeva, gušterače i drugi. Promjene načina života u ranoj dobi imaju najveću korist za zdravlje općenito, a ne samo zbog smanjenja rizika od nastanka raka. Prevencija raka kroz uravnoteženu prehranu, tjelesnu aktivnost i održavanje odgovarajuće tjelesne mase također može pomoći u sprječavanju drugih bolesti uključujući dijabetes tipa 2 i kardiovaskularne bolesti. Vrsta prehrane koja bi mogla zaštitno djelovati na razvoj nekih malignih bolesti uključuje povećanu konzumaciju voća i povrća, hranu bogatu vlaknima i smanjenje unosa masne hrane. Prema podacima istraživanja Europske zdravstvene ankete (*engl. European Health Interview Survey, EHIS*) provedenog u Republici Hrvatskoj tijekom 2014. i 2015. godine, 18,0 % odraslih osoba je pretilo, odnosno imaju indeks tjelesne mase $ITM \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Prema spolnoj raspodjeli, prekomjerna tjelesna masa i debljina zastupljenije su kod muškaraca u odnosu na žene. Od 2015. godine Republika Hrvatska uključena je u projekt SZO-e Europske inicijative praćenja debljine kod djece (*engl. Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI*) primjenom jedinstvenog sustava standardiziranog mjerenja i praćenja trendova prekomjerne tjelesne mase i debljine kod osnovnoškolske djece. Prema rezultatima istraživanja, 13,9 % djece u Republici Hrvatskoj u dobi od sedam godina je pretilo.

Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine donesen je za razdoblje od 2010. do 2012. godine. Nacionalne smjernice za prehranu učenika u osnovnim školama donesene su 2013. godine, a njihova se intenzivnija implementacija trenutno provodi kroz Nacionalni program *Živjeti zdravo*. Nacionalni program *Živjeti zdravo* je pokrenut 2014. godine, a sastoji se od komponenti zdravstvenog obrazovanja, zdravstvenog turizma, zdravlja i prehrane, zdravlja i radnog mjesta, zdravlja i okoliša te mreže centara za promicanje zdravlja, uključujući i one za pravilnu prehranu i tjelesnu aktivnost. Prema podacima EHIS-ova istraživanja provedenog u Republici Hrvatskoj tijekom 2014. i 2015. godine, samo 23 % ispitanika starijih od 15 godina dostiže potrebnu razinu aerobne tjelesne aktivnosti umjerenog intenziteta od najmanje 2,5 sata tjedno. Prema istom istraživanju utvrđeno je kako 59,6 % ispitanika hoda manje od 30 minuta, a 40,4 % više od 30 minuta dnevno tijekom uobičajenog dana. Detaljnijom analizom utvrđeno je kako je udio muškaraca koji hodaju više od 30 minuta dnevno (44,4 %) veći od udjela žena (35,8 %).

Zdravstvena edukacija trebala bi početi već u predškolskoj dobi, uvođenjem zdravstvenog odgoja u ustanove predškolskog odgoja, kao i u kurikulum tijekom odgojno-obrazovnog procesa. Kroz takav bi se kurikulum djeca i mladi, a ujedno i njihovi roditelji, sustavno educirali o uravnoteženoj prehrani, potrebi aktivnog života i kretanja, izbjegavanju sredstava ovisnosti koja ujedno povećavaju rizik obolijevanja od kroničnih nezaraznih i malignih bolesti (pušenje duhana, pijenje alkohola, neuravnotežena prehrana s pretjeranim unosom šećera, soli, masnoća), potrebi preventivnog djelovanja kroz cijepljenje i redovite zdravstvene preglede te odgovorno ponašanje na radnom mjestu. Takav odgojno-obrazovni program mora biti popraćen omogućavanjem uvjeta za održavanje zdravih navika djece i mladih – izbacivanje aparata sa slatkišima, grickalicama i zaslađenim napitcima iz svih odgojno-obrazovnih ustanova, omogućavanje

dovoljno vremena i prostora za kretanje kao i uravnotežene obroke u školi prema savjetima nutricionista. Ovakav sustavan pristup, u suradnji s Ministarstvom znanosti i obrazovanja, jedini osigurava promjenu društvene svijesti i razinu zdravstvene pismenosti stanovništva, koja se ne može nadoknaditi promotivnim kampanjama i javnozdravstvenim akcijama.

Pušenje je najvažniji preventabilni uzrok preuranjene smrtnosti i pobola u svijetu. Povezano je s nastankom različitih sijela raka: pluća, usne šupljine, nosne šupljine i sinusa, ždrijela, grkljana, jednjaka, želuca, gušterače, jetara, mokraćnog mjehura, bubrega, vrata maternice i mijeloidne leukemije. U visokorazvijenim zemljama pušenje je odgovorno za 30 % svih karcinoma. Rizik se proporcionalno povećava s trajanjem pušenja i brojem popušanih cigareta, sličan je kod muškaraca i žena, a spolne razlike u incidenciji i mortalitetu većinom se pripisuju različitim prevalencijama pušenja prema spolu. Oko 10 – 15 % slučajeva karcinoma pluća kod osoba koje nisu pušači pripisuje se pasivnom pušenju.

Prema podacima EHIS-ove ankete provedene u Republici Hrvatskoj tijekom 2014. godine 25,0 % ispitanika svakodnevni su pušači, od toga 29,5 % muškaraca i 20,8 % žena. Povremeno puši 3,7 % ispitanika (3,2 % muškaraca i 4,2 % žena); 71,3 % ispitanika izjavilo je da ne puši, od toga 75,0 % žena i 67,3 % muškaraca. Pušenje predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem odraslih i djece u Republici Hrvatskoj, kod kojeg u posljednjih nekoliko godina nije zabilježen značajan pomak. Podaci za 2014. godinu pokazuju da četvrtina odraslih u Republici Hrvatskoj puši svakodnevno, što je znatno više od europskog prosjeka (21 %). Postotak redovitih pušača među 15-godišnjacima u razdoblju od 2013. do 2014. godine je 23 %, što je drugi najviši postotak među europskim zemljama, odmah iza Bugarske i gotovo 1,5 puta više od europskog prosjeka, što se može pripisati načelno slaboj politici borbe protiv pušenja.

Plan mjera i djelovanja na području jačanja nadzora nad duhanom definiran je Akcijskim planom za jačanje nadzora nad duhanom koji je Vlada Republike Hrvatske donijela za razdoblje od 2013. do 2016. godine. Planirane aktivnosti temeljile su se na Okvirnoj konvenciji o nadzoru nad duhanom SZO-e (engl. *World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control*, WHO FCTC), Zakonu o potvrđivanju Okvirne konvencije Svjetske zdravstvene organizacije o nadzoru nad duhanom („Narodne novine“, br. 3/08), preporukama Vijeća Europe o okolišu bez duhanskog dima (*Council Recommendation on smoke-free environments 2009/C 296/02*), te Direktivi Europskog parlamenta i Vijeća o proizvodnji, prezentiranju i prodaji duhanskih proizvoda (engl. *Directive 2001/37/EC of the European Parliament concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco products*). Zakonom o ograničavanju uporabe duhanskih i srodnih proizvoda („Narodne novine“, br. 45/17 i 114/18) ograničenje uporabe prošireno je s duhanskih proizvoda na duhanske i srodne proizvode te je u skladu s tim uvedena zabrana izravnog ili neizravnog oglašavanja duhanskih i srodnih proizvoda, uključujući bezdimne duhanske proizvode te biljne proizvode za pušenje, elektroničke cigarete, spremnike za ponovno punjenje i uloške za jednokratnu uporabu. Zabranjeno je pušenje i konzumacija duhanskih i srodnih proizvoda, uključujući bezdimne duhanske proizvode, konzumacija elektroničkih cigareta i biljnih proizvoda za pušenje prilikom javnih nastupa te prikazivanje osoba koje puše ili konzumiraju navedene proizvode na televiziji. Zabranjena je prodaja duhanskih i srodnih proizvoda, uključujući bezdimne duhanske proizvode, te biljnih proizvoda za pušenje, elektroničkih cigareta, spremnika za ponovno punjenje i uložaka za jednokratnu uporabu osobama mlađim od 18 godina. Zabranjena je prodaja i kupnja duhanskih i srodnih proizvoda preko interneta kao i prodaja duhanskih i srodnih proizvoda iz automatskih naprava.

Unaprjeđenjem zakonodavnih i poreznih mjera kao i edukacija o štetnim učincima i posljedicama pušenja duhana, posebice kod maloljetnika, ključni su kako bi se smanjili morbiditet i mortalitet vezani uz rak.

Prekomjerna konzumacija alkohola povezana je s nastankom raka usne šupljine, ždrijela, grkljana, jednjaka, jetre, debelog crijeva, rektuma i dojke. Procjene govore o 1,8 milijuna smrti godišnje koje se pripisuju prekomjernoj konzumaciji alkohola. Rizik se povećava većom konzumacijom alkohola, a multiplicira pušenjem, kao i infekcijom virusom hepatitisa B ili C kod raka jetre. Prema podacima EHIS-ova istraživanja, 9,1 % ispitanika izjavilo je da je u posljednjih 12 mjeseci svakodnevno pilo alkohol, njih 14,9 % to je činilo minimalno jednom tjedno, manje od jednom tjedno 19,9 % ispitanika, dok je više od polovice ispitanika (56,2 %) izjavilo da je u posljednjih 12 mjeseci rijetko ili nikada pilo alkoholna pića.

Muškarci su češće pili alkohol u odnosu na žene. Svakodnevno je pilo alkohol 16,3 % muškaraca, 21,1 % to je činilo minimalno jednom tjedno, a 22,1 % manje od jednom tjedno. Gotovo tri četvrtine žena (74,0 %), u posljednjih 12 mjeseci, rijetko ili nikada nije pilo alkoholna pića, 14,8 % žena pilo je alkohol manje od jednom tjedno a 11,1 % minimalno jednom tjedno ili svakodnevno.

Prepoznavši zdravstveni i društveni značaj zlouporabe alkohola, u Republici Hrvatskoj je 2010. godine donesena Nacionalna strategija za sprječavanje štetne uporabe alkohola i alkoholom uzrokovanih poremećaja, za razdoblje od 2011. do 2016. godine. U tijeku je izrada Nacionalne strategije djelovanja na području ovisnosti i Akcijskog plana djelovanja na području ovisnosti u okviru kojih će se razraditi mjere i aktivnosti iz svih područja ovisnosti uključujući duhan i alkohol.

Deset infektivnih čimbenika klasificirano je u poznate (Grupa 1) kancerogene čimbenike kod ljudi prema klasifikaciji Međunarodne agencije za istraživanje raka (engl. *International Agency for Research on Cancer*, IARC), a to su: *Helicobacter pylori*, Hepatitis B virus (HBV), Hepatitis C virus (HCV), Humani papilloma virus (HPV, tipovi 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 i 59, poznati kao HPV tipovi visokog rizika), Epstein-Barr virus (EBV), humani herpes virus tip 8 (HHV-8, poznat i kao herpes virus povezan s Kaposijevim sarkomom), humani T-limfotropni virus (HTLV-1), *Opisthorchis viverrini*, *Clonorchis sinensis* i *Schistosoma haematobium*. Sijela raka za koja postoje utemeljeni dokazi o uzročnoj vezi s gore navedenim čimbenicima uključuju: karcinome usne šupljine, karcinom orofarinksa, uključujući tonzile i bazu jezika, larinks, anus, cerviks, vulvu, vaginu i penis (HPV); leukemiju i limfom T-stanica kod odraslih (HTLV-1); Kaposijev sarkom (HHV-8); Hodgkinov limfom, Burkittov limfom i nazofaringealni karcinom (EBV); karcinom želuca, želučani non-Hodgkin limfom (*Helicobacter pylori*); karcinom jetre (HBV), karcinom jetre i non-Hodgkin limfom (HCV), karcinom žučnih vodova (*Opisthorchis viverrini* i *Clonorchis sinensis*) i karcinom mokraćnog mjehura (*Schistosoma haematobium*).

Cijepljenje ima značajnu ulogu u smanjenju incidencije raka koji uzrokuju infekcije. Trenutačno su dostupna dva cjepiva: cjepivo protiv HBV-a (hepatitis B virus) koji može uzrokovati rak jetre i cjepivo protiv nekih tipova HPV-a (humani papilloma virus) koji mogu uzrokovati rak vrata maternice, rodnice, stidnice, penisa, anusa, usne šupljine i grla.

Cijepljenje protiv hepatitisa B za osobe pod povećanim rizikom od infekcije i zdravstvene radnike započelo je u Republici Hrvatskoj osamdesetih godina prošlog stoljeća. Univerzalno

cijepljenje protiv hepatitisa B uvedeno je u program obveznog cijepljenja 1999. godine u šestom razredu osnovne škole, a 2007. godine uvedeno je cijepljenje protiv hepatitisa B u dojenačkoj dobi. Kada djeca koja su cijepljena u dojenačkoj dobi dođu u šesti razred osnovne škole, ukinut će se cijepljenje u školskoj dobi. Cijepljenje osoba pod povećanim rizikom i dojenčadi u okviru programa obveznih cijepljenja provodi se sukladno Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti („Narodne novine“, br. 79/07, 113/08, 43/09, 130/17, 114/18 i 47/20) i Pravilniku o načinu provođenja imunizacije, seroprofilakse, kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o osobama koje se moraju podvrgnuti toj obvezi („Narodne novine“, br. 103/13). Rezultati univerzalnog cijepljenja protiv hepatitisa B, uz postizanje visokih obuhvata, već su vidljivi. Incidencija akutnog hepatitisa B smanjila se u odnosu na vrijeme prije cijepljenja za 50 %, a najizraženiji je pad incidencije u mladima.

Cijepljenje protiv HPV-a postalo je dostupno u Republici Hrvatskoj 2008. godine i provodilo se organizirano u školskoj dobi u pojedinim gradovima i županijama, ovisno o mogućnostima lokalne samouprave za financiranje ovog cijepljenja. U cijeloj Republici Hrvatskoj cijepljenje je postalo dostupno i besplatno za određene dobne skupine početkom 2016. godine. Preporuka za dobne skupine postupno se mijenjala tijekom protekle dvije godine te je od 2018. godine cijepljenje besplatno za dječake i djevojčice koji pohađaju osmi razred osnovne škole. Ovo je cjepivo preporučeno i besplatno, ali nije uvršteno u program obveznih cijepljenja. Besplatno cijepljenje protiv HPV-a regulirano je Programom imunizacije, seroprofilakse i kemoprofilakse za posebne skupine stanovništva i pojedince pod povećanim rizikom od: tuberkuloze, hepatitisa A i B, bjesnoće, žute groznice, kolere, trbušnog tifusa, tetanusa, malarije, streptokokne bolesti, haemophilus influenzae invazivne bolesti, meningokokne bolesti i HPV infekcije. Odazivi djece u osmom razredu osnovne škole na cijepljenje bili su vrlo niski 2017. godine, niži od 10 %.

Potrebna je sustavna edukacija djelatnika odgojno-obrazovnih ustanova i roditelja djece u odgojno-obrazovnom procesu, kako bi se povećao odaziv na cijepljenje protiv HPV infekcija i prije nego što djeca dosegnu dob za cijepljenje. Samo sustavnom suradnjom Ministarstva zdravstva, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Ministarstva znanosti i obrazovanja može se doći do značajnijeg pomaka u odazivu na cijepljenje.

Oko četvrtine do petine tereta bolesti stanovništva uzrokovano je čimbenicima okoliša, pa tako i karcinomi mogu biti posljedica izloženosti štetnim čimbenicima iz okoliša. Pod ovom se izloženosti podrazumijeva izloženost različitim kemijskim, fizikalnim, biološkim i drugim čimbenicima (npr. kemikalije, duhanski dim ili zračenje), kroz medije okoliša – vodu, hranu, zrak ili tlo. Iako je izloženost pojedinim čimbenicima dokazana kao štetna i može dovesti do nastanka raka, ona ne znači da će se u izložene osobe pojaviti bolest jer se u obzir moraju uzeti i ostali čimbenici kao što su doza, način i duljina izloženosti te genetska podloga i fiziološke osobine pojedinca.

Kancerogenim tvarima čovjek je izložen udisanjem onečišćenog zraka ili konzumacijom hrane i vode. Kancerogeni se u hrani mogu pojaviti kao rezultat kontaminacije plijesnima (afلاتoksin), uporabom pesticida ili prilikom termičke obrade (akrilamid). Hrana i voda za ljudsku potrošnju mogu biti kontaminirani i arsenom, prirodnog porijekla ili otpuštenoga u okoliš ljudskim djelovanjem. Dugotrajna izloženost arsenu povezana je s povećanim rizikom za karcinome mjehura, pluća, jetre, bubrega te novotvorinama hematopoetskog sustava.

Posebno su ugrožene profesionalno izložene skupine ljudi te su brojne tvari s kojima zaposlenici u različitim industrijama dolaze u kontakt prepoznate kao karcinogeni. Najčešći karcinomi su karcinomi pluća, povezani s izloženošću azbestu, beriliju, kadmiju, kristalima silicij dioksida, kromu i niklu. Izloženost benzenu i etilen oksidu povezana je s pojavom leukemija u odrasloj dobi, dok je izloženost katranu i mineralnim uljima povezana s karcinomima kože. Zbog profesionalne izloženosti štetnim tvarima nužno je postojanje regulatornih mehanizama kojima se smanjuje izloženost u pojedinim industrijama. Važno je sustavno praćenje kancerogenih tvari prisutnih na radnom mjestu kroz postupke procjene rizika na radnom mjestu te provođenje mjera za smanjenje njihove prisutnosti i izloženosti radnika, kao i kontinuirano praćenje zdravlja izloženih. Potrebno je osigurati odgovarajuću razinu edukacije o rizicima povezanim s prisutnošću kancerogenih tvari za poslodavce i zaposlenike na radnom mjestu. Kod radnika, poslodavaca, liječnika, stručnjaka i inspekcije rada mora se postići viši stupanj svijesti o posljedicama izloženosti kancerogenim tvarima i o tome što se može učiniti kako bi se spriječila ta izloženost. Epidemija bolesti koje uzrokuje izloženost azbestu (mezoteliom) je na vrhuncu zbog dugotrajne latencije te je osim zabrane proizvodnje i korištenja azbesta važno ukloniti i na odgovarajući način zbrinuti sav azbest koji se još uvijek nalazi u našem okruženju.

Zadnjih je godina zbog oštećenja ozonskog omotača te zbog promjene načina života i pomodnosti došlo do povećane izloženosti ljudi ultraljubičastim zrakama (UV) i posljedično do porasta incidencije malignog melanoma, neovisno o tome radi li se o prirodnom sunčanju ili izlaganju umjetnim izvorima UV zračenja u solarijima. Prevencija izloženosti kože UV zračenju i rano otkrivanje lezija ključni su koraci potrebni za smanjenje rizika vezanih uz tu bolest i poboljšanje ishoda liječenja raka kože.

Klimatske promjene i rak su veliki i rastući globalni problemi. Svjetska zdravstvena organizacija smatra klimatske promjene najvećom prijetnjom globalnom zdravlju u dvadeset i prvome stoljeću. Klimatske promjene mogu utjecati na daljnji napredak u prevenciji i kontroli raka, povećanoj izloženosti faktorima raka i na pristup skrbi o raku na puno načina, direktno i indirektno. Ekstremni vremenski događaji svakako predstavljaju rizik za ljudsko zdravlje. Sukladno Strategiji prilagodbe klimatskim promjenama dodatni glavni očekivani utjecaji koji uzrokuju visoku ranjivost u sektoru zdravstva zbog povećanja učestalosti i trajanja ekstremnih vremenskih uvjeta, ali i utjecaja ostalih važnih klimatskih parametara su: povećanje smrtnosti; promjene u epidemiologiji kroničnih nezaraznih bolesti; promjene u epidemiologiji akutnih zaraznih bolesti, sniženje kvalitete zraka te sigurnosti vode i hrane kao i razina mogućih štetnih čimbenika u okolišu. Ranjivost u sektoru zdravlja najčešće će se manifestirati povećanjem broja oboljelih od akutnih i kroničnih bolesti odnosno povećanje smrtnosti zbog produženih razdoblja s visokim temperaturama zraka; povećano obolijevanje od vektorskih bolesti; povećanje oboljenja dišnog sustava zbog povećane alergene peludi u zraku i dr. Očekivan je i porast udjela kroničnih poremećaja poput endokrinih bolesti i bolesti probavnog sustava, poput karcinoma i kroničnih bolesti kao što su Kronova bolest, ulcerozni kolitis i sl.

Prema zadnjim dostupnim podacima Registra za rak, u Republici Hrvatskoj je 2017. godine od melanoma oboljelo 805 osoba, od čega 439 muškaraca i 366 žena. Iako je većina oboljelih starije životne dobi, od melanoma u prosjeku obolijevaju nešto mlađe osobe nego kod većine drugih sijela raka, pa je tako oko jedne četvrtine oboljelih mlađe od 50 godina. Prema posljednjim podacima o mortalitetu, od melanoma je 2018. godine umrlo 211 osoba, od čega 125 muškaraca i 86 žena. Petogodišnje preživljenje od melanoma u Republici Hrvatskoj, prema podacima

međunarodne studije CONCORD-3, za osobe dijagnosticirane između 2010. i 2014. godine, iznosi 77 %, što je značajno poboljšanje u usporedbi s podacima za osobe dijagnosticirane između 2000. i 2004. godine, kod kojih je petogodišnje preživljenje iznosilo 66 %. Iako je preživljenje od melanoma nešto više nego za ostala sijela raka i vidimo pozitivan trend, Republika Hrvatska ipak zaostaje za Europom te se nalazi na 21. mjestu od 28 europskih zemalja, pri čemu je kod 20 zemalja preživljenje iznad 80 %. Jedna od mjera za smanjenje rizika od raka kože uzrokovanog izlaganjem UV zrakama jest educiranje javnosti o njegovim štetnim učincima i edukacija o pravilnom korištenju UV zaštite. Ciljane skupine od posebnog značaja mladi su ljudi koji koriste solarije.

Daljnjom suradnjom Ministarstva zdravstva s Ministarstvom rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike i drugim dionicima potrebno je osigurati sustavnu edukaciju poslodavaca i njihovih zaposlenika o faktorima rizika za zdravlje na radnom mjestu (izloženost opasnim agensima, dugotrajno izlaganje suncu, izloženost duhanskom dimu u npr. ugostiteljstvu, *sjedilačka* radna mjesta koja onemogućavaju kretanje). Kroz određeni period potrebno je razviti svijest o *zdravim* radnim mjestima, koja omogućavaju zaposlenicima održavanje zdravih životnih navika (kretanje, dostupnost uravnotežene prehrane) i reduciranje izloženosti faktora rizika na najmanju moguću mjeru.

Osim svih niže navedenih specifičnih mjera za svaki od ciljeva primarne prevencije, također je važno:

- (a) osnažiti kapacitete i infrastrukturu za provođenje mjera primarne prevencije,
- (b) provoditi mjere primarne intervencije primjenom intersektorskog i multidisciplinarnog pristupa,
- (c) unaprijediti sustav praćenja pokazatelja i procjene učinkovitosti mjera primarne prevencije.

VIZIJA 2030. GODINE

Unaprijediti, sustavno provoditi te nadzirati programe primarne prevencije uključujući promicanje zdravlja te time povećati razinu svijesti i edukacije stanovništva o raku u cilju smanjivanja incidencije raka na razinu prosjeka država Europske unije

CILJEVI

A. Promicanje zdravih prehrambenih navika i redovite tjelesne aktivnosti

1. Povećati svijest o važnosti pravilne prehrane i potrebi redovite tjelesne aktivnosti.
2. Unaprijediti prehrambene navike i smanjiti prevalenciju debljine kod djece, mladih i odraslih.
3. Povećati dostupnost sigurne hrane i pravilne prehrane za sve skupine stanovništva.
4. Povećati dostupnost mjesta za provođenje tjelesne aktivnosti i unaprijediti kvalitetu programa zdravstveno usmjerene tjelesne aktivnosti za različite dobne skupine stanovništva.
5. Osigurati dostatne kadrovske i financijske resurse u zavodima za javno zdravstvo te u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u cilju uspješnog promicanja pravilne prehrane i zdravstveno usmjerene tjelesne aktivnosti.

6. Kontinuirano uvoditi nove učinkovite smjere u skladu sa strategijama Europske unije (https://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/platform_en).

B. Prevencija raka povezanog s pušenjem

1. Smanjiti prevalenciju pušenja duhana na razinu prosjeka država Europske unije.
2. Smanjiti dostupnost duhanskih i srodnih proizvoda, osobito kroz poreznu politiku.
3. Povećati svijest i znanje o štetnosti pušenja.
4. Omogućiti okoliš bez duhanskog dima.
5. Kontinuirano uvoditi nove učinkovite mjere u skladu sa strategijama Europske unije (https://ec.europa.eu/health/tobacco/overview_en).

C. Smanjenje štetnog utjecaja konzumacije alkohola

1. Jačati svijest javnosti o alkoholu kao štetnom čimbeniku za nastanak malignih bolesti.
2. Smanjiti prevalenciju pijenja, osobito među adolescentima na razinu prosjeka država Europske unije.
3. Smanjiti dostupnost alkoholnih pića kroz poreznu politiku.

D. Prevencija raka koji uzrokuju infekcije

1. Povećati svijest javnosti o povezanosti infekcija s nastankom karcinoma te mogućnostima prevencije.
2. Eliminirati hepatitis B infekciju u dječjoj i odrasloj dobi do 2030. godine.
3. Smanjiti prevalenciju HBsAg nosilaštva u općoj populaciji te smanjiti rizik od razvoja karcinoma jetre povezanog s kroničnim hepatitisom B.
4. Smanjiti rizik od premalignih i malignih lezija vezanih uz perzistentnu HPV infekciju u osoba koje se cijepe.
5. Povećati odaziv na cijepljenje kod učenica i učenika osmog razreda osnovne škole na 50 % do 2025. godine.
6. Smanjiti incidenciju premalignih lezija vrata maternice kod djevojaka i mladih žena za 30 % do 2030. godine.

E. Prevencija raka koji uzrokuju čimbenici rizika iz životnog i radnog okruženja

1. Osiguravati odgovarajuću razinu znanja o rizicima povezanim s prisutnošću kancerogenih tvari u okolišu i na radnom mjestu te o načinima učinkovite prevencije.
2. Smanjiti izloženosti kancerogenima na radnom mjestu provođenjem mjera zaštite zdravlja i sigurnosti na radnom mjestu te osigurati rano otkrivanje i liječenje provođenjem preventivnih pregleda.
3. Osigurati sigurno i zdravo životno i radno okruženje zdravstvenim monitoringom svih medija okoliša, ocjenom utjecaja na zdravlje te donošenjem i provođenjem mjera zaštite zdravlja od štetnih čimbenika okoliša.

F. Prevencija raka obzirom na čimbenike rizika specifične za ženski spol

1. Povećati svijest o važnosti dojenja u cilju prevencije raka dojke i jajnika, te osigurati mjere za povećanje stope dojenja.
2. Primijeniti smjernice za korištenje hormonske nadomjesne terapije sukladno najnovijim saznanjima o povezanosti s rizikom za rak.

MJERE / AKTIVNOSTI

A. Promicanje zdravih prehrambenih navika i redovite tjelesne aktivnosti

1. Edukacija javnosti i stručnjaka o pravilnoj prehrani i zdravstveno usmjerenoj tjelesnoj aktivnosti.
2. Primjena Nacionalnih smjernica za prehranu učenika u osnovnim školama.
3. Izrada i implementacija smjernica za prehranu za pojedine ciljne skupine.
4. Izrada i implementacija Nacionalnih smjernica o zdravstveno usmjerenoj tjelesnoj aktivnosti.
5. Implementacija savjetovanja o tjelesnoj aktivnosti u zdravstvenom sustavu uz upućivanje u certificirane programe vježbanja.
6. Provedba mjera porezne politike u svrhu unaprjeđenja prehrane – implementacija sveobuhvatne fiskalne politike koja uključuje dostupnost, raspoloživost i prihvatljivost zdravijih prehrambenih proizvoda.
7. Povećanje dostupnosti pravilne prehrane u objektima javne i društvene prehrane.

B. Prevencija raka povezanog s pušenjem

1. Edukacija javnosti o štetnim učincima pušenja duhana.
2. Razvijanje pozitivnog stava o nepušenju kod mladih te osiguravanje pozitivnog okruženja.
3. Provedba regulative s ciljem smanjenja pušenja duhana i osiguravanja okoliša bez duhanskog dima.
4. Razmotriti mogućnosti povećanja trošarina na duhanske proizvode i/ili utvrđivanja drugih poreza u cilju smanjenja prevalencije.
5. Podrška pušačima u odvikavanju od pušenja.
6. Osposobljavanje liječnika i medicinskih sestara/tehničara za motiviranje i liječenje ovisnosti o duhanu.

C. Smanjenje štetnog utjecaja konzumacije alkohola

1. Edukacija o alkoholu kao čimbeniku rizika za nastanak brojnih bolesti, uključujući i maligne bolesti.
2. Razvijanje pozitivnog stava kod mladih o nepijenju alkohola te osiguravanje pozitivnog okruženja.
3. Razvijanje i provođenje programa edukacije za marginalizirane skupine i skupine kojima prijete socijalna isključenost.
4. Kontrola i nadzor nad provođenjem propisa koji smanjuju dostupnost alkohola mladima.
5. Podrška zajednicama u usvajanju učinkovitih pristupa i intervencija za sprečavanje i smanjivanje štetne uporabe alkohola.

D. Prevencija raka koji uzrokuju infekcije

1. Testiranje trudnica na HBsAg nosilaštvo i imunoprofilaksa novorođenčadi HBsAg pozitivnih majki sukladno Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti.
2. Kontinuirano održavanje visokih cjepnih obuhvata (> 95 %) protiv hepatitisa B u dojenačkoj dobi i kod osoba pod povećanim rizikom od infekcije, sukladno Pravilniku o načinu

provođenja imunizacije, seroprofilakse, kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o osobama koje se moraju podvrgnuti toj obvezi i programima cijepljenja.

3. Osiguravanje financijskih sredstava i organizacije zdravstvenog sustava u svrhu kontinuirane opskrbe cjepivom protiv hepatitisa B za potrebe programa cijepljenja.
4. Praćenje odaziva na HPV cijepljenje, sigurnost i učinkovitost cjepiva te po potrebi modificiranje preporuka.
5. U skladu s rezultatima praćenja sigurnosti primjene i učinkovitosti cijepljenja, objektivno informiranje javnost o koristima i rizicima od cijepljenja.
6. Sprječavanje drugih uzročnika zaraznih bolesti koji pripadaju skupini karcinogenih čimbenika provedbom preventivnih mjera.

E. Prevencija raka koji uzrokuju čimbenici rizika iz životnog i radnog okruženja

1. Educiranje poslodavaca i zaposlenika o kancerogenima vezanima uz izlaganje na radnom mjestu.
2. Osiguranje učinkovitog funkcioniranja kontrole izloženosti kancerogenim tvarima na radnom mjestu, kao i osiguravanje primjene mjera zaštite na radu jačanjem kapaciteta medicine rada i sigurnosti na radnom mjestu te inspekcijskih službi.
3. Provođenje edukacija o štetnim učincima izlaganja UV zrakama te o učinkovitoj primjeni zaštitnih mjera uključujući kozmetička sredstva s UV filterom.
4. Unaprjeđenje pravnog okvira za korištenja solarija, uključujući zabranu korištenja maloljetnim osobama, licenciranje solarija i kontrolu intenziteta UV lampi u solarijima.
5. Osiguravanje učinkovitog praćenja zdravstvene ispravnosti hrane i vode za ljudsku potrošnju, kao i rekreacijskih voda, posebno vezano uz prisustvo kancerogenih tvari.
6. Provođenje učinkovitog praćenja onečišćenja zraka i osiguravanje provođenja mjera za smanjenje i eliminaciju onečišćenja, posebno vezano uz kancerogene tvari.
7. Unaprjeđenje sustava praćenja onečišćenja u životnom i radnom okolišu, posebno industrijski onečišćenih područja i onih onečišćenih otpadom uključujući i kontekst sadašnjih i budućih klimatskih promjena.
8. Donošenje programa eliminacije azbesta i proizvoda od azbesta na svim mjestima gdje isti postoji.
9. Podizanje svijesti o zdravstvenom riziku uzrokovanom prirodnim zračenjem (radon), te provedba mjera za smanjenje rizika.
10. Provedba mjera zaštite od ionizirajućeg i neionizirajućeg zračenja.

F. Prevencija raka obzirom na čimbenike rizika specifične za ženski spol

1. Edukacija javnosti i zdravstvenih radnika o važnosti dojenja kao protektivnog čimbenika u nastanku raka dojke i jajnika
2. Provedba mjera za poticanje dojenja
3. Primjena smjernica o primjeni hormonske nadomjesne terapije kako bi se smanjio rizik nastanka raka dojke, jajnika i endometrija

Rokovi provedbe: B4. B6. 2021. godine i kontinuirano; A3., A4., A5., A7. i E8 2023. godine i dalje kontinuirano; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Ministarstvo gospodarstva i održivog razvoja
- Ministarstvo poljoprivrede
- Ministarstvo financija
- Državni inspektorat
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo i zavodi za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba
- Liječnici na razini primarne zdravstvene zaštite i patronažne sestre
- Zdravstveni radnici
- Lokalna i područna (regionalna) samouprava
- Agencija za odgoj i obrazovanje
- Stručna društva
- Udruge i druge organizacije civilnog društva
- Mediji
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Ministarstvo financija
- Ministarstvo gospodarstva i održivog razvoja
- Ministarstvo poljoprivrede
- Državni inspektorat
- Agencija za odgoj i obrazovanje
- Državni hidrometeorološki zavod
- Fond za zaštitu okoliša i energetske učinkovitost
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Sa stajališta ekonomske analize, provedba aktivnosti primarne prevencije relativno je jeftina i lako izvediva, uključujući nadzor nad duhanom, prehrabene smjernice i mjere porezne politike koje promiču zdrav način života. S obzirom da već visoki troškovi onkološke dijagnostike i liječenja i dalje rastu, prevencija može dovesti do neto ušteta. Osim toga, brojne nezarazne bolesti uzrokovane su istim čimbenicima rizika. Primjerice, pušenje, pretilost i loša prehrana predstavljaju čimbenike rizika za razvoj nekoliko vrsta raka, ali su i odlučujući čimbenici za razvoj kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa i nekih neuroloških bolesti. Prevencija, stoga, predstavlja ulaganje s višestrukim pozitivnim učincima na troškove liječenja brojnih nezaraznih bolesti.

Brojni su primjeri učinkovitosti i isplativosti primarne prevencije u snižavanju stopa raka. Primjerice, 40 % ukupnog smanjenja stope smrtnosti od raka u razdoblju od 1991. do 2003. godine kod muškaraca u Sjedinjenim američkim državama rezultat je smanjenog pušenja. Opsežan program odvikavanja od pušenja proveden u Taipeiu (koji je obuhvaćao savjetovanje i pripravke koji zamjenjuju nikotin) donio je uštede od 215 milijuna USD tijekom razdoblja od 15 godina. Prema simulacijskom modelu, procjenjuje se da bi provođenje intenzivne šestomjesečne medijske kampanje protiv pušenja u Australiji dovelo do 912 milijuna dolara uštede tijekom životnog vijeka 190.000 bivših pušača, što je iznos jednak iznosu koji australska Vlada ulaže u rani i predškolski odgoj i obrazovanje.

Porez na duhan i cijene duhana pokazale su se kao najučinkovitije mjere na strani potražnje. Uvjerljivi dokazi iz Tajlanda i Brazila pokazuju kako je povećanje poreza i cijena značajno i trajno utjecalo na pad uporabe duhana. U Brazilu je u razdoblju od 1989. do 2008. godine prevalencija pušenja smanjena za 46 %, od čega se 48 % relativnog smanjenja pripisuje povećanju poreza, a 14 % zabrani reklamiranja. Jednako tako, povećanje poreza i zabrana reklamiranja doveli su do relativnog smanjenja prevalencije pušenja od 61 %, odnosno 22 % u Tajlandu tijekom razdoblja od 1991. do 2006. godine.

Procjenjuje se da su prehrambene smjernice za pretile osobe i osobe s prekomjernom težinom Nizozemskoj uštedjele do 2,5 milijardi USD tijekom petogodišnjeg razdoblja. Vrlo dobri dokazi o učinkovitosti cijepljenja protiv virusa hepatitisa B (HBV) dolaze iz Tajvana, gdje se s cijepljenjem započelo 1984. godine. Otada je zabilježeno smanjenje pojave raka jetre kod djece i mladih od čak 80 %. Kao i kod drugih preventivnih programa, kampanja je imala brojne pozitivne rezultate: uspješno je smanjena prevalencija kroničnog HBV nosilaštva, smrtnost od fulminantnog hepatitisa u dojenačkoj dobi te kronične bolesti jetre kod cijepljenih ispitanika istih dobnih skupina.

Predviđeno povećanje tereta raka možemo umanjiti jedino ako damo prioritet strategijama prevencije. Jedino ubrzana primjena programa kontrole raka na razini države može značajnije utjecati na smanjenje predviđenog tereta. Neprovođenjem prevencije možemo jedino pojačati društvene i gospodarske razlike, a učinkovite načine liječenja učiniti dostupnima samo najbogatijim pojedincima u većini društava.

4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE)

UVOD

Liječenje većine oblika raka uspješnije je ako se rak dijagnosticira u ranom stadiju. Stope preživljavanja za niz uobičajenih sijela i vrsta raka mogu se uvelike poboljšati ranim postavljanjem dijagnoze i liječenjem prema najsuvremenijim spoznajama. Sekundarna prevencija stoga obuhvaća rano otkrivanje i probir (*engl.: screening*). Rano otkrivanje raka uključuje prepoznavanje prvih simptoma od strane oboljelih i postavljanje pravovremene

dijagnoze od strane liječnika. S jedne strane, potrebno je informirati javnost o ranim simptomima i znakovima raka kroz zdravstvenu edukaciju, a s druge strane, osposobiti liječnike da pravilno dijagnosticiraju te simptome što je moguće ranije.

Kroz organizirane programe probirnih pregleda, to jest uz pomoć jednostavnih testova, otkrivamo preinvazivne ili rane invazivne oblike raka kod osoba bez kliničkih simptoma. Organizirani programi probirnih pregleda sastoje se od aktivnog pozivanja pojedinih skupina stanovništva na probirne preglede, otkrivanje novooboljelih od raka ili pre-zloćudnih promjena tih sijela, te adekvatne organizacije probirnih programa, koji uključuju praćenje parametara kvalitete, prema odgovarajućim europskim smjernicama. Osnovni je cilj probirnih pregleda smanjiti stopu mortaliteta od raka. Smrtnost je najvažniji dugoročni pokazatelj ishoda učinkovitosti programa probira. Praćenjem ranih pokazatelja moguće je vrednovati učinke i prije nego što se postigne smanjenje smrtnosti. Pri tome je važno istaknuti da je ovaj učinak moguće analizirati posebnom metodologijom (kohortni i periodni učinak). Rano otkrivanje raka najbolje se postiže organiziranim programima probira. Ovakva organizacija uključuje niz aktivnosti koje počinju reguliranjem zakonskog i financijskog uporišta, osiguravanjem odgovarajuće opreme i posebno obučenog kadra te definiranjem ciljne populacije i algoritma programa (postupnika). Ciljanu se skupinu stanovništva odgovarajuće dobi u pravilnim intervalima poziva na preglede za rak sijela koja je moguće učinkovito liječiti, a zatim je obvezno praćenje tijeka daljnjih postupaka, liječenja i krajnjih ishoda. Posebnu brigu treba voditi o teško dostupnim korisnicima zdravstvene zaštite kao i o eventualnim neosiguranim osobama. Potrebno je definirati i pokrivanje troška liječenja za te osobe ukoliko se rak otkrije u programu probira. Organizirani probir svakako uključuje sve mjere i postupke za osiguranje i nadzor nad kvalitetom probira, što je ujedno osnova za daljnje unaprjeđenje cjelovite skrbi, a u konačnici najracionalnije postupanje.

Prema znanstveno utemeljenim dokazima i preporuci Vijeća EU o pregledima za rano otkrivanje raka (2003/878/EC), za tri sijela raka postoje preporuke za provedbu takvih organiziranih probira, a uključuju rak dojke i vrata maternice kod žena te rak debelog crijeva kod oba spola. Detaljne smjernice za osiguravanje kvalitete organiziranog probira za rak dojke, vrata maternice i debelog crijeva objavljene su u EU, a kod nas prevedene na hrvatski jezik. Hrvatske smjernice za osiguravanje kvalitete probira i dijagnostike raka dojke objavljene su 2017. godine, a u tijeku je izrada smjernica za druga dva sijela. Provedeni programi probira trebaju postići najveću moguću stopu odgovora i razine kvalitete. Oni će biti popraćeni odgovarajućim promotivnim kampanjama, ali i trajnom obukom osoblja koje provodi programe i njima upravlja.

Prema kriterijima SZO-e te drugim relevantnim međunarodnim kriterijima, za nove programe probira trebaju postojati:

- (i) dokazi o učinkovitosti probira;
- (ii) dokazi da su dobrobiti probira veće od šteta;
- (iii) dokazi o isplativosti probira.

PRIORITETNI PROGRAMI PROBIRA

Probirni pregledi za rano otkrivanje raka dojke

Rak dojke najčešće je sijelo raka kod žena u Republici Hrvatskoj od kojeg obolijeva četvrtina žena novooboljelih od raka. Prema posljednjim podacima Registra za rak u Republici Hrvatskoj u 2017. godini zabilježeno je 2767 slučajeva raka dojke (stopa 129,7/100.000), a od ove zloćudne bolesti umrlo je u 2018. godini 789 žena (stopa 37,3/100.000). Rak dojke je treći maligni uzrok smrti kod žena, nakon kolorektalnog raka i raka pluća. Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke, pokrenut je krajem 2006. godine. Glavni ciljevi programa su smanjiti smrtnost od raka dojke za 25 % unutar deset godina od provođenja programa, otkriti rak u početnom stadiju te poboljšati kvalitetu života bolesnica s rakom dojke. U okviru programa svake dvije godine se na mamografski pregled pozivaju žene u dobi od 50 do 69 godina, s ciljem postizanja odaziva od 70 %. U okviru prvog ciklusa pozvano je na mamografski pregled 721.000 žena, otkriveno je 2060 karcinoma dojke te je ukupni odaziv iznosio 63%. U okviru drugog ciklusa pozvano je na mamografski pregled 680.642 žena, otkriveno 1113 karcinoma dojki te je ukupni odaziv iznosio 57%. U trećem ciklusu pozvano je na mamografski pregled 610.280 žena, otkriveno je 1165 karcinoma dojke te je ukupni odaziv bio 60%. U četvrtom ciklusu pozvano je na mamografski pregled 622.353 žene, otkriveno do sada 702 karcinoma dojke te je ukupni odaziv iznosio 59%. U petom ciklusu pozvano je na mamografski pregled 667.373 žena, a upis rezultata provedbe je u tijeku. U veljači 2019. godine započeo je šesti ciklus pozivanja žena na mamografski pregled. Hrvatske smjernice za osiguranje kvalitete probira i dijagnostike raka dojke objavljene su 2017. godine i značajno će doprinijeti poboljšanju kvalitete programa ranog otkrivanja raka u Republici Hrvatskoj.

Probirni pregledi za rano otkrivanje raka debelog crijeva

Ovo sijelo raka drugo je po pojavnosti i smrtnosti od zloćudnih novotvorina kod oba spola. Od ovog sijela raka u Republici Hrvatskoj obolijeva godišnje preko 3500 osoba oba spola, a preko 2000 ih umire, što je stabilan trend porasta posljednjih nekoliko godina. Rak debelog crijeva u 2017. godini dijagnosticiran je kod 3659 osoba, a 2018. godine od te je bolesti umrlo 2240 osoba, što je šesti uzrok smrti u Republici Hrvatskoj. Provedba Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva započela je Odlukom Vlade Republike Hrvatske krajem 2007. godine. Svake dvije godine pismom se pozivaju osobe oba spola u dobi od 50 do navršene 74 godine da naprave test na nevidljivu krv u stolici. Osobe s pozitivnim nalazom upućuju se na kolonoskopiju putem centraliziranog sustava. Dobni raspon i način provedbe programa u skladu je s preporukama Europske komisije. Osobita je vrijednost programa visok udio osoba kod kojih su otkriveni i uklonjeni polipi, što predstavlja najbolju prevenciju raka debelog crijeva. Kako bi se mogla postići učinkovitost programa probira, nužno je postići odaziv barem 45 % osoba pregledanih na skrivenu krv u stolici, a poželjan je odaziv 65 %. S obzirom na teškoće u dosadašnjoj provedbi kratkoročno se očekuje postizanje 30 % udjela testiranih osoba od svih pozvanih. Prema podacima EHIS-ove ankete provedene u Republici Hrvatskoj o samoprocjeni zdravstvenog stanja, test na skrivenu krv u stolici obavilo je oko 27 % osoba iz ciljane skupine unutar tri godine, a kolonoskopiju oko 14 % unutar deset godina. Ovo ukazuje na to da samo manji dio osoba te dobi napravi ovaj pregled izvan organiziranog programa, uglavnom prilikom sistematskih pregleda.

Trenutni odaziv i udio osoba koje naprave pregled stolice na skrivenu krv u okviru programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva još uvijek nije zadovoljavajući. Svega 23 % pozvanih osoba u 3. ciklusu vratilo je dobiveni komplet s ispravno nanesenim uzorkom stolice na test kartone.

Organizirani probir raka vrata maternice – Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice

Cilj je Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice usmjeren održavanju zdravlja žena, smanjenju rizika, ranom otkrivanju raka vrata maternice i poboljšanju kvalitete života ciljane populacije žena. Prema preporukama proizašlima iz Twinning projekta *Unaprjeđenje kvalitete provedbe Nacionalnih programa ranog otkrivanja raka* organizirano pozivanje u sklopu Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice obustavljeno je dok se ne implementiraju osnovni preduvjeti provedbe.

Od sredine prošlog stoljeća u Republici Hrvatskoj provodi se oportunistički probir, čime je smanjena pojavnost i smrtnost od raka vrata maternice. Međutim, oportunističkim probirom nije moguće smanjiti incidenciju bolesti ispod 10/100.000 s obzirom da se većina novih slučajeva dijagnosticira u onom dijelu stanovništva koje nije obuhvaćeno probirom. U prosincu 2012. godine Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske započelo je s provedbom organiziranog nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice. Ciljevi programa su smanjiti incidenciju invazivnog raka vrata maternice za 60 % u dobnoj skupini od 25 do 65 godina nakon 8 godina od početka programa, smanjiti smrtnost od raka vrata maternice za 80 % u dobnoj skupini od 25 do 70 godina nakon 13 godina te postepeno smanjiti oportunistički probir. Programom su obuhvaćene sve žene koje nisu prošle oportunistički probir (ne pozivaju se žene koje su nedavno napravile PAPA test), u dobi od 25 do 64 godine, svake 3 godine, godina indeksa 2013. Obuhvat pozivanja (na godišnjoj populaciji) bio je 105,1 % za sve dobne skupine. Udio ciljane populacije koja je prošla probir u godini indeksa nakon poziva bio je 10,8 %. Stopa odaziva svih dobnih skupina bila je 10,3 %.

Rak pluća

Nakon nedavne objave rezultata studija Nelson i NLST (engl. *National Lung Screening Trial*) smanjile su se kontroverze oko preporuka za primjenu kompjuterizirane tomografije niske doze zračenja u probiru raka pluća. Sada postoje dokazi o povezanosti godišnjeg probira sa smanjenjem smrtnosti od raka pluća od 25 %. Trošak za godine života usklađene s kvalitetom života (engl. *quality adjusted life year*, u daljnjem tekstu: QALY) dobivenu godišnjim probirnim pregledom kompjuterizirane tomografije (u daljnjem tekstu: CT) niske doze zračenja kod populacije pod rizikom zbog korištenja duhanskih proizvoda procjenjuje se između 13.000 USD i 81.000 USD, dok bi se intervencije čiji trošak iznosi 36.000 EUR na temelju praga iz preporuke SZO mogao smatrati ekonomski isplativim u Republici Hrvatskoj.

S obzirom da je Nacionalni program ranog otkrivanja raka pluća tek započeo u 2020. godini nema podataka o stopama odaziva na probir za Republiku Hrvatsku.

MOGUĆI DRUGI PROGRAMI PROBIRA

Rak prostate

Procjenjuje se da ekonomska isplativost programa probira s jednim testiranjem u dobi od 55 godina iznosi 31.500 USD. Ovi omjeri isplativosti odnose se na troškove zdravstvene skrbi u SAD-u te bi u europskim uvjetima mogli biti nešto niži. Procjenjuje se da je isplativost za Nizozemsku 19.000 EUR po dobivenoj kvalitetnoj godini života, što bi se prema preporuci SZO moglo smatrati isplativim i za Republiku Hrvatsku, na razini 1,6x BDP-a. Rezultati Europskog randomiziranog istraživanja probira za rak prostate pokazuju da probir testiranjem antigena specifičnog za prostatu (PSA) dovodi do smanjenja smrtnosti od raka prostate za 21 %,

primjenom analize populacije s namjerom liječenja (ITT analize), no i dalje ostaje otvoreno pitanje optimalne ravnoteže između štete i dobrobiti.

Rak želuca

Postoje tri tipa programa probira: i) probir za sami karcinom želuca endoskopijom ili fluoroskopijom; ii) probir prekanceroznih lezija određivanjem omjera između pepsinogena I pepsinogena II, te drugih cirkulirajućih biomarkera; i iii) probir za bakteriju *Helicobacter pylori*, značajan karcinogen za rak želuca, s ciljem njene eradikacije u slučaju pozitivnog nalaza (*search-and-treat* strategija).

Budući da ne postoje konačne studije o isplativosti, kao ni jasne preporuke o provedbi određenog programa probira u Europi, potrebna su dodatna istraživanja, osobito treba li i na koji način provoditi populacijske programe probira i daljnjeg liječenja *Helicobacter pylori*. Također je potrebno obrazložiti programe probira endoskopijom te serologijom za rak želuca i povezanih rizičnih lezija.

Probir za druga sjela raka

Testovi probira dostupni su za mnoge druge vrste raka, ali njihova učinkovitost do sada nije dokazana kod osoba s prosječnim rizikom. Stoga za potencijalna ostala sjela treba primijeniti najnovije spoznaje koje su dokazano učinkovite. Također je potrebno uvesti smjernice oportunističkog ranog otkrivanja kod osoba s povišenim rizikom u suradnji s odabranim liječnikom obiteljske (opće) medicine.

VIZIJA 2030. GODINE

Poboljšati omjer između dijagnosticiranih karcinoma u početnom i karcinoma u kasnom stadiju za 20 %, za sva sjela raka za koje se provode programi probira (rak dojke, vrata maternice, debelog crijeva i pluća) te započeti moguću provedbu novih programa probira na temelju pozitivnih rezultata analize isplativosti (rak prostate, želuca, melanom).

CILJEVI

A. Rak dojke

1. Maksimalno poboljšati odaziv na mamografski probir u okviru Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke do najmanje 75 % do 2030. godine.
2. Smanjiti smrtnost za 25% do 2030 godine.

B. Rak debelog crijeva

1. Maksimalno poboljšati odaziv na probir u okviru Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva do najmanje 60 % do 2030. godine.
2. Smanjiti smrtnost za 25% do 2030. godine.

C. Rak vrata maternice

1. Smanjiti incidenciju i smrtnost od raka vrata maternice za 50 % nakon tri ciklusa provedbe dobro organiziranog Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice.
2. Maksimalno poboljšati odaziv na test do najmanje 60 % do 2030. godine.
3. Smanjiti smrtnost za 25% do 2030. godine.

D. Rak pluća

1. Započeti provedbu Nacionalnog programa za probir i rano otkrivanje raka pluća.
2. Postići odaziv ciljane populacije od 60 %.
3. Smanjiti smrtnost za 25 % do 2030. godine.
4. Povećati petogodišnje preživljavanje sa 6 % na 15 %.

E. Ostale vrste raka:

1. Analizirati isplativosti provedbe novih programa probira, npr. za rak prostate, rak želuca i melanom.

MJERE/AKTIVNOSTI

A. Organizacija preventivnih programa

1. Uz ciljeve probira uspostaviti i ključne pokazatelje učinkovitosti (KPI) za liječnike obiteljske (opće) medicine te u skladu s tim izraditi sustav motiviranja radi postizanja višeg postotka odaziva na probir.
2. Razmotriti promjene dopunskog zdravstvenog osiguranja za pacijente ciljane populacije koji se nisu odazivali na programe probira.

B. Rak dojke

1. Poticanje i edukacija za klinički samopregled.
2. Provođenje mamografije svake dvije godine; kod žena s pozitivnom obiteljskom anamnezom i koje su u rizičnoj skupini jednom godišnje; Ciljana skupina: žene od 50 do 69 godina.
3. Unaprjeđenje usluge genetskog savjetništva i genetskog testiranja žena prema protokolu probira za žene s posebno visokim rizikom za karcinom dojke (*tzv. high-risk screening*) koji obuhvaća godišnje preglede dojke magnetskom rezonancijom.
4. Redovito obnavljanje mamografske opreme i zamjena novom (vidjeti poglavlje 5).
5. Kontrola kvalitete svih segmenata programa prema Hrvatskim smjernicama za osiguranje kvalitete probira i dijagnostike raka dojke (epidemiološke smjernice, preporuke za kontrolu kvalitete mamografskih uređaja, smjernice za radiografiju, radiološke smjernice, multidisciplinarni aspekti osiguravanja kvalitete, smjernice u patologiji i kirurškom liječenju, certifikacija jedinica dijagnostike i probira te smjernice o komunikaciji ranog otkrivanja raka dojke).
6. Unaprjeđenje postojećeg informatičkog programa.

C. Rak debelog crijeva

1. Donošenje pravnog okvira za postupanje u programu probira.
2. Unaprjeđenje registra probira koji je sastavni dio Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske uključujući odgovorne institucije za njezino održavanje i neprekidnu nadogradnju.
3. Pozivanje svake dvije godine osobe oba spola u dobi od 50 do navršene 74 godine da naprave test na nevidljivu krv u stolici.
4. Upućivanje osoba s pozitivnim nalazom na kolonoskopiju putem centraliziranog sustava. Dobni raspon i način provedbe programa kontinuirano usklađivati sa preporukama Europske komisije.
5. Edukacija svih sudionika u programu probira te javnost o prevenciji raka debelog crijeva.
6. Osiguranje učinkovitosti programa probira odazivom od najmanje 45 % osoba pregledanih na skrivenu krv u stolici, a poželjan je odaziv 65 %.
7. Unaprjeđenje genetskog savjetovališta i genetskog testiranja pojedinaca prema protokolu probira za osobe s posebno visokim rizikom za karcinom debelog crijeva.
8. Redovito zabavljanje endoskopske opreme i opreme za patohistološku dijagnostiku te kontrola kvalitete svih segmenata programa.
9. Kontinuirano održavanje i dorada registra probira kao i informatičke opreme na svim radilištima.
10. Podizanje svijesti i znanja javnosti o prevenciji raka debelog crijeva.
11. Unaprjeđenje postojećih i uvođenje novih mjera kojima bi se povećala učinkovitost probirnih pregleda odnosno povećao postotak odaziva na probirne preglede (osnaživanje rada patronažnih sestara, promotivne kampanje, edukacija javnosti putem sredstava javnog priopćavanja, promicanje sudjelovanja pacijenta u probirnim pregledima od strane liječnika obiteljske (opće) medicine, osposobljavanje osoba za izvođenje testova, razumijevanje regionalnih razlika i njihovo smanjivanje te učinkovito uključivanje lokalne uprave).

D. Rak vrata maternice

1. Donošenje pravnog okvira za postupanje u programu probira.
2. Kontinuirano podizanje svijesti žena i javnosti o prevenciji raka vrata maternice.
3. Kontinuirano provođenje edukacija zdravstvenih radnika uključenih u program probira te javnost o prevenciji ove vrste raka.
4. Unaprjeđenje i praćenje učinkovitosti postojećih i uvođenje novih mjera probirnih pregleda, odnosno povećanje postotka odaziva na probirne preglede (edukacija javnosti putem sredstava javnog priopćavanja, promicanje sudjelovanja pacijenta u probirnim testovima od strane liječnika obiteljske (opće) medicine, osposobljavanje osoba za izvođenje testova, razumijevanje regionalnih razlika i njihovo smanjivanje te učinkovito uključivanje lokalne uprave).
5. Provođenje probira primarnim testom probira (Papa test) za populaciju žena ispod 30 godina.
6. Unaprjeđenje učinkovitosti probira i smanjenje oportunističkog probira.
7. Izrada funkcionalnog informatičkog sustava koji će omogućiti praćenje, pohranu rezultata u bazu podataka, evaluaciju te kontrolu kvalitete. Provedba pilot projekt u jednoj županiji prilikom čega će se testirati funkcionalnost informatičkog sustava, različitih intervencijskih strategija te nove organizacije probira s HPV DNA testom prije implementacije na

nacionalnoj razini, prema preporukama iz Europskih smjernica za osiguravanje kvalitete probira raka vrata maternice. Primjenu na nacionalnoj razini treba razmotriti nakon rezultata iz pilot projekta.

E. Rak pluća

1. Provedba aktivnosti Nacionalnog programa za probir i rano otkrivanje raka pluća.
2. Planiranje osnivanja registra slika i podataka.
3. Evaluacija provedbe programa nakon prvih 12 mjeseci.
4. Kontinuirano unaprjeđenje programa, a prema potrebi i revidiranje smjernica provedbe.
5. Povezivanje aktivnosti iz programa rane detekcije s uspjehom u aktivnostima kontrole duhana, koje moraju davati značajno bolje rezultate u istom vremenskom razdoblju nego u prošlosti.
6. Kontinuirano unaprjeđenje funkcionalnog informatičkog sustava koji će omogućiti praćenje, pohranu rezultata u bazu podataka, evaluaciju te kontrolu kvalitete.

Rokovi provedbe: B4, C1, C7, D1, D7, E1, E3 2021. godina; B3 2022. godina; A1, A2, D2, E2 2023. godina, ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo i zavodi za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Zdravstvene ustanove
- Stručna društva
- Udruge
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Razvijene zemlje širom svijeta intenzivno ulažu u sekundarnu prevenciju s primjetnim rezultatima. Primjerice, stope incidencije raka vrata maternice u mnogim zapadnim zemljama kao što su Finska i Švedska smanjene su za više od 70 %, uglavnom kao rezultat organiziranog probira. Ranija dijagnoza, u kombinaciji s učinkovitijim terapijama, značajno je utjecala na uspješnost liječenja raka. U slučaju raka dojke, smrtnost u Europi se smanjuje unatoč povećanoj incidenciji.

Međutim, s gledišta ekonomske analize, mnogo toga ovisi o organizaciji programa probira. Međunarodne studije isplativosti probira raka dojke pokazuju značajne razlike u troškovima po dobivenoj godini života. Čini se da je omjer isplativosti povoljniji kod dobro organiziranih programa probira, često europskih, nego kod oportunističkih probira. Razlog tomu vjerojatno je postojanje zasebne organizacije, koja pomaže troškove održati niskima, potiče učinkovitije korištenje resursa, uz visok odaziv pozvanih žena i kvalitetan probir koji rezultiraju zdravstvenom dobrobiti. Nadalje, s obzirom da izravan trošak probirnog pregleda predstavlja možda i najvažniji čimbenik u ukupnim troškovima, organizirani opsežni probir može umanjiti prosječan trošak po pregledu. Brojne revizije isplativosti probira za rak debelog crijeva potvrđuju rezultate koji ukazuju da su bilo kakav test na skrivenu krv u stolici, sigmoidoskopija, kolonoskopija, virtualna kolonoskopija ili DNA analiza stolice isplativiji od neprovođenja probira.

Među prvim podacima o isplativosti programa probira za rak pluća provedenih u Europi su podaci britanskog probira (engl. UK Lung Cancer Screening, UKLS), koji ukazuju na više nego prihvatljiv iznos od 85.000 GBP po kvalitetnoj godini života dobivenoj probirom. Sada postoje i čvrsti i dosljedni dokazi o isplativosti probira za rano otkrivanje raka pluća primjenom kompjuterizirane tomografije (CT) iz Kanade. Analizirano je više od 570 mogućih scenarija probira, koji su uključivali parametre poput dobi za početak ili prestanak probira, interval probira, kriterija za uključivanje u probir (s obzirom na pušački staž i vrijeme od prestanka pušenja) te jesu li nekadašnji pušači uključeni u probir ili ne. Uključivanje odredbe o standardnim mjerama za prestanak pušenja u model neznatno je povećalo troškove, ali istovremeno dovelo do značajnog poboljšanja u dobivenim kvalitetnim godinama života.

5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA

A. METODE SNIMANJA

UVOD

Jedan od važnih problema sustava onkološke skrbi jest spor i fragmentiran dijagnostički proces, koji uključuje slikovnu i funkcionalnu dijagnostiku, citološku ili patohistološku analizu, odnosno akviziciju staničnih ili tkivnih uzoraka pod nadzorom slikovnih metoda i molekularne analize. Potrebno je detaljno definirati raspon dijagnostičkih mogućnosti i optimalan algoritam istih za najčešće oblike raka u Republici Hrvatskoj.

Nakon upućivanja na dijagnostičku obradu pacijenti se suočavaju s problemom nedovoljne i neravnomjerne dostupnosti optimalnih dijagnostičkih postupaka, kako sa vremenskog stajališta tako i sa stajališta kvalitete. Potrebno je standardizirati dijagnostičke i intervencijske radiološke postupke kod onkoloških pacijenta za najčešće vrste raka na razini Republike Hrvatske, a isto tako i uključiti radiologe u sve multidisciplinarne onkološke timove na razini pojedinih institucija. Nužno je koristiti europske standarde obnavljanja i servisiranja radiološke opreme, uspostaviti registar radiološke opreme te detaljno analizirati broj pretraga prema uređaju i prema radiologu u svakoj ustanovi na razini Republike Hrvatske kao i kvalitetu nalaza. Ovi su podaci nužni za planiranje nabave opreme s ciljem njihove optimalne uporabe. Potrebno je na razini Grada Zagreba odrediti koji se pacijenti pregledavaju u kojoj ustanovi i omogućiti da odgovarajuće pretrage provodi isti tim, a ne da se pojedine pretrage provode u različitim bolnicama bez potrebe. Važno je uvesti i kontrolu kvalitete opisivanja radioloških pretraga kod onkoloških pacijenta, jer se do 25 % pacijenta potencijalno krivo liječi zbog neadekvatne radiološke obrade, dok se u isto vrijeme brojni pacijenti bez potrebe upućuju na pojedine pretrage. Potrebno je uvesti jasne kriterije upućivanja pacijenta na radiološke pretrage s dugim listama čekanja, a to se osobito odnosi na onkološke pacijente. Preporučuje se koristiti klinički sustav podrške (engl. *i-guide clinical decision support*, u daljnjem testku: *i-guide*) Europskog društva radiologa (engl. *European Society of Radiology*, u daljnjem testku: *ESR*), koji treba biti integriran u bolničke informacijske sustave. Onkološki pacijenti, ovisno o kliničkim indikacijama za pretragu, moraju se uključivati kroz prioritetne liste čekanja. U primarnoj dijagnostici malignih bolesti treba omogućiti adekvatnu dijagnostiku sukladno europskim smjernicama u razumnom roku, ne duljem od tri tjedna i osigurati dodatne uvjete poput dostupnosti odgovarajuće opreme i educiranog kadra da se navedeni procesi mogu provesti u svim kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima, kao i u većini županijskih i općih bolnica za određene, češće vrste tumora. Potrebno je razraditi postupak drugog čitanja (engl. *second reading*) onkoloških nalaza, koji se trenutno honorira na simboličnoj razini i uvelike opterećuje radiologe u kliničkim ustanovama. Nema alternative reviziji radioloških slikovnih zapisa iz vanjskih ustanova, ako su one loše kvalitete, što je čest slučaj. Potrebno je omogućiti dopune nalaza, umjesto zahtjeva za novim opisom kao i ponavljanje pretrage samo u slučaju značajnih pogrešaka. Potrebno je uvođenje adekvatnih sistema za arhiviranje radioloških slika i komunikaciju (engl. *picture archiving and communication system*, u daljnjem testku: *PACS*) u sve kliničke ustanove u Republici Hrvatskoj te postupni prelazak na specifične informatičke tehnologije. Edukacija iz onkološke slikovne dijagnostike u pojedinim subspecijalističkim područjima u Republici Hrvatskoj je neadekvatna i ne postoji sustav kontrole kvalitete, koji treba uvesti. Liječnici obiteljske (opće) medicine nisu educirani za kvalitetno izvođenje pretrage poput ultrazvuka dojke te je medicinski neopravdano dijagnostiku karcinoma dojke izvoditi djelomično, bez integracije mamografije, ultrazvuka (u daljnjem tekstu: *UZV*), magnetske rezonancije (u daljnjem tekstu: *MR*) i mogućnosti biopsije, na razini primarne zdravstvene zaštite, osim ako tu dijagnostiku ne izvode temeljito obučeni radiolozi. Potrebno je uvesti obavezu izdavanja strukturiranog radiološkog nalaza prema kriterijima za procjenu učinka onkološke terapije u solidnim tumorima (engl. *Response Evaluation Criteria In Solid Tumors*, *RECIST*).

Nažalost, svjedoci smo značajnog kašnjenja u dijagnostičkom procesu onkoloških pacijenta. Glavni su razlozi nedostatak dijagnostičke opreme, njezina neravnomjerna raspoređenost i nedostatak kadra. Dodatni problem predstavlja neracionalno upravljanje postojećim limitiranim dijagnostičkim resursima, uslijed nepridržavanja smjernica i činjenice da dijagnostičari

uglavnom ne sudjeluju u indiciranju pretraga. Stanje se može brzo popraviti korištenjem europskih smjernica i adekvatnim korištenjem opreme. Primjer je korištenje MR u većem opsegu za onkološke pacijente, a u manjem opsegu za neke druge pretrage, s obzirom da rezultat ovog testa značajno utječe na odabir načina liječenja raka. Pacijenti također moraju pokazati veću odgovornost kako bi se izbjegla višestruka naručivanja, nedolasci na zakazane termine i ne podizanje nalaza dijagnostičkih pretraga.

U svim ustanovama u kojima se u značajnom broju operiraju i liječe onkološki pacijenti uvedene su temeljne intervencijske onkološke radiološke procedure, koje su se pokazale korisnima pri procesima validacije u velikim svjetskim centrima. Potrebno je koristiti temeljne procedure poput transarterijske kemoembolizacije (*engl. transarterial chemoembolization, TACE*), transarterijske embolizacije (*engl. transarterial embolization, TAE*), termalnih ablacija, perkutane injekcije etanola (*engl. percutaneous ethanol injection, PEI*), a zatim procijeniti standardne metode liječenja dostupne hrvatskim pacijentima.

S obzirom na to da dijagnosticiranje raka u većini slučajeva započinje od liječnika obiteljske (opće) medicine, primarna zdravstvena zaštita ima važnu ulogu u ovom procesu. Područja na kojima primarna zdravstvena skrb treba imati ključnu ulogu jesu:

- koordinacija dijagnostičkih procesa i korištenje europskih smjernica upućivanja pacijenta na radiološke pretrage (ERS i-guide)
- dugoročno praćenje bolesnika za koje se smatra da su izliječeni od raka

Preduvjet za optimalno započinjanje dijagnostičkog procesa jest dobra educiranost liječnika u okviru primarne zdravstvene zaštite i poznavanje europskih smjernica, koje se mogu integrirati u bolničke informacijske sustave, a u drugom koraku i u sustav primarne zdravstvene zaštite. Nakon završetka liječenja ranog raka, važnu ulogu u praćenju onkoloških pacijenta u koordinaciji sa specijalistom onkologom ima liječnik primarne zdravstvene zaštite. S ciljem osiguravanja optimalnih uvjeta za njihovo uključivanje u proces praćenja potrebno je osigurati odgovarajuću edukaciju i poznavanje postupaka. Stoga pravovremeni dijagnostički postupci i optimalno praćenje pacijenta tijekom i nakon liječenja predstavljaju temelj uspješnog liječenja.

Sažetak ključnih problema:

- Zakašnjela dijagnoza te posljedično kašnjenje početka liječenja imaju značajnu ulogu u visokom omjeru smrtnih slučajeva u odnosu na incidenciju raka u Republici Hrvatskoj
- Nedovoljna dostupnost optimalnih dijagnostičkih postupaka
- Nepridržavanje standardiziranih protokola za dijagnosticiranje te praćenje učinaka i ishoda liječenja
- Neracionalno korištenje postojećih limitiranih resursa

VIZIJA 2030. GODINE

Poboljšati kapacitete i mogućnosti dijagnostičkih postupaka, praćenja liječenja i praćenja nakon izlječenja u Republici Hrvatskoj s ciljem dostizanja zapadnoeuropskih standarda do 2025. godine.

CILJEVI

1. Poboljšati organizaciju i kvalitetu onkološke dijagnostike i praćenja liječenja.
2. Omogućiti pacijentima bolju dostupnost optimalnih dijagnostičkih postupaka.
3. Poboljšati suradnju i koordinaciju relevantnih dionika u zdravstvenom sustavu, osobito liječnika obiteljske (opće) medicine, onkologa i radiologa s ciljem osiguravanja racionalne uporabe dijagnostičkih resursa.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Definiranje optimalnih algoritama za dijagnostiku i praćenje liječenja za najčešće vrste raka (sukladno europskim smjernicama, ne dulje od tri tjedna u primarnoj dijagnostici).
2. Standardiziranje dijagnostičkih i intervencijskih radioloških postupaka i ispisa nalaza za najčešće vrste raka na razini države.
3. Planiranje unaprjeđenja dijagnostike karcinoma u svim kliničkim bolničkim centrima u Republici Hrvatskoj (trenutno Split, Rijeka i Osijek nemaju mogućnost pružanja cjelovite usluge dijagnostike za oboljele od raka).
4. Uključivanje radiologa u sve multidisciplinarnе onkološke timove na razini pojedinih ustanova.
5. Uključivanje svih specijalista koji provode onkološke dijagnostičke postupke u multidisciplinarni onkološki tim (gastroenterolozi, pulmolozi, ginekolozi, itd.).
6. Planiranje i izrada optimalnih nacionalnih dijagnostičkih postupaka kako bi se osigurao ravnopravan pristup svim pacijentima.
7. Uvođenje kriterija upućivanja pacijenata na radiološke pretrage. Preporučuje se koristiti ESR *i-guide* sustav, koji treba integrirati u bolničke informacijske sustave.
8. Educiranje liječnika obiteljske (opće) medicine i drugih specijalista o koordinaciji i praćenju dijagnostičkih procesa uporabom ESR *i-guide* sustava.
9. Planiranje i uspostava sustava dugoročnog praćenja pacijenta koji se smatra izliječenima u koordinacija s pacijentovim onkologom.
10. Praćenje podataka o radiološkoj opremi, kao i drugoj dijagnostičkoj opremi koja se koristi u onkološkoj dijagnostici (primjerice opreme za endoskopiju ili bronhoskopiju).
11. Planiranje i uspostavljanje primjene europskih standarda obnove i servisiranja radiološke opreme.
12. Planiranje kontinuiranog analiziranja korištenja opreme (po uređaju, radiologu i ustanovi na razini države).
13. Uvođenje procesa kontrole kvalitete kako bi se povećala točnost očitavanja nalaza (trenutno se do 25 % pacijenta neadekvatno liječi zbog neadekvatne radiološke obrade, a brojni se pacijenti bez potrebe upućuju na pojedine pretrage).
14. Unaprjeđenje procesa i sustava plaćanja drugog čitanja (engl. *second reading*) nalaza dijagnostičkih testova.
15. Planiranje i uvođenje odgovarajućih PACS sustava u sve kliničke ustanove te postupni prelazak na odgovarajuću informatičku tehnologiju.

Rokovi provedbe: 1., 3., 6., 7. i 13. 2021. godina; 2., 4., 5., 8., 9., 10., 11., 12. i 14. 2022. godina; 15. 2023. godina, sve aktivnosti dalje kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Bolnice
- Hrvatski liječnički zbor
- Stručna društva
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Učinkovita rana dijagnostika može pomoći u otkrivanju raka u početnom stadiju, omogućujući time učinkovitije, manje složeno i jeftinije liječenje. Primjerice, studije provedene u zemljama s visokim dohotkom ukazuju da je liječenje oboljelih kojima je rak dijagnosticiran u početnom stadiju 2 do 4 puta jeftinije od liječenja oboljelih kojima je rak dijagnosticiran u uznapreovalom stadiju. Zbog toga SZO preporučuje ulaganja u osnaživanje i opremanje zdravstvenih službi te edukaciju zdravstvenih radnika kako bi mogli točno i na vrijeme postaviti dijagnozu.

Već desetljećima MR i CT predstavljaju temeljne metode slikovne dijagnostike u onkološkom liječenju, dok PET/CT tehnologija, iako prisutna od 1998. godine, zbog viših troškova i dalje povremeno izaziva rasprave o isplativosti kao dijagnostičkog alata.

PET/CT je metoda visokog stupnja osjetljivosti i specifičnosti kad su u pitanju maligne lezije. Ta je metoda uvelike unaprijedila očitavanje PET-a, smanjila nepouzdana očitavanja te povećala dijagnostičku točnost. Veća točnost pri određivanju stadija, ponovnom određivanju stadija i brzo određivanje terapije doveli su do odgovarajućih promjena u pristupu pacijentu. Očito je da, osim dodatnih troškova, PET/CT donosi i potencijalne uštede jer se tako izbjegavaju dodatna snimanja ili invazivni postupci te liječnicima omogućava lakše odlučivanje o optimalnom liječenju. Navedeni argumenti ukazuju na isplativost ove metode u liječenju. Sve je više dokaza o učinkovitosti ove metode u kliničkoj praksi kao sveobuhvatne metode snimanja sa sve širom primjenom u raznim područjima onkologije.

B. DIJAGNOSTIKA

UVOD

Patohistološka i molekularna dijagnostika predstavlja osnovu moderne onkološke terapije. U dijagnostici tumora koriste se različiti molekularni testovi. Ovi su testovi katkada neophodni za postavljanje točne dijagnoze tumora i svrstavanje tumora u specifične prognostičke kategorije, detekciju minimalne ostatne bolesti i za predviđanje odgovora na liječenje. Molekularnim dijagnostičkim testovima može se otkriti i obiteljska sklonost za razvoj malignih tumora na različitim lokacijama.

Donedavno su molekularne studije tumora uključivale analize pojedinačnih gena. U proteklih nekoliko godina, uvođenjem nove tehnologije omogućeno je brzo sekvencioniranje cijelog genoma primjenom sekvencionera nove generacije, analizom epigenetskih promjena (epigenomika), određivanje količine ekspresije ribonukleinske kiseline (u daljnjem tekstu: RNA) u staničnoj populaciji (transkriptomika), te simultano mjerenje velikog broja proteina (proteomika) i metabolita (metabolomika) u tumorskim stanicama. Molekularni dijagnostički testovi mogu se provoditi i analizom cirkulirajuće tumorske deoksiribonukleinske kiseline (u daljnjem tekstu: DNA) i/ili izoliranih tumorskih stanica iz krvi pacijenta (engl. *liquid biopsy*) pa bi tehnika tekućinske biopsije mogla imati mjesto u ranoj dijagnostici, procjeni odgovora na liječenje, otkrivanju rezistencije na lijek i otkrivanju povrata bolesti.

VIZIJA 2030. GODINE

Uvođenje novih, potvrđenih i isplativih molekularnih testova u svrhu primjene ciljanih onkoloških terapija. Glavni ciljevi su odrediti najučinkovitiju vrstu liječenja za svakog pacijenta, s fokusom na subpopulaciju pacijenta koji će imati najviše koristi od određenog lijeka izbjegavajući primjenu toksičnih terapija u pacijenta kojima takva terapija nije potrebna. Osim toga, ovakva istraživanja imaju važnu ulogu u javnom zdravstvu zbog učinkovitije kontrole troškova.

CILJEVI

1. Poticati suradnju s međunarodnim visokospecijaliziranim centrima kroz konzultacije s inozemnim stručnjacima.
2. Definirati visokospecijalizirane referentne centre u molekularnoj i kliničkoj genetici, imunoonkološkoj dijagnostici i patohistologiji, koji bi uz dodatne analize bili uključeni i u kontrolu kvalitete.
3. Omogućiti stvaranje novih i djelotvornijih testova probira daljnjim usavršavanjem molekularne dijagnostike, razviti nove ciljne lijekove te na temelju specifičnih genomskih promjena kod pojedinog pacijenta dobiti informacije za praćenje učinkovitosti liječenja i procjenu odgovora na terapiju.
4. Kroz multidisciplinarni pristup i daljnje napredovanje molekularne dijagnostike doprinijeti individualizaciji u liječenju pacijenata oboljelih od raka.

5. Osigurati rad centra za personaliziranu terapiju u onkologiji.
6. Poticati razvoj translacijskog istraživanja. Translacijsko istraživanje stvara kontinuitet između temeljnog istraživanja i kliničke prakse te istražuje molekularne biomarkere i nove tehnologije za predviđanje osjetljivosti tumora na određenu terapiju.
7. Poticati suradnju liječnika različitih specijalnosti iz kliničkih bolničkih centara i znanstvenika zaposlenih na medicinskim fakultetima ili institutima s ciljem inkorporiranja temeljnih istraživanja u kliničke istraživačke studije i kliničku praksu i obrnuto.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Planiranje edukacije naših stručnjaka kroz suradnju s međunarodnim visokospecijaliziranim centrima.
2. Unaprjeđenje infrastrukture i opreme.
3. Osiguranje donacije opreme i kemikalija za molekularne testove.
4. Uspostava suradnje između kliničkih bolničkih centara i općih bolnica s ciljem optimalne analize uzorka tumora (dodatne analize, detekcije novih biomarkera zbog lijeka koji nije bio poznat u trenutku postavljanja dijagnoze ili zbog potencijalnog ispitivanja novih lijekova) čime bi se unaprijedila skrb za pacijente.
5. Donošenje propisa o evidentiranju medicinskih podataka i načinu postupanja s uzorcima u tumorskim bankama, koji su jamstvo za biološku kvalitetu uzoraka i ispravno korištenje pohranjenih materijala.
6. Planiranje uspostave informatičkog programa za tumorske banke u kojoj se objedinjuju baze podataka iz različitih tumorskih banaka kako bi se omogućila razmjena informacija, pristup većem broju uzoraka, a time i brže postizanje rezultata u okviru inicijativa za suradnju između akademskih institucija i bolnica kao i zbog promicanja translacijskog istraživanja.
7. Planiranje i uspostava sustava kontrole kvalitete za laboratorije za molekularnu dijagnostiku uvođenjem standarda za izvođenje testova, ocjenu kvalitete rezultata (unutarnja i vanjska laboratorijska kontrola) i ispunjavanje akreditacijskih zahtjeva vezanih uz osoblje, opremu i kvalitetu testiranja.
8. Kontinuirana adaptacija i implementacija novih modaliteta patološke dijagnostike.
9. Planiranje uspostave centra za personaliziranu medicinu u onkologiji.

Rokovi provedbe: 5., 7. i 9. 2023. godina, ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Zdravstvene ustanove
- Farmaceutske i biotehnološke tvrtke
- Laboratoriji za molekularnu dijagnostiku
- Zaklade i druga tijela putem kojih se financiraju istraživanja
- Stručna društva
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Bolnice
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

S razvojem personalizacije u onkologiji, klinički relevantne genetske promjene sve više se koriste za stratifikaciju pacijenta za specifične ciljane lijekove. U kontekstu personalizirane onkologije, probir u svrhu otkrivanja somatskih tumorskih mutacija ključan je za predviđanje odgovora pojedinog pacijenta na terapiju. Stalno smanjenje troškova ovih testova doprinosi njihovoj svakodnevnoj upotrebi u kliničkoj praksi u zapadnim zemljama.

Sve veći broj literature bavi se ocjenom njihove isplativosti u kliničkoj praksi. Primjerice, masivno paralelno sekvenciranje (MPS) omogućuje brzo otkrivanje genomskih promjena u tumoru do dosad neviđenih detalja i uz relativno niske troškove. Sa smanjenjem troškova tijekom posljednjih godina, za očekivati je da će ova tehnologija postati sve pristupačnija u svakodnevnom rutinskom testiranju i sve je bliže dijagnostički prihvatljivim stopama troškova. Primjenom novih molekularnih testova za diferencijalnu dijagnozu citološki neodređenih čvorova na štitnjači moguće je izbjeći gotovo tri četvrtine operacija koje se trenutno izvode u pacijenta s benignim čvorovima. U usporedbi sa sadašnjom praksom koja se temelji samo na citološkim nalazima, to može rezultirati nižim ukupnim troškovima i donekle poboljšanom kvalitetom života pacijenta s neodređenim čvorovima na štitnjači.

Izvešće koje je bilo usmjereno na Sjedinjene Američke Države i Njemačku pokazalo je da primjena testiranja na RAS mutaciju u svrhu ograničavanja primjene terapije inhibitorima receptora za epidermalni čimbenik rasta (engl. epidermal growth factor receptor, EGFR) na pacijente s tumorima s divljim tipom RAS gena rezultira smanjenim troškovima kod nekih pacijenta.

C. GENETIČKO TESTIRANJE I SAVJETOVANJE

UVOD

Oko 5 – 10 % zloćudnih tumora je nasljedno, odnosno nastaje kao rezultat prirodnih mutacija koje najčešće zahvaćaju gene supresore tumora. Danas je poznato više od 30 različitih gena koji su povezani s povećanim rizikom nastanka određenih vrsta raka. Među njima su najčešći: rak dojke i rak jajnika/jajovoda/primarni peritonejski rak povezan s mutacijama u genima za rak dojke BRCA 1/2, hereditarni nepolipozni kolorektalni karcinom (u daljnjem tekstu: HNPCC),

obiteljski adenomatozni polipozni rak debelog crijeva (u daljnjem tekstu: FAP), nasljedni melanom i medularni rak štitnjače u okviru multiplih endokrinih neoplazija tipa 2 (u daljnjem tekstu: sindrom MEN 2). U obiteljima u kojima se na temelju postojećih kriterija definira mogućnost postojanja nasljednog oblika raka, oboljelu osobu i zdrave krvne srodnike treba uputiti u genetičko savjetovanište. Trenutačno u Republici Hrvatskoj nije adekvatno ni sustavno riješeno pitanje genetičkog savjetovanja za nasljedne vrste raka, osobito za odraslu populaciju. Genetičko savjetovanište za nasljedni rak treba biti sveobuhvatno i baviti se savjetovanjem za sva sijekla, a treba biti u domeni medicinskog/kliničkog genetičara educiranog za nasljedni rak, uz pozivanje drugih specijalnosti radi konzultacija. Osobe pod rizikom trebaju biti upoznate s mogućnostima genetičkog testiranja. Nakon postupka genetičkog savjetovanja i procjene individualnog rizika donosi se odluka o potrebi genetičkog testiranja na temelju rezultata genetičkog testiranja i podataka iz osobne i obiteljske anamneze, osobe se svrstavaju u različite kategorije rizika obolijevanja od specifičnog tumora te se, sukladno tome, upućuju na redovite preventivne preglede ili se poduzimaju preventivne farmakološke odnosno kirurške intervencije. Genetičko savjetovanište treba postojati za sve genetski uvjetovane tumore, a osobito za rak dojke i jajnika/jajovoda/primarni peritonejski tumor, rak debelog crijeva i melanom.

VIZIJA 2030. GODINE

Poboljšati rano otkrivanje i ishode najvažnijih nasljednih oblika raka s ciljem dostizanja zapadnoeuropskog prosjeka.

CILJEVI

1. Osigurati dostupnost visokokvalitetnog genetičkog savjetovanja, dijagnostike i preventivnog liječenja za sve oboljele i njihove krvne srodnike.
2. Osigurati učinkovite metode preventivnog liječenja.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Unaprjeđenje dostupnosti centara za genetičko savjetovanje i dijagnostiku. Genetička savjetovaništa u Republici Hrvatskoj moraju biti optimalno definirana kako bi bio lako dostupna pacijentima i zdravim srodnicima, uzimajući u obzir zemljopisne osobitosti, broj stanovnika i prevalenciju nasljednih vrsta raka. Unutar genetičkog savjetovaništa potrebno je odvojiti procedure za tzv. terapijsko testiranje, kada se kod oboljele osobe informacija o mutaciji mora dobiti dovoljno brzo, jer izravno utječe na terapijske odluke (prioritetna procedura uz dostupne brze rezultate testiranja) te savjetovanje i testiranje zdravih pojedinaca radi procjene rizika za obolijevanje od raka, pri čemu prednost treba osigurati tzv. terapijskim testiranjima.
2. Unaprjeđenje genetičkog savjetovanja u većim centrima u Republici Hrvatskoj u kojima postoji mogućnost provođenja genetičkog testiranja za sve pacijente kod kojih se sumnja ili

se dijagnosticira genetski uvjetovan tumor, kao i za njihove krvne srodnike koji su potencijalni nositelji nasljednih mutacija.

3. Planiranje razvoja ranog otkrivanja (engl. *screening*) za osobe s genetskim predispozicijama za nastanak raka te osiguranje praćenja nositelja nasljednih mutacija u programu personalizirane skrbi. Primjerice, 80 % nositelja HNPCC gena tijekom života razvit će rak kolona. Česti su pridruženi malignomi kao što su tumori endometrija i jajnika. Pacijenti također imaju povećan rizik od raka uretera, bubrega, želuca, bilijarnog sustava i tankog crijeva. Svaki pacijent s nasljednim rakom ili zdrava osoba nositelj/nositeljica mutacije treba u genetičkom savjetovalištu dobiti jasan plan preporuka za praćenje u svrhu ranog otkrivanja raka, ovisno o vrsti mutacije koju nosi.
4. Osiguranje dostupnost preventivnih zahvata svim nositeljima nasljednih mutacija, kojima je moguće smanjiti rizik za nastanak tumora (npr. profilaktička mastektomija i adnektomija kod mutacija u BRCA 1/2, profilaktička kolektomija kod FAP-a i HNPCC-a).
5. Unaprjeđenje savjetovanja o očuvanju plodnosti (onkofertilitetno savjetovanje) kod osoba nositelja mutacije, a prije planiranja profilaktičkih mjera, osobito kirurških (npr. nositeljice mutacija kod kojih se planira profilaktičko uklanjanje jajnika i jajovoda).
6. Unaprjeđenje psihološkog savjetovanja za osobe koje to žele i/ili kojima to preporučí genetički savjetnik.
7. Pokretanje studija koje će povezati genetske markere (mutacije) s povećanom učestalosti određenih tumora. Važno je utvrditi u kolikom se postotku kod ljudi kod kojih se otkrije pojedini marker rak stvarno i razvije.
8. Planiranje uspostave referentnog centra za genetski uvjetovane tumore i genetičko savjetovanje.
9. Unaprjeđivanje rada laboratorija za molekularnu genetiku (definiranje laboratorija adekvatnih za provođenje testiranja te sustava njihove akreditacije i certificiranja, unutarnja i vanjska kontrola).
10. Planiranje osiguranja većih ulaganja u akademska i multidisciplinarna istraživanja te javnozdravstvena istraživanja u onkologiji. Posebno treba osigurati potporu programima razvoja novih genetskih i epigenetskih pokazatelja genetski uvjetovanih tumora (npr. u traženju pokazatelja oboljelih od nasljednog raka dojke u kojih nije nađena mutacija u genima BRCA 1/2, a koji predstavljaju dvije trećine svih slučajeva nasljednog raka dojke i jajnika/jajovoda/primarnog peritonejskog raka).
11. Planiranje usavršavanja iz laboratorijske genetike za stručnjake drugih struka (biolozi, farmaceuti, medicinski biokemičari i dr.). Potrebno je jačati povezanost temeljnih i kliničkih istraživačkih ustanova i istraživačkih skupina u istraživanju raka, povezati klinički i istraživački rad te kod ishoda informiranog pristanka za testiranje pacijentima i zdravim članovima obitelji ponuditi zaseban informirani pristanak koji bi obuhvatio korištenje uzoraka za dodatna istraživanja. Planiranje petogodišnjih programa specijalizacija i upućivanje odgovarajućeg broja zainteresiranih liječnika na specijalističko usavršavanje. Prema Direktivi 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija, medicinska/klinička genetika prepoznata je kao samostalna specijalizacija koja treba trajati minimalno četiri godine. U prijelaznom razdoblju (dok novo upućene osobe ne završe specijalizaciju) i za potrebe boljeg funkcioniranja genetičkog savjetovališta, potrebno je planiranje školovanja određenog broj tzv. genetičkih savjetnika (engl. *genetic counsellors*), te osmisliti dodatnu edukaciju medicinskih sestara/tehničara koji bi radili u genetičkom savjetovalištu uz definiranje njihova opsega poslova.

12. Edukacija liječnika primarne, sekundarne i tercijarne razine na ovom području te poboljšanje informiranja stanovništva o preventivnim programima i programima (inicijativama) ranog otkrivanja raka.
13. Planiranje praćenja bioloških uzoraka, uz propisane standarde kvalitete uzoraka, metode izolacije, pohrane kao i uvođenje pravila o pristupu takvim podacima i materijalima.

Rokovi provedbe: 1., 10., 11. i 12. 2021. godina i kontinuirano; 6., 7., 8., 9. i 13. 2022. godina; 2., 3., 4. i 5. 2023. godina

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Ministarstvo znanosti i obrazovanja
- Zdravstvene ustanove
- Laboratoriji za molekularnu dijagnostiku
- Institut Ruđer Bošković
- Zaklade i druga tijela putem kojih se financiraju istraživanja
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Genetičko testiranje i savjetovanje pokazali su se najisplativijima kada su usmjereni na rizične populacije. Brojne analize potvrđuju da program genetičkog testiranja i probira za rano otkrivanje raka dojke u visoko rizičnim populacijama može biti isplativ. Rezultati za rak dojke i jajnika pokazuju da je, unatoč troškovima testiranja i profilaktičkih zahvata, testiranje žena za razvoj raka dojke i jajnika pokazuje ekonomske prednosti jer omogućuje ženama s visokim rizikom od pojave ovih vrsta raka da naprave profilaktički kirurški zahvat te time izbjegnu visoke troškove, pobol i smrtnost povezane s ovim vrstama raka. Troškovi i dobrobiti za scenarije s testiranjem i bez testiranja vrlo su slični tijekom cijelog životnog vijeka. To znači da su troškovi testiranja i profilaktičkog kirurškog zahvata približno jednaki povećanim troškovima vezanim uz povećanu incidenciju raka u scenariju bez testiranja. Neka istraživanja čak ukazuju na povoljne ekonomske ishode probira cijele ženske populacije na rak dojke.

6. LIJEČENJE RAKA

A. PROMICANJE MULTIDISCIPLINARNIH ONKOLOŠKIH TIMOVA

UVOD

Kako bi se poboljšalo i uz postojeće resurse optimiziralo onkološko liječenje u Republici Hrvatskoj, potrebno je značajno unaprijediti organizaciju onkološke skrbi.

Multidisciplinarni pristup i razvoj multidisciplinarnih onkoloških timova su najjeftiniji, a potencijalno i najučinkovitiji način brzog unaprjeđenja uspješnosti liječenja raka u Republici Hrvatskoj, stoga oni trebaju postati obveza. Multidisciplinarni tim donosi odluku o inicijalnom planu liječenja, najvažnijem elementu suvremenog uspješnog liječenja raka o kojem ovisi i konačni rezultat. Multidisciplinarni tim također donosi odluke o racionalnoj dijagnostičkoj obradi pacijenta, čime se omogućuje brža obrada i efikasnije liječenje pacijenta sa zloćudnom bolešću. Timski rad predstavlja rad više stručnjaka na postizanju zajedničkog cilja. Taj rad ne smije biti fragmentaran i nepovezan, već dobro koordiniran od strane voditelja (koordinatora) tima. Zaključci multidisciplinarnog tima moraju biti zabilježeni i pohranjeni u obliku standardizirane dokumentacije, koja treba biti dio Nacionalne baze onkoloških podataka i Registra za rak. Svi timski izvještaji moraju se upisivati u zajedničku Nacionalnu bazu onkoloških podataka. Učinkovit timski rad i kvalitetna komunikacija s pacijentima i članovima obitelji može značajno prevenirati pogreške u radu, nezadovoljstvo pruženom uslugom i spriječiti pritužbe na zdravstvene radnike. Brojna istraživanja pokazuju vrijednosti i dobrobiti timskoga rada, no isto tako navode i poteškoće u organizaciji i realizaciji timskog rada.

VIZIJA 2030. GODINE

Osigurati da se više od 90 % slučajeva oboljelih od raka prezentira pred organiziranim multidisciplinarnim timovima u odgovarajućem sastavu u svrhu donošenja zajedničke odluke o najboljem načinu liječenja.

CILJEVI

1. Inicijalni plan liječenja svih pacijenta oboljelih od raka mora biti u skladu s prihvaćenim smjernicama i mora ga donijeti multidisciplinarni tim.
2. Osigurati odgovarajući sastav multidisciplinarnog tima.
3. Osigurati uvjete za kvalitetan rad multidisciplinarnog tima:

- a. visoku razinu profesionalnog znanja o specifičnoj problematici koja je vezana uz osnovni cilj određenog tima.
- b. svaki član multidisciplinarnog onkološkog tima treba imati sposobnosti i kompetencije za suradnju, uspostavu dobrog komunikacijskog odnosa, spremnost da čuje druge osobe i da uvažava njihovo mišljenje.
- c. osim bolničkih liječnika specijalista, vrlo je važno sudjelovanje liječnika obiteljske (opće) medicine u procesu skrbi o oboljelima od raka te utvrđivanje njihove uloge i položaja unutar onkološke mreže. Potrebno je kontinuirano provoditi edukaciju liječnike obiteljske (opće) medicine s ciljem što bolje skrbi za onkološke pacijente.
- d. prisutnost u timu je obveza, a ne fakultativna. Za obvezu dolaska u tim svih unaprijed definiranih specijalista odgovoran je ravnatelj ustanove u kojoj se tim uspostavlja, dakako i voditelji ustrojbenih jedinica čiji su djelatnici sudionici tima.
- e. optimalno je da pacijent bude i fizički prisutan prilikom prezentacije pred timom, omogućivši na taj način svim članovima tima optimalan uvid u njegovo opće stanje, sposobnost za primanje definiranih dijagnostičkih i terapijskih modaliteta.
- f. multidisciplinarnost mora biti obvezna, a za rad multidisciplinarnog tima treba planirati odgovarajući financijski okvir.
- g. kvalitetu rada multidisciplinarnog tima treba pratiti i vrednovati.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Planiranje izmjene propisa kojim će se regulirati obvezna primjena odgovarajućeg multidisciplinarnog pristupa u onkologiji.
2. Standardiziranje dokumentacije o multidisciplinarnom liječenju.
3. Planiranje uspostave Nacionalne baze onkoloških podataka i informatičke podrške.
4. Uspostavljanje multidisciplinarnih timova u svim ustanovama u kojima se provodi onkološko liječenje (definiranje multidisciplinarnih timova za onkološka sjela za koja će se provoditi liječenje, imenovanje članova tima, definiranje vremena održavanja sastanka tima, organizacijske strukture te način dolaska i prezentacije onkološkog pacijenta pred timom). Specijalisti koji sudjeluju u njegovu radu moraju biti topički orijentirani za problematiku kojom se taj tim bavi (specijalist onkologije i radioterapije i/ili internističke onkologije, kirurg, patolog, radiolog, medicinski fizičar, medicinska sestra/tehničar, psihijatar ili psiholog kao i liječnici drugih specijalnosti ovisno o sjelu raka, npr. pulmolog, gastroenterolog, ginekolog, specijalist otorinolaringologije, dermatolog, specijalist nuklearne medicine i dr.).
5. Planiranje koordinacije između lokalnih onkoloških ustanova u kojima se ne može uspostaviti odgovarajući multidisciplinarni tim i regionalnih ustanova radi upućivanja pacijenata u regionalne ustanove. Planiranje pripreme pacijenata za prezentaciju pred multidisciplinarnim timom od strane onkologa sa lokalne razine te sudjelovanje u radu tima korištenjem suvremenih tehnologija.
6. Planiranje uspostave odgovarajuće informatičke podrške za potrebe virtualnog rada multidisciplinarnih timova.

7. Planiranje ljudskih kapaciteta, procedura i indikatora praćenja za optimalan rad multidisciplinarnih timova.
8. Planiranje procesa praćenja, nadzora i kontrole putem koordinacijske jedinice za praćenje Nacionalnog strateškog okvira.

Rokovi provedbe: 1., 5. i 7. 2021. godina; 2. i 4. 2022. godina; 3., 6. i 8. vidi poglavlje 11. Uspostavljanje nacionalne onkološke mreže, kontrola kvalitete, nadzor i izvješćivanje A. Nacionalna onkološka mreža

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Zdravstvene ustanove (onkološki centri)
- Stručna onkološka društva
- Koordinacijska jedinica za praćenje Nacionalnog strateškog okvira
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Prednosti multidisciplinarnog rada u onkologiji danas su prihvaćene kao norma te se smatraju ključnima u pružanju optimalne onkološke skrbi. Također je dokazano da multidisciplinarni pristup skrbi dovodi do temeljitijeg donošenja odluka, može povećati preživljavanje, skratiti vrijeme potrebno da se utvrdi točan stadij bolesti i smanjiti vrijeme čekanja na početak liječenja. Postoje i dokazi da su iskustva pacijenata bolja nakon uvođenja sastanaka multidisciplinarnog tima.

Ključni su sastanci multidisciplinarnog tima za koje je na institucionalnoj i državnoj razini nužno procijeniti ishode odlučivanja i financijske troškove. U Ujedinjenom Kraljevstvu, primjerice, mjesečni trošak održavanja sastanka multidisciplinarnog tima iznosio je između 2.192 i 10.050 GBP (prosječno 5.136 GBP), s ukupnim troškom od 80.850 GBP mjesečno, dok je trošak po novom pacijentu o kojem je tim raspravljao iznosio 415 GBP, što je značajno više nego u Republici Hrvatskoj. U trenutno teškoj financijskoj situaciji u kojoj se nalazi zdravstveni sustav potrebno je kontinuirano nadzirati učinkovitost sastanaka multidisciplinarnog tima te osigurati da pacijenti i kliničari i dalje imaju koristi od redovitih sastanaka multidisciplinarnog tima.

Rezultati objavljeni u brojnim publikacijama ukazuju na veliku raznolikost objavljenih troškova multidisciplinarnog pristupa. Trenutni dokazi nisu dostatni da bi se utvrdilo je li rad

multidisciplinarnog tima u onkološkoj skrbi isplativ te su potrebne dodatne studije usmjerene na razumijevanje glavnih aspekata multidisciplinarnog rada koji rezultiraju isplativom onkološkom skrbi. Međutim, svi ostali bitni aspekti multidisciplinarnog pristupa pokazali su se pozitivnima.

B. ONKOLOŠKA KIRURGIJA

UVOD

Prema definiciji, onkološka kirurgija je kirurgija kojoj je cilj liječenje zloćudnih tumora i otklanjanje smetnji koje su posljedica raka. Poznato je da onkološka kirurgija iziskuje veliko znanje, iskustvo, trajno usavršavanje te adekvatnu opremljenost same kirurgije, ali i kvalitetne razine cjelokupne popratne dijagnostike, suportivne terapije, intenzivne medicine i onkologije. Uloga suvremenog onkološkog kirurga je uloga jednakopravnog člana multidisciplinarnog tima; zajedno sa stručnjacima iz komplementarnih područja oni surađuju u svim aspektima liječenja pacijenta oboljelih od raka – prevenciji, dijagnostici, liječenju, praćenju i palijativnoj skrbi. Pored specijalnog poznavanja kirurških postupaka, kirurška onkologija mora obuhvatiti poznavanje raznih dijagnostičkih, kliničkih, potpornih i rekonstrukcijskih te rehabilitacijskih medicinskih postupaka, koji osiguravaju preživljavanje pacijenta u najboljim mogućim uvjetima. Kirurško liječenje raka u Republici Hrvatskoj nije primjereno sustavno organizirano. Ne postoji sustavna mreža onkoloških kirurških centara, niti su jasno, jedinstveno definirani minimalni preduvjeti za mogućnosti izvođenja pojedinih onkoloških kirurških zahvata. Onkološko kirurško liječenje često provode kirurzi koji nisu usko specijalizirani za liječenje tumora. Za sada nema jednoznačnih smjernica za indikacije i provođenje pojedinih kirurških postupaka. Nedostaju jasne definicije standardnih operativnih procedura.

VIZIJA 2030. GODINE

Osigurati da kirurške zahvate na većini onkoloških pacijenata (više od 80 %) izvode specijalizirani onkološki kirurzi u mreži onkoloških kirurških centara u skladu s stručnom odlukom i strategijom liječenja multidisciplinarnog tima te u okviru izvrsnosti zapadnoeuropskog prosjeka.

CILJ

1. Podignuti kvalitetu kirurške onkologije i posljedično boljih ishoda liječenja onkoloških pacijenata (na razinu prosjeka zapadne Europe) te racionalizirati potrošnju dostupnih resursa.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Definiranje minimalnih uvjeta na razini tercijarnih ustanova u kojima se obavljaju točno određeni kirurški postupci (opći kirurški zahvati, urološki zahvati, ginekološki zahvati kao i druga područja u kojima se izvode onkološki kirurški zahvati).
2. Osigurati dostupnost tercijarnih ustanova u kojima se provode kirurški postupci odgovarajućim prostornim rasporedom.
3. Planiranje infrastrukturnog opremanja tercijarnih ustanova u kojima se obavljaju točno određeni kirurški postupci.
4. Planiranje razvoja ljudskih kapaciteta tercijarnih ustanova u kojima se obavljaju točno određeni kirurški postupci.
5. Planiranje edukacija i trajnog usavršavanja zdravstvenih radnika.
6. Planiranje razvoja specijalizacije iz kirurške onkologije.
7. Praćenje i nadzor kvalitete liječenja kroz klinički značajne parametre poput komplikacija, infekcija, radikalnosti operativnog zahvata, smrtnosti i kontinuirane evaluacije rada pojedinih centara reorganizacijom Registra za rak (Nacionalna baza onkoloških podataka).
8. Planiranje integracije podataka o svim onkološkim pacijentima i ishodima liječenja u Nacionalnu bazu onkoloških podataka.
9. Standardiziranje operativnih procedure kirurškog liječenja od predoperativne pripreme, postoperativnog zbrinjavanja, zbrinjavanja perioperativnog nutritivnog statusa, komplikacija i sl.
10. Izrada smjernica za kirurško onkološko liječenje najčešćih tumora.
11. Definiranje uvjeta za ustanove u kojima će se zbrinjavanje rjeđih tumora i sarkoma (liječenje ovakvih bolesti treba biti centralizirano).
12. Unaprjeđenje modela financiranja i nabave proteza (npr. implantata za dojke, kanila, rastućih proteza, umjetnih zglobova i sl.).
13. Standardiziranje uvjeta odlaska u inozemstvo na kirurško onkološko liječenje.
14. Utvrđivanje obveze prikaza pacijenta pred multidisciplinarnim timom prije operativnog zahvata.

Rokovi provedbe: 1., 2., 3., 4., 5., 6., 9., 11., 13. i 14. 2021. godina; 7. i 22. 2022. godina, ostale aktivnosti kontinuirano; 8. vidi poglavlje Uspostavljanje nacionalne onkološke mreže, kontrola kvalitete, nadzor i izvješćivanje A. Nacionalna onkološka mreža

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Zdravstvene ustanove
- Stručna društva (područje onkologije i kirurgije)
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Još uvijek nema dovoljno studija o isplativosti kirurških intervencija. Nekoliko nedavnih studija ukazalo je na vrijednost raznih kirurških pristupa. Utvrđene su bitne razlike među studijama, uglavnom vezano uz učinkovitost. Ovi naizgled kontradiktorni rezultati možda su odraz poteškoća u tumačenju malih razlika između načina liječenja u pogledu dobivenih kvalitetnih godina života. Primjerice, studija objavljena u časopisu *World Journal of Urology* nije utvrdila povećane troškove laparoskopske nefrektomije u odnosu na otvorenu radikalnu nefrektomiju. Prema drugom primjeru još uvijek je nejasno jesu li dobrobiti radikalne nefrektomije kod starijih pacijenta veće od rizika. Čak i kada studije identificiraju statistički značajne razlike, liječnici su ti koji trebaju odrediti jesu li te razlike klinički značajne. Za neke intervencije koje se smatraju dominantnim strategijama kod raka prostate, dobivene kvalitetne godine života iznosile su 0,013 za aktivni nadzor u odnosu na radikalnu prostatektomiju i 0,007 za robotski asistiranje metode u odnosu na ne-robotske metode. Najviše dobivenih kvalitetnih godina života bilo je 0,57-0,86 za radikalnu prostatektomiju u usporedbi s pažljivim čekanjem i 0,72 za brahiterapiju u odnosu na konvencionalnu radioterapiju.

Potrebne su dodatne studije koje bi se bavile pitanjem vrijednosti u kirurškoj njezi pacijenta. Optimalna skrb definira se kao postupak koji ne zahtijeva ponovni prijem pacijenta, bez pokazatelja sigurnosti pacijenta, bez infekcija i bez stanja stečenih tijekom boravka u bolnici. Sa stajališta ekonomske analize, „optimalna” kirurška skrb relativno je česta kod svega nekoliko vrsta raka, kao što su rak prostate i bubrega. S obzirom da nema provjerenih podataka o isplativosti postojećih kirurških zahvata, bit će vrlo teško analizirati ekonomski učinak novih metoda kao što je robotski asistirana nefrektomija, za što je potrebna kupnja opreme vrijedne gotovo 2 milijuna USD. Osim toga, troškovi bolnice uključuju sterilne prekrivače, fluorescentno oslikavanje, ligature, šavove, stezaljke, hemostatska sredstva, spužve, portove, ultrazvuk i instrumente – što sve može koštati dodatnih 3.000 USD po zahvatu.

C. RADIOTERAPIJA

UVOD

Radioterapija se kao metoda liječenja koristi kod 60 % ili više pacijenata oboljelih od raka. Uloga radioterapije u liječenju malignih bolesti je višestruka. Koristimo je kao primarni, temeljni

modalitet liječenja (samu ili u kombinaciji s kemoterapijom, hormonskom ili imunoterapijom), u liječenju lokalno ograničenih i lokalno uznapredovanih tumora, za sprječavanje povrata bolesti nakon radikalnog kirurškog liječenja, za potencijalno smanjenje velikih tumora, tj. konverziju inicijalno inoperabilnih u operabilne, te u paliјativne svrhe (za ublažavanje boli, pritiska i krvarenja) kada je tumor neizlječiv.

Radioterapija zahtijeva velika početna ulaganja, planiranje prostora i opreme. U zemljama s niskim ili srednjim primanjima stanovništva, kao što je Republika Hrvatska, postoji drugačija stopa distribucije vrsta i stadija raka (više pušačkih tumora i prosječno viši stadij bolesti pri postavljanju dijagnoze), što definira još veću potrebu za radioterapijom u usporedbi sa zemljama visokih prosječnih primanja. Procjene su za Republiku Hrvatsku da će na svakih 1000 pacijenta s rakom njih 520 biti liječeno radioterapijom, a dodatnih 120 primit će radioterapiju ponovno, višekratno tijekom daljnjeg liječenja svoje bolesti. Zaključno, na svakih 1000 novo dijagnosticiranih pacijenta planira se 640 radioterapijskih planiranja i liječenja.

Većina radioterapijskih tretmana u Republici Hrvatskoj obavlja se trodimenzijskom konformalnom radioterapijom. Međutim, danas u razvijenijim zemljama nezaobilaznu i vrlo značajnu ulogu u liječenju radioterapijom imaju i moderne radioterapijske tehnike kojima je cilj što bolja lokalna kontrola bolesti uz istodobno uspješniju zaštitu okolnog zdravog tkiva. Moderne su tehnike: slikovno vođena radioterapija (engl. *Image-Guided Radiation Therapy*, IGRT), intenzitetno modulirana radioterapija (engl. *Intensity-Modulated Radiation Therapy*, IMRT), lučna radioterapija (engl. *Volumetric Modulated Arc Therapy/Rapid Arc*, VMAT), stereotaksijska radioterapija (engl. *Stereotactic Body Radiation Therapy/Cyber Knife*, SBRT).

Moderne tehnike počivaju na sve zahtjevnijim tehnologijama i tehnikama, za koje je nužno osigurati više financija, vremena i ljudskih resursa za njihovo provođenje. Međutim, provođenje radioterapije ovim tehnikama rezultira i uspješnijim liječenjem onkoloških pacijenata.

U Republici Hrvatskoj organizirano je pet radioterapijskih ustanova u četiri regionalna centra. Radioterapijski centri organizirani su u zdravstvenim ustanovama koje su ujedno i znanstveno-nastavne ustanove zbog kompleksnosti planiranja i provođenja radioterapijskog liječenja koje provodi radioterapijski tim.

Glavne su prepreke kvalitetnijoj i učinkovitijoj radioterapiji na razini države:

- nepostojanje umrežene organizacijske strukture koja će povezati radioterapijske centre kako bi se pacijentima učinio dostupnim širok raspon radioterapijskih tehnika, a njezino funkcioniranje učiniti financijski i klinički najučinkovitijim;
- organizacija rada usmjerena na svakodnevne poslove, a ne na srednjoročno ili dugoročno strateško planiranje;
- nedostatak sustava samovrednovanja na temelju pomno zabilježenih kliničkih ishoda;
- neadekvatna kapitalna ulaganja s posljedičnim nedostatkom opreme. U Republici Hrvatskoj u funkciji je 15 linearnih akceleratora što nas svrstava u zemlje Europe koje su ispodprosječno opremljene (3,5 uređaja na milijun stanovnika), dok je europski prosjek 5,3 uređaja na milijun stanovnika. Prosječna starost linearnih akceleratora u Republici Hrvatskoj (2016.) bila je 7,7 godina (raspon 3 – 18 godina). Primjena suvremenih radioterapijskih tehnika na većini linearnih akceleratora u Republici Hrvatskoj nije moguća. U okviru javnog

zdravstva stereotaksijska radioterapija moguća je jedino za tumore glave i to na samo jednom uređaju,

- nedostatak stručnog kadra,
- nakon provedene analize stanja i potreba radioterapijske opreme u Republici Hrvatskoj, kao i analize standarda radioterapijskih ustanova u Europi i svijetu, možemo zaključiti:
 - broj radioterapijskih institucija i njihova regionalna raspoređenost jesu optimalni te nema potrebe za osnivanjem novih radioterapijskih centara;
 - broj radioterapijskih uređaja u Republici Hrvatskoj kritično je manji od europskog prosjeka;
 - regionalna opterećenost opreme nije ujednačena te neki centri imaju značajno veći broj pacijenata po uređaju godišnje od drugih.

Radioterapija je jedna od najpropulzivnijih medicinskih disciplina. U procesu planiranja nabave nove radioterapijske opreme potrebno je specificirati tehnološki najsuvremenije uređaje. Uspostava sustava koji osigurava kontinuirano kvalitetno pružanje usluge radioterapije pacijentima diljem zemlje predstavlja vrlo složen i financijski zahtjevan projekt. Stoga je za njegovu realizaciju važno osigurati kontinuirano financiranje iz svih raspoloživih izvora kao što su Državni proračun Ministarstva zdravstva, sredstva lokalne i područne (regionalne) samouprave, fondovi Europske unije, sredstva drugih međunarodnih organizacija i drugi izvori financiranja.

VIZIJA 2030. GODINE

Osigurati pružanje potrebnog radioterapijskog liječenja bez čekanja, u skladu s međunarodno definiranim standardima, primjenom suvremenih radioterapijskih tehnika te uz kontinuiranu kontrolu kvalitete opreme i planova liječenja na razini prosjeka zapadnoeuropskih zemalja.

CILJEVI

1. Osigurati optimalnu radioterapiju svim onkološkim pacijentima u Republici Hrvatskoj bez čekanja na liječenje.
2. Primijeniti suvremene radioterapijske tehnike u liječenju raka.
3. Umrežiti sve radioterapijske ustanove u Republici Hrvatskoj u svrhu optimizacije korištenja opreme i kontrole kvalitete radioterapije.
4. Osigurati kvalitetan, financijski održiv sustav, koji će popratiti potrebe radioterapijskih ustanova i svim pacijentima osigurati naprednu i inovativnu radioterapiju.
5. Poboľšati ishode liječenja pacijenata, povećati udio izliječenih pacijenata, uz manje neželjenih posljedica liječenja.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Izrada plana nabave radioterapijske opreme.

2. Unaprjeđenje dijagnostičko terapijskih usluga u Kliničkom bolničkom centru Split, Kliničkom bolničkom centru Rijeka, Kliničkom bolničkom centru Osijek, Kliničkom bolničkom centru Zagreb te Klinici za tumore i Klinici za onkologiju i nuklearnu medicinu Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice (npr. brahioterapija i dr.).
3. Osiguranje protokola/procesa optimalne opterećenosti opreme.
4. Planiranje uvođenja novih dijagnostičko terapijskih postupaka u zdravstveni sustav (npr. stereotaksijske radioterapije – radiokirurgije).
5. Praćenje i uvođenje novih modaliteta liječenja radioterapijom.
6. Planiranje održavanja i obnavljanja postojeće opreme, kao i uvođenje novih tehnologija u radioterapiju.
7. Planiranje dostatnih kadrova koji su preduvjet za unaprjeđenje tehnika radioterapije i rad na uređajima za zračenje (planiranje zapošljavanja, početne i trajne izobrazbe cijelog radioterapijskog tima, tj. liječnika specijalista onkologije i radioterapije, inženjera medicinske fizike i radioloških tehnologa).
8. Planiranje povezivanja ustanova u kojima se provodi radioterapijska u Republici Hrvatskoj.
9. Optimalizacija (maksimalizacija) korištenja cjelokupne radioterapijske opreme.
10. Uspostava sustava praćenja kontrole kvalitete radioterapijskog sustava i rezultata liječenja.
11. Planiranje unaprjeđenja kapaciteta svih radioterapijskih ustanova zbog povećanja incidencije malignih bolesti u skladu sa stručnim smjernicama u radioterapiji.

Rokovi provedbe: 1., 2., 4., 7., 8. i 9. 2021. godina; 3., 5., 6., 10. i 11. 2022. godina i kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Zdravstvene ustanove (onkološki centri)
- Stručna društva
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Područje radijacijske terapije postiglo je dramatične tehničke napretke u posljednjih dvadeset godina. Trodimenzionalna konformalna radioterapija, radioterapija moduliranog intenziteta i protonska terapija razvijeni su s ciljem poboljšanja terapijskog omjera: veće stope izlječenja s nižom toksičnošću. Postoji ograničen broj publikacija u kojima se analizira isplativost jedne vrste radioterapije u odnosu na drugu.

Prema izvješću objavljenom u časopisu Lancet, u zemljama s niskim i srednjim dohotkom, s početnim ulaganjima od 97 milijardi USD, ekonomske koristi i uštede su znatne: između 278 i 365 milijardi USD tijekom narednih 20 godina. Što je još važnije, navedene politike i ulaganja imale bi pozitivan utjecaj na oboljele od raka. Ako bi se osigurala dostupnost svim pacijentima do 2035. godine, procjenjuje se da bi radioterapija spriječila napredovanje raka u 2,5 milijuna ljudi što bi dovelo do ukupnog preživljavanja 950.000 osoba.

Također su potrebni klinički podaci o ishodu liječenja, kao i podaci dobiveni od samih pacijenta, za razumijevanje kratkoročnih i dugoročnih čimbenika koji utječu na isplativost različitih radioterapijskih modaliteta. Pacijenti koji pridaju veliku važnost izbjegavanju kratkoročne toksičnosti ili kraćem radioterapijskom liječenju (kao što je brahiterapija), mogu smatrati da je skuplji tretman opravdan, iako nema dugoročne koristi. Primjerice, ako je brahiterapija povezana s manje teškim akutnim kožnim reakcijama u usporedbi s radioterapijom vanjskim snopom – (engl. external body radiotherapy, ERBT), to može dovesti do prolazno povećane korisnosti za brahiterapiju, ali minimalnog učinka na dugoročnu prognozu kvalitetnih godina života. Nasuprot tome, ako brahiterapija značajno poboljša dugoročne ishode liječenja raka dojke, kao što su očuvanje fizičkog izgleda ili kasni učinci na pluća i srce, učinak na kvalitetne godine života može biti značajniji. Drugi čimbenici koji mogu utjecati na dugoročnu korisnost i troškove novih modaliteta uključuju naknadne povezane postupke, probir i kasnu toksičnost. Stoga je potrebno procijeniti ishode koje su prijavili pacijenti kako bi mogli bolje procijeniti korisnost novih modaliteta.

D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE

UVOD

Rak je često sustavna bolest pa sustavno onkološko liječenje predstavlja osnovicu uspješne terapije raka. Sustavno liječenje raka sastoji se od protutumorskog i potpornog liječenja. Protutumorsko liječenje uključuje kemoterapiju, endokrinu terapiju, imunoterapiju, primjenu biološke terapije, a katkada i liječenje izotopima. Sustavno onkološko liječenje složeno je i zahtjevno, često popraćeno značajnim neželjenim posljedicama, potencijalno štetno za okoliš (kemoterapija, izotopi) te često skupo. Uzimajući u obzir broj onkoloških pacijenta u Republici Hrvatskoj, cijenu i potencijalnu toksičnost sustavnog onkološkog liječenja, potrebu za kontinuiranim praćenjem rezultata liječenja i njegovih neželjenih posljedica, primjenu sustavne onkološke terapije treba ograničiti na definirane onkološke ustanove (nacionalna onkološka mreža) te specijaliste koji se u svom programu specijalizacije obučavaju za njegovu primjenu (specijalisti onkologije i radioterapije, specijalisti internističke onkologije, specijalisti hematologije te specijalisti pedijatri s užom specijalizacijom iz hematologije i onkologije).

U Republici Hrvatskoj sustavno onkološko liječenje provodi se u ustanovama gdje postoje uvjeti za primjenu sustavne onkološke terapije, a u skladu s nacionalnom onkološkom mrežom. Sustavno onkološko liječenje jedno je od najpropulzivnijih medicinskih područja s gotovo svakodnevnim promjenama. Nacionalnim strateškim okvirom treba osigurati uvjete prema kojima će onkološki pacijenti u Republici Hrvatskoj dobiti sustavnu terapiju koja značajno doprinosi produženju života bez progresije bolesti te time značajno utječe i na poboljšanje kvalitete života.

Financijski okvir za primjenu terapija mora biti jasno i transparentno utvrđen za sve pacijente u Republici Hrvatskoj. Sustav stavljanja novih lijekova na listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (ili drugi mehanizam na temelju kojeg terapije postaju realno dostupne pacijentima) mora biti transparentan, jasan i brz. Pri odobravanju terapija i definiranju indikacija treba uzimati u obzir mišljenje odgovarajućih stručnih liječničkih društava, a ne samo registraciju lijeka. Odluku o načinu sustavnog liječenja pojedinog pacijenta treba načelno donijeti nakon rasprave u multidisciplinarnom timu u skladu s nacionalnim ili europskim smjernicama. Rezultati liječenja, učinkovitost i toksičnost trebaju se pratiti i pohranjivati u Nacionalnu bazu onkoloških podataka te redovito kontrolirati. Potrebno je u što kraćem roku osigurati kadrovske, materijalne i pravne uvjete za rad Nacionalne baze onkoloških podataka. Za sve odobrene sustavne onkološke terapije potrebno je planirati i osigurati dovoljno financijskih sredstava. Uzimajući u obzir skupoću terapije i opterećenje koje predstavlja za bolničke proračune, treba razmotriti modele financiranja liječenja pacijenta sa zloćudnim bolestima. Pri Hrvatskom zavodu zdravstveno osiguranje treba razmotriti mogućnost organizacije jedinice koja bi se bavila isključivo onkološkim pitanjima.

Zdravstvena skrb u ustanovama u kojima se primjenjuje sustavna onkološka terapija treba biti organizirana tako da omogući kontinuiranu skrb i liječenje pacijenata i dostupnost odgovarajućeg kvalificiranog zdravstvenih radnika 24 sata dnevno, svih sedam dana u tjednu. Potrebno je smanjiti administrativno opterećenje zdravstvenih radnika.

VIZIJA 2030. GODINE

Omogućiti dostupnost svih sustavnih onkoloških terapija u skladu s definiranim nacionalnim i međunarodnim smjernicama o liječenju, uz kontinuirani nadzor ishoda specifičnih za liječenje i troškova lijekova na razini prosjeka zapadnoeuropskih zemalja, mjereno kao postotak BDP-a usklađen za PKM.

CILJEVI

1. Osigurati pristup liječenju jednake kvalitete na svim razinama zdravstvene zaštite svim građanima kojima je dijagnosticiran rak u okviru opcija dostupnih u hrvatskom javnom zdravstvu.
2. Osigurati dostupnost sustavnih terapija koje nedvojbeno produžuju život bez progresije bolesti; svima oboljelima od raka u Republici Hrvatskoj mora se pružiti bolja šansa za preživljavanje, kao i mogućnost bolje kvalitete života.

3. Planirati i osigurati financijske i organizacijske uvjete za prikupljanje podataka i stručno praćenje rezultata liječenja što će također omogućiti kvalitetnu usporedbu raznih razina zdravstvene skrbi.
4. Osigurati javnosti dostupnost stručnih i znanstvenih podataka o ishodima liječenja, obrađenim na odgovarajući način.
5. Osigurati multidisciplinarno liječenje pacijenta.
6. Planirati i osigurati administrativne i financijske uvjete te poticati provođenje kliničkih studija kako bi se povećala dostupnost inovativne terapije što većem broju oboljelih.
7. Osigurati administrativnu podršku za primjenu novih sustavnih oblika liječenja prije njihova stavljanja na tržište, tzv. *milosrdno davanje lijeka*.
8. Primjenjivati znanstvena otkrića u kliničkoj praksi u što kraćim rokovima.
9. Analizirati sustav skrbi i preko modela (tzv. *izvješća pacijenta o uspješnosti provedene terapije*) povremenih, koordiniranih i standardiziranih anketa o razini zadovoljstva pacijenta.
10. Provoditi protutumorske i potporne terapije u dnevnim bolnicama u što većem broju.
11. Stvoriti poticaje kako bi se osigurao pristup novim terapijama, istodobno s okvirom za osiguravanje obveznog pristupa proizvodima koji su od posebnog značenja sa stajališta javnog interesa.
12. Osigurati transparentan, javan, brz, promjenjiv sustav odobravanja novih onkoloških lijekova kao i sustav kontrole uspješnosti njihove primjene.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Osiguranje kontinuirane skrbi i liječenja pacijenata s rakom i trajna dostupnost kvalificiranih zdravstvenih radnika u ustanovama akreditiranim za primjenu sustavne onkološke terapije.
2. Razmatranje mogućnosti organizacije jedinice koji bi radila isključivo na onkološkim pitanjima pri Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje.
3. Izrada i revizija kliničkih smjernica za liječenje pojedinih bolesti od strane stručnih društava.
4. Osiguranje javne dostupnosti kliničkih smjernica za sustavno onkološko liječenje na mrežnim stranicama.
5. Osiguranje optimalne dostupnosti novih lijekova protiv raka svim oboljelima od raka na temelju strogih znanstvenih dokaza i značajne prednosti za ukupno preživljavanje, preživljavanje bez napredovanja bolesti ili poboljšanje kvalitete života od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.
6. Praćenje provedbe putem koordinacijske jedinice za Nacionalni strateški okvir .
7. Osiguranje okvira za povećanje broja kliničkih istraživanja u Republici Hrvatskoj u minimalnom roku i maksimalnom broju (pravni okvir, ljudski, prostorni i informatički resursi i sl.).
8. Osiguranje maksimalne dostupnosti novih lijekova kroz programe iz milosrđa (engl. *Expanded Access program*) iz Europe i svijeta.
9. Uspostava multidisciplinarnih timova u svim ustanovama u kojima se provodi onkološko liječenje ustanovama (definirati multidisciplinarnu timove za onkološka sjela za koja će se provoditi liječenje, imenovati članove tima, definirati vrijeme održavanja sastanka tima, organizacijsku strukturu te način dolaska i prezentacije onkološkog pacijenta pred timom).
10. Osiguranje transparentnog, javnog, brzog, promjenjivog sustava odobravanja novih onkoloških lijekova kao i sustav kontrole uspješnosti njihove primjene.

11. Organiziranje dnevnih bolnica u ustanovama u kojima se primjenjuje sustavna onkološka terapija.

Rokovi provedbe: 1., 2. i 7. 2021. godina; 8. i 9. 2022. godina; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Zdravstvene ustanove (Onkološki centri)
- Stručna društva (Onkološka društva)
- Koordinacijska jedinica za Nacionalni strateški okvir
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Iako su visoke cijena onkoloških lijekova i naizgled neznatna dobrobit koju donose (često od svega par tjedana do par mjeseci) sve češće na meti kritika, zbog načelno pozitivnih zaključaka analiza isplativosti ti lijekovi postaju dostupni pacijentima putem sustava javnog zdravstva.

Zanimljivo je da je tijekom zadnjih 20 godina udio izdataka namijenjenih raku u ukupnim zdravstvenim izdacima ostao konstantan (6-7 % u Europi, 6,9 % u Republici Hrvatskoj). Iako su izdaci za onkološke lijekove tijekom tog razdoblja i u apsolutnom i u relativnom smislu porasli, ostali troškovi ostali su na istoj razini ili su smanjeni unatoč povećanoj incidenciji raka uzrokovanoj starenjem stanovništva. Pad stope smrtnosti uzrokovane rakom kod radno sposobnih pacijenta rezultirao je smanjenjem gubitaka u proizvodnji uslijed preuranjene smrtnosti. Jedan od razloga održavanja istog udjela troškova je i problem preraspodjele sredstava u zdravstvenim sustavima pod gospodarskim pritiskom, a drugi prebacivanje troškova s bolničke na ambulantnu skrb.

E. PSIHOLOŠKA POTPORA, REHABILITACIJA I REINTEGRACIJA ONKOLOŠKIH PACIJENTA

UVOD

Prema istraživanjima oko 60 % pacijenata treba barem inicijalnu psihološku podršku, a oko 30 % treba kontinuiranu podršku i praćenje radi izraženijih psiholoških teškoća u obliku anksiozno-depresivnih reakcija, teškoća prilagodbe, simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, kognitivnih teškoća, psiho seksualnih i drugih teškoća. Izraženi psihološki distres pokazuju i članovi obitelji, osobito njegovatelji tijekom liječenja, te im je potrebno osigurati psihološku pomoć tijekom liječenja oboljelog i neposredno nakon smrti u tugovanju. Psihoonkološko liječenje uključuje intervencije čiji je cilj umanjiti djelovanje raka na emocionalne doživljaje i poboljšati sposobnost pacijenta da ispunjava zahtjeve bolesti, njezina liječenja i promijenjenog načina života zbog raka. Potrebno je utvrditi načine za prepoznavanje psihološki najranjivijih pacijenata te im osigurati ranu intervenciju, odnosno psihološki tretman i pomoć. Važna profesionalna komponenta psihosocijalne potpore, koju svi zdravstveni radnici i drugi koji sudjeluju u liječenju i pružanju podrške onkološkim pacijentima moraju poštivati, jest razvijanje odgovarajućih komunikacijskih vještina. Unutar kategorije onkoloških pacijenata potrebno je uvažavati posebnosti skupine koju čine djeca i njihove obitelji te palijativni pacijenti i njihove obitelji.

Prognoza za većinu vrsta raka se poboljšava, zbog čega je sve važnije oboljelima od raka pružiti najbolju moguću prigodu da ubuduće dobro funkcioniraju u svim životnim ulogama. Sve veći broj pacijenata preživljava rak, ali posljedice njihove bolesti i/ili liječenja predstavljaju prepreke u njihovu svakodnevnom životu. Rehabilitacijske mjere (psihološke, socijalne, zdravstvene) moraju biti uvedene od početka liječenja do kraja života. Samopoštovanje, opća tjelesna i duševna dobrobit mora se sačuvati što je duže moguće uz pomoć rehabilitacije. Rehabilitacija je (primarno) usmjerena poboljšanju kvalitete života pacijenta, a ne samo produljenju životnog vijeka. Prema okvirnim procjenama, 50 % oboljelih od raka treba rehabilitaciju. Njezin je cilj smanjiti štetne posljedice bolesti i popratne pojave liječenja raka, potičući pacijenta da zauzme aktivniji pristup svojem liječenju (jačajući vlastite sposobnosti, vjeru u sebe) i pomažući obiteljima pacijenata da shvate njihove potrebe, a samim time i promijene stav društvenog okruženja prema raku. Potrebno je osvijestiti psihološke tegobe pacijenta unutar medicinske zajednice, ali i u široj društvenoj sredini, te razviti sustav za rano otkrivanje psihičkih tegoba i njihovo zbrinjavanje. Potrebno je aktivno uključivanje specijalista medicine rada i sporta te multidisciplinarni pristup u strukturiranom procesu povratka na posao. Onkološki pacijenti imaju pravo na rad i prilagodbu radnog mjesta i radnih uvjeta njihovim mogućnostima. Potrebno je planirati konkretne mjere kojima bi se pristupilo senzibilizaciji poslodavaca i radnih sredina, poticanju oboljelih od raka na radnu aktivnost, kada im zdravstveno stanje to dopušta.

VIZIJA 2030. GODINE

Optimizirati zdravstvene službe u Republici Hrvatskoj s ciljem poboljšanja podrške onkološkim pacijentima, omogućavanja ponovnog povezivanja s članovima obitelji te uspostavljanja

svakodnevnih navika. Suradnja svih dionika u stvaranju pozitivnog mišljenja i ozračja u društvu koje će potpomoći rehabilitaciji i reintegraciji onkoloških pacijenata.

CILJEVI

A. Psihoonkološko liječenje i psihološke intervencije

1. Psihoonkološko liječenje i skrb učiniti standardnom i dostupnom komponentom liječenja oboljelih od raka i/ili njihovih obitelji na svim razinama zdravstvene zaštite u svim fazama dijagnostike, liječenja i rehabilitacije.
2. Specifične psihoonkološke intervencije (psihoterapija, psihofarmakoterapija) razviti kao standardni element liječenja oboljelih od raka i njihovih obitelji.
3. Osigurati odgovarajući broj stručnog osoblja različitog profila (psiholog, socijalni radnik, psihijatar, psihoterapeut itd.) koji će u okvirima svojih kompetencija provoditi psihološko savjetovanje, savjetovanje, liječenje i druge programe za oboljele od raka i njihove obitelji na sve tri razine zdravstvene zaštite uz uvažavanje posebnosti potreba djece i palijativnih pacijenata.
4. Uključiti psihoonkološki sadržaj u proces stručnog osposobljavanja i trajnog usavršavanja svih zdravstvenih radnika i drugih osoba koje neposredno pružaju usluge skrbi onkološkim pacijentima.

B. Rehabilitacija i reintegracija onkoloških pacijenata

1. Poboljšati uvjete u širem društvenom okruženju, senzibilizirati javnost za teškoće onkoloških pacijenata, osigurati programe u zajednici u suradnji s civilnim društvom te olakšati socijalnu reintegraciju pacijenata.
2. Smanjiti štetne tjelesne i duševne posljedice bolesti i liječenja uz osnaživanje pacijenata za razvoj novih obrazaca ponašanja i novih životnih vještina radi smanjivanja posljedica bolesti i liječenja.
3. Uspostaviti sustav u kojem će se ubrzati obrada zahtjeva za ocjenu radne sposobnosti, tjelesnog oštećenja i odlučivanja o naknadama onkološkim pacijentima.

MJERE/AKTIVNOSTI

A. Psihoonkološko liječenje i psihološke intervencije

1. Integriranje psihoonkološkog liječenja i skrbi u cjelokupni proces dijagnostike, liječenja i praćenja onkoloških pacijenata.
2. Organiziranje psihoonkoloških savjetovašta za oboljele i obitelji pri zdravstvenim ustanovama.
3. Osvješčivanje, osnaživanje i motiviranje udruga koje pružaju uzajamnu samopomoć i/ili profesionalnu psihološku pomoć i psihoonkološko savjetovanje pacijentima i obiteljima, posebno u području palijativne skrbi i podrške djeci onkološkim pacijentima i njihovim roditeljima.
4. Uključivanje elemenata psihoonkologije u edukaciju, odnosno trajno usavršavanje onkologa kako bi se na vrijeme prepoznale psihološke poteškoće koje se javljaju u pacijenata i obitelji.

5. Provođenje dodatne edukacije stručnjaka koji rade u psihoonkološkim savjetovalištim iz područja psihoonkologije i osnova onkološkog liječenja.
6. Izrada smjernica i postupnika o oblicima i načinima podrške u pružanju psiholoških tretmana i savjetovanja, izboru instrumentarija i istraživanju potreba pacijenata.
7. Umrežavanje, dijeljenje iskustava i znanja te organiziranje edukacija za stručnjake koji rade u području psihoonkološkog savjetovanja oboljelih i članova obitelji.

B. Rehabilitacija i reintegracija onkoloških pacijenta

1. Organiziranje akcija i predavanja za javnost usmjerene na podizanje svjesnost javnosti o prirodi problema koje imaju onkološki pacijenti i njihove obitelji.
2. Provođenje aktivnosti destigmatizacije zloćudnih bolesti i oboljelih u općoj populaciji.
3. Analiziranje potreba, definiranje rehabilitacijskog tima i izrada smjernica za rehabilitaciju onkoloških pacijenata tijekom i nakon liječenja u dijelu koji se odnosi na tjelesno i duševno zdravlje radi poboljšanja kvalitete života i ostvarivanja svih životnih uloga u obitelji i društvu i povratka na rad.
4. Razrada modela i načina financiranja modificiranog radnog vremena za pacijente sa zloćudnim bolestima kako bi oni unatoč svome stanju mogli aktivno sudjelovati u svojoj radnoj i životnoj zajednici.
5. Planiranje provedbe programa senzibilizacije poslodavaca i prilagodbi uvjeta rada onkoloških pacijenata u suradnji s organizacijama poslodavaca i stručnim društvom za medicinu rada.
6. Razrada procesa rješavanja zahtjeva onkoloških pacijenata, kriterija i uvjeta za utvrđivanje privremenog i trajnog invaliditeta onkoloških pacijenata čije je liječenje izrazito dugotrajno, za koje se ne očekuje poboljšanje ili su u terminalnoj fazi bolesti.
7. Izraditi smjernice za povratak na posao, savjetovanje pacijenta i davanje mišljenja o sposobnosti pacijenta za obavljanje poslova u suradnji s medicinom rada i drugim dionicima.

Rokovi provedbe: A4. i B5. 2021. godina; A5., A6. i B7. 2022. godina; B4. i B6. 2023. godine; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike
- Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Zdravstvene ustanove
- Zdravstveni radnici
- Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada
- Hrvatski liječnički zbor
- Udruge
- Mediji
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike
- Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Osobe izliječene od raka suočene su s kasnim i dugotrajnim učincima liječenja, emocionalnim stresom i mogućim recidivom tumora. Ovi učinci predstavljaju izazove za javnozdravstvene sustave, koji moraju osigurati odgovarajuću skrb nakon bolesti i kvalitetu života: potrebno je pojmove „koliko dugo“ ljudi žive nakon dijagnoze zamijeniti s „koliko kvalitetno“ ljudi mogu očekivati da će živjeti od dijagnoze nadalje.

Iako je potvrđena djelotvornost brojnih psihosocijalnih intervencija kod oboljelih od raka, jedna od prepreka provedbi u rutinskoj kliničkoj skrbi je nedostatak podataka o isplativosti. Pokazalo se da je nekoliko psihosocijalnih intervencija, osobito onih koje se temelje na kognitivno-bihevioralnoj terapiji, isplativo u onkološkoj skrbi. Buduća istraživanja trebala bi jasno definirati pitanje isplativosti, uključiti sve relevantne troškove i razmotriti mjere kvalitete života utemeljene na korisnosti za potrebe utvrđivanja kvalitetnih godina života.

7. POSEBNA PODRUČJA ONKOLOGIJE

A. PEDIJATRIJSKA ONKOLOGIJA

UVOD

Zloćudne bolesti u djece predstavljaju ne samo medicinski nego i psihosocijalni problem djeteta, obitelji i šire zajednice. S obzirom na to da je visoka razina izlječivosti tumora kod djece te relativno mala incidencija i potreba za izvrsnošću u njihovu liječenju, tumori kod djece predstavljaju zahtjevan klinički, organizacijski i edukacijski problem.

Osnova djelovanja u području pedijatrijske onkologije predstavlja Strateški plan Europskog udruženja za dječju onkologiju (SIOPE). Ovim je dokumentom formalno regulirana međunarodna stručna suradnja s osobljem koje se bavi problematikom djeteta s malignim tumorom u cilju jedinstvenog načina rada (link: www.siope.eu/SIOPE_StrategicPlan2015). Prethodno usvojeni Europski standard skrbi za djecu s malignim bolestima donosi osnovne

smjernice za primjerenu skrb oboljele djece i mladih (link: www.siope.eu/wp-content/uploads/2013/06/Croatian.pdf).

VIZIJA 2030. GODINE

Osigurati pedijatrijsku onkološku skrb u skladu s međunarodno definiranim smjericama, uz kontinuiranu kontrolu kvalitete i pristup lijekovima/metodama u skladu s prosjekom zapadno europskih zemalja

CILJEVI

1. Optimizacija zdravstvene skrbi za djecu oboljelu od zloćudnih bolesti kroz podizanje razine sveukupne zdravstvene zaštite navedene skupine djece uz psihosocijalno zbrinjavanje obitelji
2. Utvrditi sustav kontrole kvalitete liječenja i skrbi za djecu oboljelu od zloćudnih bolesti.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Kategoriziranje zdravstvenih ustanova u kojima se provodi pedijatrijska onkologija uz definiranje metoda, dijagnostike i područja liječenja za svaku ustanovu.
2. Planiranje informatičkog umrežavanja pedijatrijskih ustanova koje se bave problematikom djeteta s malignim tumorom kako bi podatci o svakom bolesnom djetetu bili kontinuirano dostupni.
3. Planiranje i osiguranje razvoja primjerene administrativne podrške.
4. Kontinuirano planiranje i osiguravanje dovoljnog broja visokospecijaliziranih stručnjaka svih profila te njihova kontinuirana edukacija i usavršavanje.
5. Izrada cjelokupnog programa skrbi u pedijatrijskoj onkologiji uz definirane smjernice dijagnostike i liječenja, poštivanje prioriternih vremenskih odrednica i ostvarivanje primjerene kvalitete života djeteta i njegove obitelji.
6. Razvijanje preventivnog programa: povećani dijagnostički nadzor djece u rizičnim skupinama (npr.: neurofibromatoza, genitourinarne malformacije, obitelji s pojavnošću Wilmsovog tumora, retinoblastoma i drugih tumora koji su povezani s nasljednom komponentom ili ostalim čimbenicima rizika).
7. Provođenje palijativnih postupaka uz poštivanje osobnosti i digniteta djeteta uz rukovođenje s IMpaCt kriterijima kojima se ostvaruje mobilnost s namjerom što češćeg boravka djeteta u vlastitom domu. Potrebna je dobra komunikacija između bolničkog palijativnog tima, županijske (lokalne) bolnice i/ili medicinskog tima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Važno je kvalitetno informiranje roditelja i izbjegavanje terapijskog nasilja. Psihosocijalna potpora mora biti usmjerena prema cijeloj obitelji.
8. Praćenje kasnih komplikacija liječenja kroz ambulantni rad. Danas se 80 % djece i adolescenata s malignom bolesti uspješno liječi. Procjenjuje se da 60 % preživjelih ima najmanje jedan kronični zdravstveni problem, a 30 % ozbiljno zdravstveno oštećenje.
9. Planiranje i razrada modela kontinuiranog praćenja osoba koje su preživjele pedijatrijsku neoplazmu (engl. *Survivorship Passport*) što omogućava svakoj osobi u Europi bolji pristup zdravstvenoj skrbi i adekvatno dugoročno praćenje.

10. Planiranje i razrada modela prelaska onkološkog pacijenta iz pedijatrijske skrbi na skrb kod onkologa za odrasle osobe.
11. Poticanje i sudjelovanje u nacionalnim i međunarodnim predkliničkim i kliničkim istraživanjima.
12. Uključivanje liječnika u rad skupina za pojedine tumore: BFM skupina, SIOP *brain tumor* grupa za tumore mozga, SIOPEN-ova grupa za neuroblastome, EMSOS grupa za muskuloskeletalne tumore, grupa za tumore bubrega, rijetke tumore i kasne komplikacije liječenja (*PanCare*).
13. Osigurane trajne postdiplomske edukacija zdravstvenih radnika u zemlji i inozemstvu, usmjerene i na primarnu zdravstvenu zaštitu radi što ranijeg mogućeg otkrivanja tumora.
14. Planiranje edukacija i sudjelovanja zdravstvenih radnika na sastancima pojedinih skupina u Europi te osiguranje prijenosa informacija svim centrima u Republici Hrvatskoj.
15. Planiranje i unaprjeđenje zajedničkih kliničkih epidemioloških baza podataka i/ili registara.
16. Planiranje i izrada Nacionalne baze podataka za pedijatrijsku onkologiju kao posebnog dijela Nacionalne baze onkoloških podataka.
17. Sudjelovanje hematologa u radu povjerenstva za odobrenje liječenja skupim lijekovima i evaluacija opravdanosti primjene inovativnih lijekova, tj. sudjelovanje u kliničkim studijama na osnovi stručnog medicinskog i timskog odlučivanja.
18. Ostvarivanje predškolskog, osnovnoškolskog i srednjoškolskog programa, fizikalne i radne terapije, nutritivne potpore te rada psihologa i socijalnog radnika uz provedbu rehabilitacijskih projekata i projekata psihosocijalne podrške (psihorehabilitacijski tim).
19. Razmatranje unaprjeđenja modela smještaja djece i roditelja za vrijeme izvanbolničkog liječenja i prava roditelja na bolovanje, status njegovatelja ili skraćeno radno vrijeme.
20. Sinkroniziranje rada udruga s potrebama odjela na kojima se provodi dijagnostika, liječenje, praćenje komplikacija i rehabilitacija djeteta s malignim tumorom uz prioritarno usmjeravanje donacija; usuglašavanje potreba i osiguravanje jasnog i transparentnog sustava donacija. Razrada modela volonterskog rada educiranih volontera na odjelima za dječju onkologiju, koji bi znatno mogli poboljšati kvalitetu života oboljele djece i njihovih obitelji kao i uvjete rada radnicima na tim odjelima. Razrada preciznih opisa volonterskih poslova, volonterskih ugovora i udrugama prepustiti selekciju i edukaciju potencijalnih volontera, koji se dijelom mogu regrutirati iz skupine osoba koji su bili suočeni s problemom malignog tumora (engl. *survivors*). Sve navedeno primjenjivo je i u drugim ustanovama u kojima se provodi onkološka skrb i na odjelima, a kroz suradnju s udrugama civilnog društva.
21. Umrežavanje udruga koje se bave problemom obitelji suočenih s malignim tumorom u dječjoj dobi uz krovno nastupanje radi optimalnosti djelovanja, tj. ostvarivanja socijalnih prava obitelji i rješavanja problema smještaja u izvanbolničkim uvjetima.
22. Organiziranje mladih koji su bili suočeni s problemom malignog tumora i organiziranje rehabilitacijskih kampova uz pomoć udruga.
23. Educiranje i planiranje sudjelovanja volontera s odgovarajućim kompetencijama.
24. Primjena protokola o komunikaciji u teškim situacijama.
25. Provođenje sustavne supervizije i psihološke podrške zdravstvenim radnicima u pedijatrijskoj onkološkoj skrbi.
26. Uvođenje radiokirurgijskog liječenja djece sa solidnim tumorima sa svom potrebnom tehničkom i kadrovskom podrškom.

Rokovi provedbe: 3. i 4. 2021. godina i kontinuirano; 1., 5., 18., 19., 24., 25. i 26. 2022. godina;

6., 8., 9. i 10. 2023. godina; 11. vidi poglavlje Istraživanja u onkologiji; 13. i 14. Vidi poglavlje Edukacija u onkologiji; 15. i 16. vidi poglavlje A. Nacionalna onkološka mreža; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Agencija za lijekove i medicinske proizvode
- Zdravstvene ustanove u kojima se provodi pedijatrijska onkologija
- Međunarodne ustanove u kojima se provodi pedijatrijska onkologija
- Stručna društva
- Udruge
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Iako se isplativost pedijatrijskih onkoloških programa rijetko analizira i objavljuje, za pretpostaviti je da je daleko ispod praga „vrlo isplativih“ programa koji propisuje projekt WHO-CHOICE. To se temelji na procijenjenom godišnjem broju novo dijagnosticiranih pacijenata i njihovom petogodišnjem preživljavanju, koji je u Republici Hrvatskoj već usporediv s europskim prosjekom.

B. ZLOĆUDNI TUMORI KRVOTVORNOG SUSTAVA

UVOD

Broj odnosno postotak zloćudnih tumora krvotvornog sustava relativno je malen u usporedbi sa solidnim tumorima. No, ovi tumori predstavljaju iznimno važnu skupinu tumora, kako sa znanstvenog, tako i s kliničkog stajališta. Hematoonkologija predvodi brojna otkrića iz područja

onkologije, kao i transplantacijske medicine. Trenutno najbolji terapijski rezultati u onkologiji vidljivi su upravo u liječenju različitih vrsta leukemije i limfoma.

VIZIJA 2030. GODINE

Unaprijediti skrb pacijenata sa zloćudnim tumorima krvotvornog sustava u Republici Hrvatskoj, na razinu standarda zemalja zapadne Europe.

CILJEVI

1. Izraditi standard skrbi pacijenata sa zloćudnim tumorima krvotvornog sustava i način njegove provedbe na temelju dobre medicinske prakse u bolničkim i izvanbolničkim ustanovama.
2. Predložiti mjere i postupke dostupnosti lijekova te kriterije njihove primjene.
3. Utvrditi sustav kontrole kvalitete liječenja i skrbi hematoloških pacijenata.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Izrada nacionalnih smjernica za liječenje zloćudnih tumora krvotvornog sustava, čime će se ujednačiti postupci dijagnostike, liječenja i praćenja pacijenta u Republici Hrvatskoj.
2. Definiranje i razrada razine hematološke kliničke skrbi (dijagnostika i liječenje) u bolnicama Republike Hrvatske, čime se određuje mogućnost primjene, tj. dostupnost usluga u bolničkoj ustanovi.
3. Izrada postupnika o premještanju pacijenata iz jedne u drugu bolničku ustanovu na temelju kriterija hitnosti i težine bolesti; izrada kriterija o liječenju pacijenata u inozemstvu.
4. Definiranje kriterija za referentne centre, koji obavljaju najsloženije postupke dijagnostike i liječenja; predložiti njihove obveze i prava, kao i financijske potrebe.
5. Izrada kriterija na temelju stručnih i financijskih pokazatelja o stavljanju novih lijekova na pozitivnu listu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.
6. Izrada postupnika za provođenje kliničkih ispitivanja, kao i liječenja iz milosrđa.
7. Planiranje i uspostava baze podataka hematoloških pacijenata sa zloćudnim tumorima krvotvornog sustava u okviru Nacionalne baze onkoloških pacijenata (reorganizacije Registra za rak).
8. Edukacija građana o svim važnijim pokazateljima skrbi hematoloških pacijenata sa zloćudnim tumorom.
9. Uspostava suradnje s udrugama pacijenata i jačanje njihovih kapaciteta.
10. Unaprjeđenje razvoja banaka krvotvornih matičnih stanica s ciljem koordinacije svih banaka matičnih stanica u Republici Hrvatskoj čime će se doprinijeti još boljoj suradnji s međunarodnim bankama matičnih stanica.
11. Poticanje i promicanje kliničkih istraživanja u hematoonkologiji.

Rokovi provedbe: 3. 2021. godina; 2., 4., 5., 6., 10. i 11. 2022. godina; 7. vidi poglavlje A. Nacionalna onkološka mreža; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Agencija za lijekove i medicinske proizvode
- Stručna društva
- Hrvatska kooperativna grupa za hematologiju, KROHEM
- Zdravstvene ustanove
- Zaklade i druga tijela putem kojih se financiraju istraživanja
- Udruge
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Istraživanje objavljeno u časopisu *Blood* 2015. godine bavilo se isplativošću inovativnih terapija za liječenje hematoloških maligniteta, koristeći se podacima iz 29 studija objavljenih u razdoblju od 1996. do 2012. godine (uključujući 44 omjera isplativosti). Većina omjera bila je ispod 50.000 USD po godini kvalitetnog života (QALY) (73%) i 100.000 USD po godini kvalitetnog života (86%). Objavljeni podaci ukazuju da bi inovativne terapije za liječenje hematoloških maligniteta mogle biti isplative.

C. RIJETKI TUMORI

UVOD

Rijetki tumori su oni čija je incidencija manja od 6/100.000 stanovnika. Najvažniji su problemi s kojima se susreću ljudi oboljeli od rijetkih tumora: kasno postavljanje točne dijagnoze, neadekvatno liječenje u nespecijaliziranim centrima, slaba dostupnost kliničkog znanja i adekvatne terapije u liječenju rijetkih tumora, s obzirom na to da su i istraživanja u tom području limitirana malim brojem pacijenata, a samim time i od malog interesa farmaceutskim kompanijama. S druge strane, ne manje važno, nepostojanje nacionalnog registra pacijenata čini nemogućim uvid u stvarnu dimenziju ovog problema i planiranje aktivnosti.

VIZIJA 2030. GODINE

Dijagnosticirati, liječiti i kontrolirati sve rijetke tumore u skladu s međunarodno definiranim smjernicama i individualnom dijagnozom te s pristupom/troškovima lijekova na razini prosjeka zapadnoeuropskih zemalja.

CILJ

1. Optimizacija rane dijagnostike, liječenja i praćenja pacijenata oboljelih od rijetkih zloćudnih bolesti.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Planiranje reorganizacije Registra za rak i uspostave Nacionalne baze onkoloških podataka u koju bi se unosili podaci o pacijentima te kako bi se prikupili kvalitetniji podaci o incidenciji, prevalenciji, ishodima liječenja i preživljenja svih pacijenata kao i pacijenata s rijetkim tumorima.
2. Planiranje uspostave jedinstvene baze podataka o pacijentima s rijetkim tumorima (u okviru Registra za rak i Nacionalne baze onkoloških podataka); planiranje infrastrukture za izradu, održavanje i izvješćivanje o rijetkim tumorima u Republici Hrvatskoj.
3. Uspostava referentnih centara, centara izvrsnosti za pojedine skupine rijetkih tumora koji će oboljelima osigurati veću kvalitetu zdravstvene skrbi, ranu dijagnozu, dijagnostičku točnost i u kojima će biti dostupna napredna dijagnostika, provođenje znanstvenih i kliničkih istraživanja i programa osposobljavanja zdravstvenih radnika.
4. Planiranje razvoja laboratorija za rijetke tumore za genetsku dijagnostiku za potrebe personalizirane terapije u suvremenoj onkologiji.
5. Suradnja s medicinskim fakultetima i drugim znanstvenim ustanovama u zemlji i inozemstvu.
6. Osnaživanje nacionalne mreže ustanova povećanjem konkurentnosti i kompetentnosti.
7. Izrada smjernica za dijagnosticiranje (usuglašavanje patohistoloških i radioloških kriterija), kirurško i onkološko liječenje i cjelokupnu zdravstvenu skrb oboljelih od rijetkih tumora te provođenje nadzor nad njihovom primjenom.
8. Edukacija zdravstvenih radnika o dijagnostici i liječenju rijetkih tumora.
9. Upućivanje pacijenata u centar izvrsnosti u najranijem mogućem stadiju bolesti kako bi se osiguralo optimalno liječenje.
10. Planiranje modela izravne komunikacije i usmjeravanje pacijenata prema centrima izvrsnosti.
11. Suradivanje s međunarodnim ustanovama i organizacijama koje se bave rijetkim tumorima i u kojima se provode internacionalna klinička istraživanja rijetkih tumora.
12. Uključivanje u sveobuhvatnu inicijativu Rijetki tumori Europe (engl. *Rare Cancers Europe*) koja okuplja sve subjekte uključene u problematiku rijetkih tumora.
13. Planiranje i osiguranje financijskih sredstva za posebno skupe lijekove za rijetke tumore.

14. Promicanje nekomercijalnih kliničkih studija, s obzirom na to da se istraživanja ovih tumora zbog malog broja slučajeva i visokih troškova ne mogu financirati kao komercijalna aktivnost.

Rokovi provedbe: 9. 2021. godina; 10. 2022. godina; 2. i 3. vidi poglavlje A. Nacionalna onkološka mreža; 4. vidi poglavlje Dijagnosticiranje karcinoma; 14. vidi poglavlje Istraživanja u onkologiji; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Agencija za lijekove i medicinske proizvode
- Zdravstvene ustanove
- Stručna društva
- Udruge
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Brojne slabosti trenutne politike i zakonodavnog okvira za lijekove za rijetke bolesti potrebno je rješavati ne samo u Republici Hrvatskoj, nego i u cijeloj Europi. Zbog velikog tereta bolesti i cijene lijekova nužno je poboljšati prikupljanje podataka, uz osnivanje registara. U cjelini, potrebno je izraditi i dosljedno provoditi bolji i cjelovitiji okvir za procjenu vrijednosti koji izričito obrađuje osobitosti rijetkih bolesti u kontekstu procjene na temelju vrijednosti.

Obično se smatra da su inkrementalni omjeri isplativosti (u daljnjem tekstu: ICER) za lijekove za rijetke bolesti mnogo veći od onih za obične lijekove, ali rezultati studije objavljene u časopisu *Pharmacoeconomics* pokazuju drugačije. Kada usporedimo dvije skupine, čini se da nema značajnih razlika u udjelu ICER-a koji su bili isplativi na oba praga, tako da rijetkost bolesti nije povezana s isplativošću, čak i uz prilagodbu bitnim kovarijatima.

8. PALIJATIVNA SKRB I UBLAŽAVANJE BOLI

UVOD

Prema definiciji Europskog društva za palijativnu skrb (engl. *European Association for Palliative Care*) i SZO, palijativna skrb može se odrediti na sljedeći način:

- Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima neizlječivih, uznapredovalih bolesti, sprečavanjem i ublažavanjem patnje zahvaljujući ranom prepoznavanju i besprijekornoj prosudbi te liječenju bola i drugih problema – fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih. Palijativna skrb pristupom je interdisciplinarna te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb obuhvaća zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, kod kuće ili u ustanovi.
- Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra sastavnim dijelom života koji dolazi na kraju, ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti.

Trenutačno stanje i predviđeni planovi

Broj i raspored ustanova za palijativnu skrb sadržan je u Mreži javne zdravstvene službe. Mrežom javne zdravstvene službe na primarnoj razini zdravstvene zaštite – uz provođenje opće razine palijativne skrbi u djelatnosti obiteljske (opće) medicine, patronažne službe, zdravstvene njege u kući te djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece – predviđena su i 52 koordinatora za palijativnu skrb i mobilna palijativna tima te 83 palijativne postelje u stacionarima domova zdravlja koji provode specijalističku palijativnu skrb, a u stacionarnoj zdravstvenoj zaštiti predviđene su 352 palijativne postelje, koje uključuju 215 postelja u općim bolnicama, 108 u specijalnim i psihijatrijskim bolnicama, 15 u Klinici za psihijatriju Vrapče i 14 u ustanovi za palijativnu zdravstvenu skrb Hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“. Predviđene su i 83 palijativne postelje u stacionarima domova zdravlja.

Na dan 31. listopada 2020. godine s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje ugovoreno je 42 koordinatora za palijativnu skrb i 33 mobilna palijativna tima.

U 18 županija (26 domova zdravlja) izdano je rješenje za obavljanje djelatnosti palijativne skrbi na primarnoj razini u Varaždinskoj, Požeško–slavonskoj, Osječko-baranjskoj, Međimurskoj, Istarskoj, Karlovačkoj, Vukovarsko-srijemskoj, Dubrovačko-neretvanskoj, Zadarskoj, Primorsko-goranskoj, Šibensko-kninskoj, Sisačko-moslavačkoj, Krapinsko-zagorskoj, Virovitičko-podravskoj, Brodsko-posavskoj, Zagrebačkoj županiji i Gradu Zagrebu, za 25 domova zdravlja (Dom zdravlja Varaždinske županije, Dom zdravlja Požeško-slavonske županije- ispostave Pakrac i Požega, Dom zdravlja Osijek, Dom zdravlja Čakovec, Istarski domovi zdravlja, Dom zdravlja Karlovac, Dom zdravlja Vinkovci, Dom zdravlja Vukovar, Dom zdravlja Županja, Dom zdravlja Dubrovnik, Dom zdravlja Korčula, Dom zdravlja Metković, Dom zdravlja Zadarske županije, Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije, Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Dom zdravlja Knin, Dom zdravlja Šibenik, Dom zdravlja Kutina, Dom zdravlja Sisak, Dom zdravlja Virovitičko-podravske županije, Dom zdravlja Slavonski Brod, Dom zdravlja Zagreb-Zapad, Dom zdravlja Zagreb-Istok i Dom zdravlja Zagrebačke županije).

Preostala su dva mobilna palijativna tima iz pilot projekta koji su financirani kroz posebni program, do ugovaranja koordinatora i mobilnog palijativnog tima, odnosno sljedećeg ugovornog razdoblja, u Domu zdravlja Vinkovci i Domu zdravlja Zagreb-Centar. Imenovana su 22 bolnička tima u palijativnoj skrbi u Istarskoj, Karlovačkoj, Koprivničko-križevačkoj, Međimurskoj, Požeško-slavonskoj, Primorsko-goranskoj, Sisačko-moslavačkoj, Varaždinskoj, Vukovarsko-srijemskoj županiji i Gradu Zagrebu. U bolnicama djeluje i 31 ambulanta za bol, a na području Republike Hrvatske imamo i 47 besplatnih posudionica pomagala i 16 organizacija volontera u palijativnoj skrbi.

Mrežom javne zdravstvene službe predviđene su postelje za obavljanje palijativne skrbi u sljedećim bolničkim zdravstvenim ustanovama: Opća bolnica Bjelovar, Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod, Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb „Sveti Rafael“ Strmac, Opća bolnica Dubrovnik, Klinika za psihijatriju Vrapče, Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ Zagreb, Specijalna bolnica za plućne bolesti, Opća bolnica Pula, Opća bolnica Karlovac, Opća bolnica i bolnica branitelja Domovinskog rata Ogulin, Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa, Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica, Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana, Opća bolnica Gospić, Županijska bolnica Čakovec, Opća županijska bolnica Našice, Opća županijska bolnica Požega, Psihijatrijska bolnica Rab, Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak, Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ Popovača, Opća bolnica Šibensko-kninske županije, Opća i veteranska bolnica „Hrvatski ponos“ Knin, Opća bolnica Varaždin, Opća bolnica Virovitica, Opća županijska bolnica Vinkovci, Nacionalna memorijalna bolnica Vukovar, Opća bolnica Zadar te Psihijatrijska bolnica Ugljan.

Također, zbog izvršenih statusnih promjena i izdvajanja Opće županijske bolnice Pakrac i bolnice hrvatskih veterana iz Opće županijske bolnice Požega te izdvajanja Opće bolnice Nova Gradiška iz Opće bolnice „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod, tijekom 2018. godine predviđene su postelje namijenjene obavljanju palijativne skrbi i u novoosnovanim bolničkim zdravstvenim ustanovama. Ujedno su Mrežom javne zdravstvene službe predviđene postelje za obavljanje palijativne skrbi i u ustanovi za palijativnu skrb Hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“ u Rijeci kao i u stacionarima domova zdravlja. Provode se i pilot-projekti u Domu zdravlja Vinkovci, i Domu zdravlja Zagreb-Centar (od deset početnih pilot-projekata mobilnih palijativnih timova), koji su financirani posebnim programom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, a prestaju ugovaranjem timova u redovnoj djelatnosti palijativne skrbi. U bolnicama djeluje i 31 ambulanta za bol, a na području Republike Hrvatske imamo i 47 besplatnih posudionica pomagala te 16 organizacija volontera u palijativnoj skrbi.

Pravilnikom o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti propisani su minimalni uvjeti koje mora ispuniti ustanova za obavljanje palijativne skrbi. Mobilni palijativni timovi provode specijalističku razinu palijativne skrbi i predviđeni su Mrežom javne zdravstvene službe uz koordinatore za palijativnu skrb na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Za ugovorene timove u djelatnosti palijativne skrbi osigurana su sredstva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. U skladu s Mrežom koordinatora za palijativnu skrb, na primarnoj razini zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, a s obzirom na planiranu dinamiku uspostave koordinatora palijativne skrbi i mobilnih timova, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je za 2017. godinu planirao sredstva u iznosu od 8.000.000 kn, za 2018. godinu u iznosu od 14.000.000 kn i za

2019. u iznosu od 28.400.000 kn. Za palijativnu zdravstvenu skrb, koju na primarnoj razini provode patronažne sestre i medicinske sestre u djelatnosti zdravstvene njege u kući, sredstva su planirana u okviru ukupnog iznosa za redovite djelatnosti patronažne zdravstvene zaštite i zdravstvene njege u kući, i to za 2017. godinu od 29.412.000,00 kn, za 2018. godinu od 29.559.000,00 kn te za 2019. godinu od 29.707.000,00 kn, koja obuhvaćaju, među ostalim, sredstva za provođenje 15 djelatnosti primarne zdravstvene zaštite te sredstva za stacionarnu zdravstvenu zaštitu, kojom je obuhvaćeno i provođenje zdravstvene zaštite palijativnih bolesnika u 29 bolničkih zdravstvenih ustanova za ukupno 352 postelje kao i djelatnost Referentnog centra Ministarstva zdravstva za zaštitu zdravlja starijih osoba, koji provodi aktivnosti za tri gerontološko-javnozdravstvena interdisciplinarna tima, za izradbu programa praćenja i proučavanja zdravstvenih potreba za palijativnom skrbi starijih osoba.

U svrhu standardiziranja edukacije o palijativnoj skrbi u Republici Hrvatskoj, strukovne komore (Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska psihološka komora, Hrvatska komora socijalnih radnika, Hrvatska komora zdravstvenih radnika i Hrvatska ljekarnička komora) pokrenule su inicijativu za izradu programa za edukaciju i kataloga kompetencija u palijativnoj skrbi. U tijeku je usvajanje prijedloga programa edukacije i kataloga kompetencija za navedena područja. S obzirom na to da su za razvoj i pružanje palijativne skrbi nužne stručne smjernice, 2014. godine Ministarstvo zdravstva pokrenulo je inicijativu za njihovu izradu za sve djelatnosti koje sudjeluju u pružanju palijativne skrbi te uputilo poziv stručnim društvima i komorama da dostave svoje prijedloge, a neke su stručne smjernice i izrađene. Do definiranja i usvajanja hrvatskih nacionalnih smjernica, Ministarstvo zdravstva uputilo je preporuke za korištenje postojećih priznatih svjetskih i europskih smjernica o prepoznavanju palijativnog bolesnika (*engl. Gold Standards Framework – Prognostic Indicator Guidance, GSF-PIG*), kao temeljnog alata za podršku ranijem prepoznavanju bolesnika koji se približavaju kraju života, te SPICT, CriSTAL i QUICK GUIDE, kao pomoćnih alata. Koriste se i drugi alati i smjernice za priopćavanje loših vijesti, sagledavanje simptoma, pružanje pojedinih oblika skrbi i dr. Hrvatski zavod za hitnu medicinu objavio je Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s bolesnicima kojima je potrebna palijativna skrb, a koje su namijenjene zdravstvenim radnicima u hitnoj medicinskoj službi. Ujedno je u novom Nacionalnom programu predviđena izrada strateških smjernica razvoja palijativne skrbi djece u Republici Hrvatskoj, temeljenih na IMPaCCT standardima razvoja pedijatrijske palijativne skrbi u Europi. Edukacija o palijativnoj skrbi razvija se na nekoliko razina. Na razini fakulteta postoji edukacija o palijativnoj skrbi u obliku obveznog ili izbornog predmeta, i to na studijima medicine, sestinstva, socijalnog rada i dr. Ujedno Medicinski fakultet u Zagrebu (putem Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine, u daljnjem tekstu: CEPAMET) kao i medicinski fakulteti u Splitu i Osijeku te Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci i Hrvatsko katoličko sveučilište u Zagrebu imaju dodatne predmete o palijativnoj skrbi ili tečajeve trajnog usavršavanja za sve profesionalce i volontere koji sudjeluju u palijativnoj skrbi. Farmaceutsko-biokemijski fakultet u Zagrebu ima uvrštenu palijativnu skrb unutar obveznog predmeta o ljekarničkoj skrbi. Nadalje, edukacije o palijativnoj skrbi često se u obliku radionica, predavanja ili tečajeva održavaju u bolnicama, domovima zdravlja, domovima za starije te drugim ustanovama u organizaciji samih ustanova za svoje djelatnike. Udruge za palijativnu skrb također sudjeluju u organizaciji i provedbi edukacija za volontere, ali i profesionalce i građane. U lokalnim zajednicama diljem Republike Hrvatske organizirana su mnogobrojna predavanja i tribine, nastupi u medijima te

druge aktivnosti za informiranje javnosti, čime se podignula svijest stanovnika naše zemlje o važnosti i dostupnosti palijativne skrbi.

Do danas je u CEPAMET-u Medicinskog fakulteta u Zagrebu oko 560 osoba različitih struka iz cijele Hrvatske (liječnici, medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, duhovnici, ljekarnici i dr.) završilo tečaj „Osnove palijativne medicine“, tečaj „Komunikacijske vještine u onkologiji i palijativnoj medicini“ završilo je 250 kolega, a tečaj „Psihološki aspekti u palijativnoj medicini“ 100 osoba. Na Medicinskom fakultetu u Zagrebu već deset godina održava se i poslijediplomski tečaj trajne edukacije liječnika prve kategorije „Liječenje boli djece i palijativna skrb“, na kojem je stotinjak liječnika, ali i psihologa i socijalnih radnika educirano o posebnostima pedijatrijske palijativne skrbi. Prijedlog je da strukovne komore donesu pravilnike o dodatnom usavršavanju, kao horizontalni oblik edukacije za članove palijativnog tima. Također je važno senzibilizirati javnost, nevladine i vjerske udruge da se aktivno uključe u sustav palijativne skrbi, putem sustava volontiranja ili savjetovališta za bolesnike i obitelji.

VIZIJA 2030. GODINE

Osigurati jednaku dostupnost visokokvalitetne palijativne skrbi, integrirane u sve razine zdravstvenog sustava kako bi se u najvećoj mogućoj mjeri olakšala patnja svakog onkološkog pacijenta i njegove obitelji

CILJEVI

1. Definirati potrebne kapacitete za provođenje palijativne skrbi kroz sljedeće:
 - 1.1. Broj i raspored ustanova koje provode djelatnost palijativne skrbi
 - 1.2. Broj stručnjaka iz navedenog područja
 - 1.3. Broj koordinatora za palijativnu skrb
 - 1.4. Broj mobilnih palijativnih timovima.
2. Definirati način financiranja i ostvarivanja prava pacijenta na usluge iz djelokruga palijativne skrbi.
3. Definirati način informiranja svih zdravstvenih radnika uključenih u liječenje onkoloških pacijenta o postojećem sustavu za palijativnu skrb i o svakoj novoj promjeni.
4. Definirati način informiranja onkoloških pacijenata o postojećem sustavu za palijativnu skrb.
5. Definirati edukaciju stručnjaka potrebnih za palijativnu skrb, kao i edukaciju svih zdravstvenih radnika tijekom redovitog školovanja i kroz obvezu trajnog stručnog usavršavanja.
6. Planirati sredstva za financiranje prostora, opreme i osoblja potrebnog za provođenje palijativne skrbi.
7. Nadzirati provođenje mjera.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Analiza situacije na terenu i utvrđivanje potreba za kapacitetima palijativne skrbi.
2. Izrada prijedloga rasporeda ustanova koje provode djelatnost palijativne skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini što uključuje i koordinate za palijativnu skrbi i mobilne palijativne timove.
3. Educiranje stručnog osoblja svih profila kako bi bili dostupni za rad u palijativnoj skrbi.
4. Izrada platforme za informiranje svih zdravstvenih radnika uključenih u liječenje onkoloških pacijenta o postojećem sustavu za palijativnu skrbi i o svakoj novoj promjeni.
5. Izrada platforme za informiranje onkoloških pacijenta o svim postojećim mogućnostima sustava za palijativnu skrbi uključujući i ostale informacije koje pacijent treba tijekom liječenja.
6. Senzibiliziranje i educiranje javnosti putem medija o palijativnoj skrbi.
7. Uključivanje u aktivnosti senzibilizacije javnosti putem volontera i predstavnika udruga.
8. Planiranje uspostave nacionalne mreže palijativne skrbi onkoloških pacijenata, uključujući i nacionalnu bazu podataka palijativne skrbi onkoloških pacijenata u okviru Nacionalne baze onkoloških pacijenata.
9. Izrada plana kontrole kvalitete provođenja mjera i aktivnosti.
10. Revidiranje aktivnosti prema stručnim smjernicama i potrebama.
11. Praćenje provedbe aktivnosti na području razvoja palijativne skrbi

Rokovi provedbe: 1., 2., 11. i 12. 2021. godina; 4., 5. i 9., 2023. godina; 8. Vidi poglavlje A. Nacionalna onkološka mreža; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Zdravstvene ustanove
- Stručna društva
- Udruge pacijenata
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Randomizirana ispitivanja provedena na pacijentima s uznapredovalim rakom pokazuju da rana integracija palijativne skrbi u uobičajenu onkološku skrbi smanjuje teret simptoma, poboljšava kvalitetu života i ishode za njegovatelja, te može poboljšati preživljavanje. Utjecaj palijativne

skrbi na ekonomiju zdravstva i dalje je slabo definiran, a prijavljene uštede su slučajna posljedica pružanja skrbi usklađene s ciljevima pacijenta. Ova studija utvrđivala je utjecaj palijativne skrbi na troškove zdravstvene skrbi kod starijih pacijenta s uznapredovalim rakom.

Postoji ograničen broj istraživanja, doduše indikativnih, koja pokazuju da palijativna skrb može znatno smanjiti izdatke za zdravstvenu skrb pacijenta s uznapredovalim rakom. Učinak je povezan s vremenom izračuna. Savjetovanje o palijativnoj skrbi unutar 7 dana od smrti smanjilo je troškove zdravstvene skrbi za 975 USD, dok je savjetovanje o palijativnoj skrbi više od 4 tjedna od smrti smanjilo troškove za 5.362 USD.

Druga studija pokazuje da do promjena u troškovima palijativne skrbi može doći isključivo zbog značajnih promjena u načinu pružanja skrbi. Jedan od modela je koordinirana, stručna, opsežna skrb kojom se izbjegava hospitalizacija do smrti, uz ranu primjenu uputa pacijenta o njegovom daljnjem liječenju. Preliminarni podaci podupiru hipotezu da se troškovi mogu smanjiti za 40 % do 70 %.

9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI

A. NACIONALNA

UVOD

Rak u svijetu i u Republici Hrvatskoj predstavlja rastući javnozdravstveni, medicinski i gospodarski problem. Uzimajući u obzir biološku, znanstvenu, multidisciplinarnu kompleksnost onkologije i raka, eksplozivan razvoj struke, signifikantne iskorake u liječenju, primjenu istih na odgovarajući način, edukacija predstavlja osnovicu napretka u onkologiji. Onkološka edukacija od nacionalnog je značaja, poglavito ona opće populacije. Općenito govoreći, edukacija u onkologiji može se podijeliti na onu usmjerenu prema općoj populaciji i onu za zdravstvene radnike.

VIZIJA 2030. GODINE

Uspostaviti optimalnu i kontinuiranu edukaciju svih zdravstvenih radnika u skladu s međunarodnim standardima, te značajno povećati znanje stanovništva o temama povezanim s obolijevanjem od raka.

CILJEVI

A. Edukacija zdravstvenih radnika

1. Unaprijediti kvalitetu edukacije iz područja kliničke onkologije zdravstvenih radnika svih profila i razina stručne spreme.

2. Edukacija je vrlo važna za stvaranje mogućnosti za integriranu, multidisciplinarnu i kontinuiranu skrb o onkološkim pacijentima. Naglasak mora biti na holističkom pristupu oboljeloj osobi, a ne samo u primjeni dijagnostičkih i terapijskih modaliteta ili u zbrinjavanju pojedinih simptoma. Intencija liječenja pacijenta jest izlječenje ili kontrola bolesti uz maksimalnu moguću kvalitetu života ovisno o proširenosti maligne bolesti i drugim komorbiditetnim bolestima i stanjima. Edukacija mora sadržavati i znanja iz palijativno-suportivnog liječenja jer će kod određenog dijela pacijenata doći do progresije bolesti usprkos aktivnom onkološkom liječenju. Ona također mora uključivati i znanja o komunikacijskim vještinama jer pacijentima psihološki puno znači primjeren *topao* razgovor s osobljem.

B. Edukacija opće populacije

1. Provoditi edukaciju stanovništva o problematici povezanoj s obolijevanjem od raka, s fokusom na učestalost pojavnosti i lječivost malignih bolesti, kao i ulogu primarne i sekundarne prevencije malignih bolesti u tom kontekstu.

MJERE/AKTIVNOSTI

A. Edukacija zdravstvenih radnika

1. Unaprjeđenje programa tijekom školovanja zdravstvenih radnika (prije svega medicinskih sestara/tehničara), povećanje satnice iz kliničke onkologije, povećanje satnice predmeta *Njega onkoloških pacijenta* uz adekvatnu satnicu konkretnih kliničkih vježbi i vježbi u patronaži te u ustanovama palijativne skrbi i mobilnim palijativnim timovima.
2. Unaprjeđenje programa na visokim učilištima zdravstvenog usmjerenja na nastavi preddiplomskog i /ili diplomskog studija (povećanje satnice iz predmeta *Klinička onkologija*). Unaprjeđenje programa edukacije prvostupnika radiološke tehnologije povećanjem satnice iz predmeta koji se odnose na radioterapiju. Unaprjeđenje programa edukacije za prvostupnike sestriinstva, diplomirane medicinske sestre/tehničare i magistre sestriinstva povećanjem satnice iz *Procesa zdravstvene skrbi onkoloških pacijenta* i nastave iz palijativne medicine Osiguranje odgovarajuće satnice za kliničke vježbe.
3. Integriranje dodatne satnice u sveučilišne studije iz područja biomedicine i zdravstva iz predmeta *Klinička onkologija*, te u sklopu ostalih kliničkih predmeta dodatno naglasiti teme u području dijagnostike i ne onkološkog liječenja pacijenata sa zloćudnim bolestima. Onkološki pacijenti mogu uz zloćudnu bolesti bolovati i od drugih (kroničnih) bolesti (kardiovaskularne bolesti, šećerna bolest, hepatitis, reumatske bolesti itd.). Prije svega, isto treba primijeniti na kolegije interne medicine, radiologije, ginekologije i kirurgije.
4. Provođenje trajne edukacije zdravstvenih radnika svih profila, posebno iz područja liječenja i zbrinjavanja onkoloških pacijenata i provjera edukacija kroz sustav relicenciranja pri komorama.
5. Razmatranje mogućnosti obveznog uključivanja odlaska specijalizanata na usavršavanje u inozemstvo i na stručne edukacijske tečajeve koje organiziraju europska krovna onkološka društva Europsko društvo za radioterapiju i onkologiju (*engl. European Society for Radiotherapy and Oncology, ESTRO*) i Europsko društvo za medicinsku onkologiju (*engl. European Society For Medical Oncology, ESMO*).

6. Planiranje i razvijanje sustava upravljanja ljudskim resursima, planiranje specijalizacija potrebnih stručnjaka, razvijanje novih profila kadrova koji će postati neophodni u onkologiji, npr. specijalizirane onkološke medicinske sestre/tehničari, medicinski fizičari, visokoobrazovani stručnjaci nemedicinskog profila koji su potrebni za implementaciju novih tehnologija i upravljanje novim tehnologijama, informatički stručnjaci i dr.

B. Edukacija opće populacije

1. Uvođenje programa zdravstvenog odgoja vezanih uz maligne bolesti u sve odgojno obrazovne ustanove kao i na visoka učilišta.
2. Provođenje edukacije za opću populaciju kroz javnozdravstvene tribine, predavanja i radionice o zdravim načinima života, ranom otkrivanju bolesti i sl.
3. Motiviranje opće populacije na odlaske na preventivne preglede.
4. Uključivanje volontera i predstavnika udruga u aktivnosti podizanja svijesti o potrebi borbe protiv raka.

Rokovi provedbe: A6. 2021. godina i kontinuirano; A5. 2022. godina; B1. 2023. godina; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Agencija za odgoj i obrazovanje
- Zdravstvene ustanove
- Stručna društva
- Zdravstveni radnici, andragoški radnici
- Sveučilišta i visoka učilišta
- Nastavnici u školama i djelatnici u predškolskim ustanovama
- Školska i studentska populacija
- Udruge
- Međunarodne institucije

IZVORI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Agencija za odgoj i obrazovanje
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Nema objavljenih studija u kojima se analizira isplativost različitih obrazovnih programa u onkološkoj skrbi, bilo onih namijenjenih zdravstvenim radnicima, bilo onih namijenjenih pacijentima. Provedena analiza isplativosti mogla bi podržati odluke o ulaganju u obrazovne programe i omogućiti da se njima postignu mjerljivi rezultati. Stoga je analiza isplativosti alat od koristi tvorcima politika i stručnjacima u donošenju odluka o tome koji će programi osigurati najveći povrat ulaganja te se preporučuje provesti je kod uvođenja novih ili izmjene postojećih obrazovnih programa.

B. MEĐUNARODNA RAZINA

UVOD

Međunarodna suradnja sa znanstveno-istraživačkim, kliničkim i javnozdravstvenim ustanovama ima za cilj poboljšanje kvalitete usluga onkološkim pacijentima, unaprjeđenje razine onkološke skrbi suradnjom na znanstveno-istraživačkim projektima, edukacijom zdravstvenih radnika, konzultacijama ili liječenjem u inozemstvu ili pak savjetima oko onkološke zdravstvene politike općenito. Republika Hrvatska ne ostvaruje ekstenzivnu i odgovarajuću međunarodnu suradnju s drugim zemljama, osobito s onima koje imaju razvijenu onkološku infrastrukturu.

VIZIJA 2030. GODINE

Povećati znanstvenu i kliničku međunarodnu suradnju na području onkologije na razinu zapadnoeuropskog prosjeka.

CILJEVI

1. Osigurati edukaciju naših stručnjaka u inozemstvu kako bi se profilirali u eksperte iz uskog područja onkologije, uz osvješćivanje potrebe istinske multidisciplinarnosti, kontrole kvalitete, usporedivosti kod liječenja onkoloških pacijenata.
2. Olakšati ulazak pacijenata u klinička ispitivanja koja mogu pomoći pacijentu, a ne provode se u Republici Hrvatskoj.
3. Integrirati podatke u jedinstveni europski registar, pogotovo onih o rijetkim bolestima, kako bismo doprinijeli ukupnom svjetskom znanju.
4. Unaprijediti dijagnostičke i terapijske postupke kroz usporedbu s praksom u Europskoj uniji i svijetu.
5. Osigurati mogućnost konzultacija u inozemstvu, prije svega za rijetke tumore i veoma složene slučajeve
6. Osigurati mogućnost odlaska naših pacijenata na liječenje u inozemstvo za postupke i liječenja koji su dokazano učinkoviti, a ne provode se u Republici Hrvatskoj.

7. Ravnopravno sudjelovati u kreiranju i provođenju onkoloških istraživanja razmjenom znanstvenika.
8. Maksimalno iskoristiti međunarodne izvore financiranja, poglavito korištenjem milosrdnog liječenja novim onkološkim lijekovima.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Razmatranje mogućnosti planiranja obveznog provođenja dijela specijalističkog staža iz onkoloških disciplina (specijalizacija iz onkologije i radioterapije i internističke onkologije te kirurških subspecijalizacija iz onkologije) u međunarodnim centrima izvrsnosti tijekom dva mjeseca.
2. Razmatranje mogućnosti osiguranja financijskih sredstava za godišnje studijske posjete namijenjene usvajanju novih onkoloških znanja i vještina.
3. Planiranje i osiguranje uvjeta za provedbu što većeg broja kliničkih istraživanja u Republici Hrvatskoj.
4. Planiranje i osiguranje uvjeta za dostupnost novih lijekova kroz programe iz milosrđa – Expanded Access program iz Europe i svijeta.

Rokovi provedbe: 1. i 2. 2022. godina; 3. vidi poglavlje Istraživanja u onkologiji; 4. vidi poglavlje Liječenje raka - D sustavno onkološko liječenje točka; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Agencija za lijekove i medicinske proizvode
- Zdravstvene ustanove
- Stručna društva (onkološka)
- Zaklade i druga tijela putem kojih se financiraju istraživanja
- Međunarodne institucije

IZVORI

- Ministarstvo zdravstva
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Nema objavljenih studija u kojima se analizira isplativost različitih obrazovnih programa u onkološkoj skrbi, bilo onih namijenjenih zdravstvenim radnicima, bilo onih namijenjenih pacijentima. Provedena analiza isplativosti mogla bi podržati odluke o ulaganju u obrazovne programe i omogućiti da se njima postignu mjerljivi rezultati. Stoga je analiza isplativosti alat od koristi tvorcima politika i stručnjacima u donošenju odluka o tome koji će programi osigurati

najveći povrat ulaganja te se preporučuje provesti je kod uvođenja novih ili izmjene postojećih obrazovnih programa.

10. ISTRAŽIVANJA U ONKOLOGIJI

UVOD

Tijekom zadnjih desetak godina, došlo je promjene paradigme liječenja tumora, poglavito na polju personalizirane medicine i imunoonkologije što je dovelo do značajno boljih ishoda liječenja pacijenata, čak i onih s metastatskom bolesti. Razumijevanje etiologije, biologije, patofiziologije i liječenja raka proizlazi iz rezultata biomedicinskih istraživanja, kako bazičnih znanosti tako i ispitivanja u kliničkim uvjetima, ali također i u redovnoj kliničkoj praksi, nakon stavljanja lijeka ili medicinskog proizvoda u promet (ispitivanja *Real World Evidence*). Istraživanja raka na svim razinama predstavljaju neophodnu stepenicu za daljnje poboljšanje ishoda liječenja, što zahtijeva veliko medicinsko znanje, stručno znanje o planiranju i provođenju kliničkih ispitivanja, opremljenost i značajne ljudske i financijske resurse. Klinička su istraživanja preduvjet moderne onkologije i često prvi izbor u liječenju uznapredovalih stadija prema internacionalnim smjernicama za liječenje raka, što omogućava bolje ishode liječenja pacijenta uz značajne uštede u potrošnji lijekova. Nažalost, ona su u Republici Hrvatskoj nedovoljno zastupljena pa tek mali broj onkoloških pacijenata dobije mogućnost uključenja u njih. Kod nas i u svijetu gotovo da ne postoje kliničke studije koje nisu sponzorirale farmaceutske kompanije. Takve studije donose s jedne strane nove znanstvene dokaze, a s druge strane financijske uštede za društvo; uključeni pacijenti u kontrolnoj skupini dobivaju zlatni standard liječenja uz optimalno praćenje i liječenje nuspojava na račun sponzora istraživanja, a pacijenti u ispitivanoj skupini uz to dobivaju i novi lijek od naručitelja ispitivanja što predstavlja značajnu uštedu ionako limitiranih sredstava za zdravstvo. Isto tako, različite retrospektivne analize i neintervencijska ispitivanja mogu dati odgovor o kvaliteti liječenja i učinkovitosti pojedinih lijekova u svakodnevnoj kliničkoj praksi u usporedbi s rezultatima dobivenim iz kontroliranih kliničkih ispitivanja. Prospektivne akademske studije također mogu dovesti do novih spoznaja. Bazična ispitivanja koja predstavljaju preduvjet za daljnji napredak u novije se vrijeme naslanjaju na translacijska ispitivanja, koja spoznaje iz predklinike direktno provjeravaju u kliničkim uvjetima. Pozitivne promjene na ovom su polju ključne u pomicanju Republike Hrvatske s predzadnjeg mjesta u EU27, u kategoriji preživljavanja od zloćudnih bolesti.

VIZIJA 2030. GODINE

Podignuti znanstvenu pokrivenost i rezultate u onkologiji na razinu zapadnoeuropskog prosjeka.

CILJEVI

1. Povećati broj predkliničkih, kliničkih, neintervencijskih, akademskih i translacijskih istraživanja u onkologiji i na taj način doprinijeti cjelokupnom svjetskom znanju.
2. Omogućiti napredak naših znanstvenika i kliničara te omogućiti pacijentima dostupnost novih lijekova odnosno načina liječenja u cilju postizanja boljih ishoda liječenja.
3. Uključiti što veći broj pacijenata u kliničke studije, udvostručiti broj uključenih pacijenata u prvih pet godina te učetverostručiti u razdoblju od 10 godina u usporedbi s brojem pacijenata uključenih u studije u 2019. godini.
4. Povećati broj objavljenih znanstvenih članaka u međunarodno priznatim časopisima, udvostručiti broj publikacija u prvih pet godina te učetverostručiti u razdoblju od 10 godina u usporedbi s brojem objavljenih članaka hrvatskih onkoloških znanstvenika u 2019. godini.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Osiguranje jasnih i što jednostavnijih zakonskih i financijskih okvira za planiranje i provođenje kliničkih ispitivanja temeljenih na pozitivnoj praksi država EU.
2. Izrada pravilnika za klinička, neintervencijska i akademska ispitivanja koji će djelovati stimulativno na liječnike, pogotovo kliničare, ali i druge zdravstvene radnike te stručnjake iz bazičnih biomedicinskih struka za provođenje akademskih ispitivanja, te na različite potencijalne naručitelje ispitivanja.
3. Poticanje razvoja kliničkih istraživanja i istraživanja iz područja onkologije.
4. Uspostava jednostavnijih procedura i dokumentacije u postupku odobravanja provođenje kliničkih ispitivanja, te osiguravanje kvalitete pregleda podnesene dokumentacije od strane za to educiranih stručnjaka u nadležnim tijelima.
5. Unaprjeđenje suradnje visokih učilišta, zavoda i klinika kako bi se mogla provoditi interdisciplinarna i translacijska ispitivanja.
6. Razmatranje mogućnosti izdvajanja dodatnih sredstava za provođenje istraživanja od javnozdravstvenih interesa za Republiku Hrvatsku, kako bi se unaprijedilo liječenje raka u smislu postizanja boljih ishoda liječenja.
7. Planiranje i osiguranje ljudskih resursa za provođenje istraživanja (osigurati vrijeme liječnika i ostalog osoblja koje bi bilo posvećeno samo za istraživanje) i kontinuirane edukacije na području dobre kliničke prakse, ali isto tako na područjima važnima za mogućnost samostalnog planiranja, priprema i provođenja kliničkih, akademskih i neintervencijskih istraživanja.
8. Osiguranje odgovarajuće edukacije cjelokupne populacije i/ili pojedinih interesnih skupina u svrhu što boljeg razumijevanja važnosti provođenja kliničkih i drugih istraživanja, kako za pojedinog pacijenta, tako i za cijelu zajednicu.
9. Unaprjeđenje suradnje s udrugama na području edukacije cjelokupne populacije.
10. Uključivanje udruga pacijenata u promociju kliničkih istraživanja.
11. Razmatranje mogućnosti uspostave i održavanja biobanke tumorskog tkiva.

12. Ostvarivanje međunarodne suradnje s ciljem omogućavanja sudjelovanja naših pacijenata u kliničkim istraživanjima koja se provode u inozemstvu.
13. Planiranje razvoja i provedbe relevantnih translacijskih projekata.
14. Planiranje uspostave sveobuhvatnog registra kliničkih ispitivanja s ciljem praćenja ostvarenih rezultata i uspostave sustava kontinuiranog napredovanja. Rezultati koji bi se pratili mogu se okvirno podijeliti na: (1) kliničke (npr. ishodi liječenja pacijenata uključenih u ispitivanja), (2) administrativne (npr. brzina odobravanja ispitivanja) te (3) financijske (npr. praćenje investicija vezanih uz klinička ispitivanja jer provođenje kliničkih i drugih ispitivanja može značajno doprinijeti gospodarstvu te utjecati na povećanje bruto nacionalnog dohotka).

Rokovi provedbe: 3., 5., 6. i 14. 2021. godina; 1., 2., 4., 7., 11. u 2022. godini; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Ministarstvo znanosti i obrazovanja
- Zaklade i druga tijela putem kojih se financiraju istraživanja
- Središnje etičko povjerenstvo za klinička ispitivanja
- Agencija za lijekove i medicinske proizvode
- Predstavnici sponzora kliničkih istraživanja
- Visoka učilišta i druge pravne osoba iz područja znanstvenih djelatnosti
- Klinike na tercijarnoj razini zdravstvenog sustava
- Stručna društva
- Udruge
- Istraživački laboratoriji
- Relevantni dionici Europske unije koji mogu dati smjernice i pružiti podršku

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Ministarstvo znanosti i obrazovanja
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Uz glavni cilj otkrivanja novih lijekova koji će poboljšati zdravlje i kvalitetu života pacijenta, klinička ispitivanja također pružaju značajne prednosti nacionalnim i lokalnim gospodarstvima u smislu ekonomskog učinka koji se generira kroz aktivnosti kao što su razvoj protokola kliničkih ispitivanja; odabir mjesta kliničkih ispitivanja; istraživanja provedbe uključujući angažiranje

osoblja, izvođača, dobavljača i pacijenta-dobrovoljaca; proizvodnja malih serija za potrebe ispitivanja; skrb o pacijentima, uključujući laboratorijske testove i kontinuirano zdravstveno praćenje; analiza ogromne količine generiranih podataka; i pružanje besplatnih dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti - samo su neke od aktivnosti koje se odvijaju na određenim mjestima ispitivanja, a koje zahtijevaju značajne izdatke bio farmaceutskih tvrtki, kao i njihovih dobavljača i izvođača.

Ekonomski učinak uglavnom obuhvaća tri vrste učinaka:

1. **izravni učinci** (specifični učinak „prvog kruga“ stvarne potrošnje koju su bio farmaceutske tvrtke i/ili ugovorne istraživačke ustanove ostvarile kod pružatelja usluga kliničkih ispitivanja za aktivnosti u sklopu kliničkih ispitivanja)
2. **neizravni učinci** (učinak izdataka dobavljača prema navedenim pružateljima usluga kliničkih ispitivanja), i
3. **inducirani učinci** (dodatni ekonomski učinak potrošnje zaposlenika pružatelja usluga kliničkih ispitivanja i zaposlenika dobavljača u ukupnoj ekonomiji, koji se može pripisati izdacima iz stvarnog „prvog kruga“).

Jedno američko izvješće o utjecaju kliničkih ispitivanja na ekonomije saveznih država, koristeći konzervativne izvore podataka i pretpostavke, identificiralo je 6.199 kliničkih ispitivanja sponzoriranih od strane industrije, koja su u 2013. godini uključivala 1,1 milijun dobrovoljnih sudionika ispitivanja, te ulaganje od 10 milijardi USD, s ekonomskim učinkom od gotovo 25 milijardi USD u zajednicama u kojima su se nalazila mjesta kliničkih ispitivanja.

Pozitivne mogućnosti ekonomskog učinka je važno prepoznati i otvoriti mogućnosti za povećanje broja kliničkih ispitivanja koja se provode u Republici Hrvatskoj u odnosu na europski prosjek.

11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE

A. NACIONALNA ONKOLOŠKA MREŽA

UVOD

Republika Hrvatska je površinom razmjerno mala zemlja s relativno jasno definiranom strukturom ustanova u kojima se provodi onkološka zdravstvena skrb. One su dobro zemljopisno raspoređene (Zagreb, Split, Rijeka i Osijek) i povezane s akademsko-znanstvenom bazom, tj. medicinskim fakultetima .

Zadnjih 20-ak godina svjedočimo razvoju manjih, lokalnih onkoloških *centara* (ambulante, odjeli) koji nemaju mogućnost kvalitetne multidisciplinarnosti i pružanja svih aspekata modernog onkološkog liječenja. Nažalost, osnivanje navedenih onkoloških centara u Republici Hrvatskoj nije bilo koordinirano niti je prethodila epidemiološka analiza potražnje. Jedan od razloga tome jest nedostatak središnje ustanove koja bi imala jasan zadatak koordinirati i implementirati ključne zahtjeve za učinkoviti program kontrole raka. Cilj Nacionalnog strateškog

okvira jest svim stanovnicima Republike Hrvatske pružiti jednaku i kvalitetnu onkološku skrb, unatoč relativno ograničenim resursima, neovisno o tome odakle oni dolaze, odnosno gdje se liječe.

Uzimajući u obzir veličinu i zemljopisni oblik Republike Hrvatske, definiranu raspodjelu onkoloških institucija, javnozdravstvenu važnost onkologije, ogromnu potrebu za unaprjeđenjem rezultata liječenja onkoloških pacijenta, potrebu za farmakoekonomski optimalnom onkologijom, nedvojbeno je potrebno organizirati nacionalnu onkološku mrežu u koju bi bile uključene sve onkološke institucije i izvan kojih bi se spriječilo liječenje onkoloških pacijenta (ono se ne bi financiralo).

Početa točka implementacije Nacionalnog strateškog okvira trebala bi biti ažurirano poznavanje stanja infrastrukture i opreme te ljudskih resursa dostupnih u ustanovama za kontrolu raka u Republici Hrvatskoj. Potražnja se treba temeljiti na trenutačnoj razini incidencije raka i predviđanju incidencije do 2030. godine. Takav plan resursa i potreba treba biti osnovni alat u planiranju organizacijskih i strukturalnih promjena (ulaganje, osposobljavanje) i treba ga pripremiti u najranijoj mogućoj fazi implementacije Nacionalnog strateškog okvira.

Pristup podacima o vrstama raka i njihovim karakteristikama, praćenje procesa i ishoda na temelju tih podataka, nužni su za prepoznavanje rizika i usvajanje odluka u zdravstvenoj politici. Ove informacije također trebaju biti jedan od ključnih alata u procjeni implementacije Nacionalnog strateškog okvira. Ti su podaci osnova za daljnje istraživanje te širenje informacija i znanja o raku. Unatoč znatnom poboljšanju epidemioloških podataka o raku prikupljenih u Republici Hrvatskoj, prvenstveno zbog uvođenja Registra za rak, postoje brojne prepreke koje sprječavaju daljnji napredak na tom području.

Nažalost, trenutno ne postoje nikakve specifične upute i propisi o vrsti podataka koje mora sadržavati medicinska evidencija onkološkog pacijenta (povijest bolesti, nalazi patologa, izvještaj o operaciji itd.). Obično su liječnički zapisi deskriptivnog ili narativnog oblika i teško ih je naknadno koristiti. Zbog svega navedenog potrebno je standardizirati medicinsku dokumentaciju prikupljanje podataka, vrste podataka, izvore podataka i njihovo korištenje i interpretaciju. Zbog nedostatka standardiziranih informacija, također je nemoguće uspoređivati kvalitetu liječenja među raznim bolnicama. Te prepreke obuhvaćaju: nedostatak povezanosti podataka među ustanovama koje imaju pristup podacima o raku, fragmentiranost prikupljenih informacija, nedostatna informatička infrastruktura sudionika u sustavu zdravstvene skrbi i nedostatna razina znanja o kvaliteti onkološke skrbi u Republici Hrvatskoj. Ti bi podaci bili iznimno važni ustanovama koje financiraju onkološku skrb (broj komplikacija koji je iznad prosjeka u osnovi znači bitno veće troškove liječenja), a isto tako i samim pacijentima (na temelju podataka, pacijent može odabrati ustanovu koja postiže najbolje rezultate). Stoga je potrebno uspostaviti nacionalnu informatičku onkološku mrežu za potrebe Nacionalne baze onkoloških podataka u koju će se povezati i upisivati podaci iz bolničkih informacijskih sustava (BIS) i drugih sustava automatizmom i koja će bila kompatibilna i paralelna s BIS-ovima, a koja neće dodatno opteretiti zdravstvene radnike.

Preduvjet za stvaranje nacionalne informatičke onkološke mreže jest stvaranje zajedničke i standardizirane zdravstvene dokumentacije u elektroničkom obliku s elektroničkom dostavom podataka u Nacionalnu onkološku bazu podataka i Registar za rak. U nacionalnu informatičku onkološku mrežu moraju se uključiti sve onkološke ustanove u Republici Hrvatskoj. Unutar nacionalne informatičke onkološke mreže mogli bi se ugraditi i odgovarajući algoritmi osnovnih dijagnostičkih procedura nužnih za započinjanje liječenja najčešćih dijagnoza kako bi se standardiziralo liječenje na svim razinama u Republici Hrvatskoj, od malih onkoloških ambulanti do kliničkih bolničkih centara.

Umrežavanje onkoloških ustanova/centara potrebno je urediti sukladno modernim informatičkim standardima uz poštivanje svih pozitivnih zakonskih propisa. To se na prvom mjestu odnosi na informatičku sigurnost te zaštitu osobnih podataka.

Osnovni segmenti sustava Nacionalne informatičke onkološke mreže

1. Aplikativno rješenje (softver)
 - 1.1. Izrada aplikativnog rješenja
 - 1.1.1. Projektiranje i izrada baze podataka
 - 1.1.2. Izrada poslovne logike rada s podacima
 - 1.1.3. Izrada korisničkog sučelja
 - 1.1.3.1. Web sučelje
 - 1.1.3.2. Desktop sučelje
 - 1.1.3.3. Sučelje za mobilne uređaje
 - 1.1.4. Izrada komunikacijskih poveznica za povezivanje s ostalim bolničkim i drugim informacijskim sustavima
 - 1.1.4.1. Radiološki sustavi
 - 1.1.4.2. Laboratorijski sustavi
 - 1.1.4.3. Bolnički informacijski sustav
 - 1.1.4.4. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
 - 1.1.4.5. Hrvatski zavod za javno zdravstvo
 - 1.1.5. Izrada izvještajnog sustava
 2. Održavanje i dogradnja aplikativnog rješenja
 - 2.1. Redovito održavanje funkcioniranja sustava
 - 2.2. Dogradnja informatičkog sustava prema potrebama Nacionalne informatičke onkološke mreže podataka
 3. Hardverski zahtjevi
 - 3.1. Serverska podrška
 - 3.1.1. Aplikativni serveri
 - 3.1.2. Serveri baza podataka
 - 3.1.3. Komunikacijska oprema
 - 3.1.3.1. Firewall
 - 3.1.3.2. VPN (*engl. Virtual Private Network*) sustavi
 - 3.2. Hardverski zahtjevi po pojedinim onkološkim centrima
 - 3.3. Hardverski zahtjevi osiguranja stalne dostupnosti sustava (*fail-over*)
 - 3.4. Održavanje hardverskih resursa
 4. Softverske licence
 - 4.1. Sistemski softver
 - 4.2. Licence za server baza podataka
 - 4.3. Licence klijenata
 5. Analitički sustav
 - 5.1. Implementacija modernog analitičkog sustava

5.2. Napredna prediktivna analitika

6. Komunikacijski zahtjevi

6.1. Internet kao osnovni komunikacijski kanal

6.2. Osiguravanje sigurne komunikacije među svim učesnicima

6.3. Osiguravanje stalne dostupnosti komunikacijskog kanala

7. Ljudski potencijali

7.1. Edukacija korisnika

7.2. Podrška korisnicima

7.3. Održavanje sustava

7.4. Analitička podrška

VIZIJA 2030. GODINE

Uspostaviti sveobuhvatnu Nacionalnu mrežu onkoloških podataka na informatičkoj platformi (nacionalna informatička onkološka mreža) u kojoj svi pacijenti mogu dobiti onkološku skrb sukladno smjernicama i jedinstvenom / kompletnom bazom podataka o kvaliteti onkološke skrbi.

CILJEVI

1. Osigurati jedinstvenu, uniformnu informatičku platformu za povezivanje, praćenje i optimalno liječenje onkoloških pacijenta. Onkološka skrb kao medicinska disciplina se treba izdvojiti iz organizacijskih struktura postojeće bolničke organizacije i postati svenacionalna.
2. Osigurati suradnju između pojedinih onkoloških institucija, osigurati protok onkoloških pacijenata i optimalno korištenje postojeće, skupe infrastrukture i kontrolu kvalitete.
3. Osigurati unaprjeđenje rezultata onkološkog liječenja u Republici Hrvatskoj.
4. Koristiti mogućnosti telemedicine za analizu i odlučivanje te dogovaranje liječenja kompliciranijih slučajeva (npr. zbrinjavanje težih nuspojava liječenja kod pacijenata koji su primili diferentne terapije u kliničkim bolničkim centrima, a radi težine nuspojava liječe se u regionalnim centrima bez mogućnosti transporta u kliničke bolničke centre, slanje nalaza u drugu ustanovu u kojoj se mogu obaviti složeniji postupci ili zahvati koji se ne mogu uraditi u matičnoj ustanovi).
5. Planirati i osigurati postavljanje i obavljanje virtualnih sastanaka multidisciplinarnih timova (telemedicinsko prezentiranje slučajeva za članove tima koji se nalaze u različitim institucijama).
6. Osigurati povezanost ustanova za pružanje onkološke skrbi s Registrom za rak.
7. Izraditi protokole za osiguranje kvalitete onkološke skrbi na temelju sveobuhvatnog prikupljanja podataka o ishodima liječenja, nuspojavama i komplikacijama te osigurati redoviti pregled, obradu i objavljivanje ažuriranih podataka, a sve u svrhu kontinuiranog poboljšanja onkološke skrbi. Budući da su stručnost i ekonomičnost izravno povezane u onkologiji, ne treba ih odvajati u planiranju jedinstvenog informacijskog sustava. Takav će sustav omogućiti uvid u kompetentnost, stručne kvalifikacije i rokove čekanja, ali i financijski nadzor, odnosno sljedeće:
 - praćenje uporabe opreme i opterećenosti osoblja,

- analizu troškova, temeljenu na vrsti i stadiju raka,
 - ocjenu odnosa između troškova i učinaka liječenja,
 - svakodnevno praćenje kvalitete rada onkoloških ustanova, a za to je nužno ostvariti dobro definirane standarde u liječenju onkoloških pacijenta.
8. Pratiti kvalitetu rada provođenja onkološke skrbi i točnost prijavljenih podataka svake pojedine ustanove.
 9. Osigurati okvir za rad koordinacijske jedinice za Nacionalni strateški okvir (praćenje funkcioniranja sustava onkološke skrbi, poduzimanje inicijativa za restrukturiranje sustava, poboljšanje koordinacije i povećanje njegove učinkovitosti).
 10. Ustrojiti i osigurati rad savjetodavnog tijela za provedbu i praćenje Nacionalnog strateškog okvira na razini ministarstva nadležnog za zdravstvo, a koji bi se sastojao od predstavnika svih područja onkološke skrbi (svih triju razina zdravstvene zaštite) i udruga pacijenta.
 11. Planirati, definirati i osigurati kolektivan transparentan proces donošenja odluka, uz potporu stručnih društava u kojima su široko zastupljena razna tijela, kao i institucija uključenih u program kontrole raka i organizacije pacijenta.
 12. Planirati, definirati i osigurati odgovarajući proračun.
 13. Osigurati kontinuitet izrade smjernica za dijagnosticiranje, liječenje i praćenje pojedinih sijela raka kao i redovito ažurirati promjene u terapijskim pristupima i/ili dijagnostici.
 14. Planirati mogućost uključivanja pacijenata u klinička ispitivanja na razini mreže, a ne samo na razini ustanova.
 15. Osigurati bolju uzajamnu suradnju svih razina zdravstvene zaštite (primarne, sekundarne, tercijarne) kao i bolju komunikaciju između liječnika primarne zdravstvene zaštite i liječnika u bolnici u budućoj zajedničkoj onkološkoj mreži kako bi se poboljšalo prikupljanje i procjena podataka uz zdravstveno stanje, kvalitetu života i ekonomsku te socijalnu situaciju pacijenta za vrijeme i nakon liječenja.
 16. Definirati i uspostaviti onkološku mrežu (regionalne i lokalne onkološke ustanove koje skrbe za onkološke pacijente) kao i razinu onkološke skrbi koju oni trebaju pružati.
 17. Planirati, izraditi i uspostaviti Nacionalnu bazu onkoloških podataka na informatičkoj platformi, osigurati uniformiranost onkološkog liječenja, definirati parametre kvalitete i njezine kontrole, definirati načine zaštite baze podataka i njezinog korištenja te osigurati kontinuitet provedbe i njezina razvoja.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Osiguranje pravnog, organizacijskog i administrativnog okvira za uspostavu Nacionalne onkološke mreže.
2. Planiranje, izrada i uspostava Nacionalne informatičke onkološke mreže koja će moći odgovoriti na potrebe kompleksnog sustava onkološke skrbi. Sustav istovremeno mora biti prilagođen korisnicima, ne smije oduzimati puno vremena pri korištenju te svi relevantni dionici/ustanove/sustavi, primjerice Registar za rak, trebaju biti povezani.
3. Planiranje i izrada sustava kontrole kvalitete onkološke skrbi na temelju sveobuhvatnog prikupljanja podataka o ishodima liječenja, nuspojavama, odnosu troškova i rezultata terapije.
4. Planiranje i praćenje provedbe putem koordinacijske jedinice za Nacionalni strateški okvir.
5. Donošenje i razvoj smjernica za dijagnosticiranje, liječenje i kontrolu pojedinačnih sijela raka od strane stručnih društva.

6. Razmatranje, planiranje i razvoj praćenja podataka kliničkih istraživanja u sklopu Nacionalne onkološke mreže s ciljem praćenja postignutih rezultata i uspostavljanja sustava kontinuiranog napretka.
7. Planiranje uspostave Nacionalne baze onkoloških podataka za rad Nacionalne onkološke mreže na platformi nacionalne informatičke onkološke mreže.
8. Planiranje i uspostava informatičkog povezivanja Nacionalne onkološke mreže na svim razinama zdravstvene zaštite.

Rokovi provedbe: 1. i 2. 2021. godina i kontinuirano; 3. i 6. 2022. godina i kontinuirano; 8. 2023. godina; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Zdravstvene ustanove
- Koordinacijska jedinica za Nacionalni strateški okvir
- Stručna društva
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Nacionalna onkološka mreža je preduvjet i okosnica svih drugih inicijativa u sklopu Nacionalnog strateškog okvira, a povezane koristi ugrađene su u svim ishodima.

B. NACIONALNA BAZA ONKOLOŠKIH PODATAKA

UVOD

Temelj mjerenja kvalitete onkološke skrbi i dobivanja podataka važnih za njezino unaprjeđenje počiva na stvaranju sveobuhvatne Nacionalne baze onkoloških podataka s naglaskom na procesima liječenja i skrbi, te na unaprjeđenju postojećeg epidemiološkog Registra za rak. Za napredak onkološke skrbi bitan je kontinuiran uvid u cjelokupne podatke o onkološkim pacijentima, a jedini način za njihovo objedinjavanje je stvaranje Nacionalne baze onkoloških podataka a u kojoj će se prikupljati i obrađivati podatci iz svih onkoloških centara Republike Hrvatske. Proces unaprjeđenja postojećeg Registra za rak i uspostave Nacionalne baze onkoloških podataka trajati će približno tri godine.

U konačnici, Nacionalne baze onkoloških podataka obuhvaćat će sve podatke o pacijentima, sve osnovne prognostički i prediktivno važne informacije o njihovoj bolesti i liječenju, baš kao i informacije o rezultatima liječenja i praćenju pacijenata. Na taj ćemo način utvrditi osnovne probleme, kvalitetu liječenja, usporediti rad naših liječnika te ćemo moći alocirati sredstva u smjeru koji će donijeti maksimalnu korist. Potrebno je unutar struke postići konsenzus oko prioritetnih dijagnoza, koje će se započeti pratiti unutar navedene baze, te parametara koji su važni za bilježenje i nadzor.

Nacionalna baza onkoloških podataka a i Registar za rak moraju biti u cijelosti povezani. Potrebno je iskoristiti ONKO+ poruku definiranu unutar europskog Twinning projekta kao početnu točku budućeg izvještavanja prema bazi i Registru za rak, prilagoditi je specifičnim potrebama te implementirati u sve bolničke informacijske sustave. Navedena će poruka u potpunosti zamijeniti sadašnje izvještavanje putem ONKO listića i znatno smanjiti opterećenje kliničara i nepotrebnu administraciju. Poruka bi se ispunjavala u točno određenoj točki pacijentova boravka u bolnici te se ne bi trebala ispunjavati ponovno na istom odjelu, ukoliko se radi o istoj bolesti, nego bi se podatci izvlačili iz postojećih sustava.

Unutar Nacionalne baze onkoloških podataka evidentirat će se i podaci o cijepljenju, nalazima cervikalnog brisa i nalazima biopsija te bi se isti povezivali s novim slučajevima raka, uključujući i analiziranje podataka po regijama kako bi se protumačili lokalni fenomeni.

Pristup sveobuhvatnim, pouzdanim i ažuriranim podacima o vrstama raka i njihovim karakteristikama, kao i praćenje ishoda liječenja, preduvjeti su za prepoznavanje rizika i usvajanje racionalnih odluka u zdravstvenoj politici. Ti podatci također trebaju predstavljati osnovu za daljnje istraživanje, publikacije te širenje informacija i znanja o raku u društvu. Potrebno je poticati objavljivanje i dijeljenje podataka, uz poštivanje uzusa o zaštiti osobnih podataka te znanstvenu produktivnost cijele onkološke zajednice. Bolje razumijevanje fenomena vezanih uz rak u Republici Hrvatskoj zahtijeva ne samo razvoj i integraciju baza podataka, već i razvoj novih izvora informacija. Trenutačno nema homogene baze patohistoloških podataka, što uzrokuje nedostatak informacija potrebnih prije početka liječenja. Daljnjem razvoju znanja o raku trebali bi doprinijeti: normizacija patohistoloških izvješća, usvajanje obnovljenih međunarodnih klasifikacija morfoloških entiteta i stadija bolesti te šifriranje nalaza prema istima, informatizacija svih patohistoloških laboratorija, prikupljanje podataka iz svih segmenata sustava i analiza tih podataka, razvoj ovlaštenih internetskih portala o onkologiji za pacijente i zdravstvene radnike, informiranje o sudjelovanju u kliničkim studijama, baze podataka o

biobankama kao i informacijski sustav za pomoć u donošenju kliničkih odluka. Uspješnost korištenja podataka iz Nacionalne baze onkoloških podataka osigurat će dugoročno planiranje i usmjeravanje programa prevencije.

VIZIJA 2030. GODINE

Unaprijediti pokrivenost Registrom za rak i Nacionalne baze onkoloških podataka na razinu prosjeka skandinavskih zemalja.

CILJEVI

1. Unaprijediti rad Registra za rak prema četiri osnovna kriterija usuglašena u stručnoj zajednici (usporedivost, pouzdanost, pravovremenost, potpunost).
2. Uspostaviti Nacionalnu bazu onkoloških podataka uz definirane kriterije uključivanja, parametre koji se prate i mjere ishoda.
3. Osigurati interoperabilnost između Registra za rak i Nacionalne baze onkoloških podataka.
4. Uvesti ONKO+ poruku kao način izvještavanja prema Registru za rak i nacionalnim programima ranog otkrivanja raka kao zamjenu za dosadašnji ONKO listić.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Redefiniranje ONKO+ poruke prema zahtjevima i potrebama struke.
2. Rasprava unutar stručne zajednice o poljima unutar ONKO+ poruke i potrebnim varijablama za izvještavanje.
3. Povezivanje Nacionalne baze onkoloških podataka i prihvata ONKO+ poruke na ciljanim sustavima (Registar za rak, NPP sustavi, Nacionalna baza onkoloških podataka/klinički registri i dr.).
4. Integriranje ONKO+ poruke u ishodišnim sustavima (svi bolnički informacijski sustavi) i na centralnom zdravstvenom informatičkom sustavu hrvatske.
5. Planiranje i uspostava Nacionalne baze onkoloških podataka po uzoru na najbolje međunarodne primjere.
6. Planiranje pilot projekata prikupljanja proširenog seta podataka o liječenju pojedine maligne bolesti i modela širenja pilot projekta na sve ustanove koje na bilo koji način zbrinjavaju onkološke pacijente.
7. Planiranje uvođenja edukacije o Registru za rak za specijalizacije iz internističke onkologije i onkologije i radioterapije, a jednotjedne za specijalizacije iz patologije
8. Planiranje osiguranja redovitog financiranja održavanja informatičkih sustava potrebnih za prikupljanje kvalitetnih epidemioloških i kliničkih podataka.
9. Planiranje i osiguranje sredstva za edukaciju povezanu s tehničkim i znanstvenim protokolima potrebnima za uspješnu implementaciju navedenih mjera.
10. Planiranje implementacije Međunarodne klasifikacije bolesti SZO-e, cjelokupne medicinske dokumentacije i sve patohistološke, citološke i imunohistokemijske nalaze koji se tiču malignih bolesti.

11. Analiza podataka iz registara i baza podataka, kako bi se stručne i političke odluke temeljile na najboljim mogućim podacima, prikazanima na najbolji mogući način.

Rokovi provedbe: 1., 2. i 4. 2021. godina i kontinuirano; 3., 5., 7., 9. i 11. 2022. godina i kontinuirano; 6., 8. i 10. 2023. godina; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Stručna onkološka društva
- Zdravstvene ustanove
- Međunarodne institucije

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Svjetska deklaracija o raku Saveza za međunarodnu kontrolu raka (*engl. Union for International Cancer Control, UICC*), koju su dosad prepoznali brojni nacionalni planovi protiv raka, u svom prvom članku preporučuje registraciju, generalizaciju i konsolidaciju onkoloških podataka. Unatoč ovom pozitivnom razvoju događaja, malo se zna o ekonomiji registracije onkoloških podataka, a do sada nisu razvijene metrike za procjenu troškova i koristi. Kad su u pitanju troškovi, registracija onkoloških podataka oduvijek se smatrala aktivnošću koja zahtijeva nisku razinu tehnologije i kapitala, što je dovelo do predrasuda o zanemarivosti tih troškova. Kad su u pitanju koristi, podaci iz registra neizravno doprinose prevenciji, skrbi i istraživanju. To je otežalo definiranje i kvantificiranje dodane vrijednosti koja se može pripisati registrima.

Analiza troškova po čimbenicima proizvodnje pokazala je da su gotovo svi registri bili radno zahtjevni. U prosjeku je 79 % sredstava utrošeno na osoblje, 10 % na infrastrukturu i priključene komunalne usluge, 6 % na informatiku, a svega 5 % na materijale (primjerice, tiskanje knjiga ili letaka i organizacija događaja). Većina sredstava za osoblje bila je usmjerena na prikupljanje podataka (24 % ukupnog proračuna), upravljanje/analizu podataka (21 %) i istraživanje (21 %), dok je na upravljanje i administraciju, komunikaciju i druge aktivnosti utrošeno samo 13 % ukupnih sredstava. Postotak ekvivalenta punog radnog vremena (FTE jedinica) i plaća: udio

administratora registara i informatičkih tehničara u osoblju je iznosio 57 %, na znanstvene zadatke otpadalo je 27 % te na administraciju i usluge 16 %.

S obzirom na glavni uobičajeni proizvod (registracija slučajeva incidencije), to je značilo da je u prosjeku bilo potrebno 1 FTE kadrovska jedinica za registraciju 1.120 slučajeva godišnje.

C. KONTROLA KVALITETE

UVOD

Kontrola kvalitete rada u onkologiji i procjena ekonomičnosti zahtijeva tijesnu suradnju između tvoraca zdravstvene politike, građana koji plaćaju zdravstvene usluge, stručnjaka i civilnog društva. Uzimajući u obzir sve veću pojavnost raka i opterećenost zdravstvenog sustava, procjena učinkovitosti i isplativosti svake provedene mjere kao i kontrola kvalitete neizostavno je potrebna s ciljem povećanja učinkovitosti liječenja i racionalnijeg gospodarenja sredstvima.

VIZIJA 2030. GODINE

Osigurati provođenje Nacionalnog strateškog okvira prema najvišim mogućim standardima kvalitete.

CILJEVI

1. Definirati postojeće situacije iz djelokruga rada javnog zdravstva, primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite.
2. Smanjiti smrtnosti od zloćudnih bolesti te otkrivanje zloćudnih bolesti u što ranijem stadiju.
3. Dijagnosticirati, liječiti i provoditi rehabilitaciju prema definiranim stručnim smjernicama.
4. Utvrditi ustanove za provođenje pojedinih procedura.
5. Uvesti obvezu prikaz onkoloških pacijenta pred multidisciplinarnim timom.
6. Racionalizirati uvođenje novih lijekova i medicinskih postupaka na pozitivnu listu.
7. Unaprijediti Registar za rak kako bi iz njega bili dostupni usporedivi, pravovremeni, pouzdani i potpuni epidemiološki podatci.
8. Uspostaviti Nacionalnu bazu onkoloških podataka kroz koju će se pratiti rezultati liječenja, podatci o učinkovitosti pojedinih lijekova i postupaka, ukupnim troškovima dijagnostike i liječenja onkoloških pacijenta, rezultati prema pojedinim institucijama i liječnicima kao i uvid u cjelokupni zdravstveni sustav zbrinjavanja onkoloških pacijenta.
9. Osigurati pozitivne uvjete za provođenje kliničkih ispitivanja s obzirom na to da je dostupnost novih terapija kroz klinička ispitivanja jedan od parametara kvalitete onkološke skrbi.
10. Provoditi trajnu edukaciju.

11. Pratiti učinkovitost uvođenja novih mjera i aktivnosti.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Imenovanje radnih skupina za evaluaciju, procjenu kvalitete preventivnih programa, dijagnostike, liječenja, praćenja i rehabilitaciju onkološkog pacijenta kao i praćenje provedbe i učinkovitosti uvedenih mjera. Uz predstavnike Ministarstva zdravstva, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u radne skupine imenovat će se i predstavnici stručnih društava i dr.
2. Utvrđivanje parametara prema kojima će se analizirati trenutačno stanje i daljnje praćenje kvalitete onkološke skrbi i učinkovitost uvedenih mjera.
3. Planiranje i unaprjeđenje Registra za rak.
4. Planiranje implementacije nacionalne informatičke onkološke mreže za Nacionalnu bazu onkoloških podataka.
5. Imenovanje radne skupine za planiranje i unaprjeđenja Registra za rak i umrežavanja svih dionika kroz nacionalnu informatičku onkološku mrežu u Nacionalnu bazu onkoloških podataka (liječnici, fizičari, inženjeri, medicinske sestre/tehničara, informatičari, ekonomisti i predstavnici tijela državne uprave i dr.).
6. Definiranje strukture unaprjeđenja Registra za rak, strukture nacionalne onkološke mreže i Nacionalne baze onkoloških podataka kako bi se osigurala mogućnost analize ekonomskih troškova, opterećenosti pojedinih ustanova, liječnika, liste čekanja i parametre kvalitete poput preživljenja, omjer utrošenih sredstava i rezultata liječenja uključujući rezultate provođenja svake nove mjere koja se uvede (npr. učinak novog lijeka, učinak stope odaziva na preventivne preglede na dijagnostiku i liječenje i sl.).
7. Akreditacija centara (bolnica) za specifičnu onkološku skrb kojom se utvrđuju specifični algoritmi dijagnostike, liječenja i praćenja onkološkog pacijenta po bolnici i/ili bolničkom centru.
8. Razmatranje potrebe za organiziranjem posebne jedinice pri Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje za uvođenje novih lijekova i postupaka u onkologiji koji će uz medicinski aspekt sagledavati trošak kao i omjer troškova/rezultata u okviru zadanih stručnih i financijskih okvira.
9. Uvođenje obveze prikaza i planiranja liječenja pacijenata pred multidisciplinarnim timovima u svrhu poboljšanja kvalitete onkološke skrbi za pacijenta.
10. Poticanje provođenja kliničkih istraživanja onkoloških lijekova ubrzavanjem rješavanja potrebnih administrativnih postupaka na svim razinama, a u svrhu osiguravanja dostupnosti novih onkoloških terapija kroz klinička istraživanja.
11. Praćenje provedbe putem koordinacijske jedinice za Nacionalni strateški okvir .

Rokovi provedbe: 1. i 5. 2021. godina i kontinuirano; 2., 3., 4., 6., 7., 8. i 10. 2021. godina i kontinuirano; 9. 2022. godina i kontinuirano; ostale aktivnosti kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva

- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- Agencija za lijekove i medicinske proizvode
- Zdravstvene ustanove
- Zdravstveni radnici
- Međunarodne institucije

IZVORI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- EU fondovi i drugi izvori financiranja

EKONOMSKA ANALIZA

Kontrola kvalitete ovisi o sposobnosti mjerenja i izvješćivanja o rezultatima kroz unaprijed definirane pokazatelje i na dosljedan način. Ti pokazatelji imaju najmanje tri dimenzije, povezane sa strukturom, postupkom i ishodom, što sve može pomoći menadžerima u zdravstvenom sustavu u identificiranju prednosti i slabosti provedbe. Sustavi prikupljanja podataka za navedene pokazatelje uključuju registre ciljane populacije i aktivnosti probira, ankete o zadovoljstvu korisnika usluga, revizije kvalitete za uzorke i dijagnoze, mehanizme za praćenje vremena čekanja, registre za rak s reprezentativnom pokrivenošću stanovništva i *ad hoc* metode i simulacijske modele (za potrebe izračuna kvalitetnih godina života i isplativosti). Vrlo je važno osigurati povezanost između službi/registara za probir i registara za rak kod stanovništva.

Većina ovih pokazatelja ne iziskuje dodatne troškove s obzirom da ih se može povući iz registra pacijenta i drugih, već analiziranih, mjera.

D. PRAĆENJE I IZVJEŠĆIVANJE

UVOD

Praćenje i nadzor provedbe aktivnosti i mjera iz Nacionalnog strateškog okvira ključan je za njegovu uspješnu primjenu. Naglasak treba staviti na praćenje ciljeva, provedbu predloženih mjera, redovitu ocjenu Nacionalnog strateškog okvira te ako je potrebno prilagodbu aktivnosti i mjera, uz kontinuirano i aktivno sudjelovanje svih dionika u ovom procesu.

VIZIJA 2030. GODINE

Osigurati kontinuiran i precizan nadzor i izvješćivanje o svim značajnim aktivnostima u okviru Nacionalnog strateškog okvira.

CILJEVI

1. Uspostava kontinuiranog i sveobuhvatnog procesa praćenja i nadzora svih bitnih aktivnosti u okviru Nacionalnog strateškog okvira.
2. Kontinuirano i pravovremeno izvješćivanje o svim bitnim rezultatima praćenja i nadzora i provedbe Nacionalnog strateškog okvira.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Uspostavljanje koordinacijske jedinice za praćenje Nacionalnog strateškog okvira.
2. Uspostavljanje savjetodavnog tijela od svih ključnih dionika (predstavnik pacijenta, predstavnik tijela državne uprave, predstavnik struke koji pružaju onkološku skrb, i drugih radnika uključenih u onkološku skrb, edukaciju i istraživanje i dr.).
3. Planiranje praćenja, nadziranja te pravovremenog izvješćivanja o svim bitnim i prethodno utvrđenim mjerama i aktivnostima u okviru Nacionalnog strateškog okvira.
4. Koordiniranje rada svih dionika u provedbi Nacionalnog strateškog okvira.
5. Praćenje provedbe, pravnih izmjena, plana razvoja ljudskih resursa, plana financijske aspekte, plana edukacije, plana izrade smjernica za dijagnostiku i liječenje, plana istraživanja, plana razvoja i kvalitete rada Nacionalne mreže onkoloških podataka kao i Registra za rak, programe primarne i sekundarne prevencije, razvoja procesa utvrđenih Nacionalnim strateškim okvirom, procesa onkološkog liječenja, plana nabave, plana uspostave radioterapijske mreže, plan uspostave kirurških centara, plana optimizacije i individualizacije sustavnog liječenja, plana razvoja dijagnostičkih procesa, plana razvoja palijativne i suportivne skrbi, te konačno kvalitete provedbe i samog proces praćenja i nadzora i procjene s ciljem njegova poboljšanja sukladno rokovima provedbe navedenim u Prilogu I.
6. Evaluacija planiranih aktivnosti/mjera
7. Sudjelovanje na javnim događanjima s temama vezanim uz borbu protiv raka.
8. Planiranje procesa izvješćivanja o rezultatima provedbe aktivnosti i mjera.
9. Objavljivanje rezultata provedbe Nacionalnog strateškog okvira.
10. Imenovanje radnih skupina za provedbu planiranih aktivnosti i mjera.
11. Izvješća o provedbi Nacionalnog strateškog okvira izrađuje ministarstvo nadležno za zdravstvo u suradnji s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo i drugim dionicima.
12. Godišnja izvješća o provedbi Nacionalnog strateškog okvira dostavljaju se ministru nadležnom za zdravstvo, a izvješća za dvogodišnja razdoblja dostavljaju se Vladi Republike Hrvatske na prihvaćanje.

13. Ministarstvo zdravstva će u cilju provedbe Nacionalnog strateškog okvira donositi dvogodišnje ili trogodišnje Akcijske planove protiv raka

Rokovi provedbe: sve aktivnosti 2021. godina i dalje kontinuirano

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Zdravstvene ustanove
- Udruge
- Stručna društva (onkološka)

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo

EKONOMSKA ANALIZA

Kvaliteta provedbe Nacionalnog strateškog okvira izravno je povezana s nadzorom i izvješćivanjem, kao i osiguravanjem čvrste suradnje svih ključnih dionika u zdravstvenom sustavu – pacijenata, zdravstvenih radnika, tijela državne uprave, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i drugih. U tom smislu ključno je osigurati vodstvo te je nužno odrediti pravu ustanovu ili organizaciju za taj postupak. U provedbi je potrebno posebnu pažnju posvetiti onim ciljevima koji su zajednički proaktivnim zdravstvenim sustavima usmjerenima na stanovništvo – poboljšanje dostupnosti usluga i smanjivanje socio-ekonomskih nejednakosti kad je u pitanju rak.

Troškovi vezani uz ovo poglavlje većinom su administrativne naravi, nužni za uspostavu koordinacijskog tijela za praćenje Nacionalnog strateškog okvira te slične aktivnosti od kojih su neke analizirane u prethodnim poglavljima.

12. INTEGRIRANA ANALIZA ISPLATIVOSTI NACIONALNOG STRATEŠKOG OKVIRA

UVOD

Republika Hrvatska već danas troši znatna sredstva na borbu protiv raka, a provedba Nacionalnog strateškog okvira zahtijevat će dodatna društvena ulaganja kako bi se u budućnosti približili standardima liječenja i zdravstvenim ishodima zapadnoeuropskih zemalja. Iz tog razloga od velike je važnosti osigurati da se sredstva troše racionalno.

Integrirana ekonomska analiza inkrementalnih troškova i učinaka Nacionalnog strateškog okvira bit će napravljena na temelju usporedbe dva scenarija: a) provedbe svih aktivnosti predviđenih Nacionalnog strateškog okvira i b) bez provedbe aktivnosti predviđenih Nacionalnim strateškim okvirom. Rezultati će biti iskazani kao trošak po godini života dobivenoj primjenom Nacionalnog strateškog okvira.

Ekonomska analiza obuhvatit će 10 najčešćih sijela raka u Republici Hrvatskoj (navedene prema MKB-O-3 klasifikaciji):

1. Prostatu C61.9
2. Jajnik (jajnika, jajovoda i ligamenata maternice, drugih i nespecificiranih ženskih spolnih organa, peritonealnih i retroperitonealnih) C48.0–C48.2, C56.9, C57.0–C57.4, C57.7–C57.9
3. Vrat maternice C53.0–C53.1, C53.8–C53.9
4. Dojku C50.0–C50.6, C50.8–C50.9
5. Melanom kože (8720–8790); navedena morfologija uključivala je topografske dijagnoze C44.0–C44.9, C51.0, C51.9, C60.9, ili C63.2
6. Pluća (pluća i bronha) C34.0–C34.3, C34.8–C34.9
7. Želudac C16.0–C16.6, C16.8–C16.9
8. Debelo crijevo i rektum (debelo crijevo, rektosigmoidni prijelaz, rektum, anus i analni kanal) C18.0–C18.9, C19.9, C20.9, C21.0–C21.2, C21.8
9. Gušteraču C25.0–C25.4, C25.7–C25.9
10. Jetru (i intrahepatične žučne vodove) C22.0–C22.1

Izračun svih troškova i učinaka napraviti će se za pojedinačnog pacijenta, za sve pacijente dijagnosticirane po godini i sveukupno za razdoblje do 2030. godine. Uzet će se u obzir svi troškovi i učinci koji proizlaze iz slučajeva raka dijagnosticiranih tijekom navedenog razdoblja, bez obzira koliko dugo treba da se pojave. Primjerice, gubitak produktivnosti uslijed preuranjene smrtnosti izračunat će se do dobi za umirovljenje, a dobivene godine života izračunat će se do očekivanog preživljavanja. Svi troškovi i izgubljeni prihodi diskontirat će se godišnjom stopom od 3,5 %, ali će se za potrebe proračuna također posebno iskazati u apsolutnim iznosima.

VIZIJA 2030. GODINE

Osigurati racionalno ulaganje sredstava za borbu protiv raka s motrišta troškova i učinkovitosti, a sa ciljem osiguravanja i ostvarivanja najveće moguće zdravstvene dobrobiti.

CILJEVI

1. Izračunati učinak provedbe aktivnosti Nacionalnog strateškog okvira na incidenciju i preživljenje pacijenata za 10 najčešćih sijela raka u Republici Hrvatskoj.
2. Izračunati učinak provedbe aktivnosti Nacionalnog strateškog okvira na neizravne troškove za 10 najčešćih sijela raka u Republici Hrvatskoj.
3. Izračunati utjecaj provedbe aktivnosti Nacionalnog strateškog okvira na trošak medicinske skrbi (izravni troškovi) za 10 najčešćih sijela raka u Republici Hrvatskoj.
4. Procijeniti troškovne učinkovitosti aktivnosti Nacionalnog strateškog okvira za 10 najčešćih sijela raka u Republici Hrvatskoj.

MJERE/AKTIVNOSTI

1. Imenovanje radne skupine za ekonomsku evaluaciju.
2. Ekonomska evaluacija uključuje slijedeća područja:
 - a. Incidenciju raka: Broj osoba oboljelih od 10 najčešćih vrsta raka predvidjet će se u razdoblju do 2030. godine. Procjene će se napraviti na temelju podataka i trendova incidencije Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, procjena SZO, referentnih podataka iz drugih zemalja i, prema potrebi, stručnog mišljenja.
 - b. Preživljenje: uspješnost liječenja izrazit će se kao dobivene godine života, ukupan broj izliječenih pacijenta (petogodišnje preživljenje nakon dijagnoze) i produljenje života u godinama kod pacijenta koji nisu doživjeli petogodišnji prag preživljavanja. Procjene će se temeljiti na podacima i trendovima preživljenja Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, referentnim podacima iz drugih zemalja i, prema potrebi, stručnom mišljenju. Za sijela raka obuhvaćena programima probira u okviru Nacionalnog strateškog okvira (rak dojke, vrata maternice, debelog crijeva i rektuma te pluća), rezultati će se izraziti i prema stadiju bolesti (lokalni tumor, regionalno proširena bolest i metastatska bolest).
 - c. Troškovi medicinske skrbi: izračunat će se pomoću cijena dijagnostičko-terapijskih skupina, izdataka za lijekove koji se financiraju iz fonda za skupe lijekove, kao i plaćanja za ambulantnu skrb, hitnu skrb i primarnu zdravstvenu zaštitu, približno određenu kroz broj konzultacija. Procjene će se modelirati na temelju stvarnih podataka hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje o troškovima i trendovima, prema potrebi prilagođenih u skladu sa stručnim mišljenjem.
 - d. Povećani programski troškovi nastali provedbom Nacionalnog strateškog okvira, kao što su dodatna ulaganja u programe primarne i sekundarne prevencije, opremu za dijagnostiku i radioterapiju, molekularnu dijagnostiku, genetsko testiranje, uvođenje

multidisciplinarnih timova, itd. pripisat će se sukladno udjelu novo-dijagnosticiranim pacijentima.

- e. S obzirom da ne postoje nacionalni izvori podataka, neizravni troškovi, kao što su troškovi neformalne skrbi, izgubljenih radnih dana i gubitka produktivnosti uslijed preuranjene smrti, procijenit će se na temelju međunarodnih referenci, prema potrebi prilagođenih u skladu sa stručnim mišljenjem.
 - f. Analize osjetljivosti napraviti će se kako bi se utvrdio utjecaj neovisnih varijabli na sveukupnu isplativost Nacionalnog strateškog okvira.
3. Praćenje provedbe, financijskih izdvajanja i financijskih učinaka provedbe Nacionalnog strateškog okvira .
 4. Financijska evaluacija provedbe Nacionalnog strateškog okvira.

Rokovi provedbe: aktivnosti pod 1. i 2. 2021. godine; aktivnosti pod 3. kontinuirano; aktivnost pod 4. 2030. godine

DIONICI

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo
- Zdravstvene ustanove
- Znanstveno-nastavne ustanove

IZVORI FINANCIRANJA

- Ministarstvo zdravstva
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Nacionalni strateški okvir obuhvaća mjere i aktivnosti primarne, sekundarne i tercijarne prevencije uključujući kao i čitav niz drugih specifičnih područja s ciljem smanjenja pojavnosti i smrtnosti od raka te produljenja i povećanja kvalitete života oboljelih od raka u Republici Hrvatskoj na razinu zapadnoeuropskih zemalja.

Za provedbu mjera/aktivnosti iz područja nadležnosti osigurana su sredstva na pozicijama Ministarstva zdravstva, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, Ministarstva financija, Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, Ministarstva gospodarstva i održivog razvoja, Fonda za zaštitu okoliša i energetske učinkovitost,

Državnog hidrometeorološkog zavoda, Ministarstva znanosti i obrazovanja, Agencije za odgoj i obrazovanje, Ministarstva poljoprivrede te Državnog inspektorata.

PRILOG I.

ROKOVI PROVEDBE		
Područja rada	Aktivnosti/mjere	GODINE PROVEDBE

		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	X
Centri	Uspostava Nacionalne onkološke mreže										
	Uspostava multidisciplinarnih timova										
	Uspostava kirurških centara										
	Uspostava radioloških centara										
	Uspostava genetičkih savjetovališta										
	Uspostava laboratorija										
	Plan normativnih aktivnosti										
Ljudski kapaciteti	Plan zapošljavanja										
	Plan specijalizacija										
	Plan stručnog usavršavanja										
	Edukacija za javnost										
	Komunikacijska politika										
	Plan normativnih aktivnosti										
Infrastruktura	Plan nabave opreme										
	Plan znavljanja opreme										
	Plan informatizacije										
	Plan normativnih aktivnosti										
Stručna podrška	Standardizacija medicinske dokumentacije										
	Izrada protokola										
	Plan kontrole kvalitete										
	Uspostava Nacionalne baze onkoloških podataka										
	Unaprjeđenje Registra za rak										
	Uspostava protokola kvalitete										

	Plan optimizacije i individualizacije sustavnog liječenja			
	Plan razvoja dijagnostičkih procesa			
	Plan razvoja palijativne i suportivne skrbi			
	Plan praćenja programa primarne i sekundarne prevencije			
	Izrada smjernica			
	Ekonomska analiza			
	Plan istraživanja			
	Plan normativnih aktivnosti			

Praćenje provedbe	Imenovanje koordinacijskog tijela			
	Imenovanje radnih grupa po područjima			
	Izrada protokola koordinacije			
	Protokol praćenja i izvještavanja			
	Normativne aktivnosti			
	Izrada izvješća			
	Evaluacija			
	Provedba i praćenje plana financiranja			

Legenda:	Priprema	Implementacija	Kontinuirane aktivnosti
-----------------	-----------------	-----------------------	--------------------------------

PRILOG II.

ČLANOVI POVJERENSTVO ZA IZRADU NACIONALNOG STRATEŠKOG OKVIRA

1. prof. dr. sc. Eduard Vrdoljak, predsjednik,
2. prof. dr. sc. Stjepko Pleština,

3. doc. dr. sc. Ingrid Belac-Lovasić,
4. prim. Vera Katalinić-Janković,
5. dr. sc. Delfa Radić Krišto,
6. akademik Zvonko Kusić,
7. prof. dr. sc. Ante Ćorušić,
8. prof. dr. sc. Boris Brkljačić,
9. doc. dr. sc. Ilijan Tomaš,
10. doc. dr. sc. Krunoslav Capak,
11. prof. dr. sc. Mate Škegro,
12. doc. dr. sc. Jasminka Štepan Giljević,
13. prim. dr. sc. Robert Šeparović,
14. prof. dr. sc. Željko Kaštelan,
15. prof. dr. sc. Vlatko Pejša,
16. Ljiljana Vuletić, mag. oec.,
17. akademik Miroslav Samaržija,
18. prof. dr. sc. Jacek Jassem,
19. prof. dr. sc. Živko Pavletić,
20. prof. dr. sc. Branimir Šikić,
21. Ivica Belina, prof. def.

ČLANOVI RADNIH SKUPINA

1. Radna skupina za primarnu prevenciju:

1. dr. sc. Krunoslav Capak, prim. dr. med., Hrvatski zavod za javno zdravstvo,
2. Vera Katalinić-Janković, dr. med., Ministarstvo zdravstva,
3. Ivana Brkić Biloš, dr. med., Hrvatski zavod za javno zdravstvo,
4. Melita Jelavić, dr. med., Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar”,
5. Renata Kutnjak-Kiš, dr.med., Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije i
6. Maja Glavač, ILCO Zagreb.

2. Radna skupina za sekundarnu prevenciju:

1. dr. sc. Boris Brkljačić, dr. med., Klinička bolnica Dubrava,
2. dr. sc. Nataša Antoljak, dr. med., Hrvatski zavod za javno zdravstvo,
3. Andrea Šupe Parun, dr. med., Hrvatski zavod za javno zdravstvo,
4. Dinka Nakić, dr. med., Hrvatski zavod za javno zdravstvo,
5. dr. sc. Vanja Tešić, dr. med., Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar” i
6. Marija Banjad, Cro-Ilco.

3. Radna skupina za dijagnostiku i praćenje liječenja:

1. dr. sc. Boris Brkljačić, dr. med., Klinička bolnica Dubrava,
2. dr. sc. Damir Miletić, dr. med., Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci,
3. dr. Ivo Sjekavica, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
4. dr. sc. Liana Cambj-Sapunar, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
5. dr. sc. Vinko Vidjak, dr. med., Klinička bolnica Merkur,
6. dr.sc. Vesna Ramljak, prim.dr.med., Europa Donna,
7. Milena Gnjidić, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
8. dr. Stanko Težak, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb.

4. Radna skupina za genetski uvjetovane tumore i genetičko savjetovanje:

1. dr. sc. Nina Dabelić, dr.med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
2. dr. sc. Sonja Levanat, Institut Ruđer Bošković,
3. dr. sc. Snježana Tomić, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
4. mr. sc. dr. Višnja Matković, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
5. sc. Branka Petrić Miše, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
6. dr. sc. Robert Šeparović, dr. med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
7. dr. Natalija Dedić-Plavetić, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
8. sc. Tajana Silovski, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb.

5. Radna skupina za patologiju i molekularnu dijagnostiku:

1. dr. sc. Snježana Tomić, dr.med., Klinički bolnički centar Split,
2. dr. sc. Ita Hadžisejdić, dr. med., Klinički bolnički centar Rijeka,
3. dr. sc. Anita Škrtić, dr. med., Klinička bolnica Merkur,
4. prof. dr. sc. Slavko Gašparov, dr. med., Klinička bolnica Merkur,
5. dr. sc. Vesna Ramljak, prim. dr.med., Europa Donna,
6. sc. Snježana Dotlić, dr.med., Klinički bolnički centar Zagreb

6. Radna skupina za multidisciplinarnost u onkologiji:

1. dr. sc. Stjepko Pleština, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
2. dr.sc. Marko Zelić, dr.med., Klinički bolnički centar Rijeka,
3. dr. sc. Ingrid Belac-Lovasić, dr. med., Klinički bolnički centar Rijeka,
4. dr. sc. Damir Gugić, dr. med., Klinički bolnički centar Osijek,
5. dr. sc. Ante Bolanča, dr. med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
6. Katarina Katavić, Koalicija udruga u zdravstvu,
7. Željko Vojnović, dr. med., Opća bolnica Varaždin.

7. Radna skupina za nacionalnu bazu podataka i registre pacijenta:

1. dr. sc. Stjepko Pleština, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
2. sc. Mario Šekerija, dr. med., Hrvatski zavod za javno zdravstvo,
3. Dunja Skoko-Poljak, dr. med., Ministarstvo zdravstva,
4. Iva Kirac, dr. med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
5. Borna Pleše, mag. sociologije i mag. antropologije, Hrvatski zavod za javno zdravstvo,
6. Ivica Belina, prof. edukac. reh., Koalicija udruga u zdravstvu,
7. dr. sc. Davorin Herceg, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb.

8. Radna skupina za nacionalnu onkološku mrežu:

1. dr. sc. Eduard Vrdoljak, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
2. dr. sc. Tomislav Omrčen, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
3. Dag Zahirović, dr. med., Klinički bolnički centar Rijeka,
4. sc. Josipa Flam, dr. med., Klinički bolnički centar Osijek,
5. Haris Kapetanović, Udruga Hrabro dijete,
6. dr. Borislav Belev, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
7. dr. Dragan Trivanović, dr. med., Opća bolnica Pula,
8. dr. sc. Davorin Herceg, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb.

9. Radna skupina za sustavno onkološko liječenje:

1. dr. sc. Ingrid Belac-Lovasić, dr. med., Klinički bolnički centar Rijeka,
2. dr. sc. Robert Šeparović, dr. med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
3. prof. dr. sc. Antonio Juretić, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
4. dr. sc. Igor Aurer, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
5. dr. sc. Ljubica Vazdar, dr. med., Hrvatski centar za palijativnu skrb,
6. dr. sc. Renata Dobrila-Dintinjana, dr. med., Klinički bolnički centar Rijeka.

10. Radna skupina za radioterapiju:

1. dr. sc. Ilijan Tomaš, dr. med., Klinički bolnički centar Osijek,
2. dr. sc. Nina Dabelić, dr.med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
3. dr. sc. Eduard Vrdoljak, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
4. dr. sc. Marijo Boban, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
5. dr. sc. Mladen Solarić, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
6. Zrinka Rendić Miočević dr.med., spec radioterapije i onkologije.

11. Radna skupina za pedijatrijsku onkologiju:

1. dr. sc. Jasminka Stepan Giljević, dr. med., prim., prof.v.š. – Klinika za dječje bolesti Zagreb,
2. dr. sc. Jelena Roganović-Đorđević, Klinički bolnički centar Rijeka,
3. Ljiljana Vuletić, mag. oec., "Ljubav na djelu", Udruga roditelja djece oboljele od malignih bolesti,
4. dr. sc. Ernest Bilić, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
5. Višnja Armanda, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
6. Mirela Stanić Popović, Udruga Krijesnica.

12. Radna skupina za onkološku kirurgiju:

1. dr. sc. Mate Škegro, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
2. dr.sc. Ante Ćorušić, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
3. dr. sc. Željko Kaštelan, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
4. dr.sc. Marko Zelić, dr.med., Klinički bolnički centar Rijeka,
5. sc. Zdravko Perko, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
6. Goranka Karamatić, ILCO Zagreb.

13. Radna skupina za rijetke tumore:

1. dr. sc. Borislav Belev, dr.med., Klinički bolnički centar Zagreb,
2. sc. Josipa Flam, dr. med., Klinički bolnički centar Osijek,
3. dr.sc. Jasna Radić, dr. med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
4. sc. Tihana Boraska Jelavić, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
5. Ana Tudor, MijelomCro.

14. Radna skupina za istraživanja u onkologiji:

1. dr. sc. Eduard Vrdoljak, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
2. akademik Miroslav Samaržija, Klinički bolnički centar Zagreb,
3. sc. Mario Šekerija, dr. med., Hrvatski zavod za javno zdravstvo,
4. Marijana Jazvić, dr. med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
5. Sandra Karabatić, magistra sestrinstva, Udruga Jedra,
6. dr. Sven Kurbel, dr. med., Medicinski fakultet u Osijeku,
7. Stjepko Pleština, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb.

15. Radna skupina za edukaciju u onkologiji:

1. akademik Zvonko Kusić, predsjednik Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti,
2. dr. sc. Ilijan Tomaš, dr. med., Klinički bolnički centar Osijek,
3. dr. sc. Ingrid Belac-Lovasić, dr. med., Klinički bolnički centar Rijeka,
4. dr. sc. Antonio Juretić, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
5. Ivanka Benčić, medicinska sestra, ILCO Zagreb,
6. dr. sc. Damir Vrbanec, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb,
7. dr. Natalija Dedić-Plavetić, dr.med., Klinički bolnički centar Zagreb,
8. dr. sc. Igor Aurer, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb.

16. Radna skupina za međunarodnu suradnju u onkologiji:

1. dr. sc. Eduard Vrdoljak, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
2. akademik Zvonko Kusić, predsjednik Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti,

3. akademik Miroslav Samaržija, Klinički bolnički centar Zagreb,
4. dr.sc. Marko Jakopović, dr. med., Klinika za plućne bolesti Jordanovac,
5. dr.sc. Lidija Beketić-Orešković, dr. med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
6. Mira Armour, Mijelom CRO,
7. dr. sc. Damir Vrbanec, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb.

17. Radna skupina za psihološku potporu, rehabilitaciju i reintegraciju onkoloških pacijenta:

1. Ljiljana Vukota, Udruga SVE za NJU,
2. sc. Delfa Radić Krišto, dr. med., Klinička bolnica Merkur,
3. dr. sc. Ana Planinc-Peraica, dr. med., Klinička bolnica Merkur,
4. sc. Maja Božić Šakić, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
5. dr.sc. Lidija Beketić-Orešković, dr.med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
6. Mira Armour, Mijelom CRO.

18. Radna skupina za palijativnu skrb

1. dr. sc. Ilijan Tomaš, dr. med., Klinički bolnički centar Osijek,
2. Sanja Predavec, dr. med., Ministarstvo zdravstva,
3. sc. Delfa Radić Krišto, dr. med., Klinička bolnica Merkur,
4. sc. Maja Božić Šakić, dr. med., Klinički bolnički centar Split,
5. Ljiljana Hoić, medicinska sestra, Hrvatski centar za palijativnu skrb,
6. dr. sc. Robert Šeparović, dr. med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
7. dr. sc. Ljubica Vazdar, dr. med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
8. dr. sc. Renata Dobrila-Dintinjana, dr. med., Klinički bolnički centar Rijeka.

19. Radna skupina za kontrolu kvalitete u onkologiji i procjenu ekonomske učinkovitosti poduzetih mjera:

1. akademik Miroslav Samaržija, Klinički bolnički centar Zagreb,
2. sc. Mario Šekerija, dr. med., Hrvatski zavod za javno zdravstvo,
3. Žarko Bajić, univ. spec. kliničke epidemiologije, Biometrika d.o.o. Zagreb,
4. dr. sc. Ante Bolanča, dr. med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice,
5. magistra sestrištva Sandra Karabatić, Udruga Jedra,
6. sc. Viktorija Erdeljić, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb.

20. Radna skupina za hemoonkologiju:

1. dr. sc. Boris Labar, dr.med.,
2. Steven Živko Pavletić, M.D., M.S., Američki Nacionalni institut za zdravlje,
3. sc. Delfa Radić Krišto, dr. med., Klinička bolnica Merkur,
4. dr.sc. Vlatko Pejša, dr.med., Klinički bolnički centar Dubrava,
5. Dražen Vincek, Hrvatska udruga leukemija i limfomi.

21. Radna skupina za ekonomsku analizu:

1. dr.sc. Dinko Vitezic, dr.med., Klinički bolnički centar Rijeka,
2. dr.sc. Eduard Vrdoljak, dr.med., Klinički bolnički centar Split,
3. Tea Strbad, dr.med., Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje,
4. dr.sc. Mario Šekerija, dr. med.

Prilog:

- Izvješće o provedenom savjetovanju sa zainteresiranom javnošću

OBRAZAC
IZVJEŠĆA O PROVEDENOM SAVJETOVANJU SA ZAINTERESIRANOM JAVNOŠĆU O NACRTU
NACIONALNOG STRATEŠKOG OKVIRA PROTIV RAKA DO 2030.

Naslov dokumenta	Izvješće o provedenom savjetovanju o Nacrtu nacionalnog strateškog okvira protiv raka do 2030.
Stvaratelj dokumenta, tijelo koje provodi savjetovanje	Ministarstvo zdravstva
Svrha dokumenta	Izvješće o provedenom savjetovanju Nacrtu nacionalnog strateškog okvira protiv raka do 2030.
Datum dokumenta	8. svibnja 2020.
Verzija dokumenta	I.
Vrsta dokumenta	Izvješće
Naziv nacрта zakona, drugog propisa ili akta	Nacrt nacionalnog strateškog okvira protiv raka do 2030.
Jedinstvena oznaka iz Plana donošenja zakona, drugih propisa i akata objavljenog na internetskim stranicama Vlade	-
Naziv tijela nadležnog za izradu nacрта	Ministarstvo zdravstva
Koji su predstavnici zainteresirane javnosti bili uključeni u postupak izrade odnosno u rad stručne radne skupine za izradu nacрта?	U postupak izrade, odnosno u rad stručne radne skupine za izradu Nacrta nacionalnog strateškog okvira protiv raka do 2030. bili su uključeni predstavnici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije, ILCO-a Zagreb, Kliničke bolnice Dubrava, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Kliničkog bolničkog centra Zagreb, Kliničkog bolničkog centra Split, Kliničke bolnice Merkur, Europa Donne, Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice, Instituta Ruđer Bošković, Kliničkog bolničkog centra Osijek, Koalicije udruga u zdravstvu, Opće bolnice Varaždin, Udruge Hrabro dijete, Opće bolnice Pula, Hrvatskog centra za palijativnu skrb, Klinike za dječje bolesti Zagreb, Udruge roditelja djece oboljele od malignih bolesti, Udruge Krijesnica, MijelomCro-a, Udruge Jedra, Medicinskog fakulteta Osijek, Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, Klinike za plućne bolesti Jordanovac, Udruge SVE za NJU, Biometrike d.o.o. Zagreb, Američkog Nacionalnog instituta za zdravlje, Hrvatske udruge leukemija i limfomi i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

<p>Je li nacrt bio objavljen na internetskim stranicama ili na drugi odgovarajući način?</p> <p>Ako jest, kada je nacrt objavljen, na kojoj internetskoj stranici i koliko je vremena ostavljeno za savjetovanje?</p> <p>Ako nije, zašto?</p>	<p>DA</p> <p>Dana 23. siječnja 2020. godine započeo je postupak internetskog savjetovanja na središnjem državnom internetskom portalu za savjetovanja s javnošću „e-Savjetovanja“. Svi zainteresirani mogli su dostaviti svoje prijedloge, primjedbe i komentare u razdoblju od 23. siječnja do 22. veljače 2020. godine godine putem središnjeg državnog internetskog portala za savjetovanje „e-Savjetovanja" ili na e-mail adresu: savjetovanje@miz.hr.</p>
<p>Koji su predstavnici zainteresirane javnosti dostavili svoja očitovanja?</p>	<p>Nikola Đaković Mirna Šitum TDR d.o.o. Inovativna farmaceutska inicijativa Ana Soldo Hrvatska ljekarnička komora Koprivničko - križevačka županija Hrvatsko društvo za medicinsku fiziku Hrvatsko društvo za medicinu rada Hrvatskog liječničkog zbora Stjepan Milinković, dr. med. Specijalna bolnica Radiochirurgia Zagreb Irena Franolić Admir Dilberović Marija Buljan Branka Marinović Branko Dukić Udruga Pogled iz novog kuta - life Miroslav Mađarić Opća bolnica Varaždin Hrvatska udruga koncesionara PZZ Štefi M. Hrvoje Marković Zaklada Sandra Stojić Biserka Stojić Suzana Fehlen Vedran Lovrinčević Marko Skelin Tomislav Stanković Ivica Belina Opća Bolnica "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica Natalija Dedić Plavetić Opća bolnica Zadar Hrvoje Hršak Istarska županija Ivan Zečević Tatjana Ladenhauser Damir Vrbanec Šibensko kninska županija</p>

ANALIZA DOSTAVLJENIH PRIMJEDBI	Ukupno je pristiglo 154 primjedbi od kojih je 129 primjedbi primljeno na znanje, 7 primjedbi je djelomično prihvaćeno, 7 primjedbi je prihvaćeno, a 11 primjedbi nije prihvaćeno.
Primjedbe koje su prihvaćene	
Primjedbe koje nisu prihvaćene i obrazloženje razloga za neprihvatanje	Analiza dostavljenih primjedbi u prilogu je ovoga Obrasca
Troškovi provedenog savjetovanja	Provedba javnog savjetovanja nije iziskivala dodatne financijske troškove.

Izješće o provedenom savjetovanju o Nacrtu prijedloga nacionalnog strateškog okvira protiv raka do 2030.

Redni broj	Korisnik/Sekcija/Komentar	Odgovor
1	<p>Nikola Đaković NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030.</p> <p>Poštovani, svakako treba prvo zahvaliti Ministarstvu zdravstva što se upustilo u ovaj zahtjevan poduhvat izrade Nacionalnog plana protiv raka te Povjerenstvu za izradu i praćenje Nacionalnog plana za borbu protiv zloćudnih bolesti (u daljnjem tekstu: Povjerenstvo) i svim članicama i članovima radnih skupina na vjerujem velikom trudu kao preduvjetu da imamo kvalitetnu podlogu za javnu raspravu o ovom Nacrtu Nacionalnog plana protiv raka (u daljnjem tekstu: Nacrt). Potrebno je odmah reći da ovaj Nacrt donosi izvrstan pregled onkološke problematike u Hrvatskoj s preporukama smjernica poboljšanja stanja te osnovu za najširu javnu raspravu o ovom izuzetno važnom dijelu zdravstvene zaštite. Iz ovdje već postavljenih komentara čini mi se da do sada šira ni stručna ni opća javnost nije bila do kraja upoznata s detaljima metodologije izrade ovog Nacrta prijedloga koji pretpostavljam treba imati dugoročnu ključnu ulogu ne samo u organizaciji i provođenju onkološke zaštite već pristupu zdravlju pa i gospodarstvu i društvu u cjelini. Nacionalni plan bi za razliku od strategije pretpostavljam po svojoj definiciji trebao biti izvršni dokument koji jasno, sveobuhvatno, jednoznačno na temelju vjerodostojnih temeljitih prethodnih analiza i u dogovoru svih dionika budućeg provođenja plana nudi postupke, vremenske rokove, financijske parametre, upravljačke procedure, kontrolne mehanizme i ostale nužne preduvjete neophodne za njegovo provođenje i postizanje njegovih ciljeva. Kako je i nacionalan, njegovo stvaranje i donošenje bi trebalo imati najširi društveni i stručni konsenzus. Budući su se ovdje u e-savjetovanje uključila i mnoga tijela jedinica lokalne i područne samouprave, zdravstvene ustanove, stručna društva, udruge te mnogi pojedinci slobodan sam zaključiti da oni do sada nisu bila aktivno uključeni u donošenje ovog Nacrta. To je naročito vidljivo i iz ozbiljnosti pitanja i prijedloga koja su ovdje od strane sudionika eSavjetovanja izneseni i koji se ne mogu na brzinu prelamati preko koljena bez dodatne temeljite analize Nacrta i transparentne rasprave. Naročito se to odnosi na integriranu analizu isplativosti Nacionalnog plana navedenoj u poglavlju 12. Iako nisam ekonomske struke čini mi se primjerenim da se takva analiza predviđene isplativosti učini PRIJE donošenja Nacionalnog plana o čemu logično i ovisi njegovo donošenje. Te naravno onda i po njegovoj provedbi kad se vide učinci. Budući je poznato da veliki dio ukupnih zdravstvenih sredstava ide za liječenje onkoloških bolesti te je u stalnom porastu, način ulaganja javnih sredstava iz poreza i prireza građana i sredstava osiguranika HZZO-a zahtijeva ozbiljnu stručnu i javnu raspravu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

Naročito iz razloga što sredstva osigurana za zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj trebaju pravično pokrivati cjelokupnu zdravstvenu problematiku a ne samo onkološke bolesti. Dobra utemeljenost i transparentnost Nacionalnog plana kao i jasni financijski parametri neophodni su i s gospodarskog gledišta, bilo zbog poželjne partnerske suradnje sa zdravstvenom industrijom koja svojim proizvodima i uslugama sudjeluje ključno u onkološkoj zaštiti, bilo zbog vjerojatnog korištenja sredstava za provođenje Nacionalnog plana i iz gospodarstva (farmaceutska i duhanska industrija i sl.). Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) i Ministarstvo financija RH kao glavni nositelji financijskog sustava po pitanju svih zahvata u zdravstvu uz Ministarstvo zdravstva trebaju neophodno aktivno sudjelovati u samoj izradi Nacrta prijedloga. Poželjno je uključiti u raspravu i druge zdravstvene osiguravatelje. Mišljenja sam da je bez njihovog aktivnog učešća i uklapanja u njihove razvojne projekcije nemoguće napraviti Nacionalni plan koji će biti u narednim godinama uspješno proveden a pogotovo da ima kontinuirani tijek. I svjetska iskustva govore da za uspješnu provedbu Nacionalnog plana najčešće nedostaju detaljnije definirani načini financiranja, alokacija tih sredstava u određenom vremenskom periodu i upravljanje izvršenjem plana. Iskustvo nas uči da bez najšire rasprave i podrške svih dionika te dovoljno raspoloživih resursa i vremena velika je vjerojatnost da većina ciljeva nekog plana pa tako i ovog Nacionalnog plana ostanu mrtvo slovo na papiru. Svjestan ogromnog truda na donošenju ovog Nacrta mišljenja sam da ga treba ipak još doraditi da osiguramo njegovu jasnoću izvedbe, financijsku održivost a i pravičnost za građane Republike Hrvatske iz svih njenih krajeva te time i uspjeh provedbe što je i osnovna želja donošenja. Veliki teret izrade te posljedično i uspjeha ili neuspjeha ovako važnog dokumenta za građane Republike Hrvatske nikako ne smije ležati samo na Povjerenstvu i njegovim radnim skupinama te Ministarstvu zdravstva. Očita je potreba uključivanja svih dionika prepoznatih u raspravi, u samu izradu i donošenje Nacrta i to prije ovakve ponovne elektronske javne rasprave koja je svakako neophodna ali ipak ne može biti zamjena za rad kroz radionice, fokus grupe i sl. Vidljivo je da osim neophodnih HZZO-a, Ministarstva financija i zdravstvene administracije postoji potreba što ranijeg uključivanja i zainteresiranih stručnih udruga (npr. liječnika, sestara i dr.), zainteresiranih formalnih ali možda i neformalnih skupina bolesnika, jedinica lokalne i područne samouprave, zdravstvenih ustanova, drugih stručnih povjerenstava pa i zainteresiranih pojedinaca. Time bi se sigurno pomoglo Povjerenstvu i svim radnim skupinama te doprinijelo nužnoj transparentnosti i u konačnosti uspjehu procesa. Mi smo mala zemlja ograničenih resursa koja nužno treba donositi izuzetno promišljene nacionalne planove koristeći u izradi sve raspoložive ljudske i ostale kapacitete i time svodeći mogućnost kasnijeg neispunjenja zadanih ciljeva na minimum. Iz tog razloga predlažem da se u neophodnu doradu Nacrta transparentno uključe svi zainteresirani dionici (vidljivi iz ove rasprave ali i šire) te da se nakon dorade ponovno provede e-

	<p>savjetovanje. Budući je uspjeh onkološke zaštite cilj sviju nas iznio sam ova općenita zapažanja te sam naravno i osobno spreman kao i Hrvatsko društvo za onkologiju i radioterapiju Hrvatskog liječničkog zbora aktivno pomoći u samoj doradi Nacrta i u stručnom promicanju te kasnijoj provedbi i vrednovanju Nacionalnog plana protiv raka. S poštovanjem Nikola Đaković</p>	
<p>2</p>	<p>Mirna Situm NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030. Postovani, kao dugogodisnji dermatoonkolog, voditeljica Referentnog centra Ministarstva zdravstva RH od 2005.g.,kao predsjednica Hrvatskog drustva za dermatolosku onkologiju HLZ-a, clanica glavnog odbora Europskog drustva za dermatolosku onkologiju te glavna organizatorica javno-preventivnih akcija ranog otkrivanja melanoma od 2002.g.izrazavam zabrinutost i zaljenje sto se u Nacionalnom planu opservira tema melanoma na kroz planove za ranu dijagnostiku i aktivnosti na edukaciji, a bez sudjelovanja dermatovenerologa i dermatoonkologa. Velik i entuzijastican dugogodisnji napor hrvatskih dermatovenerologa doveo je do znacajnog pomaka u ranoj dijagnostici tog rastuceg problema u nasoj Domovini, a sto je evidentno i mjerljivo u podacima Registra za rak RH. Nadam se da cete osvijestiti da je isklucivanje dermatologa u temi melanoma veliki propust i da se ciljevi koje ste postavili nece moci ostvariti bez struke kojoj je specificna primarna edukacija upravo primarna prevencija i rana dojagnostika melanoma. U nadi da niste namjerni zanemarili postojanje hrvatskih dermatovenerologa ciji rad je primjer dobre prakse medju svim Europskim zemljama, srdacno vas pozdravljam! Akademkinja Mirna Situm, predstojnica Klinike za kozne i spolne bolesti KBC Sestre milosrdnice</p> <p>Postovani, kao dugogodisnji dermatoonkolog, voditeljica Referentnog centra Ministarstva zdravstva RH od 2005.g.,kao predsjednica Hrvatskog drustva za dermatolosku onkologiju HLZ-a, clanica glavnog odbora Europskog drustva za dermatolosku onkologiju te glavna organizatorica javno-preventivnih akcija ranog otkrivanja melanoma od 2002.g.izrazavam zabrinutost i zaljenje sto se u Nacionalnom planu opservira tema melanoma na kroz planove za ranu dijagnostiku i aktivnosti na edukaciji, a bez sudjelovanja dermatovenerologa i dermatoonkologa. Velik i entuzijastican dugogodisnji napor hrvatskih dermatovenerologa doveo je do znacajnog pomaka u ranoj dijagnostici tog rastuceg problema u nasoj Domovini, a sto je evidentno i mjerljivo u podacima Registra za rak RH. Nadam se da cete osvijestiti da je isklucivanje dermatologa u temi melanoma veliki propust i da se ciljevi koje ste postavili nece moci ostvariti bez struke kojoj je specificna primarna edukacija upravo primarna prevencija i rana dojagnostika melanoma. U nadi da niste namjerni zanemarili postojanje hrvatskih dermatovenerologa ciji rad je primjer dobre prakse medju svim Europskim zemljama, srdacno vas pozdravljam! Akademkinja Mirna Situm, predstojnica Klinike za kozne i spolne bolesti KBC Sestre milosrdnice</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

3 TDR d.o.o.

NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030.

Ministarstvo zdravstva u tekstu Nacrta Nacionalnog plana protiv raka 2020.-2030.,posebice u dijelu gdje opisuje mjere primarne prevencije malignih oboljenja/tumora, kao jedan od značajnijih čimbenika rizika nastanka i razvoja malignih oboljenja ističe pušenje i duhan, te u dijelu gdje navodi ciljeve, odnosno mjere/aktivnosti navedene primarne prevencije, između ostaloga, posebno ističe :
“CILJEVI: B. Prevencija raka povezanog s pušenjem (...) 2. Smanjiti dostupnost duhanskih i srodnih proizvoda, osobito kroz poreznu politiku. (...) MJERE/AKTIVNOSTI: B. Prevencija raka povezanog s pušenjem (...) 4. Razmotriti mogućnosti povećanja trošarina na duhanske proizvode i/ili utvrđivanja drugih poreza u cilju smanjenja prevalencije. (...)“
Prilikom postavljanja cilja smanjivanja dostupnosti duhanskih i srodnih proizvoda treba terminološki razlikovati upotrebljeni pojam dostupnosti u odnosu na pojam priuštivosti, a na koje se u daljim navodima referiramo. Obzirom da je predlagatelj teksta kao mjeru za postizanje navedenog cilja predvidio poreznu politiku , jasno je da se dostupnost odnosi na ekonomsku priuštivost proizvoda od strane potrošača. Prilikom razmatranja gore navedene mjere svakako je važno prethodno uzeti u obzir tržišne prilike, te mogućnost da će predložena mjera polučiti i druge supsidijarne (neželjene) efekte. Naime, značajnim povećanjem trošarina, jedan dio potrošača prebacuje se na jeftinije duhanske proizvode, a značajni dio potrošača prelazi na alternativne (ilegalne) izvore nabavke duhanskih proizvoda, što neminovno utječe na povećanje crnog tržišta duhana i duhanskih proizvoda. Fluktuiranje ka ilegalnim tokovima zabilježeno je u istraživanjima KMPG-a prema kojima je 2017. godine Hrvatska bilježila 2,1% ilegalnih količina cigareta, za razliku od izvještaja iz 2018. godine kada se taj iznos povećao na 6,3%, i to u okolnostima umjerenog povećavanja trošarina. Dodatno, kada se ilegalnom tržištu cigareta, pridoda i ilegalno tržište rezanog duhana, procjenjuje se da ilegalno tržišta duhanskih proizvoda u Republici Hrvatskoj iznosi cca. 20%. Također, Zakon o potvrđivanju protokola o uklanjanju nezakonite trgovine duhanskim proizvodima, u dijelu ocjene stanja i cilja koji se donošenjem Zakona želi postići, ističe se : „(...) Pored gubitaka u proračunu proizvodi, koji se nalaze u ilegalnim tokovima su izvan nadzora i njihova zakonska zdravstvena ispravnost je više nego upitna. (...) Prema procjenama otkupljivača duhana, sivo tržište duhana iznosi oko 750 milijuna kuna. (...) Unatoč mjerama za suzbijanje krijumčarenja koje se kontinuirano poduzimaju te kontinuiranim aktivnostima nadležnih tijela, osobito carine i policije, posljednji trendovi pokazuju da postojeće aktivnosti i dalje nisu dostatne za rješavanje ovoga problema.“
Usporedno sa zemljama EU, Hrvatska pripada u krug zemalja s najnižim osobnim primanjima. U tom smislu, udio trošarine u indeksu priuštivosti nalazi se na samom vrhu u odnosu na druge zemlje članice EU. Nadalje, napominjemo da Hrvatska ima jednu od najvećih stopa PDV-a u regiji te su potrošači u smislu odnosa maloprodajne cijene i priuštivosti izloženi jednom od najskupljih proizvoda na tržištu.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

<p>Uvođenjem novih poreza (osim trošarina) direktno se krši Direktiva Vijeća 2011/64/EU od 21. lipnja 2011 o strukturi i stopama trošarina koje se primjenjuju na prerađeni duhan. Predložena mjera uvođenja drugih, dodatnih poreza na duhanske i srodne proizvode, je neutemeljena, obzirom da ista je ista izvan sustava trošarina, te joj je svrha ista ona koju već imaju postojeće trošarinske politike. Nadalje, ističemo da se kroz prihod od trošarina na duhanske prerađevine, već doznačuju sredstva iz državnog proračuna na račun Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za potrebe zaštite javnog zdravstva</p>	
<p>4 Inovativna farmaceutska inicijativa NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030.</p> <p>Nacionalni plan protiv raka povijesni je strateški dokument s kojim Republika Hrvatska ima priliku napraviti snažan zaokret u onkološkoj skrbi i ishodima liječenja, koja je na svjetskoj razini danas ne samo zdravstveno, već i važno političko i strateško pitanje svake zemlje. Sinergija cijelog sustava, u kojemu i pacijenti imaju ulogu aktivnog sudionika u svojem liječenju, moguća je isključivo postavljanjem zdravih temelja – edukacije i prevencije od najranije dobi. Pravovremena dijagnostika, suvremene metode liječenja te do sada često zanemarivano – praćenje ishoda liječenja, neophodni su za ostvarenje Nacionalnog plana protiv raka. Ishodi liječenja najbolje su mjerilo vrijednosti uložениh sredstava, kako u terapijske metode, tako i u sve ostale medicinske intervencije, bilo da je riječ o financijskoj vrijednosti, ili ulaganju vremena, znanja i infrastrukture. Uzajamno partnerstvo svih dionika u borbi protiv zloćudnih bolesti i multidisciplinarni tim koji je radio na Planu potvrda su da je u borbi protiv raka postignut nacionalni konsenzus, a sada je bitno taj Plan početi sustavno provoditi, također u suradnji sa svim uključenim protagonistima. Jer kao što je navedeno i u samom tekstu nacрта NPPR-a, uspjeh Plana počivat će ne samo na njegovoj ekonomskoj i kadrovskoj kvaliteti, već i spremnosti svih sudionika (zdravstvenih djelatnika i zdravstvenog sustava, ukupne državne administracije, bolesnika i njihovih udruga, gospodarstva, medija i opće javnosti) za njegovu cjelovitu i potpunu implementaciju. Konačni Plan, potkrijepljen mjerljivim rezultatima, nesumnjivo će biti uzor svim budućim inicijativama za poboljšanje zdravstvenih politika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>5 Ana Soldo NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030.</p> <p>Sekcija za onkološko ljekarništvo Hrvatskog farmaceutskog društva (HFD) i Povjerenstvo za onkološko ljekarništvo Hrvatske ljekarničke komore (HLJK) Kompleksnost i često loš sigurnosni profil antineoplastičnih lijekova, zajedno s njihovim visokim troškovima čine optimizaciju farmakoterapije parametrom kojim se može poboljšati sigurnost i učinkovitost antineoplastičnog liječenja, postizanje terapijskih ciljeva i racionalizacija troškova. Također jedan od ciljeva je osigurati sigurnu pripravu i rukovanje antineoplastičnim lijekovima. Glavni fokus rada specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije su potrebe pojedinih bolesnika koje su povezane s lijekovima. Pojedinačna terapija</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

lijekovima trebala bi biti učinkovita, sigurna i prikladna za bolesnika kako bi se osigurala dobra adherencija što posljedično može pozitivno utjecati na rezultate liječenja. Specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije kao dio multi-disciplinarnog tima (MDT) bi trebao doprinijeti osiguravanju učinkovitog, sigurnog i racionalnog antineoplastičnog liječenja. Specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije direktno sudjeluje u provođenju ljekarničke skrbi kao dio MDT ali i nadzire pripremu antineoplastičnih lijekova kako bi osigurao sigurne radne uvjete za zdravstvene djelatnike koji sudjeluju u pripravi i rukovanju antineoplastičnim lijekovima. Provođenjem ljekarničke skrbi poboljšava se adherencija prema terapiji, smanjuje se incidencija nuspojava i povećava kvaliteta života bolesnika [Schulz M, et al. Eur J Heart Fail. 2019, Tanaka K, et al. J Pharm Health Care Sci. 2018]. Vizija 2030 Osigurati sustavan razvoj ljekarničke skrbi za onkološkog bolesnika uz jednaku dostupnost na svim razinama zdravstvene zaštite. Poboľšati ishode liječenja onkoloških pacijenata kroz sigurnu i učinkovitu primjenu antineoplastične terapije. Sve bolnice u Hrvatskoj koje pripremaju antineoplastičnu terapiju bi imale centralnu pripremu koja zadovoljava europske standarde: Standard Kvalitete Ljekarničkih Usluga u Onkologiji (eng. Quality Standard for the Oncology Pharmacy Service – QUAPOS 6, 2018) te bi se navedena priprema vršila pod nadzorom specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije. Također svaki onkološki odjel bi trebao imati na raspolaganju specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije koji bi redovno vršio kontrolu farmakoterapije ali i savjetovanje bolesnika. Prije prvog izdavanja antineoplastičnog lijeka i suportivne terapije, bilo da je prvo izdavanje u bolnici ili u javnoj ljekarni, specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije bi morao savjetovati bolesnika vezano za pravilnu uporabu lijeka, profil nuspojava lijeka, te ga upozoriti na potencijalne opasnosti prilikom primjene navedenog lijeka. Specijalisti kliničke farmacije/magistar farmacije s položenom edukacijom na području onkologije (provođenje standardizirane edukacije od strane specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije) u javnim ljekarnama bi trebali pružati odgovarajuće usluge ljekarničke skrbi u vidu savjetovanja i praćenja onkološkog bolesnika prilikom izdavanja antineoplastičnih lijekova i suportivne terapije na razini primarne zdravstvene zaštite. Ciljevi

- Definirati potrebne kapacitete i standarde za provođenje ljekarničke skrbi za onkološkog bolesnika na svim razinama zdravstvene zaštite kroz broj i raspored bolničkih ljekarni, javnih ljekarni i broj stručnjaka za provođenje ljekarničke skrbi onkološkog bolesnika.
- Standardizacija pripreme antineoplastičnih lijekova u svim bolnicama koje su uključene u sistemsko liječenje onkoloških bolesnika.

Antineoplastični lijekovi će se priređivati u centraliziranoj sterilnoj jedinici, uz nadzor posebno educiranih specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije s iskustvom na području aseptičke pripreme antineoplastičnih lijekova. Priprema antineoplastičnih lijekova bi se trebala provoditi u skladu s europskim standardima na području onkološke farmacije (QUAPOS 6).

- Uključiti

specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije u MDT u liječenju onkoloških bolesnika u svrhu redukcije rizika od pojave neželjenih interakcija između sustavne antineoplastične terapije, suportivne terapije, terapije za druge komorbiditete i dodataka prehrani, te poboljšanja adherencije bolesnika. • Savjetovanje specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije o pravilnoj primjeni antineoplastičnih lijekova i suportivne terapije i provođenje ljekarničke skrbi onkoloških bolesnika na svim razinama zdravstvene zaštite. • Sustavno planirati i upravljati sredstvima za financiranje prostora, opreme, osoblja i edukacije potrebnog za provođenje ljekarničke skrbi za onkološkog bolesnika. • Implementacija subspecijalizacije iz onkološke farmacije u Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara farmacije (u skladu s Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Subspecijalist onkološke farmacije je specijalist kliničke farmacije - bolničko ljekarništvo s dodatnom 1 godinom subspecijalizacije na području onkologije. • Uspostaviti sustavnu edukaciju za magistre farmacije u javnim ljekarnama kako bi mogli doprinjeti boljoj skrbi onkološkog bolesnika. Provesti edukaciju stručnog osoblja svih profila koji će biti uključeni u provođenje ljekarničke skrbi onkološkog bolesnika. • Senzibiliziranje i educiranje javnosti putem medija o osnovnoj i specijalističkoj ljekarničkoj skrbi onkološkog bolesnika na nacionalnoj i globalnoj razini. Uključivanje u aktivnosti senzibilizacije javnosti uz pomoć volontera i predstavnika udruga pacijenata. Mjere aktivnosti • U 2020. godini provesti analizu stanja pripreme antineoplastičnih lijekova u hrvatskim bolnicama. • Do 2023. godine barem jedna trećina hrvatskih bolnica bi trebala pripremati antineoplastične lijekove u centraliziranoj sterilnoj pripravi u skladu s europskim standardima (QUAPOS 6) i zahtjevima struke (Sekcija za onkološko ljekarništvo HFD-a i Povjerenstvo za onkološko ljekarništvo HLJK). • Do 2026. godine najmanje dvije trećine hrvatskih bolnica priprema antineoplastične lijekove u centraliziranoj sterilnoj pripravi u skladu s europskim standardima i zahtjevima onkološke farmacije. • Do kraja 2029. godine sve hrvatske bolnice koje primjenjuju sistemsku antineoplastičnu terapiju bi trebale pripremati antineoplastične lijekove u centraliziranoj sterilnoj pripravi u skladu s europskim standardima i zahtjevima onkološke farmacije. • U 2020. godini bi se trebala napraviti analiza stanja bolnica kroz dostupnost specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije u bolnici te njegovu uključenost u provođenju ljekarničke skrbi. • U 2021 godini provesti pilot projekt koji će pregledati interakcije lijekova u onkoloških bolesnika u najmanje jednoj trećini hrvatskih bolnica u kojima se primjenjuje sistemsku antineoplastična terapija. • Prije svakog uvođenja nove sistemske terapije specijalist kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije provodi kritički pregled farmakoterapije između svih korištenih lijekova (antineoplastični lijekovi, suportivna terapija, terapija za liječenje komorbiditeta i dodataka prehrani). Uvjet za provedbu mjere je odgovarajuća informatička podrška i dovoljan broj osoblja. • U 2020. godina kreirati pravilnik o ljekarničkoj skrbi onkoloških bolesnika te napraviti analizu izdanih antineoplastičnih lijekova. • Do kraja 2022. godine

pripremiti pilot projekt na razini sekundarne/tercijarne zdravstvene zaštite u kojem će specijalist kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije savjetovati svakog onkološkog bolesnika prilikom prvom propisivanja oralnog antineoplastičnog lijeka i suportivne terapije vezano za pravilnu uporabu takvog lijeka, profil nuspojava lijeka te upozoriti ga na potencijalne opasnosti prilikom primjene navedenog lijeka. Savjetovanje je namijenjeno prvenstveno povećanju adhezencije uzimanju lijekova, s naglaskom na svrhu uzimanja (zašto bi bolesnik trebao uzimati lijek), način primjene (kako bolesnik treba uzimati lijek), povećanje sigurnosti primjene (upozoriti bolesnika na potencijalne opasnosti) i poznavanje / djelovanje o očekivanim nuspojavama lijeka (što bolesnik može očekivati).

- Do kraja 2024. godine pripremiti pilot projekt na razini primarne zdravstvene zaštite u kojem će specijalisti kliničke farmacije/magistar farmacije s položenom edukacijom na području onkologije savjetovati i pratiti svakog onkološkog bolesnika prilikom izdavanja oralnog antineoplastičnog lijeka i suportivne terapije. Savjetovanje je namijenjeno prvenstveno povećanju adhezencije uzimanju lijekova i sigurnosti primjene (uočavanje nuspojava lijekova). Magistri farmacije na razini primarne zdravstvene zaštite imaju vrlo bitnu ulogu u savjetovanju onkoloških bolesnika o potencijalnoj škodljivosti dodataka prehrani za iste.
- U 2023 godini napraviti evaluaciju i publikaciju pilot projekta na razini sekundarne/tercijarne zdravstvene zaštite kroz perspektivu evaluacije učinka specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije na učinkovitost, sigurnost i racionalizaciju troškova liječenja. Na temelju rezultata pilot projekta dati preporuke vezane za uspostavljanje ljekarničke skrbi u svim hrvatskim bolnicama kroz Nacionalni program za borbu protiv raka.
- U 2025 godini napraviti evaluaciju i publikaciju pilot projekta na razini primarne zdravstvene zaštite kroz perspektivu evaluacije učinka specijalista kliničke farmacije/magistar farmacije s položenom edukacijom na području onkologije na adhezenciju i sigurnost tokom liječenja onkoloških bolesnika. Na temelju rezultata pilot projekta dati preporuke vezane za uspostavljanje ljekarničke skrbi u svim javnim ljekarnama kroz Nacionalni program za borbu protiv raka.
- Tokom praćenja onkoloških bolesnika na svim razinama zdravstvene zaštite prijavljivati i pratiti nuspojave lijekova s naglaskom na antineoplastične lijekove i suportivnu terapiju.
- Pripremiti preporuke za standardizirane savjete o oralnoj primjeni antineoplastičnih lijekova u 2026. godini i uspostaviti provođenje ljekarničke skrbi onkoloških bolesnika u svim bolničkim i javnim ljekarnama.
- Izrada plana stručnog nadzora i kontrole kvalitete provođenja mjera i aktivnosti. Ekonomska analiza Isplativost (eng. cost-effectiveness) provođenja ljekarničke skrbi je dokazana u brojnim studijama. Provođenjem ljekarničke skrbi dobiva se više zdravlja (eng. quality-adjusted life-year - QALY) uz istodobno smanjenje troškove [Hayashi M, et al. J Pharm Health Care Sci. 2015, Elliott RA, et al. Pharmacoeconomics. 2017, Tam-Tham H, et al. Value Health. 2019, Jódar-Sánchez F, et al Pharmacoeconomics. 2015].

Provođenjem ljekarničke skrbi od strane specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije

	<p>profitiraju svi dionici uključeni u skrb onkološkog bolesnika. Dionici • Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske • Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje • Zdravstvene ustanove koje obavljaju zdravstvenu zaštitu onkološkog bolesnika • Međunarodne institucije (European Society of Oncology Pharmacy – ESOP, itd) • Povjerenstvo za onkološku farmaciju HLJK-a • Sekcija za onkološko ljekarništvo HFD-a • Udruge pacijenata Izvori financiranja • Državni proračun Ministarstva zdravstva u okviru sredstava za redovne aktivnosti • Proračun Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO-a) u okviru sredstava za redovne aktivnosti • Fondovi Europske unije (EU) • Drugi izvori financiranja</p>	
6	<p>Hrvatska ljekarnička komora NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030. Sekcija za onkološko ljekarništvo Hrvatskog farmaceutskeg društva (HFD) i Povjerenstvo za onkološko ljekarništvo Hrvatske ljekarničke komore (HLJK) Kompleksnost i često loš sigurnosni profil antineoplastičnih lijekova, zajedno s njihovim visokim troškovima čine optimizaciju farmakoterapije parametrom kojim se može poboljšati sigurnost i učinkovitost antineoplastičnog liječenja, postizanje terapijskih ciljeva i racionalizacija troškova. Također jedan od ciljeva je osigurati sigurnu pripravu i rukovanje antineoplastičnim lijekovima. Glavni fokus rada specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije su potrebe pojedinih bolesnika koje su povezane s lijekovima. Pojedinačna terapija lijekovima trebala bi biti učinkovita, sigurna i prikladna za bolesnika kako bi se osigurala dobra adherencija što posljedično može pozitivno utjecati na rezultate liječenja. Specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije kao dio multi-disciplinarnog tima (MDT) bi trebao doprinijeti osiguravanju učinkovitog, sigurnog i racionalnog antineoplastičnog liječenja. Specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije direktno sudjeluje u provođenju ljekarničke skrbi kao dio MDT ali i nadzire pripravu antineoplastičnih lijekova kako bi osigurao sigurne radne uvjete za zdravstvene djelatnike koji sudjeluju u pripravi i rukovanju antineoplastičnim lijekovima. Provođenjem ljekarničke skrbi poboljšava se adherencija prema terapiji, smanjuje se incidencija nuspojava i povećava kvaliteta života bolesnika [Schulz M, et al. Eur J Heart Fail. 2019, Tanaka K, et al. J Pharm Health Care Sci. 2018]. Vizija 2030 Osigurati sustavan razvoj ljekarničke skrbi za onkološkog bolesnika uz jednaku dostupnost na svim razinama zdravstvene zaštite. Poboljšati ishode liječenja onkoloških pacijenata kroz sigurnu i učinkovitu primjenu antineoplastične terapije. Sve bolnice u Hrvatskoj koje pripremaju antineoplastičnu terapiju bi imale centralnu pripravu koja zadovoljava europske standarde: Standard Kvalitete Ljekarničkih Usluga u Onkologiji (eng. Quality Standard for the Oncology Pharmacy Service – QUAPOS 6, 2018) te bi se navedena priprava vršila pod nadzorom specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije. Također svaki onkološki odjel bi trebao imati na raspolaganju specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije koji bi redovno vršio kontrolu farmakoterapije ali i savjetovanje bolesnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

Prije prvog izdavanja antineoplastičnog lijeka i suportivne terapije, bilo da je prvo izdavanje u bolnici ili u javnoj ljekarni, specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije bi morao savjetovati bolesnika vezano za pravilnu uporabu lijeka, profil nuspojava lijeka, te ga upozoriti na potencijalne opasnosti prilikom primjene navedenog lijeka. Specijalisti kliničke farmacije/magistar farmacije s položenom edukacijom na području onkologije (provođenje standardizirane edukacije od strane specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije) u javnim ljekarnama bi trebali pružati odgovarajuće usluge ljekarničke skrbi u vidu savjetovanja i praćenja onkološkog bolesnika prilikom izdavanja antineoplastičnih lijekova i suportivne terapije na razini primarne zdravstvene zaštite. Ciljevi

- Definirati potrebne kapacitete i standarde za provođenje ljekarničke skrbi za onkološkog bolesnika na svim razinama zdravstvene zaštite kroz broj i raspored bolničkih ljekarni, javnih ljekarni i broj stručnjaka za provođenje ljekarničke skrbi onkološkog bolesnika.
- Standardizacija pripreme antineoplastičnih lijekova u svim bolnicama koje su uključene u sistemsko liječenje onkoloških bolesnika.

Antineoplastični lijekovi će se priređivati u centraliziranoj sterilnoj jedinici, uz nadzor posebno educiranih specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije s iskustvom na području aseptičke pripreme antineoplastičnih lijekova. Priprava antineoplastičnih lijekova bi se trebala provoditi u skladu s europskim standardima na području onkološke farmacije (QUAPOS 6).

- Uključiti specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije u MDT u liječenju onkoloških bolesnika u svrhu redukcije rizika od pojave neželjenih interakcija između sustavne antineoplastične terapije, suportivne terapije, terapije za druge komorbiditete i dodataka prehrani, te poboljšanja adherencije bolesnika.
- Savjetovanje specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije o pravilnoj primjeni antineoplastičnih lijekova i suportivne terapije i provođenje ljekarničke skrbi onkoloških bolesnika na svim razinama zdravstvene zaštite.
- Sustavno planirati i upravljati sredstvima za financiranje prostora, opreme, osoblja i edukacije potrebnog za provođenje ljekarničke skrbi za onkološkog bolesnika.
- Implementacija subspecijalizacije iz onkološke farmacije u Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara farmacije (u skladu s Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Subspecijalist onkološke farmacije je specijalist kliničke farmacije - bolničko ljekarništvo s dodatnom 1 godinom subspecijalizacije na području onkologije.
- Uspostaviti sustavnu edukaciju za magistre farmacije u javnim ljekarnama kako bi mogli doprinjeti boljoj skrbi onkološkog bolesnika. Provesti edukaciju stručnog osoblja svih profila koji će biti uključeni u provođenje ljekarničke skrbi onkološkog bolesnika.
- Senzibiliziranje i educiranje javnosti putem medija o osnovnoj i specijalističkoj ljekarničkoj skrbi onkološkog bolesnika na nacionalnoj i globalnoj razini. Uključivanje u aktivnosti senzibilizacije javnosti uz pomoć volontera i predstavnika udruga pacijenata. Mjere aktivnosti
- U 2020. godini provesti analizu stanja pripreme antineoplastičnih lijekova u hrvatskim bolnicama.
- Do 2023. godine barem jedna trećina hrvatskih bolnica bi

trebala pripremati antineoplastične lijekove u centraliziranoj sterilnoj pripravi u skladu s europskim standardima (QUAPOS 6) i zahtjevima struke (Sekcija za onkološko ljekarništvo HFD-a i Povjerenstvo za onkološko ljekarništvo HLJK). • Do 2026. godine najmanje dvije trećine hrvatskih bolnica priprema antineoplastične lijekove u centraliziranoj sterilnoj pripravi u skladu s europskim standardima i zahtjevima onkološke farmacije. • Do kraja 2029. godine sve hrvatske bolnice koje primjenjuju sistemsku antineoplastičnu terapiju bi trebale pripremati antineoplastične lijekove u centraliziranoj sterilnoj pripravi u skladu s europskim standardima i zahtjevima onkološke farmacije. • U 2020. godini bi se trebala napraviti analiza stanja bolnica kroz dostupnost specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije u bolnici te njegovu uključenost u provođenju ljekarničke skrbi. • U 2021 godini provesti pilot projekt koji će pregledati interakcije lijekova u onkoloških bolesnika u najmanje jednoj trećini hrvatskih bolnica u kojima se primjenjuje sistemski antineoplastična terapija. • Prije svakog uvođenja nove sistemske terapije specijalist kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije provodi kritički pregled farmakoterapije između svih korištenih lijekova (antineoplastični lijekovi, suportivna terapija, terapija za liječenje komorbiditeta i dodataka prehrani). Uvjet za provedbu mjere je odgovarajuća informatička podrška i dovoljan broj osoblja. • U 2020. godina kreirati pravilnik o ljekarničkoj skrbi onkoloških bolesnika te napraviti analizu izdanih antineoplastičnih lijekova. • Do kraja 2022. godine pripremiti pilot projekt na razini sekundarne/tercijarne zdravstvene zaštite u kojem će specijalist kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije savjetovati svakog onkološkog bolesnika prilikom prvom propisivanja oralnog antineoplastičnog lijeka i suportivne terapije vezano za pravilnu uporabu takvog lijeka, profil nuspojava lijeka te upozoriti ga na potencijalne opasnosti prilikom primjene navedenog lijeka. Savjetovanje je namijenjeno prvenstveno povećanju adherencije uzimanju lijekova, s naglaskom na svrhu uzimanja (zašto bi bolesnik trebao uzimati lijek), način primjene (kako bolesnik treba uzimati lijek), povećanje sigurnosti primjene (upozoriti bolesnika na potencijalne opasnosti) i poznavanje / djelovanje o očekivanim nuspojavama lijeka (što bolesnik može očekivati). • Do kraja 2024. godine pripremiti pilot projekt na razini primarne zdravstvene zaštite u kojem će specijalisti kliničke farmacije/magistar farmacije s položenom edukacijom na području onkologije savjetovati i pratiti svakog onkološkog bolesnika prilikom izdavanja oralnog antineoplastičnog lijeka i suportivne terapije. Savjetovanje je namijenjeno prvenstveno povećanju adherencije uzimanju lijekova i sigurnosti primjene (uočavanje nuspojava lijekova). Magistri farmacije na razini primarne zdravstvene zaštite imaju vrlo bitnu ulogu u savjetovanju onkoloških bolesnika o potencijalnoj škodljivosti dodataka prehrani za iste. • U 2023 godini napraviti evaluaciju i publikaciju pilot projekta na razini sekundarne/tercijarne zdravstvene zaštite kroz perspektivu evaluacije učinka specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije na učinkovitost, sigurnost i racionalizaciju troškova liječenja. Na temelju rezultata pilot projekta dati

<p>preporuke vezane za uspostavljanje ljekarničke skrbi u svim hrvatskim bolnicama kroz Nacionalni program za borbu protiv raka. • U 2025 godini napraviti evaluaciju i publikaciju pilot projekta na razini primarne zdravstvene zaštite kroz perspektivu evaluacije učinka specijalisti kliničke farmacije/magistar farmacije s položenom edukacijom na području onkologije na adherenciju i sigurnost tokom liječenja onkoloških bolesnika. Na temelju rezultata pilot projekta dati preporuke vezane za uspostavljanje ljekarničke skrbi u svim javnim ljekarnama kroz Nacionalni program za borbu protiv raka. • Tokom praćenja onkoloških bolesnika na svim razinama zdravstvene zaštite prijavljivati i pratiti nuspojave lijekova s naglaskom na antineoplastične lijekove i suportivnu terapiju. • Pripremiti preporuke za standardizirane savjete o oralnoj primjeni antineoplastičnih lijekova u 2026. godini i uspostaviti provođenje ljekarničke skrbi onkoloških bolesnika u svim bolničkim i javnim ljekarnama. • Izrada plana stručnog nadzora i kontrole kvalitete provođenja mjera i aktivnosti. Ekonomska analiza Isplativost (eng. cost-effectiveness) provođenja ljekarničke skrbi je dokazana u brojnim studijama. Provođenjem ljekarničke skrbi dobiva se više zdravlja (eng. quality-adjusted life-year - QALY) uz istodobno smanjenje troškove [Hayashi M, et al. J Pharm Health Care Sci. 2015, Elliott RA, et al. Pharmacoeconomics. 2017, Tam-Tham H, et al. Value Health. 2019, Jódar-Sánchez F, et al Pharmacoeconomics. 2015]. Provođenjem ljekarničke skrbi od strane specijalista kliničke farmacije s iskustvom na području onkologije profitiraju svi dionici uključeni u skrb onkološkog bolesnika. Dionici • Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske • Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje • Zdravstvene ustanove koje obavljaju zdravstvenu zaštitu onkološkog bolesnika • Međunarodne institucije (European Society of Oncology Pharmacy – ESOP, itd) • Povjerenstvo za onkološku farmaciju HLJK-a • Sekcija za onkološko ljekarništvo HFD-a • Udruge pacijenata Izvori financiranja • Državni proračun Ministarstva zdravstva u okviru sredstava za redovne aktivnosti • Proračun Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO-a) u okviru sredstava za redovne aktivnosti • Fondovi Europske unije (EU) • Drugi izvori financiranja Za Hrvatsku ljekarničku komoru - Ana Soldo, mag.pharm. predsjednica</p>	
<p>7 Koprivničko-križevačka županija NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030. Prijedlog Nacionalnog plana protiv raka predviđa stvaranje onkološke mreže u sklopu koje bi klinički centri predstavljali osnovne točke za provođenje onkološkog liječenja. Neklinički onkološki centri bili bi uključeni u onkološku mrežu, ali u Nacionalnom planu nisu navedeni akreditacijski standardi za ove centre pa se postavlja pitanje: 1. Hoće li svi neklinički centri postati sastavni dio nacionalne onkološke mreže? 2. Koje će biti ovlasti lokalnih centara odnosno hoće li u aplikaciji sustavnog onkološkog liječenja postojati ograničenja koja će nametati potrebu putovanja onkoloških bolesnika u kliničke centre zbog primjene onkološke terapije? Važno je da se donošenjem Nacionalnog plana ne umanjuje vrijednost nekliničkih centara u dijagnostici, liječenju i praćenju bolesnika</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	na način da se u potpunosti isključe iz Onkološke mreže jer kvaliteta liječenja i kvaliteta života bolesnika u svakom trenutku treba biti na prvom mjestu. S poštovanjem, Ratimir Ljubić, dipl.ing., zamjenik župana Koprivničko-križevačke županije	
8	<p>Hrvatsko društvo za medicinsku fiziku NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030.</p> <p>Niti u jednom dijelu nacrtu NPPR-a ne spominju se medicinski fizičari, koji imaju važnu i nezaobilaznu ulogu u: - razvoju i implementaciji modernih radioterapijskih metoda (IMRT, VMAT, SRT, SABR, SRS) - uvođenju programa osiguranja i kontrole kvalitete u radioterapiji (kao i u nuklearnoj medicini i dijagnostičkoj i intervencijskoj radiologiji) - planiranju radioterapijskih centara - izradi tehničkih specifikacija za nabavku radioterapijske i druge opreme - edukaciji različitih profesija u zdravstvu Ove aktivnosti podrazumijevaju i multidisciplinarnu suradnju medicinskih fizičara s drugim specijalnostima u zdravstvu (onkolozi, radiolozi, specijalisti nuklearne medicine, neurokirurzi, radiološki tehnolozi i ostali), no u radnim skupinama NPPR-a za radioterapiju, dijagnostiku, multidisciplinarnost i edukaciju, medicinskih fizičara nema. U jednom dijelu plana NPPR-a spominju se "inženjeri medicinske fizike". Želimo napomenuti da takvo što ne postoji. U hrvatskom zdravstvu postoje medicinski fizičari i stručnjaci za medicinsku fiziku (Zakon o radiološkoj i nuklearnoj sigurnosti s pripadajućim pravilnicima, EU Direktiva 2013/59, međunarodne smjernice IAEA-e, EFOMP-a, IOMP-a). RH je jedna od posljednjih članica EU u kojoj ne postoji specijalizacija iz medicinske fizike (u ovom trenutku edukacija medicinskih fizičara je volontaristička, sporadična i neobavezna te zavisi od privatnog entuzijazma). Napominjemo da u zdravstvu sada radi oko 70 medicinskih fizičara, a taj će broj rasti zbog porasta broja i kompleksnosti terapijskih i dijagnostičkih uređaja i metoda, kao i zbog porasta broja pacijenata. Razvoj i unaprijeđenje radioterapijskog segmenta onkološkog liječenja u RH nije moguće provesti bez aktivnog uključenja medicinskih fizičara na svim razinama planiranja i izvedbe NPPR-a u radioterapijskom, dijagnostičkom i edukacijskom segmentu uz multidisciplinarnu suradnju. U tu svrhu predlažemo: 1. Uključivanje medicinskih fizičara u odgovarajuće radne skupine za radioterapiju, dijagnostiku, edukaciju, kvalitetu i multidisciplinarnost 2. Uvođenje (zahtjevanje NPPR-a da se uvede) specijalizacije iz medicinske fizike (koja će omogućiti specijalističko usavršavanje iz medicinske fizike u području radioterapije, radiologije, nuklearne medicine i zaštite od zračenja) S poštovanjem Dr.sc.Hrvoje Hršak, dipl.inž.fiz., med.fiz. Predsjednik Hrvatskog društva za medicinsku fiziku</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
9	<p>HRVATSKO DRUŠTVO ZA MEDICINU RADA HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030.</p> <p>U svrhu učinkovitije rehabilitacije, integracije i učinkovitog povratka na posao onkoloških pacijenata Hrvatsko društvo za medicinu rada Hrvatskog liječničkog zbora šalje slijedeće komentare i prijedloge na Nacrt nacionalnog plana protiv raka</p>	<p>Djelomično prihvaćen</p> <p>Ne prihvaća se u dijelu koji se odnosi na stranicu 13.: Liječnici na razini primarne zdravstvene zaštite obuhvaćaju i liječnike specijalite medicne rada i športa. Djelomično se prihvaća u dijelu koji se odnosi na stranicu 47.: Prihvaća se dodavanje nove točke slijedećeg teksta: "Donošenje smjernica za povratak na posao, savjetovanje bolesnika i davanje mišljenja o sposobnosti bolesnika za obavljanje poslova u</p>

2020-2030: na stranici 13: DIONICI • Ministarstvo zdravstva • Ministarstvo rada i mirovinskoga sustava • Ministarstvo zaštite okoliša i energetike • Ministarstvo poljoprivrede • Ministarstvo financija • Državni inspektorat • Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje • Hrvatski zavod za javno zdravstvo i županijski zavodi za javno zdravstvo • Liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i patronažne sestre • Liječnici - Specijalisti medicine rada • Zdravstveni radnici • Lokalna i područna (regionalna) samouprava • Agencija za odgoj i obrazovanje • Stručna društva • Udruge • Mediji • Međunarodne institucije na stranici 46: UVOD Prema istraživanjima oko 60 % pacijenata treba barem inicijalnu psihološku podršku, a oko 30 % treba kontinuiranu podršku i praćenje radi izraženijih psiholoških teškoća u obliku anksiozno-depresivnih reakcija, teškoća prilagodbe, simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, kognitivnih teškoća, psihoseksualnih i drugih teškoća. Izraženi psihološki distres pokazuju i članovi obitelji, osobito njegovatelji tijekom liječenja, te im je potrebno osigurati psihološku pomoć tijekom liječenja oboljelog i neposredno nakon smrti u tugovanju.

Psihoonkološko liječenje uključuje intervencije čiji je cilj umanjiti djelovanje raka na emocionalne doživljaje i poboljšati sposobnost pacijenta da ispunjava zahtjeve bolesti, njezina liječenja i promijenjenog načina života zbog raka. Potrebno je utvrditi načine za prepoznavanje psihološki najranjivijih pacijenata te im osigurati ranu intervenciju, odnosno psihološki tretman i pomoć. Važna profesionalna komponenta psihosocijalne potpore, koju svi zdravstveni radnici i drugi koji sudjeluju u liječenju i pružanju podrške onkološkim pacijentima moraju poštivati, jest razvijanje odgovarajućih komunikacijskih vještina.

Unutar kategorije onkoloških pacijenata potrebno je uvažavati posebnosti skupine koju čine djeca i njihove obitelji te palijativni pacijenti i njihove obitelji. Prognoza za većinu vrsta raka se poboljšava, zbog čega je sve važnije oboljelima od raka pružiti najbolju moguću prigodu da ubuduće dobro funkcioniraju u svim životnim ulogama. Sve veći broj pacijenata preživljava rak, ali posljedice njihove bolesti i/ili liječenja predstavljaju prepreke u njihovu svakodnevnom životu. Rehabilitacijske mjere (psihološke, socijalne, zdravstvene) moraju biti uvedene od početka liječenja do kraja života.

Samopoštovanje, opća tjelesna i duševna dobrobit mora se sačuvati što je duže moguće uz pomoć rehabilitacije. Rehabilitacija je (primarno) usmjerena poboljšanju kvalitete života pacijenta, a ne samo produljenju životnog vijeka. Prema okvirnim procjenama, 50 % oboljelih od raka treba rehabilitaciju. Njezin je cilj smanjiti štetne posljedice bolesti i popratne pojave liječenja raka, potičući pacijenta da zauzme aktivniji pristup svojem liječenju (jačajući vlastite sposobnosti, vjeru u sebe) i pomažući obiteljima pacijenata da shvate njihove potrebe, a samim time i promijene stav društvenog okruženja prema raku. Potrebno je osvijestiti psihološke tegobe pacijenta unutar medicinske zajednice, ali i u široj društvenoj sredini, te razviti sustav za rano otkrivanje psihičkih tegoba i njihovo zbrinjavanje. Onkološki pacijenti imaju pravo na rad i prilagodbu radnog mjesta i radnih uvjeta njihovim mogućnostima. Potrebno je planirati konkretne mjere

suradnji s specijalistom medicine rada i športa i drugih dionika.” Kako je ovim prijedlogom obuhvaćeno i savjetovanje nije potrebno dodavati još jednu točku. Prima se na znanje u dijelu koji se odnosi na: uključivanje specijalista medicine rada i športa u radne grupe koje će provoditi implementaciju aktivnosti NPPR-a.

kojima bi se pristupilo senzibilizaciji poslodavaca i radnih sredina, poticanju oboljelih od raka na radnu aktivnost, kada im zdravstveno stanje to dopušta. Potrebno je aktivno uključivanje nadležnih specijalista medicine rada i multidisciplinarni pristup u strukturiranom procesu povratka na posao. na stranici 47: CILJEVI A. Psihoonkološko liječenje i psihološke intervencije 1. Psihoonkološko liječenje i skrb učiniti standardnom i dostupnom komponentom liječenja oboljelih od raka i/ili njihovih obitelji na svim razinama zdravstvene zaštite u svim fazama dijagnostike, liječenja i rehabilitacije. 2. Specifične psihoonkološke intervencije (psihoterapija, psihofarmakoterapija) razviti kao standardni element liječenja oboljelih od raka i njihovih obitelji. 3. Osigurati odgovarajući broj stručnog osoblja (psihologe, socijalne radnike, psihijatre, psihoterapeute itd.) za psihološko savjetovanje i liječenje oboljelih od raka i njihovih obitelji na sve tri razine zdravstvene zaštite uz uvažavanje posebnosti potreba djece i palijativnih pacijenata. 4. Uključiti psihoonkološki sadržaj u proces stručnog osposobljavanja i trajnog usavršavanja svih zdravstvenih radnika i drugih osoba koje neposredno pružaju usluge skrbi onkološkim pacijentima. B. Rehabilitacija i reintegracija onkoloških pacijenata 1. Poboljšati uvjete u širem društvenom okruženju, senzibilizirati javnost za teškoće onkoloških pacijenata, osigurati programe u zajednici u suradnji s civilnim društvom te olakšati socijalnu reintegraciju pacijenata. 2. Smanjiti štetne tjelesne i duševne posljedice bolesti i liječenja uz osnaživanje pacijenata za razvoj novih obrazaca ponašanja i novih životnih vještina radi smanjivanja posljedica bolesti i liječenja. 3. Uspostaviti sustav u kojem će se ubrzati obrada zahtjeva za ocjenu radne sposobnosti, tjelesnog oštećenja i odlučivanja o naknadama onkološkim pacijentima. 4. Omogućiti aktivno sudjelovanje liječnika specijalista medicine rada u procesu povratka na posao. MJERE/AKTIVNOSTI A. Psihoonkološko liječenje i psihološke intervencije 1. Integriranje psihoonkološkog liječenja i skrbi u cjelokupni proces dijagnostike, liječenja i praćenja onkoloških pacijenata. 2. Organiziranje psihoonkoloških savjetova i savjetova za oboljele i obitelji pri zdravstvenim ustanovama. 3. Osvješčivanje, osnaživanje i motiviranje udruga koje pružaju uzajamnu samopomoć i/ili profesionalnu psihološku pomoć i psihoonkološko savjetovanje pacijentima i obiteljima, posebno u području palijativne skrbi i podrške djeci onkološkim pacijentima i njihovim roditeljima. 4. Uključivanje elemenata psihoonkologije u edukaciju, odnosno trajno usavršavanje onkologa kako bi se na vrijeme prepoznale psihološke poteškoće koje se javljaju u pacijenata i obitelji. 5. Provođenje dodatne edukacije stručnjaka koji rade u psihoonkološkim savjetovaštima iz područja psihoonkologije i osnova onkološkog liječenja. 6. Izrada smjernica i postupnika o oblicima i načinima podrške u pružanju psiholoških tretmana i savjetovanja, izboru instrumentarija i istraživanju potreba pacijenata. 7. Umrežavanje, dijeljenje iskustava i znanja te organiziranje edukacija za stručnjake koji rade u području psihoonkološkog savjetovanja oboljelih i članova obitelji. B. Rehabilitacija i reintegracija onkoloških pacijenata 1. Organiziranje akcija i predavanja za javnost

	<p>usmjerene na podizanje svjesnost javnosti o prirodi problema koje imaju onkološki pacijenti i njihove obitelji. 2. Provođenje aktivnosti destigmatiziranja zloćudnih bolesti i oboljelih u općoj populaciji. 3. Analiziranje potreba, definiranje rehabilitacijskog tima i izrada smjernica za rehabilitaciju onkoloških pacijenata tijekom i nakon liječenja u dijelu koji se odnosi na tjelesno i duševno zdravlje radi poboljšanja kvalitete života i ostvarivanja svih životnih uloga u obitelji i društvu i povratka na rad. 4. Razrada modela i načina financiranja modificiranog radnog vremena za pacijente sa zloćudnim bolestima kako bi oni unatoč svome stanju mogli aktivno sudjelovati u svojoj radnoj i životnoj zajednici. 5. Planiranje provedbe programa senzibilizacije poslodavaca i prilagodbi uvjeta rada onkoloških pacijenata u suradnji s organizacijama poslodavaca i stručnim društvom za medicinu rada. 6. Razrada procesa rješavanje zahtjeva onkoloških pacijenata, kriterija i uvjeta za utvrđivanje privremenog i trajnog invaliditeta onkoloških pacijenata čije je liječenje izrazito dugotrajno, za koje se ne očekuje poboljšanje ili su u terminalnoj fazi bolesti. 7. Izrada smjernica za povratak na posao od strane specijalista medicine rada namjenjene zdravstvenih profesionalcima, poslodavcima i pacijentima. 8. Osnivanje savjetovališta za povratak na posao pri ordinacijama medicine rada, u čiji rad bi bili uključeni specijalisti medicine rada, pacijenti, predstavnici poslodavaca, liječnici obiteljske medicine i druge stručne osobe. Svrha osnivanja savjetovališta je izrada plana povratka na posao, prilagodba radnog mjesta i opisa poslova, ocjena radne sposobnosti za poslove na kojima pacijent radi, potpora i praćenje pacijenta u povratku na posao, predlaganje mjera zaštite i ograničenja na radnom mjestu. Rokovi provedbe: kontinuirano stranica 91: 17. Radna skupina za psihološku potporu, rehabilitaciju i reintegraciju onkoloških pacijenata: 1. Ljiljana Vukota, Udruga SVE za NJU, 2. sc. Delfa Radić Krišto, dr. med., Klinička bolnica Merkur, 3. dr. sc. Ana Planinc-Peraica, dr. med., Klinička bolnica Merkur, 4. sc. Maja Božić Šakić, dr. med., Klinički bolnički centar Split, 5. dr.sc. Lidija Beketić-Orešković, dr.med., Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, 6. Mira Armour, Mijelom CRO. 7. Almenka Balenović dr.med. spec. medicine rada i sporta Obrazloženje: U Republici Hrvatskoj postoji mreža ugovornih ordinacija medicine rada u specifičnoj zdravstvenoj zaštiti, koje svoju djelatnost imaju ugovorenu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Uključivanje djelatnosti medicine rada u rehabilitaciju, integraciju i planiranje povratka na posao onkoloških pacijenata može značajno doprinijeti njihovoj kvaliteti života, poboljšati preventivno djelovanje te doprinijeti uključivanju poslodavaca u potpunu rehabilitaciju oboljelih od raka. Ispred Hrvatskog društva za medicinu rada predlažemo Almenku Balenović dr.med. spec. medicine rada i sporta za člana Radne skupina za psihološku potporu, rehabilitaciju i reintegraciju onkoloških pacijenata zbog njenog dosadašnjeg sudjelovanja i iskustva u projektima rehabilitacije i povratka na posao onkoloških pacijenata.</p>	
10	STJEPAN MILINKOVIĆ, DR.MED. NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.

2020.-2030.

Stjepan Milinković, dr.med.spec.obiteljske medicine
M. P. Miškine 1, 48331 Gola U Goli, 20. veljače 2020.
PREDMET: Nacionalni plan protiv raka 2020.-2030.
Svjestan problematike malignih bolesti koje predstavljaju veliki javnozdravstveni problem, i napora koji se čine da bi se spriječile smrtnost i unaprijedilo potpuno izlječenje te očuvala kvaliteta življenja pozdravljam Nacionalni plan protiv raka 2020.-2030. Vlade Republike Hrvatske kao vrijedan projekt koji ima za cilj smanjiti incidenciju raka nizom mjera, kako preventivnih, tako dijagnostičkih i terapijskih, ali sam suzdržan da li će to na takav način biti i u naravi, zato želim upozoriti na neke okolnosti jer držim da sam dobar poznavatelj zdravstvenih prilika i problematike malignih bolesti u ruralnom području kao liječnik specijalist Obiteljske medicine sa gotovo 40-togodišnjim stažem u Ordinaciji obiteljske medicine u Općini Gola, Koprivničko-križevačka županija, udaljenost 27 km od Koprivnice. Posebno sam ponosan na postignuća u liječenju malignih bolesti posljednjih 5 godina u OB Koprivnica (neklinički centar) gdje djeluje Multidisciplinarni tim za probavne tumore i Tim za tumore dojke, uz veliki suport Lige protiv raka Koprivničko-križevačke županije, koje sam ponosni član. Postižu se značajni rezultati u smislu smanjenja smrtnosti, potpunog izlječenja i unapređenja kvalitete življenja oboljelih od malignih bolesti. Upozoravam na slijedeće: 1.Prijedlog „Nacionalnog plana protiv raka“ (NPPR) predviđa stvaranje onkološke mreže u sklopu koje bi Klinički centri Zagreb, Split, Rijeka i Osijek predstavljali osnovne točke za provođenje onkološkog liječenja. Neklinički centri također bi se uključivali u nacionalnu onkološku mrežu. No, u NPPR-u nisu navedeni akreditacijski standardi za ove centre te se nameće pitanje hoće li svi neklinički centri postati sustavni dio nacionalne onkološke mreže? Također, iz plana NPPR-a nije jasno koje će biti ovlasti lokalnih centara, odnosno hoće li u aplikaciji sustavnog onkološkog liječenja postojati ograničenja koja će i dalje nametati potrebu putovanja onkoloških bolesnika u kliničke centre zbog primjene onkološke terapije? 2.Važnost nekliničkih onkoloških centara u dijagnosticiranju, liječenju i praćenju onkoloških bolesnika ne smije biti upitna. Neupitna je i činjenica lakše dostupnosti onkologa nekliničkih centara lokalnom stanovništvu kao i značajno manja potreba za putovanjem u smislu ostvarivanja zajamčenih prava u liječenju malignih bolesti. Brojne studije govore da je putovanje od 80 km navedeno kao granica nakon koje se drastično pogoršavaju šanse za uspješno liječenje (osiguranici iz moje Ordinacije trebaju i 120 km). 3.NPPR bi trebao sadržavati smjernice kako stvoriti snažnu Onkološku mrežu koja bi se bazirala na jačanju suradnje kliničkih i nekliničkih onkoloških centara, i koja bi nekliničke onkološke centre stavila u poziciju ravnopravnog partnerstva s kliničkim centrima u liječenju najčešćih tumorskih sijela. Time bi se omogućilo isporučivanje najsuvremenijeg standarda liječenja svim oboljelima od malignih bolesti, neovisno o njihovom mjestu boravka. Ovim bi načinom zasigurno došlo do sustavno ujednačenog terapijskog pristupa, bolje kvalitete života, većeg zadovoljstva bolesnika i posljedično boljih rezultata u ishodima liječenja svih oboljelih od malignih bolesti u Republici

	<p>Hrvatskoj. 4. Nacionalni plan definira jedino financijsku penalizaciju bolnica koje ne rade u okviru mreže onkološkog liječenja ali ne definira standarde i uvjete po kojima će se županijskim centrima dozvoliti određena djelatnost. Mišljenja sam da se Nacionalnim planom ne smije umanjivati vrijednost nekliničkih centara u dijagnostici, liječenju i praćenju bolesnika na način da se u potpunosti isključe iz Onkološke mreže. Držim da bi se takvim pristupom zakinuli bolesnici iz ruralnih područja poglavito iz udaljenijih, a posljedično tome i smanjen uspjeh liječenja, a u konačnici se dovodi u pitanje i temeljno pravo na jednaku dostupnost zdravstvene zaštite svima u Republici Hrvatskoj. Stjepan Milinković, dr.med.spec.obiteljske medicine</p>	
11	<p>Specijalna bolnica Radiochirurgia Zagreb NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030.</p> <p>Nacrt nacionalnog plana protiv raka 2020.-2030. u svim svojim dijelovima nažalost u potpunosti zanemaruje specijalne bolnice i druge ustanove u privatnom vlasništvu kao dionike u nacionalnoj borbi protiv raka. Dobar primjer kojega bi Nacionalni program protiv raka trebao slijediti je i Europski vodič za kvalitetne nacionalne programe kontrole raka iz 2015. godine, koji u poglavlju Upravljanje i financiranje (Governance and Financing) navodi: "važno je naglasiti da upravljanje u zdravstvu ne podrazumijeva samo menadžment resursa unutar zdravstvenog sustava, već uključuje suradnju s drugim resorima i vladinim agencijama kao i s drugim sektorima poput privatnog sektora i civilnog društva, kako bi se promoviralo i održalo zdravlje stanovništva na participativan i inkluzivan način". - https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/European_Guide_for_Quality_National_Cancer_Control_Programmes_web.pdf Predlažemo: 1. da se u uvodni dio strategije uključi sljedeći tekst: "U borbi protiv raka od najveće je važnosti iskoristiti sva sredstva i znanje kojima Republika Hrvatska raspolaže. Stoga je potrebno aktivno poticati i ostvariti kvalitetnu suradnju javnog i privatnog sektora kako bi se oboljelima od raka omogućila najviša dostupna razina liječenja." 2. da se u popisu dionika po pojedinim poglavljima svugdje uključe i zdravstvene ustanove u privatnom sektoru kao legitimni dio zdravstvenog sustava Republike Hrvatske. 3. da se u poglavlju C. RADIOTERAPIJA navede kako se u Hrvatskoj uspješno provode i suvremene radioterapijske i radiokirurške metode kao što su SBRT i SRS te da su dostupne na uputnicu HZZO-a. S poštovanjem, Specijalna bolnica Radiochirurgia Zagreb</p>	<p>Djelomično prihvaćen</p> <p>Prihvaća se: Svi dionici uključeni u Hrvatski zdravstveni sustav, javni i privatni sektor, su pozvani aktivno participirati u provođenju NPPR. Slažemo se s perporukom da se u uvodni dio strategije uključi rečenica: U borbi protiv raka od najveće je važnosti iskoristiti sva sredstva i znanje kojima Republika Hrvatska raspolaže. Stoga je potrebno aktivno poticati i ostvariti kvalitetnu suradnju javnog i privatnog sektora kako bi se oboljelima od raka omogućila najviša dostupna razina liječenja. Ne prihvaća se: Nije potrebno specifično naglašavati u samom tekstu NPPR-a dionike iz privatnog sektora. Ne vidimo potrebu posebno naglašavati pojedine dijagnostičke ili terapijske metode u NPPR-u. U cijelosti se računa na aganžman svih dijelova zdravstvenog sustva, javnog i privatnog s ciljem optimalne implementacije NPPR-a</p>
12	<p>Irena Franolić NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030.</p> <p>Ne slažem se sa gospodinom Dilberovićem. Liječnici i biolozi koji već dugo godina traže uključenje u zdravstveni sustav i u drugim segmentima, a ne sam na IVF-u, su maksimalno kompetentni za laboratorije medicinske genetike. Magistri medicinsko laboratorijske dijagnostike bi trebali samostalno voditi laboratorije koji su dio neke veće mreže. U Hrvatskoj postoji mreža laboratorija koji propadaju različitim zdravstvenim ustanovama a ne njihova međusobna</p>	<p>Primljeno na znanje</p> <p>Primljeno na znanje.</p>

	<p>mreža, tako da su u svemu opet županije ili država umiješani. U ovom trenutku treba promijeniti zakon o medicinskoj biokemiji.</p>	
13	<p>Admir Dilberović NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030. U ovom nacionalnom planu se govori o specijalizaciji iz laboratorijske genetike te uspostavljanju novih i razvoju postojećih laboratorija te educiranju kadra. S obzirom na nedostatak trenutnih kadrova to nije nimalo lako izvesti, međutim u RH već postoje obrazovani stručnjaci iz tog područja a zovu se magistri medicinsko laboratorijske dijagnostike koji još nisu regulirani a s njima bi uspostava ovog plana bila lakša, hrv. zdravstvo bi dobilo trenutno neiskorišten kadar u čije obrazovanje se ulupalo milijune kuna, a mladi ljudi bi mogli ostati u svojoj državi. Također smatram da nema smisla da medicinske sestre i liječnici vode genetička savjetovanja (genetic counseling) jer nemaju formalna obrazovanja niti kompetencije niti iste stvari u Europi i svijetu rade isti, već stručnjaci iz polja laboratorijske medicine sa dodatnim edukacijama. Financiranje edukacije kadra koji se tokom svog školovanja nikad nije susreo niti sa osnovnim pojmovima nekog polja i zatim očekivanja da taj isti kadar obrazuje druge jednostavno nema logike. U Hrvatskom zdravstvu gdje je nedostatak liječnika i medicinskih sestara apsolutni problem broj 1 nema potrebe rasipati taj isti kadar na polja koja im ne pripadaju. Posao dijagnostike i savjetovanja bi trebalo isključivo raditi magistri laboratorijske dijagnostike, molekularne biologije i medicinske biokemije, dok liječenje i njega pripada liječnicima i med.sestrama. S poštovanjem, Admir Dilberović, mag. med. lab. diag.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
14	<p>Marija Buljan NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 1. PREDGOVOR Postovani, kao dermatovenerolog uze specijalnosti dermatoloske onkologije, zeljela bih izraziti cudjenje i zabrinutost sto u Nacionalnom planu protiv raka nisu ukljuceni dermatolozi tj. dermatoonkolozi, kao struka koja se najdirektnije u svakodnevnom radu susrece, lijeci i prati brojne bolesnike oboljele od melanoma i drugih tumora kože. Nasa je struka uvelike zaslužna za pomak u prevenciji i ranom otkrivanju zlocudnih tumora kože te godinama ulazemo ogroman trud i svoje slobodno vrijeme volontirajući u brojnim akcijama u svrhu podizanja svijesti o vaznosti zastite kože, preventivnih pregleda i ranog prepoznavanja tumora kože. Buduci da se radi o tumorima s najvećom incidencijom medju malignomima, smatram da je uloga dermatologa u ovoj temi i u stvaranju Nacionalnog plana vise nego neizostavna. Stoga se nadam da ce oni koji kreiraju Plan i okupljaju strucni tim uzeti u obzir sve navedeno te korigirati postojeci projekt, a u svrhu stvaranja ucinkovitog Plana koji ce poluciti multidisciplinarni strucni tim u kojem ce biti zastupljeni svi relevantni strucnjaci. Unaprijed hvala. S postovanjem. Doc. dr. sc. Marija Buljan, spec. dermatologije i venerologije, uze specijalnosti dermatoloske onkologije</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
15	<p>Branka Marinović NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

2020.-2030., 1. PREDGOVOR

Poštovani, S velikim sam interesom počela čitati Nacr Nacionalnog plana protiv raka 2020-2030 za kojeg osobno smatram korisnim i nužnim u vremenu porasta broja oboljelih od raka u Republici Hrvatskoj. Moj je dodatni interes pobuđen i činjenicom da je posljednjih godina melanom ušao među 10 najčešćih sijela raka. Neobično je da među mnogobrojnim stručnjacima koji su navedeni Plan razradili iz različitih aspekata nema niti jednog specijaliste dermatovenerologije iako se u tekstu puno puta spominje – decidirano – melanom kože. U navedenom planu primarne prevencije predviđene su preventivne aktivnosti – edukacija javnosti, prevencija izloženosti UV zračenju i rano otkrivanje suspektnih lezija. U sekundarnoj prevenciji navode se probirni pregledi s ciljem smanjenja stope mortaliteta od raka, te izrada analize isplativosti provedbe novih programa probira (navedeno je potrebno učiniti i za melanom). Kao predsjednica Hrvatskog dermatovenerološkog društva Hrvatskog liječničkog zbora, kao predstojnica Klinike za dermatovenerologiju KBC Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u okviru koje se nalazi Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za dermatološku onkologiju pitam se tko bi trebao provoditi akcije primarne i sekundarne prevencije? S obzirom da dermatovenerolozi nisu niti konzultirani pri izradi ovog plana, ... Napominjem da više od 10 godina hrvatski dermatovenerolozi provode preventivne preglede pučanstva diljem Republike Hrvatske, da su tim pregledima otkriveni različiti oblici epidermalni kožnih tumora kao i veći broj melanoma. Kao trenutna Glavna tajnica Europske akademije za dermatologiju i venerologiju sudjelovala sam zajedno s dermatovenerolozima iz više europskih zemalja u aktivnostima preventivnih pregleda u Europskom parlamentu, u edukaciji o važnosti prevencije, preventivnih pregleda. Podučavali smo i o opasnostima koje nosi rad na otvorenom, te upućivali na mjere kojima se može smanjiti učestalost pojave nemelanomski tumora kože kao profesionalne bolesti. Također napominjem da u dokumentu o stanju dermatološke onkologije na razini Europe, a koji zajedno izrađuju Europska akademija za dermatologiju i venerologiju te Europsko društvo za dermatološku onkologiju, dermatovenerolozi decidirano navedeni kao jedini kompetentni za pregled lezija na koži. Europski dermatovenerolozi će se također aktivno pridružiti planu za borbu protiv raka (Europe's Beating Cancer Plan) koji je upravo objavljen na razini Europske unije. Valja napomenuti da dermatovenerolozi imaju svoju ulogu i u edukaciji pučanstva s ciljem povećanja odaziva na cijepljenje protiv HPV-a, a što se također spominje unutar gore navedenog Nacionalnog plana. I ne manje važno - dermatovenerolozima je za preventivne preglede dostatna minimalna oprema – ručni dermatoskopi kojeg dermatovenerolozi nose umjesto stetoscopa... - po cijeni neusporedivi s opremom koja je nužna za otkrivanje drugih sijela raka. Vjerujući da je izostavljanje dermatovenerologa iz izrade ovog našeg Nacionalnog plana bio previd, te da će u konačnoj verziji Plana biti ispravljen. S poštovanjem, Prof. dr. sc. Branka Marinović Predsjednica Hrvatskog dermatovenerološkog društva Hrvatskog liječničkog

	zbornica Predstojnica Klinike za dermatovenerologiju KBC Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu	
16	<p>Branko Dukić NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 1. PREDGOVOR</p> <p>Poštovani Predstavljam se sa zahtjevom u ime interesa građana i grada Zadra. Naime. Upoznat sa strategijom razvoja onkoloških centara vidim da smo kao i cijelo zdravstvo ostali zarobljeni u razmišljanju koje je ostavština socijalizma. I dalje se razmišlja da je uspjeh liječenja onkoloških bolesnika u centralizaciji sustava. Mislim da je nepotrebno objašnjavati da se u zadnjih 20 godina broj oboljelih od malignih bolesti višestruko povećava, a sa starenjem populacije trend rasta će se i nastaviti. Mi pravog odgovora u strategiji nemamo: 1. Kako našim građanima omogućiti standarde onkološkog liječenja ? Standarde liječenja NE MOŽEMO postići centralizacijom. Ovdje neću puno raspravljati o svim postupcima u optimalnom liječenju, ali ću se osvrnuti na nekoliko stvari. Svjedoci smo da se krenulo u subspecijalističku obuku liječnika koji se bave raznim granama medicine, pa tako i onkološkim liječenjem. Većina općih bolnica u Hrvatskoj je financirala edukaciju svojih liječnika, a s time i stvarale preduvjete za cjelokupno liječenje (u ovom slučaju) i onkoloških bolesnika. Stvarati viziju i strategiju, a ne uvažiti sve te činjenice govore da sve što su radili , radili su uzalud. U toj priči Zadar je otišao najdalje. Zadarska bolnica danas ima niz vrhunskih onkoloških djelatnika u gotovo svim granama medicine. Razvijali smo usporedno i odjel za onkologiju i nuklearnu medicinu upravo da bi se pripremili za cjelokupno onkološko liječenje, a to je kupnja linearnog akceleratora. Kao predsjednik " Lige protiv raka Zadar" postavili smo konačni cilj, a to je nabavka aparata za liječenje onkoloških bolesnika zadarske županije. Projekt je podržala Skupština HLPR i njen predsjednik dr. Damir Eljuga, a Skupština je osnovala i Odbor za provedbu odluke o osnivanju Centra za onkologiju pri OB Zadar. „Protiv raka u dva koraka“ akcija je u kojoj smo podržani od Udruga: HULL, Otočki sabor, HKUMST, Volonterski centar Zadar, Zaklada Nora Šitum, HLZ podružnica Zadar i ZJZ, ali i 13.580 potpisa građana Zadarske županije potvrdila da smo na ispravnom putu. Prikupljene potpise akcije predali smo i aktualnom ministru zdravstva dr Nakiću. Znajući da nama u manjim centrima ništa ne pada sa neba osnovali smo i poseban račun za prikupljanje sredstava za aparat za zračenje, otvoren u suradnji sa OB Zadar. Sa današnjim danom prikupljeno je kroz razne akcije 1.704.519 kn + stan koji je poklonila jedna akademska obitelj upravo za tu namjenu, što govori da imamo oko 3.000.000 kn pripremljenih za kupnju linearnog akceleratora. Danas dok ovo pišem OB Zadar gradi i zgradu u kojem će biti smješten onkološki odjel koji će sadržavati u cijelosti pripremljen prostor sa svim standardima za prihvatanje linearnog akceleratora. Da ne dužim puno moja vizija u strategiji liječenja onkoloških bolesnika 2020.g - 2030.g uključivala bi i još nekoliko manjih centara u kojima bi se sprovodila opća radioterapija koja obuhvaća i preko 80 % liječenja. Tim bi se smanjio pritisak na 4 subspecijalizirana onkološka centra i</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>omogućio i kvalitetnije liječenje za one pacijente koji trebaju poseban vid radioterapije. Dovoljno je vidjeti koliko onkoloških centara imaju zemlje EU, a spomenut ću susjednu Austriju koja na 8,5 milijuna ima 14 onkoloških centara. Ne moram govoriti da ja kao gradonačelnik, kao i svi prije mene zajedno sa svim privrednim subjektima, građanima grada Zadra i Zadarske županije ćemo podržati inicijativu za kupnju linearnog akceleratora. Nadam se da ćete nase primjedbe uvažiti i da će buduća strategija uključiti i OB Zadar makar kao pilot projekt.</p>	
17	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 1. PREDGOVOR Ažurirati statističke podatke o raku prema najnovijim publikacijama HZJZ vezano uz incidenciju i smrtnost od raka u RH</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
18	<p>Miroslav Mađarić NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 1. PREDGOVOR Tekst je treba urediti jezično, npr. čak i spelling checker otkriva na desetke zatipaka i pravopisnih pogrešaka. Tekst s toliko grešaka se ne smije davati u e-savjetovanje, jer se time izražava nepoštivanje sudionika savjetovanja. Ne govorim o lektoriranju, govorim o nepažljivom pisanju i propuštanju uporabe spelling-checkera.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
19	<p>OPĆA BOLNICA VARAŽDIN NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 2. SAŽETAK Gledajući u cjelini, NPPR za razdoblje od 2020. do 2030., treba biti fleksibilniji, kako bi se u navedenom periodu bilo moguće prilagoditi eventualno novim izazovima u liječenju (npr. širenje radioterapijske mreže, osnivanje specijaliziranih centara i sl.). Zbog navedenog smatramo da će primjenom u praksi navedenih ograničenja bolesnici kao posljedicu imati smanjenu dostupnost liječenja, te se bolesnici koji gravitiraju nekliničkim ustanovama, čine diskriminiranim u odnosu na mjesta gdje kliničke ustanove postoje. Time se povećava mogućnost lošijeg terapijskog odgovora, stvaranja gužvi na listama čekanja, te u konačnici lošijeg tretmana. Napominjem da putovanje na liječenje u udaljene centre, bolesnika s malignom bolesti u metastatskoj fazi nije etično, za bolesnike predstavlja tjelesni napor, dovodi do bespotrebnog plaćanja putnih troškova, sanitetskih prijevoza, troškova pratnje, izostanaka s posla, gubitka vremena., a KBC I KB nisu spremne prihvatiti sve onkološke bolesnike.</p>	<p>Prihvaćen Primljeno na znanje.</p>
20	<p>HUKPZZ Hrvatska udruga koncesionara PZZ NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 2. SAŽETAK HUUGO (HUKPZZ) primarna zdravstvena zaštita uporno se zaobilazi u svim preventivnim programima pa i u ovome. Mi svakodnevno pratimo naše osiguranike i naše su informacije o njihovim navikama, tegobama dragocjene. Prijedlog: informatički riješiti pristup obiteljskog liječnika terminima nacionalnih preventivnih programa. Bez nas u obiteljskoj opet ćemo svejdočiti još jednom promašenom projektu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
21	<p>Irena Franolić</p>	<p>Primljeno na znanje</p>

	<p>NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 2. SAŽETAK</p> <p>Što se tiče intersektorske suradnje (PZZ-Zavodi) ona se nije pokazala dovoljno dobrom. To se vidi po odazivu. Odaziv za rak debelog crijeva je još uvijek loš. Nedostaje primarni i pojedinačni pristup. Zato Nacionalni programi moraju prvenstveno ići iz PZZ, a Zavodima dati da obrađuju podatke.</p>	Primljeno na znanje.
22	<p>Miroslav Mađarić 3. PRIMARNA PREVENCIJA, UVOD</p> <p>Ciljevi i aktivnosti su pomiješani, što je metodološki pogrešno. Aktivnosti predstavljaju mjere koje se poduzimaju, a ciljevi su mjerljiva postignuća tih aktivnosti. To treba razdvojiti, a ciljeve beziznimno kvantificirati i odrediti dinamički (međurokovi). Na primjer: ne može biti cilj „Osigurati da se više od 90 % slučajeva oboljelih od raka prezentira“! To je aktivnost koja dovodi do nekog cilja, vjerojatno do brže i točnije dijagnoze, a ne cilj. Vidjeti također primjer u svezi pušenja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
23	<p>HUKPZZ Hrvatska udruga koncesionara PZZ 3. PRIMARNA PREVENCIJA, UVOD HUUGO (HUKPZZ) točno..... gdje zapinjemo?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
24	<p>Irena Franolić 3. PRIMARNA PREVENCIJA, UVOD</p> <p>Što se tiče intersektorske suradnje(misli se na sektor PZZ i županijskih Zavoda) ona se nije pokazala dovoljno dobrom. Nacionalni programi za rano otkrivanje raka koji se rade u Zavodima, zadovoljavaju populacijski pristup, ali nedostaje individualni pristup koji se mora implementirati u PZZ bez obzira na financijsku neovisnost odnosno da pacijent sve obavlja bez uputnice. Projekt mora početi iz PZZ, a Zavodi su ti koji obrađuju podatke na kraju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
25	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, VIZIJA 2030. GODINE</p> <p>Mišljenja smo da nije potrebno definirati viziju za svaki segment plana već jednu viziju za cijeli dokument. Prijedlog vizije: Vizija 2030: Pojavnost i mortalitet od raka u RH na razini prosjeka država EU. Isto tako, smatramo da je potrebno definirati svrhu dokumenta. Prijedlog svrhe dokumenta: Svrha: Smanjenje pojavnosti i smrtnosti od raka te poboljšanje kvalitete života oboljelih od raka u RH</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
26	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, CILJEVI</p> <p>D. Prevencija raka koji uzrokuju infekcije - prijedlog cilja 1. Smanjiti rizik od pojavnosti ostalih infekcija (hepatitis C, HIV, helicobacter pylori) a samim time i rizik od pojavnosti određenih vrsta raka</p>	<p>Nije prihvaćen</p> <p>Kroz cilj "Povećati svijest javnosti o povezanosti infekcija s nastankom karcinoma te mogućnostima prevencije" i aktivnost „Sprječavanje drugih uzročnika zaraznih bolesti koji pripadaju skupini karcinogenih čimbenika provedbom preventivnih mjera" osigurana je povezanost cilja i aktivnosti na prevenciji pojavnosti infekcija koje mogu biti uzrok pojavnosti određenih vrsta raka.</p>
27	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, CILJEVI</p> <p>H. Ionizirajuće zračenje - prijedlog ciljeva 1. Povećati zaštitu građana od utjecaja različitih izvora ionizirajućeg zračenja 2. Povećati zaštitu djelatnika koji rade s izvorima ionizirajućeg zračenja</p>	<p>Djelomično prihvaćen</p> <p>Pitanja vezana za ionizirajuća zračenja, uređena su u okviru Zakona o radiološkoj i nuklearnoj sigurnosti. U poglavlju o primarnoj prevenciji dodane su dvije aktivnosti pod E. Prevencija raka koji uzrokuju čimbenici rizika iz životnog i radnog okruženja. Točka 9. Podizanje svijesti o zdravstvenom riziku uzrokovanom prirodnim zračenjem (radon), te provedba mjera za smanjenje rizika. Točka 10. Provedba mjera zaštite od ionizirajućeg i</p>

		neionizirajućeg zračenja.
28	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, CILJEVI G. Hormonska nadomjesna terapija - prijedlog cilja 1. Smanjiti rizik od nastanka raka kod mlađih žena i žena u menopauzi Obrazloženje: Uzimanjem hormonske nadomjesne terapije povećava se rizik od raka dojke, endometrija i jajnika te od nekoliko štetnih zdravstvenih stanja koja nisu rak. Upotreba oralnih kontracepcijskih sredstava povezana je s povišenim rizikom od raka dojke, vrata maternice i jetre. Međutim, upotrebom tih lijekova ujedno se štiti od raka endometrija i jajnika. Postoje smjernice o primjeni nadomjesne hormonalne terapije, koje su u skladu s preporukama Europskog kodeksa protiv raka. Najnovije smjernice je donijelo Međunarodno udruženje o menopauzi.</p>	<p>Djelomično prihvaćen U tekstu na stranici 23. dodani su ciljevi kako slijedi: F. Prevencija raka obzirom na čimbenike rizika specifične za ženski spol 1. Povećati svijest o važnosti dojenja u cilju prevencije raka dojke i jajnika, te osigurati mjere za povećanje stope dojenja 2. Primijeniti smjernice za korištenje hormonske nadomjesne terapije sukladno najnovijim saznanjima o povezanosti s rizikom za rak.</p>
29	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, CILJEVI F) Dojenje djeteta - prijedlog cilja 1. Povećati broj majki koje doje svoje dijete s navršениh 6 i više mjeseci na 50% Obrazloženje: Dojenjem majka smanjuje svoj rizik od nastanka raka dojke u odnosu na žene koje ne doje svoju dojenčad. Što žena duže doji to je zaštićenija od raka dojke. Rizik se smanjuje za približno 4 % za svakih nakupljenih 12 mjeseci dojenja. U Hrvatskoj treći dan nakon izlaska iz bolnice (rodilišta) 85% majki i dalje doji svoju djecu bez uvođenja adaptiranog mlijeka. Nakon dva do tri mjeseca 71% majki doji, a ta brojka naglo opada nakon četvrtog mjeseca djetetova života tako da djecu sa šest mjeseci doji samo 16,9% majki. Razlog malog postotka majki koje doje djecu sa šest i više mjeseci je slaba edukacija trudnica. Samo je 20% trudnica uključeno u trudničke tečajeve na kojima se dobivaju ključne Informacije o dojenju. Brojne su druge zdravstvene prednosti za majke koje doje svoje dijete (manji rizik od reumatoidnog artritisa, bolesti srca, smanjuje se mogućnost za razvoj dijabetesa, visokog krvnog tlaka i kolesterola, smanjuje se rizik od postporođajne depresije.....). U Norveškoj je najviši postotak majki koje doje dijete. Dakle, 99 % majki doji dijete odmah u rodilištu dok ih 80% doji dijete nakon 6 mjeseci starosti. Za Norvešku je posebno karakteristično da roditeljski dopust traje 49 tjedana s punim iznosom plaće ili 59 tjedana s 80% iznosa plaće. Isto tako, majke nakon povratka na posao s porodiljnog dopusta imaju pravo na pauzu za dojenje djeteta.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Nacionalnim programom za promicanje i zaštitu dojenja definirani su jasno ciljevi i aktivnosti te iste nije potrebno ponavljati u ovom dokumentu. U tekstu na stranici 23. dodani su ciljevi kako slijedi: F. Prevencija raka obzirom na čimbenike rizika specifične za ženski spol 1. Povećati svijest o važnosti dojenja u cilju prevencije raka dojke i jajnika, te osigurati mjere za povećanje stope dojenja 2. Primijeniti smjernice za korištenje hormonske nadomjesne terapije sukladno najnovijim saznanjima o povezanosti s rizikom za rak.</p>
30	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, CILJEVI A. Promicanje zdravih prehrambenih navika i redovite tjelesne aktivnosti - prijedlog mjerljivih ciljeva 1. Postići da 70 % učenika i učenica konzumira voće i povrće svaki dan 2. Postići da se 70 % populacije bavi tjelesnom aktivnošću 3. Smanjiti udio odraslih osoba starijih od 18 godina s prekomjernom tjelesnom težinom na 40 % 4. Smanjiti udio pretilih odraslih osoba starijih od 18 godina na 15% 5. Smanjiti udio djece s prekomjernom tjelesnom težinom na 20%</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
31	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, CILJEVI Prilikom definiranja ciljeva i mjera u području</p>	<p>Djelomično prihvaćen Pitanja vezana za ionizirajuća zračenja, uređena su u okviru Zakona o radiološkoj i nuklearnoj sigurnosti. U</p>

	<p>prevencije koristiti sve čimbenike rizika nastanka raka navedene u Europskom kodeksu protiv raka (ionizirajuće i neionizirajuće zračenje, dojenje djeteta, hormonska nadomjesna terapija)</p>	<p>poglavlju o primarnoj prevenciji dodane su dvije aktivnosti pod E. Prevencija raka koji uzrokuju čimbenici rizika iz životnog i radnog okruženja. Točka 9. Podizanje svijesti o zdravstvenom riziku uzrokovanom prirodnim zračenjem (radon), te provedba mjera za smanjenje rizika. Točka 10. Provedba mjera zaštite od ionizirajućeg i neionizirajućeg zračenja. U tekstu na stranici 23. dodani su ciljevi kako slijedi: F. Prevencija raka obzirom na čimbenike rizika specifične za ženski spol 1. Povećati svijest o važnosti dojenja u cilju prevencije raka dojke i jajnika, te osigurati mjere za povećanje stope dojenja 2. Primijeniti smjernice za korištenje hormonske nadomjesne terapije sukladno najnovijim saznanjima o povezanosti s rizikom za rak Na stranici 25. dodane su slijedeće mjere i aktivnosti: F. Prevencija raka obzirom na čimbenike rizika specifične za ženski spol 1. Edukacija javnosti i zdravstvenih radnika o važnosti dojenja kao protektivnog čimbenika u nastanku raka dojke i jajnika 2. Provedba mjera za poticanje dojenja 3. Primjena smjernica o primjeni hormonske nadomjesne terapije kako bi se smanjio rizik nastanka raka dojke, jajnika i endometrija</p>
32	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, CILJEVI Da bi ciljevi bili mjerljivi potrebno ih je gdje se to god može determinirati kvantitativno i vremenski</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
33	<p>Miroslav Mađarić 3. PRIMARNA PREVENCIJA, CILJEVI Kao primjer potrebe točnije postavljenih ciljeva navodim sljedeće: umjesto "Smanjiti prevalenciju pušenja duhana na razinu prosjeka država Europske unije ." koja formulacija je sama po sebi "otrovna" zato, jer se po našem običaju neće raditi ništa 8 godina, a nakon toga će izvršna vlast 2030. godine krivicu prebacivati na prethodne političke opcije. Zato predlažem: „Pušenje kod maloljetnika smanjiti sa sadašnje stope od 23 % godišnje za 4,5 %, čime se za 10 godina udio mladih pušača ima svesti na 16 %, što je prosjek EU“.</p>	<p>Nije prihvaćen Prosjek prevalencije pušenja duhana na razini država Europske unije se kontinuirano smanjuje, a taj cilj se želi postići.</p>
34	<p>HUKPZZ Hrvatska udruga koncesionara PZZ 3. PRIMARNA PREVENCIJA, CILJEVI HUUGO (HUKPZZ) smanjenje broja osiguranika o kojima skrbi tim liječnika u PZZ, kako bi se oslobodilo vrijeme za savjetovališta (uključiti patronažne n sestre u naše skupne prakse , savjetovanje prepustiti njima) Broj timova u PZZ potrebno je udvostručiti , kao i sredstva za PZZ. Bez toga nemožemo naprijed.....</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
35	<p>ŠTEFI M. 3. PRIMARNA PREVENCIJA, CILJEVI A. 5. Osigurati financijske resurse stručnjacima: kineziolozima i nutricionistima, a ne medicinskim sestrama i liječnicima. B. 2. Uvesti veće financijske kazne onima koji duhanske proizvode prodaju maloljetnicima, a još veće ako prodaju mlađima od 16 godina. C. 3. Uvesti veće financijske kazne onima koji alkohol prodaju maloljetnicima, a još veće kazne ako prodaju mlađima od 16 godina.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
36	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, MJERE / AKTIVNOSTI</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>E. Prevencija raka koji uzrokuju čimbenici rizika iz životnog i radnog okruženja - prijedlog mjera 1. Donijeti nacionalni Akcijski plan za prevenciju i smanjenje oboljenja od raka kože 2. Donijeti nacionalne smjernice za zaštitu od štetnog sunčevog UV zračenja 3. Usklađivanje regulative u RH s odrednicama Rezolucije Parlamentarne skupštine Vijeća Europe br. 1815 (2011) i Rezolucije EU Parlamenta 2008/2211 i 2007/2252 4. Izmijeniti Pravilnik o zaštiti od elektromagnetskih polja (NN 146/14) te ga uskladiti s Direktivom EU 2013/35/EU (rok je bio 01. srpnja 2016.) 5. Konstantno pratiti relevantne studije i zaključke mjerodavnih tijela i institucija EU po pitanju utjecaja neionizirajućeg zračenje na razvoj malignih oboljenja te sukladno tome uskladiti regulativu u Republici Hrvatskoj. 6. Osmisliti i provesti program poticanja smanjenja upotrebe automobila, dijeljenja automobila te povećanja upotrebe javnog prijevoza i bicikala 7. Usvojiti smjernice EU o tome kako spriječiti zdravstvene i sigurnosne rizike na radu te kako provesti procjenu rizika zaposlenika 8. Usvojiti nove граниčne vrijednosti za kancerogene tvari na radnom mjestu preporučene od strane EU 9. Uvesti cjelovit pristup mjerenja lebdećih čestica u zraku u RH 10. Provoditi propisano mjerenje razine dioksina u hrani i zraku Obrazloženje: U Hrvatskoj ne postoji nacionalni akcijski plan za prevenciju melanoma te ne postoje nacionalne smjernice za zaštitu od štetnog UV zračenja. Hrvatska nije u potpunosti u zakonodavstvo implementirala Direktivu EU 2013/35/EU – elektromagnetska polja – minimalni zdravstveni i sigurnosni zahtjevi za djelatnike koji su izloženi elektromagnetskom polju na radnom mjestu. Nije provedeno usklađivanje regulative u RH s odrednicama Rezolucije Parlamentarne skupštine Vijeća Europe br. 1815 (2011) pod nazivom „Potencijalna opasnost od elektromagnetskih polja i njihov utjecaj na okoliš“ i Rezolucije EU Parlamenta 2008/2211 „Zdravstveni rizici povezani s elektromagnetskim poljima“ i 2007/2252 „Srednjoročni europski akcijski plan za zdravlje i okoliš“. Pravilnikom o zaštiti od elektromagnetskih polja (NN 146/14) Ministarstva zdravlja prekršena je Direktiva EU 2013/35/EU jer su drastičnim povećanjem granica dozvoljenog zračenja za profesionalnu izloženost kao i za dio „područja povećane osjetljivosti“ (površine oko stambenih zgrada i vrtića) pogoršani dotadašnji standardi zaštite. Najveću opasnost za ljudsko zdravlje predstavljaju najmanje frakcije lebdećih čestica (promjera ispod 2,5 mikrona). U Hrvatskoj se tek počinje s mjerenjem tih mikročestica. Europska komisija konstatira da se 4820 slučajeva preuranjene smrti hrvatskih građana u 2013. godini može prepisati prevelikoj koncentraciji lebdećih čestica. Prilikom mjerenja kvalitete zraka ne mjeri se razina prisutnosti dioksina u zraku. Provodi se i kontrola sadržaja pesticida u hrani (voću i povrću) ali na vrlo malim uzorcima.</p>	
37	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, MJERE / AKTIVNOSTI D. Prevencija raka koji uzrokuju infekcije - prijedlog mjera 1. Ponovno uvesti obvezno cijepjenje novorođenčadi protiv hepatitisa B 2. Osnovati registar</p>	<p>Nije prihvaćen Programi cijepljenja se kontinuirano unaprjeđuju sukladno stručnim smjernicama, a Ministarstvo zdravlja izradilo je Nacrt akcijskog plana za prevenciju i kontrolu virusnih hepatitis koji je upućen u proceduru donošenja te stoga predmetne mjere i</p>

<p>oboljelih od hepatitisa B 3. Educirati roditelje o potrebi obaveznog cijepljenja te o mogućim rizicima odnosno nuspojavama cijepljenja 4. Educirati mlade o odgovornom spolnom ponašanju, odnosno izbjegavanju promiskuiteta 5. Revidirati program edukacije roditelja osnovnoškolaca o cijepljenju protiv HPV-a 6. Osmisliti i implementirati medijsku kampanju o važnosti cijepljenja protiv HPV – a (ciljana skupina roditelji osnovnoškolaca) 7. Obavezati liječnike školske medicine i ginekologe da daju preporuku pripadnicima ciljane skupine da provode cijepljenje. 8. Osnovati registar oboljelih od hepatitisa C 9. Donijeti Nacionalnu strategiju i akcijski plan za suzbijanje virusnih i bakterijskih infekcija koje mogu izazvati rak 10. Donijeti Nacionalni program prevencije i ranog otkrivanja raka želuca</p> <p>Obrazloženje: Gotovo jedna petina svih pojava raka na svijetu izazvana je uzročnicima infekcija koji uključuju i viruse i bakterije. Među najvažnijim infekcijama povezanim s rakom jest infekcija humanim papilomavirusom (HPV) koja može uzrokovati većinu slučajeva raka vrata maternice i raka anusa te neke slučajeve raka usta. Virus hepatitisa B (HBV) i hepatitisa C (HCV) može uzrokovati rak jetre, dok bakterija <i>Helicobacter pylori</i> može uzrokovati rak želuca. Oboljeli od HIV-a imaju veći rizik od raka jer im je imunološki sustav oslabljen. Cjepiva su najučinkovitiji način sprečavanja nekih od nabrojanih infekcija. Tek za 10-tak% djevojčica u zagrebačkim sedmim i osmim razredima osnovne škole roditelji potpišu pristanak za cijepljenje protiv HPV virusa. Odaziv u Rijeci, Istri i Međimurju bio je oko 50%, ali je i tamo došlo do pada odaziva. Slab odaziv se pripisuje strahu roditelja od nuspojava cijepljenja te kampanjama protiv cijepljenja. U Portugalu je odziv na cijepljenje oko 85%, a u Velikoj Britaniji i Danskoj oko 80%. U Sloveniji je odaziv 50 posto, a cijepili se djeca već u 6. razredu osnovne škole. U Makedoniji je odaziv oko 40 posto. Infekcije s Hepatitisom C, HIV-om i <i>Helicobacter pylori</i> također mogu dovesti do raka, ali za njih se ne provodi cijepljenje. U Hrvatskoj je od hepatitisa C oboljelo je oko 40 000 ljudi. U Hrvatskoj nema registra oboljelih od hepatitisa C. <i>Helicobacter pylori</i> povećava rizik od nastanka raka želuca i do 20 puta. Zbog toga je vrlo važno testirati pacijente na ovu bakteriju. U Hrvatskoj nema Nacionalne strategije i Akcijskog plana za suzbijanje virusnih i bakterijskih infekcija koje mogu izazvati rak (edukacija i screening rizičnih skupina, povećati dostupnost liječenja).</p>	<p>aktivnosti nije potrebno ponavljati u ovom dokumentu. Kroz cilj "Povećati svijest javnosti o povezanosti infekcija s nastankom karcinoma te mogućnostima prevencije" i aktivnost „Sprječavanje drugih uzročnika zaraznih bolesti koji pripadaju skupini karcinogenih čimbenika provedbom preventivnih mjera" osigurana je povezanost cilja i aktivnosti na prevenciji pojavnosti infekcija koje mogu biti uzrok pojavnosti određenih vrsta raka.</p>
<p>38 Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, MJERE / AKTIVNOSTI H. Ionizirajuće zračenje - prijedlog mjera 1. Donijeti Smjernice koje podupiru kliničke prosudbe o opravdanosti primjene medicinskog zračenja na pacijentu 2. U cijelosti implementirati Direktivu Vijeća 2013/59/EURATOM u zakonodavstvo RH – rok 08.02.2018 3. U svim zdravstvenim ustanovama koje koriste izvore ionizirajućeg zračenja uspostaviti i provoditi program osiguranja kvalitete 4. Uspostaviti praćenje doza zračenja pacijenata u svim zdravstvenim ustanovama koje koriste izvore ionizirajućeg zračenja 5. Za obavljanje sustavnih pregleda građana (screening) od Zavoda za</p>	<p>Nije prihvaćen Ne prihvaća se. 1. Pod poglavljem 5. Dijagnosticiranje karcinoma; A Metode snimanja; Mjera/Aktivnost pod brojem 7. navedeno je Uvođenje kriterija upućivanja pacijenata na radiološke pretrage. Preporučuje se koristiti ESR i-guide sustav, koji treba integrirati u bolničke informacijske sustave. U svim zdravstvenim institucijama u Hrvatskoj u kojima se koriste izvori ionizirajućeg zračenja već postoji sustav osiguranja, redovite provjere kvalitete uređaja za zračenje. 2. Prima se na znanje. Pitanja vezana za ionizirajuća zračenja, radon i zbrinjavanje otpad uređena su u okviru Zakona o radiološkoj i nuklearnoj sigurnosti uključujući i sadržaj Akcijskog plana za radon.</p>

	<p>radiološku i nuklearnu sigurnost tražiti utvrđivanje dodatnih uvjeta za opremu i kadar 6. Tijekom pregleda djece rendgenskim uređajima koristiti protokole za djecu 7. Donijeti i implementirati nacionalni akcijski plan za radon 8. Mjerenje radona provesti na području cijele RH s naglaskom na stanove i radna mjesta 9. Osigurati veću informiranost građana o opasnostima i zaštiti od radona 10. Donijeti Nacionalni program provedbe Strategija zbrinjavanja otpada 11. Osnovati Centar za zbrinjavanje radioaktivnog otpada</p> <p>Obrazloženje: U Europi su najveći izvori izlaganja antropogenom zračenju medicinski postupci. U većini zemalja postoje smjernice kojima se podupiru kliničke prosudbe o opravdanosti primjene zračenja na pacijenta. Najvažniji je izvor izlaganja prirodnoj radioaktivnosti radon u kućanstvima i na radnim mjestima. Mjerenje radona nije provedeno na području cijele Republike Hrvatske već samo u 4-5 županija. Javnost nije dovoljno informirana o radonu i rizicima od nastanka karcinoma koji su povezani s radonom. Mjerenje radona nije provedeno u stanovima te na radnim mjestima. Republika Hrvatska nije u potpunosti implementirala u Hrvatsko zakonodavstvo Direktivu Vijeća EU iz 2013 godine koja definira osnovne sigurnosne standarde od izloženosti ionizirajućem zračenju – rok implementacije 06.02.2018. godine. Samo neke zdravstvene ustanove u RH koje koriste izvore ionizirajućeg zračenja uspostavile su program osiguranja kvalitete i osigurale njegovo provođenje, uključujući provjeru kvalitete električnih uređaja koji proizvode ionizirajuće zračenje. Niti jedna zdravstvena ustanova nije uspostavila praćenje doza zračenja pacijenata. Zdravstvene ustanove koje imaju izvore ionizirajućeg zračenja ne provode klinički audit. Sustavni pregledi (screening) provode se bez da se od Zavoda za radiološku i nuklearnu sigurnost traži utvrđivanje dodatnih uvjeta za opremu i kadar. Kod pregleda djece rendgenskim uređajima rijetko se koriste protokoli za djecu. Provode se mjerenja radioaktivnih tvari u vodi, hrani, vodi za piće, stočnoj hrani, ali nije donesen Nacionalni program provedbe strategije zbrinjavanja radioaktivnog otpada. Isto tako, nije osnovan Centar za zbrinjavanje radioaktivnog otpada.</p>	
39	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, MJERE / AKTIVNOSTI G. Hormonska nadomjesna terapija - prijedlog mjera 1. Formalno usvojiti i implementirati najnovije međunarodne smjernice o primjeni hormonalne nadomjesne terapije te oralne kontracepcije 2. Voditi statističke podatke o primjeni hormonske nadomjesne terapije 3. Izraditi program i provoditi sustavnu edukaciju žena u vezi oralne kontracepcije te hormonalne nadomjesne terapije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
40	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, MJERE / AKTIVNOSTI F. DOJENJE DJETETA - prijedlog mjera 1. Osiguranje edukacije zdravstvenih djelatnika o zdravstvenim koristima dojenja za majku i dijete 2. Osiguranje dostupnosti različitih oblika edukacije i potpore dojenju trudnicama i roditeljima u lokalnoj zajednici 3. Osmisliti i provoditi medijske kampanje</p>	<p>Nije prihvaćen Nacionalnim programom za promicanje i zaštitu dojenja definirani su jasno ciljevi i aktivnosti te iste nije potrebno ponavljati u ovom dokumentu. Pitanja vezana za porodiljni dopust i kontrole poslodavaca vezano za osiguranje pause radi dojenja djeteta nisu prpredmet ovog dokumenta.</p>

	<p>radi jačanja svijesti o važnosti dojenja za majku i dijete 4. Uvesti porodiljni dopust od 12 mjeseci s punim iznosom plaće za majku 5. Provoditi kontrolu poslodavaca da li poštuju zakonsku obvezu da majci nakon povratka s porodiljnog dopusta moraju osigurati odlazak na pauzu radi dojenja djeteta.</p>	
41	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, MJERE / AKTIVNOSTI</p> <p>A. Promicanje zdravih prehrambenih navika i redovite tjelesne aktivnosti - prijedlog mjera 1. Kreirati djelotvorne kampanje usmjerene na mlade o važnosti svakodnevnog konzumiranja voća i povrća 2. Donijeti novi nacionalni Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine 3. Implementirati i obnoviti Program „Živjeti zdravo“ te kontinuirano provoditi aktivnosti iz Programa 3. Provoditi nadzor implementacije Nacionalnih smjernica za prehranu učenika u osnovnim školama 4. Kontinuirano provoditi kontrole ispravnosti i kvalitete hrane i pića u RH 5. Kontinuirano provoditi ankete o prehrani, tjelesnoj težini i tjelesnoj aktivnosti svih dobnih skupina u RH Obrazloženje: Na temelju provedenog istraživanja na odgovarajućem uzorku školske djece u dobi od 6,5 do 18,5 godina (HZJZ, 2010.) utvrđeno je da 66% učenika i učenica ne jede voće svaki dan te 76% učenika i učenica ne jede povrće svaki dan. Isto tako, 26% ih pije slatka pića svaki dan i 35% jede slatkiše jednom ili više puta dnevno. Prema najnovijem istraživanju (EUROSTAT, 2014) Hrvatska se nalazi pri vrhu po pretilosti u EU, odnosno na osmom mjestu sa ukupnom stopom od 18,7 % (20,7 % muškarci i 16,8 % žene). Prema istraživanju (HZJZ, 2011) prekomjernu tjelesnu težinu je imalo 37 % djece (24% pred pretilo i 13 % pretilo). Prema istraživanju (GFK, 2014) prekomjernu tjelesnu težinu imalo je 56 % odrasle populacije (pred pretilo 40% i pretilo 16%). Prema istraživanjima Hrvatske zdravstvene ankete tjelesnom aktivnošću važnom za održavanje poželjne tjelesne težine u slobodno vrijeme izjavilo je da se bavi 17,1% muškaraca i 4,3% žena. Program „Živjeti zdravo“ postoji od 2003. godine, ali aktivnosti programa ne provode se kontinuirano. Čak 60% populacije u Hrvatskoj ne sudjeluje niti u kakvom obliku tjelesne aktivnosti. U Hrvatskoj još uvijek ne postoje nacionalne smjernice za promicanje tjelesne aktivnosti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
42	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, MJERE / AKTIVNOSTI</p> <p>C. Smanjenje štetnog utjecaja konzumacije alkohola - prijedlog mjera 1. U potpunosti zabraniti promoviranje alkohola (uključujući pivo) 2. Povećati kazne za prodaju i usluživanje alkohola mlađima od 18 godina 3. Donijeti Pravilnik o reklamiranju alkohola – Ministarstvo zdravstva 4. Izraditi i dosljedno primjenjivati učinkovite programe prevencije i odvikavanja od alkohola uz stalni nadzor i izvješćivanje o postignutim rezultatima 5. Povećati poreznu stopu na prodaju alkohola 6. Donijeti nacionalni akcijski plan za sprječavanje štetne uporabe alkohola Obrazloženje: Alkohol je vodeći svjetski uzrok lošeg zdravlja i preuranjene smrtnosti. Više od 3 milijuna ljudi godišnje u svijetu umire zbog alkohola. Konzumacija alkohola može izazvati</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>najmanje sedam vrsta karcinoma (usta, gušterača, jednjak, grlo, jetra, debelo crijevo, dojka). Hrvatska je po konzumaciji alkohola, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (konzumacija alkohola u 2016.), u samom svjetskom vrhu i nalazi se na sedmom mjestu iza Litve, Bjelorusije, Moldavije, Rusije, Rumunjske i Češke, dok se u EU nalazi na četvrtom mjestu iza Litve, Rumunjske i Češke. Godišnje se u Hrvatskoj po glavi stanovnika popije 13,6 litara čistog alkohola, što odgovara količini od 910 piva ili 910 srednjih čaša vina po osobi godišnje. Europski prosjek je 10,3 litara čistog alkohola po glavi stanovnika godišnje. U Hrvatskoj ima oko 200 000 registriranih alkoholičara. U Hrvatskoj je prema podacima ESPAD 92% učenika u životu pilo alkohol, 55% u posljednjih 30 dana, a 16% je iskusilo pijanstvo u posljednjih 30 dana. U Hrvatskoj 87% učenika navodi da im je alkohol lako ili vrlo lako dostupan. Inače, europski prosjek je da je 81% učenika u životu pilo alkohol te 47% u posljednjih 30 dana. Od karcinoma usne šupljine godišnje u Hrvatskoj umire oko 400 ljudi, a upravo ovaj karcinom se usko povezuje s alkoholom kao glavnim uzrokom. Od ciroze jetre i duševnih poremećaja izazvanih alkoholizmom u Hrvatskoj umre oko 800 ljudi godišnje, dok zbog alkoholiziranosti u prometu pogine oko 70 osoba a oko 600 ih je teško povrijeđeno. U Hrvatskoj postoji zakonska regulativa kojom se regulira zabrana usluživanja i konzumacije alkohola osobama mlađim od 18 godina te promoviranje alkohola. Ne postoji zakonsko ograničenje za promociju piva, kao niti zakonska regulativa o oznakama na ambalaži alkoholnih pića u vezi upozorenja za zdravlje. U Hrvatskoj se primjenjuje niska porezna stopa na alkohol. Predmetna zakonska regulativa u vezi alkohola ne primjenjuje se dosljedno te je prisutna velika dostupnost alkohola mlađima od 18 godina. Iako postoji nacionalna Strategija za sprječavanje štetne uporabe alkohola i alkoholom uzrokovanih poremećaja Hrvatska još uvijek nije donijela nacionalni akcijski plan za smanjenje štetne uporabe alkohola. U Hrvatskoj od 2006. godine nije bilo nacionalnih kampanja vezanih uz problematiku konzumacije alkohola te nije bilo izvještaja po pitanju konzumacije alkohola.</p>
<p>43 Udruga Pogled iz novog kuta - life 3. PRIMARNA PREVENCIJA, MJERE / AKTIVNOSTI B. Prevencija raka povezanog s duhanskim dimom - prijedlog mjera 1. Potpuno zabraniti uporabu duhanskih proizvoda u zatvorenim javnim prostorima, na dječjim igralištima, sportskim objektima te na događanjima masovnog karaktera 2. Izraditi i dosljedno primjenjivati učinkovite programe prevencije i odvikavanja od pušenja uz stalni nadzor i izvješćivanje o postignutim rezultatima 3. Pojačati nadzor primjene zakonskih odredbi u svezi ograničavanja uporabe duhanskih proizvoda 4. Povećanje trošarinskog opterećenja duhanskih proizvoda 5. Uvesti poticajne mjere za nepušače (npr. manja naknada za osnovno i dopunsko zdravstveno osiguranje) Obrazloženje: Duhanski dim je glavni uzročnik raka. Smatra se važnim faktorom uzroka čak 13 vrsta raka. U Europi su procjene da pušenje cigareta uzrokuje 82% raka pluća. Poznata je</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

činjenica da je u Europi, kao i u Hrvatskoj rak pluća glavni uzrok smrtnosti od kojeg godišnje umre oko 3000 ljudi. Pojavnost raka pluća je također oko 3000 novih slučajeva godišnje. Važna je činjenica i to da duhanski dim uzrokuje rak i kod pasivnih pušača. Osim toga, duhanski dim je jedan od glavnih uzročnika kardiovaskularnih i ostalih plućnih bolesti. Procjenjuje se da u Hrvatskoj od posljedica pušenja godišnje umire oko 9.000 ljudi ili svaka peta umrla osoba. Pasivni pušači imaju dva-tri puta veći rizik za karcinom pluća od pušača. U svijetu oko 6 milijuna ljudi godišnje umre od posljedica pušenja. Procjena je da bi do 2030. godine moglo 8 milijuna ljudi godišnje umirati od posljedica pušenja. U Hrvatskoj skoro svaka treće osoba puši što nas po konzumaciji cigareta svrstava u sam svjetski i europski vrh. Isto tako, velik broj mladih u Hrvatskoj puši ili su probali cigarete. Hrvati su u donjem dijelu ljestvice po uspješnosti u odvikavanju od pušenja. Samo 16 posto bivših pušača u Hrvatskoj uspjelo je prestati s pušenjem. Prema podacima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz 2013., godišnje se za bolesti povezane s pušenjem (za liječenje, lijekove, bolovanja i dr) izdvoji više od 1,5 milijardi kuna. Iz stručne literature poznato je da se na troškove zdravstvene službe zbog bolesti uzrokovane pušenjem troši i do 4 puta više sredstava nego što iznosi dobit od poreza na duhan. Direktiva Europske unije Tobacco Products Direktive (2014/40/EU) – primjenjuje se u zemljama europske unije od 20.05.2016. godine, a cilj joj je poboljšati funkcioniranje internog tržišta duhana i povezanih proizvoda te istodobno osigurati visoku razinu zdravstvene zaštite za građane europske unije. Irska, Engleska, Grčka, Bugarska, Malta, Španjolska i Mađarska – potpuna zabrana pušenja cigareta u zatvorenim javnim prostorima, u javnom transportu, na radnim mjestima. Hrvatska je u zakonsku regulativu (Zakon o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda) djelomično implementirala preporuke Vijeća Europe, okvirnu konvenciju o nadzoru nad duhanom Svjetske zdravstvene organizacije te Direktivu Europske unije iz 2001. godine. Implementirane su odredbe najnovije Direktive Europske unije iz 2014. godine ali nema potpune zabrane pušenja u zatvorenim javnim mjestima. Na nacionalnoj razini je imenovano Povjerenstvo za praćenje stanja uporabe duhanskih proizvoda, donesen je Akcijski plan s konkretnim ciljevima i mjerama radi smanjenja uporabe duhanskih proizvoda te programi za prevenciju pušenja. Iako se u Hrvatskoj provode aktivnosti u vezi jačanja svijesti o štetnosti pušenja kao i aktivnosti vezane uz odvikavanje od pušenja, još uvijek nije došlo do pada broja pušača te broja oboljelih i umrlih od posljedica pušenja. Na prevenciji pušenja se premalo radi. Preslabe su zakonske mjere u vezi pušenja, preblage kazne. Potrebno je prosvjeđivanje kroz široke zdravstvene kampanje. Inspekcije slabo kontroliraju prekršitelje. Mnogi ugostitelji pokušavaju izbjeći korištenje skupe ventilacije. Ne postoje poticajne mjere za nepušače, što bi svakako djelovalo pozitivno na smanjenje pušenja u Hrvatskoj. S obzirom da su u Hrvatskoj statistički pokazatelji u vezi uporabe duhanskih proizvoda, kao i posljedice pušenja, konstantno nepovoljni i u porastu potrebno je žurno

	primijeniti radikalni pristup u vezi ograničavanja uporabe duhanskih proizvoda.	
44	<p>Hrvoje Marković 3. PRIMARNA PREVENCIJA, MJERE / AKTIVNOSTI B. 7. Zabrana davanja državnih potpora za proizvodnju duhana</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
45	<p>ŠTEFI M. 3. PRIMARNA PREVENCIJA, MJERE / AKTIVNOSTI A. Promicanje zdravih prehrambenih navika i redovite tjelesne aktivnosti, bez stavljanja na raspolaganje podataka o energetske vrijednosti pojedine namirnice, kao i bez stavljanja na besplatno raspolaganje objektima za tjelesnu aktivnost mladima, sve ostaje samo promicanje. Većina hrvatskih škola nema nikakve sportske objekte i djeca vježbaju u učionicama. C. Smanjenje štetnog utjecaja konzumacije alkohola bi moralo obuhvatiti i odrasle konzumente, kojima bi se morala dati podrška u odvikavanju od alkoholizma kroz besplatne programe i plaćeno bolovanje koje ne bi bilo na teret poslodavca. E. Iako je izloženost kancerogenim tvarima na radnom mjestu povezana s rizicima nastanka raka, isto tako i propusti pri primjeni osobnih zaštitnih sredstava, kao i niz elemenata koji dovode do "burnouta" u konačnici poslodavce i zaposlenike mogu dovesti do niza kroničnih oboljenja, čije liječenje je i skuplje od liječenja raka.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
46	<p>Miroslav Mađarić 3. PRIMARNA PREVENCIJA, DIONICI Općenito dionike treba navoditi uz svaku mjeru/aktivnost, najbolje pomoću RACI matrice, dakle po ulogama. Minimalno se treba znati tko je odgovoran za provođenje mjere. Navođenje 16 dionika kao ovdje nužno vodi prema ishodu da nitko nije odgovoran.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
47	<p>Zaklada Sandra Stojić 3. PRIMARNA PREVENCIJA, DIONICI U stavci DIONICI, kod Primarne prevencije treba dodati uz udruge 'i druge organizacije civilnog društva' koje u svojem Statutu imaju djelatnost ili svrhu Promociju zdravlja i prevenciju bolesti. Učestalo se ponavlja da se pod organizacije civilnog društva u Hrvatskoj podrazumjevaju samo udruge što nije istina, iako ih po broju ima najviše. Radi toga dolazi do svojevrstne diskriminacije ostalih OCD-a prilikom objave natječaja naših ministarstava. Smatram da je potrebno omogućiti svim dionicima društva da sudjeluju u aktivnostima koje su podrška sustavu jer samo tako zajednički možemo građanstvu ponuditi bolje i prihvatljivije programe i aktivnosti. S poštovanjem Zaklada Sandra Stojić upraviteljica Mr. sci. Biserka Stojić</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
48	<p>Biserka Stojić 3. PRIMARNA PREVENCIJA, DIONICI Pod točkom 3. PRIMARNA PREVENCIJA u stavci DIONICI trebalo bi dopuniti tekst i dodati uz Udruge i 'ostale organizacije civilnog društva'. Udruge su najčešće organizacije civilnog društva, ali i neke druge organizacije civilnog društva, kao npr. zaklade osnovane su sa svrhom Promocije zdravlja i prevencije bolesti i to imaju u svojem Statutu. Radi</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

	<p>toga ne smije se ograničavati koje će organizacije civilnog društva moći sudjelovati u posebno primarnoj prevenciji jer je to svojevrsna vrsta diskriminacije. Time se ograničava rad ostalim OCD- ima što ima izravnu posljedicu u natjecajima gdje se onda isključuju ostale organizacije civilnog društva i daje se mogućnost prijave samo udrugama što nije u redu. S poštovanjem Mr. sci. Biserka Stojić Članica Savjeta za razvoj civilnog društva pri Vladi Republike Hrvatske, područje Zaštita zdravlja i unapređenje kvalitete života</p>	
49	<p>Suzana Fehlen 3. PRIMARNA PREVENCIJA, DIONICI Osim Udruga koje su navedene u stavki Dionici, potrebno je nadopuniti tekst sa 'i ostale Organizacije civilnog društva'. Naime, osim udruga koje su najčešći oblik organizacija civilnog društva u Hrvatskoj već duži niz godina djeluju i drugi oblici organizacija koje u svom statutu imaju navedeno područje djelovanja Promocija zdravlja i prevencija bolesti, te su se pokazale kao dobra podrška sustavu. Prema uzoru na Europsku uniju nije dobro ograničavati postojeće, te je potrebno iskoristiti sve zakonski registrirane oblike civilnog društva. Traži se nadopuna teksta. S poštovanjem, Suzana Fehlen Zamjenik člana Savjeta za razvoj civilnog društva pri Vladi Republike Hrvatske Zaštita zdravlja i unapređenje kvalitete življenja</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
50	<p>ŠTEFI M. 3. PRIMARNA PREVENCIJA, DIONICI Među dionike nužno je uvrstiti i Ministarstvo znanosti i obrazovanja</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
51	<p>VEDRAN LOVRINČEVIĆ NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE) Molim Vas da razmotrite prekršajno novčano kažnjavanje ako se pozvani ne odazovu na preventivni pregled. Obzirom da ranije otkrivanje raka znači i manje troškove te veću mogućnost preživljavanja. Kasno otkrivanje umanjuje mogućnosti i povećava troškove.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
52	<p>Hrvatska ljekarnička komora 4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE), UVOD Poštovani, U tekstu se navodi kako je "Osnovni je cilj probirnih pregleda smanjiti stopu mortaliteta od raka". Možda bi bilo bitnije iz perspektive bolesnika/ispitanika, preformulirati navedenu rečenicu u "Osnovni je cilj probirnih pregleda je smanjiti stopu mortaliteta populacije obuhvaćene probirnim pregledom, budući da navedenu populaciju prvenstveno interesira redukcija mortaliteta neovisno o uzroku..</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
53	<p>Ana Soldo 4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE), UVOD Poštovani, U tekstu se navodi kako je "Osnovni je cilj probirnih pregleda smanjiti stopu mortaliteta od raka". Možda bi bilo bitnije iz perspektive bolesnika/ispitanika, preformulirati navedenu rečenicu u "Osnovni je cilj probirnih pregleda je smanjiti stopu mortaliteta populacije obuhvaćene probirnim</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	pregledom, budući da navedenu populaciju prvenstveno interesira redukcija mortaliteta neovisno o uzroku..	
54	<p>Marko Skelin 4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE), UVOD Poštovani, u tekstu navodite kako je "Osnovni je cilj probirnih pregleda smanjiti stopu mortaliteta od raka". Možda bi bilo bitnije iz perspektive bolesnika/ispitanika, preformulirati navedenu rečenicu u "Osnovni je cilj probirnih pregleda je smanjiti stopu mortaliteta populacije obuhvaćene probirnim pregledom, budući da navedenu populaciju prvenstveno interesira redukcija mortaliteta neovisno o uzroku..</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
55	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE), MOGUĆI DRUGI PROGRAMI PROBIRA Statistiku pojavnosti i smrtnosti od pojedinih sijela raka ažurirati sukladno najnovijim publikacijama HZJZ</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
56	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE), CILJEVI Pohvaljujemo dobro postavljanje ciljeva iz područja sekundarne prevencije</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
57	<p>Tomislav Stanković 4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE), MJERE/AKTIVNOSTI Nastavno na program za probir i rano otkrivanje raka pluća, kao predstavnik Strukovnog razreda za zdravstvenu radiološko tehnološku djelatnost Hrvatske komore zdravstvenih radnika i predstavnik Hrvatskog društva radioloških tehnologa smatram neophodnim osim educiranja i certificiranja radiologa isto učiniti i za radiološke tehnologe koji izvode preglede na CT-u. Adekvatnim korištenjem uređaja kao i optimalnom upotrebom parametara snimanja mogu značajno utjecati na kvalitetu prikaza uz zaista minimalnu dozu zračenja na ispitanika. Naime, napredna tehnologija zahtjeva i napredne korisnike. Postoje mnogi tehnički aspekti koji nisu definirani protokolima a imaju značajan utjecaj na navedene faktore. Samo iskusan radiološki tehnolog koji dobro poznaje princip rada novih generacija CT uređaja, benefit upotrebe novih algoritama rekonstrukcije slike kao i ostalih parametara snimanja može utjecati na razuman omjer kvalitetnog prikaza uz pravilno korištenje svih mogućnosti kojima navedeni uređaji raspolažu. Nadalje, s obzirom na planirano osnivanje povjerenstva za kontrolu kvalitete u svrhu nadgledanja tehničkih standarda smatram neophodnim uključiti barem jednog radiološkog tehnologa, a iz gore navedenih razloga. Iskustvo od 10 godina rada na CT uređajima različitih proizvođača govori u prilog različito (da ne kažem nepravilno) korištenih mogućnosti opreme. Tomislav Stanković, bacc. radiol. techn. Strukovni razred za zdravstvenu radiološko tehnološku djelatnost Hrvatske komore zdravstvenih radnika Hrvatsko društvo radioloških tehnologa</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
58	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>OTKRIVANJE), MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>D. Rak vrata maternice - prijedlog mjera 1. Provoditi program (probir) u cijelosti sukladno Europskim smjernicama za osiguranje kvalitete probira raka vrata maternice 2. Provoditi stalne i sustavne evaluacije programa, kao i izvješćivanje o postignućima. Obrazloženje: Akreditacija laboratorijskih jedinica uključenih u probir je za sada dobrovoljna (izvor: HZJZ). Ne postoji centralizirano prikupljanje podataka o svim sudionicima probira (izvor: HZJZ).</p>	
59	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life</p> <p>4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE), MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>B. Rak dojke - prijedlog mjere 1. Provoditi stalne i sustavne evaluacije programa, kao i izvješćivanje o postignućima. 2. Provoditi jače medijske kampanje o važnosti mamografskih pregleda (posebno u županijama s manjim odazivom na preglede)</p>	<p>Primljeno na znanje</p> <p>Primljeno na znanje.</p>
60	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life</p> <p>4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE), MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>C. Rak debelog crijeva - prijedlog mjera 1. Umjesto FOBT uvesti FIT test 2. Poboľjšati komunikaciju sa ciljanom skupinom (podsjetnik telefonskim pozivom i ponovno slanje pisanog poziva neodazvanima) 3. Kontinuirano provoditi ankete među neodazvanima o razlozima neodazivanja na testiranje 4. Izraditi smjernice za pripremu kroničnih bolesnika za kolonoskopiju 5. Donijeti plan osiguranja kvalitete svih postupaka probira 6. Provoditi evaluaciju programa sukladno EU smjernicama za osiguranje kvalitete probira raka 7. Provesti povezivanje registra za rak i registra screeninga Obrazloženje: Znanstvene studije pokazuju kako se probirom fekalnim imunokemijskim testom (FIT) otkrije više slučajeva raka i polipa nego pretragom na okultnu krv u stolici (FOBT) na bazi gvajaka. Što se tiče pretrage na okultnu krv u stolici na bazi gvajaka neprimijećeno može proći pet od 10 slučajeva raka. Novijem fekalnom imunokemijskom testu (FIT) promakne manje od toga. U nekim zemljama se koristi imunokemijski test za otkrivanje okultnog krvarenja u stolici (Slovenija) kod kojeg nisu potrebne prehrambene restrikcije kao ni prekid uzimanja nekih lijekova. Taj test može povećati odaziv programu jer je između ostalog jednostavniji za primjenu. U većini navedenih zemalja neodazvanim se osobama šalje ponovni poziv, što nije slučaj u Hrvatskoj. U Australiji su procijenili da bi odaziv bez ponovnog poziva bio oko 30 %, dok je uz ponovni poziv odaziv bio 45 %. Pozitivni učinak ponovnog poziva primijećen je u Programu ranog otkrivanja raka dojke. Ne prikupljaju se podaci niti se izvještava o pojavi intervalnih karcinoma debelog crijeva (registar za rak nije povezan s web aplikacijom skrininga, izvor: HZJZ). Isto tako u registru skrininga se ne vodi evidencija o stadijima raka utvrđenim u probiru. Ne postoji evidencija o vremenima od utvrđivanja pozitivnog testa u probiru pa do obavljanja kolonoskopije iz čega proizlazi da nema dokaza o poštivanju definiranih rokova iz europskih smjernica. Ne postoji evidencija o vremenima između pozitivnog nalaza kolonoskopije i početka liječenja pacijenta te se prema HZJZ niti ne namjerava evidentirati unutar programa probira. Ne postoji sveobuhvatan sustav</p>	<p>Primljeno na znanje</p> <p>Primljeno na znanje.</p>

	dokumentiranog procesa probira, praćenje prikupljanja i kvalitete podataka te precizno sastavljanje i izvješćivanje o rezultatima (izvor: HZJZ). Provodi se akreditacija laboratorija koji sudjeluju u probiru, ali se ne provodi akreditacija svih radilišta (kolonoskopičari i patolozi).	
61	ŠTEFI M. 4. SEKUNDARNA PREVENCIJA (RANO OTKRIVANJE), DIONICI U dionike uvrstiti i Ministarstvo znanosti i obrazovanja	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
62	Miroslav Mađarić 5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA, A. METODE SNIMANJA Navodi se da je proces liječenja fragmentiran, a nigdje se ne vidi kako ga se misli integrirati. „Fragmentacija počinje odmah kod LOM-a, koji često pacijentu nakon izražene sumnje na rak drugim riječima veli: „nađite si specijalista“. Zato na odgovarajuće mjesto u Programu treba dodati tekst: "Nakon utvrđene primarne sumnje na onkološku bolest, ostvaruje se obvezna neposredna komunikacija LOM-a i specijalista. Specijalist će nakon sumnje na onkološku dijagnozu u primjerenom roku organizirati i nadzirati obradu uz povratnu informaciju LOM-u, što će biti informatički praćeno. Rokovi: Sustav za statističko izvješćivanje o trajanja obrade po svim liječnicima i ustanovama će biti operativne do kraja 2020. godine, te javno dostupne. Sudionicima u procesu liječenja će biti dostupne pune pojedinačne informacije o svakom slučaju do kraja 2021."	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
63	Udruga Pogled iz novog kuta - life 5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA, VIZIJA 2030. GODINE Predložimo riječ vizija zamijeniti s riječima glavni cilj te postojećem tekstu dodati: Vrijeme od utvrđene sumnje na rak kod pojedinog pacijenta pa do početka liječenja ne može biti duže od 30 dana te će se propisati u kliničkim smjernicama za svaki pojedini oblik raka. Rok 2022.	Nije prihvaćen Vrijeme od utvrđene sumnje na rak, barem kada se radi o karcinomu dojke, do početka liječenja ne može biti propisano na duljinu od 30 dana. Nakon utvrđene sumnje često je potrebno napraviti niz dopunskih pretraga (ako je sumnja npr. postavljena mamografski treba napraviti UZV, punkciju/biopsiju, često MRI, čekati nalaz biopsije, prikazati pacijenta na multidisciplinarnom timu i tada odlučiti počinje li se liječenje neoadjuvantnom terapijom ili kirurški. Sve to treba biti napravljeno u najkraćem razumnom roku, ali se ne može propisati na 30 dana deciderano, nego okvirno na što kraće razdoblje potrebno za adekvatnu preterapijsku obradu.
64	Udruga Pogled iz novog kuta - life 5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA, VIZIJA 2030. GODINE Konkretizirati rokove za realizaciju ciljeva i mjera	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
65	Udruga Pogled iz novog kuta - life 5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA, VIZIJA 2030. GODINE Predložimo definirati jednu viziju za cijeli dokument, a postojeće vizije za svaki segment plana preimenovati u ciljeve (npr. glavni cilj).	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
66	Udruga Pogled iz novog kuta - life 5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA, CILJEVI Ciljevi - prijedlog 1. Propisati maksimalni rok od 10 dana od utvrđivanja sumnje na rak kod pacijenta od strane obiteljskog liječnika do zakazanog termina pregleda pacijenta kod specijalista 2. Propisati maksimalni rok od 10 dana od prvog susreta pacijenta kod kojeg postoji sumnja na rak sa	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.

	<p>specijalistom do zakazanog termina za dijagnostičko snimanje (dijagnostičku pretragu) 3. Najviša kvaliteta dijagnostičkog snimanja uz najnižu dozu zračenja. Rokovi za realizaciju ciljeva : 2020. Obrazloženje: Slikovna dijagnostika ima glavnu ulogu u dijagnozi raka. Glavni cilj koji se želi postati je čekanje ne duže od 10 dana od prvog susreta pacijenta s liječnikom specijalistom pa do prvog dogovorenog termina za dijagnostičko snimanje (što može uključivati i kiruršku intervenciju) ako je tako indicirano.</p>	
67	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA, MJERE/AKTIVNOSTI Mjere prijedlog: 1. Donijeti i implementirati kliničke smjernice i protokole za dijagnostiku malignih bolesti 2. Implementirati sustav kontrole kvalitete na svim uređajima s ionizirajućim zračenjem 3. Medicinske fizičare uključiti u savjetovanje o dozimetriji pacijenata i osiguranju kvalitete 4. Uvesti obvezu evidentiranja doza ionizirajućeg zračenja pacijenata 5. Provesti specijalizaciju, osposobljavanje i dodatno zapošljavanje osoblja koje je uključeno u dijagnostiku (radiolozi, tehničari, inženjeri medicinske radiologije, medicinski fizičari) 8. U KBC-ima (osim KBC Rijeka) uspostaviti samostalnu unutarnju jedinicu medicinske fizike 9. Pronaći model za uspostavu trajne suradnje javnog i privatnog sektora po pitanju slikovne dijagnostike za onkološke bolesnike, a s ciljem maksimalnog smanjenja lista čekanja. 10. Slikovnu dijagnostiku kod sumnje na rak te kod oboljelih od raka u načelu provoditi u tercijarnim zdravstvenim ustanova specijaliziranim za dijagnostiku i liječenje oboljelih od raka (centri za rak). Rok: 2020. Obrazloženje: Donošenje i implementacija kliničkih smjernica za različite vrste raka nužno je kako bi se osigurala kvaliteta i standardizacija, odnosno jednako postupanje prema svim pacijentima tijekom dijagnostičkih pretraga. Preporuka je da barem 60% opreme na radiološkim zavodima bude staro do 5 godina, do 30% njih može biti staro do deset godina, a ispod 10% uređaja bi trebalo biti staro više od 10 godina. Samo 3 zdravstvene ustanove u RH koje koriste izvore ionizirajućeg zračenja uspostavile su program osiguranja kvalitete i osigurale njegovo provođenje, uključujući provjeru kvalitete električnih uređaja koji proizvode ionizirajuće zračenje. Niti jedna zdravstvena ustanova nije uspostavila praćenje doza zračenja pacijenata. Medicinski fizičar se uglavnom ne uključuje u savjetovanje o dozimetriji pacijenata i osiguranju kvalitete. Nemaju svi KBC-i samostalnu unutarnju jedinicu medicinske fizike. Samo KBC Rijeka ima Centar za medicinsku fiziku. Prema svjetskim preporukama samo CT uređaji do pet godina starosti mogu se dograđivati softverski i smatraju se suvremenima. Sve uređaje starije od 10 godina trebalo bi zamijeniti (izvor: Ministarstvo zdravstva). Dijagnostika, odnosno očitavanje nalaza za osobe sa sumnjom na rak te za oboljele od raka pretpostavlja posebna znanja radiologa specijaliziranih za onkološke bolesti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
68	<p>VEDRAN LOVRINČEVIĆ 5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA, EKONOMSKA ANALIZA Osigurati nabavu PET/CT uređaja KBC Osijek i drugim KBC-ovima koji isti ne posjeduju. Do 2019.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	cca pola milijarde kuna plaćeno privatnoj ustanovi za preglede?!?	
69	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA, CILJEVI Ciljevi prijedlog: 1. Propisati rok od maksimalno 10 dana od prvog kontakta pacijenta sa specijalistom do zakazivanja termina za kiruršku dijagnostiku (uključuje i slikovnu dijagnostiku) 2. Najviša kvaliteta kirurške dijagnostike 3. Propisati maksimalno vrijeme od uzimanja uzorka tkiva pa do analize i izvještaja o nađenom stanju koje ne smije biti duže od 5 dana 4. Najviša kvaliteta patološke dijagnostike Rok: 2020.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
70	<p>Ivica Belina 5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA, MJERE/AKTIVNOSTI Potrebna je izrada preciznih hodograma za uzimanje biloških uzoraka, koji će propisati kada, u kojem slučaju, gdje, kao i samu kvalitetu uzorka, kao jedan od preduvjeta molekularne dijagnostike. Standardizacija i kontrola kvalitete bioloških uzorka jedan je od neprikosnovenih uvjeta kvalitetne molekularne dijagnostike.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
71	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 5. DIJAGNOSTICIRANJE KARCINOMA, MJERE/AKTIVNOSTI Mjere - prijedlog: 1. Donijeti, implementirati i primjenjivati kliničke smjernice za kiruršku dijagnostiku svih oblika raka 2. Zapošljavanje, osposobljavanje i specijalizacija onkoloških kirurga (razvoj motivacijskih mjera za veći odziv liječnika na specijalizaciju za onkološkog kirurga) 3. U vremenskom rasporedu svakog pojedinog onkološkog kirurga predvidjeti vrijeme za hitnu kiruršku dijagnostiku (pacijenti sa sumnjom na rak). 5. Kiruršku dijagnostiku kod sumnje na rak te kod oboljelih od raka u načelu provoditi u tercijarnim zdravstvenim ustanova specijaliziranim za dijagnostiku i liječenje oboljelih od raka (centri za rak). 6. Uspostaviti protokole za histološke, citološke i hematološke procese koji vode do potvrde prisustva kancerogenih tkiva u patološkim uzorcima uzetih za potrebe pretrage 7. Zapošljavanje, obuka i specijalizacija patologa za onkološke bolesti 8. Evaluacija provedivosti i resursa potrebnih za uvođenje novih patoloških tehnika 9. Patološku dijagnostiku kod sumnje na rak te kod oboljelih od raka u načelu provoditi u tercijarnim zdravstvenim ustanova specijaliziranim za dijagnostiku i liječenje oboljelih od raka (centri za rak). Rok: 2020. Obrazloženje: Novi tehnološki postupci u primjeni - Imunohistokemija i molekularna patologija trebaju dati odgovor da li će pacijent imati koristi od primjene „pametnih lijekova“. Patološka dijagnostika podrazumijeva posebna znanja patologa specijaliziranih za onkološke bolesti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
72	<p>Hrvatska ljekarnička komora 6. LIJEČENJE RAKA, A. PROMICANJE MULTIDISCIPLINARNIH ONKOLOŠKIH TIMOVA Poštovani, zdravstveni radnici iz sljedećih disciplina moraju biti dostupni kad god potrebna je njihova stručnost ('prošireni' multidisciplinarni tim): • Nuklearna medicina • Onkološka farmacija • Gerijatrijska onkologija • Psiho-onkologija • Dijeta i prehrana • Palijativna skrb • Rehabilitacija • Neuro-</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

onkologija. Referenca: ECCO Essential Requirements for Quality Cancer Care Autori i supotpisnici dokumenta među kojima je i hrvatski klinički farmaceut usko specijaliziran za onkološku terapiju su: European Society of Surgical Oncology (ESSO); Department of Surgery, Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, the Netherlands [ii] European Society for Radiotherapy & Oncology (ESTRO); Leeds Institute of Cancer and Pathology, University of Leeds, Leeds Cancer Centre, United Kingdom [iii] International Psycho-Oncology Society (IPOS); Clinical Department of Oncology, University Medical Centre of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria [iv] European Society for Medical Oncology (ESMO); Instituto CUF de Oncologia (I.C.O.), Lisbon, Portugal [v] Health writer and editor, London, United Kingdom [vi] European Society of Oncology Pharmacy (ESOP); Department of Clinical Pharmacy, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam, The Netherlands [vii] European Society of Coloproctology (ESCP); Department of Surgery, Reinier de Graaf Gasthuis, Delft, The Netherlands [viii] European Association of Nuclear Medicine (EANM); Department of Diagnostic Imaging (Radiology) and Nuclear Medicine, San Pedro Hospital and Centre for Biomedical Research of La Rioja (CIBIR), University of La Rioja, Logroño, La Rioja, Spain [ix] European Society of Pathology (ESP); Service d'anatomie et cytologie pathologiques, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris, France [x] European Association of Neuro-Oncology (EANO); Ludwig Boltzmann Institute for Experimental und Clinical Traumatology, Vienna, Austria [xi] EuropaColon [xii] European Society of Radiology (ESR); Department of Radiological Sciences, Oncology and Pathology, Sapienza – University of Rome, Rome, Italy [xiii] Organisation of European Cancer Institutes (OECI); National Institute of Oncology, Budapest, Hungary [xiv] European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) [xv] Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE); Clinic for Radiology, Minimallyinvasive Therapies and Nuclear Medicine, SLK-Clinics GmbH Heilbronn, Karl-Ruprecht-University of Heidelberg, Heilbronn, Germany [xvi] European CanCer Organisation (ECCO) [xvii] European Association for Palliative Care (EAPC); Department of Palliative Care, Comprehensive Cancer Centre, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland [xviii] United European Gastroenterology (UEG); Department of Internal Medicine, Ulm University, Ulm, Germany [xix] European Nursing Oncology Society (EONS); London North West Healthcare NHS Trust, United Kingdom [xx] International Society of Geriatric Oncology (SIOG); Colorectal and General Surgery, Ospedale per gli Infermi, Faenza, Italy [xxi] European Society of Surgical Oncology (ESSO); European Registration of Cancer Care (EURECCA); Department of Surgery, Leiden University Medical Centre, Leiden, The Netherlands [xxii] European CanCer Organisation (ECCO) Patient Advisory Committee [xxiii] Association of European Cancer Leagues (ECL) [xxiv] European School of Oncology (ESO) [xxv] European CanCer Organisation (ECCO); Department of

	Surgery, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden	
73	<p>Ana Soldo 6. LIJEČENJE RAKA, A. PROMICANJE MULTIDISCIPLINARNIH ONKOLOŠKIH TIMOVA Zdravstveni radnici iz sljedećih disciplina moraju biti dostupni kad god potrebna je njihova stručnost ('prošireni' multidisciplinarni tim): • Nuklearna medicina • Onkološka farmacija • Gerijatrijska onkologija • Psiho-onkologija • Dijeta i prehrana • Paliјativna skrb • Rehabilitacija • Neuro-onkologija. Referenca: ECCO Essential Requirements for Quality Cancer Care Autori i supotpisnici dokumenta među kojima je i hrvatski klinički farmaceut usko specijaliziran za onkološku terapiju su: European Society of Surgical Oncology (ESSO); Department of Surgery, Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, the Netherlands [ii] European Society for Radiotherapy & Oncology (ESTRO); Leeds Institute of Cancer and Pathology, University of Leeds, Leeds Cancer Centre, United Kingdom [iii] International Psycho-Oncology Society (IPOS); Clinical Department of Oncology, University Medical Centre of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria [iv] European Society for Medical Oncology (ESMO); Instituto CUF de Oncologia (I.C.O.), Lisbon, Portugal [v] Health writer and editor, London, United Kingdom [vi] European Society of Oncology Pharmacy (ESOP); Department of Clinical Pharmacy, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam, The Netherlands [vii] European Society of Coloproctology (ESCP); Department of Surgery, Reinier de Graaf Gasthuis, Delft, The Netherlands [viii] European Association of Nuclear Medicine (EANM); Department of Diagnostic Imaging (Radiology) and Nuclear Medicine, San Pedro Hospital and Centre for Biomedical Research of La Rioja (CIBIR), University of La Rioja, Logroño, La Rioja, Spain [ix] European Society of Pathology (ESP); Service d'anatomie et cytologie pathologiques, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris, France [x] European Association of Neuro-Oncology (EANO); Ludwig Boltzmann Institute for Experimental und Clinical Traumatology, Vienna, Austria [xi] EuropaColon [xii] European Society of Radiology (ESR); Department of Radiological Sciences, Oncology and Pathology, Sapienza – University of Rome, Rome, Italy [xiii] Organisation of European Cancer Institutes (OECI); National Institute of Oncology, Budapest, Hungary [xiv] European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) [xv] Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE); Clinic for Radiology, Minimallyinvasive Therapies and Nuclear Medicine, SLK-Clinics GmbH Heilbronn, Karl-Ruprecht-University of Heidelberg, Heilbronn, Germany [xvi] European CanCer Organisation (ECCO) [xvii] European Association for Palliative Care (EAPC); Department of Palliative Care, Comprehensive Cancer Centre, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland [xviii] United European Gastroenterology (UEG); Department of Internal Medicine, Ulm University, Ulm, Germany [xix] European Nursing Oncology Society</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	(EONS); London North West Healthcare NHS Trust, United Kingdom [xx] International Society of Geriatric Oncology (SIOG); Colorectal and General Surgery, Ospedale per gli Infermi, Faenza, Italy [xxi] European Society of Surgical Oncology (ESSO); European Registration of Cancer Care (EURECCA); Department of Surgery, Leiden University Medical Centre, Leiden, The Netherlands [xxii] European CanCer Organisation (ECCO) Patient Advisory Committee [xxiii] Association of European Cancer Leagues (ECL) [xxiv] European School of Oncology (ESO) [xxv] European CanCer Organisation (ECCO); Department of Surgery, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden	
74	<p>OPĆA BOLNICA VARAŽDIN 6. LIJEČENJE RAKA, A. PROMICANJE MULTIDISCIPLINARNIH ONKOLOŠKIH TIMOVA</p> <p>Poglavlje o multidisciplinarnosti ne daje mogućnost osnivanja multidisciplinarnih timova ustanovama od regionalnog značaja, iako Opća bolnica Varaždin u tome ima iskustva 16 godina i pionir je u području multidisciplinarnosti. U našoj ustanovi se sustavna terapija aplicira više od dvadeset godina. Postoji sustav centralnog razrjeđivanja citostatika u okviru bolničke ljekarne. U ustanovi djeluje MTD za tumore probavnog trakta, MDT za tumore dojke, te MDT za tumore urogenitalnog sustava.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
75	<p>OPĆA BOLNICA VARAŽDIN 6. LIJEČENJE RAKA, A. PROMICANJE MULTIDISCIPLINARNIH ONKOLOŠKIH TIMOVA</p> <p>Razvoj multidisciplinarnih timova (MDT) također je prepoznat kao neizbježan segment onkološke skrbi te je u svih 9 nekliničkih onkoloških centara razvijen MDT za maligne bolesti probavnog sustava, 7 centara ima MDT za bolesti dojke, 6 MDT-a za maligne bolesti urogenitalnog sustava te 3 MDT-a za tumore pluća. Ukoliko se uzmu u obzir podaci Registra za rak RH iz 2016. godine razvidno je da se u nekliničkim onkološkim centrima razvijaju upravo oni MDT-ovi kojima se zbrinjavaju, po incidenciji, 4 najčešća tumorska sijela u muškoj populaciji (prostata 19%, pluća 17%, kolorektum 16%, mokraćni mjehur 5%) kao i u ženskoj populaciji (dojka 25%, kolorektum 14%, pluća 8%, maternica 6%).¹⁰ NPPR ne navodi kriterije po kojima će biti definirani multidisciplinarni timovi, odnosno koje bi kriterije centar trebao zadovoljiti da realizira pravo na postojanje multidisciplinarnog tima za pojedino sijelo, npr učestalost tumora, broj bolesnika...).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
76	<p>OB "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica 6. LIJEČENJE RAKA, A. PROMICANJE MULTIDISCIPLINARNIH ONKOLOŠKIH TIMOVA</p> <p>Hrvatska već prepoznate i definirane regionalne onkološke centre u sklopu Kliničkih bolničkih centara u Zagrebu, Rijeci, Osijeku i Splitu. U Hrvatskoj postoji tradicija, stara nekoliko desetljeća, razvoja onkoloških centara u općim i županijskim bolnicama. Poimenice to su neklinički onkološki centri u Županijskoj bolnici Čakovec, Općoj bolnici Dubrovnik, Općoj bolnici Koprivnica, Općoj bolnici Pula, Općoj bolnici Slavonski Brod, Općoj bolnici Šibenik, Općoj bolnici Varaždin i Općoj bolnici Zadar. Razvoj multidisciplinarnih timova (MDT) također je prepoznat</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>kao neizbježan segment onkološke skrbi te je u svih 9 nekliničkih onkoloških centara razvijen MDT za maligne bolesti probavnog sustava, 7 centara ima MDT za bolesti dojke, 6 MDT-a za maligne bolesti urogenitalnog sustava te 3 MDT-a za tumore pluća. Ukoliko se uzmu u obzir podaci Registra za rak RH iz 2016. godine razvidno je da se u nekliničkim onkološkim centrima razvijaju upravo oni MDT-ovi kojima se zbrinjavaju, po incidenciji, 4 najčešća tumorska sijela u muškoj populaciji (prostata 19%, pluća 17%, kolorektum 16%, mokraćni mjehur 5%) kao i u ženskoj populaciji (dojka 25%, kolorektum 14%, pluća 8%, maternica 6%).¹⁰ NPPR ne navodi kriterije po kojima će biti definirani multidisciplinarni timovi, odnosno koje bi kriterije centar trebao zadovoljiti da realizira pravo na postojanje multidisciplinarnog tima za pojedino sijelo, npr učestalost tumora, broj bolesnika...).</p>	
77	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, A. PROMICANJE MULTIDISCIPLINARNIH ONKOLOŠKIH TIMOVA Podržavamo obvezu sudjelovanja multidisciplinarnih onkoloških timova u dijagnostici i liječenju raka u RH.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
78	<p>KREŠIMIR LONČAR 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI MDT je iznimno važan u liječenju onkološkog bolesnika, a ujedno i izuzetno varijabilan čimbenik u smislu nazočnosti članova, mogućnosti pojedinog centra i sl. Predlažem u standardiziranje članova u najvećoj mogućoj mjeri obzirom na različite mogućnosti centara gdje djeluju MDT-ovi, standardiziranje ulaznih i izlaznih podataka, te standardiziranje tehničke opreme (za prikaz dokumentacije - radioloških slika i drugih nalaza) koju takav tim koristi u svom radu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
79	<p>Natalija Dedić Plavetić 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Nadopuna prvog cilja:: Stalno se spominje inicijalni plan liječenja i uloga MDT-a u njegovom donošenju. Zaboravljamo da je ponekad lakše odrediti inicijalni plan nego uskladiti potrebe i dostupnost terapija u drugoj, trećoj i n-toj liniji liječenja. Nadopuniti 1 cilj time da bi se onkološki bolesnik trebao prikazati na MDT-u i kod svake progresije bolesti. Time bi se osiguralo optimalno određivanje slijedećih linija liječenja, a ne samo inicijalnog plana.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
80	<p>Miroslav Mađarić 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Ciljevi su najčešće navedeni kroz aktivnosti, što je metodološki pogrešno: aktivnosti dovode do ostvarenja ciljeva. Ne može biti cilj „Osigurati odgovarajući sastav multidisciplinarnog tima“. To je aktivnost koja dovodi do nekog cilja, vjerojatno do brže i točnije dijagnoze, a ne cilj. Ciljevi trebaju biti usklađeni s ishodom i mjerljivi. Ovo je opći komentar i odnosi se na SVE ciljeve u Programu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
81	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, MJERE/AKTIVNOSTI Predlažemo za člana multidisciplinarnih timova imenovati i kliničkog nutricionista.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
82	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, MJERE/AKTIVNOSTI Mjere/aktivnosti - prijedlog: 1. Definirati i primjenjivati</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>pokazatelje primjene kliničkih smjernica, koji se prikladno dokumentiraju u sustavima administracije pacijenata, centralnim registrima i kliničkim bazama podataka kao temelj za kontinuirano poboljšanje kvalitete. 2. Propisati razinu kompetencije i sadržaj stalne medicinske edukacije za svaki tip raka za specijaliste koji obavljaju kirurško liječenje pacijenata s dijagnozom raka, uključujući specifične ciljeve za sva područja kirurgije raka – treba definirati posebnu obuku u inozemstvu za kirurge. Obuka bi stalno trebala biti ažurirana. 3. Onkološku kirurgiju provoditi u tercijarnim zdravstvenim ustanovama u kojima je moguće osigurati multidisciplinarni onkološki tim te sve oblike dijagnostike i liječenja pacijenata oboljelih od raka (centri za rak). Obrazloženje: Tri važna područja na koja treba posebno obratiti pažnju kako bi se osigurao kontinuitet poboljšanja ovog važnog područja su: osiguranje kliničke kvalitete kroz smjernice koje postavljaju optimalno (temeljeno na dokazima) kretanje pacijenta u procesu liječenja, kirurška obuka i klinička istraživanja iz područja kirurgije.</p>	
83	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, MJERE/AKTIVNOSTI Definirati rokove za realizaciju cilja i mjera/aktivnosti</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
84	<p>KREŠIMIR LONČAR 6. LIJEČENJE RAKA, C. RADIOTERAPIJA (1) - broj radioterapijskih institucija nije optimalan i regionalna raspoređenost nije optimalna. pretpostavljam da je više kriterija za procjenu potrebe osnivanja RT centara i njihov raspored (geografska pozicija, prostorna mogućnost širenja posotjećih centara, gravitirajuće stanovništvo (ne samo RH) , zbog čega mislim da je potpuno opravdano osnivanje RT u Zadru, a za Varaždin i Slavonski Brod bi trebalo predstaviti konkretne brojke Krešimir Lončar, dr.med. specijalist radioterapije i onkologije</p>	<p>Nije prihvaćen Potpuno se slažemo sa činjenicama koje su iznesene u komentaru, a koje se odnose na povećanje broja novooboljelih pacijenata koji je, ne samo u sjeverozapadnoj Hrvatskoj, već i u cijeloj R. Hrvatskoj u posljednjih 25 godina narastao za više od 100%. Nadalje, u komentaru je ispravno detektiran problem nedostatka i preopterećenosti postojeće radioterapijske opreme i potreba za nabavkom novih uređaja kako bi se dostigao Europski prosjek i smjernice od 5,3 uređaja na milijun stanovnika u Hrvatskoj. Potrebno je napomenuti da se pri izradi Nacionalnog plana protiv raka upravo vodila briga o dostizanju prosjeka i smjernica Europske unije. U Republici Hrvatskoj organizirano je pet radioterapijskih ustanova u četiri regionalna centra. Radioterapijski centri organizirani su u znanstveno-nastavnim ustanovama zbog kompleksnosti planiranja i provođenja radioterapijskog liječenja kojeg provodi radioterapijski tim. U Zagrebu su radioterapijski centri u KBC Zagreb i KBC Sestre milosrdnice, te KBC Rijeka, KBC Split i KBC Osijek imaju također radioterapijske klinike. S obzirom na broj stanovnika (4 250 000 stanovnika u 2013. godini) imamo optimalnu regionalnu raspoređenost radioterapijskih ustanova od 1.07 centara/milijun stanovnika što je vrlo blizu prosjeka Europske unije, a slično kao u zemljama poput Slovenije, Mađarske, Norveške, Nizozemske i Litve, te, zaključno, regionalna raspoređenost radioterapijskih centara u RH je optimalna i ne postoji nikakav razlog za dodatno investiranje u radijacijske centre jer će isti biti financijski neisplativi za društvo a loši po onkološke bolesnike, poradi činjenice da centri s malim očekivanim godišnjim brojem bolesnika generalno rečeno polučuju lošije rezultate u liječenju, a poglavito u kompleksim i zahtjevnim, multidisciplinarnim vrstama liječenja kakva je radijacijska onkologija. Osnivanje radioterapijskih centara izvan Zagreba, Rijeke, Osijeka i Splita</p>

		zahtjeva iznimno velika financijska ulaganja, te troškovi izgradnje, nabavke opreme, zapošljavanje i obuka novih stručnjaka i održavanje i znavljanje radioterapijske opreme višestruko nadilaze troškove putnih naloga i troškove bolovanja HZZO-a. S obzirom na navededeno iznimno je racionalno ulaganje u nadogradnju i povećanje kapaciteta postojećih radioterapijskih centara, posebno u Zagrebu kojem gravitira područje sjeverozapadne Hrvatske, a ne u osnivanje novih radioterapijskih institucija.
85	<p>KREŠIMIR LONČAR 6. LIJEČENJE RAKA, C. RADIOTERAPIJA (1) - nejasno je o kakvoj umreženoj organizacijskoj strukturi se govori (2) - strateško planiranje u radioterapiji je onemogućeno zbog nezainteresiranosti nadležnih (ili Ministarstva ili uprava bolnica) u kapitalne investicije (4) - smatram da je nedostatak opreme osnovni problem zbog čega su sve daljnje analize i planovi nesmisleni (5) - stručnog kadra je dovoljno za postojeću opremu (liječnika, inž med fizike i inž med radiologije)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
86	<p>Opća bolnica Zadar 6. LIJEČENJE RAKA, C. RADIOTERAPIJA Prema planu razvoja radioterapije, Ministarstva zdravstva iz 2016. godine, u Općoj bolnici Zadar je predviđeno osnivanje Odjela radioterapije. Prema navedenom planu odobrene su 4 specijalizacije iz radioterapije i onkologije. OB Zadar ima četiri specijalista Radioterapije i onkologije, dva specijalizanta radioterapije i onkologije, te jednog subspecijalista internističke onkologije. U tijeku je realizacija projekta izgradnje i opremanja dnevne bolnice Odjela za pulmologiju, onkologiju, infektologiju i dermatologiju Opće bolnice Zadar te adaptacija i opremanje dnevne bolnice službe za kirurgiju, koji uključuje izgradnju prostora za radioterapijski uređaj. Ukupna vrijednost projekta: 49.999.865,00 HRK (Sufinanciranje EU iz Europskog fonda za regionalni razvoj). Inicijativu za osnivanjem Odjela radioterapije je podržala Liga protiv raka Zadar i Zavod za javno zdravstvo Zadar koji prati demografske i zdravstveno statističke pokazatelje u Zadarskoj županiji. U posljednjih 20-ak godina prema podacima DZS broj starijih od 50 godina u Zadarskoj županiji je porastao za 32% (2001. starijih od 50 godina 54.121 i činili su 33% u ukupnom stanovništvu, a 2018. godine 71.373 i činili su 42% u ukupnom stanovništvu). Starenjem populacije očekujemo daljnje povećane broja novooboljelih od novotvorina. Prema podacima Registra za rak HZJZ-a, u Zadarskoj županiji bilježimo povećanje broja novooboljelih od 101%. U 1996. godini je zabilježeno 535 novooboljelih od raka (stopa 330/100.000), a u 2017. god. 1.076 novooboljelih (stopa 640/100.000). Broj stacionarnih hospitalizacija stanovništva Zadarske županije zbog novotvorina je porastao za 42% (1998. godine 2.386 hospitalizacije, a 2018. god. 3.388) s tim da se najveći dio pacijenata liječi kroz dnevne bolnice koje su počele s radom u 2008. godini te bilježimo porast od 241% (2008. godine 2.564 hospitalizacije, a u 2018. god. 8.738 hospitalizacija). U Općoj bolnici Zadar se ostvaruje prosječno 78% svih hospitalizacija zbog novotvorina. Prema dosadašnjim spoznajama oko 60% bolesnika u određenim fazama liječenja ima</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>potrebu za radioterapijom. Iz navedenog plana, razvidno je da je s obzirom na broj stanovnika, broj radioterapijskih uređaja u Hrvatskoj (3,5 uređaja na milijun stanovnika) znatno manji od europskog prosjeka (5,3 uređaja na milijun stanovnika). S obzirom na mali broj radioterapijskih uređaja, preopterećenost istih, bolesnici su često osuđeni na odgađanje primjene radioterapije (u nekim Klinikama se početak postoperativne radioterapije čeka dva do 3 mjeseca, a palijativna radioterapija mjesec dana) čime se dovodi u pitanje optimalno liječenje prema smjernicama, konačno i ishodi liječenja.</p> <p>Preopterećenost radioterapijskih uređaja na klinikama uzrokuje česte kvarove i odgodu liječenja, prekid kontinuiteta ove vrste liječenja značajno utječe na učinak i dugoročno povećava izdatke za liječenje same bolesti. Liječenje radioterapijom u Klinikama zahtjeva više odlazaka pacijenta u Kliniku čak i kada se radi o jednokratnoj palijativnoj iradijaciji. Kada je riječ o primarnom ili adjuvantnom zračenju proces postaje još duži, a često sami bolesnici nemaju mogućnost smještaja te su osuđeni na svakodnevna putovanja u druge gradove što teško podnose zbog specifičnosti same maligne bolesti. Dugotrajan proces radioterapije, osobito ako se provodi izvan mjesta prebivališta iziskuje dodatan angažman cijele obitelji, uz povećanje financijskih troškova i dodatno pogoršanje kvalitete života oboljelih. Također povećava i troškove HZZO-a (putni nalog i bolovanje za člana obitelji zbog pratnje bolesnika). Određeni broj bolesnika odustaje od radioterapije iz navedenih razloga, neki i prije samog početka, a dio za vrijeme liječenja. Izostankom zračenja, važnog segmenta suvremene onkološke skrbi, povećava se postotak recidiva i/ili bolesnika s metastatskom bolesti što dugoročno uzrokuje značajno povećanje troškova liječenja, a može utjecati na smanjenje preživljenja onkoloških pacijenata. S obzirom na sve navedeno, osnivanjem radioterapije u OB Zadar, omogućilo bi se adekvatno liječenje bolesnika Zadarske, Ličko-senjske i dijelom Šibensko-kninske županije, u Klinikama bi se omogućilo provođenje sofisticiranih radioterapijskih tehnika (Image-Guided Radiation Therapy, IGRT), intenzitetno modulirana radioterapija (engl. Intensity-Modulated Radiation Therapy, IMRT), lučna radioterapija (engl. Volumetric Modulated Arc Therapy / Rapid Arc , VMAT), stereotaksijska radioterapija (engl. Stereotactic Body Radiation Therapy / Cyber Knife , SBRT), a sve za dobrobit i uspješnost liječenja bolesnika. S obzirom na procjene, očekujemo daljnje povećanje onkoloških bolesnika u Zadarskoj županiji, stoga je nužno poboljšati i omogućiti jednaku dostupnost u dijagnostici i liječenju svih onkoloških bolesnika iz Zadarske županije.</p>	
87	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, C. RADIOTERAPIJA U uvodnom tekstu kao modernu tehniku radioterapijskih tretmana navesti i protonsku radioterapiju.</p>	<p>Nije prihvaćen Usprkos činjenici da je protonska terapija uistinu najbolja radioterapijska opcija za vrlo mali broj onkoloških pacijenata znajući za cijenu iste mišljenja smo da investicija u protonsku terapiju nije prihvatljiva za RH.</p>
88	<p>VEDRAN LOVRINČEVIĆ 6. LIJEČENJE RAKA, C. RADIOTERAPIJA Iz osobnog iskustva znam kako nemaju svi dostupnost radioterapije i nepotrebno se (na temelju</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>drugih mišljenja stručnjaka) pacijente upućuje na operativne zahvate, a postoje postupci kao što je SBRT i sl. Obzirom da veliki broj pacijenata, pogotovo onkoloških, gravitira KBC Osijek, molim Vas da uzmete u obzir da nije velika razlika u vrijednosti između planirane nabave linearca za KBC Osijek i onog radiokirurškog kakav se planira isključivo za Zagreb i Split. Molim Vas da ne stavljate pacijente s istoka Hrvatske u nepovoljan položaj jer nisu to zaslužili. Znete i sami da dva radiokirurška uređaja (s onim u Sv.Nedjelji - tri) neće biti dovoljni i da se pacijenti, u nedostatku informacija, prava i mogućnosti izlažu, ponekada, nepotrebnim kirurškim zahvatima.</p>	
89	<p>KREŠIMIR LONČAR 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Potrebno je dodatno pojasniti o kakvom umrežavanju radioterapijskih ustanova se radi. (3)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
90	<p>OPĆA BOLNICA VARAŽDIN 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI UVOĐENJE POSTUPKA RADIOTERAPIJE U OPĆIM BOLNICAMA ODNOSNO REGIONALNIM BOLNIČKIM CENTRIMA Opća bolnica Varaždin kao regionalna bolnica sa dugogodišnjom tradicijom liječenja onkoloških bolesnika naglašava potrebu uvođenja postupaka radioterapije i u opće bolnice. Svakodnevno smo svjedoci informacija o sve većem broju naših sugrađana koji su oboljeli od zloćudnih bolesti. Godine 2015. u Republici Hrvatskoj, prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), otkriveni ukupan broj novo dijagnosticiranih zloćudnih bolesti (šifre C00-C97 MLKB, bez raka kože – šifra C44) bio je 22.503 oboljelih i to 11.969 muškaraca i 10.534 žena. Od navedenih 22.503 oboljelih, oko 50% će tijekom liječenja trebati zračenje. Istovremeno, u javnom zdravstvenom sustavu nema dovoljno uređaja za radioterapiju. Sada ih je instalirano 14, od kojih su neki otpisani, a time i neodgovarajući. Radioterapija i danas čini ključnu komponentu u liječenju raka. Prema navodima časopisa Lancet (matt E, et all Lancet Oncol 2013, 14e79-86), Republici Hrvatskoj nedostaje 42% opreme u radioterapiji. U iradijacijskim tehnikama Republika Hrvatska za standardima EU zaostaje dvadesetak godina, te čini specijalnost koja je najviše insuficijentna. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/2018) u članku 5 navodi se da „...svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, u skladu s odredbama ovog Zakona i zakona kojim se uređuje obvezno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj.“ Obzirom na posljednje dostupne podatke Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) iz 2015. godine: a) broj stanovnika u RH (2011. godine) iznosi 4.290.612 b) javlja se broj novo oboljelih od 22.503 osoba c) oko polovice oboljelih bi trebalo radioterapiju, dakle njih 11.251 Potreban broj akceleratora izražava se brojem od 6 akceleratora na milijun stanovnika. Dakle, u Republici Hrvatskoj trebali bi imati oko 26 aparata (4,29 x 6 = 25,74), a mi ih imamo, kao što je prethodno navedeno, 14. Stoga napominjemo, da iradijacija kao metoda liječenja predstavlja jednu od najnedostupnijih metoda liječenja u Republici Hrvatskoj, te je neophodna nabavka uređaja i usvajanje novih tehnika kako bi</p>	<p>Nije prihvaćen U Republici Hrvatskoj organizirano je pet radioterapijskih ustanova u četiri regionalna centra. Radioterapijski centri organizirani su u znanstveno-nastavnim ustanovama zbog kompleksnosti planiranja i provođenja radioterapijskog liječenja kojeg provodi radioterapijski tim. U Zagrebu su radioterapijski centri u KBC Zagreb i KBC Sestre milosrdnice, te KBC Rijeka, KBC Split i KBC Osijek imaju također radioterapijske klinike. S obzirom na broj stanovnika (4 250 000 stanovnika u 2013. godini) imamo optimalnu regionalnu raspoređenost radioterapijskih ustanova od 1.07 centara/milijun stanovnika što je vrlo blizu prosjeka Europske unije, a slično kao u zemljama poput Mađarske, Norveške, Nizozemske i Litve, te, zaključno, regionalna raspoređenost radioterapijskih centara u RH je optimalna i ne postoji nikakav razlog za dodatno investiranje u radijacijske centre jer će isti biti financijski neisplativi za društvo a loši po onkološke bolesnike, poradi činjenice da centri s malim očekivanim godišnjim brojem bolesnika generalno rečeno polučuju lošije rezultate u liječenju, a poglavito u kompleksim i zahtjevnim, multidisciplinarnim vrstama liječenja kakva je radijacijska onkologija. Osnivanje radioterapijskih centara izvan Zagreba, Rijeke, Osijeka i Splita zahtjeva iznimno velika financijska ulaganja, te troškovi izgradnje, nabavke opreme, zapošljavanje i obuka novih stručnjaka i održavanje i znavljanje radioterapijske opreme višestruko nadilaze troškove putnih naloga i troškove bolovanja HZZO-a. S obzirom na navededeno iznimno je racionalno ulaganje u nadogradnju i povećanje kapaciteta postojećih radioterapijskih centara, posebno u Zagrebu kojem gravitira područje sjeverozapadne Hrvatske, a ne u osnivanje novih radioterapijskih institucija.</p>

našim bolesnicima ono postalo dostupno. Glavnu ulogu u formiranju radioterapijskih centara ima Ministarstvo zdravstva, čiju odluku treba uskladiti s profesionalnim društvima i usuglašavanjem s EU standardima. Prema njima, potreba za formiranjem centra predstavlja broj između 300.000 i 500.000 stanovnika, što regija sjeverozapadne Hrvatske ispunjava u cijelosti. Broj osiguranih osoba po županijama na dan 31. ožujak 2019. godine, prema podacima HZZO-a izgleda kako slijedi: 1. Bjelovarsko-bilogorska županija 109.079 2. Koprivničko-križevačka županija 107.751 3. Krapinsko-zagorska županija 123.611 4. Međimurska županija 106.894 5. Varaždinska županija 164.588 UKUPNO: 611.923 Bolesnici iz naše i susjednih županija putuju dnevno u udaljene radioterapijske centre, najčešće u Zagreb, gdje im je navedena terapija teško dostupna. Prije obavljanja tretmana izloženi su dugotrajnim čekanjima, putovanjima te stvaranju troškova za liječenje koje aktivno traje tek nekoliko desetaka sekundi. Prema podacima Zavoda za hitnu medicinu Varaždinske županije prosječno se dnevno prevozi 25 pacijenata u Zagrebačke klinike na postupak zračenja, od čega na sam grad Varaždin prosječno otpada njih 13. Uštede u prijevozu odnosile bi se na pacijente iz samog Varaždina koji ne bi uopće putovali, te bi se prema sadašnjim cijenama HZZO-a uštedjelo: • na 3.380 prijevoza 17.576,00 kuna za fakturirane usluge prijevoza (13 pacijenata dnevno x 5 dana x 52 tjedna = 3.380 prijevoza // 3.380 prijevoza x 5,20 kn/prijevozu = 17.576,00 kn) • na prijeđenim kilometrima u iznosu od 1.014.000,00 kuna (3.380 prijevoza x 200 km x 1,50 kn/km = 1.014.000,00 kn) Za pacijente koje sanitetski prijevoz vozi iz okolnih gradova i mjesta Varaždinske županije, i dalje bi ostao trošak prijevoza do Varaždina i od Varaždina natrag do mjesta stanovanja, a ušteda bi se odnosila na dio prijevoza od Varaždina do Zagreba i nazad u Varaždin, koji bi izostao. Procijenjena visina uštede iznosila bi 936.000,00 kuna (12 pacijenata dnevno x 5 dana x 52 tjedna = 3.120 prijevoza // 3.120 prijevoza x 200 km x 1,50 kn/km = 936.000,00 kn). Ako zbrojimo prethodno navedene procijenjene uštede HZZO-a ali i cijele zajednice, one iznose ukupno 1.967.576,00 kuna godišnje samo za Varaždinsku županiju. Kako bi Varaždinsku radioterapiju koristile i ostale okolne županije, kojima je Varaždin bliži od Zagreba, prethodno navedena ušteda bila bi i veća. Osim uštede kroz smanjenje prijevoza, od Varaždina prema Zagrebu, ušteda bi bila i u manjem korištenju automobila za sanitetski prijevoz, njihovom duljem trajanju, manjem zagađenju atmosfere, mogućnošću da se pacijenti iz okolnih gradova i mjesta brže vrate svojim kućama, da se time bolje osjećaju, te da to pozitivno utječe na njihovo prizdravljenje i ozdravljenje. Prema normativima razvijenih zemalja na postojeći broj gravitirajućeg stanovništva trebalo bi u Općoj bolnici Varaždin omogućiti: - jednu jedinicu kompletne opreme za radioterapiju - jedan dodatni akcelerator u procijenjenoj Osnivanjem radioterapijskog centra u Općoj bolnici Varaždin smanjio bi se broj bolesnika koji zbog sadašnjeg kapaciteta, nemogućnosti putovanja i zdravstvenog stanja ne mogu primiti radioterapiju u Zagrebu, a radioterapijska onkologija bi se uključila u rad naših

	<p>multidisciplinarnih timova. Navedenim bi se povećao kapacitet radioterapije u Republici Hrvatskoj, smanjila razlika u odnosu na ostale zemlje EU-a, te povisila dostupnost liječenja. Liste čekanja za naše bolesnike trenutno iznose 45 dana za ambulantno, a 60 dana za hospitalno radioterapijsko liječenje na Klinikama u Zagrebu.</p>	
91	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Predlažemo utvrditi vremenski rok za realizaciju ciljeva.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
92	<p>OPĆA BOLNICA VARAŽDIN 6. LIJEČENJE RAKA, MJERE/AKTIVNOSTI Predlažemo osnivanje regionalnih radioterapijskih centara te nabavu opreme u istima (Opća bolnica Varaždin, Opća bolnica Zadar, Opća bolnica Slavonski Brod)</p>	<p>Nije prihvaćen U Republici Hrvatskoj organizirano je pet radioterapijskih ustanova u četiri regionalna centra. Radioterapijski centri organizirani su u znanstveno-nastavnim ustanovama zbog kompleksnosti planiranja i provođenja radioterapijskog liječenja kojeg provodi radioterapijski tim. U Zagrebu su radioterapijski centri u KBC Zagreb i KBC Sestre Milosrdnice, te KBC Rijeka, KBC Split i KBC Osijek imaju također radioterapijske klinike. S obzirom na broj stanovnika (4 250 000 stanovnika u 2013. godini) imamo optimalnu regionalnu raspoređenost radioterapijskih ustanova od 1.07 centara/milijun stanovnika što je vrlo blizu prosjeka Europske unije, a slično kao u zemljama poput Mađarske, Norveške, Nizozemske i Litve, te, zaključno, regionalna raspoređenost radioterapijskih centara u RH je optimalna i ne postoji nikakav razlog za dodatno investiranje u radijacijske centre jer će isti biti financijski neisplativi za društvo a loši po onkološke bolesnike, poradi činjenice da centri s malim očekivanim godišnjim brojem bolesnika generalno rečeno polučuju lošije rezultate u liječenju, a poglavito u kompleksim i zahtjevnim, multidisciplinarnim vrstama liječenja kakva je radijacijska onkologija. Osnivanje radioterapijskih centara izvan Zagreba, Rijeke, Osijeka i Splita zahtjeva iznimno velika financijska ulaganja, te troškovi izgradnje, nabavke opreme, zapošljavanje i obuka novih stručnjaka i održavanje i završavanje radioterapijske opreme višestruko nadilaze troškove putnih naloga i troškove bolovanja HZZO-a. S obzirom na navedeno iznimno je racionalno ulaganje u nadogradnju i povećanje kapaciteta postojećih radioterapijskih centara, posebno u Zagrebu kojem gravitira područje sjeverozapadne Hrvatske, a ne u osnivanje novih radioterapijskih institucija. Jedan od najvažnijih preduvjeta uspjeha u radijacijskoj onkologiji ili bilo kojoj drugoj visokosofisticiranoj disciplini je koncentracija kvalitete. Upravo koncentracija kvalitete predstavlja najslabiju točku današnje radijacijske onkologije. Daljnjim razvodnjavanjem sustava potencijalno će doći do signifikantno lošijih ishoda; za bolesnika i za društvo.</p>
93	<p>Hrvoje Hršak 6. LIJEČENJE RAKA, MJERE/AKTIVNOSTI U mjerama i aktivnostima, točka 2. Unaprijeđenje dijagnostičko terapijskih usluga, među zdravstvenim ustanovama ne spominje se KBC Zagreb. Vjerujem da se radi o slučajnoj pogrešci, koju treba ispraviti. KBC Zagreb ima zastarjelu radioterapijsku opremu koju treba obnoviti, RT kapacitete povećati, a također treba uvesti i nove terapijske metode kao što su SRT,</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

	SBRT, VMAT i ekstrakranijska SRS. KBC Rijeka se spominje dva puta u tekstu točke 2., što je vjerojatno poreška pri unosu teksta. Hrvoje Hršak, medicinski fizičar Odjel medicinske fizike KBC Zagreb	
94	Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, MJERE/AKTIVNOSTI Predlažemo konkretizirati rokove za realizaciju mjera/aktivnosti	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
95	Opća bolnica Zadar 6. LIJEČENJE RAKA, D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE U Nacionalnom planu za borbu protiv raka kao cilj je naveden pružanje jednake i kvalitetne zdravstvene zaštite svim stanovnicima Republike Hrvatske, unatoč relativno ograničenim resursima, neovisno o tome odakle oni dolaze, odnosno gdje se liječe. Trenutačno je u Republici Hrvatskoj jedan od najsuvremenih oblika liječenja malignih bolesti, odnosno imunoterapija, dostupna bolesnicima samo u kliničkim centrima. Ovo ograničenje ne odnosi se samo na rijetke tumore, za koje je po svjetskim standardima liječenja utvrđeno da se najbolji rezultati postižu liječenjem u „high volume“ centrima, već je u RH ovakav pristup prisutan i za tretiranje karcinoma pluća (drugi po učestalosti karcinom u muškoj populaciji u RH). Potrebno je ovdje naglasiti činjenicu da se, sukladno svjetskim standardima liječenja, u budućnosti očekuje i u Hrvatskoj širenje indikacija za primjenu imunoterapije za liječenje pojedinih podtipova karcinoma dojke, kolorektalni karcinom, karcinom prostate... dakle imunoterapija „ulazi“ u terapijske protokole za tretiranje najčešćih tumorskih sijela. Kako ove činjenice utječu za naše bolesnike? Trenutačno 1/3 bolesnika koja ostvaruje pravo na imunoterapiju putuje iz matičnih županija u kliničke bolničke centre u drugima županijama zbog liječenja. Za pacijente iz Zadra to primjerice predstavlja putovanje od 150 km do KBC Split-a, ova su putovanja višekratna, često zahtijevaju prisutnost pratnje koja najčešće predstavlja radno aktivno stanovništvo, tu su i brojni materijalni troškovi vezani uz putovanja... Svi ovi čimbenici, osobito uzimajući u obzir umor kao jedan od vodećih simptoma onkološke bolesti i nuspojave onkološkog liječenja, značajno doprinose nižoj kvaliteti života ovih bolesnika. Prijedlog „Nacionalnog plana protiv raka“ (NPPR), predviđa stvaranje onkološke mreže u okviru koje bi navedeni klinički centri predstavljali osnovne točke za provođenje onkološkog liječenja. Neklinički centri također bi se uključivali u nacionalnu onkološku mrežu. ⁹ No, u NPPR-u nisu navedeni akreditacijski standardi za ove centre te se nameće pitanje hoće li svi ovi centri postati sastavni dio nacionalne onkološke mreže? Također, iz plana NPPR-a nije jasno koje će biti ovlasti lokalnih centara, odnosno hoće li u aplikaciji sustavnog onkološkog liječenja postojati ograničenja koja će i dalje nametati potrebu putovanja onkoloških bolesnika u kliničke centre zbog primjene onkološke terapije? Stoga je u NPPR-u neophodno navesti: 1. Koje će tijelo biti zaduženo za akreditaciju onkoloških institucija 2. Kriteriji akreditacije onkoloških institucija Na ovaj način svim bi se onkološkim centrima pojasnili kriteriji koje bi trebali zadovoljiti, te bi se, ukoliko u pojedinim segmentima ne zadovoljavaju, nekliničkim onkološkim	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.

	<p>centrima omogućilo pravovremeno poduzimanje adekvatnih mjera kako bi mogli i dalje uspješno pružati sveobuhvatne usluge onkološke skrbi bolesnicima koji gravitiraju ovim centrima. U posljednjem izvještaju o petogodišnjem globalnom preživljenju oboljelih od malignih bolesti, objavljenom u časopisu The Lancet u ožujku 2018. godine, Hrvatska je po rezultatima liječenja malignih bolesti na začelju evropskih zemalja.⁵ Brojni su faktori koji utječu na krajnji ishod i uspjeh onkološkog liječenja. Pojedini su vezani isključivo za vrstu i stadij bolesti, potom socioekonomski čimbenici, kao i oni vezani uz organizaciju zdravstvenog sustava i izdvajanja za zdravstvo te provođenje suvremenih modaliteta liječenja u organizaciji zdravstvene skrbi poput liječenja putem multidisciplinarnih timova.</p> <p>Udaljenost, odnosno potreba putovanja radi ostvarivanja onkološkog liječenja, u brojnim je studijama pokazala obrnuto proporcionalni odnos s četiri važna aspekta svake onkološke bolesti, a to su: inicijalni stadij bolesti, pridržavanje protokola liječenja, ishod liječenja kao i kvaliteta života oboljelih od malignih bolesti. Po ovim je studijama putovanje od 80 km navedeno kao granica nakon koje se ova 4 aspekta, vezana za onkološke bolesnike i njihovo liječenje, dramatično pogoršavaju.^{6 7 8} Ukoliko se kroz NPPR neklinički onkološki centri ograniče u primjeni sistemskog onkološkog liječenja srednja udaljenost koju bi osiguranici HZZO-a morali prijeći kako bi ostvarili svoje pravo na sustavno onkološko liječenje iznosi 110 km (izračun učinjen za one bolesnike koji žive gradovima koji imaju organiziranu bolničku onkološku službu). Ova udaljenost, osim što za bolesnike predstavlja fizički zamjetan teret, predstavlja i financijsku toksičnost (troškovi prijevoza i bivanja izvan mjesta boravka), opterećenje HZZO-a troškovima sanitetskog prijevoza, te opterećenje gospodarstva (dani bolovanja za članove obitelji ili pratnje bolesnika koji ih prevoze u nadležne ustanove). Razvoj multidisciplinarnih timova (MDT) također je prepoznat kao neizbježan segment onkološke skrbi te je u svih 9 nekliničkih onkoloških centara razvijen MDT za maligne bolesti probavnog sustava, 7 centara ima MDT za bolesti dojke, 6 MDT-a za maligne bolesti urogenitalnog sustava te 3 MDT-a za tumore pluća. Ukoliko se uzmu u obzir podaci Registra za rak RH iz 2016. godine razvidno je da se u nekliničkim onkološkim centrima razvijaju upravo oni MDT-ovi kojima se zbrinjavaju, po incidenciji, 4 najčešća tumorska sjela u muškoj populaciji (prostata 19%, pluća 17%, kolorektum 16%, mokraćni mjehur 5%) kao i u ženskoj populaciji (dojka 25%, kolorektum 14%, pluća 8%, maternica 6%).¹⁰</p>	
96	<p>Hrvatska ljekarnička komora 6. LIJEČENJE RAKA, D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE</p> <p>Poštovani, možda bi trebalo u uvodu definirati tko će raditi akreditaciju ustanova. Na ECCO Quality Cancer Care: Strategic meeting-u koji se održao u Milanu u 9 mjesecu 2019 godine i na kojem sam imao priliku sudjelovati uz predsjednike ESO-a (A. Costa), ESOP-a (K. Meir), ECCO-a (M.Aapro), EuropaColon-a (S.Gijssels). OECI (T.Phillip) EONS-a (A.Charalambous) te direktora za klinička istraživanja u onkologiji na Cambridge-u (S Oberst) i predstavnice</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>EU (N. Luciana) raspravljalo se o akreditaciji onkoloških ustanova. Nakon kratke rasprave zaključili smo kako je najbolje da akreditaciju ustanova radi neovisno tijelo koje bi to radilo za cijelu Europu. U odnosu na akreditacije u kojem bi svaka država sama za sebe to radila, na ovaj način bi se smanjio problem pristranosti ali došlo bi do uspostavljanja standarda za cijelu EU i smanjena razlika između pojedinih država. To bi posebno odgovaralo hrvatskim bolesnicima, s obzirom na poražavajuće podatke u odnosu na ostatak EU za pojedina sijela (navedeno u početnom dijelu nacionalnog plana za rak), s aspekta ishoda koji su najvažniji za bolesnike poput mortaliteta. Zaključno možda bi trebalo razmisliti o vanjskom (inozemnom) sustavu akreditiranja hrvatskih ustanova.</p>	
97	<p>Ana Soldo 6. LIJEČENJE RAKA, D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE Poštovani, možda bi trebalo u uvodu definirati tko će raditi akreditaciju ustanova. Na ECCO Quality Cancer Care: Strategic meeting-u koji se održao u Milanu u 9 mjesecu 2019 godine i na kojem sam imao priliku sudjelovati uz predsjednike ESO-a (A. Costa), ESOP-a (K. Meir), ECCO-a (M.Aapro), EuropaColon-a (S.Gijssels). OECl (T.Phillip) EONS-a (A.Charalambous) te direktora za klinička istraživanja u onkologiji na Cambridge-u (S Oberst) i predstavnicu EU (N. Luciana) raspravljalo se o akreditaciji onkoloških ustanova. Nakon kratke rasprave zaključili smo kako je najbolje da akreditaciju ustanova radi neovisno tijelo koje bi to radilo za cijelu Europu. U odnosu na akreditacije u kojem bi svaka država sama za sebe to radila, na ovaj način bi se smanjio problem pristranosti ali došlo bi do uspostavljanja standarda za cijelu EU i smanjena razlika između pojedinih država. To bi posebno odgovaralo hrvatskim bolesnicima, s obzirom na poražavajuće podatke u odnosu na ostatak EU za pojedina sijela (navedeno u početnom dijelu nacionalnog plana za rak), s aspekta ishoda koji su najvažniji za bolesnike poput mortaliteta. Zaključno možda bi trebalo razmisliti o vanjskom (inozemnom) sustavu akreditiranja hrvatskih ustanova.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
98	<p>Marko Skelin 6. LIJEČENJE RAKA, D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE Poštovani, možda bi trebalo u uvodu definirati tko će raditi akreditaciju ustanova. Na ECCO Quality Cancer Care: Strategic meeting-u koji se održao u Milanu u 9 mjesecu 2019 godine i na kojem sam imao priliku sudjelovati uz predsjednike ESO-a (A. Costa), ESOP-a (K. Meir), ECCO-a (M.Aapro), EuropaColon-a (S.Gijssels). OECl (T.Phillip) EONS-a (A.Charalambous) te direktora za klinička istraživanja u onkologiji na Cambridge-u (S Oberst) i predstavnicu EU (N. Luciana) raspravljalo se o akreditaciji onkoloških ustanova. Nakon kratke rasprave zaključili smo kako je najbolje da akreditaciju ustanova radi neovisno tijelo koje bi to radilo za cijelu Europu. U odnosu na akreditacije u kojem bi svaka država sama za sebe to radila, na ovaj način bi se smanjio problem pristranosti ali došlo bi do uspostavljanja standarda za cijelu EU i smanjenja razlika između pojedinih država. To bi posebno odgovaralo hrvatskim</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	bolesnicima, s obzirom na poražavajuće podatke u odnosu na ostatak EU za pojedina sijela (navedeno u početnom dijelu nacionalnog plana za rak), s aspekta ishoda koji su najvažniji za bolesnike poput mortaliteta. Zaključno možda bi trebalo razmisliti o vanjskom (inozemnom) sustavu akreditiranja hrvatskih ustanova.	
99	<p>Hrvatska ljekarnička komora 6. LIJEČENJE RAKA, D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE</p> <p>Poštovani, u tekstu navodite "Nacionalnim planom treba osigurati uvjete prema kojima će onkološki pacijenti u Republici Hrvatskoj dobiti sustavnu terapiju koja značajno doprinosi produženju života bez progresije bolesti te time značajno utječe i na poboljšanje kvalitete života." Budući da postoje ozbiljne publikacije (npr Kovic i sur JAMA Internal Medicine) koje govore suprotno od onoga što je napisano u tekstu (povezanost između produženja života bez progresije bolesti i kvalitete života), bilo bi korektno da se navedena tvrdnja stavi u kontekst i navedu reference na osnovu kojih je napisana, kako se ne bi stvarale zabune u stručnoj javnosti. Također, budući da se radi o stručnom tekstu bio bi standard sa se stave reference za pojedine navode, kao što je napravljeno u ostalim nacionalni programima za rak (npr Slovenija) Kovic B, Jin X, Kennedy SA, et al. Evaluating Progression-Free Survival as a Surrogate Outcome for Health-Related Quality of Life in Oncology: A Systematic Review and Quantitative Analysis. JAMA Intern Med. 2018;178(12):1586-1596.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
100	<p>Ana Soldo 6. LIJEČENJE RAKA, D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE</p> <p>Poštovani, u tekstu navodite "Nacionalnim planom treba osigurati uvjete prema kojima će onkološki pacijenti u Republici Hrvatskoj dobiti sustavnu terapiju koja značajno doprinosi produženju života bez progresije bolesti te time značajno utječe i na poboljšanje kvalitete života." Budući da postoje ozbiljne publikacije (npr Kovic i sur JAMA Internal Medicine) koje govore suprotno od onoga što je napisano u tekstu (povezanost između produženja života bez progresije bolesti i kvalitete života), bilo bi korektno da se navedena tvrdnja stavi u kontekst i navedu reference na osnovu kojih je napisana, kako se ne bi stvarale zabune u stručnoj javnosti. Također, budući da se radi o stručnom tekstu bio bi standard sa se stave reference za pojedine navode, kao što je napravljeno u ostalim nacionalni programima za rak (npr Slovenija) Kovic B, Jin X, Kennedy SA, et al. Evaluating Progression-Free Survival as a Surrogate Outcome for Health-Related Quality of Life in Oncology: A Systematic Review and Quantitative Analysis. JAMA Intern Med. 2018;178(12):1586-1596.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
101	<p>Marko Skelin 6. LIJEČENJE RAKA, D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE</p> <p>Poštovani, u tekstu navodite "Nacionalnim planom treba osigurati uvjete prema kojima će onkološki pacijenti u Republici Hrvatskoj dobiti sustavnu terapiju koja značajno doprinosi produženju života bez progresije bolesti te time značajno utječe i na poboljšanje kvalitete života." Budući da postoje</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>ozbiljne publikacije (npr Kovic i sur JAMA Internal Medicine) koje govore suprotno od onoga što je napisano u tekstu (povezanost između produženja života bez progresije bolesti i kvalitete života), bilo bi korektno da se navedena tvrdnja stavi u kontekst i navedu reference na osnovu kojih je napisana, kako se ne bi stvarale zabune u stručnoj javnosti. Također, budući da se radi o stručnom tekstu bio bi standard sa se stave reference za pojedine navode, kao što je i napravljeno u ostalim nacionalni programima za rak (npr Slovenija) Kovic B, Jin X, Kennedy SA, et al. Evaluating Progression-Free Survival as a Surrogate Outcome for Health-Related Quality of Life in Oncology: A Systematic Review and Quantitative Analysis. JAMA Intern Med. 2018;178(12):1586-1596.</p>	
102	<p>OPĆA BOLNICA VARAŽDIN 6. LIJEČENJE RAKA, D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE</p> <p>U posljednjem izvještaju o petogodišnjem globalnom preživljenju oboljelih od malignih bolesti, objavljenom u časopisu The Lancet u ožujku 2018. godine, Hrvatska je po rezultatima liječenja malignih bolesti na začelju evropskih zemalja.⁵ Brojni su faktori koji utječu na krajnji ishod i uspjeh onkološkog liječenja. Pojedini su vezani isključivo za vrstu i stadij bolesti, potom socioekonomski čimbenici, kao i oni vezani uz organizaciju zdravstvenog sustava i izdvajanja za zdravstvo te provođenje suvremenih modaliteta liječenja u organizaciji zdravstvene skrbi poput liječenja putem multidisciplinarnih timova. Udaljenost, odnosno potreba putovanja radi ostvarivanja onkološkog liječenja, u brojnim je studijama pokazala obrnuto proporcionalni odnos s četiri važna aspekta svake onkološke bolesti, a to su: inicijalni stadij bolesti, pridržavanje protokola liječenja, ishod liječenja kao i kvaliteta života oboljelih od malignih bolesti. Po ovim je studijama putovanje od 80 km navedeno kao granica nakon koje se ova 4 aspekta, vezana za onkološke bolesnike i njihovo liječenje, dramatično pogoršavaju.^{6,7,8} Ukoliko se kroz NPPR neklinički onkološki centri ograniče u primjeni sistemskog onkološkog liječenja srednja udaljenost koju bi osiguranici HZZO-a morali prijeći kako bi ostvarili svoje pravo na sustavno onkološko liječenje iznosi 110 km (izračun učinjen za one bolesnike koji žive gradovima koji imaju organiziranu bolničku onkološku službu). Ova udaljenost, osim što za bolesnike predstavlja fizički zamjetan teret, predstavlja i financijsku toksičnost (troškovi prijevoza i bivanja izvan mjesta boravka), opterećenje HZZO-a troškovima sanitetskog prijevoza, te opterećenje gospodarstva (dani bolovanja za članove obitelji ili pratnje bolesnika koji ih prevoze u nadležne ustanove).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
103	<p>Natalija Dedić Plavetić 6. LIJEČENJE RAKA, D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE</p> <p>Dopuniti ciljeve s detaljnijom razradom: Tko donosi nacionalnu onkološku mrežu i prema kojim kriterijima? Tko predlaže akreditacijske kriterije, te koji su rokovi za donošenje istih?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
104	<p>OB "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica 6. LIJEČENJE RAKA, D. SUSTAVNO ONKOLOŠKO LIJEČENJE</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>U posljednjem izvještaju o petogodišnjem globalnom preživljenju oboljelih od malignih bolesti, objavljenom u časopisu The Lancet u ožujku 2018. godine, Hrvatska je po rezultatima liječenja malignih bolesti na začelju europskih zemalja.⁵ Brojni su faktori koji utječu na krajnji ishod i uspjeh onkološkog liječenja. Pojedini su vezani isključivo za vrstu i stadij bolesti, potom socioekonomski čimbenici, kao i oni vezani uz organizaciju zdravstvenog sustava i izdvajanja za zdravstvo te provođenje suvremenih modaliteta liječenja u organizaciji zdravstvene skrbi poput liječenja putem multidisciplinarnih timova. Udaljenost, odnosno potreba putovanja radi ostvarivanja onkološkog liječenja, u brojnim je studijama pokazala obrnuto proporcionalni odnos s četiri važna aspekta svake onkološke bolesti, a to su: inicijalni stadij bolesti, pridržavanje protokola liječenja, ishod liječenja kao i kvaliteta života oboljelih od malignih bolesti. Po ovim je studijama putovanje od 80 km navedeno kao granica nakon koje se ova 4 aspekta, vezana za onkološke bolesnike i njihovo liječenje, dramatično pogoršavaju. Ukoliko se kroz NPPR neklinički onkološki centri ograniče u primjeni sistemskog onkološkog liječenja srednja udaljenost koju bi osiguranici HZZO-a morali prijeći kako bi ostvarili svoje pravo na sustavno onkološko liječenje iznosi 110 km (izračun učinjen za one bolesnike koji žive gradovima koji imaju organiziranu bolničku onkološku službu). Ova udaljenost, osim što za bolesnike predstavlja fizički i financijski zamjetan teret, predstavlja i opterećenje HZZO-a troškovima sanitetskog prijevoza, te opterećenje gospodarstva (dani bolovanja za članove obitelji ili pratnje bolesnika koji ih prevoze u nadležne ustanove). Nacionalni plan definira jedino financijsku penalizaciju bolnica koje ne rade u okviru mreže onkološkog liječenja ali ne definira standarde i uvjete po kojima će se županijskim centrima dozvoliti određena djelatnost.</p>	
105	<p>Hrvatska ljekarnička komora 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Poštovani, možda bi trebalo u uvodu definirati tko će raditi akreditaciju ustanova. Na ECCO Quality Cancer Care: Strategic meeting-u koji se održao u Milanu u 9 mjesecu 2019 godine i na kojem sam imao priliku sudjelovati uz predsjednike ESO-a (A. Costa), ESOP-a (K. Meir), ECCO-a (M.Aapro), EuropaColon-a (S.Gijssels), OECl (T.Phillip) EONS-a (A.Charalambous) te direktora za klinička istraživanja u onkologiji na Cambridge-u (S Oberst) i predstavnicu EU (N. Luciana) raspravljalo se o akreditaciji onkoloških ustanova. Nakon kratke rasprave zaključili smo kako je najbolje da akreditaciju ustanova radi neovisno tijelo koje bi to radilo za cijelu Europu. U odnosu na akreditacije u kojem bi svaka država sama za sebe to radila, na ovaj način bi se smanjio problem pristranosti ali došlo bi do uspostavljanja standarda za cijelu EU i smanjena razlika između pojedinih država. To bi posebno odgovaralo hrvatskim bolesnicima, s obzirom na poražavajuće podatke u odnosu na ostatak EU za pojedina sijekla (navedeno u početnom dijelu nacionalnog plana za rak), s aspekta ishoda koji su najvažniji za bolesnike poput mortaliteta. Zaključno možda bi trebalo razmisliti o vanjskom (inozemnom) sustavu akreditiranja hrvatskih ustanova.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

106	<p>Ana Soldo 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Poštovani pod točkom 2 navodite kako je cilj osigurati ""dostupnost sustavnih terapija koje nedvojbeno produžuju život bez progresije bolesti". Možda bi bilo više u interesu hrvatskih bolesnika za cilj osigurati terapije koje nedvojbeno produžuju život i kvalitetu života, budući da ponekad surogat markeri ne znače nužno njihovu translaciju u ishode koji su najbitniji bolesniku.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
107	<p>Marko Skelin 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Poštovani pod točkom 2 navodite kako je cilj osigurati ""dostupnost sustavnih terapija koje nedvojbeno produžuju život bez progresije bolesti". Možda bi bilo više u interesu hrvatskih bolesnika za cilj osigurati terapije koje nedvojbeno produžuju život i kvalitetu života, budući da ponekad surogat markeri ne znače nužno njihovu translaciju u ishode koji su najbitniji bolesniku. '</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
108	<p>Istarska županija - Regione Istriana 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Očitovanje u ime Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata na području Istarske županije Uvođenje smjernica za lijekove "KL" (liječenje samo u KBC-ima) od strane upravnog vijeća HZZO-a dovodi do diskriminacije bolesnika te se predlaže da se prvi stavak ovog poglavlja u potpunosti poništi. (Prvi stavak glasi: Osigurati pristup liječenju jednake kvalitete na svim razinama zdravstvene zaštite svim građanima kojima je dijagnosticiran rak u okviru opcija dostupnih u hrvatskom javnom zdravstvu) Opravdanje za uvođenje ovakve formulacije nije prihvatljivo. Kod nekih se lijekova, kod kojih se ova KL smjernica primjenjivala ranijih godina (kao što su rijetke bolesti), ova smjernica mogla opravdati. Lijekovi poput imunoterapije (koji će uskoro biti kod nas, kao i na zapadu temelj svih liječenja raka) su, međutim, znatno učinkovitiji i sigurniji nego oni što preostaju županijama koje nemaju KBC-ove. Nastavak propisivanja lijekova po KL smjernicama dovodi do prave diskriminacije bolesnika iz županija koje nemaju KBC-ove, a plaćaju isto osiguranje HZZO-u. Takvi bolesnici moraju dodatno putovati često uz mučnine, povraćanja i bolove. Dovodi se u pitanje bespotrebno plaćanje putnih troškova i sanitetskih prijevoza. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti naglašava se omogućavanje stanovništvu podjednakih uvjeta zdravstvene zaštite, pravo na jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite, a plan zdravstvene zaštite bi trebao uvažavati zdravstveno stanje, broj, dobnu i socijalnu strukturu stanovništva, jednake uvjete, odnosno mogućnosti za korištenje zdravstvenih usluga.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
109	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Ciljevi - prijedlog: 1. Osigurati dostupnost novih inovativnih lijekova za liječenje onkoloških pacijenata u Hrvatskoj u roku od najduže 6 mjeseci nakon stavljanja istih u promet od strane Europske agencije za lijekove (EMA) Obraloženje: Prije prihvaćanja novih lijekova kao standard u liječenju potrebno je provesti proces njihove evaluacije. S obzirom na</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>potrebe evaluacija će obuhvatiti procjenu kvalitete lijeka, sigurnost i nuspojave, kao i posljedice implementacije tretmana na zdravlje, ekonomiju (troškovna djelotvornost i „dodana vrijednost“), pacijenta i organizaciju. Pored toga, evaluacija treba razmotriti kako će novi lijekovi nadopuniti ili zamijeniti postojeće tretmane. Jednom kad se lijek potvrdi kao standardni tretman on bi tada trebao biti omogućen na temelju specifičnih kliničkih smjernica. Trebao bi biti nadziran u skladu sa smjericama, kao što bi trebala biti nadzirana i djelotvornost tretmana. Za sve to su potrebne jače strukture za provođenje evaluacije, pisanje kliničkih smjernica, nadziranje prema protokolima i nadziranje djelotvornosti tretmana. U Hrvatskoj se novi inovativni lijekovi za liječenje raka uvode na listu HZZO-a i do 2 godine od trenutka odobrenja istih od strane Europske agencije za lijekove.</p>	
110	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Predlažemo definirati konkretne rokove za realizaciju ciljeva.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
111	<p>Natalija Dedić Plavetić 6. LIJEČENJE RAKA, MJERE/AKTIVNOSTI Točka 6. Praćenje provedbe putem koordinacijske jedinice za Nacionalni plan. Detaljnije definirati što je to koordinacijska jedinica, nalazi li se ona pod Ministarstvom zdravstva, HZZO, Zavodom za javno zdravstvo, itd..Koje su joj zadaće i ovlasti, koji kadrovi ju čine i koji su rokovi za njeno formiranje?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
112	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, MJERE/AKTIVNOSTI Predlažemo definirati konkretne vremenske rokove za realizaciju mjera/aktivnosti</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
113	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Predlažemo definirati konkretne rokove za realizaciju ciljeva</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
114	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Ciljevi - prijedlog: A. Psihoonkološko liječenje, psihološke intervencije i ostale komplementarne terapije 5. U sastavu Klinika za onkologiju KBC-a po uzoru na mnoge svjetske centre za rak uvesti organizacijsku jedinicu za integrativnu medicinu u sklopu koje je potrebno pacijentima ponuditi komplementarne terapije s ciljem prevencije i ublažavanja simptoma i nuspojava liječenja (psihoonkolog, klinički nutricionist, fizioterapeut, akupunktura, masaža, yoga, meditacija, socijalni radnik....) - rok 2022 Obrazloženje: Neke od tih terapija trebale bi biti besplatne za onkološke pacijente (psihoonkolog, klinički nutricionist, socijalni radnik), a ostale se mogu ponuditi uz određenu novčanu naknadu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
115	<p>Ivan Zečević 6. LIJEČENJE RAKA, CILJEVI Poštovani, u Ciljevima br 3. navodite da psihijatri, socijalni radnici i psihoterapeuti, ali i drugi potencijalni radnici (koji nisu eksplicitno navedeni) mogu provoditi psihološko savjetovanje i liječenje oboljelih. Treba napomenuti da Zakonom o psihološkoj djelatnosti, psihološke postupke mogu provoditi samo osobe koje</p>	<p>Djelomično prihvaćen Tekst je izmijenjen na slijedeći način: " Osigurati odgovarajući broj stručnog osoblja različitog profila (psihologe, socijalne radnike, psihijatre, psihoterapeute itd.) koji će u okvirima svojih kompetencija provoditi psihološko savjetovanje, savjetovanje, liječenje i druge programe za oboljele od raka i njihove obitelji na sve tri razine zdravstvene</p>

	<p>imaju osobnu dopusnicu za obavljanje psihološke djelatnosti. U pravnom smislu i kada se radi o pravnom prometu, osobe koje ne obavljaju psihološku djelatnost (socijalni radnik, psihoterapeut, psihijatar itd) ne mogu se koristiti terminima koji sugeriraju obavljanje psihološke djelatnosti. Štoviše, tvrditi da nepsihološki stručnjaci obavljaju psihološko savjetovanje direktno krši članak 4. Zakona psihološke djelatnosti i takve osobe kazneno će odgovarati sa kršenje istog zakona i članka. S druge strane, psihoterapija je navedena kao posebna djelatnost u RH Zakonom o psihoterapijskoj djelatnosti, i po tome zakonu, a i profesionalnim i stručnim kompetencijama nije jednako izjednačavati psihološko i psihoterapijsko. Mnogi kolege psihijatri, socijalni radnici, i ostali, završavaju psihoterapiju, te po zakonu o psihoterapijskoj djelatnosti sposobni su obavljati psihoterapijsko savjetovanje. Molim vas da ispravite ovu pogrešku iz domena psihološkog savjetovanja koja sugerira da se nepsiholozi mogu uključivati u ilegalnu psihološku djelatnost. S obzirom da različiti stručnjaci zauzimaju različite uloge, zadatke, ciljeve i perspektivu u tretmanu, potrebno je to napomenuti u skladu sa neophodnim potrebama pacijenata. Psiholozi su u jedinstvenoj ulozi, te sve zapadne države provode onkološke pacijente kroz psihološke postupke (ne nužno psihoterapijske). Te ovi ciljevi trebaju to i održavati. Predlažem slijedeću izmjenu: Osigurati odgovarajući broj stručnog osoblja: psihijatre za farmakološku terapiju, psihologe za psihološko savjetovanje i terapiju, psihoterapeute za psihoterapiju, te druge stručnjake po potrebi u svrhu liječenja oboljelih od raka i njihovih obitelji na sve tri razine zdravstvene zaštite uz uvažavanje posebnosti potreba djece i palijativnih pacijenata. S poštovanjem, Ivan Zečević, mag.psych.</p>	<p>zaštite uz uvažavanje posebnosti potreba djece i palijativnih pacijenata.“</p>
116	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 6. LIJEČENJE RAKA, MJERE/AKTIVNOSTI Mjere/aktivnost - prijedlog A. Psihoonkološko liječenje, psihološke intervencije i ostale komplementarne terapije 6. Izrada smjernica i postupaka o oblicima i načinima podrške onkološkim pacijentima</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
117	<p>Ivan Zečević 6. LIJEČENJE RAKA, MJERE/AKTIVNOSTI Poštovani, u stavku 6. potrebno je specificirati "psiholog". S obzirom na Zakon o psihološkoj djelatnosti izradu smjernica i postupnika o oblicima i načinima podrške u pružanju psiholoških tretmana i savjetovanja, izboru instrumentarija i istraživanja potreba provode isključivo psiholozi u skladu sa zakonom koji štiti psihološku djelatnosti (Zakon o psihološkoj djelatnosti članak 4., 5., i 6.). Ovako nejasno definirano ispada da onkolozi, psihijatri, socijalni radnici, ili drugi stručni radnici koji sudjeluju u psihoonkološkom liječenju imaju pravo koristiti psihološke instrumente (koji su osim Zakonom o psihološkoj djelatnosti zaštićeni i Pravilnikom o psihodijagnostičkim sredstvima), psihološko savjetovanje, ili još gore, određivati psiholozima kako da obavljaju psihološku djelatnost. Predložena promijena: 6. Angažiranje psihologa za izradu smjernica i postupnika o oblicima i načinima podrške u pružanju psiholoških tretmana i savjetovanja, izboru instrumentarija i istraživanju psiholoških potreba</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	pacijenata. S poštovanjem, Ivan Zečević, mag.psych.	
118	<p>Ivan Zečević 7. POSEBNA PODRUČJA ONKOLOGIJE, MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>Poštovani, Stavka 18 je nejasno definirana i ostavlja dojam kao da psiholozi i socijalni radnici pružaju isti vid usluga, što je u potpunosti pogrešno. Iako termin psihosocijalno obuhvaća niz intervencija, treba imati na umu da psiholozi pacijentima sa tumorima mozga pružaju i niz drugih intervencija iz domena kognitivne rehabilitacije i remedijacije, ali i psihološke pripreme za teške operacijske zahvate kod različitih onkoloških pacijenata, ali i psihološke tretmane kronične boli s obzirom na uzrast (posebno za odrasle, i posebno za djecu). Zbog toga, bilo bi potrebno odvojiti rehabilitacijske postupke koje rade psiholozi, u odnosu na one koje rade socijalni radnici. Te procedure uvrštene su u HZZO šifarnik dijagnostičko-terapijskih procedura psihologa, i mogu ih provoditi samo psiholozi koji imaju posebnu edukaciju za te tretmane, ili su završili specijalističke studije kliničke psihologije. Pod točkom 25. također nije jasno specificirano da psihološku podršku mogu pružati samo psiholozi, a s obzirom na ranije probleme i diferenciranje psihologa od ostalih struka, kao i nejasnoće u definiranosti poslova, neophodno je specificirati termin "psiholog" u toj stavci, naročito imajući u vidu Zakon o psihološkoj djelatnosti. Predlažem slijedeću ispravu: 18. Ostvarivanje predškolskog, osnovnoškolskog i srednjoškolskog programa, fizikalne i radne terapije, nutritivne potpore, psihologa za psihološke tretmane i kognitivnu reahabilitaciju, i socijalnog radnika uz provedbu rehabilitacijskih projekata i projekata psihosocijalne podrške (psihorehabilitacijski tim). 25. Angažiranje psihologa za provođenje sustavne supervizije i psihološke podrška zdravstvenim radnicima u pedijatrijskoj onkološkoj skrbi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
119	<p>Tatjana Ladenhauser 7. POSEBNA PODRUČJA ONKOLOGIJE, MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>Predvidjeti rok za početak funkcioniranja Registra. Na mrežnoj stranici Europske komisije, dio Javno zdravstvo, navodi se da je u Europi od 2017. osnovano 24 ERN-a za rijetke bolesti (European Reference Network). ERN-ovi predstavljaju „virtualne“ savjetodavne panele na kojima europski stručnjaci za rijetke bolesti (i tumore) surađuju s primarnim nositeljem skrbi putem IT-platfomi i telemedicinski oko konkretnih slučajeva bolesnika. Predlažem sličan model i kod nas. Takvim bi se pristupom kod sumnje na rijedak tumor, pacijent praktički odmah mogao elektronski prezentirati na e-platfomi za rijetke tumore – radiologu, patologu, kirurgu, onkologu itd., prijedlog daljnje dijagnostike i liječenja donio bi se (i) bez fizičkog upućivanja pacijenata u referentni centar (pretpostavljeno jedan?), a nakon mišljenja „virtualnog“ tima, pacijent bi se uputio u najbližu ustanovu gdje se postupak daljnje dijagnostike i liječenja može početi provoditi. Točna bi se dijagnoza rijetkog tumora morala osigurati slanjem patohistološkog materijala u referentni centar na reviziju i to na način da se pacijenta poštedi donošenja materijala i uputnica, pogotovo iz udaljenih</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	sredina. Bolesniku s uznapredovalim rijetkim tumorom trebalo bi se putem novog modela financiranja osigurati prvu i daljnje linije liječenja (ako one postoje kao standardne, etablirane i/ili medicinski su opravdane za određeni tip tumora), a troškove istih sada ne pokriva Fond za skupe lijekove ili lijek nije u okvirima HZZO smjernica.	
120	KREŠIMIR LONČAR 8. PALIJATIVNA SKRB I UBLAŽAVANJE BOLI, CILJEVI Definirati rok za provođenje ciljeva. Kontinuirano znači bez jasnog termina - odnosno odgodivo do 2030.	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
121	Udruga Pogled iz novog kuta - life 8. PALIJATIVNA SKRB I UBLAŽAVANJE BOLI, CILJEVI 8 Palijativna skrb i ublažavanje boli Ciljevi - prijedlog: 1. Podići razinu kvalitete sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
122	Udruga Pogled iz novog kuta - life 8. PALIJATIVNA SKRB I UBLAŽAVANJE BOLI, MJERE/AKTIVNOSTI Mjere/aktivnosti - prijedlog 1. Sukladno definiciji Svjetske zdravstvene organizacije u sustav palijativne skrbi uključiti sve osobe s dijagnozom teške po život opasne bolesti (onkološki bolesnici) od trenutka njihovog saznanja dijagnoze (bez obzira na fazu bolesti), rok 2020. 2. Sukladno Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017-2020. nastaviti formiranje novih palijativnih postelja na svim razinama zdravstvene zaštite (stacionari domova zdravlja, opće bolnice, dnevne bolnice, specijalne bolnice, hospiciji, klinike, domovi za starije i nemoćne). Prilikom izgradnje novih kapaciteta koristiti dobre prakse iz pojedinih županija (Varaždinska, Brodsko – posavska, Primorsko – goranska, Dubrovačko – neretvanska...) s posebnim naglaskom na suradnju lokalne zajednice i crkve, javno-privatnog partnerstva i korištenja EU fondova. Posebno voditi računa o daljnjem razvoju hospicija na području cijele Hrvatske. 3. Nastaviti s daljnjim razvojem mobilnih timova i koordinatora za palijativnu skrb u kvantitativnom i kvalitativnom smislu (osim obiteljskih liječnika i medicinskih sestara timove popunjavati s osobama svih potrebnih struka i specijalnosti kao što su psiholozi, socijalni radnici, fizioterapeuti, klinički nutricionisti, negovateljice, gerontodomačice) 4. Nastaviti s razvojem ostalih elemenata u sustavu palijativne skrbi (posudionice pomagala, ambulante za palijativnu skrb, dnevne bolnice za palijativnu skrb) 5. Izraditi i donijeti Nacionalne smjernice za palijativnu medicinu u kojima će se između ostalog jasno definirati kriteriji za provedeno vrijeme pacijenata u sustavu palijativne skrbi. Naime, prema trenutnoj odluci HZZO-a dužina boravka pacijenta u nekoj od ustanova za palijativnu skrb iznosi maksimalno 28 dana. Potrebno je unaprijed definirati koji bolesnici mogu produžiti boravak u nekoj od tih ustanova i više od 28 dana pa i do kraja svog života (npr. bolesnici od raka u terminalnoj fazi). Mišljenja smo da se za takve teške bolesnike, kojima je potrebna specijalna 24-satna njega ne može adekvatno brinuti obitelj niti to može neka druga ustanova osim specijalne ustanove za	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.

palijativnu skrb, rok 2020. 6. Na Medicinskom fakultetu uvesti specijalizaciju iz palijativne medicine te u klinikama formirati bolničke timove za palijativnu skrb, rok 2022. 7. Izraditi i usvojiti program edukacije i katalog kompetencija u palijativnoj skrbi, rok 2022. 8. Uspostaviti nacionalni registar palijativnih bolesnika te informatički povezati sve dionike u sustavu palijativne skrbi, rok 2021. 9. Uvesti sustav nagrađivanja (poseban dodatak za uvjete rada) svih djelatnika u sustavu palijativne skrbi kako bi ih se privuklo i zadržalo na radnim mjestima, rok 2020. 10. Jasno definirati procedure, organizaciju rada i koordinaciju svih dionika u sustavu palijativne skrbi, rok 2020. 11. Poboljšati komunikaciju na svim razinama između djelatnika u sustavu palijativne skrbi i pacijenata odnosno njihovih obitelji, rok 2020. 12. Nastaviti razvoj mreže volontera u palijativnoj skrbi na području cijele Hrvatske 13. Izmijeniti zakonske odredbe u cilju osiguravanja plaćenog dopusta članovima obitelji koji se brinu o palijativnom pacijentu. Naime, članovi obitelji koji se u krugu obitelji žele brinuti o pacijentu kojem je potrebna palijativna skrb zbog egzistencijalnih razloga najčešće nemaju te mogućnosti. To bi im se omogućilo plaćenim dopustom, a što bi svakako utjecalo pozitivno na kvalitetu života palijativnih pacijenata, rok 2020. 14. Palijativnim pacijentima osigurati prioritetni pristup tretmanima u bolnicama, rok 2020. **Obrazloženje:** Uspostavljanje i razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj utvrđeno je Nacionalnim programom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020., koji predstavlja nastavak provedbe uspostave sustava palijativne skrbi i nadovezuje se na Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014-2016. Sustav palijativne skrbi u RH predstavlja jedan od prioriteta i sastavni je dio Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020. Definicija palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj nije u cijelosti usklađena s definicijom Svjetske zdravstvene organizacije prema kojoj se palijativna skrb odnosi na osobe oboljele od teške po život opasne bolesti te im se može pružiti u svakom trenutku odnosno u svakoj fazi bolesti. Dakle, palijativna skrb ne odnosi se samo na osobe s uznapredovalom bolesti odnosno na osobe u terminalnoj fazi bolesti. Cilj je da se palijativna skrb započne što prije nakon dijagnoze teške i po život opasne bolesti, kao što je npr. slučaj s dijagnozom raka, čime se znatno utječe na poboljšanje kvalitete života kao i na učinkovitost procesa liječenja pacijenata. Nacionalne smjernice za palijativnu medicinu nisu donesene (rok 31.12.2019.), iako je proces njihove izrade započeo još 2014. godine. S druge strane Hrvatski zavod za hitnu medicinu objavio je Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s bolesnicima kojima je potrebna palijativna skrb. Dakle, potrebno je žurno donošenje stručnih smjernica za sve djelatnosti koje sudjeluju u pružanju palijativne skrbi. Procjena potreba za nekim oblikom palijativne skrbi čini između 50% i 89% svih umirućih pacijenata što bi u Hrvatskoj bilo od 26 000 do 46 000 pacijenata godišnje. Najmanje 20% pacijenata oboljelih od tumora i 5% neonkoloških pacijenata zahtijevaju specijalističku palijativnu skrb u posljednjih godinu dana njihova života Procijenjeni broj potrebnih palijativnih postelja u Republici Hrvatskoj u rasponu je između 349 i 429.

Stanje palijativne skrbi nije ujednačeno na području Republike Hrvatske. Pojedine županije još uvijek nisu donijele strategije razvoja palijativne skrbi (rok 31.12.2020.). Edukacija o palijativnoj skrbi provodi se putem obveznih i izbornih predmeta na pojedinim fakultetima te tečajeva, radionica i predavanja za sve profesionalce ili volontere koji sudjeluju u palijativnoj skrbi. Veći broj profesionalaca i volontera edukaciju je završio u Centru za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Jedan od problema je i taj što u Republici Hrvatskoj još uvijek ne postoji specijalizacija iz palijativne medicine niti je predviđena akcijskim planom za provedbu Nacionalnog programa razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020. Isto tako, još uvijek nije izrađen i usvojen program edukacije i katalog kompetencija u palijativnoj skrbi (rok 31.12.2020.). Potrebno je nastaviti edukaciju iz palijativne skrbi na svim razinama (liječnici obiteljske medicine, zdravstveno osoblje u općim i kliničkim bolnicama, osoblje u domovima zdravlja i domovima za starije i nemoćne, volonteri). Naime, uočeno je da još uvijek pojedini onkološki pacijenti nemaju sve potrebne informacije o mogućnostima koje pruža sustav palijativne skrbi u RH (npr. korištenje usluge mobilnih timova za palijativnu skrb). Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj organizirana je na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite te na razini socijalne skrbi. Evidencija o palijativnim pacijentima nije jedinstvena u pojedinim županijama, odnosno Republika Hrvatska ne posjeduje nacionalni registar palijativnih bolesnika (rok 31.12.2020.). Isto tako, još uvijek nisu informatički povezani svi dionici u sustavu palijativne skrbi. Krajnji rok za uspostavu elemenata organizacije sustava palijativne skrbi u županijama je 31.12. 2020. Procijenjene potrebe palijativnih kapaciteta u Hrvatskoj su slijedeće: palijativne postelje 343-429, bolničke postelje u sustavu javne zdravstvene zaštite 352, postelje u stacionarima domova zdravlja 67, mobilni timovi za palijativnu skrb 50+5, koordinatori palijativne skrbi 50+5. Trenutno su u Hrvatskoj formirana 22 mobilna tima za palijativnu skrb, 16 koordinatora te 255 bolničke postelje. Uz to djeluje i 11 bolničkih timova, 9 posudionica pomagala te 5 ambulanti za palijativnu medicinu. U većini županija djeluju volonterske udruge za palijativnu skrb. Vezano uz stacionarne kapacitete za palijativnu skrb svakako u prvom redu treba naglasiti pozitivan primjer Varaždinske županije koja je već 2018. dostigla zacrtani cilj iz Nacionalnog programa razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020. jer je projektom izgradnje novog objekta u vrijednosti 51,5 milijuna kuna (EU fondovi) u Novom Marofu uspjela dostići kapacitet od 89 kreveta za palijativnu skrb. Isto tako, cilj je dostigla i Dubrovačko – neretvanska županija koja u sklopu opće bolnice Dubrovnik ima Odjel palijativne skrbi s 30 kreveta za palijativnu skrb. Primorsko-goranska županija je jedina županija u kojoj postoji hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“ i to s 14 kreveta za palijativnu skrb (projekt Caritasa Riječke nadbiskupije, grada Rijeke i Primorsko-goranske županije). U istočnom dijelu Hrvatske na području Brodsko – posavske županije postoji specijalna bolnica za psihijatrijsku i palijativnu skrb „Sveti Rafael“ Strmac

koju je osnovala crkva – bolnički red Sv. Ivan od Boga te ima kapacitet od 15 kreveta za palijativnu skrb, dok na području Osječko-baranjske županije u općoj bolnici Našice postoji 10 postelja za palijativnu skrb. U Karlovačkoj županiji u Specijalnoj bolnici za produženo liječenje Duga Resa ima 10 kreveta za palijativnu skrb, dok u Koprivničko – križevačkoj županiji postoji 6 kreveta za palijativnu skrb u Općoj bolnici Koprivnica, a 5 kreveta u dnevnoj bolnici. Sisačko – moslavačka županija posjeduje 8 palijativnih postelja u specijalnoj bolnici za kronične bolesti u Petrinji, dok Šibensko – kninska županija posjeduje 20 kreveta za palijativnu skrb u općoj bolnici Knin. Primorsko-goranska županija je otišla najdalje što se tiče broja formiranih koordinatora i mobilnih timova za palijativnu skrb te ih trenutno ima 5 što je 1 više od procijenjenih potreba. Ostale županije koje su već ispunile ciljeve glede broja koordinatora i mobilnih timova za palijativnu skrb su: Istarska županija, Požeško – slavonska, Krapinsko – zagorska, Koprivničko – križevačka i Međimurska, dok su vrlo blizu realizacije cilja Dubrovačko – neretvanska i Zagrebačka županija. Tu je potrebno naglasiti da većina mobilnih timova za palijativnu skrb u svom sastavu imaju liječnika obiteljske medicine i medicinsku sestru (traženi minimum), dok je samo Istarska županija u sastav mobilnih timova za palijativnu skrb uključila i ostale specijalnosti (psiholog, neurolog, onkolog...). Ali niti Istarska županija u sastavu mobilnih timova nema ostale specijalnosti i struke kao što su: klinički nutricionist, socijalni radnik i fizioterapeut. Ambulante za palijativnu medicinu formirane su u nekoliko županija u sklopu domova zdravlja, opće bolnice ili klinike: KBC Rijeka, KBC Sestre milosrdnice, opća bolnica Koprivnica, dom zdravlja Osijek, dom zdravlja Marija Bistrica. Što se tiče Grada Zagreba od ukupno 8 potrebnih do sada su formirana tri mobilna tima za palijativnu skrb te isto toliko koordinatora. U stacionarnoj palijativnoj skrbi procijenjena je potreba oko 100 palijativnih postelja, a trenutno postoji 45 palijativnih postelja na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite: Specijalna bolnica za plućne bolesti Rockfelerova (15 kreveta za onkološke bolesnike od planiranih 51), Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan Jankomir (15 kreveta za dementne osobe), Klinika za psihijatriju Vrapče (15 kreveta). Povećanje broja palijativnih postelja svakako je važno i zbog Zagrebačke županije koja zbog gravitacije Gradu Zagrebu neće razvijati svoje zasebne kapacitete za stacionarnu palijativnu skrb. Dakle, iako u Hrvatskoj postoji očiti napredak po pitanju palijativne skrbi još uvijek nedostaje relativno veliki broj palijativnih postelja te koordinatora i mobilnih timova za palijativnu skrb. Samo u Zagrebu nedostaje oko 60 palijativnih postelja s time da osim u specijalnim bolnicama nedostatak palijativnih postelja i bolničkih palijativnih timova postoji i u općim te kliničkim bolnicama. Isto tako, jedini hospicij za smještaj bolesnika u terminalnoj fazi bolesti nalazi se u Rijeci, a u Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u RH 2017-2020 ne spominje se njihova daljnja izgradnja na području Hrvatske. U svakom slučaju potreban je daljnji razvoj mreže palijativne skrbi u smislu razvoja stacionarnih jedinica za specijalističku palijativnu skrb (hospicij, jedinice za palijativnu skrb,

	<p>jedinice za dnevni boravak) te mobilnih timova za palijativnu skrb. Pojedini odjeli za palijativnu skrb i većina formiranih mobilnih timova za palijativnu skrb nisu adekvatno popunjeni što znači da se uglavnom sastoje od liječnika obiteljske medicine i medicinske sestre (minimalni standard) dok kronično nedostaje psihologa, fizioterapeuta, nutricionista, socijalnih radnika, njegovatelja i gerontodomačica. Isto tako, koordinatori i mobilni timovi ne rade po principu 24/7 već rade samo prvu smjenu dok su preostalo vrijeme na pasivnom dežurstvu, što znači da moraju odgovarati na pozive pacijenata, ali osim davanja savjeta nemaju obvezu odlaska na teren. Većina posudionica pomagala u pojedinim županijama nije opremljena s dovoljnim brojem pomagala. Koordinacija svih sudionika u sustavu palijativne skrbi ne funkcionira u dovoljnoj mjeri. Baza podataka o palijativnim pacijentima vode se odvojeno na razini županije te ne postoji nacionalni registar palijativnih pacijenata. Temeljem odluke HZZO-a stacionarni smještaj palijativnih pacijenata (Odjeli za palijativnu skrb, hospicij) moguć je do 28 dana što zasigurno nije primjereno za pacijente s najtežim dijagnozama (koma, stanje bez svijesti, pacijenti u terminalnoj fazi bolesti...) koji zahtijevaju 24-satnu bolničku njegu od strane posebno educiranog medicinskog osoblja za specijalističku palijativnu skrb. Obitelji ovakvih palijativnih pacijenata nemaju niti znanja niti mogućnosti 24 –satne palijativne skrbi. Isto tako, domovi za starije i nemoćne u RH nemaju osoblje osposobljeno za pružanje specijalističke palijativne skrbi ovim pacijentima te nemaju multidisciplinarnе timove zdravstvenih stručnjaka. Liječnici i medicinsko osoblje koje radi s palijativnim pacijentima nemaju poseban dodatak na uvjete rada. Svakako je potrebno razmotriti različite oblike materijalnog i nematerijalnog nagrađivanja ove kategorije zdravstvenih djelatnika koji se skrbe o najtežim bolesnicima. Komunikacija između obitelji pacijenata i liječnika u pojedinim odjelima za palijativnu skrb nije na zadovoljavajućoj razini. U bolnicama nisu uvedeni tzv. „klinički puteve za ubrzano rješavanje“ kojima se palijativnim pacijentima daje prednost pristupa prilikom potrebnih tretmana (npr. radiologija, radioterapija ili kirurgija). Republika Hrvatska još uvijek nije donijela zakonske propise o dopustu za palijativnu skrb za njegovatelje kako bi se članovima obitelji omogućilo pružanje skrbi svojim bližnjima kod kuće koliko god je to potrebno. Iako skoro u svakoj županiji postoji organizacija volontera za palijativnu skrb potrebno je nastaviti njihov razvoj na području cijele Hrvatske.</p>	
123	<p>nikola đaković 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>Hvala gospodinu Damiru Vrbancu na uočavanju važnosti radioterapije kao jednog od tri temeljna stupa (uz kirurške metode i terapiju lijekovima) onkološkog liječenja. Kako pretpostavljam da nije medicinske struke ili barem iz područja onkologije nije vjerujem upoznat da specijalizacija koja provodi radioterapiju postoji već dugi niz godina u Hrvatskoj kao i drugdje u Europi. To je specijalizacija koja se sada zove Onkologija i radioterapija čiji specijalisti provode u Hrvatskoj već desetljećima istovremeno uz</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	radioterapiju i terapiju lijekovima (citostaticima, hormonsku terapiju, ciljanu terapiju, imunoterapiju i druge suvremene metode sustavnog liječenja). S poštovanjem Nikola Đaković Hrvatsko društvo za onkologiju i radioterapiju Hrvatskog liječničkog zbora	
124	<p>KREŠIMIR LONČAR 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>Cijenim prijedlog i zauzimanje za novu specijalizaciju. Pretpostavljam da bi naziv bio samo - radijacijska onkologija. Smatram da je sadržaj i kvaliteta bitnija od naziva. Slažem se da bi unificiranje svih specijalizacija, kako naziva, tako i sadržaja bilo dobro na području EU. Kako uvođenje novih metoda liječenja (imunoterapija) u domeni internističke onkologije ne zahtjeva i novu specijalizaciju, vjerujem da niti uvođenje u svijetu standardnih metoda radioterapije, ne bi trebalo zahtijevati kod nas novu specijalizaciju. Za puno toga se možemo ugledati na onkologiju u Sloveniji, koja ima najsličniji zdravstveni sustav. Njihovi liječnici koji se bave radioterapijom trenutno imaju naziv - specijalist onkologije s radioterapijom. No u cijelom ovom programu se previđa jedna sitnica - nedostatak liječnika, kako onkologa tako i liječnika obiteljske medicine, bez kojih sve prevencije (od primarne do kvarterne) padaju u vodu a onda i rezultati liječenja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
125	<p>Damir Vrbanc 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>U predloženom nacrtu NPPRa nigdje se ne spominje / niti u dijelu o radioterapiji, a niti ovdje u edukaciji/ potreba za planiranjem i uvođenjem specijalizacije iz radijacijske onkologije i radioterapije kao samostalne specijalizacije. Navedena specijalizacija iz radijacijske onkologije i radioterapije ne postoji u RH, ali postoji kao samostalna specijalizacija u većini uređenih zemalja Europe i svijeta i ona je nužna ako želimo imati moderno i kvalitetno onkološko liječenje. Od strane UEMSa / European union of medical specialists/ specijalizacija iz radijacijske onkologije i radioterapije navedena je i priznata kao samostalna specijalizacija. Obzirom da se u NPPRu planira nabavak novih uređaja za radioterapiju koji su nam zaista potrebni, nužno bi bilo hitno planirati i razviti navedenu specijalizaciju iz radijacijske onkologije i radioterapije zbog potrebnog profila specijaliziranih stručnjaka koji bi na njima trebali raditi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
126	<p>Natalija Dedić Plavetić 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>Prijedlog dodatne mjere koja bi mogla podići razinu edukacije specijalista internističke onkologije: 1. Planirati uvođenje europskog ESMO pismenog ispita kao obveznog pismenog dijela specijalističkog ispita iz internističke onkologije, kao što je to uvedeno u susjednoj Sloveniji. U ovom trenutku europskim standardiziranim ispitima pristupaju i naši specijalizanti radiologije, endokrinologije, plastične kirurgije itd.. Time bi se osigurala ujednačena kvaliteta teoretskih znanja usporediva s teoretskim znanjem specijalizanata iz visoko razvijenih zdravstvenih sustava zapadne Europe. Položen pismeni ESMO ispit bi bio preduvjet za izlazak na</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	praktični dio specijalističkog ispita.	
127	<p>Natalija Dedić Plavetić 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>u ovom trenutku su Medicinski fakulteti u RH dužni osigurati za sve specijalizacije adekvatne programe specijalističkih poslijediplomskih studija, a za koje treba osigurati uvjete i sredstva da ih, osim specijalizanata određene grane, pohađaju i svi zainteresirani profili stručnjaka. Recimo, ako specijalizanti upisuju cijeli studij, slušaju obavezne i izborne kolegije, ostali stručnjaci u onkologiji koji se žele dodatno usavršiti trebali bi moći upisati kolegije koji ih zanimaju, ne nužno cijeli poslijediplomski studij. Npr medicinske sestre koje se usavršavaju u onkologiji mogle bi također pohađati određene kolegije, zatim biolozi, farmaceuti, specijalisti drugih grana, itd. Osobito se to odnosi na liječnike obiteljske medicine koji bi također na taj način mogli steći bolje kompetencije za sveobuhvatno zbrinjavanje onkoloških bolesnika, a što se osobito odnosi na kolegije koji pokrivaju teme iz palijativne i suportivne skrbi, dijagnostike raka, itd...</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
128	<p>Natalija Dedić Plavetić 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>Ustanove koje provode specijalističko usavršavanje, ali i stručna društva pod kapom Hrvatskog liječničkog zbora, treba zadužiti da periodički organiziraju tečajeve trajnog usavršavanja namijenjene obnovi znanja za već postojeće specijaliste, po uzoru na ESMO tečajeve: „ESMO Update for Practising Oncologists“ a prisustvovanje kojima bi bilo periodička obveza nužna za obnovu licenci. U SAD-u se specijalisti relicenciraju svakih deset godina, i to ne sakupljanjem bodova po kongresima, već pristupanjem pravim ispitima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
129	<p>Miroslav Mađarić 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>Dio edukacije trebaju provoditi i LOM-ovi. Kod probira LOM i zdravstvene vlasti trebaju ustrajati da pacijent uopće dođe na pregled, a ne tolerirati nepojavljivanje i „nikome ništa“. Na primjer, takvi pacijenti trebaju proći dodatnu obveznu edukaciju, koja je dugotrajnija od „gnjavaže“ odlaska na pregled, uz sankcije, ako se ne odazove, na primjer „malusom“ na dopunskom osiguranju. U ove mjere „prisile“ treba uključiti i liječnike obiteljske medicine, koji trebaju biti informirani da njihovi pacijenti nisu potvrdili dolazak ili se nisu odazvali na pregled.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
130	<p>Miroslav Mađarić 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, MJERE/AKTIVNOSTI</p> <p>U edukaciju zdravstvenih djelatnika treba dodati novu točku 7 koja se odnosi specifično na edukaciju LOM-ova. Naime, primarna zdravstvena zaštita je defanzivna, često bez razlikovanja ozbiljne od blage bolesti samo upućuje specijalistima, proces masovno zavisi u velikoj mjeri o željama pacijenata i uopće njihovom pojavljivanju u ordinaciji LOM-a. Prijedlog dodatne točke 7: "7. Osnajit će se dodatna edukacija liječnika obiteljske medicine (LOM). U edukaciju će se uključiti i povratna veza iz statistike koje se odnose na</p>	<p>Nije prihvaćen Edukacije su predviđene za sve zdravstvene radnike koji se susreću s onkološkim pacijentima kako je navedeno pod mejrama /aktivnostima Edukacije zdravstvenih radnika na stranici 76.</p>

	<p>dvije moguće manjkavosti u primarnom tretiranju sumnje na onkološku dijagnozu: a) pretjerano upućivanja na obrade za kod nepostojanja onkološke bolesti i b) neupućivanje na obradu za kasnije utvrđenu ozbiljnu onkološku bolest Svaki LOM će se po ovim informacijama informirati svojoj statistici u odnosu na prosjek."</p>	
131	<p>Miroslav Mađarić 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, MJERE/AKTIVNOSTI Spominje se edukacija u školi, no ne i način provedbe. Onkološka edukacija u školi u sadašnjem kurikulumu međupredmetne teme (MPT) postoji tek u naznakama, „rak“ je spomenut samo u kontekstu čuvanja od UV zračenja. Pušenje je spomenuto samo načelno. No treba biti svjestan, da se MPT kurikuli u školama provode slabo ili nikako, jer nisu obvezni.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
132	<p>Miroslav Mađarić 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, MJERE/AKTIVNOSTI Mjere za edukaciju u općoj populaciji, dodati: "Edukacija opće odrasle populacije će se provoditi kontinuirano i tematski javnih medija. Edukativni materijali će biti na raspolaganju i on-line, za pregled po želji i potrebi građana. Rokovi provedbe: Tijekom 2020. godine će se uspostaviti internetski portal za onkološku edukaciju s prvim sadržajima, do kraja 2021. će biti pokrivena sve značajnije teme u obliku primjerenom općoj populaciji."</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
133	<p>Natalija Dedić Plavetić 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, VIZIJA 2030. GODINE Obavezno konzultirati i uključiti naše stručnjake u inozemstvu kako bi nam pomogli u kreiranju programa sukladno najboljim svjetskim iskustvima, a što bi nam osiguralo i brži transfer znanja i iskustava. Manjkavost plana je činjenica da radna skupina za poglavlje NPPR-a "Edukacija u onkologiji" nema u svom sastavu niti jednog našeg stručnjaka iz inozemstva, a koji rade u vrhunskim onkološkim institucijama, pa samim time ostajemo zaključiti za njihova iskustva i sugestije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
134	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, CILJEVI Ciljevi - prijedlog: 1. Postići bolje ishode liječenja oboljelih od raka</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
135	<p>Udruga Pogled iz novog kuta - life 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, MJERE/AKTIVNOSTI Mjere/aktivnosti - prijedlog: 1. Ostvariti aktivniju suradnju s respektabilnim inozemnim klinikama za liječenje onkoloških bolesnika 2. Ubrzati proceduru donošenja odluke o liječenju onkoloških bolesnika u inozemstvu. 3. Ublažiti kriterije za upućivanje onkoloških bolesnika na liječenje u inozemstvo Obrazloženje: Onkološkim bolesnicima u Hrvatskoj trenutno nisu dostupni svi najnoviji oblici liječenja koji postoje u mnogim inozemnim klinikama, odnosno centrima za rak. Dakle, da bi se poboljšali ishodi liječenja onkoloških bolesnika u Hrvatskoj potrebno je većem broju pacijenata omogućiti odlazak na liječenje u inozemstvo. Da bi se to ostvarilo potrebno je ublažiti kriterije za donošenje odluka o slanju pacijenata na</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>liječenje u inozemstvo (npr. djeca oboljela od tumora, rijetki tumori, ukoliko pacijent ne odgovara na liječenje dostupnim terapijama u RH, nedostupnost u Hrvatskoj najnovijih inovativnih lijekova i ostalih dokazano uspješnih metoda liječenja, ukoliko u inozemstvu postoje dokazano učinkovite kliničke studije za liječenje pojedinih oblika raka, ukoliko postoji dokazano znatno veća učinkovitost liječenja pojedinih oblika raka u inozemnim klinikama, metastatski tumori....). Što se tiče aktivnije suradnje RH s respektabilnim inozemnim klinikama za rak smatramo da bi između ostalog ugovaranje usluga liječenja onkoloških bolesnika iz Hrvatske u tim inozemnim klinikama zasigurno dovelo do veće kvalitete liječenja oboljelih od raka te isto tako omogućilo niže troškove njihovog liječenja.</p>	
136	<p>Natalija Dedić Plavetić 9. EDUKACIJA U ONKOLOGIJI, EKONOMSKA ANALIZA Edukacija svih profila stručnjaka koji skrbe o onkološkim bolesnicima, ali i onih koji se bave prevencijom bolesti je temelj boljih rezultata u onkologiji. Ekonomska analiza bi svakako trebao krenuti od analize zatečenog stanja, odnosno s inventurom postojećeg broja i profila stručnjaka, analizom njihove dobne strukture, razine edukacije i područja RH, odnosno stanovništva kojeg pokrivaju pojedine onkološke ustanove. Potom slijedi definiranje potreba u desetgodišnjem razdoblju obuhvaćenom planom. Koliko stručnjaka, kojih profila i u kojim županijama trebamo školovati u naveenom razdoblju, te koliko bi nas to koštalo.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
137	<p>nikola đaković NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 10. ISTRAŽIVANJA U ONKOLOGIJI Poštovani, U potpunosti podržavam promicanje kliničkih ispitivanja u Republici Hrvatskoj. U području onkologije je to naročito važno. Njihovim jačanjem dolazi do višestrukih koristi za bolesnike, zdravstvo, gospodarstvo te našu zemlju u cjelini.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
138	<p>Inovativna farmaceutska inicijativa NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 10. ISTRAŽIVANJA U ONKOLOGIJI Znamo li da se u ovom trenutku u svijetu provodi više od 300 tisuća kliničkih ispitivanja i da hrvatski zdravstveni stručnjaci imaju potpunu kompetenciju za provođenje takvih ispitivanja, nužna je promjena pristupa dovođenju ispitivanja u RH, kako bi se broj ispitivanja podigao na razinu usporedivu s ostatkom EU. Riječ je o strogo reguliranim i transparentnim procesima koji donose znatnu neposrednu i posrednu korist za sve – pacijente, stručnu medicinsku javnost, zdravstveni sustav i državu u cjelini. Klinička ispitivanja predstavljaju izravna ulaganja u Hrvatsku i njen zdravstveni sustav te bolesnicima omogućuju brz i izravan pristup najnovijim lijekovima, a uključenim liječnicima i njihovim bolesnicima praktični pristup najnovijim znanstvenim spoznajama i terapijskim mogućnostima. Budući da su troškovi dijagnostike i liječenja tijekom kliničkih ispitivanja u potpunosti pokriveni od naručitelja, bolnice i zdravstveni sustav tu ostvaruju izravne uštede. Iskustva zemalja s čijim se zdravstvenim sustavima Hrvatska može uspoređivati pokazuju kako klinička ispitivanja</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>ostvaruju znatna poboljšanja ishoda liječenja. Riječ je dakle o potpuno transparentnim i visoko reguliranim procedurama koje mogu samo unaprijediti terapijske mogućnosti i pacijentima osigurati inovativne terapije, a bez ikakvog troška države. Kako bi se broj kliničkih ispitivanja u Hrvatskoj povećao, potrebno je pojednostaviti proceduru za ishođenje Rješenja za provođenje kliničkog ispitivanja, koje bi trebalo biti moguće dobiti u roku od 28 dana, kao i definiranje jedinstvenog Pravilnika o kliničkim ispitivanjima.</p>	
139	<p>Istarska županija - Regione Istriana NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 10. ISTRAŽIVANJA U ONKOLOGIJI Očitovanje u ime Opće bolnice Pula Dobivanje kliničkih studija predstavlja dobrobit za bolesnike (koji imaju priliku dobiti inovativni lijek), za ustanovu (povećanje kvalitete i plaćanje usluge) te dobrobit za osoblje (nove moderne tehnologije i lijekovi, dodatno plaćanje usluga). Sve ovo se ne provodi samo zato jer se ogroman postotak poreznog opterećenja nameće djelatnicima i nitko od osoblja ne pristaje raditi ovakve studije. Zato i jesmo na vrlo lošoj poziciji po broju kliničkih studija i regrutiranih bolesnika u studijama. Ovaj problem prepoznat je i od strane Ministarstva zdravstva prije više godina, ali se ništa nije učinilo po tom pitanju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
140	<p>Miroslav Mađarić NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 10. ISTRAŽIVANJA U ONKOLOGIJI Ovdje u uvodu je spomenuta retrospektivna analiza slučajeva. Ona je od kritične važnosti za kontinuirano poboljšanje procesa dijagnostike i liječenja. Nažalost, u tekstu Nacrta se to više nigdje ne spominje. Kolokvijalno prikazano, trebamo sustavnu analizu slučajeva: 1. umrlih („što je krenulo krivo?“), odnosno 2. izliječenih („Što smo napravili dobro?“). Zato za retrospektivne analize predlažem na odgovarajućem mjestu dodati sljedeći novi tekst: "Uspostavit će se sustav retrospektivnih analiza statistički pomno odabranih slučajeva neželjenih i uspješnih ishoda liječenja onkoloških bolesnika, na osnovi kojih će se utvrđivati slabe i jake točke u procesu liječenja. Rezultati ovih analiza će se anonimizirano objavljivati na portalu Nacionalnog programa, javno dostupno." Rokovi: * definiranje sustava provedbe i osiguranje resursa za retrospektivne analize do kraja 2020. godine * određivanje stratuma slučajeva za retrospektivne analize i pilot analize do lipnja 2021. * službene analize do rujna 2021. uz objavu na web-portal Nationalnog programa * provođenje retrospektivnih analiza kontinuirano na godišnjoj razini Komentar: Osobno imam u obitelji četvero koji su umrli od raka, u jednom slučaju je nakon uspješne operacije pacijentica umrla zbog lošeg anesteziološkog postupka, a u statistici se sigurno vodi da je umrla od onkološke dijagnoze. Moja osobna situacija je bila obratna: izliječen sam od smrtonosnog raka zahvaljujući dobro i brzo postavljenoj dijagnozi i postojanju specifičnog djelotvornog lijeka. No i tu bi se u analizi vidjela teška pogreška u prvo postavljenoj sumnji, na koju je bila preporučena posve neadekvatna obrada. Bez takve retrospekcije sreće biti neće!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
141	<p>Šibensko-kninska županija</p>	<p>Primljeno na znanje</p>

	<p>NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE</p> <p>Prilažemo slijedeće komentare na NPPR: 1) Tek malo više od polovine ukupnog stanovništva u Republici Hrvatskoj (52%) živi u županijama koje imaju kliničke bolničke centre, a 48% u županijama u kojima se zdravstvena skrb ostvaruje u županijskim bolnicama. 2) Mi koji popunjavamo uzroke smrti za bolesnika znamo da se to ne radi najbolje, tako da ipak moramo postaviti sumnju u istinitost podataka o smrtnosti od raka u Hrvatskoj. Koliko čujemo i u drugim zemljama se to ne radi baš najbolje. 3) Potrebno je naglasiti kako je konzervativno onkološko liječenje obično dugotrajno (najmanje 6 mjeseci- do više godina – ili doživotno za oboljele od metastatskog raka) i učestalo (u prosjeku neka svaka 2-3 tjedna). 4) Kažu ponajbolji svjetski onkolozi iz Sjedinjenih Američkih Država da se oboljeli od metastatskog raka, gdje je cilj liječenja popraviti kvalitetu života te produžiti život, liječe što bliže kući, a „materijali za analizu“ - a ne bolesnici, se šalju u specijalizirane centre. 5) Na kongresu Hrvatskog društva internističkih onkologa 2019., u Solarisu-Šibeniku, prikazane su na predavanju reference koje utvrđuju da ukoliko je mjesto onkološkog liječenja udaljeno više od 80 kilometara od mjesta boravka-rezultati liječenja su slabiji. 6) Multidisciplinarni timovi za pojedina sijela trebaju postojati, odnosno biti priznati, i u općim- županijskim bolnicama gdje postoji zadovoljavajući broj/ sastav subspecijalista/specijalista različitih profila, a ne samo na klinikama- jer ako ih ne priznamo u županijskim bolnicama ne bismo li tim liječnicima „oduzeli“ diplome- i što to uopće znači? 7) Tko i na koji način će provoditi akreditaciju ustanova?</p>	<p>Primljeno na znanje.</p>
<p>142</p>	<p>OB "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE</p> <p>Kao jedna od bolnica u kojoj se posljednjih godina razvija služba onkologije dužni smo reagirati na tekst Nacionalnog plana. Jedna smo od 9 županija u kojima onkološka služba postoji u okviru Opće bolnice. Unutar internog odjela postoji onkološka ambulatna, Dnevna bolnica te Odjel onkologije. U okviru bolnice postoji MDT za tumore probave i MDT za tumore dojke a bolnica izvrsno surađuje s MDT za tumore dojke, MDT za tumore probavnih organa i MDT za urogenitalne tumore u KBC Zagreb. Županija po zadnjem popisu stanovništva ima oko 115.000 stanovnika, a istočni dio županije (oko grada Đurđevca) od Zagreba i najbližeg KBC-a udaljen je 110 kilometara (u jednom smjeru). Sukladno podacima Državnog zavoda za statistiku (DZS) kao i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) u 9 županija i u njihovim onkološkim centrima provodi se zdravstvena skrb za 30% stanovništva Republike Hrvatske, osiguranika HZZO-a. S aspekta obavljenih DTP postupaka na razini cijele Hrvatske u 2018 godini je u svim općim i županijskim bolnicama (neovisno o djelatnosti, za dijagnoze C00-D48 bez C81-C89), fakturirano ukupno 44% svih DTP postupaka u dnevnim bolnicama, 42% prvih</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>onkoloških pregleda te 30% kontrolnih onkoloških pregleda⁴ (izvor podataka HZZO). U ukupnoj potrošnji lijekova sa liste Posebno skupih lijekova (PSL) u nekliničkim onkološkim centrima, ovisno o vodećoj dijagnozi, potrošeno je od 17 do 30% lijekova u odnosu na ukupnu potrošnju u RH.⁴ Definirati razvoj nekliničkih onkoloških centara epitetom "nažalost" nije primjereno prvenstveno sa stanovišta oboljelih od malignih bolesti kao i članova njihovih obitelji koji svakodnevno koriste onkološku službu u regionalnim centrima. U Nacionalnom planu za borbu protiv raka kao cilj je naveden pružanje jednake i kvalitetne zdravstvene zaštite svim stanovnicima Republike Hrvatske, unatoč relativno ograničenim resursima, neovisno o tome odakle oni dolaze, odnosno gdje se liječe. S druge strane trenutno je najsuvremenije liječenje malignih bolesti ekstremno ograničeno i dostupno samo u Kliničkim bolnicama. Trenutačno 1/3 bolesnika koja ostvaruje pravo na imunoterapiju putuje iz matičnih županija u kliničke bolničke centre u drugima županijama zbog liječenja. Za pacijente iz Đurđevca (koji čak i nije krajnja točka naše županje) to predstavlja putovanje od 110.2 km u jednom dok istovremeno postoji centar koji česte tumore može na adekvatan način liječiti na udaljenosti od 26.9 km. Putovanja za aplikacije terapije su višekratna a često obzirom na udaljenost zahtijevaju izi organizaciju prijevoza (čime konzumiraju sanitetska vozila) i/ili pratnju druge osobe/člana obitelji. Prijedlog „Nacionalnog plana protiv raka“ (NPPR), predviđa stvaranje onkološke mreže u okviru koje bi navedeni klinički centri predstavljali osnovne točke za provođenje onkološkog liječenja. Neklinički centri također bi se uključivali u nacionalnu onkološku mrežu.⁹ No, u NPPR-u nisu navedeni akreditacijski standardi za ove centre te se nameće pitanje hoće li svi ovi centri postati sastavni dio nacionalne onkološke mreže? Također, iz plana NPPR-a nije jasno koje će biti ovlasti lokalnih centara, odnosno hoće li u aplikaciji sustavnog onkološkog liječenja postojati ograničenja koja će i dalje nametati potrebu putovanja onkoloških bolesnika u kliničke centre zbog primjene onkološke terapije? Stoga je u NPPR-u neophodno navesti: 1. Koje će tijelo biti zaduženo za akreditaciju onkoloških institucija 2. Krijeriji akreditacije onkoloških institucija Na ovaj način svim bi se onkološkim centrima pojasnili kriteriji koje bi trebali zadovoljiti, te bi se, ukoliko u pojedinim segmentima ne zadovoljavaju, nekliničkim onkološkim centrima omogućilo pravovremeno poduzimanje adekvatnih mjera kako bi mogli i dalje uspješno pružati sveobuhvatne usluge onkološke skrbi bolesnicima koji gravitiraju ovim centrima.</p>	
143	<p>Istarska županija - Regione Istriana 11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE, A. NACIONALNA ONKOLOŠKA MREŽA Očitovanje u ime Opće bolnice Pula Republika Hrvatska nema jasno definiranu strukturu ustanova. Ponekad su manji onkološki centri u velikom opsegu zapravo ispred KBC-ova po kvalitetu i bolesnicima. Istarska županija ima jasno definirane multidisciplinarnе timove u dijagnostici i liječenju malignih bolesti još od 2009. godine. Osim toga,</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>osnovan je Medicinski fakultet u Puli koji dodatno podiže kvalitetu rada ustanove koje liječe onkološke bolesnike. Tako da podijeliti ustanove na KBC i one koji nisu KBC nije prihvatljivo. Predlažemo radije pokrenuti postupak prave akreditacije onkoloških ustanova sa jasno definiranjem kriterija koje treba zadovoljiti radi dozvoljavanja opsega posla onkološkog centra. Dapače, ministarstvo zdravstva RH ima službu za akreditaciju u zdravstvu koja ovo je sposobna učiniti u relativno kratkom vremenu</p>	
144	<p>Opća bolnica Zadar 11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE, A. NACIONALNA ONKOLOŠKA MREŽA</p> <p>Pregled rada nekliničkih onkoloških centara tijekom 2018. godine, izvor podataka HZZO Pregledom rada za 2018. godinu u nekliničkim onkološkim centrima navedeni su onkolozi obavili ukupno 65.900 onkoloških pregleda, i to 4.900 prvih pregleda i 61.000 kontrolnih pregleda. Aplicirano je 45.200 kemoterapijskih protokola od čega 33.400 „klasičnih“ kemoterapijskih protokola, 6.000 bioloških terapija i 5.800 ostale sustavne onkološke terapije (TKI inhibitori, hormonska terapija, CDK4/6 inhibitori....).³ Ukoliko se ove brojke sagledaju s aspekta obavljenih DTP postupaka na razini cijele Hrvatske tada je u svim općim i županijskim bolnicama (neovisno o djelatnosti, za dijagnoze C00-D48 bez C81-C89), fakturirano ukupno 44% svih DTP postupaka u dnevnim bolnicama, 42% prvih onkoloških pregleda te 30% kontrolnih onkoloških pregleda⁴ (izvor podataka HZZO). U ukupnoj potrošnji lijekova sa liste Posebno skupih lijekova (PSL) u nekliničkim onkološkim centrima, ovisno o vodećoj dijagnozi, potrošeno je od 17 do 30% lijekova u odnosu na ukupnu potrošnju u RH.⁴ Sukladno svemu navedenom definirati razvoj nekliničkih onkoloških centara epitetom „nažalost“ nije primjereno prvenstveno sa stanovišta oboljelih od malignih bolesti kao i članova njihovih obitelji koji svakodnevno koriste onkološku službu u regionalnim centrima. U Nacionalnom planu za borbu protiv raka kao cilj je naveden pružanje jednake i kvalitetne zdravstvene zaštite svim stanovnicima Republike Hrvatske, unatoč relativno ograničenim resursima, neovisno o tome odakle oni dolaze, odnosno gdje se liječe. Trenutačno je u Republici Hrvatskoj jedan od najsuvremenih oblika liječenja malignih bolesti, odnosno imunoterapija, dostupna bolesnicima samo u kliničkim centrima. Ovo ograničenje ne odnosi se samo na rijetke tumore, za koje je po svjetskim standardima liječenja utvrđeno da se najbolji rezultati postižu liječenjem u „high volume“ centrima, već je u RH ovakav pristup prisutan i za tretiranje karcinoma pluća (drugi po učestalosti karcinom u muškoj populaciji u RH). Potrebno je ovdje naglasiti činjenicu da se, sukladno svjetskim standardima liječenja, u budućnosti očekuje i u Hrvatskoj širenje indikacija za primjenu imunoterapije za liječenje pojedinih podtipova karcinoma dojke, kolorektalni karcinom, karcinom prostate... dakle imunoterapija „ulazi“ u terapijske protokole za tretiranje najčešćih tumorskih sijela. Kako ove činjenice utječu za naše bolesnike? Trenutačno 1/3 bolesnika koja ostvaruje pravo na imunoterapiju putuje iz matičnih županija u kliničke</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

bolničke centre u drugima županijama zbog liječenja. Za pacijente iz Dubrovnika to primjerice predstavlja putovanje od 230 km do KBC Split-a, ova su putovanja višekratna, često zahtjevaju prisutnost pratnje koja najčešće predstavlja radno aktivno stanovništvo, tu su i brojni materijalni troškovi vezani uz putovanja... Svi ovi čimbenici, osobito uzimajući u obzir umor kao jedan od vodećih simptoma onkološke bolesti i nuspojave onkološkog liječenja, značajno doprinose nižoj kvaliteti života ovih bolesnika. U posljednjem izvještaju o petogodišnjem globalnom preživljenju oboljelih od malignih bolesti, objavljenom u časopisu The Lancet u ožujku 2018. godine, Hrvatska je po rezultatima liječenja malignih bolesti na začelju evropskih zemalja.⁵ Brojni su faktori koji utječu na krajnji ishod i uspjeh onkološkog liječenja. Pojedini su vezani isključivo za vrstu i stadij bolesti, potom socioekonomski čimbenici, kao i oni vezani uz organizaciju zdravstvenog sustava i izdvajanja za zdravstvo te provođenje suvremenih modaliteta liječenja u organizaciji zdravstvene skrbi poput liječenja putem multidisciplinarnih timova. Udaljenost, odnosno potreba putovanja radi ostvarivanja onkološkog liječenja, u brojnim je studijama pokazala obrnuto proporcionalni odnos s četiri važna aspekta svake onkološke bolesti, a to su: inicijalni stadij bolesti, pridržavanje protokola liječenja, ishod liječenja kao i kvaliteta života oboljelih od malignih bolesti. Po ovim je studijama putovanje od 80 km navedeno kao granica nakon koje se ova 4 aspekta, vezana za onkološke bolesnike i njihovo liječenje, dramatično pogoršavaju.^{6,7,8} Ukoliko se kroz NPPR neklinički onkološki centri ograniče u primjeni sistemskog onkološkog liječenja srednja udaljenost koju bi osiguranici HZZO-a morali prijeći kako bi ostvarili svoje pravo na sustavno onkološko liječenje iznosi 110 km (izračun učinjen za one bolesnike koji žive gradovima koji imaju organiziranu bolničku onkološku službu). Ova udaljenost, osim što za bolesnike predstavlja fizički zamjetan teret, predstavlja i financijsku toksičnost (troškovi prijevoza i bivanja izvan mjesta boravka), opterećenje HZZO-a troškovima sanitetskog prijevoza, te opterećenje gospodarstva (dani bolovanja za članove obitelji ili pratnje bolesnika koji ih prevoze u nadležne ustanove). Razvoj multidisciplinarnih timova (MDT) također je prepoznat kao neizbježan segment onkološke skrbi te je u svih 9 nekliničkih onkoloških centara razvijen MDT za maligne bolesti probavnog sustava, 7 centara ima MDT za bolesti dojke, 6 MDT-a za maligne bolesti urogenitalnog sustava te 3 MDT-a za tumore pluća. Ukoliko se uzmu u obzir podaci Registra za rak RH iz 2016. godine razvidno je da se u nekliničkim onkološkim centrima razvijaju upravo oni MDT-ovi kojima se zbrinjavaju, po incidenciji, 4 najčešća tumorska sijela u muškoj populaciji (prostata 19%, pluća 17%, kolorektum 16%, mokraćni mjehur 5%) kao i u ženskoj populaciji (dojka 25%, kolorektum 14%, pluća 8%, maternica 6%).¹⁰ NPPR ne navodi kriterije po kojima će biti definirani multidisciplinarni timovi, odnosno koje bi kriterije centar trebao zadovoljiti da realizira pravo na postojanje multidisciplinarnog tima za pojedino sijelo, npr učestalost tumora, broj bolesnika...).

145 **Opća bolnica Zadar**

Primijeno na znanje

11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE, A. NACIONALNA ONKOLOŠKA MREŽA

Uvod - opće i županijske bolnice s razvijenom onkološkom službom U Republici Hrvatskoj postoji tradicija, stara nekoliko desetljeća, razvoja onkoloških centara u općim i županijskim bolnicama. Poimenice to su neklinički onkološki centri u Županijskoj bolnici Čakovec, Općoj bolnici Dubrovnik, Općoj bolnici Karlovac, Općoj bolnici Koprivnica, Općoj bolnici Pula, Općoj bolnici Slavonski Brod, Općoj bolnici Šibenik, Općoj bolnici Varaždin i Općoj bolnici Zadar. Sukladno podacima Državnog zavoda za statistiku (DZS) kao i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) u ovim se centrima provodi zdravstvena skrb za 30% stanovništva Republike Hrvatske, osiguranika HZZO-a. U županijama čije bolnice nemaju organiziranu onkološku skrb nalazi se 18% populacije RH te oni onkološku skrb ostvaruju u županijskim/lokalnim onkološkim centrima ili u kliničkim onkološkim centrima, ovisno o mjestu stanovanja. Ostatak od 52% stanovništva obitava u županijama u kojima se nalaze klinički bolnički centri.² Organizacija nekliničkih onkoloških centara U županijskim onkološkim centrima služba onkologije organizirana je većinom u sklopu Djelatnosti za internu medicinu, dok jedino Opća bolnica Zadar ima izdvojenu Djelatnost za onkologiju, ali povezanu s djelatnosti nuklearne medicine. Sve ustanove imaju razvijene onkološke dnevne bolnice. Tijekom 2018. godine u nekliničkim onkološkim centrima radilo je 12 internističkih onkologa i 9 onkologa-radioterapeuta dok je ukupno 15 liječnika bilo na specijalizaciji (12 iz internističke onkologije i 3 iz onkologije s radioterapijom). Popunjavanjem radnih mjesta, sukladno sistematizaciji bolnica kao i odobrenjima ministarstva zdravstva, 2024. godine u ovim će centrima raditi ukupno 50 onkologa. Zajedno, ove bolnice, raspolažu s ukupno 185 onkoloških kreveta, od čega je 89 kreveta u dnevnim bolnicama gdje je zaposleno i 37 medicinskih sestara te je, uz aplikaciju sistemske onkološke terapije, za oboljele od malignih bolesti osigurana u 8 centara i potpora psihoonkologa. Pregled rada nekliničkih onkoloških centara tijekom 2018. godine, izvor podataka HZZO Pregledom rada za 2018. godinu u nekliničkim onkološkim centrima navedeni su onkolozi obavili ukupno 65.900 onkoloških pregleda, i to 4.900 prvih pregleda i 61.000 kontrolnih pregleda. Aplicirano je 45.200 kemoterapijskih protokola od čega 33.400 „klasičnih“ kemoterapijskih protokola, 6.000 bioloških terapija i 5.800 ostale sustavne onkološke terapije (TKI inhibitori, hormonska terapija, CDK4/6 inhibitori...³ Ukoliko se ove brojke sagledaju s aspekta obavljenih DTP postupaka na razini cijele Hrvatske tada je u svim općim i županijskim bolnicama (neovisno o djelatnosti, za dijagnoze C00-D48 bez C81-C89), fakturirano ukupno 44% svih DTP postupaka u dnevnim bolnicama, 42% prvih onkoloških pregleda te 30% kontrolnih onkoloških pregleda⁴ (izvor podataka HZZO). U ukupnoj potrošnji lijekova sa liste Posebno skupih lijekova (PSL) u nekliničkim onkološkim centrima, ovisno o vodećoj dijagnozi, potrošeno je od 17 do 30% lijekova u odnosu na ukupnu potrošnju u RH.⁴ Sukladno svemu

Primljeno na znanje.

	<p>navedenom definirati razvoj nekliničkih onkoloških centara epitetom "nažalost" nije primjereno prvenstveno sa stanovišta oboljelih od malignih bolesti kao i članova njihovih obitelji koji svakodnevno koriste onkološku službu u regionalnim centrima. U Nacionalnom planu za borbu protiv raka kao cilj je naveden pružanje jednake i kvalitetne zdravstvene zaštite svim stanovnicima Republike Hrvatske, unatoč relativno ograničenim resursima, neovisno o tome odakle oni dolaze, odnosno gdje se liječe. Trenutačno je u Republici Hrvatskoj jedan od najsuvremenih oblika liječenja malignih bolesti, odnosno imunoterapija, dostupna bolesnicima samo u kliničkim centrima. Ovo ograničenje ne odnosi se samo na rijetke tumore, za koje je po svjetskim standardima liječenje utvrđeno da se najbolji rezultati postižu liječenjem u „high volume“ centrima, već je u RH ovakav pristup prisutan i za tretiranje karcinoma pluća (drugi po učestalosti karcinom u muškoj populaciji u RH). Potrebno je ovdje naglasiti činjenicu da se, sukladno svjetskim standardima liječenja, u budućnosti očekuje i u Hrvatskoj širenje indikacija za primjenu imunoterapije za liječenje pojedinih podtipova karcinoma dojke, kolorektalni karcinom, karcinom prostate... dakle imunoterapija „ulazi“ u terapijske protokole za tretiranje najčešćih tumorskih sijela. Kako ove činjenice utječu za naše bolesnike? Trenutačno 1/3 bolesnika koja ostvaruje pravo na imunoterapiju putuje iz matičnih županija u kliničke bolničke centre u drugima županijama zbog liječenja. Za pacijente iz Dubrovnika to primjerice predstavlja putovanje od 230 km do KBC Split-a, ova su putovanja višekratna, često zahtjevaju prisutnost pratnje koja najčešće predstavlja radno aktivno stanovništvo, tu su i brojni materijalni troškovi vezani uz putovanja... Svi ovi čimbenici, osobito uzimajući u obzir umor kao jedan od vodećih simptoma onkološke bolesti i nuspojave onkološkog liječenja, značajno doprinose nižoj kvaliteti života ovih bolesnika.</p>	
146	<p>OPĆA BOLNICA VARAŽDIN 11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE, A. NACIONALNA ONKOLOŠKA MREŽA Gledajući u cjelini, NPPR za razdoblje od 2020. do 2030. , treba biti fleksibilniji, kako bi se u navedenom periodu bilo moguće prilagoditi eventualno novim izazovima u liječenju (npr. širenje radioterapijske mreže, osnivanje specijaliziranih centara i sl.). Zbog navedenog smatramo da će primjenom u praksi navedenih ograničenja bolesnici kao posljedicu imati smanjenu dostupnost liječenja, te se bolesnici koji gravitiraju nekliničkim ustanovama, čine diskriminiranim u odnosu na mjesta gdje kliničke ustanove postoje. Time se povećava mogućnost lošijeg terapijskog odgovora, stvaranja gužvi na listama čekanja, te u konačnici lošijeg tretmana. Napominjem da putovanje na liječenje u udaljene centre, bolesnika s malignom bolesti u metastatskoj fazi nije etično, za bolesnike predstavlja tjelesni napor, dovodi do bespotrebnog plaćanja putnih troškova, sanitetskih prijevoza, troškova pratnje, izostanaka s posla, gubitka vremena., a KBC I KB nisu spremne prihvatiti sve onkološke bolesnike.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

147	<p>OPĆA BOLNICA VARAŽDIN 11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE, A. NACIONALNA ONKOLOŠKA MREŽA</p> <p>Poglavlje onkološke mreže ponovno ističe samo kliničke ustanove kao nosioce onkološkog liječenja, što je postojećoj praksi nije moguće provesti niti odgovara stvarnom stanju. Iskustvom iz prakse, centralizacijom liječenja koje je provedeno ograničenjem primjene imunoterapije kod bolesnika s karcinomom pluća smjernicom liste lijekova HZZO-a uz klauzulu KL, bolesnici koji su ranije liječeni u našoj ustanovi, sada se upućuju u KBC Kliniku za plućne bolesti Jordanovac. Koko navedena ustanova nema kapacitet za zbrinjavanje tolikog broja bolesnika, rezultat navedenog je taj da liječenje započinje prekasno , a dio bolesnika ga ni ne uspije ostvariti, jer čekanjem bolest ulazi u inkurabilnu fazu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
148	<p>OPĆA BOLNICA VARAŽDIN 11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE, A. NACIONALNA ONKOLOŠKA MREŽA</p> <p>Prijedlog „Nacionalnog plana protiv raka“ (NPPR), predviđa stvaranje onkološke mreže u okviru koje bi navedeni klinički centri predstavljali osnovne točke za provođenje onkološkog liječenja. Neklinički centri također bi se uključivali u nacionalnu onkološku mrežu.⁹ No, u NPPR-u nisu navedeni akreditacijski standardi za ove centre te se nameće pitanje hoće li svi ovi centri postati sastavni dio nacionalne onkološke mreže? Također, iz plana NPPR-a nije jasno koje će biti ovlasti lokalnih centara, odnosno hoće li u aplikaciji sustavnog onkološkog liječenja postojati ograničenja koja će i dalje nametati potrebu putovanja onkoloških bolesnika u kliničke centre zbog primjene onkološke terapije? Stoga je u NPPR-u neophodno navesti: 1. Koje će tijelo biti zaduženo za akreditaciju onkoloških institucija 2. Krijeriji akreditacije onkoloških institucija Na ovaj način svim bi se onkološkim centrima pojasnili kriteriji koje bi trebali zadovoljiti, te bi se, ukoliko u pojedinim segmentima ne zadovoljavaju, nekliničkim onkološkim centrima omogućilo pravovremeno poduzimanje adekvatnih mjera kako bi mogli i dalje uspješno pružati sveobuhvatne usluge onkološke skrbi bolesnicima koji gravitiraju ovim centrima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
149	<p>OPĆA BOLNICA VARAŽDIN 11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE, A. NACIONALNA ONKOLOŠKA MREŽA</p> <p>Opće bolnice s razvijenom onkološkom službom U Republici Hrvatskoj postoji tradicija, stara nekoliko desetljeća, razvoja onkoloških centara u općim bolnicama. Primjenice to su neklinički onkološki centri u Županijskoj bolnici Čakovec, Općoj bolnici Dubrovnik, Općoj bolnici Karlovac, Općoj bolnici Koprivnica, Općoj bolnici Pula, Općoj bolnici Slavonski Brod, Općoj bolnici Šibenik, Općoj bolnici Varaždin i Općoj bolnici Zadar. Sukladno podacima Državnog zavoda za statistiku (DZS) kao i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) u ovim se centrima provodi zdravstvena skrb za 30%</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

stanovništva Republike Hrvatske, osiguranika HZZO-a. U županijama čije bolnice nemaju organiziranu onkološku skrb nalazi se 18% populacije RH te oni onkološku skrb ostvaruju u županijskim/lokalnim onkološkim centrima ili u kliničkim onkološkim centrima, ovisno o mjestu stanovanja. Ostatak od 52% stanovništva obitava u županijama u kojima se nalaze klinički bolnički centri.² Organizacija nekliničkih onkoloških centara U županijskim onkološkim centrima služba onkologije organizirana je većinom u sklopu Djelatnosti za internu medicinu, dok jedino Opća bolnica Zadar ima izdvojenu Djelatnost za onkologiju, ali povezanu s djelatnosti nuklearne medicine. Sve ustanove imaju razvijene onkološke dnevne bolnice. Tijekom 2018. godine u nekliničkim onkološkim centrima radilo je 12 internističkih onkologa i 9 onkologa-radioterapeuta dok je ukupno 15 liječnika bilo na specijalizaciji (12 iz internističke onkologije i 3 iz onkologije s radioterapijom). Popunjavanjem radnih mjesta, sukladno sistematizaciji bolnica kao i odobrenjima ministarstva zdravstva, 2024. godine u ovim će centrima raditi ukupno 50 onkologa. Zajedno, ove bolnice, raspolažu s ukupno 185 onkoloških kreveta, od čega je 89 kreveta u dnevnim bolnicama gdje je zaposleno i 37 medicinskih sestara te je, uz aplikaciju systemske onkološke terapije, za oboljele od malignih bolesti osigurana u 8 centara i potpora psihoonkologa. Pregled rada nekliničkih onkoloških centara tijekom 2018. godine, izvor podataka HZZO Pregledom rada za 2018. godinu u nekliničkim onkološkim centrima navedeni su onkolozi obavili ukupno 65.900 onkoloških pregleda, i to 4.900 prvih pregleda i 61.000 kontrolnih pregleda. Aplikirano je 45.200 kemoterapijskih protokola od čega 33.400 „klasičnih“ kemoterapijskih protokola, 6.000 bioloških terapija i 5.800 ostale sustavne onkološke terapije (TKI inhibitori, hormonska terapija, CDK4/6 inhibitori...³).³ Ukoliko se ove brojke sagledaju s aspekta obavljenih DTP postupaka na razini cijele Hrvatske tada je u svim općim i županijskim bolnicama (neovisno o djelatnosti, za dijagnoze C00-D48 bez C81-C89), fakturirano ukupno 44% svih DTP postupaka u dnevnim bolnicama, 42% prvih onkoloških pregleda te 30% kontrolnih onkoloških pregleda⁴ (izvor podataka HZZO). U ukupnoj potrošnji lijekova sa liste Posebno skupih lijekova (PSL) u nekliničkim onkološkim centrima, ovisno o vodećoj dijagnozi, potrošeno je od 17 do 30% lijekova u odnosu na ukupnu potrošnju u RH.⁴ Sukladno svemu navedenom definirati razvoj nekliničkih onkoloških centara epitetom „nažalost“ nije primjereno prvenstveno sa stanovišta oboljelih od malignih bolesti kao i članova njihovih obitelji koji svakodnevno koriste onkološku službu u regionalnim centrima. U Nacionalnom planu za borbu protiv raka kao cilj je naveden pružanje jednake i kvalitetne zdravstvene zaštite svim stanovnicima Republike Hrvatske, unatoč relativno ograničenim resursima, neovisno o tome odakle oni dolaze, odnosno gdje se liječe. Trenutačno je u Republici Hrvatskoj jedan od najsuvremenih oblika liječenja malignih bolesti, odnosno imunoterapija, dostupna bolesnicima samo u kliničkim centrima. Ovo ograničenje ne odnosi se samo na rijetke tumore, za koje je po svjetskim standardima liječenja utvrđeno da se najbolji rezultati postižu liječenjem u „high volume“ centrima, već je u

	<p>RH ovakav pristup prisutan i za tretiranje karcinoma pluća (drugi po učestalosti karcinom u muškoj populaciji u RH). Potrebno je ovdje naglasiti činjenicu da se, sukladno svjetskim standardima liječenja, u budućnosti očekuje i u Hrvatskoj širenje indikacija za primjenu imunoterapije za liječenje pojedinih podtipova karcinoma dojke, kolorektalni karcinom, karcinom prostate.... dakle imunoterapija „ulazi“ u terapijske protokole za tretiranje najčešćih tumorskih sijela. Kako ove činjenice utječu za naše bolesnike? Trenutačno 1/3 bolesnika koja ostvaruje pravo na imunoterapiju putuje iz matičnih županija u kliničke bolničke centre u drugima županijama zbog liječenja. Za pacijente iz Dubrovnika to primjerice predstavlja putovanje od 230 km do KBC Split-a, ova su putovanja višekratna, često zahtjevaju prisutnost pratnje koja najčešće predstavlja radno aktivno stanovništvo, tu su i brojni materijalni troškovi vezani uz putovanja... Svi ovi čimbenici, osobito uzimajući u obzir umor kao jedan od vodećih simptoma onkološke bolesti i nuspojave onkološkog liječenja, značajno doprinose nižoj kvaliteti života ovih bolesnika.</p>	
150	<p>Ivica Belina 11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE, A. NACIONALNA ONKOLOŠKA MREŽA Iz cijelog je prijedloga nacionalne onkološke mreže izostavljena mreža akreditiranih onkoloških ustanova za multidisciplinarnu obradu, dijagnostiku i liječenje onkoloških pacijenata, sa jasnim standardima u smislu kadrova, sastava multidisciplinarnog tima, opreme, načina donošenja odluka u hodogramima liječenja onkoloških pacijenata. takva mreža je preduvjet i za elektronsku onkološku mrežu, sa definiranim i standardiziranim načinom unosa podataka.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
151	<p>Natalija Dedić Plavetić 11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE, MJERE/AKTIVNOSTI Prva mjera bi bila analiza postojećeg (zatečenog) stanja. Treba učiniti preciznu analizu, od analize trenutno dostupnih kadrovskih resursa, opreme, krevetnog fonda, analize broj obrađenih, liječenih bolesnika po ustanovi, analize učinjenih DTS i DTP postupaka po ustanovi, itd...te potom definirati potrebe za budućnost do 2030. što je obuhvaćeno planom. Trenutno ne znamo čime zapravo raspolažemo, a zagazili smo već u prvu godinu desetogodišnjeg razdoblja kojeg Plan obuhvaća, od 2020. do 2030. Općenito bi za predložene mjere i aktivnosti trebalo imati i zadane vremenske rokove.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
152	<p>Miroslav Mađarić 11. USPOSTAVLJANJE NACIONALNE ONKOLOŠKE MREŽE, KONTROLA KVALITETE, NADZOR I IZVJEŠĆIVANJE, B. NACIONALNA BAZA ONKOLOŠKIH PODATAKA Ovdje se spominju ovlaštene internetski portali o onkologiji. Nažalost toga nema nigdje drugdje u Nacrtu, dakle neizvjesna je provedba na osnovi ovoga programa. Zato predlažem na odgovarajuće mjesto u Programu staviti sljedeći tekst: "Uspostavlja se službeni internetski portal o onkologiji na kojem će</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

	<p>se objavljivati: * izvješća o provođenju ovog Nacionalnog programa * svi dokumenti vezani uz Nacionalni program (provedbeni planovi, obavijesti, upute, smjernice, statistike, ...) * statistička izvješća (npr. o djelotvornosti liječenja i dinamici postupaka po liječnicima i ustanovama, rezultati retrospektivnih analiza, ...) Rokovi: * tehnička uspostava portala i objava postojećih dokumenata Nacionalnog programa: rujan 2020. * noveliranje Nacionalnog programa i aktualni planovi, smjernice, obavijesti, upute: kontinuirano ažurno * izvješća: u skladu s planom provedbe programa * statistike: kvartalno"</p>	
153	<p>Natalija Dedić Plavetić NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 12. INTEGRIRANA ANALIZA ISPLATIVOSTI NACIONALNOG PLANA Potrebno je uključiti renomirane stručnjake ekonomske struke u radnu skupinu koja se bavi analizama isplativosti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
154	<p>VEDRAN LOVRINČEVIĆ NACRT NACIONALNOG PLANA PROTIV RAKA 2020.-2030., 12. INTEGRIRANA ANALIZA ISPLATIVOSTI NACIONALNOG PLANA Ne samo Plana. Uključite i ekonomske fakultete i druge institucije koje Vam mogu pomoći u izradi analiza zajedno s medicinskom strukom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>