

STRATEGIA WALKI Z RAKIEM

STANOWISKO WSPÓLNE:

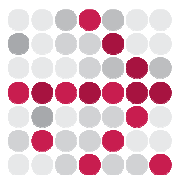
- Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO) reprezentowanego przez prof. dr hab. Jacka Jassemę – Przewodniczącego Zarządu Głównego PTO;
- Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK) reprezentowanego przez prof. dr hab. Macieja Krzakowskiego – Prezesa PTOK;
- Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (PTChO) reprezentowanego przez prof. dr hab. Piotra Rutkowskiego – Prezesa PTChO;
- Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej (PTRO) reprezentowanego przez prof. dr hab. Krzysztofa Składowskiego – Prezesa PTRO;

oraz

- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLR w P), reprezentowanego przez dr n. med. Tomasza Tomasika – Prezesa KLR w P,
- Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (PTMR), reprezentowanego przez prof. dr hab. Kazimierza Wardynę – Prezesa PTMR.

w sprawie nakreślenia ram współpracy w zakresie zwalczania chorób nowotworowych w Polsce.

Strony deklarują, że będą wspólnie i zgodnie podejmować wysiłki zmierzające do szczegółowego zaplanowania, wdrożenia i oceny działań podejmowanych przez lekarzy rodzinnych i podstawową opiekę zdrowotną w zakresie zwalczania nowotworów.



STRATEGIA WALKI Z RAKIEM

Dokument dotyczy określenia podziału zadań pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a onkologicznym leczeniem specjalistycznym oraz na określeniu zasad ich organizacji i finansowania, z uwzględnieniem współpracy pomiędzy lekarzami poszczególnych specjalności z innymi pracownikami opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i pozostałymi interesariuszami w systemie zwalczania chorób nowotworowych.

Podstawowe zasady leżące u podstaw Porozumienia

- Zachowanie bezpieczeństwa zdrowotnego (w tym subiektywnego, odczuwanego przez pacjenta) w trakcie całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz w czasie nadzoru po zakończeniu leczenia.
- Przypisanie ról zgodne z kompetencjami i możliwościami organizacyjnymi i finansowymi obu części systemu (podstawowa opieka zdrowotna/ system świadczeń onkologicznych).
- Optymalizacja podziału ról i zadań, z perspektywy wnoszonych nakładów i osiągniętych efektów.

Porozumiewające się strony zgadzają się że, lekarze MR/POZ powinni odgrywać aktywną rolę w następujących działaniach dotyczących zwalczania nowotworów (rys.1):

a/ Promocja zdrowia i redukcja czynników ryzyka wystąpienia nowotworów (prewencja pierwotna)

b/ Ocena czynników ryzyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów (prewencja wtórna)

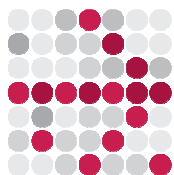
c/ Koordynacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego poprzedzającego rozpoznanie nowotworu

d/ Koordynacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego dla osób:

- po przebytych leczeniu, to jest chorych, u których osiągnięto wyleczenie lub długotrwałą poprawę stanu zdrowia. Osoby te wymagają okresowych badań i czujności nakierowanej na wykrywanie potencjalnych ognisk wznowy, a także ewentualnego zaopatrzenia odległych następstw choroby.
- z kontynuowanym leczeniem – to jest osób, u których przez pewien czas po głównym leczeniu nowotworowym prowadzone jest przedłużone systemowe leczenie uzupełniające (np. lekami hormonalnymi w raku piersi).
- z chorobą w fazie przewlekłej – to jest osób, u których nie udało się wyleczyć choroby nowotworowej i które kontynuują leczenie (często o charakterze paliatywnym).

Strony uznają konieczność koordynacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego chorych na nowotwory złośliwe. Zwykle proces ten składa się z trzech głównych etapów:

- etap 0 – postępowanie z osobą zdrową podlegającą opiece lekarza MR/POZ,



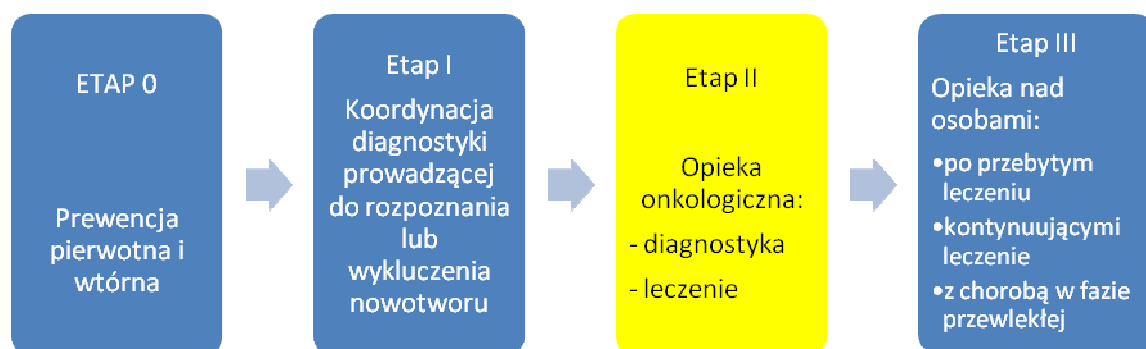
STRATEGIA WALKI Z RAKIEM

- etap I – diagnostyczny - od podejrzenia do potwierdzenia rozpoznania nowotworu i ustalenia jego zasięgu, który powinien się zakończyć wykluczeniem nowotworu lub określeniem jego lokalizacji (także wielu lokalizacji), postawieniem rozpoznania histopatologicznego oraz określeniem stadium zaawansowania. Etap ten nie powinien trwać dłużej niż 2-3 tygodnie.

- etap II – od rozpoznania i ustalenia zasięgu nowotworu do zakończenia podstawowego leczenia obejmującego zwykle zabieg chirurgiczny lub radioterapię, z ewentualnym uzupełniającym leczeniem systemowym. Etap ten, w zależności od rozpoznania, trwa od kilku dni (np. prosty zabieg chirurgiczny) do kilkunastu miesięcy (np. skojarzone leczenie z udziałem chirurgii, radioterapii i chemioterapii).

- etap III – następujący po etapie terapeutycznym, który może obejmować wieloletnie uzupełniające leczenie systemowe (np. leczenie hormonalne w raku piersi), ale może być również ograniczony do okresowych badań pod kątem ewentualnych nawrotów nowotworu lub późnych następstw przebytego leczenia.

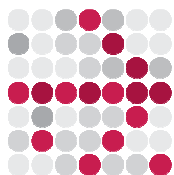
Rys. 1. Etapy opieki zdrowotnej związanej ze zwalczaniem chorób nowotworowych



Szczegółowe rozwiązania do powyższych zagadnień staną się przedmiotem uzgodnień pomiędzy delegowanymi przedstawicielami środowisk onkologicznego i medycyny rodzinnej (poz). Poniżej przedstawione zostały wstępne koncepcje odnoszące się do wymienionych powyżej zagadnień.

Ad a/ Promocja zdrowia i zmniejszenie czynników ryzyka wystąpienia nowotworów (prewencja pierwotna)

Promocja zdrowia to umacnianie zdrowia poprzez edukację, tworzenie warunków i udzielanie wsparcia w perspektywie jednostki i lokalnej społeczności. Zdrowa dieta, aktywność fizyczna, niepalenie i umiar w spożywaniu alkoholu – to najważniejsze elementy promowania zdrowego stylu życia.



STRATEGIA WALKI Z RAKIEM

Lekarze medycyny rodzinnej oraz szerzej lekarze POZ (zwani dalej *lekarzami MR/POZ*), zajmują szczególną pozycję w systemie ochrony zdrowia, która najbardziej predestynuje ich do identyfikacji czynników ryzyka wystąpienia nowotworów i wpływania na zmniejszenie ich nasilenia w populacji osób będącej pod ich opieką. Co ważne, czynniki zwiększające ryzyko chorób nowotworowych (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, otyłość, brak aktywności fizycznej) stanowią równocześnie czynniki ryzyka innych chorób (takich jak choroby serca, cukrzyca i choroby neurodegeneracyjne), stanowiących w Polsce dominujące obciążenie zdrowotne (*burden of disease*).

W związku z tym rekomenduje się podejmowanie przez lekarzy:

1. Wdrożenia minimalnej interwencji antytytoniowej w POZ
2. Wdrożenia minimalnej interwencji antyalkoholowej w POZ
3. Opracowania i wdrożenia interwencji zmieniającej nawyki żywieniowe Polaków
4. Opracowania i wdrożenia rekomendacji dotyczących prozdrowotnej aktywności fizycznej

W celu uzyskania odpowiedniego poziomu jakości ww. interwencji, uznaje się, że należy opracować definiujące je wytyczne/zalecenia kliniczne. Wytyczne/zalecenia te powinny być wspólnym dziełem towarzystw naukowych reprezentujących lekarzy MR/POZ oraz lekarzy-onkologów. Sposób ich implementacji powinien uzyskać akceptację Rady Przejrzystości Agencji Oceny Technologii Medycznych a Narodowy Fundusz Zdrowia powinien zapewnić ich odpowiednie finansowanie.

Ad b/ Ocena czynników ryzyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów (prewencja wtórna)

W zakresie prewencji wtórnej lekarze MR/POZ powinni spełniać dwa istotne zadania:

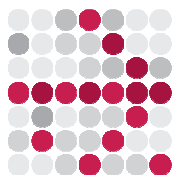
1. identyfikować występowanie czynników ryzyka w populacji swoich podopiecznych,
2. wykazywać czujność onkologiczną i w przypadkach podejrzenia nowotworu podejmować bezzwłocznie właściwe działania.

Zasady identyfikacji czynników ryzyka, ich monitorowania w populacji podopiecznych oraz sposoby zmniejszania ich wpływu, powinny przyjąć formę wytycznych/zaleceń opracowanych wspólnie przez środowiska lekarzy POZ oraz specjalistów dziedzin onkologicznych. Dodatkową wartością wzmoczonej opieki nad populacją osób z czynnikami ryzyka powinny być zgromadzone dane, pozwalające na ocenę skali występowania tych czynników zarówno dla celów bieżącego zarządzania nimi (*risk management*) jak i dla celów naukowo-badawczych. Realizacja celów badawczo-naukowych będzie zależała od pozyskania dodatkowych środków finansowych.

Najważniejszym celem pozyskiwania informacji o występowaniu wybranych czynników ryzyka jest wykorzystanie tej wiedzy do podejmowania efektywnych kosztowo działań interwencyjnych. Działania nieosiągające efektywności kosztowej w populacji ogólnej, mogą się okazać opłacalne w grupach podwyższonego ryzyka zidentyfikowanego dzięki pracy lekarza MR/POZ. Analizy naukowe w pierwszym rzędzie powinny służyć potwierdzeniu lub wykluczeniu skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji (np. programów przesiewowych).

W zakresie wczesnego wykrywania nowotworów rola lekarzy POZ powinna obejmować w szczególności:

- 1/ czujność onkologiczną – szczególne wyczulenie na występowanie objawów mogących sugerować chorobę nowotworową,



STRATEGIA WALKI Z RAKIEM

Lekarze MR/POZ i lekarze-onkolodzy powinni wypracować metody podwyższania czujności onkologicznej, w szczególności poprzez publikowanie odpowiednich wytycznych (np. „dekalogu onkologicznego”) oraz proponowanie łatwo dostępnych szkoleń (np. e-learningowych) dla lekarzy POZ oraz lekarzy innych dziedzin nieonkologicznych.

2/ zachęcanie do udziału w badaniach przesiewowych,

Działania te w powinny być w szczególności adresowane do osób, które spontanicznie nie wykazują wystarczającej motywacji do uczestnictwa w tych badaniach. Sposoby angażowania i ewentualnych bodźców finansowych i organizacyjnych, powinny zostać uzgodnione w konsultacjach reprezentantów obu środowisk oraz z udziałem NFZ.

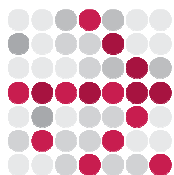
3/ możliwość podejmowania bezzwłocznie wstępnych badań potwierdzających/wykluczających chorobę nowotworową.

Trzeci z aspektów związany jest z formalnymi kompetencjami lekarzy POZ oraz z kolejkami do specjalistów, w szczególności specjalności onkologicznych. Należy wypracować zasady i kryteria, według których lekarze POZ mieliby możliwość zlecenia badań umożliwiających rozpoznanie lub wykluczenie nowotworu. W szczególności wspomniane zasady i kryteria mogłyby przybrać postać wytycznych postępowania, opracowanych wspólnie przez lekarzy POZ i specjalistów dziedzin onkologicznych. Zasady te powinny uzyskać odzwierciedlenie w zarządzeniach prezesa NFZ, dotyczących rozliczania świadczeń zdrowotnych, umożliwiając tym samym ich właściwe finansowanie.

W związku z powyższym rekomenduje się podejmowanie następujących działań:

1. Przygotowanie i prowadzenie programu ciągłego kształcenia lekarzy MR/POZ poprawiającego ich czujność onkologiczną.
2. Przygotowanie i prowadzenie programu edukacyjnego dla mieszkańców Polski, dotyczącego objawów mogących świadczyć o chorobie nowotworowej,
3. Określenie możliwych do zidentyfikowania czynników ryzyka najczęstszych nowotworów u mężczyzn i kobiet. Opracowanie wytycznych w tym zakresie i ich wdrożenie, wraz z finansowaniem ze strony NFZ.
4. Opracowanie wytycznych dotyczących badań przesiewowych, z uwzględnieniem ograniczania interwencji do zawężonych grup o podwyższonym ryzyku. Konieczne jest uwzględnienie zaleceń WHO dotyczących badań przesiewowych.
5. Opracowanie wytycznych i ich wdrożenie, z zapewnieniem finansowania przez NFZ, w zakresie pakietu badań diagnostycznych dostępnych dla lekarza rodzinnego, w celu wczesnego i opłacalnego wykrywania przypadków chorób nowotworowych.

Wytyczne/zalecenia powinny być wspólnym dziełem towarzystw naukowych reprezentujących lekarzy MR/POZ oraz lekarzy-onkologów. Sposób ich implementacji powinien uzyskać akceptację Rady Przejrzystości Agencji Oceny Technologii Medycznych a Narodowy Fundusz Zdrowia powinien zapewnić odpowiednie finansowanie tych interwencji.



STRATEGIA WALKI Z RAKIEM

Ad c/. Koordynacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego poprzedzającego rozpoznanie nowotworu

Akcentując potrzebę samodzielnego rozwiązywania kwestii organizacyjnych przez kierownictwo placówek MR/POZ, wydaje się zasadne określenie ramowych zasad ich pracy, jako koordynatorów opieki w tym etapie.

Jednym z najistotniejszych problemów pacjentów jest sprawne przeprowadzenie procesu diagnostycznego w przypadku podejrzenia zmian nowotworowych. Lekarze MR/POZ powinni odgrywać w tym, etapie istotną rolę, co nie oznacza przejęcia jego realizacji w pełnym zakresie. Uznaje się, że docelowo istotną część zadań z zakresu specjalistycznej diagnostyki należałoby powierzać planowanym *ośrodkom szybkiej diagnostyki* (OSD). Dopóki jednak ta wyspecjalizowana forma organizacyjna nie istnieje i nie potwierdzi swojej wyższej skuteczności, to na lekarzach MR/POZ spoczywać będzie zadanie koordynacji tego etapu działań.

Dla lekarzy MR/POZ ważne jest umożliwienie dostępu do „pierwszego” onkologa-konsultanta (np. w OSD), oraz konsultacje lekarz-lekarz (omówione poniżej).

Lekarze MR/POZ powinni zostać wyposażeni w wytyczne postępowania w przypadku podejrzenia wystąpienia nowotworu stworzone wspólnie przez towarzystwa naukowe lekarzy MR/POZ oraz lekarzy-onkologów. Lekarze MR/POZ powinni zostać także wyposażeni w informację o ośrodkach rozszerzonej diagnostyki onkologicznej oraz ich możliwościach jakościowych i ilościowych, by pacjenta skierowanego przez lekarza MR/POZ szybko przyjąć.

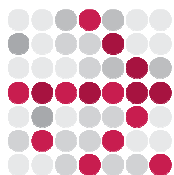
W związku z tym rekomenduje się podejmowanie następujących działań:

1. Określenie podziału zadań między lekarzami POZ i onkologami w przypadku najczęstszych i najważniejszych chorób nowotworowych
2. Określenie i wdrożenie zasad komunikowania się w sprawach związanych z postępowaniem z pacjentem onkologicznym (konsultacje *lekarz-lekarz*)
3. Określenie sieci placówek kompetentnych w diagnostyce onkologicznej (np. OSD), które będą współpracować z lekarzami MR/POZ, w szczególności w formie konsultacji lekarz-lekarz.

Ad d/ Koordynacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego dla osób po przebytych leczeniu onkologicznym

Uznaje się, że lekarze MR/POZ powinni przejmować od lekarzy-onkologów opiekę nad pacjentami po fazie intensywnego leczenia choroby nowotworowej. Dla celów niniejszego dokumentu pacjentów tych podzielono na trzy grupy:

- po przebytych leczeniu – to jest osób, u których osiągnięto wyleczenie lub długotrwałą poprawę stanu zdrowia. Osoby te wymagają okresowych badań i czujności nakierowanej na wykrywanie potencjalnych nawrotów choroby, a także ewentualnego zaopatrzenia odległych następstw leczenia.
- z kontynuowanym leczeniem – to jest osób, u których przez pewien czas po głównym leczeniu nowotworowym prowadzone jest przedłużone systemowe leczenie uzupełniające (np. lekami hormonalnymi w raku piersi).



STRATEGIA WALKI Z RAKIEM

- z chorobą w fazie przewlekłej – to jest osób, u których nie udało się wyleczyć choroby nowotworowej i które kontynuują leczenie (często o charakterze paliatywnym).

Wymieniony w powyższym punkcie etap jest jednym z naturalnych obszarów współpracy lekarzy MR/POZ ze specjalistami dziedzin onkologicznych. Z wielu powodów (łatwiejszy dostęp, zdjęcie wieloletniego stygmatu przebytej choroby nowotworowej, pełna możliwość zrealizowania opieki w warunkach POZ) należy dążyć do przejścia przez lekarzy MR/POZ tego etapu opieki onkologicznej.

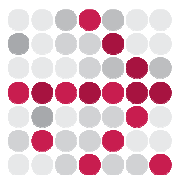
Wystąpienie choroby nowotworowej u jednego z członków rodziny powoduje zaburzenie w jej funkcjonowaniu. Lekarz rodzinny opiekuje się nie tylko samym pacjentem, ale także pozostałymi członkami rodziny. Jego rola powinna polegać na analizowaniu reakcji na informację o chorobie, zmniejszaniu napięcia emocjonalnego i stresu w fazie diagnostyki i określania rokowania, wyjaśnianiu i tłumaczeniu rodzinie znaczenia informacji uzyskanych samodzielnie (np. przez Internet), nakłanianiu do przyjęcia postawy wspierającej pacjenta, pomocy w kształtowaniu się nowych relacji wewnątrz rodziny oraz relacji z personelem medycznym, przygotowaniu rodziny na ewentualne skutki terapii, nawrotów, progresji choroby, przygotowaniu rodziny do postępowania i opieki w stanie terminalnym, kierowaniu do pomocy psychiatrycznej i psychologicznej, zapewnieniu wsparcia rodzinie po śmierci pacjenta.

W tym procesie należy zachować szczególną empatię, z uwzględnieniem stanu fizycznego i psychicznego chorego po przebytym leczeniu onkologicznym.

Należy założyć możliwość wykorzystania współpracy systemu opieki społecznej, organizacji pozarządowych, oraz wolontariatu do wspierania pacjentów po przebytym leczeniu. Koordynacja tych działań powinna pozostawać pod opieką lekarza MR/POZ i personelu pomocniczego.

Rekomenduje się podejmowanie następujących działań:

1. Przygotowanie przez oba środowiska wytycznych postępowania u osób po zakończeniu leczenia poszczególnych nowotworów.
2. Praktyka przekazywania listu lekarskiego od lekarza-onkologa do lekarza MR/POZ, w którym powinny być zawarte szczególne uwarunkowania i zadania, jakie należy podejmować wobec danego chorego.
3. Praktyka utrzymywania roboczego kontaktu lekarza MR/POZ z lekarzem-onkologiem, w celu incydentalnych konsultacji oraz w razie konieczności wykonania specjalistycznych procedur diagnostyczno-leczniczych (w tym konsultacji lekarz-lekarz).
4. Przygotowanie wytycznych i wypracowanie modelowych rozwiązań praktycznych w ramach pilotaży współpracy lekarzy rodzinnych z zespołami opieki paliatywnej i hospicjami.
5. Przygotowanie pakietu edukacyjnego dla rodziny i opiekunów chorego.



Zagadnienia uzupełniające

1. Praktyka konsultacji profesjonalnej (lekarz – lekarz)

Zarówno na etapie rozpoznawania nowotworu (etap I), jak i po zakończeniu zasadniczej fazy leczenia (etap III), istotną rolę w zapewnieniu jakości opieki może spełnić możliwość specjalistycznej konsultacji uzyskanej przez lekarza MR/POZ od lekarza-onkologa, bez konieczności odsyłania pacjenta do tego lekarza.

W polskiej praktyce tzw. *konsultacji specjalistycznych* lekarz, który dostrzega potrzebę konsultacji ze specjalistą, wypisuje na ogół skierowanie dla pacjenta i wysyła go do specjalisty (czasem bez istotnych informacji). Zgodnie z aktualnymi regulacjami i wymogami NFZ, w imię fałszywie pojętej wolności wyboru lekarza przez pacjenta, lekarz rodzinny nie ma nawet prawa wskazać specjalisty z imienia i nazwiska. U specjalisty w określonej dziedzinie (np. onkologii) pacjent uzyskuje poradę i często dalsza opieka odbywa się już u tego specjalisty. Lekarz kierujący bardzo często nie otrzymuje żadnej informacji zwrotnej, pacjent nie wraca do niego, a nawet jeśli wraca, to cała informacja o podjętych działaniach oparta jest na relacji pacjenta i posiadanych przez niego dokumentach medycznych.

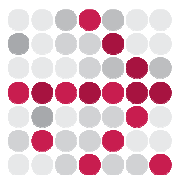
Proponujemy zatem możliwość zdefiniowania usługi, która polega na konsultacji lekarza (np. lekarza medycyny rodzinnej) udzielonej przez lekarza (np. dziedzin onkologicznych).

Usługa polegać miałaby na tym, że:

1. Lekarz proszący o konsultację przygotowuje informację/dokumentację na temat pacjenta
2. Dokumentacja przesyłana jest do lekarza konsultującego
3. Lekarze ustalają sposób dokonania konsultacji:
 - a. Pisemny
 - b. Telefoniczny
 - c. Wideofoniczny (np. Skype).
4. W przypadku drugiego i trzeciego sposobu, lekarze umawiają się na termin kontaktu
5. W terminie kontaktu lekarze nawiązują ze sobą łączność, ewentualnie w obecności pacjenta w gabinecie lekarza proszącego o konsultację.
6. Celem takiej konsultacji byłoby w szczególności:
 - a. Uzyskanie porady co do konieczności skierowania pacjenta na diagnostykę lub specjalistyczne leczenie,
 - b. Uzyskanie potwierdzenia/opinii nt. słuszności podejmowanych działań
 - c. Zaspokojenie potrzeby pacjenta dot. uzyskania konsultacji z lekarzem specjalistą.

Umożliwienie realizacji (i finansowania) tego typu usług powinno się przyczynić do:

- a. Zmniejszenia kolejek w opiece specjalistycznej (ponieważ pacjenci pozostaną pod opieką lekarzy POZ),
- b. Podwyższenie wiedzy i za tym idącej jakości opieki sprawowanej przez lekarzy POZ,
- c. Oszczędzenia pacjentowi czasu, wydatków i uciążliwości związanych z podróżą w celu uzyskania specjalistycznej konsultacji,



STRATEGIA WALKI Z RAKIEM

- d. Podejmowanie decyzji klinicznych z mniejszym ryzykiem przeoczenia istotnych informacji, wskutek lepszej komunikacji.

Powyższe propozycje wymagają jednak istotnych zmian obowiązujących regulacji prawnych, gdyż konsultacje udzielane nie pacjentowi, a drugiemu lekarzowi, podobnie jak konsultacje telefoniczne nie są w żaden sposób rozpoznawane i finansowane jako świadczenia zdrowotne.

2. Angażowanie pracowników oraz wolontariuszy w opiece nad przewlekłe chorymi

Starzenie się populacji i poprawa skuteczności leczenia prowadzi do szybkiego zwiększania się populacji osób z chorobami przewlekłymi, w tym osób po leczeniu z powodu nowotworu złośliwego. Dotyczy to zarówno osób wyleczonych, jak i z czynną chorobą nowotworową, u których zakończono proces onkologicznego leczenia, ale wymagających np. opieki o charakterze paliatywnym lub pielęgnacyjnym. Liczba takich osób będzie stale rosła, przy czym nie wszystkie z nich będą potrzebowały długoterminowej opieki lekarskiej, szpitalnej czy paliatywnej w stacjonarnej formie.

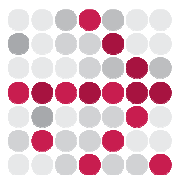
W celu odciążenia lekarzy-onkologów, a także lekarzy MR/POZ należy określić i wypracować zasady opieki sprawowanej przez inne osoby, w szczególności:

- pielęgniarki środowiskowe/opieki długoterminowej w zakresie czynności odpowiadających ich kwalifikacjom,
- pracowników opieki społecznej, w zakresie potrzeb pozamedycznych (socjalnych),
- wolontariuszy/pomocy sąsiedzkiej i środowiskowej, w zakresie innych potrzeb (w tym emocjonalnych).
- pakiet edukacyjny dla rodziny, najbliższych opiekunów chorego

Przy korzystaniu z każdej z wymienionych form opieki, pacjent i jego opiekun powinni mieć świadomość, że w razie konieczności oprócz łatwo dostępnej opieki lekarza rodzinnego i jego zespołu, możliwa i dostępna będzie także specjalistyczna pomoc onkologiczna.

Uwagi końcowe

Mając na uwadze zakres oraz skalę działań niezbędnych do realizacji zadań określonych w niniejszym Stanowisku, strony deklarują wolę wspólnego poszukiwania źródeł finansowania oraz innych narzędzi pozwalających zrealizować cele w całości lub w poszczególnych częściach.



STRATEGIA WALKI Z RAKIEM

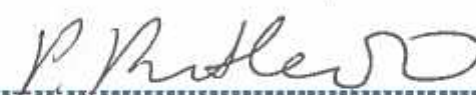
Prof. dr hab. Jacek Jassem, Przewodniczący Zarządu Głównego PTO



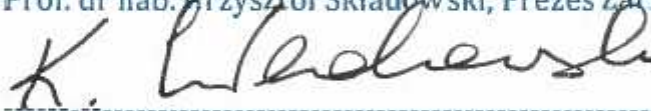
Prof. dr hab. Maciej Krzakowski, Prezes Zarządu PTOK

24


Prof. dr hab. Piotr Rutkowski, Prezes Zarządu PTChO



Prof. dr hab. Krzysztof Skłodowski, Prezes Zarządu PTRO



Dr n. med. Jacek Łuczak, KLR w P



Prof. dr hab. Kazimierz Wardyn, Prezes Zarządu Głównego PTMR

24
