

Преузето са www.pravno-informacioni-sistem.rs

На основу члана 16. став 2. Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС”, број 107/05) и члана 42. став 1. Закона о Влади („Службени гласник РС”, бр. 55/05, 71/05 – исправка, 101/07 и 65/08),

Влада доноси

УРЕДБУ

о Националном програму „Србија против рака”

„Службени гласник РС”, број 20 од 19. марта 2009.

Члан 1.

Овом уредбом утврђује се Национални програм „Србија против рака” и уређује се спровођење здравствене заштите којом се обухватају активности на превенцији рака.

Члан 2.

Активности на превенцији рака спроводе се по Националном програму из члана 1. ове уредбе, који садржи утврђени циљ, активности и очекивани резултат.

Национални програм из члана 1. ове уредбе одштампан је уз ову уредбу и чини њен саставни део.

Члан 3.

Ова уредба ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

05 број 110-1485/2009

У Београду, 13. марта 2009. године

Влада

Први потпредседник Владе –
заменик председника Владе,

Ивица Дачић, с.р.

НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ „СРБИЈА ПРОТИВ РАКА”

1. Увод

Малигни тумори, после болести срца и крвних судова, представљају најчешћи узрок оболевања и умирања људи како у свету тако и у нашој земљи. Према проценама Светске здравствене организације, преко 22 милиона људи у свету живи са раком. Сваке године у свету се региструје 11 милиона новооболелих, од чега око 60% у земљама у развоју, док седам милиона људи умре од малигнух болести (1,2). Сваке године у Републици Србији се дијагностикује око 32.000 нових случајева малигнух болести, а годишње од рака у Републици Србији умре око 20.000 људи.

Због високе учесталости малигнух обољења и њихове високе стопе смртности ради спровођења превенције и раног откривања малигнух тумора, али и боље дијагностике, лечења и неге оболелих, Скупштина Светске здравствене организације усвојила је на свом 58. заседању у Женеви 2005. године Резолуцију о превенцији и контроли рака (WHA 58.22 Cancer prevention and control). Резолуција указује на потребу израде и спровођења свеобухватних националних програма превенције и контроле малигнух болести.

Превенција малигнух болести има огроман јавно-здравствени потенцијал и представља најефикаснији приступ контроли малигнух болести. На више од 80% свих малигнух болести могуће је утицати спречавањем или модификовањем фактора ризика, тј. спречавањем почетка болести. Уколико до болести ипак дође, њен је исход могуће побољшати раним откривањем, терапијом и рехабилитацијом уз одговарајуће палијативно збрињавање.

Циљ је да се побољша здравље становништва Републике Србије и превенира настанак малигнух болести, посебно код особа са повећаним ризиком за њихов настанак. Циљ је и побољшање квалитета живота већ оболелих од малигнух болести, којима су неопходни ефикасно лечење, адекватна контрола симптома и компликација, контрола нежељених ефеката лечења, као и психолошка, социјална и духовна подршка пацијенту и породици.

Одговарајућа примена знања на свим нивоима здравствене заштите, али пре свега свеобухватна мобилизација нације у борби против рака, има вишеструку корист. Свеобухватна и интегрисана акција усмерава се на превентабилне факторе ризика и унапређење и јачање система здравствене заштите у циљу ефикасније превенције и контроле малигнух болести.

С обзиром на чињеницу да малигне болести имају заједничке факторе ризика (пушење, конзумирање алкохола, неправилна исхрана, физичка неактивност) и социјално-економске детерминанте са другим хроничним незаразним болестима, малигне болести обухваћене су и Европском стратегијом за превенцију и контролу хроничних незаразних болести из 2006. године. Малигне болести биће предмет и стратегије за превенцију и контролу хроничних незаразних болести, која ће бити усмерена на факторе ризика заједничке за све хроничне незаразне болести, према томе и за малигне болести. Поред ове и друге стратегије и национални програми укључују специфичне мере и активности усмерене на превенцију и контролу малигну болести.

Министарство здравља иницирало је план активности за активно учешће нације у борби против рака у виду Националног програма за борбу против рака (у даљем тексту: Програм). Програм прецизно дефинише циљеве и специфичне мере са детаљном динамиком реализације. Програм представља интегрисану акцију друштва усмерену на факторе ризика и социјално-економске детерминанте здравља уз активно укључивање и одговорност свих сектора. Циљ је да побољша здравље становништва Републике Србије и превенира настанак малигну болести, посебно код особа са повећаним ризиком за њихов настанак. Циљ је и побољшање квалитета живота већ оболелих од малигну болести, којима су неопходни ефикасно лечење, адекватна контрола симптома и компликација, контрола нежељених ефеката лечења, као и психолошка, социјална и духовна подршка пацијенту и породици.

Национални програм има потенцијал за одрживи, координисан, свеобухватан, тимски приступ у превенцији и контроли малигну болести у Републици Србији. Примена Програма значи да ће се у наредних пет година:

- смањити смртност од малигну болести;
- продужити живот оболелих од малигну болести;
- побољшати квалитет живота оболелих и њихових породица.

2. Оптерећење малигну болестима у Републици Србији – анализа постојеће ситуације

У Републици Србији бележи се релативно висока инциденца и морталитет од малигну тумора, као и висока учесталост фактора ризика. Значајан проблем представља и непрепознавање ризичног понашања и недовољно коришћење позитивних искустава у спровођењу програма превенције и раног откривања малигну тумора из развијених земаља Европе и света.

После кардиоваскуларних болести, малигни тумори представљају најчешћи узрок умирања у нашој земљи. У Републици Србији 2006. године од рака је умрло 20.217 особа (11.495 мушкараца и 8.722 жена) (табела 1). Стандардизована стопа морталитета износила је 202,7 на 100.000, што је Републику Србију сврстало међу земље са средњим ризиком од умирања од малигних болести у Европи. Стандардизоване стопе морталитета од рака биле су више у АП Војводини, а ниже у Републици Србији без података за територију АП Косово и Метохија, у односу на републички просек.

Табела 1. Морталитет од малигних тумора према полу у Републици Србији, 2006. година

Сви малигни тумори (C00-C97)			Пол		
			Мушкарци	Жене	Укупно
Подаци за територију Републике Србије	за	Број умрлих	11.495	8.722	20.217
		Морталитет*	319,0	229,1	272,8
		Станд. морталитет**	257,8	159,0	202,7
Подаци за територију Војводина	за	Број умрлих	3.527	2.576	6.103
		Морталитет*	362,7	250,1	304,8
		Станд. морталитет**	317,5	177,9	237,0
Подаци за територију Републике	за	Број умрлих	7.968	6.146	14.114
	Србије				

без података за
територију АП
Косово и Метохија

Морталитет*	302,8	221,3	260,9
Станд. морталитет**	238,1	152,0	190,6

Извор: непубликовани подаци Републичког завода за статистику обрађени у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

* на 100.000 становника

** према стандардној популацији Европе

На основу података Републичког завода за статистику запажено је да се број умрлих особа од малигнух тумора у периоду 1997–2007. године повећао за 20,3% (од 16.973 до 20.417). Током последње деценије дошло је до пораста стопа морталитета од свих малигнух тумора, код мушкараца за 11,7% (од 235,0/100,000 до 262,5/100,000) и код жена за 7,0% (од 146,8/100,000 до 157,1/100,000). Забележен је пораст морталитета од свих водећих локализација малигнух тумора код мушкараца осим од рака желуца. Стандардизоване стопе морталитета за рак желуца опале су за 20,1% (од 19,1/100,000 до 15,9/100,000), а истовремено порасле стопе морталитета за малигне туморе простате (за 32,4%), дебелог црева и ректума (за 16,0%), плућа (за 15,0%) и панкреаса (за 12,4%) . И код жена је у истом периоду дошло до пораста морталитета од свих водећих локализација малигнух тумора осим од рака желуца који показује пад смртности за 16,7% (од 8,4/100,000 до 7,2/100,000 становника). Стопе морталитета порасле су за малигне туморе плућа (за 43,8%), рак грлића материце (за 9,4%), рак дојке (за 4,1%) и рак дебелог црева и ректума (за 1,8%). Најчешћи узроци умирања и код мушкараца и код жена били су они малигни тумори који су били и најчешћи узроци оболевања (табела 2).

Табела 2. Морталитет од водећих локализација малигнух тумора према полу, Република Србија, 2006. година

Локализација малигног тумора (шифре према МКБ- 10)		Пол			
		Мушкарци	Жене	Укупно	
Плућа и бронх (Ц34)	Број	3.693	1.136	4.829	
	Сирови морталитет*	102,5	29,8	65,2	
	Станд. морталитет**	82,9	21,5	49,4	
	Колон и ректум (Ц18-Ц20)	Број	1.358	1.045	2.403
	Сирови морталитет*	37,7	27,4	32,4	
	Станд. морталитет**	29,7	17,9	23,1	
	Дојка (Ц50)	Број	36	1.574	1.610
	Сирови морталитет*	1,0	41,3	21,7	
	Станд. морталитет**	0,8	29,6	16,6	
	Грлић материце (Ц53)	Број	-	481	-
	Сирови морталитет*	-	12,6	-	
	Станд. морталитет**	-	10,0	-	
Простата (Ц61)	Број	901	-	-	
	Сирови морталитет*	25,0	-	-	
	Станд. морталитет**	19,6	-	-	
	Желудац (Ц16)	Број	665	402	1.067
	Сирови морталитет*	18,5	10,6	14,4	
	Станд. морталитет**	14,7	6,9	10,4	

морталитет**

Извор: непубликовани подаци Републичког завода за статистику обрађени у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

* на 100.000 становника

** према стандардној популацији Европе

У односу на 1999. годину у 2005. години стопе инциденције свих локализација рака у Републици Србији, без података за територију аутономних покрајина, порасле су код мушкараца за 21,8% (од 321.3/100,000 на 391.5/100,000 становника), а код жена за 16.8% (од 276.3/100,000 на 322.7/100,000 становника).

Мушкарци у Републици Србији, без података за територију аутономних покрајина, највише су оболевали од рака плућа, колона и ректума, простате, мокраћне бешике, желуца и панкреаса. Од 1999. до 2005. године уочен је пораст у оболевању мушкараца од свих водећих локализација малигних тумора, осим од рака желуца. У односу на 1999. годину, у 2005. години стандардизоване стопе инциденције су порасле код малигних тумора простате за 60,3%, рака мокраћне бешике за 36,6%, рака дебелог црева и ректума за 28,6% и рака плућа за 15,5% (табела 2).

Код жена малигни процес је најчешће био локализован на дојци, колону и ректуму, грлићу материце, плућима, телу материце и желуцу. Уз извесне варијације у вредностима инциденције, у периоду од 1999. до 2005. године забележен је пораст у оболевању жена од свих водећих локализација малигних тумора, осим од рака грлића материце, где је запажено смањење стопе инциденције за 3,5% (од 31.3/100,000 на 30.2/100,000 становника). Стопе инциденције порасле су код малигних тумора дебелог црева и ректума за 24,6%, рака плућа за 23,7%, тела материце за 17,1% и дојке за 6,8%.

Од свих малигних тумора који су анализирани у студији „Оптерећење болестима и повредама у Србији“, оптерећење раком плућа је на првом месту (59.088 DALY-ја), а затим следе колоректални рак (26.007 DALY-ја), рак дојке (23.868 DALY-ја), рак желуца (16.487 DALY-ја) и рак грлића материце (8.230 DALY-ја), што укупно износи 133.689 DALY-ја (4).

3. Циљеви, оквир и водећи принципи Програма

3.1. Циљеви Програма

- Смањење броја новооболелих од малигних болести.
- Смањење броја умрлих од малигних болести.

- Побољшање раног откривања малигних болести.
- Унапређење дијагностике и лечења малигних болести.
- Унапређење квалитета живота оболелих од малигних болести и њихових породица.
- Обезбеђење оболелима од малигних болести одговарајућег стандарда услуга на свим нивоима здравствене заштите.
- Унапређење научних истраживања у онкологији.

3.2. Водећи принципи Програма

Водећи принципи на којима се заснивају активности предвиђене Програмом јесу:

- остваривање циљева Програма представља одговорност целе заједнице;
- циљеве је могуће остварити само кроз мултисекторску сарадњу и интерсекторско улагање у очување и унапређење здравља;
- сваки сектор друштва је одговоран за утицај својих активности на здравље;
- мере и активности предвиђене Програмом базирају се на расположивим научним сазнањима и препорукама међународних стручних удружења;
- свеобухватан и интегрисан приступ подразумева планирање, координацију, праћење и евалуацију активности чиме се побољшава ефикасност предузетих мера и оптимизује коришћење расположивих ресурса.

3.3. Кључне компоненте Програма

Свеобухватни приступ за спровођење Програма карактерише се истовременим:

- промовисањем програма за унапређење здравља и услова радне и животне средине на популационом нивоу и програма за превенцију болести (примарна превенција);
- усмеравањем на особе са високим ризиком и обезбеђивањем одговарајуће дијагностике и терапије (секундарна превенција);
- максималним повећањем броја људи којима ће бити пружени ефикасно лечење и нега (терцијарна превенција);

– обезбеђивање услова за квалитетан живот кроз примену мера рехабилитације и палијативног збрињавања.

Стратешки план за мобилизацију нације против рака предвиђа неколико показатеља који одговарају циљевима исхода за планирани петогодишњи период.

3.3.1. Превенција

Програми превенције фактора ризика за настанак малигних болести примењени у целој земљи.

Циљ: број пушача би требало да буде умањен за 5% међу младима, а за 3% код одраслих, смањити проценат гојазних, повећати свакодневни унос воћа и поврћа и повећати физичку активност.

3.3.2. Рано откривање – скрининг

Национални програми за рано откривање (скрининг) рака грлића материце, рака дојке и колоректалног карцинома, треба да буду примењени у целој земљи. Планира се да се у наредном петогодишњем периоду: 45% жена старости од 45 до 69 година прегледа за рак дојке; 75% жена старости од 25 до 69 година – за рак грлића материце; да се обави тестирање и читавање теста на окултно крварење код 40% мушкараца и жена узраста од 50 до 70 година са просечним ризиком за рак дебелог црева позваних на тестирање.

3.3.3. Дијагностика и лечење – организација и обухват здравственом заштитом

У оквиру система здравствене заштите 100% обухват пацијената националним програмима онколошке здравствене заштите са обезбеђеном дијагностиком, лечењем и палијативним збрињавањем. Унапредити процедуре које обезбеђују једнаку доступност дијагностике и лечења, од постављања сумње, до спроведеног лечења.

3.3.4. Палијативно збрињавање и рехабилитација

Палијативно збрињавање је приступ који побољшава квалитет живота пацијента и породице, суочавајући се са проблемима који прате болести, које угрожавају живот, кроз превенцију и отклањање патње путем раног откривања и непогрешиве процене и лечења бола и других симптома као и лечења компликација саме болести или терапијских процедура. Рехабилитација пружа могућност за стварање квалитетнијег живота.

3.3.5. Едукација

Доступна, довољна и континуирана едукација на свим нивоима пре свега у виду побољшања основне обуке у онкологији у оквиру основних студија медицине, побољшања обуке за остале профиле здравствених радника и здравствених сарадника, континуиране медицинске едукације, едукације нездравственог сектора и едукације становништва.

3.3.6. Истраживања у онкологији

Главни циљ истраживања је побољшање пријављивања малигних болести и унапређење већ постојећег регистра за рак као система за праћење малигних болести у Републици Србији који би обухватио целокупно становништво Републике Србије. Међутим, унапређење истраживања подразумева и обезбеђивање спровођења истраживања у онкологији, примену скрининга учесталости генских алтерација и њиховог спектра, истраживања биологије тумора различитих локализација, као и клиничка истраживања.

4. Превенција

Превенција подразумева предузимање неопходних корака за смањење високоризичног понашања.

Програм за борбу против рака спроводиће се на свим нивоима здравствене заштите у оквиру здравствених установа на примарном (домови здравља, заводи), секундарном (болнице) и терцијарном (клинике, институти, клиничко-болнички, клинички центри) нивоу здравствене заштите, као и у заводима и институтима за јавно здравље. У пружању онколошке здравствене заштите грађанима укључени су изабрани лекари (опште медицине, гинеколози) и лекари специјалисти различитих специјалности (интерне медицине, дерматологије), а у области дијагностике и специјалисти радиологије.

Постојећи постелни капацитети стационарних здравствених установа (секундарног и терцијарног нивоа) из Уредбе о Плану мреже здравствених установа („Службени гласник РС”, бр. 42/06, 119/07 и 84/08), који су искључиво опредељени за лечење оболелих од малигних болести приказани су у табели 3. Спровођење протокола лечења пацијената у наведеним установама организује се и у оквиру дневних болница.

Назив установе	Број постеља	Број лечених	Број дана	б.о. постеља у %	Заузетост
1. Институт за онкологију Војводине Сремска Каменица	239	8.111	66.851	77	
2. Институт за плућне болести Војводине Сремска Каменица	72	2.077	20.305	77	
3. Институт за онкологију и радиологију Србије	362	12.191	133.755	101	
4. КБЦ „Бежанијска коса” – одељење онколошке хирургије	16	711	4.160	71	
5. КБЦ „Звездара” – одељење онкологије	26	765	8.428	79	
6. КЦ Крагујевац – Клиника за онкологију	82	1.890	29.646	99	
7. Општа болница Кладово	60	965	16.678	76	
8. КЦ Ниш – Клиника за онкологију „Кнез село”	125	2.981	32.385	71	
Укупно	982	29.691	312.208	87	

Извор: Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут”, 2007. година

4.1. Примарна превенција (кораци 1–6)

Примарна превенција подразумева активности усмерене на унапређење и очување здравља и спречавање настанка обољења кроз смањење изложености факторима ризика или кроз позитивно понашање. Процењује се да би примарна превенција могла да спречи настанак чак две трећине свих случајева рака.

Активности примарне превенције обухватају:

- здравствено просвећивање становништва;
- превенцију пушења;
- унапређење исхране, промоцију физичке активности и превенцију гојазности;
- превенцију инфекција значајних за настанак малигних болести;
- превенцију и заштиту од прекомерног излагања ултраљубичастим зрацима;
- заштиту од канцерогених агенаса у животној и радној средини.

4.1.1. Здравствено просвећивање становништва (корак 1)

Организовање медијских кампања усмерених на очување и унапређење здравља, превенцију и рано откривање малигних болести.

Обезбеђивање извора адекватних информација о превенцији и лечењу рака (интернет презентација, штампани материјали, инфо телефон и др.).

Укључивање едукације о здрављу у наставни програм установа предшколског, основног и средњег образовања кроз заједничке програме Министарства здравља и Министарства просвете.

4.1.2. Превенција пушења (корак 2)

4.1.2.1. Заштита од изложености дуванском диму

Унапређење и примена закона и других прописа како би сва јавна места и радна места била без дуванског дима.

Подизање свести становништва о штетности пасивног пушења кроз медијске кампање и едукативне програме намењене школама, јавним и приватним предузећима и др.

4.1.2.2. Смањење учесталости пушења у популацији

Подизање нивоа знања у популацији о штетности пушења.

Спровођење закона о забрани рекламирања и промоције дуванских производа, као и спонзорства јавних догађаја од стране дуванске индустрије.

Обука здравствених, просветних и социјалних радника и запослених у локалној самоуправи техникама одвикавања од пушења.

Осмишљавање, примена и унапређење програма за превенцију и одвикавање од пушења у здравственим установама, образовним установама, на радним местима и местима за бављење спортом, користећи „најбољу праксу“ за одвикавање од пушења.

Повећање доступности фармацеутских производа који се користе у лечењу зависности од дувана.

Примена одредаба Закона о дувану („Службени гласник РС“, бр. 101/05, 63/06, 10/07, 67/07, 18/08 и 73/08) којима је забрањена продаја дуванских производа малолетним лицима.

4.1.3. Унапређење исхране, повећање физичке активности и превенција гојазности (корак 3)

Промоција здравих стилова живота кроз кампање и едукативне програме за унапређење исхране, повећање физичке активности и превенцију гојазности.

Спровођење прописа о здравственој безбедности и квалитету намирница.

Указивање на значај декларисања намирница (састојци, калоријска вредност, присуство адитива и др.).

4.1.4. Превенција инфекција значајних за настанак малигних болести (корак 4)

Спровођење програмске имунизације против хепатитиса Б.

Спровођење мера за превенцију трансмисије хепатитис Ц вируса.

Израда и примена препорука за имунизацију против хуманог папилома вируса.

Израда и примена препорука за откривање и лечење инфекција бактеријом *Helicobacter pylori*.

4.1.5. Превенција и заштита од прекомерног излагања УВ зрацима (корак 5)

Повећање знања о опасностима прекомерног излагања УВ зрачењу и начинима превенције као и промена ставова и понашања становништва кроз медијске кампање, едукативне програме, континуирано информисање становништва о ризицима (УВ индекс и др.) и едукација здравствених и просветних радника.

Доношење законске регулативе везане за рад соларијума и других вештачких извора УВ.

4.1.6. Заштита од изложености канцерогеним агенсима (корак 6)

4.1.6.1. Професионална изложеност канцерогеним агенсима

Развијање механизма за праћење особа изложених канцерогеним ризицима на радном месту и побољшање дијагнозе рака повезаног са радом.

Развијање дугорочног праћења експозиције на послу-јачање механизма за контролу канцерогених супстанци

Унапређење мера за смањење изложености канцерогеним агенсима у радној средини.

Тежња ка већој укључености запослених у медицини рада у кампањама за забрану пушења на радном месту.

4.1.6.2. Заштита од изложености канцерогеним агенсима у животној средини

– Обавеза укључивања процене ризика од рака у студијама утицаја индустријског места.

Покретање студија о утицају канцерогених агенаса (диоксин, олово, прашина, бензен, радон, арсеник, електромагнетно зрачење, мале дозе јонизујућег зрачења итд.).

– Откривање и третирање места контаминираних једном или више супстанци са познатим канцерогеним ефектом и праћење популације која је изложена.

– Праћење загађивача и израда програма за очување животне средине у сарадњи са другим секторима и министарствима

4.2. Рано откривање и скрининг (кораци 7–11)

Уколико се болест дијагностикује у почетној фази, лечење је ефикасније и јефтиније.

Рано откривање подразумева препознавање раних симптома или знакова болести.

Скрининг подразумева прелиминарну идентификацију до тада непрепознате болести применом скрининг теста у здравој (асимптоматској) популацији. Организовани скрининг програм подразумева да се све особе одређених година старости и пола на одређеној територији позивају на прегледе путем писмених позива на кућну адресу; ови позиви се по потреби понављају ради што већег одазива.

Циљ програма је увођење и унапређење организованих националних скрининг програма за три локализације: рак дојке, рак грлића материце, рак дебелог црева.

4.2.1. Рано откривање симптома – знакова болести (корак 7)

Едукација здравствених радника за препознавање раних симптома – знакова малигних болести и за одговарајућу дијагностику и збрињавање пацијената.

Здравствено просвећивање становништва о раним симптомима-знацима малигних болести.

4.2.2. Скрининг за рак дојке (корак 8)

- Имплементација Националног програма за превенцију рака дојке.
- Обезбеђивање одговарајућих капацитета за скрининг (опрема, кадрови).
- Здравствено просвећивање жена о значају редовних прегледа.
- Едукација здравствених радника о значају и начину спровођења скрининга.

4.2.3. Скрининг за рак грлића материце (корак 9)

- Покретање Националног програма за превенцију рака грлића материце у што већем броју здравствених установа које ће учествовати у спровођењу наведеног програма.

- Здравствено просвећивање жена о значају редовних прегледа.
- Едукација здравствених радника за спровођење скрининга.
- Обезбеђивање одговарајућих капацитета за скрининг (опрема, кадрови).

4.2.4. Скрининг за рак дебелог црева (корак 10)

- Доношење Националног програма за превенцију колоректалног карцинома.
- Здравствено просвећивање о значају редовних прегледа.
- Едукација здравствених радника о значају и начину спровођења скрининга.
- Обезбеђивање одговарајућих капацитета за скрининг (опрема, кадрови).

4.2.5. Развој капацитета за тестирање наследне предиспозиције за рак (корак 11)

Неопходно је развити капацитете за генетско тестирање односно откривање генских алтерација које доводе до наследне предиспозиције за малигне болести (мутације БРЦА гена и др.).

Ови капацитети поред лабораторија обухватају и генетска саветовалишта као и формирање националног регистра породица са наследном предиспозицијом за рак.

Посебни превентивни програми развијају се за здраве особе са потврђеном генском алтерацијом.

4.3. Секундарна превенција – дијагностика и лечење (корак 12)

Дијагностика малигнух болести обухвата широк дијапазон активности које се спроводе у различитим установама и на различитим нивоима здравствене заштите.

Неопходно је обезбедити да дијагноза буде постављена у што је могуће краћем року и да пацијент буде упућен у одговарајућу установу.

Први корак у збрињавању рака јесте правилна дијагноза, што захтева комбинацију прецизних клиничких претрага и дијагностичких процедура. Дијагноза рака може се поставити директно, визуелизацијом захваћеног

места, нпр. бронхоскопијом, езофагоскопијом, медијастиноскопијом, колоноскопијом или колпоскопијом итд. И кад изгледа да је ткиво малигно, за потврду малигнитета мора се учинити биопсија.

Кад се једном постави дијагноза малигне болести неопходно је додатно испитивање како би се одредио степен њене проширености.

Лечење треба да се спроводи на основу препорука или протокола заснованих на доказима и усклађених са препорукама међународних стручних организација. Онколошко лечење је мултидисциплинарно, а одлуку о лечењу доноси тим стручњака одговарајућих специјалности. Одлуке о терапијском приступу, као и одлуке о избору пацијаната доносе се на одговарајућим комисијама које су именоване у складу са овим програмом.

Примарни циљеви лечења рака јесу:

- излечење;
- продужење квалитетног живота;
- унапређење квалитета живота.

Излечење, у овом контексту је дефинисано као испуњење очекивања о нормалном животу и састоји се од три важне компоненте:

- опоравак од свих знакова присуства болести;
- постизање стадијума са минималним ризиком или без ризика за поновно јављање болести;
- враћање функционалног здравља.

Основне методе лечења јесу: хирургија, радиотерапија, хемиотерапија (укључујући хормонску и другу терапију) и психосоцијална подршка.

Ефекат лечења рака увелико зависи од локализације болести и бројних других фактора.

4.3.1. Улога хирургије

Хирургија има важну улогу у дијагностици, одређивању стадијума (стажирању) и лечењу локалних тумора. Хирургијом се могу успешно лечити рано откривени солидни тумори. Циљ хирургије за обољења преостала након радиотерапије или хемиотерапије, јесте да обезбеди контролу локалне болести, као и боље шансе за адјувантно лечење. Хирургија је ретко индикована код пацијената са метастатском болешћу, а има и значајну улогу у ургентној онкологији.

4.3.2. Улога радиотерапије

Радиотерапија је, као најважнија метода у лечењу локалних форми рака, равноправна са хирургијом. Она се често примењује и пре хируршког захвата, као и после операције без јасних ексцизионих ивица. Палијативна радиотерапија је веома значајна код животно угрожених пацијената. Уколико је радиотерапија индикована, пацијент може бити лечен коришћењем две врсте опреме: телетерапијом или брахитерапијом. За обе технике обезбеђивање квалитета је најбитније, што захтева и сарадњу са службом медицинске физике.

4.3.3. Улога хемиотерапије

Хемиотерапија може довести до излечења одређених форми рака, чак и када је болест проширена. Хемиотерапија је такође ефикасна код палијације многих обољења. Адјувантна терапија је третман који се додаје примарно дефинитивној терапији, а у одсуству макроскопских знакова болести. Неoadјувантна хемиотерапија примењује се код одмаклих форми неких солидних тумора. Тренутно је у употреби више од стотину цитостатика. Светска здравствена организација направила је листу тзв. есенцијалних цитотоксичних лекова. Ова листа лекова представља базу националне политике за хемиотерапију у циљу решавања проблема рака у земљи.

4.3.4. Улога терапије матичним ћелијама

Данас се трансплантација матичним ћелијама (МЋ) у комбинацији са интензивном радио-хемиотерапијом примењује у лечењу великог броја хематолошких и нехематолошких, углавном малигних болести, као што су хроничне и акутне леукемије, лимфоми, мултипли мијеломи, солидни тумори, карциноми бубрега и дојке и други солидни тумори и неки аутоимунски поремећаји. Ефекат лечења помоћу трансплантације МЋ није увек исти – између осталог, зависи од врсте, облика и стадијума основног обољења, година болесника и термина трансплантације. Циљ унапређења дијагностике и лечења је обезбеђивање благовремене, оптималне и свим становницима Републике Србије доступне дијагностике и терапије малигних болести.

Мере које доприносе реализацији ових циљева сагледавају се у:

– промени организационе структуре медицинских установа које се баве лечењем;

– онколошких пацијената, проширењем постојећих и повећањем капацитета за дијагностику и лечење.

4.3.5. Промена организационе структуре медицинских установа које се баве лечењем онколошких пацијената (корак 13)

Министар здравља оснива Националну канцеларију за рак (у даљем тексту: Канцеларија) као посебну радну групу – професионално компетентно тело са дефинисаним улогама и одговорностима, које је одговорно министру здравља. Канцеларија ће бити задужена за координацију свих учесника који спроводе Програм и представљаће основну подршку Републичкој стручној комисији за рак Министарства здравља.

Канцеларија координише израду националних протокола и водича, предлаже стандарде, планира, спроводи, координише и надзире програме превенције и ране дијагностике, надгледа и евалуира регистре за рак.

У референтним установама ће се спроводити свеобухватно мултидисциплинарно лечење онколошких пацијената. Сходно демографској структури Републике Србије спроводиће се терапијске процедуре према протоколима Канцеларије. Референтне установе ће у исто време представљати установе које врше надзор над применом протокола лечења у здравственим установама (онколошким диспанзерима и сл.).

Здравствене установе које пружају здравствену заштиту пацијентима оболелим од малигних болести биће стручно и методолошки тесно повезане са референтном установом и у случају потребе ће спроводити и конзилијарне одлуке које су донете на нивоу референтне установе.

4.3.6. Проширење постојећих и повећање капацитета (корак 14)

Број објеката за дијагностику и праћење (снимање магнетном резонанцијом, ЦТ скенери, ПЕТ скенери, мамографи и др.), као и број уређаја за планирање и спровођење зрачне терапије биће, према евидентираним потребама, повећан.

Омогућиће се равноправан приступ свим, па и скупим, иновативним лековима који су предложени од стране Канцеларије, сходно претходном одобрењу одговарајућих институција у Републици Србији.

4.4. Терцијарна превенција (корак 15–19)

Психо-социјална подршка подразумева обезбеђивање подршке не само у погледу одговарајуће дијагностике и лечења, већ и развојем додатне подршке, ране рехабилитације и палијативног збрињавања за оболеле од малигних болести и њихове породице.

4.4.1. Терапије подршке (корак 15)

4.4.1.1. Палијативно збрињавање и супортивна терапија

Палијативно збрињавање је приступ који побољшава квалитет живота пацијента и породице, суочавајући се са проблемима који прате болести, које угрожавају живот, кроз превенцију и отклањање патње путем раног откривања и непогрешиве процене и лечења бола и других симптома као и лечења компликација саме болести или терапијских процедура. Палијативно збрињавање обухвата период од дијагнозе болести до краја периода жалости због губитка члана породице. Палијативно збрињавање је интердисциплинарни, мултипрофесионални приступ, захтева тимски рад, информисање болесника и њихово учешће у доношењу одлуке о лечењу, континуирану бригу која подразумева мрежу и координацију служби које тај континуитет обезбеђују.

Супортивна терапија неопходна је у свим фазама малигних болести, укључујући у то и болеснике који имају потенцијално излечиву болест. Пружање психосоцијалне подршке оболелом и породици подразумева препознавање забринутости, неспоразума, финансијских проблема, као и подршку докторима медицине који спроводе палијативно збрињавање, онколозима и другим члановима тима како би се спречио синдром сагоревања на радном месту.

Палијативно збрињавање је брига како здравствених служби, тако и целе заједнице, стога је неопходно успостављање међуресорне сарадње, укључивање локалне самоуправе, образовних и социјалних установа, као и ангажовање цивилног друштва, цркве и међународних организација.

4.4.1.2. Социјална инклузија оболелих од малигних обољења (корак 16)

Задржавање радног места, уколико код оболелог не постоји умањена радна способност (према извештају о оцени радне способности од стране лекара специјалисте), односно распоређивање на друго радно место у оквиру квалификације, евентуална доквалификација или преквалификација, у складу са законом.

4.4.1.3. Помоћ родитељима деце оболеле од малигних болести (корак 17)

Побољшање у овој области ће тежити лакшем приступу у остваривању права на посебно боловање родитеља деце оболеле од малигних болести и одговарајућим нивоима новчане накнаде (без умањења) у време одсуства са посла једног од родитеља због неге оболелог детета.

4.4.1.4. Подстицање и подржавање улоге удружења пацијената и родитеља оболелих,

добровољаца, као и других удружења (корак 18)

Драгоцена је улога удружења: пацијената, родитеља оболеле деце, волонтера и фондација. Њихова активност је комплементарна са активностима здравствених радника и здравствених сарадника.

4.4.1.5. Увођење програма и активности везаних за унапређење психолошког статуса онколошких пацијената и чланова породица (корак 19)

Неопходно је ангажовање одговарајућег броја психолога у свим специјализованим установама у којима се дијагностикују и лече особе са малигним болестима. Психолози су неопходни на свим нивоима, од постављања дијагнозе до терминалне фазе болести. Такође је значајно едуковање пацијената и чланова њихових породица од стране доктора медицине, медицинских техничара и здравствених сарадника. На овај начин, пацијенти и чланови породице обавештавају се о дијагнози и начину лечења.

4.5. Едукација (кораки 20–24)

4.5.1. Побољшање основне обуке у онкологији (корак 20)

Осавремењавање и унапређивање наставних програма факултета медицинске струке са циљем да онкологија буде адекватно заступљена на свим нивоима студија.

4.5.2. Побољшање обуке за остале профиле здравствених радника и здравствених сарадника (корак 21)

Осим високообразовног здравственог кадра и сви други профили здравствених радника и здравствених сарадника морају бити едуковани кроз посебно развијене програме који на адекватан начин третирају онкологију као национални проблем у складу са њеним значењем: психолози са онколошким усмерењем, физичари и физико-хемичари који раде у медицини, медицинске сестре и техничари.

4.5.3. Континуирана медицинска едукација (корак 22)

Међу здравственим радницима свих профила ће се спроводити континуирана медицинска едукација, у складу са Правилником о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике („Службени гласник РС”, број 130/07).

4.5.4. Едукација нездравственог сектора (корак 23)

Побољшање знања о факторима ризика за настанак малигнух болести и успостављање интерсекторске сарадње ради формирања заједничких циљева у вези са јавним здрављем и превенцијом малигнух болести.

4.5.5. Едукација становништва (корак 24)

Развијање едукативних кампања за информисање јавности о факторима ризика за настанак малигнух болести.

Развијање програма за едукацију усмереног на факторе ризика за настанак малигнух болести путем система едукације од основне школе до универзитета.

4.6. Истраживања у онкологији (кораци 25–28)

4.6.1. Обезбеђивање спровођења истраживања у онкологији (корак 25)

Научно истраживање у онкологији и његово спровођење у здравственим установа, може се обављати у складу са законом.

Истраживања у онкологији треба да буду усмерена на транслациона истраживања. Потребно је подизати технолошку и кадровску спремност у циљу спровођења оваквих истраживања.

4.6.2. Скрининг учесталости и спектра генских алтерација који доводе до наследне предиспозиције за канцер у Републици Србији (корак 26)

Досадашња истраживања су показала да у различитим популацијама може да постоји различит спектар мутација које носе наследну предиспозицију нпр. за наследни карцином дојке и јајника, наследни неполипозни карцином дебелог црева, фамилијарна аденоматозна полипоза, МЕН1, МЕН2 итд.

4.6.3. Истраживање биологије тумора различитих локализација (корак 27)

Истраживања која доприносе прогнози и предвиђању одговора на терапију ће дефинисати субгруписање болесника у прогностичке групе, не само на основу класичних параметара прогнозе, већ ће се и сагледати улога нових маркера за рану дијагнозу, прогнозу болести, предвиђање одговора и праћење одговора на антиканцерску терапију, као и развој нових биолошких терапија.

Истраживања која дефинишу молекуарно праћење минималне резидуалне болести.

Основни циљ је да се минимална резидуална болест детектује пре клиничких знакова поновног јављања болести.

Истраживање имунологије тумора подразумева испитивање регулаторних механизма везаних за имуномодулацију у малигним болестима.

4.6.4. Клиничка истраживања (корак 28)

Кроз клиничка истраживања у онкологији треба да се утврди подношљивост и ефикасност биолошких циљаних терапија, нових хемиотерапијских лекова, као и ефикасност нових режима примене хемиотерапије, радиотерапије у комбинацији са хирургијом или самостално.

5. Мониторинг и евалуација (кораи 29–30)

Мониторинг подразумева праћење програма примарне превенције, раног откривања и скрининга, дијагностике и лечења, психосоцијалне подршке, едукације и истраживања у онкологији, што подразумева праћење индикатора који се односе на смањење инциденције и преваленције малигних болести, побољшања квалитета живота оболелих, бољи обухват прегледима за рано откривање, побољшање ставова и знања у односу на факторе ризика за малигне болести.

Извештаје о плану рада и извршењу служби за онколошку здравствену заштиту на сва три нивоа (примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита) и мишљење о извршењу, заводи и институти за јавно здравље достављају Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и Канцеларији.

Републичка стручна комисија за онкологију два пута годишње процењује интеграцију и спровођење Програма и доноси мере за његово побољшање и унапређење.

6. Финансирање

Средства потребна за спровођење овог програма обезбедиће се из буџета Републике Србије. Средства намењена за спровођење Програма одређиваће се сваке године у зависности од динамике коришћења средстава и планираних активности за текућу годину.