

ПРЕВЕНЦИЈА У ФУНКЦИЈИ ЗАШТИТЕ ЗДРАВЉА
У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

SERBIAN ACADEMY OF SCIENCES AND ARTS

PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH
AND HEALTH CARE SYSTEM
Book II

PREVENTION IN THE FUNCTION
OF HEALTH PROMOTION
IN REPUBLIC OF SERBIA

Editor
Academician
LJUBIŠA RAKIĆ

BELGRADE 2019

СРПСКА АКАДЕМИЈА НАУКА И УМЕТНОСТИ

ПРОБЛЕМИ ЈАВНОГ ЗДРАВЉА
И СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
Књига II

ПРЕВЕНЦИЈА У ФУНКЦИЈИ
ЗАШТИТЕ ЗДРАВЉА
У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Уредник
академик
ЉУБИША РАКИЋ

БЕОГРАД 2019

Издаје
Српска академија наука и уметности
Кнеза Михаила 35, Београд

Технички уредник
Никола Стевановић

Лектор и коректор
Невена Ђурђевић

Тираж
400 примерака

Штампа
ЈП Службени гласник, Београд

САДРЖАЈ

CONTENTS

Љубисав Ракић, <i>Превенција у функцији заштитне здравља у Републици Србији</i>	7
Ljubisav Rakić, <i>Disease prevention in the function of health promotion</i>	14
Татјана Пекмезовић, Дарија Кисић Тепавчевић, <i>Концепти превенције: од науке до имплементације</i>	15
Tatjana Pekmezović, Darija Kisić Tepavčević, <i>Concept of prevention: from science to implementation</i>	24
Верица Јовановић, <i>Превентивне активности у систему здравствене заштите у Републици Србији</i>	25
Verica Jovanović, <i>Preventive activities in the system of health protection in Republic of Serbia</i>	34
Драган Мицић, Весна Бјеговић-Микановић, <i>Могућности превенције у здравственом систему Србије: проблеми и перспективе</i>	37
Dragan Micić, Vesna Bjegović-Mikanović, <i>Possibilities of prevention in health care system of Serbia: problems and perspectives</i>	55
Радан Џодић, <i>Превентивне активности у систему здравствене заштите у Републици Србији</i>	57
Radan Džodić, <i>Preventive activities in the health care system in the Republic of Serbia</i>	86
Весна Књегинић, <i>Финансирање превентивне здравствене заштите у Републици Србији</i>	87

ПРЕВЕНТИВНЕ АКТИВНОСТИ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

РАДАН ЦОДИЋ^{1,2}

С а ж е т а к. – Превенција малигнух болести има огроман јавно-здравствени значај и представља најефикаснији приступ контроли малигнух болести. На више од 80% свих малигнух болести могуће је утицати спречавањем или модификовањем фактора ризика, тј. спречавањем настанка болести. Једноставним мерама: елиминацијом пушења, избегавањем употребе алкохола, правилном и здравом исхраном и довољном физичком активношћу, број новооболелих од рака се може редуковати за 40%.

Републичка стручна комисија за онкологију предложила је Министарству здравља план активности за активно учешће нације у борби против рака, у виду Националног плана за борбу против рака 2018–2023. према француском моделу.

Сарадња Републике Србије са француском Владом и најпрестижнијим француским институцијама за лечење рака датира још од 2002. године. У оквиру пројекта Реформе високог школства, чији је координатор са српске стране био аутор овог текста Радан Цодић, око 100 онколога Србије и Црне Горе различитих профила усавршавало се у најбољим онколошким центрима у Француској, а трошкове усавршавања сносила је француска Влада. Поред тога, потписан је петогодишњи уговор о сарадњи у области онкологије између Универзитета, Медицинског факултета и Института „Пјер и Марија Кири“ у Паризу и Универзитета, Медицинског факултета у Београду и Института за онкологију и радиологију Србије, 15. децембра 2016. године у Паризу.

С обзиром на квалитет француског *Plan cancer*-а, сарадњу у области онкологије која траје дуже од деценије, исти је адаптиран за наше услове и биће дат Влади Србије на усвајање.

Циљ овог Плана је да се превенцијом и раним откривањем рака, применом савременог хируршког, радиотерапијског лечења, као и лечења иновативним лековима, излечи што више болесника, уз очување квалитета живота током лечења болести, али и после лечења.

Ради веће ефикасности, потребно је да се оптимизује руковођење Планом и програмима у борби против рака, као и да се у потпуности укључе болесници и корисници здравственог система. Овај План треба да буде део националне здравствене стратегије.

Само целовитом применом Плана биће могуће смањити смртност од злоћудних болести у Србији, која ће бити поредива са смртношћу од рака у развијеним земљама.

Кључне речи: рак, превенција, дијагностика, лечење, национални план

¹ Медицински факултет Универзитета у Београду

² Институт за онкологију и радиологију Србије

НАЦИОНАЛНИ ПЛАН БОРБЕ ПРОТИВ РАКА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ 2018–2023. године

План припремљен на основу француског Националног плана борбе
против рака и искуства

1. УВОД

После болести срца и крвних судова, малигни тумори су најчешћи узрок оболевања и умирања људи у већини земаља у развоју, па и у Србији. Према проценама Светске здравствене организације, оболевање од малигних болести у свету порасло је са 12,7 милиона у 2008. години, на 14,1 милиона људи у 2012. години. До 2032. године очекује се да ће оболети 25 милиона људи широм света, односно, оболевање од рака ће порастати за 70%. У 2012. години, према истом извору, од свих локализација малигних тумора умрло је 8,2 милиона људи широм света. Највећи пораст и у оболевању и умирању у следећих двадесет година биће у неразвијеним и средње развијеним земљама, где је већи пораст популације и дужи животни век, али постоје и велике разлике у социоекономском статусу. И даље ће неразвијене земље, као последица високе преваленције инфекције хуманим папилома вирусом (ХПВ), непостојања ХПВ имунизације и одговарајућих превентивних програма (скрининга), доминирати у оболевању и умирању од карцинома грлића материце. У средње развијеним земљама и даље ће водећи малигни тумори бити они који се доводе у везу са начином живота (пушење, конзумирање алкохола, физичка неактивност и неправилна исхрана), као што су малигни тумори плућа, дојке, дебелог црева и ректума. Сваке године у Републици Србији дијагностикује се око 37.000 нових случајева малигних болести, а годишње од рака у Републици Србији умре око 21.000 људи.

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

Превенција малигних болести има огроман јавноздравствени потенцијал и представља најефикаснији приступ контроли малигних болести. На више од 80% свих малигних болести могуће је утицати спречавањем или модификовањем фактора ризика, тј. спречавањем настанка болести.

Истраживања су показала да је за сваки трећи случај рака одговорно пушење дувана. Више од 1/3 свих случајева рака последица је гојазности, неправилне исхране и физичке неактивности, док је сваки десети случај рака последица инфекције. Јонизујуће зрачење у животној и радној средини, ризично сексуално понашање и конзумација алкохола, такође представљају факторе ризика одговорне за настанак рака. Уколико до болести ипак дође, њен исход могуће је побољшати раним откривањем, терапијом и рехабилитацијом уз одговарајуће палијативно збрињавање.

Циљ је да се побољша здравље становништва Републике Србије и спречи настанак малигнух болести, посебно код особа са повећаним ризиком за њихов настанак. Циљ је и побољшати квалитет 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 болеснику 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 предмет су и Стратегије за превенцију и контролу хроничних незаразних болести, која је 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 малигнух болести.

Републичка стручна комисија за онкологију предложила је Министарству здравља план активности за активно учешће нације у борби против рака у виду Националног плана за борбу против рака, према француском моделу (у даљем тексту: План). Превасходни циљ овог плана је да се превенцијом и раним откривањем рака, применом савременог хируршког, радиотерапијског лечења, као и лечењем иновативним лековима, излечи више болесника, уз очување квалитета живота током лечења болести и после проведеног лечења.

Ради веће ефикасности, потребно је да се оптимизују руковођење Планом и програми у борби против рака, као и да се у потпуности укључе болесници и корисници здравственог система. Овај план који се састоји од осам главних циљева треба да буде део националне здравствене стратегије.

Као и за све хроничне незаразне болести, неопходно је ангажовати друштвену заједницу у целини, а не само оболеле и родбину, удружења болесника, Министарство здравља и фондове осигурања.

Кроз све акције које се спроводе, циљ Плана борбе против рака је да се елиминишу неједнакости повезане са болешћу: да се води рачуна о најугроженијим особама (деца и стари), да се уведу стандарди у лечењу и гарантује једнак приступ иновацијама и клиничким испитивањима свима, спречавајући да економске и социјалне последице болести додатно увећају проблеме болесника.

План прецизно дефинише циљеве и специфичне мере са детаљном динамиком реализације. План представља интегрисану акцију друштва усмерену на факторе ризика и социјално-економске детерминанте здравља уз активно укључивање и одговорност свих сектора. 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 је неопходно ефикасно лечење, адекватна контрола симптома и компликација, контрола нежељених ефеката лечења, као и психолошка, социјална и духовна подршка како болеснику, тако и породици.

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

- смањити смртност од малигнух болести,
- продужити живот оболелих од малигнух болести и
- побољшати квалитет живота оболелих и њихових породица.

2. ОПТЕРЕЂЕЊЕ МАЛИГНИМ БОЛЕСТИМА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ – АНАЛИЗА ПОСТОЈЕЋЕ СИТУАЦИЈЕ

У Републици Србији бележе се релативно висока инциденца оболевања и морталитет од малигнух 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 малигнух тумора из развијених земаља Европе и света.

После кардиоваскуларних болести, малигни тумори су најчешћи узрок умирања у нашој земљи.

У Републици Србији 2016. године од рака је умрло 21.526 особа (12.253 мушкараца и 9.273 жене) (табела 1). Стандардизована стопа морталитета износила је 198,5 на 100.000, што је Републику Србију сврстало међу земље са средњим ризиком од умирања од малигнух болести у Европи.

Табела 1. Морталитет од малигнух тумора према полу у Републици Србији, 2016. године

Сви малигни тумори (C00-C97)		Пол		
		Мушкарци	Жене	Укупно
Подаци за територију Републике Србије	Број умрлих	12.253	9.273	21.526
	Морталитет*	356,4	256,1	305,0
	Станд. морталитет**	250,9	157,8	198,5

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 2006–2016. године повећао за 6,5% (са 20.217 на 21.526). Током посматраног периода опала је стопа морталитета од свих малигнух тумора, код мушкараца за 2,7% (од 257,8/100,000 до 250,9/100,000) и код жена за 0,8 % (од 159,0/100,000 до 157,8/100,000). Забележен је пад стопа морталитета од свих водећих локализација малигнух тумора код мушкараца осим од рака дебелог црева и ректума. Стандардизоване стопе морталитета од рака желуца највише су опале, за 14,3 % (са 14,7/100,000 на 12,9/100,000), за малигне туморе простате (за 3,2%), плућа (за 5,4%), док су једино стопе морталитета од рака дебелог црева и ректума порасле (за 6,9%). И код жена је у истом периоду опао морталитет од свих водећих локализација малигнух тумора осим за малигне туморе плућа, за које је стопа морталитета порасла за 25,0%. Забележен је пад стопа морталитета за рак грлића материце (за 8,6%), рак дојке (за 0,2%), рак желуца (за 23,4%) и рак дебелог црева и ректума (за 10,6%). 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, 2016. година

Локализација малигног тумора (шифре према МКБ-10)		Пол		
		Мушкарци	Жене	Укупно
Плућа и бронха (C34)	Број	3.848	1.507	5.355
	Сирови морталитет*	111,9	41,6	75,9
	Станд. морталитет**	79,6	27,0	50,8

Колон и ректум (C18 – C20)	Број	1.600	987	2.587
	Сирови морталитет*	46,5	27,3	36,7
	Станд. морталитет**	32,1	27,3	22,9
Дојка (C50)	Број	44	1.713	1.757
	Сирови морталитет*	1,3	47,3	24,9
	Станд. морталитет**	0,9	29,4	16,5
Грлић материце (C53)	Број	-	453	-
	Сирови морталитет*	-	12,5	-
	Станд. морталитет**	-	9,1	-
Простата (C61)	Број	981	-	-
	Сирови морталитет*	28,5	-	-
	Станд. морталитет**	18,4	-	-
Желудац (C16)	Број	632	320	952
	Сирови морталитет*	18,4	8,8	13,5
	Станд. морталитет**	12,9	5,4	8,7

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

* На 100.000 становника.

** Према стандардној популацији Европе.

У нашој земљи 2014. године је дијагностиковано више од 35.300 нових случајева малигнух тумора и више од 21.320 особа које су умрле од рака. Србија се сврстава међу земље са средњим ризиком оболевања и умирања од малигнух болести у Европи.

Упркос томе, у Србији се бележи релативно висока стопа оболевања и умирања од малигнух болести, као и висока учесталост фактора ризика. Водећи узроци оболевања и умирања од рака у нашој земљи готово су идентични водећим узроцима оболевања и смртности од малигнух тумора у већини земаља у развоју. Мушкарци у нашој средини највише су оболевали од рака плућа, колоне и ректума и простате. Код жена малигни процес најчешће је био локализован на дојци, колону и ректуму, плућима и грлићу материце.

Малигни тумори плућа и бронха водећа су локализација и у оболевању и у умирању међу мушкарцима, односно трећи по учесталости узрок оболевања и други узрок умирања међу женама са дијагнозом рака. Током 2014. године у Србији је од рака бронха и плућа оболело 5.206 особа (3.777 мушкараца и 1.429 жена), а умрле су 5.084 особе оба пола (3.733 мушкараца и 1.351 жена).

Рак дојке најчешћи је малигни тумор у оболевању и умирању код жена. У Србији је 2014. године од малигнух тумора дојке оболело 3.690 жена и умрле су 1.663 жене.

Малигни тумори дебелог црева и ректума у нашој земљи друга су по учесталости локализација рака у оболевању и умирању код мушкараца, односно други по учесталости у оболевању и трећи у умирању од малигних тумора код жена. Од малигних тумора дебелог црева и ректума оболеле су 3.943 особе (2.303 мушкараца и 1.640 жена) и умрле су 2.652 особе оба пола (1.579 мушкараца и 1.073 жене).

Рак грлића материце је током 2014. године био пети по учесталости малигни тумор у оболевању и умирању међу нашим женама. Дијагноза рака грлића материце је исте године постављена код 1.122 жене, док је 466 жена умрло од ове врсте малигног тумора.

Трећи по учесталости малигни процес међу нашим мушкарцима локализован је на простати. Током 2014. године од рака простате новооболело је 1.995 мушкараца и умрло 1.027 мушкараца.

Од свих малигних тумора који су анализирани у студији „Оптерећење болестима и повредама у Србији”, оптерећење раком плућа је на првом месту (59.088 очекиваних година живота изгубљених због неспособности, *DALY*), 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.

3. ЦИЉЕВИ, ОКВИР И ВОДЕЋИ ПРИНЦИПИ ПЛАНА

3.1. Циљеви Плана

Циљеви Плана су:

- 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;
- обезбеђивање одговарајућег стандарда услуга оболелима од малигних болести на свим нивоима здравствене заштите;
- унапређење дијагностике и лечења рака код осетљивих популационих група (деца, адолесценти, млади, одрасли болесници и стара лица);
- унапређење научних истраживања у онкологији.

3.2. Водећи принципи Плана

Водећи принципи на којима се заснивају активности предвиђене Планом су:

- остваривање циљева Плана 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 Планом 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 Плана

Свеобухватни приступ за спровођење Плана 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 лечења, (секундарна превенција);
- максималним повећањем броја људи којима ће бити пружено ефикасно лечење и нега (терцијарна превенција);
- обезбеђивањем услова за квалитетан живот кроз примену мера супортивне онкологије, 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 за промоцију здравог животног стила и за превенцију фактора ризика за малигне болести примењују се у целој земљи. Више од 40% смртних случајева који су последица рака могло би се избећи уз индивидуалну и групну промену понашања. Циљ Плана борбе против рака је да се тај број у наредних 20 година преполови.

Национална стратегија за контролу дувана

Стратегија обухвата превенцију отпочињања пушења, употребе дувана и сродних производа, подршку престанку пушења, смањење изложености становништва дуванском диму у животној и радној средини и унапређење свести јавности о штетним ефектима пушења и изложености дуванском диму.

Издвајањем средстава од пореза и доприноса на дуванске производе у фонд намењен јавном здрављу може се обезбедити финансирање активности за контролу дувана као и за превенцију и лечење малигних и других болести изазваних употребом дувана.

Пружити свакоме могућност да смањи сопствени ризик од појаве рака

Гојазност, конзумација алкохола, црвеног меса и сухомеснатих производа повећавају ризик од настанка рака, док редовна физичка активност и конзумација воћа и поврћа доприносе смањењу ризика. У циљу превенције малигних болести које настају као резултат инфекције, треба обезбедити и спроводити мере усмерене на вакцинацију (против хепатитиса Б и против хуманог папилома вируса), превенцију трансмисије, рано откривање и лечење инфекција.

Треба заштитити популацију и раднике од ризика добијања карцинома везаног за радно место или животно окружење.

Обезбедити средства за иновативна истраживања

Да би се одговорило на научне и друштвене изазове малигних болести, Планом борбе против рака треба одредити где инвестирати са циљем побољшања превенције, дијагностике и лечења.

3.3.2. Рано откривање – скрининг

Национални програми за рано откривање (скрининг) рака грлића материце, рака дојке и рака дебелог црева треба да се примене у целој земљи. Планира се да се у наредном петогодишњем периоду: 75% жена старости од 50 до 69 година прегледа за рак дојке; 75% жена старости од 25 до 69 година обави преглед 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 позваних на тестирање, са просечним ризиком за рак дебелог црева.

3.3.3. Дијагностика и лечење – организација и обухват здравственом заштитом

Рано дијагностиковање код већине облика злоћудних болести омогућава ефикасније лечење, чиме се повећавају шансе за излечење, а и омогућава примена мање агресивних облика лечења. У Плану се инсистира на неопходности да се свим заинтересованим особама и стручним лицима која им дају подршку пруже транспарентне информације о користима, потешкоћама, ограничењима или могућим ризицима везаним за скрининг и рано откривање рака.

Безбедност и квалитет лечења гарантују се:

- смањењем времена чекања на лечење и испитивање;
- применом критеријума за давање дозвола установама које лече оболеле од рака;
- прављењем посебних програма намењених старијим особама, деци, младима и оболелима од ретких облика рака;
- побољшањем координације међу стручњацима.

У Плану се предвиђа дефинисање показатеља квалитета лечења за сваки тип злоћудне болести, и критеријума неопходних за акредитацију установа које се баве лечењем оболелих од рака. Планом се мора организовати и гарантовати исправан след поступака дијагностике и лечења код болесника којима је потребно сложеније лечење – стручна експертиза и/или коришћење посебних технологија.

Стручњаци примарне здравствене заштите, а нарочито лекари опште праксе, медицинске сестре и фармацеути обавезно су укључени у лечење болесника. У Плану се инсистира на неопходности побољшања координације и размене информација између здравствених стручњака у приватној пракси и болничких тимова од терцијарног до примарног нивоа.

Потребна је подршка развоју нових технологија и терапија и развијање обуке професионалаца у области лечења оболелих од рака.

Иницијалне и континуиране обуке здравствених радника из области онкологије морају се прилагодити новим захтевима технолошког и терапијског развоја и обезбедити заједничко језгро знања. Идентификација епидемиолошких трендова и територијалних разлика везаних за број медицинског особља биће основ за отварање радних места за болничко особље у онкологији.

Потребно је убрзати увођење иновација у лечењу у корист болесника.

Планом борбе против рака предвиђа се да ће се број болесника укључених у клиничка истраживања удвостручити. Приоритет ће имати клиничка испитивања чији је циљ побољшање преживљавања и смањење последица болести. Брзи развој циљних терапија (лекови против рака који циљају молекуларне, генетичке аномалије) најављује велику промену клиничке праксе и бољу прогнозу за многе злоћудне болести. Финансирање овакве терапије захтева промоцију свеобухватне политике везане за онколошке лекове. Циљ је да се омогући приступ иновативној терапији што већем броју пацијената.

У оквиру система здравствене заштите, националним програмима онколошке здравствене заштите са обезбеђеном дијагностиком, лечењем и палијативним збрињавањем треба обухватити 100% болесника. Треба унапредити процедуре које обезбеђују једнаку доступност дијагностике и лечења, од постављања сумње, до спроведеног лечења.

3.3.4. Супортивна онкологија, психоонкологија и палијативно збрињавање

Супортивна онкологија, психосоцијална онкологија и палијативно збрињавање имају за циљ побољшање квалитета живота болесника и

породице кроз превенцију, рано откривање, процену и збрињавање проблема који прате болест, укључујући соматске, психолошке, социјалне и духовне тегобе пацијената и породице.

3.3.5. Едукација

Потребно је да едукација буде доступна, довољна и континуирана 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 и едукације нездравственог сектора и становништва.

3.3.6. Истраживања у онкологији

Неопходно је континуирано радити на побољшању пријављивања оболелих од малигнух болести и унапређењу постојећег регистра за рак, као система за праћење малигнух болести у Републици Србији који би обухватио целокупно становништво Републике Србије. Међутим, унапређење истраживања подразумева и обезбеђивање спровођења истраживања у онкологији, примену скрининга генетичких алтерација и њиховог спектра, истраживања биологије тумора различитих локализација, као и клиничка истраживања.

4. МЕРЕ И АКТИВНОСТИ

План 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 пружање онколошке здравствене заштите грађанима укључени су изабрани лекари (опште медицине, гинекологи) и лекари специјалисти различитих специјалности (интерне медицине, дерматологије...), а у области дијагностике и специјалисти радиологије и нуклеарне медицине.

4.1. Примарна превенција

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 малигнух болести;
- превенцију и заштиту од прекомерног излагања ултраљубичастим зрацима;
- заштиту од канцерогених агенаса у животној и радној средини.

4.1.1. Здравствено просвећивање становништва

Становништво се здравствено просвећује организовањем медијских кампања усмерених на очување и унапређење здравља, превенцију и рано откривање малигнух болести, као и обезбеђивањем извора адекватних информација о превенцији и лечењу рака (интернет презентација, штампани материјали, инфо-телефон и др.).

Едукације о здрављу треба укључити у наставни програм установа предшколског, основног и средњег образовања кроз заједничке програме Министарства здравља и Министарства просвете.

4.1.2. Превенција пушења

4.1.2.1. Заштита од изложености дуванском диму

Неопходно је унапредити и применити закон и друге прописе како би сва јавна и радна места била без дуванског дима и подићи свест 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

У циљу смањења преваленце пушења, неопходно је спровести следеће мере:

- подићи ниво знања у популацији о штетности пушења;
- спровођење закона о забрани рекламирања и промоције дуванских производа, као и спонзорства јавних догађаја од стране дуванске индустрије;
- подићи и одржавати високе цене и пореске стопе за дуванске производе, регулисати паковање и обележавање дуванских производа и спречити њихову незакониту трговину;
- осмислити, применити и унапредити програме 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;

- повећати доступност фармацеутских производа који се користе у лечењу зависности од дувана;
- примена одредбе Закона о дувану којима се забрањује продаја дуванских производа малолетним лицима.

4.1.3. Унапређење исхране, повећање физичке активности и превенција гојазности

Редовна физичка активност и конзумирање воћа и поврћа смањују ризик од добијања рака. Насупрот томе, прекомерна тежина и гојазност, конзумирање алкохолних пића, црвеног меса, сухомеснатих производа или соли га повећавају. Само алкохолизам одговоран је за 10% смртних исхода који су последица рака. Алкохолизам повећава ризик од рака усне дупље, ждрела, једњака, дебелог црева и ректума, јетре, гркљана и дојке.

Неопходно је:

- промовисати здраве стилове живота кроз кампање и едукативне програме за унапређење исхране, повећање физичке активности и превенцију гојазности;
- спроводити прописе о здравственој безбедности и квалитету намирница;
- указати на значај декларисања намирница (састојци, калоријска вредност, присуство адитива и др.);
- забранити продају алкохолних пића малолетним лицима;
- поштовати рестрикције у рекламирању и промоцији алкохолних пића како би се појачала заштита малолетних лица (нпр. рекламе на интернету и друштвеним мрежама).

4.1.4. Превенција инфекција значајних за настанак малигних болести

Више од 30% карцинома јетре изазивају вируси хепатитиса Б и Ц. Како би се ово избегло, значајно је подржати напоре за превенцију инфекција вирусима хепатитиса Б и Ц који се базирају на вакцинацији (хепатитис Б), откривању (хепатитис Б и Ц) и на рано спроведеном лечењу (хепатитис Ц). Праћењем ових болести могуће је рано откривање компликација, као што су цироза и хепатоцелуларни карцином. Превентивне мере се огледају у спровођењу програмске имунизације против хепатитиса Б и мера за превенцију трансмисије хепатитис Ц вируса.

Инфекција високоризичним типовима хуманог папилома вируса (ХПВ) је узрочник рака грлића материце али је одговорна и за значајан проценат других малигних болести аногениталне регије (ануса, вулве, вагине, пениса) и орофаринкса. Превентивне мере подразумевају увођење програмске имунизације против ХПВ и превенцију његове трансмисије.

Неопходне су израда и примена препорука за откривање и лечење инфекција бактеријом хеликобактер пилори, као и препорука за превенцију и откривање других инфекција које се доводе у везу са малигним болестима.

4.1.5. Превенција и заштита од прекомерног излагања УВ зрацима

Потребно је едуковати становништво о опасностима прекомерног излагања УВ зрачењу и начинима превенције, као и мењати ставове и понашање становништва кроз медијске кампање, едукативне програме, континуирано информисање становништва о ризицима (УВ индекс и др.). Неопходна је и континуирана едукација здравствених и просветних радника, као и законска регулатива везана за рад соларијума и других вештачких извора УВ зрачења.

4.1.6. Заштита од изложености канцерогеним агенсима

Свеукупна популација је, често у малим или у врло малим дозама, изложена бројним хемијским и физичким агенсима који су присутни у животној средини и који могу доспети у организам удисањем, контактом преко коже или гутањем. Како су неки од њих доказано канцерогени агенси, преко је потребно боље разумети врсту изложености овим агенсима и идентификовати превентивне мере које треба применити.

4.1.6.1. Професионална изложеност канцерогеним агенсима

Заштита од професионалне изложености канцерогеним агенсима обухвата:

- механизме за праћење особа изложених канцерогеним ризицима на радном месту и откривања рака повезаног са радом;
- дугорочно праћење експозиције на послу – јачање механизма за контролу канцерогених супстанци;
- смањење изложености канцерогеним агенсима у радној средини;
- укључивање запослених у медицини рада у кампање за забрану пушења на радном месту.

4.1.6.2. Заштита од изложености канцерогеним агенсима у животној средини

Заштиту од изложености канцерогеним агенсима у животној средини спровести:

- обавезним укључивањем процене ризика од рака у студијама утицаја индустријског места;
- покретањем студија о утицају канцерогених агенаса (диоксин, олово, прашина, бензен, радон, арсеник, електромагнетно зрачење, мале дозе јонизујућег зрачења итд.);
- откривањем и третирањем места контаминираних једном или више супстанци са познатим канцерогеним ефектом и праћењем популације која је изложена;

- праћењем загађивача и израдом програма за очување животне средине у сарадњи са другим секторима и министарствима.

4.2. Рано откривање и скрининг

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 не-препознате болести применом скрининг теста у здравој (асимптоматској) популацији. Организовани програм скрининга подразумева да се све особе одређених година старости и пола на одређеној територији позивају на прегледе писаним позивима 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

Здравствене раднике треба едуковати за препознавање раних симптома – знакова малигну болести и за одговарајућу дијагностику и збрињавање болесника.

Потребно је и здравствено просветити становништво о раним симптомима – знацима малигну болести.

4.2.2. Скрининг за рак дојке

За скрининг за рак дојке треба обезбедити:

- имплементацију Националног програма за превенцију рака дојке,
- одговарајући капацитет за скрининг (опрема, кадрови),
- здравствено просвећивање жена о значају редовних прегледа и
- едукацију здравствених радника о значају и начину спровођења скрининга.

4.2.3. Скрининг за рак грлића материце

За скрининг за рак грлића материце треба обезбедити:

- увођење 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;

- едукацију здравствених радника за спровођење скрининга и
- одговарајући капацитет за скрининг (опрема, кадрови).

4.2.4. Скрининг за рак дебелог црева

За скрининг за рак дебелог црева треба обезбедити:

- примену Националног програма за превенцију колоректалног карцинома,
- здравствено просвећивање о значају редовних прегледа,
- едукацију здравствених радника о значају и начину спровођења скрининга и
- одговарајући капацитет за скрининг (опрема, кадрови).

4.2.5. Развој капацитета за тестирање наследне предиспозиције за рак

Неопходно је развијати капацитете за генетичко тестирање, односно откривање генетичких алтерација које доводе до наследне предиспозиције за малигне болести (мутације BRCA гена и др.).

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

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

4.3. Дијагностика и лечење

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 болесник 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, на пример, бронхоскопијом, езофагоскопијом, медијастиноскопијом, колоноскопијом или колпоскопијом итд. И кад изгледа да је ткиво малигно, за потврду малигнитета мора се урадити 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 пацијената доносе се на одговарајућим комисијама које су именоване у складу са овим програмом.

Примарни циљеви лечења рака јесу:

- излечење,
- продужење квалитетног живота и
- унапређење квалитета живота.

Излечење у овом контексту дефинисано је 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 њега за поновно јављање болести,
- враћање функционалног здравља.

Основне методе лечења јесу: хирургија, радиотерапија, хемиотерапија (укључујући хормонску и другу терапију), супортивна онкологија, психосоцијална подршка и палијативно збрињавање. Ефекат лечења рака увелико зависи од локализације болести и бројних других фактора.

Обезбедити свеобухватно и персонализовано лечење

Интегративни модел лечења у онкологији подразумева интеграцију приступа усмерених ка тумору (антинеопластични приступи) и приступа усмерених ка пацијенту и породици (супортивна онкологија, психосоцијална онкологија и палијативно збрињавање). Према овом моделу, фокус лечења у онкологији се проширује тако да уз лечење малигне болести обухвати и очување квалитета живота болесника и породице. Циљ Плана борбе против рака је да се успоставе услови за прелазак са „плана лечења”, усмереног на медицинско лечење злоћудне болести, на „план здравља” који обухвата све потребе болесника и његових ближњих на физичком, психолошком и друштвеном плану. Сви болесници којима је то потребно, укључујући и оне који су на кућном лечењу, морају имати приступ адекватној супортивној онкологији, психосоцијалној подршци и палијативном збрињавању.

Најновија истраживања показала су да рана интеграција наведених приступа, осим унапређења квалитета живота, доноси и продужење преживљавања.

Важно је да болеснику буду доступне адекватне информације у свим фазама лечења, укључујући и информације о истраживањима и клиничким испитивањима. Активно укључивање болесника у сопствено лечење може бити оснажено одговарајућим програмима едукације о терапији и подршком других болесника који су обучени да поделе своја искуства.

Смањити ризике од последица болести и другог, секундарног малигнитета

У Плану се наглашава неопходност бољег праћења болесника, нарочито оних који су лечени у детињству или адолесценцији, јер имају ризик од индукованих малигнитета терапијом (хемиотерапијом и радиотерапијом), затим се предвиђа систематски приступ, на пример, очувању плодности већ у фази припреме за лечење и превенцији нових злоћудних болести код оних који су већ боловали и лечени од карцинома (терцијарна превенција).

Смањити утицај малигне болести на свакодневни живот оболелог

Последице које болест има на њихов психолошки статус, породичне улоге, финансијско стање, образовање или посао, болесници осећају као „двоструку казну“. Оболелој деци и адолесцентима неопходно је омогућити да наставе са школовањем. Потребно је да се редефинишу мере и програми који би оболелима од рака омогућили повратак на посао или остајање на радном месту.

4.3.1. Улога хирургије

Хирургија има кључну улогу у дијагностици, одређивању стадијума (стажирању) и лечењу болесника са локализованом злоћудном болешћу, тумором. Хирургијом се могу успешно лечити рано откривени солидни малигни тумори. Циљ хирургије је да омогући успешније адјувантно лечење. Хирургија је индикована код болесника са метастатском болешћу а има и значајну улогу у реконструктивној, циторедуктивној и палијативној онколошкој хирургији. Такође је важна у ургентној онкологији.

Унапређење амбулантне хирургије у онкологији

Према истраживањима у Француској, у студији „UNICANCER: Како ће се збрињавати канцер 2020. године?“ број хоспитализација у хируршким дневним болницама морао би да се удвостручи у наредних шест година. Амбулантном хирургијом би требало да се збрине 50% болесника са раком дојке, који ће захваљујући скринингу бити откриван у све ранијим стадијумима.

Амбулантном хирургијом болесницима треба да буду омогућени већи комфор и сигурна нега. Здравствене установе ће бити ефикасније у смислу краће хоспитализације и већег броја услуга. Стога је неопходно, веома прецизно и на основу објављених података, утврдити које онколошке хируршке интервенције је могуће безбедно реализовати кроз дневне хируршке болнице, односно у ванболничким условима.

Амбулантна хирургија треба да буде део стратегије здравствене политике уз све показатеље квалитета и сигурности за онколошке болеснике.

4.3.2. Улога радиотерапије

Радиотерапија се примењује у лечењу локалних форми рака као метода потенцијално равноправна са хирургијом. Често се примењује и пре хируршког захвата, као и после операције без јасних ексцизионих ивица. Палијативна радиотерапија има значајну улогу у лечењу и ублажавању симптома метастатске болести.

Уколико је радиотерапија индикована, болесник може бити лечен коришћењем две врсте опреме: телетерапијом или брахитерапијом. За обе технике обезбеђивање квалитета је најбитније, што захтева сарадњу и са службом медицинске физике. Треба обезбедити сваком болеснику приступ оној техници радиотерапије која му најбоље одговара.

Као специфичан вид радиотерапије треба издвојити терапију радиоактивним изотопима, коју индикују и примењују специјалисти нуклеарне медицине. Радиотерапија представља важну методу лечења рака и она је предмет бројних мера из претходних планова за збрињавање рака. Они који се њоме баве морају обезбедити њен квалитет и сигурност на читавој територији наше државе. Она се данас значајно мења зато што се опрема усавршава и омогућавају се циљано зрачење, ескалација туморске дозе као и значајно смањење броја радиотерапијских компликација по болеснику.

4.3.3. Улога хемиотерапије

Хемиотерапија је усмерена на системско лечење малигних болести, и своју прву примену нашла је у лечењу хематолошких малигнитета. Цитотоксична хемиотерапија била је деценијама основа лечења и солидних малигних тумора, и то најпре у условима постојања метастатске малигне болести. Ефикасност хемиотерапије, по правилу комбиноване од неколико лекова, у излечењу неких од пацијената у метастатској болести, или чешће обезбеђивању дуготрајне контроле болести, допринела је ширењу индикација за њену примену: адјувантна хемиотерапија додаје се примарном локо-регионалном лечењу, најчешће хирургији, у одсуству макроскопских знакова болести; нео-адјувантна хемиотерапија примењује се код локално одмаклих форми неких солидних малигних тумора, са циљем да омогући оптимално локорегионално лечење; широка је примена хемиотерапије у палијацији, и ту је њена улога да омогући ублажавање симптома, поправљање квалитета живота, и, уколико је могуће, и његово продужење. Ера цитотоксичне хемиотерапије приводи се крају, јер су базична и транслациона истраживања у последње две деценије помогла бољем упознавању биологије малигних тумора, и формулисању нових класа лекова за системску терапију, пре свега молекуларно циљане и имунолошке терапије. Тако са једне стране имамо Листу есенцијалних цитотоксичних лекова коју је објавила Светска здравствена организација, а са друге стране растући број ефикасних иновативних лекова који се заснивају

на новим механизмима деловања. Ови механизми, пре свега, блокирају сигналне путеве или инхибиторне механизме на којима се заснива раст и развој малигну тумора.

4.3.4. Супортивна онкологија и палијативно збрињавање

Супортивна онкологија и палијативно збрињавање имају за циљ побољшање квалитета живота болесника и породице кроз превенцију и лечење симптома болести, компликација онколошког лечења и проблема који прате малигну болест (психолошки, социјални, духовни и егзистенцијални проблеми).

Супортивна онкологија обухвата пацијенте у свим фазама болести – пацијенте који имају потенцијално излечиву болест или пацијенте са дијагнозом, а без знакова активне малигне болести, али и пацијенте са узнапредовалом болешћу. Обухвата лечење бола и других симптома малигне болести, превенцију и лечење компликација онколошке терапије, али и подршку у решавању психолошких, социјалних, духовних и егзистенцијалних проблема који неумитно прате малигну болест. Супортивна онкологија у најширем смислу обухвата и палијативно збрињавање, психосоцијалну онкологију, нутритивно лечење и збрињавање других проблема у току болести.

Палијативно збрињавање у онкологији односи се на оболеле код којих излечење није могуће, а нарочито на пацијенте са узнапредовалом, активном, прогресивном болешћу и ограниченом прогнозом. Палијативно збрињавање је приступ који побољшава квалитет живота пацијента и породице, суочавајући се са проблемима који прате неизлечиву малигну болест кроз превенцију и отклањање патње путем раног откривања и процене и лечења бола и других проблема: физичких, психосоцијалних и духовних (Стратегија за палијативно збрињавање РС).

Супортивна онкологија и палијативно збрињавање постављају пацијента и породицу у центар лечења и почивају на становишту да лечимо пацијента, а не тумор, орган или дијагнозу. Подразумевају интердисциплинарни, мултипрофесионални приступ и захтевају тимски рад, информисање болесника и њихово активно учешће у доношењу одлуке о лечењу, као и континуитет лечења за који је неопходно обезбедити мрежу и координацију служби које тај континуитет обезбеђују.

Доступност супортивне онкологије и палијативног збрињавања још увек је недовољна. Идентификација потреба за овим видовима лечења и неге мора бити организована од самог почетка онколошког лечења и затим током читавог трајања лечења, за све особе које болују од рака, и захтева координацију здравствених и других служби и локалне заједнице. Документовано је да рана интеграција супортивне онкологије и палијативног збрињавања у онкологији унапређује квалитет живота болесника и породице и продужава преживљавање.

4.3.5. Психоонкологија и психосоцијална рехабилитација

Психоонкологија је научна дисциплина која се бави разумевањем, лечењем и збрињавањем психолошких, социјалних, духовних и етичких тегоба пацијента и породице.

Психосоцијална рехабилитација започиње од тренутка постављања дијагнозе болести, спроводи се током свих модалитета лечења, опоравка или палијативног збрињавања и представља интегрални део онколошког лечења. Обухвата сагледавање психоемотивних и социјалних потреба, саветовање, едукацију и психотерапијске и социотерапијске интервенције код оболелих од малигних болести и чланова породице.

Савремена психоонкологија бави се и заштитом и унапређењем менталног здравља медицинског тима (превенција синдрома сагоревања на радном месту, унапређење комуникације међу запосленима и са пацијентима и др.), што се директно или индиректно одражава и на квалитет њиховог рада са пацијентима.

4.3.6. Подстаћи развој клиничких и транслационих истраживања у онкологији

Транслационо и клиничко истраживање конкретизују открића која су проишашла из базичних истраживања. Циљ је да болесници што раније имају користи од резултата ових истраживања. Прописе који регулишу спровођење клиничких и транслационих истраживања требало би ускладити са прописима Европске уније. У контролисана клиничка испитивања треба укључити што већи број онколошких центара као и удружења пацијената. Неопходно је наставити са едукацијом истраживача и њихових тимова као и чланова етичких одбора из области Добре клиничке праксе и омогућити једноставније спровођење академских клиничких истраживања, тј. истраживања иза којих не стоји фармацеутска индустрија.

4.3.7. Праћење развоја иновативних лекова у онкологији

Брзи ритам развоја циљане терапије у онкологији, са великим бројем клиничких испитивања и одобрених молекуларно циљаних лекова и лекова из области имуноонкологије, представља значајан напредак у лечењу ових болесника, а са друге стране и изазов, јер ће се услови лечења, али и проблеми финансирања нових, скувих лекова свакако поставити пред све здравствене системе. Неколико десетина иновативних лекова већ је на тржишту, за сада се тим класама лекова лечи мањина оболелих, али ће у наредном периоду већина оболелих од малигних болести почети да их користи. Даљи развој ових иновација свакако је један од приоритета у онкологији у наредном петогодишњем периоду, али је то и обезбеђивање иновативних лекова за све пацијенте којима су ови лекови потребни, и када су потребни.

4.3.8. Створити услове за брзо ширење технолошких иновација

Приступ технолошким и терапијским иновацијама за свеукупну популацију болесника мора бити олакшан, јер утиче на резултате који се односе на преживљавање или морбидитет, а понекад чак и на трошкове збрињавања који могу бити нижи од стандардних трошкова. Рокови између појаве неке иновације и утврђивања њене цене често су врло значајни. Примена неке иновације оптерећена је збиром више сукцесивних етапа које су неопходне за њену евалуацију, за њено коришћење у пракси када релевантне организације треба да јој се прилагоде, или за њен упис у номенклатуру. Због умножавања етапа њихова дистрибуција на територији земље често је неуједначена, а наш здравствени систем губи делотворност.

4.3.9. Створити услове за увођење „персонализоване медицине”

Године живота, опште здравствено стање пацијената, као и социјални, психички и културолошки фактори, у различитом степену утичу на лечење рака и захтевају индивидуални приступ. Поред тога, приступ лечењу и његова успешност зависе од генетичких карактеристика оболеле особе и специфичности њене малигне болести. Тако су недавна сазнања о биолошким детерминантама, које делују на осетљивост јединке у процесу канцерогенезе или лечења, унела дубоке промене у сагледавању потреба лекара који треба да лече. Персонализована медицина мора да узме у обзир све параметре.

Конституциона генетичка анализа у општој популацији омогућава да се идентификују особе са повећаним ризиком за појаву карцинома које захтевају посебан тип збрињавања у погледу превенције, раног откривања, праћења и лечења. Овај вид генетичке анализе препоручује се код особа са повећаним ризиком за оболевање од карцинома (случајеви болести у породици, животно доба у ком се поставља дијагноза, више узастопних карцинома). Истраживања треба да обухвате и гене са ниским/умереним ризиком за оболевање од канцера.

Ако то посматрамо на нивоу тумора, потребно је идентификовати биолошке маркере како би се предложила циљана биолошка терапија. Увођење циљаних биолошких терапија на основу генских маркера константно повећава број болесника којима је неопходна анализа гена.

Медикаментозна терапија вођена биолошким маркерима тумора одговара много прецизнијој медицини него што је класична хемиотерапија, па се она самим тим квалификује као „персонализована медицина”.

Мере које доприносе реализацији ових циљева сагледавају се у:

- промени организационе структуре медицинских установа које се баве лечењем, и
- проширењу постојећих капацитета за онколошке болеснике и повећању капацитета за дијагностику и лечење.

4.3.10. Промена организационе структуре медицинских установа у којима се лече онколошки болесници

Министар здравља основао је Републичку стручну комисију за онкологију, формирао Тим за онкологију и поставио националног координатора за онкологију, а они заједно чине:

- професионално компетентно тело са дефинисаним улогама и одговорностима које је одговорно министру здравља. Тим за онкологију, уз националног координатора, биће задужен за координацију свих учесника који спроводе План и представљаће основну подршку Републичкој стручној комисији за рак Министарства здравља.

РСК (Републичка стручна комисија) за онкологију 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 спроводиће се свеобухватно мултидисциплинарно лечење онколошких болесника. Лечење онколошких болесника обухвата приступе усмерене ка тумору (антинеопластичне приступе) и приступе усмерене ка пацијенту и породици (супортивна онкологија). Параметри успеха лечења су ефикасност, подношљивост, безбедност и очување квалитета живота пацијента и породице. Уз антинеопластичне приступе потребно је обезбедити пацијентима приступ лечењу бола и других симптома, компликација онколошког лечења, као и психолошкој, социјалној подршци и едукацији.

Сходно демографској структури Републике Србије спроводиће се терапијске процедуре према протоколима. Референтне установе ће у исто време представљати установе које надзиру примену протокола лечења у здравственим установама (онколошким диспанзерима и сл.).

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

4.3.11. Проширење и повећање капацитета

Број установа 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 на основу предлога и одобрења одговарајућих институција у Републици Србији. Тимовима за лечење симптома болести и токсичности онколошког лечења, као и тимовима за психолошку, социјалну подршку и едукацију, потребно је омогућити да буду свима доступни.

4.3.12. Стимулисати развој интервентне радиологије

Интервентна радиологија представља велику иновацију у онкологији која омогућава дијагностичке и терапијске поступке који су прецизни и мање инвазивни за болесника. У наредном петогодишњем периоду, технолошки напредак који ће побољшати третман, узимање узорака или елиминацију патолошких промена, морао би да омогући да се број оваквих захвата учество-ростручи. Да би се дошло до ове фазе потребно је уклонити све финансијске препреке које би могле да коче развој интервентне радиологије у установама, а затим стимулисати евалуацију нових техника.

4.4. Подршка онколошким пацијентима и члановима породице

4.4.1. Социјална инклузија оболелих од малигнух обољења

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

4.4.2. Инклузија осетљивих популационих група

Сваке године од малигнух болести у Србији оболи просечно 300–330 деце, узраста од 0 до 19 година, а током исте године од рака умре у просеку 56 деце. Скоро 200 новооболеле деце (63,5%) и 36 умрле деце (64,4%) су узраста од 0 до 14 година. Најчешће малигне болести у дечјој популацији су леукемије, тумори централног нервног система и лимфоми.

Као и у већини земаља Европе и у Србији се региструје пораст стопа оболевања и смањење стопа умирања од рака у овом узрасту. Петогодишње преживљавање деце оболеле од рака у узрасту од 0 до 14 година значајно је побољшано, са 54% на више од 80% данас. Адекватна терапија и добар терапијски одговор у дечјем узрасту условили су да је последњих 10 година проценат излечења деце у Србији порастао за око 20%.

Иако су малигни тумори код деце ретки, ради се о најосетљивијој популационој групи и најважнијем потенцијалу сваке државе. Проблему малигнух тумора код деце треба приступати крајње одговорно и професионално. Неопходно је мобилисати све секторе друштва у превенцији, лечењу и рехабилитацији деце оболеле од рака.

Оптимална брига за децу и адолесценте оболеле од рака треба да се спроводи у специјализованим „референтним центрима“ где се спроводи мултидисциплинарно лечење са едукованим тимом. Родитељи имају велику улогу у пружању подршке свом детету ради превазилажења проблема везаних за болест.

Најважнији задатак здравствених радника и шире друштвене заједнице је едукација родитеља (старатеља) и деце у погледу превенције, првенствено стицањем здравих животних навика. Будућа истраживања усмерена у правцу етиологије малигнух тумора код деце омогућиће ефикасно спровођење превентивних мера, ране дијагностике, примене адекватне терапије и дуже преживљавање.

Током и по завршеном лечењу неопходно је омогућити несметани наставак школовања.

Учитељи у болници обезбеђују неопходан континуитет током трајања терапије и везу између оболеле деце и школе. Потребно је едуковати актере националног образовања (наставнике, главне саветнике у области образовања, саветнике за професионалну оријентацију...) како би се олакшао наставак школовања или надокнадили додатни трошкови везани за болест и лечење.

Социјалну помоћ детету и његовој породици треба пружати од тренутка постављања дијагнозе и наставити током трајања лечења.

4.4.3. Помоћ родитељима деце оболеле од малигнух болести

Побољшање у овој области подразумева лакши приступ у остваривању права на посебно боловање родитеља деце оболеле од малигнух болести са одговарајућим нивоима новчане накнаде (без умањења) у време одсуства са посла једног од родитеља због неге оболелог детета.

4.4.4. Удружења болесника, родитеља оболелих, добровољаца, и друга удружења

Неопходно је подстицати и подржавати рад удружења болесника, родитеља оболеле деце, волонтера и фондација, успостављати сарадњу званичних институција са њима и укључивати их у доношење одлука о питањима од значаја за онколошку здравствену заштиту.

4.5. Едукација

4.5.1. Побољшање основне обуке у онкологији

Осавремењивање и унапређивање наставних програма факултета медицинске струке неопходно је како би све области онкологије, од превентиве до палијативног збрињавања, биле адекватно заступљене на свим нивоима студија. У наставне програме треба уврстити и едукацију из области комуникације и саопштавања лоших вести, у складу са водичима и протоколима.

4.5.2. Побољшање обуке за остале профиле здравствених радника и здравствених сарадника

Осим високообразовног здравственог кадра и сви други профили здравствених радника и здравствених сарадника морају бити едуковани посебно развијеним програмима 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

Међу здравственим радницима свих профила спроводиће се 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

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

4.5.5. Едукација становништва

Едукација становништва подразумева:

- развијање едукативних кампања за информисање јавности о факторима ризика за настанак малигних болести;
- развијање програма за едукацију усмереног на факторе ризика за настанак малигних болести путем система едукације од основне школе до универзитета.

4.6. Истраживања у онкологији

4.6.1. Обезбеђивање спровођења истраживања у онкологији

Научно истраживање у онкологији и његово спровођење у здравственим установама мора 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 рак у Републици Србији

Досадашња истраживања показала су да у различитим популацијама може да постоји различит спектар мутација које носе наследну предиспозицију, на пример, 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

Истраживања биологије тумора омогућиће откривање и сагледавање улоге нових маркера за рану дијагнозу, прогнозу, предвиђање и праћење одговора на антиканцерску терапију. Омогућиће и груписање оболелих у прогностичке групе и развој нових биолошких терапија.

Истраживања која дефинишу молекуларно праћење минималне резидуалне болести имају за циљ 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

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

Клиничка испитивања требало би да обухвате и тзв. квалитативни циљ у онкологији: смањење симптома болести, нежељених дејстава онколошког лечења и унапређење квалитета живота болесника и породице.

Пацијенте би требало укључити као активне партнере у клиничким истраживањима. Документовано је да активно учешће пацијената у процени исхода лечења (у поређењу са уобичајеном праксом када процену врши само онколог) доводи до значајно бољих резултата лечења.

5. МОНИТОРИНГ И ЕВАЛУАЦИЈА

Мониторинг подразумева праћење програма примарне превенције, раног откривања и скрининга, дијагностике и лечења, психосоцијалне подршке, едукације и истраживања у онкологији. То подразумева и праћење индикатора који се односе на смањење инциденције и преваленције малигнух болести, побољшања квалитета живота оболелих, бољи обухват прегледима за рано

откривање и побољшање ставова и знања у односу на факторе ризика за малигне болести.

Побољшање квалитета здравственог система мора да укључи грађане, кориснике здравственог система и болеснике у дефинисању и спровођењу политике контроле рака како би поштовали њихове потребе.

Потребно је изградити политику контроле рака засновану на чврстим опсервационим подацима и анализама, која ће бити повезана са другим системима као што су осигуравајућа друштва.

Спровођење политике борбе против рака захтева познавање трендова у епидемиологији карцинома (инциденца, морталитет, преживљавање итд.), али и реалности лечења и планирања лечења. Треба објединити различите базе података и постојеће информационе системе из домена онкологије (регистри малигнух болести, информациони системи за организовани скрининг, досијеи за успостављање комуникације у онкологији, клиничко-биолошке базе итд.) са базама података здравственог осигурања и са социоекономским базама.

Оптимизовати програме ради боље сарадње и веће ефикасности

Циљ је побољшање односа између различитих области деловања (опсервација, истраживање, превенција, скрининг и лечење) ради бољег преношења иновација и флексибилнијег плана лечења.

Прилагодити механизме финансирања изазовима лечења рака

Приступу лечењу рака стално се развијају под утицајем иновативних техника и лекова. Реч је о скупим облицима терапије и да би, на корист свих болесника, ови приступи постали раширенији, морају се променити и побољшати начини финансирања, а маневарски простор мора бити проширен. Финансирање и трошкови ових нових терапијских и институционалних програма за лечење рака треба да буду приоритет.

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

6. ФИНАНСИРАЊЕ И РУКОВОЂЕЊЕ

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.

Овај план борбе против рака је амбициозан и његово спровођење мора се пажљиво пратити и проценити помоћу индикатора резултата и утицаја на здравље популације, у складу са Националном здравственом стратегијом.

План је прављен по моделу и усаглашаван са Планом борбе против рака француске владе. Потребно је формирати национални тим који би руководио Планом. Тај тим би сачињавали представници Министарства здравља, Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ Републичког фонда за здравствено осигурање, као и представници Републичке стручне комисије за онкологију. Оперативни тим треба да имплементира План настао на основу француског плана (2014–2019), који је прилагођен локалној ситуацији и потребама. План би требало спроводити под покровитељством Владе и председника Републике Србије.

Radan Džodić

PREVENTIVE ACTIVITIES IN HEALTH CARE SYSTEM IN THE REPUBLIC OF SERBIA

S u m m a r y

The prevention of malignant diseases has an enormous public health significance and is the most effective approach to malignant diseases control. More than 80% of all malignancies can be affected by preventing or modifying risk factors, i.e. by preventing the onset of the disease. Simple measures: eliminating smoking, avoiding alcohol use, proper and healthy nutrition and sufficient physical activity, can reduce cancer incidence by 40%.

The National Expert Committee for Oncology has proposed to the Ministry of Health of Republic of Serbia a plan of activities for the active participation of the nation in the fight against cancer, in the form of the National Cancer Plan 2018–2023, following the French model.

The cooperation of the Republic of Serbia with the French Government and the most prestigious French institutions for cancer treatment dates back to 2002. Within the Reform of higher education project, whose coordinator on the Serbian side was the author of this text Radan Džodić, about 100 oncologists from Serbia and Montenegro, of various profiles, were trained in the best oncology centers in France, and the costs of training were borne by the French Government. In addition, a five-year agreement on oncology cooperation between the University, the Medical Faculty and the Pierre and Maria Kiri Institute in Paris and the University, the Medical Faculty in Belgrade and the Institute of Oncology and Radiology of Serbia was signed on December 15, 2016 in Paris.

Considering the quality of the French Cancer Plan, the co-operation in the field of oncology, which lasts for more than a decade, the plan has been adapted to our setting and will be given to the Government of Serbia for adoption.

The aim of this Plan is to cure as many patients as possible by preventing and early cancer detection, using modern surgical, radiotherapy treatment and treatment with innovative drugs, while preserving the quality of life during and after disease treatment.

For greater efficiency, it is necessary to optimize the management of the Plan and programs in the fight against cancer, and to fully involve patients and users of the health system. This Plan should be part of a national health strategy.

Only by full implementation of the Plan it will be possible to reduce cancer mortality in Serbia, which will be comparable to cancer mortality in developed countries.

Key words cancer, prevention, diagnostics, treatment, national plan