



Realizacja Narodowej Strategii Onkologicznej 2020–2025

Odhaczone zadania, niespełnione obietnice.
Bilans zadań i oczekiwanych rezultatów,
analizy przekrojowe oraz rekomendacje

Warszawa, 2026



OD AUTORKI



W Onkofundacji Alivia każdego dnia towarzyszymy pacjentom onkologicznym w ich drodze przez chorobę. I to właśnie z tej perspektywy – perspektywy pacjenta – oceniamy Narodową Strategię Onkologiczną, która była i pozostaje najważniejszym narzędziem porządkującym polską onkologię, a której rzetelna realizacja mogłaby naprawdę zmienić losy chorych: skrócić drogę do diagnozy, wyrównać dostęp do leczenia i poprawić jego wyniki.

Tymczasem wiele zobowiązań z 2020 r. zostało w trakcie realizacji przesuniętych w czasie lub złagodzonych w treści, a formalne „odhaczenie” zadania zbyt często nie oznacza rzeczywistej zmiany w sytuacji pacjenta, dla którego czas ma decydujące znaczenie.

Potwierdza to nasze badanie z lutego 2026 r., w którym chorzy mówią wprost o zbyt długich kolejkach oraz straconym czasie na drodze do rozpoznania i leczenia.

Traktujemy ten raport jako głos pacjentów skierowany do decydentów i mamy nadzieję, że stanie się podstawą do rozmowy o tym, jak dokończyć to, co w Strategii rozpoczęto.

Joanna Frątczak-Kazana
Wicedyrektorka
Onkofundacja Alivia

SPIS TREŚCI

Od autorki	1
Wykaz skrótów	3
CZĘŚĆ I – Wprowadzenie i kontekst	4
1. Streszczenie	4
2. Wprowadzenie	5
3. Kontekst epidemiologiczny	5
Część II – Ocena obszarowa	6
4. Obszar 1: Inwestycje w kadry	6
5. Obszar 2: Edukacja i prewencja pierwotna	8
6. Obszar 3: Prewencja wtórna	12
7. Obszar 4: Nauka i innowacje	16
8. Obszar 5: System opieki onkologicznej	19
Część III – Analizy przekrojowe	22
9. Przesuwane i przereklamowane zobowiązania	23
10. Nierówności wojewódzkie	26
11. Kryzys kadrowy	27
12. Koordynacja: rak piersi a rak płuca	28
13. Luka monitoringu	29
Część IV – Ocena całościowa i rekomendacje	29
14. Ocena całościowa realizacji NSO	30
15. Los wcześniejszych rekomendacji Fundacji Alivia (raport za 2020–2024)	31
16. Wnioski i rekomendacje	31
Komentarz na zakończenie	33
Aneksy	34
Przypisy	40

WYKAZ SKRÓTÓW

SKRÓT ROZWINIĘCIE

ABM	Agencja Badań Medycznych
AI	sztuczna inteligencja (ang. Artificial Intelligence)
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ASW	standaryzowany współczynnik (zachorowalności/umieralności) wg standardowej populacji świata
C43–C44	kody ICD-10 nowotworów złośliwych skóry (C43 – czerniak, C44 – inne nowotwory skóry)
„Cancer Units”	wyspecjalizowane, kompleksowe ośrodki/modele opieki nad chorymi na określony typ nowotworu
CEBK	Centralna Ewidencja Badań Klinicznych
CMKP	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative (program WHO monitorowania otyłości dzieci)
DiLO	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (tzw. zielona karta)
DSOZ	Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej (NFZ); w symbolach zarządzeń Prezesa NFZ
eDiLO	elektroniczna karta DiLO
ESMO	European Society for Medical Oncology (Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej)
FIT	test immunochemiczny na krew utajoną w kale (ang. Fecal Immunochemical Test)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (badanie zachowań zdrowotnych młodzieży)
HPV	wirus brodawczaka ludzkiego (ang. Human Papillomavirus)
HPV HR	wysokoonkogenne (wysokiego ryzyka) typy HPV; test HPV HR
HPV-DNA	molekularny test wykrywający DNA wirusa HPV
IKP	Internetowe Konto Pacjenta
KCPU	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
KSO	Krajowa Sieć Onkologiczna
LBC	cytologia na podłożu płynnym (ang. Liquid Based Cytology)
LDEK	Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy
LEK	Lekarski Egzamin Końcowy
MZ	Ministerstwo Zdrowia / Minister Zdrowia
NCD-RisC	NCD Risk Factor Collaboration (sieć danych o czynnikach ryzyka chorób niezakaźnych)
NDTK	niskodawkowa tomografia komputerowa
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
NIL	Naczelna Izba Lekarska
NIO-PIB	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy
NIZP PZH-PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
NSO	Narodowa Strategia Onkologiczna
PAN	Polska Akademia Nauk
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PSSE	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
SIMP	System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki
SMK	System Monitorowania Kształcenia (kadr medycznych)
UE	Unia Europejska
UV	promieniowanie ultrafioletowe (ang. ultraviolet)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization)

1. STRESZCZENIE

Istnieje wyraźny rozdźwięk między proceduralnym wdrażaniem NSO a jej realnymi efektami. Z perspektywy pacjenta kluczowe deklaracje, od szybkiej diagnostyki po równy dostęp do skutecznych terapii, wciąż czekają na pokrycie. Spośród 95 zadań za zrealizowane (w tym z opóźnieniem) uznajemy 38, a spośród 28 oczekiwanych rezultatów tylko jeden za osiągnięty. Największa rozbieżność występuje między mechanicznym zaliczaniem zadań a realnym efektem zdrowotnym.

Kluczowe wnioski:



1

Realizacja oczekiwanych rezultatów w zakresie prewencji pierwotnej pozostaje zagrożona. Wyszczepialność przeciw HPV wynosi zaledwie 15,08% wobec planowanego na koniec 2028 r. poziomu 60%. Odsetek palących dorosłych nie spadł, pogłębia się problem otyłości, a zachorowania na nowotwory skóry wzrosły o ponad 20%.



2

Prewencja wtórna to najslabszy obszar realizacji NSO. Wszystkie cztery rezultaty oceniamy jako niezrealizowane, a objęcie populacji badaniami przesiewowymi spadło poniżej poziomu bazowego z 2020 r. i na koniec 2025 r. wynosiło 33,5% w programie wykrycia raka piersi, 15,8% w programie badań przesiewowych raka jelita grubego oraz 12,3% w programie profilaktyki raka szyjki macicy¹.



3

Liczba specjalistów w onkologii klinicznej rośnie (od 1013 w 2020 r. do 1274 w 2025 r.), **ale według ekspertów wciąż brakuje ich ok. 500**, a krajowe rozmieszczenie kadr jest skrajnie nierównomierne.



4

Dostęp do nowoczesnych terapii pozostaje daleki od celu ustalonego na 2030 r., czyli poziomu 90% terapii onkologicznych refundowanych w UE.



5

Jakość koordynacji opieki zależy od typu nowotworu. W przypadku raka piersi udział zabiegów realizowanych w ramach świadczeń DiLO wynosi 96%, ale już w przypadku raka płuca to tylko 79%.



6

System nie mierzy własnych efektów, a brak eDiLO, rejestru satysfakcji oraz działających rejestrów narządowych uniemożliwia rozliczanie jakości.



7

Część zobowiązań osłabiono lub przesunięto w czasie kolejnymi uchwałami zmieniającymi NSO, co utrudnia monitorowanie rezultatów.

2. WPROWADZENIE

2.1 Cel i zakres raportu

Raport ocenia realizację NSO w latach 2020–2025 z perspektywy pacjenta onkologicznego. Nie powielamy sprawozdawczości resortowej, lecz pytamy, czy zadeklarowane działania przełożyły się na realny dostęp i wyniki leczenia. Raport obejmuje pięć obszarów Strategii (inwestycje w kadry, edukacja i prewencja pierwotna, prewencja wtórna, nauka i innowacje, system opieki), wszystkie 95 zadań i 28 oczekiwanych rezultatów, a także zagadnienia przekrojowe (nierówności wojewódzkie, kadry, koordynacja, monitoring).

2.2 Źródła danych

Raport powstał na podstawie publicznie dostępnych danych, z wykorzystaniem m.in. Krajowego Rejestru Nowotworów (epidemiologia)², baz NFZ/SIMP (badania przesiewowe, karty DiLO, leczenie zabiegowe, terminowość)³, danych SMK/CMKP i NIL (kadry i rezydentury)⁴, GUS (liczba lekarzy)⁵, sprawozdań Ministra Zdrowia z realizacji NSO⁶, raportów AOTMiT, NIZP PZH-PIB, KCPU, Agencji Badań Medycznych oraz Oncoindexu Fundacji Alivia⁷. Pełny rejestr źródeł znajduje się w Aneksie A.

2.3 Metodyka oceny

Każde zadanie i rezultat oceniamy wobec brzmienia z pierwotnego dokumentu NSO z 2020 r. Stosujemy jednolity katalog ocen: zrealizowane, zrealizowane z opóźnieniem, częściowo zrealizowane, w trakcie realizacji, niezrealizowane, odstąpiono od realizacji lub uchylono.

Tam, gdzie to istotne, podajemy obok siebie ocenę Ministerstwa Zdrowia (rozliczającego działanie podjęte w dowolnym momencie, często wobec zmienionego brzmienia zadania) i ocenę Onkofundacji Alivia (rozliczającą wykonanie w pierwotnym terminie i wobec pierwotnej treści).

Zadanie wykonane po terminie traktujemy jako „zrealizowane z opóźnieniem”, a działanie jedynie zapoczątkowane, bez efektu w terminie, traktujemy jako niezrealizowane. Stąd nasze oceny bywają surowsze niż resortowe. Różnica wynika jednak z przyjętej metodologii, a nie z odmiennych danych.

3. KONTEKST EPIDEMIOLOGICZNY

W 2023 r. w Polsce odnotowano 192 922 zachorowania na nowotwory złośliwe i 99 676 zgonów. Obecnie z chorobą nowotworową żyje ok. 1,47 mln osób⁸. Skala i trend wzrostowy zachorowań sprawiają, że skuteczność prewencji, wczesnego wykrywania i koordynacji leczenia bezpośrednio przekłada się na przeżycia. To tło, wobec którego oceniamy realizację NSO. Każde opóźnienie w badaniach przesiewowych czy koordynacji ma wymierne konsekwencje populacyjne. Relacja liczby zgonów do zachorowań różni się między województwami⁹, co omawiamy w rozdziale 10.

Treść zadań i rezultatów cytowana wiernie wg NSO z 2020 r.

4. OBSZAR 1: INWESTYCJE W KADRY

a) Cel i synteza

Obszar pierwszy obejmuje dostosowanie struktury kadry medycznej do potrzeb onkologii przez zwiększenie zasobów kadrowych oraz jakości kształcenia. Składa się z 12 zadań i 4 oczekiwanych rezultatów. Pod względem formalnym jest to najlepiej realizowana część Strategii: za zrealizowane (w tym z opóźnieniem) uznajemy 10 z 12 zadań¹⁰. Niestety realizacja zadań nie przełożyła się na rozwiązanie zdefiniowanych problemów. Mimo wzrostu liczby kandydatów w czterech dziedzinach onkologicznych obsadzono zaledwie 24,5% miejsc rezydenckich w 2024 r. i 33,1% w 2025 r.¹¹, przy czym według ekspertów Polska nadal mierzy się z **deficytem ok. 500 onkologów**¹².

b) Ocena oczekiwanych rezultatów

Tabela 4.1. Oczekiwane rezultaty w Obszarze 1: Inwestycje w kadry

Oczekiwany rezultat (NSO 2020)	Wartość bazowa	Cel i termin	Ocena Alivia
Do końca 2024 r. zwiększymy zakres wiedzy i umiejętności studentów medycyny oraz pielęgniarstwa i położnictwa w zakresie onkologii.	—	2024	Częściowo zrealizowane
Do końca 2024 r. rozszerzymy zakres szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek w onkologii i dziedzinach pokrewnych.	—	2024	Częściowo zrealizowane
Do końca 2024 r. wykorzystamy 100% wolnych miejsc szkoleniowych specjalizacyjnych w dziedzinach onkologicznych.	—	100% (2024)	Niezrealizowane
Do końca 2028 r. zwiększymy o 10% liczbę lekarzy specjalistów onkologicznych i pokrewnych.	Onkologia kliniczna 1013 (NIL 2020)	+10% (2028)	Zrealizowane

Wiedza i umiejętności studentów

W zakresie wiedzy i umiejętności studentów znowelizowano standardy kształcenia przeddyplomowego, więc formalnie zadanie zostało wykonane. Jednak wobec braku publicznego dostępu do informacji nie sposób stwierdzić, czy wiedza onkologiczna absolwentów rzeczywiście wzrosła. Rezultat pozostaje zatem niemierzalny, a jego realizację oceniamy jako częściową.

Zakres szkolenia lekarzy i pielęgniarek

Znowelizowane standardy kształcenia podyplomowego obowiązują dopiero od roku akademickiego 2025/2026¹³, więc aktualnie ich efekt jest odroczony w czasie i pozostaje niemierzalny. Z perspektywy pacjenta oznacza to, że poszerzony zakres szkolenia nie przełożył się jeszcze ani na liczbę, ani na kompetencje dostępnych kadr.

Miejsca szkoleniowe

Cel wykorzystania 100% wolnych miejsc szkoleniowych nie został osiągnięty. W skali czterech dziedzin onkologicznych obsadzono jedynie 24,5% miejsc w 2024 r. i 33,1% w 2025 r.

Liczba onkologów

Wzrost liczby onkologów klinicznych z 1013 (2020) do 1274 (2025), tj. o ok. 25,8%¹⁴, formalnie przekracza próg założony w Strategii (+10%). Jest to jednak efekt szkoleń rozpoczętych kilka lat temu.

Tymczasem według ekspertów w Polsce wciąż utrzymuje się deficyt rzędu 500 specjalistów, a tempo napływu nowych kadr nie nadąża za rosnącym zapotrzebowaniem.

c) Realizacja w 2025 r.

Najmocniejszym sygnałem w 2025 r. jest utrzymująca się luka między liczbą miejsc szkoleniowych a liczbą osób zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego: obsadzenie miejsc dla czterech dziedzin onkologicznych wzrosło do 33,1%, lecz dwie trzecie miejsc pozostały wolne.

Z kolei w przypadku zadania 1.5 (kampania informacyjna i promocyjna wśród studentów medycyny) we współpracy z CMKP i NIO-PIB **prowadzono dopiero prace nad założeniami projektu**¹⁵. Oznacza to, że po pięciu latach od pierwotnego terminu (wyznaczonego na 2021 r.) działanie to nadal znajduje się w fazie koncepcyjnej.

d) Ocena realizacji 2020–2025

Tabela 4.2. Zadania w Obszarze 1: Inwestycje w kadry

Nr	Zadanie (treść wg NSO 2020)	Termin	Ocena MZ	Ocena Alivia
1.1	Do końca 2021 r. dokonamy przeglądu i znowelizujemy standardy kształcenia na studiach dla kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego...	2021	Zrealizowane	Zrealizowane z opóźnieniem
1.2	W 2020 r. rozszerzymy Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy o tematykę onkologiczną.	2020	Zrealizowane	Zrealizowane z opóźnieniem
1.3	W 2021 r. opracujemy... pulę pytań egzaminacyjnych z zakresu onkologii na potrzeby LEK i LDEK...	2021	Zrealizowane	Zrealizowane
1.4	W 2021 r. rozpoczniemy zmianę programów specjalizacji w dziedzinach onkologicznych oraz medycyny rodzinnej i medycyny pracy...	2021	Zrealizowane	Zrealizowane z opóźnieniem
1.5	W 2021 r. rozpoczniemy kampanię informacyjną i promocyjną wśród studentów medycyny dotyczącą wyboru dziedzin onkologicznych...	2021	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
1.6	W 2022 r. rozpoczniemy kampanię informacyjną dedykowaną podmiotom leczniczym związaną ze zwiększeniem liczby miejsc szkoleniowych...	2022	Uchylono	Uchylono
1.7	Do końca 2023 r. dokonamy przeglądu i znowelizujemy standardy kształcenia na studiach dla kierunku pielęgniarstwo i położnictwo...	2023	Zrealizowane	Zrealizowane
1.8	Do końca 2023 r. dokonamy przeglądu i zmodyfikujemy wybrane programy szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarzek i położnych...	2023	Zrealizowane	Zrealizowane
1.9	W 2020 r. przygotujemy rozwiązania legislacyjne w sprawie umiejętności lekarskich... (certyfikowanie czynności)...	2020	Zrealizowane	Zrealizowane z opóźnieniem
1.10	W 2021 r. rozpoczniemy... certyfikację co najmniej 20 umiejętności związanych z profilaktyką, diagnostyką i terapią onkologiczną.	2021	Zrealizowane	Zrealizowane z opóźnieniem
1.11	Do 2021 r. zmienimy program stażu podyplomowego dla lekarzy, wprowadzając obowiązkowe szkolenia z profilaktyki onkologicznej, walki z bólem oraz komunikacją...	2021	Zrealizowane	Zrealizowane z opóźnieniem
1.12	Do 2023 r. opracujemy program kształcenia podyplomowego dla psychoonkologów, koordynatorów opieki onkologicznej, specjalistów fizyki medycznej, techników elektroradiologii.	2023	Zrealizowane	Zrealizowane

Pośród 12 zadań dziesięć uznajemy za zrealizowane, w tym sześć z opóźnieniem. Powtarza się przy tym wyraźny wzorzec: zadania legislacyjne i programowe, takie jak nowelizacja standardów kształcenia lekarzy (1.1) i pielęgniarek (1.7) czy zmiana programów specjalizacji w dziedzinach onkologicznych (1.4), są realizowane z poślizgiem, a ich efekty wchodzą w życie później, niż zakładano.

Nowe programy kształcenia obowiązują od roku akademickiego 2024/2025¹⁶, a rozporządzenie o stażu podyplomowym, wprowadzające obowiązkowe szkolenia z profilaktyki onkologicznej (1.11), weszło w życie dopiero 1 marca 2023 r¹⁷. Zmiany dotyczyły tu jednak głównie terminów, a nie treści samych zadań.

Kampanię informacyjną kierowaną do studentów medycyny (1.5) Ministerstwo raportuje jako „w trakcie realizacji”, my zaś oceniamy ją jako niezrealizowaną, ponieważ jej pierwotny termin (2021 r.) upłynął, a trwałej kampanii ani danych o jej skuteczności nadal nie ma. Bliźniacze zadanie 1.6 (kampania wśród podmiotów leczniczych) zostało natomiast uchylone nowelizacją z 2022 r. Różnica wynika z dwóch punktów odniesienia: Ministerstwo rozlicza działanie podjęte w dowolnym momencie, natomiast Alivia rozlicza wykonanie w pierwotnym terminie.

e) Rekomendacja dla obszaru

Skierowanie wysiłku na popyt, a nie na podaż miejsc. Problemem nie jest liczba miejsc rezydenckich, lecz niskie zainteresowanie, dlatego potrzebna jest kampania o mierzalnych efektach zwiększająca atrakcyjność dziedzin onkologicznych.

5. OBSZAR 2: EDUKACJA I PREWENCJA PIERWOTNA

a) Cel i synteza

Obszar drugi obejmuje edukację prozdrowotną i prewencję pierwotną: styl życia, ograniczanie używek, szczepienia przeciw HPV oraz standardy żywienia. Składa się z 14 zadań i 7 oczekiwanych rezultatów. **Rozbieżność między formą a efektem jest tu najwyraźniejsza w całej Strategii: część zadań legislacyjnych domknięto, ale żaden z populacyjnych rezultatów nie zmierza ku celowi, a kilka idzie w kierunku przeciwnym. Wyszczepialność przeciw HPV wynosi 15,08%¹⁸, odsetek palących dorosłych nie spadł, otyłość rośnie, a zachorowania na nowotwory skóry wzrosły o ponad 20%¹⁹.** To najmocniejszy w raporcie dowód na to, że „odhaczone” zadania nie przekładają się na realny efekt zdrowotny.

b) Ocena oczekiwanych rezultatów

Tabela 5.1. Oczekiwane rezultaty w Obszarze 2: Inwestycje w prewencję – profilaktyka pierwotna – styl życia

Oczekiwany rezultat (NSO 2020)	Wartość bazowa	Cel i termin	Ocena Alivia
Do końca 2030 r. ograniczymy odsetek dziewcząt i chłopców w wieku 11-15 lat z nadwagą i otyłością – odpowiednio z poziomu 13,7% i 29,3% do poziomu 10% i 25%.	Dziewczęta 13,7% / Chłopcy 29,3% (HBSC 2018)	10% / 25% (2030)	W trakcie realizacji
Do końca 2030 r. zwiększymy odsetek dziewcząt i chłopców w wieku 15 lat deklarujących niepalenie wyrobów tytoniowych – z poziomu 87,5% i 88,2% do poziomu 92%.	Dziewczęta 87,5% / Chłopcy 88,2% (HBSC 2018)	92% (2030)	W trakcie realizacji

Oczekiwany rezultat (NSO 2020)	Wartość bazowa	Cel i termin	Ocena Alivia
Do końca 2030 r. ograniczymy odsetek kobiet i mężczyzn z nadwagą i otyłością – z poziomu 41% i 59% do poziomu 38% i 55%.	Kobiety 41% / Mężczyźni 59%	Kobiety 38% / Mężczyźni 55% (2030)	W trakcie realizacji
Do końca 2030 r. ograniczymy odsetek kobiet i mężczyzn używających wyrobów tytoniowych – z poziomu 18% i 24% do poziomu 15% i 20%.	Kobiety 18% / Mężczyźni 24% (2019)	Kobiety 15% / Mężczyźni 20% (2030)	W trakcie realizacji
Do końca 2030 r. ograniczymy wskaźniki zachorowań na nowotwory skóry z poziomu 5,7 do poziomu 5,0 oraz ograniczymy narażenie populacji dorosłych na promieniowanie UV.	Wskaźnik 5,7	5,0 (2030)	W trakcie realizacji
Do końca 2028 r. zaszczepimy przynajmniej 60% dziewcząt i chłopców w wieku dojrzewania przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV).	0% (program od 2023)	60% (2028)	W trakcie realizacji
Do końca 2030 r. zapoznamy z zasadami Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem nie mniej niż 50 000 pracowników kadr medycznych w Polsce.	0	50 000 (2030)	W trakcie realizacji

Otyłość dzieci 11–15 lat

Brak danych metodologicznie zbieżnych z bazą HBSC 2018 uniemożliwia pomiar realizacji celu, co samo w sobie jest słabością systemu monitorowania. Dostępne źródła wskazują jednak na utrzymujący się problem. Według danych NCD-RisC (2024) szczyt nadwagi przypada na chłopców w wieku 11 lat (19,78%) i dziewczęta w wieku 10 lat (19,77%), a wg badania WHO COSI (2022) nadmierną masę ciała ma 32,3% dzieci w wieku 7–9 lat²⁰.

Niepalenie 15-latków

Regularne palenie papierosów wśród młodzieży spadło z 20% (2021) do 6% (2025), natomiast regularne używanie e-papierosów **wzrosło do poziomu 32%**²¹. **Mamy więc do czynienia z zastąpieniem jednego nośnika nikotyny innym, a nie z realnym ograniczeniem uzależnienia.** Dlatego, mimo formalnej poprawy wskaźnika papierosowego, rezultat oceniamy ostrożnie.

Otyłość dorosłych

Według danych NIZP PZH-PIB z sierpnia 2022 r. nadwagę lub otyłość ma już 52,2% dorosłych (mężczyźni 62,1%, kobiety 42,6%), a samą otyłość 13,6%²². **Zamiast spadku do poziomów 38% i 55% zakładanych w NSO obserwujemy więc tendencję wzrostową, co oddala realizację rezultatu.**

Palenie dorosłych

Wobec bazy z 2019 r. (kobiety 18%, mężczyźni 24%) dane za 2022 r. wskazywały 30,8% palących mężczyzn i 27,1% palących kobiet²³. **Żadne dostępne źródło nie pokazuje spadku zbliżającego się do celu, dlatego ostrożnie, ale jednak zakładamy brak postępu.**

Nowotwory skóry

Wskaźnik zmierza w kierunku przeciwnym do celu. Liczba zachorowań na nowotwory skóry (C43–C44) wzrosła z 18 488 (2019) do 23 296 (2023), podczas gdy liczba ludności spadła z 38 386 tys. osób (2019) do 37 637 tys. (2023)²⁴. **Zamiast spadku wskaźnika do poziomu zakładanego na 2030 r. obserwujemy więc wzrost, co czyni ten rezultat jednym z najwyraźniej oddalających się od celu w całym obszarze.**

Szczepienia przeciw HPV

Według stanu na 31 grudnia 2025 r. zaszczepiono 15,08% populacji docelowej (roczniki 2006–2016). Przy obecnym tempie, wynoszącym ok. 4 punkty procentowe rocznie, **cel 60% na 2028 r. jest nieosiągalny bez zasadniczej zmiany strategii programu**, przede wszystkim bez rozważenia wpisania tych szczepień do kalendarza szczepień obowiązkowych oraz wprowadzenia aktywnego

systemu zaproszeń. Ma to szczególne znaczenie, ponieważ szczepienie przeciw HPV jest jedyną formą profilaktyki pierwotnej nowotworów o udowodnionej skuteczności.

Europejski Kodeks Walki z Rakiem

Nie wdrożono systemu monitorowania liczby pracowników kadr medycznych zapoznanych z zasadami Kodeksu, dlatego **rezultat, podobnie jak kilka innych w tym obszarze, pozostaje bez miary i nie poddaje się rzetelnej ocenie ilościowej.**

c) Realizacja w 2025 r.

Rok 2025 przyniósł dwa rozstrzygnięcia. W zadaniu 5.1 (standardy żywienia) 12 grudnia 2025 r. opublikowano rozporządzenie Ministra Zdrowia, które weszło w życie 1 stycznia 2026 r., z ok. czteroletnim opóźnieniem wobec terminu 2021 r²⁵. W przypadku zadania 6.3 – dotyczącego wywiadu w kierunku ustalenia stopnia narażenia na dym tytoniowy pacjentów w szpitalach onkologicznych – odstąpiono od realizacji zobowiązania w jego pierwotnym brzmieniu, a termin przesunięto na 2026 r²⁶. Wyszczepialność HPV wzrosła w 2025 r. o ok. 4 punkty procentowe, do 15,08%.

d) Ocena realizacji 2020–2025

Tabela 5.2. Zadania w Obszarze 2: Inwestycja w profilaktykę pierwotną

Nr	Zadanie (treść wg NSO 2020)	Termin	Ocena MZ	Ocena Alivia
2.1	W 2020 r. rozszerzymy zakres prowadzonej powszechnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia przez wprowadzenie zajęć o zdrowiu.	2020	Częściowo zrealizowane	Częściowo zrealizowane
2.2	Do końca 2022 wypracujemy rozwiązania kompleksowe w zakresie szkolnej edukacji prozdrowotnej... (Edukacyjny Program dla Zdrowia w Szkołach)...	2022	Zrealizowane	Częściowo zrealizowane
3.1	Począwszy od 2020 r., zwiększymy zasięg kampanii społecznych o 50% przez standaryzację i intensyfikację działań...	2020	Częściowo zrealizowane	Częściowo zrealizowane
3.2	W 2021 r. rozpoczniemy programy edukacyjne i kampanie społeczne na temat korzyści zdrowotnych wynikających ze szczepienia przeciwko HPV.	2021	Częściowo zrealizowane	Częściowo zrealizowane
4.1	Od 2021 r. rozpoczniemy proces szczepień przeciwko HPV dziewcząt w wieku dojrzewania.	2021	Zrealizowane	Zrealizowane z opóźnieniem
4.2	Od 2026 r. rozpoczniemy proces szczepień przeciwko HPV chłopców w wieku dojrzewania.	2026	Zrealizowane	Zrealizowane
5.1	W 2021 r. wprowadzimy nowe standardy dla żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży oraz pacjentów w podmiotach leczniczych...	2021	Częściowo zrealizowane	Zrealizowane z opóźnieniem
5.2	W 2020 r. wprowadzimy opłatę od napojów z dodatkiem substancji słodzących oraz kofeiny lub tauryny...	2020	Zrealizowane	Zrealizowane
6.1	Do końca 2021 r. zmodyfikujemy program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)...	2021	Zrealizowane	Zrealizowane z opóźnieniem
6.2	Do 2023 r. w każdym województwie utworzymy Poradnie Pomocy Palącym... w ramach Ogólnopolskiej Sieci Pomocy Palącym.	2023	Niezrealizowane	Niezrealizowane
6.3	Do 2025 r. wprowadzimy obowiązek przeprowadzenia wywiadu w kierunku ustalenia stopnia narażenia na dym tytoniowy pacjentów w szpitalach onkologicznych...	2025	W trakcie realizacji	Niezrealizowane

Nr	Zadanie (treść wg NSO 2020)	Termin	Ocena MZ	Ocena Alivia
6.4	Będziemy dążyć do systematycznego wzrostu podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe, płyny do e-papierosów oraz wyroby nowatorskie.	ciągłe	Zrealizowane	W trakcie realizacji
7.1	Do końca 2023 r. wprowadzimy badania okresowe odnoszące się do stylu życia pacjenta...	2023	Zrealizowane	Częściowo zrealizowane
7.2	Do 2024 r. zintensyfikujemy proces szkoleń kadr medycznych (lecznictwo szpitalne, POZ i medycyna pracy)...	2024	Zrealizowane	Niezrealizowane

W pełni zrealizowano jedynie nieliczne zadania: rozpoczęto szczepienia chłopców przeciw HPV (4.2) oraz wprowadzono opłatę od napojów słodzonych (5.2), a z opóźnieniem także szczepienia dziewcząt (4.1), standardy żywienia zbiorowego (5.1) i modyfikację programu profilaktyki chorób odtytoniowych (6.1). Dwa zadania pozostają niezrealizowane mimo upływu terminu. Zamiast ogólnopolskiej sieci Poradni Pomocy Palącym (6.2) działają jedynie trzy poradnie stacjonarne, w Warszawie, Gdańsku i Krakowie²⁷. Z kolei w ramach intensyfikacji szkoleń kadr medycznych (7.2) w latach 2022–2024 przeszkolono ok. 1471 osób, co świadczy o działaniu punktowym, a nie systemowym. Mimo to Ministerstwo raportuje to zadanie jako zrealizowane²⁸.

Zmiana treści zadań

Dwa zadania przeredagowano w sposób osłabiający zobowiązanie. W zadaniu 3.1 dotyczącym kampanii społecznych usunięto mierzalny cel zwiększenia zasięgu „o 50%”, pozostawiając zadanie bez miernika sukcesu, a w wywiadzie dotyczącym narażenia na dym tytoniowy w szpitalach onkologicznych (6.3) odstąpiono od pierwotnego obowiązku i przesunięto termin na 2026 r.²⁹. Zgodnie z przyjętą metodyką oceniamy oba zadania wobec brzmienia z 2020 r., dlatego nasza ocena jest niższa niż w sprawozdaniu Ministerstwa.

e) Rekomendacje dla obszaru



1. **Powiązanie zadań z miernikami efektu populacyjnego.** Prewencję pierwotną należy rozliczać zmianą wskaźników zdrowotnych (palenie, otyłość, wyszczepialność), a nie liczbą podjętych działań.



2. **Przebudowa programu szczepień przeciw HPV.** Konieczne jest wprowadzenie aktywnego systemu zaproszeń oraz rozważenie ujęcia szczepień przeciw HPV w kalendarzu szczepień obowiązkowych. Przy obecnym tempie cel 60% pozostaje poza zasięgiem.



3. **Budowa ogólnopolskiej sieci Poradni Pomocy Palącym.** Trzy działające poradnie stacjonarne nie realizują zobowiązania wynikającego z zadania 6.2.



4. **Ukierunkowanie polityki wobec e-papierosów na prewencję i ograniczenie sprzedaży.** Płyny i urządzenia do e-papierosów są już objęte akcyzą, której stawka rośnie etapowo do 2027 r., więc dźwignia podatkowa została uruchomiona. Wobec gwałtownego wzrostu używania e-papierosów wśród młodzieży (32%) brakuje natomiast skutecznej profilaktyki i edukacji.



5. **Przywrócenie mierzalnych celów kampanii.** Cofnięcie celu „+50%” w zadaniu 3.1 (zwiększenie zasięgu kampanii społecznych) pozbawiło działania edukacyjne jasnego kryterium sukcesu.



Odhaczone zadania nie są dowodem skuteczności polityki zdrowotnej.

6. OBSZAR 3: PREWENCJA WTÓRNA

a) Cel i synteza

Obszar trzeci obejmuje badania przesiewowe i wczesne wykrywanie nowotworów. Składa się z 23 zadań i 4 oczekiwanych rezultatów. **W obszarze prewencji wtórnej notowany jest najslabszy wynik całej Strategii: wszystkie cztery rezultaty oceniamy jako niezrealizowane, a objęcie populacji badaniami przesiewowymi nie tylko nie wzrosło, lecz spadło poniżej poziomu bazowego z 2020 r³⁰.** Przyczyny są złożone i mają charakter systemowy.

Po stronie organizacji systemu są to m.in. brak działającego indywidualnego (imiennego) systemu zaproszeń, nieujmowanie w sprawozdawczości badań wykonywanych prywatnie (co zaniża zwłaszcza wskaźnik cytologii), nieskuteczność narzędzi motywacyjnych dla POZ oraz niewykonywanie przez większość lekarzy POZ podstawowych badań z zakresu profilaktyki onkologicznej lub nieodnotowywanie ich w dokumentacji³¹. Po stronie populacji utrzymują się niska świadomość zdrowotna oraz brak wiedzy o tym, kiedy i dlaczego należy się badać³². Problemy te pogłębia wykluczenie cyfrowe osób bez dostępu do internetu³³. Nakłada się na to nieskuteczność kampanii społecznych mimo nakładów przekraczających 136 mln zł w latach 2019–2023, rezygnacja z pilotażu docelowych rozwiązań zwiększających udział w mammografii i cytologii oraz silne nierówności wojewódzkie w dostępie do badań³⁴.

b) Ocena oczekiwanych rezultatów

Tabela 6.1. Oczekiwane rezultaty w Obszarze 3: Inwestycje w pacjenta – prewencja wtórna

Oczekiwany rezultat (NSO 2020)	Wartość bazowa	Cel i termin	Ocena Alivia
Do końca 2024 r. zwiększymy zgłaszalność na badania przesiewowe w kierunku raka piersi z 39% do 60%. Do końca 2027 r. – do 75%.	39% (2020)	60% (2024) / 75% (2027)	Niezrealizowane
Do końca 2024 r. zwiększymy odsetek osób, które odbyły badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego, z 18% do 30%. Do końca 2027 r. – do 45%.	18% (2020)	30% (2024) / 45% (2027)	Niezrealizowane
Do końca 2024 r. zwiększymy odsetek osób, które odbyły badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy, z 17% do 60%. Do końca 2027 r. – do 80%.	17% (2020)	60% (2024) / 80% (2027)	Niezrealizowane
Do końca 2025 r. wprowadzimy nowe metody badań przesiewowych, w szczególności w kierunku wczesnego wykrycia raka płuca i raka gruczołu krokowego.	—	2025	Niezrealizowane

4 rezultaty → 0 osiągniętych



Prewencja wtórna jest **najslabiej zrealizowanym obszarem** całej Narodowej Strategii Onkologicznej.



Rak piersi

Zgłaszalność w populacji objętej programem wzrosła w 2025 roku jedynie nieznacznie, z 32,69% (1.01.2025) do 33,53% (1.01.2026), i pozostaje poniżej poziomu bazowego 39% z 2020 r.³⁵. Oznacza to, że **nie tylko nie zbliżamy się do celu 60%, lecz cofnęliśmy się względem punktu wyjścia**, mimo upływu połowy okresu obowiązywania Strategii.



Rak jelita grubego

Objęcie populacji wzrosło z 14,19% (1.04.2025) do 15,84% docelowej populacji (1.01.2026), jednak wciąż pozostaje poniżej bazy 18%. Według SIMP roczna zgłaszalność w 2025 r. wyniosła ok. 10,5%³⁶. Próg 16%, uprawniający POZ do dodatku motywacyjnego, nie został osiągnięty przez żaden podmiot³⁷, co pokazuje, że sama finansowa zachęta nie wystarczy do zwiększenia udziału w badaniach.



Rak szyjki macicy

W 2025 roku zgłaszalność na badania przesiewowe wzrosła z 11,35% do 12,30% osób uprawnionych do badania, pozostając poniżej bazy 17%. Realny poziom jest zapewne wyższy, ponieważ badania prywatne w znacznej części nie są raportowane, co dodatkowo zaniża oficjalny wskaźnik. **Od 2025 r. program oparto na teście HPV HR i cytologii LBC³⁸, co jest zmianą jakościowo korzystną, lecz samą w sobie niewystarczającą do podniesienia zgłaszalności bez aktywnego zapraszania.**



Nowe metody (rak płuca i prostaty)

Do końca 2025 r., czyli wyznaczonego terminu realizacji oczekiwanego rezultatu, nie wdrożono ogólnopolskich programów badań przesiewowych w kierunku raka płuca i raka gruczołu krokowego. Uruchomienie badań w kierunku raka płuca Ministerstwo Zdrowia zapowiada dopiero od II połowy 2026 r.³⁹, a programu dla raka gruczołu krokowego nie ujęto nawet w harmonogramie, dlatego rezultat uznajemy za niezrealizowany.

c) Realizacja w 2025 r.

W 2025 r. wprowadzono test HPV HR i cytologię LBC do programu profilaktyki raka szyjki macicy (rozporządzenie z 7 marca 2025 r.)⁴⁰. Zadanie 12.6, pierwotnie zakładające „obowiązkową certyfikację” kolposkopistów i cytodiagnostów, złagodzone uchwałą nr 147 do zwykłej „certyfikacji”⁴¹. W zakresie Centrów Zdrowia Publicznego (zad. 9.1–9.2) MZ zapowiedziało odstępnie od pierwotnej koncepcji tworzenia nowej struktury⁴². Program przesiewowy raka płuca przesunięto na II połowę 2026 r.⁴³.

Udział w programach przesiewowych.

Wartości bazowe i osiągnięte na koniec 2025 roku:



Rak piersi:

39% → 33,5%



Rak jelita grubego:

18% → 15,8%



Rak szyjki macicy:

17% → 12,3%

d) Ocena realizacji 2020–2025

Tabela 6.2. Zadania w Obszarze 3: Inwestycja w profilaktykę wtórną

Nr	Zadanie (treść wg NSO 2020)	Termin	Ocena MZ	Ocena Alivia
8.1	W 2021 r. wdrożymy narzędzia motywacyjne dla zespołów POZ... (objęcie populacji podwyższonego ryzyka przesiewami).	2021	Zrealizowane	Niezrealizowane
8.2	W 2022 r. wdrożymy narzędzia motywacyjne dla zespołów medycyny pracy...	2022	Zrealizowane	Niezrealizowane
8.3	Do 2023 r. wprowadzimy badania okresowe w POZ/medycynie pracy uwzględniające wywiad o udziale w przesiewach...	2023	Częściowo zrealizowane	Niezrealizowane
8.4	W 2024 r. wdrożymy obowiązek dla zespołów POZ objęcia populacji podwyższonego ryzyka przesiewami.	2024	Zrealizowane	Niezrealizowane
9.1	Do końca 2022 r. stworzymy podstawy (prawne, finansowe) do funkcjonowania Centrów Zdrowia Publicznego...	2022	Niezrealizowane	Niezrealizowane
9.2	Do końca 2024 r. włączymy Centra Zdrowia Publicznego do aktywnego zapraszania Polaków na badania przesiewowe.	2024	Niezrealizowane	Niezrealizowane
10.1	W 2020 r. przeprowadzimy pilotaż metod zwiększania udziału w mammografii i cytologii... (rozwiązania docelowe 2021).	2020/2021	Uchylono	Uchylono
10.2	Od 2021 r. zintensyfikujemy alternatywne formy komunikacji z pacjentem (IKP, media społecznościowe, call-center)...	2021	W trakcie realizacji	Częściowo zrealizowane
10.3	Od 2020 r. zintensyfikujemy kampanie społeczne i infolinie... (ewaluacja skuteczności w 2021 r.).	2020/2021	W trakcie realizacji	Częściowo zrealizowane
10.4	Do końca 2023 r. wprowadzimy rozwiązania prawne i informatyczne zapewniające pełną wiedzę o przesiewach w Polsce.	2023	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
10.5	Do końca 2024 r. wprowadzimy obowiązek rejestracji przez POZ badań przesiewowych wykonywanych poza systemem publicznym.	2024	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
11.1	W 2020 r. rozszerzymy pilotaż HPV-DNA... Do końca 2022 wprowadzimy test HPV-DNA do programu profilaktyki raka szyjki macicy.	2020/2022	W trakcie realizacji	Zrealizowane
11.2	W 2021 wprowadzimy test FIT jako alternatywny dla kolonoskopii.	2021	Zrealizowane	Niezrealizowane
11.3	Od 2022 wprowadzimy finansowaną z NFZ opiekę nad rodzinami wysokiego, dziedzicznego ryzyka zachorowania.	2022	Zrealizowane	Zrealizowane
11.4	Od 2022 r. wprowadzimy finansowanie z NFZ badań przesiewowych raka jelita grubego.	2022	Zrealizowane	Zrealizowane
11.5	Od 2024 wprowadzimy finansowanie programów przesiewowych w grupach wysokiego ryzyka (rak płuca, prostaty).	2024	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
12.1	Do końca 2023 r. wprowadzimy obowiązek stosowania mammografów cyfrowych w programie profilaktyki raka piersi.	2023	Zrealizowane	Zrealizowane
12.2	Od 2022 r. zwiększymy kontrolę jakości mammografii... Od 2024 r. zaostrzymy kryteria programu raka piersi.	2022/2024	Zrealizowane	Zrealizowane

Nr	Zadanie (treść wg NSO 2020)	Termin	Ocena MZ	Ocena Alivia
12.3	Do końca 2028 r. wprowadzimy obowiązek stosowania endoskopów wysokiej rozdzielczości w kolonoskopii.	2028	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
12.4	Od 2022 r. zwiększymy kontrolę jakości cytologii... Od 2023 r. zaostrzymy kryteria programu raka szyjki macicy.	2022/2023	Zrealizowane	Częściowo zrealizowane
12.5	Do końca 2024 utrzymamy programy szkoleniowe (dobrowolna certyfikacja kolposkopistów i cytodiagnostów).	2024	Zrealizowane	Zrealizowane
12.6	Od 2025 r. wprowadzimy obowiązkową certyfikację kolposkopistów i cytodiagnostów...	2025	Zrealizowane	Niezrealizowane
12.7	W latach 2020–2030 będziemy koordynować i monitorować jakość profilaktyki (pierz, szyjka, jelito).	2020–2030	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji

Obraz zadań jest pozornie lepszy niż obraz rezultatów, ponieważ część działań Ministerstwo raportuje jako zrealizowane. Kluczowa jest jednak rozbieżność przy zadaniach 8.1–8.4, obejmujących narzędzia motywacyjne dla zespołów POZ (8.1) i medycyny pracy (8.2), badania okresowe uwzględniające udział w przesiewach (8.3) oraz obowiązek obejmowania przesiewami populacji podwyższonego ryzyka (8.4). Ministerstwo uznaje je za wykonane, bo wydano wytyczne i wprowadzono dodatki motywacyjne, my zaś oceniamy je jako niezrealizowane, ponieważ nie przełożyły się na zgłaszalność: współczynniki korygujące nie przyniosły oczekiwanego efektu, a realnego obowiązku nie wyegzekwowano⁴⁴. Podobnie jest przy zadaniach 10.4 i 10.5, dotyczących rejestracji badań przesiewowych, w tym wykonywanych poza systemem publicznym, gdzie brak egzekwowania rejestracji zaniża dane, zwłaszcza w programie wczesnego wykrycia raka szyjki macicy. Z kolei wprowadzenie testu FIT (11.2) wstrzymano mimo formalnego „zrealizowania”.

Zmiana treści i terminów

Trzy zmiany osłabiły pierwotne zobowiązania. Obowiązkową certyfikację kolposkopistów i cytodiagnostów (12.6) złagodzano do dobrowolnej uchwałą nr 147⁴⁵, termin obowiązku rejestracji badań prywatnych przez POZ (10.5) wydłużono uchwałą nr 166⁴⁶, a przy tworzeniu Centrów Zdrowia Publicznego (9.1–9.2) zapowiedziano odstępstwo od pierwotnej koncepcji. Realizację wszystkich tych zadań oceniamy wobec brzmienia z 2020 r.

e) Rekomendacje dla obszaru



1. **Wdrożenie indywidualnego systemu zaproszeń.** Bez aktywnego zapraszania na badania (przez IKP, listy, SMS-y i kontakt telefoniczny) zgłaszalność nie wzrośnie, a dotychczasowe narzędzia motywacyjne dla POZ okazały się nieskuteczne.



2. **Egzekwowanie raportowania badań prywatnych.** Pomijanie badań wykonywanych poza systemem publicznym zaniża wskaźniki i uniemożliwia rzetelny pomiar zgłaszalności.



3. **Zniwelowanie nierówności wojewódzkich.** Różnice w objęciu badaniami między województwami są znaczące, a ich szczegółowy obraz przedstawiamy w rozdziale 10.



7. OBSZAR 4: NAUKA I INNOWACJE

a) Cel i synteza

Obszar czwarty obejmuje badania kliniczne, biobankowanie oraz dostęp do innowacyjnych terapii. Składa się z 14 zadań i 7 oczekiwanych rezultatów. Pod względem legislacyjno-instytucjonalnym to jeden z lepiej domkniętych obszarów (ustawa o badaniach klinicznych, Agencja Badań Medycznych, Centra Wsparcia Badań Klinicznych), ale mierzalne rezultaty pozostają tylko częściowo osiągnięte: dane o udziale pacjentów w badaniach są fragmentaryczne, biobankowanie opóźniono, a w zakresie dostępu do refundowanych terapii nie przedstawiono żadnej metodyki pomiaru.

b) Ocena oczekiwanych rezultatów

Tabela 7.1. Oczekiwane rezultaty w Obszarze 4: Inwestycje w naukę i innowacje

Oczekiwany rezultat (NSO 2020)	Wartość bazowa	Cel i termin	Ocena Alivia
Do końca 2024 r. zwiększymy odsetek pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych z 4% do co najmniej 6%. Do 2029 r. – do 8%.	4%	6% (2024) / 8% (2029)	Częściowo zrealizowane
Do końca 2024 r. zwiększymy odsetek niekomercyjnych badań klinicznych z 2,8% do min. 10%. Do 2029 r. – do min. 15%.	2,8% (11 badań, 2018)	10% (2024) / 15% (2029)	Częściowo zrealizowane
Do 2024 r. zwiększymy dwukrotnie liczbę pacjentów w badaniach wczesnych faz oraz liczbę ośrodków badań wczesnych faz.	—	2024	Częściowo zrealizowane
Do końca 2021 r. opracujemy rozwiązania ws. biobankowania, a do 2024 r. zbudujemy sieć biobanków onkologicznych...	—	2021 / 2024	Niezrealizowane
Do 2024 r. doprowadzimy do powstania co najmniej 4 certyfikowanych przez ABM centrów wsparcia badań klinicznych. Do 2029 r. – 8.	—	4 (2024) / 8 (2029)	Częściowo zrealizowane
Do końca 2029 r. zwiększymy świadomość pacjentów na temat badań klinicznych realizowanych w kraju.	—	2029	W trakcie realizacji
Do końca 2030 r. osiągniemy poziom przynajmniej 90% dostępnych terapii onkologicznych wśród refundowanych w UE.	Alivia Oncoindex ~30 (2020)	90% (2030)	W trakcie realizacji

Udział pacjentów w badaniach klinicznych

Brak ogólnodostępnych, oficjalnych danych o odsetku pacjentów onkologicznych uczestniczących w badaniach klinicznych uniemożliwia rozliczenie celów 6% i 8%⁴⁷. Sam brak takiej publicznej statystyki jest istotną luką, ponieważ bez niej nie da się ani potwierdzić postępu, ani wykluczyć regresu.

Badania niekomercyjne

Cel pośredni został osiągnięty, ponieważ w 2022 r. odsetek niekomercyjnych badań klinicznych przekroczył 10%⁴⁸. Brakuje jednak ciągłych danych z kolejnych lat, które potwierdzałyby trwałość tego wyniku, dlatego rezultat oceniamy jako częściowo, a nie w pełni zrealizowany.

Badania wczesnych faz

Utworzono ośrodki badań wczesnych faz, nie opublikowano jednak danych o liczbie pacjentów objętych takimi badaniami, co uniemożliwia potwierdzenie zakładanego „podwojenia”. Rezultat jest więc częściowo udokumentowany, lecz nierozliczalny w części ilościowej.

Biobankowanie

Ustawy o biobankowaniu nie uchwalono w pierwotnym terminie (2021 r.), a jej przyjęcie przesunięto na 2026 r. Sieć biobanków onkologicznych nie powstała⁴⁹. Ponieważ to właśnie ustawa miała być fundamentem całego rezultatu, jego realizację oceniamy jako niezrealizowaną.

Centra Wsparcia Badań Klinicznych (ABM)

Powstały co najmniej 4 centra wsparcia badań klinicznych (m.in. Warszawa/NIO-PIB, Kraków, Poznań i Gdańsk), więc cel wyznaczony na 2024 r. został osiągnięty⁵⁰. Dalszy cel, czyli 8 centrów do 2029 r., pozostaje otwarty, dlatego rezultat traktujemy jako częściowo zrealizowany.

Świadomość pacjentów

Prowadzone są działania informacyjne, a termin osiągnięcia planowanego rezultatu (2029 r.) jeszcze nie upłynął, dlatego oceniamy go jako będący w trakcie realizacji. Brakuje jednak mierników pozwalających stwierdzić, czy świadomość pacjentów rzeczywiście rośnie.

Dostęp do terapii (90% refundacji UE)

W obszarze poprawy dostępu do refundowanych terapii nie przedstawiono dotychczas żadnej metodyki pomiaru. Pewnym punktem odniesienia może być Alivia Oncoindex – wskaźnik pokazujący, które leki zarejestrowane przez Europejską Agencję Leków (EMA) w ciągu ostatnich 15 lat oraz rekomendowane przez Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (ESMO) są refundowane w Polsce. Wskaźnik ten wzrósł w latach 2019–2025 z 30 do 52 na 100 możliwych punktów⁵¹.

c) Realizacja w 2025 r.

Dostęp do terapii, mimo znaczącej poprawy, pozostaje daleki od planowanego rezultatu. Ustawy o biobankowaniu nadal nie uchwalono (termin przesunięty na 2026 r.)⁵².

d) Ocena realizacji 2020–2025

Tabela 7.2. Zadania w Obszarze 4: Inwestycje w naukę i innowacje

Nr	Zadanie (treść wg NSO 2020)	Termin	Ocena MZ	Ocena Alivia
13.1	Do końca 2021 r. opracujemy i wdrożymy kompleksowe rozwiązania legislacyjne dotyczące badań klinicznych.	2021	Zrealizowane	Zrealizowane z opóźnieniem

Nr	Zadanie (treść wg NSO 2020)	Termin	Ocena MZ	Ocena Alivia
13.2	Do końca 2020 r. znowelizujemy prawo farmaceutyczne ws. częściowego udostępnienia bazy CEBK.	2020	Odstąpiono od re-alizacji	Odstąpiono od realizacji
13.3	Do końca 2022 r. uruchomimy interaktywną e-platformę dla pacjentów i badaczy o badaniach klinicznych w onkologii.	2022	Zrealizowane	Zrealizowane
13.4	Od 2021 r. rozpoczniemy promocję badań klinicznych w mediach i kanałach elektronicznych.	2021	Zrealizowane	Zrealizowane
13.5	Do końca 2022 utworzymy co najmniej 4 nowe ośrodki badań wczesnych faz w onkologii.	2022	Zrealizowane	Zrealizowane
13.6	Do końca 2023 będziemy wspierać rozwój Centrów Badań Klinicznych przy ośrodkach akademickich i onkologicznych w ramach KSO.	2023	Zrealizowane	Zrealizowane
13.7	Do końca 2024 r. stworzymy preferencyjne warunki dla podmiotów prowadzących badania kliniczne.	2024	Zrealizowane	Zrealizowane
14.1	Do 2022 r. zrealizujemy projekt „Akademia Badań Klinicznych”.	2022	Zrealizowane	Zrealizowane
14.2	Do końca 2024 r. utworzymy sieć repozytoriów próbek biologicznych nowotworów w ramach KSO.	2024	Zrealizowane	Zrealizowane
14.3	Do końca 2021 r. opracujemy i wdrożymy rozwiązania legislacyjne dotyczące biobankowania.	2021	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
15.1	Do końca 2029 r. uruchomimy postępowania grantowe wspierające projekty badawczo-naukowe (m.in. AI w diagnostyce).	2029	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
16.1	Do końca 2020 r. wprowadzimy rozwiązania legislacyjne skracające czas dostępu do innowacyjnych terapii.	2020	Zrealizowane	Zrealizowane
16.2	Do końca 2022 r. wypracujemy zasady gromadzenia i analizy danych o skuteczności innowacyjnych terapii.	2022	Zrealizowane	Zrealizowane z opóźnieniem
16.3	Do końca 2030 będziemy rozszerzać wykaz leków refundowanych w onkologii.	2030	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji

Większość zadań (10 z 14) uznajemy za zrealizowane. Uchwalono i wdrożono m.in. kompleksowe przepisy dotyczące badań klinicznych (13.1), interaktywną e-platformę dla pacjentów i badaczy (13.3) oraz preferencyjne warunki dla podmiotów prowadzących badania (13.7). Na ocenę rezultatów negatywnie wpływają jednak dwa wyjątki. Opracowanie i wdrożenie przepisów o biobankowaniu (14.3) pozostaje niezrealizowane mimo terminu 2021 r., ponieważ ustawy nadal nie uchwalono, a jej przyjęcie przesunięto na 2026 r.⁵³ Z kolei nowelizacja prawa farmaceutycznego dotycząca udostępnienia bazy CEBK (13.2) została formalnie wycofana i w tym przypadku nasza ocena jest zbieżna z Ministerstwem Zdrowia („odstąpiono od realizacji”).

e) Rekomendacje dla obszaru



1. **Uchwalenie ustawy o biobankowaniu.** Jest to brakujący fundament sieci biobanków oraz badań opartych na biomarkerach.



2. **Publikowanie danych o udziale pacjentów w badaniach klinicznych.** Bez takich danych aż trzy rezultaty tego obszaru pozostają nierozliczalne.



3. **Ustalenie metodyki pomiaru wskaźnika i przyspieszenie dostępu do refundowanych terapii,** aby osiągnąć cel 90% dostępności wyznaczony na 2030 r.

8. OBSZAR 5: SYSTEM OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

a) Cel i synteza

Obszar piąty, największy (32 zadania i 6 rezultatów), obejmuje organizację opieki: Krajową Sieć Onkologiczną, koordynację (DiLO/„Cancer Units”), jakość diagnostyki, opiekę wspierającą oraz rejestry narządowe. **Infrastruktura i legislacja posuwają się naprzód (ustawa o KSO, akredytacja patomorfologii, inwestycje, KRN), ale rdzeń systemu, czyli koordynacja i kontrola jakości, pozostają niezrealizowane. Modele „Cancer Units” są opóźnione o ponad cztery lata, przestrzeganie wytycznych nie jest monitorowane (brak eDiLO), nie działa rejestr satysfakcji pacjentów ani rejestry narządowe.** Liczba wydanych kart DiLO wzrosła z 257,9 tys. (2019) do 439,3 tys. (2025)⁵⁴, lecz koordynacja jest wybiórcza: udział zabiegów rozliczanych w ramach DiLO wynosi ok. 96% w raku piersi, ale tylko ok. 79% w raku płuca⁵⁵.

b) Ocena oczekiwanych rezultatów

Tabela 8.1. Oczekiwane rezultaty w Obszarze 5: Inwestycje w system opieki onkologicznej

Oczekiwany rezultat (NSO 2020)	Wartość bazowa	Cel i termin	Ocena Alivia
Do końca 2024 r. obejmiemy 100% pacjentów koordynowaną opieką onkologiczną.	—	2024	Niezrealizowane
Do końca 2024 r. zapewnimy pełne przestrzeganie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego przez efektywny system kontroli.	—	2024	Niezrealizowane
Do końca 2026 r. zapewnimy pełne przestrzeganie standardów jakościowych w patomorfologii i diagnostyce genetycznej.	—	2026	W trakcie realizacji
Do końca 2024 r. wyrównamy i zwiększymy dostęp do rehabilitacji, opieki paliatywnej i hospicyjnej w województwach.	—	2024	Niezrealizowane
Do końca 2029 r. zapewnimy każdemu pacjentowi onkologicznemu dostęp do opieki psychoonkologicznej.	—	2029	W trakcie realizacji
Do końca 2021 r. umożliwimy dostęp do informacji o jakości diagnostyki i leczenia w ramach KSO.	—	2021	Niezrealizowane

Koordynowana opieka (100%)

Krajowa Sieć Onkologiczna jest wdrażana z opóźnieniem i fragmentarycznie, między innymi wobec braku elektronicznej karty DiLO. Dynamiczny wzrost liczby kart DiLO nie oznacza objęcia 100% pacjentów realną koordynacją, ponieważ jej zasięg jest bardzo zróżnicowany w zależności od typu nowotworu⁵⁶. Dlatego rezultat nie może być uznany za osiągnięty.

Przestrzeganie standardów i kontrola

Wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne istnieją dla kluczowych nowotworów, lecz ich przestrzeganie nie jest centralnie monitorowane⁵⁷. Brak systemu kontroli, przede wszystkim eDiLO, sprawia, że deklarowany „efektywny system kontroli” w praktyce nie funkcjonuje, co jest jedną z najpoważniejszych luk całego systemu opieki.

Jakość w patomorfologii i genetyce

Akredytacja zakładów patomorfologii działa, natomiast akredytacja diagnostyki genetycznej jest

opóźniona, a jej termin wyznaczono na 2026 r. Ponieważ pełne przestrzeganie standardów w obu obszarach nie zostało jeszcze zapewnione, rezultat pozostaje w toku realizacji.

Wyrównanie dostępu (rehabilitacja, opieka paliatywna)

Różnice regionalne w dostępie do rehabilitacji oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej nie zostały zniwelowane, a brak spójnych danych o dostępności w poszczególnych województwach dodatkowo utrudnia ocenę⁵⁸. Skoro celem było wyrównanie dostępu, a nierówności się utrzymują, rezultat uznajemy za niezrealizowany.

Opieka psychoonkologiczna

Działania są w toku, a termin osiągnięcia rezultatu (2029 r.) jeszcze nie upłynął, dlatego oceniamy go jako będący w trakcie realizacji. Pełny, gwarantowany każdemu pacjentowi dostęp do opieki psychoonkologicznej nie jest jednak jeszcze zapewniony.

Dostęp do informacji o jakości

Narodowy Portal Onkologiczny uruchomiono dopiero w 2025 r.⁵⁹, a publiczne wskaźniki jakości będą opublikowane przez NFZ w 2026 r.⁶⁰ Ponieważ rezultat miał zostać osiągnięty już w 2021 r., a do końca 2025 r. pacjent nie uzyskał realnego dostępu do informacji o jakości leczenia, oceniamy go jako niezrealizowany.

c) Realizacja w 2025 r.

W 2025 r. uruchomiono Narodowy Portal Onkologiczny (zad. 22.3) z trzyletnim opóźnieniem⁶¹. Publiczne wskaźniki jakości (na podstawie ustawy o jakości oraz ustawy o KSO) nie zostały jeszcze opublikowane. Ich publikację zaplanowano na 2026 r.⁶² Prace nad „Cancer Units” mają być kontynuowane w 2026 r.⁶³, a w sprawozdaniu za 2025 r. brakuje informacji o systemie kontroli diagnostyki genetycznej (zad. 18.5)⁶⁴.

d) Ocena realizacji 2020–2025

Tabela 8.2. Zadania w Obszarze 5: Inwestycje w system opieki onkologicznej

Nr	Zadanie (treść wg NSO 2020)	Termin	Ocena MZ	Ocena Alivia
17.1	Do końca 2022 r. wdrożymy KSO, ustanawiającą nowe struktury organizacji i zarządzania opieką onkologiczną.	2022	W trakcie realizacji	Zrealizowane
17.2	Do końca 2020 r. wdrożymy „Cancer Units” dla nowotworów: płuca, jelita grubego, ginekologicznych i urologicznych.	2020	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
17.3	W 2021 r. wdrożymy „Cancer Units” dla nowotworów wieku dziecięcego.	2021	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
17.4	W 2023 r. wdrożymy „Cancer Units” dla nowotworów rzadkich u dorosłych.	2023	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
18.1	Do końca 2020 r. opracujemy standardy akredytacyjne dla zakładów patomorfologii i przygotujemy je do akredytacji.	2020	Zrealizowane	Zrealizowane
18.2	Od 2022 r. wprowadzimy obowiązkową akredytację zakładów patomorfologii (diagnostyka finansowana publicznie).	2022	Zrealizowane	Zrealizowane
18.3	Do końca 2023 r. opracujemy standardy akredytacyjne dla zakładów diagnostyki genetycznej...	2023	Uchylono	Uchylono

Nr	Zadanie (treść wg NSO 2020)	Termin	Ocena MZ	Ocena Alivia
18.4	Do 2026 r. wprowadzimy obowiązkową akredytację zakładów diagnostyki genetycznej.	2026	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
18.5	Do końca 2024 r. opracujemy system kontroli standardów i badań diagnostyki genetycznej (w miejsce 18.3).	2024	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
19.1	Do końca 2021 r. opracujemy i wprowadzimy wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne w kluczowych nowotworach.	2021	W trakcie realizacji	Częściowo zrealizowane
19.2	Do końca 2022 r. zapewnimy mechanizmy kontrolne (kadry, narzędzia IT) do weryfikacji przestrzegania standardów.	2022	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
19.3	Do końca 2023 r. wprowadzimy procedury w radiologii interwencyjnej i leczeniu małoinwazyjnym.	2023	Zrealizowane	Zrealizowane
19.4	Do końca 2021 r. wprowadzimy wytyczne w okresie przejściowym z wieku dziecięcego w dorosły.	2021	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
20.1	Do końca 2022 r. opracujemy mapy potrzeb w rehabilitacji, opiece paliatywnej i hospicyjnej.	2022	Zrealizowane	Zrealizowane
20.2	Do końca 2024 r. zbudujemy sieć ośrodków opieki rehabilitacyjnej w ramach KSO.	2024	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
20.3	Do końca 2026 r. zbudujemy sieć ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach KSO.	2026	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
20.4	Do końca 2026 r. utworzymy zespoły konsultacyjne medycyny paliatywnej w sieci KSO.	2026	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
20.5	Do końca 2028 r. rozszerzymy opiekę psychologiczną w ośrodkach sieci KSO.	2028	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
21.1	Do końca 2022 r. wdrożymy badania ankietowe potrzeb i satysfakcji pacjenta onkologicznego.	2022	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
21.2	Do końca 2024 r. poprawimy skuteczność uśmierzania bólu (kompetencje POZ).	2024	W trakcie realizacji	Częściowo zrealizowane
21.3	Do końca 2025 r. zapewnimy mechanizmy poprawy dostępu do opieki domowej (w tym wolontariat).	2025	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
21.4	Od 2022 r. zapewnimy finansowanie działań na rzecz jakości życia i wyników leczenia (z NFZ).	2022	Zrealizowane	Zrealizowane
21.5	Od 2022 r. zapewnimy finansowanie endoprotez dla dzieci z nowotworami kości (z NFZ).	2022	Zrealizowane	Zrealizowane
21.6	Do końca 2023 r. ułatwimy dostęp do konsultacji doradców społecznych w ramach KSO.	2023	W trakcie realizacji	Niezrealizowane
22.1	Do końca 2030 r. będziemy utrzymywać KRN oraz bazy danych przesiewów jelita grubego i opieki w raku płuca.	2030	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
22.2	Do końca 2030 r. będziemy tworzyć i wspierać rejestry narządowe oraz rejestry przesiewów.	2030	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
22.3	Do końca 2022 uruchomimy Narodowy Portal Onkologiczny (dostęp do informacji o jakości leczenia).	2022	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
23.1	Do końca 2030 r. będziemy inwestować w infrastrukturę i modernizację podmiotów leczniczych.	2030	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
23.2	Do końca 2030 r. będziemy inwestować w wymianę wyeksploatowanych wyrobów medycznych.	2030	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
23.3	Do końca 2026 r. będziemy inwestować w sprzęt dla zakładów patomorfologii.	2026	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
23.4	Do końca 2026 r. będziemy inwestować w sprzęt dla zakładów diagnostyki genetycznej.	2026	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji
23.5	Do końca 2026 r. będziemy inwestować w sprzęt zakładów radiologii interwencyjnej.	2026	W trakcie realizacji	W trakcie realizacji

Zadania monitoringowe i inwestycyjne obejmują tu utrzymywanie KRN oraz baz danych przesiewów jelita grubego i opieki w raku płuca (22.1), tworzenie i wspieranie rejestrów narządowych oraz rejestrów przesiewów (22.2), a także inwestycje w infrastrukturę i sprzęt: modernizację podmiotów leczniczych (23.1), wymianę wyeksploatowanych wyrobów medycznych (23.2) oraz doposażenie zakładów patomorfologii, diagnostyki genetycznej i radiologii interwencyjnej (23.3–23.5). Mają one charakter ciągły, z terminami sięgającymi 2026–2030 r., i pozostają w trakcie realizacji.



Najpoważniejsze są jednak zaległości w koordynacji i kontroli. Modele „Cancer Units” dla raka płuca, nowotworów ginekologicznych i urologicznych (17.2), dla nowotworów wieku dziecięcego (17.3) oraz dla nowotworów rzadkich u dorosłych (17.4) nie zostały wdrożone mimo terminów przypadających na lata 2020–2023, czyli opóźnienia sięgają już nawet pięciu lat⁶⁵. Mechanizmy kontroli przestrzegania standardów (19.2) nie działają w związku z brakiem eDILO⁶⁶, nie wdrożono też badań ankietowych satysfakcji pacjenta (21.1), a rejestry narządowe (22.2) w praktyce nie funkcjonują.

Różnice ocen i zmiana treści

Wyżej niż Ministerstwo oceniamy jedno zadanie – wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej (17.1), które uznajemy za zrealizowane, choć z opóźnieniem. Uruchomienie Narodowego Portalu Onkologicznego (22.3) oceniamy, zgodnie z Ministerstwem, jako będące w trakcie realizacji: portal uruchomiono wprawdzie w 2025 r., z trzyletnim opóźnieniem, lecz nie udostępnia on jeszcze danych pozwalających ocenić jakość leczenia poszczególnych nowotworów u świadczeniodawców. Treść części zobowiązań zmieniono: opracowanie standardów akredytacyjnych dla diagnostyki genetycznej (18.3) uchylono i zastąpiono „miękkim” systemem kontroli (18.5), a samo wdrożenie KSO (17.1) przeredagowano z jednorazowego zadania na „kontynuację wdrażania”. Wydłużono również liczne terminy, m.in. w zadaniach dotyczących modeli Cancer Units (17.2–17.4), wytycznych przejściowych z wieku dziecięcego w dorosły (19.4) oraz opieki rehabilitacyjnej i paliatywnej (20.x).

e) Rekomendacje dla obszaru



1. **Wdrożenie eDILO i monitoringu przestrzegania wytycznych.** Bez narzędzia pomiaru rezultaty dotyczące kontroli jakości pozostają niezrealizowane.



2. **Dokończenie wdrożenia modeli „Cancer Units”, począwszy od raka płuca.** To obszar największego opóźnienia i najslabszej koordynacji, na co wskazuje udział DiLO wynoszący 79% wobec 96% w raku piersi.



3. **Uruchomienie rejestru satysfakcji pacjenta i publikacja wskaźników jakości.**



4. **Zniwelowanie nierówności w opiece wspierającej.** Należy wyrównać regionalny dostęp do rehabilitacji oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.



5. **Uruchomienie rejestrów narządowych.** Rejestry narządowe są warunkiem monitorowania jakości i wyników leczenia.

9. PRZESUWANE I PRZEREDAGOWANE ZOBOWIĄZANIA

Część zobowiązań NSO zmieniono w trakcie realizacji kolejnymi uchwałami Rady Ministrów, przez przesunięcie terminu albo osłabienie treści⁶⁷. Z perspektywy pacjenta to istotne, bo „wykonanie” zmienionego zobowiązania nie zawsze odpowiada pierwotnej obietnicy.

Poniższa tabela zestawia wszystkie zadania zmienione w trakcie realizacji wraz z przedmiotem zadania, kierunkiem zmiany i liczbą zmian. Legenda uchwał: U2021 (nr 186), U2022 (nr 258), U2024–III (nr 15), U2024–XII (nr 147), U2025 (nr 166).

Tabela 9.1. Zmiany w trakcie realizacji zadań w poszczególnych obszarach NSO

	Zadanie i jego przedmiot	Co i kiedy zmieniono	Liczba zmian
1.1	nowelizacja standardów kształcenia na studiach lekarskich/lek.-dent.	2021 → 2023 (U2022)	1
1.2	rozszerzenie egzaminów LEK/LDEK o onkologię	2020 → 2021 (U2022)	1
1.5	kampania zachęcająca studentów do dziedzin onkologicznych	2021 → 2022 (U2022)	1
1.6	kampania wśród podmiotów o zwiększaniu liczby miejsc szkoleniowych	uchylono (U2022)	–
1.7	nowelizacja standardów kształcenia pielęgniarstwa/położnictwa	2023 → 2024 (U2024–III)	1
1.9	legislacja o certyfikowaniu umiejętności lekarskich	2020 → 2023 (U2022)	1
1.10	certyfikacja min. 20 umiejętności onkologicznych	2021 → 2023 (U2022); preredagowano (bez progu „20”, od 2023) (U2024–III)	2
1.11	zmiana stażu podyplomowego lekarzy (profilaktyka, ból, komunikacja)	do 2021 → 2023 (U2022)	1
1.12	program kształcenia podyplom. (psychoonkologdy, koordynatorzy, fizycy, technicy)	preredagowano (terminy 2023/2024) (U2024–III)	1
2.2	poprawa świadomości dzieci i młodzieży	2022 → 2023 (U2022)	1
3.2	poprawa świadomości osób dorosłych	2021 → 2022 (U2022) → 2023 (U2024–III)	2
4.1	refundacja szczepień HPV (rozpoczęcie)	2021 → 2023 (U2022)	1
4.2	refundacja szczepień HPV (kolejny etap)	2026 → 2023 (U2022)	przyspieszono
5.1	standardy żywienia zbiorowego dzieci i pacjentów	preredagowano (U2022) → 2023→2024 (U2024–III) → 2024→2025 (U2024–XII)	3
6.1	modyfikacja programu profilaktyki chorób odżywczych	do końca 2021 → 2022 (U2022)	1
6.2	utworzenie w każdym województwie Poradni Pomocy Palącym	do 2023 → końca 2024 (U2024–III) → 2025 (U2024–XII) → 2026 (U2025)	3
6.3	wywiad o narażeniu na dym tytoniowy u pacjentów szpitali onkologicznych	preredagowano na „poradnictwo antynikotynowe” do 2026 (U2025)	1
8.1	narzędzia motywacyjne dla POZ (przesiew grup ryzyka)	2021 → 2022 (U2022)	1
8.2	narzędzia motywacyjne dla medycyny pracy	2022 → 2023 (U2022)	1

	Zadanie i jego przedmiot	Co i kiedy zmieniono	Liczba zmian
8.4	objęcie lokalnych grup ryzyka przesiewem przez POZ	przeredagowano (z „obowiązku” na „rozwiązania”, 2024) (U2024-III)	1
9.1	podstawy prawne/finansowe Centrów Zdrowia Publicznego	do końca 2022 → 2024 (U2024-III) → 2025 (U2024-XII)	2
9.2	włączenie Centrów Zdrowia Publicznego do zapraszania na przesiew	do końca 2024 → 2025 (U2024-XII)	1
10.1	pilotaż metod zwiększania udziału w mammografii/cytologii	przeredagowano (U2022) → uchylono (U2024-III)	2
10.3	intensyfikacja kampanii społecznych i infolinii	2020/2021 → 2022 (U2022)	1
10.4	pełna informacja o realizowanych w Polsce przesiewach	do końca 2023 → 2024 (U2024-III) → 2025 (U2024-XII) → 2026 (U2025)	3
10.5	raportowanie przesiewów wykonywanych prywatnie przez POZ	przeredagowano (raportowanie przez PI, do końca 2024) (U2022) → 2024→2025 (U2024-XII) → 2025→2026 (U2025)	3
11.1	wprowadzenie testu HPV-DNA do programu raka szyjki macicy	przeredagowano (termin „do końca 2022” → „w 2024”) (U2022); test wdrożono w 2025 r.	1
11.2	wprowadzenie testu FIT jako alternatywy dla kolonoskopii (jelito grube)	2021 → 2023 (U2022) → 2024 (U2024-III) → 2025 (U2024-XII) → 2026 (U2025)	4
11.3	opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznego ryzyka	przeredagowano (finansowanie NFZ od 2022) (U2021)	1
11.5	przesiew w grupach wysokiego ryzyka (płuco, prostata)	przeredagowano (U2022) → przeredagowano (płuco NFZ od 2025, prostata 2028) (U2024-III)	2
12.4	poprawa jakości przesiewów	2023 → 2024 (U2024-III)	1
12.6	certyfikacja kolposkopistów i cytodiagnostów (rak szyjki)	przeredagowano (od 2025) (U2024-XII)	1
12.7	krajowe monitorowanie jakości profilaktyki (piersi/szyjka/jelito)	przeredagowano (2020–2030) (U2024-III)	1
13.1	kompleksowe rozwiązania legislacyjne dot. badań klinicznych	do końca 2021 → 2023 (U2022)	1
13.2	nowelizacja prawa farmaceutycznego, udostępnienie bazy CEBK	do końca 2020 → 2022 (U2022)	1
13.3	e-platforma o badaniach klinicznych w onkologii	przeredagowano (wyszukiwarka badań EMA, 2022) (U2022)	1
14.2	sieć repozytoriów próbek biologicznych (biobanki)	przeredagowano (Sieć Centrów Medycyny Cyfrowej, do końca 2024) (U2022)	1
14.3	rozwiązania legislacyjne dot. biobankowania	do końca 2021 → 2023 (U2022) → 2024 (U2024-III) → 2026 (U2024-XII)	3
16.2	zasady analizy danych o skuteczności innowacyjnych terapii	do końca 2022 → 2023 (U2022) → przeredagowano (do końca 2024) (U2024-III)	2
17.1	wdrożenie KSO i hierarchizacja ośrodków	przeredagowano (wdrożenie KSO w 2023) (U2022) → przeredagowano (od 2023 wdrażanie) (U2024-III)	2
17.2	„Cancer Units” (płuco, jelito, ginekologiczne, urologiczne)	do końca 2020 → 2023 (U2022) → 2024 (U2024-III) → przeredagowano (odrębne terminy dla poszczególnych nowotworów) (U2024-XII)	3

	Zadanie i jego przedmiot	Co i kiedy zmieniono	Liczba zmian
17.3	„Cancer Units” dla nowotworów wieku dziecięcego	2021 → 2023 (U2022) → przere- dagowano (2024) (U2024–III) → 2024→2026 (U2024–XII)	3
17.4	„Cancer Units” dla nowotworów rzadkich u doro- słych	przere- dagowano (2024) (U2024–III) → 2024→2026 (U2024–XII)	2
18.1	standardy akredytacyjne patomorfologii + przygo- towanie	przere- dagowano (standardy do końca 2021, przygotowanie do 2023) (U2022)	1
18.2	obowiązkowa akredytacja zakładów patomorfologii	od 2022 → 2023 (U2022)	1
18.3	standardy akredytacyjne dla diagnostyki genetycz- nej	uchylono (U2024–III)	–
18.5	system kontroli standardów + diagnostyka gene- tyczna	dodano (do końca 2024) (U2024–III)	–
19.1	wytyczne i standardy postępowania w kluczowych nowotworach	do końca 2021 → 2023 (U2022) → 2024 (U2024–III)	2
19.2	mechanizmy kontrolne weryfikacji przestrzegania standardów	do końca 2022 → 2023 (U2022) → 2024 (U2024–III)	2
19.3	procedury w radiologii interwencyjnej i leczeniu małoinwazyjnym	przere- dagowano (do końca 2024) (U2024–III)	1
19.4	opieka w okresie przejścia z wieku dziecięcego w dorosły	do końca 2021 → 2023 (U2022) → przere- dagowano (do końca 2024) (U2024–III) → 2024→2026 (U2024–XII)	3
20.1	mapy potrzeb (rehabilitacja, opieka paliatywna/ hospicyjna)	do końca 2022 → 2023 (U2022)	1
20.2	sieć ośrodków rehabilitacji onkologicznej w KSO	przere- dagowano (do 2026) (U2024– III)	1
21.1	badania ankietowe potrzeb i satysfakcji pacjenta	do końca 2022 → 2023 (U2022) → 2024 (U2024–III)	2
22.3	uruchomienie Narodowego Portalu Onkologicznego	przere- dagowano (2023) (U2022) → przere- dagowano (2023–2024) (U2024–III)	2
23.3	inwestycje w sprzęt dla patomorfologii	2023–2026 → 2024–2026 (U2022) → przere- dagowano (U2024–III)	2
23.4	inwestycje w sprzęt dla diagnostyki genetycznej	przere- dagowano (2025–2026) (U2024–III)	1
23.5	inwestycje w sprzęt dla radiologii interwencyjnej	2023–2026 → 2024–2026 (U2022) → przere- dagowano (2025–2026) (U2024–III)	2

Zadania zmieniane trzy razy lub częściej. Najsilniej obrazują mechanizm „ruchomych celów”: 11.2 (test FIT) – cztery przesunięcia (2021→2023→2024→2025→2026), wciąż niewdrożony; zadania 5.1, 6.2, 10.4, 10.5, 14.3, 17.2, 17.3 i 19.4 – po trzy zmiany. Uchylono zadania 1.6, 10.1 i 18.3, dodano 18.5, a je-
dynym zadaniem, którego termin przyspieszono, było zadanie 4.2. Konsekwentnie oceniamy te
zadania wobec brzmienia z 2020 r., dlatego w tabelach obszarowych pojawia się ocena niższa niż
w sprawozdaniu resortu.

10. NIERÓWNOŚCI WOJEWÓDZKIE

Zestawiliśmy województwa w sześciu domenach odpowiadających ścieżce pacjenta:

- A** (prewencja pierwotna, wyszczepialność przeciw HPV),
 - B** (prewencja wtórna, badania przesiewowe/pokrycie populacji docelowej: mammografia, kolonoskopia i cytologia/HPV),
 - C** (terminowość diagnostyki, DiLO – średnia dla diagnostyki wstępnej i pogłębionej),
 - D** (koordynacja leczenia, udział leczenia zabiegowego raka piersi i raka płuca rozliczanych w ramach DiLO),
 - E** (kadry, onkolodzy na 100 tys.) oraz
 - F** (efekt zdrowotny, relacja zgonów do zachorowań).
- W** każdej domenie podzieliśmy 16 województw na tercyle (górny/środkowy/dolny)⁶⁸.

Profil

Najszerzy dostęp ma województwo podlaskie (pięć z sześciu domen w górnym tercylu), choć z wyraźnie najniższą prewencją pierwotną. Najtrudniejszy profil mają województwa świętokrzyskie i lubuskie (cztery i trzy domeny w dolnym tercylu). Nierówności są strukturalne: nie sprowadzają się do jednego „słabego” regionu, lecz układają się w różne wzorce deficytów.

Skala rozpiętości

Największe różnice dotyczą kadr: od 5,65 onkologa na 100 tys. mieszkańców w mazowieckim do 1,18 w opolskim, czyli blisko pięciokrotna różnica⁶⁹. W badaniach przesiewowych objęcie populacji w programie wykrycia raka piersi waha się od ok. 39,6% (wielkopolskie) do ok. 29,0% (opolskie), a szyjki macicy od ok. 18,9% (świętokrzyskie) do ok. 9,0% (lubuskie)⁷⁰. Relacja zgonów do zachorowań mieści się między 0,43 (podkarpackie) a 0,61 (śląskie)⁷¹.

Poniższa tabela pokazuje przyporządkowanie wszystkich 16 województw do tercylu w każdej z sześciu domen (G – górny, Ś – środkowy, D – dolny) oraz bilans (liczba domen w górnym minus w dolnym tercylu). Pełne progi i rankingi zawiera Aneks B.

Profil domenowy – tercyle w sześciu domenach (16 województw)

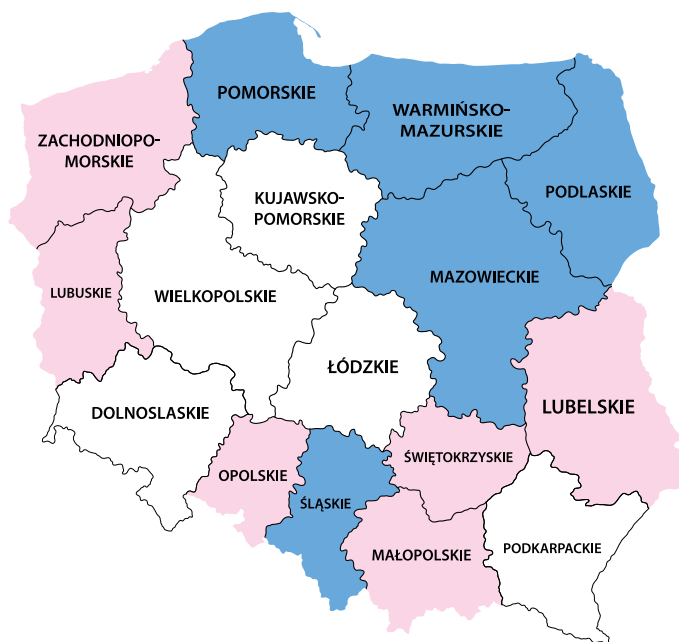
A – Prewencja pierwotna · **B** – Prewencja wtórna · **C** – Terminowość diagnostyki · **D** – Koordynacja leczenia · **E** – Kadry · **F** – Efekt zdrowotny. Tercyle: ■ **G** – górny, ■ **Ś** – środkowy, ■ **D** – dolny. **Bilans** = liczba domen w górnym tercylu minus w dolnym.

Tabela 10.1. Profil domenowy – tercyle w sześciu domenach

Województwo	A	B	C	D	E	F	Górny	Dolny	Bilans
podlaskie	D	G	G	G	G	G	5	1	+4
warmińsko-mazurskie	Ś	G	G	G	Ś	G	4	0	+4
lubelskie	D	Ś	G	Ś	G	G	3	1	+2
mazowieckie	G	D	Ś	G	G	Ś	3	1	+2
śląskie	G	G	Ś	Ś	G	D	3	1	+2
pomorskie	G	G	Ś	Ś	Ś	Ś	2	0	+2
łódzkie	Ś	G	D	G	Ś	D	2	2	0

Województwo	A	B	C	D	E	F	Górny	Dolny	Bilans
kujawsko-pomorskie	G	D	D	G	D	Ś	2	3	-1
podkarpackie	D	D	G	Ś	D	G	2	3	-1
dolnośląskie	Ś	Ś	D	Ś	G	D	1	2	-1
wielkopolskie	G	Ś	D	D	Ś	Ś	1	2	-1
opolskie	Ś	D	G	D	D	Ś	1	3	-2
małopolskie	Ś	D	Ś	D	Ś	Ś	0	2	-2
zachodniopomorskie	D	Ś	Ś	Ś	Ś	D	0	2	-2
świętokrzyskie	D	Ś	D	D	D	G	1	4	-3
lubuskie	Ś	Ś	Ś	D	D	D	0	3	-3

Systemowo mocniejsze (bilans $\geq +2$): podlaskie, warmińsko-mazurskie, lubelskie, mazowieckie, śląskie, pomorskie. **Systemowo słabsze (bilans ≤ -2):** opolskie, małopolskie, zachodniopomorskie, świętokrzyskie, lubuskie.



WNIOSEK: cel NSO dotyczący wyrównania dostępu nie został osiągnięty, ponieważ różnice między województwami są na tyle duże, że miejsce zamieszkania pozostaje istotnym czynnikiem dostępu do profilaktyki i leczenia. Pełne rankingi i progi tercylu zawiera Aneks B.

11. KRYZYS KADROWY

Poważne zagrożenie dla trwałości systemu ma charakter kadrowy. Mimo formalnego domknięcia większości zadań obszaru 1, rdzeń problemu, czyli dopływ nowych specjalistów, nie został rozwiązany. Obsadzenie miejsc rezydenckich w czterech dziedzinach onkologicznych wyniosło 24,5% w 2024 r. i 33,1% w 2025 r.⁷² W onkologii klinicznej liczba zakwalifikowanych była wielokrotnie niższa od liczby miejsc.

Liczba specjalistów onkologii klinicznej rośnie (z ok. 1013 w 2020 r. do ok. 1274 w 2025 r.), lecz według ekspertów cały czas utrzymuje się deficyt rzędu 500 specjalistów, a kadra jest skrajnie nierówno rozmieszczona regionalnie⁷³. Problemem nie jest liczba miejsc szkoleniowych, lecz niskie zainteresowanie, dlatego rekomendujemy skoncentrowanie działań nie na zwiększaniu liczby miejsc, lecz na wzroście zainteresowania specjalizacjami onkologicznymi, czyli realną i mierzoną kampanię zwiększającą atrakcyjność onkologii.

Najlepiej obrazuje to napływ nowych kadr do szkoleń specjalizacyjnych. Liczba osób zakwalifikowanych na rezydentury pozostaje wielokrotnie niższa od liczby miejsc, a luka jest największa w radioterapii onkologicznej i onkologii klinicznej, najmniejsza zaś w chirurgii onkologicznej.

Tabela 11.1. Miejsca rezydenckie i osoby zakwalifikowane w czterech dziedzinach onkologicznych (sumy sesji wiosennej i jesiennej), 2024–2025.

Dziedzina	Miejsca 2024	Zakwalifikowani 2024	Miejsca 2025	Zakwalifikowani 2025
Onkologia kliniczna	343	84	362	118
Onkologia i hematologia dziecięca	56	10	58	15
Radioterapia onkologiczna	188	36	180	41
Chirurgia onkologiczna	77	33	94	56
Razem (4 dziedziny)	664	163	694	230

Źródło: opracowanie własne na podstawie list rankingowych postępowań kwalifikacyjnych (CMKP/SMK); obsadzenie 24,5% w 2024 r. i 33,1% w 2025 r.

12. KOORDYNACJA: RAK PIERSI A RAK PŁUCA

Liczba wydanych kart DiLO wzrosła z 257,9 tys. (2019) do 439,3 tys. (2025), czyli o ok. 70%⁷⁴. Sam wzrost nie oznacza jednak pełnej koordynacji: jej zasięg jest skrajnie nierówny między nowotworami. Udział zabiegów rozliczanych w ramach DiLO sięga ok. 96% w raku piersi, ale tylko ok. 79% w raku płuca⁷⁵.

Różnica nie jest przypadkowa: dla raka piersi funkcjonują wyodrębnione ośrodki koordynujące (Breast Cancer Units), podczas gdy „Cancer Units” dla raka płuca pozostają niewdrożone mimo pierwotnego terminu 2020 r. Terminowość diagnostyki w skali kraju w tym czasie się pogorszyła⁷⁶. Dokończenie wdrażania modeli opieki koordynowanej, począwszy od raka płuca, to jedna z najpilniejszych rekomendacji raportu.

Skalę i charakter koordynacji dobrze pokazuje rozkład leczenia zabiegowego. W raku piersi udział zabiegów rozliczanych w ramach DiLO wzrósł z 84,8% (2019) do 96,0% (2025), w raku płuca z 71,8% do 78,8%, podczas gdy w raku gruczołu krokowego spadł z 70,6% do 26,6%, ponieważ znaczna część zabiegów (m.in. operacje robotyczne) realizowana jest poza pakietem onkologicznym. Wysoki odsetek ośrodków „powyżej progu” liczby zabiegów w raku płuca (96,7%) świadczy o silnej koncentracji tego leczenia, mimo niepełnej koordynacji.



Tabela 12.1. Leczenie zabiegowe wybranych nowotworów: liczba zabiegów, udział rozliczany w ramach DiLO oraz udział ośrodków „powyżej progu” liczby zabiegów (2025; udział DiLO 2019 dla porównania).

Nowotwór	Zabiegi 2025	Udział DiLO 2025	Powyżej progu 2025	Udział DiLO 2019
Pierś	22 607	96,0%	74,8%	84,8%
Płuco	7 870	78,8%	96,7%	71,8%
Jelito grube	15 679	68,6%	65,9%	69,0%
Gruczoł krokowy	15 853	26,6%	90,1%	70,6%
Żołądek	2 669	72,6%	51,1%	63,1%
Jajnik	2 770	76,6%	61,8%	66,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ o onkologicznym leczeniu zabiegowym nowotworów złośliwych w latach 2019–2025. Udział „powyżej progu” liczony jako odsetek zabiegów wykonanych w ośrodkach przekraczających progową roczną liczbę zabiegów.

Koncentracja i koordynacja różnią się też regionalnie: część województw nie dysponuje ośrodkami przekraczającymi progi liczby zabiegów dla rzadszych nowotworów, co wydłuża drogę pacjenta i utrwała nierówności opisane w rozdziale 10.

13. LUKA MONITORINGU

Narodowa Strategia Onkologiczna w niewielkim stopniu mierzy własne efekty, co utrudnia rozliczanie jakości i bezpieczeństwa. Najważniejsze luki:

- ❖ **eDiLO.** Elektroniczna karta DiLO nie została wdrożona, więc przestrzeganie wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych nie jest centralnie monitorowane⁷⁷.
- ❖ **Pomiar satysfakcji.** Nie powstał ogólnopolski rejestr badań ankietowych potrzeb i satysfakcji pacjenta (zad. 21.1). Do końca 2025 r. NFZ nie opublikował żadnych wskaźników konsumenckich wynikających z ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta.

- **Rejestry narzędziowe.** W praktyce nie funkcjonują, mimo zobowiązania do ich tworzenia i utrzymywania (zad. 22.2).
- **Wskaźniki jakości.** Wskaźniki jakości KSO mają zostać opublikowane dopiero w 2026 r.⁷⁸
- **Badania prywatne.** Cytologia i mammografia wykonywane poza systemem publicznym nie są rzetelnie raportowane, co zaniża wskaźniki przesiewów⁷⁹.

14. OCENA CAŁOŚCIOWA REALIZACJI NSO

Łącznie oceniliśmy 123 pozycje: 95 zadań i 28 oczekiwanych rezultatów. Rozkład ocen Onkofundacji Alivia (wobec brzmienia z 2020 r.) przedstawia poniższa tabela.

Tabela 14.1. Ocena całościowa realizacji NSO

Ocena Alivia	Zadania (95)	Rezultaty (28)
Zrealizowane	27	1
Zrealizowane z opóźnieniem	11	0
Częściowo zrealizowane	10	6
W trakcie realizacji	17	11
Niezrealizowane	26	10
Odstąpiono od realizacji	1	0
Uchylono	3	0
RAZEM	95	28



Obraz jest dwoisty. Po stronie zadań 38 z 95 uznajemy za zrealizowane (27 w terminie i 11 z opóźnieniem), co potwierdza sprawność legislacyjno-programową, najwyższą w obszarach 1 i 4.

Jednocześnie 26 zadań pozostaje niezrealizowanych, a wśród rezultatów, czyli celów mierzalnych i najbliższych pacjentowi, tylko jeden uznajemy za osiągnięty, przy 10 niezrealizowanych i 11 będących dopiero w toku⁸⁰. Najłabszy jest obszar 3 (prewencja wtórna): wszystkie cztery rezultaty są niezrealizowane, a objęcie przesiewami jest poniżej poziomu z 2020 r.



WNIOSEK GENERALNY: NSO sprawnie tworzy struktury i przepisy, ale słabo przekłada je na efekt zdrowotny i równy dostęp. „Od haczenie” zadania zbyt często nie oznacza zmiany sytuacji pacjenta.

15. LOS WCZEŚNIEJSZYCH REKOMENDACJI FUNDACJI ALIVIA (RAPORT ZA 2020–2024)

W raporcie za lata 2020–2024 sformułowaliśmy cztery rekomendacje systemowe skierowane do Ministerstwa Zdrowia. Po roku sprawdzamy, co się z nimi stało, i wniosek jest jednoznaczny: żadnej z nich nie wdrożono, a problemy, które miały rozwiązać, opisujemy ponownie w niniejszym raporcie⁸¹.

Tabela 15.1. Rekomendacje Fundacji Alivia (Raport za 2020–2024)

Rekomendacja Alivii (2020–2024)	Status	Potwierdzenie w niniejszym raporcie
Obowiązek raportowania mierzalnych mierników skuteczności (efektu zdrowotnego) dla zadań NSO	Niewdrożona	Rozdział o luce monitoringu: zadania rozliczane formalnie, bez wskaźników efektu zdrowotnego.
Zakaz przesuwania terminów i redefiniowania celów bez jawnego uzasadnienia i konsultacji społecznych	Niewdrożona	Rozdział o przesuwanych zobowiązaniach: kolejne uchwały zmieniające NSO przesuwały terminy bez konsultacji.
Stały zewnętrzny monitoring i ewaluacja z udziałem organizacji pacjentów i niezależnych ekspertów	Niewdrożona	Brak takiego mechanizmu; niezależną, cykliczną ocenę prowadzi dobrowolnie Onkofundacja Alivia.
Jawne publikowanie szczegółowych danych o efektywności kampanii i programów	Niewdrożona	Ustalenia NIK: ok. 136 mln zł na kampanie bez mierzonego efektu i bez przejrzystej publikacji danych.

Brak reakcji na te rekomendacje nie jest kwestią szczegółu wykonawczego, lecz sposobu zarządzania Strategią: cztery postulaty dotyczące mierzalności efektów, przejrzystości i niezależnej kontroli pozostały bez odpowiedzi. Dlatego w kolejnym rozdziale ponawiamy je w zaostrej formie i uzupełniamy o rekomendacje wynikające z ocen obszarowych.

16. WNIOSKI I REKOMENDACJE

Rekomendacje porządkujemy według pilności i potencjalnego wpływu na pacjenta. Rozwijają one rekomendacje obszarowe z Części II oraz ponawiają niewdrożone postulaty systemowe z poprzedniego raportu.

1. Uruchomienie indywidualnego systemu zaproszeń na badania przesiewowe. To najtańsza dźwignia o największym potencjale, ponieważ bez aktywnego zapraszania objęcie

przesiewami nie wzrośnie powyżej poziomu z 2020 r.

- 2. Przebudowa programu szczepień przeciw HPV poprzez ujęcie tych szczepień w kalendarzu szczepień obowiązkowych.**
- 3. Zwiększenie zainteresowania specjalizacjami onkologicznymi.** Potrzebna jest rzeczywista kampania o mierzalnych efektach zwiększająca atrakcyjność dziedzin onkologicznych, ponieważ samo zwiększanie liczby miejsc rezydenckich nie przynosi efektu.
- 4. Rozszerzenie opieki koordynowanej, począwszy od raka płuca. Wdrożenie** modelu „Cancer Units” dla raka płuca.
- 5. Wdrożenie eDILO i monitoringu przestrzegania wytycznych.** Bez narzędzia pomiaru jakości i bezpieczeństwa leczenia pozostają nierozliczalne.
- 6. Upublicznienie wskaźników jakości.** Należy opublikować wskaźniki jakości NFZ, uruchomić rejestr satysfakcji pacjenta oraz rejestry narządowe, a także egzekwować raportowanie badań prywatnych.
- 7. Zniwelowanie nierówności wojewódzkich.** Deficyty należy adresować regionalnie, obejmując kadry, badania przesiewowe i opiekę wspierającą, zamiast stosować działania jednolite dla całego kraju.
- 8. Ocenianie realizacji wobec pierwotnych celów.** Należy zaprzestać osłabiania zobowiązań w trakcie realizacji, ponieważ wiarygodność Strategii zależy od stałości mierników.

Ponawiane postulaty systemowe (z raportu 2020–2024, nadal niezrealizowane):

- 9. Wprowadzenie obowiązku raportowania mierzalnych efektów zdrowotnych dla zadań NSO.** Każde zadanie powinno mieć publicznie raportowany wskaźnik efektu, a nie jedynie potwierdzenie wykonania. Postulat ponawiamy z raportu 2020–2024 – rozwija on rekomendację „Upublicznienie wskaźników jakości”.
- 10. Uregulowanie zasad zmiany terminów i celów NSO.** Przesunięcie terminu lub redefinicja celu powinny być dopuszczalne wyłącznie po jawnym uzasadnieniu i konsultacjach społecznych. Postulat ponawiamy z raportu 2020–2024 – uzupełnia on rekomendację „Ocenianie realizacji wobec pierwotnych celów”.
- 11. Ustanowienie stałego, niezależnego monitoringu i ewaluacji NSO z udziałem organizacji pacjentów i ekspertów spoza resortu.** Cykliczna ocena zewnętrzna jest warunkiem obiektywizmu, a w obecnym modelu nie istnieje. Postulat ponawiamy z raportu 2020–2024 – nie ma on odpowiednika wśród powyższych rekomendacji.
- 12. Jawne publikowanie danych o efektywności kampanii i programów profilaktycznych.** Dane o efektywności wydatków, w tym ok. 136 mln zł przeznaczonych na kampanie, muszą być publicznie dostępne, co dziś nie ma miejsca. Postulat ponawiamy z raportu 2020–2024 – nie ma on odpowiednika wśród powyższych rekomendacji.

KOMENTARZ NA ZAKOŃCZENIE

Z naszej oceny płynie dwójaki wniosek. Narodowa Strategia Onkologiczna sprawnie buduje struktury i przepisy, ale słabo przekłada je na efekt zdrowotny i równy dostęp. Potwierdza to opublikowane w lutym 2026 r. badanie doświadczeń pacjentów: u 37% ankietowanych zdiagnozowanych w 2025 r. droga do rozpoznania trwała ponad trzy miesiące, a u 19% – dłużej niż pół roku, średni czas oczekiwania na wizytę u specjalisty sięgał 4,2 miesiąca, a jedynie co czwarty respondent trafił do systemu w początkowym stadium choroby⁸². Pierwszy rok Krajowej Sieci Onkologicznej nie przyniósł tu istotnej poprawy, a pacjenci wprost mówią o „straconym czasie”.

Najpoważniejszym zagrożeniem nie jest już jednak sama treść Strategii, lecz to, czy będzie nas stać na jej realizację. Luka w finansowaniu ochrony zdrowia w 2026 r. szacowana jest na około 23 mld zł, a prognozy ostrzegają, że bez zmian może sięgnąć nawet 171 mld zł w 2040 r⁸³. Skutki są już odczuwalne dla pacjentów onkologicznych: od 2026 r. ograniczono rozliczanie nadwykonań w diagnostyce, w tym w kolonoskopii, gastrokopii, rezonansie i tomografii, czyli w badaniach decydujących o wczesnym wykryciu nowotworu. Zasadne jest pytanie: czy w warunkach narastającej presji finansowej Polskę będzie stać na leczenie onkologiczne na poziomie światowym?

Presja ta nie dotyczy wyłącznie Polski. Systemy ochrony zdrowia w wielu krajach, w tym brytyjski NHS, mierzą się z rekordowymi kolejkami, niedoborem kadr i rosnącymi kosztami w starzejących się społeczeństwach. Doświadczenie międzynarodowe pokazuje jednak, że w warunkach ograniczeń finansowych to właśnie jasne priorytety i konsekwentnie realizowana strategia decydują o tym, czy pacjent onkologiczny otrzyma pomoc na czas.

Dlatego apelujemy jednoznacznie: nie wolno osłabiać Strategii ani pozwolić, by problemy finansowe ochrony zdrowia zepchnęły onkologię na dalszy plan. Narodowa Strategia Onkologiczna, realizowana uczciwie, z mierzalnymi celami i stabilnym finansowaniem, wciąż może zmienić polską onkologię. To jest cel, o który warto się upomnieć w imieniu pacjentów.

W przypadku pytań zapraszamy do kontaktu:

Joanna Frątczak-Kazana

Wicedyrektorka Onkofundacji Alivia

e-mail: joanna.kazana@alivia.org.pl

Marta Sikorska

Koordynatorka ds. komunikacji i PR

e-mail: marta.sikorska@alivia.org.pl

Paulina Gadomska-Dzięcioł

Koordynatorka ds. relacji zewnętrznych

e-mail: paulina.gadomska@alivia.org.pl

ANEKSY

Aneks A. Rejestr źródeł

Podstawowe źródła raportu:

- Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. 2020 poz. 189) wraz z uchwałami zmieniającymi (M.P. 2021 poz. 1199; 2022 poz. 1262; 2024 poz. 204 i 1065; 2025 poz. 1235; 2026 poz. 313);
- sprawozdania Ministra Zdrowia z realizacji NSO za lata 2020–2025;
- dane NFZ i SIMP o programach profilaktycznych oraz pakiecie DiLO;
- Krajowy Rejestr Nowotworów / NIO-PIB;
- GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r.”;
- Naczelna Izba Lekarska i CMKP (kadry, rezydentury);
- Centrum e-Zdrowia (szczepienia HPV);
- raporty Najwyższej Izby Kontroli;
- raporty własne Onkofundacji Alivia (Alivia Oncoindex, Badanie potrzeb i doświadczeń pacjentów onkologicznych 2026).

Szczegółowe odnośniki podajemy w przypisach w całym raporcie.

Aneks B. Nierówności wojewódzkie – metodyka, profil domenowy, rankingi i dane źródłowe

Aneks zbiera pełną metodykę i dane, na których opiera się rozdział 10. Każde województwo oceniamy w sześciu domenach, dzieląc 16 województw w obrębie każdego kryterium na trzy zbliżone grupy (tercyle: górny, środkowy, dolny). Tercyl domenę wyznaczamy na podstawie wartości jej kryteriów, a syntetyczną pozycję województwa opisujemy nie średnią (kompensacyjną), lecz liczbą domen w górnym i w dolnym tercylu oraz ich bilansem (góra – dół).

Metodyka i miara zbiorcza

Domeny: A) prewencja pierwotna = szczepienia HPV; B) prewencja wtórna = mammografia, kolonoskopia i cytologia/HPV; C) terminowość diagnostyki = średnia diagnostyki wstępnej i pogłębionej; D) koordynacja leczenia = udział zabiegów raka piersi i raka płuca rozliczanych w ramach DiLO; E) kadry = liczba onkologów na 100 tys. mieszkańców; F) efekt zdrowotny = relacja zgonów do zachorowań. Dla kryteriów oznaczonych „wyżej = lepiej” górny tercyl jest korzystny; dla relacji zgon/zachorowania („niżej = lepiej”) korzystny jest tercyl o najniższych wartościach.

Reguła rozstrzygania remisów. Gdy na granicy dwóch tercylu kilka województw uzyskuje tę samą wartość domenę, o przydziale decydują kolejno: **(1)** wartość domenę w pełnej precyzji (przed zaokrągleniem); **(2)** jeśli wartości pozostają równe (domeny wielokryterialne, w których wartość jest średnią punktów) – wynik kryterium kotwiczącego domenę, tj. najszerzej zakrojonego populacyjnie i najpełniej raportowanego badania raka piersi (w prewencji wtórnej: mammografia; w koordynacji: zabiegi raka piersi); **(3)** jeśli i one są równe – porządek alfabetyczny nazwy województwa, przy czym województwo wcześniejsze alfabetycznie trafia do wyższego tercyla. Województwo wypadające słabiej w tej kolejności trafia do niższego tercyla.

Tabela B.1. Progi tercylu (na podstawie rozkładu 16 województw):

Kryterium	Kierunek	Górny (3 pkt)	Środkowy (2 pkt)	Dolny (1 pkt)
HPV (wszystkie roczniki)	wyżej = lepiej	≥ 16,84%	15,22–16,84%	< 15,22%
Mammografia	wyżej = lepiej	≥ 37,72%	34,46–37,72%	< 34,46%

Kryterium	Kierunek	Górny (3 pkt)	Środkowy (2 pkt)	Dolny (1 pkt)
Kolonoskopia	wyżej = lepiej	≥ 17,04%	16,45–17,04%	< 16,45%
Cytologia/HPV	wyżej = lepiej	≥ 15,43%	12,14–15,43%	< 12,14%
Terminowość (śr. wst.+pogł.)	wyżej = lepiej	≥ 77,66%	67,05–77,66%	< 67,05%
Zabiegi w raku piersi rozliczane w DiLO	wyżej = lepiej	≥ 95,00%	90,48–95,00%	< 90,48%
Zabiegi w raku płuca rozliczane w DiLO	wyżej = lepiej	≥ 82,35%	65,96–82,35%	< 65,96%
Onkolodzy / 100 tys.	wyżej = lepiej	≥ 3,96	2,90–3,96	< 2,90
Zgony/zachorowania	niżej = lepiej	≤ 0,46	0,46–0,54	> 0,54

Profil domenowy (tercyle w sześciu domenach)

Skróty tercyl: G – górny, Ś – środkowy, D – dolny. Bilans = liczba domen w górnym tercylu minus liczba domen w dolnym tercylu.

Profil domenowy – tercyle w sześciu domenach (16 województw)

A – Prewencja pierwotna · B – Prewencja wtórna · C – Terminowość diagnostyki · D – Koordynacja leczenia · E – Kadry · F – Efekt zdrowotny. Tercyle: G – górny, Ś – środkowy, D – dolny. Bilans = liczba domen w górnym tercylu minus w dolnym.

Tabela B.2. Profil domenowy – tercyle w sześciu domenach

Województwo	A	B	C	D	E	F	Górny	Dolny	Bilans
podlaskie	D	G	G	G	G	G	5	1	+4
warmińsko-mazurskie	Ś	G	G	G	Ś	G	4	0	+4
lubelskie	D	Ś	G	Ś	G	G	3	1	+2
mazowieckie	G	D	Ś	G	G	Ś	3	1	+2
śląskie	G	G	Ś	Ś	G	D	3	1	+2
pomorskie	G	G	Ś	Ś	Ś	Ś	2	0	+2
łódzkie	Ś	G	D	G	Ś	D	2	2	0
kujawsko-pomorskie	G	D	D	G	D	Ś	2	3	-1
podkarpackie	D	D	G	Ś	D	G	2	3	-1
dolnośląskie	Ś	Ś	D	Ś	G	D	1	2	-1
wielkopolskie	G	Ś	D	D	Ś	Ś	1	2	-1
opolskie	Ś	D	G	D	D	Ś	1	3	-2
małopolskie	Ś	D	Ś	D	Ś	Ś	0	2	-2
zachodniopomorskie	D	Ś	Ś	Ś	Ś	D	0	2	-2
świętokrzyskie	D	Ś	D	D	D	G	1	4	-3
lubuskie	Ś	Ś	Ś	D	D	D	0	3	-3

Systemowo mocniejsze (bilans ≥ +2): podlaskie, warmińsko-mazurskie, lubelskie, mazowieckie, śląskie, pomorskie. **Systemowo słabsze (bilans ≤ -2):** opolskie, małopolskie, zachodniopomorskie, świętokrzyskie, lubuskie.

Rankingi według domen

Tabela B.3. A. Prewencja pierwotna – szczepienia HPV (% wszystkich roczników)

#	Województwo	HPV %	Tercyl domeny
1	kujawsko-pomorskie	18,14	górny
2	mazowieckie	17,85	górny
3	pomorskie	18,21	górny
4	śląskie	17,88	górny
5	wielkopolskie	16,84	górny
6	dolnośląskie	16,34	środkowy
7	lubuskie	15,34	środkowy
8	łódzkie	16,29	środkowy
9	małopolskie	15,41	środkowy
10	opolskie	15,22	środkowy
11	warmińsko-mazurskie	15,73	środkowy
12	lubelskie	10,79	dolny
13	podkarpackie	9,25	dolny
14	podlaskie	10,88	dolny
15	świętokrzyskie	13,81	dolny
16	zachodniopomorskie	13,46	dolny

Tabela B.4. B. Prewencja wtórna – mammografia / kolonoskopia / cytologia/HPV (%)

#	Województwo	Mammografia	Kolonoskopia	Cytologia/HPV	Tercyl
1	podlaskie	37,13	19,28	15,43	górny
2	warmińsko-mazurskie	34,64	17,98	15,44	górny
3	łódzkie	37,72	17,85	11,21	górny
4	pomorskie	39,52	16,80	14,97	górny
5	śląskie	34,46	16,74	15,93	górny
6	świętokrzyskie	31,06	18,14	18,88	środkowy
7	dolnośląskie	37,83	15,91	13,69	środkowy
8	lubelskie	36,33	16,79	14,63	środkowy
9	lubuskie	39,23	16,45	8,97	środkowy
10	wielkopolskie	39,60	16,77	10,43	środkowy
11	zachodniopomorskie	36,31	16,14	17,16	środkowy
12	kujawsko-pomorskie	36,17	14,68	12,14	dolny
13	małopolskie	30,33	16,57	12,78	dolny
14	podkarpackie	31,06	17,04	11,33	dolny
15	opolskie	29,01	13,94	12,33	dolny
16	mazowieckie	33,68	16,22	9,78	dolny

Tabela B.5. C. Terminowość diagnostyki – średnia diagnostyki wstępnej i pogłębionej (%)

#	Województwo	Terminowość %	Tercyl domeny
1	lubelskie	82,59	górny
2	opolskie	83,85	górny
3	podkarpackie	77,66	górny
4	podlaskie	77,74	górny
5	warmińsko-mazurskie	83,18	górny
6	lubuskie	77,18	środkowy
7	małopolskie	68,93	środkowy
8	mazowieckie	71,20	środkowy
9	pomorskie	69,93	środkowy
10	śląskie	68,68	środkowy
11	zachodniopomorskie	67,05	środkowy
12	dolnośląskie	61,65	dolny
13	kujawsko-pomorskie	48,53	dolny
14	łódzkie	61,37	dolny
15	świętokrzyskie	55,88	dolny
16	wielkopolskie	60,66	dolny

Tabela B.6. D. Koordynacja leczenia – udział leczenia zabiegowego raka piersi i raka płuca rozliczanych w ramach DiLO: pierś / płuco (%)

#	Województwo	Pierś w DiLO	Płuco w DiLO	Tercyl
1	kujawsko-pomorskie	98,67	96,91	górny
2	podlaskie	95,83	87,37	górny
3	łódzkie	92,04	82,35	górny
4	warmińsko-mazurskie	97,35	77,27	górny
5	mazowieckie	95,69	65,16	górny
6	dolnośląskie	95,00	65,47	środkowy
7	lubelskie	85,33	89,14	środkowy
8	podkarpackie	90,48	65,96	środkowy
9	pomorskie	88,23	91,44	środkowy
10	śląskie	90,69	81,08	środkowy
11	zachodniopomorskie	91,33	78,68	środkowy
12	małopolskie	87,68	80,56	dolny
13	świętokrzyskie	91,62	59,50	dolny
14	wielkopolskie	94,65	31,34	dolny
15	lubuskie	72,30	40,68	dolny
16	opolskie	84,39	—	dolny

Remis siedmiu województw na średniej 2,00 rozstrzygnięto na podstawie kryterium kotwiczącego (zabiegi raka piersi): mazowieckie 95,69% > dolnośląskie 95,00%, dlatego mazowieckie trafia do górnego, a dolnośląskie do środkowego tercyla.

Tabela B.7. E. Kadry — onkolodzy na 100 tys. mieszkańców

#	Województwo	Onk./100 tys.	Tercyl domeny
1	dolnośląskie	3,97	górny
2	lubelskie	3,96	górny
3	mazowieckie	5,65	górny
4	podlaskie	4,06	górny
5	śląskie	4,08	górny
6	łódzkie	3,50	środkowy
7	małopolskie	3,18	środkowy
8	pomorskie	3,73	środkowy
9	warmińsko-mazurskie	3,56	środkowy
10	wielkopolskie	3,36	środkowy
11	zachodniopomorskie	2,90	środkowy
12	kujawsko-pomorskie	2,82	dolny
13	lubuskie	2,37	dolny
14	opolskie	1,18	dolny
15	podkarpackie	2,52	dolny
16	świętokrzyskie	2,76	dolny

Tabela B.8. F. Efekt zdrowotny — relacja zgonów do zachorowań (im niżej, tym lepiej)*

#	Województwo	Zgony/zach.	Tercyl domeny
1	lubelskie	0,45	górny
2	podkarpackie	0,43	górny
3	podlaskie	0,45	górny
4	świętokrzyskie	0,46	górny
5	warmińsko-mazurskie	0,44	górny
6	kujawsko-pomorskie	0,50	środkowy
7	małopolskie	0,54	środkowy
8	mazowieckie	0,51	środkowy
9	opolskie	0,51	środkowy
10	pomorskie	0,49	środkowy
11	wielkopolskie	0,50	środkowy
12	dolnośląskie	0,54	dolny
13	lubuskie	0,56	dolny
14	łódzkie	0,54	dolny
15	śląskie	0,61	dolny
16	zachodniopomorskie	0,59	dolny

*Trzy województwa mają iloraz zaokrąglony do 0,54; o przydziale do tercylu decyduje wartość pełnej precyzji: małopolskie 0,5407 (środkowy) oraz dolnośląskie 0,5445 i łódzkie 0,5446 (dolny).

Tabela B.9. Dane źródłowe (wartości per województwo)

Województwo	HPV %	Ludność (2024)	Onkolodzy	Onk./100 tys.	Zgony/ zach.
dolnośląskie	16,34	2 868 200	114	3,97	0,54
kujawsko-pomorskie	18,14	1 984 500	56	2,82	0,50
lubelskie	10,79	1 996 400	79	3,96	0,45
lubuskie	15,34	969 800	23	2,37	0,56
łódzkie	16,29	2 345 900	82	3,50	0,54
małopolskie	15,41	3 429 100	109	3,18	0,54
mazowieckie	17,85	5 508 300	311	5,65	0,51
opolskie	15,22	930 300	11	1,18	0,51
podkarpackie	9,25	2 063 000	52	2,52	0,43
podlaskie	10,88	1 132 600	46	4,06	0,45
pomorskie	18,21	2 359 500	88	3,73	0,49
śląskie	17,88	4 291 400	175	4,08	0,61
świętokrzyskie	13,81	1 158 000	32	2,76	0,46
warmińsko-mazurskie	15,73	1 349 200	48	3,56	0,44
wielkopolskie	16,84	3 480 000	117	3,36	0,50
zachodniopomorskie	13,46	1 622 800	47	2,90	0,59

Źródła danych

- Szczepienia HPV (wszystkie roczniki, stan 31.12.2025) – Centrum e-Zdrowia (ezdrowie.gov.pl).
- Badania przesiewowe – mammografia, kolonoskopia, cytologia/HPV (stan 1.01.2026) – NFZ/SIMP (nfz.gov.pl, dane o realizacji programów profilaktycznych).
- Terminowość diagnostyki (2025) i leczenie zabiegowe w pakiecie DiLO (2019–2025) – NFZ (nfz.gov.pl).
- Kadry – onkolodzy (stan 31.12.2024): GUS, „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r.” (stat.gov.pl).
- Ludność (stan 31.12.2024) – GUS, „Ludność. Stan i struktura... w przekroju terytorialnym” (stat.gov.pl).
- Efekt zdrowotny – relacja zgonów do zachorowań (2023): KRŃ / NIO-PIB, „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2023 r.” (onkologia.org.pl).

- 1 Onkofundacja Alivia. (2026). Opracowanie własne na podstawie danych NFZ/SIMP (pliki gminne, stan na 1.01.2025, 1.04.2025 i 1.01.2026), zagregowanych do poziomu kraju i województw. Dane o realizacji programów profilaktycznych (mammografia, cytologia, kolonoskopia) / Profilaktyka na NFZ / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (dostęp: 2.07.2026).
- 2 Krajowy Rejestr Nowotworów / NIO-PIB. (2025). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2023 roku. Raporty | Krajowy Rejestr Nowotworów (dostęp: 2.07.2026).
- 3 Onkofundacja Alivia. (2026). Opracowanie własne na podstawie danych NFZ/SIMP (pliki gminne, stan na 1.01.2025, 1.04.2025 i 1.01.2026), zagregowanych do poziomu kraju i województw. Dane o realizacji programów profilaktycznych (mammografia, cytologia, kolonoskopia) / Profilaktyka na NFZ / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (dostęp: 2.07.2026).
- 4 Onkofundacja Alivia. (2026). Opracowanie własne na podstawie list SMK „Liczba miejsc szkoleniowych” i ostatecznych list rankingowych (postępowania 2024–2025); CMKP. Obsada = zakwalifikowani/miejsca dla czterech dziedzin onkologicznych (tryb rezydencki). CMKP (dostęp: 2.07.2026).
- 5 Główny Urząd Statystyczny. (2025). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r. — liczba onkologów; przeliczenie na 100 tys. ludności (stan na 31.12.2024). Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Zdrowie / Zdrowie / Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r. (dostęp: 2.07.2026).
- 6 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej za lata 2020–2025. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 7 Onkofundacja Alivia. (2026). Oncoindex — odsetek terapii onkologicznych dostępnych w Polsce wobec rekomendowanych (stan: kwiecień 2026). Alivia Oncoindex (dostęp: 2.07.2026).
- 8 Krajowy Rejestr Nowotworów / NIO-PIB. (2025). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2023 roku. Raporty | Krajowy Rejestr Nowotworów (dostęp: 2.07.2026).
- 9 Krajowy Rejestr Nowotworów / NIO-PIB. (2025). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2023 roku, tab. 3.1 — relacja liczby zgonów do liczby zachorowań w województwach. Raporty | Krajowy Rejestr Nowotworów (dostęp: 2.07.2026).
- 10 Zasady oceny Onkofundacji Alivia — zob. rozdział 2.3 (Metodyka).
- 11 Onkofundacja Alivia. (2026). Opracowanie własne na podstawie list SMK „Liczba miejsc szkoleniowych” i ostatecznych list rankingowych (postępowania 2024–2025); CMKP. Obsada = zakwalifikowani/miejsca dla czterech dziedzin onkologicznych (tryb rezydencki). CMKP (dostęp: 2.07.2026).
- 12 Rynek Zdrowia. (2024). W Polsce brakuje ok. 500 onkologów. W Warszawie konferencja na temat kobiet w onkologii. W Polsce brakuje ok. 500 onkologów. W Warszawie konferencja na temat kobiet w onkologii (dostęp: 2.07.2026).
- 13 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej za lata 2020–2025. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 14 Naczelna Izba Lekarska. (2020, 2026). Zestawienie nr 4 — lekarze specjaliści (stan na 5.10.2020 oraz 31.12.2025); szacunek deficytu wg środowiska onkologicznego. Rok 2020: Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków wg dziedziny i stopnia specjalizacji; rok 2025: Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków wg dziedziny i stopnia specjalizacji (dostęp: 2.07.2026).
- 15 Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 16 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej za lata 2020–2025. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 17 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentydy (Dz.U. 2023 poz. 377; weszło w życie 1.03.2023 r.). Dziennik Ustaw 2023 r. poz. 377 (dostęp: 2.07.2026).
- 18 Centrum e-Zdrowia. (2026). Raport o szczepieniach przeciwko HPV (stan na 31.12.2025; od 14.07.2025 r. za szczepionych liczeni są wyłącznie obywatele polscy). Raport o szczepieniach przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) – e-zdrowie.gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 19 Krajowy Rejestr Nowotworów / NIO-PIB. (2025). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2023 roku — zachorowania na nowotwory skóry (C43–C44), współczynnik standaryzowany ASW. Raporty | Krajowy Rejestr Nowotworów (dostęp: 2.07.2026).
- 20 AOTMiT. (2025). Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży (raport nr OT.434.7.2024), s. 9 oraz 19 i n.; za: NCD-RisC (2024) i WHO COSI (2022). Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży; NCD-RisC; Children & Adolescent BMI > Data Download > NCD-RisC (dostęp: 2.07.2026).
- 21 Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. (2025). Młodzież 2025, s. 9.
- 22 NIZP PZH-PIB. (2022). Badanie Stanu Zdrowia i Czynniki Ryzyka (sierpień 2022); raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, s. 503. Prognoza 2035: World Obesity Atlas 2023 (Lobstein i in.). Raport: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – NIZP PZH – PIB (dostęp: 2.07.2026).
- 23 Onkofundacja Alivia. (2025). Realizacja NSO 2020–2024 (dane za 2022 r. wg PAN). Odhaczone zadania – niespełnione obietnice (dostęp: 2.07.2026). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH; Wzrasta odsetek Polaków palących papierosy | Pulmonologia – mp.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 24 Krajowy Rejestr Nowotworów / NIO-PIB — raporty: Raporty | Krajowy Rejestr Nowotworów; Główny Urząd Statystyczny. (2019, 2024). Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym (stan na 30.06.2019 i 31.12.2023). Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r. Stan w dniu 30 czerwca; Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 r. (stan w dniu 31.12) (dostęp: 2.07.2026).

- 25 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego (Dz.U. 2025 poz. 1780; weszło w życie 1.01.2026 r.). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne; Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 26 Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r., s. 35; Uchwała nr 166 Rady Ministrów z dnia 4 grudnia 2025 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. 2025 poz. 1235) – przesunięcie terminu zadania 6.3 na 2026 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 27 Wykaz stacjonarnych poradni pomocy palącym (Warszawa, Gdańsk, Kraków). Interwencja antynikotynowa – Moje Zdrowie; brak ogólnopolskiej sieci wymaganej zadaniem 6.2 – por. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 28 Ministerstwo Zdrowia. (2023–2025). Sprawozdania z realizacji NSO – liczba przeszkolonych osób w latach 2022–2024 wg oceny Onkofundacji Alivia. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 29 Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r.; Uchwała nr 166 Rady Ministrów z dnia 4 grudnia 2025 r. (M.P. 2025 poz. 1235) – przesunięcie terminu zadania 6.3 na 2026 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl; Uchwała nr 166 Rady Ministrów z dnia 4 grudnia 2025 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (dostęp: 2.07.2026).
- 30 Onkofundacja Alivia. (2026). Opracowanie własne na podstawie danych NFZ/SIMP (pliki gminne, stan na 1.01.2025, 1.04.2025 i 1.01.2026), zagregowanych do poziomu kraju i województw. Dane o realizacji programów profilaktycznych (mammografia, cytologia, kolonoskopia) / Profilaktyka na NFZ / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (dostęp: 2.07.2026).
- 31 Puls Medycyny. (2025). Prof. Nowakowski: niska zgłaszalność na badania przesiewowe wynika z niedoskonałości systemu. Prof. Nowakowski: niska zgłaszalność na badania przesiewowe wynika z niedoskonałości systemu – Puls Medycyny (dostęp: 2.07.2026).
- 32 Stowarzyszenie Sarcoma. (2022). Dlaczego się nie badamy? Profilaktyka nowotworowa Polek i Polaków. Raport "Dlaczego się nie badamy? Profilaktyka nowotworowa Polek i Polaków" – Sarcoma (dostęp: 2.07.2026).
- 33 Główny Inspektorat Sanitarny. (b.d.). Wykluczenie cyfrowe. Wykluczenie cyfrowe – Główny Inspektorat Sanitarny – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 34 Najwyższa Izba Kontroli. (2025). Informacja o wynikach kontroli dostępności i efektów leczenia nowotworów (lata 2019–2023). Mimo reform, kompleksowej opieki onkologicznej wciąż brak – Najwyższa Izba Kontroli (dostęp: 2.07.2026). Niska świadomość zdrowotną jako barierę wskazuje także diagnoza w NSO z 2020 r.
- 35 Onkofundacja Alivia. (2026). Opracowanie własne na podstawie danych NFZ/SIMP (pliki gminne, stan na 1.01.2025, 1.04.2025 i 1.01.2026), zagregowanych do poziomu kraju i województw. Dane o realizacji programów profilaktycznych (mammografia, cytologia, kolonoskopia) / Profilaktyka na NFZ / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (dostęp: 2.07.2026).
- 36 Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r., s. 61 – dane SIMP za 2025 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 37 Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r. (rozdz. „Inwestycje w pacjenta – prewencja wtórna”), s. 40, na podstawie danych NFZ; Zarządzenie nr 47/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2025 r. – próg zgłaszalności ≥ 16% uprawniający POZ do dodatku motywacyjnego w programie badań przesiewowych raka jelita grubego. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 38 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2025 r. – wprowadzenie testu HPV HR oraz cytologii na podłożu płynnym (LBC) do programu profilaktyki raka szyjki macicy (Dz.U. z 2025 r. poz. 298) Dane o realizacji programów profilaktycznych (mammografia, cytologia, kolonoskopia) / Profilaktyka na NFZ / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (dostęp: 2.07.2026).
- 39 Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r., s. 56–57 – programy przesiewowe raka płuca (NDTK) i raka gruczołu krokowego, zapowiadane uruchomienie od II połowy 2026 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 40 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2025 r. – wprowadzenie testu HPV HR oraz cytologii na podłożu płynnym (LBC) do programu profilaktyki raka szyjki macicy (Dz.U. z 2025 r. poz. 298) Dane o realizacji programów profilaktycznych (mammografia, cytologia, kolonoskopia) / Profilaktyka na NFZ / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (dostęp: 2.07.2026).
- 41 Uchwała nr 147 Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2024 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. 2024 poz. 1065) – złączenie zadania 12.6 z certyfikacji obowiązkowej na certyfikację. Uchwała nr 147 Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2024 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2025 r. (Dz.U. 2025 poz. 1553). Dz.U. 2025 poz. 1553; Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 42 Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r., s. 42. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 43 Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r., s. 56–57 – program przesiewowy raka płuca (NDTK), zapowiadane uruchomienie od II połowy 2026 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 44 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej za lata 2020–2025. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).

- 45 Uchwała nr 147 Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2024 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. 2024 poz. 1065) – złagodzenie zadania 12.6 z certyfikacji obowiązkowej na certyfikację. Uchwała nr 147 Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2024 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2025 poz. 1553). Dz.U. 2025 poz. 1553; por. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 46 Uchwała nr 166 Rady Ministrów z dnia 4 grudnia 2025 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. 2025 poz. 1235) – wydłużenie terminów wybranych zadań NSO. Uchwała nr 166 Rady Ministrów z dnia 4 grudnia 2025 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030; Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia (dostęp: 2.07.2026).
- 47 Agencja Badań Medycznych. (b.d.). Dane o badaniach klinicznych w Polsce (udział badań niekomercyjnych, badania wczesnych faz). Agencja Badań Medycznych (dostęp: 2.07.2026).
- 48 Agencja Badań Medycznych. (b.d.). Dane o badaniach klinicznych w Polsce (udział badań niekomercyjnych, badania wczesnych faz). Agencja Badań Medycznych (dostęp: 2.07.2026).
- 49 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji NSO – do końca 2025 r. nie uchwalono ustawy o biobankowaniu; termin przesunięto na 2026 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia (dostęp: 2.07.2026).
- 50 Agencja Badań Medycznych. (b.d.). Centra Wsparcia Badań Klinicznych (m.in. Warszawa/NIO-PIB, Kraków, Poznań, Gdańsk). Agencja Badań Medycznych (dostęp: 2.07.2026).
- 51 Onkofundacja Alivia. (2026). Oncoindex – odsetek terapii onkologicznych dostępnych w Polsce wobec rekomendowanych (stan: kwiecień 2026). Alivia Oncoindex (dostęp: 2.07.2026).
- 52 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji NSO – do końca 2025 r. nie uchwalono ustawy o biobankowaniu; termin przesunięto na 2026 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 53 Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r., s. 69 – do końca 2025 r. nie uchwalono ustawy o biobankowaniu; termin przesunięto na 2026 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 54 Narodowy Fundusz Zdrowia. Liczba wydanych kart DiLO (kart diagnostyki i leczenia onkologicznego) 2019–2025 [zbiór danych]. Liczba wydanych kart DiLO; NFZ (dostęp: 2.07.2026).
- 55 Narodowy Fundusz Zdrowia. Dane o onkologicznym leczeniu zabiegowym 2019–2025 (udział świadczeń rozliczanych w ramach DiLO dla raka piersi i raka płuca). NFZ (dostęp: 2.07.2026).
- 56 Narodowy Fundusz Zdrowia. Dane o onkologicznym leczeniu zabiegowym 2019–2025 (udział świadczeń rozliczanych w ramach DiLO dla raka piersi i raka płuca). NFZ (dostęp: 2.07.2026).
- 57 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji NSO – elektroniczna karta DiLO (eDiLO) niewdrożona do końca 2025 r.; brak centralnego systemu kontroli przestrzegania wytycznych. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 58 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej za lata 2020–2025. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 59 Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r. – Narodowy Portal Onkologiczny uruchomiony w 2025 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 60 Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692, z późn. zm.), art. 5 ust. 2 – coroczna publikacja przez Prezesa NFZ, w terminie do 30 kwietnia, wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 4 ust. 1. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta; publikacja wskaźników za rok poprzedni przewidziana do 30.04.2026 r. – por. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 61 Ministerstwo Zdrowia. (2026). Sprawozdanie z realizacji NSO za 2025 r. – Narodowy Portal Onkologiczny uruchomiony w 2025 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia (dostęp: 2.07.2026).
- 62 Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692, z późn. zm.), art. 5 ust. 2 – coroczna publikacja przez Prezesa NFZ, w terminie do 30 kwietnia, wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 4 ust. 1. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta; publikacja wskaźników za rok poprzedni przewidziana do 30.04.2026 r. – por. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia (dostęp: 2.07.2026).
- 63 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji NSO – modele „Cancer Units” (płuca, dziecięce, rzadkie); wdrożenie opóźnione, prace kontynuowane w 2026 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia (dostęp: 2.07.2026).
- 64 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej za lata 2020–2025. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 65 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji NSO – modele „Cancer Units” (płuca, dziecięce, rzadkie); wdrożenie opóźnione, prace kontynuowane w 2026 r. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia (dostęp: 2.07.2026).
- 66 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji NSO – elektroniczna karta DiLO (eDiLO) niewdrożona do końca 2025 r.; brak centralnego systemu kontroli przestrzegania wytycznych. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 67 Uchwały Rady Ministrów zmieniające NSO (2021–2026), § 2 – przesunięcia terminów i zmiany treści zadań (m.in. uchwały nr 147 i nr 166). Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).

- 68 Zasady oceny Onkofundacji Alivia – zob. rozdział 2.3 (Metodyka).
- 69 Główny Urząd Statystyczny. (2025). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r. – liczba onkologów; przeliczenie na 100 tys. ludności (stan na 31.12.2024). Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Zdrowie / Zdrowie / Działalność służb ratowniczych w 2024 r. (dostęp: 2.07.2026).
- 70 Onkofundacja Alivia. (2026). Opracowanie własne na podstawie danych NFZ/SIMP (pliki gminne, stan na 1.01.2025, 1.04.2025 i 1.01.2026), zagregowanych do poziomu kraju i województw. Dane o realizacji programów profilaktycznych (mammografia, cytologia, kolonoskopia) / Profilaktyka na NFZ / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (dostęp: 2.07.2026).
- 71 Krajowy Rejestr Nowotworów / NIO-PIB. (2025). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2023 roku, tab. 3.1 – relacja liczby zgonów do liczby zachorowań w województwach. Raporty | Krajowy Rejestr Nowotworów (dostęp: 2.07.2026).
- 72 Onkofundacja Alivia. (2026). Opracowanie własne na podstawie list SMK „Liczba miejsc szkoleniowych” i ostatecznych list rankingowych (postępowania 2024–2025); CMKP. Obsada = zakwalifikowani/miejsca dla czterech dziedzin onkologicznych (tryb rezydencki). CMKP (dostęp: 2.07.2026).
- 73 Naczelna Izba Lekarska. (2020, 2026). Zestawienie nr 4 (stan na 5.10.2020, s. 3; stan na 31.12.2025, s. 3): Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji; Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji; Rynek Zdrowia. Eksperti: niedobór kadr jednym z największych zagrożeń w onkologii. Eksperti: niedobór kadr jednym z największych zagrożeń w onkologii; próbujemy to zmienić (dostęp: 2.07.2026).
- 74 Narodowy Fundusz Zdrowia. Liczba wydanych kart DiLO (kart diagnostyki i leczenia onkologicznego) 2019–2025 [zbiór danych]. Liczba wydanych kart DiLO (dostęp: 2.07.2026).
- 75 Narodowy Fundusz Zdrowia / Centrum e-Zdrowia. Dane o onkologicznym leczeniu zabiegowym 2019–2025 (udział świadczeń w ramach DiLO – rak piersi i rak płuca). Nowotwory złośliwe. Koncentracja leczenia zabiegowego – zdrowie.gov.pl; Dane dotyczące onkologicznego leczenia zabiegowego nowotworów złośliwych w latach 2019–2025; NFZ (dostęp: 2.07.2026).
- 76 Narodowy Fundusz Zdrowia. Dane o terminowości diagnostyki onkologicznej (DiLO) 2019–2025 (diagnostyka wstępna i pogłębiona). NFZ; Rynek Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia: spadła terminowość badań w diagnostyce onkologicznej. Ministerstwo Zdrowia: spadła terminowość badań w diagnostyce onkologicznej (dostęp: 2.07.2026).
- 77 Ministerstwo Zdrowia. (2021–2026). Sprawozdania z realizacji NSO – elektroniczna karta DiLO (eDiLO) niewdrożona do końca 2025 r.; brak centralnego systemu kontroli przestrzegania wytycznych. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 78 Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692, z późn. zm.), art. 5 ust. 2 – coroczna publikacja przez Prezesa NFZ, w terminie do 30 kwietnia, wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 4 ust. 1. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta; publikacja wskaźników za rok poprzedni przewidziana do 30.04.2026 r. – por. Narodowa Strategia Onkologiczna – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (dostęp: 2.07.2026).
- 79 Onkofundacja Alivia. (2026). Opracowanie własne na podstawie danych NFZ/SIMP (pliki gminne, stan na 1.01.2025, 1.04.2025 i 1.01.2026), zagregowanych do poziomu kraju i województw. Dane o realizacji programów profilaktycznych (mammografia, cytologia, kolonoskopia) / Profilaktyka na NFZ / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (dostęp: 2.07.2026).
- 80 Zasady oceny Onkofundacji Alivia – zob. rozdział 2.3 (Metodyka).
- 81 Onkofundacja Alivia. (2025). Realizacja Narodowej Strategii Onkologicznej w latach 2020–2024 z perspektywy pacjenta, rozdz. „Rekomendacje”. Odhaczone zadania – niespełnione obietnice (dostęp: 2.07.2026).
- 82 Onkofundacja Alivia. (2026). Badanie potrzeb i doświadczeń pacjentów onkologicznych. Badanie ankietowe. Edycja 2026 (luty 2026), s. 10–11; dane o kolejkach: Barometr WHC Polacy w kolejkach 2025 oraz portal Alivia Onkoskaner. Badanie potrzeb i doświadczeń pacjentów onkologicznych (dostęp: 2.07.2026).
- 83 Szacunki MZ i NFZ dot. luki w finansowaniu ochrony zdrowia w 2026 r. (ok. 23 mld zł): Federacja Przedsiębiorców Polskich. (2026). Prezentacja: ustawa zdrowotna (7.04.2026), slajd 2. Plan ratunkowy dla ochrony zdrowia; prognoza do ok. 171 mld zł w 2040 r.: NIZP PZH-PIB. (2025), s. 6. Luka finansowa w ochronie zdrowia; doniesienia z przełomu 2025/2026 r. o ograniczeniu rozliczania nadwykonań w diagnostyce (dostęp: 2.07.2026).

ALIVIA Fundacja Onkologiczna
www.alivia.org.pl | info@alivia.org.pl
tel. +48 22 266 03 40



Opracowanie raportu:
Joanna Frątczak-Kazana
Aleksander Pawłowski
Paulina Gadomska-Dzięcioł

Opracowanie graficzne:
Monika Żyła



ALIVIA Fundacja Onkologiczna

www.alivia.org.pl

info@alivia.org.pl