

*Breast cancer units –  
perspektywa wdrożenia  
w Polsce*

## Pełną piersią

W 2013 r., po opublikowaniu „Białej księgi. Zwalczenie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich” [1], która diagnozowała stan opieki nad chorymi na raka piersi i jelita grubego w Polsce pod koniec I dekady XXI w., sformułowano koncepcję implementacji odpowiedników *breast cancer units* (BCU) w polskim systemie ochrony zdrowia. Czy koncepcja ta w końcu doczeka się wdrożenia?



Fot. iStockphoto 2x

Koncepcję opartą na międzynarodowych doświadczeniach przedstawiono ówczesnemu prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia Jackowi Paszkiewiczowi i spotkała się ona z życzliwym zainteresowaniem. Po zmianie kierownictwa NFZ koncepcja była przedstawiana prezes Agnieszce Pachciarz i wiceprezesowi Marcinowi Pakulskiemu. Ten ostatni podjął kroki na rzecz przygotowania mechanizmu kontraktowania placówek, które realizowałyby tzw. kompleksowe leczenie raka piersi w ramach tzw. świadczeń odrębnie kontraktowanych. Równocześnie koncepcja BCU i szerzej tzw. unitów narządowych została po raz kolejny wskazana w Strategii Walki z Rakiem 2015–2024, ogłoszonej w 2014 r. [2]. Obecnie po raz kolejny pojawia się możliwość wprowadzenia BCU jako formy działalności kontraktowanej przez NFZ. Jako wstęp do dyskusji na ten temat przedstawiamy zarys koncepcji, którą opracowaliśmy w 2013 r.

### Dlaczego BCU

Koncepcja BCU pojawiła się pod koniec lat 70., początkowo w USA (Van Nuys, University of California), później we Włoszech (Istituto Nazionale dei Tumori), Niemczech (Szpital Uniwersytecki w Heidelbergu) i w innych krajach jako formacja organizacyjna specjalizująca się w kompleksowej diagnostyce i terapii raka piersi. Na początku XXI wieku *European Socie-*

*ty of Mastology* (EUSOMA) opublikowało stanowisko w sprawie BCU [3], wzmocnione następnie rezolucją Parlamentu Europejskiego [4]. Wskazuje się w nim na główne cechy BCU i potrzebę upowszechnienia tego modelu opieki w krajach UE. W ostatnich miesiącach inicjatywę w sprawie BCU przedstawiła także Komisja Europejska.

W 2014 r. opublikowano raport „European Survey on Breast Cancer Care” na temat rozpowszechnienia BCU w krajach wspólnoty. W tym samym roku uruchomiono *European Initiative on Breast Cancer* (EIBC), której realizatorem jest brukselski instytut badawczy *JCR Institute for Health and Consumer Protection* (IHCP). W ramach tej inicjatywy IHCP ma opracować nową wersję wytycznych dotyczących badań przesiewowych w kierunku raka piersi, oraz – co jest nowością – wytyczne do systemu zapewniania jakości w ramach struktur BCU. Komisja Europejska nie ma jednak kompetencji do kształtowania systemów ochrony zdrowia w krajach członkowskich. W tej sytuacji drogą do promowania rozwiązań związanych z BCU jest rozporządzenie 765/2008 Parlamentu Europejskiego i Rady z 9 lipca 2008 r. w sprawie wymogów akredytacyjnych i nadzoru nad rynkiem. Komisja Europejska, wychodząc z zasady dotyczącej przepływów transgranicznych oraz konieczności zapewnienia ochrony konsumenckiej pacjentom – obywatelom Unii Europejskiej, zamierza

upowszechnić standardy zapewnienia jakości w działalności placówek zajmujących się rakiem piersi.

Stan i wyniki osiągnięte przez polski system opieki zdrowotnej w zakresie zwalczania nowotworów piersi są niesatysfakcjonujące. Przeżycia 5-letnie w przebiegu nowotworów piersi, wynoszące mniej więcej 70 proc., są o 10 punktów procentowych niższe niż w krajach Europy Południowej oraz o 13–15 punktów procentowych poniżej poziomu Europy Północnej [5]. Równocześnie odbiór opieki onkologicznej w wymiarze konsumentskim, na każdym etapie tej opieki, także jest krytyczny [6]. Wydaje się, że rak piersi jest nowotworem, w którym istnieje możliwość poprawy, biorąc pod uwagę jego względnie wysoką potencjalną wyleczalność. Jest to także nowotwór, w którym istnieją dobrze zdefiniowane i oparte na dowodach naukowych metody postępowania zarówno w aspekcie klinicznym, jak i z punktu widzenia subiektywnych odczuć chorych [6].

### Polska koncepcja

Zainteresowanie BCU w Polsce wyrażane było od wielu lat przez środowisko onkologów – specjalistów w leczeniu raka piersi – oraz środowiska pacjenckie. Dodatkowe argumenty na rzecz tworzenia BCU zawarto w „Białej księdze. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich” [1], w której przedstawiono czynniki warunkujące skuteczność zwalczania raka piersi w wybranych krajach europejskich oraz sytuację systemu zwalczania tego nowotworu w Polsce. Z analizy tej wynikało m.in., że na osiągnięcie dobrych wyników w zwalczaniu raka piersi wpływają w szczególności następujące czynniki:

- konsekwentnie stosowane (przez wiele lat) i skuteczne (obejmujące znaczny odsetek populacji) programy wczesnego wykrywania nowotworów,
- optymalizacja procesów leczniczych, w tym specjalizacja ośrodków, łączenie różnych metod leczenia oraz systematyczna ocena wyników leczenia na poziomie placówek,
- skuteczny nadzór nad procesem diagnostyki i leczenia oraz jego koordynacja w celu szerszego pokrycia interwencjami docelowej populacji, zapobiegania „wymykaniu się” pacjentów, ograniczania interwałów między epizodami procesu leczenia itp.,
- skuteczne zarządzanie systemem zwalczania raka poprzez odpowiednie określanie celów, skuteczne mobilizowanie uczestników systemu, nadzór i monitorowanie wyników, weryfikację i (jeśli jest to zasadne) redefiniowanie procesu.

W tym kontekście koncepcja BCU okazywała się optymalna, jeśli chodzi o osiągnięcie poprawy wyników leczenia, komfortu i jakości życia chorych oraz efektywności ekonomicznej podejmowanych świadczeń. W szczególności powstanie BCU miało odpowiedzieć na problem fragmentacji opieki i braku instytucjonalnej odpowiedzialności za wynik podejmowanych interwen-

„ W ostatnich miesiącach inicjatywę w sprawie BCU przedstawiła Komisja Europejska ”

cji medycznych, potencjalnych opóźnień w diagnostyce i na poszczególnych etapach terapii oraz odpowiedniego doboru sposobów postępowania. Co do zasady uznano, że postępowanie to powinno być zgodne z aktualnymi zaleceniami diagnostyczno-terapeutycznymi, publikowanymi przez Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej [5], z możliwością odstępstwa od nich pod warunkiem rzeczowego uzasadnienia takiej decyzji.

Przedstawione poniżej propozycje stanowią próbę umieszczenia BCU w polskich warunkach, określanych w szczególności przez regulacje prawne oraz uwarunkowania społeczne i instytucjonalne. Propozycje opracowań w ramach prac nad „Białą księgą. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich” [1] miały stanowić wkład w wysiłek wdrożenia w Polsce tej ogólnoswiatowej idei [6].

„ Stan i wyniki uzyskiwane przez polski system opieki zdrowotnej w zakresie zwalczania nowotworów piersi są niesatysfakcjonujące ”

### Cele zmian

Głównym celem proponowanych zmian była poprawa wyników i komfortu leczenia raka piersi poprzez osiągnięcie maksymalnej dostępnej skuteczności klinicznej przy zachowaniu zasady wysokiej efektywności ekonomicznej stosowanych terapii. Szczegółowe cele obejmowały:

- zwiększenie udziału długoletnich wyleczeń u chorych na raka piersi,
- poprawę komfortu i jakości życia chorych w trakcie leczenia,
- poprawę jakości życia chorych po zakończeniu leczenia.

Misją centrów diagnostyki i leczenia raka piersi (odpowiedników BCU) powinna być działalność diagnostyczno-lecznicza w zakresie raka piersi, przy pełnej koordynacji poszczególnych działań. Taka organizacja powinna zapewnić najszybsze uzyskanie wyleczenia, a w wypadkach nieuleczalnych – zmniejszenie dolegliwości chorej osoby. W toku leczenia chore powinny



„ Powstanie BCU miało rozwiązać problem fragmentacji opieki i braku instytucjonalnej odpowiedzialności za wynik podejmowanych interwencji medycznych ”

zachowywać najwyższą możliwą jakość życia poprzez zmniejszenie dolegliwości fizycznych i psychicznych.

#### Zestawienie głównych założeń przedsięwzięcia

Przy 16–17 tys. nowych zachorowań na raka piersi rocznie w Polsce powinno powstać od 60 do 80 ośrodków BCU, co pozwoli osiągnąć efekt skali przy zachowaniu odpowiedniego dostępu terytorialnego. Efekt skali w wypadku BCU oznacza, że ośrodek będzie leczyć wystarczającą liczbę (co najmniej 150) nowych chorych rocznie, co z jednej strony spowoduje podwyższenie biegłości i kompetencji zatrudnionego personelu, z drugiej zaś optymalizację zużycia zasobów służących do tego celu. Odpowiednia liczba chorych oznacza także stworzenie odpowiedniej bazy do prowadzenia działalności badawczej oraz szkoleniowo-edukacyjnej.

Orientacyjny wskaźnik koncentracji geograficznej to od 350 do 650 tys. osób na ośrodek. Docelowo (po fazie pilotażu) lokalizacja ośrodków powinna być co do zasady geograficznie zrównoważona, zapewniając możliwie komfortowe korzystanie z nich mieszkańcom wszyst-

kich rejonów kraju. Należy także dążyć do osiągnięcia stanu, w którym chore będą miały **wybór** pomiędzy ośrodkami. Zasięg działania ośrodków powinien zatem zachodzić na siebie, przynajmniej na terenach o znacznym stopniu urbanizacji.

Zakłada się, że ośrodki BCU będą powstawać w większości na bazie **obecnych** ośrodków leczenia nowotworów poprzez stopniowe ich profilowanie i skupianie w nich usług diagnostyczno-terapeutycznych dla chorych na raka piersi. Nie oznacza to **wyłączonej** specjalizacji określonych placówek (podmiotów leczniczych), ale wydzielenie struktury organizacyjnej odpowiednio nazwanej oraz zorganizowanej – z własnym kierownictwem i personelem. Warunki włączenia i prowadzenia nadzoru będą oparte na kryteriach EUSOMA po ich weryfikacji przez polskie towarzystwa onkologiczne. Listę wskaźników strukturalnych EUSOMA oraz innych, o podobnym przeznaczeniu, przygotowano i przedstawiono wraz z dokumentem koncepcyjnym.

Osiągnięcie wskazanej liczby ośrodków zajmie zapewne kilka lat i będzie wymagać odpowiedniego planowania (lokalizacja geograficzna) oraz zastosowania mechanizmów zwiększających pewność inwestycji. Pierwotnie zakładano, że proces powstawania **docelowej** sieci ośrodków BCU będzie trwał ok. 6 lat. Stan docelowy miał być osiągnięty w drugim etapie procesu: – etap pierwszy (3 lata) – testowanie koncepcji poprzez zakontraktowanie ok. 20 ośrodków w kraju, – etap drugi (3 lata) – rozszerzenie liczby BCU do 60–80, w zależności od możliwości i wyników (lub innej docelowej liczby).

Placówki zakontraktowane w pierwszym etapie musiałyby zaakceptować warunki kontraktu, obejmujące m.in. następujące zasady:

- proces tworzenia BCU jest odwracalny i w wypadku niezadowolających wyników projekt zostanie zatrzymany z przywróceniem kontraktowania do fazy sprzed wprowadzenia BCU;
- pierwsze ośrodki BCU będą spełniać kryteria określone przez towarzystwa onkologiczne, ewentualnie usankcjonowane zostaną w odpowiednim akcie prawnym ministra zdrowia i poddane szczególnemu nadzorowi, w szczególności w zakresie jakości procesu oraz wyniku leczenia;
- uruchomiony zostanie **mechanizm konsultacyjno-modyfikacyjny**, pozwalający na zmianę rozwiązań uznanych za wadliwe oraz wprowadzenie innych, które zostaną uznane za pożądane. Mechanizm ten należy uwzględnić w kontrakcie (możliwość modyfikacji zapisów kontraktu);
- nadzór nad wdrożeniem i pieczę merytoryczną będzie sprawować rada (Rada ds. BCU) złożona z przedstawicieli NFZ i wybranych towarzystw naukowych, aby proces kształtowania BCU był transparentny i akceptowany przez profesjonalne środowiska. Członkowie Rady ds. BCU powinni być wolni od konfliktu interesów.

Zakłada się, że w pierwszym okresie działania ośrodki BCU kontraktują usługi z NFZ według obecnych zasad, czyli na podstawie produktów rozliczeniowych istniejących w systemie NFZ. Z czasem wprowadzone zostaną zmiany, w których odpłatność za usługę (interwencję) będzie stopniowo zastępowana **opłatą ryczałtową** za pewien etap opieki, uzupełnianą dodatkami za osiągnięcie wyników w zakresie jakości.

Zakłada się, że ośrodki BCU wykonują świadczenia samodzielnie oraz poprzez sieć współpracujących instytucji (np. ośrodków radioterapii bliżej miejsca zamieszkania) związanych umowami o współpracy. W tym

drugim wypadku świadczenia wykonywane na rzecz podopiecznych BCU są także **zwolnione z ograniczeń ilościowych** (limitów) lub mają wyższą wycenę, pod warunkiem ich **autoryzacji** przez BCU (funkcja koordynacyjna).

Ośrodki BCU opracowują i wdrażają protokoły postępowania, wykorzystując jako podstawę „Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne” [5], weryfikowane i publikowane okresowo przez Polską Unię Onkologii i PTOK. W ośrodkach uruchamiane są procedury decyzyjne i procedury postępowania, zgodne z zaleceniami EUSOMA, służące optymalizacji procesu diagnostyczno-leczniczego i efektywności wykorzystania zasobów. Jednocześnie ośrodki BCU zachowują wysoki poziom autonomii decyzyjnej, pozwalający na wykorzystanie posiadanych zasobów poprzez innowacyjność organizacyjną i stałą poprawę jakości.

Wykorzystanie zasobów oraz jakość i skuteczność działania ośrodków BCU powinny podlegać **nadzorowi i analizom porównawczym** (*benchmarking*), wykonywanymi przez NFZ we współpracy z Radą ds. BCU. W związku z tym zakres obowiązków informacyjnych ośrodków BCU (i ośrodków związanych umową współpracy) będzie większy niż obecnie obowiązujący świadczeniodawców. Stopniowo rozwijane będą systemy informatyczne, które pozwolą na gromadzenie i analizę danych w zakresie uznanym za niezbędny. Jako podstawę zakresu niezbędnych danych uznaje się dane konieczne do monitorowania wskaźników jakości EUSOMA oraz innych organizacji.

Ośrodki BCU powinny zatem być zarządzane poprzez jakość w jej trzech wymiarach, przedstawionych w tabeli 1.

Ośrodki BCU będą zachęcane do prowadzenia badań naukowych i upowszechniania wiedzy, w tym publikacji, organizacji konferencji, seminariów, szkolenia przed- i podyplomowego (w tym specjalizacyjnego) personelu medycznego i administracyjnego.

Tabela 1.

Wymiar	Przedmiot oceny	Czas przeprowadzenia oceny	Sposób oceny
struktura	elementy infrastruktury, kadr oraz rozwiązań organizacyjnych (np. zespół ds. zakażeń)	w procesie kontraktowania oraz podczas okresowych audytów potwierdzających	deklaracje kierownictwa placówek, okresowo weryfikowane przez audytorów
proces	zgodność stosowanych procedur (procesów) klinicznych z wytycznymi (zaleceniami)	bieżące raportowanie <i>a posteriori</i> w stosunku do wykonanych czynności, w ramach rozliczania kontraktu	analiza danych przez NFZ na podstawie sprawozdań placówek, w postaci <i>benchmarkingu</i>
wynik	stopień osiągania oczekiwanych wyników (np. 5-letnie przeżycie)	gromadzenie danych sprawozdawczych wraz z danymi o losach chorych (np. zgonach)	analiza danych przez NFZ w postaci <i>benchmarkingu</i>



PAP/Jakub Kaczmarczyk

„Zakłada się, że ośrodki BCU będą powstawać w większości na bazie obecnych ośrodków leczenia nowotworów, poprzez stopniowe ich profilowanie i skupianie w nich usług diagnostyczno-terapeutycznych dla chorych na raka piersi”

### Zakres regulacji

Nowa forma działania powinna w zrównoważony sposób łączyć **innowacyjność** i **pomysłowość** specjalistów pracujących w BCU z regulacjami określającymi **warunki brzegowe** prowadzonej działalności. Należy podkreślić, że postęp i poprawa są możliwe jedynie pod warunkiem, że zespoły BCU będą upoważnione do podejmowania **samodzielnych decyzji**. Równocześnie będą one ponosić **konsekwencje tych decyzji**, co oznacza, że ich działalność musi podlegać zewnątrz-

nemu monitorowaniu i ocenie prowadzącej do stałej poprawy jakości.

Należy założyć, że w pierwszym okresie (1–3 lat) BCU będą podlegać regulacjom prawnym w ich obecnym kształcie, a potencjalne zmiany w tym zakresie mogą się pojawić później. Założenie to wynika z niedobrych doświadczeń, gdy regulacje nowego zjawiska wyprzedzały jego wystąpienie, a zatem *a priori* ograniczane były wyobraźnią osób, które je wprowadzały. Należy zatem dążyć do tego, by ustanowienie BCU było regulowane wyłącznie na poziomie zarządzenia prezesa NFZ, które jest stosunkowo elastyczne i pozwala na szybką reakcję, gdy określone rozwiązanie się nie sprawdza.

Zakładając, że BCU będzie korzystać z przywileju braku limitów ilościowych dotyczących świadczeń zdrowotnych, do jego obowiązków będzie należało:

- poddanie się ocenie w celu uzyskania statusu BCU zgodnie z założeniami EUSOMA,
- stosowanie się do zaleceń postępowania klinicznego i uczestniczenie w ich okresowej weryfikacji i modyfikacji,
- prowadzenie elektronicznej rejestracji wybranych elementów dokumentacji medycznej; działanie to ma służyć komunikacji (przekazywaniu informacji) pomiędzy różnymi świadczeniodawcami oraz monitorowaniu jakości,
- uczestniczenie w procesach oceny:
  - jakości medycznej (technicznej) procesu oraz wyniku; ocena ta przeprowadzana będzie w postaci *benchmarkingu* (*intra*, *inter*, *extra*),
  - satysfakcji chorych,
  - poddawanie się okresowemu profesjonalnemu audytowi (EUSOMA, inne krajowe i międzynarodowe towarzystwa onkologiczne),
- uczestniczenie w działalności społeczności BCU (konferencje, współpraca, wymiana doświadczeń).

### Scenariusz rozwoju

Stan wprowadzony na początku, w połowie roku 2016, powinien mieć charakter wstępny i może być modyfikowany i doskonalony w trakcie gromadzenia doświadczeń. Pierwszy etap powinien polegać na zakontraktowaniu ograniczonej liczby ośrodków na 3 lata, z możliwością przedłużenia kontraktu na kolejne. W tym czasie działalność BCU będzie poddawana ocenie, a jej wyniki będą przedstawiane środowisku profesjonalistów i społeczeństwu.

W kolejnych latach, wraz z nabywaniem doświadczenia oraz zgodnie z założeniami planistycznymi (np. mapami zdrowotnymi), dołączać będą kolejne ośrodki, aby docelowo umożliwić zrównoważony dostęp do BCU mieszkańcom wszystkich regionów Polski. Zakłada się, że pod koniec pierwszego etapu wdrażania (po 6 latach) 60 proc. chorych na raka piersi w Polsce będzie objętych siecią ośrodków BCU.

Uczestnictwo w pierwszym etapie będzie dobrowolne zarówno dla ośrodków (same zdecydują, czy przystępują do konkursu na BCU), jak i chorych (zdecydują, czy i do którego ośrodka zostaną przypisani). Ośrodki będą zobowiązane do przyjmowania wszystkich chorych (bez ograniczeń rejonizacji) spełniających kryteria objęcia opieką, bez prawa odmowy objęcia opieką żadnej osoby uprawnionej do tej opieki (brak możliwości selekcji pacjentów).

Wraz z nabywaniem doświadczeń i dojrzewaniem organizacyjnym uczestniczących instytucji BCU będą przejmować coraz większe zakresy odpowiedzialności, w tym za stronę finansową prowadzonej działalności. W tym zakresie przewiduje się, że finansowanie BCU będzie mogło stopniowo ewoluować w następującym kierunku:

- obecne zasady i brak limitów ilościowych i kwotowych – BCU są kontraktowane według obecnych zasad, przy czym usługi wymienione w koszyku świadczeń BCU, wykonywane przez BCU, mogą być realizowane bez limitów ilościowych,
- BCU *fund-holding* (budżet zawieszony, *withhold budget*) dla fazy opieki w BCU – BCU dysponują funduszami na działalność własną i na działalność ośrodków współpracujących, dla świadczeń fazy BCU, w postaci tzw. budżetu zawieszonego (będącego w dyspozycji BCU, ale pozostającego fizycznie na kontach płatnika),

- koordynacja po fazie opieki przez BCU – BCU przejmują koordynację obserwacji po leczeniu (*follow-up*),
- BCU *fund-holding* (budżet zawieszony, *withhold budget*) dla fazy po leczeniu w BCU – BCU dysponuje środkami na działania własne oraz placówek współpracujących w fazie BCU i po jej zakończeniu,
- ryczałt *per capita* na etap – BCU uzyskują ryczałtową opłatę za określony etap diagnostyki i/lub cały proces leczenia (zmiana definicji produktów kontraktowania).

Powyższy autorski projekt został przygotowany, zanim wprowadzono pakiet onkologiczny. Realizacja pakietu powoduje, że trzeba będzie przystosować do niego niektóre z przedstawionych założeń. Jednocześnie wiadomo, że Ministerstwo Zdrowia przygotowuje modyfikację pakietu, zatem jest możliwe, że zakres zmian będzie miał ograniczony charakter. Przyszłość pokaże, jakie działania okazały się możliwe, a jakie niemożliwe do zrealizowania. Wydaje się jednak, że wsparcie idei BCU przez środowiska medyczne, pacjenckie oraz Parlament Europejski i Komisję Europejską spowoduje wprowadzenie tego rozwiązania i w konsekwencji poprawę wyników leczenia raka piersi w Polsce.

Jacek Jassem, Adam Kozierekiewicz  
 Jacek Jassem jest członkiem zarządu  
 Polskiego Towarzystwa Onkologicznego,  
 a Adam Kozierekiewicz lekarzem,  
 specjalistą ds. ekonomii zdrowia, ekspertem ochrony zdrowia.

## Bibliografia

1. Polskie Towarzystwo Onkologiczne (Kozierkiewicz, A. ed.), „Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich”, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o., Warszawa–Kraków, 2011.
2. Praca zbiorowa, „Strategia Walki z Rakiem 2015–2024,” 2014. [Online]. Available: <http://walkazrakiem.pl/>.
3. EUSOMA, „The EUSOMA Position Paper on the requirements of a specialist breast unit”, *Eur J Cancer*, p. 2288–2293, 36 2000.
4. European Parliament, Committee on Women's Rights and Equal Opportunities, „European Parliament Resolution on Breast Cancer in the European Union”, *OJ C 68 E* (18 March 2004); 611–617, (2002/2279(INI)).
5. De Angelis R., et al., „Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO CARE-5 – a population-based study”, *The Lancet Oncology*, vol. 15, nr 1, pp. 23–34, 2014.
6. Jędrzejewski M., Thallinger C., Mrozek M., Kornek G., Zieliński C., Jassem J., „Public Perception of Cancer Care in Poland and Austria”, *The Oncologist*, nr 20, pp. 28–36, 2015.
7. Krzakowski M., et al., „Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych”, Warszawa: Unia Onkologii, 2011.
8. Taran A., Eggemann H., „Breast units in Europe -Certification in nine European countries nine years after the European Society of Mastology position paper”, *Breast Care*, p. 219–222, 4: 2009.
9. Polskie Towarzystwo Onkologiczne (Kozierkiewicz A., ed.), „Druga Księga. Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego”, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich, Warszawa–Kraków, 2011.
10. Nicholson N., Freeman C., Deandrea S., Uluturk A., Lopez Alcalde J., Neamtiiu L., Villanueva Ferragud S., Lerda D., Nicholl C., „Report of a European survey on the organisation of breast cancer care services – Supporting information for the European Commission initiative on breast cancer”, Institute for Health and Consumer Protection, Brussels, 2014.