Kraków, 2 lutego 2016 r.

ONKOBAROMETR WHC

Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych stosowanych w walce z nowotworami w Polsce

nr 6/1/02/2016

Stan na styczeń 2016

Spis treści

Najważniejsze wyniki 3

Wstęp 8

1. Fundacja Watch Health Care 10
2. Pakiet onkologiczny 11
3. Metodyka 18
4. OnkoBarometr WHC – wyniki 20

4.1. Porównanie czasu oczekiwania w specjalistycznych centrach onkologicznych i pozostałych placówkach 22

4.2 Dostępność 23

4.2.1. Specjaliści 23

4.2.2. Diagnostyka 25

4.2.3. Zabiegi 29

4.2.4. Leczenie niezabiegowe 31

5. Dostępność do wybranych świadczeń onkologicznych w Polsce 33

5.1. Zróżnicowanie dostępności do specjalisty onkologa w Polsce 33

5.2. Dostępność do diagnostyki PET-CT wśród największych ośrodków onkologicznych 34

5.3. Dostępność do radioterapii w poszczególnych województwach 37

6. Etapowość leczenia 41

6.1. Etapowość postępowania w raku płuca 41

6.2 Etapowość postępowania w raku piersi 45

6.3. Etapowość postępowania w raku stercza 48

6.4. Etapowość postępowania w białaczce 52

Wnioski 55

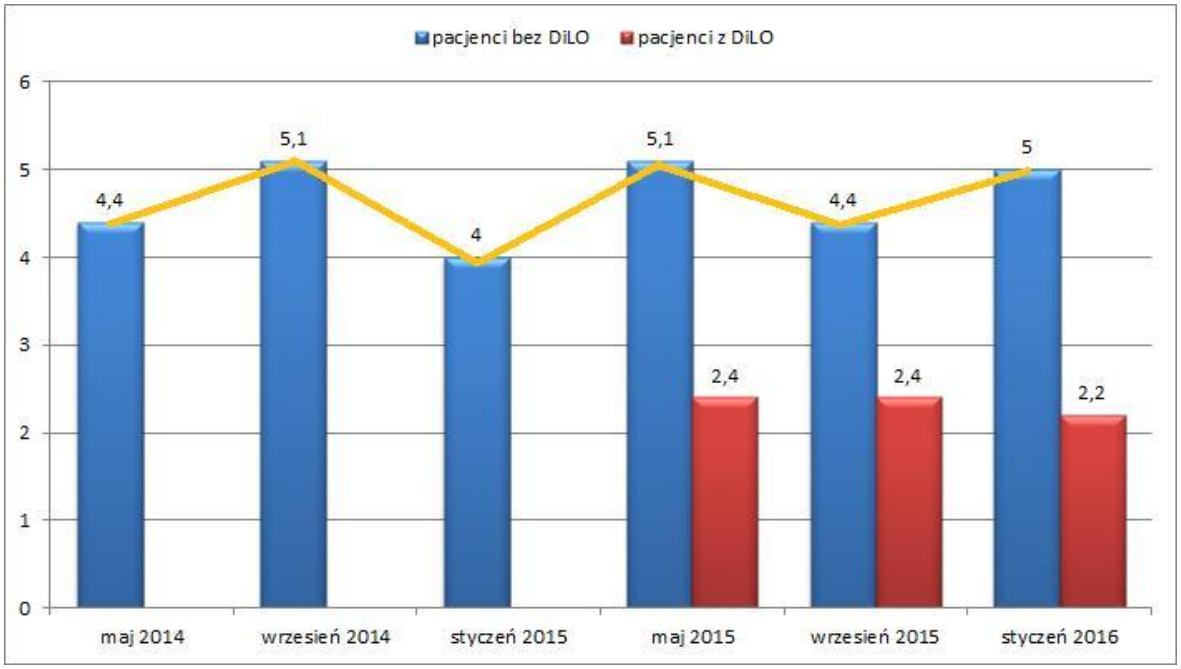
Spis rysunków 56

Załącznik 58

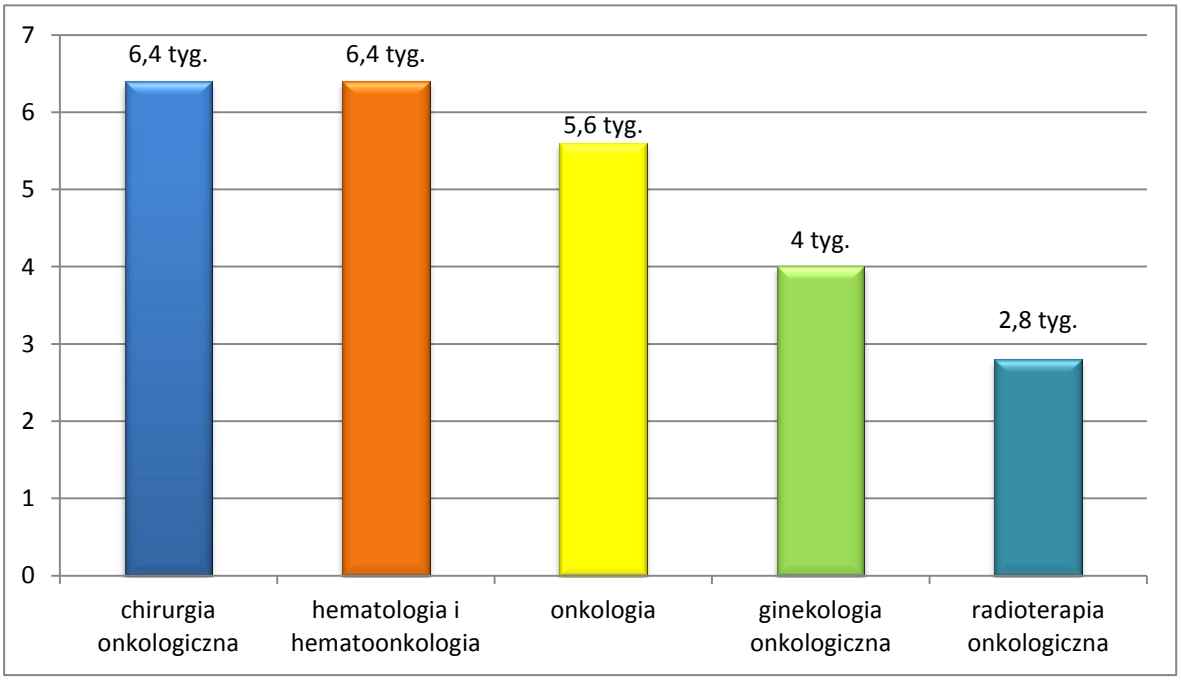
Bibliografia: 69

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Najważniejsze wyniki

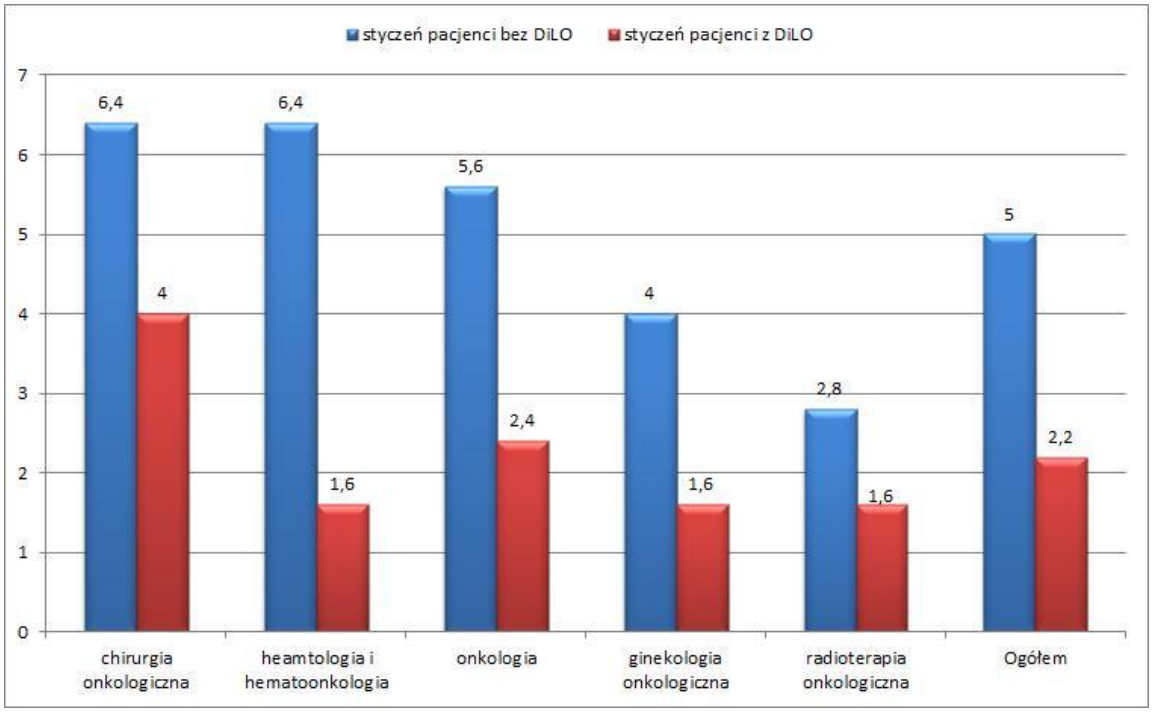


Zmiana średniego czasu oczekiwania na „gwarantowane" onkologiczne świadczenia zdrowotne w Polsce, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO (tygodnie).



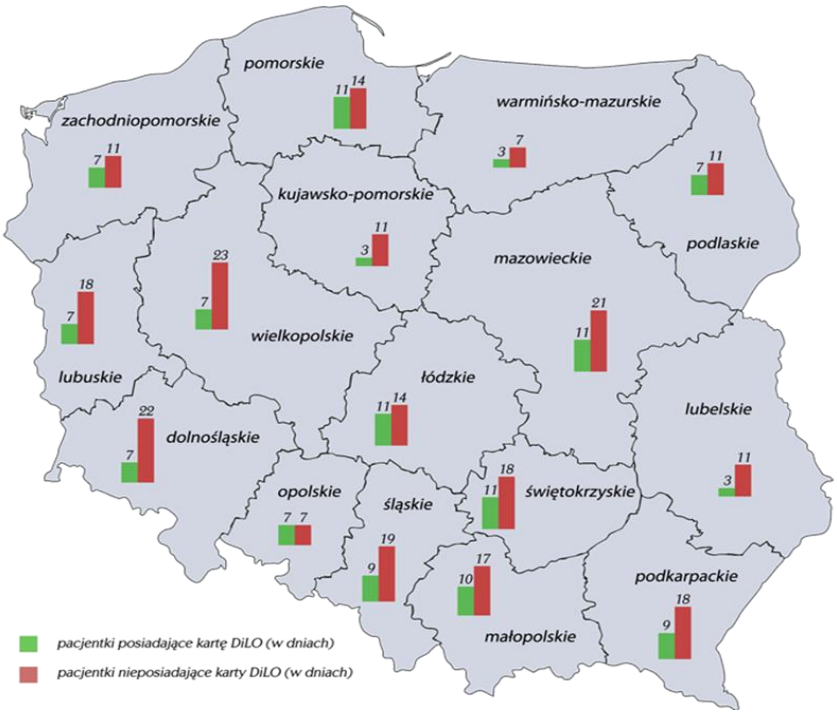
Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych, pacjenci BEZ karty DiLO, styczeń 2016 (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

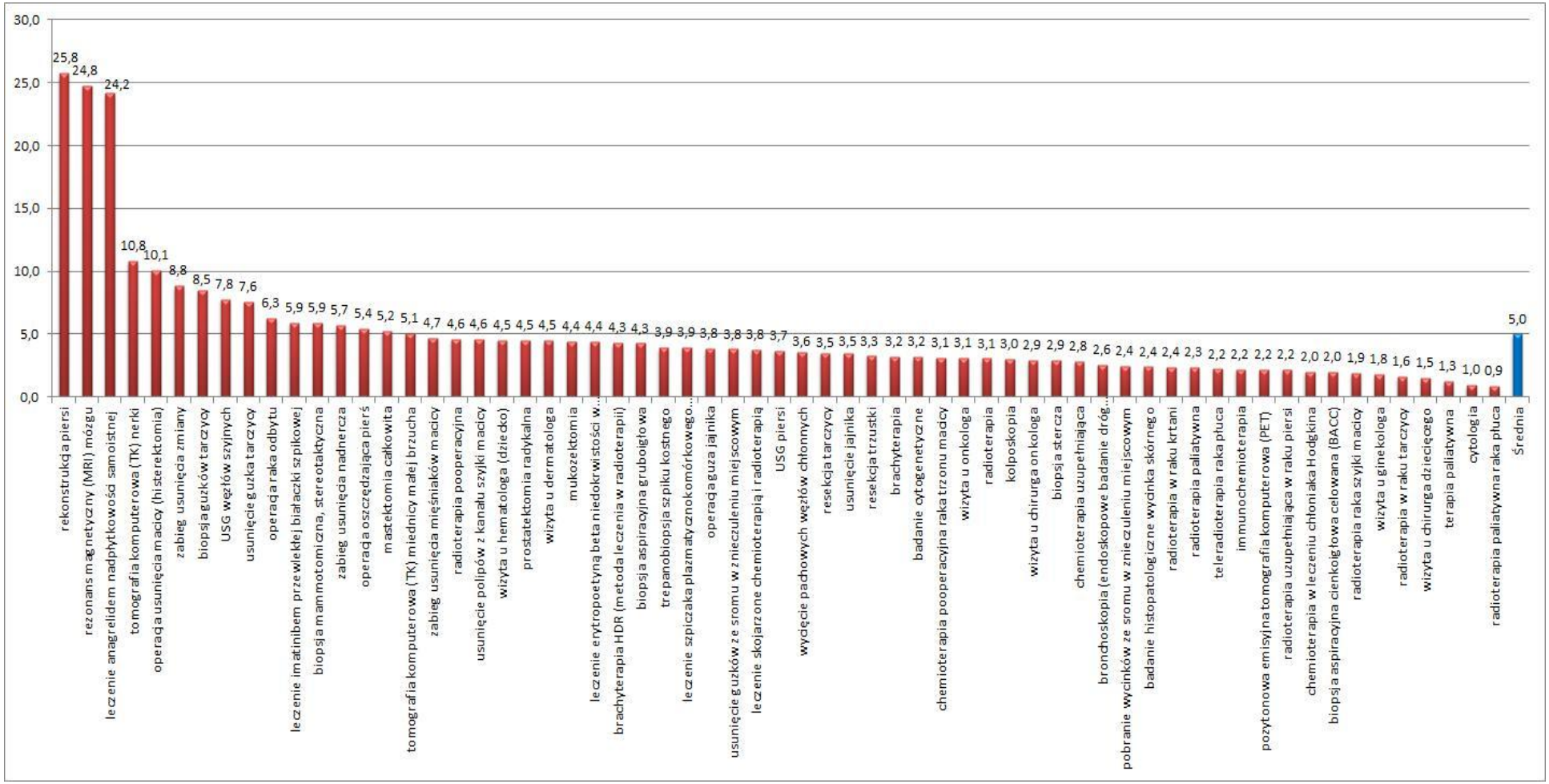


Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, styczeń 2016 (tygodnie).

Dostęp do radioterapii w raku sutka w województwach, stan styczeń 2016 r. (dni).

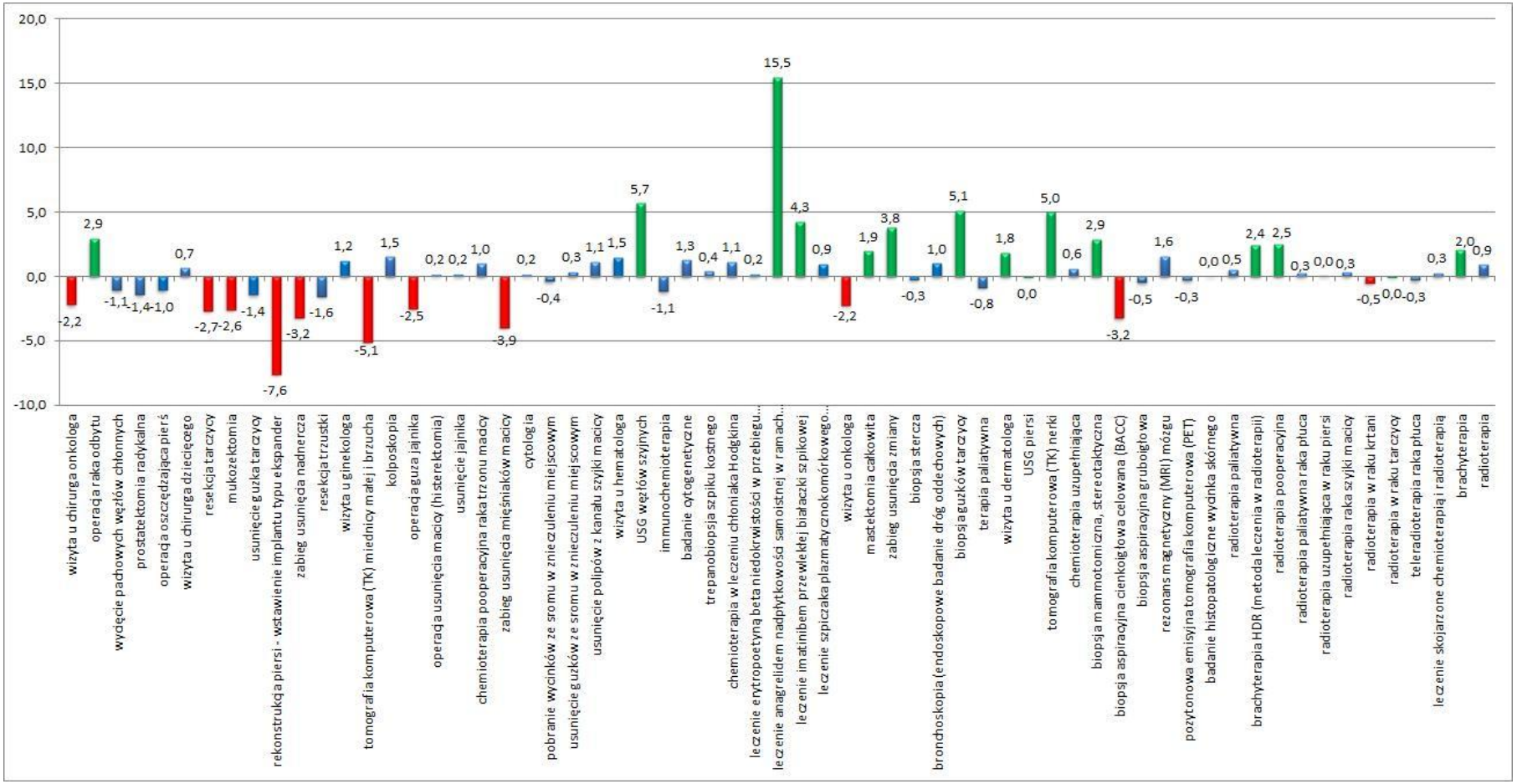


❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



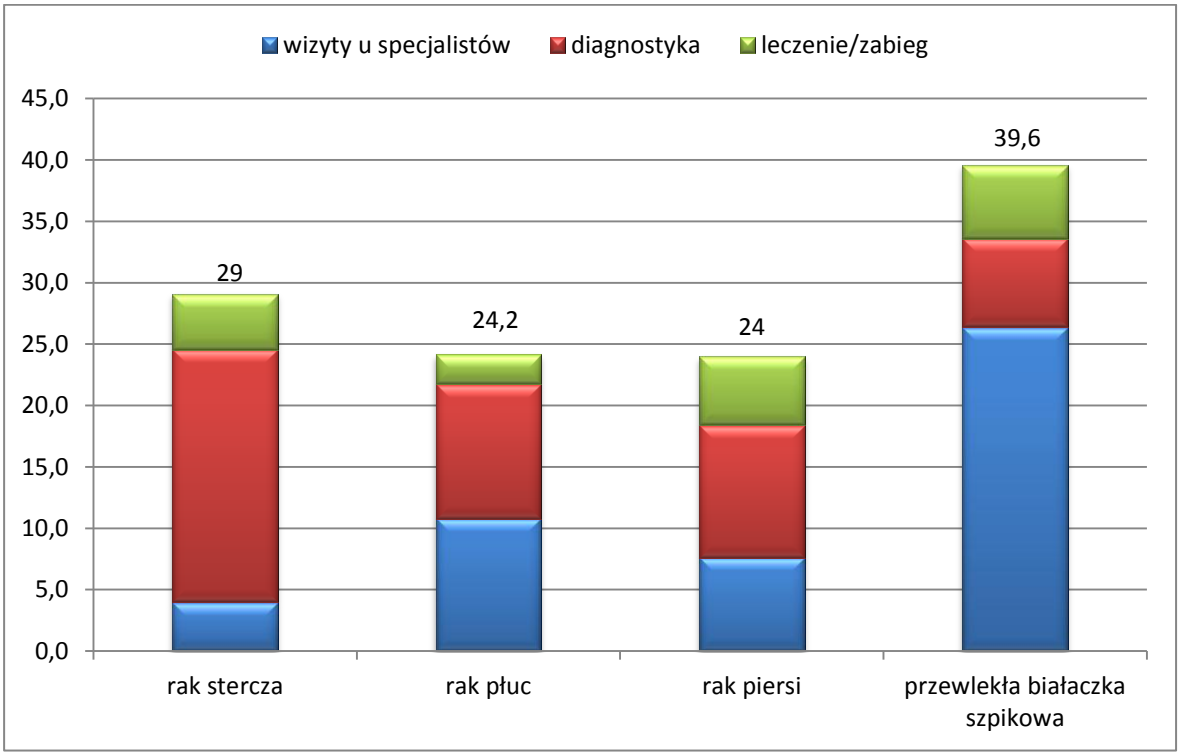
Czas oczekiwania na „gwarantowane" świadczenia onkologiczne w styczniu 2016 r. (w tyg.), pacjenci bez karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

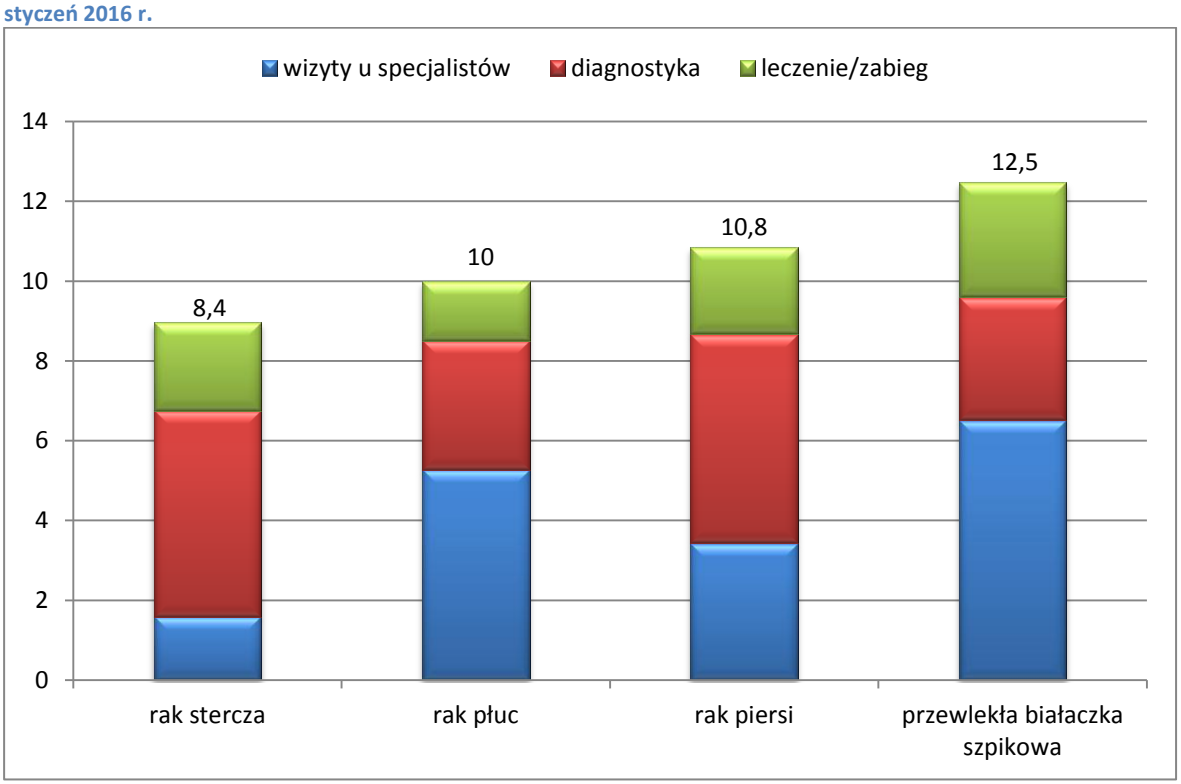


Zmiany w czasie oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (w tyg.), styczeń 2016 vs. wrzesień 2015, pacjenci bez karty DiLO. Każdy słupek reprezentuje jedno świadczenie onkologiczne. Słupki w kolorze czerwonym przedstawiają, o ile wydłużył się czas w stosunku do poprzedniej weryfikacji, w kolorze zielonym oznaczają poprawę dostępu, natomiast słupki niebieskie oznaczają brak zmian - różnica +/- 2 tyg.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Skumulowany czas oczekiwania (w tyg.) na rozpoczęcie leczenia wybranych jednostek chorobowych BEZ karty DiLO, styczeń 2016 r.



Skumulowany czas oczekiwania (w tyg.) na rozpoczęcie leczenia wybranych jednostek chorobowych z kartą DiLO, styczeń 2016 r.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Wstęp

OnkoBarometr to raport Fundacji Watch Health Care dotyczący **zmian dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w ramach onkologii, hematoonkologii, ginekologii onkologicznej, chirurgii onkologicznej i radioterapii onkologicznej w Polsce**. W odróżnieniu od Barometru WHC, który obejmuje wszystkie dziedziny medycyny, OnkoBarometr dotyczy wybranych dziedzin medycyny zajmujących się walką z nowotworami, przy czym obejmuje znacznie większą liczbę świadczeń wskaźnikowych dla poszczególnych dziedzin objętych monitorowaniem.

Niniejszy dokument przedstawia wyniki analizy danych zebranych **w styczniu 2016 r.** Z pełnymi wynikami najnowszego OnkoBarometru WHC można zapoznać się na stronie www.korektorzdrowia.pl/onkobarometr. Na stronie www.korektorzdrowia.pl zamieszczono pełną wersję tekstową raportu (w wersji do pobrania) oraz szczegółowe wykresy dotyczące zmian czasów oczekiwania na świadczenia zdrowotne w badanych dziedzinach onkologicznych.

Fundacja Watch Health Care monitoruje, czy politycy i decydenci wywiązują się ze składanych, w zakresie ochrony zdrowia obietnic. Sprawdzamy czy gwarancje składane Polakom są rzeczywiście wypełniane, czy tylko stanowią element propagandy, a zobowiązania pozostają bez pokrycia. OnkoBarometr stanowi precyzyjne narzędzie monitorowania zmian dostępu do „gwarantowanych" świadczeń onkologicznych, które pozwala sprawdzić czy obietnice polityków rzeczywiście przynoszą oczekiwany efekt w postaci dobrego dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych w walce z nowotworami.

Działania Fundacji Watch Health Care mają na celu wywarcie takiego wpływu na decydentów, by przestali składać obietnice bez pokrycia i podejmowali odpowiedzialne działania ukierunkowane na lepsze zarządzanie koszykiem świadczeń gwarantowanych. Wierzymy, że w niedalekiej przyszłości doprowadzi to do zniesienia ograniczeń i barier w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych oraz likwidacji elementarnych nieprawidłowości systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Kolejka jest technologią o udowodnionej szkodliwości i jako taka nie powinna w ogóle występować w zakresie podstawowych świadczeń zdrowotnych, wysoce

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

opłacalnych (bardzo korzystny stosunek kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego) i najważniejszych dla społeczeństwa. Co więcej kolejka jest jednym z objawów niewypłacalności płatnika. Niewypłacalność instytucji, której celem jest zapewnienie dobrego dostępu do niezbędnych świadczeń dla ratowania zdrowia i życia jest politycznie i społecznie nieakceptowalna. Niewypłacalność płatnika jest wyrazem nieodpowiedzialności rządzących i niesprawiedliwości, rozumianej jako wypełnianie przez państwo zobowiązań składanych obywatelom. W połowie krajów UE nie ma kolejek do świadczeń zdrowotnych - vide EHCI (Euro Health Consumer Index).

Zapraszamy do zapoznania się z przygotowanym raportem OnkoBarometru i zachęcamy do współpracy z Fundacją Watch Health Care.

Jacek Siwiec

Wiceprezes Fundacji

Magdalena Ciupak-Zarzycka

Dyrektor Zarządzająca

Natalia Majcherczyk

Dyrektor Biura

Aneta Augustyn

Analityk

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

1. Fundacja Watch Health Care

Fundacja Watch Health Care (WHC) rozpoczęła swoją działalność w marcu 2010 roku. Inspiracją do jej powstania były: rosnąca liczba kolejek i długość czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia zdrowotne oraz brak skutecznej reakcji polityków i regulatora - na pogłębiające się problemy chorych. Działania Fundacji WHC mają za zadanie naświetlić największy problem systemu opieki zdrowotnej w Polsce, jakim jest dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych, a środkami przeznaczanymi na jego realizację.

Deficyt, rozumiany jako dysproporcja zawartości koszyka „gwarantowanego" i środków na jego realizację, prowadzi do poważnych patologii w systemie opieki zdrowotnej, które z kolei są przyczyną bardzo niskiej oceny systemu przez społeczeństwo. Do największych patologii, które są skutkiem deficytu można zaliczyć: kolejki, korupcję (jawną i zawoalowaną), korzystanie z przywileju (znajomości), dobry dostęp do świadczeń „luksusowych" i boleśnie ograniczony dostęp do podstawowych świadczeń specjalistycznych (o wyjątkowo korzystnym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego) i innych. Szczególnie bolesne i źle odbierane przez społeczeństwo są kolejki do świadczeń, które mają być jakoby „gwarantowane". Kolejka jednak jest technologią o udowodnionej szkodliwości (zgodnie z definicją technologii medycznej przyjętą w ustawie refundacyjnej). Wydłużony czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne, połączony z ich etapowością, wpływa negatywnie na stan zdrowia chorego – człowieka, który cierpi czekając w kolejce, jego choroba rozwija się, może nie doczekać skutecznego leczenia, a choroba może dać w międzyczasie przerzuty i/lub przejść do stadium, w którym nie będzie możliwa terapia ukierunkowana na wyleczenie, ale jedynie na paliację. Chory rozpoczyna nie tylko „walkę" z chorobą, ale również z systemem opieki zdrowotnej.

Fundacja Watch Health Care chce, by politycy podejmowali skuteczne działania naprawcze w polskim systemie ochrony zdrowia. Obietnice składane przez polityków powinny mieć odzwierciedlenie w czynach. Obietnice bez pokrycia wpływają negatywnie na nastroje społeczeństwa, są niemoralne i prowadzą do jawnych niesprawiedliwości (przy czym sprawiedliwość rozumiana jest tu jako wywiązywanie się państwa ze składanych społeczeństwu obietnic). Na rządzących można wpływać poprzez uświadamianie praw obywatelskich oraz przez przekazywanie zbiorczej informacji, do jakich świadczeń zdrowotnych można spodziewać się

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

ograniczeń w dostępie, jak długie są kolejki i jak ich długość zmienia się w czasie, co świadczy o poprawie lub pogorszeniu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Powiązanie nazwisk osób zarządzających koszykiem świadczeń gwarantowanych z monitorowaniem zmian długości czasu oczekiwania w kolejkach pozwala na ocenę jakości rządzenia.

2. Pakiet onkologiczny

Według zebranych danych GUS, KRN i NFZ liczba pacjentów cierpiących na schorzenia onkologiczne w Polsce (dane do 2014 r.) wyniosła prawie 897 785 osób chorych. Z roku na rok zapadalność na nowotwory wzrasta. Zgodnie z przewidywaniami Polskiego Towarzystwa Onkologicznego liczba nowych zachorowań na nowotwory może sięgnąć nawet 180 tys. w 2020 r.[1] Z roku na rok obniża się również średni wiek zachorowania na nowotwory złośliwe. **Najczęściej występujące nowotwory w Polsce to rak płuca, piersi oraz prostaty.** Zachorowalność na poszczególne nowotwory zależy m.in. od płci. Rak płuc jest nowotworem o największej zapadalności wśród mężczyzn - który stanowi niemal 30% nowych rozpoznań onkologicznych. Kolejne 17% chorych onkologicznie mężczyzn zapada na raka jelita grubego. Następnie nowotworami o najwyższej zachorowalności u mężczyzn są: rak żołądka, pęcherza moczowego, a także rak krtani. Wśród kobiet największą zapadalność, prawie 20%, odnotowano w odniesieniu do raka piersi. Pozostałe nowotwory, na które najczęściej chorują Polki to: rak okrężnicy i odbytnicy, szyjki macicy, płuca, trzonu macicy oraz jajnika.[2] O istotności problemu stanowi fakt, że choroby nowotworowe są drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów w Polsce.[3]

Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc pod względem jakości opieki onkologicznej, o czym świadczy późne rozpoznawanie chorób nowotworowych. Niska wykrywalność nowotworów we

[1] Stan dostępności do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce – analiza i rekomendacje. Raport przygotowany dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego., maj 2015, str. 12.

[2] Polska Unia Onkologii: http://www.puo.pl/program-walki-z-rakiem/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych/epidemiologia, [dostęp: 25.01.2016]

[3] Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., Sytuacja ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

wczesnym stadium związana jest z niską frekwencją zgłaszania się Polaków na badania przesiewowe. Wpływ na ten wskaźnik wywiera również ograniczenie w dostępności do świadczeń z zakresu diagnostyki oraz leczenia onkologicznego. W Polsce problemem jest również jakość leczenia onkologicznego. W przypadku raka piersi ok. 30% chorych poddawanych jest chirurgicznemu leczeniu, którego efektem jest oszczędzenie piersi. W najlepszych ośrodkach w kraju wskaźnik oszczędzającego leczenia onkologicznego wynosi 50%, podczas gdy w wiodących krajach europejskich jest to ponad 70%. Według szacunków tylko u 1-2% kobiet w naszym kraju, poddawanych radykalnej mastektomii, wykonuje się jednoczasową rekonstrukcję piersi.[4]

Z dniem 1 stycznia 2015 roku wszedł w życie tzw. pakiet onkologiczny, czyli zbiór aktów prawnych, które regulują szybką ścieżkę diagnostyczną i warunkują szybkie rozpoczęcie leczenia przeciw-nowotworowego. Pakiet onkologiczny zakładał całkowite zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie w onkologii. Od 1 stycznia 2015 r. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz lekarz specjalista w poradni ambulatoryjnej jest uprawniony do wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), potocznie zwanej „zieloną kartą". Później wprowadzono możliwość wydawania kart DiLO przez lekarzy AOS, w momencie podejrzenia nowotworu. Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego uprawnia pacjenta do szybkiej terapii onkologicznej, która ma na celu skrócenie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne. Pakiet onkologiczny zakłada, że specjalistyczna diagnostyka oraz rozpoczęcie leczenia nie powinny trwać dłużej niż 9, a docelowo 7 tygodni.

Według danych Ministerstwa Zdrowia na dzień 25 stycznia 2016 r. wydanych zostało 244 118 kart DiLO[5]. - 75 tys. z nich wydały przychodnie POZ . Biorąc pod uwagę wskaźnik zachorowalności w Polsce nadal wielu pacjentów leczonych jest pozapakietowo. W ramach tzw. szybkiej terapii onkologicznej (9 tyg.) pacjent przechodzi kolejno następujące etapy diagnostyki: wizyta u lekarza POZ (wstępna diagnostyka + karta DILO), wizyta u specjalisty, konsultacje (diagnostyka pogłębiona), konsylium (ustalenie planu leczenia + wyznaczenie koordynatora), leczenie szpitalne (opieka koordynatora). Karta DiLO może być wystawiona przez lekarza POZ, przez specjalistę lub

[4]http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/strategia_walki_z_rakiem_w_polsce_2015_2024.pdf [dostęp: 25.01.2016]

[5] http://pakietonkologiczny.gov.pl/ [dostęp: 25.01.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

w szpitalu (jeśli na tych etapach wykryto nowotwór). Karta DiLO pełni rolę skierowania i zapisu całego procesu diagnostyki i leczenia od momentu wydania do zakończenia leczenia.

Podstawą pakietu onkologicznego – tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej jest zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie nowotworów złośliwych oraz obowiązek przestrzegania przez świadczeniodawców terminów wyznaczonych na wykonanie diagnostyki onkologicznej. Wszystkie badania diagnostyczne wymienione w pakiecie wyceniono na 960 zł, choć np. biopsja gruboigłowa kosztuje prawie dwukrotnie więcej. Należy pamiętać o tym, że zniesienie limitów nie obejmuje leczenia bólu w chorobach nowotworowych (szczególnie ważne dla chorych w trakcie radio i chemioterapii).

Z perspektywy czasu można stwierdzić, że zbyt szybkie wprowadzenie pakietu onkologicznego w życie, bez poświęcenia odpowiedniej ilości czasu na przeszkolenie personelu medycznego z procesów administracyjnych, doprowadziło do problemów między innymi przy wystawianiu kart DiLO i w rozliczaniu świadczeń w ramach pakietu. Świadczenia nielimitowane nie dają gwarancji, że wszystkie zostaną rozliczone przez płatnika.

Z racji nowych, wprowadzanych narzędzi informatycznych, bez odpowiedniego czasu przeznaczonego na przygotowanie personelu do sprawnej ich obsługi, pojawiły się problemy z kontrolowaniem procesów administracyjnych. Pacjenci „gubili się" w systemie i nie można było ich rozliczyć w ramach pakietu. W początkowym okresie, po wprowadzeniu pakietu onkologicznego, lekarze mieli problemy z obsługą i poprawnym wypełnianiem kart. Czas potrzebny lekarzowi POZ na wystawienie karty DiLO wynosił ok. 40 - 50 minut, co zdecydowanie wpływało na wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę oraz duże obciążenie administracyjne lekarza. Fundacja WHC otrzymywała skargi od pacjentów, którzy w celu otrzymania karty DiLO byli odsyłani od lekarza - do lekarza, właśnie przez problem z wystawieniem karty.

Także, nie wszyscy świadczeniodawcy zrozumieli, że ideą pakietu onkologicznego jest skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia. Dodatkowe nielimitowane finansowanie powinno być premią za wykonanie opieki nad pacjentem dodatkowym nakładem pracy w krótkim czasie. Tymczasem świadczeniodawcy chcieli rozliczać świadczenia w pakiecie onkologicznym po przekroczeniu limitów czasowych. NFZ płaci za wszystkie świadczenia, w takich przypadkach przesuwano je

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

jednak z pakietu do zakresu limitowanego – zwrócił uwagę Wojciech Zawalski, dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ.[6] Oznacza to, że przesuwano pieniądze ze środków limitowanych - przeznaczonych dla pacjentów, którzy nie mają karty DiLO, co stanowi jawny przykład nierównego traktowania pacjentów.

Można powiedzieć, że w zakresie kryterium czasu pakiet onkologiczny działa i chorzy z „zieloną kartą" wchodzą na ścieżkę leczenia w terminie do 9 tyg. oraz, że jest to możliwe tylko dzięki całkowitemu zniesieniu limitów.

Realnym zagrożeniem dla przyszłości pakietu, jakie zauważa Fundacja WHC, jest niewystarczająca liczba specjalistów - szczególnie w małych i średnich szpitalach.

Warto zaznaczyć, że **pakiet onkologiczny nie finansuje wszystkiego** – np. operacji niezbędnej do potwierdzenia guza nerki, mózgu czy trzustki. Pod opiekę pakietu nie są włączane osoby zdiagnozowane w oddziałach wewnętrznych, ratunkowych, neurologicznych, laryngologicznych czy stomatologicznych. Pakiet nie uwzględnia leczenia bólu, leczenia paliatywnego, żywienia dojelitowego lub pozajelitowego - po zabiegach onkologicznych, przetaczania krwi i leczenia preparatami krwi. Pakiet nie pokrywa w pełni kosztów badania PET (pozytonowa tomografia komputerowa), które charakteryzuje wysoką wykrywalność chorób onkologicznych. **Z pakietu nie skorzystają pacjenci z dwoma nowotworami** – jeżeli chory miał rozpoznany nowotwór płuca, to może być diagnozowany w ramach pakietu, ale gdy podczas poszerzonej diagnostyki okaże się, że ten sam pacjent ma także raka jelita grubego, można go leczyć tylko poza pakietem. U chorych z nawrotem choroby konieczne jest ponowne przeprowadzenie wszystkich badań i przejście ścieżki od początku. **Pakiet nie obejmuje badań, które zlecane są po konsylium i nie przewiduje powrotu pacjenta do opieki ambulatoryjnej** – to z kolei może generować sztuczne koszty związane z fikcyjnym przyjmowaniem do szpitala.

Pacjentów bez karty DiLO wciąż dzieli czasowa przepaść w dostępie do rozpoczęcia leczenia onkologicznego w porównaniu do pacjentów, którzy kartę DiLO posiadają i zdaniem Fundacji WHC jest to wyraźny przykład niesprawiedliwości w systemie ochrony zdrowia. **Jaskrawym przykładem**

[6] Wypowiedź podczas sesji „Polska onkologia – osiągnięcia i pakiet problemów do rozwiązania" w ramach XI Forum Rynku Zdrowia w Warszawie.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

takiego stanu rzeczy jest leczenie raka stercza, gdzie średni czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia dla chorego bez karty DiLO jest ponad 3- krotnie dłuższy i wynosi ponad 29 tygodni.

Na początku wprowadzania tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej można było usłyszeć głosy, że pakiet onkologiczny przyczyni się do skrócenia kolejek dla wszystkich pacjentów. Zakładano, że dzięki odrębnej liście pacjentów onkologicznych skrócą się kolejki dla osób oczekujących na inne specjalistyczne świadczenia. Wyniki raportów OnkoBarometr WHC pokazują, **że w ciągu roku nie nastąpiło skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia onkologiczne.** W styczniu 2015 r. średni czas oczekiwania na świadczenia onkologiczne wynosił 4 tygodnie, w maju 2015 r. wzrósł do 5,1 tygodnia, we wrześniu czas oczekiwania nieznacznie spadł do 4,4 tygodnia, by w styczniu 2016 r. ponownie wzrosnąć do poziomu 5 tygodni. Średni czas oczekiwania na „gwarantowane" onkologiczne świadczenia zdrowotne w Polsce od samego początku publikacji raportu utrzymuje się na tym samym wysokim poziomie.

Pacjenci, którzy otrzymali „zieloną kartę" owszem czekają w kolejce krócej, ale dzieje się to kosztem pacjentów, którzy karty nie mają. Wraz z pakietem onkologicznym nie został w znaczący sposób zwiększony budżet na świadczenie usług medycznych w Polsce, przez co nie ma możliwości powstawania dwóch odrębnych, równoległych kolejek. Pacjenci z kartą DiLO są zapisywanie wcześniej do kolejki na świadczenia, kosztem dłuższego czasu oczekiwania pacjentów, którzy karty nie posiadają.

Fundacja WHC ma także wątpliwości, czy poza wprowadzeniem kart i tzw. szybszej ścieżki diagnostycznej, MZ wzięło pod uwagę kolejny krok, jakim powinno być zarządzanie przepływem chorych pomiędzy bardziej i mniej obciążanymi ośrodkami, tak by chory – szczególnie z nowotworem, gdzie czas ma kluczowe znaczenie dla powodzenia terapii, rzeczywiście czekał możliwie jak najkrócej.

Pakiet onkologiczny działa, a jednocześnie odsłania znaczące słabości administracyjne oraz decyzyjne regulatora i decydenta w systemie ochrony zdrowia.

Fundacja Watch Health Care realizując projekt OnkoBarometr weryfikuje działania regulatora i polityków, sprawdzając czy wypełnili swoje zobowiązania, i czy rzeczywiście dostępność do leczenia onkologicznego poprawia się zgodnie z obietnicami. Niezależnie od rodzaju podjętych

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

(lub nie) zmian systemowych, WHC będzie monitorować efekty, oraz pokaże zmiany z punktu widzenia pacjenta.

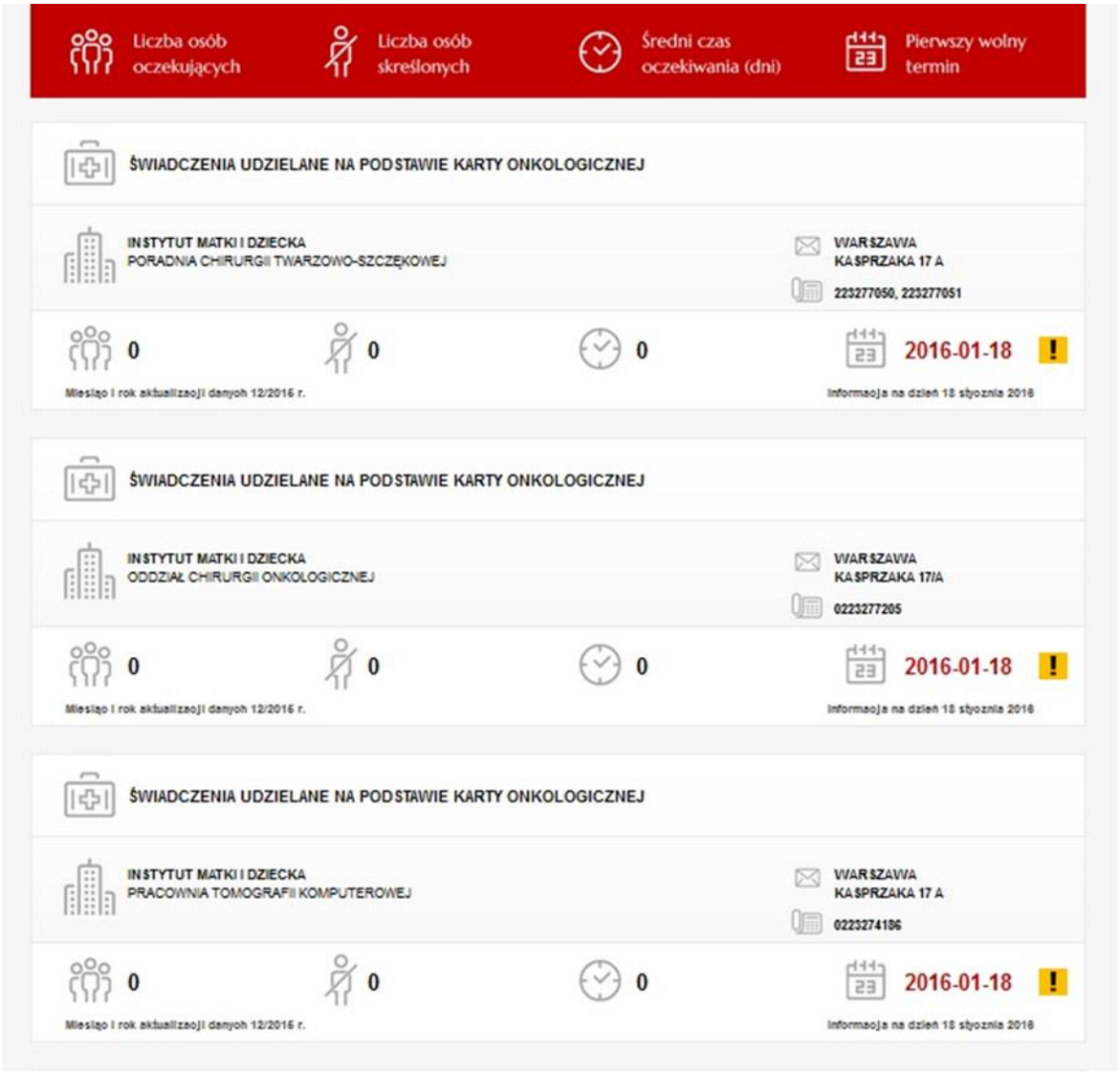
Narodowy Fundusz Zdrowia pod wpływem presji społecznej również stworzył narzędzie do monitorowania długości czasu oczekiwania na świadczenia onkologiczne – **Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne.**

Według danych z indeksu NFZ przykładowo w województwie małopolskim czy mazowieckim czas oczekiwania na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej wynosi w każdym wypadku **0 dni.** Według tych danych pacjent onkologiczny w Polsce nie natrafia na żadne trudności w dostępności do świadczeń. Dane zebrane przez Fundację WHC wskazują na inny stan rzeczy – niestety mniej korzystny dla pacjenta. Średni czas oczekiwania w styczniu 2016 r. na świadczenia onkologiczne dla pacjentów posiadających kartę DiLO wyniósł 2,4 tyg. (0,6 mies.). Tę rozbieżność w wynikach tłumaczą autorzy artykułu „Monitorowanie kolejek przez NFZ, czyli jak nie należy tego robić. Mniemanologia stosowana”.[7]

Monitorując wyniki z Informatora NFZ można odnieść wrażenie, że zmieniają się tylko daty aktualizacji, bowiem od kilku miesięcy w wynikach można zauważyć wyłącznie same zera, co budzi podejrzenie o wiarygodność tych wyników.

[7]http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/monitorowanie-kolejek-przez-nfz.pdf [odczyt z dn. 08.10.2015 r.].

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Czas oczekiwania na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej w wybranych placówkach województwa małopolskiego według *Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne* prowadzonego przez NFZ.

http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/, [odczyt: 28.01.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

3. Metodyka

W ramach projektu OnkoBarometr WHC, na podstawie Rejestru Problemów Pacjentów (Ranking WHC) prowadzonego przez Fundację oraz w oparciu o opinie specjalistów, poddano analizie zmiany dostępu do leczenia w ramach 5 dziedzin medycyny z zakresu szeroko rozumianej onkologii (chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, hematologii i hematoonkologii, onkologii *sensu stricto*, oraz radioterapii onkologicznej). W obrębie każdej z dziedzin wyszczególniono od 10 do 17 świadczeń zdrowotnych, które są często wykonywane i ważne z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa – są to tzw. wskaźnikowe świadczenia zdrowotne dla poszczególnych dziedzin medycyny. Dostępność do tych świadczeń jest monitorowana w ramach OnkoBarometru WHC, na stałych zasadach trzy razy do roku.

W poszczególnych dziedzinach medycyny wskaźnikowe świadczenia zdrowotne zwykle obejmują:

- wizytę u specjalisty;
- ważne badania diagnostyczne;
- często wykonywane procedury terapeutyczne (w tym zabiegi operacyjne).

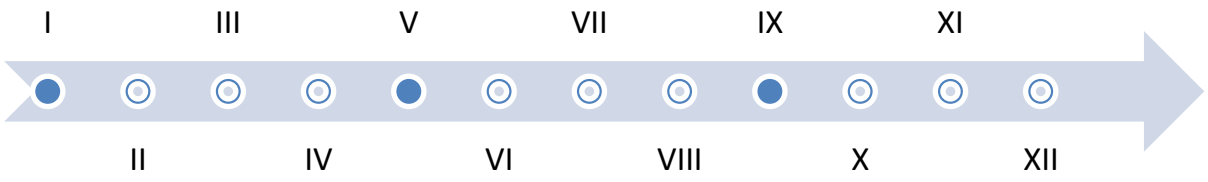
OnkoBarometr WHC prezentuje informacje dotyczące **ZMIAN** w zakresie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych w Polsce na trzech poziomach:

1. zbiorczo dla wszystkich świadczeń onkologicznych w Polsce;
2. zbiorczo dla świadczeń w poszczególnych dziedzinach onkologicznych;
3. dla wybranych świadczeń wskaźnikowych w danej dziedzinie medycyny.

Informacje odnoście czasów oczekiwania na świadczenia zdrowotne są pozyskiwane od świadczeniodawców przy użyciu wywiadów telefonicznych. **OnkoBarometr WHC przedstawia zebrane dane z perspektywy pacjenta** – ukazuje bariery dostępu do świadczeń **„oczami pacjenta”.**

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

OnkoBarometr WHC jest publikowany cyklicznie, a weryfikacja dostępności do świadczeń zdrowotnych odbywa się według poniższego schematu: w styczniu, następnie w maju oraz we wrześniu (rys. 1).



Rysunek 1. Schemat badania ograniczeń w dostępie do świadczeń onkologicznych w ramach OnkoBarometru WHC

Prezentowane średnie czasy oczekiwania wyznaczane są na losowej próbie, co najmniej, 12 świadczeniodawców z całej Polski dla każdego świadczenia wskaźnikowego. Jeśli rozrzut jest duży lub istnieją jakiekolwiek podejrzenia, że dane są błędne, lub nierzeczywiste, wówczas czasy są ponownie sprawdzane przez pracowników Fundacji w „podejrzanych placówkach" oraz dodatkowo weryfikowane u 6 innych, dodatkowych, świadczeniodawców z różnych części kraju. Z oczywistych względów „siła statystyczna" (precyzja i istotność statystyczna) wyników dla pojedynczych świadczeń zdrowotnych nie jest wysoka, jednak wyniki średnie dla wszystkich świadczeń w danej dziedzinie charakteryzuje już znacznie większa precyzja, gdyż obejmują one dane, w zależności od dziedziny, nawet z 200 placówek. Natomiast średni czas oczekiwania ogółem dla Polski, w oparciu o wszystkie monitorowane w OnkoBarometrze WHC dziedziny, jest obliczany na podstawie wszystkich pięćdziesięciu ośmiu świadczeń wskaźnikowych ze wszystkich dziedzin. **Weryfikacja czasu oczekiwania ma miejsce w ponad 750 placówkach medycznych, posiadających kontrakt z NFZ, co przekłada się na bardzo wysoką precyzję wyników zbiorczych i obiektywność wniosków.**

Dodatkowo w tej edycji raportu zaprezentowane zostały czasy oczekiwania na wizytę u onkologa w poszczególnych województwach. Wyznaczane były one w oparciu o losową próbę 6 świadczeniodawców w województwie. Jeśli rozrzut danych był duży, przeprowadzona została dodatkowa weryfikacja u 6 innych świadczeniodawców. Dało to możliwość weryfikacji dostępu do

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

onkologa w ponad 100 placówkach w Polsce. **Nowością jest także zweryfikowanie dostępu w ramach wojewódzkich ośrodków onkologicznych do radioterapii w raku sutka.** Próba wzięta do badania obejmowała ośrodki z całej Polski, które wykonują radioterapię, na podstawie zawartej w raporcie tabeli str. 40 (zestawienie własne).

Zasadniczym celem OnkoBarometru WHC jest monitorowanie **ZMIAN** czasu oczekiwania na świadczenia „gwarantowane" w Polsce. Sprawdzamy czy dostęp w ujęciu generalnym poprawia się czy pogarsza, niezależnie od przyczyn tych zmian oraz niezależnie od takich czy innych działań podjętych przez Ministerstwo Zdrowia lub płatnika. OnkoBarometr pozwala również śledzić zmiany czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia zdrowotne, co stanowi ważny czynnik oceny zarządzania opieką zdrowotną i świadczy o ogólnej kondycji systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Niniejszy raport przedstawia wyniki analizy przeprowadzonej w styczniu 2016 r. zarówno dla pacjentów posiadających kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego oraz w przypadku jej braku.

4. OnkoBarometr WHC – wyniki

Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenie zdrowotne z zakresu onkologii w Polsce (niezależnie od ich charakteru: diagnostyczne i lecznicze bez uwzględnienia w tej ocenie kompleksowości i niezbędnej etapowości leczenia) wyniósł **w styczniu 2016 roku prawie 5 tygodni (1,24 mies.).** W porównaniu z wrześniem ubiegłego roku (2015 r.) nie zaobserwowano **istotnej zmiany średniego czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne z dziedzin onkologicznych** – dotyczy to ogółu świadczeń ujętych w OnkoBarometrze WHC. Od momentu, gdy wprowadzony został pakiet onkologiczny w kolejnych OnkoBarometrach obserwujemy stagnację czasu oczekiwania zarówno dla pacjentów posiadających kartę DiLO oraz pacjentów pozapakietowych. Analiza kolejek w poszczególnych dziedzinach onkologicznych (chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, hematologii i hematoonkologii, onkologii oraz radioterapii onkologicznej) pozwala stwierdzić, że **nadal występują znaczne różnice w dostępności do świadczeń**. Najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano w **chirurgii onkologicznej oraz hematologii i hematoonkologii,** gdzie średnio na uzyskanie świadczenia trzeba

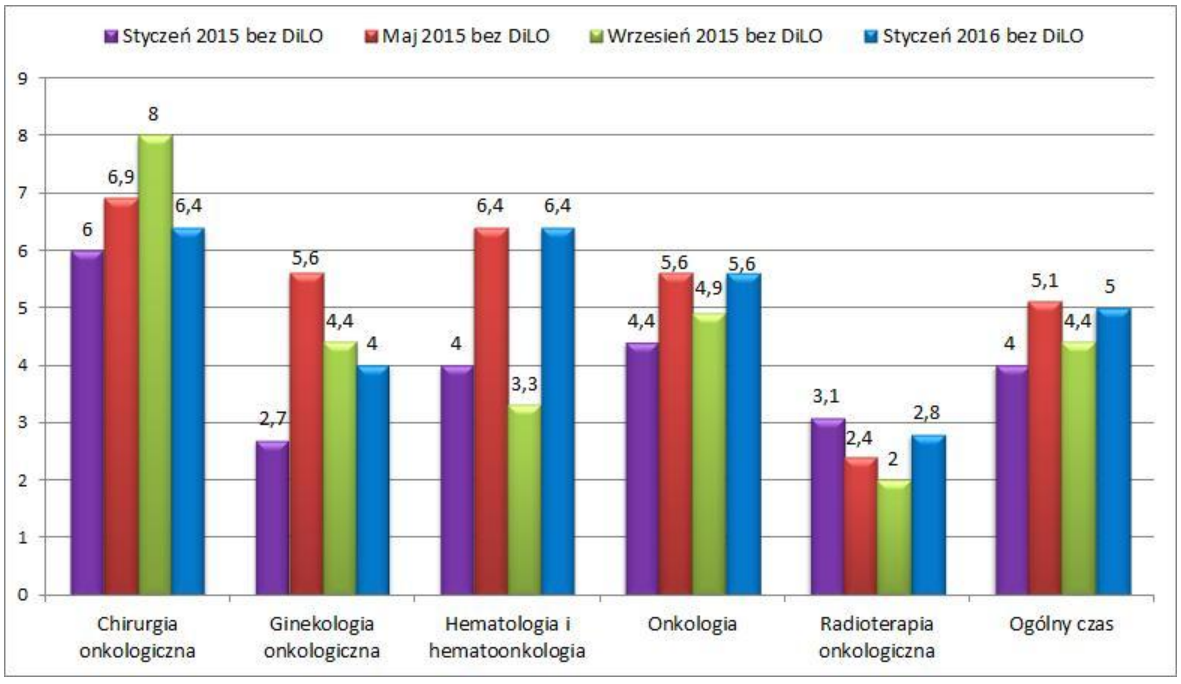
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

czekać **ok. 6,4 tyg. (1,6 mies.).** Następną pod względem długości kolejek dziedziną jest onkologia sensu stricto (5,6 tyg. – 1,4 mies.). Kolejne dziedziny to ginekologia onkologiczna (do 4 tyg. – 1mies.) oraz radioterapia onkologiczna (2,8 tyg. – 0,7 mies.).

W porównaniu z danymi z września 2015 r., opublikowanymi w październikowym OnkoBarometrze wydłużeniu uległ średni czas oczekiwania w trzech z pięciu badanych przez Fundację WHC dziedzinach. Wzrost o ok. 3 tygodnie zaobserwowano w dziedzinie hematologii i hematoonkologii, mimo iż jest to początek roku. Również o kilka dni wydłużył się średni czas oczekiwania na świadczenia w dziedzinie onkologii sensu stricto oraz radioterapii onkologicznej.

W chirurgii onkologicznej natomiast, średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne skrócił się o ponad 1 tydzień.

W dalszej części raportu przedstawiono średnie czasy oczekiwania w rozróżnieniu na pacjentów, którzy posiadają kartę DiLO oraz na tych, którzy takiej karty nie posiadają.



Rysunek 2. Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (w tyg.) w poszczególnych dziedzinach onkologicznych styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016

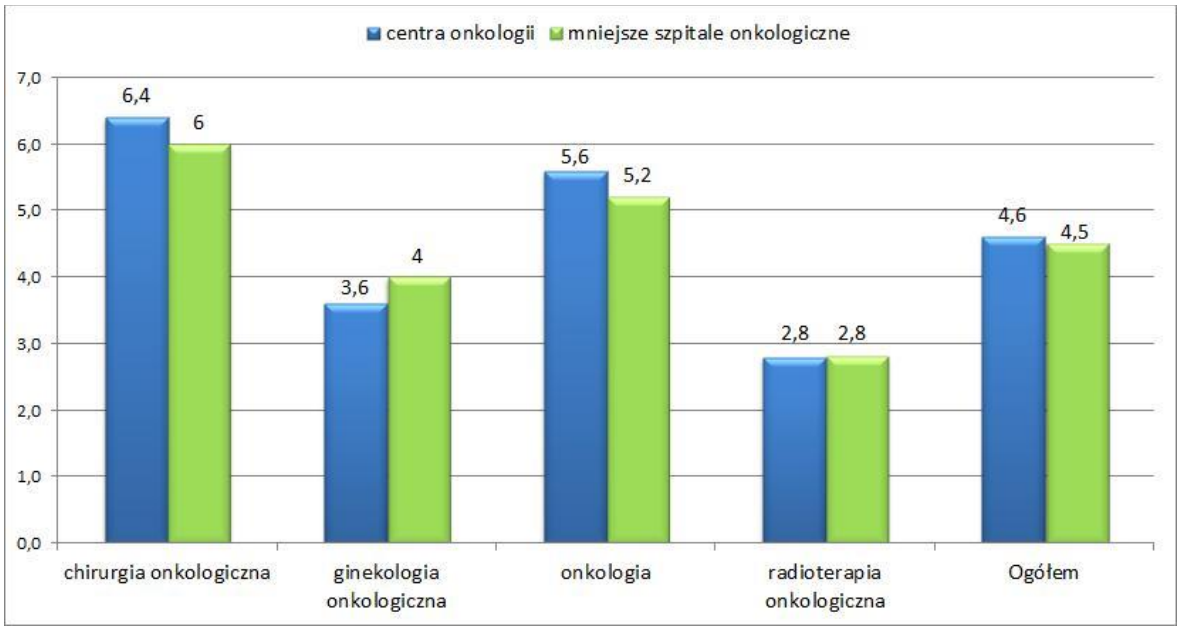
Rys. 2 przedstawia rozkład czasów oczekiwania na świadczenia onkologiczne dla pacjentów bez karty DiLO z ostatniego roku. Obejmuje on pomiary czasów oczekiwania z najnowszych okresów, gdy wprowadzono pakiet onkologiczny.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Pomimo wprowadzenia „zielonej karty" średnie czasów oczekiwania nie zostały znacząco skrócone. Krócej na świadczenia czekają pacjenci z kartą DiLO, ponieważ są oni zapisywani na początek kolejki. Średni czas oczekiwania cały czas jest na tym samym, wysokim poziomie – podobnie, jak w czasie przed wprowadzeniem pakietu onkologicznego. Pacjenci bez karty DiLO nadal oczekują bardzo długo.

4.1. Porównanie czasu oczekiwania w specjalistycznych centrach onkologicznych i pozostałych placówkach

Świadczenia onkologiczne realizowane są zarówno w dużych specjalistycznych centrach onkologicznych, jak i pozostałych placówkach świadczących usługi zdrowotne w obszarze onkologii. Fundacja WHC przedstawia analizę dotyczącą różnic w dostępie do świadczeń onkologicznych w tych dwóch grupach.



Rysunek 3. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia zdrowotne w dużych, specjalistycznych centrach onkologicznych oraz w pozostałych placówkach (w tyg.), pacjenci bez karty DiLO, styczeń 2016 r.

Weryfikacja średnich czasów oczekiwania dla poszczególnych dziedzin wykazała brak znacznych różnic pomiędzy dostępnością do leczenia onkologicznego pomiędzy centrami onkologii oraz mniejszymi szpitalami onkologicznymi. Różnica pojawia się jednak w jakości leczenia. Centra onkologiczne są dostosowane pod względem zaplecza sprzętowego, ilości łóżek, profesjonalnej

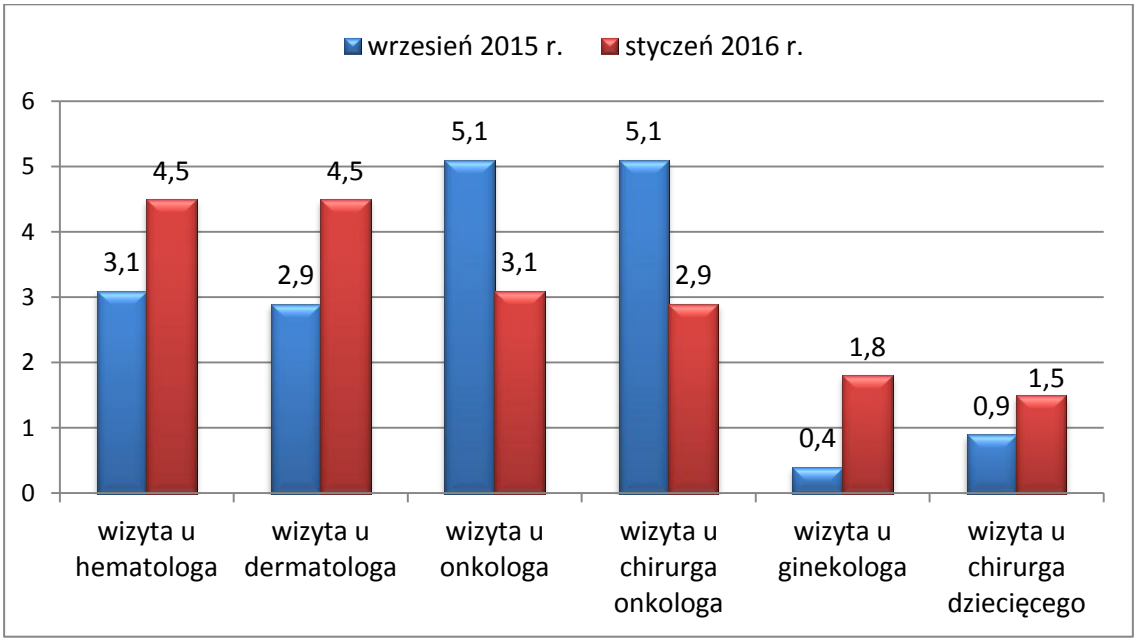
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

kadry (dostęp do specjalisty) do kompleksowej opieki nad chorym z nowotworem. Mają lepszy dostęp do wiedzy i możliwości podejmowania różnych rodzajów terapii.

4.2 Dostępność

4.2.1. Specjaliści

Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w dziedzinach onkologicznych w styczniu 2016 r. wyniósł ponad 3 tygodnie. Najdłużej trzeba czekać na poradę u hematologa dziecięcego oraz dermatologa, gdzie średni czas oczekiwania wynosi ok. 4,5 tygodnia. Czas oczekiwania na wizytę u hematologa wydłużył się w porównaniu z wrześniem 2015 r. o 1,4 tyg. Obecnie w Polsce praktykę lekarską z onkologii i hematologii dziecięcej prowadzi tylko 174 lekarzy[8], co może znacząco wpływać na długość czasu oczekiwania na wizytę. Nowotwory są druga przyczyną zgonów w Polsce i Europie. Co roku odnotowuje się ok. 160 tys. nowych zachorowań w Polsce. [9]



Rysunek 4. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty z zakresu dziedzin onkologicznych wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 r. (w tyg.).

[8] http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/102495/Zestawienie-nr-04.pdf [dostęp z dnia 26.01.2016]

[9] https://pto.med.pl/ dostęp z dnia [26.01.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

W styczniu 2016 roku najkrócej – powyżej 1 tygodnia – pacjentka czekała na wizytę u ginekologa. Specjaliści, do których czas oczekiwania jest średni pod względem długości, to: chirurg onkolog oraz onkolog, na wizytę u których czeka się średnio ok. 3 tygodnie.

Porównując średni czas oczekiwania pomiędzy wrześniem 2015, a styczniem 2016, dla poszczególnych specjalistów obserwujemy:

- w przypadku wizyty u hematologa dziecięcego **wydłużenie** czasu oczekiwania o **ok. 1,4 tygodnia**;
- również w przypadku wizyty u dermatologa zaobserwowano **wydłużenie** w czasie oczekiwania **o ok. 1,6 tyg.**;
- w przypadku wizyty u chirurga onkologa – **skrócenie** o **2,2 tyg.**;
- w przypadku wizyty u lekarza onkologa oraz chirurga dziecięcego **skrócenie** w czasie oczekiwania o **2 tyg**.;

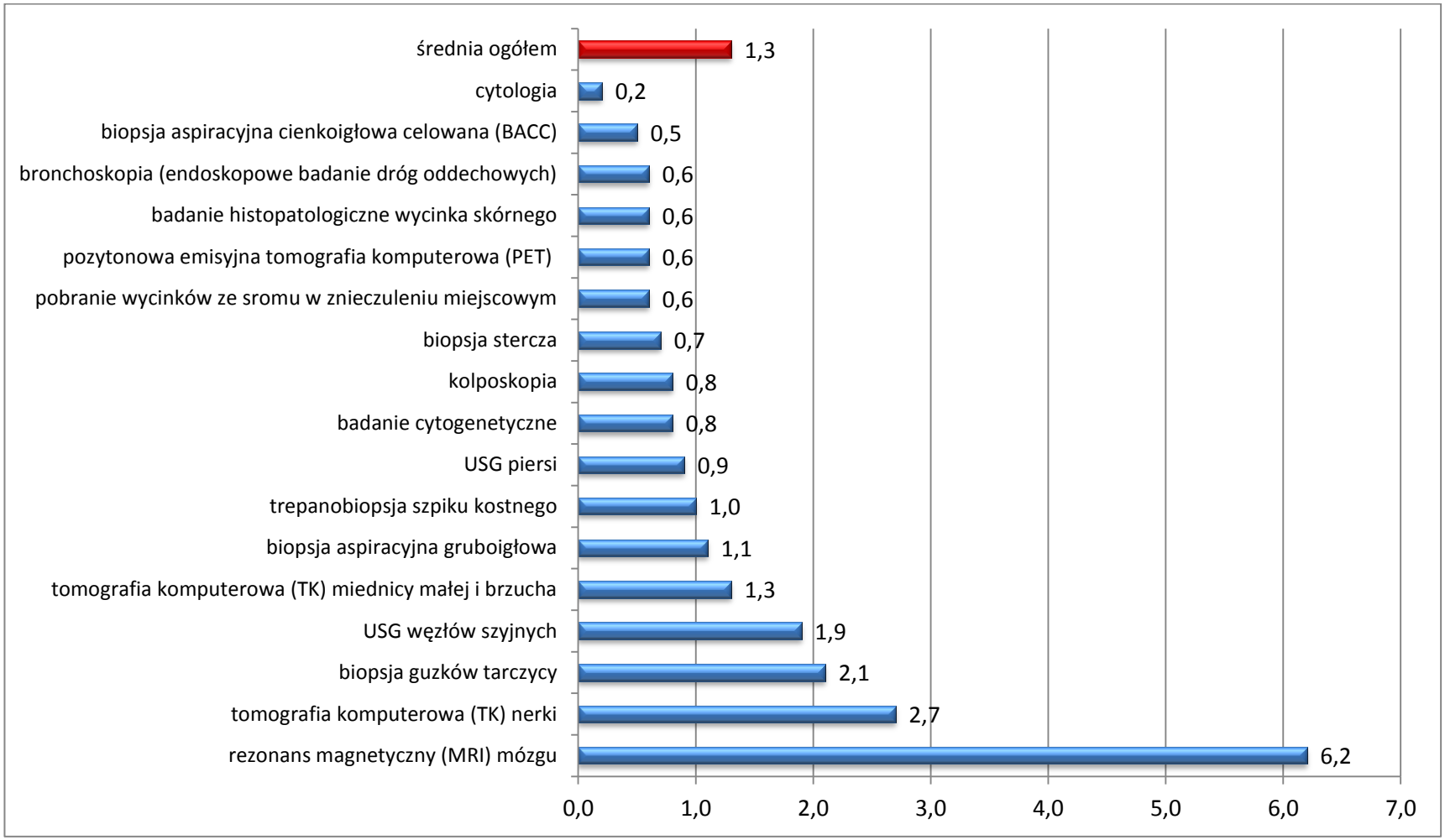
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

4.2.2. Diagnostyka

W ramach projektu OnkoBarometr WHC Fundacja poddała analizie dostępność do 17 badań diagnostycznych. **Średni czas oczekiwania na badanie diagnostyczne dla wszystkich dziedzin onkologicznych wynosił w styczniu 2016 roku ok. 5,2 tygodnia (1,3 mies.) - w przypadku pacjentów nie posiadających karty DiLO. Porównując dane zebrane w raporcie OnkoBarometr, stan na wrzesień 2015 r. nie zaobserwowano istotnych zmian.**

Dane zebrane w styczniu 2016 r. przez Fundację Watch Health Care wskazują, że na wykonanie rezonansu magnetycznego mózgu 9-letnie dziecko musi oczekiwać w kolejce średnio 6,2 mies. Czas oczekiwania w tym przypadku uległ wydłużeniu w stosunku do danych z września 2015 roku o ok. 1 tydzień. Długi czas oczekiwania dotyczy również tomografii komputerowej (TK) nerki, na którą trzeba poczekać 2,7 mies. (10,8 tyg.). Czas ten uległ wydłużeniu, od września 2015 r., o ok. 4,8 tygodnia. Długo, czeka się również na biopsję guzków tarczycy, bo ok. 2,1 mies. (8,4 tygodnia). Na USG węzłów szyjnych pacjenci oczkują ok. 1,9 mies. (7,6 tyg.). Tomografia komputerowa (TK) miednicy małej i brzucha oraz biopsja aspiracyjna gruboigłowa są świadczeniami, na które trzeba poczekać średnio ponad miesiąc (ok. 5 tyg.). Czas oczekiwania na takie świadczenia jak: trepanobiopsja szpiku, USG piersi, badanie cytogenetyczne wynosi nieznacznie poniżej miesiąca. Natomiast **badaniem diagnostycznym, do którego Fundacja wskazała najkrótszy czas oczekiwania jest cytologia (wziernikowanie szyjki macicy), na wykonanie której czeka się średnio 6 dni.** Centra onkologiczne i inne placówki specjalistyczne prowadzą różnorodne programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów dla kobiet, w ramach których wykonywane jest to badanie.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 5. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne styczeń 2016 r. (w mies.)

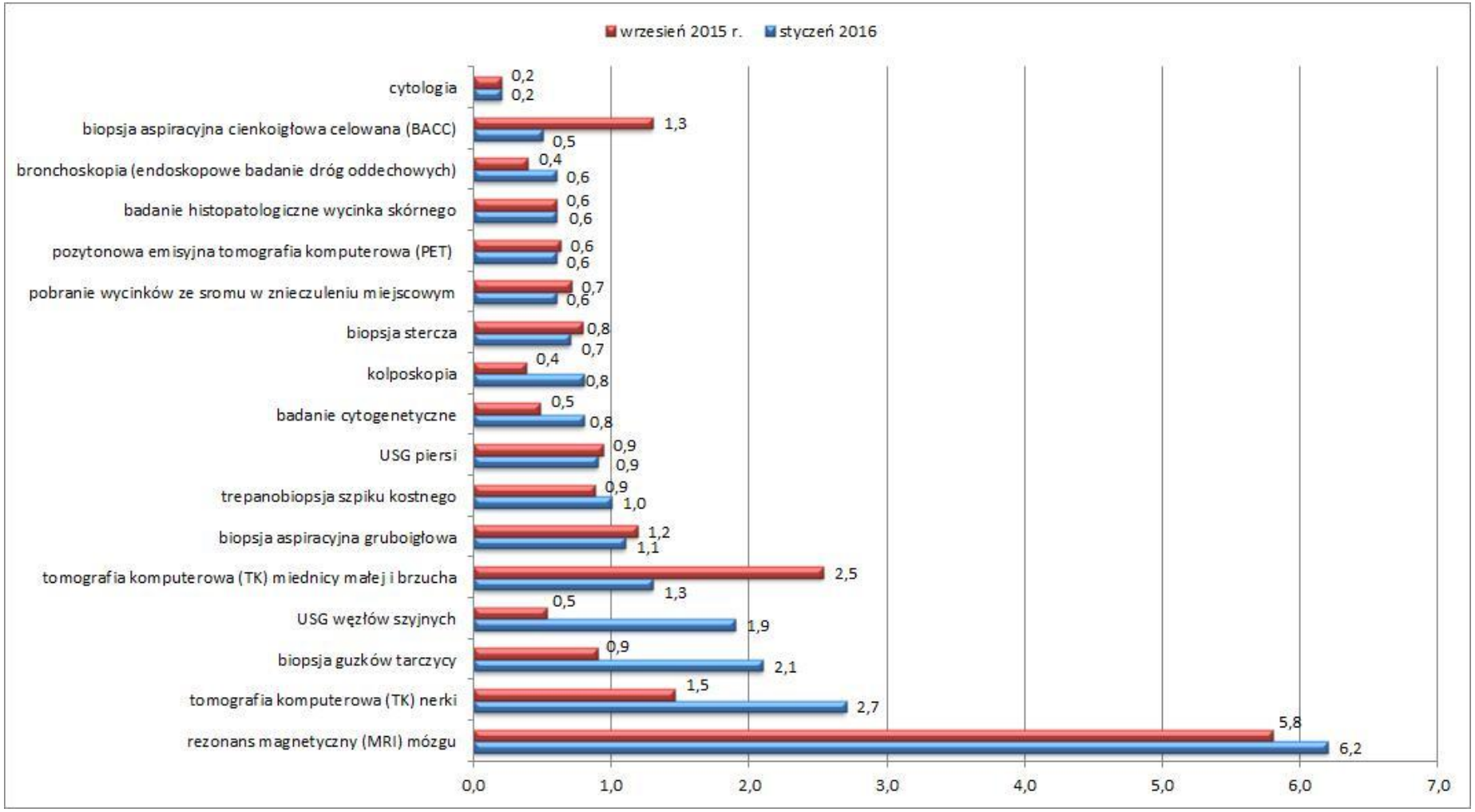
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Analiza porównawcza wyników dla świadczeń diagnostycznych zweryfikowanych we wrześniu 2015 r. oraz styczniu 2016 r. wskazuje na stagnację czasu oczekiwania dla pacjentów chorych onkologicznie lub z podejrzeniem choroby onkologicznej - nieposiadających karty DiLO.

Porównanie w większości nie wykazało istotnych zmian w średnim czasie oczekiwania na świadczenia w ramach diagnostyki onkologicznej. **Wydłużenie czasu oczekiwania nastąpiło w przypadku USG węzłów szyjnych o 1,4 mies. (5,6 tyg.), tomografii komputerowej (TK) nerki oraz biopsji guzków tarczycy o 1,2 mies. (4,8 tyg.).** Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zaobserwowano natomiast w tomografii komputerowej miednicy małej i brzucha o 1,2 mies. (4,8 tyg.) oraz biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej (BACC) o 0,8 mies. (3,2 tyg.).

Powyższe dane obrazuje rys.6.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 6. Porównanie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 r. (w mies.)

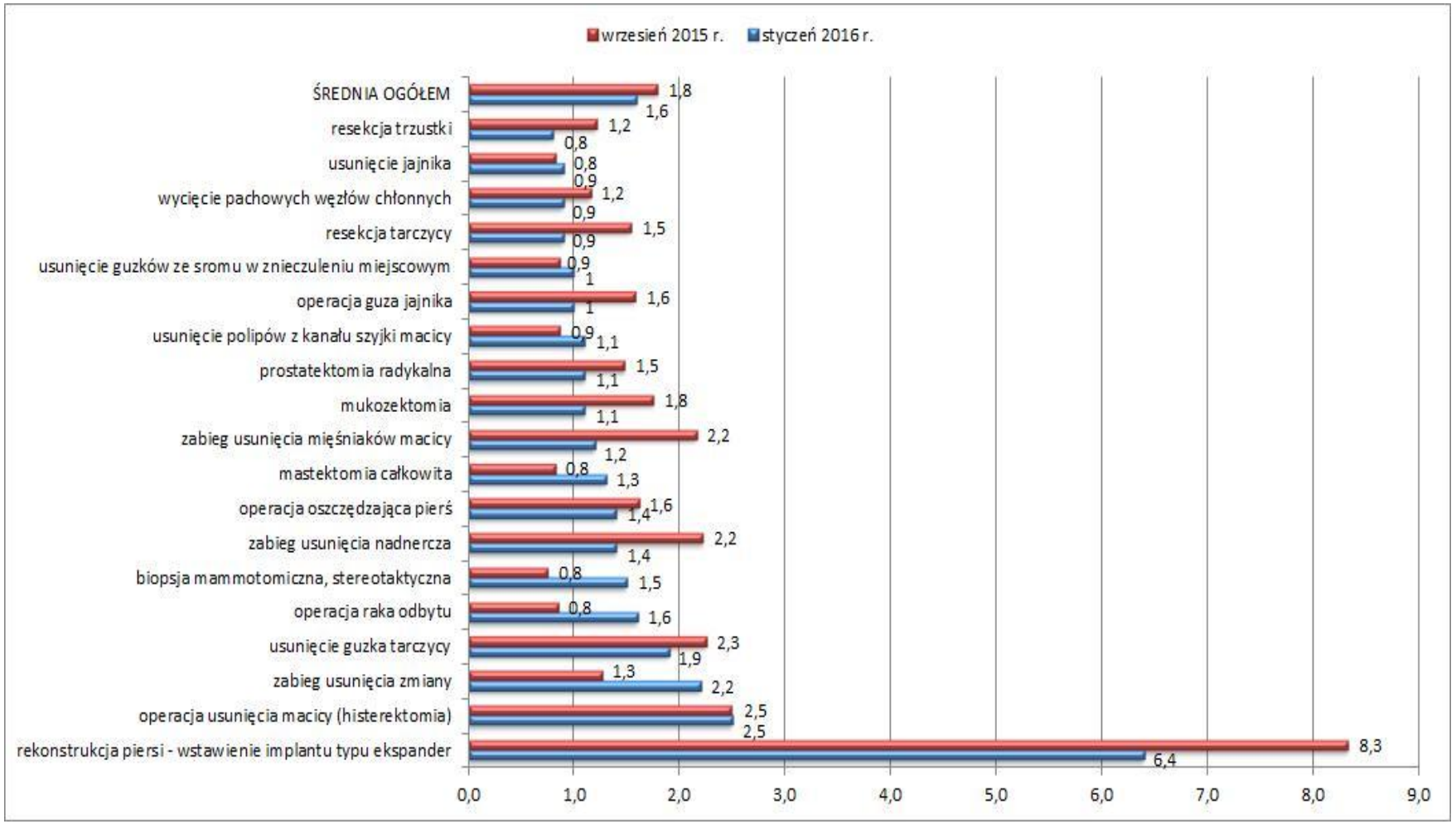
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

4.2.3. Zabiegi

W grupie świadczeń zdefiniowanych jako „zabiegi", objętych monitorowaniem jest 19 procedur medycznych. **W ujęciu generalnym - na zabiegi onkologiczne w styczniu 2016 r. czas oczekiwania wynosi prawie 6,5 tyg. (1,6 mies.).** Najdłużej, bo ok. 6,4 mies. czeka się na rekonstrukcję piersi - wstawienie implantu typu expander. Czas oczekiwania w porównaniu do września 2015 r. uległ poprawie o prawie 2 mies. (8 tyg.).

Świadczeniami obarczonymi długim czasem oczekiwania są: operacja usunięcia macicy 2,5 mies. (10 tyg.), zabieg usunięcia zmiany 2,2 mies. (8,8 tyg.), zabieg usunięcia guzka tarczycy 1,9 mies. (7,6 tyg.) oraz operacja raka odbytu – 1,6 mies. (6,4 tyg.). Świadczeniami, na które wydłużył się czas oczekiwania o powyżej 3 tygodnie w porównaniu z poprzednim badanym okresem – wrzesień 2015 r. są: zabieg usunięcia zmiany, operacja raka odbytu i biopsja mammotomiczna, stereotaktyczna. Natomiast świadczeniem, na które czas oczekiwania skrócił się jest także zabieg usunięcia mięśniaków macicy - aktualnie 1,2 mies. (4,8 tyg.), czas oczekiwania jest krótszy, średnio o 1 mies. (4 tyg.). Najkrócej, bo poniżej 4 tyg. czeka się na resekcję trzustki, usunięcie jajnika, wycięcie pachowych węzłów chłonnych oraz resekcję tarczycy. Zestawienie średnich czasów oczekiwania na wykonanie zabiegów w dziedzinach onkologicznych zostało zaprezentowane na rys.7.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 7. Średni czas oczekiwania na wykonanie zabiegu onkologicznego we wrześniu 2015 r. oraz w styczniu 2016 r. (w mies.)

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

4.2.4. Leczenie niezabiegowe

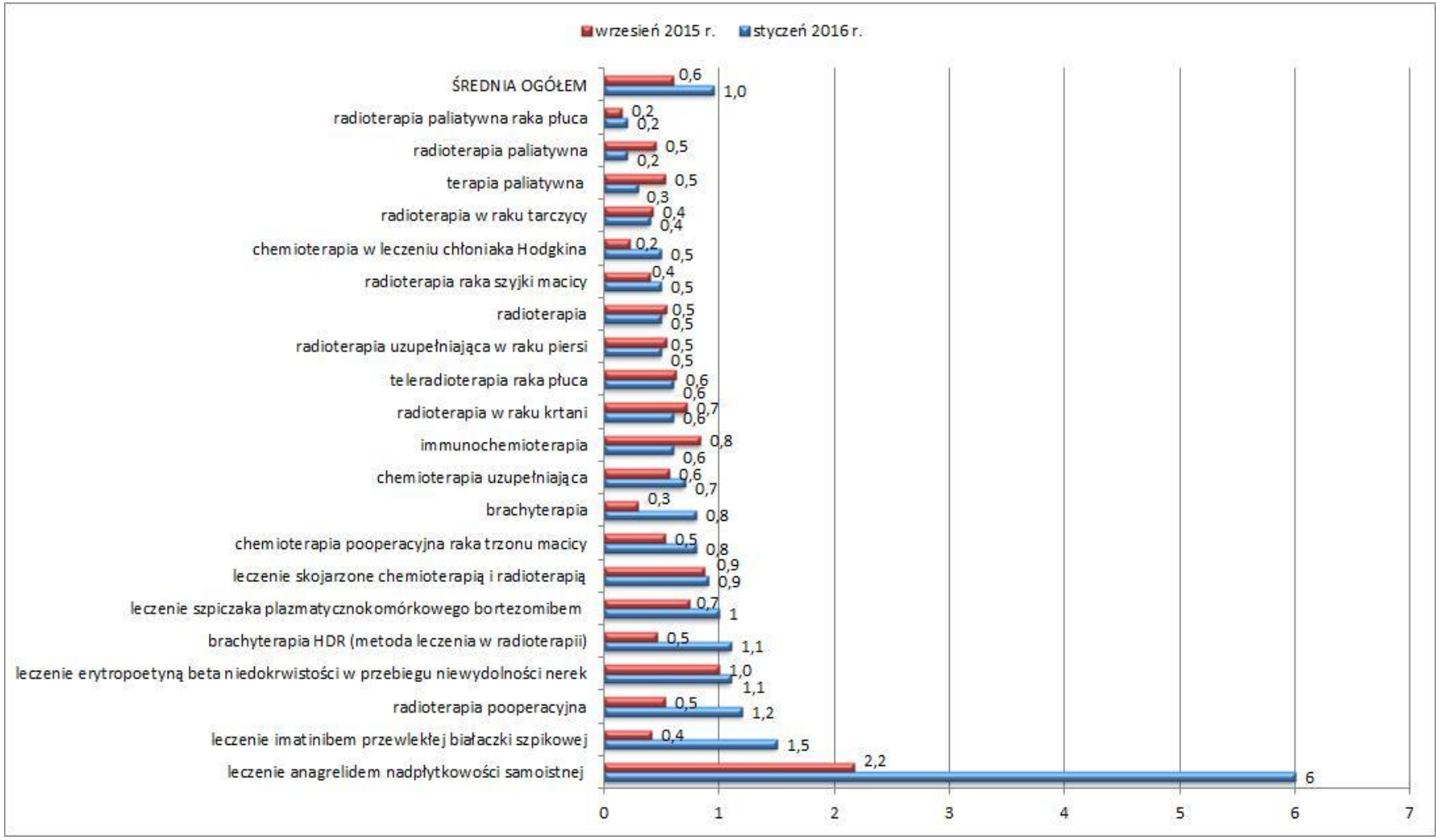
Dane zebrane przez Fundację wskazują, że **aby uzyskać dostęp do niezabiegowego leczenia onkologicznego w styczniu 2016 roku, chory musiał średnio czekać 1 mies. (4 tyg.) – pacjenci bez karty DiLO**. Jest to czas dłuższy w porównaniu do niezabiegowych świadczeń leczniczych zweryfikowanych we wrześniowym OnkoBarometrze WHC.

Świadczeniami, na które chory musi czekać najkrócej są: radioterapia paliatywna raka płuca, radioterapia paliatywna, terapia paliatywna. Średni czas oczekiwania na powyższe świadczenia w styczniu 2016 r. wyniósł ok. 1 tydzień.

W najnowszym OnkoBarometrze **najdłuższy czas oczekiwania, bo 6 mies. odnotowano w przypadku leczenia anagrelidem nadpłytkowości samoistnej**, co w porównaniu z wrześniem 2015 r. jest wynikiem dłuższym o 3,8 mies. Wcześniejsza terapia tym lekiem dostępna była w ramach programu lekowego. W tym momencie anagrelid został włączony do leczenia chemioterapeutycznego i jest refundowany. Dłuższy czas oczekiwania może być związany z faktem, że pacjenci którzy nie przeszli leczenia lekiem w danym szpitalu muszą przejść ścieżkę od początku, zaczynając od poradni hematologicznej, gdzie terminy dla dorosłych są bardzo długie.

Wśród świadczeń z zakresu radioterapii w styczniu 2016 r. chory czekał od 1 do 2 tyg. na rozpoczęcie radioterapii. Natomiast najdłużej czekał pacjent skierowany na radioterapię pooperacyjną 1,2 mies. oraz na brachyterapię HDR (ok. 1,1 mies.). Zestawienie średnich czasów oczekiwania na leczenie niezabiegowe w dziedzinach onkologicznych zostało zaprezentowane na rys. 8.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 8. Czas oczekiwania (w mies.) na rozpoczęcie leczenia, porównanie wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 r (bez karty DiLO).

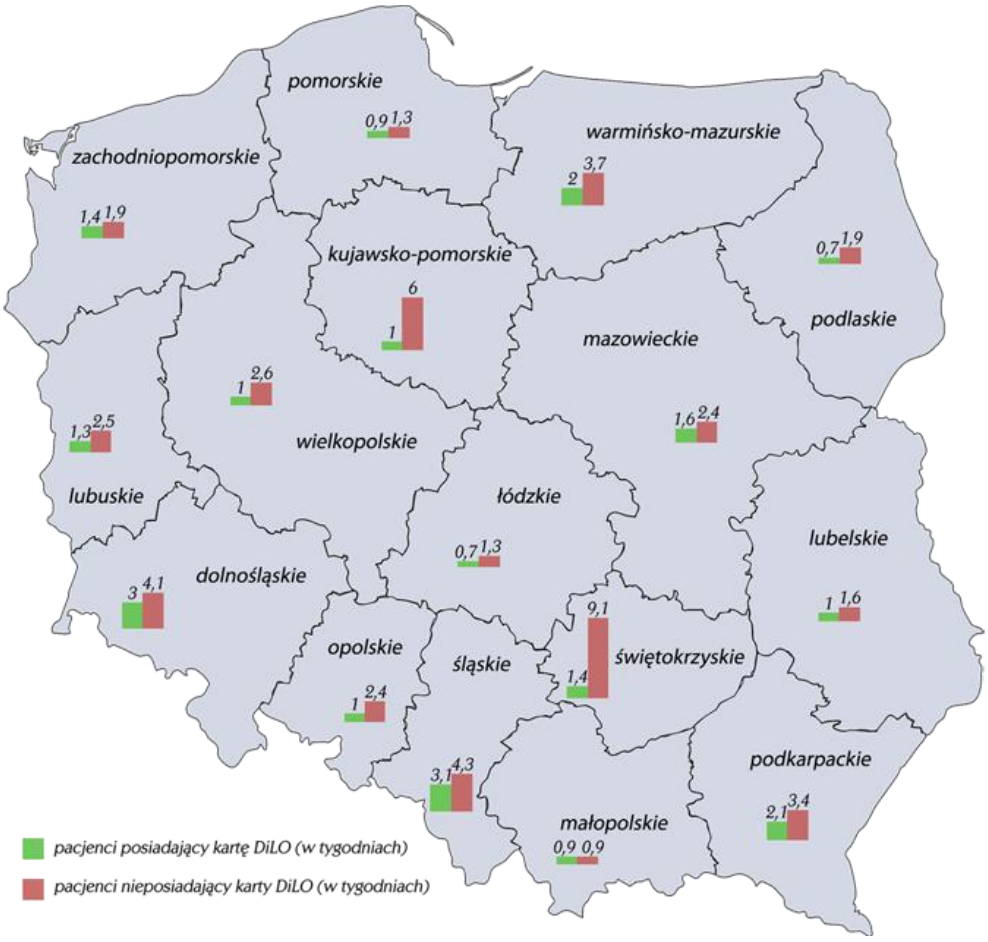
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

5. Dostępność do wybranych świadczeń onkologicznych w Polsce

5.1. Zróżnicowanie dostępności do specjalisty onkologa w Polsce

Lekarz onkolog to jedna z kluczowych specjalizacji lekarskich zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób nowotworowych. Jednym z jego zadań jest rozpoznanie oraz określenie stopnia zaawansowania nowotworu. Coraz więcej przychodni decyduje się zatrudnić w swojej strukturze takiego specjalistę. Lekarzy onkologów, którzy wykonują zawód w Polsce jest według danych Naczelnej Izby Lekarskiej (koniec roku 2015) - 770[10].

Mapa 1. Dostęp do lekarza onkologa w województwach, stan styczeń 2016 r. (tygodnie).



[10] http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0017/104138/Zestawienie-nr-04.pdf [dostęp 22.01.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Fundacja Watch Health Care zbadała dostępność do specjalisty onkologa w poszczególnych województwach na podstawie średniej z 6 wskaźnikowych placówek w danym województwie (mapa 1). Struktura dostępności jest zróżnicowana. Długość czasu oczekiwania pacjenta na wizytę u onkologa zależy od jego miejsca zamieszkania i posiadanych zasobów kadrowych w województwie. **Ogólny czas oczekiwania dla Polski wyniósł w styczniu 2016 r. dla pacjentów posiadających kartę DiLO 1,4 tyg. (0,36 mies.).** Natomiast pacjenci **nie posiadający karty DiLO** muszą poczekać w kolejce do specjalisty **średnio 3,1 tyg. (0,78 mies.).** Problemem pojawiającym się przy zapisie pacjenta do lekarza jest częsty brak kontraktów SPZOZ-ów z NFZ na obsługę pakietu onkologicznego. Problem ten występuje szczególnie w małych przychodniach. Wtedy pacjent najczęściej przyjmowany jest w zwykłym trybie, bez uwzględnienia „zielonej karty". Natomiast przychodnie działające przy centrach onkologicznych zapewniają kompleksową obsługę pacjenta i starają się dostosować termin w zależności od wskazania. Według zebranych przez WHC danych (styczeń 2016 r.), pacjenci, którzy posiadają kartę DiLO **najgorszy dostęp do onkologa mają na terenie województwa śląskiego ok. 3,1 tyg. (0,78 mies.), dolnośląskiego ok. 3 tyg. (0,75 mies.) oraz podkarpackiego - średnio 2,1 tyg. (0,53 mies.).** Natomiast w grupie pacjentów nieposiadających karty DiLO oraz wśród przychodni, które nie mają na jej obsługę podpisanego kontraktu, czas oczekiwania jest **najdłuższy w województwie świętokrzyskim ok. 9,1 tyg. (2,3 mies.), kujawsko-pomorskim ok. 6 tyg. (1,5 mies.) oraz śląskim ok. 4,3 tyg. (1,1 mies.).**

5.2. Dostępność do diagnostyki PET-CT wśród największych ośrodków onkologicznych

Diagnostyka PET-CT, czyli pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa połączona z tomografią komputerową umożliwia wychwycenie zmian chorobowych, zanim jeszcze narząd i jego naturalne funkcje zaczną wykazywać odstępstwa od normy. Czułość badania jest na tyle duża, że pozwala na określenie dokładnej lokalizacji, a także stopnia zaawansowania nowotworu. Z racji tego jest popularną metodą wykrywania nowotworów zwłaszcza we wczesnym stadium.

PET-CT jest nieocenioną pomocą w diagnostyce nowotworowej. Z danych wynika, że prawdopodobieństwo rozpoznania nowotworu wynosi ok. 90%. Należy jednak podkreślić, że nie zawsze wynik negatywny badania wiąże się z brakiem nowotworu. Badanie to jest jednak

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

w większości przypadków pomocne podczas diagnostyki między innymi raka płuca, przełyku, tarczycy, trzustki, piersi, chłoniaków.[11] Diagnostyka przy pomocy PET-CT pozwoliła obniżyć poziom wykonywanych operacji onkologicznych na świecie.

Fundacja WHC w tym rozdziale przedstawia dostępność pacjentów do badania PET-CT w największych centrach onkologicznych w Polsce (tab. 1,2). Do wybranych szpitali dzwoniono z zapytaniem o możliwość badania PET. Z zebranych w styczniu danych wynika, że dobry dostęp do tego rodzaju diagnostyki mają większe ośrodki onkologiczne. Na mapie Polski znajdują się jednak takie miejsca, gdzie dostęp jest znacznie ograniczony. Zaobserwowano, że nie wszystkie centra onkologiczne, szczególnie te z mniejszych województw, posiadają w pełni wyspecjalizowane sprzęty do diagnostyki i leczenia chorób onkologicznych. Tu jednak z pomocą przychodzą firmy prywatne, które z racji luki jaka występuje w dostępie do sprzętu zdecydowały się na inwestycję w aparaturę. Zachętą do tego jest dobra wycena badania przez NFZ.
Z opinii zarządzających jednostkami leczniczymi wynika, że rozliczanie diagnostyki PET-CT w ramach pakietu onkologicznego jest niekorzystne finansowo i w niektórych przypadkach powoduje zadłużanie. W efekcie kierownictwo chcąc uniknąć zadłużania, ogranicza wykonywanie tego badania w ramach pakietu onkologicznego. Korzystniejsze dla podmiotów leczniczych jest rozliczenie tego badania w oparciu o jednorodne grupy pacjentów – klasyfikacja ICD-9, taki standard postępowania przyjmowany jest dla pacjentów pozapakietowych. Na przykład wstępna diagnostyka nowotworu klatki piersiowej wyceniona jest na 71 punktów, gdzie wartość 1 punktu wynosi 52 zł.[12]Prywatnie badanie PET-CT kosztuje w granicach 3 500 zł.

Ministerstwo Zdrowia zauważyło problem z dostępnością do tego rodzaju diagnostyki. W opublikowanych Mapach Potrzeb Zdrowotnych zwraca uwagę na niedostateczną ilość sprzętu w województwach takich jak: lubuskie, łódzkie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie oraz zachodniopomorskie.[13]

[11] http://www.zwrotnikraka.pl/pozytonowa-tomografia-emisyjna/ [dostęp: 22.01.2016]

[12] http://jgp.uhc.com.pl/doc/Dilo.1.5/jgp/Dw15.html [dostęp: 22.01.2016]

[13] http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/ [dostęp: 22.01.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Poniżej zestawienie czasu oczekiwania w 17 ośrodkach onkologicznych w Polsce dla pacjentów z kartą DiLO oraz bez karty.

Tabela 1 Zestawienie czasu oczekiwania na świadczenie PET-CT – styczeń 2016, w poszczególnych ośrodkach onkologicznych w Polsce, dla pacjentów z kartą DiLO (dane w tygodniach).

1	Szpital Specjalistyczny w **Brzozowie,** Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny	2-3 dni
2	Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w **Gliwicach**	1 tydz.
3	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w **Gdańsku**	1,3 tyg.
4	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w **Warszawie**	1,5 tyg.
5	Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, oddział w **Krakowie**	1,5 tyg.
6	Dolnośląskie Centrum Onkologii we **Wrocławiu**	2 tyg.
7	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w **Łodzi**	2 tyg.
8	Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w **Białymstoku**	2 tyg.
9	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w **Kielcach**	2,5 tyg.
10	Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w **Bydgoszczy**	3 tyg.
11	Wojewódzki Szpital Kliniczny im. Karola Marcinkowskiego w **Zielonej Górze**	3 tyg.
12	Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w **Lublinie**	brak
13	Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w **Bielsko-Białej**	brak
14	Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SP ZOZ w **Tarnowie**	brak
15	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina w **Rzeszowie**	brak
16	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. Stanisława Leszczyńskiego w **Katowicach**	brak
17	Wojewódzkie Centrum Onkologii w **Gdańsku**	brak
Średnia		1,9 tyg.

Tabela 2 Zestawienie czasu oczekiwania na świadczenie PET-CT – styczeń 2016, w poszczególnych ośrodkach onkologicznych w Polsce, dla pacjentów bez karty DiLO (dane w tygodniach).

1	Szpital Specjalistyczny w **Brzozowie** Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny	2-3 dni
2	Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, oddział w **Krakowie**	1,5 tyg.
3	Dolnośląskie Centrum Onkologii we **Wrocławiu,**	2 tyg.
4	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w **Łodzi**	2 tyg.
5	Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w **Białymstoku**	2 tyg.
6	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w **Kielcach**	3 tyg.
7	Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w **Bydgoszczy**	3 tyg.
8	Szpital Wojewódzki SPZOZ w **Zielonej Górze,**	3 tyg.
9	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w **Warszawie**	3 tyg.
10	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w **Gdańsku**	3 tyg.
11	Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w **Gliwicach**	7 tyg.
12	Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w **Lublinie**	brak
13	Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w **Bielsko-Białej**	brak
14	Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SP ZOZ w **Tarnowie**	brak
15	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. F. Chopina w **Rzeszowie**	brak
16	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. Stanisława Leszczyńskiego w **Katowicach**	brak
17	Wojewódzkie Centrum Onkologii w **Gdańsku**	brak
Średnia		2,7 tyg.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Średni czas oczekiwania dla pacjentów z kartą DiLO w 17 badanych placówkach onkologicznych wyniósł w styczniu 2016 r. 1,9 tyg. (prawie 0,5 mies.). Do badanej średniej nie zostały jednak włączone 6 z pośród 17 placówek, ponieważ nie posiadały one wymaganego sprzętu. **Pacjenci nie posiadający karty DiLO oczekiwali w kolejce średnio 2,7 tyg. (0,68 mies.).**

Jak pokazują uzyskane dane dostęp do diagnostyki PET-CT w Polsce nie jest zadowalający. Sam czas oczekiwania, jeżeli placówki posiadają sprzęt, nie jest długi. Problem jednak pojawia się dla pacjentów mieszkających w mniejszych miastach (nawet wojewódzkich), miejscowościach i wsiach. Przykładem może być Rzeszów, stolica województwa podkarpackiego. Mieszkańcy miasta, aby wykonać diagnostykę PET-CT zmuszeni są pojechać do oddalonego ponad 50 km Brzozowa, pomimo, że w Rzeszowie funkcjonuje szpital o profilu onkologicznym, który mógłby zapewnić kompleksową diagnostykę nowotworów. Przykładów wydaje się być więcej, kolejny w województwie opolskim. Wojewódzkie Centrum Onkologii również nie posiada tego rodzaju sprzętu. Pacjenci są zazwyczaj odsyłani do sąsiednich miast wojewódzkich - w tym Wrocławia, czy Gliwic.

5.3. Dostępność do radioterapii w poszczególnych województwach

Dostępność do leczenia onkologicznego w Polsce zależy od paru czynników. Są one najczęściej związane z rozmieszczeniem świadczeniodawców na terytoriom Polski i w poszczególnych województwach. Równie często wpływa na nie liczba dostępnych specjalistów (np. radioterapia onkologiczna - 725 specjalistów wykonujących ten zawód w Polsce[14]) oraz poziom finansowania poszczególnych świadczeń onkologicznych przez NFZ.

Fundacja WHC zbadała dostępność do radioterapii w raku sutka w Polsce z podziałem na województwa. Chodź ogólna sytuacja pacjentek nie jest zła, warto zwrócić uwagę na zróżnicowanie dostępności pomiędzy województwami. Sprawia to, że Polska pod względem leczenia pacjentów onkologicznych jest na jednym z ostatnich miejsc w Europie, a pięcioletnie wskaźniki przeżyć pacjentów z nowotworami są o kilka do kilkunastu punktów procentowych

[14] http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0017/104138/Zestawienie-nr-04.pdf [dostęp: 22.01.2016]

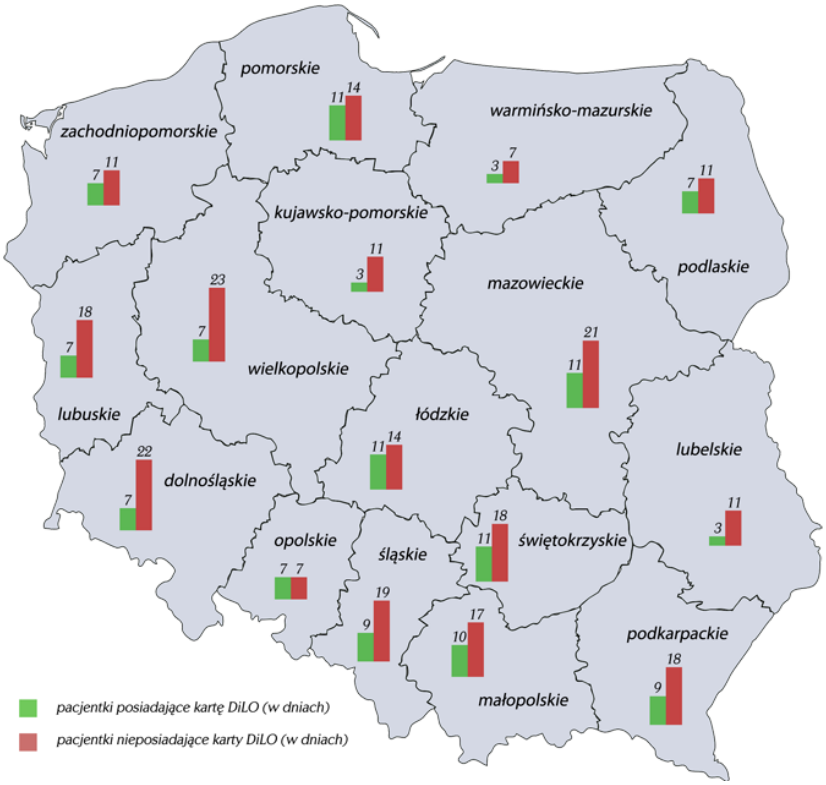
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

niższe, niż w innych krajach europejskich.[15] Zdarza się, że w danym województwie chorzy mają do dyspozycji tylko jeden ośrodek onkologiczny, do którego szczególnie pacjenci z mniejszych miast i wsi mają utrudniony dostęp. Chorzy często zmuszeni są do pokonania kilkudziesięciu do nawet kilkuset kilometrów. Obserwowane są również częste migracje pomiędzy województwami, a to wiąże się z większymi kosztami, które ponieść musi pacjent.

Pacjenci posiadający kartę DiLO czekają średnio w kolejkach od 3 do 11 dni w zależności od ośrodka w którym wykonywana jest radioterapia. Natomiast dla pacjentów, którzy nie posiadają Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego ten czas wydłuża się i wynosi od 7 do 23 dni.

Poniższy wykres przedstawia uśredniony dostęp do radioterapii w raku sutka w podziale na województwa (dane w dniach).

Mapa 2 Dostęp do radioterapii w raku sutka w województwach, stan styczeń 2016 r. (dni).



[15] Stan dostępności do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce – analiza i rekomendacje. Raport przygotowany dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Poniżej przedstawione zostały ośrodki w poszczególnych województwach, w których pacjenci chorzy na raka mogą uzyskać dostep do radioterapii. Na podstawie poniższych placówek z całego kraju liczona była średnia ogólna dla radioterapii w raku sutka, która **w styczniu 2016 r. wyniosła 8 dni (1,1 tyg.) dla pacjentów z „zieloną kartą" oraz 15 dni (2 tyg.) dla chorych nie posiadających karty.**

Problem z dostepem do świadczeń radioterapii zarówno pod względem geograficznym, jak i ilościowym oraz jakościowym Fundacja zaobserowała szczególnie dla województwa **mazowieckiego, pomorskiego, łódzkiego** oraz **świętokrzyskiego (wśród pacjentów z kartą DiLO).**

W województwie mazowieckim w tym momencie funkcjonują tylko 2 ośrodki wykonujące napromienianie. Działające do tej pory Centrum Onkologii Affidea w Otwocku wstrzymało przyjęcia nowych chorych, ponieważ nie otrzymało kontraktu z NFZ. Zdaniem Funduszu dostępność do radioterapii dla mieszkańców wojewodztwa jest dobra. Natomiast Affidea urochomiła działalność komercyjną i jak się okazało chętnych nie brakuje, a pacjeni za możliwość radioterapii są w stanie zapłacić.[16]

Głównym problemem dotykającym pacjentów onkologicznych w Polsce jest uprzywilejowanie chorych mieszkających w dużych miastach oraz brak pomysłów związanych z poprawą dostępności do leczenia onkologicznego wśród mieszkańców mniejszych miast i wsi. Problem ten dotyczy również wykrywalności nowotworów, która jest niższa wśród ludności wiejskiej.

Jednym z głównych zadań publicznego płatnika powinno być kreowanie rozwiązań, które w połączeniu z stabilną, długofalową polityką finansowania świadczeń zdowotnych zapewnią wsparcie inwestycyjne oraz zrównoważony rozwój całej dziedziny. Regionalne oddziały NFZ powinny monitorować, identyfikowac i rozwiązywać problemy związane z dysproporcjami wśród nakładów pieniężnych na poszczegolne świadczenia. To założenie jest również celem dokumentu „Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024"[17].

[16] „Dostęp pacjentów do radioterapii.", Rynek Zdrowia, styczeń 2016,

[17] http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/strategia_walki_z_rakiem_w_polsce_2015_2024.pdf [dostęp: 22.01.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

Rysunek 9. Placówki w Polsce wykonujące radioterapię (styczeń 2016 r.) – zestawienie własne.

Dolnośląskie
Dolnośląskie Centrum Onkologii, pl. Hirszfelda 12, 53-413 **Wrocław**
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Iwaszkiewicza 5/0, 59-220 **Legnica**
Affidea (na terenie Specjalistycznego Szpitala im. Sokołowskiego) ul. Sokołowskiego 4, 58-309 **Wałbrzych**
Kujawsko-pomorskie
Centrum Onkologii im. Prof. Łukaszczyka, ul. dr. I. Romanowskiej 2, 85-796 **Bydgoszcz**
Lubelskie
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, ul. Dr K. Jaczewskiego 7, 20-090 **Lublin**
Lubuskie
Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny ZOZ im. Marcinkowskiego, ul. Zyty 26, 65-046 **Zielona Góra**
Łódzkie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika, ul. Pabianicka 62, 93-513 **Łódź**
NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Sp. z o.o., ul. Jana Pawła II 35, 97-200 **Tomaszów Mazowiecki**
Małopolskie
Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie - Lecznictwo Szpitalne, Oddział Radioterapii (Amethyst), ul. os. Złotej Jesieni 1, 31-826 **Kraków**
Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Garncarska 11, 31-115 **Kraków**
Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu Ośrodek Leczenia Szpitalnego, ul. Młyńska 5, 33-300 **Nowy Sącz**
Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza, ul. Lwowska 178a, 33-100 **Tarnów**
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy Zakład Radioterapii Dzieci i Dorosłych, ul. Wielicka 265, 30-663 **Kraków**
Mazowieckie
Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Roentgena 5, 02-781 **Warszawa**
Mazowiecki Szpital Onkologiczny, ul. Kościelna 61, 05-135 **Wieliszew**
Europejskie Centrum Zdrowia Otwock, (Affidea) Szpital im. Chopina, ul. Borowa 14/18, 05-400 **Otwock**
Opolskie
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego, ul. Katowicka 66A, 45-060 **Opole**
Podkarpackie
Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza, ul. Ks. J. Bielawskiego 18, 36-200 **Brzozów**
Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 Im. Chopina, ul. Chopina 2, 35-055 **Rzeszów**,
Podlaskie
Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej– Curie, ul. Ogrodowa 12, 15-027 **Białystok**
Pomorskie
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Budynek nr 5 Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, ul. Dębinki 7, 80-952 **Gdańsk**
Szpital Morski im. PCK - Szpitale Wojewódzkie w Gdyni Sp. z o.o. ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 **Gdynia**
Śląskie
Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie - Oddział w Gliwicach, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15, 44-101 **Gliwice**
Beskidzkie Centrum Onkologii - Szpital Miejski im. Jana Pawła II, ul. Wyzwolenia 18, 43-300 **Bielsko-Biała**
Szpital im. Leszczyńskiego, ul. Raciborska 27, 40-074 **Katowice**
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P., ul. Bialska 104/118, 42-218 **Częstochowa**
Świętokrzyskie
Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny ZOZ, ul. Artwińskiego 3, 25-734 **Kielce**
Warmińsko-mazurskie
SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, al. Wojska Polskiego 37, 10-228 **Olsztyn**
Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, Nu-Med Grupa S.A., ul. Królewiecka 146, 82-300 **Elbląg**,
Wielkopolskie
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Zakład Radioterapii, ul. Garbary 15, 61-866 **Poznań**
Centrum Medyczne Hcp Sp. z o.o. (Affidea), ul. 28 Czerwca 1956 nr 194, 61-485 **Poznań**
Zachodniopomorskie
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii Oddział Kliniczny Radioterapii, ul. Strzałkowska 22, 71-730 **Szczecin**
Affidea Onkoterapia Sp. z o.o. Oddział Radioterapii (przy Wojewódzkim Szpitalu im. Kopernika) ul. Chałubińskiego 7, 75-581 **Koszalin**

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

6. Etapowość leczenia

Pacjent onkologiczny to pacjent, dla którego czas ma bardzo istotne znaczenie. Z racji postępującego i wyniszczającego charakteru choroby, każdy dzień przybliżający rozpoczęcie terapii jest na wagę złota. Niestety, z powodu sekwencyjności diagnostyki i leczenia, chory napotyka na swojej drodze kolejki, praktycznie na każdym kolejnym etapie, przy czym kilka razy traci czas z racji oczekiwania na kolejne konsultacje w celu uzyskania skierowania na badanie diagnostyczne czy zabieg. Korzystając ze zgromadzonych danych Fundacja WHC przybliża problem analizując go pod kątem, wspomnianych już w raporcie, brytyjskich standardów postępowania oraz polskiego pakietu onkologicznego. Zgodnie z brytyjskimi standardami maksymalny czas oczekiwania od wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, do rozpoczęcia terapii nie powinien przekraczać 2 miesięcy. Z kolei zgodnie z pakietem onkologicznym polskiego Ministerstwa Zdrowia, maksymalny czas oczekiwania na leczenie onkologiczne nie powinien przekraczać 9 tygodni (2,1 mies.) w 2015 r. i 2016 r. (oraz docelowo 7 tygodni w 2017 r.).

W niniejszym dokumencie zwracamy szczególną uwagę na trzy najczęstsze nowotwory: płuca, piersi oraz stercza. Dane przedstawione poniżej obrazują ścieżkę pacjenta onkologicznego:

- posiadającego Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO);
- nie posiadającego karty DiLO;
    - leczącego się w dużych centrach onkologicznych;
    - leczącego się w mniejszych szpitalach onkologicznych.

6.1. Etapowość postępowania w raku płuca

Pierwsza ścieżka pacjenta onkologicznego przedstawiona została na przykładzie chorego na raka płuca. Najnowsze wyniki uzyskane przez Fundację WHC pokazują iż na wizytę u pulmonologa, bez karty DiLO, pacjent musi poczekać średnio 4 tygodnie (1 mies.). Jest to pierwsze ograniczenie, na które napotyka pacjent na wstępnym etapie leczenia. Po wizycie u pulmonologa chory jest kierowany na tomografię komputerową klatki piersiowej, na którą poczeka prawie 11 tygodni (2,7 mies.). Kolejnym etapem jest wizyta u specjalisty z zakresu

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

chirurgii klatki piersiowej – niecały miesiąc oczekiwania (0,9 mies.). W przypadku istnienia możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego, na operację chory czeka średnio 2 tygodnie (0,5 mies.). Jeżeli jednak chory nie zostanie zakwalifikowany do leczenia operacyjnego po wizycie u onkologa, na którą oczekuje 3,2 tygodnia (0,8 mies.), ma możliwość dwóch rodzajów terapii: leczenie systemowe (chemioterapia, terapia ukierunkowana molekularnie) i/lub radioterapię, na którą czeka się ok. 2,4 tygodnia. Łączny czas od wizyty u lekarza POZ do rozpoczęcia leczenia za pomocą radioterapii paliatywnej raka płuca w styczniu 2016 r. wyniósł 6 miesięcy. W poprzednio badanym okresie tj. we wrześniu 2015 r. przeciętny skumulowany czas wyniósł 6,9 miesiąca.

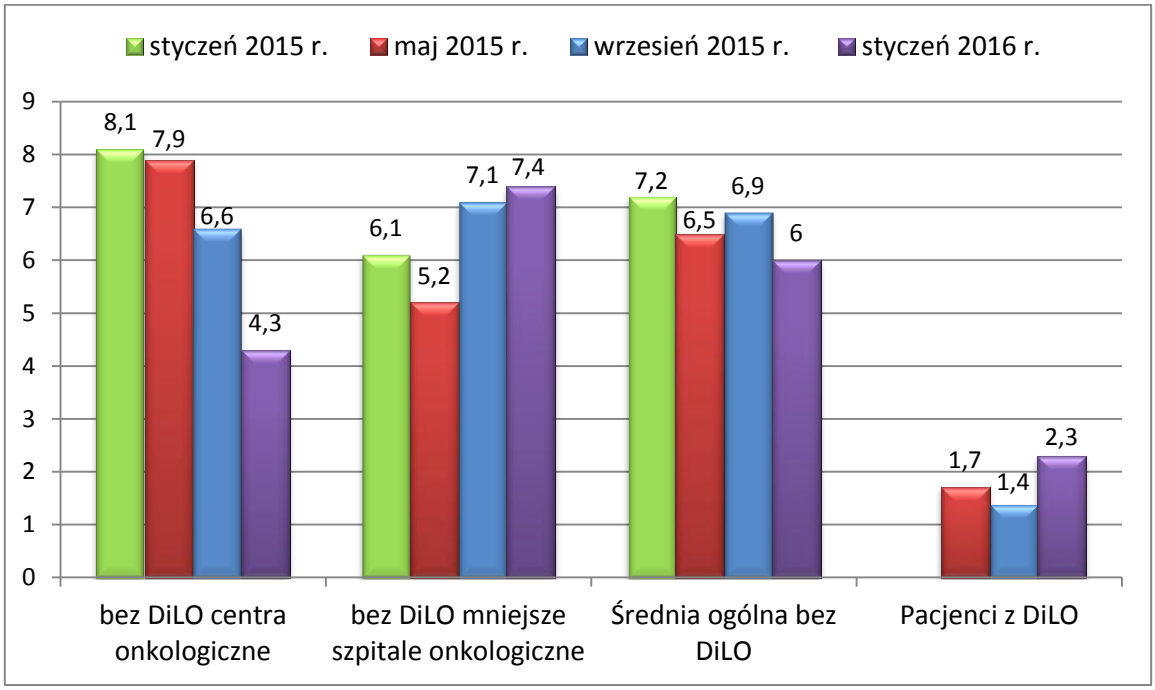
Poniżej zaprezentowany został podział ścieżek pacjenta ze względu na przyjęte kryteria (tab. 3).

Tabela 3. Etapowość postępowania u pacjenta z rakiem płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia – średnia dla pacjentów bez karty DiLO oraz podział na duże centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także średnia dla pacjentów z kartą DiLO

Etapowość diagnostyki pacjenta z rakiem płuc:	**OnkoBarometr – styczeń 2016 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO**	Pacjenci **bez karty DiLO**	Średnia ogólna[18] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
	duże centra onkologiczne	*mniejsze szpitale onkologiczne*		
A. **zakończona leczeniem operacyjnym**	14,4 tyg. (3,6 mies.)	26 tyg. (6,5 mies.)	**20,4 tyg. (5,1 mies.)**	**8,6 tyg. (2,14 mies.)**
B. **zakończona radioterapią paliatywną**	17,2 tyg. (4,3 mies.)	29,8 tyg. (7,4 mies.)	**24 tyg. (6 mies.)**	**9,2 tyg. (2,3 mies.)**

[18] Średnia liczona na podstawie czasu oczekiwania w dużych centrach onkologicznych oraz pozostałych placówkach.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 10. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia raka płuca styczeń 2015 vs. maj 2015 vs wrzesień 2015 vs styczeń 2016 (w mies.)

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Rysunek 11. Etapowość postępowania w raku płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO - średnie

Zgodnie z powyższym schematem od czasu wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do rozpoczęcia leczenia radioterapią pacjent bez karty DILO czeka ok. 6 mies. (24 tyg.). Jest to czas krótszy o 3,6 tyg. niż we wrześniu 2015 r. – wtedy 6,9 mies.

W przypadku pacjenta posiadającego „zieloną kartę" czas od podejrzenia raka płuca do rozpoczęcia leczenia radioterapią paliatywną wynosi około 9,2 tyg. - wydłużenie czasu oczekiwania o 3,6 tyg.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

6.2 Etapowość postępowania w onkologii określono również dla pacjentki z podejrzeniem raka piersi.

W przypadku pacjentki bez karty DiLO, czas oczekiwania ogółem, **od momentu wykrycia podejrzanej zmiany w ramach samokontroli czy w wyniku badania przesiewowego** (np. mammografii), **do czasu rozpoczęcia leczenia operacyjnego, oszczędzającego pierś diagnozowanej, z dodatkową tomografią komputerową miednicy małej i brzucha wynosi 6 mies.** Należy podkreślić, iż w styczniu 2015 r. przeciętny czas wyniósł 5,6 mies., a w maju oraz styczniu 2015 r. 9 mies.

W przypadku pacjentki posiadającej już od początku diagnostyki „zielona kartę" i wymagającej **tomografii miednicy małej i brzucha, ten czas wynosi 12,4 tygodnia (3,1 mies.), wg wprowadzonego pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać 9 tygodni, natomiast dla obserwowanego okresu nastąpiło wydłużenie o 2,4 tyg.** Powstaje zatem pytanie ile kobiet z podejrzeniem raka piersi jest, a ile nie jest rozlicznych w ramach pakietu onkologicznego – przekroczenie czasu 9 tygodni od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia prowadzić powinno do zablokowania rozliczenia w ramach pakietu.

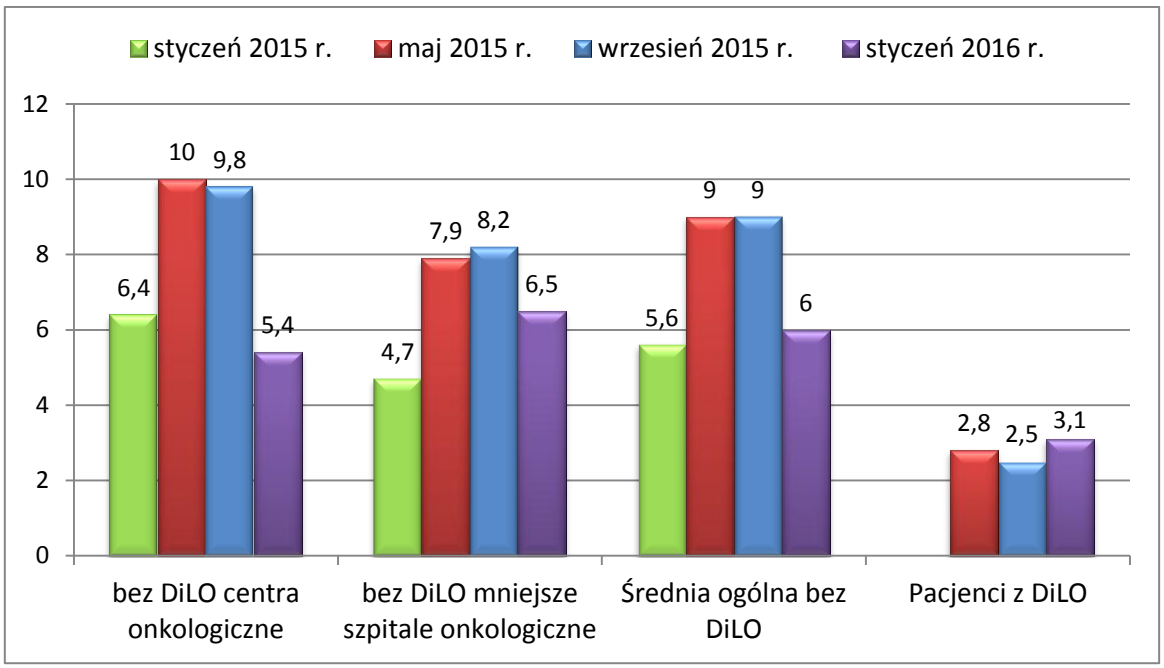
Tabela 4. Etapowość postępowania w raku piersi od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia – pacjenci bez karty DiLO i tu duże centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także średnia dla pacjentów z kartą DiLO

Etapowość diagnostyki pacjenta z rakiem piersi:	**OnkoBarometr - styczeń 2016 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO**	Pacjenci **bez karty DiLO**	Średnia ogólna[19] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
	duże centra onkologiczne	*mniejsze szpitale onkologiczne*		
A. **Bez tomografii komputerowej miednicy małej**	17,6 tyg. (4,4 mies.)	20 tyg. (5 mies.)	**18,8 tyg. (4,7 mies.)**	**10,8 tyg. (2,7 mies.)**

[19] Średnia liczona na podstawie czasu oczekiwania w dużych centrach onkologicznych oraz pozostałych placówkach.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

i brzucha				
B. **Z tomografią komputerową miednicy małej i brzucha**	21,6 tyg. (5,4 mies.)	26 tyg. (6,5 mies.)	**24 tyg. (6 mies.)**	**12,4 tyg. (3,1 mies.)**



Rysunek 12. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia w raku piersi styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 (w mies.)

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Rysunek 13. Etapowość postępowania w raku piersi od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia w przypadku pacjentki bez karty DiLO – średnie (mies.)

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

6.3. Etapowość postępowania w raku stercza

Ocena etapowości postępowania w raku prostaty jest przedstawiana przez Fundację WHC po raz trzeci w OnkoBarometrze.

Statystyki w Polsce dotyczące raka stercza pokazują, że w 2015 roku liczba zachorowań wynosiła ponad 13,3 tys. osób. Do 2025 r. ma zaś wzrosnąć do poziomu ponad 22,3 tys. osób chorych. Większość zachorowań i zgonów w polskiej populacji występuje wśród mężczyzn w dwóch grupach wiekowych 45-64 lata oraz powyżej 65 lat.[20]

Pacjent swoją ścieżkę diagnostyki zaczyna u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, potem kierowany jest na badanie PSA, z wynikami musi udać się do urologa i tutaj napotyka na pierwszą przeszkodę, gdyż na wizytę u urologa trzeba czekać około 1 mies. Lekarz urolog analizuje wyniki PSA oraz wykonuje badanie per rectum, po którym stawia wstępną diagnozę. Jeżeli podejrzewa zmiany nowotworowe kieruje pacjenta na biopsję stercza (około 3 tygodnie oczekiwania), gdzie pobierany jest wycinek do badania histopatologicznego (średnio od 2-3 tyg. oczekiwania na wynik). Z wynikami badań pacjent ponownie udaje się do urologa. W analizowanej przez Fundację WHC etapowości postępowania do rozpoczęcia leczenia raka prostaty czas oczekiwania na kolejną wizytę został przyjęty jako zerowy (0 dni), jednak w rzeczywistości pacjent może napotkać się na ograniczenia związane z powtórną wizytą u specjalisty, które automatycznie wydłużą skumulowany czas oczekiwania. Pacjent ma następujące możliwości:

- może zostać przyjęty bez kolejki;
- lekarz ustala termin konsultacji;
- czeka w kolejce do wizyty drugo-razowej;
- musi od początku przeczekać w kolejce, aby dostać się do specjalisty.

Jeżeli wyniki badań są nieprawidłowe, lekarz podejmuje decyzję o wykonaniu kolejnych badań diagnostycznych, a w końcu o formie podjętej terapii. Rozważono cztery możliwości leczenia pacjenta:

radioterapia w raku stercza – 0,6 mies. (2,4 tyg.)

[20] http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Prognozy_2025.pdf, str.71 [dostęp: 28.01.2016 r.].

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

brachyterapia – 0,8 mies. (3,2 tyg.)

prostatektomia radykalna – 1,1 mies. (4,4 tyg.)

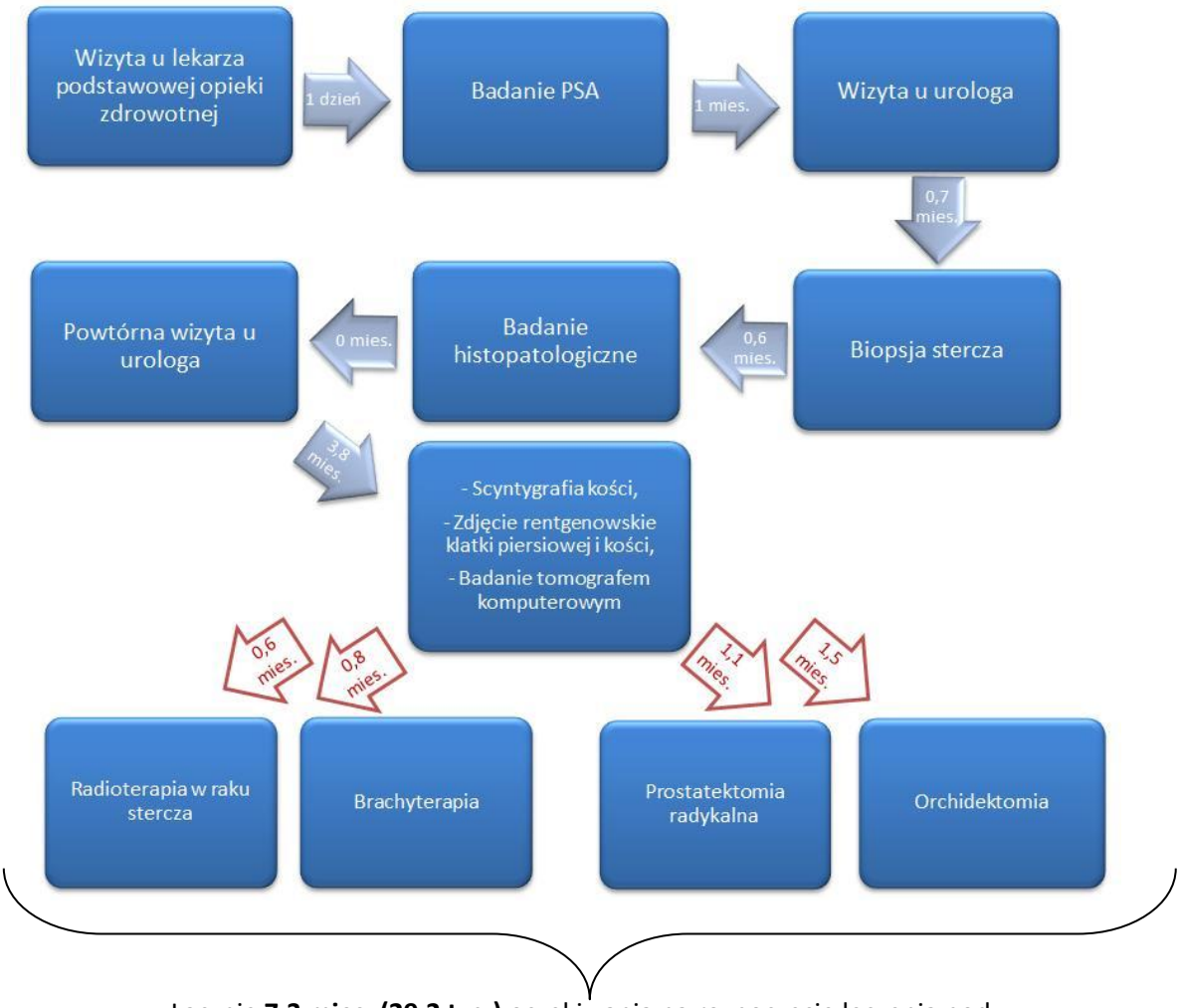
orchidektomia – 1,5 mies. (6 tyg.)

Tabela 5. Etapowość postępowania w raku prostaty od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia: pacjenci bez karty DiLO i tu podział na centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także pacjenci z kartą DiLO

Etapowość diagnostyki **pacjenta z rakiem prostaty:**	**OnkoBarometr styczeń 2016 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO**	Pacjenci **bez karty DiLO**	Średnia ogólna[21] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
	Duże centra onkologiczne	*Mniejsze szpitale onkologiczne*		
A. zakończona leczeniem operacyjnym	34,8 tyg. (8,7 mies.)	23,6 tyg. (5,9 mies.)	**29,2 tyg. (7,3 mies.)**	**8,4 tyg. (2,1mies.)**
B. zakończona radioterapią paliatywną	32,4 tyg. (8,1 mies.)	21,6 tyg. (5,4 mies.)	**27,2 tyg. (6,8 mies.)**	**8,4 tyg. (2,1 mies.)**

[21] Średnia liczona na podstawie czasu oczekiwania w dużych centrach onkologicznych oraz pozostałych placówkach.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



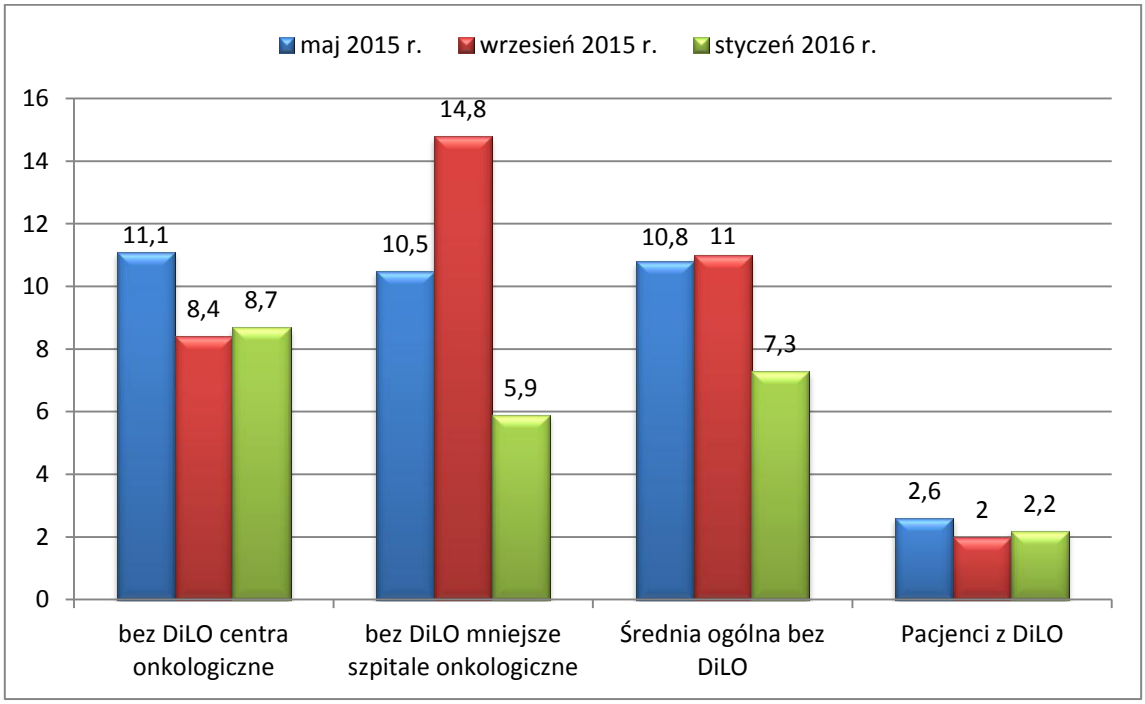
Łącznie **7,3 mies. (29,2 tyg.)** oczekiwania na rozpoczęcie leczenia pod postacią prostatektomii radykalnej

Rysunek 14. Etapowość postępowania w raku stercza od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO – średnie (mies.)

Skumulowany czas oczekiwania pacjenta bez karty DiLO na podjęcie leczenia operacyjnego diagnozowanego z wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego wynosi około 7,3 miesiąca.

W przypadku pacjenta posiadającego „zieloną kartę" skumulowany czas oczekiwania wynosi średnio 8,4 tygodnia.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 15. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia w raku stercza maj 2015 vs. wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 (w mies.)

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

6.4. Etapowość postępowania w białaczce

Fundacja WHC oceniała również etapowość postępowania w białaczce. **Na wizytę u specjalisty hematologa dorosły chory czekał średnio ponad 6,6 miesiąca.**

Na największe ograniczenia w dostępności do leczenia w styczniu 2016 r. chory napotykał na etapie leczenia imatinibem przewlekłej białaczki szpikowej, prawie 10 mies. (40 tyg.) wynosi czas oczekiwania w kolejce bez karty DiLO.

Nastąpiły zmiany w dostępie do tego leku. Dostępny był on przez długi okres czasu w ramach programu lekowego. W tym momencie istnieje możliwość leczenia przewlekłej białaczki szpikowej w ramach programu lekowego dazatynibem.[22]

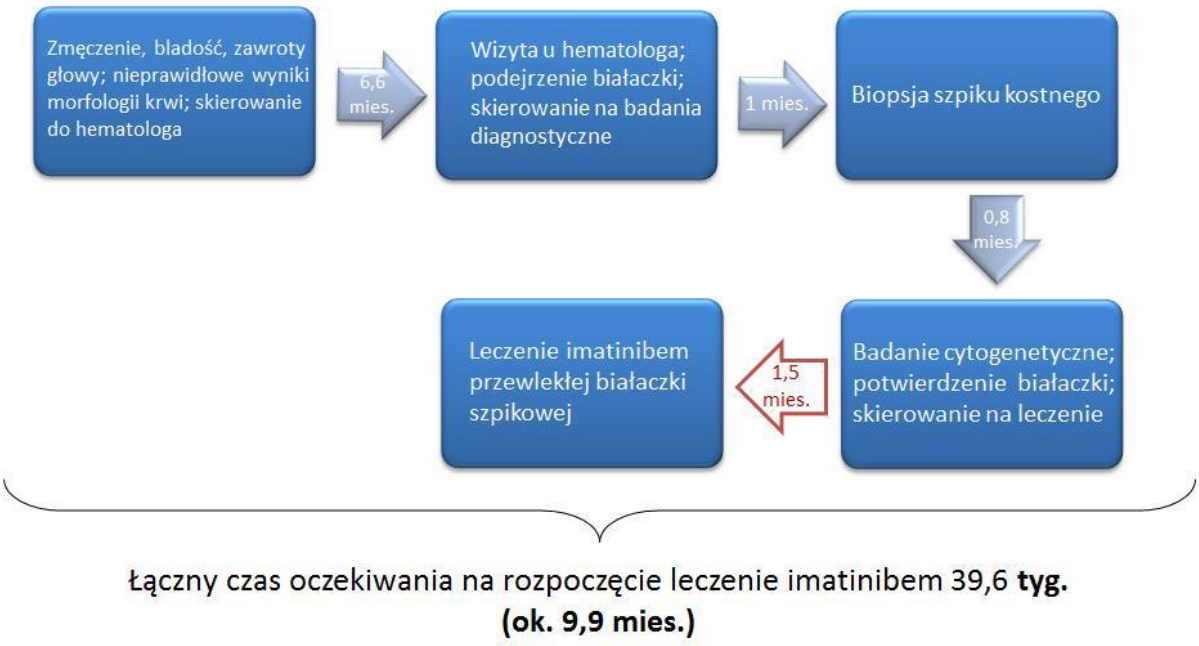
Imatinib nie jest już dostępny w programie lekowym, został włączony do leczenia chemioterapeutycznego i jest refundowany. Pacjent w celu przyjęcia leku pierwszy raz powinien najpierw zgłosić się na oddział, aby lekarze mogli sprawdzić stan jego zdrowia, później lek może być podawany już w poradni. Drugą opcją, aby otrzymać lek jest zgłoszenie się na oddział, gdzie następnie lekarze zgłaszają zapotrzebowanie pacjenta do firmy farmaceutycznej i rozpoczyna się leczenie.

Poniżej przedstawiono schemat etapowości leczenia dla chorego na przewlekłą białaczkę szpikową, który przechodzi kwalifikację do podania leku zaczynając od poradni hematologicznej.

[22] Program lekowy, zgodnie z art. 2 pkt 18 ustawy o refundacji, oznacza program zdrowotny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obejmujący technologię lekową, w której substancja czynna nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, który nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych w rozumieniu tej ustawy. O włączeniu chorego do programu lekowego i zastosowaniu odpowiedniej terapii decyduje lekarz prowadzący. Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie programów lekowych dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia, biorąc pod uwagę kryteria określone w art. 12 ustawy o refundacji (art. 31 b ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

W przypadku pacjenta bez karty DiLO czas od podejrzenia białaczki do rozpoczęcia leczenia wynosi prawie 10 mies. (44 tyg.). Natomiast pacjenci z kartą DiLO w etapowości postępowania w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej **czekają na wdrożenie leczenia 3,1 mies. (12,4 tyg.) i czas ten nie mieści się w 9-tygodniowym czasie oczekiwania w ramach pakietu onkologicznego.**



Rysunek 16. Etapowość postępowania w białaczce od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia

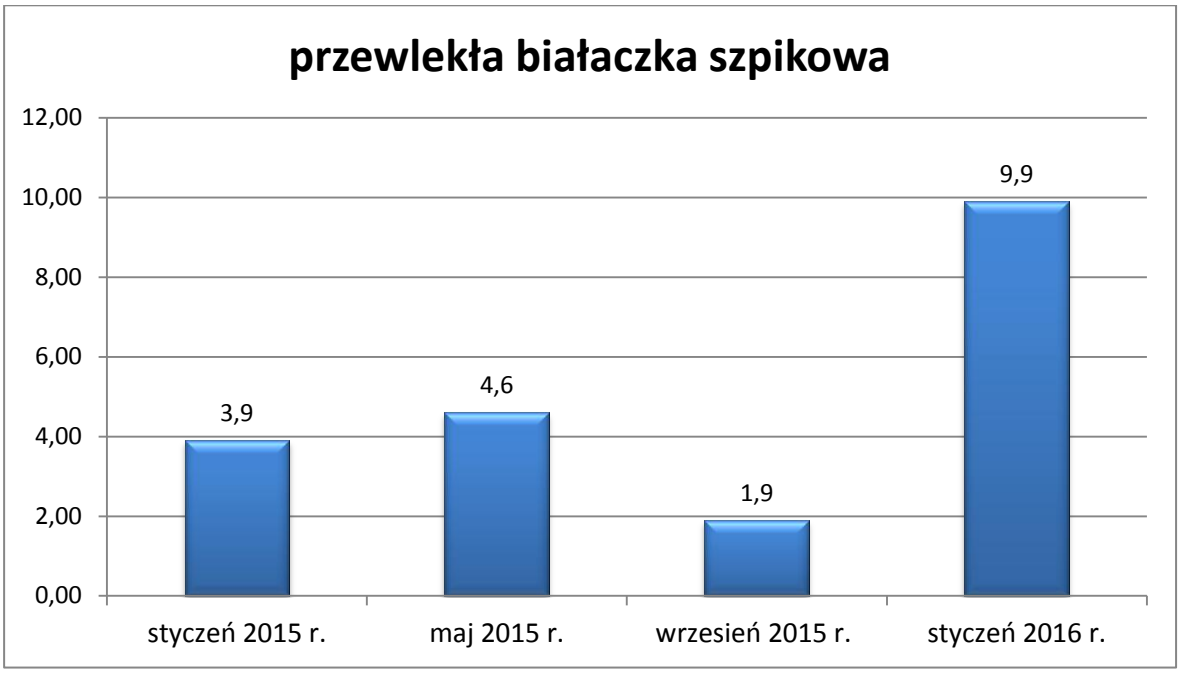
Tabela 6. Etapowość postępowania w białaczce szpikowej od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia: pacjenci bez karty DiLO, podział na centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także pacjenci z kartą DiLO

Etapowość leczenia:	**OnkoBarometr styczeń 2016 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO**	Pacjenci **bez karty DiLO**	Średnia ogólna[23] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
	Duże centra onkologiczne	*Mniejsze szpitale onkologiczne*		

[23] Średnia liczona na podstawie czasu oczekiwania w dużych centrach onkologicznych oraz pozostałych placówkach.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

przewlekłej białaczki szpikowej	37,2 tyg. (9,3 mies.)	41,8 tyg. (10,5 mies.)	**39,6 tyg. (9,9 mies.)**	**12,5 tyg. (3,1 mies.)**



Rysunek 17. Porównanie skumulowanego czasu etapowości przewlekłej białaczki szpikowej styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 (w mies.)

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Wnioski

1. Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii w styczniu 2016 r. wyniósł **prawie 5 tygodni** dla pacjentów bez Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego oraz **2,4 tygodnia** dla pacjentów posiadających tę kartę – przy czym należy pamiętać, że leczenie nowotworów obejmuje zwykle kilka procedur diagnostycznych i terapeutycznych wykonywanych etapowo.
2. Najdłużej pacjenci bez karty DiLO czekają w kolejkach do świadczeń z **dziedzin chirurgii onkologicznej** oraz **hematologii i hematoonkologii,** bo około **6,4 tyg.**
3. Świadczeniami na które w onkologii czeka się najdłużej są: **zabieg rekonstrukcji piersi 25,8 tyg.** oraz **rezonans magnetyczny mózgu (MRI) 24,8 tyg.**
4. Z danych dotyczących etapowości leczenia w styczniu 2016 roku wynika, że w przypadku skumulowanego czasu **leczenia raka płuc, piersi oraz leczenia imatinibem przewlekłej białaczki szpikowej** pacjent onkologiczny nie mieści się w założonym przez pakiet onkologiczny terminie 9 tygodni oczekiwania.
5. Na **wizytę do specjalisty** pacjenci onkologiczni nie posiadający karty DiLO oczekują średnio **3 tygodnie**, na **diagnostykę** trzeba poczekać około **5,2 tygodnia**, dostęp do **zabiegów** wynosi średnio **6,5 tygodnia**, a na **leczenie niezabiegowe** pacjenci czekają w kolejce **4 tygodnie**.
6. Zbadana przez Fundację WHC dostępność do onkologa wykazała, że ogólny czas oczekiwania dla Polski wyniósł w styczniu 2016 r. **3,1 tyg. dla pacjentów bez karty DiLO** oraz **1,4 tyg. dla pacjentów z kartą DiLO**. Wśród tych pacjentów **najgorszy dostęp do onkologa** zaobserwowano w województwie **śląskim, dolnośląskim i podkarpackim.**
7. Z zebranych przez Fundację danych wynika, że **„białe plamy" w dostępie do radioterapii** występują w Polsce w województwie **mazowieckim, pomorskim, łódzkim** oraz **świętokrzyskim.**

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

Spis rysunków

Rysunek 1. Schemat badania ograniczeń w dostępie do świadczeń onkologicznych w ramach OnkoBarometru WHC.....19
Rysunek 2. Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (w tyg.) w poszczególnych dziedzinach onkologicznych styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016..... 21
Rysunek 3. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia zdrowotne w dużych, specjalistycznych centrach onkologicznych oraz w pozostałych placówkach (w tyg.), pacjenci bez karty DiLO, styczeń 2016 r..... 22
Rysunek 4. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty z zakresu dziedzin onkologicznych wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 r. (w tyg.). 23
Rysunek 5. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne styczeń 2016 r. (w mies.) 26
Rysunek 6. Porównanie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 r. (w mies.) 28
Rysunek 7. Średni czas oczekiwania na wykonanie zabiegu onkologicznego we wrześniu 2015 r. oraz w styczniu 2016 r. (w mies.) 30
Rysunek 8. Czas oczekiwania (w mies.) na rozpoczęcie leczenia, porównanie wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 r (bez karty DiLO)..... 32
Rysunek 9. Placówki w Polsce wykonujące radioterapię (styczeń 2016 r.) – zestawienie własne. 40
Rysunek 10. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia raka płuca styczeń 2015 vs. maj 2015 vs wrzesień 2015 vs styczeń 2016 (w mies.) 43
Rysunek 11. Etapowość postępowania w raku płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO - średnie..... 44
Rysunek 12. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia raku piersi styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 (w mies.). 46
Rysunek 13. Etapowość postępowania w raku piersi od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia w przypadku pacjentki bez karty DiLO – średnie 47
Rysunek 14. Etapowość postępowania w raku prostaty od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO – średnie..... 50

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Rysunek 15. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia raku stercza maj 2015 vs. wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 (w mies.). 51
Rysunek 16. Etapowość postępowania w białaczce od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia..... 53
Rysunek 17. Porównanie skumulowanego czasu etapowości przewlekłej białaczki szpikowej styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 (w mies.) 54

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Załącznik

Tabela 1 Zestawienie czasu oczekiwania na świadczenie PET-CT – styczeń 2016, w poszczególnych ośrodkach onkologicznych w Polsce, dla pacjentów z kartą DiLO (dane w tygodniach). 36
Tabela 2 Zestawienie czasu oczekiwania na świadczenie PET-CT – styczeń 2016, w poszczególnych ośrodkach onkologicznych w Polsce, dla pacjentów bez karty DiLO (dane w tygodniach). 36
Tabela 3. Etapowość postępowania u pacjenta z rakiem płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia – średnia dla pacjentów bez karty DiLO oraz podział na duże centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także średnia dla pacjentów z kartą DiLO 42
Tabela 4. Etapowość postępowania w raku piersi od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia – pacjenci bez karty DiLO i tu duże centra onkologiczne vs. pozostałe placówki oraz pacjenci z kartą DiLO..... 45
Tabela 5. Etapowość postępowania w raku prostaty od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia: pacjenci bez karty DiLO i tu podział na centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także pacjenci z kartą DiLO..... 49
Tabela 6. Etapowość postępowania w białaczce szpikowej od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia: pacjenci bez karty DiLO i tu podział na centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także pacjenci z kartą DiLO..... 53

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][24]		
			I 2016	IX 2015	Zmiana
Ogółem			**1,2**	**1,1**	=
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA			**1,6**	**2,0**	=
1.	**wizyta u chirurga onkologa**	kobieta; 27 lat; na podstawie USG piersi stwierdzono obecność dwóch zmian w obrębie sutków; rak piersi w wywiadzie rodzinnym; posiada skierowanie od ginekologa	**0,7**	**1,3**	↓
2.	**operacja raka odbytu**	mężczyzna; 65 lat; rak odbytnicy potwierdzony badaniem rektoskopowym i wynikami histopatologicznymi; posiada skierowanie od onkologa	**1,6**	**0,8**	↑
3.	**wycięcie pachowych węzłów chłonnych**	kobieta; 82 lata; usunięta lewa pierś ze zmianą nowotworową; powiększone węzły chłonne pachowe z prawej strony bez widocznych zmian w piersi prawej w badaniu mammograficznym; biopsja węzła wykazała zmianę złośliwą; posiada skierowanie od onkologa	**0,9**	**1,2**	=
4.	**prostatektomia radykalna**	mężczyzna; 56 lat; trudności z oddawaniem moczu; niski poziom czerwonych krwinek; wysokie stężenie PSA (swoisty antygen prostaty); wykonano badanie per rectum oraz USG gruczołu krokowego; zdiagnozowany rak prostaty potwierdzony badaniem histopatologicznym; posiada skierowanie od chirurga onkologa	**1,1**	**1,5**	=
5.	**operacja oszczędzająca pierś**	kobieta; 34 lata; w badaniu USG wykryto guzek w prawej piersi o średnicy 2,3 cm; węzły chłonne niepowiększone; biopsja gruboigłowa z badaniem patomorfologicznym wykazała zmianę łagodną; skierowanie na leczenie chirurgiczne od onkologa	**1,4**	**1,6**	=
6.	**wizyta u chirurga dziecięcego**	dziecko; 16 lat; zmiana pod pachą między żebrami; podejrzenie włókniaka; skierowanie od pediatry	**0,4**	**0,2**	=

[24] podane wyniki zostały przybliżone do jednego miejsca po przecinku

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][24]		
			I 2016	IX 2015	Zmiana
Ogółem			**1,2**	**1,1**	=
7.	**resekcja tarczycy**	kobieta; 28 lat; objawy charakterystyczne dla nadczynności tarczycy; wole; nadpobudliwość; uczucie kołatania serca; uczucie niepokoju; rozpoznano gruczolaka toksycznego tarczycy wielkości 3 cm; leczona farmakologicznie bez poprawy; posiada skierowanie od chirurga	**0,9**	**1,5**	↓
8.	**Mukozektomia**	kobieta; 62 lata; guzy zajmujące błonę śluzową żołądka potwierdzone w gastroskopii; wczesna postać zmian nowotworowych; powtarzające się wymioty; brak apetytu; posiada skierowanie od gastrologa	**1,1**	**1,8**	↓
9.	**usunięcie guzka tarczycy**	kobieta; 49 lat; na podstawie badania USG stwierdzono obecność guzka koloidowego; wyniki biopsji potwierdziły złośliwość zmiany; posiada skierowanie od endokrynologa	**1,9**	**2,3**	=
10.	**rekonstrukcja piersi - wstawienie implantu typu ekspander**	kobieta; 30 lat; po obustronnej mastektomii (chirurgicznym usunięciu piersi) z powodu nowotworu	**6,4**	**8,3**	↓
11.	**zabieg usunięcia nadnercza**	mężczyzna; 21 lat; od 6 roku życia ma problemy z guzami chromochłonnymi nadnerczy; przeszedł trzy operacje usunięcia guzów nadnerczy; ma usunięte prawe nadnercze; nadciśnienie tętnicze II stopnia; sporadycznie występująca tachykardia; częste napady potliwości; zmiany miażdżycowe tętnic; guz o wymiarach 5 cm x 3 cm umiejscowiony w lewym nadnerczu	**1,4**	**2,2**	↑
12.	**resekcja trzustki**	mężczyzna; 44 lata; w wywiadzie rak trzustki u krewnych pierwszego stopnia; złe samopoczucie; żółtaczka zaporowa; utrata masy ciała; pojawiła się nietolerancja glukozy; wykonano USG, ERCP (endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna); wykryto guz ograniczony do trzustki; stwierdzono brak zajęcia regionalnych węzłów chłonnych; posiada skierowanie od onkologa	**0,8**	**1,2**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][24]		
			I 2016	IX 2015	Zmiana
Ogółem			**1,2**	**1,1**	=
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA			**1,0**	**1,1**	=
1.	**wizyta u ginekologa**	kobieta; 30 lat; zmiany III stopnia w badaniu cytologicznym (zmiany zapalne oraz pojedyncze komórki dysplastyczne)	**0,4**	**0,1**	=
2.	**tomografia komputerowa (TK) miednicy małej i brzucha**	kobieta; 52 lata; badanie USG potwierdziło występowanie guza jajnika; posiada skierowanie od ginekologa	**1,3**	**2,5**	↓
3.	**Kolposkopia**	kobieta; 32 lata; wynik cytologii grupa III b (występują typowe komórki dysplastyczne); skierowanie od ginekologa	**0,8**	**0,4**	=
4.	**operacja guza jajnika**	kobieta; w obrazie USG guz jajnika 4 x 2 cm; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia guza	**1,0**	**1,6**	↓
5.	**operacja usunięcia macicy (histerektomia)**	kobieta; 57 lat; menopauza; silny ból w podbrzuszu; nieregularne krwawienia; w badaniu USG stwierdzono liczne mięśniaki macicy; skierowanie od ginekologa	**2,5**	**2,5**	=
6.	**usunięcie jajnika**	kobieta; 28 lat; ból podbrzusza w okolicy jajnika; guz jajnika prawego wykryty w badaniu USG i TK; stopień zaawansowania FIGO IA; guz w obrębie jednego jajnika; posiada skierowanie od ginekologa	**0,9**	**0,8**	=
7.	**chemioterapia pooperacyjna raka trzonu macicy**	kobieta; 48 lat; rak trzonu macicy; stopień zaawansowania FIGO III; przerzuty poza jamę brzuszną; przeprowadzono paliatywne wycięcie macicy z przydatkami; skierowanie od onkologa	**0,8**	**0,5**	=
8.	**zabieg usunięcia mięśniaków macicy**	kobieta; 56 lat; na podstawie badania histopatologicznego zdiagnozowano mięśniaki macicy; skierowanie od onkologa	**1,2**	**2,2**	↓
9.	**Cytologia**	kobieta; 28 lat; matka kobiety chorowała na raka szyjki macicy; badanie w ramach profilaktyki	**0,2**	**0,2**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][24]		
			I 2016	IX 2015	Zmiana
Ogółem			**1,2**	**1,1**	=
10.	**pobranie wycinków ze sromu w znieczuleniu miejscowym**	kobieta; 53 lata; niepokojące zmiany w obrębie sromu; podejrzenie zmian nowotworowych; skierowanie od lekarza rodzinnego	**0,6**	**0,7**	=
11.	**usunięcie guzków ze sromu w znieczuleniu miejscowym**	kobieta; 45 lat; duże postacie kłykcin kończystych; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia guzków ze sromu	**1,0**	**0,9**	=
12.	**usunięcie polipów z kanału szyjki macicy**	kobieta; 35 lat; w trakcie kontrolnej wizyty ginekologicznej obecność polipów w kanale szyjki macicy została potwierdzona badaniem USG; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia polipów	**1,1**	**0,9**	=
HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA			**1,5**	**0,8**	↑
1.	**wizyta u hematologa**	dziecko; 6 lat; przewlekle powiększone węzły chłonne pachowe i pachwinowe; znacznie podwyższony poziom leukocytów pomimo leczenia antybiotykami o szerokim spektrum; nie ujawniono zakażenia i ognisk zapalnych; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	**1,1**	0,8	=
2.	**USG węzłów szyjnych**	kobieta; 22 lata; ból przy poruszaniu głową; wybrzuszenie na szyi; palpacyjnie stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych; skierowanie od internisty	**1,9**	0,5	↑
3.	**immunochemioterapia**	kobieta; 44 lata; stany podgorączkowe; nawracające zapalenia płuc; w biopsji zdiagnozowany chłoniak BALT (rzadko występujący rozrost limocytów typu B, wywodzący się z tkanki chłonnej oskrzeli); posiada skierowanie od onkologa	**0,6**	0,8	=
5.	**badanie cytogenetyczne**	chłopiec; 15 lat; w morfologii podwyższona liczba limfocytów; podejrzenie ostrej białaczki limfoblastycznej; posiada od pediatry skierowanie na badanie	**0,8**	0,5	=
4.	**trepanobiopsja szpiku kostnego**	kobieta; 27 lat; podejrzenie ziarnicy złośliwej; niejednoznaczny wynik biopsji aspiracyjnej szpiku; posiada skierowanie od hematoonkologa	**1,0**	0,9	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][24]		
			I 2016	IX 2015	Zmiana
Ogółem			**1,2**	**1,1**	=
6.	**chemioterapia w leczeniu chłoniaka Hodgkina**	mężczyzna; 32 lata; stadium II chłoniaka Hodgkina; umiejscowiony powyżej przepony; brak objawów systemowych; korzystne rokowanie; skierowanie od onkologa	0,5	**0,2**	=
7.	**leczenie erytropoetyną beta niedokrwistości w przebiegu niewydolności nerek**	kobieta; lat 22; upośledzenie funkcji nerek; niedokrwistość ze stężeniem 9 g/dl; niedializowana; pacjentka posiada skierowanie od hematologa na rozpoczęcie leczenia w ramach terapii niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek	1,1	**1,0**	=
8.	**leczenie anagrelidem nadpłytkowości samoistnej w ramach programu lekowego**	mężczyzna; 27 lat; nadpłytkowość samoistna; niedostateczna reakcja na hydroksymocznik; liczba płytek krwi powyżej 1 500 G/l; pacjent zakwalifikowany przez hematologa do leczenia w ramach terapii nadpłytkowości samoistnej	6,0	**2,2**	↑
9.	**leczenie imatinibem przewlekłej białaczki szpikowej**	mężczyzna; 25 lat; przewlekła białaczka szpikowa; obecność chromosomu Filadelfia; skierowanie na leczenie imatinibem w związku z przedłużającym się oczekiwaniem na dawcę szpiku	1,5	**0,4**	↑
10.	**leczenie szpiczaka plazmatycznokomórkowego bortezomibem w ramach programu lekowego**	kobieta; 76 lat; szpiczak mnogi; z powodu oporności niezakwalifikowana do chemioterapii ; niewydolność nerkowa	1,0	**0,7**	=
ONKOLOGIA			**1,4**	**1,2**	=
1.	**wizyta u onkologa**	mężczyzna; 38 lat; z usuniętym lewym jądrem (z powodu potwierdzonego badaniem histopatologicznym złośliwego nowotworu jądra – nasieniak) w zdjęciu RTG (rentgenowskim) wykryto zmiany przerzutowe do płuc	**0,8**	**1,3**	↓
2.	**mastektomia całkowita**	kobieta; 32 lata; pacjentka przeszła zabieg chirurgiczny oszczędzający pierś; wznowa nowotworu; wskazanie do mastektomii całkowitej	**1,3**	**0,8**	↑

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][24]		
			I 2016	IX 2015	Zmiana
Ogółem			**1,2**	**1,1**	=
3.	**zabieg usunięcia zmiany**	mężczyzna; 67 lat; zdiagnozowany rak podstawnokomórkowy w lewej okolicy oczodołowej ograniczony miejscowo; skierowanie od onkologa; pacjent zakwalifikowany na zabieg chirurgiczny usunięcia zmiany	2,2	**1,3**	↑
4.	**biopsja stercza**	mężczyzna; 67 lat; potwierdzony badaniem USG przerost gruczołu krokowego; podwyższony poziom PSA (antygen sterczowy); podejrzenie raka prostaty; zlecenie przez urologa wykonania biopsji stercza	0,7	**0,8**	=
5.	**bronchoskopia (endoskopowe badanie dróg oddechowych)**	mężczyzna; 56 lat; nawracające zapalenia płuc; obecnie wysoka gorączka i kaszel: ropna wydzielina z płuc; zlecenie wykonania bronchoskopii w celu wykluczenia procesu nowotworowego; posiada skierowanie od pulmonologa	0,6	**0,4**	=
6.	**biopsja guzków tarczycy**	kobieta; 43 lata; w badaniu USG stwierdzono liczne guzki tarczycy; skierowanie na wykonanie biopsji	2,1	**0,9**	↑
7.	**terapia paliatywna**	kobieta; 62 lata; rozpoznanie zaawansowanego raka trzustki (IV stopień); na podstawie wyników biopsji stwierdzono przerzuty do watroby; skierowana na leczenie paliatywne	0,3	**0,5**	=
8.	**wizyta u dermatologa**	mężczyzna; 35 lat; na skórze liczne znamiona barwnikowe; ostatnio zauważył pojawienie się kolejnych licznych zmian barwnikowych oraz zmianę zabarwienia; zmiany w miejscu drażnienia; wizyta w celu oceny zmian barwnikowych	1,1	**0,7**	=
9.	**USG piersi**	kobieta; 47 lat; od trzech lat leczona z powodu nowotworu piersi; po badaniu mammograficznym lekarz zlecił dodatkowo wykonanie badania USG piersi	0,9	**0,9**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][24]		
			I 2016	IX 2015	Zmiana
Ogółem			**1,2**	**1,1**	=
10.	**tomografia komputerowa (TK) nerki**	kobieta; 51 lat; ból lewej nerki; przebyta infekcja dróg moczowych; zmiany w lewej nerce stwierdzone wyniku USG - podejrzenie nowotworu złośliwego; posiada skierowanie od urologa na tomografię komputerową nerki	**2,7**	**1,5**	↑
11.	**chemioterapia uzupełniająca**	mężczyzna; 45 lat; rak jelita grubego II stopnia; obecność cechy T4b (guz bezpośrednio nacieka inne narządy lub struktury anatomiczne); skierowanie od onkologia	**0,7**	**0,6**	=
12.	**biopsja mammotomiczna, stereotaktyczna**	kobieta; 48 lat; liczne zmiany w prawej piersi wykryte podczas badania mammograficznego; zmiany ocenione również w badaniu USG; podejrzenie raka piersi; zlecenie wykonania biopsji mammotomicznej; posiada skierowanie z poradni onkologicznej	1,5	**0,8**	↑
13.	**biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC)**	kobieta; 45 lat; w badaniu USG stwierdzone zmiany w lewej piersi; skierowanie od onkologa na dalszą diagnostykę	0,5	**1,3**	↓
14.	**biopsja aspiracyjna gruboigłowa**	kobieta; 58 lat; podejrzenie raka piersi na podstawie badania mammograficznego; zmiany ocenione również w badaniu USG piersi; niejednoznaczny wynik biopsji cienkoigłowej; posiada skierowanie z poradni onkologicznej	1,1	**1,2**	=
15.	**rezonans magnetyczny (MRI) mózgu**	kobieta; 54 lata; zaburzenia świadomości, węchu i smaku; napady padaczkowe; bóle głowy; skierowanie od neurologa	6,2	**5,8**	↑
16.	**pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa (PET)**	kobieta; 42 lata; rak wątroby; niedostateczna ocena lokalizacji ogniska pierwotnego na podstawie tomografii; skierowanie od onkologa	0,6	**0,6**	=
17.	**badanie histopatologiczne wycinka skórnego**	kobieta; 28 lat; niepokojące zmiany skórne na ramieniu; skierowanie od lekarza rodzinnego	0,6	**0,6**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][24]		
			I 2016	IX 2015	Zmiana
Ogółem			**1,2**	**1,1**	=
RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA			**0,7**	**0,7**	=
1.	**radioterapia paliatywna**	mężczyzna; niedrobnokomórkowy rak płuc; przerzuty do mózgu; przypadek nieoperacyjny; pacjent po kwalifikacji do leczenia	**0,6**	**0,5**	=
2.	**brachyterapia HDR (metoda leczenia w radioterapii)**	kobieta; 49 lat; nowotwór piersi; wystąpiła wznowa po mastektomii całkowitej; posiada skierowanie z poradni onkologicznej	**1,1**	**0,5**	↑
3.	**radioterapia pooperacyjna**	mężczyzna; 68 lat; po operacji raka odbytu; skierowanie od onkologa	**1,2**	**0,5**	↑
4.	**radioterapia paliatywna raka płuca**	mężczyzna; 56 lat; ból; krwioplucie; duszność w wyniku zaawansowanego procesu nowotworowego; potwierdzony nowotwór płuca	**0,2**	**0,2**	=
5.	**radioterapia uzupełniająca w raku piersi**	kobieta; 50 lat; po amputacji piersi ze wskazaniami do pooperacyjnej radioterapii	**0,5**	**0,5**	=
6.	**radioterapia raka szyjki macicy**	kobieta;49 lat; zdiagnozowany rak szyjki macicy; pacjentka po radykalnej histerektomii z limfadektomią miedniczną i biopsją węzłów okołoaortalnych; badanie histopatologiczne wykazało przerzuty w obrębie węzłów chłonnych; skierowanie od onkologa	**0,5**	**0,4**	=
7.	**radioterapia w raku krtani**	mężczyzna; 62 lata; kaszel; krwioplucie; powiększone węzły chłonne w obrębie szyi; na podstawie laryngoskopii teleskopowej, tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego zdiagnozowano raka krtani; obecność zmian nowotworowych potwierdzona biopsją fragmentu tkanki; skierowanie od onkologa na radioterapię	**0,6**	**0,7**	=
8.	**radioterapia w raku tarczycy**	kobieta; 35 lat; rak brodawkowaty tarczycy; zajęte węzły przedtchawiczne, przedkrtaniowe, okołotchawiczne; wykonano resekcję gruczołu z limfadenektomią; posiada skierowanie od onkologa na radioterapię	**0,4**	**0,4**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][24]		
			I 2016	IX 2015	Zmiana
Ogółem			**1,2**	**1,1**	=
9.	**teleradioterapia raka płuca**	mężczyzna; 53 lata; drobnokomórkowy rak płuca; dobry stan ogólny; wydolny oddechowo; nie wystąpiła utrata masy ciała w ciągu 6 miesięcy; skierowanie od onkologa	**0,6**	**0,6**	=
10.	**leczenie skojarzone chemioterapią i radioterapią**	kobieta; 51 lat; drobnokomórkowy rak płuca prawego (wymiary 3,5 x 2,5 x 2,4); postać ograniczona; skierowanie od onkologa	**0,9**	**0,9**	=
11.	**brachyterapia**	kobieta; 57 lat; rak sutka; nie zakwalifikowana do zabiegu oszczędzającego z przyczyn internistycznych; guz o średnicy 55 mm; niewielkie przerzuty do węzłów chłonnych; częściowa remisja po leczeniu indukcyjnym chemioterapią i teleradioterapią; skierowanie od onkologa	**0,8**	**0,3**	↑
12.	**radioterapia**	mężczyzna; 49 lat; miejscowo zaawansowany i nieresekcyjny guz odbytnicy; USG, kolonoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, posiada skierowanie na skojarzoną radiochemioterapię od onkologa	**0,8**	**0,5**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach medycyny w styczniu 2016 r. z uwzględnieniem podziału na Centra Onkologiczna oraz pozostałe placówki

Dziedzina medycyny	Średni czas oczekiwania styczeń 2016 [w miesiącach]24					
	Centra Onkologiczne			Pozostałe placówki		
	I 2016	IX 2015	różnica wrzesień vs maj	I 2016	IX 2015	różnica wrzesień vs maj
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	1,6	2,5	-0,9	1,5	1,6	-0,1
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	0,9	1,1	-0,2	1,0	1,1	0,1
HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA	1,9	0,8	1,1	1,3	0,8	0,5
ONKOLOGIA	1,4	1,2	0,2	1,3	1,2	0,1
RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA	0,7	0,6	0,1	0,7	0,4	0,3
OGÓŁEM	1,3	1,2	0,1	1,2	1,0	0,2

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Bibliografia:

1. Department of Health. The NHS Cancer Plan. London: DoH. 2000: http://www.thh.nhs.uk/documents/_Departments/Cancer/NHSCancerPlan.pdf, [dostęp z dn. 28.01.2016]
2. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku: http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Prognozy_2025.pdf, str.71 [dostęp z dn. 28.01.2016]
3. IB, Dostęp pacjentów do radioterapii, Rynek Zdrowia, styczeń 2016
4. Kalbarczyk M., Brzozowski S. wraz z Zespołem, Stan dostępności do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce – analiza i rekomendacje. Raport przygotowany dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
5. Łanda K., Maruszczyk K., Sękiewicz B., Mniemanologia stosowana. Monitorowanie kolejek przez NFZ, czyli jak nie należy tego robić: http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/monitorowanie-kolejek-przez-nfz.pdf [odczyt z dn. 28.01.2016]
6. Ministerstwo Zdrowia, Mapy potrzeb zdrowotnych: http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/ [dostęp z dn. 22.01.2016]
7. Naczelna Izba Lekarska, Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu - stan na 31.12.2015: http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0017/104138/Zestawienie-nr-04.pdf [dostęp z dn. 22.01.2016]
8. Polska Unia Onkologii: http://www.puo.pl/program-walki-z-rakiem/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych/epidemiologia [dostęp z dn. 08.10.2015]
9. Synchronizing Healthcare, Diagnostyka wstępna – nowotwory klatki piersiowej: http://jgp.uhc.com.pl/doc/Dilo.1.5/jgp/Dw15.html [dostęp z dn. 22.01.2016]
10. Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2024: http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/strategia_walki_z_rakiem_w_polsce_2015_2024.pdf [dostęp z dn. 22.01.2016]
11. Szybka terapia onkologiczna – oficjalna strona MZ: http://pakietonkologiczny.gov.pl [dostęp z dn. 07.10.2015 r.]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

12. Watch Health Care - Barometr WHC - Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 11/2/08/2015. Stan na czerwiec/lipiec 2015 r.: http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/2015-07-27_barometrwhc_11_1-8-fin_2-0.pdf
13. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., Sytuacja ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012
14. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa: http://epid.coi.waw.pl/krn/liczba_zach_rozp/default.asp, [dostęp z dn. 28.01.2016]
15. Zwrotnikraka.pl Portal Onkologiczny, Pozytonowa tomografia emisyjna PET: http://www.zwrotnikraka.pl/pozytonowa-tomografia-emisyjna/ [dostęp z dn. 22.01.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 6/2/02/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*