Kraków, 6 czerwca 2016 r.

ONKOBAROMETR WHC

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

nr 7/2/06/2016

Stan na maj 2016

Spis treści

Spis treści 2

Najważniejsze wyniki 3

Wstęp 8

1. Fundacja Watch Health Care 10
2. Pakiet onkologiczny 11
3. Metodyka 15
4. OnkoBarometr WHC – wyniki 18

4.1. Porównanie czasu oczekiwania w specjalistycznych centrach onkologi i pozostałych placówkach 20

4.2 Dostępność 21

4.2.1. Specjaliści 21

4.2.2. Diagnostyka 24

4.2.3. Zabiegi 28

4.2.4. Leczenie niezabiegowe 30

5. Profilaktyka w walce z nowotworami w Polsce, leczenie bólu 32

5.1. Dostępność do testów na mutację genu BRCA1/BRCA2 32

5.2 Leczenie bólu nowotworowego w Polsce 38

6. Etapowość leczenia 42

6.1. Etapowość postępowania w raku płuca 42

6.2 Etapowość postępowania w raku piersi. 47

6.3. Etapowość postępowania w raku stercza 51

6.4. Etapowość postępowania w białaczce 55

Wnioski 58

Spis rysunków 60

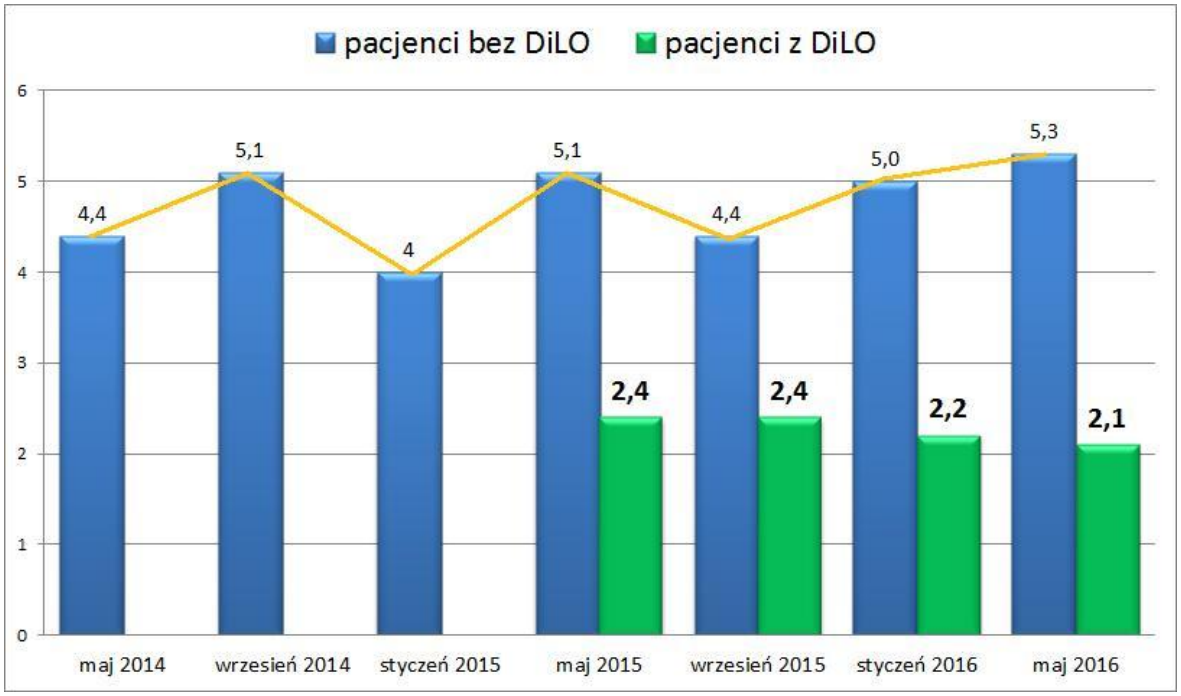
Spis tabel 62

Załącznik 62

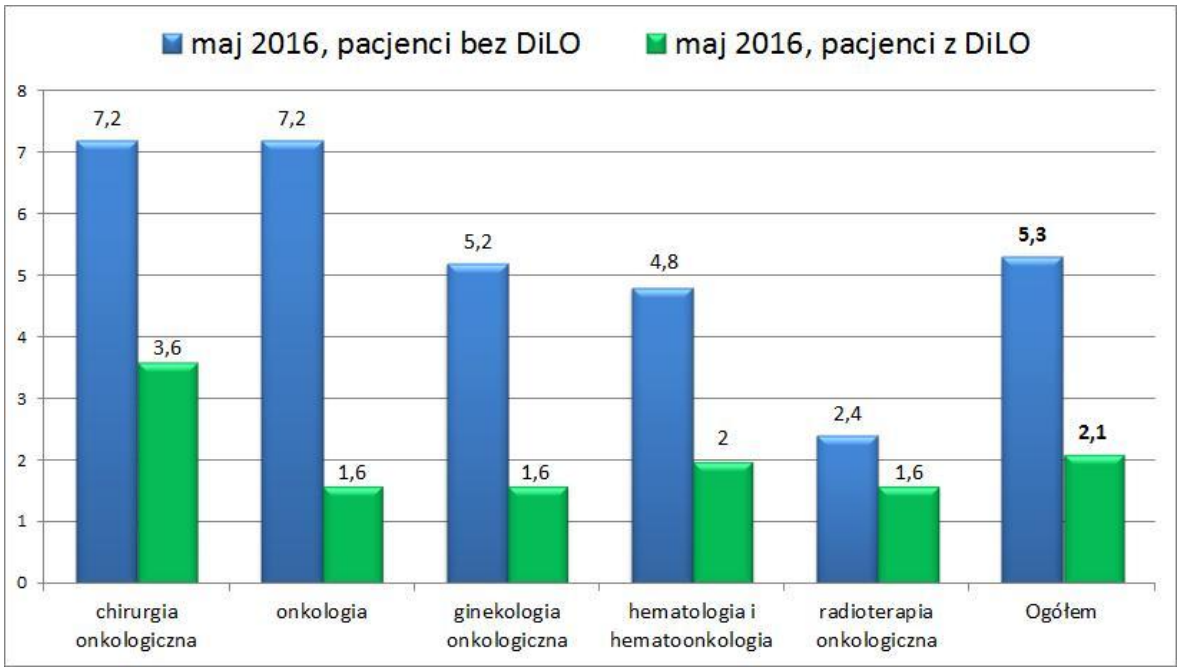
Bibliografia 73

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Najważniejsze wyniki

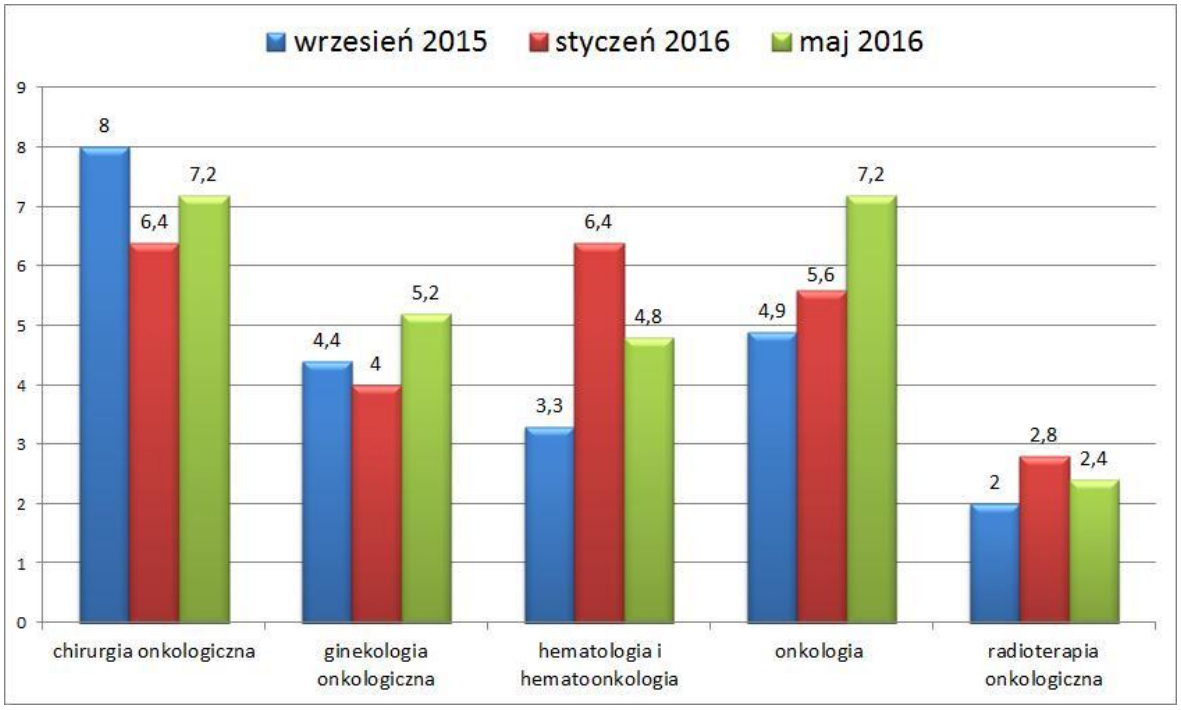


Zmiana średniego czasu oczekiwania na „gwarantowane" onkologiczne świadczenia zdrowotne w Polsce, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO (tygodnie).

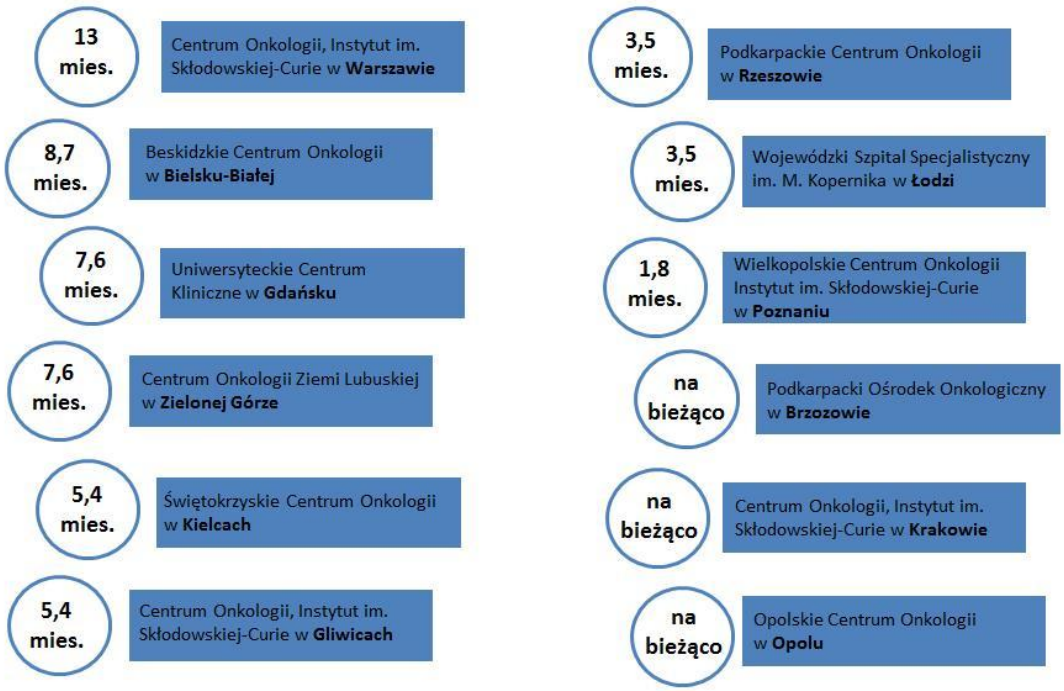


Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, maj 2016 (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

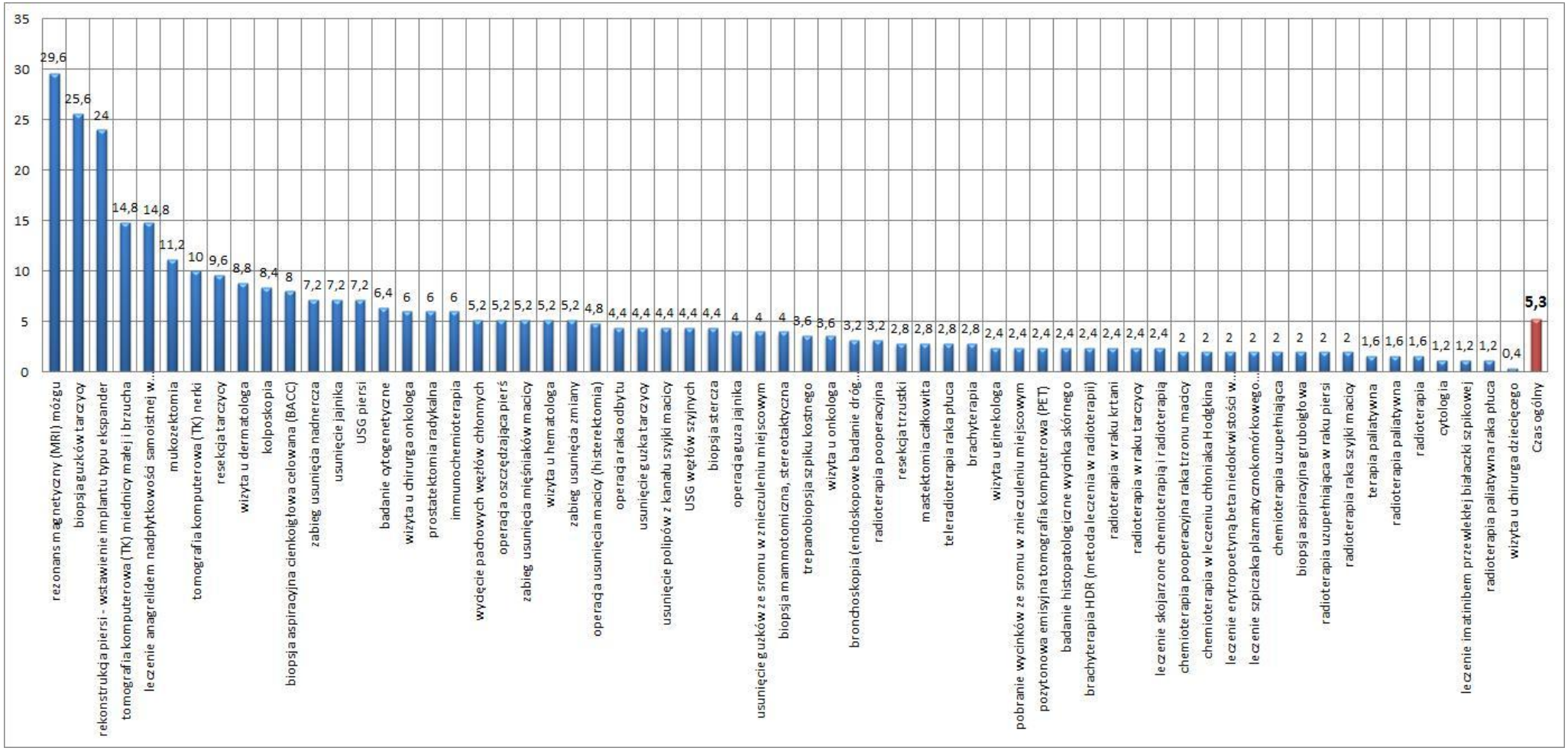


Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych, pacjenci BEZ karty DiLO, wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 (tygodnie).



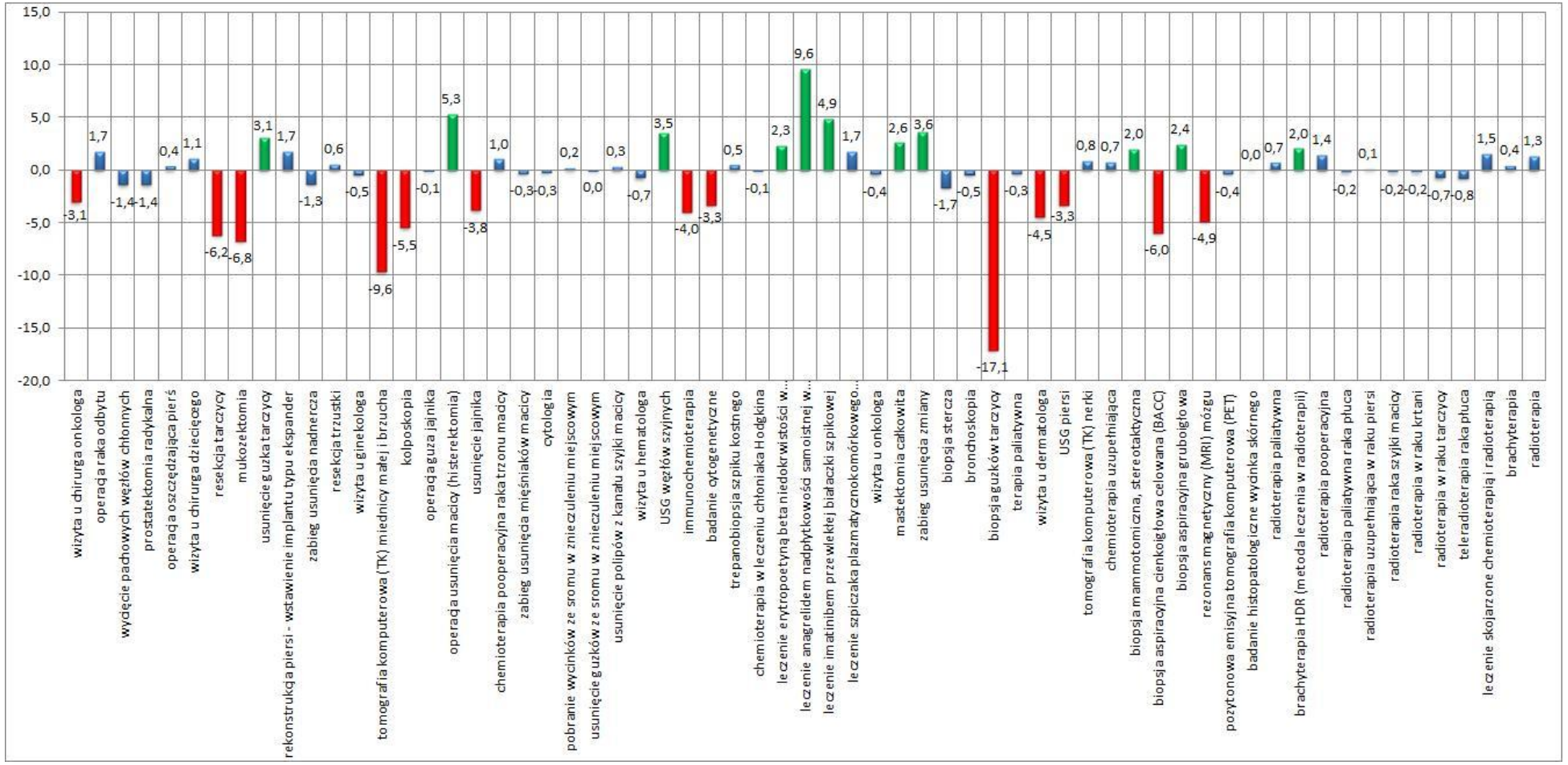
Czas oczekiwania na badania genetyczne BRCA1/BRCA2 w przykładowych placówkach, pacjenci BEZ karty DiLO, stan maj 2016 r. (miesiące).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



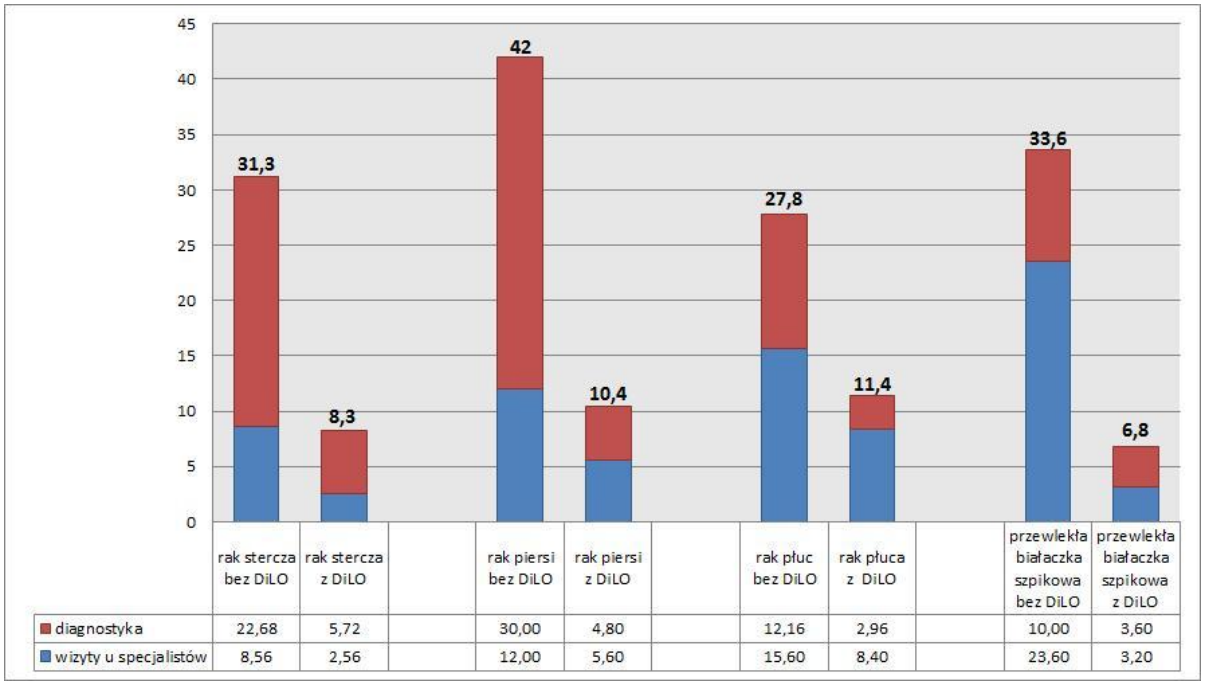
Czas oczekiwania na „gwarantowane" świadczenia onkologiczne w maju 2016 r. (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*



Zmiany w czasie oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (tygodnie), maj 2016 vs. styczeń 2016, 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 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



	rak stercza bez DiLO	rak stercza z DiLO	rak piersi bez DiLO	rak piersi z DiLO	rak płuc bez DiLO	rak płuca z DiLO	przewlekła białaczka szpikowa bez DiLO	przewlekła białaczka szpikowa z DiLO
diagnostyka	22,68	5,72	30,00	4,80	12,16	2,96	10,00	3,60
wizyty u specjalistów	8,56	2,56	12,00	5,60	15,60	8,40	23,60	3,20

Skumulowany czas oczekiwania (tygodnie) na diagnostykę onkologiczną wybranych jednostek chorobowych pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, maj 2016 r.

Zestawienie liczby poradni leczenia bólu w Polsce oraz przykładowe czasy oczekiwania w wybranych miastach w Polsce (tygodnie).

Liczba poradni leczenia bólu w danym województwie

Przykładowy czas oczekiwania w wybranej poradni w danym mieście

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, 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 maju 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, obietnic w zakresie ochrony zdrowia. 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 opłacalnych (bardzo korzystny stosunek kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego) i najważniejszych dla społeczeństwa. Co więcej, kolejka jest jednym z objawów niewypłacalności

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

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 7/2/06/2016”, 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 inne. 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 7/2/06/2016", 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. Monitorowanie zmian długości czasu oczekiwania w kolejkach pozwala na ocenę jakości wprowadzanych rozwiązań przez decydentów.

2. Pakiet onkologiczny

Według zebranych danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) i Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) liczba pacjentów cierpiących na schorzenia onkologiczne w Polsce (dane do 2014 r.) wyniosła 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.**

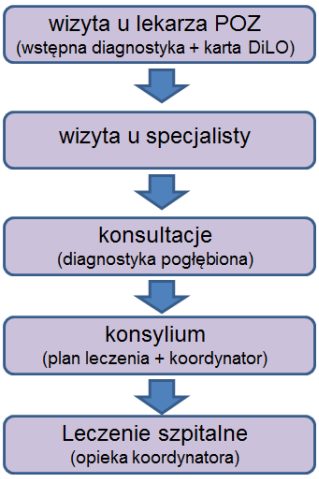
Z dniem 1 stycznia 2015 roku wszedł w życie tzw. **pakiet onkologiczny**, czyli zbiór aktów prawnych, które regulują szybką ścieżkę diagnostyczną i warunkują szybkie rozpoczęcie leczenia przeciw-nowotworowego. Pakiet onkologiczny zakładał **całkowite zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie w onkologii**. Od 1 stycznia 2015 r. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz lekarz specjalista w poradni ambulatoryjnej (AOS) jest uprawniony do wydawania Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO), potocznie zwanej „zieloną kartą". Karta ta uprawnia pacjenta do szybkiej terapii onkologicznej, która ma na celu skrócenie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne. Pakiet onkologiczny zakłada, że wstępna diagnostyka oraz diagnostyka pogłębiona nie powinny trwać dłużej niż 9 tygodni w 2015 roku, 8 tygodni w 2016 roku, a docelowo 7 tygodni.

Według danych Ministerstwa Zdrowia na dzień 29 lutego 2016 r. wydanych zostało 263 490 kart DiLO. W ramach tzw. szybkiej terapii onkologicznej (9 tyg.) pacjent przechodzi

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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

kolejno następujące etapy diagnostyki: wizyta u lekarza POZ (wstępna diagnostyka + wydanie karty DiLO), wizyta u specjalisty, konsultacje (diagnostyka pogłębiona), konsylium (ustalenie planu leczenia + wyznaczenie koordynatora). Na rozpoczęcie leczenia szpitalnego (opieka koordynatora) wyznaczone jest 14 dni. Karta DiLO może być wystawiona przez lekarza POZ, przez specjalistę lub w szpitalu (w zależności, na którym etapie wykryto nowotwór). Z „zieloną kartą" pacjent przechodzi przez całą diagnostykę i rozpoczyna leczenie.



Ścieżka pacjenta onkologicznego leczącego się w ramach pakietu onkologicznego.

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. Należy pamiętać o tym, że zniesienie limitów nie obejmuje leczenia bólu w chorobach nowotworowych (szczególnie ważne dla chorych w trakcie radio i chemioterapii).

Podczas V Forum Pacjentów Onkologicznych Prof. Jacek Fijuth zwrócił uwagę, że pakiet onkologiczny po „ciężkim roku" funkcjonowania faktycznie stał się narzędziem służącym do skrócenia kolejek. Wspomniał jednak, że ciągle ok. 1/3 polskich pacjentów diagnozowana zostaje poza pakietem, a ponad połowa pacjentów posiadających kartę DiLO nie mieści się w 9 tygodniach

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

diagnostyki i w efekcie rozliczana jest pozapakietowo.[2] Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, pacjenci zdiagnozowani w 2016 roku mają limit czasowy jeszcze krótszy. Termin na wykonanie diagnostyki onkologicznej, o którym mowa w § 6a pkt 4 rozporządzenia, wynosi 8 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia - w przypadku wpisania na tę listę w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 grudnia 2016 r.[3]

Brak konsultacji społecznej oraz współpracy środowisk eksperckich podczas wprowadzenia pakietu onkologicznego przyczynił się do późniejszych problemów z funkcjonowaniem założeń Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. Zdezorientowani byli zarówno pacjenci, jak i lekarze. Placówki medyczne, miały problem z wystawianiem karty DiLO i respektowaniem założeń pakietu onkologicznego. Choć osiągnięty został planowany rezultat w postaci skrócenia kolejek do diagnostyki i leczenia onkologicznego, okupione to zostało wielkim wysiłkiem personelu poszczególnych jednostek medycznych. Ministerstwo Zdrowia zapowiada wprowadzenie zmian do pakietu onkologicznego. Do głównych planowanych modyfikacji należeć będzie między innymi:

- Zmniejszenie objętościowe karty DiLO z 7 do 2 stron oraz możliwość jej wypełnienia wyłącznie elektronicznie.
- Możliwość wydania karty DiLO w przypadku podejrzenia nowotworu przez specjalistów Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej, a nie jak do tej pory wyłącznie w przypadku stwierdzenia nowotworu.
- Oddzielenie wypełniania „zielonej karty" od konieczności wypełniania równocześnie danych w Krajowym Rejestrze Nowotworów (co nie zmienia faktu, że liczba nowotworów nadal będzie raportowana do KRN).
- Planowana jest również rezygnacja z raportowania (czasami wielokrotnego) o kolejkach, w przyszłości dane te będą pobierane przez NFZ z wypełnionej karty DiLO.

[2] Wypowiedź Prof. Jacka Fijuth, wykład „Polska onkologia – osiągnięcia ostatniego roku", podczas V Forum Pacjentów Onkologicznych, Warszawa, kwiecień 2016 r.

[3] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1442)

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

- Jedną z ważniejszych modyfikacji jest rezygnacja z obligatoryjności konsyliów na rzecz preferowania ich prowadzenia i przyznawania na ten cel dodatkowych środków.
- Zniesienie limitów leczenia miałoby nastąpić również w przypadku opieki hospicyjnej oraz opieki paliatywnej.
- Wprowadzenie koncepcji ośrodków Szybkiej Diagnostyki Onkologicznej oraz Szybkiej Terapii Onkologicznej.
- Włączenie do pakietu onkologicznego nowych jednostek chorobowych, miałyby to być w tym przypadku: nadpłytkowość samoistna, nowotwory gruczołów ślinowych czy brodawczaki.[4]

Dodać należy, że wszystkie planowane zmiany mogą zostać wprowadzone dopiero za kilka miesięcy, ponieważ modyfikacje tego rodzaju wymagają poprawy również na poziomie legislacyjnym.

W ramach społecznego monitoringu pakietu onkologicznego zapytano pacjentów, przedstawicieli organizacji pacjenckich, lekarzy oraz pielęgniarki onkologiczne o opinię na temat funkcjonowania tego programu. Wszyscy oceniający byli zgodni co do potrzeby wprowadzenia tego rodzaju rozwiązania, aczkolwiek zwracali uwagę na niedoskonałości w jego funkcjonowaniu. Częste problemy z wypełnianiem karty DiLO, wzrost biurokracji oraz brak niektórych jednostek chorobowych w pakiecie to najczęściej wskazywane problemy. Oczywiście inną świadomość dotyczącą pakietu onkologicznego posiadali lekarze, pielęgniarki, a inną pacjenci, natomiast większość pytanych osób stwierdziła, że karta DiLO powinna zostać zachowana po wprowadzeniu modyfikacji.[5]

Polska onkologia od wielu lat zmaga się z wieloma trudnościami, takimi jak: brak standardów diagnostycznych, częsty brak informacji o dostępnych dla chorych programach klinicznych, w których udział może skutkować poprawą zdrowia oraz ciągły brak podstawowych zmian systemowych. Eksperci alarmują także, że jednym z poważniejszych dostrzegalnych problemów polskiej onkologii jest utrzymujący się deficyt lekarzy patomorfologów. Według

[4] Wypowiedź Podsekretarza Stanu Piotra Warczyńskiego podczas V Forum Pacjentów Onkologicznych, Warszawa, kwiecień 2016.

[5] http://porozumieniedlaonkologii.pl/container/Raport_monitoring_web.pdf [dostęp: 23.05.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

danych Naczelnej Izby Lekarskiej, w Polsce lekarzy o tej specjalizacji wykonujących zawód jest 567. Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE to 74. To oznacza, że już ponad 13% specjalistów wyemigrowało do krajów Unii Europejskiej w poszukiwaniu lepszych warunków pracy.[6] Od dawna rząd nie opracował żadnego rozporządzenia dotyczącego wyboru specjalizacji czy korzystniejszych warunków pracy patomorfologów. Działania zachęcające młodych lekarzy do wyboru tej specjalizacji mogłyby wpłynąć na liczbę kształconych w Polsce osób. Deficyt lekarzy patomorfologów może skutkować w niedługim czasie znacznymi problemami z dostępnością do badań, w tym molekularnych. Czy w najbliższej przyszłości zabraknie specjalistów oceniających zmiany w oparciu o tak podstawowe badania wykonywane podczas diagnostyki nowotworu, jak badanie histopatologiczne czy cytologia?

Przełomem w polskiej onkologii jest fakt, że po latach stagnacji w tej dziedzinie medycyny zaczynają pojawiać się programy mające na celu dokonanie zmian w leczeniu pacjentów onkologicznych. Proces ten jest jednak długofalowy i obarczony wieloma komplikacjami. Ważne, aby Ministerstwo Zdrowia dostrzegało na bieżąco problemy, z którymi boryka się polska onkologia i reagowało na nie konkretnymi rozwiązaniami. Fundacja Watch Health Care nadal będzie monitorować działania decydentów, które poprawić mają dostępność Polaków do leczenia onkologicznego.

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

[6] http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0007/106729/Zestawienie-nr-06a.pdf [dostęp: 01.05.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

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).

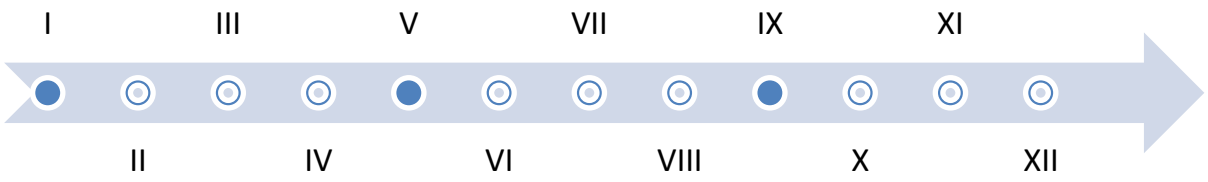
OnkoBarometr WHC prezentuje informacje dotyczące **ZMIAN** w zakresie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych w Polsce na trzech poziomach:

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 odnośnie 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".**

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).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*



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 58 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 testy genetyczne wykrywające obecność mutacji genu BRCA1/BRCA2. Zebrane dane dotyczą centrów onkologicznych oraz placówek medycznych posiadających w swojej strukturze poradnie genetyczne.

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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

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 maju 2016 r. zarówno dla pacjentów posiadających kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, jak i w przypadku jej braku.

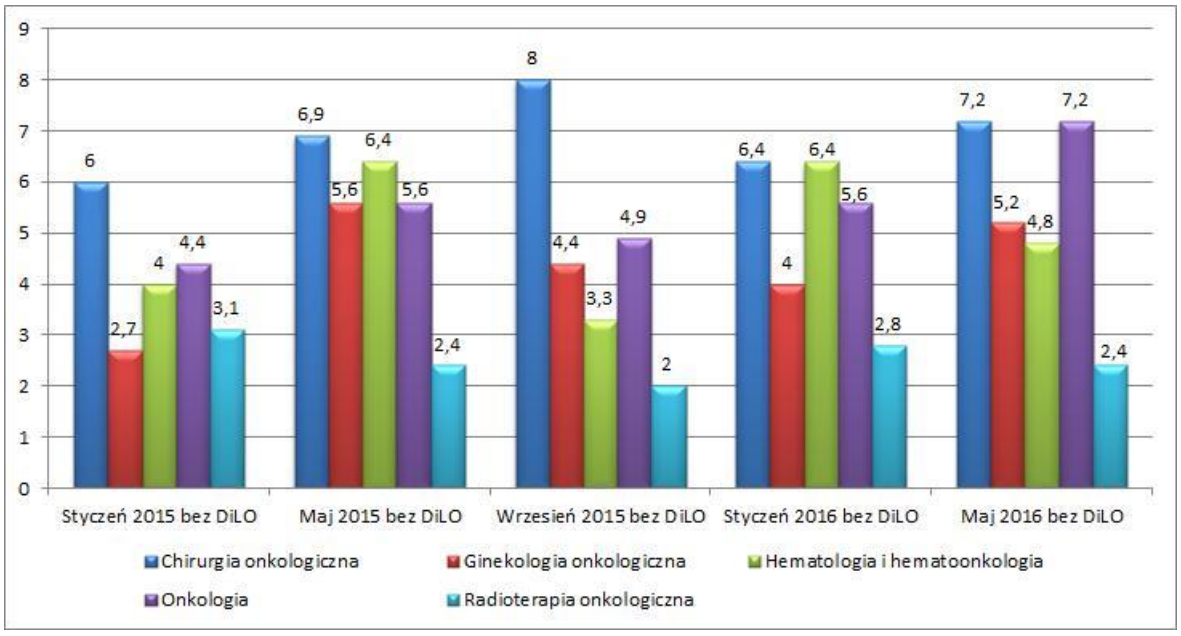
4. OnkoBarometr WHC – wyniki

Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia 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 maju 2016 roku 5,3 tygodnia (1,3 mies.).** W porównaniu ze styczniem 2016 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 dla pacjentów posiadających kartę DiLO oraz minimalny wzrost czasu oczekiwania dla pacjentów bez karty DiLO. 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 onkologii sensu stricto,** gdzie średnio na uzyskanie świadczenia trzeba czekać **ok. 7,2 tyg. (1,8 mies.).** Następną pod względem długości kolejek dziedziną jest ginekologia onkologiczna (5,2 tyg. – 1,3 mies.). Kolejne dziedziny to hematologia i hematoonkologia (średnio 4,8 tyg. – 1,2 mies.). Najkrócej oczekuje się na świadczenia z dziedziny radioterapii onkologicznej (2,4 tyg. – 0,6 mies.). W chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia przygotowuje się do zmiany wycen świadczeń z tej dziedziny. Fundacja Watch Health Care będzie badać jak nowe wyceny wpłyną na dostępność pacjentów do świadczeń radioterapeutycznych.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

W porównaniu z danymi ze stycznia 2016 r., opublikowanymi w lutym w OnkoBarometrze, wydłużeniu uległ średni czas oczekiwania w trzech z pięciu badanych przez Fundację WHC dziedzinach. Wzrost o ok. 1,6 tyg. zaobserwowano w dziedzinie onkologii sensu stricto. Również średnio o 1,2 tyg. wydłużył się czas oczekiwania na świadczenia w dziedzinie ginekologii onkologicznej oraz chirurgii onkologicznej o 0,8 tyg. W hematologii i hematoonkologii natomiast, średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne skrócił się o 1,6 tyg.

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 (tygodnie) w poszczególnych dziedzinach onkologicznych styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 pacjenci BEZ karty DiLO.

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

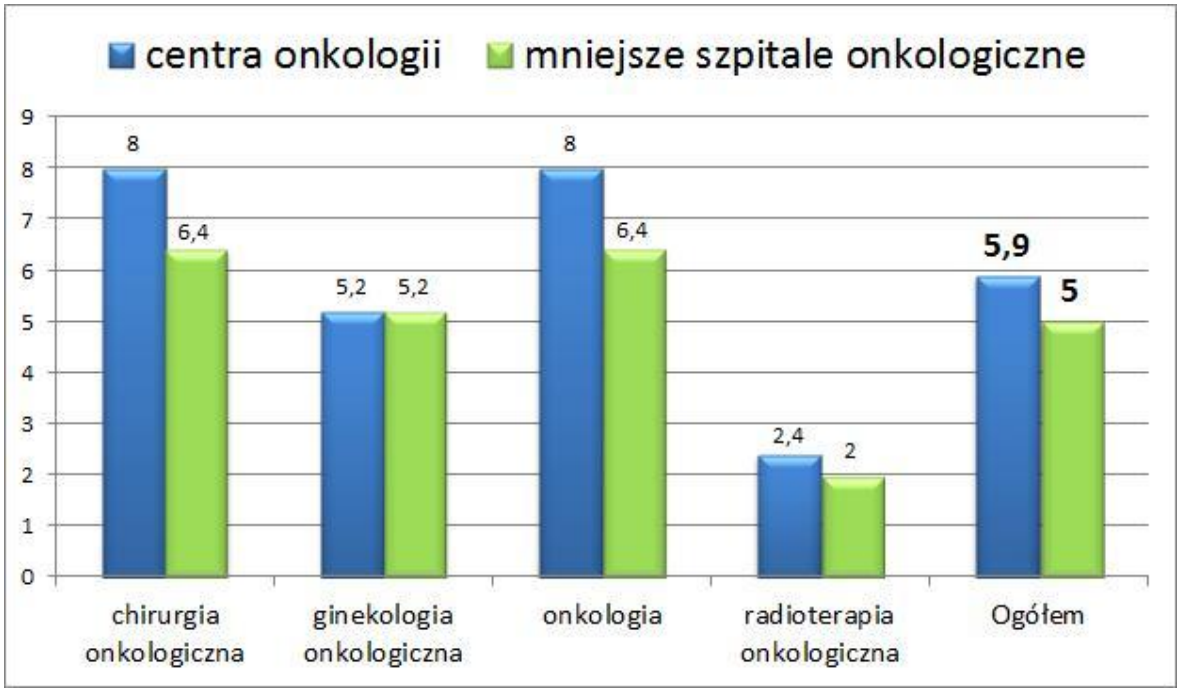
Pomimo wprowadzenia „zielonej karty" średnie czasów oczekiwania nie zostały znacząco skrócone. Krócej na świadczenia czekają pacjenci z kartą DiLO, ponieważ są oni zapisywani na początek kolejki. Średni czas oczekiwania cały czas jest na tym samym, wysokim poziomie –

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

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.

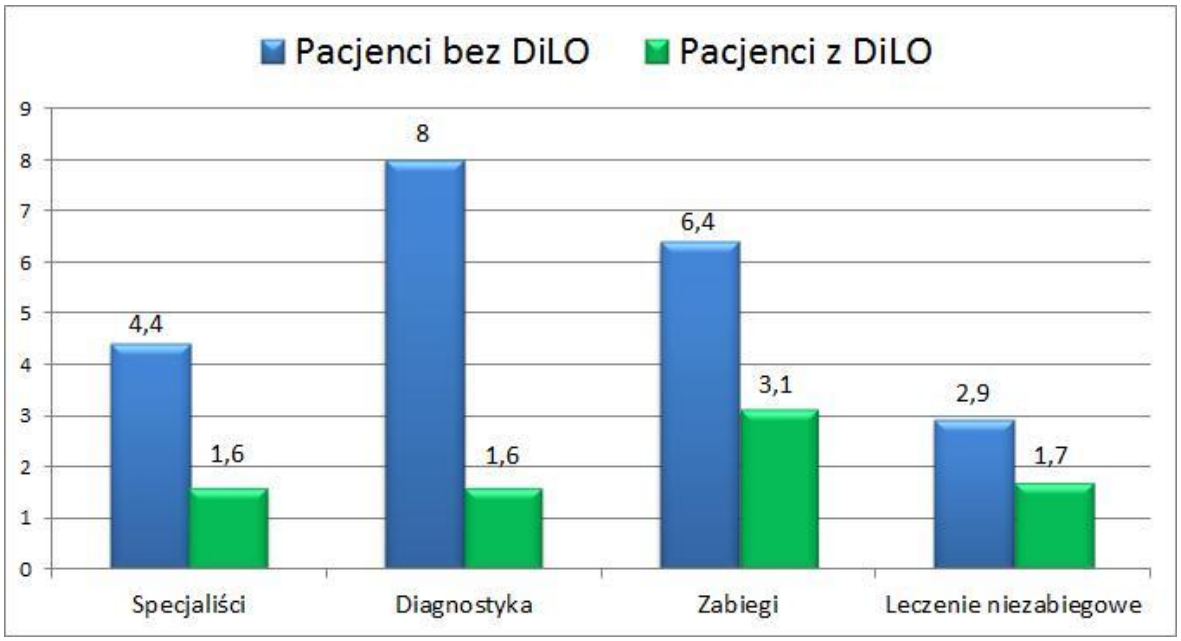


Rysunek 3. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia zdrowotne w dużych, specjalistycznych centrach onkologicznych oraz w pozostałych placówkach (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO, maj 2016 r.

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 dostosowane są pod względem zaplecza sprzętowego, liczby łóżek, profesjonalnej kadry (dostęp do specjalisty) do kompleksowej opieki nad chorym z nowotworem. Mają lepszy dostęp do wiedzy i możliwości podejmowania różnych rodzajów terapii.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

4.2 Dostępność



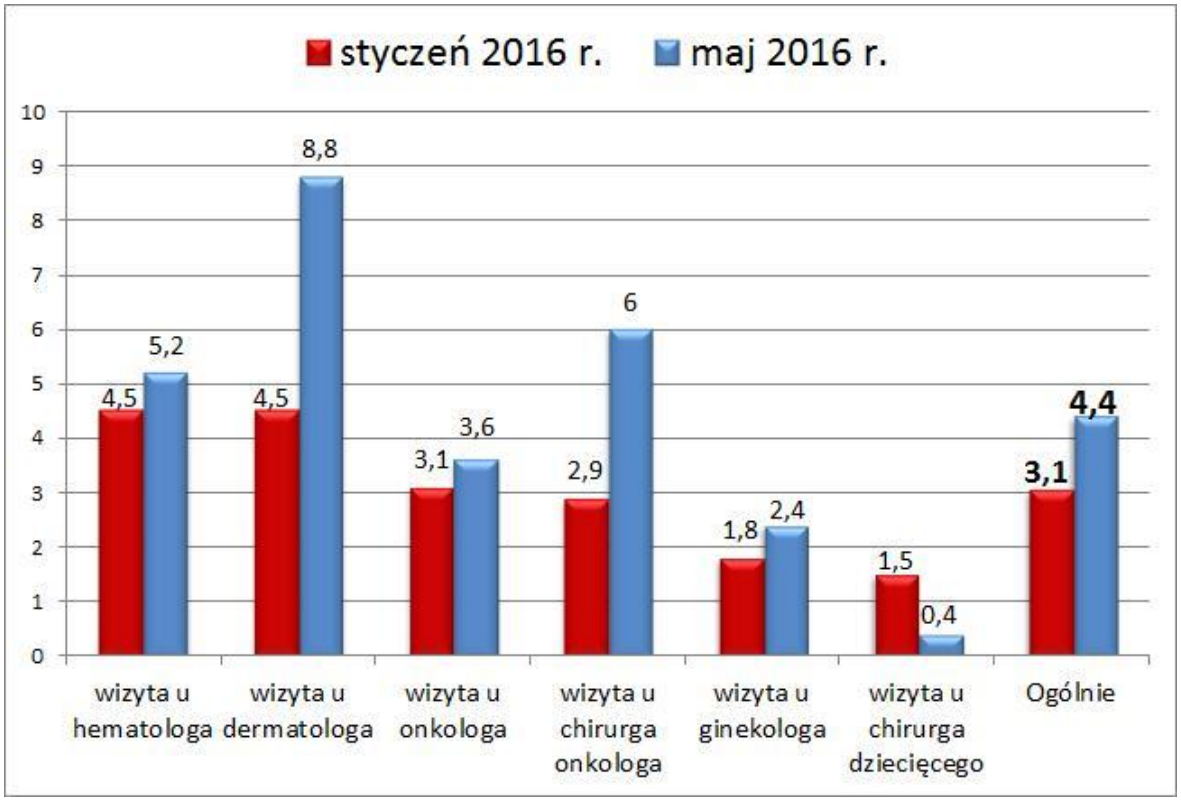
Rysunek 4. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia w podziale na rodzaj świadczenia (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, maj 2016 r.

Powyższy wykres przedstawia czasy oczekiwania na poszczególnych etapach leczenia dla pacjentów posiadających kartę DiLO, jak i dla pacjentów pozapakietowych. Najdłuższy czas oczekiwania Fundacja WHC odnotowała dla pacjentów bez karty DiLO, którzy czekali w kolejce na diagnostykę 8 tyg. (2 mies.), a w przypadku zabiegów czas ten wyniósł średnio 6,4 tyg. (1,6 mies.).

4.2.1. Specjaliści

Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w dziedzinach onkologicznych w maju 2016 r. wyniósł około 4,4 tygodnia, co oznacza wydłużenie czasu oczekiwania o ponad 1 tydzień w porównaniu do stycznia 2016 r. (3,1 tyg.). Najdłużej trzeba czekać na poradę u dermatologa, gdzie średni czas oczekiwania dla pacjenta bez karty DiLO wynosi ok. 9 tyg. Czas oczekiwania na wizytę u dermatologa wydłużył się w porównaniu ze styczniem 2016 r. o ponad 4 tyg. (1 mies.). Wydłużenie czasu oczekiwania odnotowano także wśród wizyt do chirurga onkologa, czas ten obecnie wynosi średnio 6 tyg. (1,5 mies.). Zmianę czasu oczekiwania wśród pacjentów onkologicznych na niekorzyść odnotowano u prawie wszystkich specjalistów związanych z leczeniem onkologicznym, z wyjątkiem chirurga dziecięcego (poprawa o ponad 1 tydz.).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



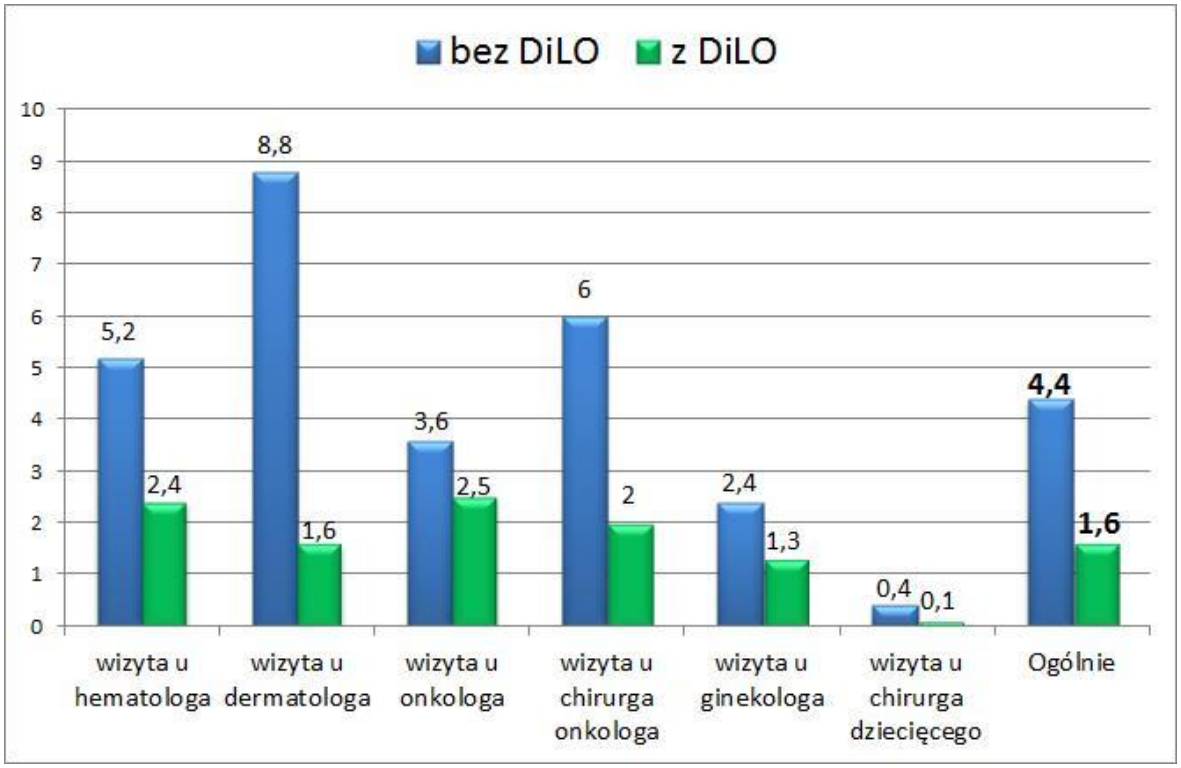
Rysunek 5. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty z zakresu dziedzin onkologicznych styczeń 2016 vs. maj 2016 r. (tygodnie), pacjenci bez karty DiLO.

W maju 2016 roku najkrócej – poniżej 1 tygodnia – mały pacjent czekał na wizytę u chirurga dziecięcego. Specjaliści, do których czas oczekiwania jest średni pod względem długości, to: onkolog – 3,6 tyg. oraz ginekolog – 2,4 tyg.

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

- w przypadku wizyty u hematologa dziecięcego **wydłużenie** czasu oczekiwania o **ok. 0,7 tygodnia**;
- również w przypadku wizyty u dermatologa zaobserwowano **wydłużenie** w czasie oczekiwania o **ok. 4,3 tyg.**;
- w przypadku wizyty u chirurga onkologa – **wydłużenie o 3,1 tyg.**;
- w przypadku wizyty u ginekologa – nieznaczne **wydłużenie o 0,6 tyg.**;
- w przypadku wizyty u onkologa – nieznaczne **wydłużenie o 0,5 tyg**.;
- w przypadku wizyty u chirurga dziecięcego **skrócenie** w czasie oczekiwania o **1,1 tyg**.;

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 6. Porównanie średniego czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, maj 2016 (tygodnie).

Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w przypadku posiadania karty DiLO jest stosunkowo krótszy, wynosi średnio 1,6 tyg. Ogólna średnia czasu oczekiwania jest prawie 3-krotnie większa w przypadku pacjentów nieposiadających karty DiLO. **Często jednak pacjenci zmuszeni są czekać w normalnych kolejkach do specjalistów, ponieważ lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie zawsze są przekonani co do zasadności wydania karty.** Uważając objawy za niewystarczające, wysyłają na dodatkowe badania, gdzie chory także musi poczekać w kolejce.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

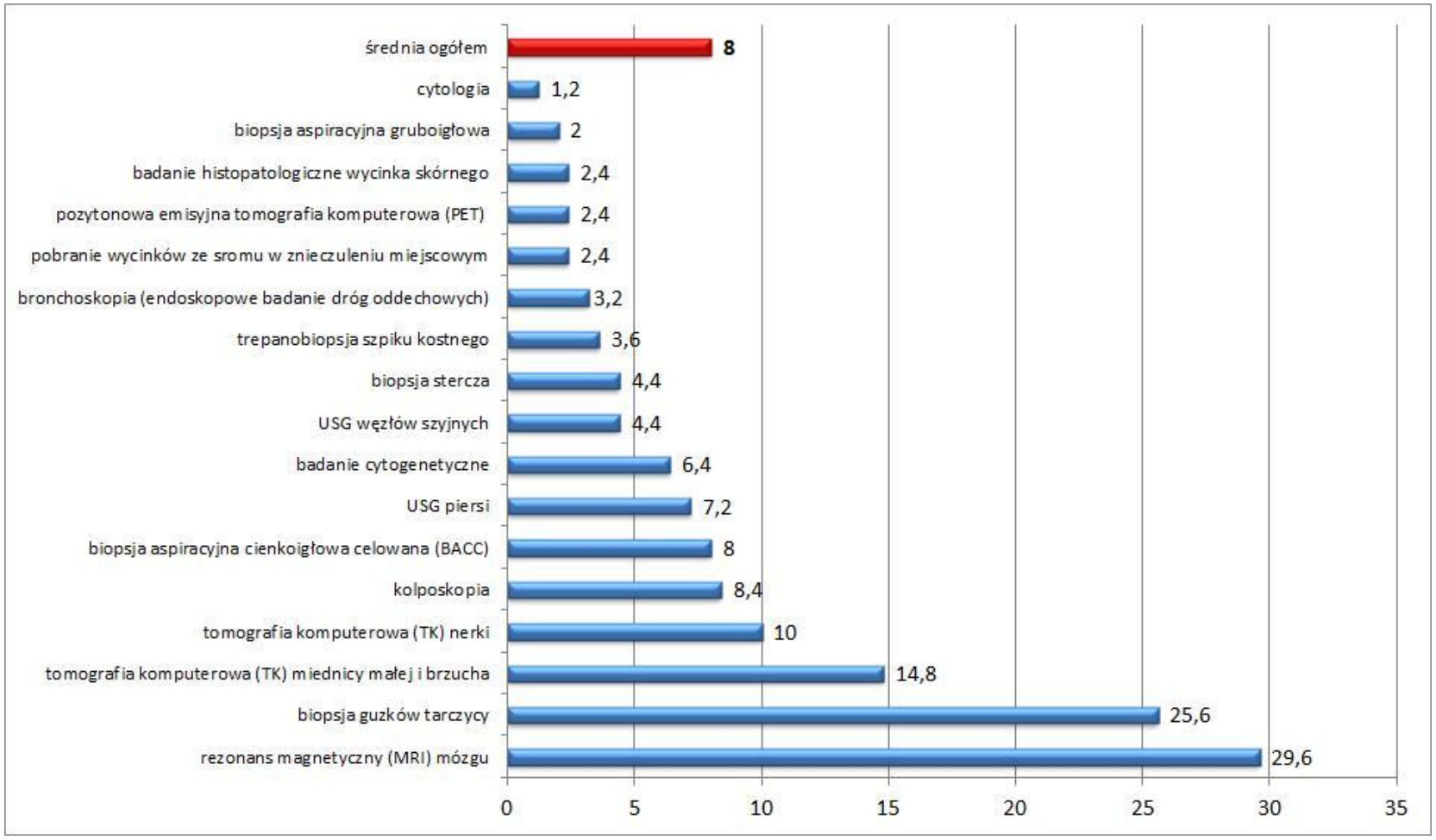
4.2.2. Diagnostyka

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 maju 2016 roku ok. 8 tygodni (2 mies.) - w przypadku pacjentów nie posiadających karty DiLO. Porównując dane zebrane w raporcie OnkoBarometr, stan na styczeń 2016 r., zaobserwowano istotne wydłużenie czasu oczekiwania o 2,8 tyg. (0,7 mies.).**

Dane zebrane w maju 2016 r. przez Fundację Watch Health Care wskazują, że na wykonanie rezonansu magnetycznego mózgu 9-letnie dziecko musi oczekiwać w kolejce średnio 29,6 tyg. (7,4 mies.). Czas oczekiwania w tym przypadku uległ wydłużeniu w stosunku do danych ze stycznia 2016 roku o ok. 4,8 tyg. (1,2 mies.). Długi czas oczekiwania dotyczy również biopsji guzków tarczycy, na którą trzeba poczekać 25,6 tyg. (6,4 mies.). Czas ten uległ wydłużeniu, od stycznia 2016 r., o ok. 17,2 tygodnia. Długo czeka się również na tomografię komputerową (TK) miednicy małej i brzucha , bo ok. 14,8 tyg. (3,7 mies.).

Na tomografię komputerową (TK) nerki pacjenci oczkują ok. 10 tyg. (2,5 mies.). Kolposkopia oraz biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC) są świadczeniami, na które trzeba poczekać średnio ponad 8 tyg. (ok. 2 mies.). Czas oczekiwania na takie świadczenia jak: USG piersi, badanie cytogenetyczne, USG węzłów szyjnych oraz biopsję stercza wynosi około 4-8 tygodni. Natomiast **badaniem diagnostycznym, do którego Fundacja wykazała najkrótszy czas oczekiwania jest cytologia (wziernikowanie szyjki macicy), na wykonanie której czeka się średnio 1,2 tyg. (0,3 mies.).** Centra onkologiczne i inne placówki specjalistyczne w różnych województwach prowadzą 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 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



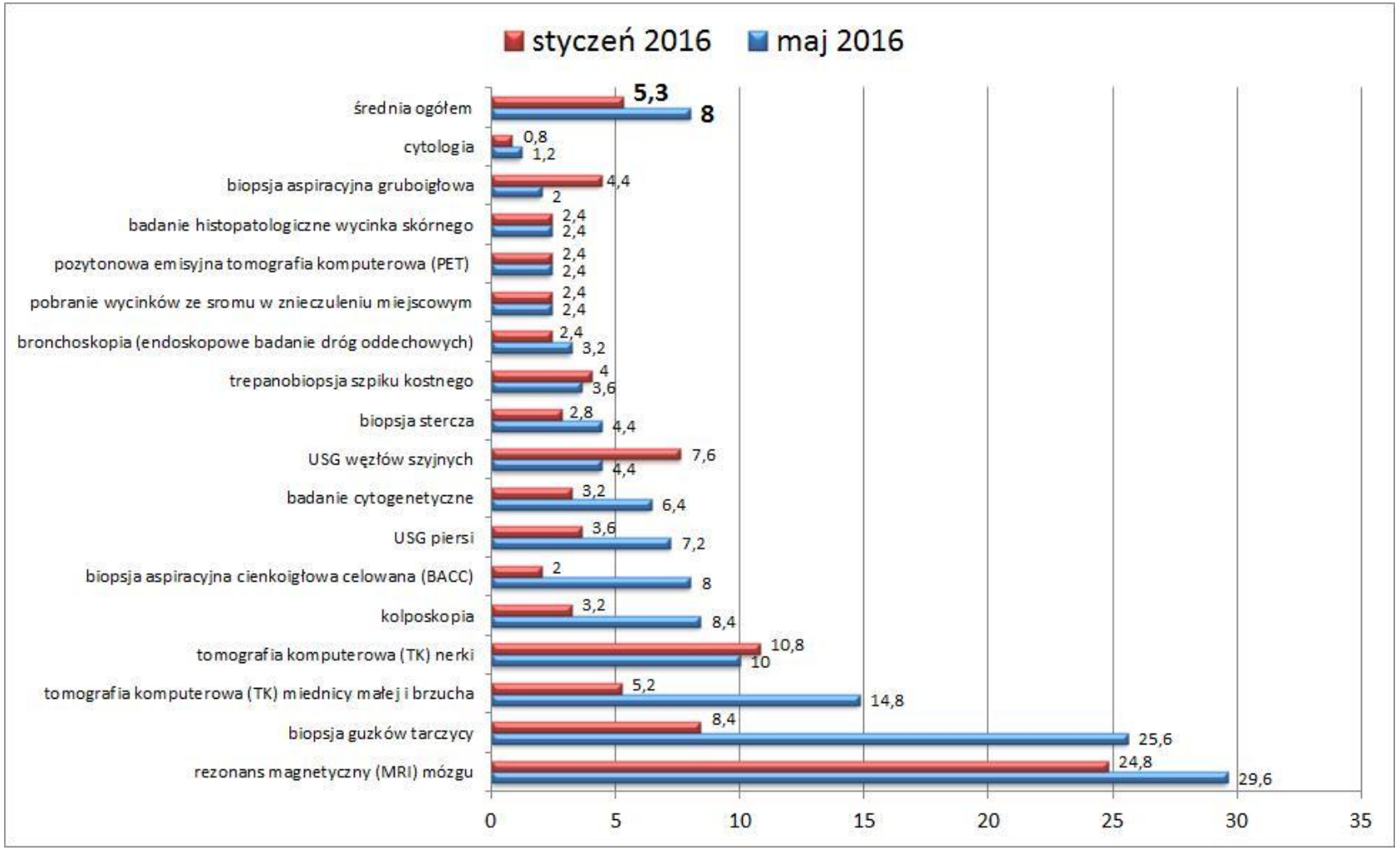
Rysunek 7. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne maj 2016 r. (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Analiza porównawcza wyników dla świadczeń diagnostycznych zweryfikowanych w styczniu 2016 r. oraz maju 2016 r. wskazuje na wydłużenie o 2,7 tyg. (0,7 mies.) czasu oczekiwania dla pacjentów chorych onkologicznie lub z podejrzeniem choroby onkologicznej - nieposiadających karty DiLO.

Porównanie w niektórych przypadkach wykazało istotne zmiany w średnim czasie oczekiwania na świadczenia w ramach diagnostyki onkologicznej. **Wydłużenie czasu oczekiwania nastąpiło w przypadku biopsji guzków tarczycy o 17,2 tyg. (4,3 mies.), tomografii komputerowej miednicy małej i brzucha o 9,6 tyg. (2,4 mies.), a rezonansu magnetycznego (MRI) mózgu o 4,8 tyg. (1,2 mies.).** Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zaobserwowano natomiast w USG węzłów szyjnych o 3,2 tyg. (0,8 mies.) oraz biopsji aspiracyjnej gruboigłowej o 2,4 tyg. (0,6 mies.). Powyższe dane obrazuje rys. 8.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 8. Porównanie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne styczeń 2016 r. vs. maj 2016 r. (tygodnie), bez karty DiLO.

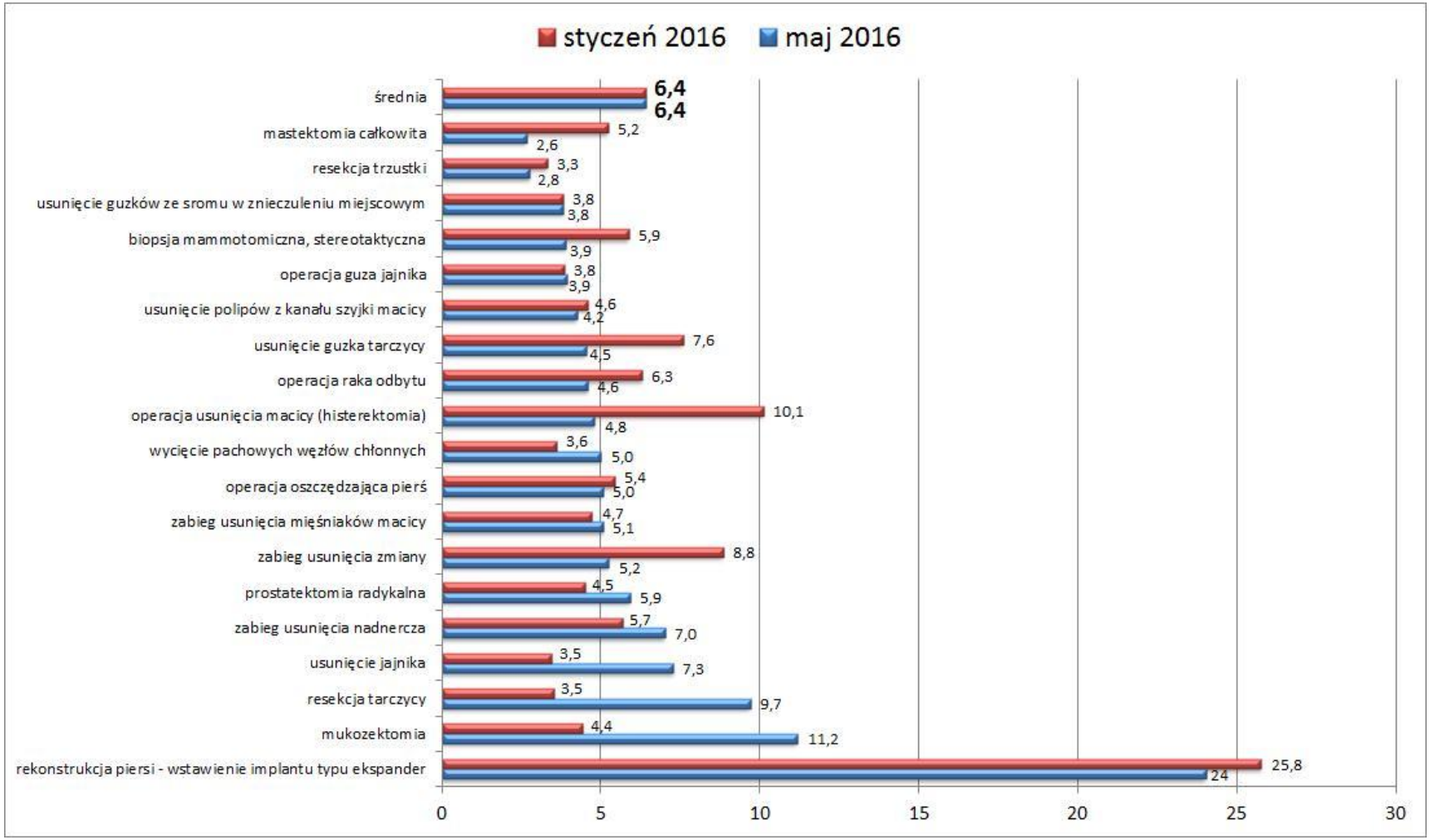
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

4.2.3. Zabiegi

W grupie świadczeń zdefiniowanych jako „zabiegi" objętych monitorowaniem jest 19 procedur medycznych. **W ujęciu generalnym - na zabiegi onkologiczne w maju 2016 r. czas oczekiwania wyniósł 6,4 tyg. (1,6 mies.).** Najdłużej, bo ok. 24 tyg. (6 mies.) czeka się na rekonstrukcję piersi - wstawienie implantu typu expander. Czas oczekiwania na ten zabieg w porównaniu do stycznia 2016 r. uległ nieznacznej poprawie o 1,8 tyg.

Świadczeniami obarczonymi długim czasem oczekiwania są: mukozektomia 11,2 tyg. (2,8 mies.), resekcja tarczycy 9,7 tyg. (2,4 mies.), zabieg usunięcia jajnika 7,3 tyg. (1,8 mies.) oraz zabieg usunięcia nadnercza 7 tyg. (1,8 mies.). Świadczeniami, na które wydłużył się czas oczekiwania o powyżej 6 tygodni w porównaniu z poprzednim badanym okresem – styczeń 2016 r. są: mukozektomia oraz resekcja tarczycy. W przypadku zabiegu usunięcia jajnika zaobserwowano wzrost czasu oczekiwania o 3,8 tyg. Natomiast świadczeniem, na które czas oczekiwania skrócił się jest histerektomia (operacja usunięcia macicy) - aktualnie 4,8 tyg. (1,2 mies.); czas oczekiwania jest krótszy średnio o 5,3 tyg. Najkrócej, bo poniżej 3 tyg. czeka się na mastektomię całkowitą oraz resekcję trzustki. Zestawienie średnich czasów oczekiwania na wykonanie zabiegów w dziedzinach onkologicznych zostało zaprezentowane na rys. 9.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 9. Średni czas oczekiwania na wykonanie zabiegu onkologicznego w styczniu 2016 r. oraz w maju 2016 r. (tygodnie), bez karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

4.2.4. Leczenie niezabiegowe

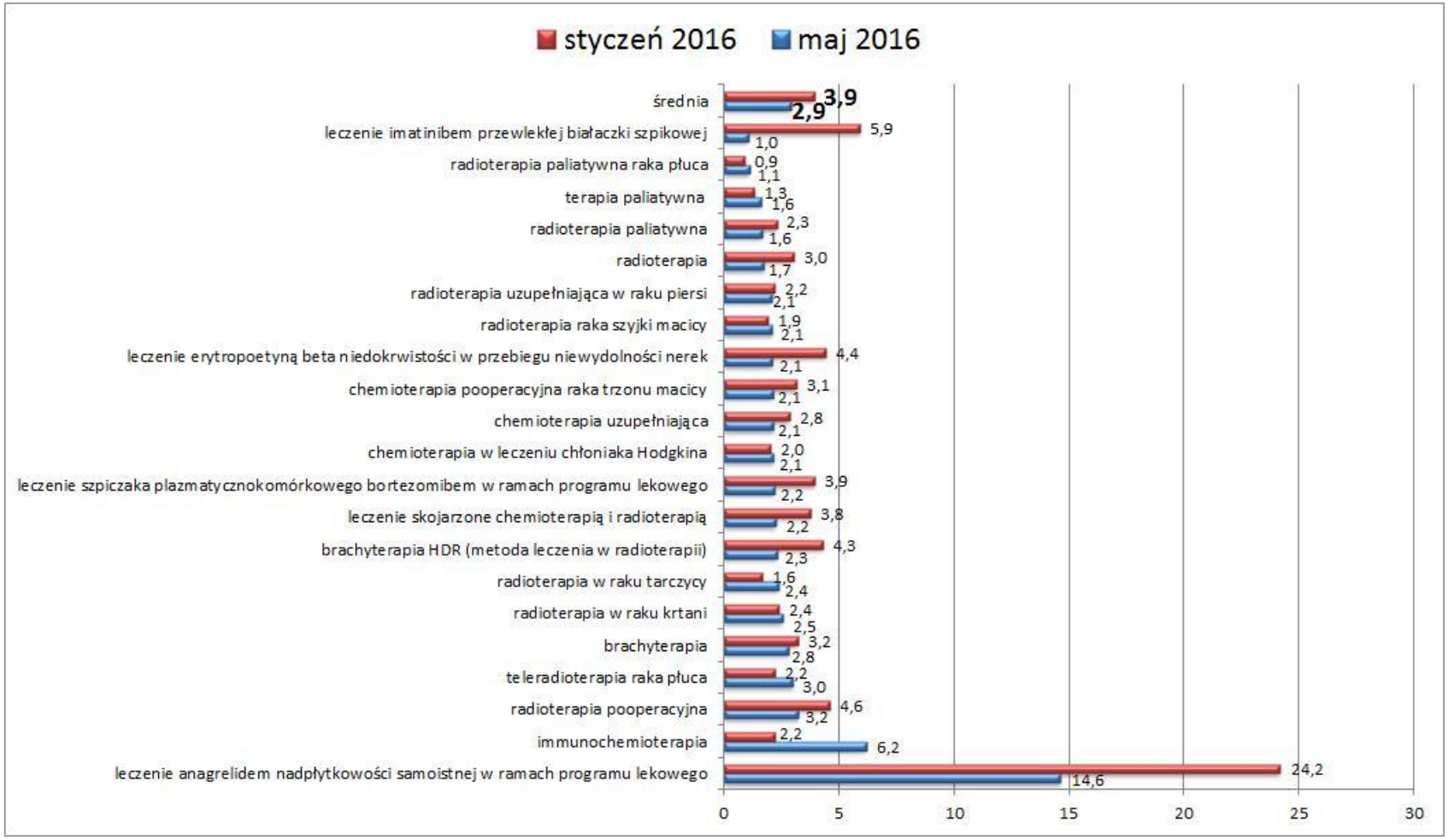
Dane zebrane przez Fundację wskazują, że **aby uzyskać dostęp do niezabiegowego leczenia onkologicznego w maju 2016 roku, chory musiał czekać średnio 2,9 tyg. (0,7 mies.) – pacjenci bez karty DiLO**. Jest to czas krótszy w porównaniu do niezabiegowych świadczeń leczniczych zweryfikowanych w styczniowym OnkoBarometrze WHC.

Świadczeniami, na które chory czeka najkrócej są: leczenie imatinibem przewlekłej białaczki szpikowej, radioterapia paliatywna. Średni czas oczekiwania na powyższe świadczenia w maju 2016 r. wyniósł ok. 1 tydzień.

W najnowszym OnkoBarometrze **najdłuższy czas oczekiwania, który wyniósł 14,6 tyg. (3,7 mies.) odnotowano w przypadku leczenia anagrelidem nadpłytkowości samoistnej**, co w porównaniu ze styczniem 2016 r. jest wynikiem krótszym o 9,4 tyg. Wcześniejsza terapia tym lekiem dostępna była w ramach programu lekowego. Obecnie anagrelid został włączony do leczenia chemioterapeutycznego i jest refundowany. Utrzymujący się wciąż długi 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 osób są odległe.

Wśród świadczeń z zakresu radioterapii w maju 2016 r. chory czekał od 1 do 2 tyg. na rozpoczęcie radioterapii. Natomiast najdłużej czekał pacjent skierowany na immunochemioterapię 6,2 tyg. (1,6 mies.) oraz na radioterapię pooperacyjną 3,2 tyg. (ok. 0,8 mies.). Zestawienie średnich czasów oczekiwania na leczenie niezabiegowe w dziedzinach onkologicznych zostało zaprezentowane na rys. 10.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 10. Czas oczekiwania (tygodnie) na rozpoczęcie leczenia, porównanie styczeń 2016 r. vs. maj 2016 r., bez karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

5. Profilaktyka w walce z nowotworami w Polsce, leczenie bólu

5.1. Dostępność do testów na mutację genu BRCA1/BRCA2

Polska zajmuje trzecie miejsce pod względem umieralności na raka jajnika w Europie - co roku z jego powodu umiera 2,5 tys. Polek. Natomiast rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet w Polsce. Rocznie diagnozuje się ok. 12 tys. przypadków nowych zachorowań. Co dziesiąta kobieta dotknięta rakiem piersi choruje w wyniku odziedziczonej predyspozycji genetycznej. Nawet około 150 tys. Polek to nosicielki mutacji, które podnoszą ryzyko zachorowania na raka piersi.[7]

Badania przesiewowe zachęcające kobiety do wykonania cytologii czy USG piersi mają za zadanie pomóc kobietom we wczesnym rozpoznawaniu nowotworów i zwiększyć ich szansę na wyleczenie. W ramach ostatniego „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych - na lata 2006-2015" w całym kraju przeprowadzane zostały medialne akcje edukacyjne polegające na zwiększaniu świadomości kobiet odnośnie badań przesiewowych nowotworów szyjki macicy oraz nowotworów piersi. Stworzono także możliwość wykonywania badań przesiewowych, czy to w danym ośrodku, czy tez w mammobusach. Obecnie zatwierdzono nowy plan NPZChN na lata 2016-2024, natomiast do tej pory nie wiadomo jaką nową formę przyjmie edukacja w zakresie wykonywania badań przesiewowych przez Polki.

W ramach profilaktyki nowotworowej stworzony został w Polsce „Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe." Moduł 1 tego programu poświęcony jest wczesnemu wykrywaniu nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika. Moduł 2 odnosi się do wczesnego wykrywania i prewencji nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy. Moduł 3 dotyczy profilaktyki oraz wczesnego wykrywania nowotworów w rodzinach z rzadkimi zespołami dziedzicznej predyspozycji do nowotworów – siatkówczak.

[7] http://publicznecentraonkologii.pl/pacjent/brca1-i-brca2-jaki-wplyw-na-zachorowanie-na-raka-piersi-maja-te-geny/ [dostęp: 25.06.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

W ramach działania Modułu 1 tego programu możliwe jest wykonywanie badań profilaktycznych dla kobiet zagrożonych rakiem piersi z mutacją w genie BRCA1/BRCA2. Kobiety do udziału w tego rodzaju badaniach wyłanianie są na podstawie dziedzicznych uwarunkowań raka piersi i raka jajnika wśród krewnych I i II stopnia. Oznacza to, że występowanie w rodzinie któregoś z tych dwóch nowotworów jest przesłanką do wykonania badań genetycznych. Osoby, u których testy genetyczne wykazały obecność mutacji w tym genie powinny zostać objęte opieką onkologiczną oraz zachować zwiększoną czujność. Program tego rodzaju jest realizowany przez poradnie genetyczne w całej Polsce. Wskazania do konsultacji genetycznej mogą wystawić lekarze podstawowej opieki zdrowotnej oraz onkolodzy. Na stronach internetowych centrów onkologicznych dostępne są ankiety dotyczące predyspozycji do wykonania tego rodzaju testów genetycznych. Pacjentki proszone są o wypełnienie kwestionariusza, który stanowi pierwszy krok do diagnostyki potencjalnej mutacji w genie BRCA1/BRCA2. Na jego podstawie określa się poziom ryzyka zachorowalności na raka. Za granicę potwierdzającą istotność badań uważa się ryzyko wyższe niż 10%, granica ta jest jednak umowna. Ponadto w ramach tego programu można wykonać badania genetyczne.

Profilaktyka nowotworów jest niezmiernie ważnym tematem w diagnostyce nowotworów. Tylko współpraca pacjentów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, onkologów, a także decydentów ochrony zdrowia może przyczynić się do skutecznego leczenia pacjentów oraz rozwinąć prewencje pierwotną. Diagnostyka tego rodzaju jest szansą na zdrowie dla pacjentów z obciążeniem genetycznym.

Świadomy pacjent, to pacjent z większą szansą na zachowanie zdrowia. Refundacja badania genetycznego przy określonych wskazaniach jest istotnie szansą dla ludzi na uniknięcie zachorowania, bądź wykrycie nowotworu we wczesnym stadium, kiedy rokowania dla pacjenta są najlepsze. Wspomnieć należy, że aby dobrze zdiagnozować pacjenta onkologicznego potrzebne są testy genetyczne które pozwolą określić mutację genów. Dostęp do diagnostyki molekularnej w Polsce nie jest wcale łatwy dla pacjentów, co wiąże się z niewielką liczbą patomorfologów[8] w Polsce oraz złym prowadzeniem systemu finansowania tego rodzaju świadczeń przez NFZ. Częstą

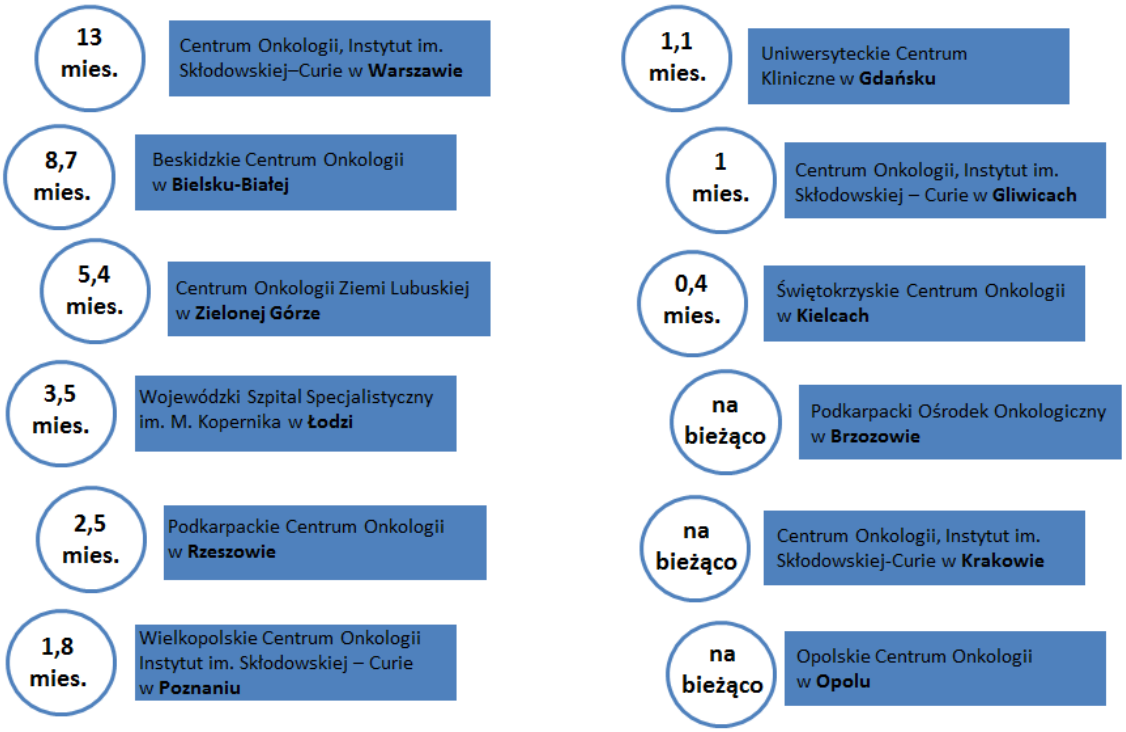
[8] Liczba lekarzy patomorfologów wykonujących zawód w Polsce wynosi 567. Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE – 74, czyli 13,05 %.Dane z 2016-05-01, Naczelna Izba Lekarska

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

sytuacją obserwowaną w diagnostyce molekularnej jest podwykonawstwo badań genetycznych dla szpitali, które posiadają kontrakt z NFZ. Takie rozwiązanie może wiązać się z niską opłacalnością utrzymywania przez szpital laboratorium oraz konkurencyjne ceny proponowane przez laboratoria zewnętrzne.

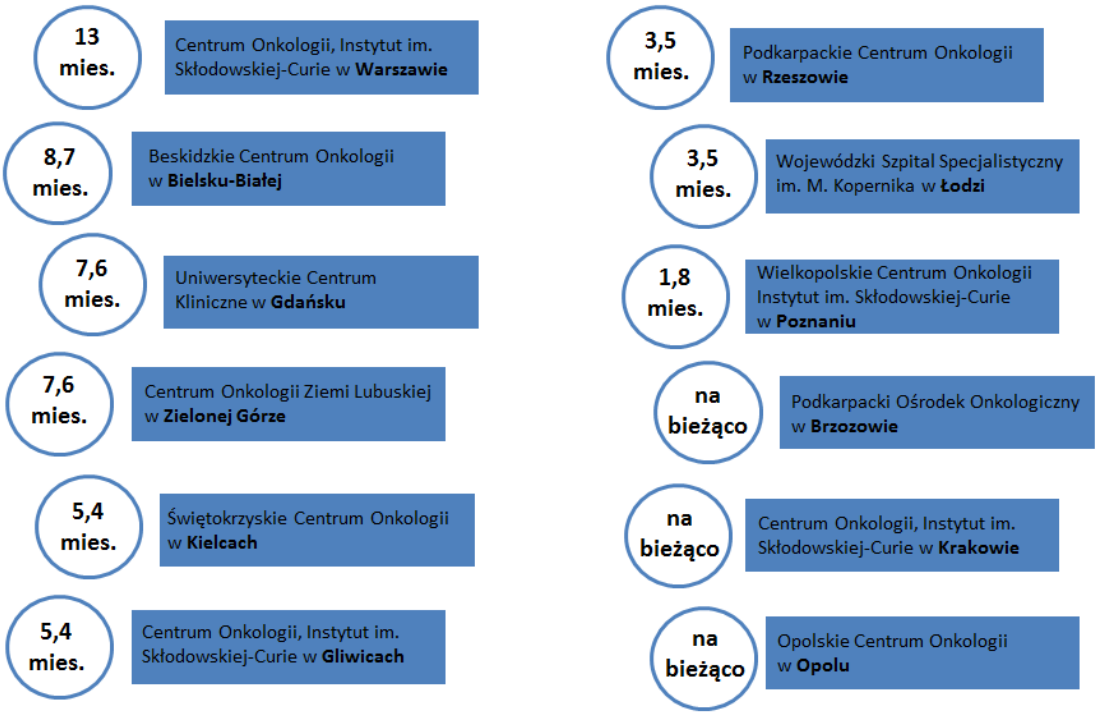
Fundacja WHC w maju 2016 r. zbadała dostępność do badań w kierunku wykrycia mutacji w genie BRCA1/BRCA2, odpowiedzialnego za zachorowania na nowotwór piersi i jajnika. Czasy oczekiwania różnią się w zależności od miejsca wykonywania testów, różnica w czasie oczekiwania pomiędzy centrami onkologicznymi, a zwykłymi placówkami posiadającymi kontrakt z NFZ na tego rodzaju zabiegi. Czas oczekiwania uzależniony jest również od posiadania Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO). Poniższe zestawienie prezentuje czasy oczekiwania na testy genetyczne dla pacjentek nie posiadających „zielonej karty" oraz dla kobiet, którym taka karta została wydana (podejrzenie nowotworu). **Średni czas oczekiwania w centrach onkologicznych dla pacjentek z kartą DiLO wyniósł w maju 2016 r. 3,1 mies. (12,4 tyg.), natomiast dla pacjentek nie posiadających karty 4,7 mies. (19 tyg.).** Wspomnieć należy także, że pacjentki muszą oczekiwać również na wynik badania, czas ten waha się w granicach 2 tygodni do kilku miesięcy.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 11. Średni czas oczekiwania na badania genetyczne BRCA1/BRCA2, pacjenci z kartą DiLO, stan maj 2016 r. (miesiące).

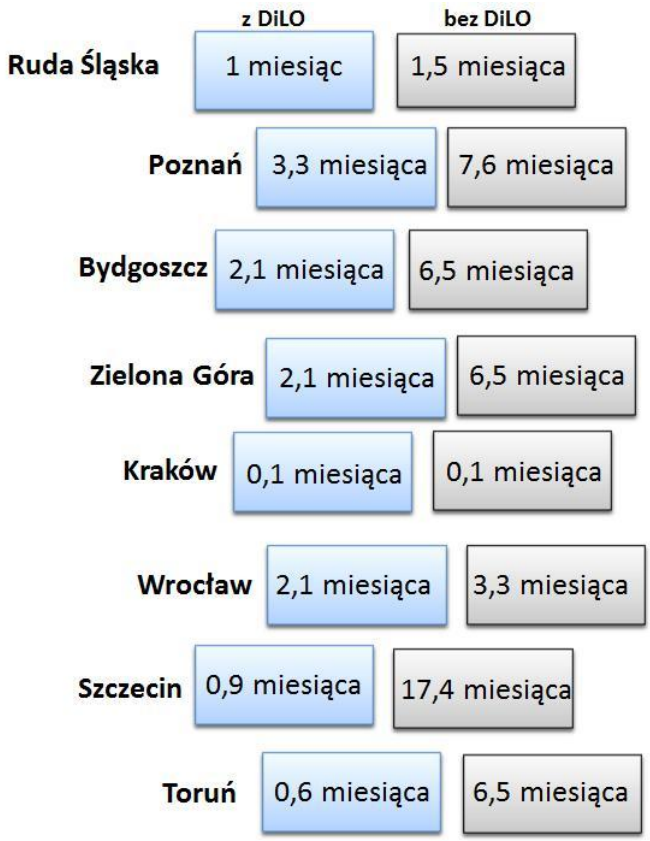
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 12. Średni czas oczekiwania na badania genetyczne BRCA1/BRCA2, pacjenci BEZ karty DiLO, stan maj 2016 r. (miesiące).

Zebrane przez Fundację WHC dane dotyczą również dostępności do badań genetycznych odnośnie mutacji w genie BRCA1/BRCA2 w zwykłych placówkach medycznych posiadających kontrakt z NFZ na tego rodzaju badania. Wyniki dla porównania uzyskano w kilku większych miastach w Polsce.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Czas oczekiwania w losowo wybranych poradniach genetycznych z całej Polski.

Rysunek 13. Przykładowy czas oczekiwania na badania genetyczne BRCA1/BRCA2 w zwykłych placówkach, maj 2016 r. (miesiące).

Czas oczekiwania w mniejszych placówkach niebędących Centrami Onkologicznymi na badania genetyczne w celu ocenienia mutacji w genie BRCA1/BRCA2 w maju 2016 r. wyniósł średnio 1,5 mies. dla pacjentek z kartą DiLO oraz ponad 6 mies. dla pacjentek, które tej karty nie otrzymały.

Kobiety, które chcą się upewnić czy nie są nosicielkami wadliwego genu, a nie miały w rodzinie przypadków osób chorych na nowotwór lub nie chcą czekać w kolejkach, mogą wykonać tego rodzaju badania również prywatnie. Pobranie materiału (z krwi lub pobranie wymazu z policzka) do badania odbywa się w prywatnych placówkach zazwyczaj na bieżąco, natomiast na wynik pacjentki muszą poczekać średnio 1 miesiąc. Przykładowe zestawienie placówek prywatnych oraz cenę podstawowych testów genetycznych zawiera tabela nr 1.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Tabela 1. Czas oczekiwania i cena badań genetycznych w wybranych placówkach prywatnych, maj 2016 r.

Badania genu BRCA1/BRCA2 prywatnie:	Czas oczekiwania	Cena orientacyjna (zestaw podstawowy)
1. Wrocław	1 tydzień + 15 dni wynik	550 zł
2. Łódź	na bieżąco + 2,5 mies. wynik	450 zł
3. Warszawa	na bieżąco + 1 mies. wynik	500 zł
4. Poznań	na bieżąco + 1 mies. wynik	396 zł
5. Białystok	1 tydzień + 1,2 mies. wynik	700 zł
6. Katowice	na bieżąco + 14 dni wynik	449 zł

W walce z rakiem bardzo ważna jest profilaktyka, która może przyczynić się do zapobiegania lub wczesnego wykrycia nowotworu, a co za tym idzie umożliwienia chorym całkowitego wyleczenia. Regularne wykonywanie badań profilaktycznych przynosi znaczącą korzyść dla ludzi. Ze względu na ważny wpływ predyspozycji genetycznych na zachorowalność na nowotwór zalecane jest również wykonywanie badań genetycznych. Życie ze świadomością obciążenia wadliwym genem nie jest proste, ale poddanie się regularnej kontroli może istotnie przyczynić się do zapobiegania zachorowaniu lub umożliwić całkowite wyleczenie w przypadku zachorowania.

5.2 Leczenie bólu nowotworowego w Polsce

Pacjent onkologiczny w szczególny sposób narażony jest na ból. Jego odczuwanie jest sprawą subiektywną, ponieważ każdy człowiek odczuwa ból inaczej, a świadomość choroby powoduje nawarstwianie się emocji. Chory powinien uświadomić sobie, że odczuwaniu bólu można zapobiec.

Ból nowotworowy jest bólem który może zacząć występować wcześnie w fazie diagnostyki nowotworu lub uaktywnić się w czasie leczenia. Często również same procedury leczenia sprawiają, że ból się pojawia. Leczenie radiologiczne, chemioterapeutyczne, czy leczenie operacyjne przyczynia się do jego powstawania. Ból nowotworowy najczęściej występuje w nowotworach głowy, szyi, okolicy moczowo-płciowej, przełyku i prostaty. Ból obecny jest często podczas przerzutów. Celem leczenia przeciwbólowego jest łagodzenie cierpienia pacjenta oraz zapobieganie niszczącemu wpływowi bólu na jakość życia. Ból może mieć charakter ostry bądź przewlekły. Narodowe rejestry nowotworów bardzo precyzyjnie wykazują zachorowalność,

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

śmiertelność oraz rodzaj nowotworów. Natomiast brak jest dokładnych danych mówiących o tym, jaki rodzaj bólu występuje u chorego na dany nowotwór.

Należy zrozumieć, że pacjent ma prawo do odczuwania bólu indywidualnie i lekarz nie powinien lekceważyć skarg chorego, który opisuje swoje dolegliwości. Istotą planu leczenia jest rozpoznanie mechanizmu powstawania bólu i ocenienie innych czynników nasilających odczuwanie bólu oraz dobór właściwych leków. Około 90% chorych z bólami nowotworowymi może być skutecznie leczonych farmakologicznie. Światowym standardem takiego leczenia jest regularne podawanie "silniejszych" leków, kiedy "słabsze" przestają być skuteczne oraz kojarzenie różnych leków przeciwbólowych według schematu Światowej Organizacji Zdrowia – WHO.[9] W Polsce pacjentom z bólem nowotworowym pomagają dwie poradnie: poradnia leczenia bólu i poradnia medycyny paliatywnej, natomiast leczenie bólu nie jest objęte pakietem onkologicznym.

Fundacja Watch Health Care w tej edycji raportu zdecydowała się zbadać dostępność pacjentów onkologicznych do poradni leczenia bólu w całej Polsce. Wspomnieć należy, że poradnie tego rodzaju nie respektują karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, a zapisy w kolejce są weryfikowane najczęściej poprzez dopisanie przez lekarza prowadzącego na skierowaniu słowa „pilne".

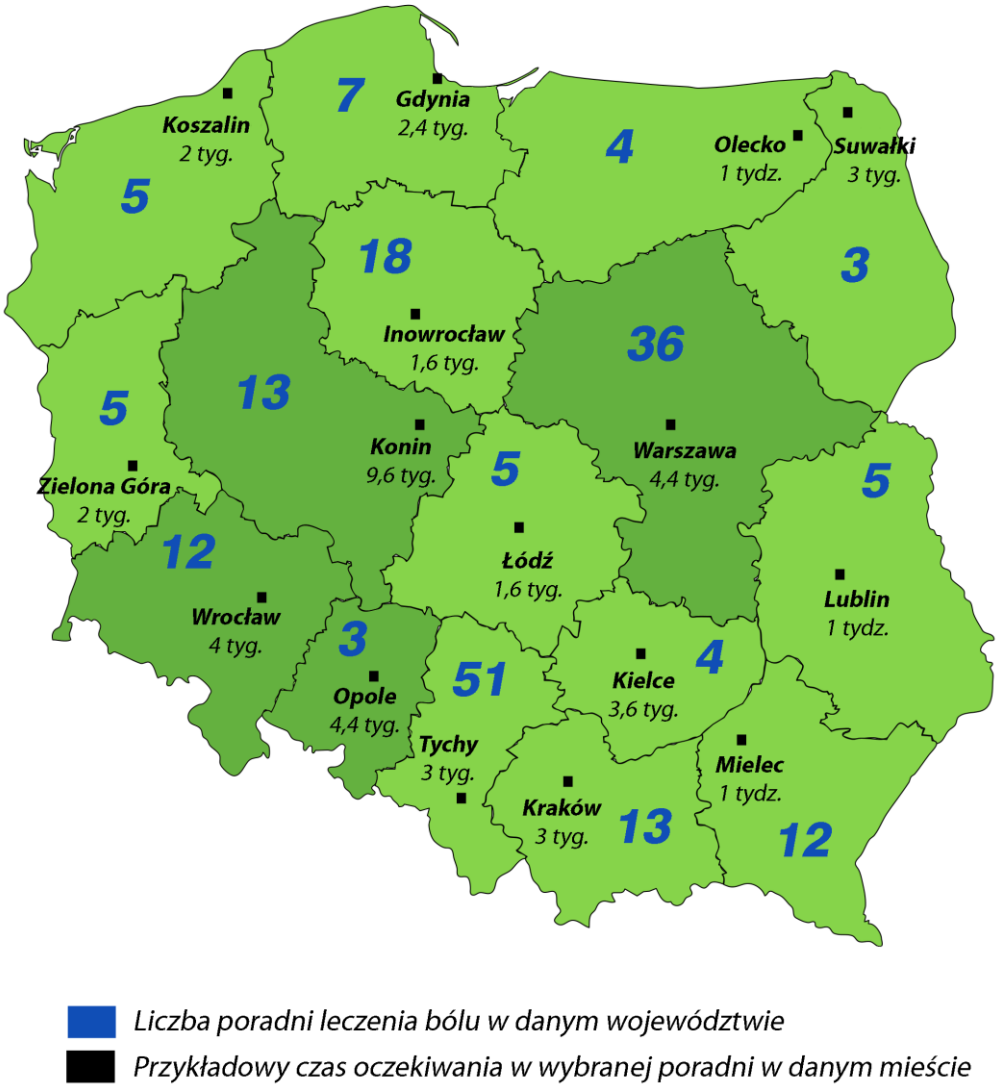
Z uzyskanych danych wynika, że średni czas oczekiwania w Polsce na przyjęcie pacjenta do poradni z bólem nowotworowym wynosi 3 tygodnie – 0,75 mies. (średnia czasu oczekiwania z 32 poradni leczenia bólu z całej Polski). Oczywiście struktura czasu oczekiwania na to świadczenie jest zróżnicowana i zależy od danej placówki. Istnieją w Polsce poradnie, gdzie pacjent onkologiczny przyjmowany jest od razu, ale są również takie miejsca, gdzie czas oczekiwania może wynieść 2 miesiące. Zwykle tak długie terminy spowodowane są liczbą pacjentów w danej poradni oraz faktem, że poradnie tego rodzaju zajmują się również pacjentami mającymi problem z bólem, którego przyczyna jest inna niż onkologiczna np. migrenowe bóle głowy, czy bóle stawów. Dużo większą dostępnością dla pacjentów charakteryzują się poradnie medycyny paliatywnej, ale w większości przypadków kojarzą się one choremu ze stanem terminalnym i zniechęcają pacjentów we wczesnej fazie choroby nowotworowej do korzystania

[9] World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Geneva 1990 [dostęp: 23.06.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

z ich pomocy. Poniższa mapa pokazuje przykładowe czasy oczekiwania w wybranych poradniach w miastach w Polsce oraz liczbę dostępnych poradni leczenia bólu w danym województwie.

Mapa 1. Zestawienie liczby poradni leczenia bólu w Polsce oraz przykładowe czasy oczekiwania w wybranych miastach w Polsce (tygodnie).[10]



[10] **Liczba poradni na podstawie:** https://zip.nfz.gov.pl/; http://www.onkonet.pl/dp_ioo_maz_leczbol.php; http://ptbb.pl/dzialalnosc/certyfikat-ptbb/poradnie-bez bolu; https://swiatprzychodni.pl/; http://placowki.mp.pl/ [dostęp: 01.06.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

Tabela 2. Zestawienie liczby poradni leczenia bólu w danym województwie vs. liczba mieszkańców.[11]

Województwo	Liczba poradni leczenia bólu na 1 mln mieszkańców
śląskie	11,1
kujawsko-pomorskie	8,6
mazowieckie	6,7
podkarpackie	5,6
lubuskie	4,9
dolnośląskie	4,1
małopolskie	3,9
wielkopolskie	3,7
świętokrzyskie	3,2
pomorskie	3
opolskie	3
zachodniopomorskie	2,9
warmińsko-mazurskie	2,8
podlaskie	2,5
lubelskie	2,3
łódzkie	2

Najdłuższe czasy oczekiwania Fundacja WHC odnotowała w przypadku wybranych poradni leczenia bólu w Koninie, Warszawie, Opolu oraz Wrocławiu (czas oczekiwania od 4-9 tygodni).

Leczenie bólu nowotworowego jest ważnym problemem podczas całościowej opieki nad pacjentem onkologicznym. Jego leczenie powinno być nierozerwalną częścią całego procesu terapeutycznego. Dolegliwości bólowe powodują obniżenie jakości życia chorego i skutki fizyczne, psychiczne, a także społeczne. Większą dostępność do tego rodzaju leczenia może przynieść włączenie do pakietu onkologicznego leczenia paliatywnego i hospicyjnego.

[11] Liczba mieszkańców: http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stan-w-dniu-30-vi-2015-r-,6,18.html [dostęp: 01.06.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, 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 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 wykonanie diagnostyki wstępnej oraz diagnostyki pogłębionej nie powinien przekraczać 9 tygodni w 2015 r., 8 tygodni w 2016 r. (oraz docelowo 7 tygodni w 2017 r.). Czas wyznaczony na rozpoczęcie leczenia to kolejne 14 dni.**

W niniejszym dokumencie zwracamy szczególną uwagę na cztery najczęstsze nowotwory: płuca, piersi, stercza oraz etapowość leczenia białaczki. 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. Jest to jeden z najczęściej diagnozowanych nowotworów złośliwych, stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce oraz jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów 13,4% przeżycia 5-letniego. Dlatego szybka diagnostyka i rozpoczęcie leczenia jest niezwykle ważne dla pacjenta.[12]

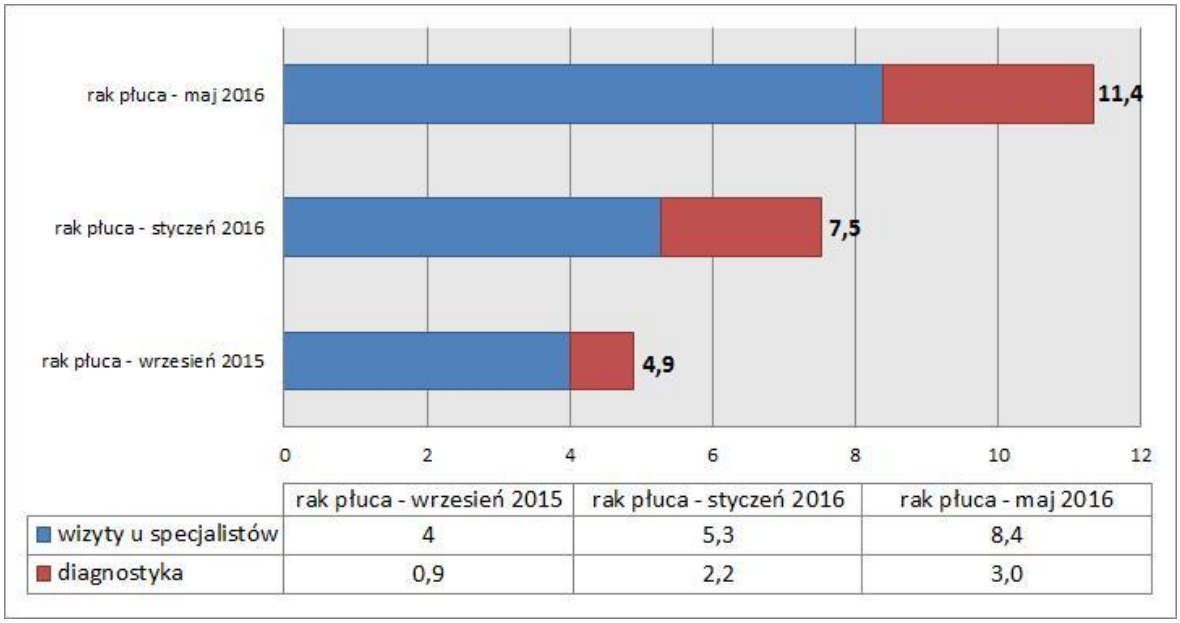
[12] http://www.infozdrowie.org/images/pdf/2016/28_04_2016/1_niewada.pdf dostęp: [25.05.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Najnowsze wyniki uzyskane przez Fundację WHC w maju 2016 r. pokazują, że na wizytę do pulmonologa, bez karty DiLO, pacjent musi poczekać średnio 7,6 tygodnia (1,9 mies.). Jest to pierwsze ograniczenie, na które napotyka pacjent na wstępnym etapie leczenia. Po wizycie u pulmonologa chory kierowany jest na tomografię komputerową klatki piersiowej, na którą poczeka średnio 12 tygodni (3 mies.). Kolejnym etapem jest wizyta u specjalisty z zakresu chirurgii klatki piersiowej – ponad 4 tygodnie oczekiwania (1,1 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 3,6 tygodnia (0,9 mies.), ma możliwość dwóch rodzajów terapii: leczenie systemowe (chemioterapia, terapia ukierunkowana molekularnie) i/lub radioterapię paliatywną, na którą czeka się ok. 1,6 tygodnia (0,4 mies.). Łączny czas od wizyty u lekarza POZ do rozpoczęcia leczenia za pomocą radioterapii paliatywnej raka płuca w maju 2016 r. wyniósł ponad 29,4 tygodnia (7,3 mies.). W poprzednio badanym okresie tj. w styczniu 2016 r. przeciętny skumulowany czas wyniósł 24 tygodnie (6 mies.). **W maju dla pacjentów posiadających kartę DiLO skumulowany czas oczekiwania wyniósł 12,6 tygodnia (3,1 mies.), w czym diagnostyka pogłębiona została zakończona po 11,4 tygodnia. Czas ten wyraźnie przekracza wyznaczone przez Ministerstwo Zdrowia 8 tygodni.** W poprzednio badanym okresie (styczeń 2016 r.) czas przeznaczony na diagnostykę wstępną i pogłębioną dla pacjentów posiadających kartę DiLO wyniósł 7,5 tyg., czyli o 3,9 tyg. krócej. WHC zaobserwowało tendencję wzrostową.

Kolejne 14 dni to czas wyznaczony przez MZ na podjęcie pierwszego zabiegu w szpitalu od czasu konsylium. W przypadku raka płuca pacjent z kartą DiLO oczekuje na leczenie operacyjne raka płuca 2 tyg. a na leczenie ukierunkowane molekularnie oczekuje 1,6 tyg. – czyli mieści się w wyznaczonym czasie.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



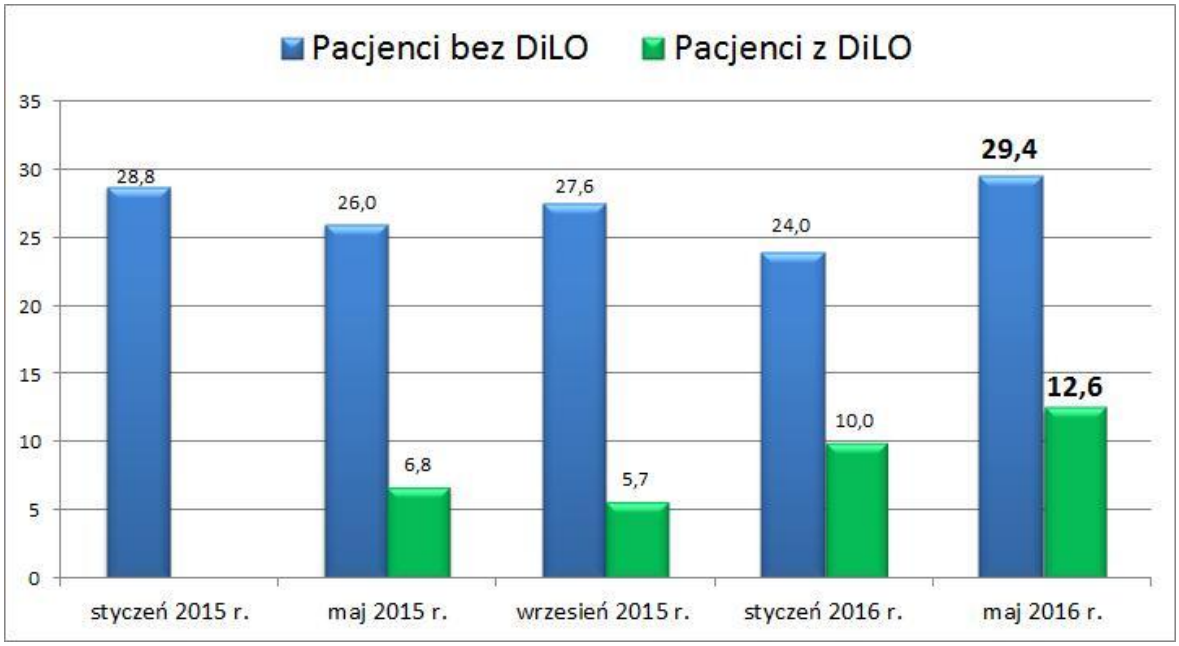
Rysunek 14 Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka płuca dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Z założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 8 tygodni w 2016 r.

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 – maj 2016 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO**	Pacjenci **bez karty DiLO**	Średnia ogólna[13] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
	duże centra onkologiczne	*mniejsze szpitale onkologiczne*		
A. **zakończona leczeniem operacyjnym**	32 tyg. (8,04 mies.)	27,2 tyg. (6,8 mies.)	**29,6 tyg. (7,4 mies.)**	**11,6 tyg. (2,9 mies.)**
B. **zakończona radioterapią paliatywną**	32,2 tyg. (8,04 mies.)	26,6 tyg. (6,6 mies.)	**29,4 tyg. (7,3 mies.)**	**12,6 tyg. (3,1 mies.)**

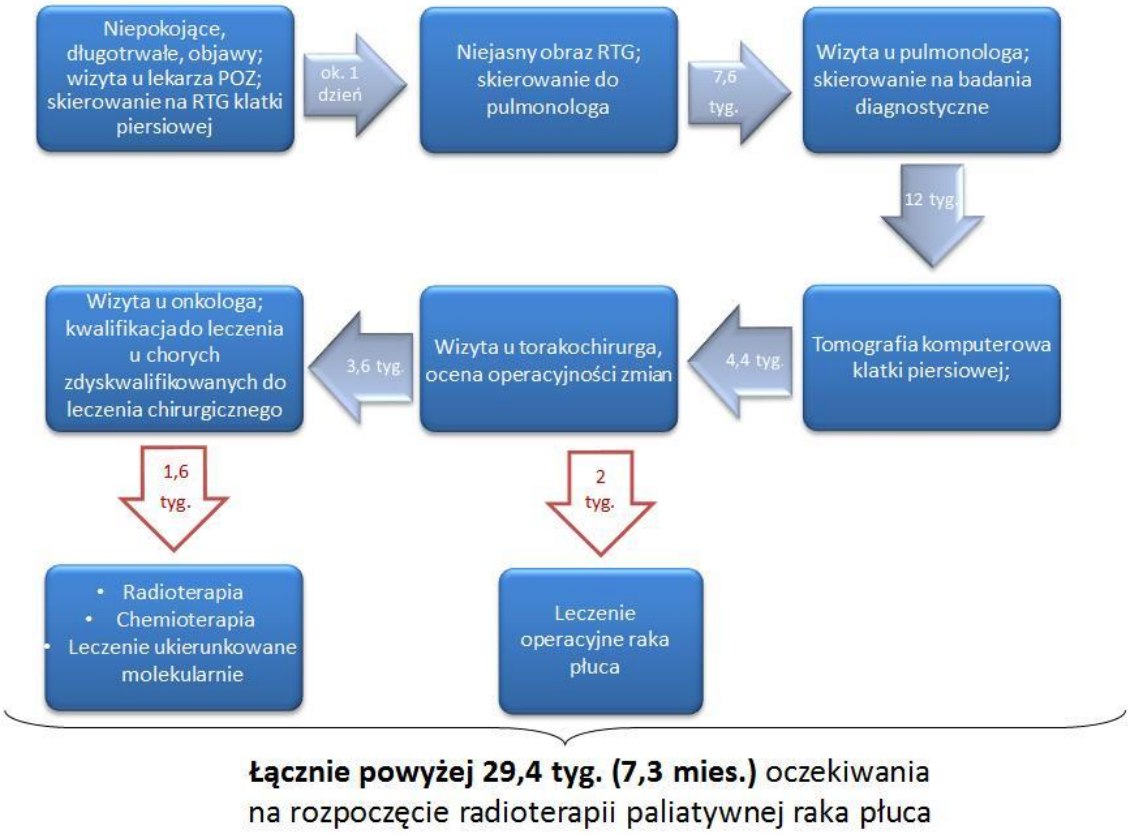
[13] Średnia liczona na podstawie czasu oczekiwania w dużych centrach onkologicznych oraz pozostałych placówkach.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 15. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia raka płuca styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 16. 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. 29,4 tyg. (7,3 mies.). Jest to czas dłuższy o 5,6 tyg. niż w styczniu 2016 r. – wynosił wtedy 24 tyg. (6 mies.).

W przypadku pacjenta posiadającego „zieloną kartę" czas od podejrzenia raka płuca do rozpoczęcia leczenia radioterapią paliatywną wynosi około 12,6 tyg. - wydłużenie czasu oczekiwania o 2,6 tyg. Jednak **wyznaczony przez Ministerstwo Zdrowia czas 8 tygodni na wykonanie diagnostyki wstępnej oraz diagnostyki pogłębionej w przypadku raka płuca jest przekroczony o średnio 3,4 tyg. – wynosi 11,4 tyg.** W poprzednio badanym okresie (styczeń 2016 r.) czas ten wynosił 7,5 tyg., był on krótszy o 3,9 tyg.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

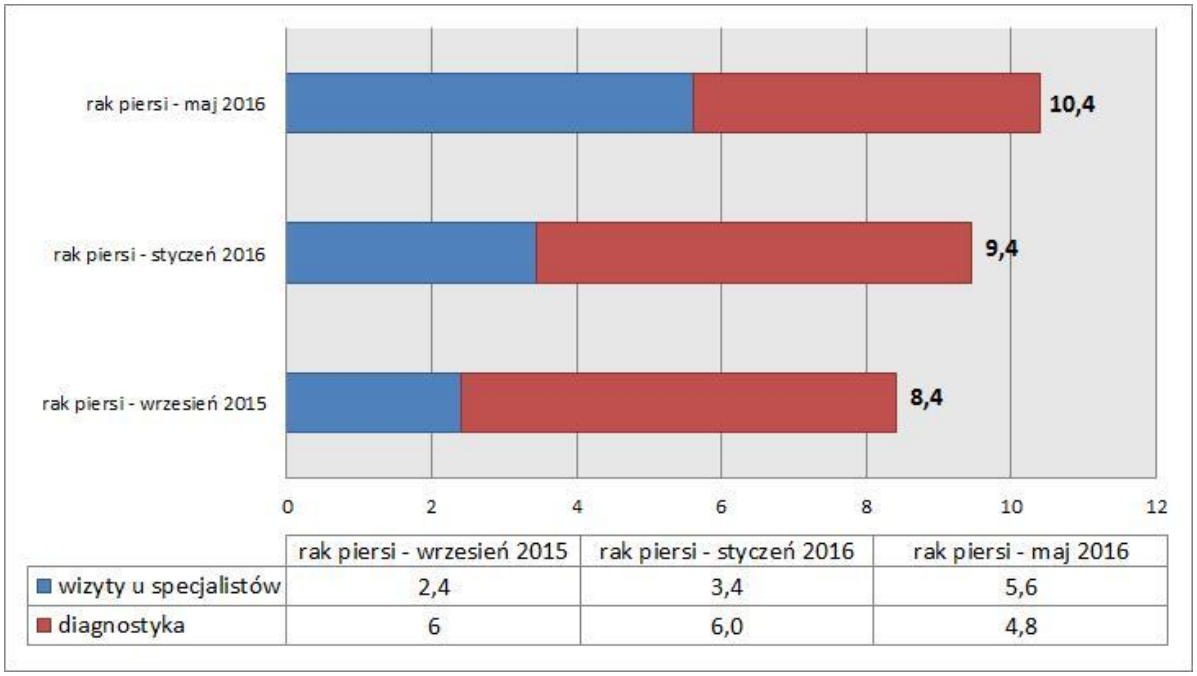
6.2 Etapowość postępowania w onkologii określono również dla pacjentki z podejrzeniem raka piersi.

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 47,2 tyg. (11,8 mies.).** Należy podkreślić, iż w styczniu 2016 r. przeciętny czas wyniósł 24 tyg. (6 mies.). Wydłużenie w porównaniu do stycznia 2016 r. spowodowane jest znacznym wzrostem czasu oczekiwania na badania diagnostyczne takie jak: USG piersi (7,2 tyg.) oraz tomografia komputerowa (TK) miednicy małej i brzucha (14,8 tyg.).

W przypadku pacjentki posiadającej już od początku diagnostyki „zielona kartę" i wymagającej **tomografii miednicy małej i brzucha, ten czas wynosi 12 tygodni (3 mies.). Czas oczekiwania na wykonanie diagnostyki wstępnej i diagnostyki pogłębionej wynosi 10,4 tyg.** Według wprowadzonego pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać 9 tygodni (obecnie 8 tygodni). **W poprzednio badanym okresie czas wykonania diagnostyki wynosił średnio 9,4 tyg. – o 1 tydzień krócej niż obecnie. Zaobserwowano tendencję wzrostową czasu oczekiwania na uzyskanie diagnozy i wyznaczenie planu leczenia.** Czas oczekiwania na zabieg w przypadku kobiet chorych na raka piersi posiadających kartę DiLO wyniósł w maju 1,6 tyg. Czas ten mieści się w wyznaczonych na podjęcie leczenia przez Ministerstwo 14 dniach.

Powstaje jednak pytanie ile kobiet z podejrzeniem raka piersi jest, a ile nie jest rozliczanych w ramach pakietu onkologicznego – przekroczenie czasu 8 tygodni od rozpoznania do zakończenia diagnostyki pogłębionej prowadzić powinno do zablokowania rozliczenia w ramach pakietu.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*



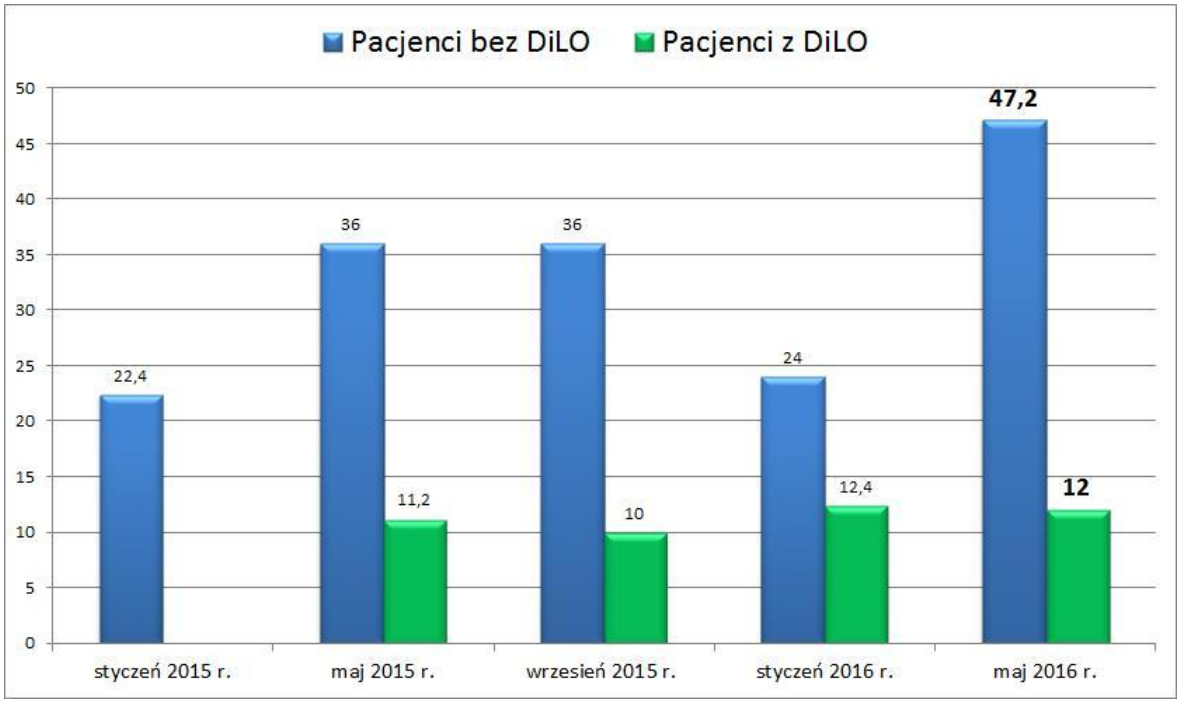
Rysunek 17 Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka piersi dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Z założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 8 tygodni w 2016 r.

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 – maj 2016 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO** *duże centra onkologiczne*	Pacjenci **bez karty DiLO** *mniejsze szpitale onkologiczne*	Średnia ogólna[14] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
A. **Bez tomografii komputerowej miednicy małej i brzucha**	30,4 tyg. (7,6 mies.)	32,8 tyg. (8,2 mies.)	**32,4 tyg. (8,1 mies.)**	**10 tyg. (2,5 mies.)**
B. **Z tomografią komputerową miednicy małej i brzucha**	46 tyg. (11,5 mies.)	46,8 tyg. (11,7 mies.)	**47,2 tyg. (11,8 mies.)**	**12 tyg. (3 mies.)**

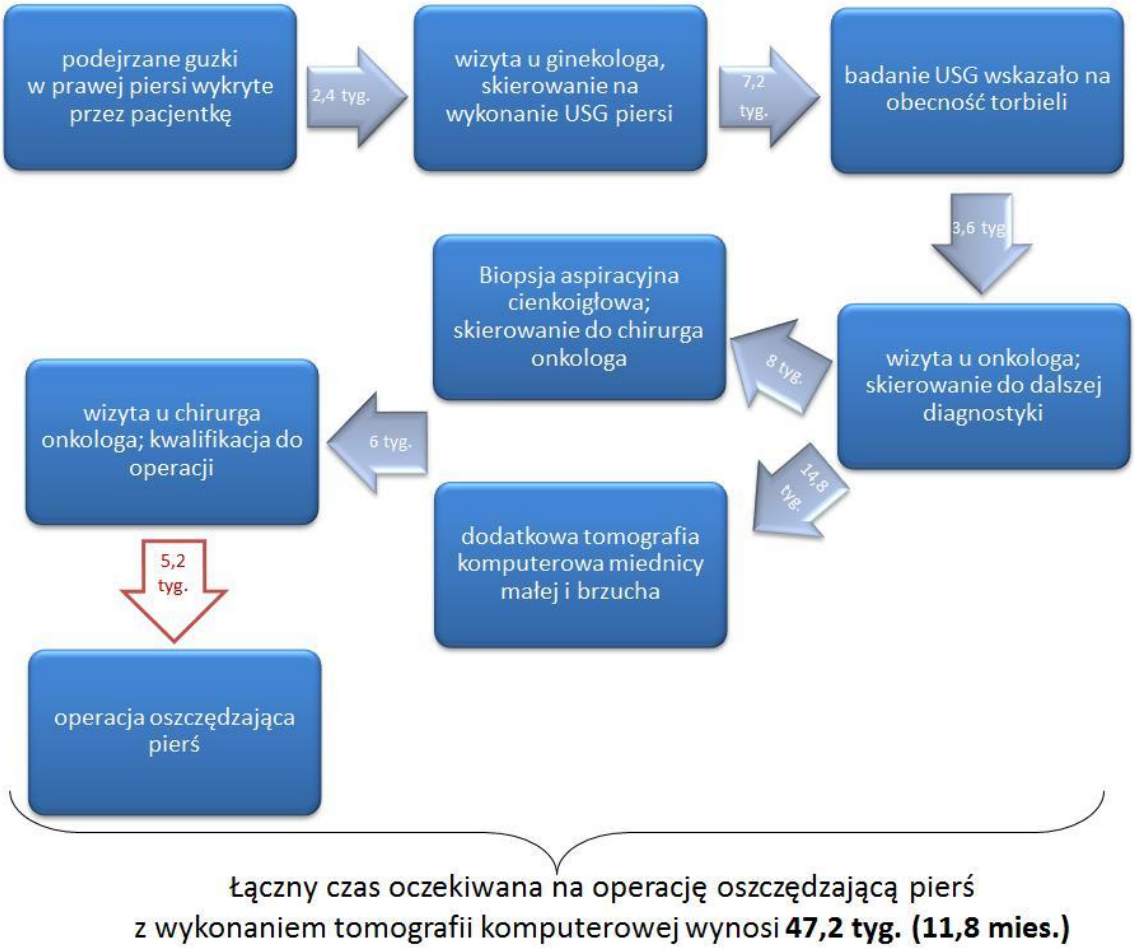
[14] Średnia liczona na podstawie czasu oczekiwania w dużych centrach onkologicznych oraz pozostałych placówkach.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 18. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia w raku piersi styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 19. Etapowość postępowania w raku piersi od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia w przypadku pacjentki bez karty DiLO – średnie (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

6.3. Etapowość postępowania w raku stercza

Ocena etapowości postępowania w raku prostaty jest przedstawiana przez Fundację WHC po raz kolejny w OnkoBarometrze z racji częstego występowania nowotworu u mężczyzn. Guz ten rozwija się powoli, dlatego tak ważne jest dostrzeżenie już pierwszych objawów.

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.[15]

Pacjent swoją ścieżkę diagnostyki zaczyna u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, potem kierowany jest na badanie PSA, które umożliwia wczesne wykrycie podejrzanych zmian. Z wynikami musi udać się do urologa i tutaj napotyka na pierwszą przeszkodę, gdyż na wizytę u urologa trzeba czekać około 8,4 tyg. (2,1 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 4,4 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:

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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

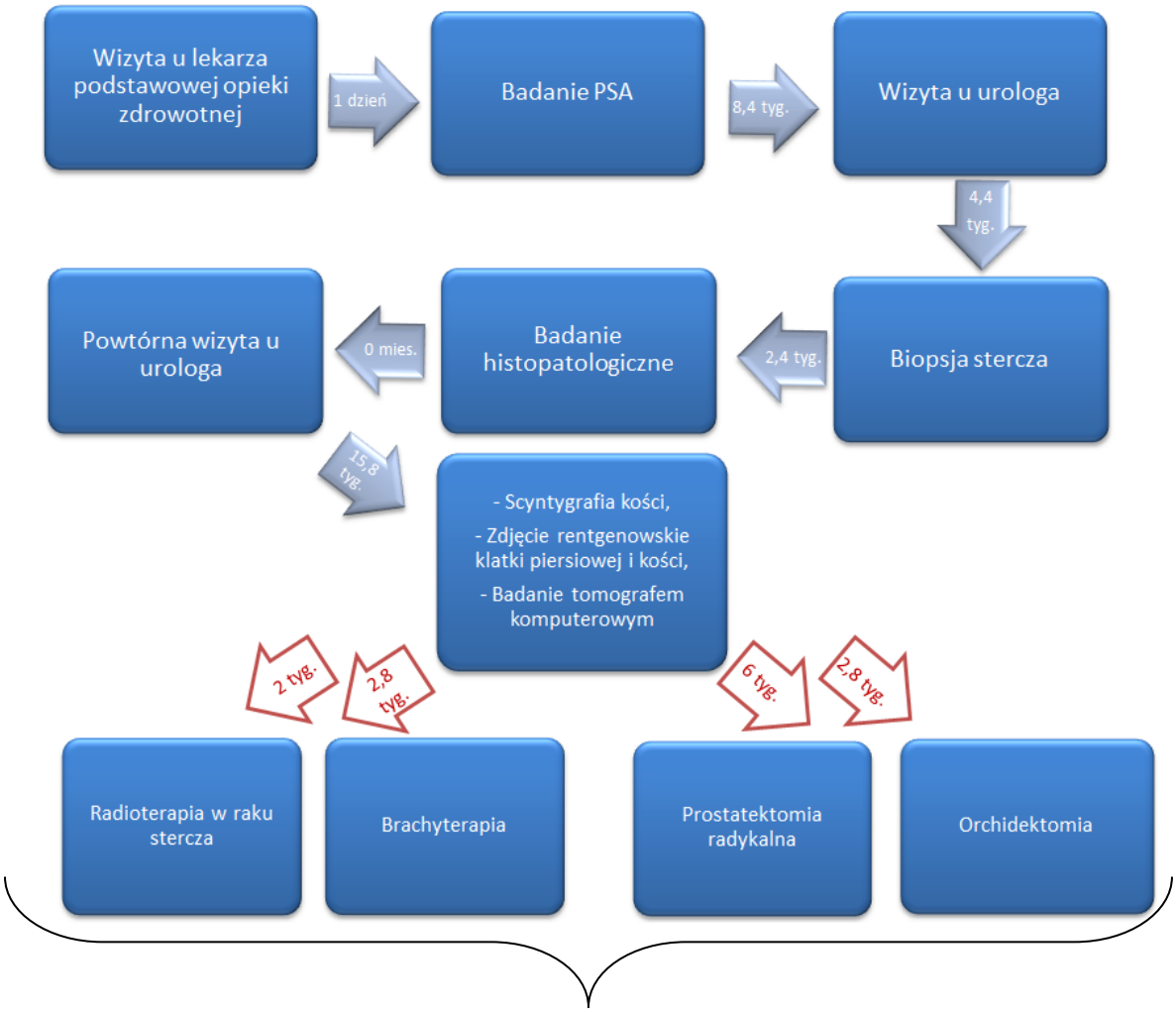
- radioterapia w raku stercza – 2 tyg. (0,5 mies.)
- brachyterapia – 2,8 tyg. (0,7 mies.)
- prostatektomia radykalna – 6 tyg. (1,5 mies.)
- orchidektomia – 2,8 tyg. (0,7 mies.)

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 maj 2016 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO**	Pacjenci **bez karty DiLO**	Średnia ogólna[16] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
	Duże centra onkologiczne	*Mniejsze szpitale onkologiczne*		
A. zakończona leczeniem operacyjnym	41,6 tyg. (10,4 mies.)	32,8 tyg. (8,2 mies.)	**37,2 tyg. (9,3 mies.)**	**10,4 tyg. (2,6 mies.)**
B. zakończona radioterapią paliatywną	38 tyg. (9,5 mies.)	29,2 tyg. (7,3 mies.)	**33,2 tyg. (8,3 mies.)**	**10 tyg. (2,5 mies.)**

[16] 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 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 20. Etapowość postępowania w raku stercza od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO – średnie (tygodnie).

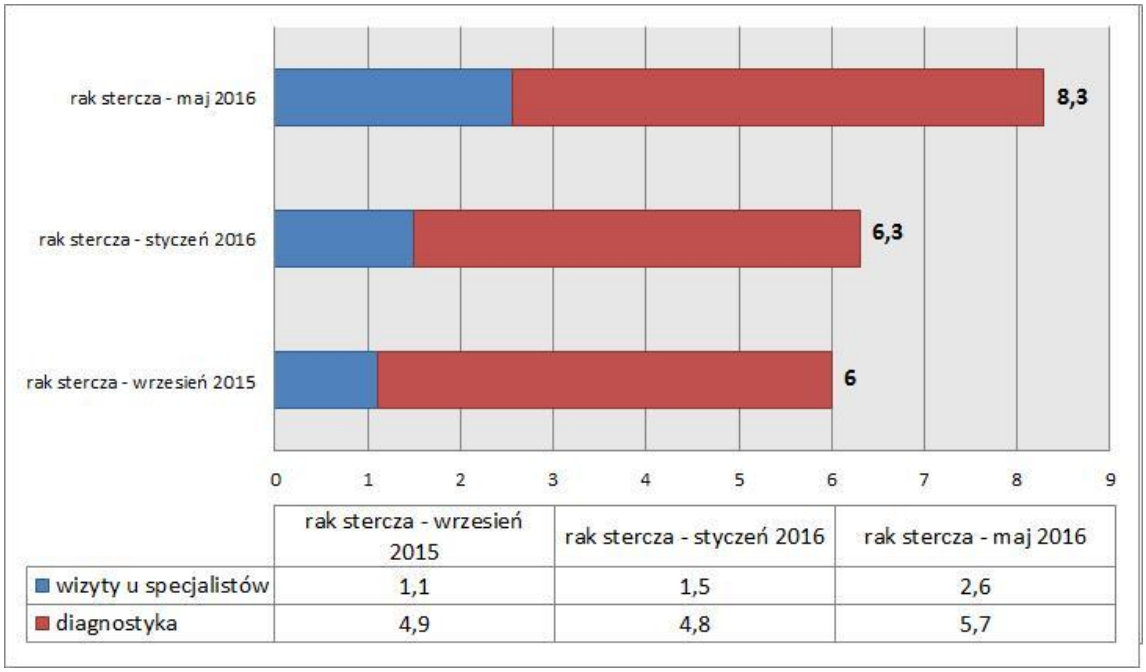
Skumulowany czas oczekiwania pacjenta bez karty DiLO na podjęcie leczenia operacyjnego diagnozowanego z wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego wynosi około 37,2 tyg. (9,3 mies.).

W przypadku pacjenta posiadającego „zieloną kartę" skumulowany czas oczekiwania wynosi średnio 10,4 tyg. (2,6 mies.). Czas oczekiwania na otrzymanie przez pacjenta diagnozy pogłębionej w maju 2016 r. wyniósł średnio 8,3 tyg. Czas ten przekracza nieznacznie 8 tyg. wyznaczonych przez Ministerstwo Zdrowia. W poprzednio badanym okresie (styczeń 2016 r.)

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

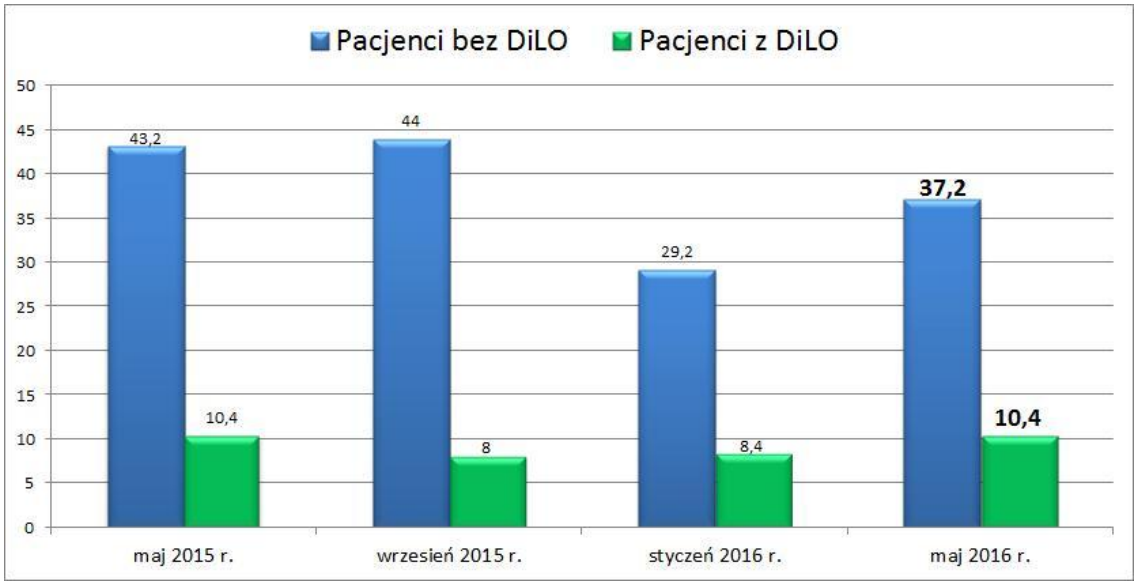
czas na wykonanie diagnostyki pogłębionej wynosił 6,3 tyg. – o 2 tygodnie krótszy. Zaobserwowano tendencję wzrostową.

Pacjent od momentu odbycia się konsylium na pierwszy zabieg czeka średnio 2 tygodnie – mieści się w ramach 14 dni wyznaczonych przez MZ .



	rak stercza - wrzesień 2015	rak stercza - styczeń 2016	rak stercza - maj 2016
wizyty u specjalistów	1,1	1,5	2,6
diagnostyka	4,9	4,8	5,7

Rysunek 21. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka stercza dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Z założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 8 tygodni w 2016 r.



Rysunek 22. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia w raku stercza maj 2015 vs. wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, 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 23,6 tyg. (5,9 mies.).** Jest to pierwsze największe ograniczenie w dostępności do leczenia w maju 2016 r. dla pacjenta bez karty DiLO.

Natomiast zmiany nastąpiły w dostępie do tego leku. Dostępny był on długo w ramach programu lekowego. W tym momencie istnieje możliwość leczenia przewlekłej białaczki szpikowej w ramach programu lekowego dazatynibem lub nilotynibem w przypadku decyzji lekarza prowadzącego o wyborze leku drugiego rzutu (w razie rozpoznania nietolerancji lub oporności imatinibu).[17]

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.

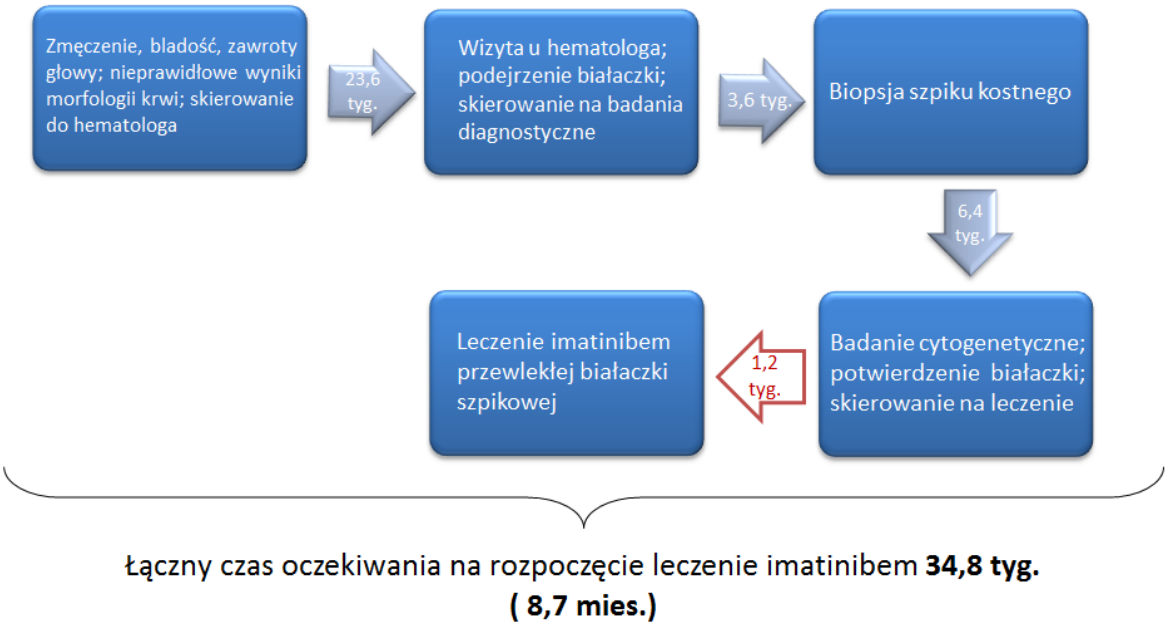
Poniżej przedstawiono schemat etapowości leczenia dla chorego na przewlekłą białaczkę szpikową, który przechodzi kwalifikację do podania leku zaczynając od poradni hematologicznej.

W przypadku pacjenta bez karty DiLO czas od podejrzenia białaczki do rozpoczęcia leczenia wynosi prawie 34,8 tyg. (8,7 mies.). Natomiast pacjenci z kartą DiLO w etapowości postępowania w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej **czekają na wdrożenie leczenia 7,6 tyg. (1,9 mies.),** co

[17] 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 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

spowodowane jest w głównej mierze krótszym czasem oczekiwania na wizytę do hematologa. **Pacjenci posiadający kartę DiLO na wykonanie diagnostyki wstępnej oraz diagnostyki pogłębionej oczekują w maju 2016 r. średnio 6,8 tygodnia – mieszczą się w ramach wyznaczonych przez MZ 8 tygodniach.**



Rysunek 23. Etapowość postępowania w białaczce od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia, dla pacjenta bez karty DiLO (tygodnie).

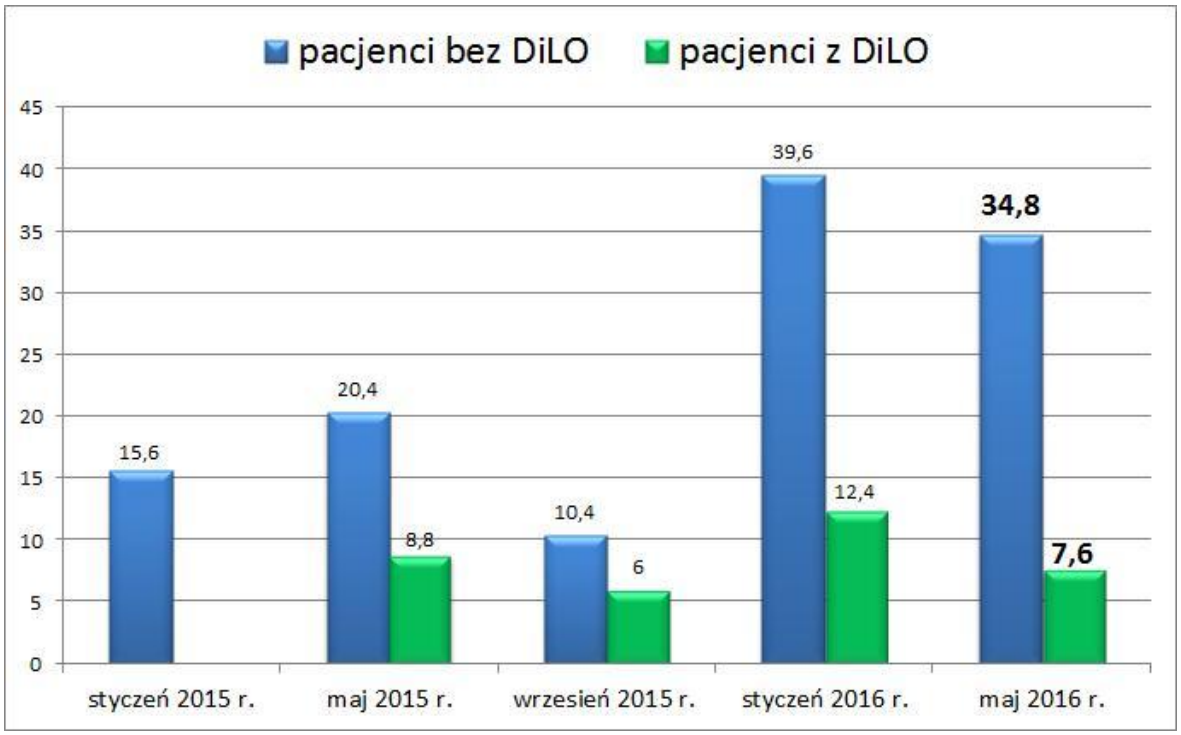
Tabela 6. Etapowość postępowania w białaczce szpikowej od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia: pacjenci bez karty DiLO, podział na centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także pacjenci z kartą DiLO.

Etapowość leczenia:	**OnkoBarometr maj 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*		

[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 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

przewlekłej białaczki szpikowej	40 tyg. (10 mies.)	29,2 tyg. (7,3 mies.)	**34,8 tyg. (8,7 mies.)**	**7,6 tyg. (1,9 mies.)**



Rysunek 24. Porównanie skumulowanego czasu etapowości przewlekłej białaczki szpikowej styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Wnioski

1. **Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii w Polsce wyniósł w maju 2016 r. średnio 5,3 tygodnia dla pacjentów nieposiadających karty DiLO.** Natomiast kolejka dla pacjentów z kartą DiLO wyniosła średnio 2,1 tygodnia – przy czym należy pamiętać, że leczenie nowotworów obejmuje zwykle kilka procedur diagnostycznych i terapeutycznych wykonywanych etapowo.
2. W porównaniu z danymi ze stycznia 2016 r., wydłużeniu uległ średni czas oczekiwania w dwóch z pięciu badanych przez Fundację WHC dziedzinach. **Najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano w onkologii sensu stricto oraz chirurgii onkologicznej – około 7,2 tygodnia (1,8 mies.) dla pacjentów pozapakietowych.**
3. Średni czas oczekiwania na wizytę u specjalisty onkologicznego w przypadku posiadania karty DiLO jest stosunkowo krótszy, wynosi 1,6 tygodnia (0,4 mies.). Ogólna średnia czasu oczekiwania do specjalisty w przypadku pacjentów nieposiadających karty DiLO jest prawie 3-krotnie większa, wynosi 4,4 tygodnia (1,1 mies.).
4. Świadczeniami na które w onkologii **czeka się najdłużej (bez karty DiLO)** są: **rezonans magnetyczny mózgu (MRI)** 29,6 tygodnia**, biopsja guzków tarczycy** 25,6 tygodnia oraz **operacja rekonstrukcji piersi** 24 tygodnie.
5. Średni czas oczekiwania na badanie w celu wykrycia mutacji w genie BRCA1/BRCA2 odpowiedzialnego za zachorowania na nowotwór piersi i jajnika **wyniósł w maju 2016 r. dla pacjentów z kartą DiLO średnio 12,4 tygodnia (3,1 mies.), natomiast dla pacjentów nie posiadających karty DiLO – 19 tygodni (4,7 mies.).**
6. Z uzyskanych danych wynika, że średni czas oczekiwania w Polsce na przyjęcie pacjenta z bólem nowotworowym do **poradni leczenia bólu wynosi 3 tygodnie – 0,75 mies.**
7. Z danych dotyczących etapowości leczenia wynika, że w maju 2016 roku w przypadku skumulowanego czasu oczekiwania na wykonanie **diagnostyki onkologicznej raka płuc oraz piersi** pacjent onkologiczny nie mieści się w założonym przez pakiet onkologiczny terminie 9 tygodni oczekiwania, a tym bardziej nowych założeń 8-tygodniowego czasu oczekiwania.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

8. Na **wizytę do specjalisty** pacjenci onkologiczni nieposiadający karty DiLO oczekują średnio **3,1 tygodnia**, na **diagnostykę** trzeba poczekać około **8 tygodni**, dostęp do **zabiegów** wynosi średnio **6,4 tygodnia**, a na **leczenie niezabiegowe** pacjenci czekają w kolejce **2,9 tygodnia**.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Spis rysunków

Rysunek 1. Schemat badania ograniczeń w dostępie do świadczeń onkologicznych w ramach OnkoBarometru WHC..... 17
Rysunek 2. Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (tygodnie) w poszczególnych dziedzinach onkologicznych styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 pacjenci BEZ karty DiLO..... 19
Rysunek 3. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia zdrowotne w dużych, specjalistycznych centrach onkologicznych oraz w pozostałych placówkach (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO, maj 2016 r..... 20
Rysunek 4. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia w podziale na rodzaj świadczenia (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, maj 2016 r..... 21
Rysunek 5. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty z zakresu dziedzin onkologicznych styczeń 2016 vs. maj 2016 r. (tygodnie), pacjenci bez karty DiLO. 22
Rysunek 6. Porównanie średniego czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, maj 2016 (tygodnie)..... 23
Rysunek 7. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne maj 2016 r. (tygodnie)..... 25
Rysunek 8. Porównanie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne styczeń 2016 r. vs. maj 2016 r. (tygodnie), bez karty DiLO..... 27
Rysunek 9. Średni czas oczekiwania na wykonanie zabiegu onkologicznego w styczniu 2016 r. oraz w maju 2016 r. (tygodnie), bez karty DiLO..... 29
Rysunek 10. Czas oczekiwania (tygodnie) na rozpoczęcie leczenia, porównanie styczeń 2016 r. vs. maj 2016 r., bez karty DiLO. 31
Rysunek 11. Średni czas oczekiwania na badania genetyczne BRCA1/BRCA2, pacjenci z kartą DiLO, stan maj 2016 r. (miesiące). 35
Rysunek 12. Średni czas oczekiwania na badania genetyczne BRCA1/BRCA2, pacjenci BEZ karty DiLO, stan maj 2016 r. (miesiące)..... 36
Rysunek 13. Przykładowy czas oczekiwania na badania genetyczne BRCA1/BRCA2 w zwykłych placówkach, maj 2016 r. (miesiące)..... 37

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Rysunek 14 Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka płuca dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Z założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 8 tygodni w 2016 r. 44
Rysunek 15. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia raka płuca styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 (tygodnie). 45
Rysunek 16. Etapowość postępowania w raku płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO – średnie. 46
Rysunek 17 Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka piersi dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Z założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 8 tygodni w 2016 r. 48
Rysunek 18. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia w raku piersi styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 (tygodnie). 49
Rysunek 19. Etapowość postępowania w raku piersi od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia w przypadku pacjentki bez karty DiLO – średnie (tygodnie). 50
Rysunek 20. Etapowość postępowania w raku stercza od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO – średnie (tygodnie). 53
Rysunek 21. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka stercza dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Z założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 8 tygodni w 2016 r. 54
Rysunek 22. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia w raku stercza maj 2015 vs. wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 (tygodnie). 54
Rysunek 23. Etapowość postępowania w białaczce od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia, dla pacjenta bez karty DiLO (tygodnie). 56
Rysunek 24. Porównanie skumulowanego czasu etapowości przewlekłej białaczki szpikowej styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 (tygodnie). 57

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Spis tabel

Tabela 1. Czas oczekiwania i cena badań genetycznych w wybranych placówkach prywatnych, maj 2016 r. 38
Tabela 2. Zestawienie liczby poradni leczenia bólu w danym województwie vs. liczba mieszkańców. 41
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. 44
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. 48
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. 52
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. 56

Załącznik

Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach onkologicznych w maju 2016 r. 63

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach onkologicznych w maju 2016 r.

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][19]		
			V 2016	I 2016	Zmiana
Ogółem			**1,3**	**1,2**	=
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA			**1,8**	**1,6**	=
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	**1,5**	**0,7**	↑
2.	**operacja raka odbytu**	mężczyzna; 65 lat; rak odbytnicy potwierdzony badaniem rektoskopowym i wynikami histopatologicznymi; posiada skierowanie od onkologa	**1,1**	**1,6**	=
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	**1,3**	**0,9**	=
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	**1,5**	**1,1**	=
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	**1,3**	**1,4**	=
6.	**wizyta u chirurga dziecięcego**	dziecko; 16 lat; zmiana pod pachą między żebrami; podejrzenie włókniaka; skierowanie od pediatry	**0,1**	**0,4**	=

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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][19]		
			V 2016	I 2016	Zmiana
Ogółem			**1,3**	**1,2**	=
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	**2,4**	**0,9**	↑
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	**2,8**	**1,1**	↑
9.	**usunięcie guzka tarczycy**	kobieta; 49 lat; na podstawie badania USG stwierdzono obecność guzka koloidowego; wyniki biopsji potwierdziły złośliwość zmiany; posiada skierowanie od endokrynologa	**1,1**	**1,9**	↓
10.	**rekonstrukcja piersi - wstawienie implantu typu ekspander**	kobieta; 30 lat; po obustronnej mastektomii (chirurgicznym usunięciu piersi) z powodu nowotworu	**6,0**	**6,4**	=
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	**1,8**	**1,4**	=
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	**0,7**	**0,8**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][19]		
			V 2016	I 2016	Zmiana
Ogółem			**1,3**	**1,2**	=
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA			**1,3**	**1,0**	=
1.	**wizyta u ginekologa**	kobieta; 30 lat; zmiany III stopnia w badaniu cytologicznym (zmiany zapalne oraz pojedyncze komórki dysplastyczne)	**0,6**	**0,4**	=
2.	**tomografia komputerowa (TK) miednicy małej i brzucha**	kobieta; 52 lata; badanie USG potwierdziło występowanie guza jajnika; posiada skierowanie od ginekologa	**3,7**	**1,3**	↑
3.	**kolposkopia**	kobieta; 32 lata; wynik cytologii grupa III b (występują typowe komórki dysplastyczne); skierowanie od ginekologa	**2,1**	**0,8**	↑
4.	**operacja guza jajnika**	kobieta; w obrazie USG guz jajnika 4 x 2 cm; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia guza	**1,0**	**1,0**	=
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	**1,2**	**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	**1,8**	**0,9**	↑
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	**0,5**	**0,8**	=
8.	**zabieg usunięcia mięśniaków macicy**	kobieta; 56 lat; na podstawie badania histopatologicznego zdiagnozowano mięśniaki macicy; skierowanie od onkologa	**1,3**	**1,2**	=
9.	**cytologia**	kobieta; 28 lat; matka kobiety chorowała na raka szyjki macicy; badanie w ramach profilaktyki	**0,3**	**0,2**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][19]		
			V 2016	I 2016	Zmiana
Ogółem			**1,3**	**1,2**	=
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**	**0,6**	=
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**	**1,0**	=
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**	**1,1**	=
HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA			**1,2**	**1,5**	=
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	**1,3**	**1,1**	=
2.	**USG węzłów szyjnych**	kobieta; 22 lata; ból przy poruszaniu głową; wybrzuszenie na szyi; palpacyjnie stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych; skierowanie od internisty	**1,1**	**1,9**	↓
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	**1,5**	**0,6**	↑
5.	**badanie cytogenetyczne**	chłopiec; 15 lat; w morfologii podwyższona liczba limfocytów; podejrzenie ostrej białaczki limfoblastycznej; posiada od pediatry skierowanie na badanie	**1,6**	**0,8**	↑
4.	**trepanobiopsja szpiku kostnego**	kobieta; 27 lat; podejrzenie ziarnicy złośliwej; niejednoznaczny wynik biopsji aspiracyjnej szpiku; posiada skierowanie od hematoonkologa	**0,9**	**1,0**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][19]		
			V 2016	I 2016	Zmiana
Ogółem			**1,3**	**1,2**	=
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**	**0,5**	=
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	**0,5**	**1,1**	↓
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	**3,7**	**6,0**	↓
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	**0,3**	**1,5**	↓
10.	**leczenie szpiczaka plazmatycznokomórkowego bortezomibem w ramach programu lekowego**	kobieta; 76 lat; szpiczak mnogi; z powodu oporności niezakwalifikowana do chemioterapii ; niewydolność nerkowa	**0,5**	**1,0**	=
ONKOLOGIA			**1,8**	**1,4**	↑
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	**0,9**	**0,8**	=
2.	**mastektomia całkowita**	kobieta; 32 lata; pacjentka przeszła zabieg chirurgiczny oszczędzający pierś; wznowa nowotworu; wskazanie do mastektomii całkowitej	**0,7**	**1,3**	↓

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][19]		
			V 2016	I 2016	Zmiana
Ogółem			**1,3**	**1,2**	=
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	**1,3**	**2,2**	↓
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	**1,1**	**0,7**	=
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	**0,8**	**0,6**	=
6.	**biopsja guzków tarczycy**	kobieta; 43 lata; w badaniu USG stwierdzono liczne guzki tarczycy; skierowanie na wykonanie biopsji	**6,4**	**2,1**	↑
7.	**terapia paliatywna**	kobieta; 62 lata; rozpoznanie zaawansowanego raka trzustki (IV stopień); na podstawie wyników biopsji stwierdzono przerzuty do watroby; skierowana na leczenie paliatywne	**0,4**	**0,3**	=
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	**2,2**	**1,1**	↑
9.	**USG piersi**	kobieta; 47 lat; od trzech lat leczona z powodu nowotworu piersi; po badaniu mammograficznym lekarz zlecił dodatkowo wykonanie badania USG piersi	**1,8**	**0,9**	↑

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][19]		
			V 2016	I 2016	Zmiana
Ogółem			**1,3**	**1,2**	=
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	**2,5**	**2,7**	=
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	**0,5**	**0,7**	=
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	**1,0**	**1,5**	=
13.	**biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC)**	kobieta; 45 lat; w badaniu USG stwierdzone zmiany w lewej piersi; skierowanie od onkologa na dalszą diagnostykę	**2,0**	**0,5**	↑
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	**0,5**	**1,1**	↓
15.	**rezonans magnetyczny (MRI) mózgu**	kobieta; 54 lata; zaburzenia świadomości, węchu i smaku; napady padaczkowe; bóle głowy; skierowanie od neurologa	**7,4**	**6,2**	↑
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 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][19]		
			V 2016	I 2016	Zmiana
Ogółem			**1,3**	**1,2**	=
RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA			**0,6**	**0,7**	=
1.	**radioterapia paliatywna**	mężczyzna; niedrobnokomórkowy rak płuca; przerzuty do mózgu; przypadek nieoperacyjny; pacjent po kwalifikacji do leczenia	**0,4**	**0,6**	=
2.	**brachyterapia HDR (metoda leczenia w radioterapii)**	kobieta; 49 lat; nowotwór piersi; wystąpiła wznowa po mastektomii całkowitej; posiada skierowanie z poradni onkologicznej	**0,6**	**1,1**	=
3.	**radioterapia pooperacyjna**	mężczyzna; 68 lat; po operacji raka odbytu; skierowanie od onkologa	**0,8**	**1,2**	=
4.	**radioterapia paliatywna raka płuca**	mężczyzna; 56 lat; ból; krwioplucie; duszność w wyniku zaawansowanego procesu nowotworowego; potwierdzony nowotwór płuca	**0,3**	**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**	**0,5**	=
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**	**0,6**	=
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	**0,6**	**0,4**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][19]		
			V 2016	I 2016	Zmiana
Ogółem			**1,3**	**1,2**	=
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	**0,7**	**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	**0,6**	**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	**0,7**	**0,8**	=
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	**0,4**	**0,8**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

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

Dziedzina medycyny	Średni czas oczekiwania maj 2016 [w miesiącach]18					
	Centra Onkologiczne			Pozostałe placówki		
	V 2016	I 2016	różnica styczeń vs maj	V 2016	I 2016	różnica styczeń vs maj
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	2,0	1,6	+0,4	1,6	1,5	+0,1
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	1,3	0,9	+0,4	1,3	1,0	+0,2
HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA	1,6	1,9	-0,3	0,9	1,3	-0,4
ONKOLOGIA	2,0	1,4	+0,6	1,6	1,3	+0,3
RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA	0,6	0,7	-0,1	0,5	0,7	-0,2
OGÓŁEM	1,5	1,3	+0,2	1,2	1,2	0

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Bibliografia

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku, Warszawa 2009, http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Prognozy_2025.pdf, str.71 [dostęp: 28.01.2016]

2. Dłutek A., Gałązka-Sobotka M., Raciborski F., Twarowski A., Społeczny monitoring wdrażania i realizacji pakietu onkologicznego, Warszawa, kwiecień 2016: http://porozumieniedlaonkologii.pl/container/Raport_monitoring_web.pdf [dostęp: 23.05.2016]

3. Główny Urząd Statystyczny, Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 30 VI 2015 r.: http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stan-w-dniu-30-vi-2015-r-,6,18.html [dostęp: 01.06.2016]

4. Medycyna praktyczna dla pacjentów, Placówki medyczne: http://placowki.mp.pl/ [dostęp: 01.06.2016]

5. Naczelna Izba Lekarska, Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE - stan na 04.03.2016: http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0017/105452/Zestawienie-nr-06a.pdf

6. Onkonet. Serwis medyczny dla pacjentów i lekarzy: http://www.onkonet.pl/dp_ioo_maz_leczbol.php [dostęp: 01.06.2016]

7. Polskie Towarzystwo Badania Bólu: http://ptbb.pl/dzialalnosc/certyfikat-ptbb/poradnie-bez-bolu [dostęp: 01.06.2016]

8. PubliczneCentraOnkologii.pl, BRCA1 i BRCA2 – jaki wpływ na zachorowanie na raka piersi mają te geny?: http://publicznecentraonkologii.pl/pacjent/brca1-i-brca2-jaki-wplyw-na-zachorowanie-na-raka-piersi-maja-te-geny/ [dostęp: 01.06.2016]

9. Słomska E., Niewada M., Wrona W., Obraz raka płuca w Polsce, Leczenie farmakologiczne dziś i jutro, Warszawa, kwiecień 2016: http://www.infozdrowie.org/images/pdf/2016/28_04_2016/1_niewada.pdf, [dostęp: 05.05.2016]

10. Stan dostępności do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce – analiza i rekomendacje. Raport przygotowany dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, maj 2015, str. 12: http://docplayer.pl/5007454-Stan-dostepnosci-do-leczniczych-swiadczen-onkologicznych-w-polsce-analiza-i-rekomendacje.html [dostęp: 03.06.2016]

11. Świat przychodni: https://swiatprzychodni.pl/ [dostęp: 01.06.2016]

12. World Health Organization, Cancer pain relief and palliative care, Geneva 1990 [dostęp:23.06.2016]

13. Zintegrowany Informator Pacjenta: https://zip.nfz.gov.pl/ [dostęp: 01.06.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 7/2/06/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*