Kraków, 5 października 2016 r.

ONKOBAROMETR WHC

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

nr 8/3/10/2016

Stan na wrzesień 2016

Spis treści

Spis treści 2

Najważniejsze wyniki 3

Wstęp 8

1. Fundacja Watch Health Care 10
2. Pakiet onkologiczny 11
3. Metodyka 13
4. OnkoBarometr WHC – wyniki 16

4.1. Porównanie czasu oczekiwania w centrach onkologicznych i pozostałych placówkach 17

4.2 Dostępność 19

4.2.1. Specjaliści 19

4.2.2. Diagnostyka 22

4.2.3. Zabiegi 26

4.2.4. Leczenie niezabiegowe 28

5. Dostęp do rehabilitacji onkologicznej pacjentek po leczeniu raka piersi 30
6. Etapowość postepowania 38

6.1. Etapowość postępowania w raku płuca 39

6.2 Etapowość postępowania w raku piersi 43

6.3. Etapowość postępowania w raku prostaty 47

6.4. Etapowość postępowania w przewlekłej białaczce szpikowej 51

Wnioski 54

Spis rysunków 56

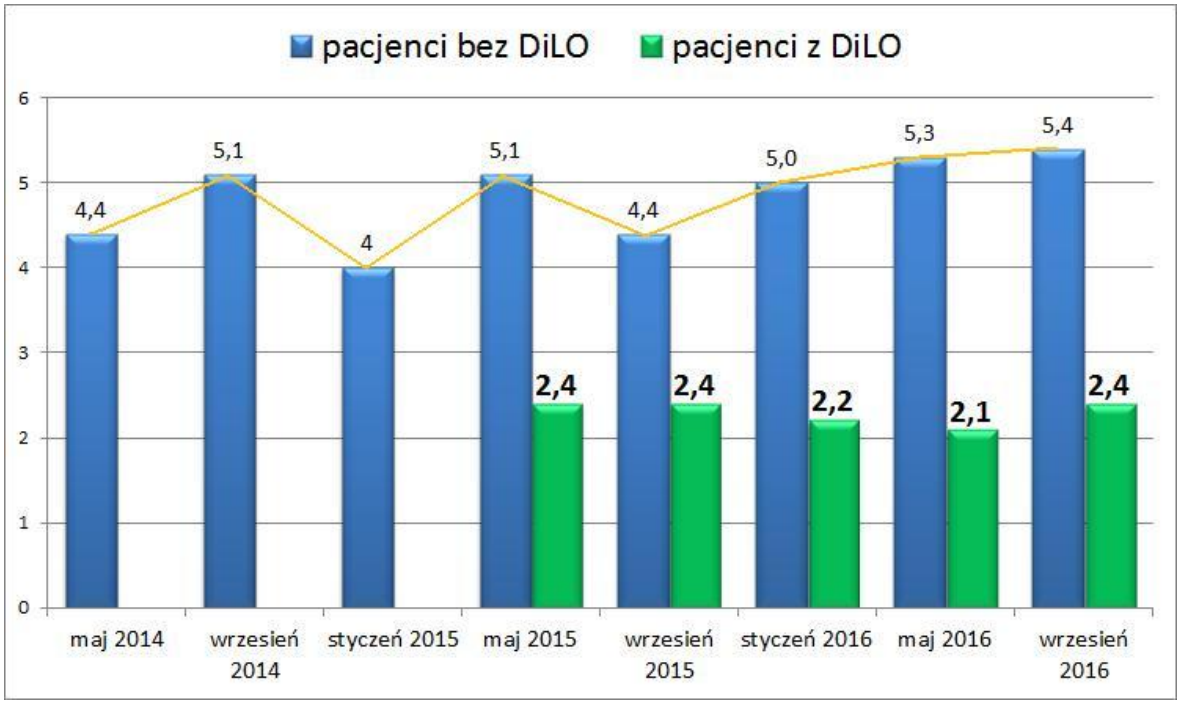
Spis tabel 58

Załącznik 58

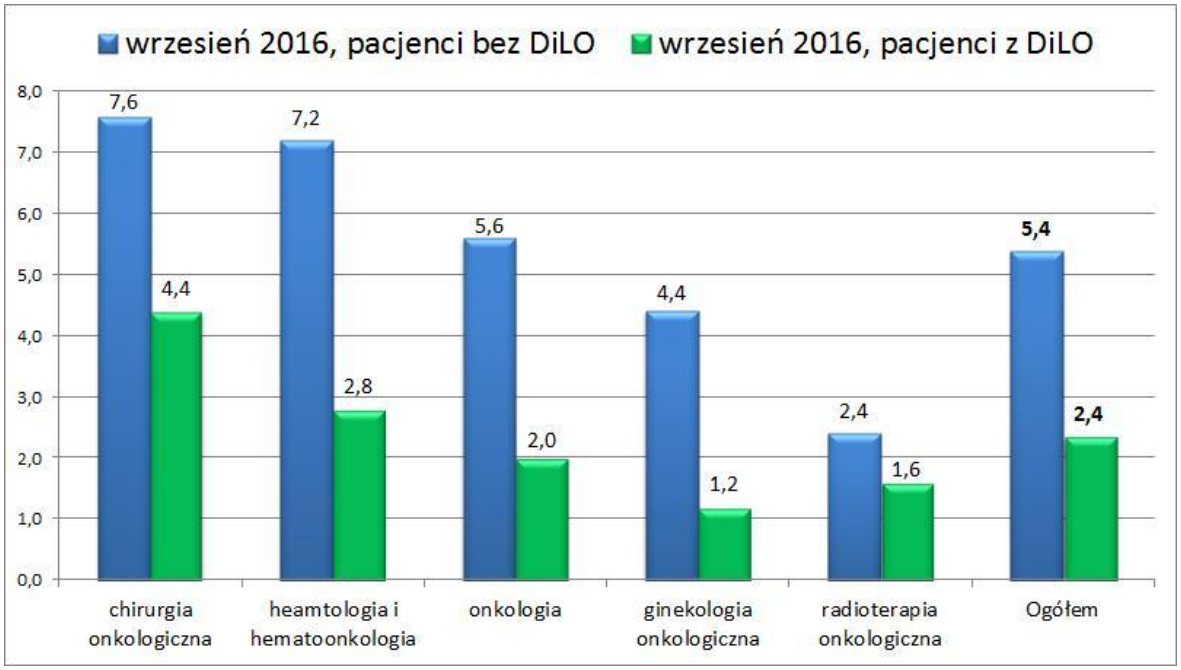
Bibliografia 69

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Najważniejsze wyniki

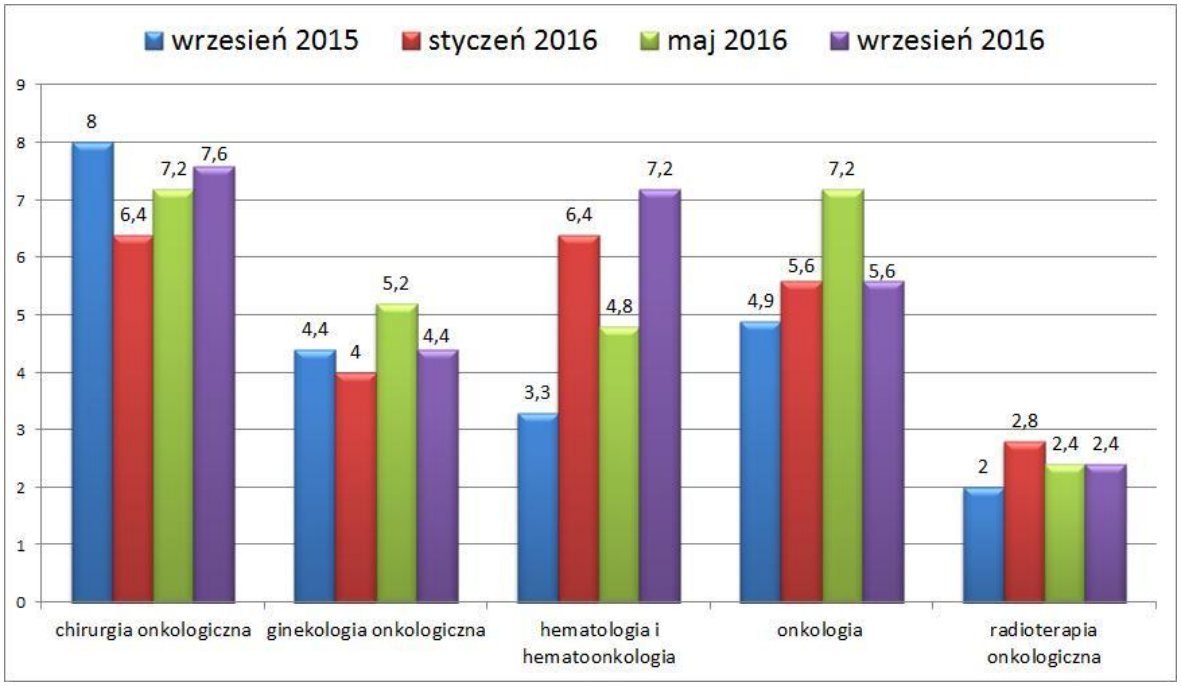


Zmiana średniego czasu oczekiwania na „gwarantowane" onkologiczne świadczenia zdrowotne w Polsce, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO (tygodnie).



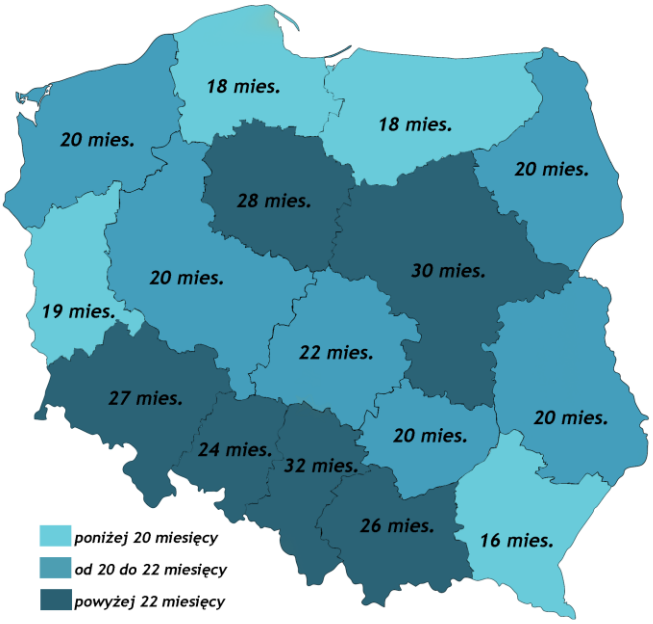
Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, wrzesień 2016 (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", 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 vs. wrzesień 2016 (tygodnie).

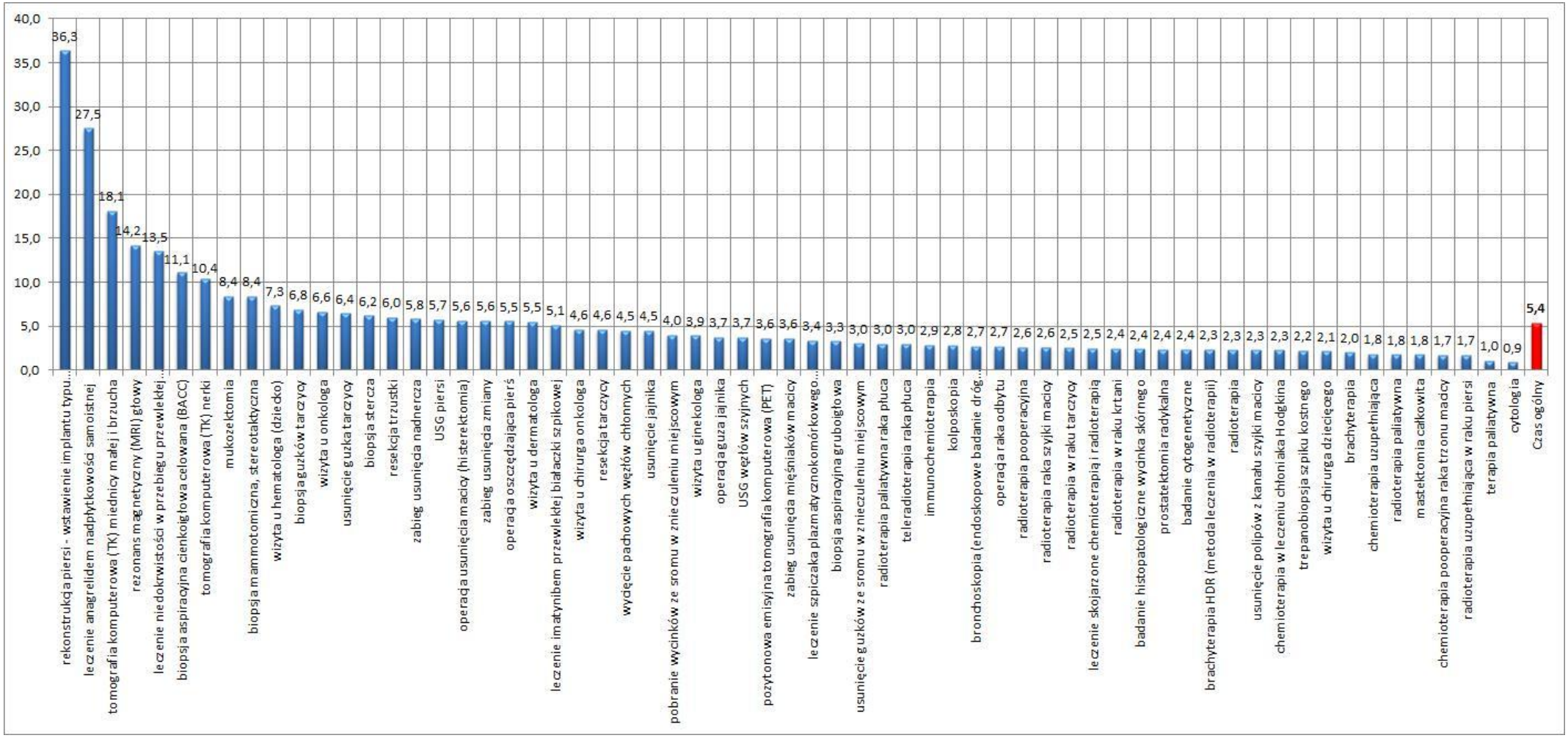
Czas oczekiwania pacjentek po przebytym raku piersi na rehabilitację onkologiczną w sanatorium. Dane z września 2016 r. (Informacje zebrane z wojewódzkich oddziałów NFZ, miesiące).



Czas oczekiwania na pobyt w sanatorium (w miesiącach)

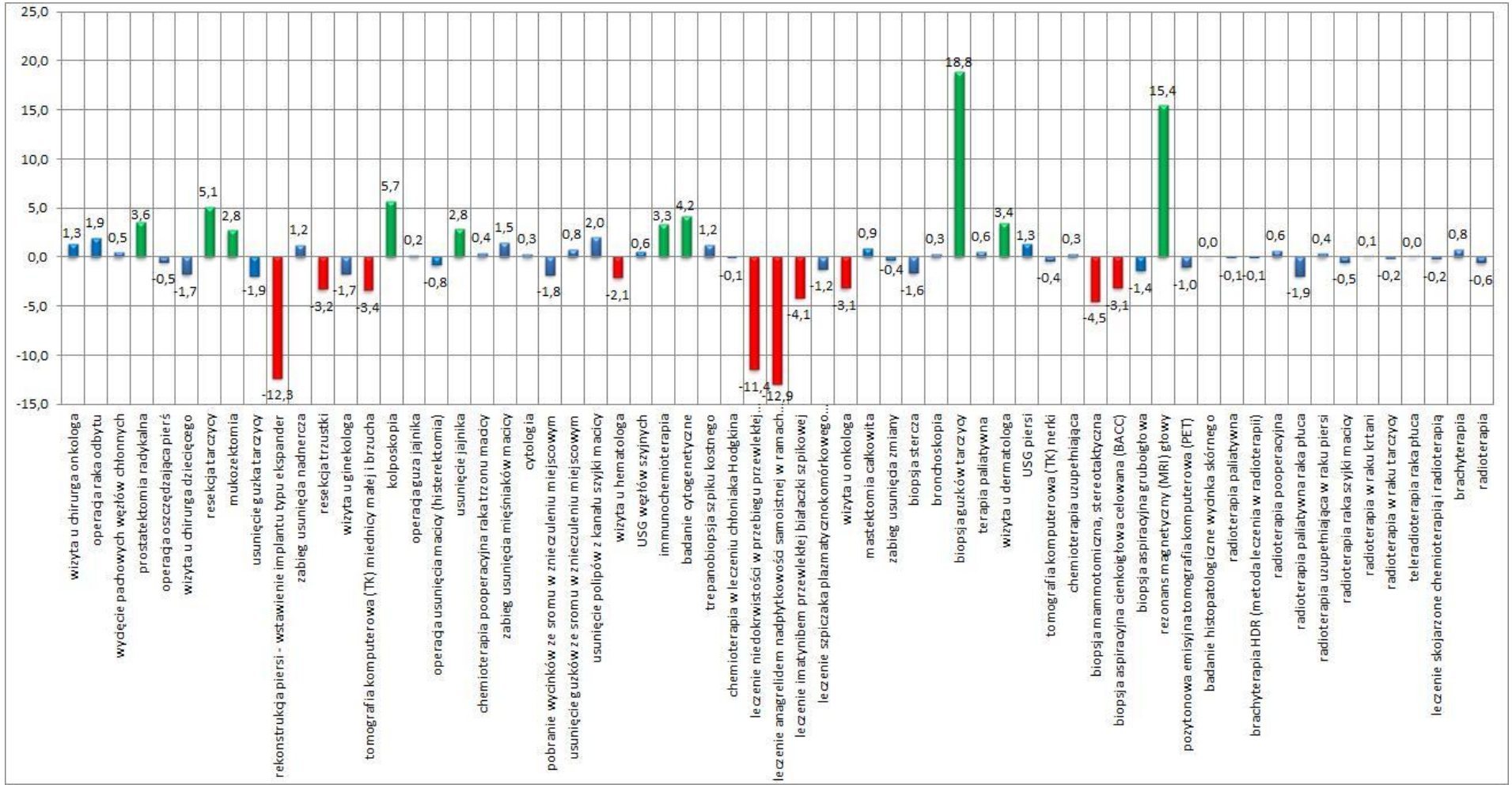
Czas oczekiwania na poszpitalny pobyt w sanatorium (w miesiącach)

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



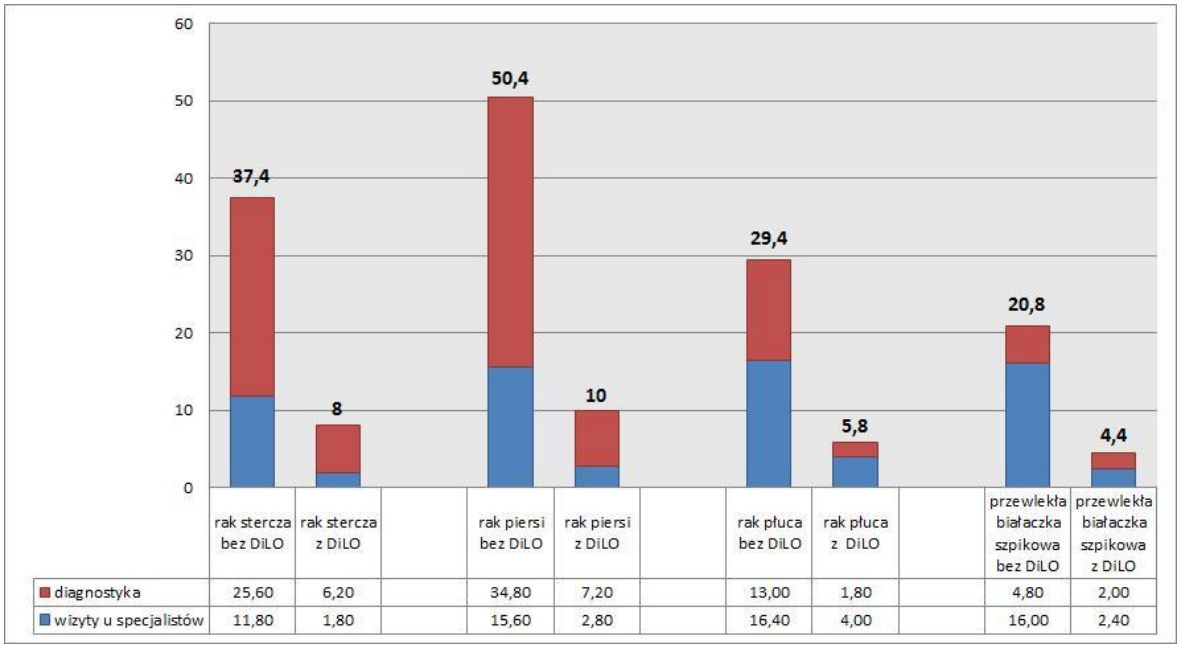
Czas oczekiwania na „gwarantowane" świadczenia onkologiczne we wrześniu 2016 r. (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*



Zmiany w czasie oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (tygodnie), maj 2016 vs. wrzesień 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 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, 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 **we wrześniu 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)

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

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

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

Jacek Siwiec
Wiceprezes Fundacji

Natalia Majcherczyk
Dyrektor Biura

Aneta Augustyn
Analityk

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, 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 8/3/10/2016", 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.**

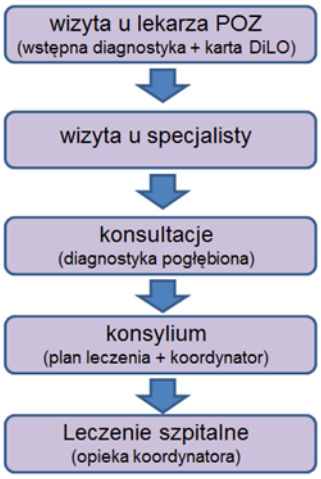
Z dniem 1 stycznia 2015 roku wszedł w życie tzw. **pakiet onkologiczny**, czyli zbiór aktów prawnych, które regulują szybką ścieżkę diagnostyczną i warunkują szybkie rozpoczęcie leczenia przeciwnowotworowego. Pakiet onkologiczny zakładał **całkowite zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie w onkologii**. 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 dla pacjentów zdiagnozowanych 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. Niestety na stronie internetowej http://pakietonkologiczny.gov.pl/, której celem jest

[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 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

monitorowanie liczby wydanych kart DiLO nie nastąpiła aktualizacja informacji już od kilku miesięcy. W ramach tzw. szybkiej terapii onkologicznej (9 tyg.) pacjent przechodzi 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.



Rysunek 1. 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).

Po ponad 21 miesiącach funkcjonowania pakietu onkologicznego okazuje się że publiczne ośrodki onkologiczne są w coraz gorszej sytuacji finansowej. Spowodowane jest to w przede wszystkim poprzez niższe wyceny niektórych świadczeń, w głównej mierze wyceny hospitalizacji do chemio- i radioterapii. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zobowiązała się do przeglądu taryf dla leczenia onkologicznego i poprawę ich wysokości tak, aby szpitale nie zadłużały się.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

Jednak do chwili obecnej żadne konkretne działania nie zostały jeszcze poczynione. Równie ważnym problemem jest limitowanie świadczeń wśród pacjentów, których leczono przed wdrożeniem pakietu onkologicznego. Są to świadczenia dotyczące leczenia paliatywnego oraz leczenia, które wspomaga pacjentów onkologicznych np. żywienie do i pozajelitowe.[2]

Zarówno pacjenci, środowisko lekarskie, jak też kadra zarządzająca, czekają na zmiany zapowiadane w pakiecie onkologicznym. Modyfikacje takie jak: zmniejszenie objętościowe karty DiLO, rezygnacja z raportowania o kolejkach do NFZ, rezygnacja z obligatoryjności konsyliów na rzecz preferowania ich prowadzenia i przyznawania na ten cel dodatkowych środków (przeciwne temu pomysłowi jest środowisko lekarskie jak i pacjenci), zniesienie limitów w opiece hospicyjnej i paliatywnej, czy włączenie do pakietu onkologicznego nowych jednostek chorobowych mają nastąpić z początkiem października 2016 r. Czy ułatwią one funkcjonowanie pakietu onkologicznego oraz pomogą diagnozować pozalimitowo większą grupę pacjentów onkologicznych? Fundacja WHC będzie szukała odpowiedzi na to pytanie w kolejnych edycjach OnkoBarometru monitorując na bieżąco działania Ministerstwa Zdrowia.

3. Metodyka

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

W poszczególnych dziedzinach medycyny wskaźnikowe świadczenia zdrowotne zwykle obejmują:

[2] http://www.termedia.pl/mz/Warczynski-Sprawdzamy-czy-zadluzanie-sie-osrodkow-onkologicznych-to-wina-wyceny-czy-tych-placowek,23329.html

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

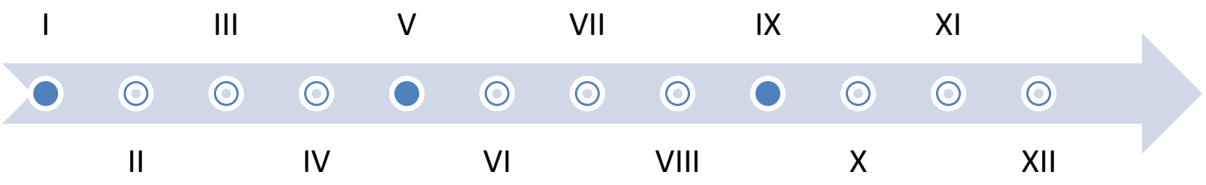
- wizytę u specjalisty;
- ważne badania diagnostyczne;
- często wykonywane procedury terapeutyczne (w tym zabiegi operacyjne).

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 poprzez wywiady telefoniczne. **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. 2).



Rysunek 2. 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 wyników jest duży lub istnieją jakiekolwiek podejrzenia, że dane są błędne lub nierzeczywiste, wówczas czasy są ponownie sprawdzane przez pracowników Fundacji w „podejrzanych

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

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 zbadana została **dostępność do rehabilitacji onkologicznej dla pacjentów z przebytym rakiem piersi, u których w wyniku usunięcia węzłów chłonnych wystąpił obrzęk limfatyczny.** Czas oczekiwania sprawdzany był w ambulatoryjnych poradniach rehabilitacyjnych, stacjonarnych oddziałach rehabilitacyjnych oraz sanatoriach. W przypadku rehabilitacji onkologicznej pacjentów w sanatorium czasy oczekiwania zebrano z poszczególnych Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

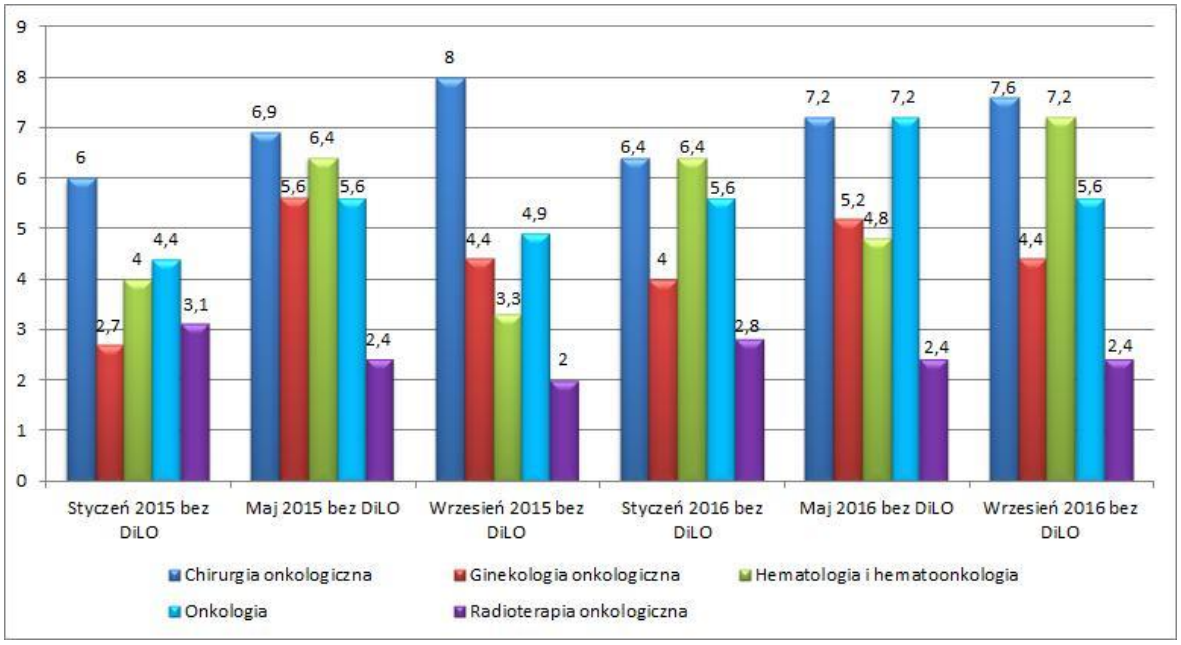
Niniejszy raport przedstawia wyniki analizy przeprowadzonej we wrześniu 2016 r. zarówno dla pacjentów posiadających kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, jak i w przypadku jej braku.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

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 **we wrześniu 2016 roku 5,4 tygodnia (1,35 mies.) dla pacjentów bez karty DiLO.** W porównaniu z majem 2016 r. nie zaobserwowano **istotnej zmiany średniego czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne z dziedzin onkologicznych** – dotyczy to ogółu świadczeń ujętych w OnkoBarometrze WHC. Ogólny czas oczekiwania dla pacjentów z „zieloną kartą" wyniósł 2,4 tygodnia (0,6 mies.). Od momentu, gdy wprowadzony został pakiet onkologiczny w kolejnych OnkoBarometrach obserwujemy stagnację czasu oczekiwania dla pacjentów posiadających kartę DiLO oraz brak pozytywnej zmiany w czasie 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 dla pacjentów nie posiadających karty DiLO.** Najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano w **chirurgii onkologicznej,** gdzie średnio na uzyskanie świadczenia trzeba czekać **ok. 7,6 tyg. (1,9 mies.).** Następną pod względem długości kolejek dziedziną jest **hematologia i hematoonkologia** (7,2 tyg. – 1,8 mies.). Kolejne dziedziny to **onkologia sensu stricto** (średnio 5,6 tyg. – 1,4 mies.) oraz **ginekologia onkologiczna** (średnio 4,4 tyg. – 1,1 mies.). Najkrócej oczekuje się na świadczenia z dziedziny **radioterapii onkologicznej** (2,4 tyg. – 0,6 mies.).
W porównaniu z danymi z maja 2016 r., opublikowanymi w czerwcu w OnkoBarometrze, wydłużeniu uległ średni czas oczekiwania w dwóch z pięciu badanych przez Fundację WHC dziedzinach. Wzrost o ok. 2,4 tyg. zaobserwowano w dziedzinie hematologii i hematoonkologii. Nieznacznie, o 0,4 tyg. wydłużył się czas oczekiwania na świadczenia w dziedzinie chirurgii onkologicznej. W onkologii *sensu stricto* natomiast, średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne skrócił się o 1,6 tyg. Skróceniu uległa także kolejka w dziedzinie ginekologii onkologicznej o 0,8 tyg. Zmianie nie uległ czas oczekiwania w dziedzinie radioterapii onkologicznej – wynosi ok. 2,4 tyg. oczekiwania.
W dalszej części raportu przedstawiono średnie czasy oczekiwania w rozróżnieniu na pacjentów, którzy posiadają kartę DiLO oraz na tych, którzy takiej karty nie posiadają.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 3. 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 vs. wrzesień 2016, pacjenci BEZ karty DiLO.

Rys. 3 przedstawia rozkład czasów oczekiwania na świadczenia onkologiczne dla pacjentów bez karty DiLO z ostatnich 18 miesięcy. Obejmuje on pomiary czasów oczekiwania także z najnowszych okresów, gdy wprowadzono pakiet onkologiczny.

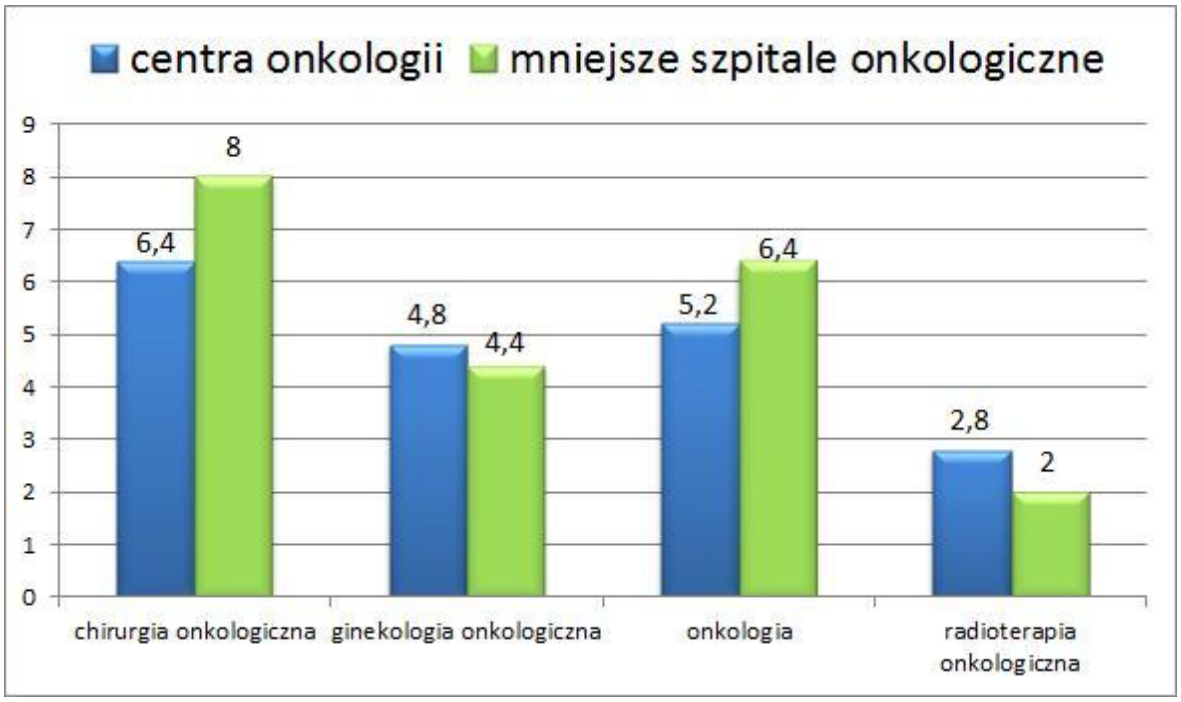
Pomimo wprowadzenia „zielonej karty" średnie czasów oczekiwania nie zostały znacząco skrócone. Krócej na świadczenia czekają pacjenci z kartą DiLO, ponieważ są oni zapisywani na początek kolejki. Średni czas oczekiwania wciąż pozostaje na tym samym, wysokim poziomie – podobnie, jak w czasie przed wprowadzeniem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

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

Świadczenia onkologiczne realizowane są zarówno w dużych specjalistycznych centrach onkologicznych, jak i pozostałych placówkach świadczących usługi zdrowotne w obszarze

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

onkologii. Fundacja WHC przedstawia analizę dotyczącą różnic w dostępie do świadczeń onkologicznych w tych dwóch grupach.

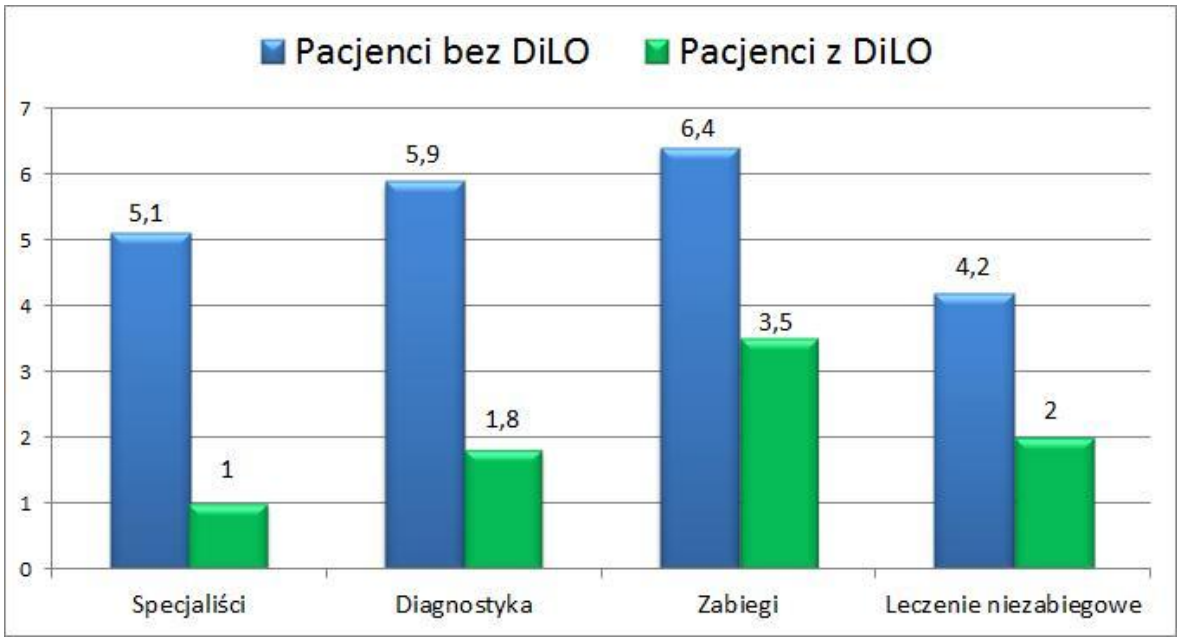


Rysunek 4. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia zdrowotne w dużych, specjalistycznych centrach onkologicznych oraz w pozostałych placówkach (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO, wrzesień 2016 r.

Weryfikacja średnich czasów oczekiwania dla poszczególnych dziedzin wykazała brak znacznych różnic pomiędzy dostępnością do leczenia onkologicznego pomiędzy centrami onkologii oraz mniejszymi szpitalami onkologicznymi. W przypadku świadczeń z dziedziny chirurgii onkologicznej oraz onkologii *sensu stricto* zaobserwowano niewielkie różnice w czasie oczekiwania na korzyść centrów onkologii. Dostrzegalne różnice pojawiają 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 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

4.2 Dostępność



Rysunek 5. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia w podziale na rodzaj świadczenia (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, wrzesień 2016 r.

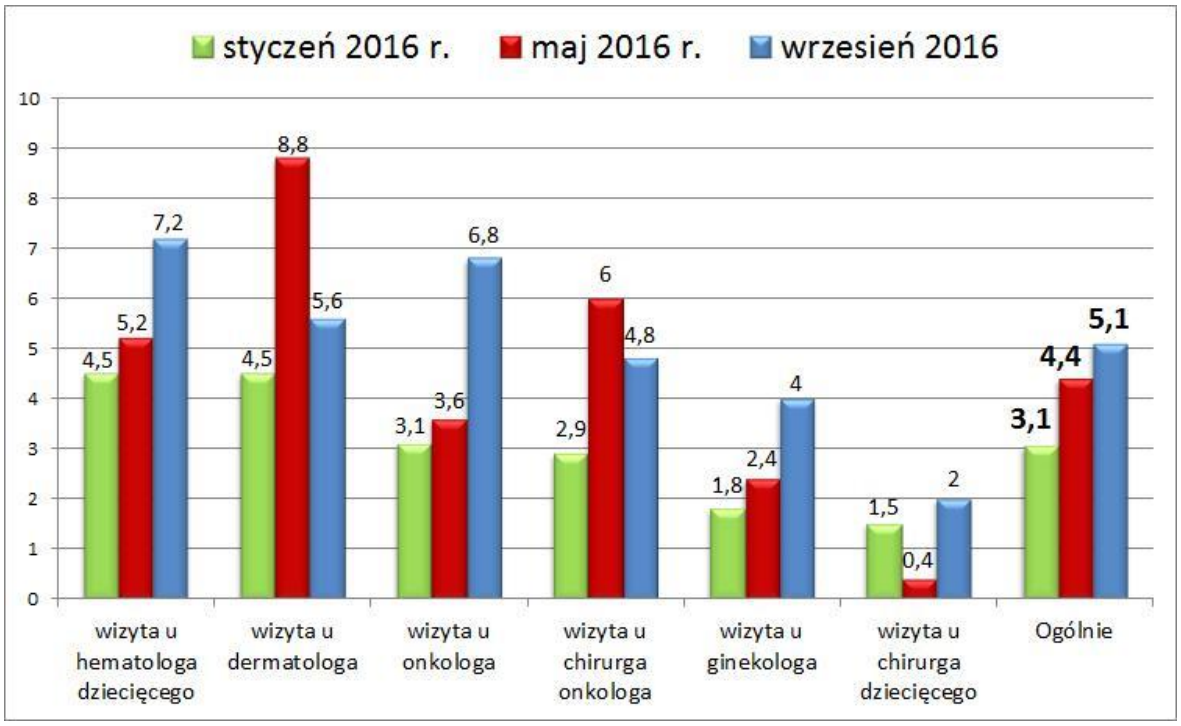
Powyższy wykres przedstawia czasy oczekiwania na poszczególnych etapach leczenia dla pacjentów posiadających kartę DiLO, jak i dla pacjentów pozapakietowych. Najdłuższy czas oczekiwania Fundacja WHC odnotowała dla pacjentów bez karty DiLO, którzy czekali w kolejce na zabieg - średnio 6,4 tyg. (1,6 mies.), a w przypadku diagnostyki czas ten wyniósł średnio 5,9 tyg. (1,5 mies.). Największą różnicę w dostępie pomiędzy pacjentami posiadającymi „zieloną kartę" oraz chorymi nieposiadającymi jej Fundacja WHC zaobserwowała w dostępie do wizyt oraz diagnostyki.

4.2.1. Specjaliści

Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w dziedzinach onkologicznych we wrześniu 2016 r. wyniósł około 5,1 tygodnia, co oznacza wydłużenie czasu oczekiwania prawie 5 dni w porównaniu do maja 2016 r. (4,4 tyg.). **Czasy oczekiwania do specjalisty bez karty DiLO wydłużają się. Od początku roku do września 2016 r. średnia kolejka do specjalistów zwiększyła się o 2 tygodnie.** Najdłużej trzeba czekać na poradę u hematologa dziecięcego, gdzie średni czas oczekiwania dla pacjenta bez karty DiLO wynosi ok. 7,2 tyg. Na wizytę u onkologa pacjenci bez

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

karty DiLO czekają średnio 6,8 tyg. Długi czas oczekiwania zaobserwowano także w przypadku wizyty u dermatologa – ok. 5,6 tyg.



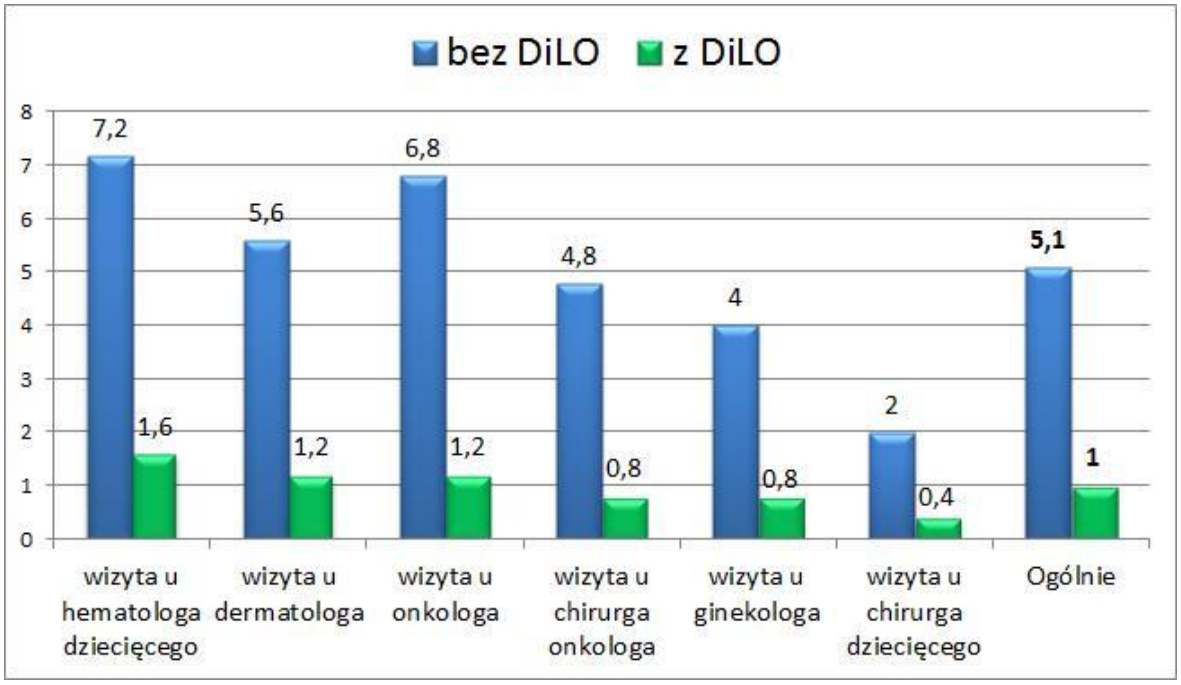
Rysunek 6. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty z zakresu dziedzin onkologicznych styczeń 2016 vs. maj 2016 vs. wrzesień 2016 (tygodnie), pacjenci bez karty DiLO.

We wrześniu 2016 roku najkrócej – średnio 2 tygodnie – mały pacjent czekał na wizytę u chirurga dziecięcego. Specjaliści, do których czas oczekiwania wydłużył się w porównaniu do poprzednich okresów, to: hematolog dziecięcy – 7,2 tyg., onkolog – 6,8 tyg. oraz ginekolog – 4 tyg.

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

- w przypadku wizyty u hematologa dziecięcego **wydłużenie** czasu oczekiwania o **ok. 2 tyg.**;
- w przypadku wizyty u dermatologa **skrócenie** w czasie oczekiwania o **ok. 3,2 tyg.**;
- w przypadku wizyty u onkologa – **wydłużenie o 3,2 tyg.**;
- w przypadku wizyty u chirurga onkologa – **skrócenie o 1,2 tyg.**;
- w przypadku wizyty u ginekologa – **wydłużenie o 1,6 tyg**.;
- w przypadku wizyty u chirurga dziecięcego **wydłużenie** w czasie oczekiwania o **1,6 tyg**.;

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 7. Porównanie średniego czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, wrzesień 2016 (tygodnie).

Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w przypadku posiadania karty DiLO jest znacznie krótszy, wynosi średnio 1 tyg. Ogólna średnia czasu oczekiwania jest prawie 5-krotnie większa w przypadku pacjentów nieposiadających karty DiLO. Różnica w dostępnie do specjalisty dla pacjentów pakietowych i pozapakietowych powiększa się coraz bardziej. **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 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

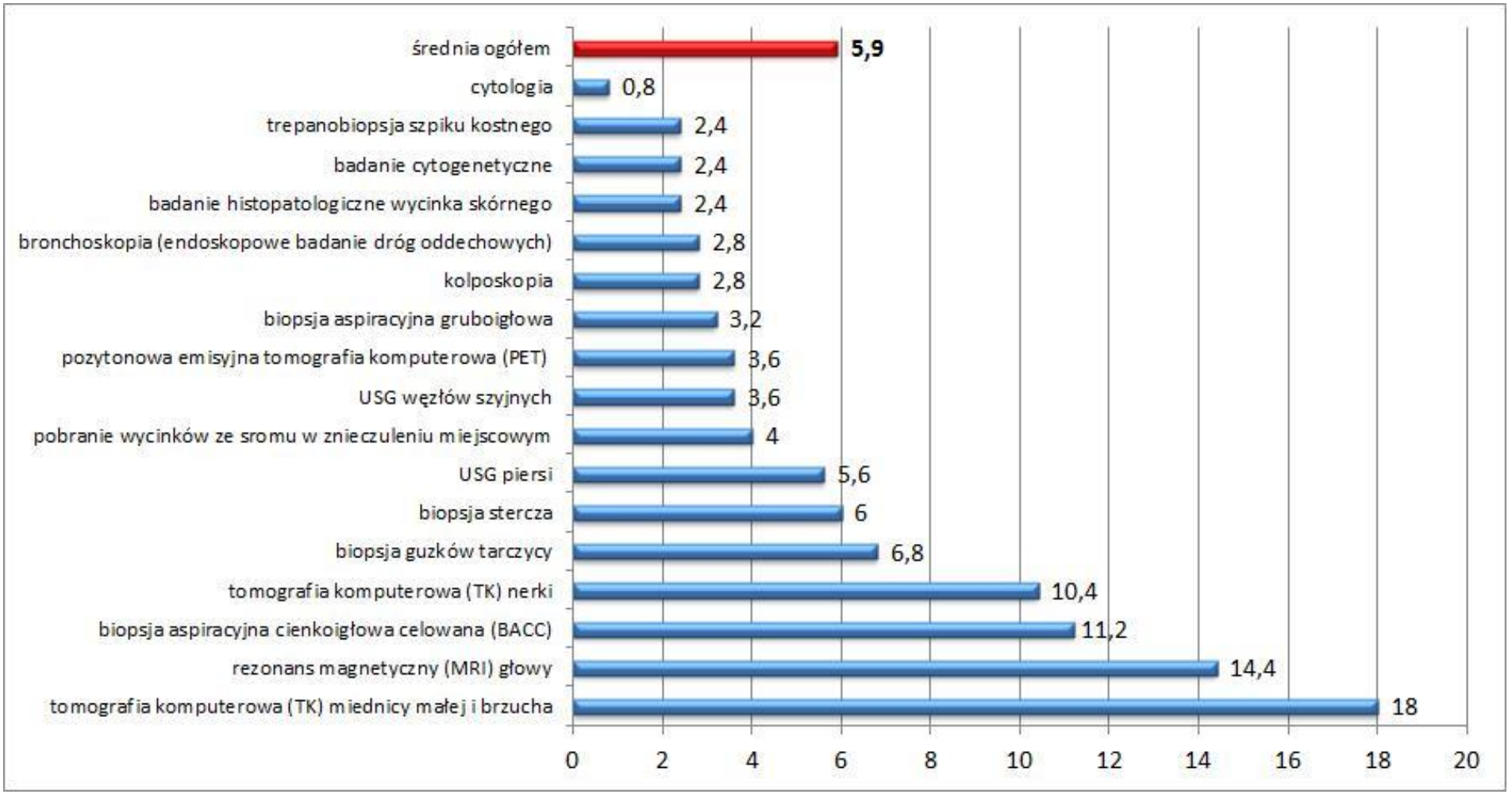
4.2.2. Diagnostyka

W ramach projektu OnkoBarometr WHC Fundacja poddała analizie dostępność do 17 badań diagnostycznych. **Średni czas oczekiwania na badanie diagnostyczne dla wszystkich dziedzin onkologicznych wynosił we wrześniu 2016 roku ok. 5,9 tygodni (1,5 mies.) — w przypadku pacjentów nieposiadających karty DiLO. Porównując dane zebrane w raporcie OnkoBarometr, stan na maj 2016 r., zaobserwowano skrócenie czasu oczekiwania o 2,1 tyg. (0,5 mies.).**

Dane zebrane we wrześniu 2016 r. przez Fundację Watch Health Care wskazują, że na wykonanie tomografii komputerowej (TK) miednicy małej i brzucha pacjentka, która posiada skierowanie od ginekologa, będzie musiała poczekać w kolejce średnio 18 tyg. (4,5 mies.). Czas oczekiwania w tym przypadku uległ wydłużeniu w stosunku do danych zebranych w maju 2016 roku o ok. 3,2 tyg. (0,8 mies.). Długi czas oczekiwania dotyczy również rezonansu magnetycznego (MRI) głowy u 9-letniego dziecka, na który trzeba poczekać 14,4 tyg. (3,6 mies.). Czas ten uległ skróceniu, od maja 2016 r., o ok. 3,8 mies. Długo czeka się również na biopsję aspiracyjną cienkoigłową celowaną (BACC), bo ok. 11,2 tyg. (2,8 mies.).

Na tomografię komputerową (TK) nerki pacjenci oczkują ok. 10,4 tyg. (2,6 mies.). Biopsja guzków tarczycy jest świadczeniem, na które trzeba poczekać średnio ponad 6,8 tyg. (ok. 1,7 mies.), na biopsję stercza czas oczekiwania wynosi średnio 6 tyg. (1,5 mies.). Pacjenci na USG piersi czekają w kolejce średnio 5,6 tyg. (1,4 mies.). Czas oczekiwania na takie świadczenia jak: pobranie wycinków ze sromu w znieczuleniu miejscowym, USG węzłów szyjnych, pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa (PET), biopsja gruboigłowa, kolposkopia, bronchoskopia, badanie histopatologiczne wycinka skórnego, badanie cytogenetyczne oraz trepanobiopsja szpiku kostnego wynosi około 2 - 4 tygodni. Natomiast **badaniem diagnostycznym, do którego Fundacja wykazała najkrótszy czas oczekiwania jest cytologia (wziernikowanie szyjki macicy), na wykonanie której czeka się średnio 5 - 6 dni.** 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 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



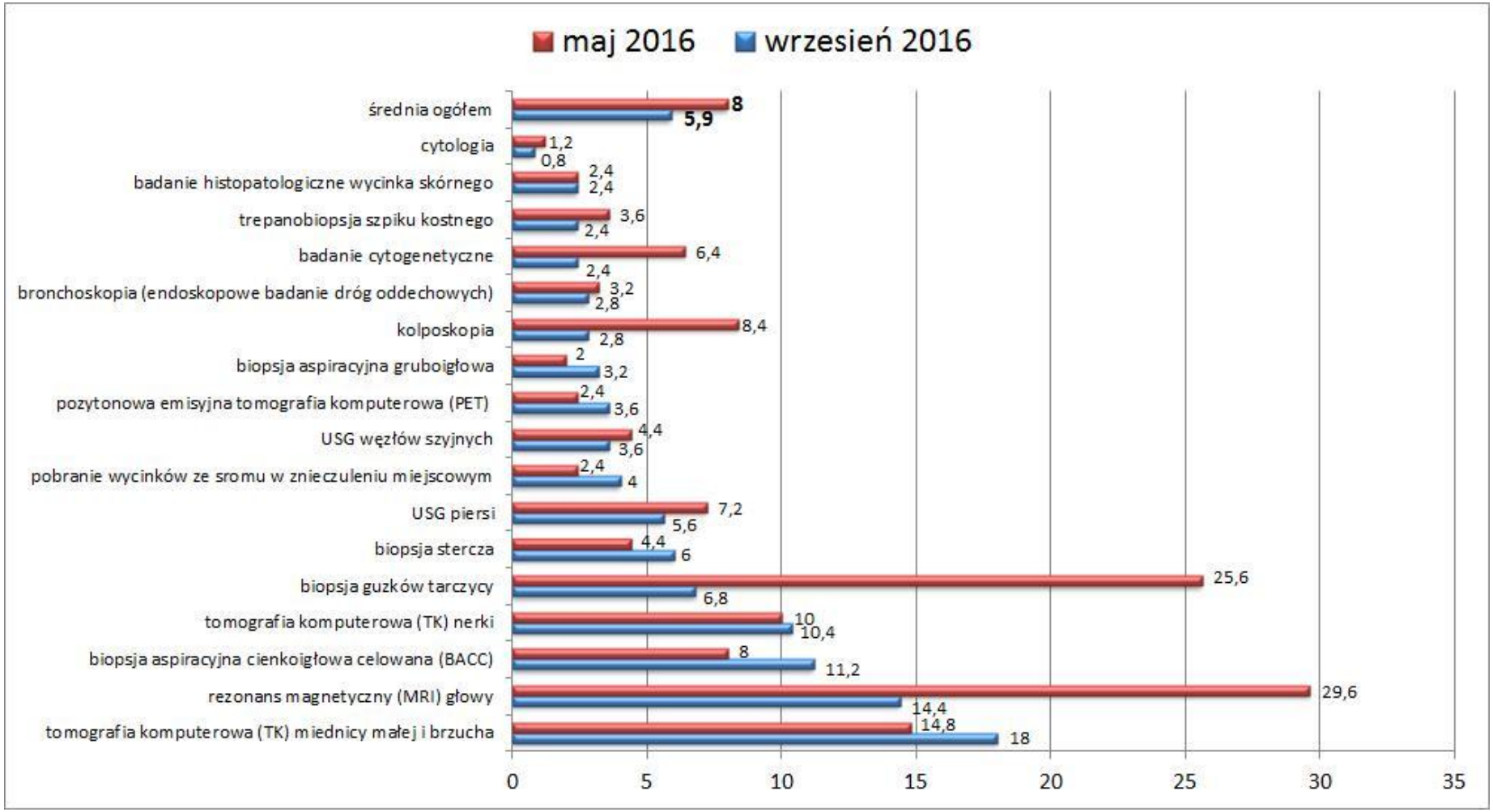
Rysunek 8. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne wrzesień 2016 r. (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Analiza porównawcza wyników dla świadczeń diagnostycznych zweryfikowanych w maju 2016 r. oraz wrześniu 2016 r. wskazuje na skrócenie o 2,1 tyg. (0,5 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 tomografii komputerowej (TK) miednicy małej i brzucha o 3,2 tyg. (0,8 mies.).** Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zaobserwowano natomiast w przypadku wykonania biopsji guzków tarczycy o 18,8 tyg. oraz rezonansu magnetycznego (MRI) głowy u dziecka o 15,2 tyg. (3,9 mies.) Powyższe dane obrazuje rysunek 9.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 9. Porównanie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne maj 2016 r. vs. wrzesień 2016 r. (tygodnie), bez karty DiLO.

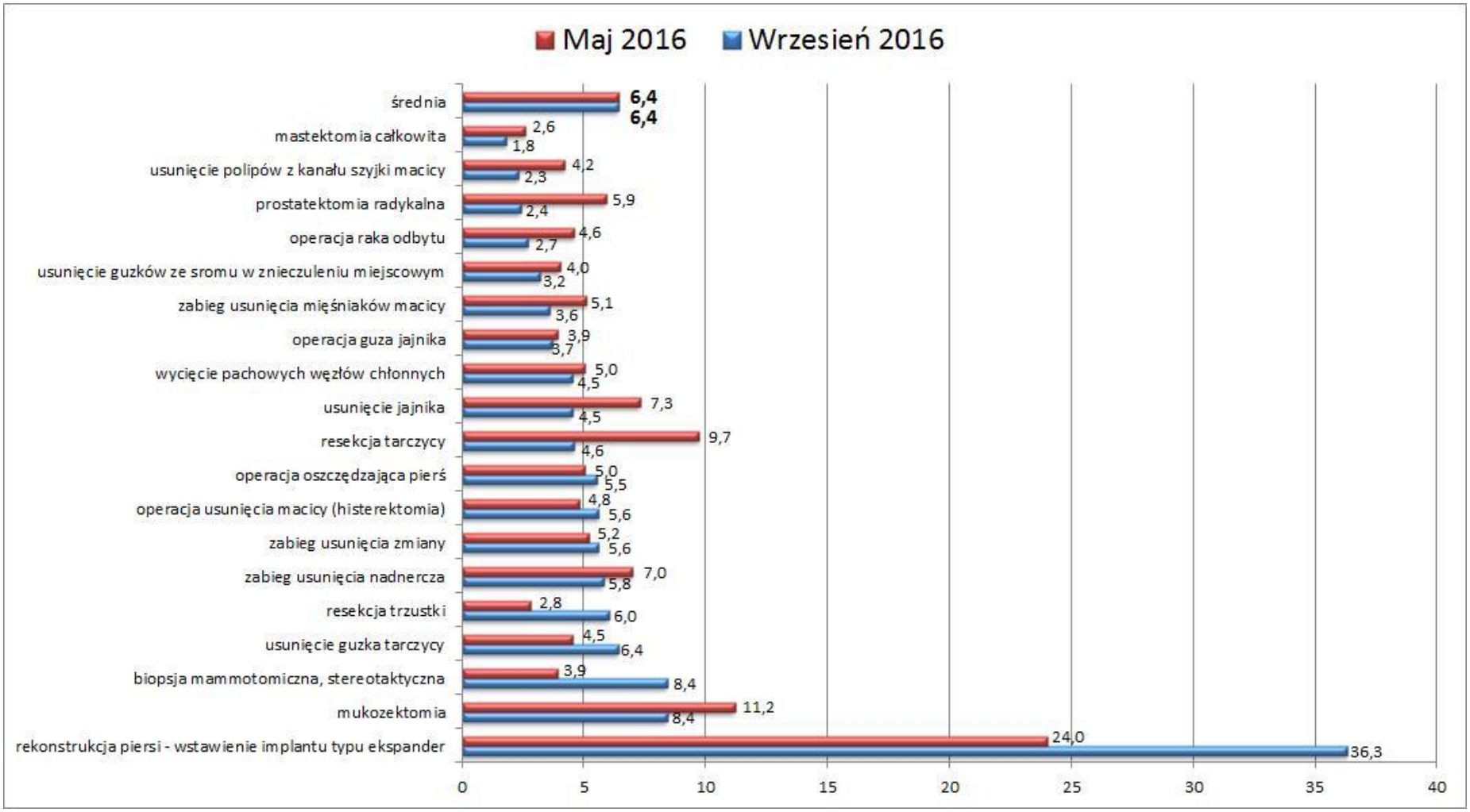
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

4.2.3. Zabiegi

W grupie świadczeń zdefiniowanych jako „zabiegi" objętych monitorowaniem jest 19 procedur medycznych. **W ujęciu generalnym na zabiegi onkologiczne we wrześniu 2016 r. czas oczekiwania wyniósł 6,4 tyg. (1,6 mies.).** Najdłużej, bo ok. 36,3 tyg. (9,1 mies.) czeka się na rekonstrukcję piersi — wstawienie implantu typu ekspander. Czas oczekiwania na ten zabieg w porównaniu do maja 2016 r. uległ wydłużeniu o 12,3 tyg. (3,1 mies.).
Świadczeniami obarczonymi długim czasem oczekiwania są: mukozektomia 8,4 tyg. (2,1 mies.), biopsja mammotomiczna stereotaktyczna 8,4 tyg. (2,1 mies.), usunięcie guza tarczycy 6,4 tyg. (1,6 mies.) oraz resekcja trzustki 6 tyg. (1,5 mies.).

Świadczeniem na które wydłużył się czas oczekiwania o 12,3 tygodnia (3,1 mies.) w porównaniu z poprzednim badanym okresem (maj 2016 r.) jest rekonstrukcja piersi — wstawienie implantu typu ekspander. W przypadku biopsji mammotomicznej zaobserwowano wzrost czasu oczekiwania o 4,5 tyg. Natomiast świadczeniem, na które czas oczekiwania skrócił się jest resekcja tarczycy — aktualnie 4,6 tyg. (1,2 mies.); czas oczekiwania jest krótszy średnio o 5,1 tyg. Najkrócej, bo poniżej 2 tyg. czeka się na mastektomię całkowitą. Zestawienie średnich czasów oczekiwania na wykonanie zabiegów w dziedzinach onkologicznych zostało zaprezentowane na rysunku 10.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 10. Średni czas oczekiwania na wykonanie zabiegu onkologicznego w maju 2016 r. oraz we wrześniu 2016 r. (tygodnie), bez karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

4.2.4. Leczenie niezabiegowe

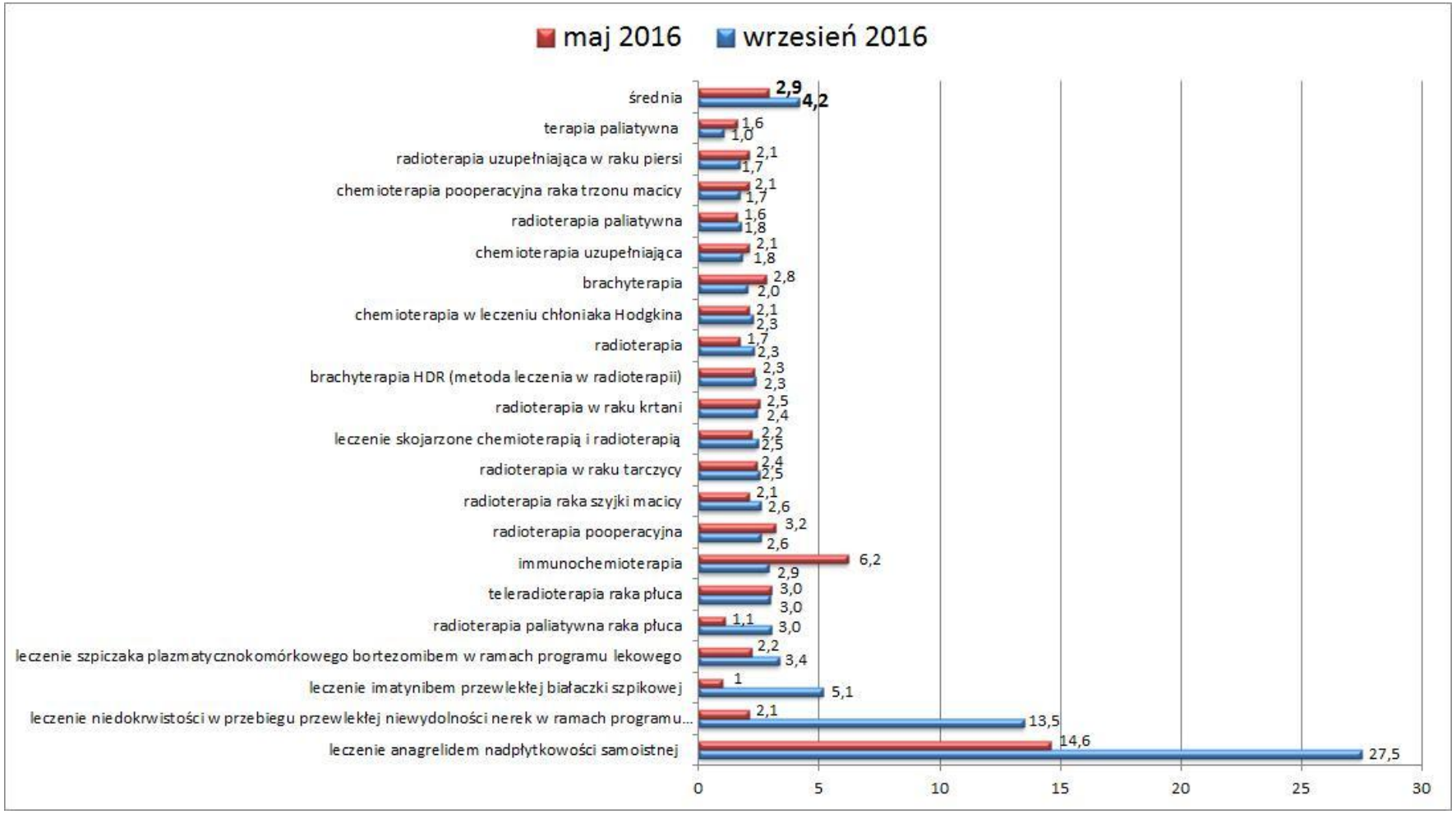
Dane zebrane przez Fundację wskazują, że **aby uzyskać dostęp do niezabiegowego leczenia onkologicznego we wrześniu 2016 roku, chory musiał czekać średnio 4,2 tyg. (1,1 mies.) — pacjenci bez karty DiLO**. Jest to czas dłuższy w porównaniu do niezabiegowych świadczeń leczniczych zweryfikowanych w majowym OnkoBarometrze WHC.

Świadczeniami, na które chory czeka najkrócej, są: terapia paliatywna, radioterapia uzupełniająca w raku piersi, chemioterapia pooperacyjna raka trzonu macicy, radioterapia paliatywna, chemioterapia uzupełniająca oraz brachyterapia. Średni czas oczekiwania na powyższe świadczenia we wrześniu 2016 r. wyniósł od 1 do 2 tygodni.

W najnowszym OnkoBarometrze **najdłuższy czas oczekiwania, który wyniósł 27,5 tyg. (6,9 mies.), odnotowano w przypadku leczenia anagrelidem nadpłytkowości samoistnej**, co w porównaniu z majem 2016 r. jest wynikiem dłuższym o 12,9 tyg. (3,2 mies.). 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 we wrześniu 2016 r. chory czekał od 1 do 2 tyg. na rozpoczęcie radioterapii. Natomiast najdłużej czekał pacjent skierowany na teleradioterapię raka płuca — 3 tyg. oraz na radioterapię paliatywną raka płuca, również — 3 tyg. Zestawienie średnich czasów oczekiwania na leczenie niezabiegowe w dziedzinach onkologicznych zostało zaprezentowane na rysunku 11.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 11. Czas oczekiwania (tygodnie) na rozpoczęcie leczenia, porównanie maj 2016 r. vs. wrzesień 2016 r., bez karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

5. Dostęp do rehabilitacji onkologicznej pacjentów po leczeniu raka piersi

Rehabilitacja onkologiczna jest integralną częścią procesu leczenia pacjenta onkologicznego. Wraz z rozwojem medycyny wiele rodzajów nowotworów z chorób śmiertelnych stało się chorobami przewlekłymi. Zaburzenia sprawności fizycznej w następstwie choroby nowotworowej prowadzą do obniżenia jakości życia u pacjentów onkologicznych. Dlatego zadaniem służby zdrowia staje się zapewnienie pacjentowi powrotu do sprawności fizycznej, a tym samym umożliwienie wzrostu jego jakości życia oraz stworzenie możliwości pracy po okresie absencji. Decydenci poprzez odpowiednie regulacje prawne powinni wspierać ten proces.

Według definicji, rehabilitacja onkologiczna powinna cechować się: powszechnością, rozumianą jako objęcie opieką ludzi leczonych z powodu chorób nowotworowych, wczesnością, według której powinna być zapoczątkowana już przed rozpoczęciem leczenia, ciągłością, polegającą na kontynuowaniu jej w okresie szpitalnym, poszpitalnym wczesnym i późnym, oraz kompleksowością, uwzględniającą potrzeby zdrowotne, zawodowe i społeczne pacjentów. Należy dodać, że nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do wykonywania ćwiczeń fizycznych przez osoby chore na nowotwory, ale mogą istnieć pewne ograniczenia do stosowania niektórych form aktywności.[3]

Dużą grupę pacjentów onkologicznych tworzą pacjenci leczeni z powodu raka piersi. Zapadalność na raka piersi według danych Krajowego Rejestru Nowotworów wyniosła w 2013 r. ponad 17 tys. W Polsce jest ponad 50 tys. pacjentów wymagających opieki rehabilitacyjnej.[4] Do częstych skutków leczenia onkologicznego zalicza się utratę piersi wskutek leczenia onkologicznego, zmianę wyglądu piersi (gdy mamy do czynienia z leczeniem oszczędzającym), ale nierzadko pacjenci muszą zmierzyć się z problemami związanymi z ruchomością w stawach obręczy barkowej górnej, zmniejszeniem siły napięciowej mięśni czy wystąpieniem różnych wad postawy. Często

[3] http://swiatlekarza.pl/rehabilitacja-w-onkologii/, [dostęp: 22.09.2016]

[4] http://onkologia.org.pl/nowotwory-piersi-kobiet/, [dostęp: 22.09.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

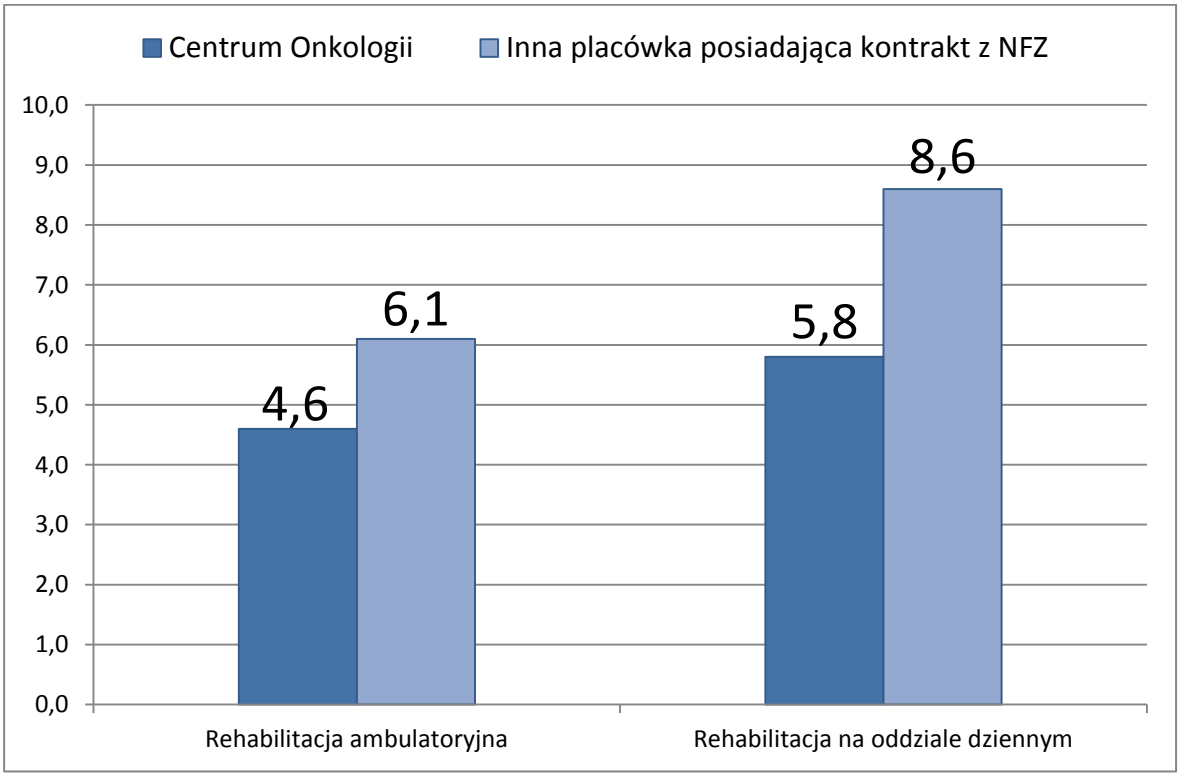
spotykanym problemem jest także tworzenie się obrzęku limfatycznego oraz długotrwały ból okolicy operowanej.

Jednym z ważniejszych problemów, z powodu których pacjenci wymagają kompleksowego leczenia, czyli zabiegów drenażu limfatycznego oraz rehabilitacji, jest wymieniony wcześniej obrzęk limfatyczny. W wyniku operacji oszczędzającej lub operacji usuwającej pierś często zostają usunięte pacjentowi węzły chłonne pachowe, co w efekcie może doprowadzić do zaburzeń odpływu limfy i powodować obrzęki. Zastój chłonki rozwija się od kilku dni do nawet kilku lat po operacji. W leczeniu obrzęku limfatycznego stosuje się różne metody z zakresu fizjoterapii. Terapia powinna trwać do końca życia pacjenta, być intensywna i prowadzona pod okiem doświadczonego w tej dziedzinie rehabilitanta.[5]

Fundacja WHC we wrześniowej edycji OnkoBarometru zbadała **dostępność do rehabilitacji onkologicznej dla pacjentek z przebytym rakiem piersi, u których w wyniku usunięcia węzłów chłonnych wystąpił obrzęk limfatyczny.** Wskazanie dotyczyło 47-letniej kobiety po amputacji piersi wraz z usunięciem węzłów chłonnych, u której wystąpił obrzęk prawej ręki, a po wizycie w poradni onkologicznej lekarz zdiagnozował obrzęk limfatyczny. Czas oczekiwania sprawdzany był w dwóch grupach: kolejka na leczenie w ramach **ambulatoryjnej poradni rehabilitacyjnej** oraz czas oczekiwania na rehabilitację onkologiczną w ramach **stacjonarnego oddziału rehabilitacji.** Rehabilitacja ambulatoryjna pacjenta polega na wykonywaniu określonych ćwiczeń fizycznych oraz zabiegów w ramach poradni rehabilitacyjnej według zaleceń fizjoterapeuty, do którego pacjent może przychodzić w wyznaczonym terminie w ciągu dnia. Natomiast rehabilitacja stacjonarna odbywa się na oddziale na którym pacjent otrzymuje kompleksową rehabilitację oraz jest objęty całodobową opieką. Wyniki dotyczące dostępności dla obu rodzajów rehabilitacji przedstawiono na wykresie poniżej:

[5] https://portal.abczdrowie.pl/obrzek-limfatyczny-po-mastektomii, [dostęp: 22.09.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 12. Czas oczekiwania na rehabilitację ambulatoryjną lub stacjonarną pacjentki z obrzękiem limfatycznym w Centrach Onkologii vs. inne placówki z kontraktem NFZ, dane z września 2016 r.

Czas oczekiwania na ambulatoryjną rehabilitację onkologiczną w związku z wystąpieniem obrzęku limfatycznego wyniósł średnio 4,6 mies. w przypadku poradni rehabilitacyjnej działającej przy Centrum Onkologii. Natomiast kolejki do innych poradni rehabilitacyjnych mających kontrakt z NFZ wyniosły średnio 6,1 mies. Na świadczenia wykonywane w ramach rehabilitacji na oddziale dziennym Centrum Onkologii pacjentki czekały średnio 5,8 mies. W przypadku oddziałów rehabilitacji w innych placówkach posiadających kontrakt z NFZ na tego rodzaju rehabilitację oczekiwano około 8,6 mies. Zaobserwowane przez Fundację długie czasy oczekiwania stoją w sprzeczności z zasadą szybkiego dostępu pacjenta do kompleksowej rehabilitacji onkologicznej. Obrzęk limfatyczny jest sporym problemem dla pacjenta, a jego ignorowanie może prowadzić do narastania obrzęku, utrudniać lub całkowicie uniemożliwiać kobiecie funkcjonowanie na co dzień, nie mówiąc o bólu, którego przysparza.

Narodowy Fundusz Zdrowia umożliwił także rehabilitację leczniczą przeznaczoną dla wszystkich pacjentów, którzy są po operacji nowotworu gruczołu piersiowego. Rehabilitacja ta możliwa jest

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

podczas pobytu w **sanatorium**. Fundacja WHC zbadała dostępność do tego rodzaju rehabilitacji w ramach finansowania z NFZ. Dla pacjentów onkologicznych dostępne są dwie opcje: pobyt w sanatorium uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej, który jest częściowo odpłatny, oraz skierowanie pacjenta do sanatorium w ramach rehabilitacji poszpitalnej. Ta forma pobytu refundowana jest w całości. Aby pacjent dostał się do sanatorium, lekarz który, ma podpisany kontrakt z NFZ, musi wystawić skierowanie na leczenie uzdrowiskowe. W skierowaniu można określić miejsce i rodzaj leczenia uzdrowiskowego, aczkolwiek wybór miejsca nie jest wiążący dla wojewódzkiego oddziału NFZ. Pacjent przekazuje skierowanie do wojewódzkiego oddziału NFZ, gdzie dokonuje się jego rejestracji, a następnie w zależności od oddziału NFZ podejmuje się decyzję o formie leczenia (standardowy pobyt w sanatorium, poszpitalny pobyt w sanatorium). Decyzję tę podejmuje lekarz w NFZ. W niektórych oddziałach wojewódzkich NFZ decyzja ta zostaje podjęta na poziomie lekarza prowadzącego pacjenta. Do wszystkich podanych poniżej czasów oczekiwania trzeba doliczyć do 1 miesiąca na procedowanie skierowania przez NFZ. Od kilku dni do miesiąca (w zależności od szybkości rozpatrywania) przyszły kuracjusz otrzymuje informację o decyzji NFZ, w tym o czasie oczekiwania.

W przypadku standardowego pobytu w sanatorium uzdrowiskowym kuracjusz ponosi koszty zakwaterowania i wyżywienia. Poniżej w tabeli nr 1 przedstawiono czasy oczekiwania w poszczególnych oddziałach NFZ na leczenie sanatoryjne, koszt zakwaterowania i wyżywienia oraz informację, kto decyduje o formie leczenia uzdrowiskowego (tradycyjna/poszpitalna).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Tabela 1. Czas oczekiwania, koszty oraz osoby uprawnione do kierowania na standardową rehabilitację pacjentów onkologicznych w sanatorium w zależności od oddziału wojewódzkiego NFZ.

Oddział NFZ	Czas oczekiwania na pobyt w sanatorium (miesiące)	Koszt sanatorium	Kto decyduje o formie pobytu pacjenta?
śląski	32	20 zł/dobę	lekarz w OW NFZ[6]
mazowiecki	30	10-30 zł/dobę	lekarz pacjenta
kujawsko-pomorski	28	300-700 zł/3 tyg.	lekarz w OW NFZ
dolnośląski	27	9,40-36,10 zł/dobę	lekarz pacjenta
małopolski	26	500-800 zł/3 tyg.	lekarz pacjenta
opolski	24	10-36 zł/dobę	lekarz w OW NFZ
łódzki	22	ok. 500 zł/3 tyg.	lekarz w OW NFZ
podlaski	20	200-700 zł/3 tyg.	lekarz w OW NFZ
zachodniopomorski	20	600-700 zł/3 tyg.	lekarz pacjenta
świętokrzyski	20	390-690 zł/3 tyg.	lekarz pacjenta
lubelski	20	ok. 600 zł/3 tyg.	lekarz w OW NFZ
wielkopolski	20	ok. 500 zł/3 tyg.	lekarz w OW NFZ
lubuski	19	306-758 zł/3 tyg.	lekarz w OW NFZ
pomorski	18	363-758 zł/3 tyg.	lekarz pacjenta
warmińsko-mazurski	18	400-500 zł/3 tyg.	lekarz pacjenta
podkarpacki	16	9,40-36,10/dobę	lekarz w OW NFZ

Najdłuższą kolejkę do sanatorium według zebranych danych odnotowano w województwie śląskim. Wynosi ona 32 miesiące (ponad 2,5 roku). Kolejno najdłużej czeka się województwie mazowieckim — 30 mies. oraz w województwie kujawsko-pomorskim —28 mies. Najkrócej na pobyt w sanatorium oczekuje się w województwie podkarpackim — 16 mies. oraz pomorskim i warmińsko-mazurskim — 18 mies.

Natomiast kolejka do sanatorium dla pacjentów, u których możliwa jest rehabilitacja w ramach leczenia poszpitalnego, jest mniejsza, a pobyt pacjenta refundowany jest w całości. Dane

[6] Lekarz pracujący w Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

dotyczące długości oczekiwania na poszpitalny pobyt rehabilitacyjny pacjentów onkologicznych przedstawia tabela nr 2.

Tabela 2. Czas oczekiwania na poszpitalny pobyt w sanatorium pacjentów onkologicznych w zależności od oddziału wojewódzkiego NFZ.

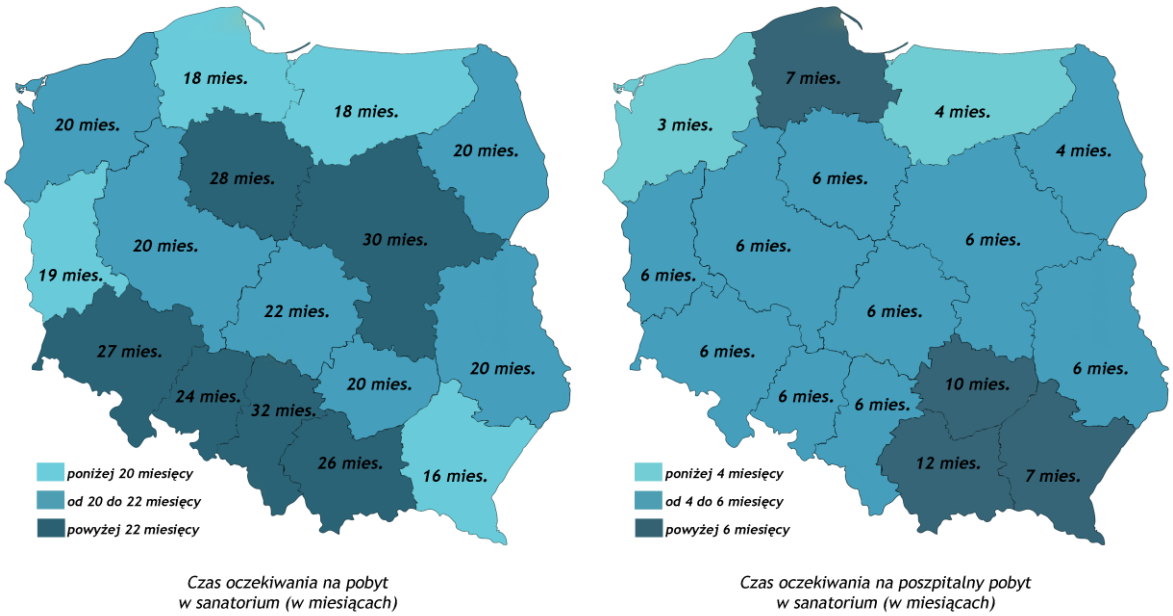
Oddział NFZ	Czas oczekiwania na poszpitalny pobyt w sanatorium (miesiące)
małopolski	12
świętokrzyski	10
pomorski	7
podkarpacki	7
śląski	6
mazowiecki	6
podlaski	6
opolski	6
łódzki	6
lubuski	6
kujawsko-pomorski	6
lubelski	6
wielkopolski	6
dolnośląski	6
warmińsko-mazurski	4
zachodniopomorski	3

Najdłuższy czas oczekiwania Fundacja WHC odnotowała w tym przypadku w województwie małopolskim — 12 mies. oraz województwie świętokrzyskim — 10 mies. W pozostałych województwach czas oczekiwania jest w miarę podobny, wynosi średnio 6 mies. Najkrótszy czas oczekiwania odnotowano w województwie zachodniopomorskim — wyniósł on 3 miesiące. Istnieją również inne możliwości wyjazdu na turnus rehabilitacyjny pacjentów onkologicznych: pobyt taki finansuje ZUS w ramach prewencji rentowej oraz PEFRON w ramach częściowego dofinansowania. Niektóre organizacje pozarządowe, np. Amazonki również pomagają w organizacji turnusów rehabilitacyjnych.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Obecna wiedza medyczna pozwala stwierdzić, że rehabilitacja chorych na nowotwory zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań związanych z chorobą i jej leczeniem, pozwala przyśpieszyć powrót do całkowitej sprawności psychofizycznej i aktywności życiowej, poprawić jakość życia oraz zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby. Dlatego tak ważny staje się możliwie szybki dostęp pacjentów do rehabilitacji onkologicznej. Niestety w Polsce występują znaczne kolejki również na tym poziomie leczenia.

Rysunek 13. Czas oczekiwania pacjentów po przebytym raku piersi na rehabilitację onkologiczną w sanatorium we wrześniu 2016 (miesiące).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie zebranych telefonicznie danych z poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

Potrzebę lepszego dostępu do rehabilitacji kobiet po przebytym raku piersi zauważa także **Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki" Krystyna Wechmann:**

Powodem spadku sprawności kobiet po przebytym zabiegu chirurgicznym jest usunięcie węzłów chłonnych pachowych, które powoduje ograniczenie ruchowe i może prowadzić do obrzęku limfatycznego kończyny po stronie operowanej. Rehabilitacja zalecana jest już na etapie leczenia szpitalnego. Ma ona na celu pokazanie pacjentkom najważniejszych ćwiczeń usprawniających

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

kończyny po stronie operowanej. Niestety w wyniku braku zatrudnienia w placówkach onkologicznych rehabilitantów, dostęp do tego świadczenia pacjentki mają bardzo ograniczony.

Problem spowodowany dolegliwościami w sferze sprawności ruchowej jest bardzo powszechny i często poruszany przez pacjentki podczas wizyty u onkologa. Podany w OnkoBarometrze okres oczekiwania na rehabilitację onkologiczną pacjentek po leczeniu raka piersi, czy to w ambulatoriach, czy w oddziałach stacjonarnych i sanatoriach jest zgodny z naszymi doświadczeniami.

Żeby pomóc pacjentkom, Kluby Amazonek zrzeszone w Federacji Stowarzyszeń „Amazonki" prowadzą zajęcia rehabilitacyjne we wszystkich okresach od operacji do podtrzymywania uzyskanej sprawności. Możliwości klubów są jednak ograniczone w zależności od uzyskanych środków finansowych. W Poznańskim Stowarzyszeniu „Amazonki" oferujemy bardzo szeroką gamę zajęć rehabilitacyjnych. Pięć zatrudnionych rehabilitantek może codziennie udzielić pomocy lub porady 40 kobietom. Wykonujemy masaże limfatyczne, gimnastykę usprawniającą, są zajęcia na basenie, joga itp. Ponadto zapewniamy pacjentkom wsparcie psychologiczne, które można uzyskać poprzez wizytę u dwóch psychologów zatrudnianych przez Stowarzyszenie. Amazonki, w pozostałych ośrodkach zrzeszonych w Federacji mają przybliżoną możliwość korzystania z rehabilitacji. Federacja co roku szkoli nowych rehabilitantów współpracujących z Klubami.

Ponadto Federacja nieustająco zabiega o zmiany w systemie ochrony zdrowia w sprawie obrzęku limfatycznego. Do dnia dzisiejszego brakuje standardów jego leczenia co powoduje, że nie mamy dobrych osiągnięć w tym zakresie. Mamy nadzieję, że w Polsce zwiększy się liczba Breast Cancer Unitów – kompleksowych Ośrodków Leczenia Raka Piersi. Przyczyniłoby się to do poprawy sytuacji pacjentek i zwiększenia efektywności leczenia. Po ostatnich rozmowach z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia wierzymy, że rola rehabilitacji onkologicznej zostanie wzmocniona.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

6. Etapowość postępowania

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 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.** Pakiet onkologiczny to pierwszy w Polsce przykład opieki koordynowanej, gdzie pacjent trafiając do lekarza powinien zostać objęty kompleksową opieką, a wyznaczony dla niego koordynator leczenia ma za zadanie pomagać mu w uzyskaniu szybkiego i najlepszego dostępnego leczenia. Niestety nadal zdarzają się sytuacje, gdzie chorzy onkologiczni diagnozowani i leczeni są pozapakietowo.

W niniejszym dokumencie zwracamy szczególną uwagę na cztery częste nowotwory: płuca, piersi, prostaty oraz etapowość leczenia przewlekłej białaczki szpikowej. Dane przedstawione poniżej obrazują ścieżkę pacjenta onkologicznego:

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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

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% szans dla przeżycia 5-letniego. Dlatego szybka diagnostyka i rozpoczęcie leczenia jest niezwykle ważne dla pacjenta.[7]

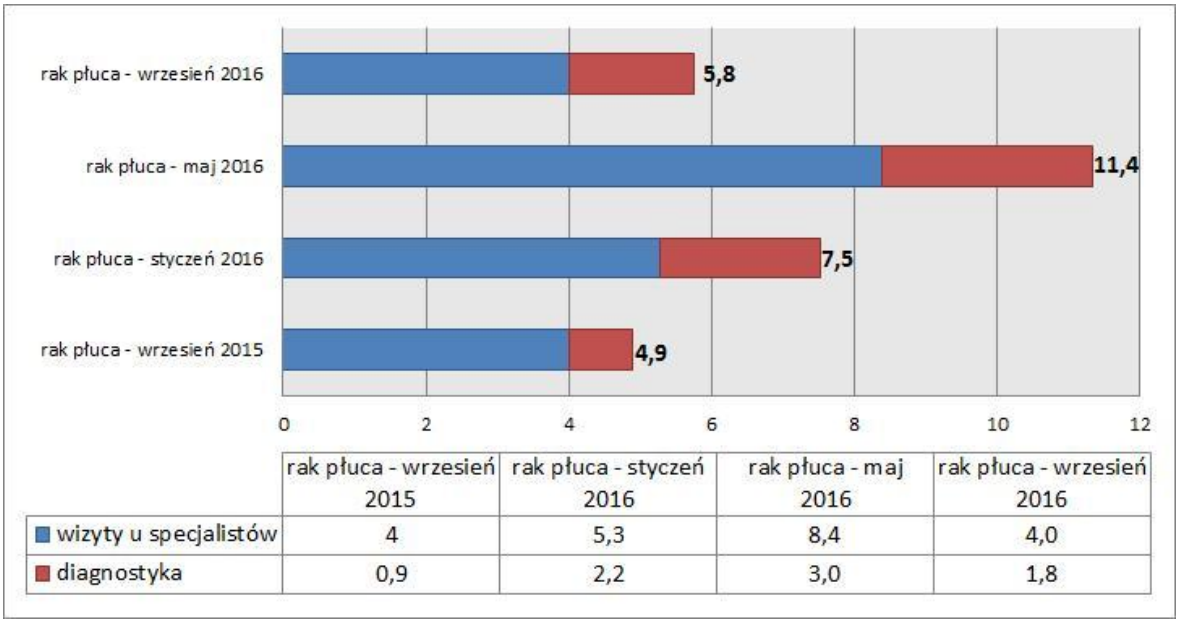
Najnowsze wyniki uzyskane przez Fundację WHC we wrześniu 2016 r. pokazują, że na wizytę do pulmonologa, bez karty DiLO, pacjent musi poczekać średnio 7,6 tygodnia (1,9 mies.). Jest to pierwsze ograniczenie, na które napotyka pacjent na wstępnym etapie leczenia. Po wizycie u pulmonologa chory kierowany jest na tomografię komputerową klatki piersiowej, na którą poczeka średnio 12,8 tygodnia (3,2 mies.). Kolejnym etapem jest wizyta u specjalisty z zakresu chirurgii klatki piersiowej — średnio 2 tygodnie oczekiwania (0,5 mies.). W przypadku istnienia możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego, na operację chory czeka średnio 2,8 tygodnia (0,7 mies.). Jeżeli jednak chory nie zostanie zakwalifikowany do leczenia operacyjnego po wizycie u onkologa, na którą oczekuje 6,8 tygodnia (1,7 mies.), ma możliwość podjęcia 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 we wrześniu 2016 r. wyniósł 30,8 tygodnia (7,7 mies.). W poprzednio badanym okresie tj. w maju 2016 r. przeciętny skumulowany czas wyniósł 29,4 tygodnia (7,3 mies.). **We wrześniu dla pacjentów posiadających kartę DiLO skumulowany czas oczekiwania wyniósł 7,2 tygodnia (1,8 mies.), w czym diagnostyka pogłębiona została zakończona po 5,8 tygodnia. Czas ten mieści się w założonym przez Ministerstwo Zdrowia czasie 8 tygodni.** W poprzednio badanym okresie (maj 2016 r.) czas przeznaczony na diagnostykę wstępną i pogłębioną dla pacjentów posiadających kartę DiLO wyniósł 11,4 tyg., czyli o 5,6 tyg. krócej. Kolejne 14 dni to czas wyznaczony przez MZ na podjęcie pierwszego zabiegu w szpitalu od czasu konsylium. W przypadku raka płuca, pacjent

[7] http://www.infozdrowie.org/images/pdf/2016/28_04_2016/1_niewada.pdf [dostęp: 25.09.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

z kartą DiLO oczekuje na leczenie operacyjne raka płuca 1,6 tyg. a na leczenie ukierunkowane molekularnie oczekuje także 1,6 tyg.

Zaobserwowano, że pacjenci z reguły mieszczą się w nałożonym przez pakiet onkologiczny limicie czasowym. Jednak zdarzają się i takie wypadki, kiedy z rożnych powodów rozpoznanie opóźnia się, co generuje koszty dla ośrodka onkologicznego, a także działa na niekorzyść pacjenta.



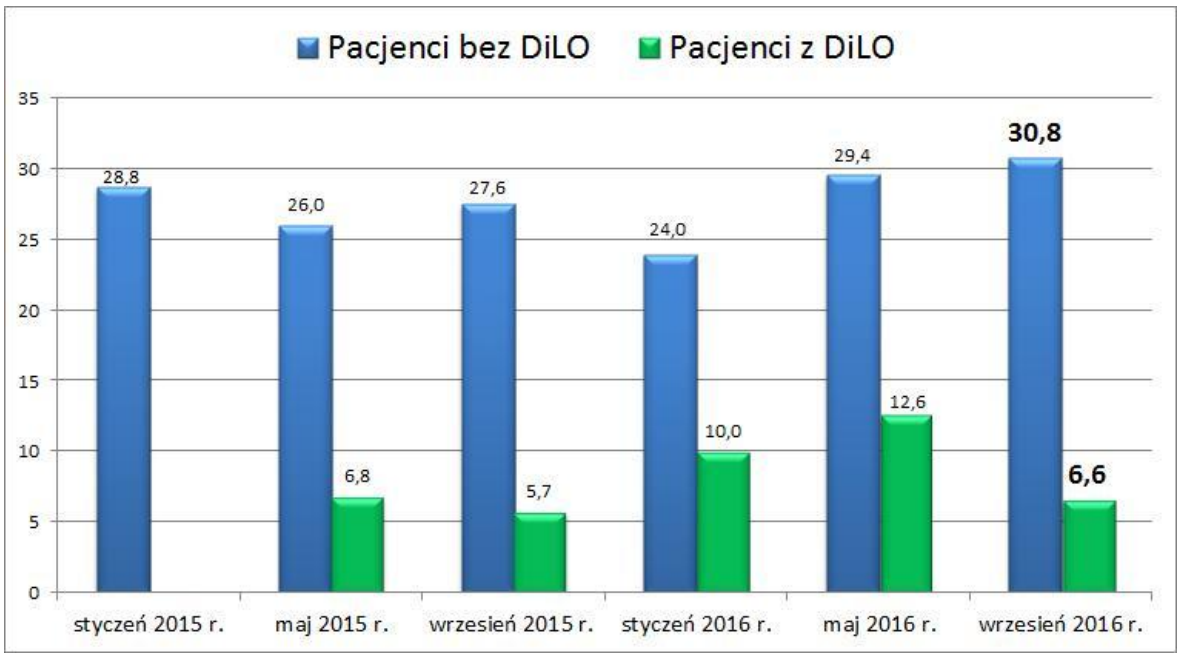
	rak płuca - wrzesień 2015	rak płuca - styczeń 2016	rak płuca - maj 2016	rak płuca - wrzesień 2016
wizyty u specjalistów	4	5,3	8,4	4,0
diagnostyka	0,9	2,2	3,0	1,8

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.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

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.

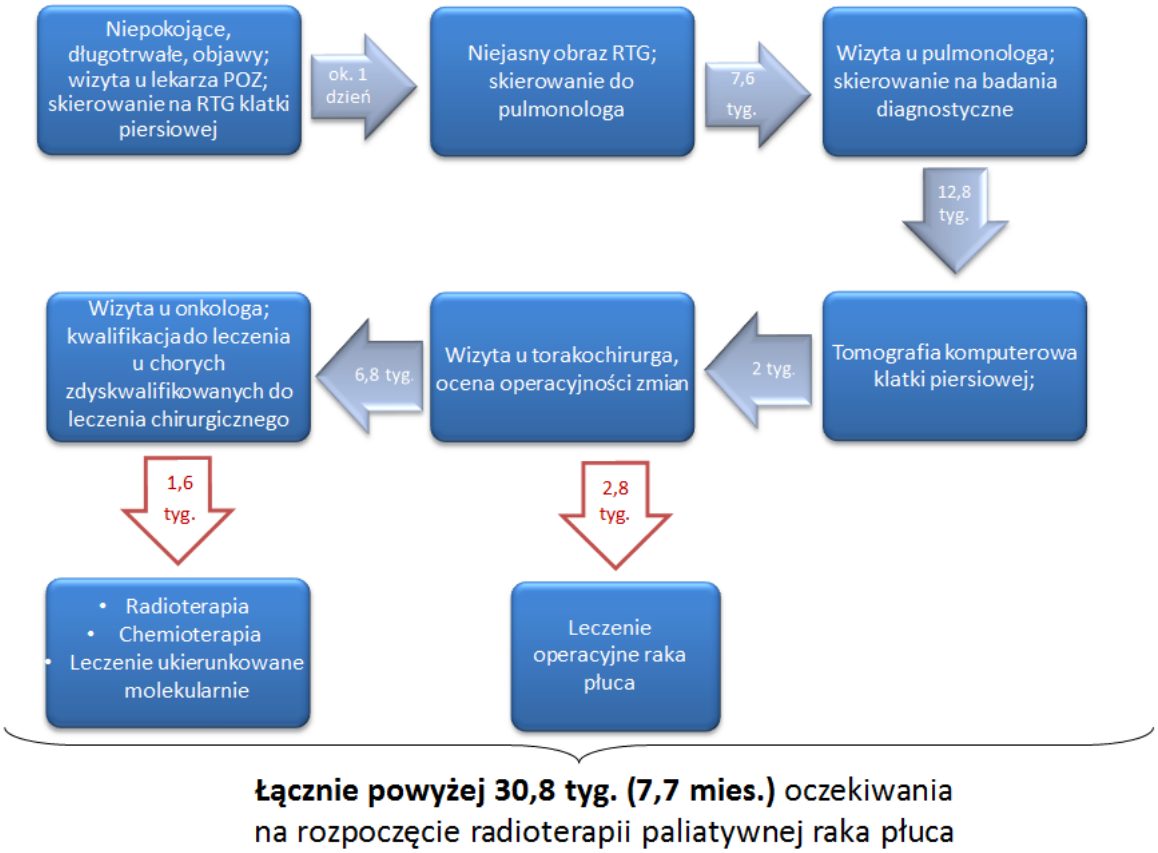
Etapowość diagnostyki pacjenta z rakiem płuc:	**OnkoBarometr – wrzesień 2016 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO** *duże centra onkologiczne*	Pacjenci **bez karty DiLO** *mniejsze szpitale onkologiczne*	Średnia ogólna[8] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
A. **zakończona leczeniem operacyjnym**	32 tyg. (8,04 mies.)	30,4 tyg. (7,6 mies.)	**32 tyg. (8,04 mies.)**	**7,2 tyg. (1,8 mies.)**
B. **zakończona radioterapią paliatywną**	32,2 tyg. (8,04 mies.)	28,8 tyg. (7,2 mies.)	**30,8 tyg. (7,7 mies.)**	**6,6 tyg. (1,7 mies.)**



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

[8] 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 8/3/10/2016”, 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. 30,8 tyg. (7,7 mies.). Jest to czas dłuższy o 1,4 tyg. niż w maju 2016 r. — wynosił wtedy 29,4 tyg. (7,3 mies.).

W przypadku pacjenta posiadającego „zieloną kartę" czas od podejrzenia raka płuca do rozpoczęcia leczenia radioterapią paliatywną wynosi około 7,2 tyg. (1,8 mies.).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

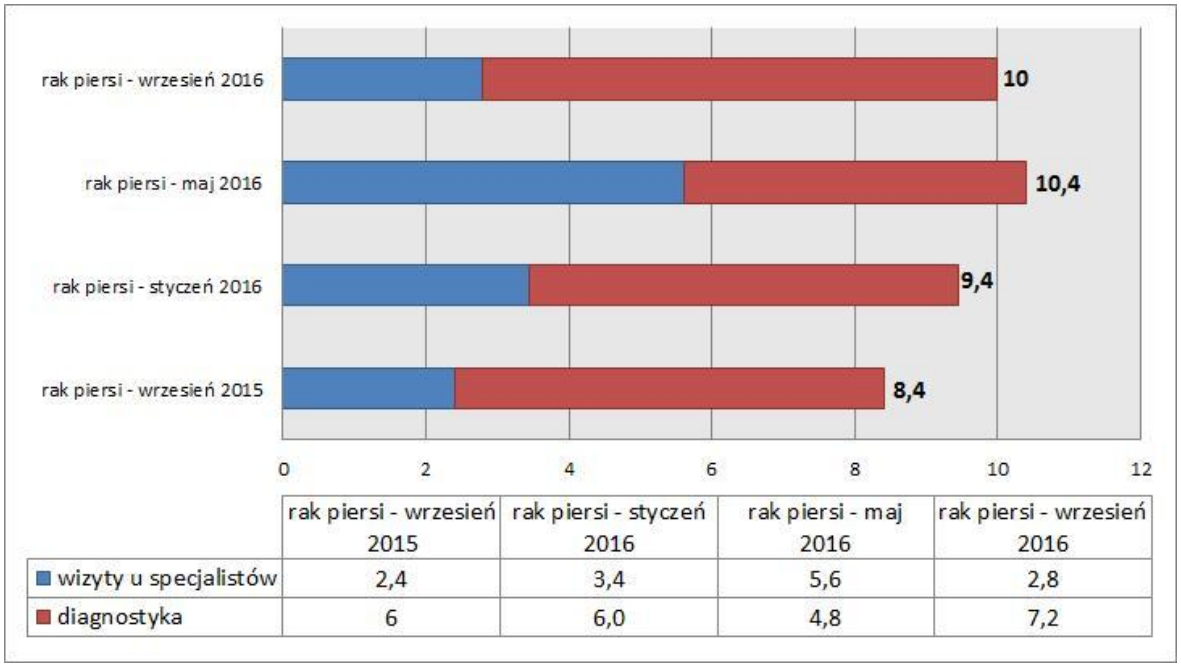
6.2 Etapowość postępowania w raku piersi

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 56 tyg. (14 mies.).** Należy podkreślić, iż w maju 2016 r. przeciętny czas wyniósł 47,2 tyg. (11,8 mies.). Wydłużenie w porównaniu do maja 2016 r. spowodowane jest wzrostem czasu oczekiwania na badania diagnostyczne takie jak: tomografia komputerowa (TK) miednicy małej i brzucha (18 tyg.).

W przypadku pacjentki posiadającej już od początku diagnostyki „zielona kartę” i wymagającej **tomografii miednicy małej i brzucha, czas ten wynosi 12,4 tygodnia (3,1 mies.). Czas oczekiwania na wykonanie diagnostyki wstępnej i diagnostyki pogłębionej wynosi 10 tyg.** Według wprowadzonego pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać obecnie 8 tygodni. **W poprzednio badanym okresie czas wykonania diagnostyki wynosił średnio 10,4 tyg. Zaobserwowano brak zmian w czasie 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 2,4 tyg.

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 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



	rak piersi - wrzesień 2015	rak piersi - styczeń 2016	rak piersi - maj 2016	rak piersi - wrzesień 2016
wizyty u specjalistów	2,4	3,4	5,6	2,8
diagnostyka	6	6,0	4,8	7,2

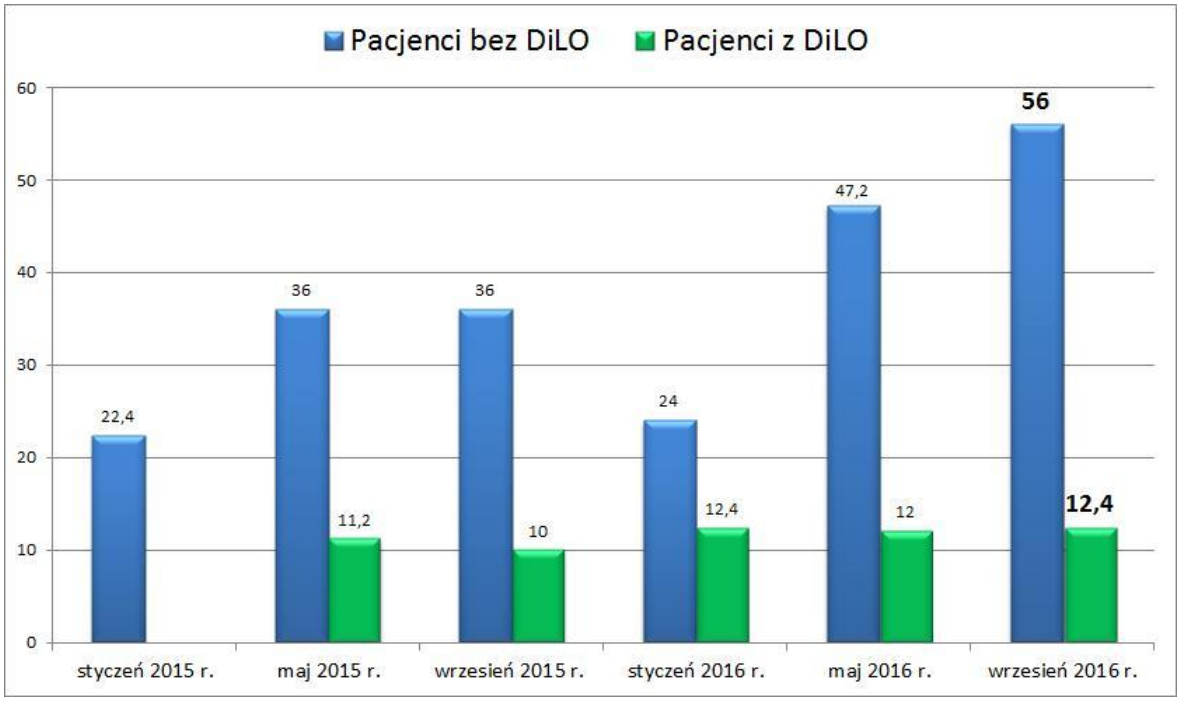
Rysunek 17. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka piersi dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Z założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 8 tygodni w 2016 r.

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

Etapowość diagnostyki pacjenta z rakiem piersi:	**OnkoBarometr – wrzesień 2016 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO** *duże centra onkologiczne*	Pacjenci **bez karty DiLO** *mniejsze szpitale onkologiczne*	Średnia ogólna[9] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
A. **Bez tomografii komputerowej miednicy małej i brzucha**	27,6 tyg. (6,9 mies.)	46,4 tyg. (11,6 mies.)	**38 tyg. (9,5 mies.)**	**10 tyg. (2,5 mies.)**
B. **Z tomografią komputerową miednicy małej i brzucha**	48 tyg. (12 mies.)	62 tyg. (15,5 mies.)	**56 tyg. (14 mies.)**	**12,4 tyg. (3,1 mies.)**

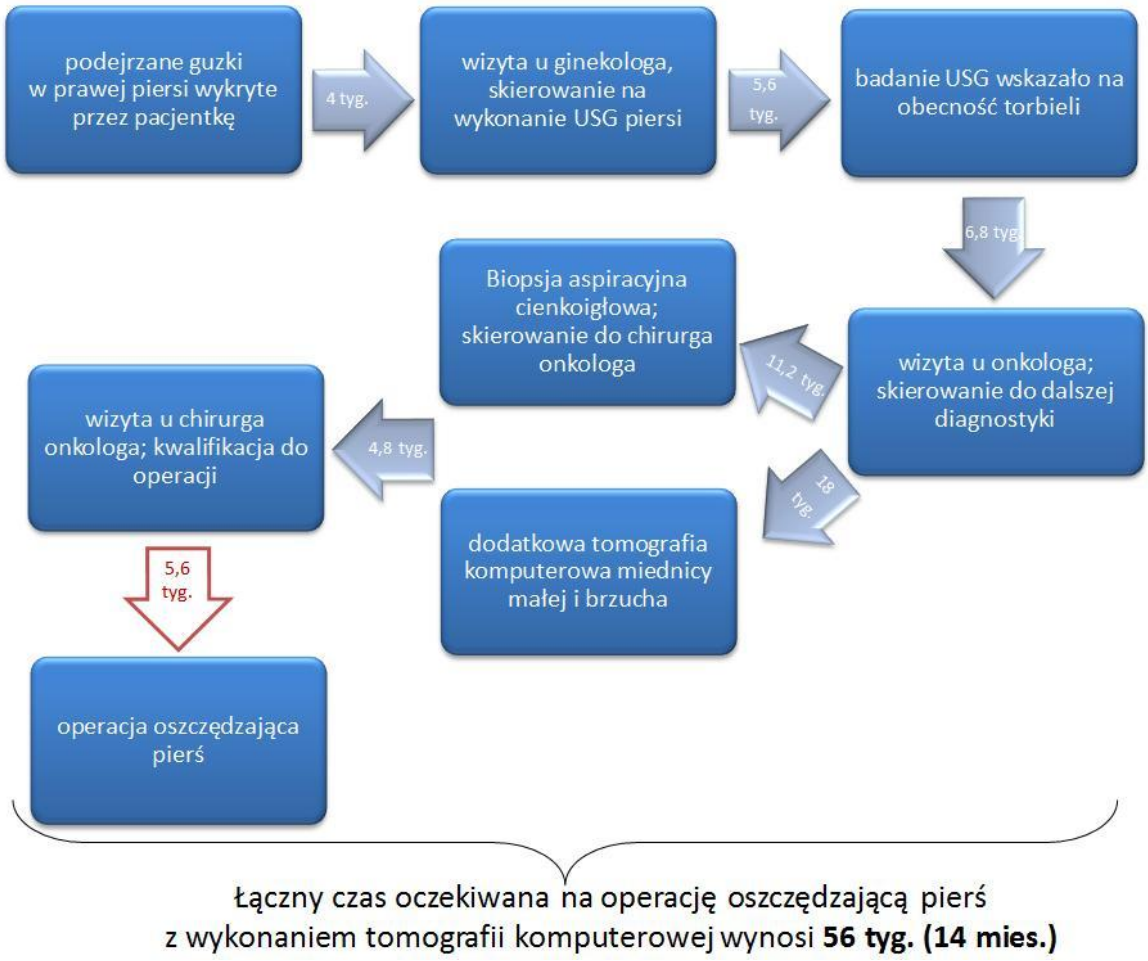
[9] Średnia liczona na podstawie czasu oczekiwania w dużych centrach onkologicznych oraz pozostałych placówkach.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, 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 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

6.3. Etapowość postępowania w raku prostaty

Ocena etapowości postępowania w raku prostaty jest przedstawiana przez Fundację WHC cyklicznie 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 prostaty 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.[10]

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 11,6 tyg. (2,9 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 6 tygodni oczekiwania), gdzie pobierany jest wycinek do badania histopatologicznego (średnio 2,4 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 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 nowa czekać w kolejce, aby dostać się do specjalisty.

Jeżeli wyniki badań są nieprawidłowe, lekarz podejmuje decyzję o wykonaniu kolejnych badań diagnostycznych np. scyntygrafii kości, tomografii komputerowej, RTG klatki piersiowej, a w końcu o formie podjętej terapii. Rozważono cztery możliwości leczenia pacjenta:

[10] 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 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

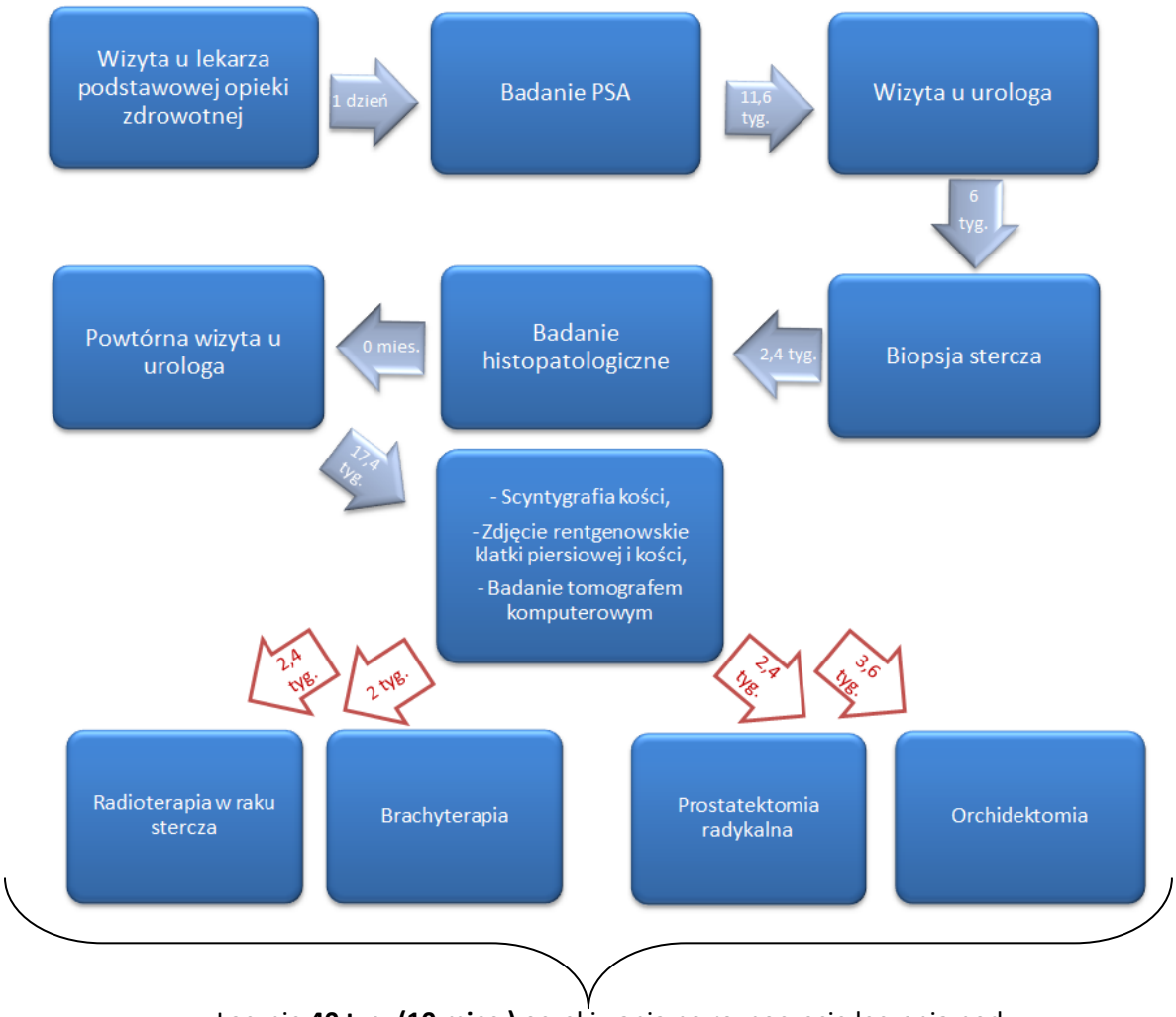
- radioterapia w raku stercza — 2,4 tyg. (0,6 mies.)
- brachyterapia — 2 tyg. (0,5 mies.)
- prostatektomia radykalna — 2,4 tyg. (0,6 mies.)
- orchidektomia — 3,6 tyg. (0,9 mies.)

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

Etapowość diagnostyki **pacjenta z rakiem prostaty:**	**OnkoBarometr wrzesień 2016 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO**	Pacjenci **bez karty DiLO**	Średnia ogólna[11] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
	Duże centra onkologiczne	*Mniejsze szpitale onkologiczne*		
A. zakończona leczeniem operacyjnym	47,2 tyg. (11,8 mies.)	32,8 tyg. (8,2 mies.)	**40 tyg. (10 mies.)**	**9,6 tyg. (2,4 mies.)**
B. zakończona radioterapią paliatywną	46,8 tyg. (11,7 mies.)	32,8 tyg. (8,2 mies.)	**40 tyg. (10 mies.)**	**9,2 tyg. (2,3 mies.)**

[11] 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 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*



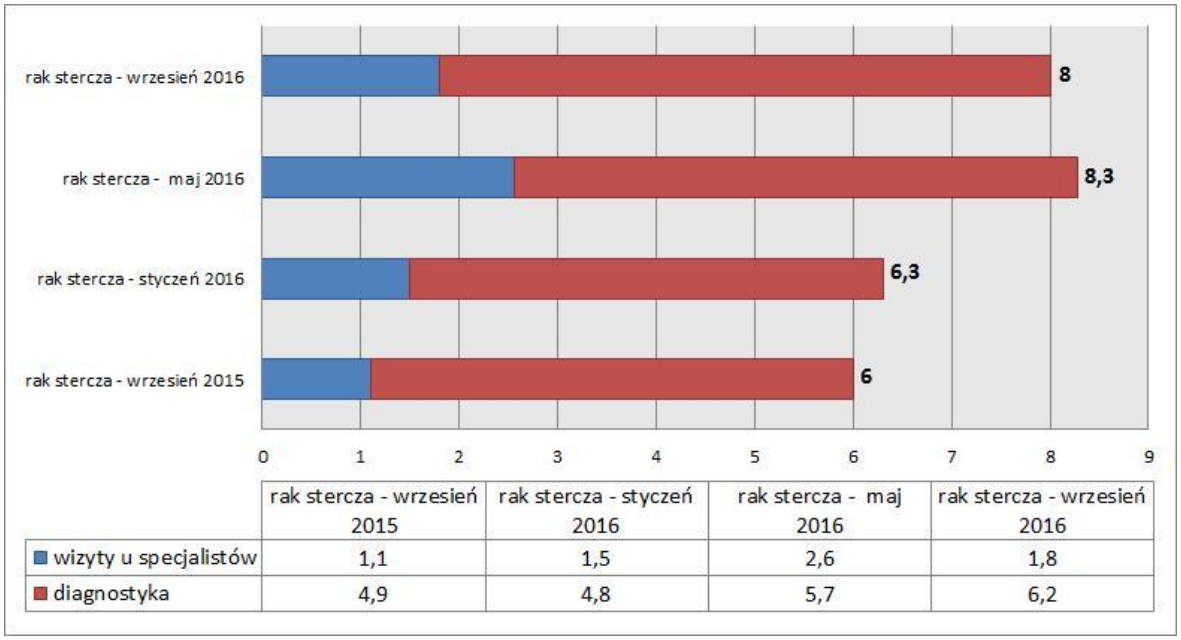
Rysunek 20. Etapowość postępowania w raku stercza od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO – średnie (tygodnie).

Skumulowany czas oczekiwania pacjenta bez karty DiLO na podjęcie leczenia operacyjnego diagnozowanego z wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego wynosi około 40 tyg. (10 mies.).

W przypadku pacjenta posiadającego „zieloną kartę" skumulowany czas oczekiwania na podjęcie leczenia wynosi średnio 9,6 tyg. (2,4 mies.). Pacjent na wykonanie badań i otrzymanie diagnozy pogłębionej oczekiwał we wrześniu 2016 r. średnio 8 tyg. Czas ten nie przekracza czasu oczekiwania wyznaczonego przez Ministerstwo Zdrowia. W poprzednio badanym okresie (maj 2016 r.) czas na wykonanie diagnostyki pogłębionej wynosił 8,3 tyg. Nie zaobserwowano zmian.

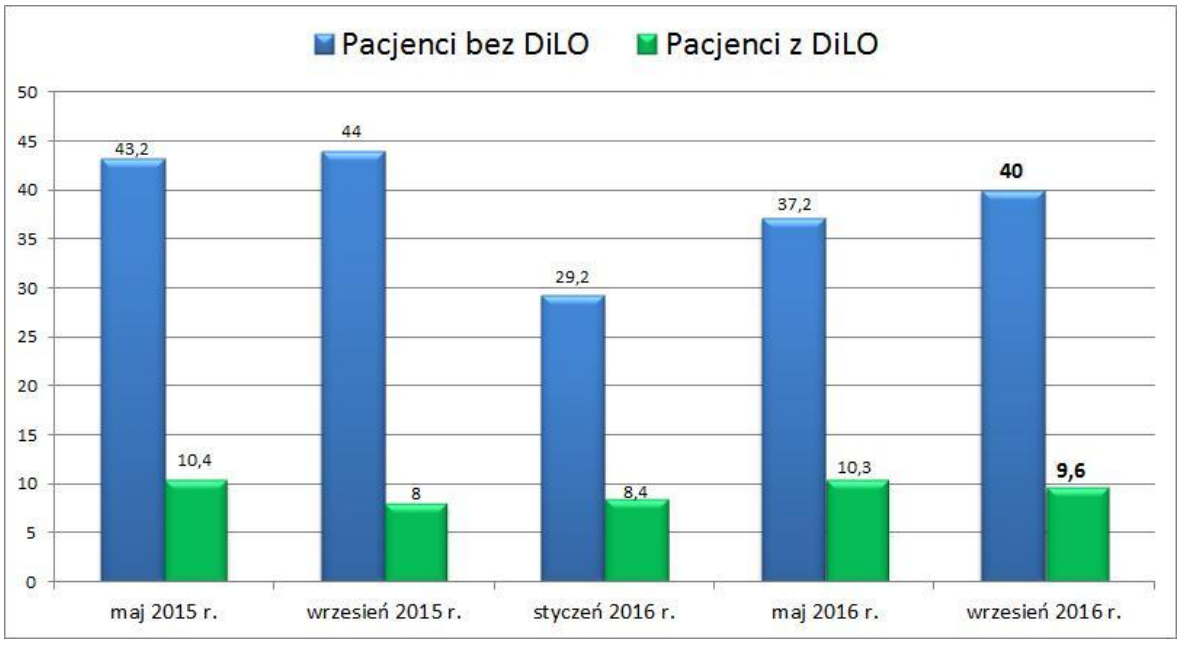
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016", www.korektorzdrowia.pl.*

Pacjent od momentu odbycia się konsylium na pierwszy zabieg czeka średnio 1,6 tygodnia — mieści się w ramach 14 dni wyznaczonych przez MZ .



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

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



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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

6.4. Etapowość postępowania w przewlekłej białaczce szpikowej

Fundacja WHC oceniała również etapowość postępowania w przewlekłej białaczce szpikowej. Do wykrycia tego nowotworu dochodzi zwykle przypadkowo, przy okazji wykonania kontrolnej morfologii krwi. Białaczka rozwija się powoli, a jej objawami są zmęczenie, utrata wagi, utrata apetytu, uczucie pełności w lewej części jamy brzusznej, gorączka, krwawienia, nawracające zakażenia.[12] Objawy te nie są zbyt charakterystyczne, dlatego tak ważna staje się szybka diagnostyka i wdrożenie leczenia.

Dostęp do leczenia przewlekłej białaczki szpikowej jest niekiedy dla pacjentów ograniczony. **Na wizytę u specjalisty hematologa dorosły chory czekał w kolejce około 16 tyg. (4 mies.).** Jest to pierwsze największe ograniczenie w dostępności do leczenia białaczki we wrześniu 2016 r. dla pacjenta bez karty DiLO.

Zmiany nastąpiły natomiast w dostępie do leczenia imatynibem. 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 imatynibu).[13]

Imatynib nie jest już dostępny w programie lekowym, został włączony do leczenia chemioterapeutycznego i jest refundowany. Pacjent w celu przyjęcia leku pierwszy raz powinien

[12] http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003112-pdf.pdf, [dostęp: 28.09.2016]

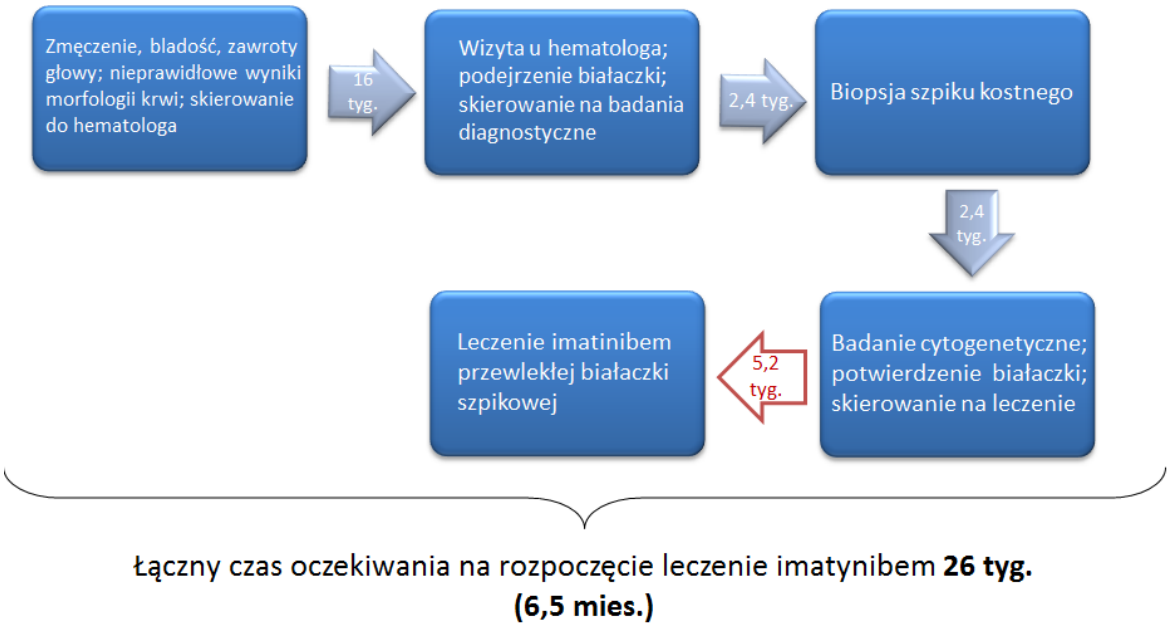
[13] Program lekowy, zgodnie z art. 2 pkt 18 ustawy o refundacji, oznacza program zdrowotny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obejmujący technologię lekową, w której substancja czynna nie jest składową kosztową 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 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

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 na lek i rozpoczyna się leczenie. Regularne stosowanie leków i kontrola przebiegu choroby pozwala chorym na powrót do aktywności zawodowej i społecznej.

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 około 26 tyg. (6,5 mies.). Natomiast pacjenci z kartą DiLO w etapowości postępowania w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej **czekają na wdrożenie leczenia 6 tyg. (1,5 mies.),** co spowodowane jest w głównej mierze krótszym czasem oczekiwania na wizytę do hematologa. **Pacjenci posiadający kartę DiLO na wykonanie diagnostyki wstępnej oraz diagnostyki pogłębionej oczekują we wrześniu 2016 r. średnio 4,4 tygodnia — mieszczą się w ramach wyznaczonych przez MZ 8 tygodniach.**

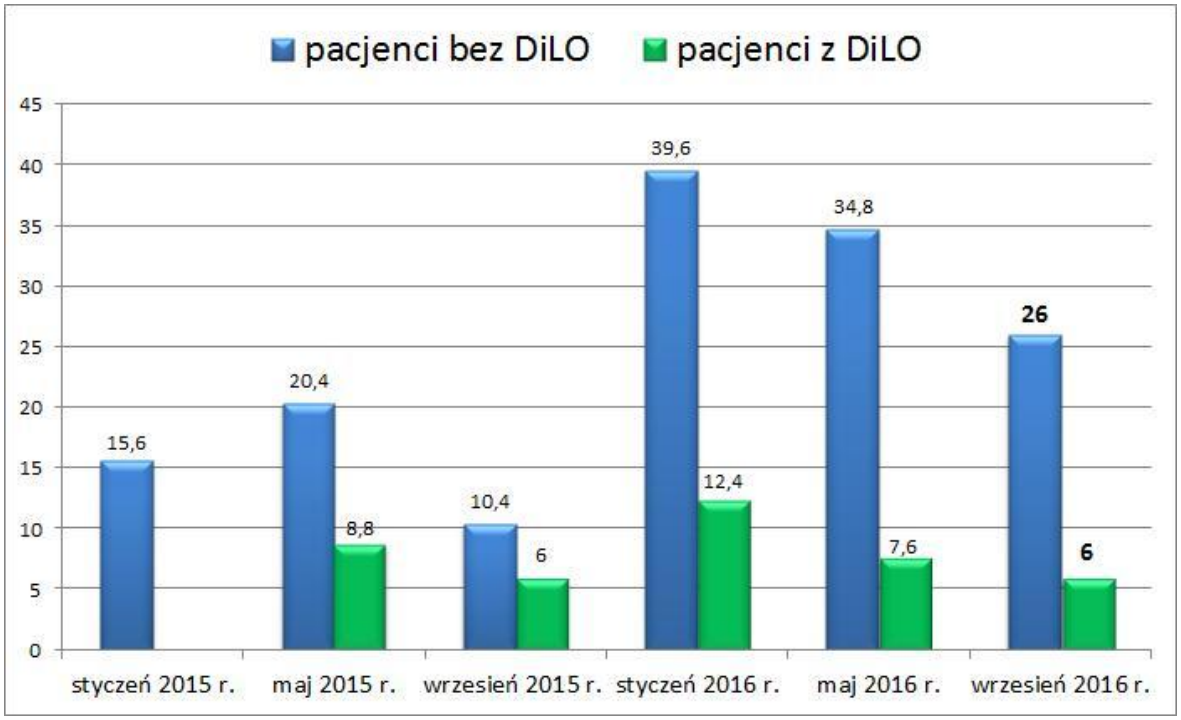


Rysunek 23. Etapowość postępowania w białaczce od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia, dla pacjenta bez karty DiLO (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

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 wrzesień 2016 r.**	
	Średnia ogólna dla pacjentów **bez karty DiLO**	Pacjenci **z kartą DiLO**
przewlekłej białaczki szpikowej	**26 tyg. (6,5 mies.)**	**6 tyg. (1,5 mies.)**



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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Wnioski

1. **Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii w Polsce wyniósł we wrześniu 2016 r. średnio 5,4 tygodnia dla pacjentów nieposiadających karty DiLO.** Natomiast kolejka dla pacjentów z kartą DiLO wyniosła średnio 2,4 tygodnia — przy czym należy pamiętać, że leczenie nowotworów obejmuje zwykle kilka procedur diagnostycznych i terapeutycznych wykonywanych etapowo.
2. W porównaniu z danymi z maja 2016 r., wydłużeniu uległ średni czas oczekiwania w dwóch z pięciu badanych przez Fundację WHC dziedzinach. **Najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano w onkologii chirurgii onkologicznej — około 7,6 tygodnia (1,9 miesiąca), hematologii i hematoonkologii — 7,2 tygodnia (1,8 miesiąca) oraz w przypadku onkologii sensu stricto — 5,6 tyg. (1,4 miesiąca) dla pacjentów pozapakietowych.**
3. Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w dziedzinach onkologicznych we wrześniu 2016 r. wyniósł około 5,1 tygodnia, co oznacza wydłużenie czasu oczekiwania o 0,7 tygodnia w porównaniu do maja 2016 r. (4,4 tygodnia). **Czasy oczekiwania do specjalisty bez karty DiLO wydłużają się. Od początku roku do września 2016 r. średnia kolejka do specjalistów zwiększyła się o 2 tygodnie.**
4. Najdłużej trzeba czekać na poradę u **hematologa dziecięcego**, gdzie średni czas oczekiwania dla pacjenta bez karty DiLO wynosi ok. 7,2 tygodnia (1,8 miesiąca). Na wizytę u **onkologa** pacjenci bez karty DiLO czekają średnio 6,8 tygodnia (1,7 miesiąca). Długi czas oczekiwania zaobserwowano także w przypadku wizyty u **dermatologa** — ok. 5,6 tygodnia (1,4 tygodnia).
5. Świadczeniami na które w onkologii **czeka się najdłużej (bez karty DiLO),** są: **tomografia komputerowa (TK) miednicy małej i brzucha —** 18 tygodni (4,5 miesiąca)**, rezonans magnetyczny (MRI) głowy u dziecka —** 14,4 tygodnia (3,6 miesiąca) oraz **biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC) —** 11,2 tygodnia (2,8 miesiąca).
6. Fundacja WHC we wrześniowej edycji OnkoBarometru zbadała **dostępność do rehabilitacji onkologicznej dla pacjentek z przebytym rakiem piersi, u których w wyniku usunięcia węzłów chłonnych wystąpił obrzęk limfatyczny.** Czas oczekiwania na

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

ambulatoryjną rehabilitację onkologiczną w związku z wystąpieniem obrzęku limfatycznego wyniósł średnio 4,6 miesiąca w przypadku poradni rehabilitacyjnej działającej przy Centrum Onkologii. Natomiast kolejka do poradni rehabilitacyjnej mającej kontrakt z NFZ wyniosła średnio 6,1 miesiąca. Na świadczenia wykonywane w ramach rehabilitacji na oddziale dziennym Centrum Onkologii pacjentki czekały średnio 5,8 miesiąca. W przypadku oddziału rehabilitacji w szpitalu posiadającym kontrakt z NFZ na tego rodzaju rehabilitację oczekuje się 8,6 miesiąca.

7. **Najdłuższą kolejkę do standardowej rehabilitacji onkologicznej w sanatorium według zebranych danych odnotowano w województwie śląskim.** Wynosi ona 32 miesiące (ponad 2,5 roku). Kolejno najdłużej czeka się województwie mazowieckim — 30 miesięcy oraz w województwie kujawsko-pomorskim — 28 miesiąca. **Najdłuższy czas oczekiwania na poszpitalny pobyt w sanatorium Fundacja WHC odnotowała w tym przypadku w województwie małopolskim — 12 miesięcy oraz województwie świętokrzyskim — 10 miesięcy.** W pozostałych województwach czas oczekiwania jest w miarę podobny, wynosi średnio 6 miesięcy.
8. Z danych dotyczących etapowości leczenia wynika, że **we wrześniu 2016 roku** w przypadku **skumulowanego czasu oczekiwania na wizyty, diagnostykę i leczenie:**
    - **raka płuca** pacjent oczekuje średnio 7,2 tygodnia (1,8 miesiąca) z kartą DiLO oraz 32 tygodnie (8,04 miesiąca) bez karty DiLO,
    - **raka piersi** pacjent oczekuje średnio 12,4 tygodnia (3,1 miesiąca) z kartą DiLO oraz 56 tygodni (14 miesięcy) bez karty DiLO,
    - **raka prostaty** pacjent oczekuje średnio 9,6 tygodnia (2,4 miesiąca) z kartą DiLO oraz 40 tygodni (10 miesięcy) bez karty DiLO,
    - **przewlekłej białaczki szpikowej** pacjent oczekuje średnio 6 tygodni (1,5 miesiąca) z kartą DiLO oraz 26 tygodni (6,5 miesiąca) bez karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Spis rysunków

Rysunek 1. Ścieżka pacjenta onkologicznego leczącego się w ramach pakietu onkologicznego. 12
Rysunek 2. Schemat badania ograniczeń w dostępie do świadczeń onkologicznych w ramach OnkoBarometru WHC..... 14
Rysunek 3. Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 vs. wrzesień 2016, pacjenci BEZ karty DiLO. 17
Rysunek 4. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia zdrowotne w dużych, specjalistycznych centrach onkologicznych oraz w pozostałych placówkach (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO, wrzesień 2016 r. 18
Rysunek 5. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, wrzesień 2016 r..... 19
Rysunek 6. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty z zakresu dziedzin onkologicznych styczeń 2016 vs. maj 2016 vs. wrzesień 2016 (tygodnie), pacjenci bez karty DiLO. 20
Rysunek 7. Porównanie średniego czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, wrzesień 2016 (tygodnie)..... 21
Rysunek 8. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne wrzesień 2016 r. (tygodnie). 23
Rysunek 9. Porównanie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne maj 2016 r. vs. wrzesień 201 6 r. (tygodnie), bez karty DiLO..... 25
Rysunek 10. Średni czas oczekiwania na wykonanie zabiegu onkologicznego w maju 2016 r. oraz we wrześniu 2016 r. (tygodnie), bez karty DiLO..... 27
Rysunek 11. Czas oczekiwania (tygodnie) na rozpoczęcie leczenia, porównanie maj 2016 r. vs. wrzesień 2016 r., bez karty DiLO. 29
Rysunek 12. Czas oczekiwania na rehabilitację ambulatoryjną lub stacjonarną pacjentki z obrzękiem limfatycznym w Centrach Onkologii vs. inne placówki z kontraktem NFZ, dane z września 2016 r. 32
Rysunek 13. Czas oczekiwania pacjenta po usunięciu węzłów chłonnych na rehabilitację onkologiczną w sanatorium we wrześniu 2016 (miesiące). 36
Rysunek 14. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka płuca dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). 40

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, 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 vs. wrzesień 2016 (tygodnie). 41
Rysunek 16. Etapowość postępowania w raku płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO – średnie. 42
Rysunek 17. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka piersi dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie) 44
Rysunek 18. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia w raku piersi styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 vs. wrzesień 2016 (tygodnie)..... 45
Rysunek 19. Etapowość postępowania w raku piersi od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia w przypadku pacjentki bez karty DiLO – średnie (tygodnie)..... 46
Rysunek 20. Etapowość postępowania w raku stercza od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO – średnie (tygodnie). 49
Rysunek 21. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka stercza dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie)..... 50
Rysunek 22. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia w raku stercza maj 2015 vs. wrzesień 2015 r. vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 vs. wrzesień 2016 (tygodnie). 50
Rysunek 23. Etapowość postępowania w białaczce od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia, dla pacjenta bez karty DiLO (tygodnie). 52
Rysunek 24. Porównanie skumulowanego czasu etapowości przewlekłej białaczki szpikowej (tygodnie)..... 53

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Spis tabel

Tabela 1. Czas oczekiwania, koszty oraz osoby uprawnione do kierowania na standardową rehabilitację pacjentów onkologicznych w sanatorium w zależności od oddziału wojewódzkiego NFZ. 34
Tabela 2. Czas oczekiwania na poszpitalny pobyt w sanatorium pacjentów onkologicznych w zależności od oddziału wojewódzkiego NFZ. 35
Tabela 3. Etapowość postępowania u pacjenta z rakiem płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia. 41
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. 44
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. 48
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. 53

Załącznik

Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach onkologicznych w maju 2016 r. 59

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

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

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][14]		
			IX 2016	V 2016	Zmiana
Ogółem			**1,4**	**1,3**	=
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA			**1,9**	**1,8**	=
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	**1,2**	**1,5**	=
2.	**operacja raka odbytu**	mężczyzna; 65 lat; rak odbytnicy potwierdzony badaniem rektoskopowym i wynikami histopatologicznymi; posiada skierowanie od onkologa	**0,7**	**1,1**	=
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	**1,1**	**1,3**	=
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	**0,6**	**1,5**	↓
5.	**operacja oszczędzająca pierś**	kobieta; 34 lata; w badaniu USG wykryto guzek w prawej piersi o średnicy 2,3 cm; węzły chłonne niepowiększone; biopsja gruboigłowa z badaniem patomorfologicznym wykazała zmianę łagodną; skierowanie na leczenie chirurgiczne od onkologa	**1,4**	**1,3**	=
6.	**wizyta u chirurga dziecięcego**	dziecko; 16 lat; zmiana pod pachą między żebrami; podejrzenie włókniaka; skierowanie od pediatry	**0,5**	**0,1**	=

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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][14]		
			IX 2016	V 2016	Zmiana
Ogółem			**1,4**	**1,3**	=
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	**1,2**	**2,4**	↓
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	**2,1**	**2,8**	↓
9.	**usunięcie guzka tarczycy**	kobieta; 49 lat; na podstawie badania USG stwierdzono obecność guzka koloidowego; wyniki biopsji potwierdziły złośliwość zmiany; posiada skierowanie od endokrynologa	**1,6**	**1,1**	=
10.	**rekonstrukcja piersi - wstawienie implantu typu ekspander**	kobieta; 30 lat; po obustronnej mastektomii (chirurgicznym usunięciu piersi) z powodu nowotworu	**9,1**	**6,0**	↑
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	**1,5**	**1,8**	=
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	**1,5**	**0,7**	↑

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][14]		
			IX 2016	V 2016	Zmiana
Ogółem			**1,4**	**1,3**	=
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA			**1,1**	**1,3**	=
1.	**wizyta u ginekologa**	kobieta; 30 lat; zmiany III stopnia w badaniu cytologicznym (zmiany zapalne oraz pojedyncze komórki dysplastyczne)	**1,0**	**0,6**	=
2.	**tomografia komputerowa (TK) miednicy małej i brzucha**	kobieta; 52 lata; badanie USG potwierdziło występowanie guza jajnika; posiada skierowanie od ginekologa	**4,5**	**3,7**	↑
3.	**kolposkopia**	kobieta; 32 lata; wynik cytologii grupa III b (występują typowe komórki dysplastyczne); skierowanie od ginekologa	**0,7**	**2,1**	↓
4.	**operacja guza jajnika**	kobieta; w obrazie USG guz jajnika 4 x 2 cm; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia guza	**0,9**	**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	**1,4**	**1,2**	=
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	**1,1**	**1,8**	↓
7.	**chemioterapia pooperacyjna raka trzonu macicy**	kobieta; 48 lat; rak trzonu macicy; stopień zaawansowania FIGO III; przerzuty poza jamę brzuszną; przeprowadzono paliatywne wycięcie macicy z przydatkami; skierowanie od onkologa	**0,4**	**0,5**	=
8.	**zabieg usunięcia mięśniaków macicy**	kobieta; 56 lat; na podstawie badania histopatologicznego zdiagnozowano mięśniaki macicy; skierowanie od onkologa	**0,9**	**1,3**	=
9.	**cytologia**	kobieta; 28 lat; matka kobiety chorowała na raka szyjki macicy; badanie w ramach profilaktyki	**0,2**	**0,3**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][14]		
			IX 2016	V 2016	Zmiana
Ogółem			**1,4**	**1,3**	=
10.	**pobranie wycinków ze sromu w znieczuleniu miejscowym**	kobieta; 53 lata; niepokojące zmiany w obrębie sromu; podejrzenie zmian nowotworowych; skierowanie od lekarza rodzinnego	**1,0**	**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	**0,8**	**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	**0,6**	**1,1**	=
HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA			**1,8**	**1,2**	↑
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	**1,8**	**1,3**	=
2.	**USG węzłów szyjnych**	kobieta; 22 lata; ból przy poruszaniu głową; wybrzuszenie na szyi; palpacyjnie stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych; skierowanie od internisty	**0,9**	**1,1**	=
3.	**immunochemioterapia**	kobieta; 44 lata; stany podgorączkowe; nawracające zapalenia płuc; w biopsji zdiagnozowany chłoniak BALT (rzadko występujący rozrost limocytów typu B, wywodzący się z tkanki chłonnej oskrzeli); posiada skierowanie od onkologa	**0,7**	**1,5**	↓
5.	**badanie cytogenetyczne**	chłopiec; 15 lat; w morfologii podwyższona liczba limfocytów; podejrzenie ostrej białaczki limfoblastycznej; posiada od pediatry skierowanie na badanie	**0,6**	**1,6**	↓
4.	**trepanobiopsja szpiku kostnego**	kobieta; 27 lat; podejrzenie ziarnicy złośliwej; niejednoznaczny wynik biopsji aspiracyjnej szpiku; posiada skierowanie od hematoonkologa	**0,6**	**0,9**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][14]		
			IX 2016	V 2016	Zmiana
Ogółem			**1,4**	**1,3**	=
6.	**chemioterapia w leczeniu chłoniaka Hodgkina**	mężczyzna; 32 lata; stadium II chłoniaka Hodgkina; umiejscowiony powyżej przepony; brak objawów systemowych; korzystne rokowanie; skierowanie od onkologa	**0,6**	**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	**3,4**	**0,5**	↑
8.	**leczenie anagrelidem nadpłytkowości samoistnej w ramach programu lekowego**	mężczyzna; 27 lat; nadpłytkowość samoistna; niedostateczna reakcja na hydroksymocznik; liczba płytek krwi powyżej 1 500 G/l; pacjent zakwalifikowany przez hematologa do leczenia w ramach terapii nadpłytkowości samoistnej	**6,9**	**3,7**	↑
9.	**leczenie imatynibem przewlekłej białaczki szpikowej**	mężczyzna; 25 lat; przewlekła białaczka szpikowa; obecność chromosomu Filadelfia; skierowanie na leczenie imatynibem w związku z przedłużającym się oczekiwaniem na dawcę szpiku	**1,3**	**0,3**	↑
10.	**leczenie szpiczaka plazmatycznokomórkowego bortezomibem w ramach programu lekowego**	kobieta; 76 lat; szpiczak mnogi; z powodu oporności niezakwalifikowana do chemioterapii ; niewydolność nerkowa	**0,8**	**0,5**	=
ONKOLOGIA			**1,4**	**1,8**	=
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	**1,7**	**0,9**	↑
2.	**mastektomia całkowita**	kobieta; 32 lata; pacjentka przeszła zabieg chirurgiczny oszczędzający pierś; wznowa nowotworu; wskazanie do mastektomii całkowitej	**0,4**	**0,7**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][14]		
			IX 2016	V 2016	Zmiana
Ogółem			**1,4**	**1,3**	=
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	**1,4**	**1,3**	=
4.	**biopsja stercza**	mężczyzna; 67 lat; potwierdzony badaniem USG przerost gruczołu krokowego; podwyższony poziom PSA (antygen sterczowy); podejrzenie raka prostaty; zlecenie przez urologa wykonania biopsji stercza	**1,5**	**1,1**	=
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	**0,7**	**0,8**	=
6.	**biopsja guzków tarczycy**	kobieta; 43 lata; w badaniu USG stwierdzono liczne guzki tarczycy; skierowanie na wykonanie biopsji	**1,7**	**6,4**	↓
7.	**terapia paliatywna**	kobieta; 62 lata; rozpoznanie zaawansowanego raka trzustki (IV stopień); na podstawie wyników biopsji stwierdzono przerzuty do wątroby; skierowana na leczenie paliatywne	**0,3**	**0,4**	=
8.	**wizyta u dermatologa**	mężczyzna; 35 lat; na skórze liczne znamiona barwnikowe; ostatnio zauważył pojawienie się kolejnych licznych zmian barwnikowych oraz zmianę zabarwienia; zmiany w miejscu drażnienia; wizyta w celu oceny zmian barwnikowych	**1,4**	**2,2**	↓
9.	**USG piersi**	kobieta; 47 lat; od trzech lat leczona z powodu nowotworu piersi; po badaniu mammograficznym lekarz zlecił dodatkowo wykonanie badania USG piersi	**1,4**	**1,8**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][14]		
			IX 2016	V 2016	Zmiana
Ogółem			**1,4**	**1,3**	=
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	**2,6**	**2,5**	=
11.	**chemioterapia uzupełniająca**	mężczyzna; 45 lat; rak jelita grubego II stopnia; obecność cechy T4b (guz bezpośrednio nacieka inne narządy lub struktury anatomiczne); skierowanie od onkologia	**0,4**	**0,5**	=
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	**2,1**	**1,0**	↑
13.	**biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC)**	kobieta; 45 lat; w badaniu USG stwierdzone zmiany w lewej piersi; skierowanie od onkologa na dalszą diagnostykę	**2,8**	**2,0**	↑
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	**0,8**	**0,5**	=
15.	**rezonans magnetyczny (MRI) głowy**	kobieta; 54 lata; zaburzenia świadomości, węchu i smaku; napady padaczkowe; bóle głowy; skierowanie od neurologa	**3,6**	**7,4**	↓
16.	**pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa (PET)**	kobieta; 42 lata; rak wątroby; niedostateczna ocena lokalizacji ogniska pierwotnego na podstawie tomografii; skierowanie od onkologa	**0,9**	**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 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][14]		
			IX 2016	V 2016	Zmiana
Ogółem			**1,4**	**1,3**	=
RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA			**0,6**	**0,6**	=
1.	**radioterapia paliatywna**	mężczyzna; niedrobnokomórkowy rak płuca; przerzuty do mózgu; przypadek nieoperacyjny; pacjent po kwalifikacji do leczenia	**0,4**	**0,4**	=
2.	**brachyterapia HDR (metoda leczenia w radioterapii)**	kobieta; 49 lat; nowotwór piersi; wystąpiła wznowa po mastektomii całkowitej; posiada skierowanie z poradni onkologicznej	**0,6**	**0,6**	=
3.	**radioterapia pooperacyjna**	mężczyzna; 68 lat; po operacji raka odbytu; skierowanie od onkologa	**0,6**	**0,8**	=
4.	**radioterapia paliatywna raka płuca**	mężczyzna; 56 lat; ból; krwioplucie; duszność w wyniku zaawansowanego procesu nowotworowego; potwierdzony nowotwór płuca	**0,7**	**0,3**	=
5.	**radioterapia uzupełniająca w raku piersi**	kobieta; 50 lat; po amputacji piersi ze wskazaniami do pooperacyjnej radioterapii	**0,4**	**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	**0,6**	**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**	**0,6**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][14]		
			IX 2016	V 2016	Zmiana
Ogółem			**1,4**	**1,3**	=
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**	**0,7**	=
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**	**0,6**	=
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	**0,5**	**0,7**	=
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	**0,6**	**0,4**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, 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 wrzesień 2016 [w miesiącach]18					
	Centra Onkologiczne			Pozostałe placówki		
	IX 2016	V 2016	różnica maj vs wrzesień	IX 2016	V 2016	różnica maj vs wrzesień
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	1,6	2,0	-0,4	2,0	1,6	+0,4
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	1,2	1,3	-0,1	1,1	1,3	-0,2
HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA	1,9	1,6	+0,3	1,8	0,9	-0,1
ONKOLOGIA	1,3	2,0	-0,7	1,6	1,6	0
RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA	0,7	0,6	+0,1	0,5	0,5	0
OGÓŁEM	1,3	1,5	-0,2	1,4	1,2	+0,2

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*

Bibliografia

1. American Cancer Society, Leukemia — Chronic Myeloid (Myelogenous), http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003112-pdf.pdf [dostęp: 28.09.2016]

2. 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]

3. Krajowy Rejestr Nowotworów, *Nowotwory piersi u kobiet (C50)*, http://onkologia.org.pl/nowotwory-piersi-kobiet/ [dostęp: 22.09.2016]

4. Lurka K., *Warczyński: Sprawdzamy czy zadłużanie się ośrodków onkologicznych to wina wyceny czy placówek*, http://www.termedia.pl/mz/Warczynski-Sprawdzamy-czy-zadluzanie-sie-osrodkow-onkologicznych-to-wina-wyceny-czy-tych-placowek,23329.html [dostęp: 29.09.2016]

5. Słomska E., Wrona W., Niewada M., *Obraz raka płuc w Polsce. Leczenie farmakologiczne dziś i jutro*, http://www.infozdrowie.org/images/pdf/2016/28_04_2016/1_niewada.pdf [dostęp: 25.09.2016]

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

7. Woźniewski M., *Rehabilitacja w onkologii*, http://swiatlekarza.pl/rehabilitacja-w-onkologii/ [dostęp: 22.09.2016]

8. Zwierzchowska A., *Obrzęk limfatyczny po mastektomii*, https://portal.abczdrowie.pl/obrzek-limfatyczny-po-mastektomii [dostęp: 22.09.2016]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 8/3/10/2016”, www.korektorzdrowia.pl.*