Kraków, 5 czerwca 2017 r.

ONKOBAROMETR WHC

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

nr 10/2/06/2017

Stan na maj 2017

Spis treści:

Najważniejsze wyniki ... 3

Wstęp ... 8

1. Fundacja Watch Health Care ... 10
2. Pakiet onkologiczny ... 11
3. Metodyka ... 15
4. OnkoBarometr WHC - wyniki ... 17

4.1. Porównanie czasu oczekiwania w specjalistycznych centrach onkologicznych i pozostałych placówkach ... 19

4.2 Dostępność ... 21

4.2.1. Specjaliści ... 22

4.2.2. Diagnostyka ... 24

4.2.3. Zabiegi ... 29

4.2.4. Leczenie niezabiegowe ... 31

5. Programy profilaktyczne pomagające w wykrywaniu i zwalczaniu chorób nowotworowych ... 33
6. Etapowość postępowania ... 41

6.1 Etapowość postępowania w raku płuca ... 41

6.2 Etapowość postępowania w raku piersi ... 46

6.3 Etapowość postępowania w raku prostaty ... 50

6.4 Etapowość postępowania w przewlekłej białaczce szpikowej ... 54

Wnioski ... 57

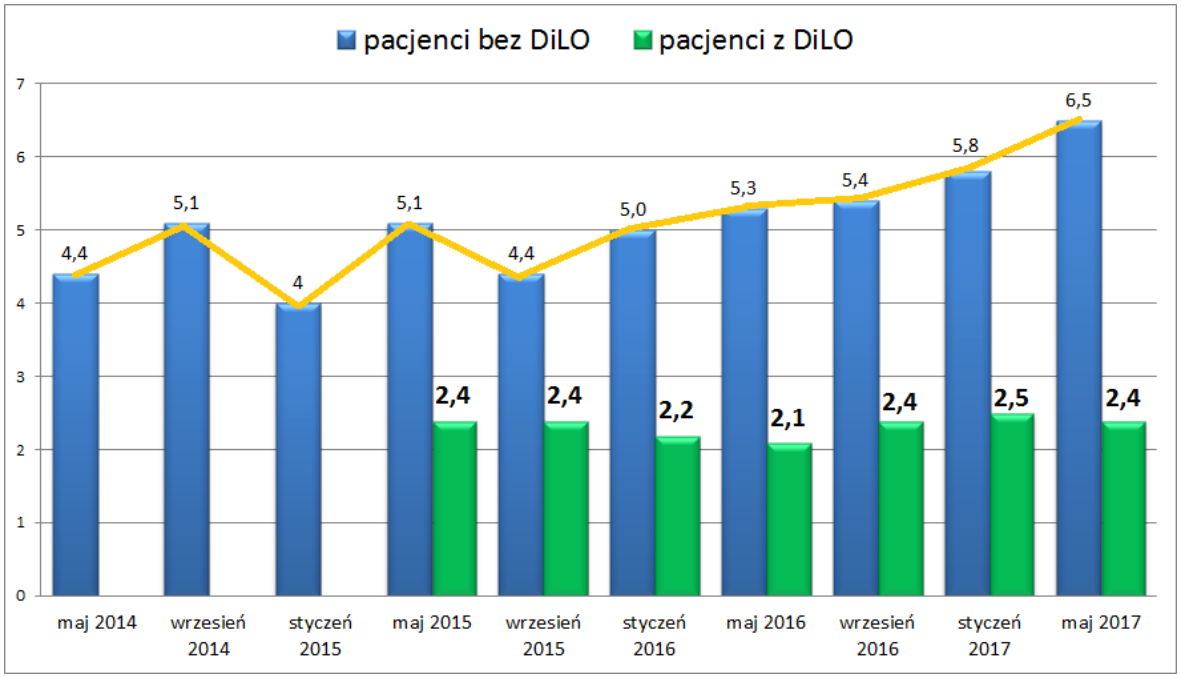
Spis rysunków ... 60

Spis tabel ... 62

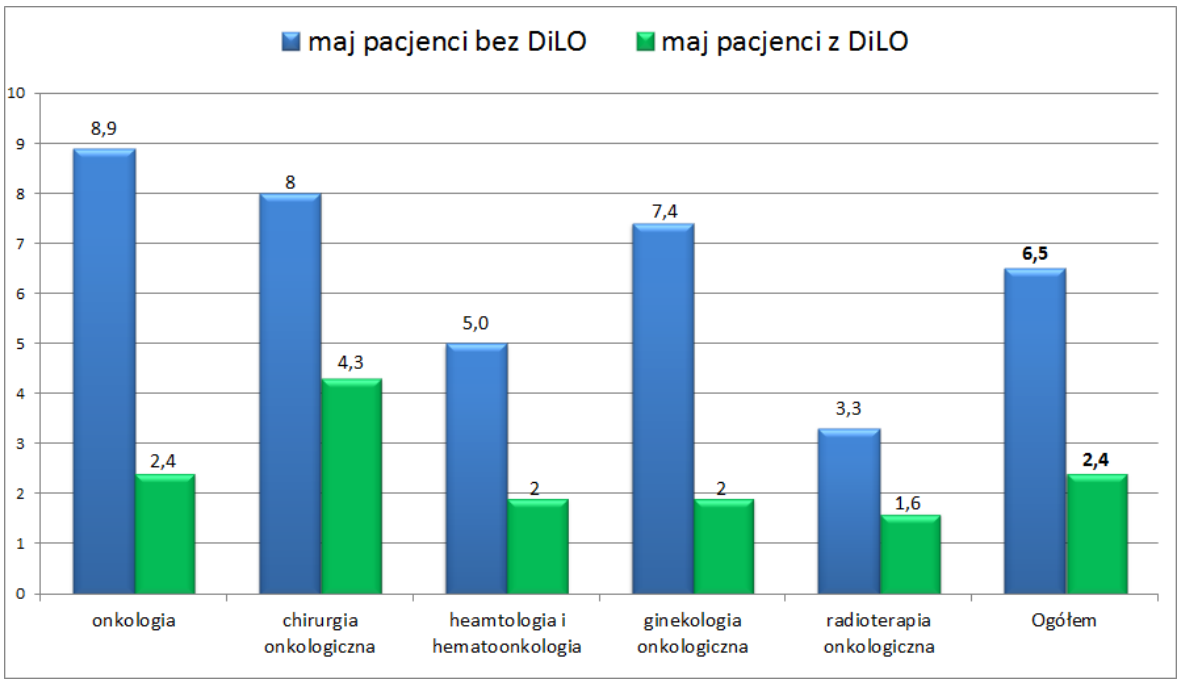
Załącznik ... 62

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

Najważniejsze wyniki

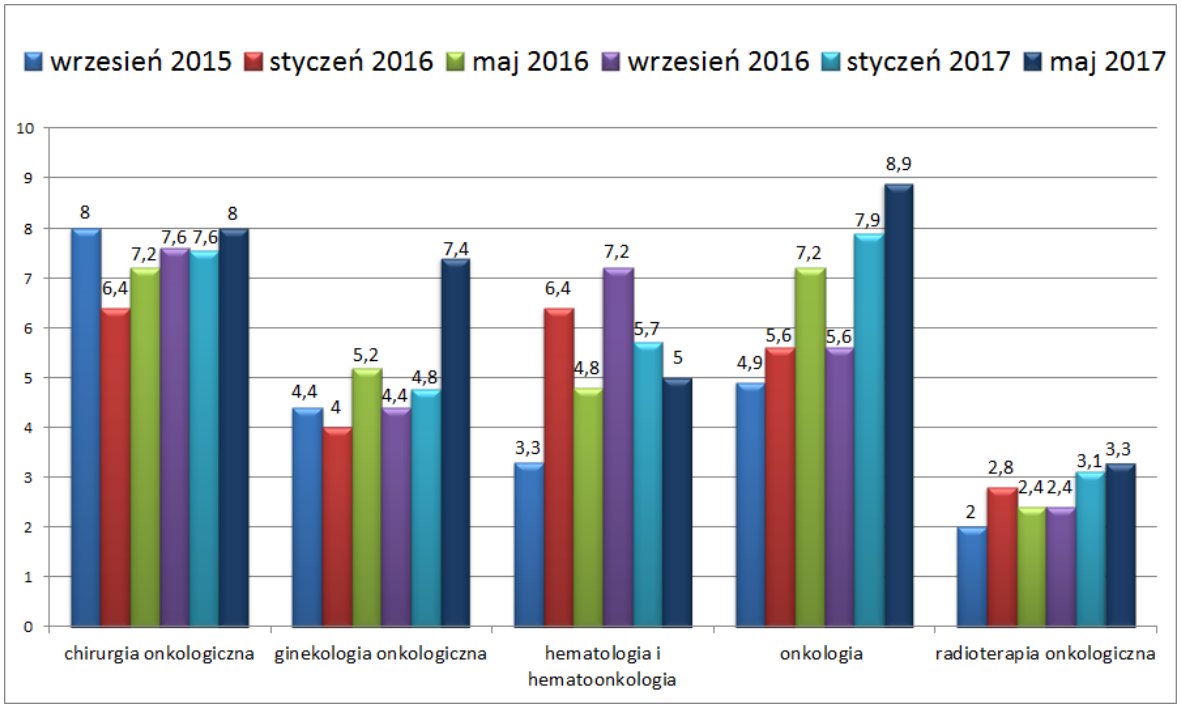


Zmiana średniego czasu oczekiwania na „gwarantowane" onkologiczne świadczenia zdrowotne w Polsce, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO (tygodnie).

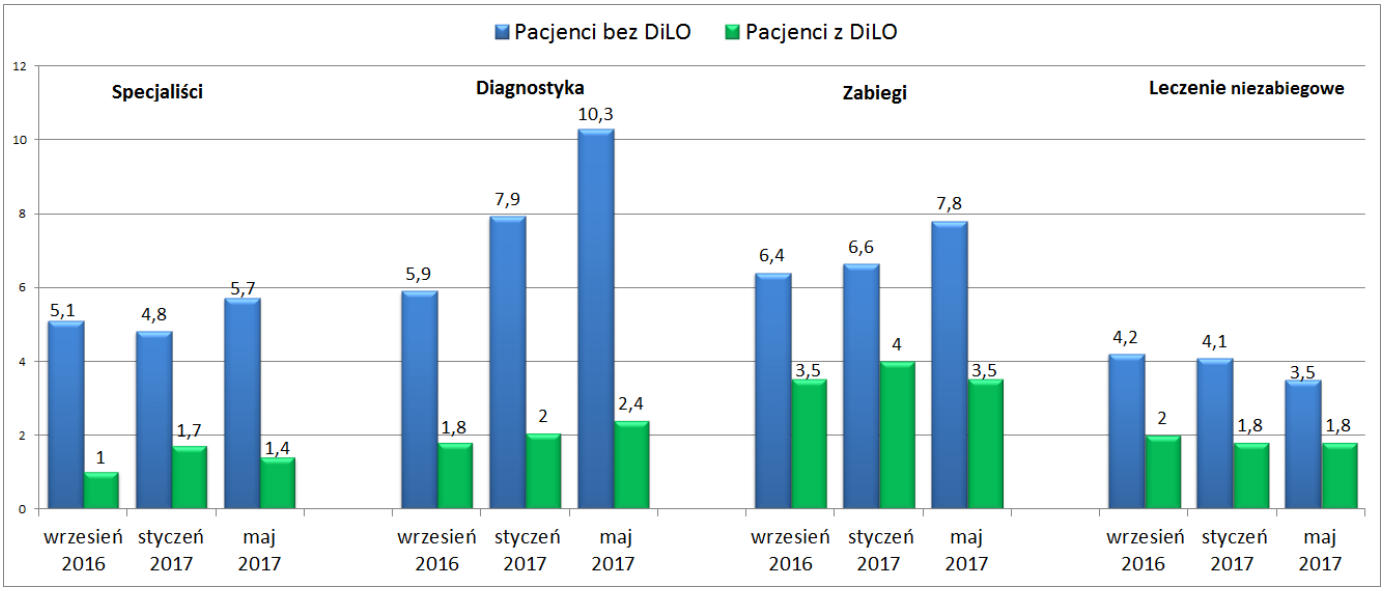


Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, maj 2017 (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

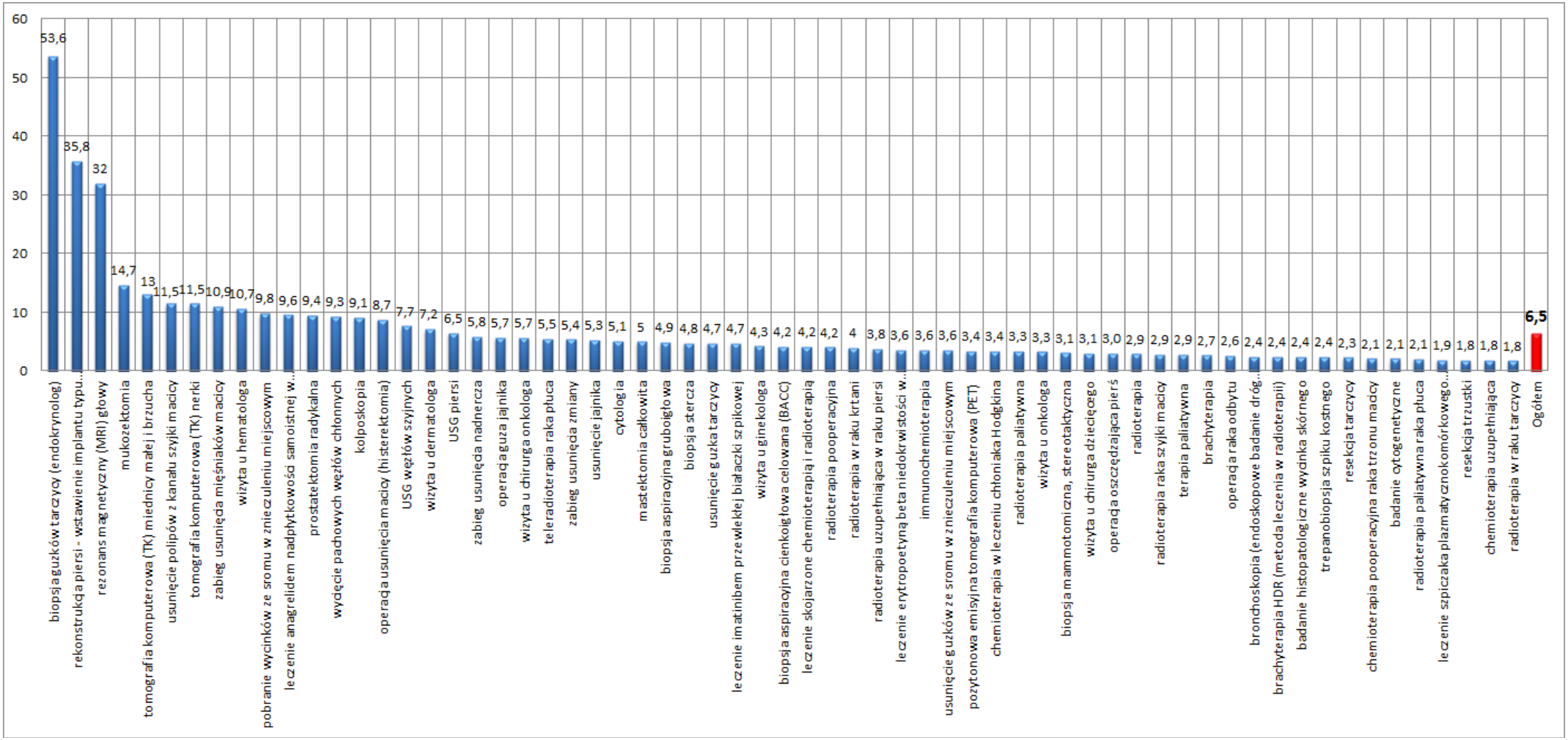


Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych, pacjenci BEZ karty DiLO, wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 vs. wrzesień 2016 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017 (tygodnie).



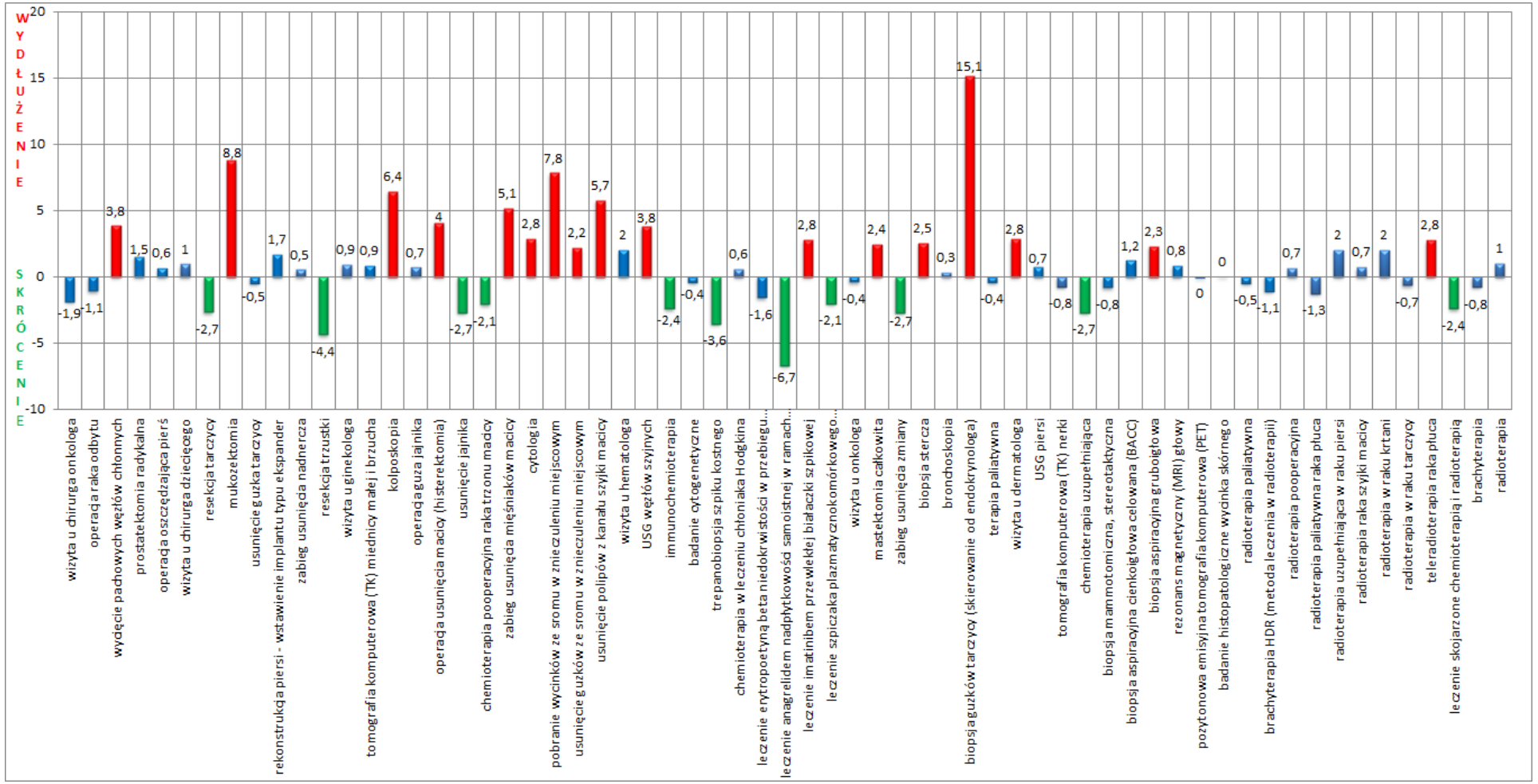
Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia w podziale na rodzaj świadczenia (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, wrzesień 2016 r. vs. styczeń 2017 r. vs. maj 2017 r.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*



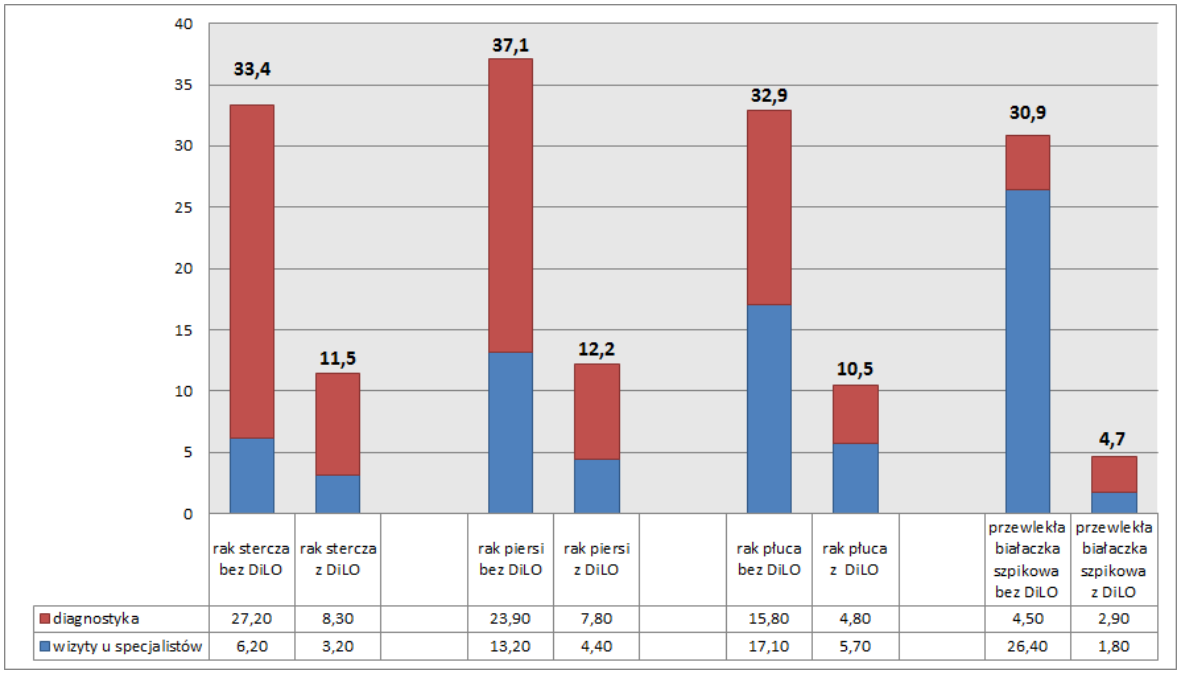
Średni czas oczekiwania na „gwarantowane" świadczenia onkologiczne w maju 2017 r. (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*



Zmiany w czasie oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (tygodnie), styczeń 2017 vs. maj 2017, 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 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*



Skumulowany czas oczekiwania (tygodnie) na diagnostykę onkologiczną wybranych jednostek chorobowych pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, maj 2017 r.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Wstęp

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

Niniejszy dokument przedstawia wyniki analizy danych zebranych **w maju 2017 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 zaczęli podejmować odpowiedzialne działania ukierunkowane na lepsze zarządzanie koszykiem świadczeń gwarantowanych. Wierzymy, że w niedalekiej przyszłości doprowadzi to do zniesienia ograniczeń i barier w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych oraz likwidacji elementarnych nieprawidłowości systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Kolejka jest technologią o udowodnionej szkodliwości i jako taka nie powinna w ogóle występować w zakresie podstawowych świadczeń zdrowotnych, wysoce opłacalnych (bardzo korzystny stosunek kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego) i najważniejszych dla społeczeństwa. Co więcej, kolejka

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

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 10/2/06/2017”, 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 10/2/06/2017", 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 Krajowego Rejestru Nowotworów, w Polsce żyje ok. 570 tys. osób z choroba nowotworową. Z roku na rok zapadalność na nowotwory wzrasta, rocznie diagnozuje się ok. 160 tys. przypadków. Według przewidywań Polskiego Towarzystwa Onkologicznego w ciągu najbliższych 10 lat liczba nowych zachorowań na nowotwory wzrośnie o ok. 25 proc. Z roku na rok obniża się również średni wiek zachorowania na nowotwory złośliwe. Umieralność z powodu raka wynosi rocznie ok. 95,5 tys. osób. **Najczęściej występujące nowotwory w Polsce to w przypadku mężczyzn rak płuca, prostaty, okrężnicy i pęcherza moczowego. Kobiety najczęściej chorują na nowotwory piersi, płuc, trzonu macicy, okrężnicy, jajnika i szyjki macicy.** [1]

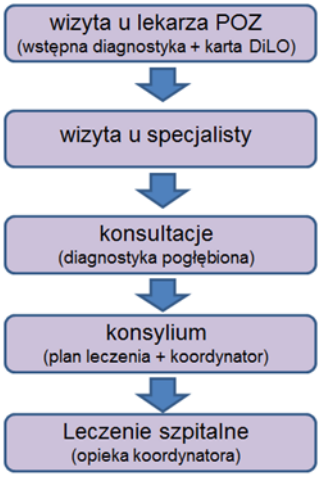
Z dniem 1 stycznia 2015 roku wszedł w życie tzw. **pakiet onkologiczny**, czyli zbiór aktów prawnych, które regulują szybką ścieżkę diagnostyczną i warunkują szybkie rozpoczęcie leczenia przeciwnowotworowego. Pakiet onkologiczny zakładał **całkowite zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie w onkologii**. Od 1 stycznia 2015 r. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz lekarz specjalista w poradni ambulatoryjnej (AOS) po stwierdzeniu nowotworu, jest uprawniony do wydania 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.

[1] http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Finansowanie-onkologii-rosnie-przepasc-pomiedzy-przychodami-i-kosztami,169854,1013,2.html, str.3, dostęp:[29.05.2017]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

Według oficjalnej strony Ministerstwa Zdrowia: http://pakietonkologiczny.gov.pl/, której celem jest monitorowanie wskaźników związanych z wydawaniem karty DiLO, na dzień 13.02.2017 r. wydano w Polsce 449 206 kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego oraz zwołano 252 915 konsyliów.[2]

W ramach tzw. szybkiej terapii onkologicznej pacjent powinien przejść 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.

W 2017 r. diagnostyka onkologiczna ma trwać maksymalnie 7 tygodni.[3]

Podstawą pakietu onkologicznego - tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej - jest zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie nowotworów złośliwych oraz obowiązek przestrzegania przez

[2] http://pakietonkologiczny.gov.pl/, dostęp:[29.05.2017]

[3] § 6a ust. 4 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2014 poz. 1442).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

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).

Od 1 lipca 2017 r. zaczną obowiązywać planowane od dawna zmiany w pakiecie onkologicznym. Podsumowanie najważniejszych modyfikacji zawiera tabela poniżej.

Tabela 1. Porównanie obecnych przepisów z planowanymi zmianami w pakiecie onkologicznym.

	Obecnie	Zmiany
Gromadzenie danych	Przekazywanie danych do NFZ przez: • aplikację obsługującą karty DiLO • aplikację obsługującą listy oczekujących • komunikaty elektroniczne xml.	Wyłącznie poprzez aplikację obsługują cą karty DiLO.
Zawartość karty DiLO	1. Dane dotyczące wykonanych badań diagnostycznych. 2. Podanie chorób współistniejących. 3. Wyjaśnienia na jakiej podstawie lekarz stwierdził nowotwór. 4. Dołączenie wyników diagnostyki wstępnej oraz stopnia zaawansowania nowotworu.	1. Rezygnacja z podawania danych dotyczących badań diagnostycznych. 2. Rezygnacja z podawania danych dotyczących chorób współistniejących. 3. Rezygnacja z wyjaśnień na jakiej podstawie lekarz stwierdził nowotwór. 4. Brak konieczności wpisywania oceny wyniku diagnostyki wstępnej oraz stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu.
Konsylium	Konsylia obowiązkowe dla wszystkich rodzajów nowotworów.	Zamiast konsylium obowiązywać będzie "Ustalenie planu leczenia" (spotkanie przestanie obowiązywać w przypadku nowotworu układu krwiotwórczego lub chłonnego u dzieci).
	Wypełnianie danych o wszystkich specjalistach biorących udział w konsylium oraz o opisie decyzji konsylium.	1. Rezygnacja z obowiązku udziału w spotkaniu lekarza specjalizacji: rentgenodiagnostyka, radiologia, radiodiagnostyka, radiologia i diagnostyka obrazowa. 2. Skrócenie wypełniania danych specjalistów do 3 specjalistów oraz

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

		usunięcie rubryki o opisie decyzji.
Uprawnieni do wystawienia karty DiLO z podejrzeniem nowotworu	Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ).	Dodatkowo lekarz Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) oraz lekarz zajmujący się programami zdrowotnymi.
Nowotwory włączone do karty DiLO	Nowotwory złośliwe (oprócz nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka skóry).	Dodano nowotwory miejscowo złośliwe (nadpłytkowość samoistna, gruczolak wielopostaciowy, brodawczak odwrócony).
Przestrzeganie wytycznych przez świadczeniodawców obsługujących kartę DiLO	Świadczeniodawcy mający podpisaną umowę na pakiet onkologiczny muszą przestrzegać standardów, wytycznych, zaleceń rekomendowanych przez polskie towarzystwa naukowe.	Świadczeniodawcy mający podpisaną umowę na pakiet onkologiczny będą musieli przestrzegać standardów, wytycznych, zaleceń rekomendowanych przez ogólnokrajowe towarzystwa naukowe ogłaszane odrębnie dla poszczególnych dziedzin przez ministra zdrowia po zasięgnięciu opinii AOTMiT.
Pomiar wskaźników efektywności	Indywidualne wskaźniki efektywności rozpoznawania dla lekarzy POZ.	1. Rezygnacja z indywidualnych mierników efektywności rozpoznawania dla lekarzy POZ. 2. Ogłaszanie przez Ministra Zdrowia mierników oceny prowadzenia diagnostyki i leczenia onkologicznego. Mierniki posłużą do obliczenia wskaźników efektywności. 3. Podmioty będą zobligowane do sporządzania corocznych raportów statystycznych, które będą przekazywane NFZ.

Źródło: „Modyfikacje pakietu onkologicznego: mniej biurokracji, więcej nowotworów.”, Puls Medycyny nr 7, 26.04.2017 r.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

1. Metodyka

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

W poszczególnych dziedzinach medycyny wskaźnikowe świadczenia zdrowotne zwykle obejmują:

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

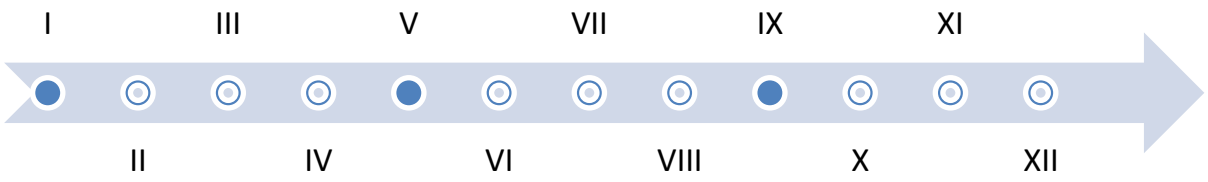
OnkoBarometr WHC prezentuje informacje dotyczące **ZMIAN** w zakresie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych w Polsce na trzech poziomach:

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

Informacje 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).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*



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 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 bieżącej edycji raportu zbadana została **dostępność do programów profilaktyki onkologicznej wskazanych w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024.** W ramach podjęcia przez WHC tematu problematyki onkologicznych badań przesiewowych omówione zostało w osobnym rozdziale 5 programów profilaktycznych.

Zasadniczym celem OnkoBarometru WHC jest monitorowanie ZMIAN czasu oczekiwania na świadczenia „gwarantowane" w Polsce. Sprawdzamy, czy dostęp w ujęciu generalnym poprawia się czy pogarsza, niezależnie od przyczyn tych zmian oraz niezależnie od takich czy innych działań

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

podjętych przez Ministerstwo Zdrowia lub płatnika. OnkoBarometr pozwala również śledzić zmiany czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia zdrowotne, co stanowi ważny czynnik oceny zarządzania opieką zdrowotną i świadczy o ogólnej kondycji systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Niniejszy raport przedstawia wyniki analizy przeprowadzonej w maju 2017 r., zarówno dla pacjentów posiadających kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, jak i w przypadku jej braku.

4. OnkoBarometr WHC - wyniki

Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii w Polsce (niezależnie od ich charakteru: diagnostyczne i lecznicze, bez uwzględnienia w tej ocenie kompleksowości i niezbędnej etapowości leczenia) wyniósł **w maju 2017 r. 6,5 tygodnia (1,6 mies.) dla pacjentów bez karty DiLO.** W porównaniu ze styczniem 2017 r. zaobserwowano **niewielkie wydłużenie (o niecały 1 tydzień) średniego czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w dziedzinach 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 sukcesywne wydłużanie się czasu oczekiwania dla pacjentów bez karty DiLO. **Założeniem pakietu onkologicznego było skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia onkologiczne.**

Natomiast wydłużony czas oczekiwania jest szczególnie dotkliwy podczas wstępnej diagnozy pacjenta. Chory z niepokojącymi objawami, bez karty DiLO musi oczekiwać niejednokrotnie dłużej na wizytę u specjalisty. Dodatkowo jeżeli karta DiLO nadal nie zostanie wydana, pacjent może oczekiwać również dłużej na badania diagnostyczne które mogą potwierdzić, bądź wykluczyć diagnozę. Zanim chory zostanie objęty pakietem onkologicznym traci więc wiele cennego czasu, który można byłoby wykorzystać na efektywne leczenie.

Analiza kolejek w poszczególnych dziedzinach onkologicznych (chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, hematologii i hematoonkologii, onkologii oraz radioterapii onkologicznej) pozwala

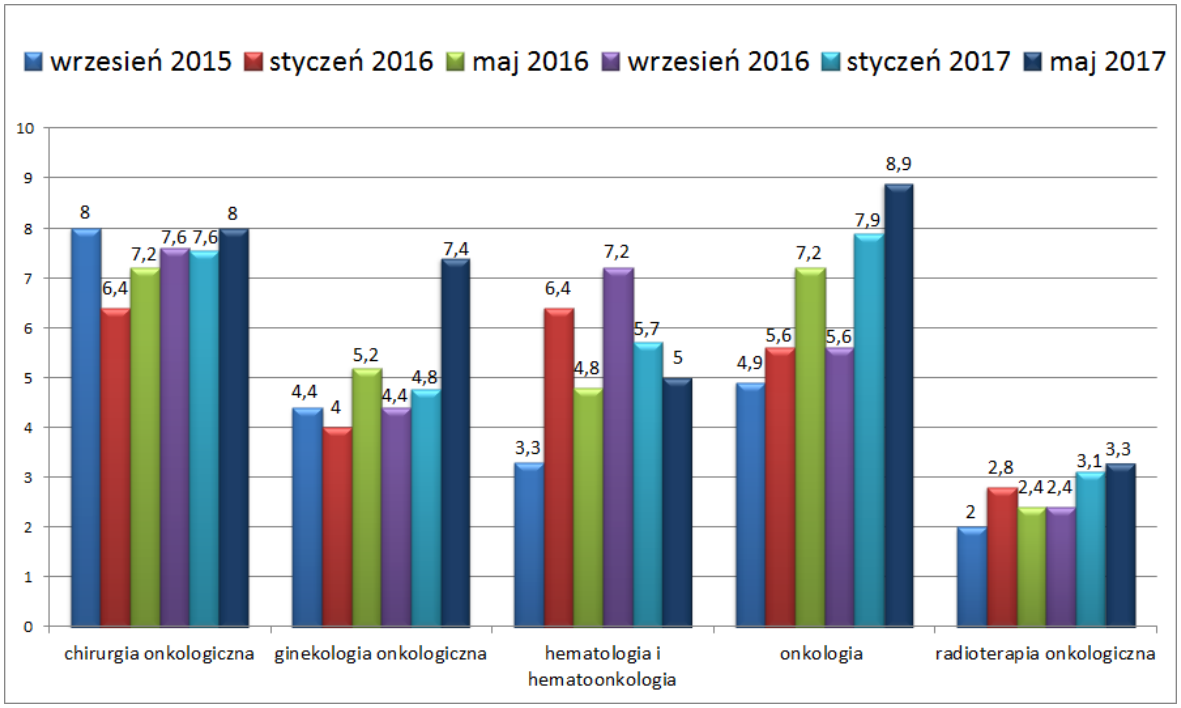
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

stwierdzić, że **nadal występują znaczne różnice w dostępności do świadczeń dla pacjentów nieposiadających karty DiLO, a pacjentami, którym taka karta została wydana**. Najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano w **onkologii sensu stricto (zawiera dużo świadczeń diagnostycznych),** gdzie średnio na uzyskanie świadczenia trzeba oczekiwać **ok. 8,9 tyg. (2,2 mies.),** czas ten uległ wydłużeniu. Następną pod względem długości kolejek dziedziną jest **chirurgia onkologiczna** (8 tyg. – 2 mies.). Kolejne dziedziny to **ginekologia onkologiczna** (średnio 7,4 tyg. – 1,9 mies.) oraz **hematologia i hematoonkologia** (średnio 5 tyg. – 1,2 mies.). Najkrócej oczekuje się na świadczenia z dziedziny **radioterapii onkologicznej** (3,3 tyg. – 0,8 mies.).

Niepokojącym zjawiskiem jest (w porównaniu z danymi ze stycznia 2017 r., opublikowanymi w lutym w OnkoBarometrze), wydłużenie średniego czasu oczekiwania w czterech z pięciu badanych przez Fundację WHC dziedzinach. Wzrost o ok. 2,6 tyg. zaobserwowano w dziedzinie ginekologii onkologicznej. Nieznacznemu wydłużeniu o 1 tydz. uległ czas oczekiwania na świadczenia w dziedzinie onkologii oraz o 2-3 dni w przypadku chirurgii onkologicznej i radioterapii onkologicznej. W hematologii i hematoonkologii natomiast, średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne skrócił się średnio o 4-5 dni.

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 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*



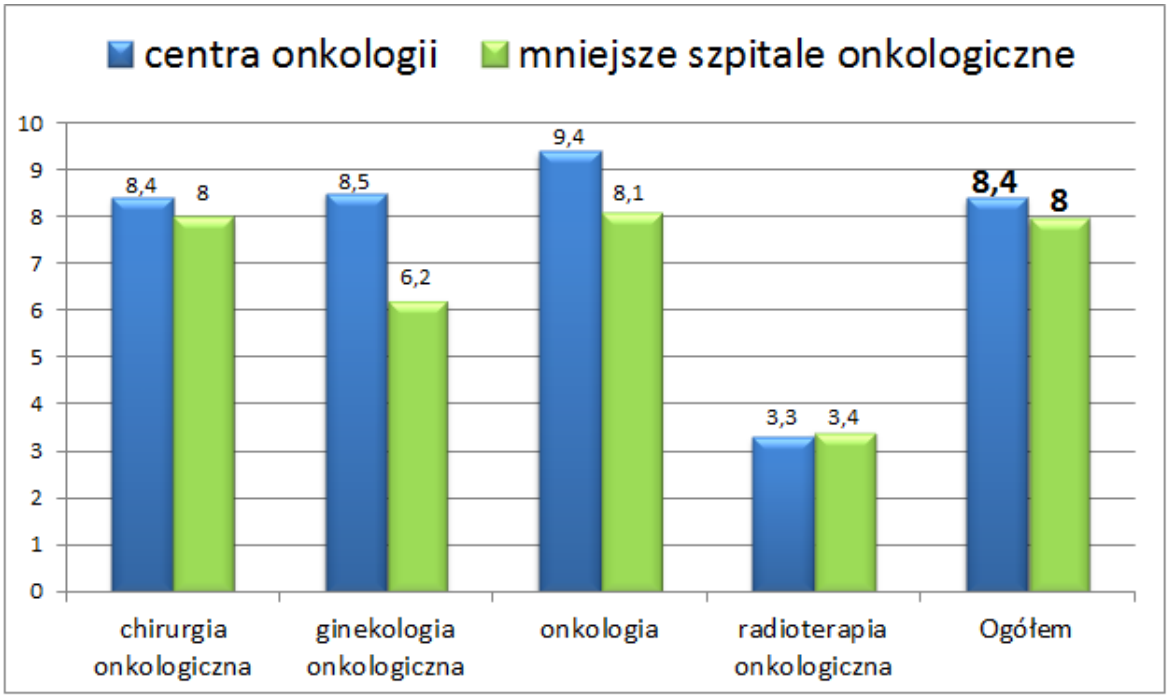
Rysunek 3. Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (tygodnie) w poszczególnych dziedzinach onkologicznych wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 vs. wrzesień 2016 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017, pacjenci BEZ karty DiLO.

Rys. 3 przedstawia rozkład czasów oczekiwania na świadczenia onkologiczne dla pacjentów bez karty DiLO (od września 2015 r. do maja 2017 r.). Pomimo wprowadzenia „zielonej karty" średnie czasy 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 onkologii. Fundacja WHC przedstawia analizę dotyczącą różnic w dostępie do świadczeń onkologicznych w tych dwóch grupach.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

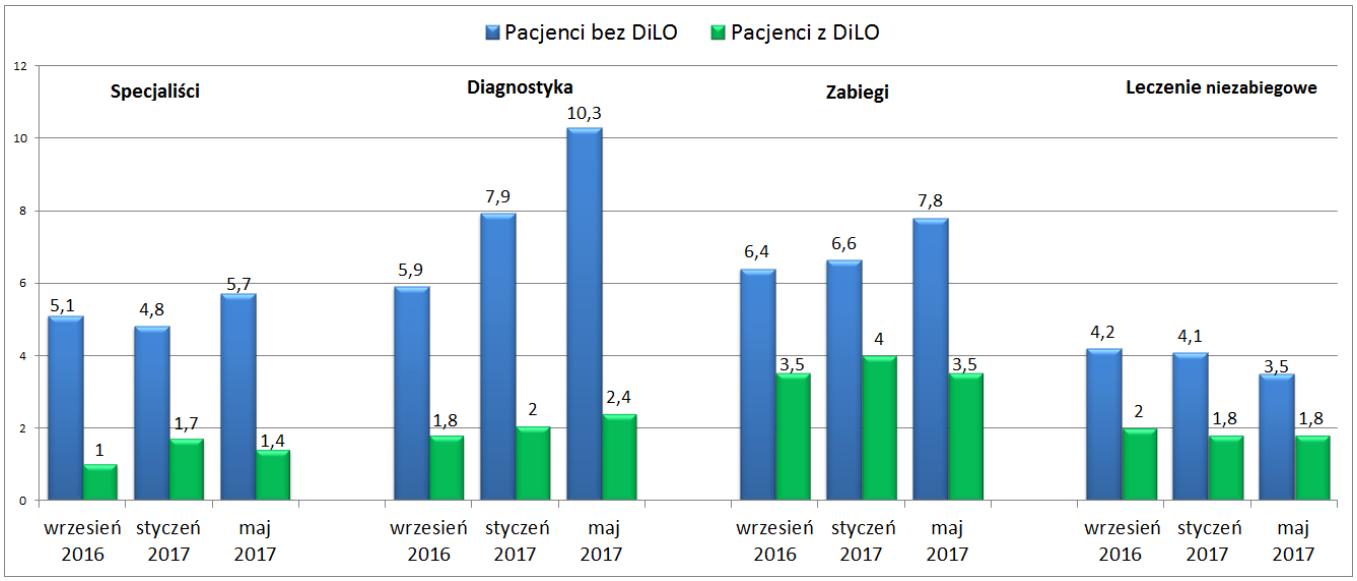


Rysunek 4. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia zdrowotne w dużych, specjalistycznych centrach onkologicznych oraz w pozostałych placówkach (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO, maj 2017 r.

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 dziedzin ginekologii onkologicznej oraz onkologii *sensu stricto* zaobserwowano różnice w czasie oczekiwania na korzyść mniejszych szpitali onkologicznych. Natomiast duże centra onkologii oferują często lepszą jakość 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, prowadzą często badania kliniczne, a innowacyjne terapie mogą przyczynić się do poprawy stanu chorego.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, 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. vs. styczeń 2017 r. vs. maj 2017 r.

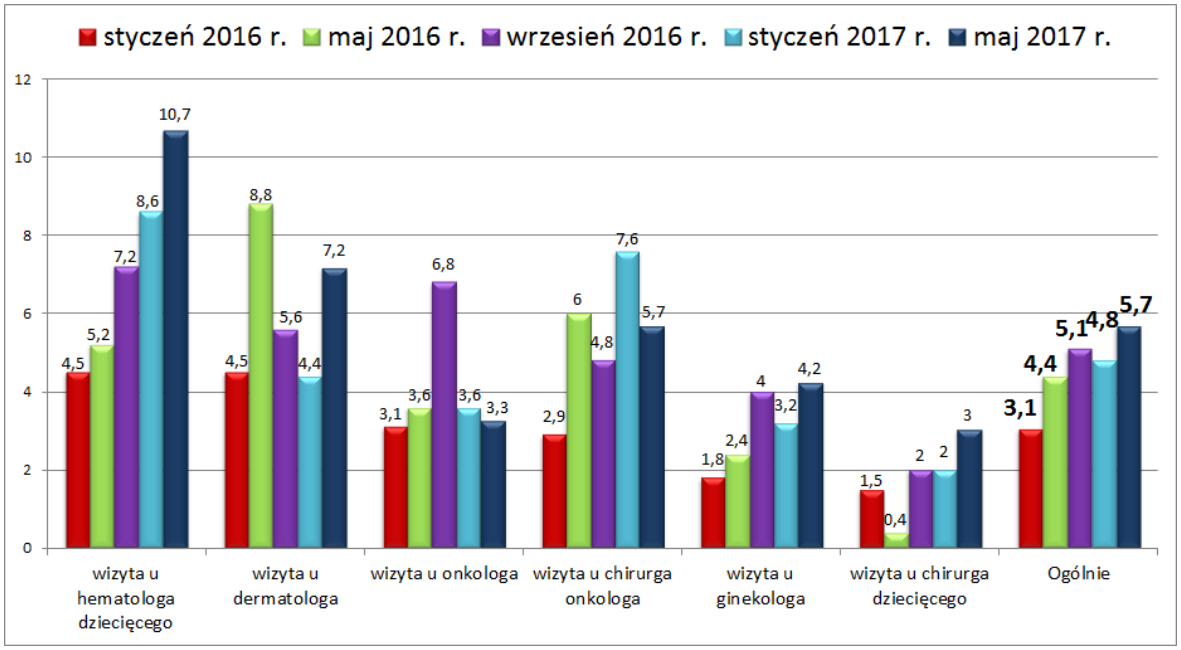
Powyższy wykres przedstawia czasy oczekiwania na poszczególnych etapach leczenia dla pacjentów posiadających kartę DiLO, jak i dla pacjentów nieposiadających karty DiLO (porównanie trzech ostatnio badanych okresów). Najdłuższy czas oczekiwania Fundacja WHC odnotowała w maju 2017 r. dla pacjentów bez karty DiLO, którzy czekali w kolejce na badanie diagnostyczne - średnio 10,3 tyg. (ok. 2,6 mies.), kolejno w przypadku oczekiwania na zabieg średnia kolejka wynosiła 7,8 tyg. (prawie 2 mies.). Największą różnicę w dostępie pomiędzy pacjentami posiadającymi „zieloną kartę" oraz chorymi bez karty DiLO Fundacja WHC zaobserwowała w dostępie do wizyt u specjalistów oraz diagnostyki.

W porównaniu do danych z września 2016 r. oraz stycznia 2017 r. sukcesywnie wzrasta czas oczekiwania na wizyty do specjalistów, na badania diagnostyczne oraz na zabiegi dla pacjentów nieposiadających „zielonej karty".

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

4.2.1. Specjaliści

Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w dziedzinach onkologicznych w maju 2017 r. wyniósł około 5,7 tyg., co oznacza wydłużenie czasu oczekiwania o niecały 1 tydzień w porównaniu do stycznia 2017 r. (4,8 tyg.). **Czas oczekiwania do specjalisty dla pacjentów bez karty DiLO wydłużył się.** Najdłużej trzeba oczekiwać na poradę u hematologa dziecięcego, gdzie średni czas oczekiwania dla małego pacjenta bez karty DiLO wynosi ok. 10,7 tyg. (2,7 mies.). Na wizytę u dermatologa pacjenci bez karty DiLO czekają średnio 7,2 tyg. (1,8 mies.). Długi czas oczekiwania zaobserwowano także w przypadku wizyty u chirurga onkologa – ok. 5,7 tyg. (1,4 mies.).



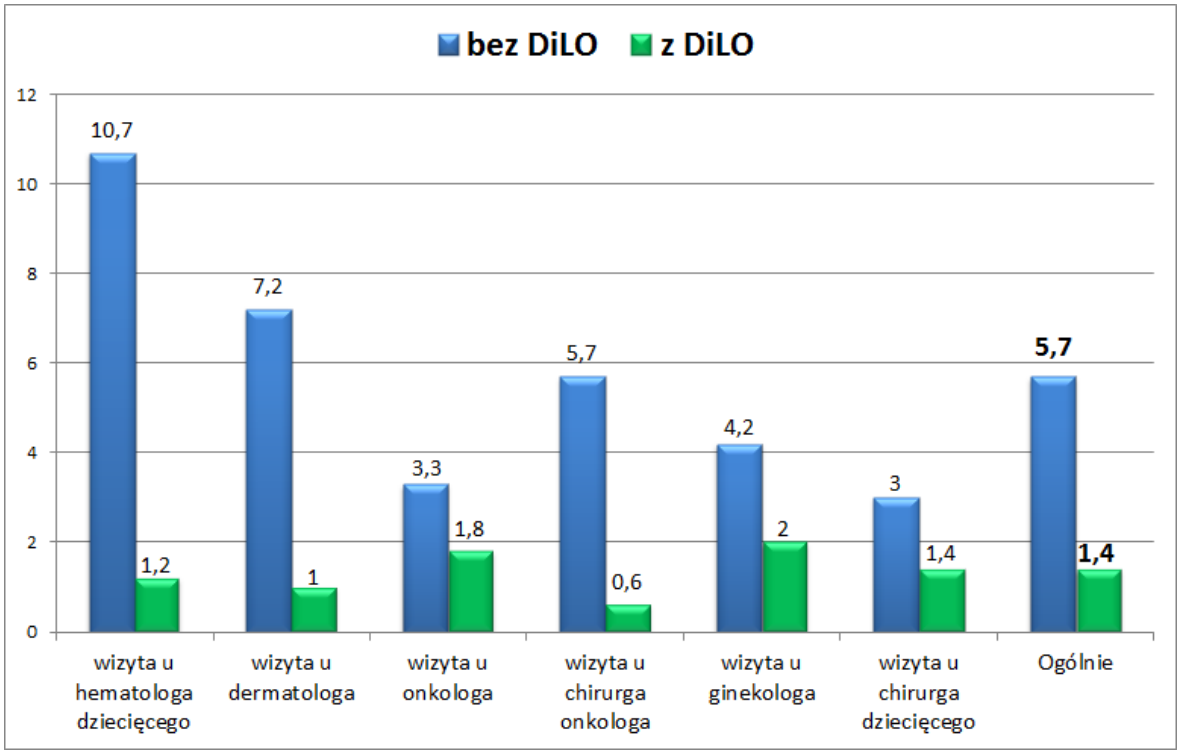
Rysunek 6. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty z zakresu dziedzin onkologicznych styczeń 2016 r. vs. maj 2016 r. vs. wrzesień 2016 r. vs. styczeń 2017 r. vs. maj 2017 r. (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO.

W maju 2017 r. najkrócej – (średnio 3 tygodnie) – mali pacjenci oczekiwali na wizytę u chirurga dziecięcego. Specjaliści, do których czas oczekiwania wydłużył się w porównaniu do poprzednich okresów, to: hematolog dziecięcy – 10,7 tyg. oraz dermatolog – 7,2 tyg.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Porównując średni czas oczekiwania pacjentów bez zielonej karty pomiędzy styczniem 2017 a majem bieżącego roku, dla poszczególnych specjalistów obserwujemy:

- w przypadku wizyty u hematologa dziecięcego **wydłużenie** kolejki o **2,1 tyg.**;
- w przypadku wizyty u dermatologa **wydłużenie** w czasie oczekiwania o **2,8 tyg.**;
- w przypadku wizyty u onkologa – nieznaczne **skrócenie o 0,3 tyg.**;
- w przypadku wizyty u chirurga onkologa – **skrócenie o 1,9 tyg.**;
- w przypadku wizyty u ginekologa – **wydłużenie o 1 tyg**.;
- w przypadku wizyty u chirurga dziecięcego **wydłużenie o 1 tydz.;**



Rysunek 7. Porównanie średniego czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, maj 2017 (tygodnie).

Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty dla pacjenta z kartą DiLO w przypadku wizyt u niektórych lekarzy danej specjalności jest znacznie krótszy. Różnica w dostępnie do specjalisty dla pacjentów pakietowych i pozapakietowych jest znaczna. **Często 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 oczekiwać w kolejce. W przypadku wizyt

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

u hematologa u osób dorosłych zaobserwowano znaczą różnicę w czasie oczekiwania - **26,4 tyg.** oczekują dorośli pacjenci **bez karty DiLO** oraz średnio **1,8 tyg.** oczekują pacjenci **posiadający kartę DiLO.**

4.2.2. Diagnostyka

W ramach projektu OnkoBarometr WHC Fundacja poddała analizie dostępność do 17 badań diagnostycznych. **Średni czas oczekiwania na badanie diagnostyczne dla wszystkich dziedzin onkologicznych wynosił w maju 2017 roku ok. 10,3 tyg. (2,6 mies.) — w przypadku pacjentów nieposiadających karty DiLO. Porównując dane zebrane w raporcie OnkoBarometr, stan na styczeń 2017 r., zaobserwowano wydłużenie czasu oczekiwania o 2,4 tyg. (0,6 mies.).**

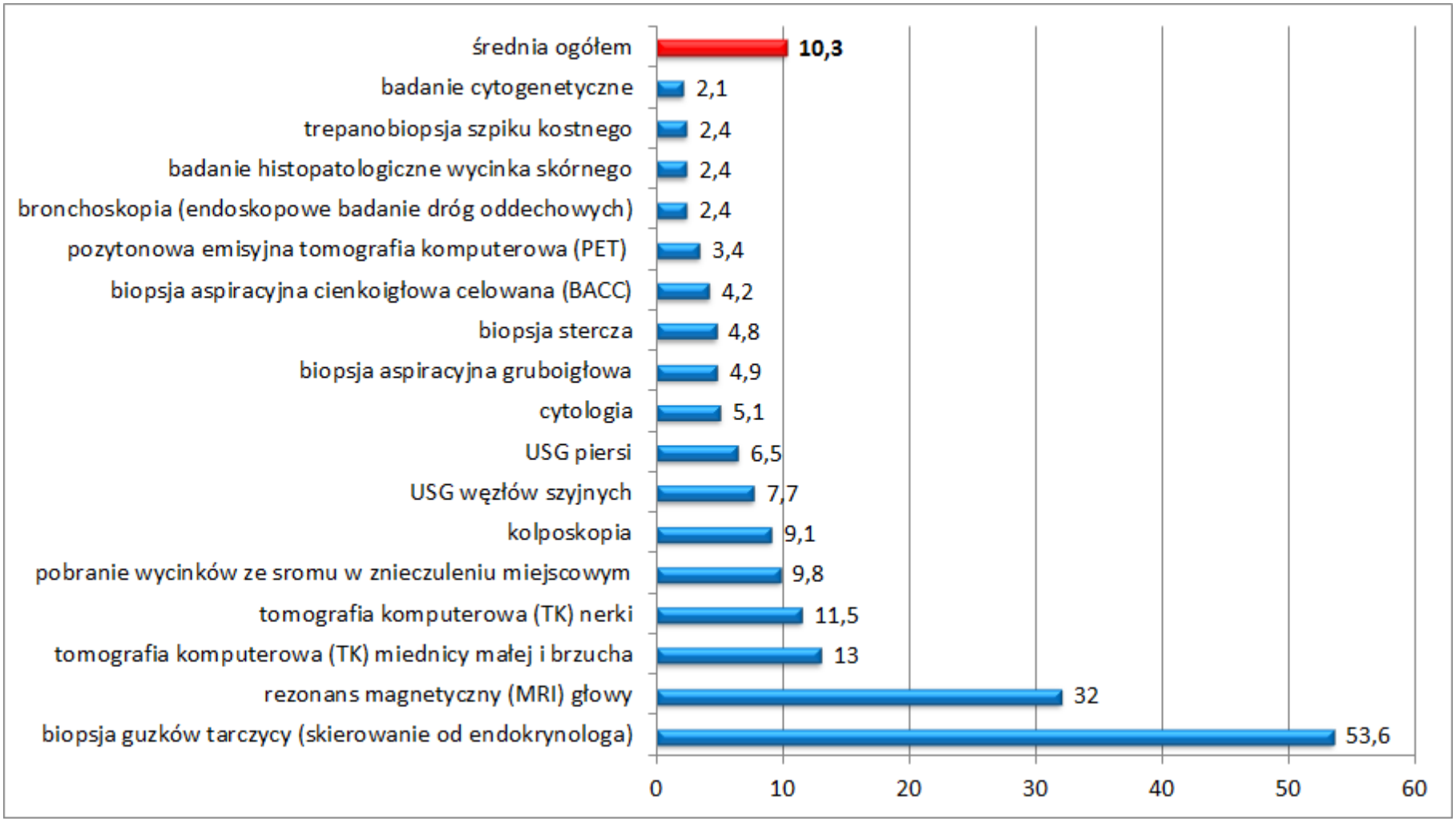
Dane zebrane w maju 2017 r. przez Fundację Watch Health Care wskazują, że na wykonanie biopsji guzków tarczycy, udając się wcześniej po skierowanie do specjalisty endokrynologa pacjentka, będzie musiała poczekać w kolejce średnio 53,6 tyg. (13,4 mies.). Tak długi czas oczekiwania związany jest z koniecznością odbycia przed tym badaniem wizyty u specjalisty endokrynologa bowiem w większości przypadków kwalifikacja do wykonania biopsji musi przejść przez przychodnię przyszpitalną. W przypadku skierowania na biopsję tarczycy od onkologa czas ten jest mniejszy i wynosi średnio 4,2 tygodnia. W tym przypadku też zachodzi konieczność wizyty przed badaniem u specjalisty, natomiast czasy oczekiwania do onkologa są krótsze. Długi czas oczekiwania dotyczy również rezonansu magnetycznego (MRI) głowy u 9- letniego dziecka, na który trzeba poczekać średnio 32 tyg. (8 mies.).

Na tomografię komputerową (TK) miednicy małej i brzucha oczekuje się średnio 13 tyg. (3,3 mies.), natomiast na tomografię komputerową (TK) nerki kolejka wynosi około 11,5 tyg. (2,9 mies.). Na pobranie wycinków w znieczuleniu miejscowym pacjent oczekuje średnio 9,8 tyg. (ok. 2,5 mies.), z kolei na kolposkopię czas oczekiwania wynosi średnio 9,1 tyg. (2,3 mies.). Pacjenci na USG węzłów szyjnych czekają w kolejce średnio 7,7 tyg. (1,9 mies.), natomiast na USG piersi około 6,5 tyg. (1,6 mies.). **Długi czas oczekiwania dotyczy także pacjentek próbujących wykonać cytologię, jeżeli nie mają one karty DiLO, bądź cytologia nie jest wykonywana w ramach badania przesiewowego. Średni czas oczekiwania na jej wykonanie wynosi aż 5,1 tyg. (1,3 mies.).** Czas oczekiwania na wykonanie biopsji aspiracyjnej gruboigłowej, biopsji stercza, czy biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej (BACC) oscyluje w granicach od 4,9 do 4,2 tyg. (około

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

1 miesiąc). Na pozytonową emisyjną tomografię komputerową (PET) pacjent oczekuje 3,4 tyg. (0,9 mies.). Czas oczekiwania poniżej 3 tygodni dotyczy następujących świadczeń: bronchoskopii, badania histopatologicznego wycinka skórnego, trepanobiopsji szpiku kostnego, oraz badania cytogenetycznego.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*



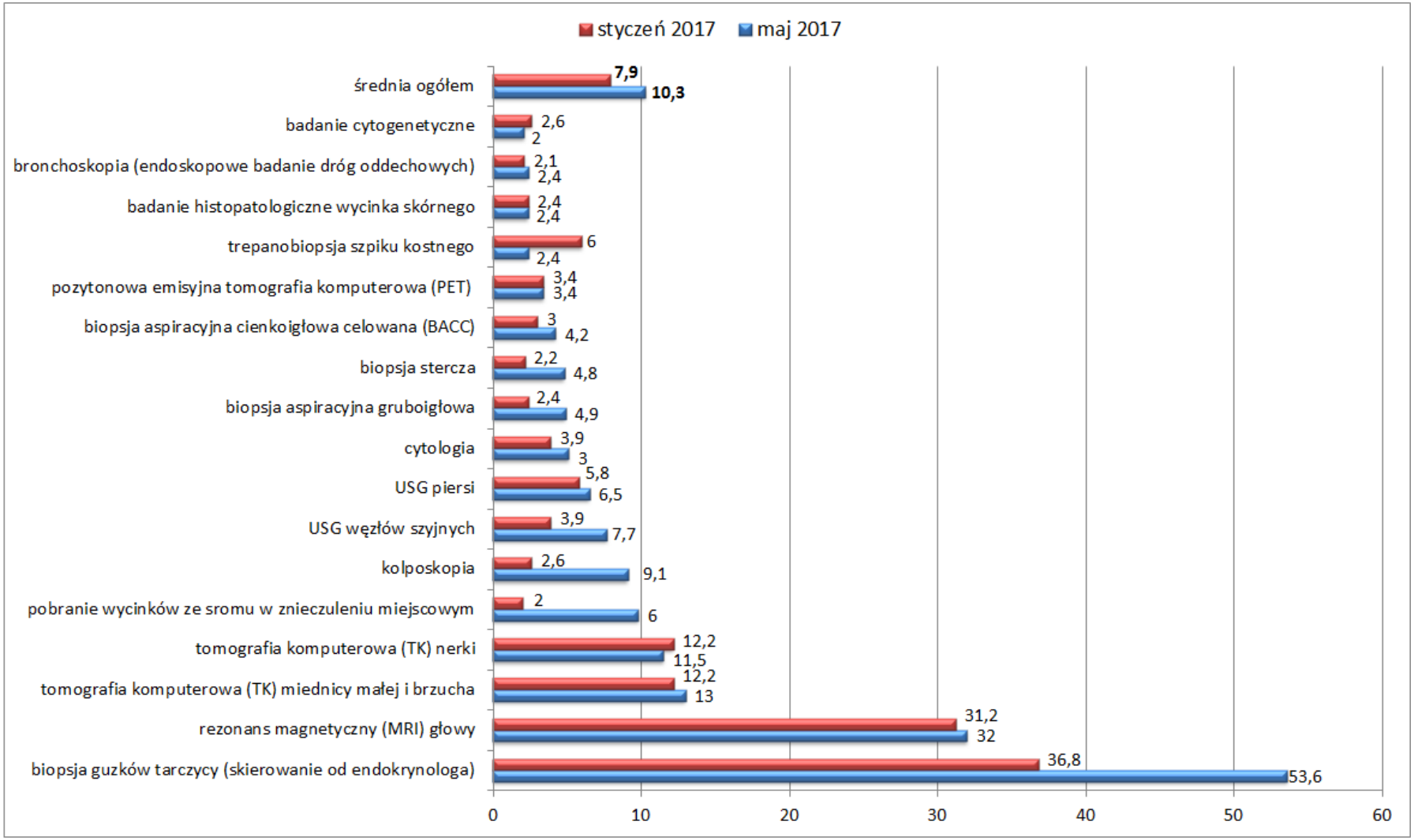
Rysunek 8. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne maj 2017 r. (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Analiza porównawcza wyników dla świadczeń diagnostycznych zweryfikowanych w styczniu 2017 r. oraz maju 2017 r. wskazuje na wydłużenie o 2,4 tyg. (0,6 mies.) czasu oczekiwania dla pacjentów chorych onkologicznie lub z podejrzeniem choroby onkologicznej - nieposiadających karty DiLO.

Wydłużenie czasu oczekiwania dla pacjentów bez karty DiLO nastąpiło w przypadku wykonania biopsji guzków tarczycy związanej z wcześniejszą wizytą u endokrynologa, wykonaniem kolposkopii oraz pobraniem wycinków ze sromu w znieczuleniu miejscowym. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zaobserwowano natomiast w przypadku wykonania trepanobiopsji szpiku kostnego.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 9. Porównanie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne styczeń 2017 r. vs. maj 2017 r. (tygodnie), BEZ karty DiLO.

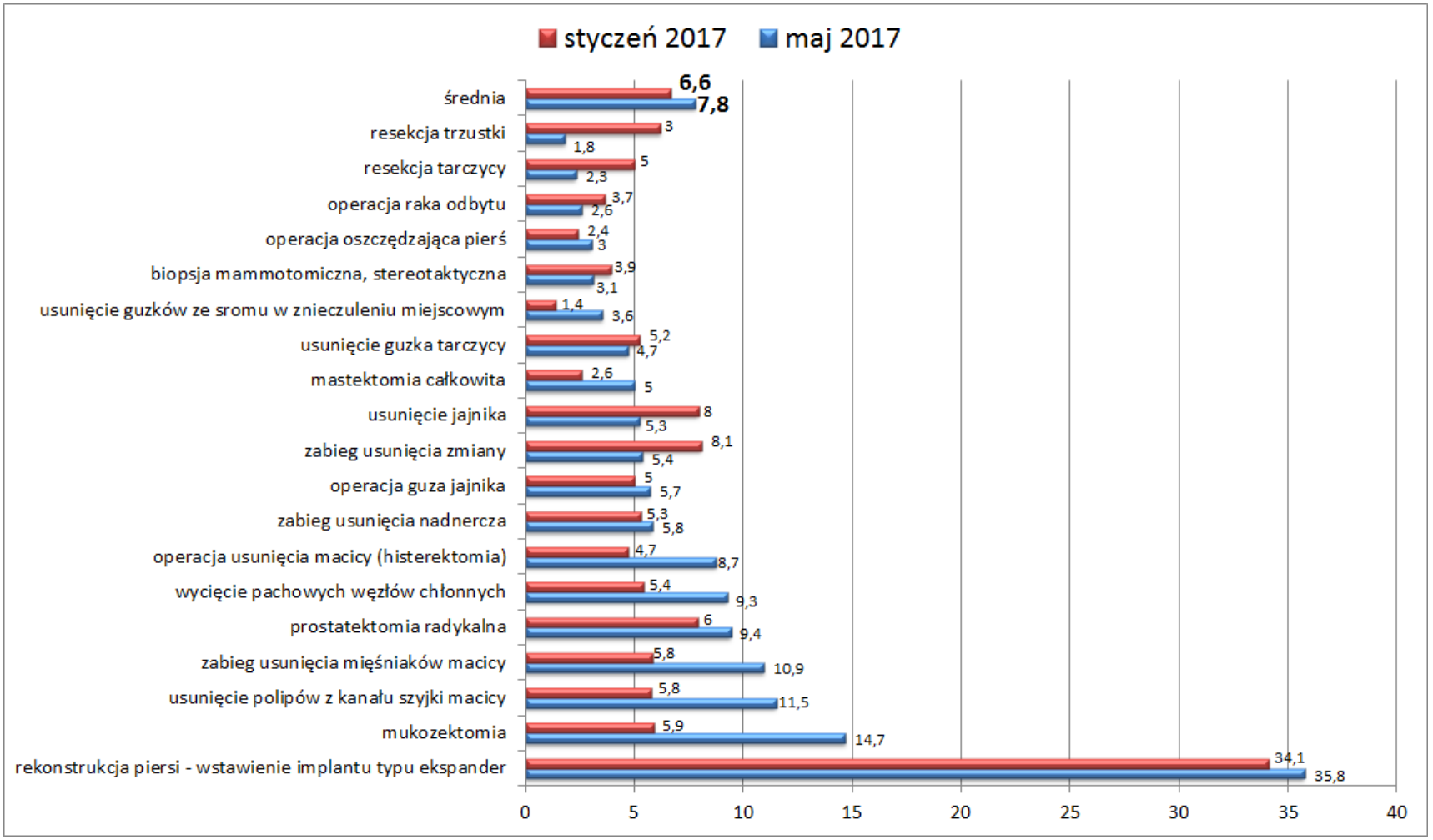
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

4.2.3. Zabiegi

W grupie świadczeń zdefiniowanych jako „zabiegi" objętych monitorowaniem jest 19 procedur medycznych. **W ujęciu generalnym na zabiegi onkologiczne w maju 2017 r. czas oczekiwania wyniósł 7,8 tyg. (prawie 2 mies.) dla pacjentów bez „zielonej karty".** Nastąpiło wydłużenie czasu oczekiwania na zabiegi w porównaniu do poprzednio badanego okresu - styczeń 2017 r. o 1,2 tyg. Najdłużej, bo średnio 35,8 tyg. (prawie 9 mies.) czeka się na rekonstrukcję piersi — wstawienie implantu typu ekspander. Czas oczekiwania na ten zabieg w porównaniu do stycznia 2017 r. uległ wydłużeniu o 1,7 tyg. Świadczeniami obarczonymi długim czasem oczekiwania są również: mukozektomia 14,7 tyg. (3,7 mies.), usunięcie polipów z kanału szyjki macicy 11,5 tyg. (2,9 mies.), zabieg usunięcia mięśniaków macicy 10,9 tyg. (2,7 mies.).

Świadczeniem na które wydłużył się czas oczekiwania o 8,8 tyg. w porównaniu z poprzednim badanym okresem (styczeń 2017 r.) jest mukozektomia. W przypadku usunięcia polipów z kanału szyjki macicy zaobserwowano wzrost czasu oczekiwania o 5,7 tyg., a w przypadku zabiegu usunięcia mięśniaków macicy o 5,1 tyg. Natomiast świadczeniem, na które czas oczekiwania skrócił się jest resekcja trzustki — aktualnie 1,8 tyg., Czas oczekiwania jest krótszy średnio o 4,4 tyg. Kolejka oczekujących uległa skróceniu o 2,7 tyg. w przypadku świadczeń takich jak usunięcie jajnika oraz zabieg usunięcia zmiany skórnej. Zestawienie średnich czasów oczekiwania na wykonanie zabiegów w dziedzinach onkologicznych dla pacjentów **bez karty DiLO** zostało zaprezentowane na rysunku 10.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 10. Średni czas oczekiwania na wykonanie zabiegu onkologicznego w styczniu 2017 r. oraz w maju 2017 r. (tygodnie), BEZ karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

4.2.4. Leczenie niezabiegowe

Dane zebrane przez Fundację wskazują, że **aby uzyskać dostęp do niezabiegowego leczenia onkologicznego w maju 2017 roku, chory bez karty DiLO musiał czekać średnio 3,5 tyg. (0,9 mies.).** Czas ten uległ nieznacznej poprawie o 0,6 tyg. w porównaniu do niezabiegowych świadczeń leczniczych zweryfikowanych w styczniowym OnkoBarometrze WHC.

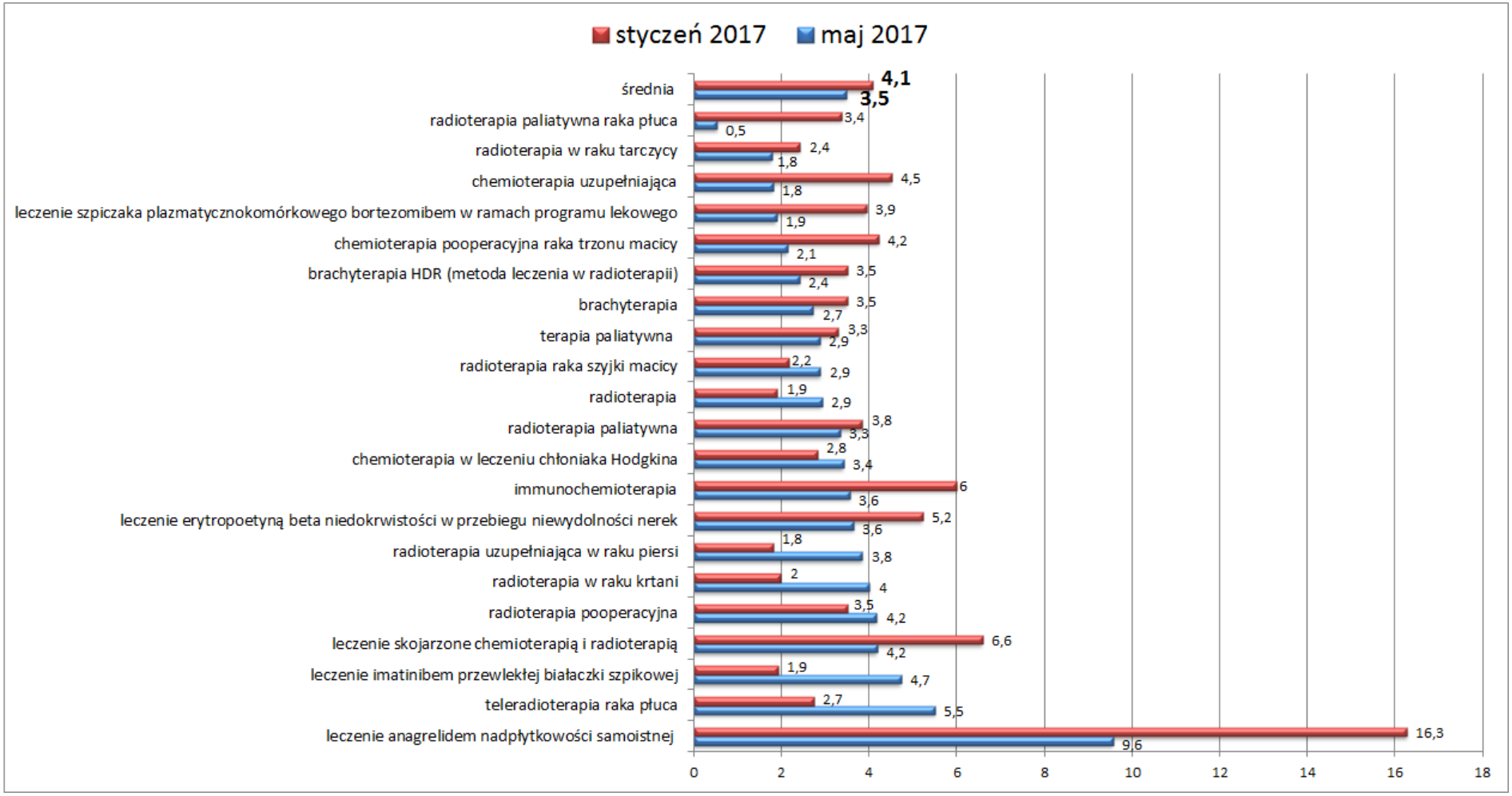
Świadczeniami, na które pacjent czeka najkrócej, są: radioterapia paliatywna raka płuca, radioterapia w przypadku raka tarczycy, chemioterapia uzupełniająca, leczenie szpiczaka plazmatycznokomórkowego bortezomibem w ramach programu lekowego. Średni czas oczekiwania na powyższe świadczenia w maju 2017 r. wyniósł poniżej 2 tygodni.

Najdłuższy czas oczekiwania, jaki odnotowano w bieżącym OnkoBarometrze wynosi 9,6 tyg. (2,4 mies.), w przypadku leczenia anagrelidem nadpłytkowości samoistnej, co w porównaniu ze styczniem 2017 r. jest wynikiem krótszym o 6,7 tyg. Wcześniejsza terapia lekiem dostępna była w programie lekowym. Obecnie anagrelid został włączony do leczenia chemioterapeutycznego i jest refundowany. Utrzymujący się wciąż długi czas oczekiwania może być związany z faktem, że kwalifikacja do programu lekowego musi odbywać się przez poradnię hematologiczną, gdzie terminy dla dorosłych osób są odległe.

Na świadczenia z dziedziny radioterapii, pacjenci oczekiwali w maju 2017 r. średnio od 3 do 2 tyg. Najdłużej oczekiwali pacjenci skierowani na teleradioterapię raka płuca — 5,5 tyg., leczenie skojarzone chemioterapią i radioterapią — 4,2 tyg. oraz na radioterapię pooperacyjną — 4,2 tyg. Zestawienie średnich czasów oczekiwania na leczenie niezabiegowe w dziedzinach onkologicznych zostało zaprezentowane na rysunku 11.

Fundacja WHC zaobserwowała zjawisko wydłużenia się czasu oczekiwania na leczenie niezabiegowe dla pacjentów bez karty DiLO w Centrach Onkologii. W Centrach normą staję się posiadanie „zielonej karty" przez pacjenta. Pacjent bez karty DiLO zapisywany jest do dłuższej kolejki, bądź odsyłany do poradni onkologicznej.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 11. Czas oczekiwania (tygodnie) na rozpoczęcie leczenia niezabiegowego, porównanie styczeń 2017 r. vs. maj 2017 r., BEZ karty DiLO.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

5. Programy profilaktyczne pomagające w wykrywaniu i zwalczaniu chorób nowotworowych[4]

Choroby nowotworowe, w tym złośliwe zajmują w Polsce drugie miejsce, po chorobach układu krążenia pod względem zapadalności. Ich wykrywalność oraz stosunkowo niższy w porównaniu do innych państw europejskich odsetek przeżyć, stanowi istotny problem zdrowotny. Dane zebrane przez Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN) ukazują, że co drugi przypadek zachorowania na nowotwór złośliwy wykrywany jest u osób po 65 roku życia. Z racji tego zjawiska rak uznawany jest za chorobę wieku podeszłego. Niestety prognozowane trendy starzejącego się społeczeństwa wykazują wzrost liczby zachorowań w całym kraju. Najczęstszymi rodzajami nowotworów na które zapadają Polacy są: nowotwory płuc, jelita grubego oraz narządów płciowych.

W związku z dostrzeżeniem dużego problemu z zachorowalnością na nowotwory złośliwe w Polsce, utworzono Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN) na lata 2016-2024. Jest to kontynuacja istniejącego wcześniej programu o tej samej nazwie na lata 2006-2015. Drugą edycję programu Ministerstwo Zdrowia uruchomiło z opóźnieniem czasowym. Dopiero 25 lipca 2016 r. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie zawarło z Ministrem Zdrowia umowę na realizację NPZChN. W tej edycji programu w przypadku programów dotyczących ginekologii onkologicznej zrezygnowano z aktywnego skriningu (wysyłka bezpłatnych zaproszeń), a skupiono się na pasywnym skriningu w ramach możliwości wykonania badań przesiewowych, np. cytologii.

Planowane nakłady finansowe na realizację celów NPZCH wynoszą nie więcej niż 250 tys. zł na poszczególne lata. Program profilaktyki przeciwnowotworowej realizowany jest przez podmioty wskazane przez Ministra Zdrowia, który jest wykonawcą programu. Środki finansowe na ten cel pochodzą z budżetu państwa. Głównymi celami opracowanego programu jest:

[4] Rozdział pisany na podstawie informacji zawartych w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024. Dane dotyczące dostępności zebrane zostały przez Fundację WHC.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

1. Rozwój profilaktyki pierwotnej wykrywania nowotworów, poprzez utrwalanie odpowiednich wzorców zdrowotnych, w tym w miarę możliwości wyeliminowanie czynników ryzyka zachorowania na nowotwory raka szyjki macicy, piersi, raka jelita grubego oraz raka płuc.
2. Rozwój profilaktyki wtórnej, poprzez wczesne wykrycie, a także leczenie nowotworów, jak również skupienie się na jakości diagnostyki oraz leczenia nowotworów.

W ramach realizacji celu problematyki badań przesiewowych przygotowane zostały następujące programy:

1. **<u>Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia raka jelita grubego.</u>**

W ramach funkcjonowania tego programu wykonywane jest bezpłatna, profilaktyczna kolonoskopia. Badanie to skierowane jest do osób w wieku 55-64 lata. Objęcie dedykowanym programem badań przesiewowych tej grupy osób nastawione jest na wykrycie zmian, które są potencjalne wyleczalne. Udział w badaniu mogą wziąć osoby, które otrzymały zaproszenie na przesiewową kolonoskopię oraz osoby, które takiego zaproszenia nie otrzymały, ale spełniają kryteria badania przesiewowego. W części ośrodków istnieje możliwość poddania się badaniu bez zaproszenia w przypadku spełnienia warunków oraz wypełnienia ankiety/formularza:

- Wszystkie osoby w przedziale wieku 50-65 lat z objawami takimi jak krwawienie z przewodu pokarmowego, biegunka, zaparcie bez znanej przyczyny, chudnięcie lub anemia bez przyczyny.
- Osoby w przedziale wieku 40-49 lat bez objawów raka jelita grubego, mające w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia z tym nowotworem.

Przeciwskazaniem do wykonania badania jest przebyty w przeciągu 3 miesięcy zawał serca, ostra niewydolność oddechowa bądź krążeniowa, czy ostra choroba zapalna jelit.

Dane zawierające liczbę wykonanych badań w poprzedniej edycji przedstawia tabela nr 2.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Tabela 2. Dane dotyczące programu profilaktyki raka jelita grubego, lata 2013-2015.

Program profilaktyki raka jelita grubego	2013	2014	2015
Liczba przebadanych osób	42 751	35 214	62 318
Najwyższa zgłaszalność na badania (województwa)	mazowieckie, małopolskie, dolnośląskie	małopolskie, mazowieckie, dolnośląskie	mazowieckie, lubelskie, wielkopolskie

Źródło: http://pbp.org.pl/statystyki/

Z powyższych danych wynika, że z każdym rokiem zwiększa się liczba przebadanych osób w programie profilaktyki raka jelita grubego. Mimo tego zachorowalność na ten rodzaj nowotworu ulega zwiększeniu. Najwyższa zgłaszalność na badania dotyczyła (w przeciągu 3 lat) województw mazowieckiego, małopolskiego, dolnośląskiego, wielkopolskiego oraz lubelskiego. Pojawiły się również problemy z zapewnieniem równego dostępu w poszczególnych regionach kraju. Jednak liczba ośrodków zwiększa się z każdym rokiem. Obecnie udział w programie bierze:

- Dolnośląskie – 11 ośrodków,
- Kujawsko-pomorskie – 2 ośrodki,
- Lubelskie – 9 ośrodków,
- Lubuskie – 1 ośrodek,
- Łódzkie – 8 ośrodków,
- Małopolskie - 10 ośrodków,
- Mazowieckie – 7 ośrodków,
- Opolskie – 1 ośrodek,
- Podkarpackie – 10 ośrodków,
- Podlaskie – 2 ośrodki,
- Pomorskie – 10 ośrodków,
- Śląskie – 9 ośrodków,
- Świętokrzyskie – 3 ośrodki,
- Warmińsko-mazurskie – 3 ośrodki,
- Wielkopolskie – 4 ośrodki,
- Zachodniopomorskie – 2 ośrodki.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Świadczenia w 2017 r. realizują 92 placówki w Polsce, początkowo w ramach funkcjonowania programu zakładano 130 ośrodków. Bieżąca edycja badania to lata 2016-2018. Z uzyskanych przez Fundację WHC danych dotyczących czasu oczekiwania wynika, że pacjenci oczekują na kolonoskopię w ramach programu średnio 2,5 tygodnia, natomiast na wynik jeżeli pobierany był wycinek do badania histopatologicznego pacjenci czekają około 2-3 tyg. Do potencjalnych zainteresowanych wysyłane jest w tym przypadku zaproszenie. Jeżeli jednak pacjent nie otrzyma takiego zaproszenia, a spełnia kryteria określone w NPZChN to może wypełnić ankietę kwalifikującą go do badania przesiewowego. W zależności od ośrodka i wielkości przyznanego kontraktu istnieje, bądź nie limit przyjęć pacjentów.

2. **Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe.**

Program ten skierowany jest do osób oraz ich rodzin, które mogą być w wysokiej grupie ryzyka zachorowania na nowotwór. Celem programu jest zapewnienie im ciągłej opieki lekarskiej, aby odpowiednio wcześnie wykryć nowotwór, a także w niektórych przypadkach zapobiec jego rozwojowi. W ramach funkcjonowania poszczególnych modułów programu przewidziane jest sfinansowanie kosztów identyfikacji osób zdrowych u których występuje zwiększone prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór w ciągu życia. Wykonanie u nich badań nosicielstwa mutacji genu oraz objęcie osób z wysokiej grupy ryzyka programem corocznych badań są zadaniami programu.

Obecnie obowiązujące moduły w ramach programu:

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Moduł I: Wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika na lata 2016-2017. Do realizacji programu zobowiązano **30 ośrodków** z całej Polski.[5]

Moduł II: Wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy na lata 2016-2017. Do realizacji zadań programu wyznaczono **18 placówek** z całej Polski.[6]

Moduł III: Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach z rzadkimi zespołami dziedzicznej predyspozycji do nowotworów – siatkówczak, choroba von Hippel – Lindau (VHL), zespół Peutz Jeghersa, zespół polipowatości recesywnej, zespół „polipowatości młodzieńczej" na lata 2016-2017. Program mają za zadanie realizować **4 ośrodki** z całej Polski.[7]

[5]http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/konkursy/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych/konkurs-na-wybor-realizatorow-zadania-pn-program-opieki-nad-rodzinami-wysokiego-dziedzicznie-uwarunkowanego-ryzyka-zachorowania-na-nowotwory-zlosliwe-modul-i/

[6]http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/konkursy/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych/konkurs-ofert-na-wybor-realizatorow-zadania-program-opieki-nad-rodzinami-wysokiego-dziedzicznie-uwarunkowanego-ryzyka-zachorowania-na-nowotwory-zlosliwe-modul-ii/

[7]http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/konkursy/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych/konkurs-ofert-na-wybor-realizatorow-zadania-program-opieki-nad-

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

W przypadku tego programu Fundacja WHC napotkała trudności z uzyskaniem informacji o dostępie do badania. Osoby z ośrodków, które koordynują ten program w niektórych przypadkach same nie miały wiedzy, że uczestniczą w programie. W związku z tym nie potrafiły udzielić pacjentowi informacji na temat zasad jego funkcjonowania.

Mimo odnotowanych przez Fundację WHC stosunkowo krótkich czasów oczekiwania liczba ośrodków w Polsce zajmująca się programami jest niewystarczająca, pacjent ma problemy z uzyskaniem informacji gdzie możne wykonać tego rodzaju badania przesiewowe i potrzeba jego bardzo dużej determinacji, aby uzyskać informacje o dostępności.

3. Badania w kierunku wykrycia raka płuca.

Badanie to ma charakter interwencyjny. Jest ono skierowane do powiatów o najniższym wskaźniku operacyjności raka płuca w Polsce. Badaniem przesiewowym jest wykonanie tomografii komputerowej klatki piersiowej.

Dotyczy ono osób w wieku 50-70 lat, którzy palili papierosy, bądź inne wyroby tytoniowe przez minimum 20 paczkolat[8], lub byli narażeni na ekspozycję czynników rakotwórczych (azbest, radon, uran, arszenik, beryl, produkty przemiany węgla kamiennego). Badanie przesiewowe obejmuje także osoby bez kryterium wiekowego ze wskaźnikiem odsetkowym FEV1[9] < 70% wartości należnych. Koordynowaniem badań przesiewowych w kierunku wykrycia raka płuca zajmuje się Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. **Jednak na rok 2017 nie odbył się jeszcze konkurs w ramach którego wyłaniane są placówki przeprowadzające badania.** Najczęściej program realizowany jest w ostatnim kwartale roku. Aby przystąpić do badania pacjenci muszą posiadać specjalne skierowanie podpisane przez lekarza rodzinnego.

rodzinami-wysokiego-dziedzicznie-uwarunkowanego-ryzyka-zachorowania-na-nowotwory-zlosliwe-modul-iii/

[8] Paczkolata oblicza się mnożąc liczbę wypalanych paczek papierosów na dobę przez lata nałogu.

[9] Wskaźnik odsetkowy uszkodzenia płuc.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

W związku z brakiem wyłonionych placówek do obsługi programu Fundacja WHC w chwili obecnej stwierdza brak dostępności do przesiewowych badań w kierunku wykrycia raka płuca.

4. Badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi.

Mammografia, czyli podstawowe badanie przesiewowe w kierunku wykrycia raka piersi skierowane jest do kobiet w wieku 50-69 lat. Badaniu w ramach programu mogą być poddane kobiety, które nie miały robionej mammografii w ciągu ostatnich 2 lat, lub otrzymały pisemne wskazanie do jej wykonania po 12 miesiącach od ostatniej mammografii z powodu obciążenia czynnikami ryzyka: rak piersi wśród członków rodzinny, mutacja w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2 lub nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi o charakterze złośliwym. W tej edycji zrezygnowano z aktywnej wysyłki bezpłatnych zaproszeń. Kobiety mają możliwość wykonania badań, jednak muszą być tego świadome i najczęściej same zapisać się na badanie. Specjaliści uważają, że rozwiązanie to obniży liczę kobiet poddających się skriningowi. Najwyższą zgłaszalnością na badania cieszą się od 3 lat te same województwa: mazowieckie, śląskie oraz wielkopolskie.

Średni czas oczekiwania na badanie mammograficzne wykonywane w ramach skriningu w 2017 r. wyniósł 2-3 dni, natomiast czas oczekiwania na wynik badania wyniósł ok. 2 tyg. Program dotyczący badań przesiewowych w kierunku raka piersi jest programem dostępnym, rejestratorzy mają wiedzę o realizowanym programie i kierują pacjentki na dalszą diagnostykę. Jednak forma rozpowszechniania nie jest skonkretyzowana i zależy od placówki, która wykonuje badania, dlatego liczba kobiet poddających się przesiewowej mammografii może w kolejnych latach spadać.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

5. Badania przesiewowe w kierunku profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

W ramach badań przesiewowych do tego programu profilaktycznego wykonywana jest u kobiet cytologia. Program skierowany jest do kobiet w wieku 25-59 lat, które muszą spełnić kryteria, takie jak:

1. Brak wcześniej wykonanej cytologii w ciągu ostatnich trzech lat,
2. Brak wykonanej cytologii w ciągu 12 miesięcy (kobiety zakażone wirusem HIV, przyjmujące leki immunosupresyjne, bądź zakażone HBV- typ wysokiego ryzyka).

Polska należy do krajów, które mają najwyższy wskaźnik zgonów z powodu raka szyjki macicy spośród krajów europejskich. Program przesiewowej cytologii jest programem dostępnym, rejestratorzy w przychodniach wiedzą o programie, jednak o szczegółach programu pacjenci dowiadują się po konsultacji z ginekologiem lub położną. Mimo dostępności liczba wykonywanych cytologii maleje. Niska zgłaszalność do programu sprawia, że nie następuje poprawa w wykrywalności raka szyjki macicy u kobiet, mimo łatwego dostępu do podstawowego badania.

Profilaktyka miała stanowić jedno z głównych narzędzi poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. **Jednak sposób pozyskiwania potencjalnie zainteresowanych do badania osób, sposób rozpowszechnienia programów profilaktycznych oraz terminowość zawierania umów z ośrodkami wykonującymi programy profilaktyczne pozostawia wiele do życzenia.** Na wszystkich tych niedociągnięciach i brakach w profilaktyce onkologicznej cierpią późniejsi chorzy. Problem z wczesną diagnostyką może prowadzić do obniżenia jakości leczenia i powodować obniżoną jakość życia osób, ale także zwiększone koszty leczenia dla państwa.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, 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 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 funkcjonowania pakietu onkologicznego. **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. Czas wyznaczony na rozpoczęcie leczenia to kolejne 14 dni.** Pakiet onkologiczny to pierwszy w Polsce przykład opieki koordynowanej (KOZ), 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 często występujące 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;

6.1 Etapowość postępowania w raku płuca

Ścieżka pacjenta onkologicznego przedstawiona została na przykładzie chorego na raka płuca. Jest to jeden z najczęściej diagnozowanych nowotworów złośliwych, stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów w Polsce oraz jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów. Co roku z jego powodu umiera na świecie 1,6 mln osób. W Polsce na 22 tysiące nowych zachorowań (w skali roku), niestety niemal tyle samo pacjentów nie udaje się wyleczyć. Dlatego szybka diagnostyka

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

i rozpoczęcie leczenia jest niezwykle ważne dla chorego. Do operacji kwalifikuje się około 25% osób, z czego większość pacjentów leczonych jest metodami radioterapii, czy chemioterapii.[10] Ograniczeniami w szybkim rozpoznawaniu raka płuca jest dostęp do badań obrazowych.

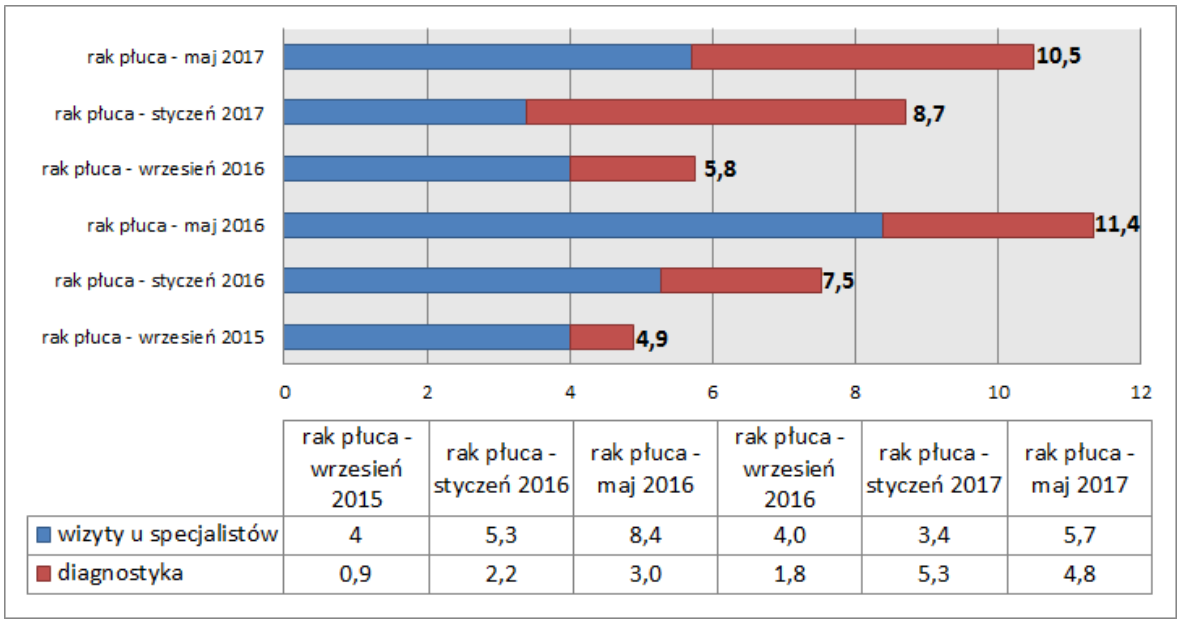
Najnowsze wyniki uzyskane przez Fundację WHC w maju 2017 r. pokazują, że na wizytę do pulmonologa, **bez karty DiLO**, pacjent musi czekać średnio 10,7 tyg. (2,7 mies.). Jest to pierwsze ograniczenie, na które napotyka pacjent na wstępnym etapie leczenia. Po wizycie u pulmonologa chory kierowany jest na tomografię komputerową klatki piersiowej, na którą oczekuje średnio 15,8 tyg. (prawie 4 mies.). Kolejnym etapem leczenia jest wizyta u specjalisty z zakresu chirurgii klatki piersiowej — średnio 3,2 tyg. oczekiwania (0,8 mies.). W przypadku istnienia możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego, na operację chory czeka średnio 3,6 tyg. (0,9 mies.). Jeżeli jednak chory nie zostanie zakwalifikowany do leczenia operacyjnego po wizycie u onkologa, na którą oczekuje 3,3 tyg. (08 mies.), ma możliwość podjęcia dwóch rodzajów terapii: leczenie systemowe (chemioterapia, terapia ukierunkowana molekularnie) i/lub radioterapię paliatywną, na którą czeka się ok. 2,1 tyg. (0,5 mies.). Łączny czas od wizyty u lekarza POZ do rozpoczęcia leczenia za pomocą radioterapii paliatywnej raka płuca w maju 2017 r. wyniósł 35,1 tygodnia (8,8 mies.). W poprzednio badanym okresie tj. w styczniu 2017 r. przeciętny skumulowany czas wyniósł 33,5 tyg. (8,4 mies.). **W maju dla pacjentów posiadających kartę DiLO skumulowany czas oczekiwania wyniósł 12 tyg. (3 mies.), w czym diagnostyka pogłębiona została zakończona po 10,5 tyg. Czas ten nie mieści się w założonym przez Ministerstwo Zdrowia czasie 7 tygodni.** W poprzednio badanym okresie (styczeń 2017 r.) czas przeznaczony na diagnostykę wstępną i pogłębioną dla pacjentów posiadających kartę DiLO wyniósł 8,7 tyg., czyli o 1,8 tyg. krócej. Kolejne 14 dni to czas wyznaczony przez MZ na podjęcie pierwszego zabiegu w szpitalu od czasu konsylium. W przypadku raka płuca, pacjent z kartą DiLO oczekuje na leczenie operacyjne 2,6 tyg., a na leczenie ukierunkowane molekularnie 1,5 tyg.

Zaobserwowano że w zbadanym okresie (maj 2017 r.) pacjenci nie mieszczą się w nałożonym przez pakiet onkologiczny limicie czasowym. Zdarzają się także przypadki, kiedy z rożnych

[10] http://www.medexpress.pl/rak-pluca-dzieki-innowacyjnym-terapiom-mozemy-zastosowac-kilka-opcji-leczenia/65969, dostęp:[02.06.2017]

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

powodów rozpoznanie opóźnia się, co działa na niekorzyść pacjenta oraz generuje koszty dla ośrodka onkologicznego.



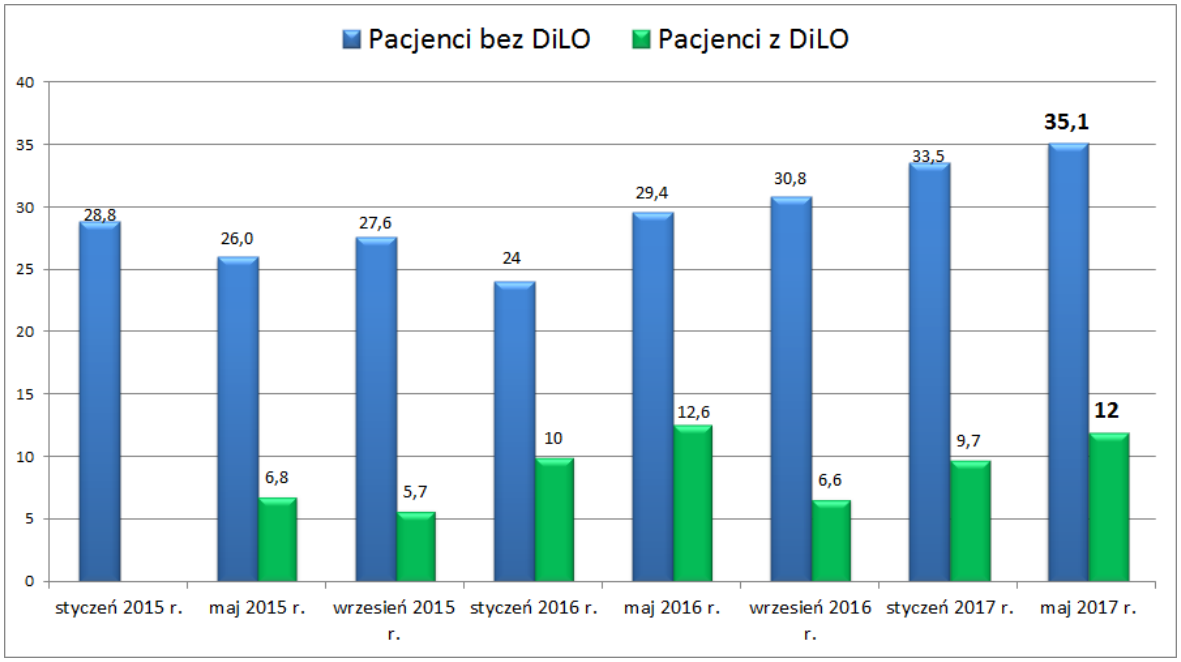
	rak płuca - wrzesień 2015	rak płuca - styczeń 2016	rak płuca - maj 2016	rak płuca - wrzesień 2016	rak płuca - styczeń 2017	rak płuca - maj 2017
wizyty u specjalistów	4	5,3	8,4	4,0	3,4	5,7
diagnostyka	0,9	2,2	3,0	1,8	5,3	4,8

Rysunek 12. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka płuca dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Z założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 7 tygodni w 2017 r.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, 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.

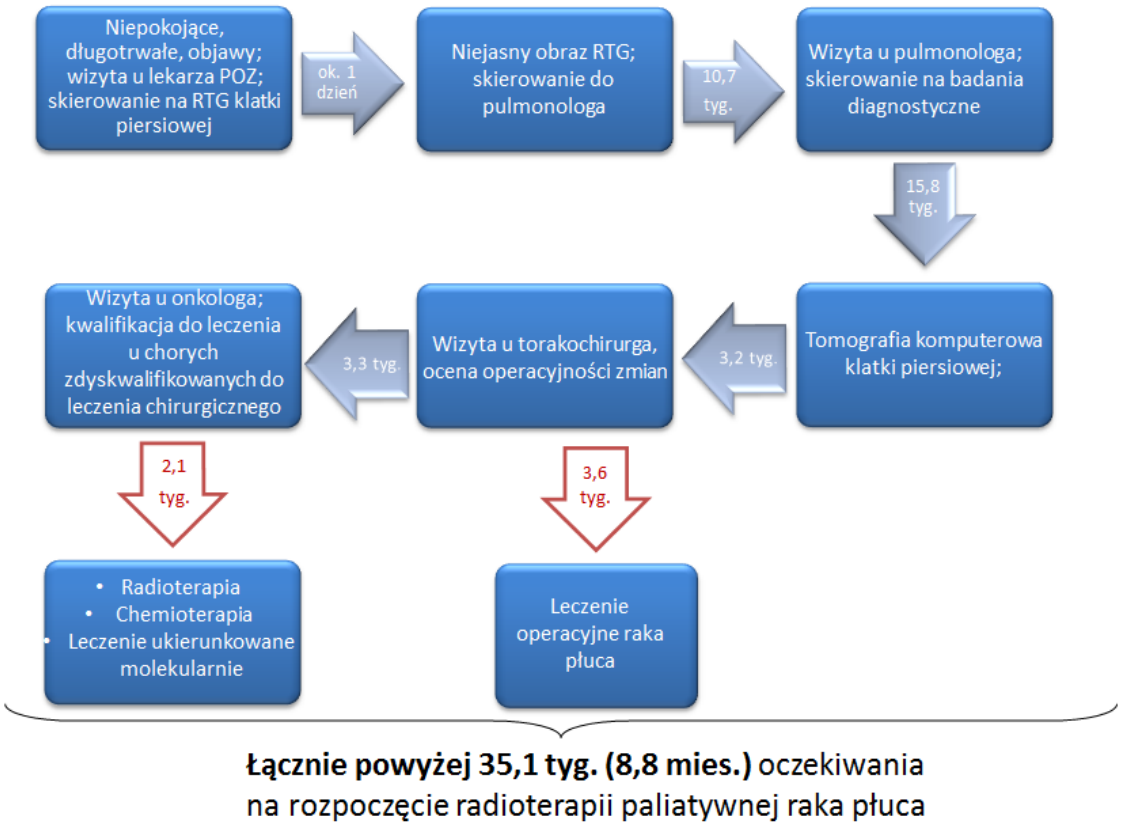
Etapowość diagnostyki pacjenta z rakiem płuc:	**OnkoBarometr – maj 2017 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO** *duże centra onkologiczne*	Pacjenci **bez karty DiLO** *mniejsze szpitale onkologiczne*	Średnia ogólna[11] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
A. **zakończona leczeniem operacyjnym**	43,8 tyg. (10,94 mies.)	29,4 tyg. (7,36 mies.)	**36,6 tyg. (9,15 mies.)**	**13,1 tyg. (3,27 mies.)**
B. **zakończona radioterapią paliatywną**	42 tyg. (10,5 mies.)	28,1 tyg. (7,03 mies.)	**35,1 tyg. (8,8 mies.)**	**12 tyg. (3 mies.)**



Rysunek 13. 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 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017 (tygodnie).

[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 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 14. Etapowość postępowania w raku płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta BEZ karty DiLO – średnie tygodnie.

Zgodnie z powyższym schematem, od wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do rozpoczęcia radioterapii, pacjent bez karty DiLO czeka ok. 35,1 tyg. (8,8 mies.). Jest to czas dłuższy o 1,6 tyg. niż w styczniu 2017 r. — wynosił on wtedy 33,5 tyg. (8,4 mies.).

W przypadku pacjenta posiadającego „zieloną kartę", czas od podejrzenia raka płuca do rozpoczęcia leczenia radioterapią paliatywną wynosi około 12 tyg. (3 mies.). Czas ten nie mieści się w zakładanym przez Ministerstwo Zdrowia limicie 7 tygodni.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

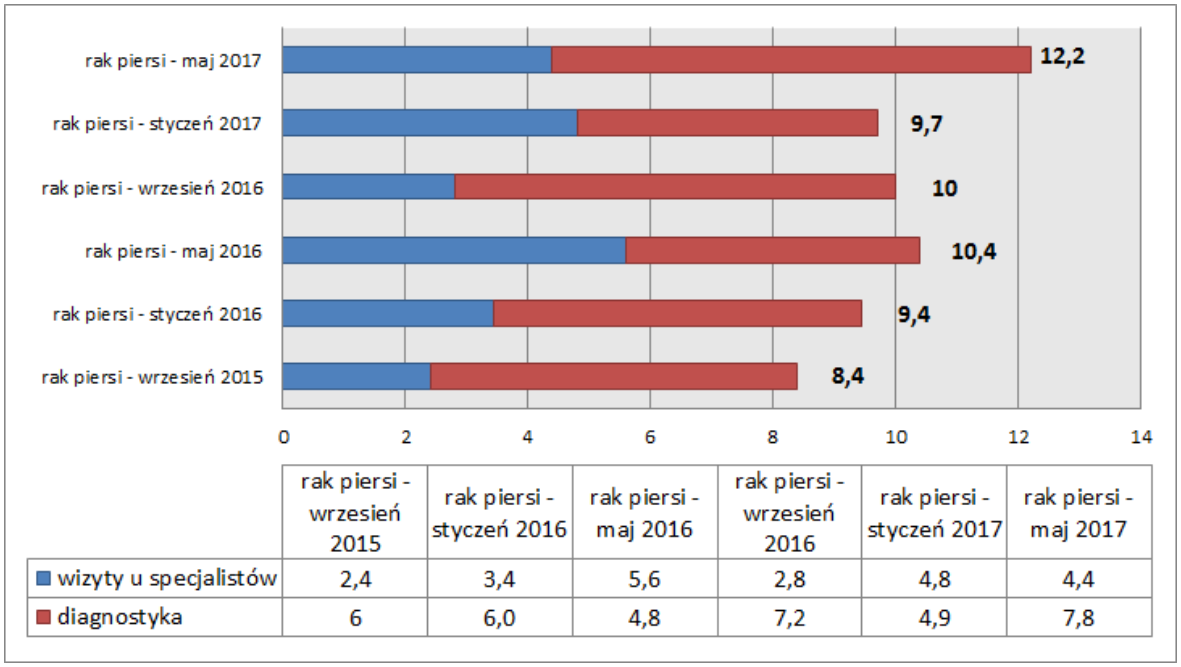
6.2 Etapowość postępowania w raku piersi

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 lub w wyniku badania przesiewowego** (np. mammografii), **do rozpoczęcia leczenia operacyjnego, oszczędzającego pierś diagnozowanej, z dodatkową tomografią komputerową miednicy małej i brzucha, wynosi 40 tyg. (10 mies.).** W poprzednio badanym okresie przeciętny czas oczekiwania wynosił 38 tyg. (9,5 mies.). Zaobserwowano wydłużenie czasu oczekiwania o 2 tyg. w porównaniu do stycznia 2017 r.

W przypadku pacjentki posiadającej już od początku diagnostyki „zielona kartę" i wymagającej **tomografii miednicy małej i brzucha, czas ten wynosi 14,6 tygodnia (3,7 mies.). Czas oczekiwania na wykonanie całościowej diagnostyki (wizyty + diagnostyka pogłębiona) wynosi 12,2 tyg.** Według wprowadzonego pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać obecnie 7 tygodni. **W poprzednio badanym okresie czas wykonania całościowej diagnostyki wynosił średnio 9,7 tyg. Zaobserwowano wydłużenie 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 2017 r. średnio 2,4 tyg.

Powstaje pytanie, ile przypadków podejrzenia raka piersi jest, a ile nie jest rozliczanych w ramach pakietu onkologicznego — **przekroczenie czasu 7 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 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*



	rak piersi - wrzesień 2015	rak piersi - styczeń 2016	rak piersi - maj 2016	rak piersi - wrzesień 2016	rak piersi - styczeń 2017	rak piersi - maj 2017
wizyty u specjalistów	2,4	3,4	5,6	2,8	4,8	4,4
diagnostyka	6	6,0	4,8	7,2	4,9	7,8

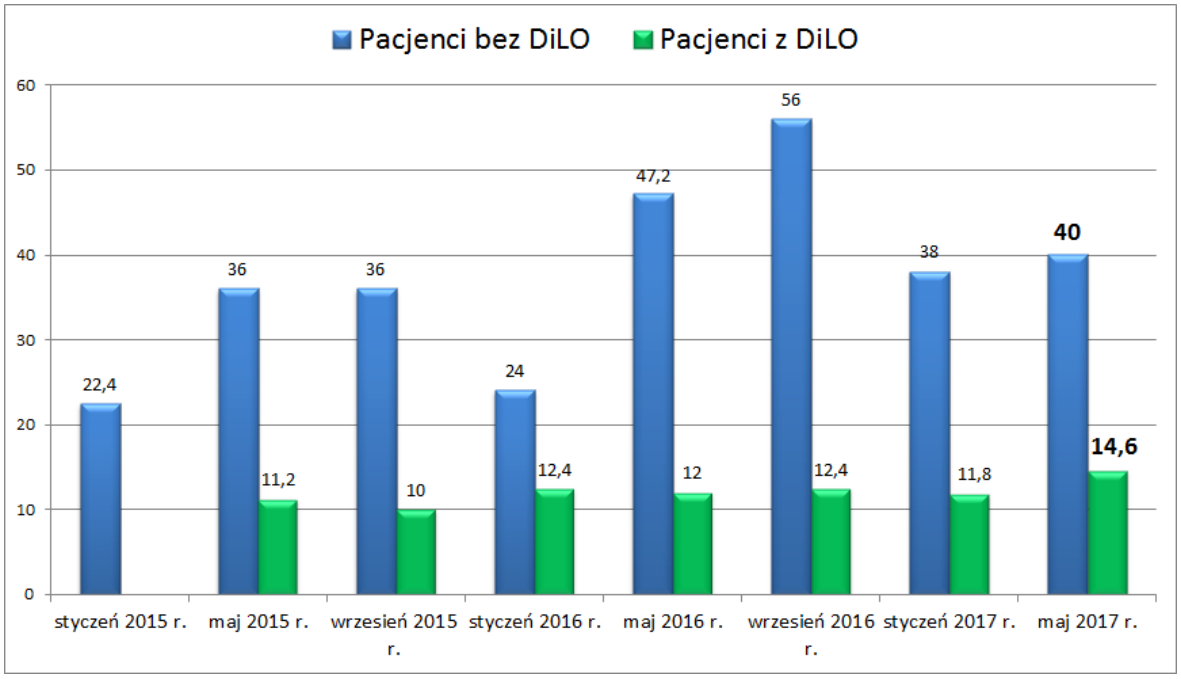
Rysunek 15. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka piersi dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Z założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 7 tygodni w 2017 r.

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 – maj 2017 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO** *duże centra onkologiczne*	Pacjenci **bez karty DiLO** *mniejsze szpitale onkologiczne*	Średnia ogólna[12] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
A. **Bez tomografii komputerowej miednicy małej i brzucha**	27,1 tyg. (6,77 mies.)	26,9 tyg. (6,72 mies.)	**27 tyg. (6,74 mies.)**	**7,4 tyg. (1,85 mies.)**
B. **Z tomografią komputerową miednicy małej i brzucha**	46 tyg. (11,5 mies.)	33,9 tyg. (8,47 mies.)	**40 tyg. (10 mies.)**	**14,6 tyg. (3,65 mies.)**

[12] 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 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*



Rysunek 16. 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 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017 (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Rysunek 17. 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 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

6.3 Etapowość postępowania w raku prostaty

Ocena etapowości postępowania w raku prostaty jest przedstawiana w OnkoBarometrze WHC cyklicznie, z racji częstego występowania tego nowotworu u mężczyzn. Guz ten rozwija się powoli, dlatego ważne jest dostrzeżenie już pierwszych objawów. Statystyki w Polsce dotyczące raka prostaty ukazują, że w 2012 roku rozpoznano 14,6 tys. nowych przypadków złośliwego nowotworu prostaty, co daje trzecią pozycję w częstości występowania zaraz po raku płuca oraz piersi. Największą liczbę przypadków zachorowań odnotowano w województwach mazowieckim oraz śląskim.[13] Szacuje się, że do 2025 r. liczba zachorowań wzrośnie 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.[14]

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 tego specjalisty oczekuje się około 6,2 tyg. (1,6 mies.). Lekarz urolog analizuje wyniki PSA oraz wykonuje badanie *per rectum*, po którym stawia wstępną diagnozę. Jeżeli podejrzewa zmiany nowotworowe, kieruje pacjenta na biopsję stercza (około 4,8 tyg. - 1,2 mies. 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;

[13] Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 47/2017 z dnia 9 marca 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka nowotworu gruczołu krokowego", dostęp:[31.05.2017].

[14] http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Prognozy_2025.pdf, str.71 dostęp:[31.05.2017].

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

- 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, tomografii komputerowej, RTG klatki piersiowej, a w końcu o formie podjętej terapii. Rozważono cztery możliwości leczenia pacjenta:

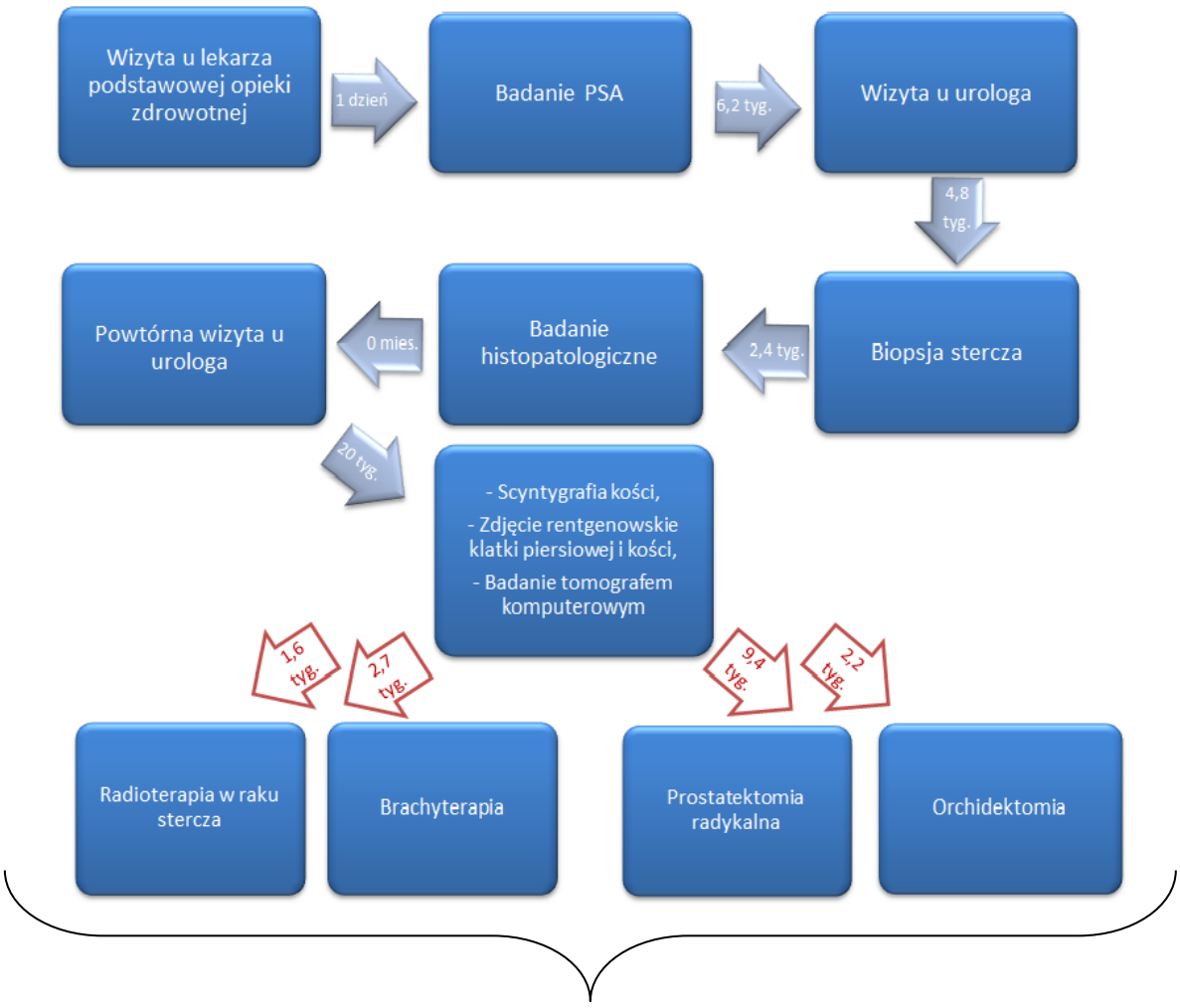
- radioterapia w raku stercza — 1,6 tyg. (0,4 mies.)
- brachyterapia — 2,8 tyg. (0,7 mies.)
- prostatektomia radykalna — 9,2 tyg. (2,3 mies.)
- orchidektomia — 2,2 tyg. (0,54 mies.)

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 maj 2017 r.**			
	Pacjenci **bez karty DiLO**	Pacjenci **bez karty DiLO**	Średnia ogólna[15] dla pacjentów **bez karty DiLO**	**Pacjenci z kartą DiLO**
	Duże centra onkologiczne	*Mniejsze szpitale onkologiczne*		
A. zakończona leczeniem operacyjnym	42,4 tyg. (10,6 mies.)	43,6 tyg. (10,9 mies.)	**42,8 tyg. (10,7 mies.)**	**13,2 tyg. (3,3 mies.)**
B. zakończona radioterapią paliatywną	35,2 tyg. (8,8 mies.)	35,6 tyg. (8,9 mies.)	**35,2 tyg. (8,8 mies.)**	**12,8 tyg. (3,2 mies.)**

[15] 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 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*



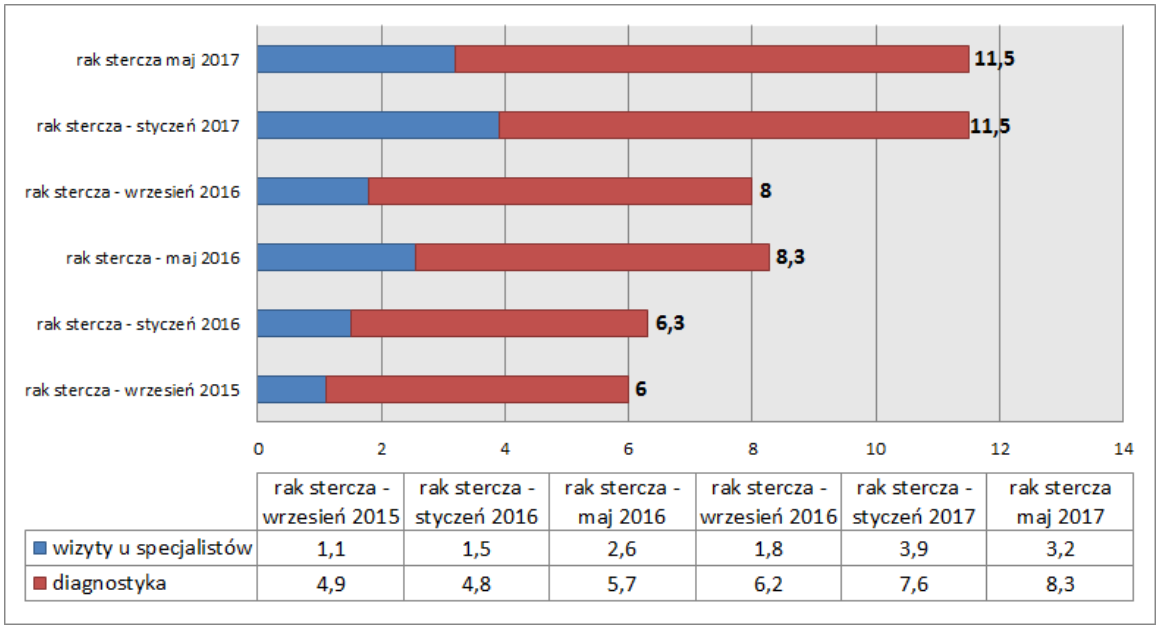
Rysunek 18. Etapowość postępowania w raku stercza od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta BEZ karty DiLO – średnie (tygodnie).

Skumulowany czas oczekiwania pacjenta **bez karty DiLO** na podjęcie leczenia operacyjnego diagnozowanego z wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego wynosi około 42,8 tyg. (10,7 mies.).

W przypadku pacjenta posiadającego „zieloną kartę" skumulowany czas oczekiwania na podjęcie leczenia wynosi średnio 13,2 tyg. (3,3mies.). Pacjent na wykonanie badań i otrzymanie diagnozy pogłębionej oczekiwał w maju 2017 r. średnio 11,5 tyg. Czas ten przekracza okres oczekiwania założonego przez Ministerstwo Zdrowia – 7 tygodni. W poprzednio badanym okresie (styczeń 2017 r.) czas na wykonanie diagnostyki pogłębionej wynosił 11,5 tyg. Nie zaobserwowano

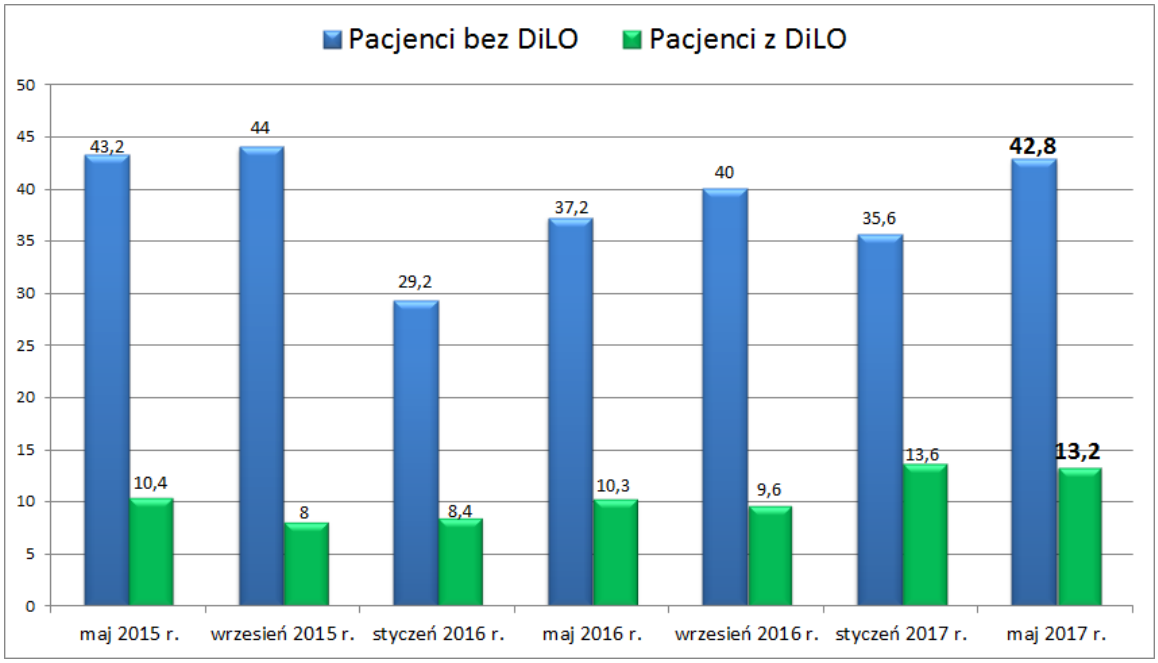
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

zmian w czasie oczekiwania dla pacjenta. Pacjent od momentu odbycia konsylium na zabieg czeka średnio 2 tyg. — 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	rak stercza - styczeń 2017	rak stercza maj 2017
wizyty u specjalistów	1,1	1,5	2,6	1,8	3,9	3,2
diagnostyka	4,9	4,8	5,7	6,2	7,6	8,3

Rysunek 19. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka stercza dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Wg założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 7 tygodni w 2017 r.



Rysunek 20. 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 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017 (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, 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.[16] Objawy te nie są zbyt charakterystyczne, dlatego tak ważna staje się szybka diagnostyka i wdrożenie leczenia.

Dostęp do leczenia przewlekłej białaczki szpikowej jest dla pacjentów bez karty DiLO ograniczony. **Na pierwszorazową wizytę u specjalisty hematologa dorosły chory czekał w kolejce około 26,4 tyg. (6,6 mies.).** Jest to pierwsze i zarazem największe ograniczenie w dostępności do leczenia białaczki w maju 2017 r. dla pacjenta bez karty DiLO.

Leczenie imatynibem dostępne było 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).[17]

Imatynib nie jest już dostępny w programie lekowym, został włączony do leczenia chemioterapeutycznego i jest refundowany. Pacjent w celu przyjęcia leku pierwszy raz powinien najpierw zgłosić się na oddział, aby lekarze mogli skontrolować stan jego zdrowia, później lek

[16] http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003112-pdf.pdf, [dostęp: 31.05.2017]

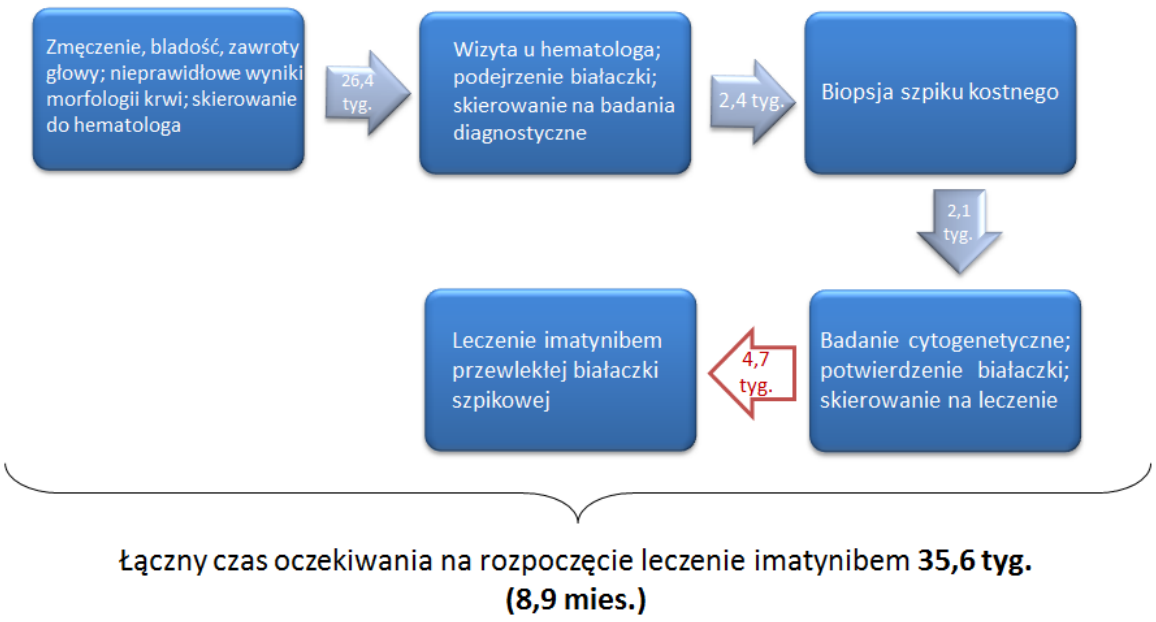
[17] Program lekowy, zgodnie z art. 2 pkt 18 ustawy o refundacji, oznacza program zdrowotny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obejmujący technologię lekową, w której substancja czynna nie jest składową kosztową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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

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 35,6 tyg. (8,9 mies.). Natomiast pacjenci z kartą DiLO w etapowości postępowania w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej **czekają na wdrożenie leczenia 6 tyg. (prawie 1,5 mies.)**. **Pacjenci posiadający kartę DiLO na wykonanie diagnostyki wstępnej oraz diagnostyki pogłębionej oczekują w maju 2017 r. średnio 4,7 tyg. — mieszczą się w ramach 7 tygodni określonych przez pakiet onkologiczny.**

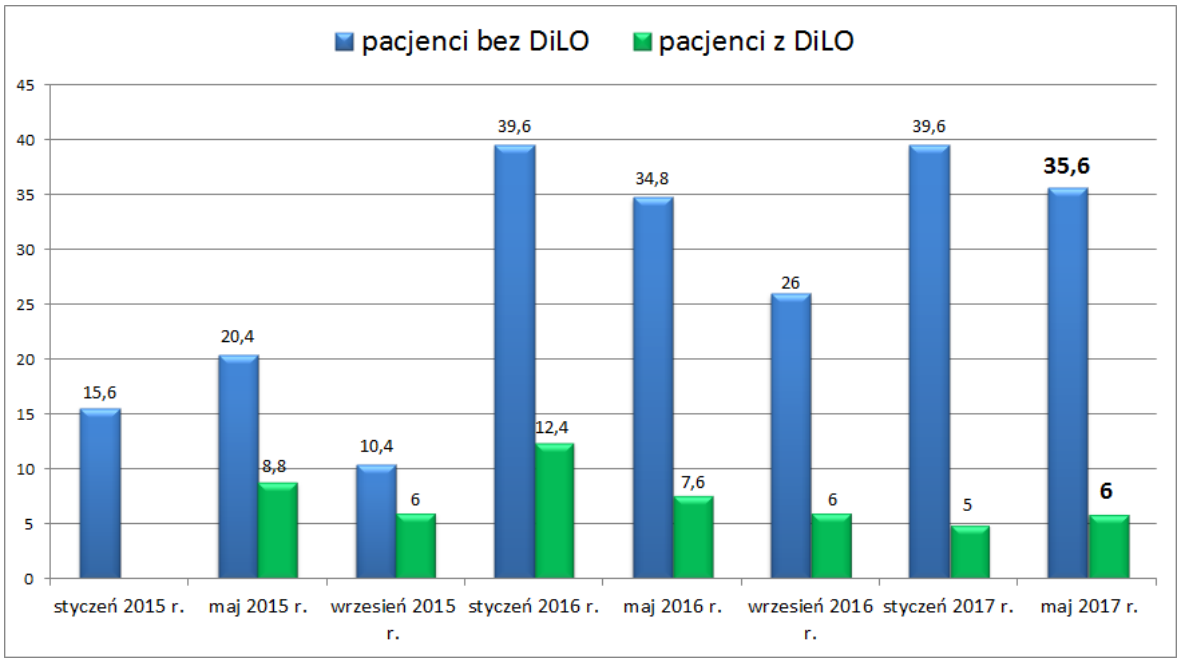


Rysunek 21. Etapowość postępowania w białaczce od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia, dla pacjenta BEZ karty DiLO (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, 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 maj 2017 r.	
	Średnia ogólna dla pacjentów **bez karty DiLO**	Pacjenci **z kartą DiLO**
przewlekłej białaczki szpikowej	**35,6 tyg. (8,9 mies.)**	**6 tyg. (1,5 mies.)**



Rysunek 22. 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 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017 (tygodnie).

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

Wnioski

1. **Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii w Polsce wyniósł w maju 2017 r. 6,5 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 ze stycznia 2017 r., **wydłużeniu uległ średni czas oczekiwania w czterech z pięciu badanych przez Fundację WHC dziedzinach.** Najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano w dziedzinie **onkologii sensu stricto —** około 8,9 tygodnia (2,2 miesiące), **chirurgii onkologicznej —** 8 tygodni (2 miesiące), oraz **w ginekologii onkologicznej** – 7,4 tygodnia (1,9 miesiąca).

3. W porównaniu do danych z września 2016 r. oraz stycznia 2017 r., sukcesywnie wzrasta czas oczekiwania do specjalistów, na badania diagnostyczne oraz na zabiegi dla **pacjentów bez karty DiLO.**

4. Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w dziedzinach onkologicznych w maju 2017 r. wyniósł około 5,7 tyg., co oznacza wydłużenie czasu oczekiwania o niecały 1 tydzień w porównaniu do stycznia 2017 r. (4,8 tyg.).

5. Najdłużej trzeba oczekiwać na poradę u **hematologa dziecięcego**, gdzie średni czas oczekiwania dla małego pacjenta bez karty DiLO wynosi ok. 10,7 tyg. (2,7 mies.). Na wizytę u **dermatologa** pacjenci bez karty DiLO czekają średnio 7,2 tyg. (1,8 mies.). Długi czas oczekiwania zaobserwowano także w przypadku wizyty u **chirurga onkologa** – ok. 5,7 tyg. (1,4 mies.).

6. Świadczeniami diagnostycznymi na które w onkologii czeka się najdłużej (bez karty DiLO), są: **biopsja guzków tarczycy** (skierowanie od endokrynologa) — 53,6 tygodnia (13,4

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

miesiąca), **rezonans magnetyczny (MRI) głowy u dziecka** — 32 tygodnie (8 miesięcy), **tomografia komputerową (TK) miednicy małej i brzucha** — 13 tygodni (3,3 miesiąca) oraz **tomografia komputerowa (TK) nerki** – 11,5 tyg. (2,9 mies.).

7. Długi czas oczekiwania dotyczy pacjentek próbujących wykonać **cytologię**, jeżeli nie posiadają one karty DiLO, bądź cytologia nie jest wykonywana w ramach badania przesiewowego. Średni czas oczekiwania na jej wykonanie w trybie normalnym wynosi aż 5,1 tyg. (1,3 mies.).

8. Fundacja WHC w majowej edycji OnkoBarometru zbadała **dostępność do badań przesiewowych w ramach przyjętego Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.** Zbadane zostały następujące programy:
   - ✓ Badania przesiewowe w celu wykrycia raka jelita grubego.
   - ✓ Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe.
   - ✓ Badania w kierunku wykrycia raka płuca.
   - ✓ Badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi.
   - ✓ Badania przesiewowe w kierunku profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

Profilaktyka miała stanowić jedno z głównych narzędzi poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Jednak sposób pozyskiwania potencjalnie zainteresowanych do badania osób, sposób rozpowszechnienia programów profilaktycznych oraz terminowość zawierania umów z ośrodkami wykonującymi programy profilaktyczne pozostawia wiele do życzenia.

9. Z danych dotyczących etapowości leczenia wynika, że **w maju 2017 roku** w przypadku skumulowanego czasu oczekiwania na wizyty, diagnostykę i leczenie:
   - ✓ **raka płuca** pacjent oczekuje średnio 12 tygodni (3 miesiące) **z kartą DiLO** oraz 35,1 tygodnia (8,8 miesiąca) **bez karty DiLO**,
   - ✓ **raka piersi** pacjent oczekuje średnio 14,6 tygodnia (3,7 miesiąca) **z kartą DiLO** oraz 40 tygodni (10 miesięcy) **bez karty DiLO**,

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

- ✓ **raka prostaty** pacjent oczekuje średnio 13,2 tygodnia (3,3 miesiąca) **z kartą DiLO** oraz 42,8 tygodnia (10,7 miesiąca) **bez karty DiLO**,
- ✓ **przewlekłej białaczki szpikowej** pacjent oczekuje średnio 6 tygodni (1,5 miesiąca) **z kartą DiLO** oraz 35,6 tygodnia (8,9 miesiąca) **bez karty DiLO**.

10. Z uzyskanych danych w maju 2017 r. dotyczących średnich czasów oczekiwania na diagnostykę wstępną i pogłębioną w ramach pakietu onkologicznego, **w terminie 7 tygodni wyznaczonych przez Ministerstwo Zdrowia nie mieszczą się pacjenci w przypadku**: **raka piersi** – 14,6 tyg., **raka stercza** – 13,2 tyg. oraz **raka płuca** – 12 tyg., czyli trzech z czterech badanych przez Fundację WHC nowotworów.

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, 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. 16
Rysunek 3. Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (tygodnie) w poszczególnych dziedzinach onkologicznych. 19
Rysunek 4. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia zdrowotne w dużych, specjalistycznych centrach onkologicznych oraz w pozostałych placówkach (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO, maj 2017 r. 20
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. vs. styczeń 2017 r. vs. maj 2017 r. 21
Rysunek 6. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty z zakresu dziedzin onkologicznych styczeń 2016 r. vs. maj 2016 r. vs. wrzesień 2016 r. vs. styczeń 2017 r. vs. maj 2017 r. (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO. 22
Rysunek 7. Porównanie średniego czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, maj 2017 (tygodnie). 23
Rysunek 8. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne maj 2017 r. (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO. 26
Rysunek 9. Porównanie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne styczeń 2017 r. vs. maj 2017 r. (tygodnie), BEZ karty DiLO. 28
Rysunek 10. Średni czas oczekiwania na wykonanie zabiegu onkologicznego w styczniu 2017 r. oraz w maju 2017 r. (tygodnie), BEZ karty DiLO. 30
Rysunek 11. Czas oczekiwania (tygodnie) na rozpoczęcie leczenia, porównanie styczeń 2017 r. vs. maj 2017 r., BEZ karty DiLO. 32
Rysunek 12. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka płuca dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). 43
Rysunek 13. 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 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017 (tygodnie). 44

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Rysunek 14. Etapowość postępowania w raku płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta BEZ karty DiLO – średnie..... 45
Rysunek 15. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka piersi dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). 47
Rysunek 16. 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 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017 (tygodnie). 48
Rysunek 17. Etapowość postępowania w raku piersi od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia w przypadku pacjentki BEZ karty DiLO — średnie (tygodnie)..... 49
Rysunek 18. Etapowość postępowania w raku stercza od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta BEZ karty DiLO – średnie (tygodnie)..... 52
Rysunek 19. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka stercza dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Wg założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 7 tygodni w 2017 r..... 53
Rysunek 20. 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 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017 (tygodnie)..... 53
Rysunek 21. Etapowość postępowania w białaczce od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia, dla pacjenta BEZ karty DiLO (tygodnie)..... 55
Rysunek 22. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia przewlekłej białaczki szpikowej 56

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Spis tabel

Tabela 1. Porównanie obecnych przepisów ze zmianami w pakiecie onkologicznym..... 13
Tabela 2. Dane dotyczące programu profilaktyki raka jelita grubego, lata 2013-2015. 35
Tabela 3. Etapowość postępowania u pacjenta z rakiem płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia — średnia dla pacjentów BEZ karty DiLO oraz podział na duże centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także średnia dla pacjentów z kartą DiLO. 44
Tabela 4. Etapowość postępowania w raku piersi od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia — pacjenci BEZ karty DiLO, duże centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także średnia dla pacjentów z kartą DiLO. 47
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. 51
Tabela 6. Etapowość postępowania w białaczce szpikowej od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia: pacjenci BEZ karty DiLO, podział na centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także pacjenci z kartą DiLO. 56

Załącznik

Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach onkologicznych w maju 2017 r..... 63

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach onkologicznych w maju 2017 r.

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][18]		
			V 2017	I 2017	Zmiana
Ogółem			**1,6**	**1,5**	=
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA			**2,0**	**1,9**	=
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	**1,4**	**1,9**	=
2.	**operacja raka odbytu**	mężczyzna; 65 lat; rak odbytnicy potwierdzony badaniem rektoskopowym i wynikami histopatologicznymi; posiada skierowanie od onkologa	**0,6**	**0,9**	=
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	**2,3**	**1,4**	↑
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	**2,4**	**2,0**	=
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	**0,8**	**0,6**	=
6.	**wizyta u chirurga dziecięcego**	dziecko; 16 lat; zmiana pod pachą między żebrami; podejrzenie włókniaka; skierowanie od pediatry	**0,8**	**0,5**	=

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

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][18]		
			V 2017	I 2017	Zmiana
Ogółem			**1,6**	**1,5**	=
7.	**resekcja tarczycy**	kobieta; 28 lat; objawy charakterystyczne dla nadczynności tarczycy; wole; nadpobudliwość; uczucie kołatania serca; uczucie niepokoju; rozpoznano gruczolaka toksycznego tarczycy wielkości 3 cm; leczona farmakologicznie bez poprawy; posiada skierowanie od chirurga	**0,6**	**1,3**	↓
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	**3,7**	**1,5**	↑
9.	**usunięcie guzka tarczycy**	kobieta; 49 lat; na podstawie badania USG stwierdzono obecność guzka koloidowego; wyniki biopsji potwierdziły złośliwość zmiany; posiada skierowanie od endokrynologa	**1,2**	**1,3**	=
10.	**rekonstrukcja piersi - wstawienie implantu typu ekspander**	kobieta; 30 lat; po obustronnej mastektomii (chirurgicznym usunięciu piersi) z powodu nowotworu	**8,9**	**8,5**	=
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**	**1,3**	=
12.	**resekcja trzustki**	mężczyzna; 44 lata; w wywiadzie rak trzustki u krewnych pierwszego stopnia; złe samopoczucie; żółtaczka zaporowa; utrata masy ciała; pojawiła się nietolerancja glukozy; wykonano USG, ERCP (endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna); wykryto guz ograniczony do trzustki; stwierdzono brak zajęcia regionalnych węzłów chłonnych; posiada skierowanie od onkologa	**0,5**	**1,6**	↓

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][18]		
			V 2017	I 2017	Zmiana
Ogółem			**1,6**	**1,5**	=
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA			**1,9**	**1,2**	↑
1.	**wizyta u ginekologa**	kobieta; 30 lat; zmiany III stopnia w badaniu cytologicznym (zmiany zapalne oraz pojedyncze komórki dysplastyczne)	**1,1**	**0,8**	=
2.	**tomografia komputerowa (TK) miednicy małej i brzucha**	kobieta; 52 lata; badanie USG potwierdziło występowanie guza jajnika; posiada skierowanie od ginekologa	**3,3**	**3,0**	=
3.	**kolposkopia**	kobieta; 32 lata; wynik cytologii grupa III b (występują typowe komórki dysplastyczne); skierowanie od ginekologa	**2,3**	**0,7**	↑
4.	**operacja guza jajnika**	kobieta; w obrazie USG guz jajnika 4 x 2 cm; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia guza	**1,4**	**1,3**	=
5.	**operacja usunięcia macicy (histerektomia)**	kobieta; 57 lat; menopauza; silny ból w podbrzuszu; nieregularne krwawienia; w badaniu USG stwierdzono liczne mięśniaki macicy; skierowanie od ginekologa	**2,2**	**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	**1,3**	**2,0**	↓
7.	**chemioterapia pooperacyjna raka trzonu macicy**	kobieta; 48 lat; rak trzonu macicy; stopień zaawansowania FIGO III; przerzuty poza jamę brzuszną; przeprowadzono paliatywne wycięcie macicy z przydatkami; skierowanie od onkologa	**0,5**	**1,1**	↓
8.	**zabieg usunięcia mięśniaków macicy**	kobieta; 56 lat; na podstawie badania histopatologicznego zdiagnozowano mięśniaki macicy; skierowanie od onkologa	**2,7**	**1,5**	↑
9.	**cytologia**	kobieta; 28 lat; matka kobiety chorowała na raka szyjki macicy; badanie w ramach profilaktyki	**1,3**	**0,6**	↑

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][18]		
			V 2017	I 2017	Zmiana
Ogółem			**1,6**	**1,5**	=
10.	**pobranie wycinków ze sromu w znieczuleniu miejscowym**	kobieta; 53 lata; niepokojące zmiany w obrębie sromu; podejrzenie zmian nowotworowych; skierowanie od lekarza rodzinnego	**2,5**	**0,5**	↑
11.	**usunięcie guzków ze sromu w znieczuleniu miejscowym**	kobieta; 45 lat; duże postacie kłykcin kończystych; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia guzków ze sromu	**0,9**	**0,3**	↑
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	**2,9**	**1,4**	↑
HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA			**1,2**	**1,4**	=
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	**2,7**	**2,2**	=
2.	**USG węzłów szyjnych**	kobieta; 22 lata; ból przy poruszaniu głową; wybrzuszenie na szyi; palpacyjnie stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych; skierowanie od internisty	**1,9**	**1,0**	↑
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	**0,9**	**1,5**	↓
5.	**badanie cytogenetyczne**	chłopiec; 15 lat; w morfologii podwyższona liczba limfocytów; podejrzenie ostrej białaczki limfoblastycznej; posiada od pediatry skierowanie na badanie	**0,5**	**0,6**	=
4.	**trepanobiopsja szpiku kostnego**	kobieta; 27 lat; podejrzenie ziarnicy złośliwej; niejednoznaczny wynik biopsji aspiracyjnej szpiku; posiada skierowanie od hematoonkologa	**0,6**	**1,5**	↓

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][18]		
			V 2017	I 2017	Zmiana
Ogółem			**1,6**	**1,5**	=
6.	**chemioterapia w leczeniu chłoniaka Hodgkina**	mężczyzna; 32 lata; stadium II chłoniaka Hodgkina; umiejscowiony powyżej przepony; brak objawów systemowych; korzystne rokowanie; skierowanie od onkologa	**0,9**	**0,7**	=
7.	**leczenie erytropoetyną beta niedokrwistości w przebiegu niewydolności nerek**	kobieta; lat 22; upośledzenie funkcji nerek; niedokrwistość ze stężeniem 9 g/dl; niedializowana; pacjentka posiada skierowanie od hematologa na rozpoczęcie leczenia w ramach terapii niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek	**0,9**	**1,3**	=
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	**2,4**	**4,1**	↓
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	**1,2**	**0,5**	↑
10.	**leczenie szpiczaka plazmatycznokomórkowego bortezomibem w ramach programu lekowego**	kobieta; 76 lat; szpiczak mnogi; z powodu oporności niezakwalifikowana do chemioterapii ; niewydolność nerkowa	**0,5**	**1,0**	↓
ONKOLOGIA			**2,2**	**1,9**	=
1.	**wizyta u onkologa**	mężczyzna; 38 lat; z usuniętym lewym jądrem (z powodu potwierdzonego badaniem histopatologicznym złośliwego nowotworu jądra – nasieniak) w zdjęciu RTG (rentgenowskim) wykryto zmiany przerzutowe do płuc	**0,8**	**0,9**	=
2.	**mastektomia całkowita**	kobieta; 32 lata; pacjentka przeszła zabieg chirurgiczny oszczędzający pierś; wznowa nowotworu; wskazanie do mastektomii całkowitej	**1,3**	**0,6**	↑

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][18]		
			V 2017	I 2017	Zmiana
Ogółem			**1,6**	**1,5**	=
3.	**zabieg usunięcia zmiany**	mężczyzna; 67 lat; podejrzenie czerniaka; skierowanie od onkologa; pacjent zakwalifikowany na zabieg chirurgiczny usunięcia zmiany	**1,3**	**2,0**	↓
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	**1,2**	**0,6**	↑
5.	**bronchoskopia (endoskopowe badanie dróg oddechowych)**	mężczyzna; 56 lat; nawracające zapalenia płuc; obecnie wysoka gorączka i kaszel: ropna wydzielina z płuc; zlecenie wykonania bronchoskopii w celu wykluczenia procesu nowotworowego; posiada skierowanie od pulmonologa	**0,6**	**0,5**	=
6.	**biopsja guzków tarczycy**	kobieta; 43 lata; w badaniu USG stwierdzono liczne guzki tarczycy; skierowanie na wykonanie biopsji od endokrynologa	**13,4**	**9,2**	↑
7.	**terapia paliatywna**	kobieta; 62 lata; rozpoznanie zaawansowanego raka trzustki (IV stopień); na podstawie wyników biopsji stwierdzono przerzuty do wątroby; skierowana na leczenie paliatywne	**0,7**	**0,8**	=
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	**1,8**	**1,1**	↑
9.	**USG piersi**	kobieta; 47 lat; od trzech lat leczona z powodu nowotworu piersi; po badaniu mammograficznym lekarz zlecił dodatkowo wykonanie badania USG piersi	**1,6**	**1,4**	=
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	**2,9**	**3,1**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][18]		
			V 2017	I 2017	Zmiana
Ogółem			**1,6**	**1,5**	=
11.	**chemioterapia uzupełniająca**	mężczyzna; 45 lat; rak jelita grubego II stopnia; obecność cechy T4b (guz bezpośrednio nacieka inne narządy lub struktury anatomiczne); skierowanie od onkologia	**0,5**	**1,1**	↓
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	**0,8**	**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	**1,1**	**0,8**	=
14.	**biopsja aspiracyjna gruboigłowa**	kobieta; 58 lat; podejrzenie raka piersi na podstawie badania mammograficznego; zmiany ocenione również w badaniu USG piersi; niejednoznaczny wynik biopsji cienkoigłowej; posiada skierowanie z poradni onkologicznej	**1,2**	**0,6**	↑
15.	**rezonans magnetyczny (MRI) głowy**	kobieta; 54 lata; zaburzenia świadomości, węchu i smaku; napady padaczkowe; bóle głowy; skierowanie od neurologa	**8,0**	**7,8**	=
16.	**pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa (PET)**	kobieta; 42 lata; rak wątroby; niedostateczna ocena lokalizacji ogniska pierwotnego na podstawie tomografii; skierowanie od onkologa	**0,9**	**0,9**	=
17.	**badanie histopatologiczne wycinka skórnego**	kobieta; 28 lat; niepokojące zmiany skórne na ramieniu; skierowanie od lekarza rodzinnego	**0,6**	**0,6**	=
RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA			**0,8**	**0,8**	=
1.	**radioterapia paliatywna**	mężczyzna; niedrobnokomórkowy rak płuca; przerzuty do mózgu; przypadek nieoperacyjny; pacjent po kwalifikacji do leczenia	**0,8**	**1,0**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][18]		
			V 2017	I 2017	Zmiana
Ogółem			**1,6**	**1,5**	〓
2.	**brachyterapia HDR (metoda leczenia w radioterapii)**	kobieta; 49 lat; nowotwór piersi; wystąpiła wznowa po mastektomii całkowitej; posiada skierowanie z poradni onkologicznej	**0,6**	**0,9**	〓
3.	**radioterapia pooperacyjna**	mężczyzna; 68 lat; po operacji raka odbytu; skierowanie od onkologa	**1,0**	**0,9**	〓
4.	**radioterapia paliatywna raka płuca**	mężczyzna; 56 lat; ból; krwioplucie; duszność w wyniku zaawansowanego procesu nowotworowego; potwierdzony nowotwór płuca	**0,5**	**0,8**	〓
5.	**radioterapia uzupełniająca w raku piersi**	kobieta; 50 lat; po amputacji piersi ze wskazaniami do pooperacyjnej radioterapii	**1,0**	**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	**0,7**	**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	**1,0**	**0,5**	〓
8.	**radioterapia w raku tarczycy**	kobieta; 35 lat; rak brodawkowaty tarczycy; zajęte węzły przedtchawiczne, przedkrtaniowe, okołotchawiczne; wykonano resekcję gruczołu z limfadenektomią; posiada skierowanie od onkologa na radioterapię	**0,4**	**0,6**	〓
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	**1,4**	**0,7**	↑

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Dziedzina medycyny		Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w miesiącach][18]		
			V 2017	I 2017	Zmiana
Ogółem			**1,6**	**1,5**	=
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	**1,0**	**1,6**	↓
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	**0,7**	**0,9**	=
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	**0,7**	**0,5**	=

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach medycyny, styczeń 2017 r. vs. maj 2017 r. z uwzględnieniem podziału na Centra Onkologiczne oraz pozostałe placówki.

Dziedzina medycyny	Średni czas oczekiwania maj 2017 [w miesiącach]18					
	Centra Onkologiczne			Pozostałe placówki		
	V 2017	I 2017	różnica styczeń vs. maj	V 2017	I 2017	różnica styczeń vs. maj
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	2,1	2,1	0	2,0	1,7	+0,3
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	2,1	1,2	+0,9	1,6	1,2	+0,4
HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA	1,4	1,8	-0,4	1,3	1,3	0
ONKOLOGIA	2,3	2,0	+0,3	2,0	1,7	+0,3
RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA	0,8	0,8	0	0,8	0,8	0
OGÓŁEM	1,8	1,6	+0,3	1,5	1,3	+0,2

❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 10/2/06/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*