Kraków, 4 października 2017 r.

# ONKOBAROMETR WHC

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

## nr 11/3/10/2017

**Stan na wrzesień 2017**

# Spis treści:

Najważniejsze wyniki ... 3

Wstęp ... 8

1. Fundacja Watch Health Care ... 10
2. Pakiet onkologiczny ... 11
1. Metodyka ... 14
4. OnkoBarometr WHC - wyniki ... 17

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

4.2 Dostępność ... 20

4.2.1. Specjaliści ... 21

4.2.2. Diagnostyka ... 23

4.2.3. Zabiegi ... 27

4.2.4. Leczenie niezabiegowe ... 29

5. Żywienie dojelitowe pacjentów onkologicznych ... 31
6. Etapowość postępowania ... 36

6.1 Etapowość postępowania w raku płuca ... 36

6.2 Etapowość postępowania w raku piersi ... 41

6.3 Etapowość postępowania w raku prostaty ... 45

6.4 Etapowość postępowania w przewlekłej białaczce szpikowej ... 49

Wnioski ... 52

Spis rysunków ... 54

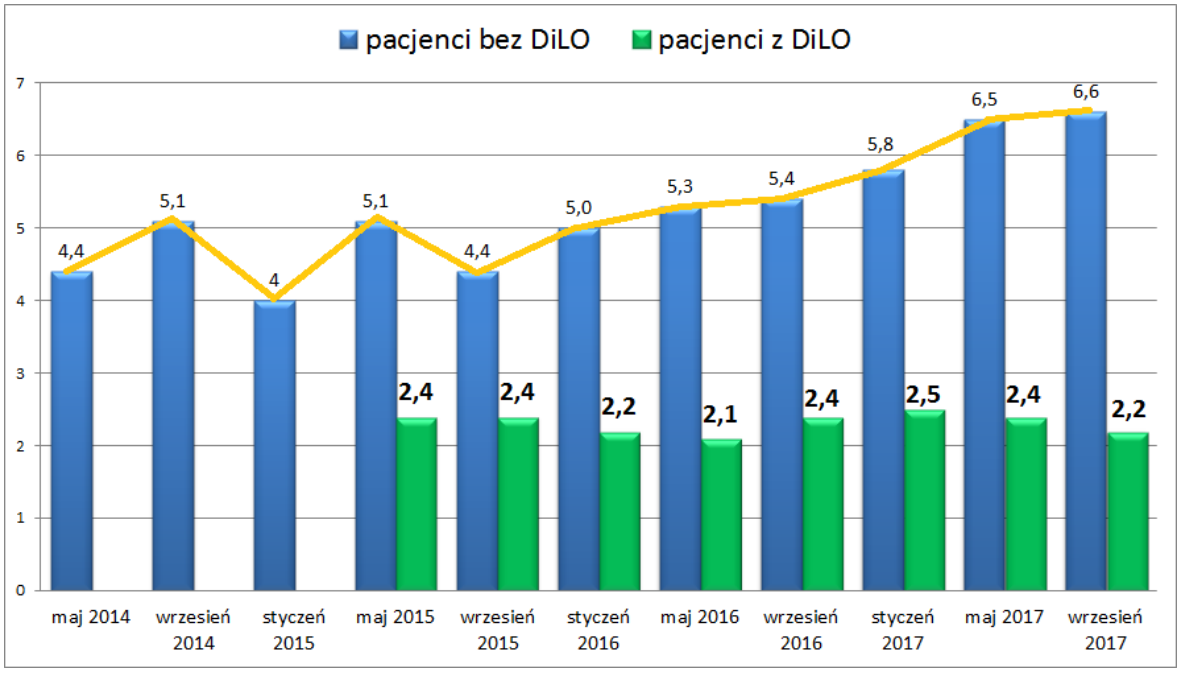
Spis tabel ... 56

Załącznik ... 56

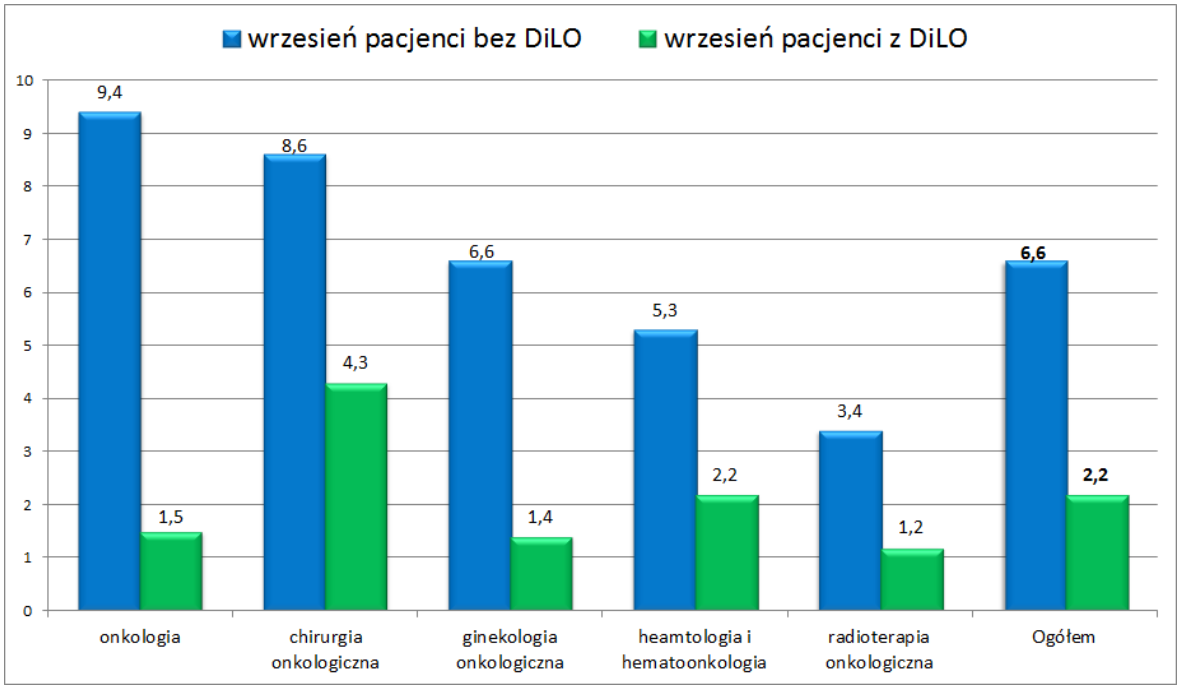


❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

## Najważniejsze wyniki



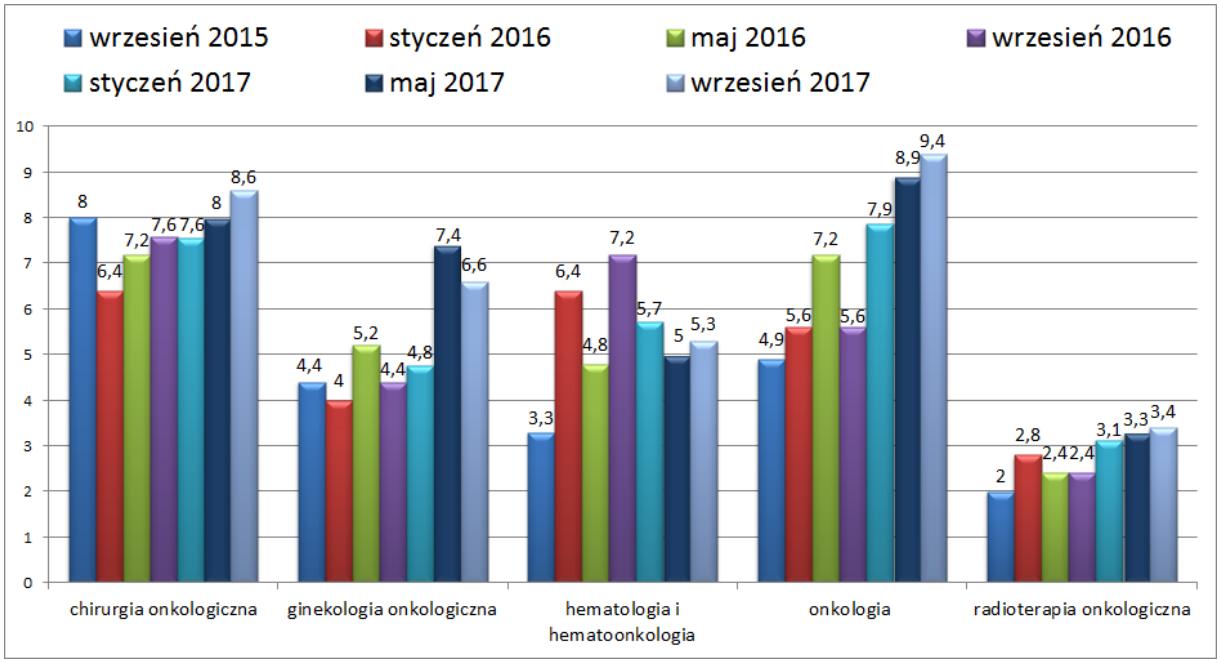

**Zmiana średniego czasu oczekiwania na „gwarantowane" onkologiczne świadczenia zdrowotne w Polsce, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO (tygodnie).**



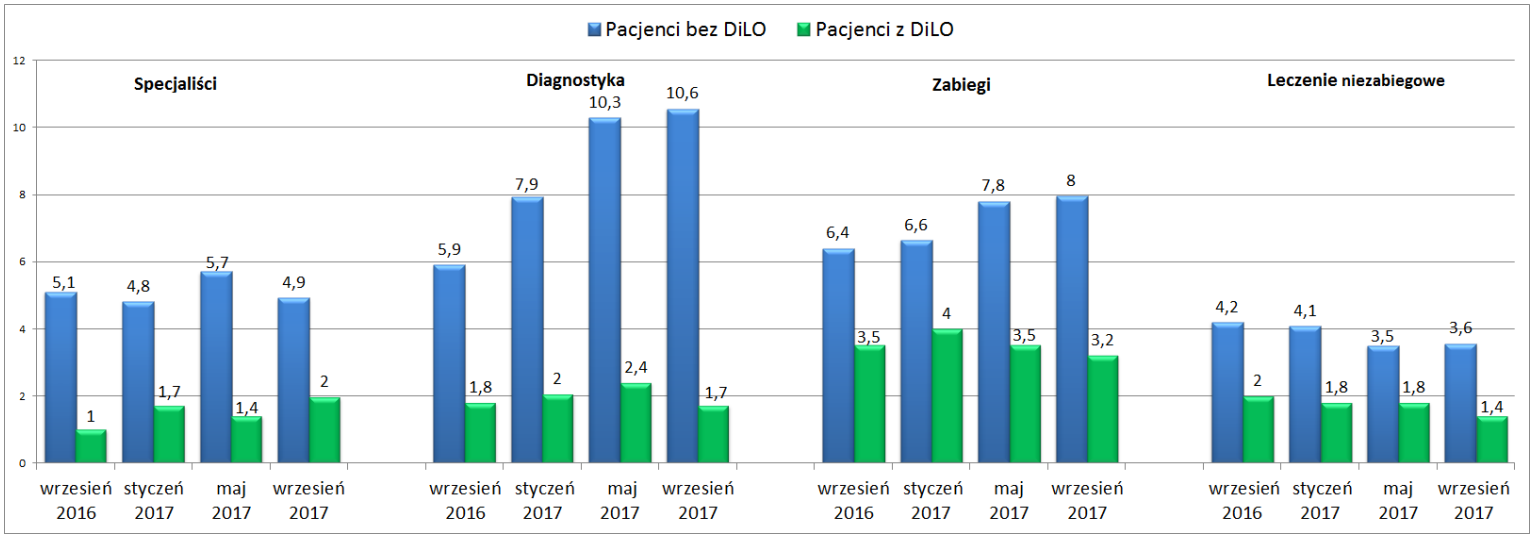

**Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, wrzesień 2017 (tygodnie).**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*



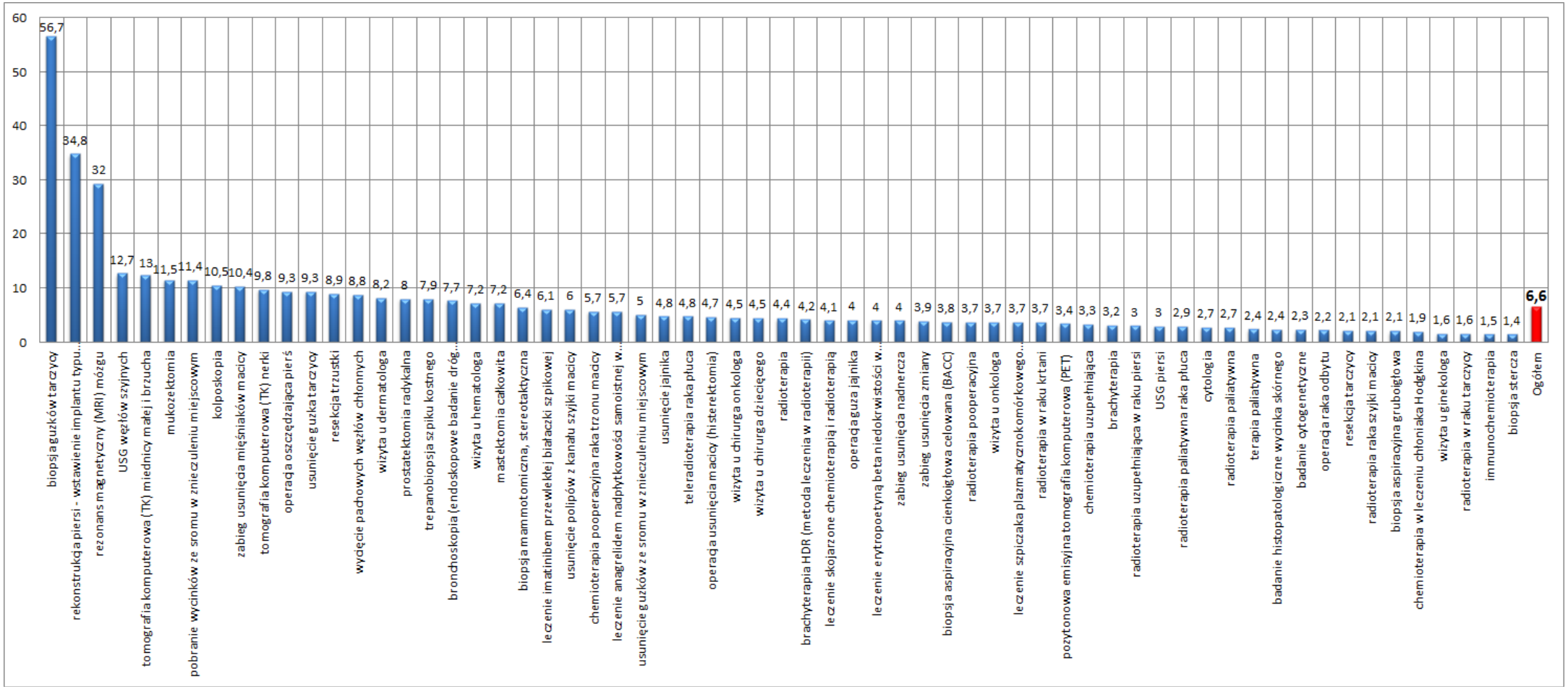

**Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w poszczególnych dziedzinach onkologicznych, pacjenci BEZ karty DiLO, wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 vs. wrzesień 2016 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017 vs. wrzesień 2017 (tygodnie).**




**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. vs. wrzesień 2017 r.**



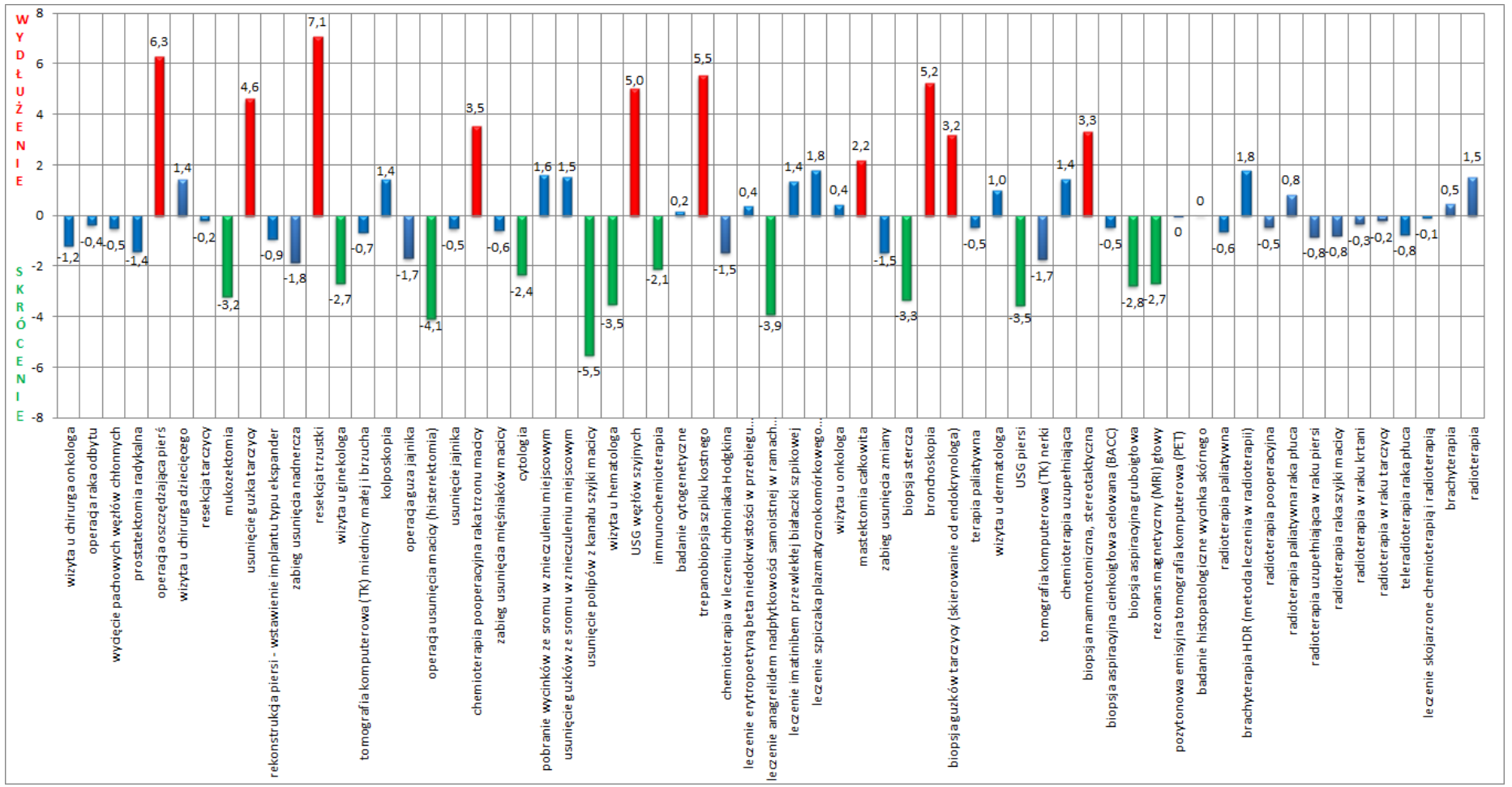
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*




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



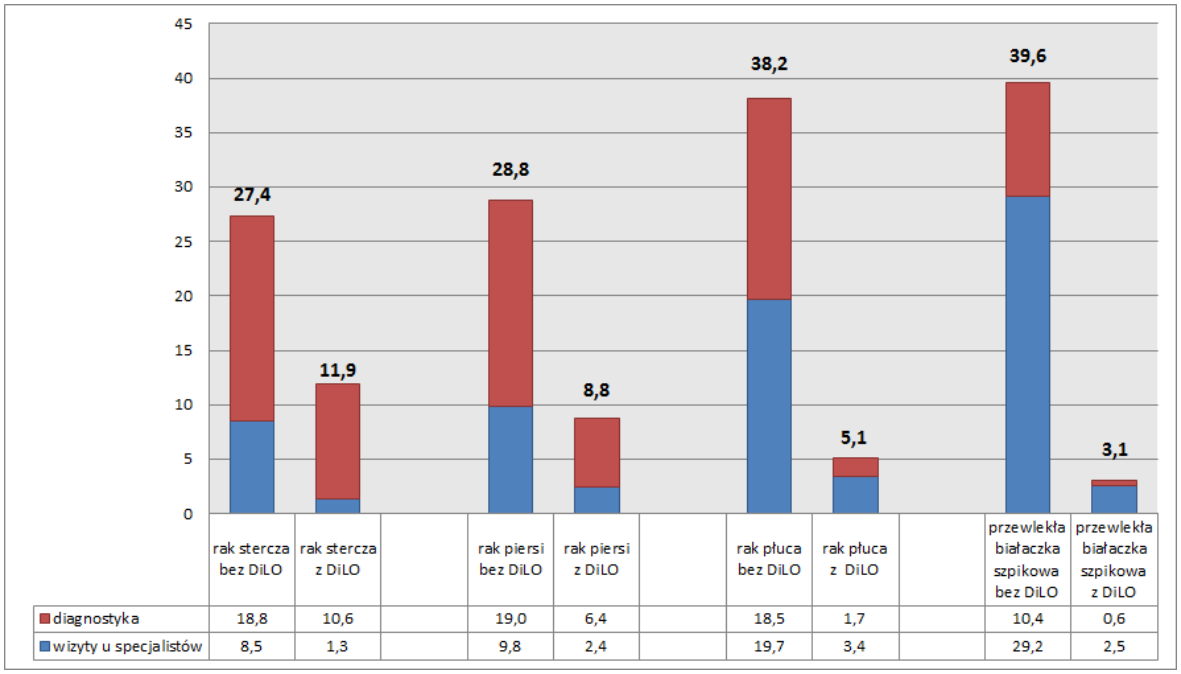
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*




**Zmiany w czasie oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (tygodnie), maj 2017 vs. wrzesień 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 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*




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



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, 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 **we wrześniu 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 11/3/10/2017", 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 Śmiałek*
*Dyrektor Biura*

*Aneta Augustyn*
*Analityk*



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, 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 11/3/10/2017", 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 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

Według oficjalnej strony Ministerstwa Zdrowia: http://pakietonkologiczny.gov.pl/, której celem jest monitorowanie wskaźników związanych z wydawaniem karty DiLO, na dzień 19.06.2017 r. wydano w Polsce 520 599 kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego oraz zwołano 298 548 konsyliów.[2]

W ramach tzw. szybkiej terapii onkologicznej pacjent powinien przejść kolejno następujące etapy diagnostyki: wizyta u lekarza POZ (przeprowadzenie dokładnego wywiadu i ocena dolegliwości + zlecenie podstawowych badań + wydanie karty DiLO), wizyta u specjalisty (diagnostyka wstępna, w przypadku potwierdzenia choroby nowotworowej przejście do szpitala i odbycie diagnostyki pogłębionej), konsylium (ustalenie planu leczenia + wyznaczenie koordynatora). Na rozpoczęcie leczenia szpitalnego 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. **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 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).

Pacjenci z chorobami onkologicznymi powinni być pacjentami szczególnej opieki, ponieważ w ich wypadku czas oczekiwania na udzielenie świadczeń odgrywa kluczową rolę i niejednokrotnie decyduje o życiu lub śmierci. Wdrażanie pakietu onkologicznego od samego początku napotykało na wiele trudności i opór w środowisku medycznym, jednak niezaprzeczalnym faktem są efekty w postaci częściowego skrócenia kolejek dla pacjentów onkologicznych posiadających Kartę

[2] http://pakietonkologiczny.gov.pl/, dostęp: [26.09.2017]

[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 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. Skuteczność działania pakietu onkologicznego jest monitorowana przez Fundację Watch Health Care od początku jego wprowadzenia. W lipcu 2017 r. pakiet został sprawdzony również przez **Najwyższą Izbę Kontroli** (NIK), której **kontrola wykazała, że pakiet onkologiczny nie przyczynił się znacząco do poprawy sytuacji pacjentów onkologicznych ogółem** oraz że **liczba wydawanych kart DiLO nie jest wystarczająca w stosunku do zapotrzebowania.**[4]

Fundacja WHC podczas badania czasów oczekiwania na świadczenia onkologiczne zaobserwowała trudności, jakie napotyka pacjent z kartą DiLO podczas stawiania pierwszych kroków w leczeniu onkologicznym. O ile w momencie trafienia do systemu pacjent jest płynnie kierowany do dalszych etapów leczenia, największy problem pojawia się w momencie zapisywania na pierwszą wizytę do specjalisty lub na badanie diagnostyczne. Przychodnie bardzo dobrze wypracowały sobie dzielenie kolejki na pacjentów „pilnych" i „mniej pilnych". Pierwsze pytanie jakie zwykle pojawia się w momencie rejestracji dotyczy tego „czy na skierowaniu jest napisane pilne"? Z kolei pacjenci z kartą DiLO często traktowani są jako pacjenci problematyczni. Częstą praktyką przyjmowania pacjenta z kartą DiLO stosowaną w placówkach medycznych jest odesłanie pacjenta bezpośrednio do specjalisty, by „łapał go" na oddziale lub korytarzu przychodni i pytał, czy może być przyjęty w szybszym trybie i prosił o ustalenie terminu. Przytaczamy wypowiedź pracownika rejestracji do poradni hematologicznej przy jednym ze szpitali onkologicznych: *„Na standardową kolejkę zapisy są prowadzone na podstawie regulaminu placówki. Na temat karty DiLO my się nie wypowiadamy. Proszę iść do lekarza i pytać czy przyjmie."*

W przychodniach brakuje koordynatorów, którzy zarządzaliby kolejkami pacjentów z kartą DiLO. **Decyzja o szybszym przyjęciu przerzucana jest zwykle na lekarzy**, których pacjenci muszą szukać niekiedy na korytarzach przychodni. **Takie sytuacje są bardzo niekomfortowe, zwłaszcza dla pacjentów którzy bardzo często odczuwają ból i cierpią na silne dolegliwości, a przy tym muszą walczyć o przyjęcie do kolejki w terminie krótszym niż kilka miesięcy.** Lekarze z kolei często nie chcą lub nie mogą podejmować decyzji o przyjęciu pacjentów z kartą DiLO, mając na uwadze niekorzystne rozliczanie leczenia pacjenta onkologicznego i interes placówki w której pracują.

[4] https://www.nik.gov.pl/plik/id,14278,vp,16729.pdf, dostęp: [26.09.2017 r.]



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

Jednym z przykładów jest próba umówienia wizyty do specjalisty w przychodni przyszpitalnej w małym mieście. Pacjent z kartą DiLO chcąc się zapisać na wizytę został poproszony o bezpośredni kontakt telefoniczny z lekarzem. Pani doktor, słysząc że zgłosił się do niej pacjent z kartą DiLO, poprosiła by pacjent chwilę poczekał. Nie odkładając słuchawki zadzwoniła z drugiego telefonu do przełożonego. Pacjent usłyszał taką rozmowę: *„Mam tu pacjenta z DiLO. Co mam z nim zrobić bo pamiętam, że to się nie opłaca… Dobrze odeślę go na oddział."* Następnie pacjent został poproszony o zgłoszenie się bezpośrednio na oddział szpitalny.

Podczas przygotowywania raportu, do Fundacji WHC napłynęły informacje, **że istnieją placówki nie honorujące karty DiLO**. Największym zaskoczeniem jest jednak przypadek ośrodka, w którego nazwie są nawet słowa „Centrum Onkologiczne" (w Województwie Śląskim), które nie tylko nie respektuje karty DiLO, ale którego pracownicy nie potrafią wskazać placówki, do której pacjent onkologiczny powinien się zgłosić. W toku pozyskiwania danych do raportu zaobserwowane zostały również przypadki **niezrozumienia przez pracowników ochrony zdrowia idei Pakietu Onkologicznego**. Pacjenci w systemie niejednokrotnie spotykają się z wątpliwościami co do zasadności wystawienia karty DiLO. Zaobserwowano głównie brak świadomości personelu medycznego o tym, że celem Pakietu Onkologicznego jest przyspieszenie procesu diagnostycznego, a nie legitymacją nowotworu już potwierdzonego i leczonego.

## 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.



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

W poszczególnych dziedzinach medycyny wskaźnikowe świadczenia zdrowotne zwykle obejmują:

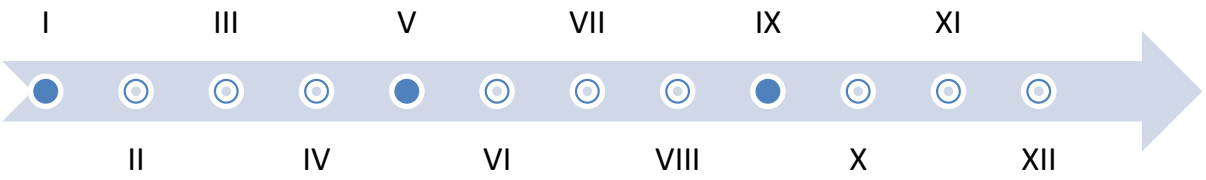
- wizytę u specjalisty;
- ważne badania diagnostyczne;
- często wykonywane procedury terapeutyczne (w tym zabiegi operacyjne).

**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).




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

Prezentowane średnie czasy oczekiwania wyznaczane są na losowej próbie co najmniej 12 świadczeniodawców z całej Polski, dla każdego świadczenia wskaźnikowego. Jeśli rozrzut



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

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 poradni żywieniowych w poszczególnych województwach dla pacjentów onkologicznych wymagających żywienia dojelitowego.** W ramach podjęcia przez WHC tematu ograniczeń w dostępie do żywienia onkologicznego sprawdzono kolejkę do 60 poradni żywieniowych z całej Polski.

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

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



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

## 4. OnkoBarometr WHC - wyniki

Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii w Polsce (niezależnie od ich charakteru: diagnostyczne i lecznicze, bez uwzględnienia w tej ocenie kompleksowości i niezbędnej etapowości leczenia) wyniósł **we wrześniu 2017 r. 6,6 tygodnia (1,7 mies.) dla pacjentów bez karty DiLO.** W porównaniu z majem 2017 r. zaobserwowano **stagnację 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 2,2 tygodnia (0,5 mies.).** Od momentu, gdy wprowadzony został pakiet onkologiczny w kolejnych OnkoBarometrach obserwujemy stagnację czasu oczekiwania dla pacjentów posiadających kartę DiLO oraz sukcesywne niewielkie, w przypadku ogólnej średniej, wydłużanie się czasu oczekiwania dla pacjentów bez karty DiLO. **Założeniem pakietu onkologicznego było skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia onkologiczne.**

Wydłużony czas oczekiwania jest największym problemem dla pacjentów, którzy są wstępnie diagnozowani i istnieje u nich przesłanka do wykrycia nowotworu. Chory z niepokojącymi objawami, bez karty DiLO musi oczekiwać niejednokrotnie dłużej na wizytę u specjalisty. Nadal pomimo zwiększenia świadomości na temat istnienia „zielonej karty" pacjenci, a nawet lekarze traktują ją jako legitymację i diagnozę raka. Karta ta natomiast we wczesnym etapie ma pomóc przyśpieszyć, bądź wykluczyć onkologiczny proces diagnostyczny. Teoretycznie jednym z celów karty DiLO miała być pomoc w zwiększeniu wskaźników wykrywalności nowotworów w Polsce. Praktycznie nadal stosunkowo mało wydaje się kart DiLO na wczesnym etapie diagnostyki.
Dodatkowo, jeżeli karta DiLO nie zostanie wydana, pacjent może oczekiwać 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.

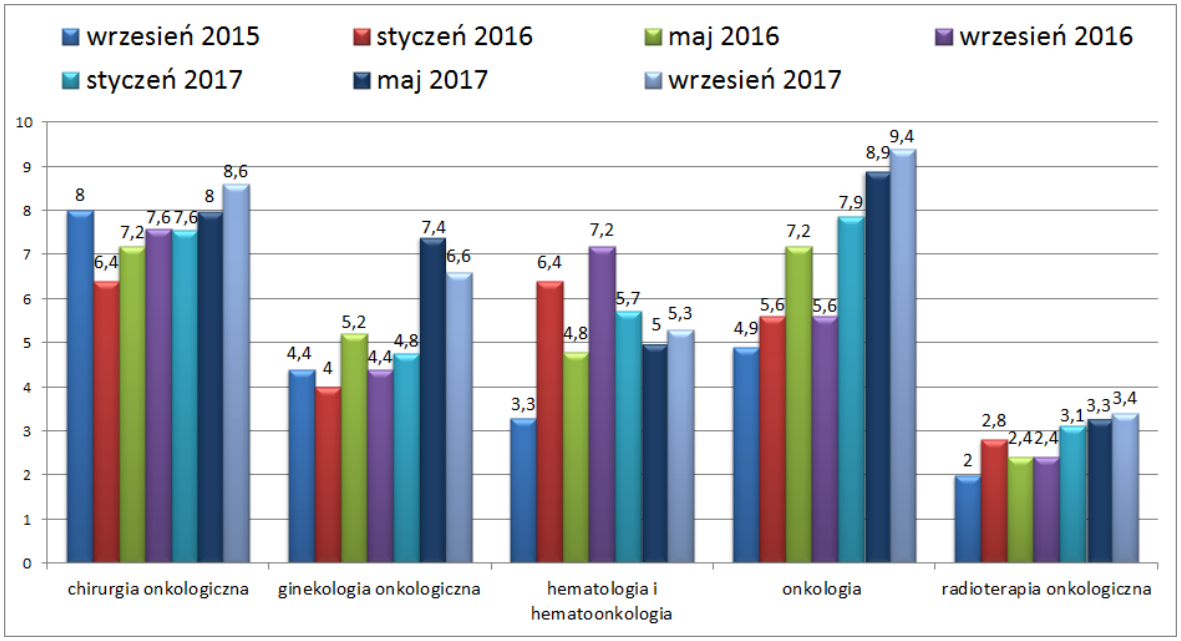
Analiza kolejek w poszczególnych dziedzinach onkologicznych (chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, hematologii i hematoonkologii, onkologii oraz radioterapii onkologicznej) pozwala stwierdzić, że **występują znaczne różnice w dostępności do świadczeń dla pacjentów**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

**nieposiadających karty DiLO, a pacjentami, którym taka karta została wydana**. Najdłuższe czasy oczekiwania dla pacjentów bez „zielonej karty" odnotowano w **onkologii sensu stricto (zawiera wiele świadczeń diagnostycznych),** gdzie średnio na uzyskanie świadczenia trzeba oczekiwać **ok. 9,4 tyg. (2,4 mies.),** czas ten uległ wydłużeniu. Następną pod względem długości kolejek dziedziną jest **chirurgia onkologiczna** (8,6 tyg. – 2,2 mies.). Kolejne dziedziny to **ginekologia onkologiczna** (średnio 6,6 tyg. – 1,7 mies.) oraz **hematologia i hematoonkologia** (średnio 5,3 tyg. – 1,3 mies.). Najkrócej oczekuje się na świadczenia z dziedziny **radioterapii onkologicznej** (3,4 tyg. – 0,8 mies.). **W porównaniu z danymi z maja 2017 r., opublikowanymi w czerwcowym OnkoBarometrze, nastąpiło nieznaczne wydłużenie średniego czasu oczekiwania w trzech z pięciu badanych przez Fundację WHC dziedzinach.** Wzrost o niecały 1 tydzień zaobserwowano w dziedzinie chirurgii onkologicznej i onkologii. Skróceniu o niecały 1 tydzień uległ czas oczekiwania na świadczenia w dziedzinie ginekologii onkologicznej.

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




**Rysunek 2. Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne (tygodnie) w poszczególnych dziedzinach onkologicznych wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 vs. wrzesień 2016 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017 vs. wrzesień 2017, pacjenci BEZ karty DiLO.**

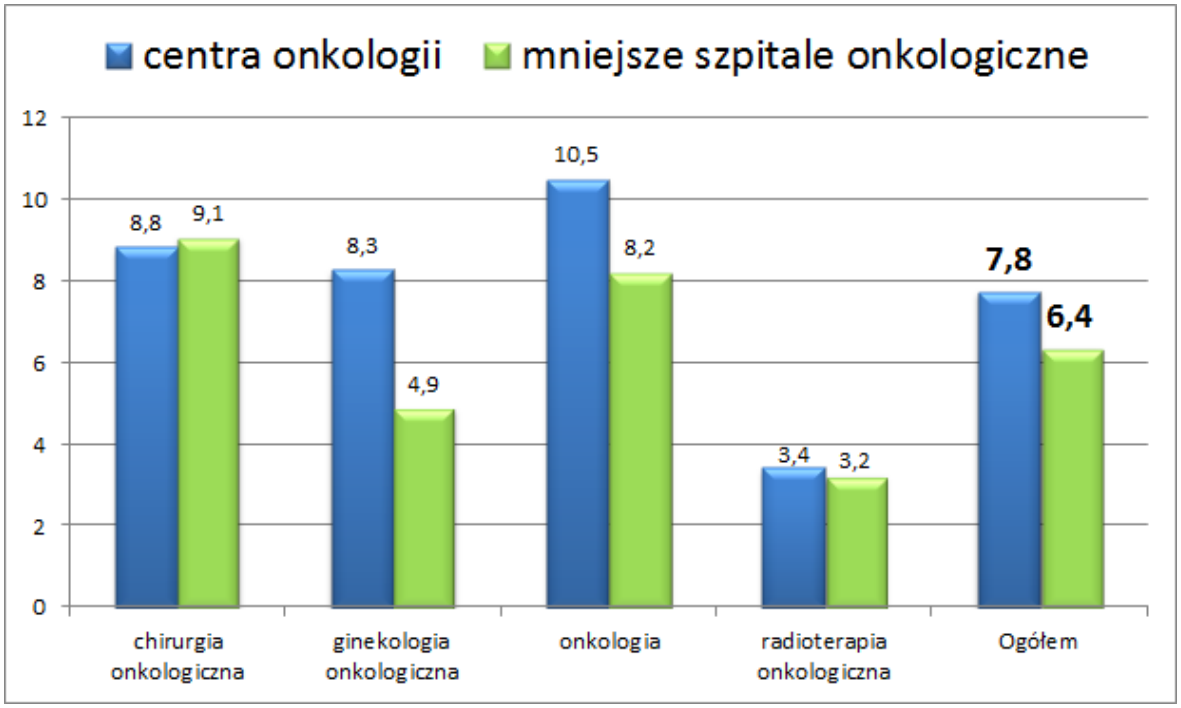


❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

Rys. 2 przedstawia rozkład czasów oczekiwania na świadczenia onkologiczne dla pacjentów bez karty DiLO (od września 2015 r. do września 2017 r.).

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

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




**Rysunek 3. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia zdrowotne w dużych, specjalistycznych centrach onkologicznych oraz w pozostałych placówkach (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO, wrzesień 2017 r.**

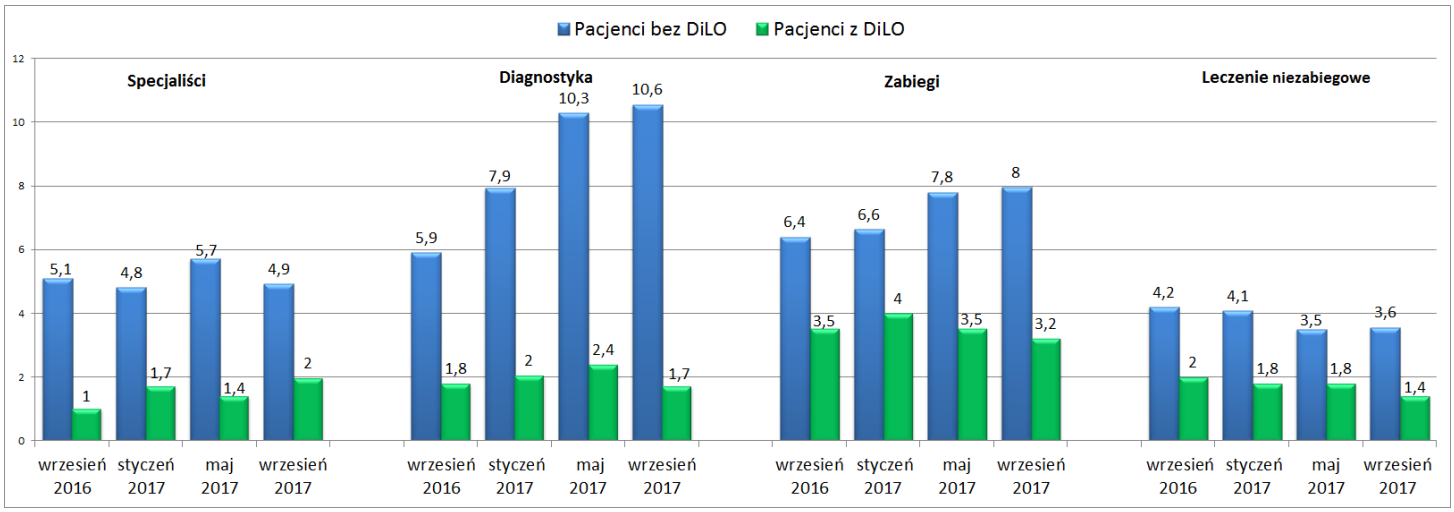
Weryfikacja średnich czasów oczekiwania dla poszczególnych dziedzin wykazała brak znacznych różnic pomiędzy dostępnością do leczenia onkologicznego pomiędzy centrami onkologii oraz mniejszymi szpitalami onkologicznymi. W przypadku świadczeń z dziedzin ginekologii onkologicznej oraz onkologii *sensu stricto* 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



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

łóżek, profesjonalnej kadry (dostęp do specjalisty) do kompleksowej opieki nad chorym z nowotworem. Mają większy dostęp do wiedzy i możliwości podejmowania różnych rodzajów terapii, prowadzą często badania kliniczne, a innowacyjne terapie mogą przyczynić się do poprawy stanu chorego.

## 4.2 Dostępność




**Rysunek 4. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia w podziale na rodzaj świadczenia (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, wrzesień 2016 r. vs. styczeń 2017 r. vs. maj 2017 r. vs. wrzesień 2017.**

Powyższy wykres przedstawia czasy oczekiwania na poszczególnych etapach leczenia dla pacjentów posiadających kartę DiLO oraz dla pacjentów nieposiadających karty DiLO (porównanie czterech ostatnio badanych okresów). Najdłuższy czas oczekiwania Fundacja WHC odnotowała we wrześniu 2017 r. dla pacjentów bez karty DiLO, którzy czekali w kolejce na badanie diagnostyczne - średnio 10,6 tyg. (ok. 2,7 mies.), kolejno w przypadku oczekiwania na zabieg średnia kolejka wyniosła 8 tyg. (około 2 mies.). Najbardziej dostrzegalną różnicę w dostępie pomiędzy pacjentami posiadającymi „zieloną kartę" oraz chorymi bez karty DiLO Fundacja WHC zaobserwowała w dostępie do wizyt u specjalistów, diagnostyki oraz leczenia w postaci operacji/zabiegów.

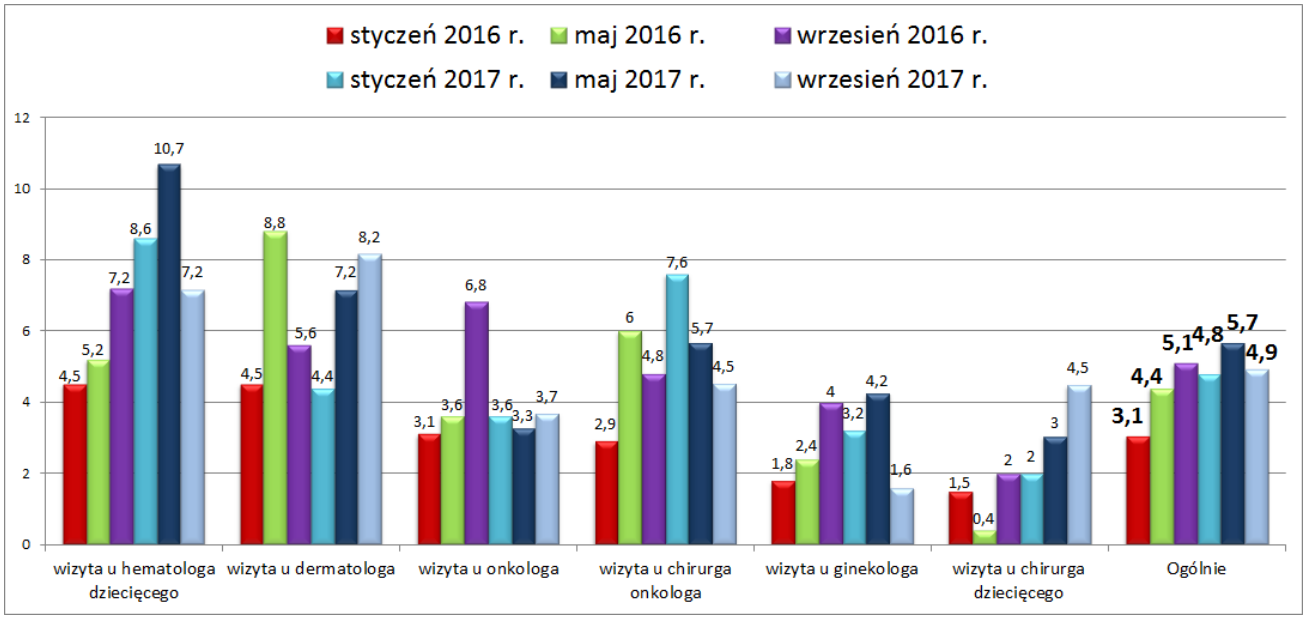
**W porównaniu do danych z września 2016 r., stycznia 2017 r. oraz maja 2017 r., sukcesywnie wzrasta czas oczekiwania na badania diagnostyczne oraz na zabiegi/operacje dla pacjentów nieposiadających „zielonej karty".**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

### 4.2.1. Specjaliści

Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w dziedzinach onkologicznych we wrześniu 2017 r. wyniósł około 4,9 tyg., co oznacza skrócenie czasu oczekiwania o niecały 1 tydzień w porównaniu do maja 2017 r. (5,7 tyg.). **Czas oczekiwania do specjalisty dla pacjentów bez karty DiLO nieznacznie się skrócił.** Najdłużej trzeba oczekiwać na poradę u dermatologa, gdzie średni czas oczekiwania to 8,2 tyg. (2,1 mies.). Mali pacjenci na wizytę do hematologa dziecięcego muszą poczekać ok. 7,2 tyg. (1,8 mies.). Długi czas oczekiwania zaobserwowano także w przypadku wizyty u chirurga onkologa oraz chirurga dziecięcego – ok. 4,5 tyg. (1,1 mies.).




**Rysunek 5. 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. vs. wrzesień 2017 r. (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO.**

We wrześniu 2017 r. najkrócej – (średnio 1,6 tygodnia) – oczekiwały w kolejce pacjentki na wizytę do ginekologa. Specjaliści, do których czas oczekiwania wydłużył się w porównaniu do poprzednich okresów, to: chirurg dziecięcy – 4,5 tyg. oraz onkolog – 3,7 tyg.

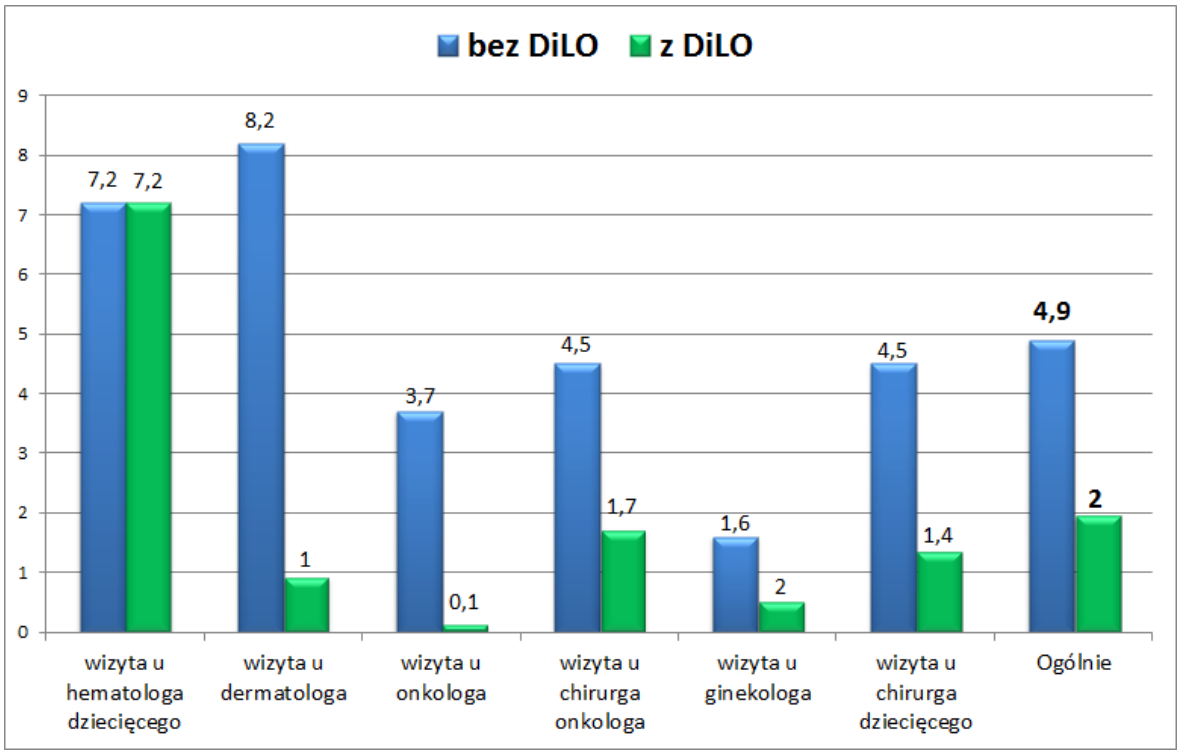
Porównując średni czas oczekiwania pacjentów bez zielonej karty pomiędzy majem 2017 a wrześniem bieżącego roku, dla poszczególnych specjalistów obserwujemy:

- w przypadku wizyty u hematologa dziecięcego **skrócenie** kolejki o **3,5 tyg.**;



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

- w przypadku wizyty u dermatologa **wydłużenie** w czasie oczekiwania o **1 tydz.**;
- w przypadku wizyty u onkologa – nieznaczne **wydłużenie** o **0,4 tyg.**;
- w przypadku wizyty u chirurga onkologa – **skrócenie o 1,2 tyg.**;
- w przypadku wizyty u ginekologa – **skrócenie o 2,6 tyg**.;
- w przypadku wizyty u chirurga dziecięcego **wydłużenie o 1,5 tyg.;**




**Rysunek 6. Porównanie średniego czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, wrzesień 2017 (tygodnie).**

Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty dla pacjenta z kartą DiLO w przypadku wizyt u badanych przez WHC 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 wizyty u hematologa osób dorosłych (którą badamy do etapowości postępowania w przewlekłej białaczce szpikowej) zaobserwowano znaczą różnicę w czasie oczekiwania - **29,2 tyg. (7,3 mies.)**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

oczekują dorośli pacjenci **bez karty DiLO** oraz średnio **2,4 tyg. (0,6 mies.)** oczekują pacjenci **posiadający kartę DiLO.**

### 4.2.2. Diagnostyka

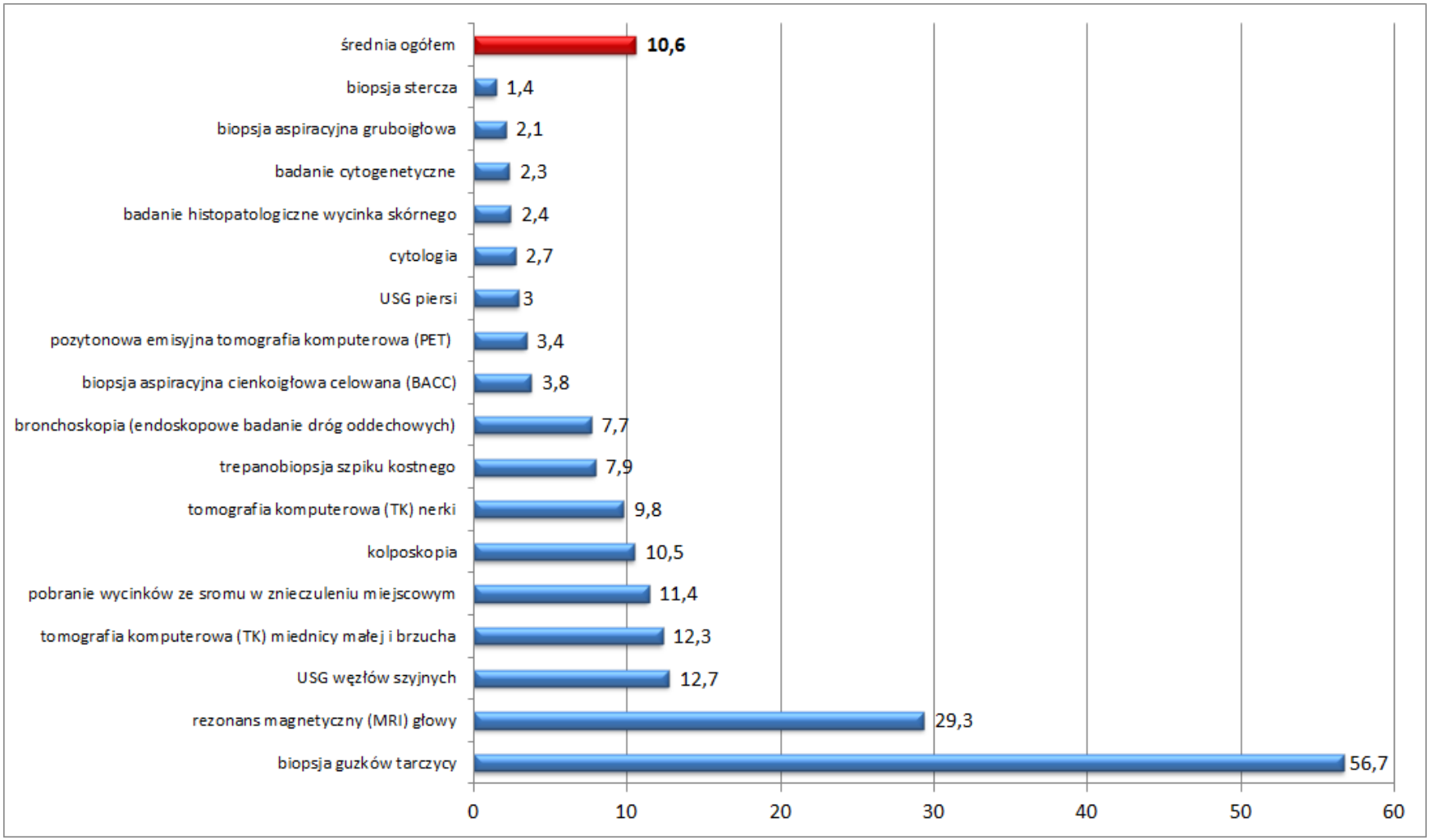
W ramach projektu OnkoBarometr WHC Fundacja poddała analizie dostępność do 17 badań diagnostycznych. **Średni czas oczekiwania na badanie diagnostyczne dla wszystkich dziedzin onkologicznych wynosił we wrześniu 2017 roku ok. 10,6 tyg. (2,7 mies.) — w przypadku pacjentów nieposiadających karty DiLO. Porównując dane zebrane w raporcie OnkoBarometr, stan na maj 2017 r., zaobserwowano stagnację czasu oczekiwania.**

Dane zebrane we wrześniu 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 56,7 tyg. (14,2 mies.). Tak długi czas oczekiwania związany jest ze wskazaniem według którego kwalifikacja do wykonania biopsji musi przejść przez przychodnię przyszpitalną. W przypadku skierowania na biopsję tarczycy od onkologa czas ten jest krótszy i wynosi średnio 3,8 tygodnia. W tym przypadku też zachodzi konieczność wizyty przed badaniem u specjalisty, natomiast czasy oczekiwania do onkologa są znacznie krótsze.

**Długi czas oczekiwania dotyczy również rezonansu magnetycznego (MRI) głowy u 9- letniego dziecka, na który trzeba poczekać średnio 29,3 tyg. (7,3 mies.). Czas oczekiwania na USG węzłów szyjnych wynosi średnio 12,7 tyg. (3,2 mies.). Na tomografię komputerową (TK) miednicy małej i brzucha oczekuje się średnio 12,3 tyg. (3,1 mies.)**, natomiast na pobranie wycinków ze sromu w znieczuleniu miejscowym pacjenci oczekują średnio 11,4 tyg. (2,9 mies.). Na kolposkopię kolejka wynosi średnio 10,5 tyg. (2,6 tyg.), z kolei na tomografię komputerową (TK) nerki czas oczekiwania wynosi średnio 9,8 tyg. (2,5 mies.). Długi czas oczekiwania dotyczy także trepanobiopsji szpiku kostnego (7,9 tyg. – 1,8 mies.) oraz wykonania bronchoskopii (7,7 tyg. – 1,9 mies.). Na pozytonową emisyjną tomografię komputerową (PET) pacjent oczekuje 3,4 tyg. (0,9 mies.). Dla pacjentek chcących wykonać USG piersi oraz cytologię, bez karty DiLO, średni czas oczekiwania wynosi odpowiednio 3 tyg. oraz 2,7 tyg. Czas oczekiwania poniżej 2,5 tygodnia dotyczy następujących świadczeń: badania histopatologicznego wycinka skórnego, badania cytogenetycznego, biopsji aspiracyjnej gruboigłowej, oraz biopsji stercza.



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*




**Rysunek 7. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne wrzesień 2017 r. (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO.**



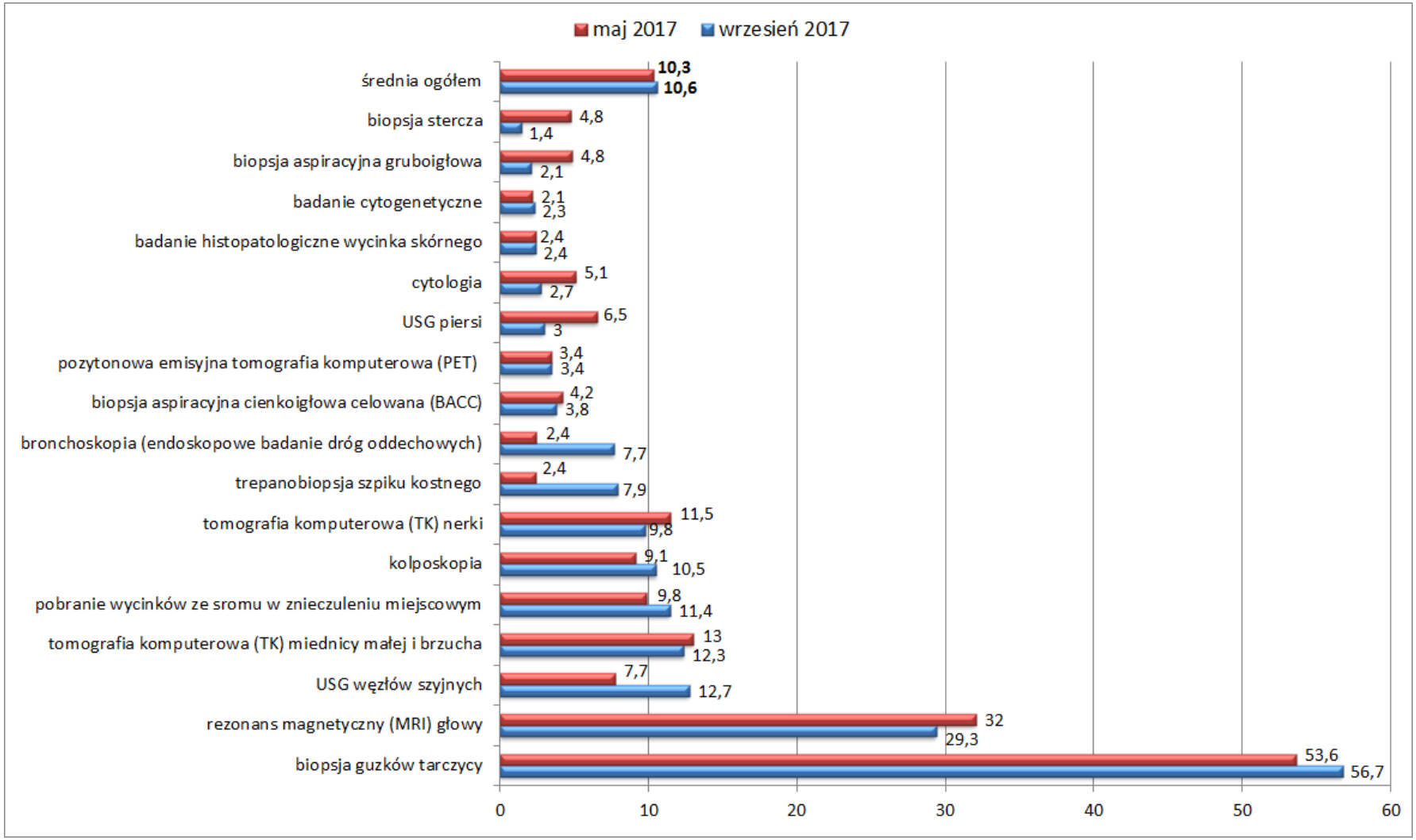
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

**Analiza porównawcza wyników dla świadczeń diagnostycznych zweryfikowanych w maju 2017 r. oraz we wrześniu 2017 r. wskazuje na brak zmian w czasie 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 trepanobiopsji szpiku kostnego, wykonania bronchoskopii oraz wykonania USG węzłów szyjnych. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zaobserwowano natomiast w badaniu USG piersi, biopsji stercza czy cytologii.



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*




**Rysunek 8. Porównanie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne maj 2017 r. vs. wrzesień 2017 r. (tygodnie), BEZ karty DiLO.**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

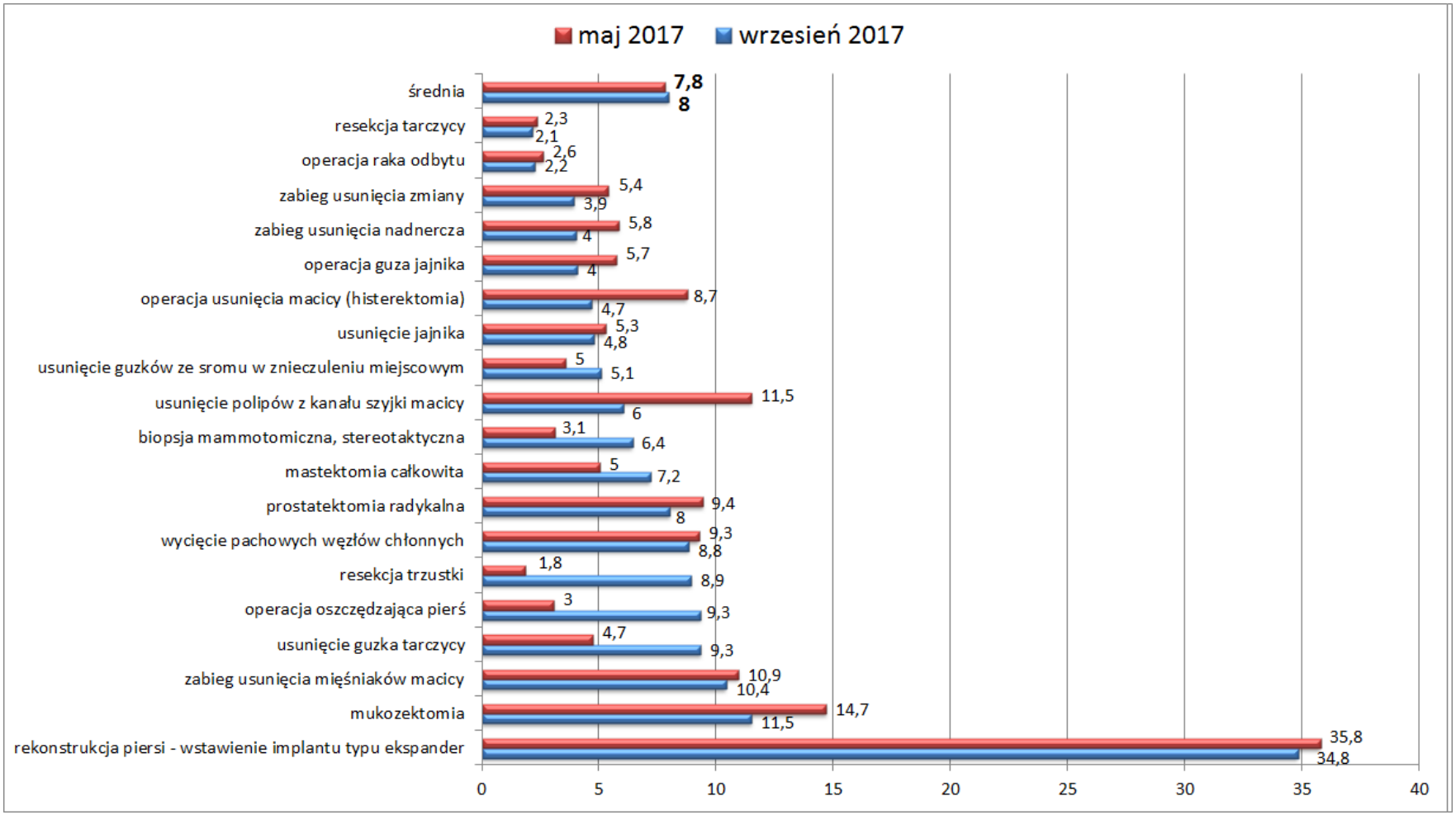
### 4.2.3. Zabiegi

W grupie świadczeń zdefiniowanych jako „zabiegi" objętych monitorowaniem jest 19 procedur medycznych. **W ujęciu generalnym na zabiegi onkologiczne we wrześniu 2017 r. czas oczekiwania wyniósł 8 tyg. (2 mies.) dla pacjentów bez „zielonej karty".** Nie nastąpiła istotna zmiana czasu oczekiwania na zabiegi w porównaniu do poprzednio badanego okresu – maj 2017 r. Najdłużej, bo średnio 34,8 tyg. (ok. 8,7 mies.) czeka się na rekonstrukcję piersi — wstawienie implantu typu ekspander. Zabieg ten nie jest objęty pakietem onkologicznym. Świadczeniami obarczonymi długim czasem oczekiwania są również: mukozektomia 11,5 tyg. (2,9 mies.), czy zabieg usunięcia mięśniaków macicy 10,4 tyg. (2,6mies.).

Świadczeniem na które skrócił się czas oczekiwania o 5,5 tyg. w porównaniu z poprzednio badanym okresem (maj 2017 r.) jest zabieg usunięcia polipów z kanału szyjki macicy. W przypadku operacji usunięcia macicy zaobserwowano skrócenie czasu oczekiwania o 4 tyg., a w przypadku mukozektomi o 3,2 tyg. Natomiast świadczeniami, na które czas oczekiwania wydłużył się jest resekcja trzustki — aktualnie 8,9 tyg. Czas oczekiwania jest dłuższy średnio o 7,1 tyg. Kolejka oczekujących uległa wydłużeniu o 6,3 tyg. w przypadku oczekiwania na operację oszczędzającą pierś oraz zabieg usunięcia guzka tarczycy o 4,6 tyg. Zestawienie średnich czasów oczekiwania na wykonanie zabiegów w dziedzinach onkologicznych dla pacjentów **bez karty DiLO** zostało zaprezentowane na rysunku 9.



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*




**Rysunek 9. Średni czas oczekiwania na wykonanie zabiegu onkologicznego w maju 2017 r. oraz we wrześniu 2017 r. (tygodnie), BEZ karty DiLO.**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

### 4.2.4. Leczenie niezabiegowe

Dane zebrane przez Fundację wskazują, że **aby uzyskać dostęp do niezabiegowego leczenia onkologicznego we wrześniu 2017 roku, chory bez karty DiLO musiał czekać średnio 3,5 tyg. (0,9 mies.).** Czas ten nie uległ zmianie w porównaniu do niezabiegowych świadczeń leczniczych zweryfikowanych w poprzednim OnkoBarometrze WHC (maj 2017 r.).

Świadczeniami, na które pacjent czeka najkrócej, są: immunochemioterapia, radioterapia w raku tarczycy, chemioterapia w leczeniu chłoniaka Hodgkina. Średni czas oczekiwania na powyższe świadczenia we wrześniu 2017 r. wyniósł poniżej 2 tygodni.

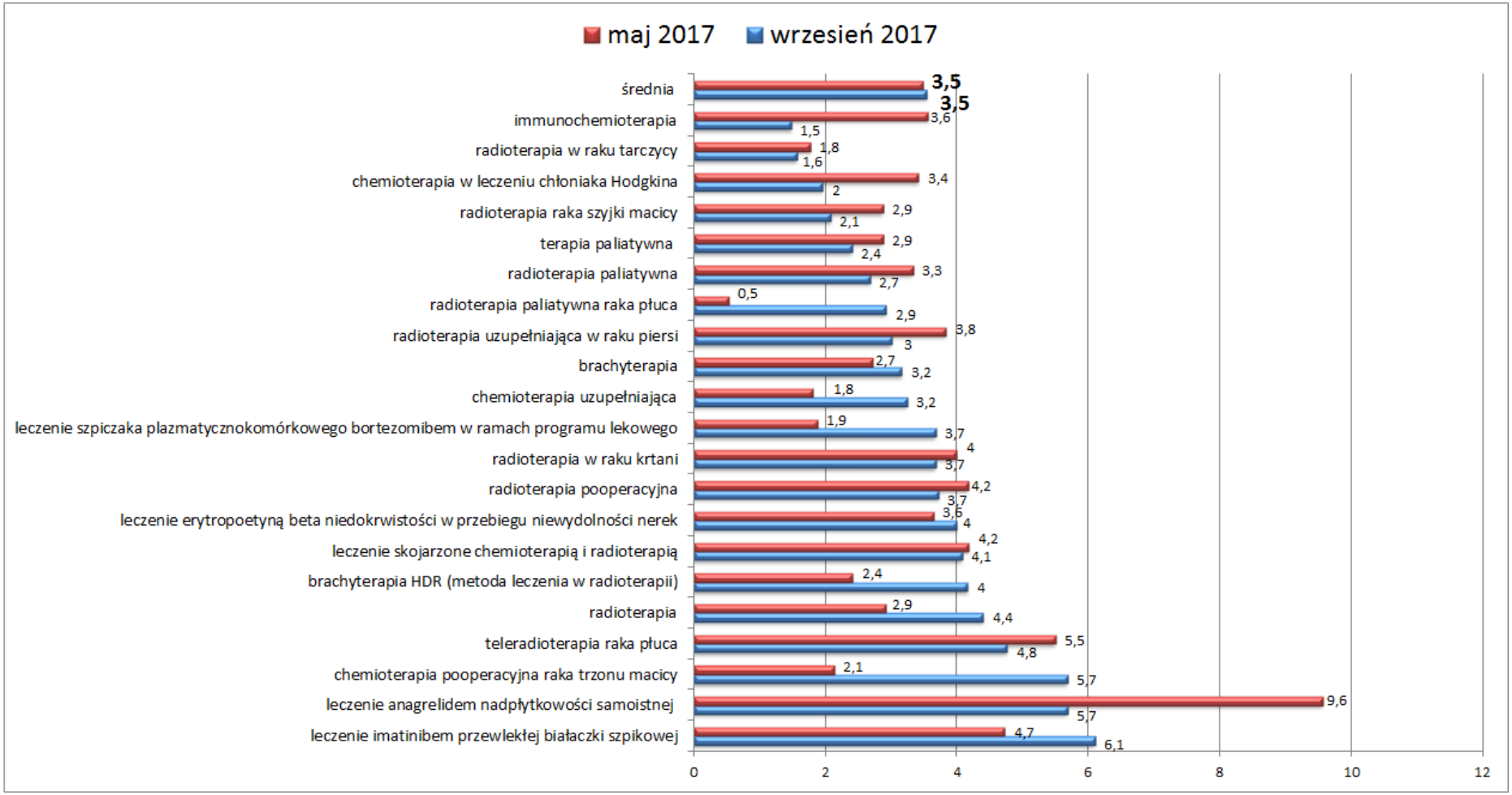
**Najdłuższy czas oczekiwania na leczenie niezabiegowe, jaki odnotowano w bieżącym OnkoBarometrze wynosi 6,1 tyg. (1,5 mies.), w przypadku leczenia imatynibem przewlekłej białaczki szpikowej**, co w porównaniu z wynikami z maja 2017 r. jest czasem dłuższym o 1,4 tyg. Utrzymujący się długi czas oczekiwania może być związany z faktem, że kwalifikacja do programu lekowego musi odbywać się przez poradnię hematologiczną, gdzie terminy dla dorosłych osób są odległe.

Równie długą kolejkę odnotowano w przypadku oczekiwania na rozpoczęcie leczenia anagrelidem nadpłytkowości samoistnej oraz chemioterapię pooperacyjną raka trzonu macicy średnio 5,7 tyg. (1,4 mies.). Czas oczekiwania na radioterapię raka szyjki macicy, terapię paliatywną, radioterapię paliatywną, radioterapię paliatywną raka płuca oraz radioterapię uzupełniającą w raku piersi wyniósł do 3 tygodni.

Zestawienie wszystkich wyników czasu oczekiwania na leczenie niezabiegowe dla pacjentów bez karty DiLO przedstawia rysunek 10.



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*




**Rysunek 10. Czas oczekiwania (tygodnie) na rozpoczęcie leczenia niezabiegowego, porównanie maj 2017 r. vs. wrzesień 2017 r., BEZ karty DiLO.**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

## 5. Żywienie dojelitowe pacjentów onkologicznych

Fundacja Watch Health Care w ostatnim czasie otrzymała internetowe zgłoszenie do Rankingu Problemów Pacjenta[5] od zaniepokojonego lekarza z województwa małopolskiego. Dotyczyło ono długich czasów oczekiwania na żywienie dojelitowe pacjentów onkologicznych. Lekarz zwrócił uwagę na problem, z którym boryka się w swojej praktyce lekarskiej i coraz częściej czuje się bezsilny nie mogąc pomóc pacjentom. **Pacjenci, którzy w wyniku walki z chorobą nowotworową, utracili możliwość samodzielnego spożywania posiłków zmuszeni są korzystać z żywienia dojelitowego** (w cięższych przypadkach chorobowych z żywienia pozajelitowego - dożylnego). Pacjent będąc w szpitalu otrzymuje takie żywienie. Problem zaczyna się w momencie, kiedy hospitalizacja dobiega końca, pacjent wraca do domu ze skierowaniem do poradni żywieniowej w ręku, w celu dalszego korzystania z tej formy żywienia. **Niestety występują kolejki do poradni żywieniowej** – kilkudniowe czy nawet kilkumiesięczne.

Żywienie pacjentów onkologicznych pełni ważną rolę w procesie leczenia. Niekiedy pacjent wymaga żywienia dojelitowego lub pozajelitowego. Żywienie dojelitowe polega na odżywaniu pacjenta za pomocą diety przemysłowej. Żywienie dojelitowe jest rozwiązaniem dla pacjentów którzy z przyczyn choroby nie mogą odżywiać się w sposób doustny lub odżywianie się w ten sposób jest niewystarczające i powoduje niedożywienie pacjenta. W konsekwencji może prowadzić to do wyniszczenia organizmu i śmierci. Aby pacjent onkologiczny mógł odżywiać się dojelitowo musi mieć sprawny przewód pokarmowy oraz założony specjalny dostęp do takiego żywienia w postaci zgłębników (sond) lub przetok odżywczych. Najczęściej zakładanym pacjentowi dostępem są:

- zgłębnik nosowo-żołądkowy,
- nosowo-jelitowy,
- nosowo-dwunastniczy,
- sonda nosowo-żołądkowa,

[5] http://www.korektorzdrowia.pl/zglos-problem/



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Zgłębnik zakłada się maksymalnie na 6 tygodni. Po tym czasie trzeba wymienić go na nowy lub założyć stomię. Stosowana jest ona u pacjentów u których odżywianie planowane jest przez dłuższy okres czasu. Jeśli mowa o sztucznym dostępie to można uzyskać go poprzez jejunostomię, gastroskopię klasyczną (PEG), której celem jest dostarczenie pokarmu bezpośrednio do żołądka. Dla pacjentów aktywnych i samodzielnych przeznaczona jest gastroskopia niskoprofilowa (nutriport), dzięki czemu dostęp jest mniej widoczny, natomiast wymaga dobrego dopasowania i wymian średnio co 6 miesięcy. Stomię wykonuje się przeważnie metodą nieoperacyjną za pomocą gastroskopu.[6]

Przez założony sztuczny dostęp zapewniany jest pokarm do przewodu pokarmowego. Są to pokarmy zmiksowane, gotowane w zależności od stanu pacjenta i możliwości opieki nad nim lub preparaty płynne przygotowane specjalnie dla pacjenta i dostosowane do jego potrzeb w postaci płynnej diety przemysłowej. Odpowiednio dobrane i zbilansowane mogą stanowić jedyne źródło pożywienia dla pacjenta onkologicznego.

Żywienie pozajelitowe dotyczy pacjentów którzy z powodu uszkodzenia jelit nie mogą być żywieni dożołądkowo. W celu odżywienia takich pacjentów stosuje się żywienie poprzez żyły obwodowe po uzyskaniu dostępu dożylnego. W tym celu zakładany jest pacjentowi wenflon lub żywienie odbywa się poprzez żyłę główną założonym cewnikiem.[7]

**Warto zwrócić uwagę, że żywienie dojelitowe oraz pozajelitowe pacjentów onkologicznych nie jest objęte pakietem onkologicznym.**

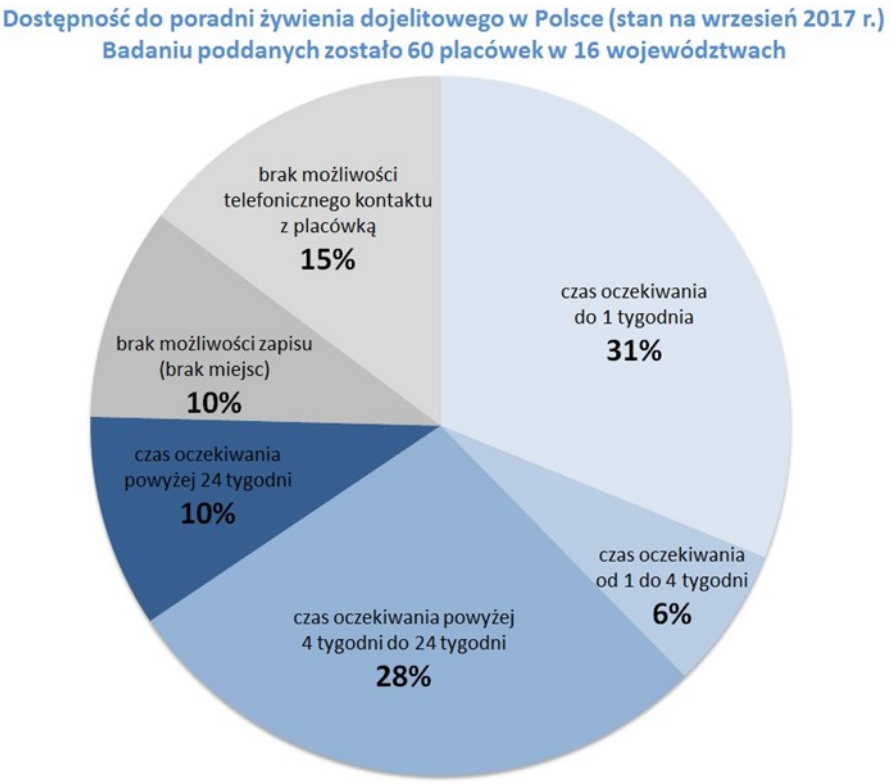
Fundacja Watch Health Care zbadała dostępność do poradni żywienia dojelitowego w Polsce (stan na wrzesień 2017 r.). **Zbadano dostęp do poradni dla 75 letniego mężczyzny, który po przebytym zabiegu resekcji gardła, po chemioterapii i z problemami żołądkowymi został skierowany ze szpitala do poradni żywieniowej w celu kontunuowania żywienia dojelitowego poprzez przetokę odżywczą PEG.**

[6] http://www.nazywieniu.pl/artykuly/34,leczenie-zywieniowe/35,dojelitowe/zywienie-dojelitowe,77.html, dostęp: [28.09.2017]

[7] https://www.zwrotnikraka.pl/zywienie-dojelitowe-pozajelitowe/, dostęp: [28.09.2017]



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*




**Rysunek 11. Dostęp do poradni żywienia dojelitowego w Polsce, wrzesień 2017 r. (%)**

Fundacja WHC zmapowała 60 poradni żywieniowych w Polsce, które świadczą usługi w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zaobserwowano nierównomierne rozmieszczenie poradni w poszczególnych województwach. W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonuje 8 poradni żywieniowych, w województwie wielkopolskim jest 7 poradni. W pozostałych województwach działa od 5 do 2 poradni. **W województwie lubuskim funkcjonuje tylko 1 poradnia, w której czas oczekiwania wynosi 3 miesiące. Z racji regionalizacji działania tych jednostek, pacjent nie ma możliwości zapisania się do poradni w innym województwie. NFZ nie rozliczy takiej usługi.**

Powyższy diagram przedstawia dostępność do żywienia dojelitowego w Polsce (stan na wrzesień 2017 r.). W 18 placówkach czas oczekiwania na przyjęcie do poradni trwa poniżej jednego tygodnia. W 4 przebadanych przez Fundację placówkach czas oczekiwania mieści się w przedziale od 1 do 4 tygodni. W 16 placówkach pacjent czeka od 4 do 24 tygodni na przyjęcie do poradni



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

żywienia. W 7 poradniach Fundacja uzyskała informację o braku możliwości zapisu do kolejki oczekiwania na żywienie. W tych placówkach pacjent musi oczekiwać aż zwolni się miejsce poprzez wypadnięcie z programu żywienia innego pacjenta. **Aż z 9 placówkami Fundacja nie mogła się skontaktować w celu uzyskania informacji o czasie oczekiwania na wdrożenie do żywienia dojelitowego mimo wielu prób.** W większości placówek pracuje około 2 osób – lekarz i pielęgniarka. Jeśli te osoby są w terenie u pacjentów to ciężko jest uzyskać z nimi kontakt nowym pacjentom.

Żywienie dojelitowe pacjentów onkologicznych prowadzone jest w warunkach domowych pod nadzorem wyspecjalizowanego ośrodka zajmującego się tego rodzaju żywieniem. Jeśli ośrodek ma podpisany kontrakt z NFZ, to pacjent nie płaci za usługę konsultacji lekarskich oraz za specjalne mieszanki przygotowanych przemysłowo diet. Plan leczenia żywieniowego w oparciu o historię choroby pacjenta ustala lekarz, który odpowiada za przebieg żywienia oraz jego następstwa, powikłania. Podczas pierwszego spotkania pacjent, a także osoby opiekujecie się nim, przechodzi odpowiednie szkolenie. Rozpoczynając żywienie dojelitowe lekarz odpowiednio zwiększa dawki przygotowanych przemysłowo diet, które przyjmuje pacjent w celu „ustawienia" jego żywienia. W dalszym etapie żywienia mieszanki żywieniowe pacjent może spożywać według wskazań lekarza. Odpowiednie dla danego pacjenta mieszanki żywieniowe dostarcza placówka, pod której opieką jest chory. Kontrola żywienia odbywa się poprzez regularne wizyty pielęgniarki w domu pacjenta.

W przypadku, kiedy pacjent nie ma możliwości szybkiego rozpoczęcia żywienia dojelitowego w poradni żywieniowej może skorzystać z usługi komercyjnej. Dostęp do komercyjnego żywienia dojelitowego jest stosunkowo łatwy. Jedna z firm komercyjnych oferuje pacjentom pakiet 2 tygodniowego żywienia w cenie 1500 zł. W ofercie mieści się konsultacja z lekarzem oraz dostarczenie mieszanek żywieniowych na okres 2 tygodni. Inna firma komercyjna zmapowana przez Fundację WHC oferuje pacjentom diety w cenie 1000 zł za miesiąc, pierwszy tydzień żywienia gratis. Kolejna firma oferuje żywienie komercyjne w domu pacjenta, pod stałą kontrolą lekarza i z co 3-miesięcznymi badaniami w cenie 2500 zł za miesiąc. Oferty żywienia komercyjnego są zróżnicowane, zarówno pod kątem usługi jak i ceny.



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

Pacjent (bądź jego opiekuni) mogą też próbować prowadzić żywienie dojelitowe na własną rękę poprzez zakup w aptece specjalnych przemysłowych diet. Jednak istnieje duże ryzyko związane ze źle dobraną dietą oraz braku kontroli nad pacjentem. Konsekwencje nieodpowiedniego żywienia dojelitowego mogą prowadzić do spadku wagi, obniżać jakość życia, a w skrajnych przypadkach prowadzić do śmierci głodowej.

Można byłoby przypuszczać, że skoro żywienie to podstawa egzystencji człowieka to dostęp do specjalistycznego żywienia pacjenta onkologicznego powinien być niczym nieograniczony. Tylko w niewielkiej części placówek przebadanych przez WHC pacjent otrzyma żywienie dojelitowe w przeciągu 1 tygodnia. W pozostałych przypadkach czeka go „śmierć głodowa". Wprowadzona opieka koordynowana pod postacią pakietu onkologicznego powinna zapewniać więc także koordynację sztucznego odżywiania pacjenta onkologicznego.



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", 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 7 tygodni w 2017 r. 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 etapowość leczenia czterech często występujących nowotworów: płuca, piersi, prostaty oraz 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 i rozpoczęcie leczenia jest niezwykle ważne dla chorego. Do operacji kwalifikuje się około 25%



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

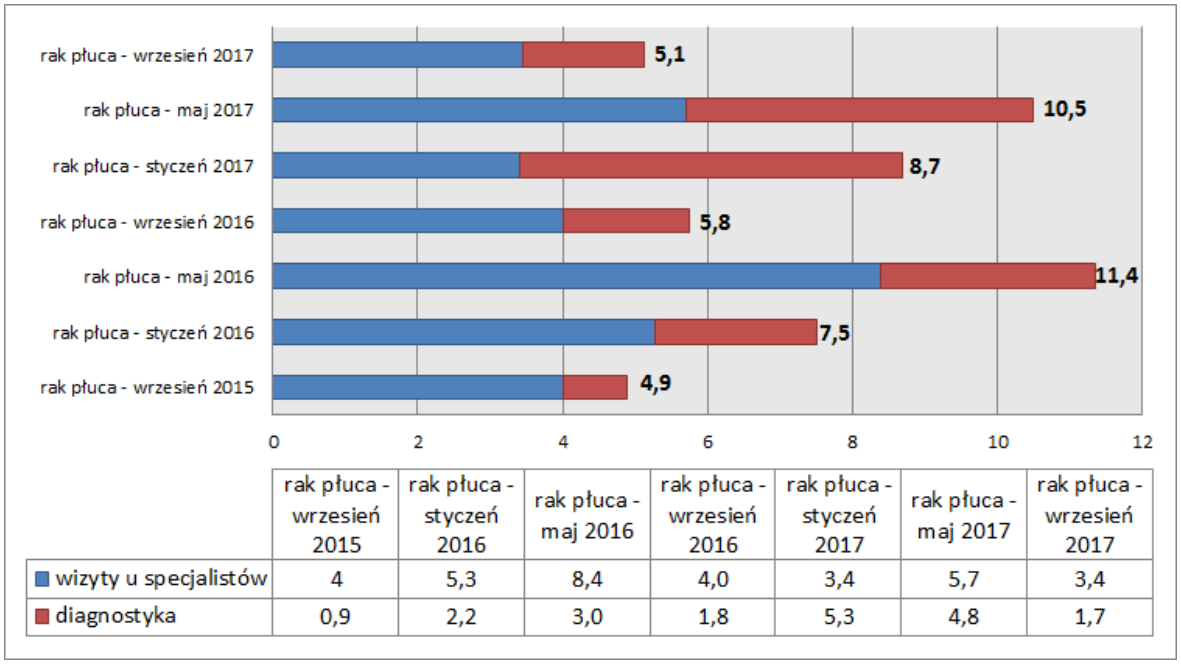
osób, z czego większość pacjentów leczonych jest metodami radioterapii, czy chemioterapii.[8] Ograniczeniami w szybkim rozpoznawaniu raka płuca jest dostęp do badań obrazowych.

Najnowsze wyniki uzyskane przez Fundację WHC we wrześniu 2017 r. pokazują, że na wizytę do pulmonologa, **bez karty DiLO**, pacjent musi czekać średnio 13,4 tyg. (3,4 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 18,3 tyg. (około 4,6 mies.). Kolejnym etapem leczenia jest wizyta u specjalisty z zakresu chirurgii klatki piersiowej — średnio 2,6 tyg. oczekiwania (0,7 mies.). W przypadku istnienia możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego, na operację chory czeka średnio do 1 tygodnia. Jeżeli jednak chory nie zostanie zakwalifikowany do leczenia operacyjnego po wizycie u onkologa, na którą oczekuje 3,7 tyg. (0,9 mies.), ma możliwość podjęcia dwóch rodzajów terapii: leczenie systemowe (chemioterapia, terapia ukierunkowana molekularnie) i/lub radioterapię paliatywną, na którą czeka się ok. 2,9 tyg. (0,7 mies.). Łączny czas od wizyty u lekarza POZ do rozpoczęcia leczenia za pomocą radioterapii paliatywnej raka płuca we wrześniu 2017 r. wyniósł 41,1 tygodnia (10,3 mies.). W poprzednio badanym okresie tj. w maju 2017 r. przeciętny skumulowany czas wyniósł 35,1 tyg. (8,8 mies.). **We wrześniu 2017 roku dla pacjentów posiadających kartę DiLO skumulowany czas oczekiwania wyniósł 6,4 tyg. (1,6 mies.), w czym diagnostyka pogłębiona została zakończona po 5,1 tyg. Czas ten mieści się w założonym przez Ministerstwo Zdrowia czasie 7 tygodni.** W poprzednio badanym okresie (maj 2017 r.) czas przeznaczony na diagnostykę wstępną i pogłębioną dla pacjentów posiadających kartę DiLO wyniósł 10,5 tyg., czyli o 5,4 tyg. dłużej. 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 do 1 tygodnia, a na leczenie ukierunkowane molekularnie od 1 do 1,5 tyg.

[8] http://www.medexpress.pl/rak-pluca-dzieki-innowacyjnym-terapiom-mozemy-zastosowac-kilka-opcji-leczenia/65969, dostęp:[02.09.2017]



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*




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

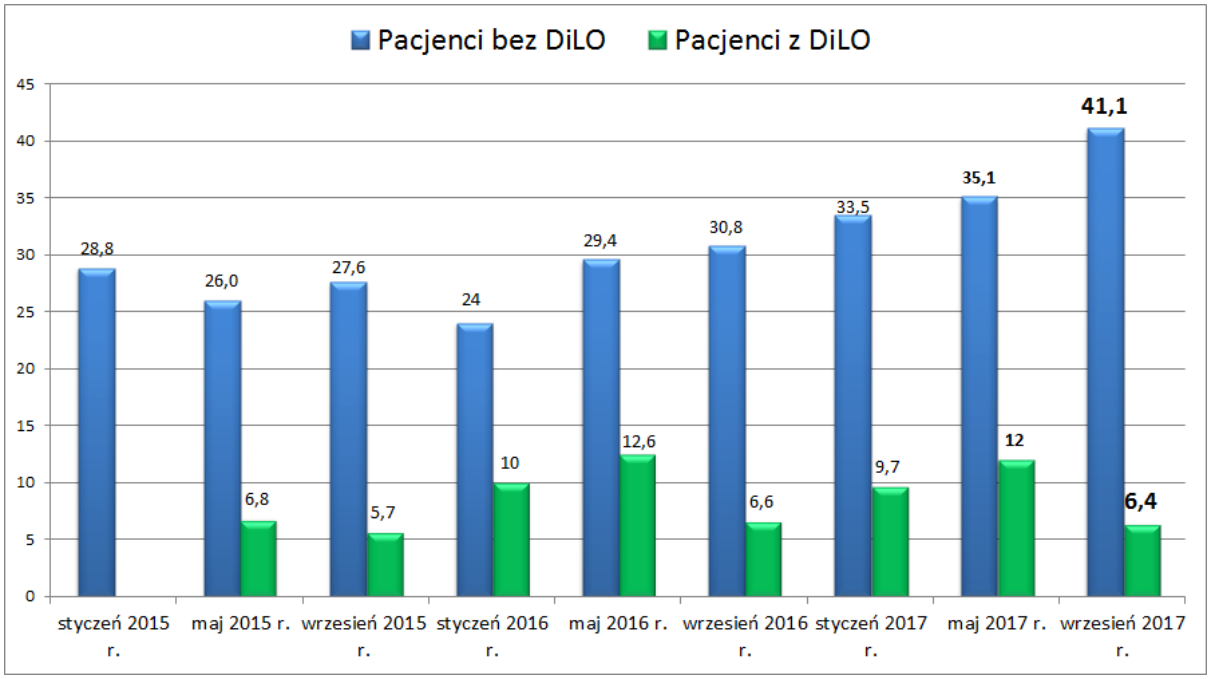
**Rysunek 12. Czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną raka płuca dla pacjentów z kartą DiLO (tygodnie). Z założeń pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać terminu 7 tygodni w 2017 r.**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

**Tabela 1. Etapowość postępowania u pacjenta z rakiem płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia — średnia dla pacjentów BEZ karty DiLO oraz podział na duże centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także średnia dla pacjentów z kartą DiLO.**

| **Etapowość diagnostyki pacjenta z rakiem płuc:** | **OnkoBarometr – wrzesień 2017 r.** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Pacjenci **bez karty DiLO** | Pacjenci **bez karty DiLO** | Średnia ogólna[9] dla pacjentów **bez karty DiLO** | **Pacjenci z kartą DiLO** |
| | *duże centra onkologiczne* | *mniejsze szpitale onkologiczne* | | |
| A. **zakończona leczeniem operacyjnym** | 47,2 tyg. (11,8 mies.) | 30,8 tyg. (7,7 mies.) | **38,8 tyg. (9,7 mies.)** | **5,8 tyg. (1,5 mies.)** |
| B. **zakończona radioterapią paliatywną** | 49,7 tyg. (12,4 mies.) | 32,5 tyg. (8,1 mies.) | **41,1 tyg. (10,3 mies.)** | **6,4 tyg. (1,6 mies.)** |

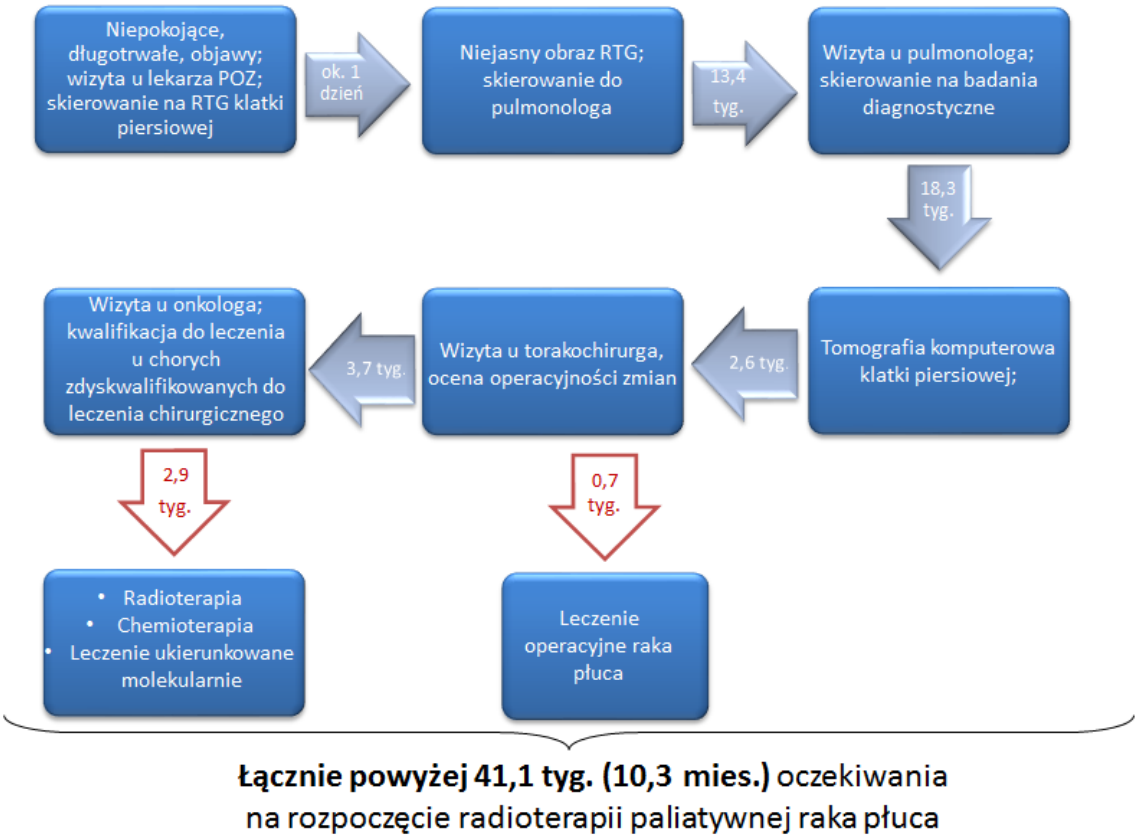



**Rysunek 13. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia raka płuca zakończonego radioterapią paliatywną, styczeń 2015 vs. maj 2015 vs. wrzesień 2015 vs. styczeń 2016 vs. maj 2016 vs. wrzesień 2016 vs. styczeń 2017 vs. maj 2017 vs. wrzesień 2017 (tygodnie).**

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



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, 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. 41,1 tyg. (10,3 mies.)**. Jest to czas dłuższy o 6 tyg. w porównaniu do maja 2017 r. — wynosił on wtedy 35,1 tyg. (8,8 mies.).

**W przypadku pacjenta posiadającego „zieloną kartę", czas od podejrzenia raka płuca do rozpoczęcia leczenia radioterapią paliatywną wynosi około 6,4 tyg. (1,6 mies.). Czas ten 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 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

## 6.2 Etapowość postępowania w raku piersi

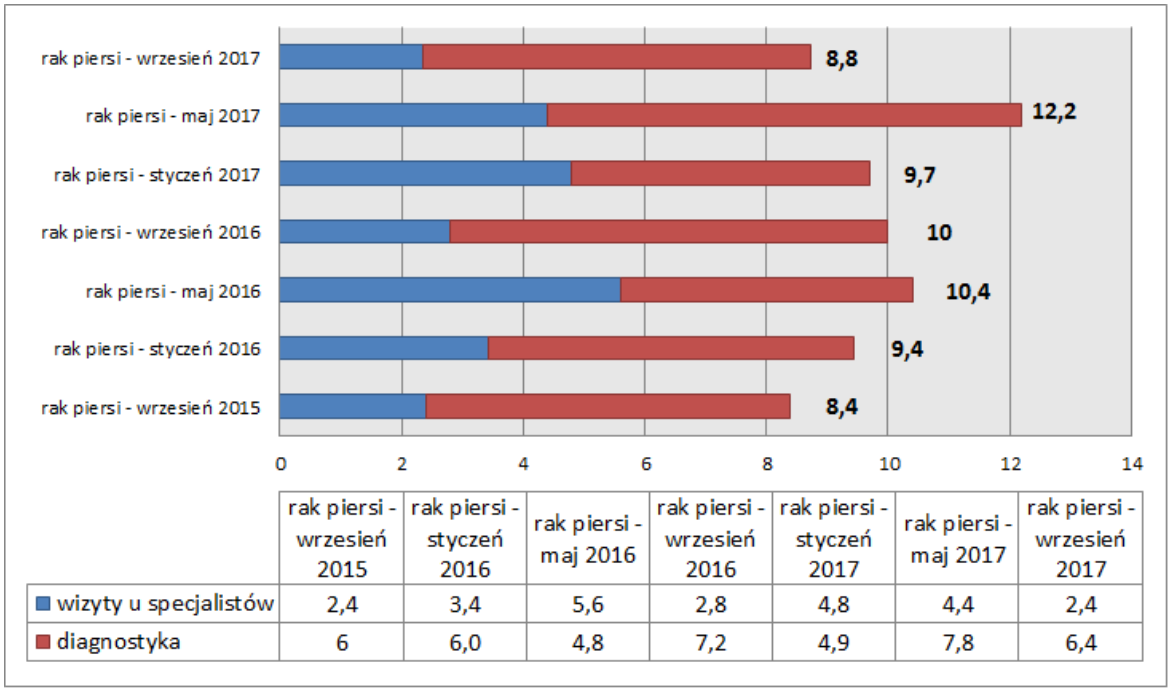
Etapowość postępowania w onkologii określono również dla pacjentki z podejrzeniem raka piersi. W przypadku pacjentki **bez karty DiLO**, czas oczekiwania ogółem, **od momentu wykrycia podejrzanej zmiany w ramach samokontroli lub w wyniku badania przesiewowego** (np. mammografii), **do rozpoczęcia leczenia operacyjnego, oszczędzającego pierś diagnozowanej, z dodatkową tomografią komputerową miednicy małej i brzucha, wynosi 38,2 tyg. (9,5 mies.).** W poprzednio badanym okresie przeciętny czas oczekiwania wynosił 40 tyg. (10 mies.). Zaobserwowano nieznaczne skrócenie czasu oczekiwania o 2 tyg. w porównaniu do maja 2017 r.

**W przypadku pacjentki posiadającej już od początku diagnostyki „zielona kartę"** i wymagającej **tomografii miednicy małej i brzucha, czas ten wynosi 8,8 tygodnia (2,2 mies.) – jest to czas oczekiwania na wykonanie całościowej diagnostyki (wizyty + diagnostyka pogłębiona).** Według założeń wprowadzonego pakietu onkologicznego czas ten nie powinien przekraczać obecnie 7 tygodni. **W poprzednio badanym okresie czas wykonania całościowej diagnostyki wynosił średnio 12,2 tyg. (3,1 mies.). Zaobserwowano skrócenie 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 we wrześniu 2017 r. średnio 1,2 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, a tym samym do problemów finansowych oddziałów onkologii.**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", 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 | rak piersi - wrzesień 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| wizyty u specjalistów | 2,4 | 3,4 | 5,6 | 2,8 | 4,8 | 4,4 | 2,4 |
| diagnostyka | 6 | 6,0 | 4,8 | 7,2 | 4,9 | 7,8 | 6,4 |

**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.**

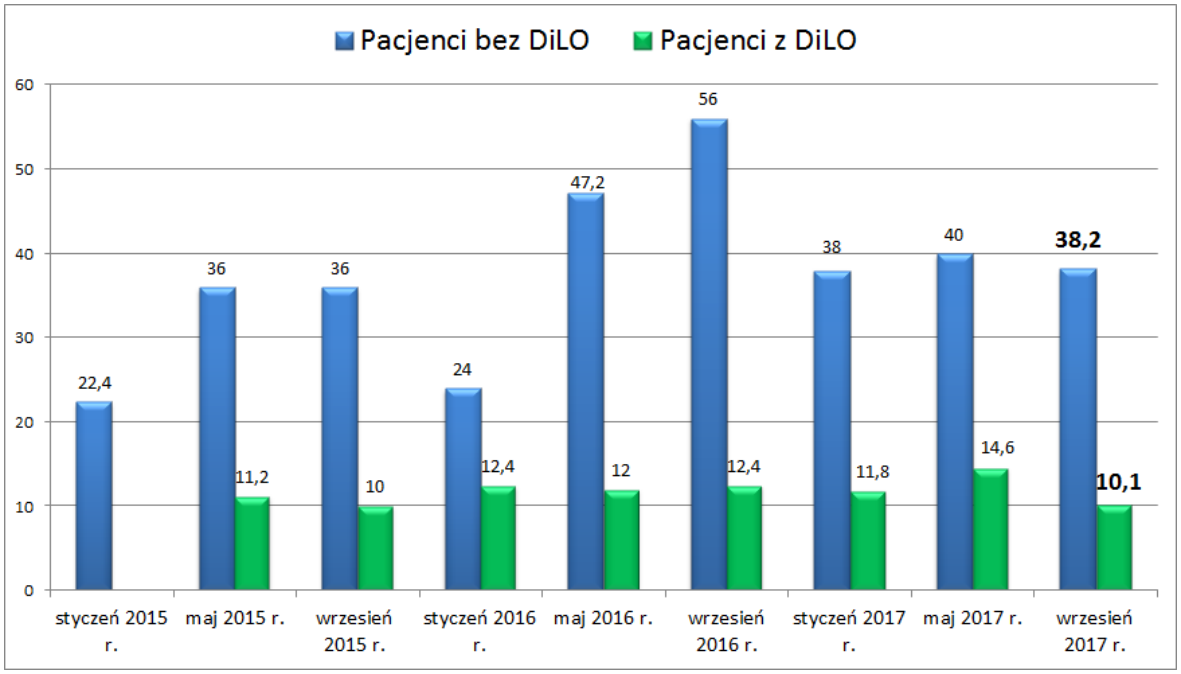
**Tabela 2. Etapowość postępowania w raku piersi od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia — pacjenci BEZ karty DiLO, duże centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także średnia dla pacjentów z kartą DiLO.**

| **Etapowość diagnostyki pacjenta z rakiem piersi:** | **OnkoBarometr – wrzesień 2017 r.** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Pacjenci **bez karty DiLO** | Pacjenci **bez karty DiLO** | Średnia ogólna[10] dla pacjentów **bez karty DiLO** | **Pacjenci z kartą DiLO** |
| | *duże centra onkologiczne* | *mniejsze szpitale onkologiczne* | | |
| A. **Bez TK miednicy małej i brzucha** | 30,4 tyg. (7,6 mies.) | 21,4 tyg. (5,3 mies.) | **25,8 tyg. (6,5 mies.)** | **6 tyg. (1,5 mies.)** |
| B. **Z TK miednicy małej i brzucha** | 48,2 tyg. (12,1 mies.) | 28,2 tyg. (7,1 mies.) | **38,2 tyg. (9,5 mies.)** | **10,1 tyg. (2,5 mies.)** |

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



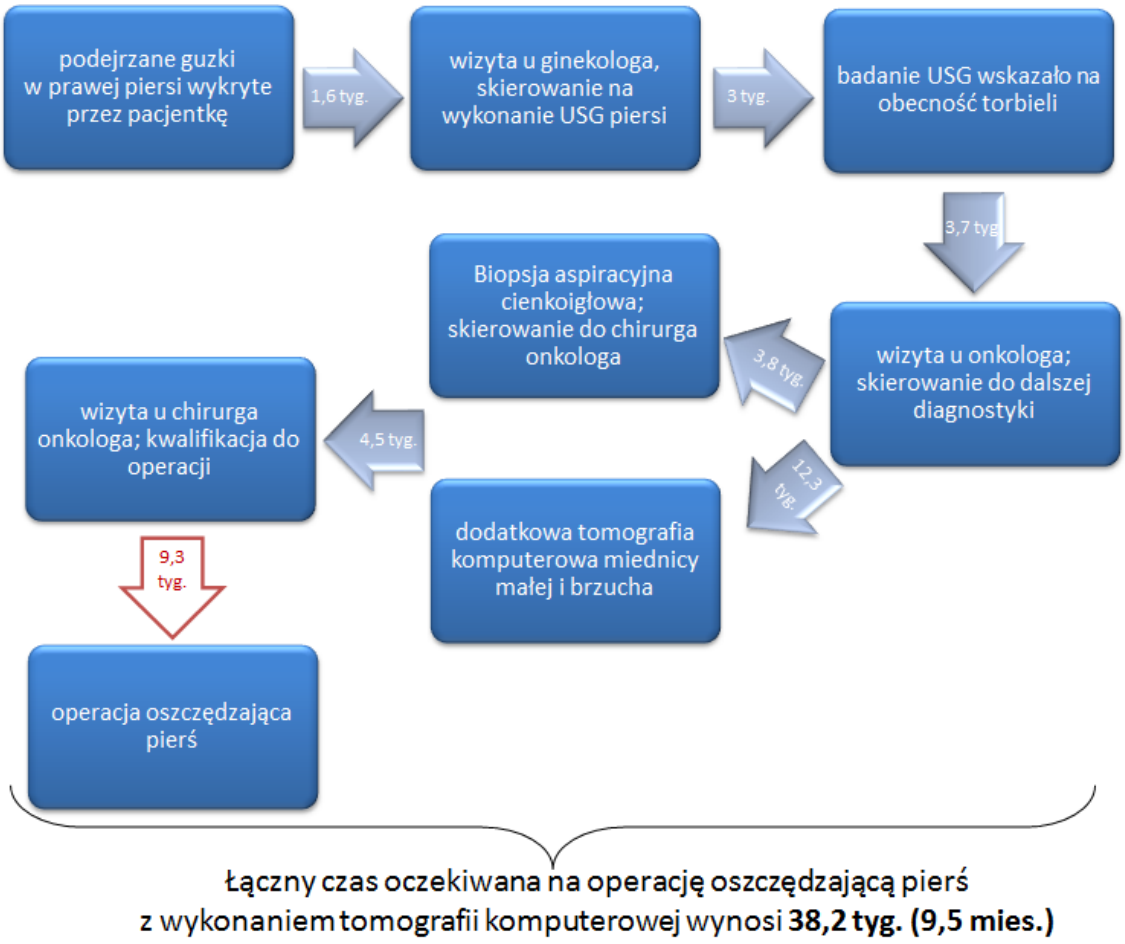
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*




**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 vs. wrzesień 2016 (tygodnie).**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, 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 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

## 6.3 Etapowość postępowania w raku prostaty

Ocena etapowości postępowania w przypadku raka 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 nowotworze płuca oraz piersi. Największą liczbę przypadków zachorowań odnotowano w województwach mazowieckim oraz śląskim.[11] 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.[12]

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

[11] 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].

[12] 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 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

- lekarz ustala termin konsultacji;
- czeka w kolejce do wizyty drugo-razowej;
- musi od nowa czekać w kolejce, aby dostać się do specjalisty.

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

- radioterapia w raku stercza — 6 tyg. (1,5 mies.)
- brachyterapia — 3,2 tyg. (0,8 mies.)
- prostatektomia radykalna — 8 tyg. (2 mies.)
- orchidektomia — do 1 tyg.

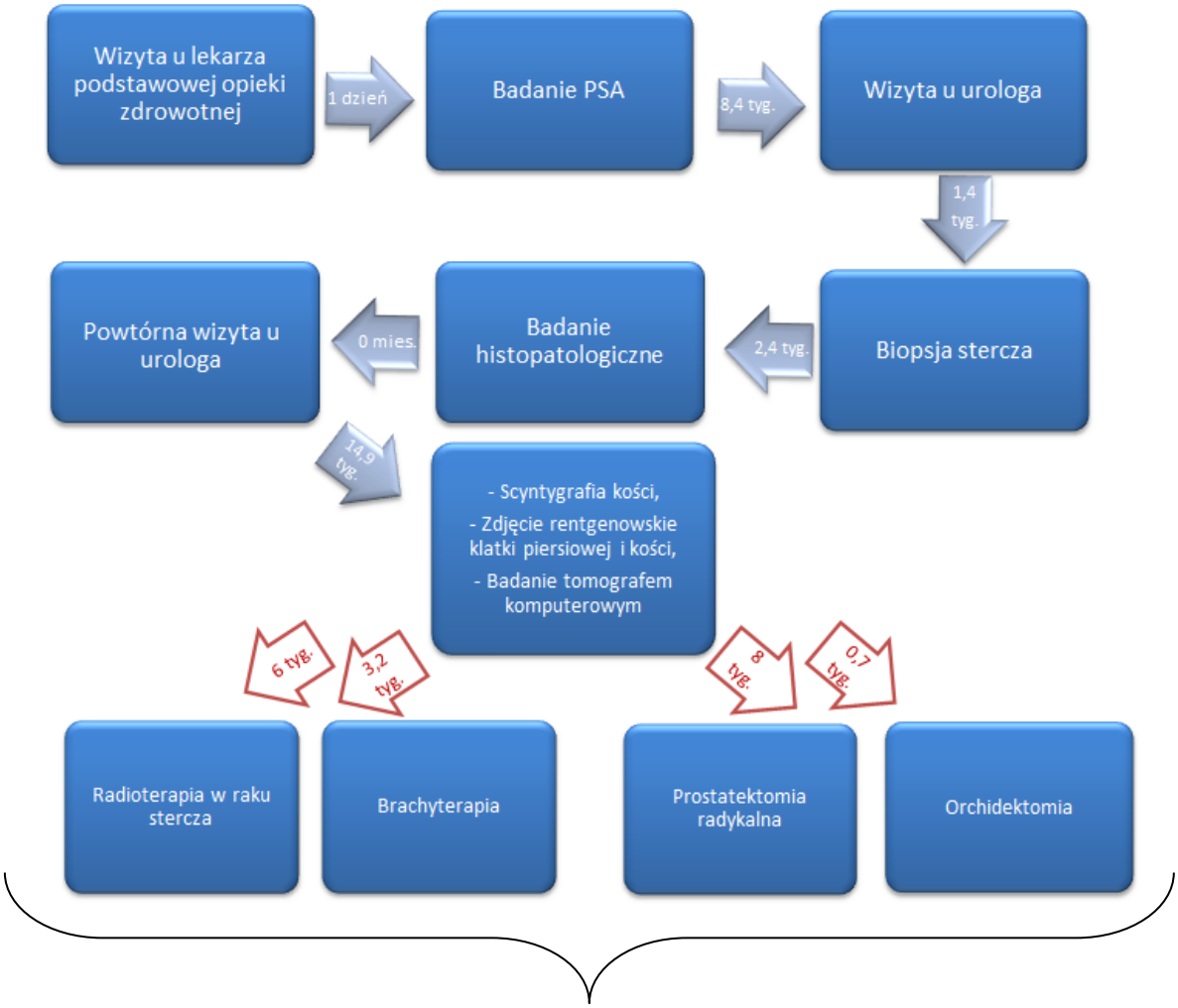
**Tabela 3. Etapowość postępowania w raku prostaty od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia: pacjenci BEZ karty DiLO, podział na centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także pacjenci z kartą DiLO.**

| Etapowość diagnostyki **pacjenta z rakiem prostaty:** | **OnkoBarometr wrzesień 2017 r.** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Pacjenci **bez karty DiLO** | Pacjenci **bez karty DiLO** | Średnia ogólna[13] dla pacjentów **bez karty DiLO** | **Pacjenci z kartą DiLO** |
| | *Duże centra onkologiczne* | *Mniejsze szpitale onkologiczne* | | |
| A. zakończona leczeniem operacyjnym | 33,3 tyg. (8,3 mies.) | 37,4 tyg. (9,4 mies.) | **35,4 tyg. (8,8 mies.)** | **13,6 tyg. (3,4 mies.)** |
| B. zakończona radioterapią paliatywną | 31,3 tyg. (7,8 mies.) | 35,4 tyg. (8,8 mies.) | **33,2 tyg. (8,3 mies.)** | **12,9 tyg. (3,2 mies.)** |

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



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*




Łącznie **35,4 tyg. (8,8 mies.)** oczekiwania na rozpoczęcie leczenia pod postacią prostatektomii radykalnej

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

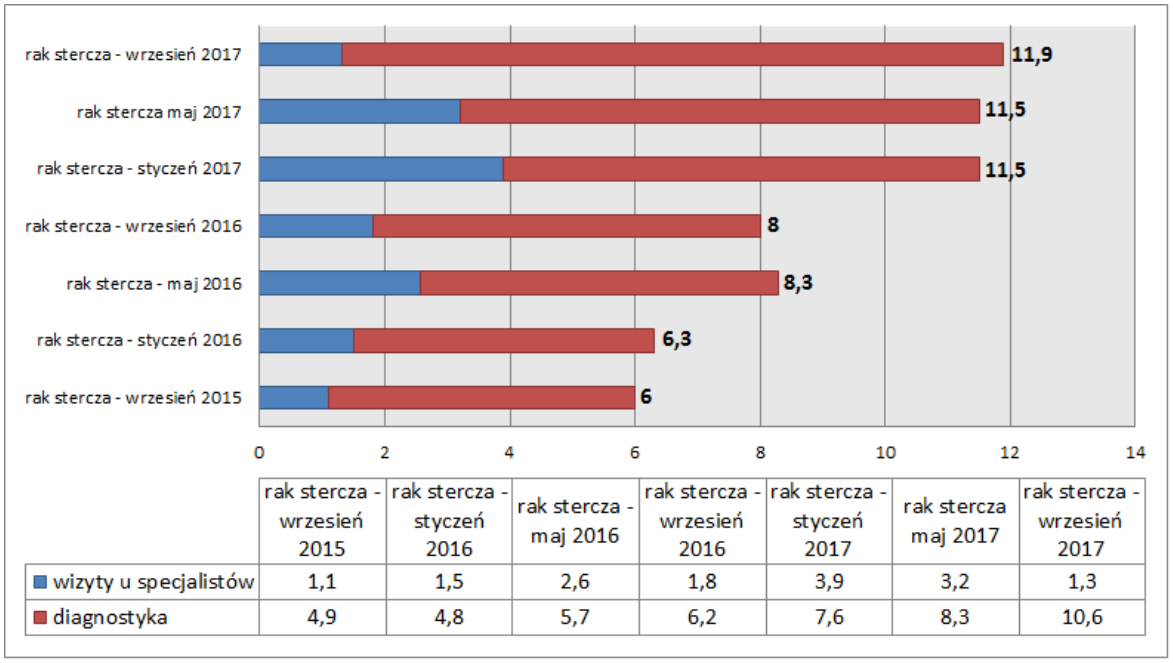
Skumulowany czas oczekiwania pacjenta **bez karty DiLO** na podjęcie leczenia operacyjnego diagnozowanego z wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego wynosi około 35,4 tyg. (8,8 mies.).

**W przypadku pacjenta posiadającego „zieloną kartę" skumulowany czas oczekiwania na podjęcie leczenia wynosi średnio 13,6 tyg. (3,4 mies.). Pacjent na wykonanie badań i otrzymanie diagnozy pogłębionej oczekiwał we wrześniu 2017 r. średnio 11,9 tyg. (ok. 3 mies.).** Czas ten przekracza okres oczekiwania założonego przez Ministerstwo Zdrowia – 7 tygodni. W poprzednio badanym okresie (maj 2017 r.) czas na wykonanie diagnostyki pogłębionej wynosił 11,5 tyg. Nie



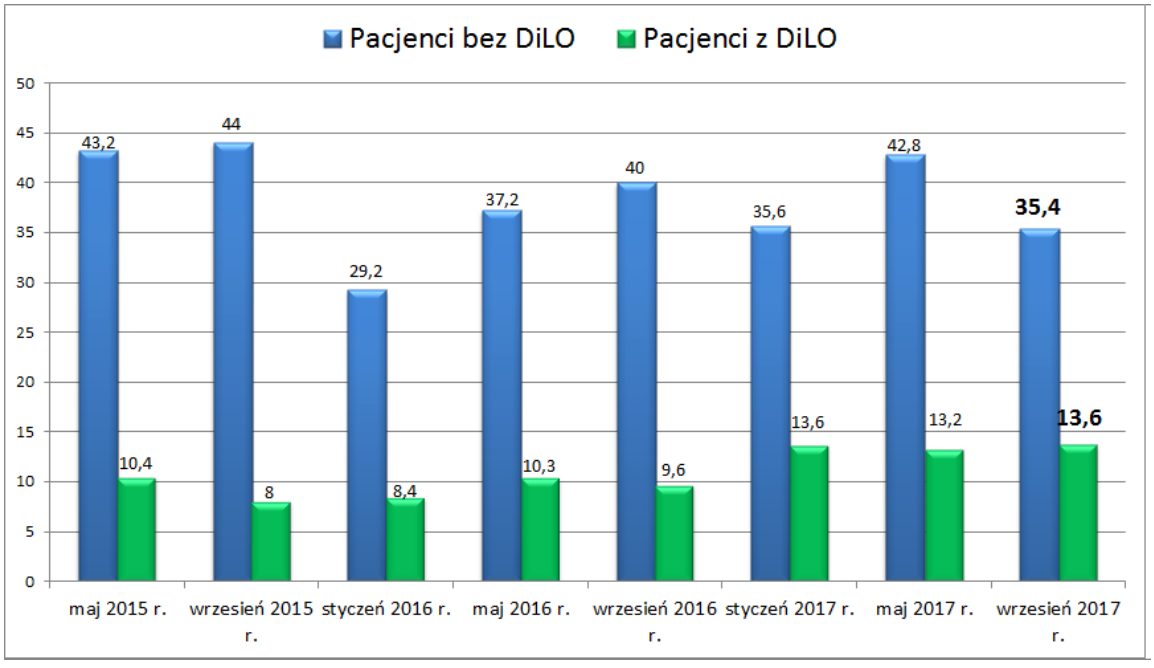
❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

zaobserwowano 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 | rak stercza - wrzesień 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| wizyty u specjalistów | 1,1 | 1,5 | 2,6 | 1,8 | 3,9 | 3,2 | 1,3 |
| diagnostyka | 4,9 | 4,8 | 5,7 | 6,2 | 7,6 | 8,3 | 10,6 |

**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 18. 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 vs. wrzesień 2017 (tygodnie).**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, 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.[14] 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 29,2 tyg. (7,3 mies.).** Jest to pierwsze i zarazem największe ograniczenie w dostępności do leczenia białaczki we wrześniu 2017 r. dla pacjenta bez karty DiLO.

Leczenie imatynibem dostępne było przez długi okres czasu w ramach programu lekowego. W tym momencie istnieje możliwość leczenia przewlekłej białaczki szpikowej dazatynibem lub nilotynibem (program lekowy) w przypadku decyzji lekarza prowadzącego o wyborze leku drugiego rzutu (w razie rozpoznania nietolerancji lub oporności imatynibu).[15]

**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

[14] http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003112-pdf.pdf, [dostęp: 03.10.2017]

[15] 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).

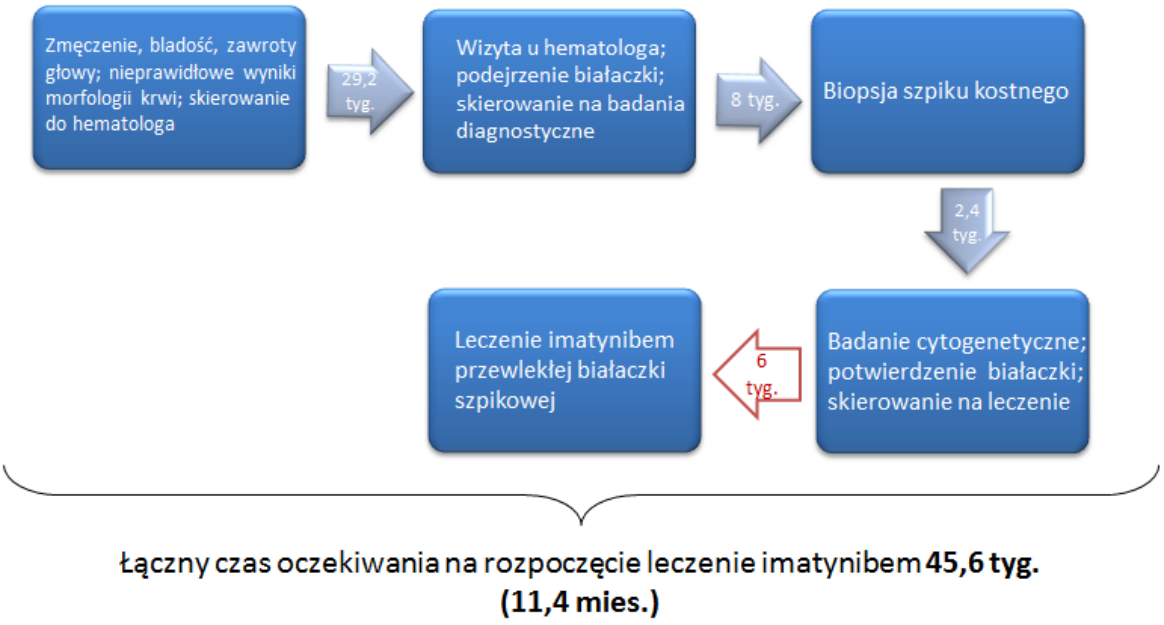


❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

może być podawany już w poradni. Drugą możliwością, 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 45,6 tyg. (11,4 mies.).** Natomiast pacjenci z kartą DiLO w etapowości postępowania w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej **czekają na wdrożenie leczenia 6 tyg. (1,5 mies.)**. **Pacjenci posiadający kartę DiLO na wykonanie diagnostyki wstępnej oraz diagnostyki pogłębionej oczekują w maju 2017 r. średnio 3,1 tyg. — mieszczą się w ramach 7 tygodni określonych przez pakiet onkologiczny.**



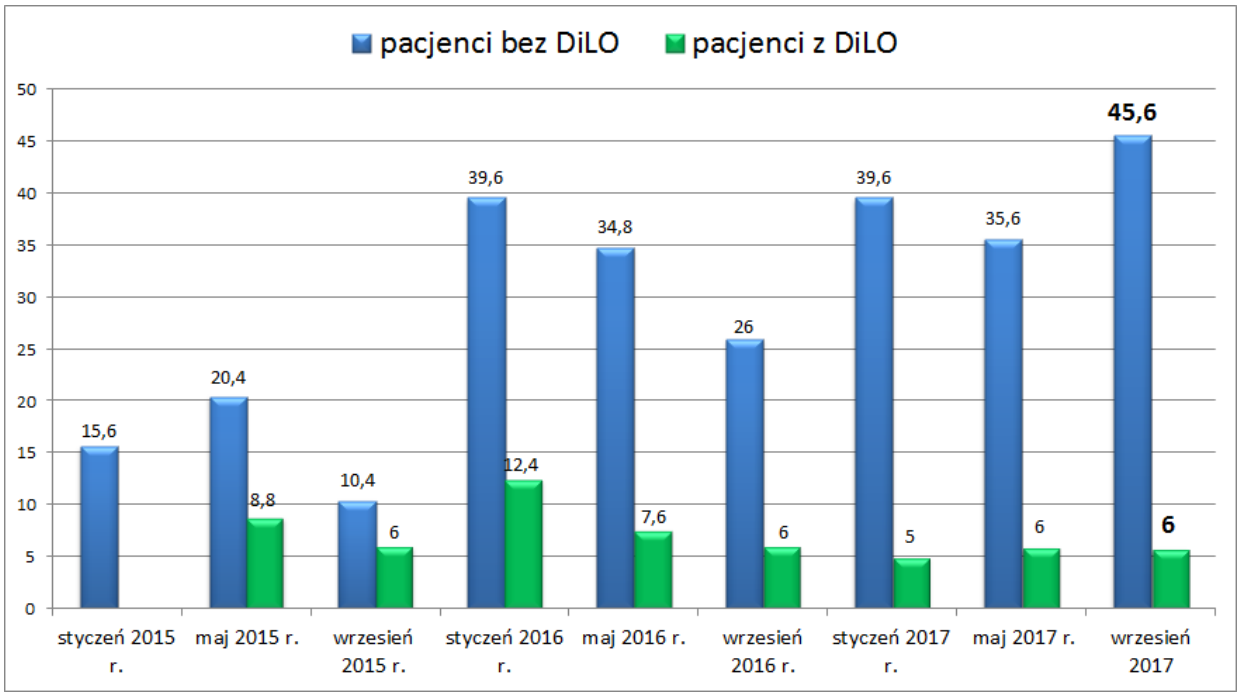

**Rysunek 20. Etapowość postępowania w białaczce od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia, dla pacjenta BEZ karty DiLO (tygodnie).**



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

Tabela 4. Etapowość postępowania w białaczce szpikowej od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia: pacjenci BEZ karty DiLO, podział na centra onkologiczne vs. pozostałe placówki, a także pacjenci z kartą DiLO.

| Etapowość leczenia: | OnkoBarometr wrzesień 2017 r. | |
|---|---|---|
| | Średnia ogólna dla pacjentów **bez karty DiLO** | Pacjenci **z kartą DiLO** |
| **przewlekłej białaczki szpikowej** | **45,6 tyg. (11,4 mies.)** | **6 tyg. (1,5 mies.)** |




Rysunek 21. 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 vs. wrzesień 2017 (tygodnie).



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

## Wnioski

1. **Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii w Polsce wyniósł we wrześniu 2017 r. 6,6 tygodnia dla pacjentów nieposiadających karty DiLO.** Natomiast kolejka dla pacjentów z kartą DiLO wyniosła średnio 2,2 tygodnia — przy czym należy pamiętać, że leczenie nowotworów obejmuje zwykle kilka procedur diagnostycznych i terapeutycznych wykonywanych etapowo.

2. Mimo, że Pakiet Onkologiczny funkcjonuje w Polsce od stycznia 2015 r. to **pacjenci nadal napotykają na trudności podczas próby uzyskania leczenia w ramach pakietu**. Pacjenci z kartą DiLO często traktowani są jako pacjenci problematyczni. Nadal istnieją ośrodki, w których karty DiLO w ogóle nie są respektowane.

3. W porównaniu z danymi z maja 2017 r., **nastąpiło nieznaczne wydłużenie czasu oczekiwania w trzech z pięciu badanych przez Fundację WHC dziedzinach.** Najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano w dziedzinie **onkologii sensu stricto —** około 9,4 tygodnia (2,4 miesiąca), **chirurgii onkologicznej —** 8,6 tygodni (2,2 miesiąca), oraz **w ginekologii onkologicznej** – 6,6 tygodnia (1,7 miesiąca).

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

5. Średni czas oczekiwania **na wizytę u lekarza specjalisty w dziedzinach onkologicznych we wrześniu 2017 r. wyniósł około 4,9 tyg**., co oznacza skrócenie średniego czasu oczekiwania o niecały 1 tydzień w porównaniu do maja 2017 r. (5,7 tyg.). Dla pacjentów z kartą DiLO czas ten wynosi średnio 2 tyg.

6. Najdłużej trzeba oczekiwać na poradę u **dermatologa**, gdzie średni czas oczekiwania dla pacjenta bez karty DiLO wynosi ok. 8,2 tyg. (2,1 mies.). Na wizytę u **hematologa dziecięcego mali** pacjenci czekają średnio 7,2 tyg. (1,8 mies.). Długi czas oczekiwania



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

zaobserwowano także w przypadku wizyty u **chirurga onkologa oraz chirurga dziecięcego** – ok. 4,5 tyg. (1,1 mies.).

7. Świadczeniami diagnostycznymi na które w onkologii czeka się najdłużej (bez karty DiLO), są: **biopsja guzków tarczycy** (skierowanie od endokrynologa) — 56,7 tygodnia (14,2 miesiąca), **rezonans magnetyczny (MRI) głowy u dziecka** — 29,3 tygodnie (7,3 miesięcy), **USG węzłów szyjnych** — 12,7 tygodni (3,2 miesiąca) oraz **tomografia komputerowa (TK) miednicy małej i brzucha** – 11,4 tyg. (2,9 mies.).

8. Fundacja WHC odnotowała **kolejki do poradni żywienia dojelitowego dla pacjentów onkologicznych**. Tylko w 31 % przebadanych przez Fundację placówkach pacjent onkologiczny oczekuje na żywienie dojelitowe do 1 tygodnia. W pozostałych placówkach czas ten wynosi od 1 tygodnia do nawet kilku miesięcy.

9. Z danych dotyczących etapowości leczenia wynika, że **we wrześniu 2017 roku** w przypadku skumulowanego czasu oczekiwania na wizyty, diagnostykę i leczenie:
   - ✓ **raka płuca** pacjent oczekuje średnio 6,4 tyg. (1,6 mies.) **z kartą DiLO** oraz 41,1 tyg. (8,8 miesiąca) **bez karty DiLO**,
   - ✓ **raka piersi** pacjent oczekuje średnio 10,1 tyg. (2,5 mies.) **z kartą DiLO** oraz 38,2 tyg. (9,5 mies.) **bez karty DiLO**,
   - ✓ **raka prostaty** pacjent oczekuje średnio 13,6 tyg. (3,4 mies.) **z kartą DiLO** oraz 35,4 tyg. (8,8 mies.) **bez karty DiLO**,
   - ✓ **przewlekłej białaczki szpikowej** pacjent oczekuje średnio 6 tyg. (1,5 mies.) **z kartą DiLO** oraz 45,6 tyg. (11,4 mies.) **bez karty DiLO**.

10. Z uzyskanych danych we wrześniu 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 prostaty** – 11,9 tyg., **raka piersi** – 8,8 tyg., czyli dwóch z czterech badanych przez Fundację WHC etapowości leczenia nowotworów.



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

## Spis rysunków

Rysunek 1. Schemat badania ograniczeń w dostępie do świadczeń onkologicznych w ramach OnkoBarometru WHC..... 15
Rysunek 2. 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 vs. wrzesień 2017, pacjenci BEZ karty DiLO. ..... 18
Rysunek 3. Porównanie średniego czasu oczekiwania na onkologiczne świadczenia zdrowotne w dużych, specjalistycznych centrach onkologicznych oraz w pozostałych placówkach (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO, wrzesień 2017 r. ..... 19
Rysunek 4. 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. vs. wrzesień 2017. ..... 20
Rysunek 5. 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. vs. wrzesień 2017 r. (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO. ..... 21
Rysunek 6. Porównanie średniego czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty, pacjenci BEZ karty DiLO vs. pacjenci z kartą DiLO, wrzesień 2017 (tygodnie)..... 22
Rysunek 7. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne wrzesień 2017 r. (tygodnie), pacjenci BEZ karty DiLO. ..... 24
Rysunek 8. Porównanie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne maj 2017 r. vs. wrzesień 201 7 r. (tygodnie), BEZ karty DiLO. ..... 26
Rysunek 9. Średni czas oczekiwania na wykonanie zabiegu onkologicznego w maju 2017 r. oraz we wrześniu 2017 r. (tygodnie), BEZ karty DiLO. ..... 28
Rysunek 10. Czas oczekiwania (tygodnie) na rozpoczęcie leczenia niezabiegowego, porównanie maj 2017 r. vs. wrzesień 2017 r., BEZ karty DiLO. ..... 30
Rysunek 11. Dostęp do poradni żywienia dojelitowego w Polsce, wrzesień 2017 r. (%)..... 34
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..... 38



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

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 vs. wrzesień 2017 (tygodnie). ..... 39
Rysunek 14. Etapowość postępowania w raku płuca od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta BEZ karty DiLO – średnie tygodnie..... 40
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..... 42
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 vs. wrzesień 2016 (tygodnie). ..... 43
Rysunek 17. Etapowość postępowania w raku piersi od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia w przypadku pacjentki BEZ karty DiLO — średnie (tygodnie). ..... 44
_Toc494817760Rysunek 18. Etapowość postępowania w raku stercza od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta BEZ karty DiLO – średnie (tygodnie). ..... 47
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..... 48
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 vs. wrzesień 2017 (tygodnie). ..... 48
Rysunek 21. Etapowość postępowania w białaczce od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia, dla pacjenta BEZ karty DiLO (tygodnie). ..... 50
Rysunek 22. Porównanie skumulowanego czasu etapowości leczenia przewlekłej białaczki szpikowej ..... 51



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

# Spis tabel

Tabela 1. 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. ..... 39
Tabela 2. 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. ..... 42
Tabela 3. 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..... 46
Tabela 4. 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..... 51

# Załącznik

Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach onkologicznych we wrześniu 2017 r. ..... 59



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017", www.korektorzdrowia.pl.*

## Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach onkologicznych we wrześniu 2017 r.

| Dziedzina medycyny | | Wskazanie | Średni czas oczekiwania [w miesiącach][16] | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | V 2017 | V 2017 | Zmiana |
| **Ogółem** | | | **1,7** | **1,6** | ■ |
| **CHIRURGIA ONKOLOGICZNA** | | | **2,1** | **2,0** | ■ |
| 1. | **wizyta u chirurga onkologa** | kobieta; 27 lat; na podstawie USG piersi stwierdzono obecność dwóch zmian w obrębie sutków; rak piersi w wywiadzie rodzinnym; posiada skierowanie od ginekologa | **1,1** | **1,4** | ■ |
| 2. | **operacja raka odbytu** | mężczyzna; 65 lat; rak odbytnicy potwierdzony badaniem rektoskopowym i wynikami histopatologicznymi; posiada skierowanie od onkologa | **0,6** | **0,6** | ■ |
| 3. | **wycięcie pachowych węzłów chłonnych** | kobieta; 82 lata; usunięta lewa pierś ze zmianą nowotworową; powiększone węzły chłonne pachowe z prawej strony bez widocznych zmian w piersi prawej w badaniu mammograficznym; biopsja węzła wykazała zmianę złośliwą; posiada skierowanie od onkologa | **2,2** | **2,3** | ■ |
| 4. | **prostatektomia radykalna** | mężczyzna; 56 lat; trudności z oddawaniem moczu; niski poziom czerwonych krwinek; wysokie stężenie PSA (swoisty antygen prostaty); wykonano badanie per rectum oraz USG gruczołu krokowego; zdiagnozowany rak prostaty potwierdzony badaniem histopatologicznym; posiada skierowanie od chirurga onkologa | **2,0** | **2,4** | ■ |
| 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 | **2,3** | **0,8** | ▲ |
| 6. | **wizyta u chirurga dziecięcego** | dziecko; 16 lat; zmiana pod pachą między żebrami; podejrzenie włókniaka; skierowanie od pediatry | **1,1** | **0,8** | = |

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



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

| Dziedzina medycyny | | Wskazanie | Średni czas oczekiwania [w miesiącach][16] | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | V 2017 | V 2017 | Zmiana |
| **Ogółem** | | | **1,7** | **1,6** | ■ |
| 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 | **0,5** | **0,6** | ■ |
| 8. | **mukozektomia** | kobieta; 62 lata; guzy zajmujące błonę śluzową żołądka potwierdzone w gastroskopii; wczesna postać zmian nowotworowych; powtarzające się wymioty; brak apetytu; posiada skierowanie od gastrologa | **2,9** | **3,7** | ↓ |
| 9. | **usunięcie guzka tarczycy** | kobieta; 49 lat; na podstawie badania USG stwierdzono obecność guzka koloidowego; wyniki biopsji potwierdziły złośliwość zmiany; posiada skierowanie od endokrynologa | **2,3** | **1,2** | ↑ |
| 10. | **rekonstrukcja piersi - wstawienie implantu typu ekspander** | kobieta; 30 lat; po obustronnej mastektomii (chirurgicznym usunięciu piersi) z powodu nowotworu | **8,7** | **8,9** | ■ |
| 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 | **1,0** | **1,5** | = |
| 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 | **2,2** | **0,5** | ↑ |



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

| Dziedzina medycyny | | Wskazanie | Średni czas oczekiwania [w miesiącach][16] | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | V 2017 | V 2017 | Zmiana |
| **Ogółem** | | | **1,7** | **1,6** | ■ |
| **GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA** | | | **1,6** | **1,9** | ■ |
| 1. | **wizyta u ginekologa** | kobieta; 30 lat; zmiany III stopnia w badaniu cytologicznym (zmiany zapalne oraz pojedyncze komórki dysplastyczne) | **0,4** | **1,1** | ↓ |
| 2. | **tomografia komputerowa (TK) miednicy małej i brzucha** | kobieta; 52 lata; badanie USG potwierdziło występowanie guza jajnika; posiada skierowanie od ginekologa | **3,1** | **3,3** | ■ |
| 3. | **kolposkopia** | kobieta; 32 lata; wynik cytologii grupa III b (występują typowe komórki dysplastyczne); skierowanie od ginekologa | **2,6** | **2,3** | ■ |
| 4. | **operacja guza jajnika** | kobieta; w obrazie USG guz jajnika 4 x 2 cm; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia guza | **1,0** | **1,4** | ■ |
| 5. | **operacja usunięcia macicy (histerektomia)** | kobieta; 57 lat; menopauza; silny ból w podbrzuszu; nieregularne krwawienia; w badaniu USG stwierdzono liczne mięśniaki macicy; skierowanie od ginekologa | **1,2** | **2,2** | ↓ |
| 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 | **1,2** | **1,3** | ■ |
| 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 | **1,4** | **0,5** | ↑ |
| 8. | **zabieg usunięcia mięśniaków macicy** | kobieta; 56 lat; na podstawie badania histopatologicznego zdiagnozowano mięśniaki macicy; skierowanie od onkologa | **2,6** | **2,7** | ■ |
| 9. | **cytologia** | kobieta; 28 lat; matka kobiety chorowała na raka szyjki macicy; badanie w ramach profilaktyki | **0,7** | **1,3** | ↓ |



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

| Dziedzina medycyny | | Wskazanie | Średni czas oczekiwania [w miesiącach][16] | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | V 2017 | V 2017 | Zmiana |
| **Ogółem** | | | **1,7** | **1,6** | ■ |
| 10. | **pobranie wycinków ze sromu w znieczuleniu miejscowym** | kobieta; 53 lata; niepokojące zmiany w obrębie sromu; podejrzenie zmian nowotworowych; skierowanie od lekarza rodzinnego | **2,9** | **2,5** | ■ |
| 11. | **usunięcie guzków ze sromu w znieczuleniu miejscowym** | kobieta; 45 lat; duże postacie kłykcin kończystych; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia guzków ze sromu | **1,3** | **0,9** | ■ |
| 12. | **usunięcie polipów z kanału szyjki macicy** | kobieta; 35 lat; w trakcie kontrolnej wizyty ginekologicznej obecność polipów w kanale szyjki macicy została potwierdzona badaniem USG; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia polipów | **1,5** | **2,9** | ↓ |
| **HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA** | | | **1,3** | **1,2** | ■ |
| 1. | **wizyta u hematologa** | dziecko; 6 lat; przewlekle powiększone węzły chłonne pachowe i pachwinowe; znacznie podwyższony poziom leukocytów pomimo leczenia antybiotykami o szerokim spektrum; nie ujawniono zakażenia i ognisk zapalnych; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego | **1,8** | **2,7** | ↓ |
| 2. | **USG węzłów szyjnych** | kobieta; 22 lata; ból przy poruszaniu głową; wybrzuszenie na szyi; palpacyjnie stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych; skierowanie od internisty | **3,2** | **1,9** | ↑ |
| 3. | **immunochemioterapia** | kobieta; 44 lata; stany podgorączkowe; nawracające zapalenia płuc; w biopsji zdiagnozowany chłoniak BALT (rzadko występujący rozrost limocytów typu B, wywodzący się z tkanki chłonnej oskrzeli); posiada skierowanie od onkologa | **0,4** | **0,9** | = |
| 5. | **badanie cytogenetyczne** | chłopiec; 15 lat; w morfologii podwyższona liczba limfocytów; podejrzenie ostrej białaczki limfoblastycznej; posiada od pediatry skierowanie na badanie | **0,6** | **0,5** | = |
| 4. | **trepanobiopsja szpiku kostnego** | kobieta; 27 lat; podejrzenie ziarnicy złośliwej; niejednoznaczny wynik biopsji aspiracyjnej szpiku; posiada skierowanie od hematoonkologa | **2,0** | **0,6** | ↑ |



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

| Dziedzina medycyny | | Wskazanie | Średni czas oczekiwania [w miesiącach][16] | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | V 2017 | V 2017 | Zmiana |
| **Ogółem** | | | **1,7** | **1,6** | ■ |
| 6. | **chemioterapia w leczeniu chłoniaka Hodgkina** | mężczyzna; 32 lata; stadium II chłoniaka Hodgkina; umiejscowiony powyżej przepony; brak objawów systemowych; korzystne rokowanie; skierowanie od onkologa | **0,5** | **0,9** | ■ |
| 7. | **leczenie erytropoetyną beta niedokrwistości w przebiegu niewydolności nerek** | kobieta; lat 22; upośledzenie funkcji nerek; niedokrwistość ze stężeniem 9 g/dl; niedializowana; pacjentka posiada skierowanie od hematologa na rozpoczęcie leczenia w ramach terapii niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek | **1,0** | **0,9** | ■ |
| 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 | **1,4** | **2,4** | |
| 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 | **1,5** | **1,2** | ■ |
| 10. | **leczenie szpiczaka plazmatycznokomórkowego bortezomibem w ramach programu lekowego** | kobieta; 76 lat; szpiczak mnogi; z powodu oporności niezakwalifikowana do chemioterapii ; niewydolność nerkowa | **0,9** | **0,5** | ■ |
| **ONKOLOGIA** | | | **2,4** | **2,2** | ■ |
| 1. | **wizyta u onkologa** | mężczyzna; 38 lat; z usuniętym lewym jądrem (z powodu potwierdzonego badaniem histopatologicznym złośliwego nowotworu jądra – nasieniak) w zdjęciu RTG (rentgenowskim) wykryto zmiany przerzutowe do płuc | **0,9** | **0,8** | ■ |
| 2. | **mastektomia całkowita** | kobieta; 32 lata; pacjentka przeszła zabieg chirurgiczny oszczędzający pierś; wznowa nowotworu; wskazanie do mastektomii całkowitej | **1,8** | **1,3** | ■ |



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

| Dziedzina medycyny | | Wskazanie | Średni czas oczekiwania [w miesiącach][16] | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | V 2017 | V 2017 | Zmiana |
| **Ogółem** | | | **1,7** | **1,6** | ■ |
| 3. | **zabieg usunięcia zmiany** | mężczyzna; 67 lat; podejrzenie czerniaka; skierowanie od onkologa; pacjent zakwalifikowany na zabieg chirurgiczny usunięcia zmiany | **1,0** | **1,3** | ■ |
| 4. | **biopsja stercza** | mężczyzna; 67 lat; potwierdzony badaniem USG przerost gruczołu krokowego; podwyższony poziom PSA (antygen sterczowy); podejrzenie raka prostaty; zlecenie przez urologa wykonania biopsji stercza | **0,4** | **1,2** | ↓ |
| 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 | **1,9** | **0,6** | ↑ |
| 6. | **biopsja guzków tarczycy** | kobieta; 43 lata; w badaniu USG stwierdzono liczne guzki tarczycy; skierowanie na wykonanie biopsji od endokrynologa | **14,2** | **13,4** | ↑ |
| 7. | **terapia paliatywna** | kobieta; 62 lata; rozpoznanie zaawansowanego raka trzustki (IV stopień); na podstawie wyników biopsji stwierdzono przerzuty do wątroby; skierowana na leczenie paliatywne | **0,6** | **0,7** | = |
| 8. | **wizyta u dermatologa** | mężczyzna; 35 lat; na skórze liczne znamiona barwnikowe; ostatnio zauważył pojawienie się kolejnych licznych zmian barwnikowych oraz zmianę zabarwienia; zmiany w miejscu drażnienia; wizyta w celu oceny zmian barwnikowych | **2,0** | **1,8** | = |
| 9. | **USG piersi** | kobieta; 47 lat; od trzech lat leczona z powodu nowotworu piersi; po badaniu mammograficznym lekarz zlecił dodatkowo wykonanie badania USG piersi | **0,7** | **1,6** | ↓ |
| 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 | **2,4** | **2,9** | ■ |



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

| Dziedzina medycyny | | Wskazanie | Średni czas oczekiwania [w miesiącach][16] | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | V 2017 | V 2017 | Zmiana |
| **Ogółem** | | | **1,7** | **1,6** | ■ |
| 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 | **0,8** | **0,5** | ■ |
| 12. | **biopsja mammotomiczna, stereotaktyczna** | kobieta; 48 lat; liczne zmiany w prawej piersi wykryte podczas badania mammograficznego; zmiany ocenione również w badaniu USG; podejrzenie raka piersi; zlecenie wykonania biopsji mammotomicznej; posiada skierowanie z poradni onkologicznej | **1,6** | **0,8** | ↑ |
| 13. | **biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC)** | kobieta; 45 lat; w badaniu USG stwierdzone zmiany w lewej piersi; skierowanie od onkologa na dalszą diagnostykę | **0,9** | **1,1** | ■ |
| 14. | **biopsja aspiracyjna gruboigłowa** | kobieta; 58 lat; podejrzenie raka piersi na podstawie badania mammograficznego; zmiany ocenione również w badaniu USG piersi; niejednoznaczny wynik biopsji cienkoigłowej; posiada skierowanie z poradni onkologicznej | **0,5** | **1,2** | ↓ |
| 15. | **rezonans magnetyczny (MRI) głowy** | kobieta; 54 lata; zaburzenia świadomości, węchu i smaku; napady padaczkowe; bóle głowy; skierowanie od neurologa | **7,3** | **8,0** | ↓ |
| 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 | **0,7** | **0,8** | ■ |



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

| Dziedzina medycyny | | Wskazanie | Średni czas oczekiwania [w miesiącach][16] | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | V 2017 | V 2017 | Zmiana |
| **Ogółem** | | | **1,7** | **1,6** | ■ |
| 2. | **brachyterapia HDR (metoda leczenia w radioterapii)** | kobieta; 49 lat; nowotwór piersi; wystąpiła wznowa po mastektomii całkowitej; posiada skierowanie z poradni onkologicznej | **1,0** | **0,6** | = |
| 3. | **radioterapia pooperacyjna** | mężczyzna; 68 lat; po operacji raka odbytu; skierowanie od onkologa | **0,9** | **1,0** | = |
| 4. | **radioterapia paliatywna raka płuca** | mężczyzna; 56 lat; ból; krwioplucie; duszność w wyniku zaawansowanego procesu nowotworowego; potwierdzony nowotwór płuca | **0,7** | **0,5** | = |
| 5. | **radioterapia uzupełniająca w raku piersi** | kobieta; 50 lat; po amputacji piersi ze wskazaniami do pooperacyjnej radioterapii | **0,8** | **1,0** | = |
| 6. | **radioterapia raka szyjki macicy** | kobieta;49 lat; zdiagnozowany rak szyjki macicy; pacjentka po radykalnej histerektomii z limfadektomią miedniczną i biopsją węzłów okołoaortalnych; badanie histopatologiczne wykazało przerzuty w obrębie węzłów chłonnych; skierowanie od onkologa | **0,5** | **0,7** | ■ |
| 7. | **radioterapia w raku krtani** | mężczyzna; 62 lata; kaszel; krwioplucie; powiększone węzły chłonne w obrębie szyi; na podstawie laryngoskopii teleskopowej, tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego zdiagnozowano raka krtani; obecność zmian nowotworowych potwierdzona biopsją fragmentu tkanki; skierowanie od onkologa na radioterapię | **0,9** | **1,0** | = |
| 8. | **radioterapia w raku tarczycy** | kobieta; 35 lat; rak brodawkowaty tarczycy; zajęte węzły przedtchawiczne, przedkrtaniowe, okołotchawiczne; wykonano resekcję gruczołu z limfadenektomią; posiada skierowanie od onkologa na radioterapię | **0,4** | **0,4** | ■ |
| 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 | **1,2** | **1,4** | ■ |



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

| Dziedzina medycyny | | Wskazanie | Średni czas oczekiwania [w miesiącach][16] | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | V 2017 | V 2017 | Zmiana |
| **Ogółem** | | | **1,7** | **1,6** | ■ |
| 10. | **leczenie skojarzone chemioterapią i radioterapią** | kobieta; 51 lat; drobnokomórkowy rak płuca prawego (wymiary 3,5 x 2,5 x 2,4); postać ograniczona; skierowanie od onkologa | **1,0** | **1,0** | ■ |
| 11. | **brachyterapia** | kobieta; 57 lat; rak sutka; nie zakwalifikowana do zabiegu oszczędzającego z przyczyn internistycznych; guz o średnicy 55 mm; niewielkie przerzuty do węzłów chłonnych; częściowa remisja po leczeniu indukcyjnym chemioterapią i teleradioterapią; skierowanie od onkologa | **0,8** | **0,7** | ■ |
| 12. | **radioterapia** | mężczyzna; 49 lat; miejscowo zaawansowany i nieresekcyjny guz odbytnicy; USG, kolonoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, posiada skierowanie na skojarzoną radiochemioterapię od onkologa | **1,1** | **0,7** | 〓 |



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*

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

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



❖ *Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 11/3/10/2017”, www.korektorzdrowia.pl.*