WATCHHEALTHCARE

STAN NA WRZESIEŃ 2023

BAROMETR WHC

POLACY W KOLEJKACH

Raport dotyczący
zmian dostępności
do gwarantowanych
świadczeń zdrowotnych
w Polsce
nr 01/09/2023

Raport dotyczący zmian w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce

nr 01/09/2023

Dane niezbędne do opracowania Barometru WHC zbiera i analizuje HTA REGISTRY.

Raport powstał dzięki wsparciu sponsorów:

Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła.

Kontakt:
Milena Kruszewska
mk@korektorzdrowia.pl
www.facebook.com/WatchHealthCare

Spis treści

Wstęp 4

Najważniejsze wyniki 5

1. Metodyka 7

2. Dostęp do świadczeń zdrowotnych 9

2.1. Pogorszenie dostępu 11

2.2. Poprawa dostępu 16

2.3. Brak zmian w dostępie 20

3. Dostęp do lekarzy specjalistów 21

3.1. Pogorszenie i poprawa dostępu 23

4. Dostęp do badań diagnostycznych 25

4.1. Pogorszenie i poprawa dostępu 26

5. Etapowość leczenia 28

5.1. Leczenie aparatem ortodontycznym 28

5.2. Endoprotezoplastyka stawu kolanowego 29

5.3. Operacja usunięcia żylaków kończyn dolnych 30

5.4. Operacja wymiany zastawki serca 31

6. Z notatek ankieterów 33

7. Szczepienia dorosłych: potrzeby i możliwości 37

8. Potrzeby zdrowotne w hemofilii 41

9. Nowoczesna antykoncepcja w Polsce 48

10. Podsumowanie 51

11. Załącznik: tabela zmian w czasie oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach medycyny – listopad 2022 r. a lipiec/sierpień 2023 r. 54

12. Fundacja Watch Health Care 70

Spis rysunków 71

Bibliografia 72

Wstęp

Raport Barometr WHC, który udostępniamy Państwu w ramach działalności Fundacji Watch Health Care, przedstawia **zmiany w zakresie dostępu do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce**. Niniejszy dokument przedstawia analizę danych zebranych **w lipcu i sierpniu 2023 r. Narzędzie stworzone przez Fundację WHC, jakim jest Barometr WHC, pokazuje sytuację w ochronie zdrowia widzianą oczami pacjenta, a nie sprawozdawczością Narodowego Funduszu Zdrowia.**

Wierzymy, że działania Fundacji Watch Health Care wpłyną na decydentów, którzy skutecznie poprawią zarządzanie koszykiem świadczeń gwarantowanych. Liczymy, że w przyszłości doprowadzi to do zniesienia ograniczeń i barier w dostępie do najważniejszych i często podstawowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Postrzegamy dysproporcję między zawartością koszyka świadczeń „gwarantowanych" i wielkością środków na jego realizację jako zasadniczą niesprawiedliwość[1] i elementarną nieprawidłowość systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Dysproporcja między zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a środkami na jego realizację prowadzi do poważnych patologii w systemie opieki zdrowotnej, które z kolei są przyczyną niskiej oceny systemu przez polskie społeczeństwo.

Do największych patologii, które są skutkiem tego deficytu, można zaliczyć kolejki, korupcję, korzystanie z przywileju (znajomości), dobry dostęp do świadczeń „luksusowych" przy jednoczesnym boleśnie ograniczonym dostępie do podstawowych świadczeń specjalistycznych.

Kolejka jest technologią o udowodnionej szkodliwości („technologia" zgodnie z definicją technologii medycznej przyjętą w ustawie refundacyjnej i na świecie) – **człowiek, który czeka w kolejce, cierpi, jego choroba rozwija się, może nie doczekać skutecznego leczenia, może dać przerzuty i/lub przejść do stadium, w którym nie będzie już możliwa terapia ukierunkowana na wyleczenie.**

Zachęcamy do zapoznania się z wynikami raportu.

Milena Kruszewska
Prezes Fundacji Watch Health Care
Krzysztof Łanda
Założyciel Fundacji Watch Health Care

[1] Sprawiedliwość jest tu rozumiana jako wywiązywanie się państwa wobec obywateli ze składanych im obietnic i gwarancji.

Najważniejsze wyniki

DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

(świadczenia zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia, np. porada lekarska, badanie, zabieg, operacja).

Czas oczekiwania na pojedyncze świadczenie zdrowotne wynosi średnio 3,5 mies.

W porównaniu do poprzedniego Barometru WHC odnotowano **skrócenie czasu oczekiwania o 0,1 mies.** (stan na listopad 2022 r. – 3,6 mies.).

DOSTĘP DO LEKARZA SPECJALISTY

Aby uzyskać poradę lekarza specjalisty, trzeba poczekać średnio 3,7 mies.

W porównaniu do poprzedniego Barometru WHC odnotowano **skrócenie czasu oczekiwania do lekarzy specjalistów o 0,4 mies.** (stan na listopad 2022 r. – 4,1 mies.).

DOSTĘP DO BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Na badanie diagnostyczne trzeba poczekać średnio 2,5 mies.

W porównaniu do poprzedniego Barometru WHC **nie odnotowano zmian w czasie oczekiwania na badania diagnostyczne** (stan na listopad 2022 r. – 2,5 mies.).

ETAPOWOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Wynik raportu pokazuje, że wyraźnie widoczny jest problem ograniczonego dostępu do lekarzy specjalistów oraz długi czas oczekiwania na świadczenia, do których kierują, co przekłada się na wydłużoną etapowość leczenia.

Od wizyty dziecka u stomatologa do rozpoczęcia leczenia aparatem ortodontycznym mijają 22 mies. (stan na listopad 2022 r. – 28,2 mies.). Warto zaznaczyć, że leczenie z użyciem ruchomego aparatu ortodontycznego refundowane jest wyłącznie dzieciom do 12 roku życia, dlatego też wydłużony czas oczekiwania stanowić może o dyskwalifikacji pacjenta z leczenia.

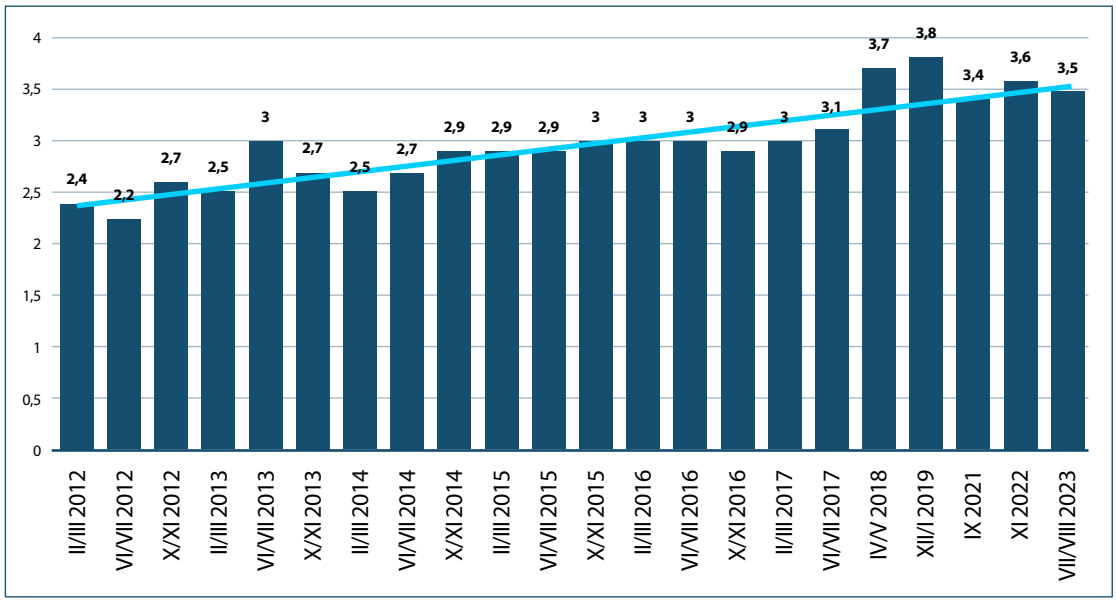
Od wizyty pacjenta u lekarza pierwszego kontaktu do przeprowadzenia operacji endoprotezoplastyki stawu kolanowego mijają ponad 2 lata (stan na listopad 2022 r. – 26,3 mies.).

Od wizyty pacjenta u lekarza pierwszego kontaktu do operacji usunięcia żylaków kończyn dolnych mija 31,1 mies. czyli ponad 2,5 roku (stan na listopad 2022 r. – 30,8 mies.).

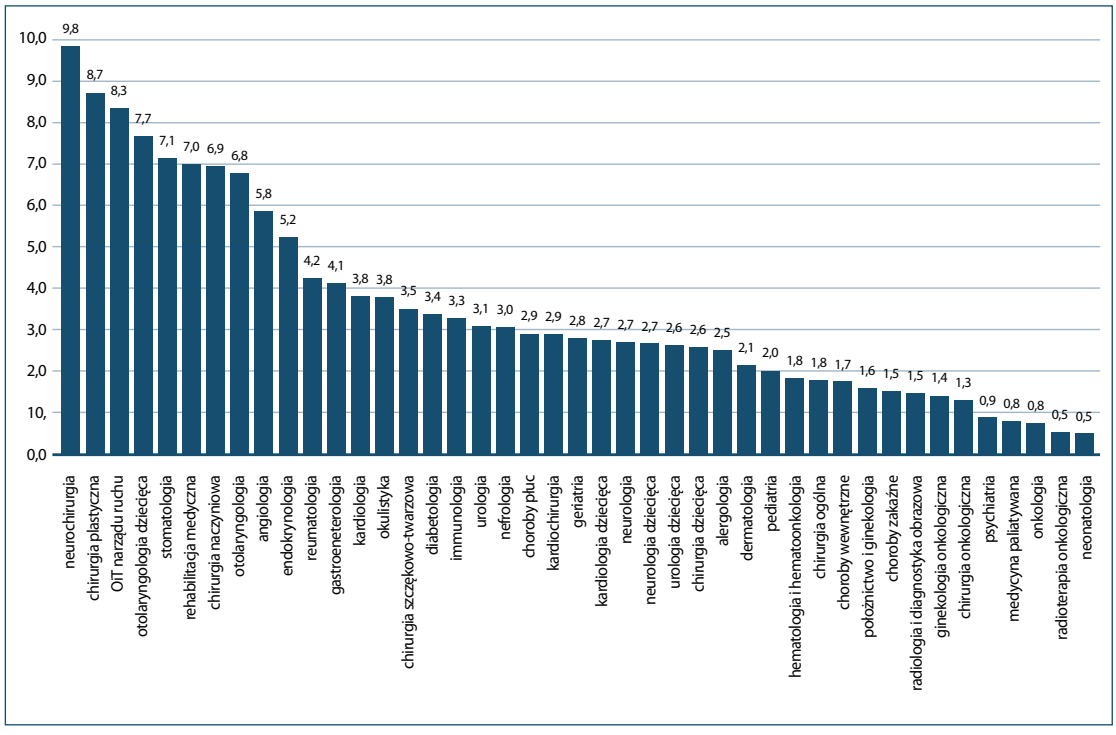
Od wizyty pacjenta u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do przeprowadzenia operacji wymiany zastawki serca mija ponad 20 miesięcy (stan na listopad 2022 r. – 12,3 mies.).

Barometr WHC 2022 dostępny jest TUTAJ.

Barometr WHC 2023 – „Kobieta w kolejce" dostępny jest TUTAJ.



I. Zmiana przeciętnego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (wartości w mies.) w horyzoncie wieloletnim.



II. Średni czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w lipcu/sierpniu 2023 r. (w mies.).

1. Metodyka

W ramach projektu „Barometr WHC" przeprowadzamy analizę dostępu do diagnostyki i leczenia w 43 dziedzinach medycyny w zakresie tzw. świadczeń wskaźnikowych. W każdej dziedzinie wybraliśmy kilka świadczeń zdrowotnych, które stały się świadczeniami wskaźnikowymi, i które są monitorowane w kolejnych edycjach Barometru WHC. Są to świadczenia często wykonywane i ważne z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa. W poszczególnych dziedzinach medycyny wskaźnikowe świadczenia zdrowotne obejmują:

- trzy (lub więcej) często wykonywane procedury (np. zabieg rehabilitacyjny, czy operacje);
- wizytę u specjalisty;
- badanie diagnostyczne.

Barometr WHC prezentuje informacje dotyczące **ZMIAN** w zakresie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w Polsce na kilku poziomach:

1. dla wybranych pojedynczych świadczeń wskaźnikowych w danej dziedzinie medycyny (tu precyzja jest najniższa),
2. zbiorczo dla świadczeń w poszczególnych dziedzinach medycyny (tu precyzja jest znacznie większa i obejmuje średnią ze wszystkich świadczeń wskaźnikowych z danej dziedziny),
3. zbiorczo dla wszystkich świadczeń w Polsce (średnia zmiana w czasie oczekiwania dla wszystkich świadczeń wskaźnikowych, ze wszystkich dziedzin i na podstawie informacji od ponad 1500 świadczeniodawców jest określana wyjątkowo precyzyjnie).

Informacje zbierane są telefonicznie. **Barometr WHC prezentuje wyniki z perspektywy pacjenta** – ukazuje bariery dostępu do świadczeń **oczami pacjenta**, czyli tak, jak na te bariery natrafia osoba chora.

Prezentowane średnie czasy oczekiwania wyznaczane są na losowej próbie co najmniej 6 świadczeniodawców z różnych regionów Polski dla każdego świadczenia wskaźnikowego. Jeśli rozrzut jest duży lub istnieją jakiekolwiek podejrzenia, że dane są nieprecyzyjne czy nieprawdopodobne, czasy oczekiwania w „podejrzanych placówkach" są jeszcze raz sprawdzane przez pracowników Fundacji oraz dodatkowo weryfikowane u 6 innych, dodatkowych świadczeniodawców. Z oczywistych względów „siła statystyczna" wyników (precyzja wyniku, miara rozrzutu i jego istotność statystyczna) 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 z około 30-60 placówek. Natomiast średni czas oczekiwania ogółem dla Polski, na podstawie wszystkich monitorowanych w Barometrze WHC dziedzin, jest obliczany na podstawie wszystkich kilkuset świadczeń wskaźnikowych ze wszystkich dziedzin. **Weryfikacja czasu ocze-**

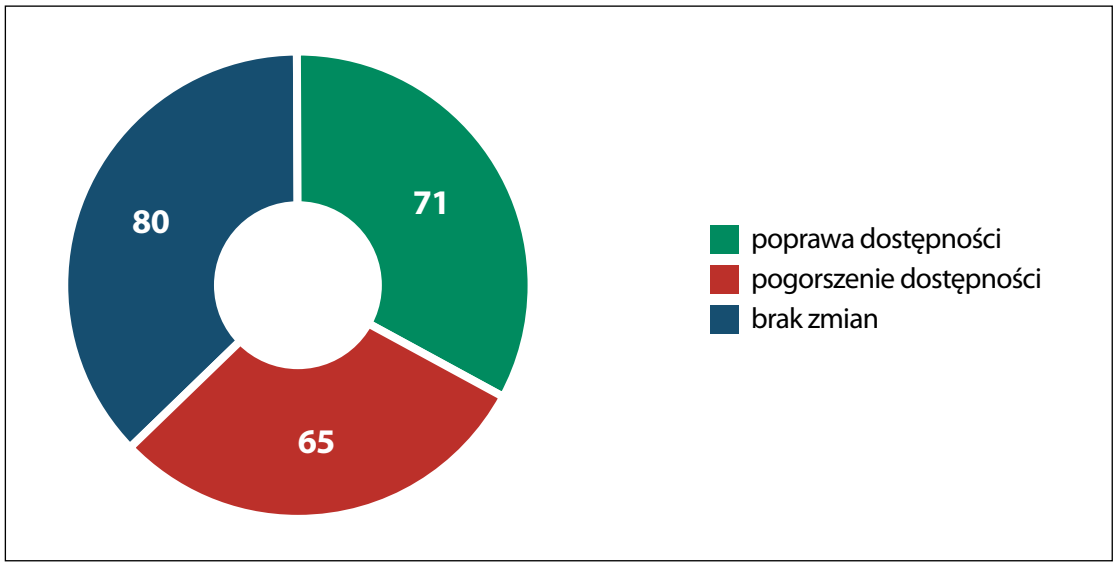
kiwania ma miejsce w ponad 1500 placówkach medycznych posiadających kontrakt z NFZ, co przekłada się na wyjątkowo wysoką precyzję i obiektywność monitorowania zmian długości oczekiwania w kolejkach.

Zasadniczym celem Barometru WHC jest **monitorowanie ZMIAN** czasu oczekiwania na świadczenia „gwarantowane" w Polsce, czyli Barometr ukazuje czy dostęp w ujęciu generalnym poprawia się czy pogarsza, niezależnie od przyczyny lub przyczyn tych zmian. Pod tym względem przyjęta metodyka zapewnia wnioskowanie z bardzo wysoką precyzją. **Śledzenie zmiany czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia zdrowotne stanowi istotny czynnik oceny jakości całego systemu opieki zdrowotnej, czyli pośrednio świadczy o ogólnej kondycji systemu ochrony zdrowia w Polsce, a co za tym idzie świadczy o regulatorze, a więc o skuteczności podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia i płatnika decyzji systemowych.**

2. Dostęp do świadczeń zdrowotnych

Średni czas oczekiwania na teoretycznie „gwarantowane" świadczenia zdrowotne w Polsce w porównaniu do poprzednio analizowanego okresu (listopad 2023 r.) uległ niewielkiej zmianie.

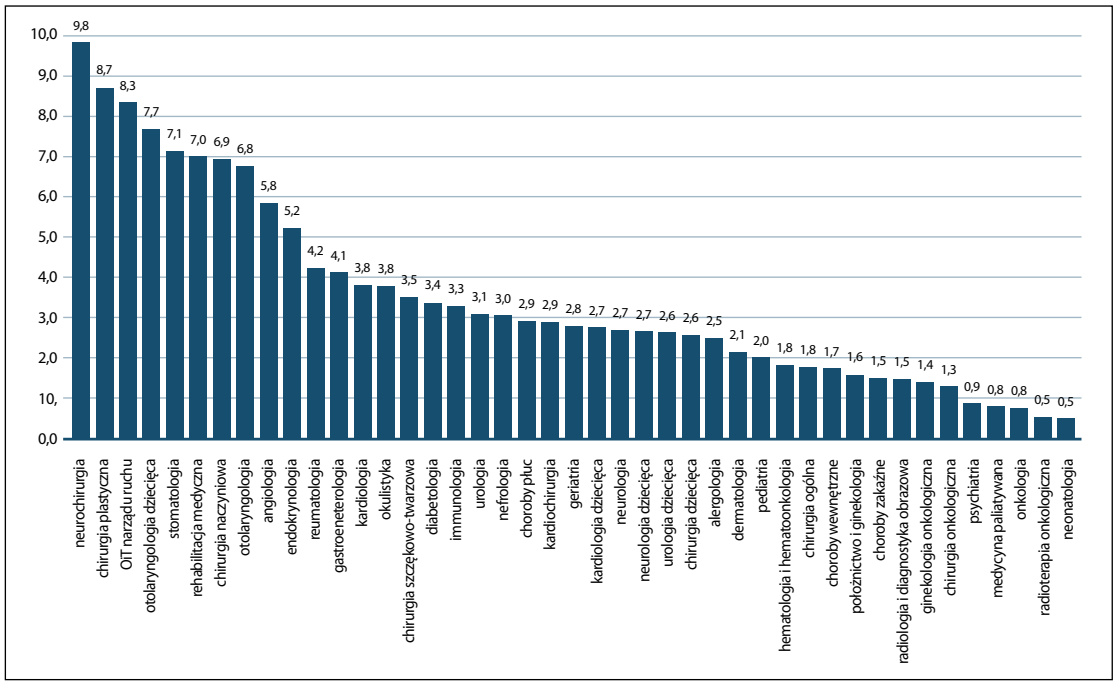
Wśród 216 analizowanych świadczeń zdrowotnych, w 71 odnotowano poprawę dostępności, w przypadku 65 dostępność uległa pogorszeniu, natomiast w przypadku 80 świadczeń czas oczekiwania uległ w zmianie w zakresie +/-0,5 mies. (rys. 1)



Rysunek 1. Poprawa / pogorszenie / brak zmian w dostępności do świadczeń zdrowotnych – wszystkie świadczenia

Od lipca/sierpnia 2023 roku czas oczekiwania na pojedyncze świadczenie wynosi 3,5 mies. Zatem od listopada 2022 roku nastąpiło skrócenie czasu oczekiwania o 0,1 mies. (rys. 2). Zaobserwowana zmiana wskazuje na poprawę w dostępie do świadczeń na granicy błędu statystycznego. Obecny czas oczekiwania – powyżej 3 mies. – utrzymuje się od 2018 roku.

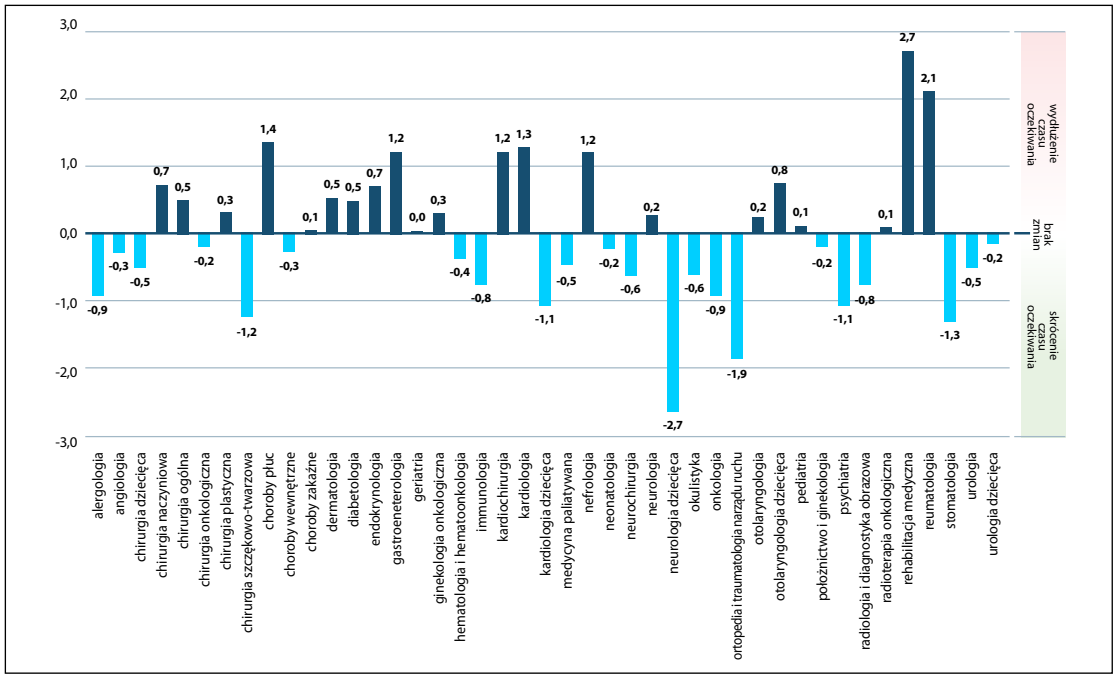
Przedstawione wyniki świadczą o stagnacji systemu z tendencją do wydłużania się czasu oczekiwania na świadczenia gwarantowane w Polsce, która trwa od 2012 r.



Rysunek 2. Zmiana przeciętnego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (wartości w mies.).

Na rys. 3 przedstawiono zmiany średniej długości czasu oczekiwania w kolejkach do wizyt, diagnostyki i leczenia. Średnia dotyczy wszystkich monitorowanych dziedzin i świadczeń wskaźnikowych.

Uwaga – zarówno poprawa, jak i brak zmiany także mogą wiązać się z utrzymującym się długim czasem oczekiwania na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny i tym samym oznaczać występowanie istotnych ograniczeń w dostępie do leczenia.



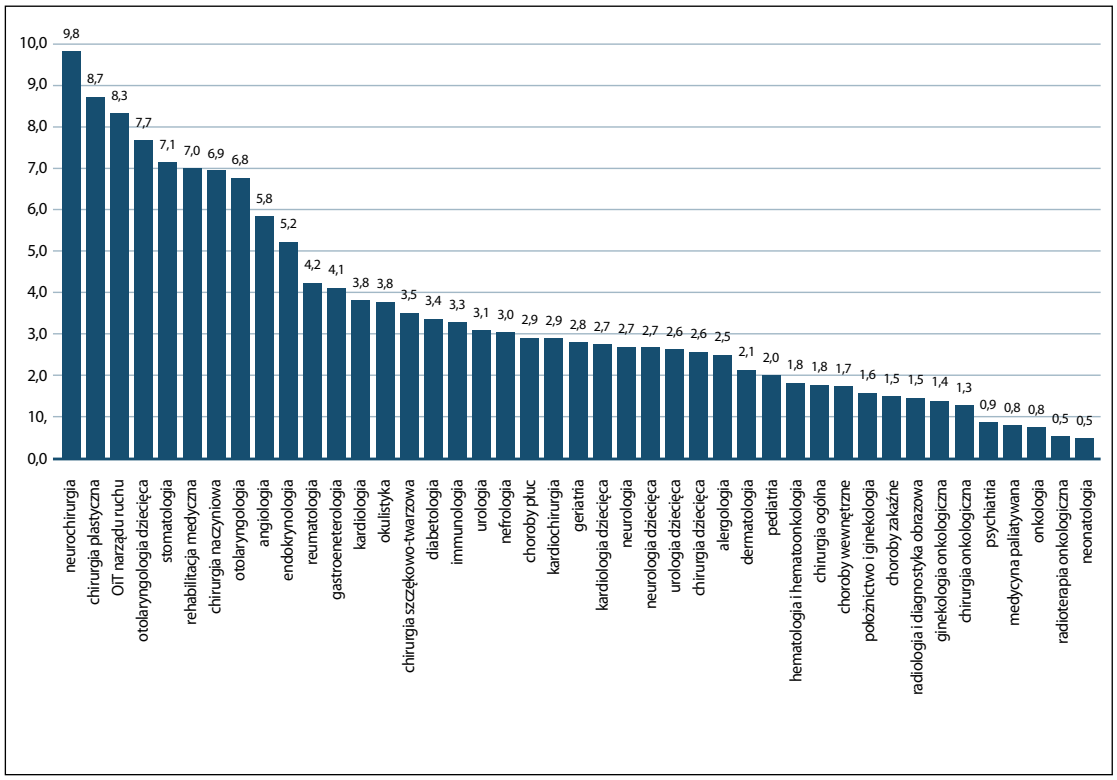
Każdy słupek reprezentuje jedną z dziedzin medycyny. Słupki powyżej osi ukazują, o ile wydłużył się czas oczekiwania, w stosunku do okresu poprzedniej weryfikacji (XI 2022). Słupki poniżej osi oznaczają poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny.

Rysunek 3. Zmiany średniego czasu oczekiwania (wartości w mies.) na realizację świadczeń zdrowotnych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Średni czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w lipcu i sierpniu 2023 r. w poszczególnych dziedzinach medycyny przedstawia rys. 4.

Najdłużej pacjenci muszą czekać na świadczenia w dziedzinie **neurochirurgii,** gdzie średni czas oczekiwania wyniósł ok. 9,8 miesiąca. Długo w kolejce również będziemy czekać do świadczeń z zakresu **chirurgii plastycznej** (8,7 mies.) oraz **ortopedii i traumatologii ruchu** (8,3 mies.).

Najkrócej pacjenci zaczekają na realizację świadczeń z zakresu **neonatologii** (0,5 mies.) oraz **radioterapii onkologicznej**, gdzie średni czas oczekiwania nie przekracza pół miesiąca (0,5 mies.).



Rysunek 4. Średni czas oczekiwania na realizacje świadczeń zdrowotnych w lipcu i sierpniu 2023 r. (w mies.).

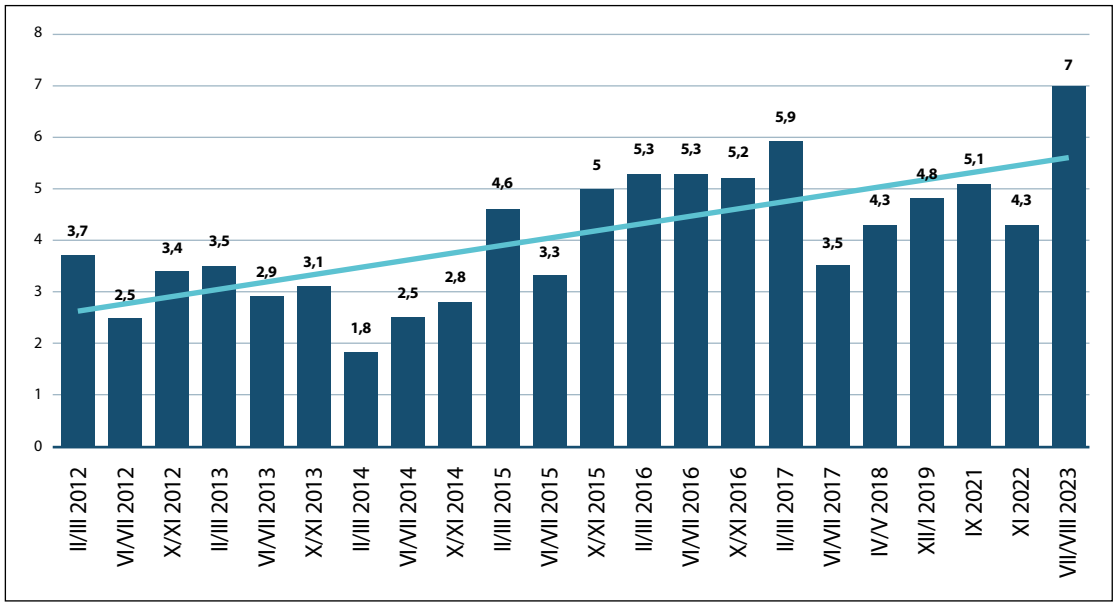
2.1. Pogorszenie dostępu

Największe wydłużenie średniego czasu oczekiwania w porównaniu do poprzedniego analizowanego okresu (tj. listopad 2022) zanotowano w dziedzinach: **rehabilitacja medyczna (o 2,7 mies.), reumatologia (o 2,1 mies.) oraz choroby płuc (o 1,4 mies.).**

Rehabilitacja medyczna

Dziedziną charakteryzującą się największym wydłużeniem czasu oczekiwania jest rehabilitacja medyczna. **Średni czas oczekiwania na świadczenia w tej dziedzinie to 7,0 mies**. Wydłużenie czasu oczekiwania odnotowano w ramach wszystkich wskaźnikowych świadczeń w tej dziedzinie. Odpowiednio, czas oczekiwania dla poszczególnych świadczeń wynosi:

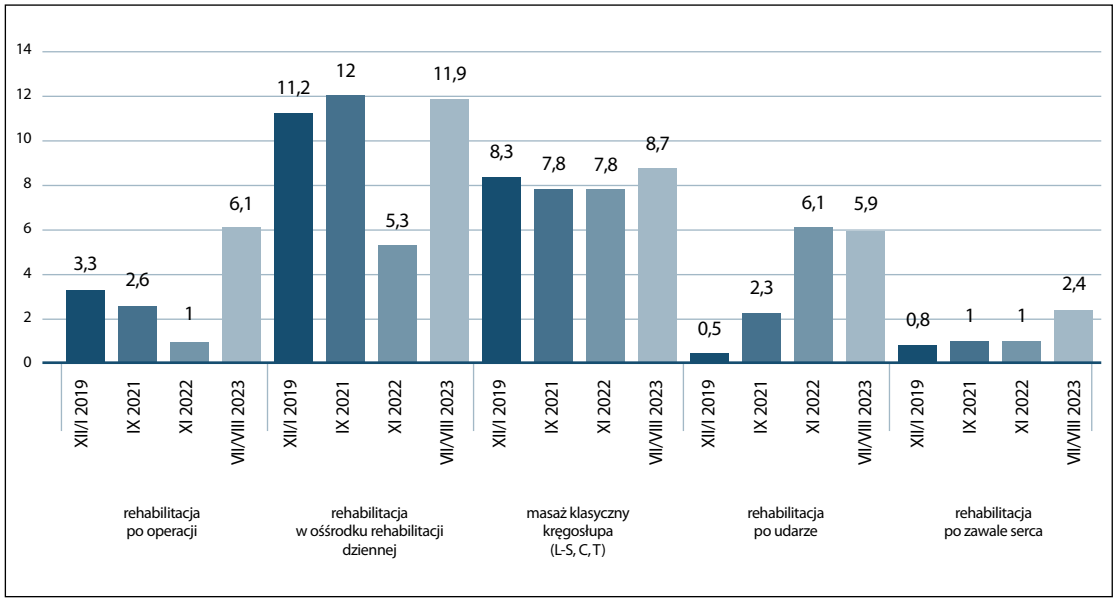
- na rehabilitację po operacji – 6,1 mies.
- na rehabilitację w ośrodku rehabilitacji dziennej – 11,9 mies.
- na masaż klasyczny kręgosłupa – 8,7 mies.
- na rehabilitację po udarze – 5,9 mies.
- na rehabilitację po zawale serca – 2,4 mies.



Rysunek 5. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie rehabilitacja medyczna.

W porównaniu do poprzedniego badanego okresu czas oczekiwania na **rehabilitację w ośrodku rehabilitacji dziennej** wydłużył się o 6,5 mies. Przy czym równie wysokie czasy oczekiwania w kolejce do tego świadczenia odnotowano w 2019 i 2021 roku.

W przypadku pozostałych zabiegów również zaobserwowano wydłużenie czasu oczekiwania względem poprzednio badanego okresu. Średni czas oczekiwania na poszczególne świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej zaprezentowany został na rysunku poniżej.



Rysunek 6. Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie rehabilitacja medyczna.

Ponadto, rozpatrując sytuację kobiety w wieku 55 lat, u której występują duże dolegliwości bólowe, trudności z chodzeniem, cierpiącej na chorobę zwyrodnieniową i dyskopatię odcinka L-S czas oczekiwania na **masaż klasyczny kręgosłupa** jest również stosunkowo długi i wynosi 8,7 mies. i zwiększył się względem poprzedniego analizowanego okresu o 0,9 mies.

Reumatologia

Obecnie średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu dziedziny reumatologii to 4,2 miesiąca. Na wydłużenie czasu oczekiwania w dziedzinie reumatologii szczególny wpływ wywiera wzrost średniego czasu oczekiwania na **rehabilitację w ośrodku rehabilitacji dziennej**, który wynosi 11,9 mies. Mężczyzna w wieku 32 lat, cierpiący na ZZSK (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa), odczuwający dotkliwe bóle w dolnej części kręgosłupa, w okolicy krzyżowej, zwykle symetryczne, nasilające się w godzinach nocnych, posiadający skierowanie do ośrodka rehabilitacji dziennej poczeka na rehabilitację w ośrodku rehabilitacji dziennej dłużej o 6,3 mies. w porównaniu do poprzednio badanego okresu. **Wśród zidentyfikowanych ośrodków wykonujących to świadczenie terminy oczekiwania sięgają nawet 2028 roku.**

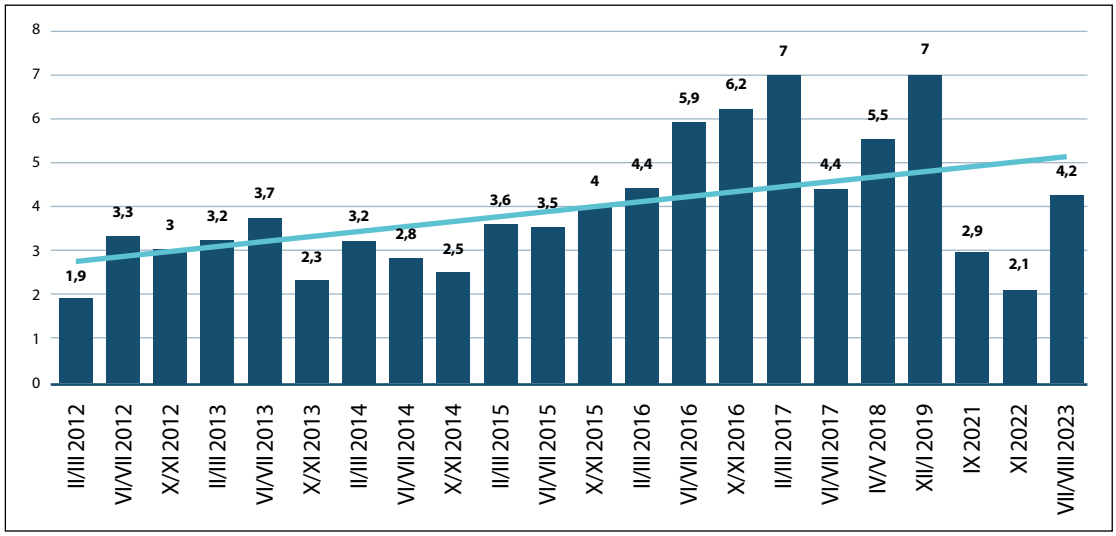
Należy podkreślić, że czas oczekiwania na rehabilitację w ośrodku dziennym jest dłuższy również w porównaniu do wyników uzyskanych w latach wcześniejszych: 2019 – 7,0 mies., 2021 – 3,4 mies. oraz 2022 – 2,7 mies.

Wydłużenie kolejki występuje w tej dziedzinie również w przypadku czasu oczekiwania na zabieg **artrodezy stawu skokowego**. Mężczyzna w wieku 58 lat, odczuwający ból w stawie skoko-

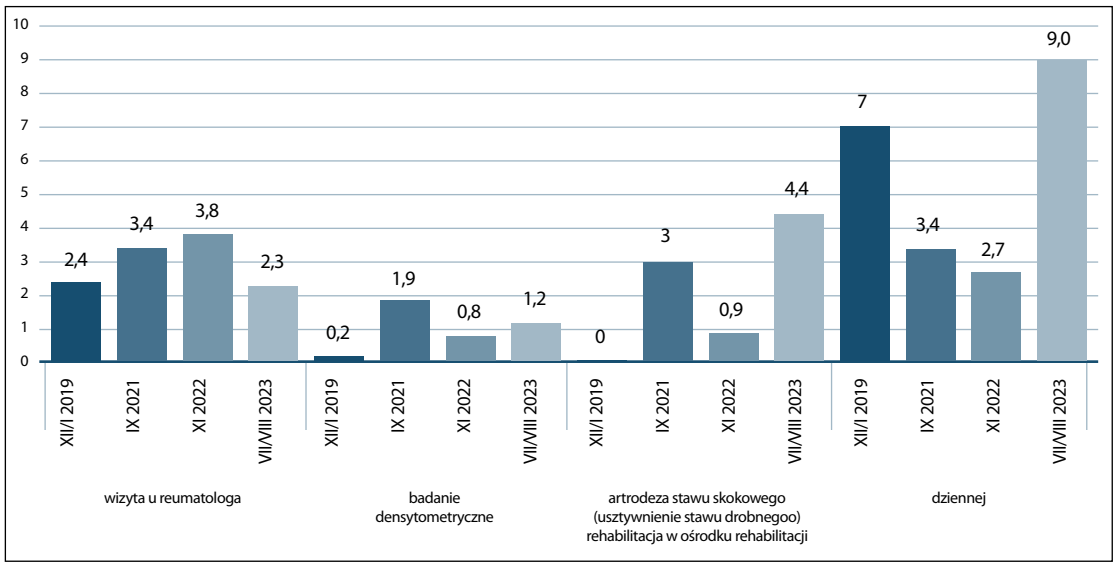
wym, cierpiący na reumatoidalne zapalenie stawów poczeka na zabieg średnio 4,4 miesiąca, czyli 3,5 miesiąca dłużej niż w listopadzie 2022 r.

W przypadku pozostałych analizowanych przez Fundację świadczeń z reumatologii: badania densytometrycznego i wizyty u reumatologa zaobserwowano odpowiednio wydłużenie czasu oczekiwania o 0,4 mies. oraz skrócenie czasu oczekiwania o 1,5 mies. w porównaniu z poprzednio badanym w ramach Barometru WHC okresem.

Szczegółowe dane zostały przedstawione na rysunkach 7 i 8.



Rysunek 7. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie reumatologia.



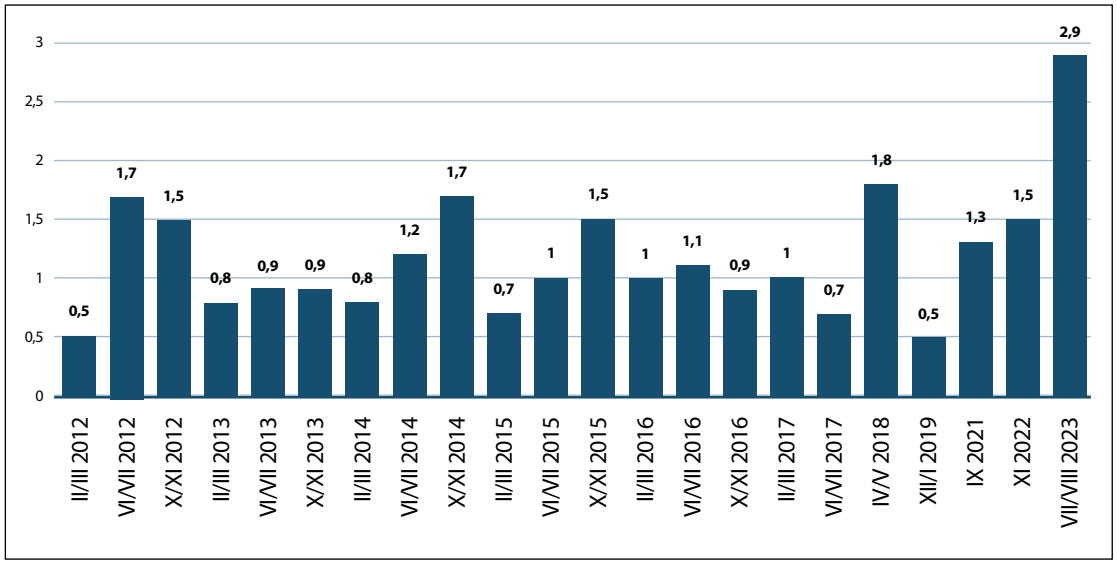
*świadczenie: artrodeza stawu skokowego (usztywnienie stawu drobnego) po raz pierwszy było przedmiotem analizy w 2021 roku

Rysunek 8. Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie reumatologia.

Choroby płuc

Dziedziną, w której odnotowano wydłużenie średniego czasu oczekiwania – o 1,4 miesiąca – są choroby płuc. Obecnie, aby uzyskać świadczenia w obrębie chorób płuc należy średnio poczekać 2,9 mies.,

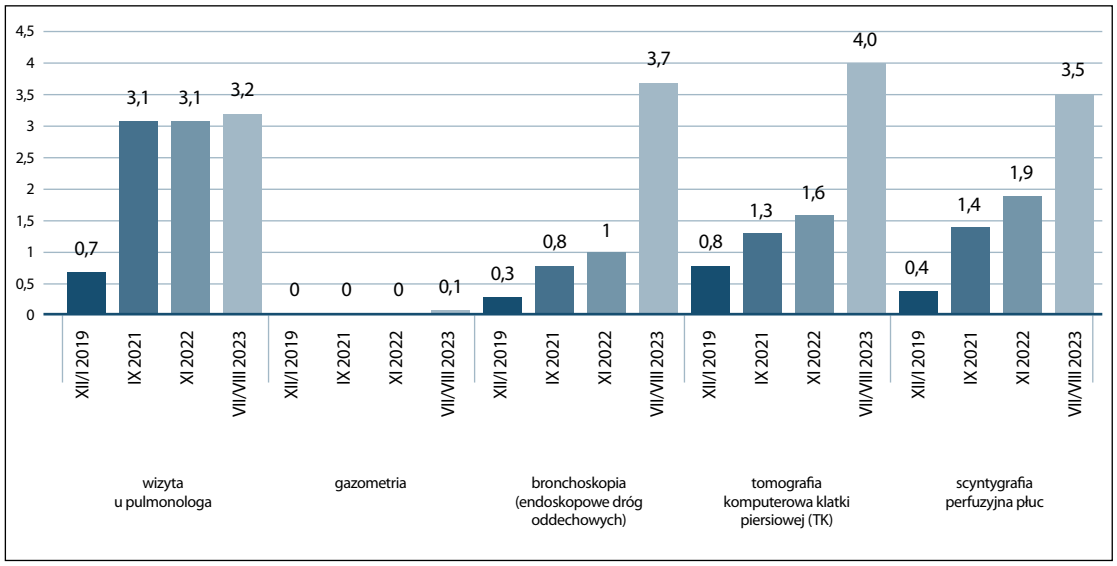
podczas gdy w listopadzie 2022 r. ten czas wynosił 1,5 mies., co oznacza wydłużenie średniego czasu oczekiwania w kolejkach o niemal półtora miesiąca. (rys. 9).



Rysunek 9. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie choroby płuc.

W przypadku dziedziny choroby płuc odnotowano w ostatnim analizowanym okresie wydłużenie czasu oczekiwania we wszystkich świadczeniach. Wśród przeanalizowanych przez Fundację świadczeń z zakresu **chorób płuc** zauważyć można znaczne wydłużenie kolejek do takich świadczeń zdrowotnych jak **bronchoskopia** (o 2,7 mies.) oraz **tomografia komputerowa klatki piersiowej** (o 2,4 mies.). Wydłużył się także okres oczekiwania na **scyntygrafię perfuzyjną płuc**, wizytę w poradni pulmonologicznej oraz gazometrię.

Szczegółowe dane zamieszczono na poniższym rysunku.



Rysunek 10. Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie choroby płuc.

2.2. Poprawa dostępu

Największa poprawa dostępu do świadczeń zdrowotnych nastąpiła w dziedzinach: **neurologia dziecięca (o 2,7 mies.)**, **ortopedia i traumatologia narządu ruchu (o 1,9 mies.) oraz stomatologia (o 1,3 mies.).** Średni czas oczekiwania na świadczenia w tych dziedzinach wynosi: 2,7 mies. dla neurologii dziecięcej, 8,3 mies. dla ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz 7,1 mies. dla stomatologii.

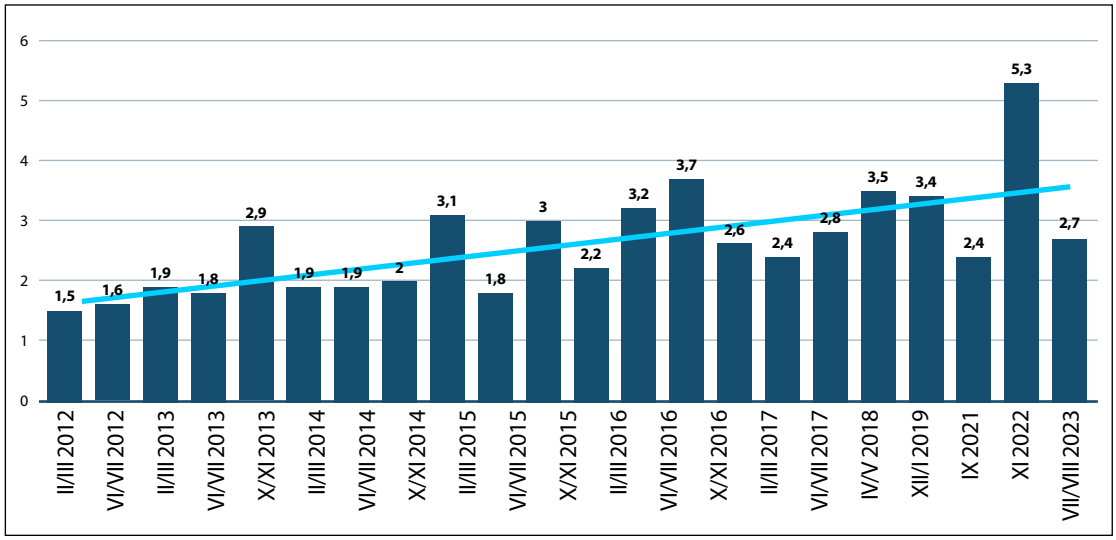
Neurologia dziecięca

Największy wpływ na średnią długość oczekiwania na świadczenia z zakresu neurologii dziecięcej miało skrócenie czasu oczekiwania na **wizytę u neurologa dziecięcego** (z 11,0 mies. na 2,6 mies.), a także na **badanie elektroencefalograficzne (EEG) głowy** z 4,0 na 1,6 mies. Należy przy tym zaznaczyć, że obecny wynik czasu oczekiwania na konsultację ze specjalistą jest zbliżony do wyników z roku 2021-go.

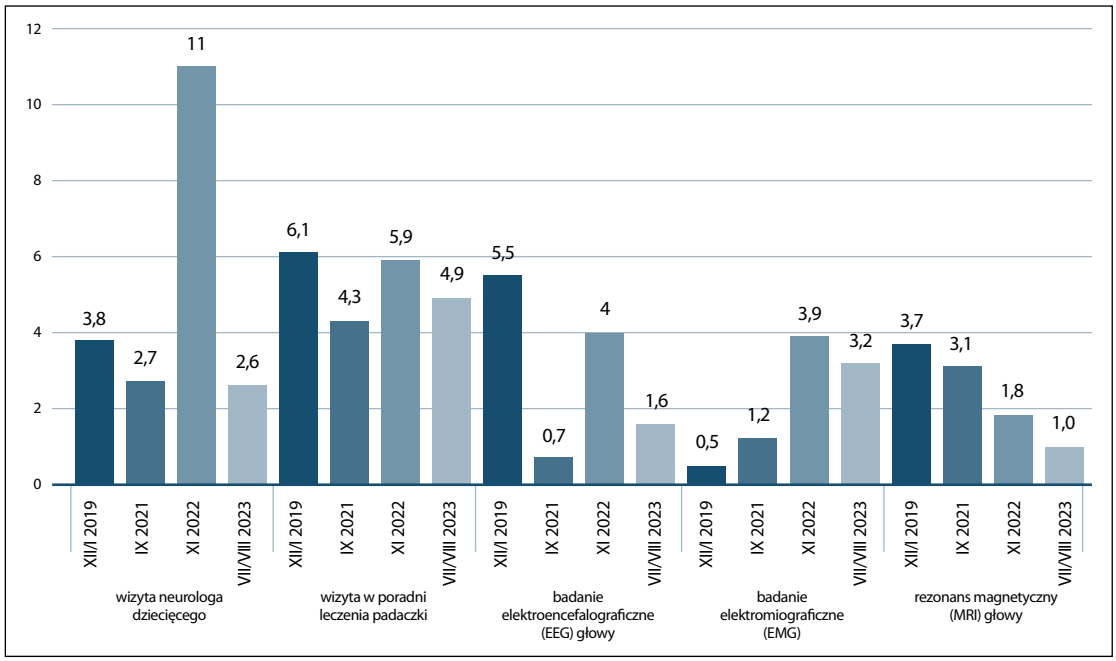
W przypadku chłopca w wieku 2,5 roku, u którego stwierdzono kaczy chód, posiadającego skierowanie od neurologa dziecięcego, czas oczekiwania na **badanie elektromiograficzne (EMG)** wynosi 3,2 miesiąca (o 0,7 mies. krócej w porównaniu do XI 2022).

Czas oczekiwania na wizytę w poradni leczenia padaczki również uległ skróceniu (z 5,9 na 4,9 mies. w porównaniu do poprzedniego Barometru).

Natomiast 9 letnie dziecko, u którego występują silne bóle głowy, a przeprowadzone badanie dna oka oraz EEG nie wykazały zmian patologicznych, posiadające skierowanie od neurologa, na badanie rezonansem magnetycznym (MRI) głowy musi zaczekać 1,0 mies. (o 0,8 mies. krócej niż w listopadzie 2022).



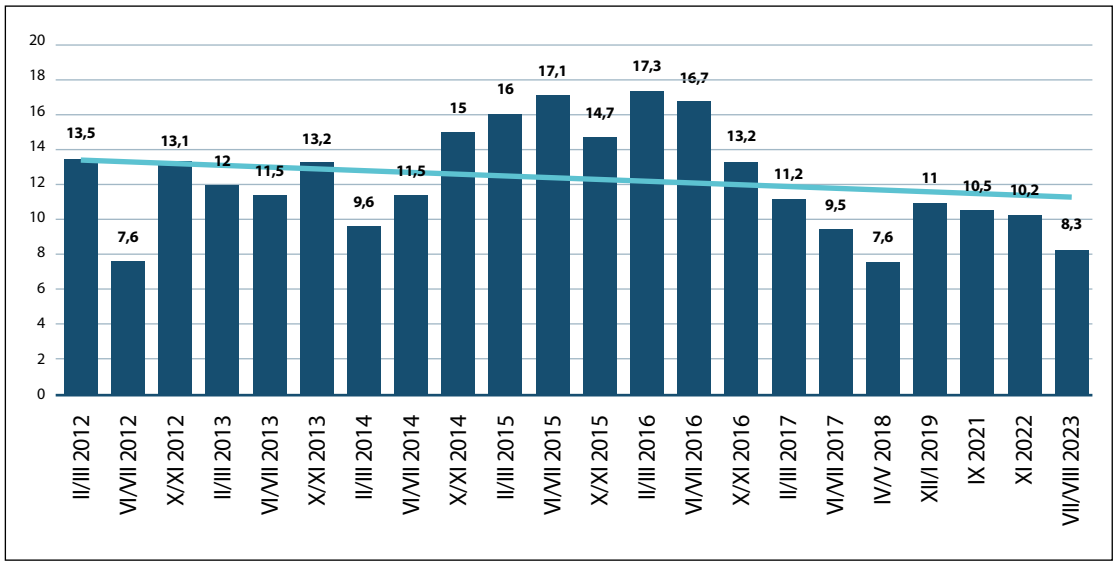
Rysunek 11. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie neurologia dziecięca.



Rysunek 12. Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie neurologia dziecięca.

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu

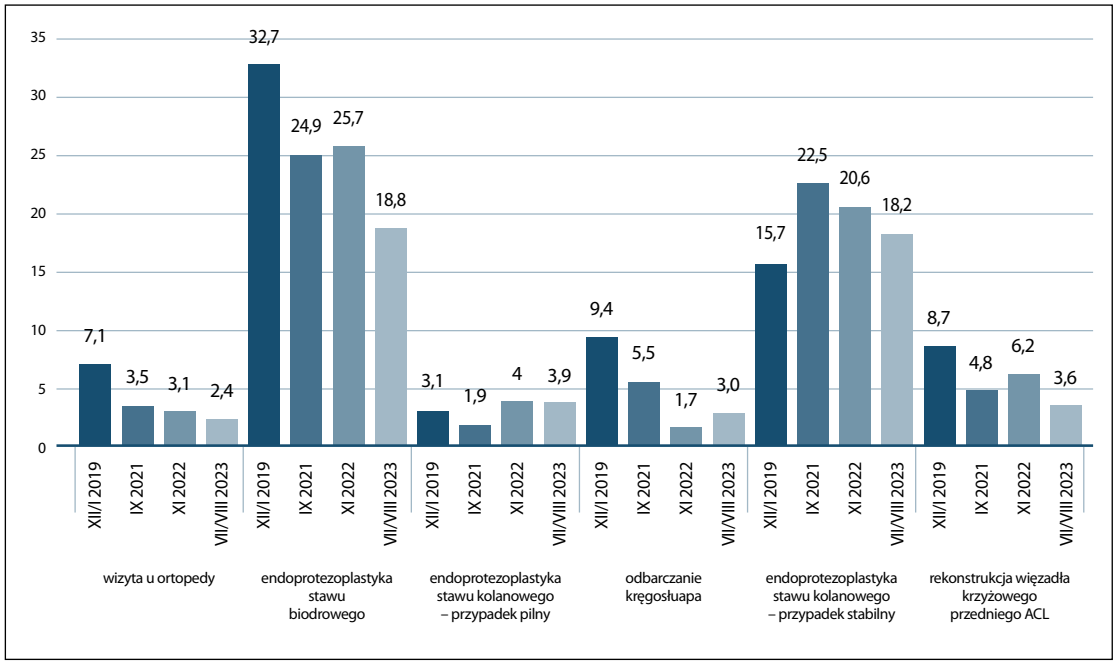
Znaczącą poprawę zaobserwowano także w obrębie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Średni czas oczekiwania na świadczenia w tej dziedzinie spadł z 10,2 do 8,3 miesiąca.



Rysunek 13. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie ortopedia i traumatologia narządu ruchu.

Największy spadek pod względem czasu oczekiwania zauważono w stosunku do **zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego,** który skrócił się z 25,7 do 18,8 miesiąca. Znaczące skrócenie czasu oczekiwania odnotowano także w przypadku **zabiegu rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego ACL**, gdzie nastąpiło skrócenie tego okresu z 6,2 do 3,6 miesiąca. Poprawie uległa sytuacja pacjentów oczekujących na **endoprotezoplastykę stawu kolanowego – przypadek stabilny** (skrócenie z 20,6 do 18,2 mies.).

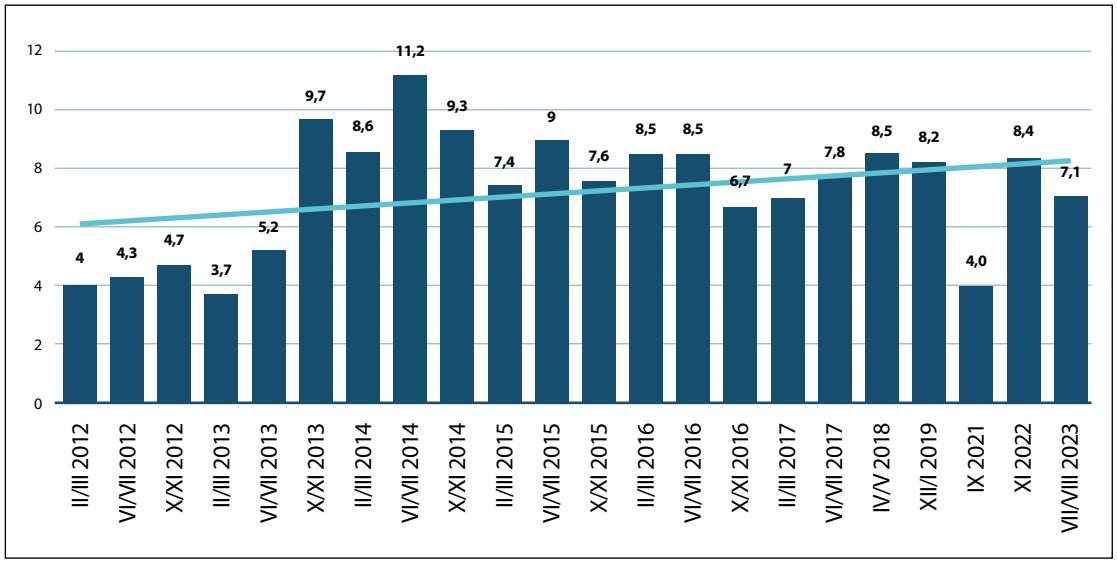
Niewielkie zmiany lub brak zmian czasu oczekiwania dotyczyły dwóch świadczeń z tej dziedziny: wizyty u ortopedy – skrócenie z 3,1 do 2,4 mies. oraz endoprotezoplastykę stawu kolanowego – przypadek pilny – czas oczekiwania skrócił się z 4,0 do 3,9 mies.



Rysunek 14. Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie ortopedia i traumatologia narządu ruchu.

Stomatologia

Poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych odnotowano również w dziedzinie stomatologii. Średni czas oczekiwania na świadczenie z tej kategorii wyniósł 7,1 miesiąca. To poprawa o 1,3 mies. względem poprzedniego analizowanego okresu (listopad 2022 r.).

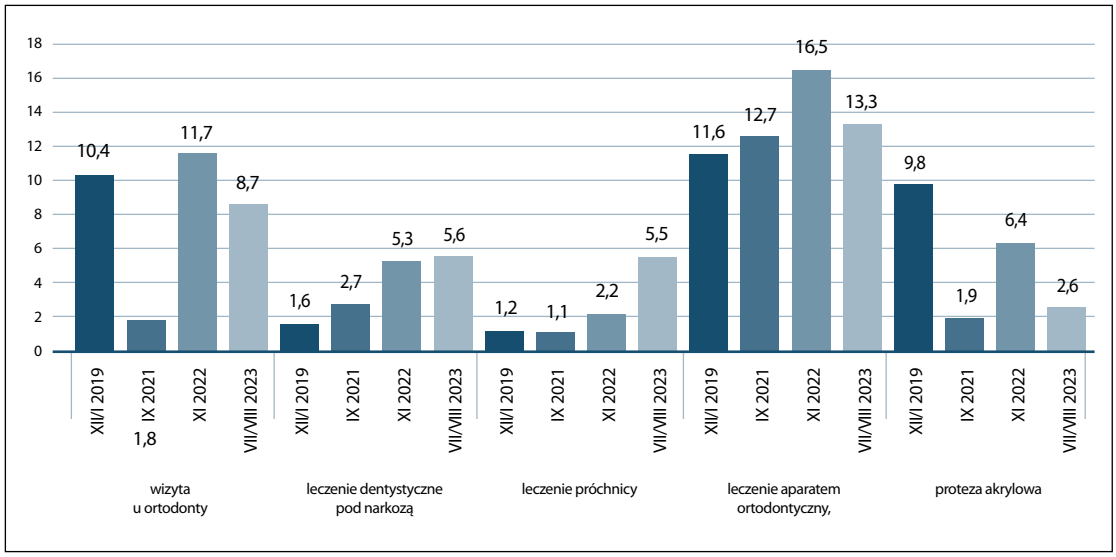


Rysunek 15. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie stomatologia.

Spośród analizowanych świadczeń wskaźnikowych, na średnie skrócenie czasu oczekiwania we wskazaniu stomatologia wpływ mają zmiany w zakresie: wizyty u ortodonty, rozpoczęcia leczenia aparatem ortodontycznym oraz uzyskania świadczenia – protezy akrylowej. Czas oczekiwania na **protezę akrylową** skrócił się zdecydowanie – z 6,4 na 2,6 miesiąca. Bardzo znacząco poprawiła się także sytuacja pacjentów oczekujących na **leczenie aparatem ortodontycznym**. Przykładowo, 8 letnie dziecko, u którego stwierdzono krzywy zgryz i konieczność leczenia aparatem ortodontycznym ruchomym, posiadające skierowanie od stomatologa musi zaczekać na to świadczenie średnio 13,3 miesięcy. W tym wypadku odnotowano poprawę o 3,2 mies. Skróceniu uległ także czas oczekiwania na **wizytę u ortodonty**: z 11,7 do 8,7 mies. Należy przy tym podkreślić, że pomimo skrócenia czasu oczekiwania, świadczenia z zakresu ortodoncji wciąż pozostają jednymi z obarczonych najdłuższym czasem oczekiwania.

Wydłużenie czasu oczekiwania odnotowano z kolei w przypadku leczenia próchnicy. Dziecko w wieku 12 lat, u którego lekarz rodzinny stwierdził próchnicę zębów i ubytki w zębach trzonowych i u którego brak jest dolegliwości bólowych zaczeka na świadczenie 5,5 miesiąca. W chwili poprzedniej analizy (listopad 2022) czas ten wynosił 2,2 miesiąca.

Pogorszyła się także sytuacja oczekujących na leczenie dentystyczne pod narkozą (wydłużenie z 5,3 do 5,6 mies.).



Rysunek 16. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie stomatologia.

2.3. Brak zmian w dostępie

Brak znaczących zmian w kolejkach do świadczeń zdrowotnych w porównaniu do wyników z listopada 2022 r. odnotowano w odniesieniu do 21 spośród 43 analizowanych dziedzin medycyny **(za brak znaczących zmian uznano zmianę na poziomie ±0,5 mies.).** Dotyczy to następujących 21 dziedzin:

- angiologia (-0,3);
- chirurgia dziecięca (-0,5);
- chirurgia ogólna (0,5);
- chirurgia onkologiczna (-0,2);
- chirurgia plastyczna (0,3);
- choroby wewnętrzne (-0,3);
- choroby zakaźne (0,1);
- dermatologia (0,5);
- diabetologia (0,5);
- geriatria (0,0);
- ginekologia onkologiczna (0,3);
- hematologia i hematoonkologia (-0,4);
- medycyna paliatywna (-0,5);
- neonatologia (-0,2);
- neurologia (0,2);
- otolaryngologia (0,2);
- pediatria (0,1);
- położnictwo i ginekologia (-0,2);
- radioterapia onkologiczna (0,1);
- urologia (-0,5);
- urologia dziecięca (-0,2).

Utrzymanie podobnego czasu oczekiwania nie zawsze oznacza sytuację korzystną, ponieważ zazwyczaj i tak jest ona równoznaczna z długim oczekiwaniem na uzyskanie świadczeń. **Porównując do poprzednich wyników Barometru (listopad 2022 r.) zwiększyła się liczba świadczeń (21 vs 17) dla których odnotowano brak zmian w kolejkach.**

3. Dostęp do lekarzy specjalistów

Aby uzyskać poradę specjalisty trzeba poczekać średnio 3,7 mies. **W porównaniu do poprzedniego Barometru (stan na listopad 2022 r. – 4,1 mies.) odnotowano spadek na w oczekiwaniu na wizytę do lekarzy specjalistów o 0,4 mies.**

Najdłuższy czas oczekiwania dotyczy wizyt: u **chirurga naczyniowego** (11,0 mies.), **angiologa** (10,3 mies.) oraz **endokrynologa** (9,6 mies.).

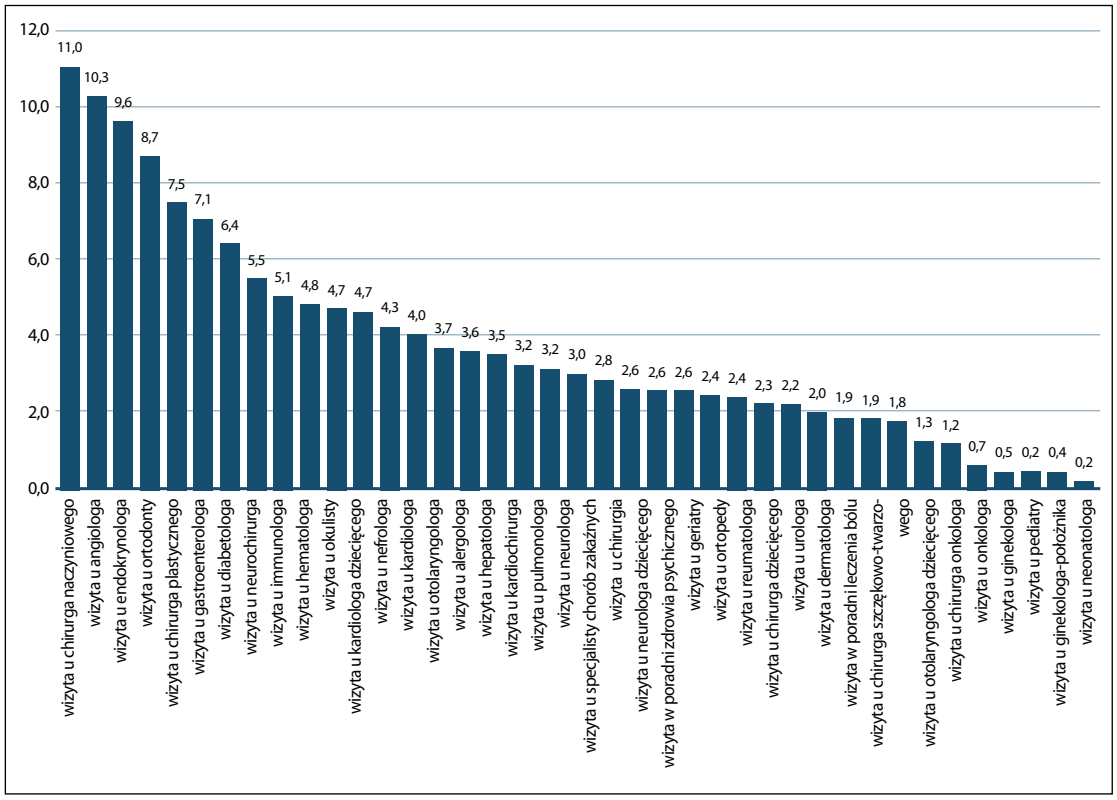
W poprzednim Barometrze najdłuższe okresy oczekiwania do specjalistów dotyczyły ortodonty (11,7 mies.), neurologa dziecięcego (11 mies.) oraz chirurga naczyniowego (9,1 mies.).

Specjaliści, do których czas oczekiwania jest dłuższy niż 3 miesiące to między innymi:

- chirurdzy naczyniowi – 11 mies.
- angiolodzy – 10,3 mies.
- endokrynolodzy – 9,6 mies.
- ortodonci – 8,7 mies.
- chirurdzy plastyczni – 7,5 mies.
- gastroenterolodzy – 7,1 mies.
- diabetolodzy – 6,4 mies.
- neurochirurdzy – 5,5 mies.
- immunolodzy – 5,1 mies.
- hematolodzy – 4,8 mies.
- kardiolodzy dziecięcy – 4,7 mies.
- okuliści – 4,7 mies.
- nefrolodzy – 4,3 mies.
- kardiolodzy – 4,0 mies.
- otolaryngolodzy – 3,7 mies.
- alergolodzy – 3,6 mies.
- hepatolodzy – 3,5 mies.
- kardiochirurdzy – 3,2 mies.
- pulmonolodzy – 3,2 mies.

Z kolei specjaliści, do których czas oczekiwania jest najkrótszy, to:

- neonatolodzy – 0,2 mies.
- ginekolodzy-położnicy – 0,4 mies.
- ginekolodzy – 0,5 mies.
- pediatrzy – 0,5 mies.



Rysunek 17. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w lipcu i sierpniu 2023 r. (w mies.).

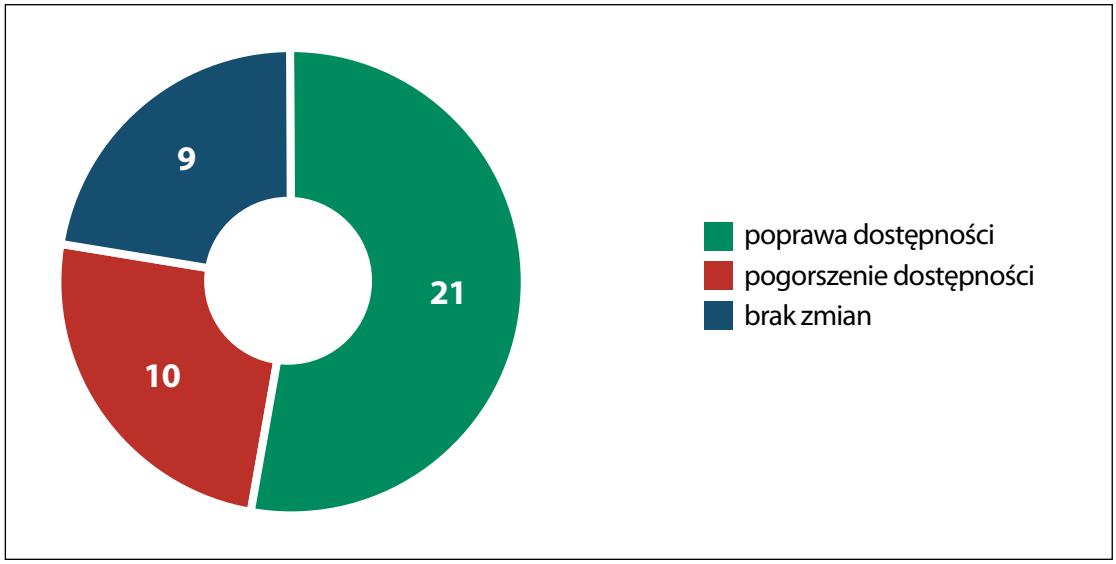
3.1. Pogorszenie i poprawa dostępu

Wśród analizowanego dostępu do lekarzy specjalistów z 40 dziedzin medycyny, w 21 odnotowano poprawę w dostępności, w przypadku 10 dostępność uległa pogorszeniu, natomiast w przypadku 9 specjalistów czas oczekiwania uległ w zmianie w zakresie +/-0,5 mies.

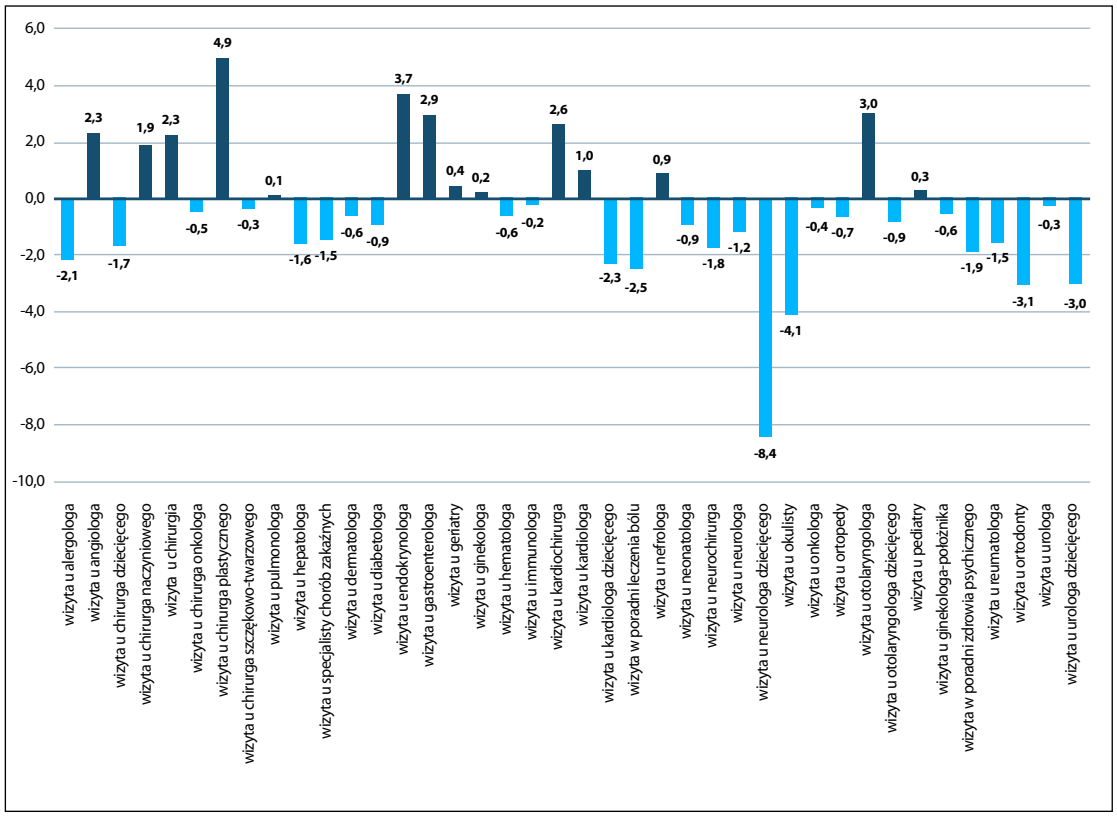
Dostępności do konsultacji specjalistycznej (w mies.) pomiędzy okresami listopad 2022 a lipiec/sierpień 2023 r. przedstawione zostały na rys. 19.

Największą poprawę w dostępie do specjalistów względem poprzedniego analizowanego okresu odnotowano dla wizyt do: neurologa dziecięcego (spadek o 8,4 mies.), okulisty (spadek o 4,1 mies.) oraz ortodonty (spadek o 3,1 mies.).

Natomiast największe pogorszenie odnotowano w przypadku dostępu do: chirurga plastycznego (wzrost o 4,9 mies.), gastroenterologa (wzrost o 3,7 mies.), otolaryngologa (wzrost o 3,0 mies.).



Rysunek 18. Poprawa / pogorszenie / brak zmian w dostępności do świadczeń zdrowotnych – lekarze specjaliści



Rysunek 19. Zmiana dostępności do konsultacji specjalistycznej (w mies.) listopad 2022 r. vs. lipiec/sierpień 2023 r. w Polsce.

4. Dostęp do badań diagnostycznych

Niezwykle istotne dla powodzenia przyszłego leczenia jest możliwie szybkie wykonanie niezbędnych badań i postawienie diagnozy.

Wyniki uzyskane przez Fundację WHC wskazują, że średnio na badanie diagnostyczne czeka się **2,5 mies. Jest to taki sam czas oczekiwania, jak odnotowany w listopadzie 2022 r.**

Wśród wszystkich zweryfikowanych przez Fundację WHC świadczeń diagnostycznych najdłuższy czas oczekiwania odnotowano w odniesieniu do badania audiologicznego metodą elektrofizjologiczną (6,5 mies.), jak również biopsji guzków tarczycy (5,6 mies.) oraz USG tarczycy (5,2 mies.).

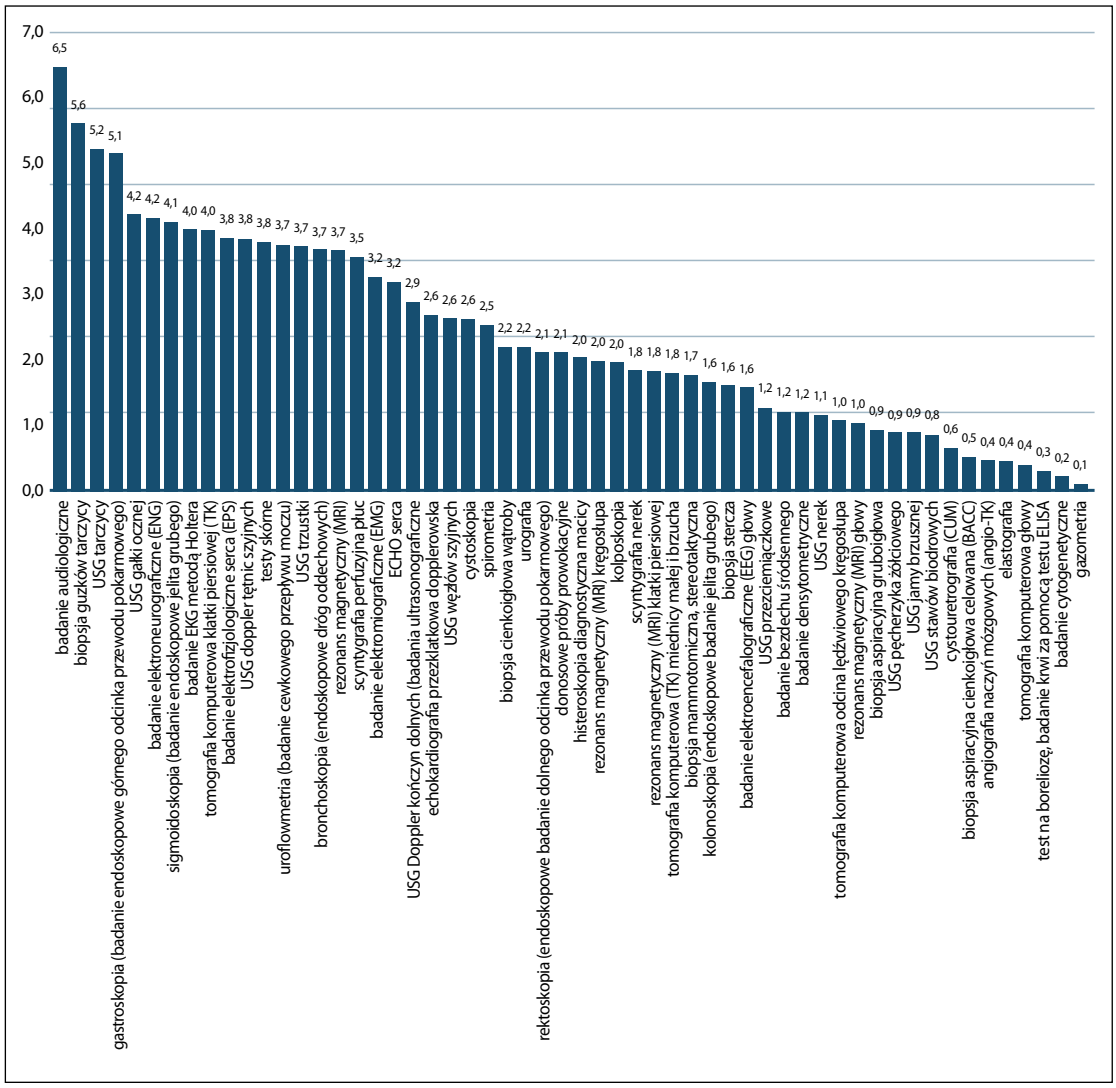
Ponad 4 miesiące poczekają również pacjenci chcący wykonać:

- gastroskopię (5,1 mies.);
- badanie elektroneurograficzne (ENG) (4,2 mies.);
- USG gałki ocznej (4,2 mies.);
- sigmoidoskopię (badanie endoskopowe jelita grubego) (4,1 mies.).

Badaniami diagnostycznymi wykonywanymi niemal od razu są **gazometria** (0,1 mies.) oraz **badanie cytogenetyczne** (0,2 mies.). Niewiele dłużej poczekamy na wykonanie **testu na boreliozę, badanie krwi za pomocą testu ELISA** (0,3 mies.).

Krócej niż miesiąc czeka się na:

- angiografię naczyń mózgowych (angio – TK) – 0,4 mies.
- elastografię – 0,4 mies.
- tomografię komputerową głowy – 0,4 mies.
- biopsję aspiracyjną cienkoigłową celowaną (BACC) – 0,5 mies.
- cystouretrografię (CUM) – 0,6 mies.
- USG stawów biodrowych – 0,8 mies.
- biopsję aspiracyjną gruboigłową – 0,9 mies.
- USG jamy brzusznej – 0,9 mies.
- USG pęcherzyka żółciowego – 0,9 mies.



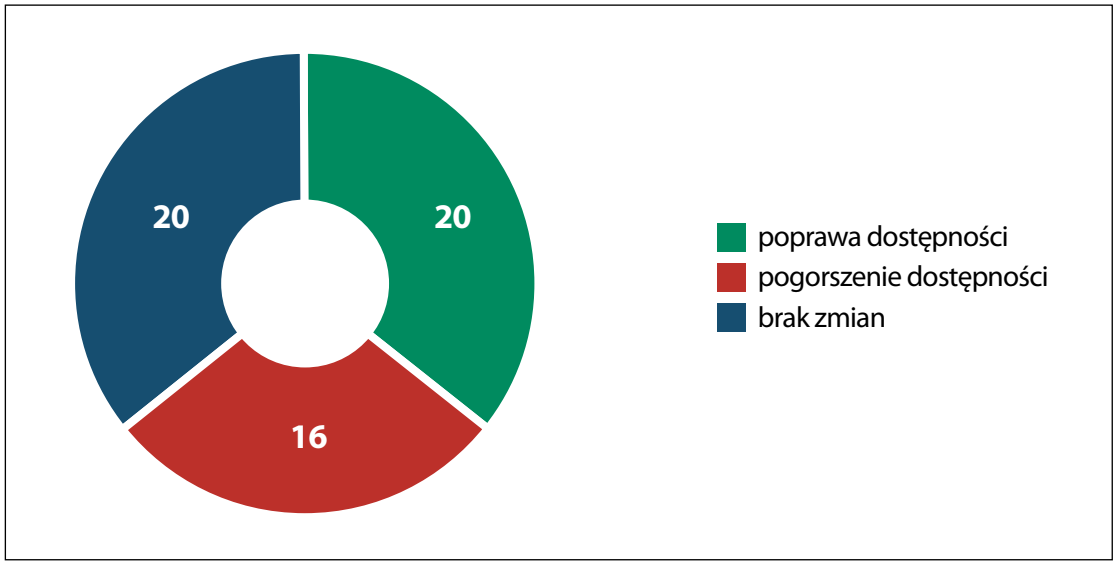
Rysunek 20. Czas oczekiwania na badania diagnostyczne w lipcu/sierpniu 2023 r. (mies.).

4.1. Pogorszenie i poprawa dostępu

Wśród analizowanego dostępu do badań diagnostycznych spośród 56 świadczeń w 20 z nich odnotowano poprawę w dostępności, w przypadku 16 z nich dostępność uległa pogorszeniu, natomiast w przypadku 20 badań czas oczekiwania uległ w zmianie w zakresie +/-0,5 mies.

W porównaniu do poprzednio badanego okresu największe pogorszenie w czasie oczekiwania odnotowano dla badania uroflowmetrii, gdzie kolejka w porównaniu z listopadem 2022 r. zwiększyła się aż o 3,0 mies. Znaczne pogorszenie w dostępności odnotowano również w odniesieniu do badania bronchoskopii (wzrost o 2,7 mies.) oraz tomografii klatki piersiowej (TK) (wzrost o 2,4 mies.).

Największe skrócenie czasu oczekiwania na badanie diagnostyczne w porównaniu do poprzedniego analizowanego okresu (listopad 2022 r.). odnosi się do USG gałki ocznej (poprawa o aż 3,5 mies.). Duże skrócenie czasu oczekiwania odnotowano również w przypadku USG Doppler kończyn dolnych (poprawa o 3,0 mies.), oraz sigmoidoskopii (badania endoskopowego jelita grubego) (poprawa o 2,9 mies.).



Rysunek 21. Poprawa / pogorszenie / brak zmian w dostępności do świadczeń zdrowotnych – badania diagnostyczne.

5. Etapowość leczenia

Fundacja WHC poświęca także uwagę problematyce etapowości leczenia. Bazując na dostępnych danych wskazano kilka przykładów ograniczeń, w których sumujący się czas oczekiwania do kolejnych etapów leczenia jest szczególnie bolesny dla pacjenta i decyduje o jego szansie na powrót do zdrowia bądź o przeżyciu.

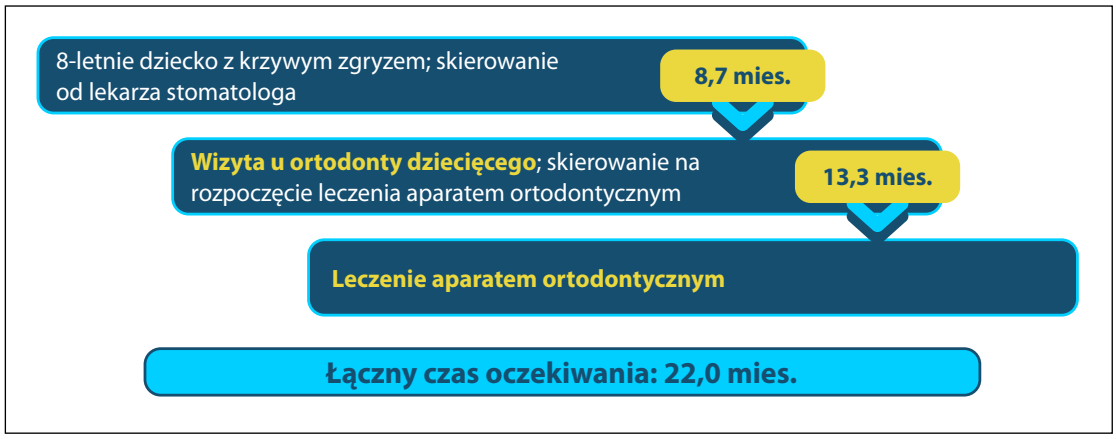
5.1. Leczenie aparatem ortodontycznym

Jednym z najbardziej niesprawiedliwych ograniczeń jest czas oczekiwania dzieci na leczenie aparatem ortodontycznym. Z badań Fundacji WHC wynika, że na wizytę u ortodonty 8-letnie dziecko z wadą zgryzu **czeka niemal 9 miesięcy** (stan na listopad 2022 r. – 11,7 mies.). Przy czym wizyta u specjalisty jest dopiero pierwszym z etapów leczenia ortodontycznego. Ważne jest zatem, aby została zrealizowana możliwie szybko.

Kolejnym etapem w przypadku stwierdzenia krzywego zgryzu u dziecka powinno być leczenie ruchomym aparatem ortodontycznym, jednak i tu rodzice muszą uzbroić się w cierpliwość. Średnio na rozpoczęcie leczenia ruchomym aparatem ortodontycznym czeka się **ponad rok – 13,3 mies.** (stan na listopad 2022 r. – 16,5 mies.)

W obrębie tego świadczenia zróżnicowanie w czasie oczekiwania w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta jest bardzo wyraźne. Często o możliwości skorzystania z szybkiej konsultacji oraz rozpoczęcia leczenia decyduje szczęśliwy traf, np. placówka jest nowa w regionie i nie zdążyła wytworzyć się jeszcze długa kolejka oczekujących. Zidentyfikowane czasy oczekiwania (zarówno w odniesieniu do wizyt, jak i leczenia) mieszczą się w bardzo szerokim przedziale: od kilkunastu dni do nawet 2 lat (w przypadku wizyty) czy 5 lat (w przypadku rozpoczęcia leczenia aparatem ortodontycznym). Tak duża rozpiętość identyfikowana była przez ankieterów również w przypadku wcześniejszych edycji Barometru.

Warto zaznaczyć, że **leczenie z użyciem ruchomego aparatu ortodontycznego refundowane jest wyłącznie dzieciom do 12 roku życia**, dlatego też wydłużony czas oczekiwania stanowić może o dyskwalifikacji pacjenta z leczenia.

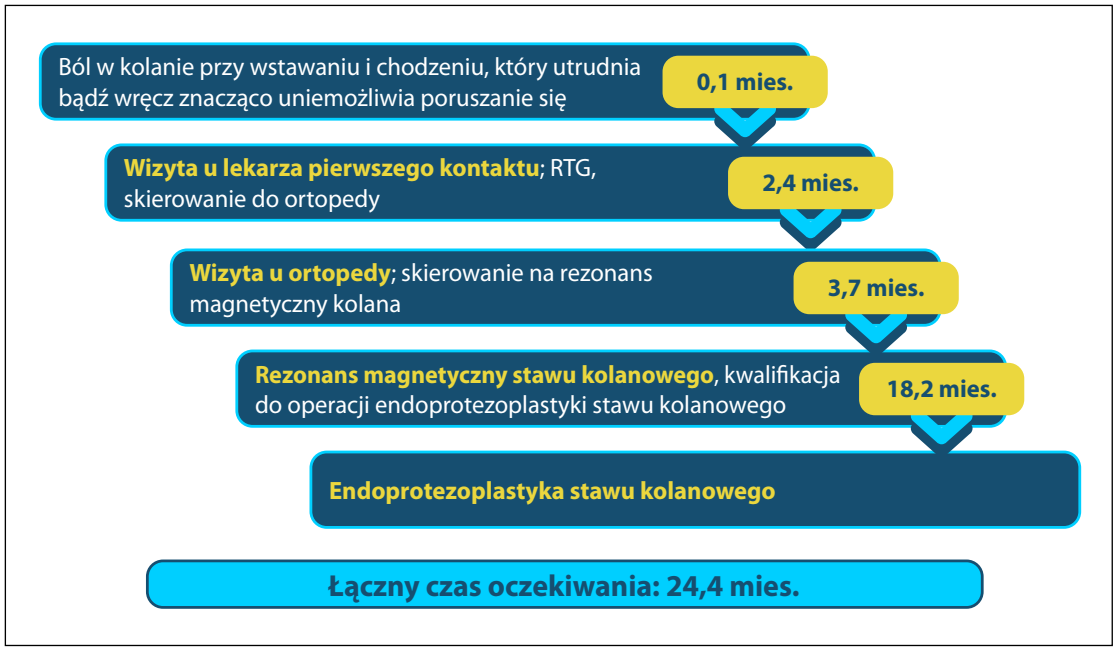


Rysunek 22. Etapowość leczenia aparatem ortodontycznym (lipiec/sierpień 2023 r.)

Czas od wizyty dziecka u stomatologa do rozpoczęcia leczenia aparatem ortodontycznym wyniósł 22 mies. (stan na listopad 2022 r. – 28,2 mies.)

5.2. Endoprotezoplastyka stawu kolanowego

Ograniczenia związane z etapowością leczenia stanowią również znaczny problem dla pacjentów, u których wskazane jest przeprowadzenie endoprotezoplastyki stawu kolanowego w trybie planowym – przypadek stabilny (rys.23).



Rysunek 23. Etapowość leczenia zwyrodnienia stawu kolanowego (lipiec/sierpień 2023 r.)

Kolejnym uwzględnionym w analizie czasu oczekiwania na świadczenia przypadkiem jest 56-letni mężczyzna ze zwyrodnieniem stawu kolanowego, który nie może chodzić z powodu bólu w kolanie, i korzysta raz w roku z sanatorium oraz 2-3 razy w roku z rehabilitacji finansowanej przez NFZ. Pomimo tego, że jest to przypadek stabilny, ból pojawia się podczas chodzenia i wstawania, przez co pacjent porusza się o kulach. Zanim zasięgnie porady ortopedy, poczeka na wizytę 2,4 mies. (stan na listopad 2022 r. – 2,5 mies.).

Czekając na rezonans magnetyczny stawu kolanowego prawie 4 mies., zostanie wreszcie zakwalifikowany do operacji endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Jednak na wykonanie tego świadczenia przyjdzie mu dodatkowo poczekać średnio 18,2 mies. (stan na listopad 2022 r. – 20,6 mies.). Warto jednak zaznaczyć, że ankieterom udało się zidentyfikować również ośrodki, które pacjentowi w podobnej sytuacji mogą zaproponować realizację świadczenia dopiero w 2029 r. (patrz: Rozdział 6 – Z notatek ankieterów).

Łącznie od wizyty u lekarza pierwszego kontaktu do przeprowadzenia operacji endoprotezoplastyki stawu kolanowego mijają ponad 2 lata (stan na listopad 2022 r. – 26,3 mies.).

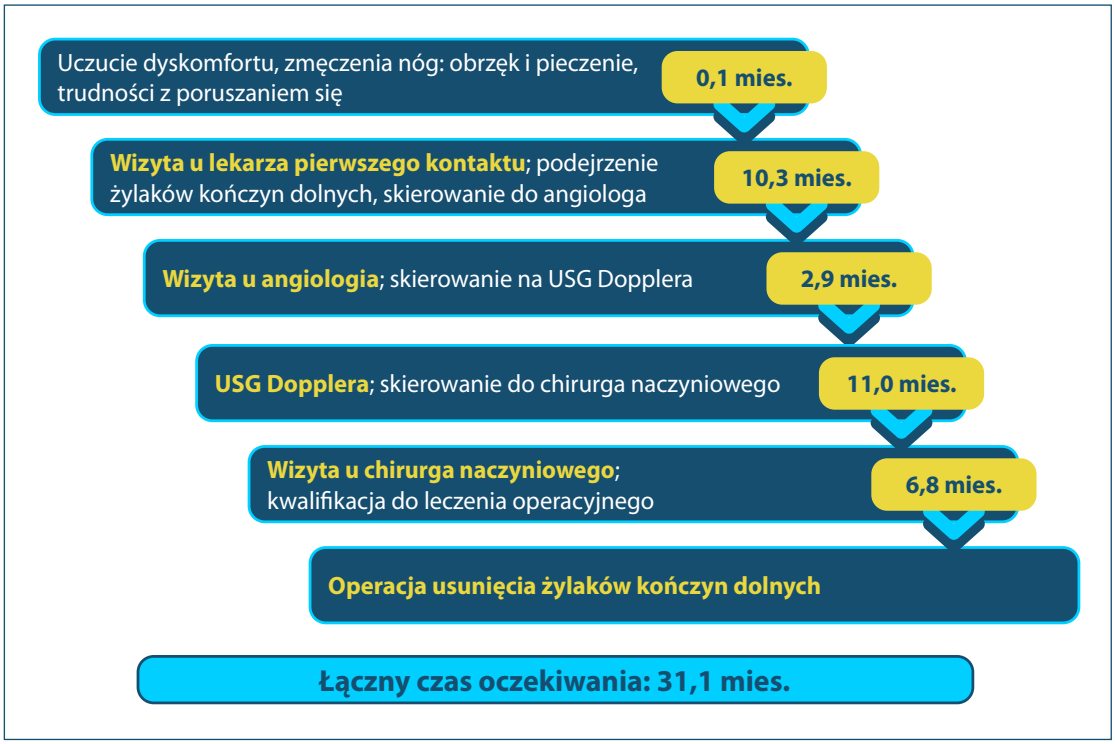
Zbyt długie zwlekanie z przeprowadzeniem operacji ma negatywne skutki, z czasem bowiem deformacja stawu i okolicznych tkanek staje się coraz większa, co ostatecznie prowadzi do nieodwracalnych zmian oraz znacznego skomplikowania samego zabiegu.

5.3. Operacja usunięcia żylaków kończyn dolnych

Przewlekła niewydolność żylna uważana jest za chorobę cywilizacyjną i najczęściej występuje w krajach wysoko rozwiniętych. Problem ten dotyczy blisko 60 proc. populacji osób dorosłych. Choroba negatywnie wpływa zarówno na wykonywanie codziennych obowiązków, jak i samą jakość życia chorych. [1] Żylaki kończyn dolnych najczęściej występują u kobiet prowadzących stojący bądź siedzący tryb życia, przy jednoczesnym braku bądź niskiej aktywności fizycznej, poddanym działaniu stresu oraz obciążonym genetycznie.

W przypadku 40-letniej kobiety, która od dłuższego czasu odczuwa dyskomfort podczas siedzenia, pieczenie kończyn dolnych wraz z obrzękami, a także zaczyna mieć problemy z poruszaniem się, ścieżka leczenia zaczyna się od wizyty u lekarza POZ (rys. 24). Następnie kieruje on pacjentkę do angiologa, z podejrzeniem żylaków kończyn dolnych. Średni czas oczekiwania na wizytę u specjalisty wynosi ponad 10 mies. (stan na listopad 2022 r. – 8 mies.), następnie na USG Dopplera kończyn dolnych to ok. 2,9 mies. Kolejnym krokiem w leczeniu jest wizyta u chirurga naczyniowego po 11 mies. (stan na listopad 2022 r. – 9,1 mies.), gdzie podejmowana jest decyzja odnośnie ewentualnej operacji

usunięcia żylaków kończyn dolnych, na którą czeka się średnio 6,8 mies. (stan na listopad 2022 r. – 7,8 mies.). Podsumowując, **pacjentka od momentu zgłoszenia się do lekarza pierwszego kontaktu do operacji usunięcia żylaków kończyn dolnych czeka na leczenie łącznie 31,1 mies. czyli około 2,5 roku (stan na listopad 2022 r. – 30,8 mies.).**



Rysunek 24. Etapowość leczenia żylaków kończyn dolnych (lipiec/sierpień 2023 r.).

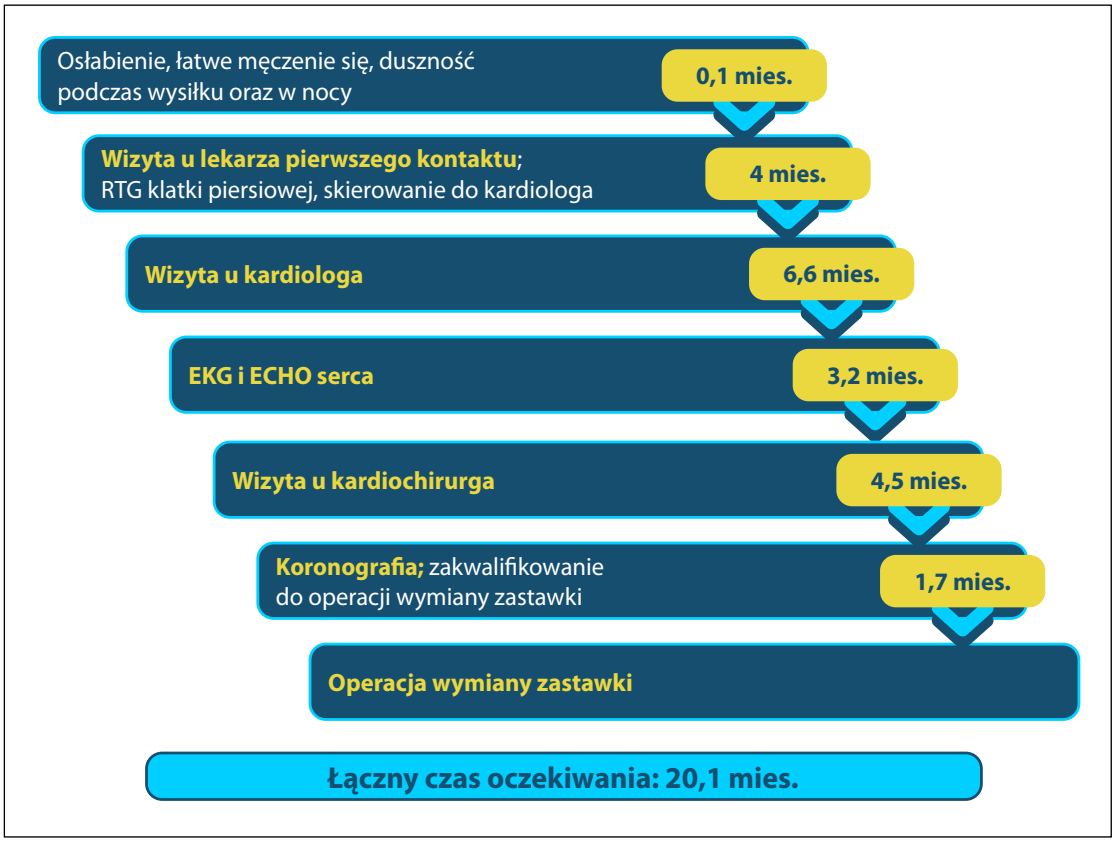
5.4. Operacja wymiany zastawki serca

Ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych, w oparciu o etapowość leczenia, stwierdzono również w kardiologii (rys. 25). Pacjent, u którego występują częste duszności podczas wysiłku oraz ogólne osłabienie, po wizycie u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej otrzymał skierowanie do kardiologa, do którego czas oczekiwania wynosi obecnie około 4 mies. (stan na listopad 2022 r. – 3 mies.).

Kolejnym etapem drogi pacjenta kardiologicznego jest wykonanie niezbędnej diagnostyki, w tym wypadku EKG metodą Holtera oraz echokardiografii przezklatkowej dopplerowskiej, do których średni czas oczekiwania wynosi odpowiednio 4,0 mies. oraz 2,6 mies., czyli łącznie 6,6 mies. (stan na listopad 2022 r. – 4,6 mies.). Zdiagnozowana wada zastawki wymaga uprzedniej konsultacji z kardiochirurgiem, na którą czas oczekiwania wynosi ponad 3 mies. (stan na listopad 2022 r. – 0,6 mies.), i który dodatkowo tuż przed skierowaniem na operację wymiany zastawki serca zleca wykonanie koronaro-

grafii. Na tę procedurę pacjent poczeka 4,5 mies. (stan na listopad 2022 r. – 2,7 mies.). Gdy zebrany zostanie pakiet badań oraz podjęta zostanie decyzja o zakwalifikowaniu do operacji wymiany zastawki, czas oczekiwania na końcowy etap leczenia wyniósł w lipcu/sierpniu 2023 r. 1,7 mies. (stan na listopad 2022 r. – 1,3 mies.).

Łącznie od wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do przeprowadzenia operacji wymiany zastawki serca mija ponad 20 miesięcy (stan na listopad 2022 r. – 12,3 mies.).



Rysunek 25. Etapowość operacji wymiany zastawki (lipiec/sierpień 2023 r.).

Zważywszy na specyfikę wielu chorób, każde najmniejsze opóźnienie w udzielaniu podstawowych świadczeń zdrowotnych oznacza gorsze rokowanie dla chorego. Począwszy od późnego postawienia adekwatnej diagnozy, przez opóźniony proces leczenia, szanse chorego na wyleczenie maleją. Analiza przykładów drogi leczenia pacjentów wskazuje na znaczną rolę ograniczeń w dostępie do diagnostyki oraz specjalistów, która wpływa bezpośrednio na wydłużanie się czasu oczekiwania do podjęcia właściwego dla danego przypadku leczenia.

6. Z notatek ankieterów

„[Z Barometrem WHC] jako ministerstwo totalnie się nie zgadzamy. Uważamy, że dane są tendencyjne, opracowywane przez osoby, które mają w tym swoje interesy polityczne. Dane NFZ o czasie oczekiwania na pierwszą wizytę, które sami uważamy za jeszcze nie w pełni doskonałe, są o wiele bardziej kompleksowe i wiarygodne" – powiedział były minister zdrowia Adam Niedzielski w lutym 2023 r.

Dane do Barometrów WHC przez lata opracowywali ankieterzy firmy HTA Consulting, następnie MAHTA, obecnie HTA Registry – są to firmy prowadzące projekty w kraju, w Europie i na świecie, z ich raportów niejednokrotnie korzysta Ministerstwo Zdrowia czy Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

To pracownicy tych firm dzwonili i dzwonią do przychodni i szpitali postępując zgodnie z algorytmem, wypełniają tabelki w Excelu i dostarczają nam dane. To oni nam opowiadają, jak wyglądają rozmowy z rejestracją, ile podejmują prób dodzwonienia się, wyjaśniają, z czego mogą wynikać poszczególne zmiany w kolejkach. Fundacja WHC zbiera to w całość i daje temu twarz – bo wierzymy ekspertom. Poniżej publikujemy fragmenty bezpośrednio z notatek ankieterów, dzięki którym **przyglądamy się systemowi ochrony zdrowia oczami pacjenta.**

Poniżej przytoczone wypowiedzi są informacjami, które otrzymuje pacjent od pierwszych osób, z którymi kontaktuje się, szukając pomocy.

Trudności wynikające z braku możliwości dodzwonienia się do niektórych placówek oraz często braku umiejętności odnalezienia informacji o placówkach udzielających konkretnych świadczeń[1] pogłębiają stan zagubienia polskiego pacjenta w systemie opieki zdrowotnej. Tymczasem wiceminister zdrowia Waldemar Kraska podczas sejmowej Komisji Zdrowia 30 sierpnia 2023 r. powiedział: „Myślę, że demonizowanie problemu kolejek jest naprawdę nie na miejscu. (…) Trzeba to od razu odkłamywać i ciągle to powtarzać".

Alergologia:

- W jednej z placówek terminy badania na testy alergiczne nie są odległe – do 2 tyg., jednak sama wizyta w poradni może odbyć się dopiero w marcu 2024 r.

Angiologia:

- Ankieterka, podająca się za pacjentkę ze zdiagnozowaną miażdżycą kończyn, której objawy wskazują na niedokrwienie kończyn, zgłaszając silny ból nóg oraz problemy z poruszaniem, otrzymała informację, że w placówce w Zielonej Górze czas oczekiwania na

[1] Na stronie terminyleczenia.nfz.gov.pl prezentowane są informacje nt. poradni oraz oddziałów świadczących usługi z określonej dziedziny z podziałem na województwa.

konsultację z angiologiem wynosi rok. Ankieterka została poinstruowana, aby szukać pomocy w mniejszym, powiatowym mieście, „bo tam terminy bywają krótsze".

- W innej placówce znajduje się tylko jeden lekarz, który wykonuje badanie USG Doppler kończyn dolnych, ale wyłącznie dwa razy w miesiącu. Pomimo że termin, który został wskazany, nie był odległy, to ankieter uzyskał informację, że jeżeli nie zdecyduje się natychmiast, to kolejny termin dostępny będzie dopiero za miesiąc.
- W placówce prywatnej, ale posiadającej kontrakt z NFZ na realizację zabiegów operacyjnych, ankieter został poinformowany, że konsultacje lekarskie nie są realizowane w ramach kontraktu z NFZ i wiążą się z opłatą, i że jednocześnie to właśnie ta konsultacja warunkuje przyszłe przeprowadzenie zabiegu.

Chirurgia dziecięca:

- W jednej z placówek termin oczekiwania na operację wynosi do pół roku (zależnie od przypadku), ale wcześniej konieczna jest kwalifikacja w poradni przez jednego z dwóch lekarzy zajmujących się urologią – a terminy tych konsultacji wyznaczane są na kwiecień/maj 2024.

Chirurgia naczyniowa:

- W przypadku jednego z zabiegów, ankieter otrzymał informację, że czas oczekiwania to 1300 dni. Na zadane pytanie, dlaczego czas oczekiwania jest tak długi, ankieter uzyskał odpowiedź, że „schorzenie nie należy do pilnych, problem potliwości może być spowodowanym np. stresem".

Chirurgia onkologiczna:

- W jednej z placówek osoba rejestrująca oceniła, że przypadek kobiety, u której stwierdzono obecność dwóch zmian w obrębie sutków oraz u której w wywiadzie jest rak piersi w historii rodziny, jest przypadkiem niepilnym, a tym samym wizyta u chirurga onkologicznego może odbyć się w lutym 2024 r.

Chirurgia plastyczna:

- W przypadku kobiety po obustronnej mastektomii, która poszukuje informacji nt. czasu oczekiwania na rekonstrukcję piersi, w jednym z ośrodków ankieter uzyskał informację: 3-4 lata.

Chirurgia szczękowo-twarzowa:

- Ankieter, dzwoniąc do placówki pod koniec lipca w sprawie chirurgicznego usunięcia zęba mądrości, uzyskał informację, że kontrakt na ten rok już się wyczerpał.

Choroby wewnętrzne:

- Informacja z jednej poradni: terminy u jednego lekarza są na luty 2024, ale możliwa jest rejestracja do drugiego lekarza, który ma terminy z miesiąca na miesiąc, więc 31 lipca można skontaktować się w sprawie rejestracji na sierpień/wrzesień.

Endokrynologia:

- W placówce poinformowano, że termin wizyty u endokrynologa wyznaczany jest w zależności od decyzji lekarza – informacja o skierowaniu od ginekologia przyspieszyła wizytę. Standardowo w rozpatrywanej placówce czas oczekiwania wynosi od roku do 5 lat.
- W placówce otrzymano informację, że na ten moment nie ma już terminów i we wrześniu będzie można rejestrować się na 2024 rok.

Gastroenterologia:

- Wizyta u gastroenterologa: jeśli stan jest stabilny, to w jednej z placówek pacjenci rejestrowani są na 2025 rok.

Medycyna paliatywna:

- Uzyskano informację o braku miejsc w ośrodkach (chodziło o rozpoczęcie pobytu w hospicjum stacjonarnym), jednak należy podkreślić zaangażowanie personelu, który deklarował chęć pomocy w odnalezieniu miejsca w innych ośrodkach.

Neurologia dziecięca:

- W jednym z ośrodków ankieter podający się za rodzica uzyskał informację, że na wizytę w poradni leczenia padaczki dla 16-letniego dziecka cierpiącego na napady drgawek nie ma już terminów do końca 2024 r., natomiast terminarz na 2025 r. nie jest jeszcze prowadzony.

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu:

- W przypadku pacjenta wymagającego endoprotezoplastyki stawu kolanowego – przypadek stabilny – uzyskano informację, że terminy na zabieg ustalane są dopiero na 2029 rok.

Otolaryngologia:

- W przypadku jednego z zabiegów chirurgicznych ankieter otrzymał informację, że „jeśli to stan niezagrażający życiu, to trzeba czekać przynajmniej do 2026 roku na zabieg, a może się okazać, że nawet dłużej".

Otolaryngologia dziecięca:

- W jednym z ośrodków zidentyfikowano znaczną rozbieżność pomiędzy czasem oczekiwania na świadczenie stapedotomii (zastąpienie nieruchomej kosteczki przez protezę) w trybie pilnym – koniec 2023 r., a trybem stabilnym – 2027 r.

Stomatologia:

- Ankieter, chcąc umówić się na wizytę u ortodonty usłyszał, że „nie ma terminów na ten rok, a żeby się zarejestrować na przyszły rok, trzeba dzwonić po Trzech Królach".
- W innej placówce, ankieter pytając o leczenie aparatem ortodontycznym, usłyszał: „pięć lat oczekiwania jest na założenie aparatu".

7. Szczepienia dorosłych: potrzeby i możliwości

Komentarz Krzysztofa Łandy

Z raportu Komisji Europejskiej „State of Vaccine Confidence in the European Union" z 2022 r. wynika, że mieszkańcy naszego kontynentu uważają szczepienia ochronne za ważne, skuteczne oraz bezpieczne. Mało tego - krajem, w którym odnotowano największy wzrost zaufania do szczepień w porównaniu do poprzedzającej edycji badań, jest Polska.

81,5% respondentów z całej Unii Europejskiej zgadza się, że szczepionki są ważne, a 82,3% uznaje je za bezpieczne. Za najważniejszą została uznana szczepionka MMR chroniąca przed odrą, świnką i różyczką - aż 84,5% badanych zgodziło się z twierdzeniem, że jest istotna. Za drugą najważniejszą szczepionkę ankietowani uznali szczepionkę przeciwko COVID-19 z wynikiem 77%. Na trzecim miejscu znalazła się szczepionka przeciw grypie sezonowej (75,6%), a na czwartym szczepionka przeciw wirusowi HPV (75%).

Niestety zabrakło w badaniu kwestii półpaśca, a byłoby to także ciekawe. Już w 2018 r. Europejska Agencja Leków dopuściła na terenie Unii Europejskiej do obrotu nowoczesną rekombinowaną szczepionkę, która jest wskazana do profilaktyki półpaśca: do zapobiegania bardzo bolesnej neuralgii półpaścowej u osób w wieku 50 lat i starszych oraz u osób w wieku 18 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec.

Od lat niezmiennie uważam, że szczepionki, jako produkty lecznicze, powinny być poddane ocenie technologii medycznych zgodnie z obowiązującymi standardami, a następnie normalnej procedurze refundacyjnej. Nie byłoby wtedy problemów z dzieleniem kwoty przetargowej, żmudnym organizowaniem przetargów, a szczepionka najbardziej opłacalna (o najlepszym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego) w grupie wyznaczałaby limit, powyżej którego pacjenci by dopłacali. Nie byłoby też problemu z ustalaniem priorytetów, która szczepionka może zostać objęta finansowaniem ze środków publicznych w danym roku, a która nie. Szczepionki, tak jak inne leki w Polsce, byłyby obejmowane refundacją na zasadach „first in - first out" - ustawowe kryteria refundacji leków procedury lekkiej Agencji HTA w Polsce gwarantują racjonalność, przejrzystość i wysoką wydajność procesów związanych z podejmowaniem decyzji refundacyjno-cenowych.

Świetnie radzimy sobie z zarządzaniem lekowymi częściami koszyka świadczeń gwarantowanych. Nie widzę najmniejszego powodu, dla którego szczepionki nie miałyby zostać objęte normalną i sprawdzoną procedurą refundacyjną - nawet jeśli byłyby finansowane z wydzielonych na szczepienia środków, choć i to nie jest konieczne. Niezależnie, w jakiej części koszyka szczepionki byłyby ujęte i z jakich pieniędzy finansowane, ocena i podejmowanie decyzji refun-

dacyjno-cenowych powinny odpowiadać zasadom ujętym w ustawie o refundacji leków, gdyż szczepionki są lekami.

To bardzo ważne, że eksperci w Polsce coraz częściej mówią o tym, jak ważne są szczepienia. Zwykle ich głos ma duże znaczenie w ustawowo wymaganych raportach HTA, szczególnie na etapie APD (analiza problemu decyzyjnego, ang. scoping). Eksperci bardzo często są zapraszani też na posiedzenia Rady Przejrzystości przy AOTMiT, ale także przez Ministerstwo Zdrowia, jeśli minister uzna głos konsultanta krajowego lub innych specjalistów za ważne uzupełnienie zgromadzonych dowodów naukowych.

Organizacje pacjentów zainteresowane pozytywnym rozstrzygnięciem refundacji danego preparatu powinny być wysłuchiwane na etapie APD, tak żeby nie zapomnieć o żadnym ważnym aspekcie stosowania danej technologii medycznej w grupie zainteresowanych odbiorców. Natomiast te organizacje pacjentów, które walczą o dostęp wszystkich chorych ze wszystkimi chorobami do skutecznego leczenia, powinny móc wyrazić swoją opinię w końcowej fazie oceny całego zgromadzonego materiału dowodowego (appraisal), tuż przed podpisaniem decyzji refundacyjnej przez ministra - tego wymaga dbałość o koszty alternatywne w systemie, gdyż zasoby zawsze są i będą ograniczone. Podobnie podchodzi do tych reguł brytyjski NICE. Nie powinno w tym zakresie być różnic pomiędzy szczepionkami a innymi lekami.

We wstępie do raportu o szczepieniach nie sposób jest pominąć kwestii ruchów antyszczepionkowych w Polsce. Często powtarzam, że są one nie tylko niemerytoryczne, ale również egoistyczne. Po pierwsze: nie biorą pod uwagę stosunku korzyści zdrowotnych do znikomego ryzyka poszczepiennych działań niepożądanych. Po drugie: osoby zaangażowane w te ruchy w ogóle nie rozumieją efektu populacyjnego, a więc korzyści, jakie odnosi całe społeczeństwo w przypadku wysokiego poziomu wyszczepienia. Gdy poziom wyszczepienia w społeczeństwie spada poniżej określonego i różnego dla różnych patogenów poziomu, pojawia się duża liczba zachorowań, których można uniknąć.

Każda działanie z zakresu profilaktyki, dzięki któremu możemy ograniczyć liczbę chorych, zasługuje na uwagę. Do takich działań należą także te komunikacyjne i edukacyjne - dlatego zachęcam Państwa do zapoznania się z raportem „Szczepienia dorosłych: potrzeby i możliwości".

Komentarz prof. Marcina Czecha

Zmiany w systemie szczepień ochronnych w Polsce mogą obejmować m.in. (rekomendacje na podstawie analizy wyzwań i uwarunkowań organizacyjno-systemowych w Polsce):

- Nadanie priorytetu systemowego profilaktyce i zdrowiu publicznemu – system opieki zdrowotnej zorientowany na profilaktykę opiera się na zapobieganiu chorobom poprzez promowanie zdrowego stylu życia, edukację pacjentów i działania, które pomagają zachować zdrowie, jak również na wczesnym wykrywaniu chorób i ich leczeniu. Szczepienia jako najskuteczniejszy sposób zapobiegania chorobom zakaźnym odgrywają kluczową rolę w tym systemie, gdyż zapobiegają chorobom zakaźnym i ich poważnym konsekwencjom.

- Opracowanie dokumentu na poziomie krajowym/państwowym wyznaczającego kierunki rozwoju polskiego systemu immunizacji – strategii szczepień, z uwzględnieniem programu szczepień osób dorosłych. Obowiązujący Program Szczepień Ochronnych jest zorientowany na szczepienia dzieci i młodzieży, nie odpowiada na potrzeby starzejącego się społeczeństwa i coraz większej liczbie odmów szczepień.
- Rozwój programu szczepień adekwatnie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych i wyzwań sanitarno-epidemiologicznych: – istnieje potrzeba opracowania indywidualnych protokołów szczepień dla osób dorosłych/starszych, wprowadzania nowych, skuteczniejszych szczepionek i powtarzania szczepień wykonanych w przeszłości, m.in. przeciw grypie, błonicy, tężcowi i krztuścowi, pneumokokom i półpaścowi. – dodatkową ochronę stanowi zaszczepienie osób, z którymi osoby starsze, zwłaszcza niezaszczepione z powodu przeciwwskazań, pozostają w kontakcie. Dotyczy to m.in. pracowników ochrony zdrowia, personelu ośrodków opieki długoterminowej i instytucjonalnej, opiekunów i dzieci.
- Rozszerzenie zakresu szczepień obowiązkowych: w odpowiedzi na zagrożenie wystąpienia epidemii lub rozprzestrzeniania się chorób, rząd może zdecydować się na wprowadzenie dodatkowych szczepień obowiązkowych dla dzieci.
- Wprowadzenie nowych szczepionek: w miarę jak nowe szczepionki stają się dostępne i uzyskują pozytywne opinie międzynarodowych organizacji zdrowia, mogą być one włączane do programu szczepień w Polsce.
- Aktualizację kalendarza szczepień: kalendarz szczepień może ulegać zmianom w celu dostosowania go do najnowszych rekomendacji medycznych i epidemiologicznych.
- Podniesienie poziomu finansowania: w związku z rosnącym zrozumieniem znaczenia szczepień dla zdrowia publicznego, budżet na programy szczepień może być zwiększany.
- Edukację pracowników ochrony zdrowia – wiedza na temat potrzeb, rozwiązań i korzyści z immunizacji powinna być dostępna dla pracowników służby zdrowia, aby wspierali oni proces szczepień i mogli efektywnie edukować pacjentów.
- Poprawę dostępności i wygody realizacji szczepień dla pacjentów – szczepienia powinny być możliwe do wykonania niezależnie od formy sprawowania opieki nad pacjentem. Osoby wykonujące zawody medyczne, pracujące w aptekach, przychodniach, szpitalach i innych placówkach, powinny posiadać odpowiednie przygotowanie merytoryczne, uprawnienia i umiejętności do wykonywania szczepień w sposób wygodny i przyjazny dla pacjentów.
- Pełne zintegrowanie modelu szczepień w aptekach w systemie ochrony zdrowia i jego dalszy rozwój (taki model sprawdza się w wielu krajach europejskich).
- Kształcenie farmaceutów w zakresie realizacji szczepień, w tym uprawnień do wystawiania recept, uprawniających do finansowania kosztu szczepionek ze środków publicznych oraz możliwości oceny statusu immunizacji.
- Wzmocnienie POZ w zakresie realizacji szczepień ochronnych poprzez zwiększenie finansowania, szkolenia i edukację lekarzy i pielęgniarek, umożliwienie na poziomie placówki medycznej dostępu do finansowanych publicznie szczepień zalecanych (na warunkach identycznych z aptekami), poprawę infrastruktury, monitorowanie szczepień i szeroką współ-

pracę na rzecz popularyzacji szczepień. Aby zwiększyć zasięg działań profilaktycznych podstawowa opieka zdrowotna wymaga finansowania, zachęt do realizacji szczepień obowiązkowych i zalecanych przy wyznaczonych celach dotyczących wyszczepialności, odpowiedniego przygotowania do popularyzacji szczepień wśród pacjentów oraz zwiększenia uprawnień, personelu i infrastruktury niezbędnej do wykonywania szczepień.

- Wdrożenie systemów monitorowania i nadzoru wykonywania szczepień w celu oceny efektywności systemu, stopnia ryzyka i stanu immunizacji społeczeństwa oraz poszczególnych grup.
- Zidentyfikowanie czynników, które przyczyniają się do osiągnięcia społecznego konsensusu co do zaufania do nauki/medycyny i szczepionek, aby rozwinąć kulturę promocji szczepionek wśród pracowników systemu ochrony zdrowia i ogółu społeczeństwa.
- Realizację kampanii edukacyjnych dotyczących szczepionek ukierunkowanych na postawy i postrzeganie wszystkich pracowników służby zdrowia we wszystkich formach pracy, w połączeniu z silnym wsparciem lekarzy i zachętą.
- Doprecyzowanie zasad planowania oraz wydatkowania środków publicznych na realizację szczepień ochronnych.
- Opracowanie regulacji prawnych dotyczących szczepień ochronnych w nagłych sytuacjach zagrożenia epidemiologicznego.
- Doprecyzowanie przepisów prawa krajowego w obszarze nadzoru nad przechowywaniem, dysponowaniem oraz utylizacją szczepionek.
- Poszerzenie grupy podmiotów realizujących bezpłatne szczepienia obowiązkowe osób do 19 r. ż. np. o placówki niepubliczne.
- Opracowanie przepisów wskazujących odpowiedzialność świadczeniodawców za prawidłowe przechowywanie oraz dysponowanie szczepionkami.
- Poszerzanie grupy osób uprawnionych do wykonywania szczepień, zwłaszcza wśród farmaceutów i poprawa dostępu do szczepień w aptekach.
- Wprowadzenie zasad nadawania uprawnień do kwalifikacji i wykonywania wybranych szczepień ochronnych pielęgniarkom (w szerszym zakresie), położnym i farmaceutom oraz rehabilitantom.
- Zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania szczepień ochronnych ze środków publicznych, w tym komplementarności programów państwowych i samorządowych.
- Stworzenie osobnej ścieżki refundacyjnej dla tej grupy produktów, która będzie uwzględniała specyfikę profilaktyki.
- Poprawę ścieżki dostępu do rynku dla ocen szczepionek – ramy czasowe, spójność i przejrzystość ocen.
- Budowę niezbędnej infrastruktury dla programów szczepień dorosłych.
- Zwiększanie wyszczepialności działając w oparciu o dowody naukowe i innowacje.

(Źródło: raport „Szczepienia dorosłych: potrzeby i możliwości")

8. Potrzeby zdrowotne w hemofilii

Hemofilia objawia się głównie bolesnymi krwawieniami do stawów i mięśni, które nieleczone prowadzą do poważnych zmian zwyrodnieniowych w dużych stawach kończyn górnych i dolnych. W ciężkiej postaci choroby krwawienia do stawów pojawiają się od najmłodszych lat i zazwyczaj mają charakter samoistny (nie są poprzedzone żadnym urazem). Wielu pacjentów wymaga z powodu niepełnosprawności kończyn rehabilitacji, różnych zabiegów ortopedycznych, nawet operacji wymiany stawów. W łagodniejszych postaciach choroby krwawienia pojawiają się praktycznie tylko po urazach. Dość typowy dla hemofilii jest również krwiomocz. Jak pokazuje tegoroczny Barometr WHC, czas oczekiwania na wizytę do hematologa wynosi 4,8 mies. - to długo. Z kolei zdiagnozowani już pacjenci często borykają się z brakiem dostępu do nowoczesnych terapii.

Hemofilia A jest wrodzoną skazą krwotoczną spowodowaną zmniejszeniem aktywności VIII czynnika krzepnięcia w osoczu, której przyczyną są mutacje genów kodujących ten czynnik [39]. Czynnik VIII jest to glikoproteina syntetyzowana głównie w hepatocytach, ale także w nerkach, komórkach śródbłonka i tkance limfatycznej. Gen czynnika VIII znajduje się na długim ramieniu chromosomu X. W wyniku mutacji następuje brak syntezy czynnika VIII, jej zmniejszenie lub powstaje nieprawidłowe białko. Hemofilia dziedziczona jest w sposób recesywny, sprzężony z płcią. Występuje ona głównie u mężczyzn a kobieta, która cechę przekazuje jest jej nosicielką [1, 6,7]. Częstość występowania hemofilii A w Polsce została oszacowana na 1:12300 mieszkańców (choroba rzadka). Krwawienia w hemofilii są następstwem upośledzenia wtórnej hemostazy. Pierwotna hemostaza przebiega prawidłowo, jednak płytkowy czop hemostatyczny nie jest dostatecznie wzmocniony fibryną, ponieważ w następstwie niedoboru czynnika VIII nie jest wytwarzana dostateczna ilość trombiny przekształcającej fibrynogen w fibrynę. Ponieważ struktura skrzepu jest słaba łatwo ulega on rozpadowi, co skutkuje nadmierną skłonnością do krwawień [7].

Klasyfikacja, obraz kliniczny i przebieg naturalny

Głównym objawem hemofilii jest skłonność do krwawień. Nasilenie hemofilii A zależy od stopnia niedoboru FVIII (ang. *factor VIII* – czynnik VIII). W zależności od stężenia czynnika krzepnięcia wyróżnia się trzy postacie hemofilii: ciężką, umiarkowaną i łagodną. W tabeli poniżej przedstawiono klasyfikację hemofilii wraz z uwzględnieniem najczęściej występujących objawów w każdej z postaci choroby.

Tabela 1. Klasyfikacja hemofilii A oraz główne objawy

Aktywność czynnika krzepnięcia	Postać hemofilii (odsetek chorych)	Główne objawy
FVIII <1% normy (<0,01 j.m./ml osocza)	**CIĘŻKA (50 – 60% chorych)**	**Samoistne krwawienia do stawów i mięśni.** Powtarzające się krwawienia do stawów są przyczyną ich postępującego zwyrodnienia, tzw. artropatii hemofilowej. Krwawienia do mięśni, dna jamy ustnej i tylnej ściany gardła oraz do jam ciała. Do najgroźniejszych objawów ciężkiej hemofilii należą **krwawienia śródczaszkowe i z przewodu** pokarmowego. Dość często występuje **krwiomocz.**
FVIII 1 – 5% normy (0,01-0,05 j.m./ml osocza)	**UMIARKOWANA (25 – 30% chorych)**	Wylewy krwi do stawów zdarzają się rzadziej niż w ciężkiej hemofilii i są zwykle skutkiem urazów. Dotyczą one zazwyczaj jednego lub dwóch stawów i rzadko prowadzą do ich zwyrodnienia. Krwawienia do mięśni zdarzają się bardzo rzadko, ale zamknięte i otwarte krwawienia pourazowe są tak samo niebezpieczne jak w ciężkiej hemofilii. Krwawienia do stawów i mięśni po niewielkich urazach, ekstrakcjach zębów, zabiegach chirurgicznych.
FVIII 5-50% normy (0,05-0,50 j.m./ml osocza)	ŁAGODNA **(10 – 25% chorych)**	Ciężkie krwawienia po urazach i zabiegach operacyjnych. Krwawienia samoistne zdarzają się rzadko.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Zawilska 2017 [8]

Aktualna praktyka kliniczna w Polsce i finansowanie opcji terapeutycznych ze środków publicznych

W Polsce leczenie chorych na hemofilię zorganizowane jest w ramach dwóch programów:

- *Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2019-2023;*
- *Program lekowy: Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B (ICD-10 D 66, D 67) – Załącznik B.15.* i *Załącznik B.94.*

Jako standardowe postępowanie prowadzone jest tzw. leczenie domowe hemofilii. Chorzy koncentrat czynnika krzepnięcia do leczenia profilaktycznego lub „na żądanie" otrzymują do domu. Koncentraty dostarczane są w postaci liofilizowanej w fiolce w zestawie do wstrzyknięć, który zawiera rozpuszczalnik, urządzenie ułatwiające rozpuszczenie i pobranie koncentratu do strzykawki oraz wenflon umożliwiający dożylne podanie leku. Chory okresowo kontaktuje się z lokalnym ośrodkiem leczenia hemofilii (najczęściej jest to klinika lub oddział hematologii). W warunkach domowych jest leczona większość krwawień do stawów i niepowikłane krwawienia do tkanek miękkich [5,8]. W *Narodowym Programie Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne* wskazano 16 ośrodków leczenia hemofilii dla dorosłych i 15 ośrodków dla dzieci [4].

Wyzwania związane z leczeniem hemofilii A w Polsce

Hemofilia A jest wrodzonym, ciężkim zaburzeniem, w przebiegu którego krew chorego nie krzepnie prawidłowo. U zdrowej osoby, gdy występuje krwawienie, czynnik VIII łączy czynniki krzepnięcia IXa i X, co jest niezbędne do wytworzenia się skrzepu krwi, powstrzymującego krwawienie. Osoby z hemofilią A cierpią na całkowity brak lub nie mają wystarczającej ilości czynnika krzepnięcia VIII. Prowadzi to do niekontrolowanego i często samoistnego krwawienia. W zależności od stopnia nasilenia hemofilii, osoby z hemofilią A mogą krwawić m.in. do stawów lub mięśni. Krwawienia te często powodują ból i mogą prowadzić do przewlekłego obrzęku, deformacji, zmniejszonej ruchliwości i powodować uszkodzenie stawów. Oprócz wpływu na jakość życia danej osoby, krwawienia te mogą zagrażać życiu, jeśli występują do ważnych narządów, takich jak mózg.

U dzieci i młodzieży z ciężką hemofilią typu A, Światowa Federacja Hemofilii (WFH) zaleca wczesne rozpoczęcie profilaktyki z użyciem koncentratów czynnika krzepnięcia lub innych leków hemostatycznych przed pojawieniem się zmian w stawach, idealnie przed ukończeniem 3 roku życia, aby zapobiegać samoistnym krwawieniom przebijającym, w szczególności dostawowym – które mogą prowadzić do trwałych zmian w stawach. **Leczenie niesubstytucyjne ułatwia rozpoczęcie profilaktyki u pacjentów w młodszym wieku, bez konieczności zakładania urządzeń do centralnego dostępu żylnego (CVAD)[2].**

Pomimo stosowanej obecnie profilaktyki preparatami czynnika VIII, chorzy z hemofilią A bez inhibitorów czynnika VIII nadal doświadczają krwawień w Polsce: **53% pacjentów dorosłych ma 6 i więcej krwawień rocznie[11] .** Nawracające krwawienia powodują, że u dwóch trzecich pacjentów z hemofilią A bez inhibitorów stwierdza się prowadzącą do inwalidztwa postępująca artropatię hemofilową. Dolegliwości związane z epizodami krwawień wymagające przewlekłego stosowania leków przeciwbólowych oraz związane z nimi utrudnieniem w poruszaniu się. Artropatia hemofilowa oraz postępujące inwalidztwo są przyczyną, absencji w pracy, hospitalizacji, a rehabilitacja i konieczność wykonywania u tych pacjentów rekonstrukcyjnych zabiegów ortopedycznych podwyższają i tak wysokie koszty medyczne. Natomiast w populacji pediatrycznej wiele dzieci z ciężką postacią hemofilii typu A do 1. roku życia nie otrzymuje leczenia profilaktycznego czynnikiem VIII z powodu: utrudnionego dostępu do żył oraz ryzyka związanego ze stosowaniem zestawów do wkłucia centralnego stąd nie są one w wystarczającym stopniu chronione przed wystąpieniem krwawień. [9,10] **Obciążenie leczeniem związane z częstym 2-3 razy w tygodniu podaniem dożylnym czynnika VIII negatywnie wpływa na na jakość życia pacjentów oraz powoduje znaczne obciążenie dla ich opiekunów.** W celu zapewnienia skuteczniejszego leczenia dla najbardziej potrzebujących grup pacjentów, które spowoduje ograniczenie liczby krwawień i umożliwi profilaktykę nawet dla noworodków - ośrodki leczenia hemofilii wystąpiły o dostęp do leczenia lekiem emicizumab w ramach Narodowego Programu Leczenia Hemofilii.

Kształt populacji docelowej został szczegółowo określony poprzez niżej opisane kryteria:

Populacja docelowa obejmuje chorych z ciężką hemofilią A niepowikłaną inhibitorem, która spełnia następujące kryteria:

1. Poniżej 18 roku życia, którzy spełniają przynajmniej jedno z kryteriów:
    a) trudny dostęp dożylny definiowany jako konieczność usunięcia drugiego portu bądź brak możliwości założenia portu, lub
    b) wystąpienie co najmniej trzech krwawień rocznie pomimo prawidłowo stosowanej profilaktyki czynnikiem VIII rekombinowanym, lub
    c) każde dziecko z rozpoznaniem ciężkiej hemofilii A do 2 roku życia,
2. Powyżej 18 roku życia, u których występuje sześć krwawień rocznie lub krwawienie zagrażające życiu, pod warunkiem, że u pacjenta stwierdza się:
    a) niemożność prowadzenia prawidłowej profilaktyki FVIII z powodu trudnego/ niemożliwego dostępu żylnego, lub

b) niemożność prowadzenia prawidłowej profilaktyki FVIII z powodu chorób towarzyszących uniemożliwiających utrzymanie compliance np. ECOG większy/ równy 2, choroby psychiczne, choroba Parkinsona, ślepota, artropatia uniemożliwiająca iniekcje dożylne, lub

c) brak skuteczności pomimo prowadzonej profilaktyki maksymalnymi dawkami czynnika VIII, lub

d) nietolerancję preparatów czynnika VIII.

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria **populacja docelowa, w której będzie stosowany emicizumab obejmuje wyselekcjonowaną grupę chorych, u których stosowanie czynnika VIII nie jest możliwe lub klinicznie wskazane.** W związku z powyższym **jest to populacja szczególnie obciążona, u której istnieje silna niezaspokojona potrzeba dostępu do skutecznej, finansowanej ze środków publicznych opcji terapeutycznej.**

Interwencja - Hemlibra® (emicizumab)

Produkt leczniczy Hemlibra® został dopuszczony do obrotu na terenie Unii Europejskiej 23 **lutego 2018 r.** Podmiotem odpowiedzialnym jest firma Roche Registration GmbH. Produkt leczniczy Hemlibra® dostępny jest w postaci roztworu do wstrzykiwań (30 mg/ml i 150 mg/ml). Hemlibra (emicizumab) jest lekiem o innowacyjnym mechanizmie działania, przeznaczonym do stosowania podskórnego zatwierdzonym w rutynowej profilaktyce epizodów krwawienia niezależnie od statusu inhibitora, we wszystkich grupach wiekowych u pacjentów z:

- hemofilią A (wrodzony niedobór czynnika VIII) z inhibitorami czynnika VIII,
- ciężką hemofilią A (wrodzony niedobór czynnika VIII, FVIII < 1%) bez inhibitorów czynnika VIII[2].

Dawkowanie leku odbywa się w oparciu o trzy dopuszczalne schematy dawkowania leku: raz na tydzień, raz na dwa tygodnie lub raz na miesiąc, poprawiają komfort pacjenta, umożliwiają lepsze przestrzeganie przez pacjenta zaleceń i zapewniają bardziej efektywne leczenie. Długi okres półtrwania (4 tygodnie) leku przy podaniu dawki nasycającej i następnie stosowaniu jednego z trzech schematów leczenia podtrzymującego zapewnia stały jego poziom w surowicy, co umożliwia prowadzenie rehabilitacji ,nie ograniczonej do dni podawania leku, jak to ma miejsce w przypadku leczenia preparatami czynnika VIIII.

- HEMLIBRA nie ma strukturalnego podobieństwa do czynnika VIII i dlatego nie indukuje ani nie nasila rozwoju inhibitorów czynnika FVIII i nie jest przez nie neutralizowany.

Program rozwoju leku

Wartość kliniczna produktu HEMLIBRA została wykazana w szeregu badań klinicznych w grupie ~400 pacjentów z hemofilią we wszystkich grupach wiekowych, zarówno ze współist-

niejącymi inhibitorami czynnika VIII jak i bez inhibitorów. Światowa populacja chorych z hemofilią A leczonych emicizumabem to ok 20 000 osób.

Hemlibra jest pierwszym w historii lekiem o tym mechanizmie działania i jedynym, który wykazał wyższą skuteczność w porównaniu z profilaktyką preparatami czynnika FVIII, będącą obecnie standardem leczenia tej grupy chorych. W badaniu klinicznym HAVEN 3[3] oceniającym skuteczność i bezpieczeństwo stosowania emicizumabu u chorych, młodzieży i dorosłych na ciężką hemofilię A bez współistniejących inhibitorów czynnika VIIII:

- w porównaniu do grupy otrzymującej profilaktykę preparatami czynnika VIII **stwierdzono zmniejszenie liczby leczonych krwawień o 68% (p<0.0001).** W grupie leczonej emicizumabem 54,2 % nie miało krwawień w porównaniu z 39,6% grupy leczonej preparatami czynnika VIII
- w porównaniu do grupy chorych otrzymujących epizodyczne leczenie preparatami czynnika VIII stwierdzono: **zmniejszenie liczby leczonych krwawień o 96%(schemat dawkowania 1x/tydzień) i o 97% (schemat 1x/ 2 tyg).** W grupie leczonej emicizumabem 55,6% leczonych 1x w tygodniu i 60% leczonych 1x/2 tyg **nie miało krwawień,** w porównaniu do grupy leczonych epizodycznie preparatami czynnika VIII -0%.

Bezpieczeństwo stosowania leku

Produkt HEMLIBRA jest dobrze tolerowany i ma korzystny profil bezpieczeństwa, potwierdzony w badaniach klinicznych HAVEN 3 i HAVEN 4[3]:

- Najczęstszym zdarzeniem niepożądanym (AE) była reakcja w miejscu wstrzyknięcia (odpowiednio 25% i 22% pacjentów).
- Nie zgłoszono zgonów związanych z lekiem , poważnych zdarzeń niepożądanych (SAE), epizodów mikroangiopatii zakrzepowych (TMA) lub zdarzeń zakrzepowo-zatorowych (TE), reakcji nadwrażliwości, nieoczekiwanych sygnałów dotyczących bezpieczeństwa ani występowania przeciwciał do leku emicizumab (ADA).
- W badaniu HAVEN 3 współekspozycja na lek HEMLIBRA i czynnik FVIII (leczenie krwawień przebijających) nie była związana z SAE, TMA lub TE

Profilaktyka emicizumabem u pacjentów z HA bez inhibitorów czynnika VIII skutkowała trwałą znacząca klinicznie poprawą sprawności fizycznej w ocenie Haem-A-QoL PH **i mniejszymi przerwami w pracy** w porównaniu do leczenia koncentratami czynnika VIII 3.

Aktualna sytuacja refundacyjna

W czerwcu 2023 r. zasadność włączenia produktu leczniczego Hemlibra do modułu 4 Programu we wskazaniu: w profilaktyce krwawień u chorych na ciężką hemofilię A bez inhibitorów czyn-

nika VIII, została zaopiniowana przez Radę Przejrzystości AOTMiT oraz Prezesa AOTMiT. Obie opinie zgodnie wskazywały na zasadność objęcia finansowaniem emicuzumabu dla populacji pediatrycznej w ramach programu lekowego. Działając w odpowiedzi na przedmiotowe sugestie, producent leku w dniu 5 sierpnia 2023 złożył wnioski o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla leku Hemlibra dla powyżej wskazanej populacji w ramach programu lekowego B.15 Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B (ICD-10: D66, D67).

Kolejnym aspektem poruszanym przez Radę Przejrzystości oraz Prezesa AOTMiT były warunki kosztowe leku Hemlibra. Zgodnie z wnioskami z **pozytywnej Opinii Rady Przejrzystości** w stosunku do przedmiotowego leku wskazano na zasadność zastosowanie instrumentu dzielenia ryzyka wpływającego na obniżenie rocznego koszty terapii lekiem Hemlibra. Zalecenie wyrażone przez Radę Przejrzystości, w ocenie Spółki, adresuje również zastrzeżenie Prezesa AOTMiT wskazujące na wysokie koszty terapii lekiem. W dniu 25 sierpnia 2023 r. Spółka złożyła wnioski o ustalenie urzędowej ceny zbytu dla leku Hemlibra wraz z propozycją instrumentu dzielenia ryzyka, wpływającego na jego cenę efektywną. Tym samym płatnik publiczny ma mieć zapewnioną niezmienność ceny leku Hemlibra, jednocześnie określając poziom ceny maksymalnej dla świadczeniodawców realizujących świadczenia gwarantowane. Nie bez znaczenia pozostaje również aspekt oszczędności, które zostały wygenerowane po stronie płatnika publicznego. Dotychczasowe funkcjonowanie w ramach Programu leku Hemlibra we wskazaniu: leczenie chorych na hemofilię A z inhibitorem czynnika VIII, pozwoliło na wygenerowanie oszczędności związanych ze znaczącym zmniejszeniem wydatków na czynniki omijające (Feiba, Novoseven) poprzez ograniczenie krwawień u większości pacjentów leczonych lekiem Hemlibra. Biorąc pod uwagę te oszczędności można je wykorzystać na zapewnienie leczenia dla najbardziej potrzebujących pacjentów z ciężką hemofilią A bez inhibitora dla których obecne leczenie nie zapewnia optymalnego efektu zgodnie z wytycznymi WFH 2020.

Głównym celem Narodowego Programu Leczenia Hemofilii na lata 2024-2028 jest zapewnienie opieki i poprawa standardu leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne. Brak uwzględnienia leku Hemlibra w ramach modułu 4 Programu dla populacji: pacjentów dorosłych z ciężką postacią hemofilii A bez inhibitora, nie pozwoli na osiągnięcie celów jego utworzenia i funkcjonowania. Brak zaopiekowania potrzeb grupy pacjentów, dla której dostępne opcje leczenia są niewystarczające lub nie występują wcale, stoi wręcz w sprzeczności z celem szczegółowym Programu, jakim jest: „*Zaopatrzenie w leki niezbędne dla chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne*".

Od wielu lat w ramach polskiego systemu ochrony zdrowia podejmowane są działania, które mają zapewnić polskim pacjentom możliwie najwyższy standard opieki zdrowotnej. Tym bardziej zdumiewający jest fakt, że **Polska jest jednym z ostatnich krajów europejskich, gdzie leczenie chorych z hemofilią A bez inhibitorów czynnika VIII z zastosowaniem emicizumabu nie jest w dalszym ciągu finansowane.**

W procesie identyfikacji potrzeb polskich pacjentów jednym z najważniejszych głosów stanowią stanowiska wyrażone przez ekspertów klinicznych. Pracując na co dzień w polskim systemie ochrony zdrowia, opierając się na swoim doświadczeniu i praktyce, wiedzy eksperckiej oraz

znajomości światowych standardów leczenia, potrafią oni zidentyfikować najlepsze rozwiązanie opiekujące potrzeby poszczególnych grup pacjentów. Podsumowanie stanowiska ekspertów ujęte w Opinii Prezesa AOTMiT brzmi: „*zgodnie z wytycznymi klinicznymi jest to **jedyna** opcja terapeutyczna możliwa do stosowania u pacjentów z ciężką hemofilią A bez inhibitora, u których optymalna terapia czynnikami VIII nie skutkuje kontrolą choroby*", co znajduje potwierdzenie w znaczącej liczbie wniosków skierowanych przez ośrodki leczenia hemofilii w Polsce z prośbą o włączenie leku Hemlibra do Programu.

Lek Hemlibra jest stosowany u ponad 20 tysięcy pacjentów na świecie zarówno z inhibitorem jak i nie powikłanych inhibitorem z ciężka i umiarkowana hemofilią. Obecnie **emicizumab jest refundowany w 57 krajach we wskazaniu ciężka hemofilia A z inhibitorem i bez inhibitora.** Dzięki wprowadzeniu leku emicizumab krwawienia zostały znacząco ograniczone w populacji dorosłej leczonej emicizumabem do 1,3(ABR) i pediatrycznej 1,1 (ABR), co potwierdzają badania (RWE) z Wielkiej Brytanii.[6] Obecnie co 2 pacjent nie powikłany inhibitorem jest leczony lekiem Hemlibra w Belgii, Irlandii, Francji czy Holandii i co 3 w Czechach, Słowenii, Szwecji. **W Europie dostęp do leku Hemlibra** w populacji pacjentów nie powikłanych inhibitorem **nie mają jedynie Polska, Węgry, Słowacja i Norwegia.**

Piśmiennictwo:

1. Bolton-Maggs P.H.B., Pasi K.J., *Haemophilias A and B,* Lancet 2003; 361: 1801–09
2. *Charakterystyka produktu leczniczego Hemlibra*®, https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/hemlibra-epar-product-information_pl.pdf (data dostępu 15.04.2019 r.)
3. Jimenez-Yuste V., Shima M., Paz-Priel I. i in., *Preference for emicizumab over prior factor treatments: Results from the haven 3 and haven 4 studies*., Blood. Conference: 60th Annual Meeting of the American Society of Hematology, ASH 2018. United States. 132 (Suppl. 1) (no pagination), 2018. Date of Publication: November 2018
4. Minister Zdrowia, *Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2019-2023*, https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-leczenia-chorych-na-hemofilie-i-pokrewne-skazy-krwotoczne-na-lata-2019-2023 (data dostępu 17.04.2019 r.)
5. Polskie Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię, *Wytyczne leczenia hemofilii opracowane przez World Federation of Hemophilia*, Warszawa 2014
6. Szczeklik A., *Choroby wewnętrzne 2012*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2012: 2138, 32-33; 1716-1718
7. Windyga J., Chojnowski K., Klukowska A. i in., *Część I: Wytyczne postępowania w hemofilii A i B niepowikłanej inhibitorem czynnika VIII i IX (wydanie zaktualizowane)*, Acta Haematologica Polonica 2016, 47: 86-114
8. Zawilska K., Windyga J., Łętowska M. i.in., *Pomoc doraźna w nagłych zagrożeniach zdrowotnych wynikających z zaburzeń krzepnięcia krwi u chorych na hemofilię*, Na Ratunek 2017; 1, 27 – 35
9. Mason JA & Young G. Haemophilia 2021;27:724–29;
10. Srivastava A, et al. Haemophilia 2020;26(Suppl 6):1–158;
11. Windyga J. Real-World Unmet Needs Of Adult Patients With Severe Hemophilia A Without Inhibitors In Poland: How To Select The Optimal Therapy?. ISTH 06/27/2023; 382354; PB1282
12. Wall C i wsp.Emicizumab w profilaktyce u osób z ciężką hemofilią A bez inhibitorów czynnika VIIII, ISTH 2022.

9. Nowoczesna antykoncepcja w Polsce

System opieki zdrowotnej w Polsce ani nie dyskryminuje kobiet, ani nie daje im uprzywilejowanej pozycji: dostęp do niego jest tak samo utrudniony dla wszystkich. Tak wynika z „kobiecych" Barometrów Fundacji Watch Health Care, czyli raportów poświęconych wyłącznie kobietom.

Pierwszy Barometr WHC #KobietaWkolejce ukazał się w marcu 2022 r. Tegoroczny „kobiecy" Barometr pokazał, że:

- średni czas oczekiwania kobiet na świadczenia dotyczące chorób, które częściej u nich występują wynosi 2,7 mies. (w 2022 r. - 2,8 mies.)
- średni czas oczekiwania na świadczenia wyłącznie kobiece (np. przy raku jajnika) wynosi 2,5 mies. (w 2022 r. - 2,2 mies.)
- średni czas oczekiwania kobiet do lekarza specjalisty wynosi 3,4 mies. (w 2022 r. - 3,7 mies.)
- średni czas oczekiwania kobiet na badanie diagnostyczne wynosi 2,3 mies. (w 2022 r. - 2,4 mies.)

W „kobiecych" Barometrach analizujemy ponad 70 świadczeń z 13 dziedzin medycyny. Raporty pokazują, że pacjentki z reguły mogą szybko dostać się do ginekologa - jednak brak kolejek u tego specjalisty nasuwa na myśl pytanie, czy ta łatwa dostępność nie wynika z tego, że kobiety po prostu nie chcą chodzić do ginekologa, a te, które chcą, korzystają głównie z prywatnej opieki?

Nowotwory u kobiet wykrywane są zbyt późno - alarmują onkolodzy. Ginekolodzy alarmują, że wciąż zdarzają się pacjentki, które po raz pierwszy decydują się na wizytę, gdy są w ciąży. Bywa, że nie jest to planowana ciąża, gdyż edukacja na temat antykoncepcji w Polsce wciąż kuleje. Tymczasem długotrwała antykoncepcja pomaga mądrze zaplanować rodzinę i zmniejsza liczbę nieplanowanych ciąż.

Kobiety różnią się między sobą. W nowoczesnych metodach antykoncepcji zastosowano różne rozwiązania tak, by każda kobieta mogła wybrać skuteczną i najwygodniejszą dla siebie formę, czuć się komfortowo, bezpiecznie i pewnie – bez konieczności codziennego przyjmowania leku.

Antykoncepcja hormonalna to najskuteczniejsza i najbezpieczniejsza metoda zapobiegania ciąży. Mieszkanki Europy Zachodniej i Ameryki Północnej najczęściej sięgają właśnie po nią. Obecnie z pigułki antykoncepcyjnej korzysta ponad 150 milionów kobiet (dane ONZ)[2].

[2] R.A Hatcher i wsp. Contraceptive Technology 21-ed 2018. s 98

Pigułka jest skuteczna, jest wygodna, jest dobrze tolerowana, ale nie jest doskonała.

Przede wszystkim dlatego, że aby zablokować owulację, należy utrzymywać stały poziom hormonów. A więc – codziennie łykać pigułkę. Tymczasem wielu kobietom zdarza się pomylić i zapomnieć o tym. Albo zachorować – ostre przypadłości żołądkowe z wymiotami czy biegunką też mogą uniemożliwić organizmowi przyjęcie odpowiedniej dawki hormonów. Wszystkie te sytuacje są określane jako „błąd pigułki". I każdy z nich może obniżyć praktyczną skuteczność antykoncepcji [3].

Jak można wyeliminować te problemy?

Najprostszym rozwiązaniem jest zmiana rytmu. Co by było, gdyby nie trzeba było pamiętać o pigułce przez 365 dni w roku, tylko raz na miesiąc? Albo raz na kilkadziesiąt miesięcy?

Naukowcom udało się opracować takie właśnie metody równego, stałego dostarczania substancji czynnej do organizmu.

Hormony mogą wchłaniać się nie tylko z przewodu pokarmowego. Równie dobrze wchłaniają się przez skórę i śluzówkę. Ten właśnie mechanizm wykorzystali twórcy pierścienia dopochwowego i wszczepianego pod skórę implantu antykoncepcyjnego.

Pierścień kobieta umieszcza w pochwie i może zapomnieć o nim na 21 dni. Elastyczna, gładka „obrączka" zawiera taki sam skład hormonów, jak klasyczna pigułka. Wtulona w śluzówkę pochwy uwalnia do niej jednostajnie w sposób ciągły substancje czynne.

Implant umieszcza się pod skórą ramienia na trzy lata.

Zaletą tych rozwiązań jest wyeliminowanie błędów pacjentki (np. zapomnienie o pigułce), gwarancja równego i stałego dostarczania preparatu do organizmu oraz omijanie przewodu pokarmowego – żadne zatrucia pokarmowe nie mogą dzięki temu wpłynąć na skuteczność antykoncepcji. Hormony dostają się bezpośrednio do krwi, gdzie krążą i hamują owulację. Kobieta nie odczuwa obecności implantu czy pierścienia i nie musi na co dzień pamiętać o połknięciu pigułki.

U użytkowniczek implantu stałe stężenie hormonu we krwi zmniejsza intensywność i dolegliwość miesiączek, czasem nawet powoduje całkowity brak krwawień. Co ważne, z implantu mogą także korzystać kobiety palące papierosy, dla których dwuskładnikowa pigułka antykoncepcyjna nie jest wskazana. Jest on również dobrym wyborem dla „świeżo upieczonych" mam, także karmiących piersią [4]. To dlatego, że w przeciwieństwie do pigułek, w skład których wchodzi zarówno estrogen, jak i progestagen, implant zawiera tylko jedną substancję.

W przypadku pierścienia dopochwowego sytuacja wygląda inaczej: tutaj uwalnianie dwóch hormonów (estrogenów i progestagenów) jest takie, jak w klasycznej pigułce. Należy pamiętać, aby regularnie zmieniać pierścień: działa on bowiem tylko przez 21 dni. Po trzech tygodniach trzeba go wyjąć i po kolejnym tygodniu – założyć nowy. W okresie tej siedmiodniowej przerwy pojawia

[3] Finer LB i wsp. declines in unitended pregnancy in the US 2008-2011 N Engl J Med 1016; 374
[4] Bahamondes i wsp. Study group on contraceptive implants for woman a 3-year multicentre randomized controlled trial. Hum Reprod. 2015; 30

się krwawienie, najczęściej skąpe i bezbolesne. Dopochwowa droga podania hormonu poprawia tolerancję i zmniejsza ryzyko osłabienia efektu [5].

W Polsce te najnowocześniejsze sposoby antykoncepcji dostępne są po zasięgnięciu porady u lekarza ginekologa – ale niestety nie są refundowane, więc nie wszystkie kobiety mogą sobie na nie pozwolić. A przecież antykoncepcja wiąże się nie tylko z planowaniem rodziny – warto zauważyć, że w przypadku wielu pacjentek dobrze dobrana długotrwała antykoncepcja pozytywnie wpływa na zdrowie, np. w zakresie równowagi hormonalnej.

Po badaniu lekarz może przepisać pierścień dopochwowy – tak jak zwyczajne pigułki. Pierścień dostępny jest w jałowym opakowaniu, które pozwala na długotrwałe przechowywanie. Zarówno włożenie go do pochwy, jak i usunięcie jest łatwe i kobiety radzą sobie z tym bez problemów. Pierścień umiejscawia się w takim miejscu pochwy, że kobieta nie odczuwa jego obecności. Na jego działanie nie wpływa ani seks, ani kąpiel czy ruch.

Implant wymaga założenia go przez lekarza w gabinecie, przy użyciu specjalnego aplikatora i w znieczuleniu miejscowym. Po odkażeniu skóry, ginekolog wszczepia implant specjalnym jednorazowym aplikatorem. Drobne przecięcie skóry goi się samoistnie w ciągiu kilku dni i implant jest niewidoczny. Można go wyczuć pod skórą jako elastyczny pręcik wielkości zapałki.

Czas działania implantu antykoncepcyjnego to trzy lata. Nie wymaga dodatkowych wizyt u ginekologa poza corocznym zwykłym badaniem profilaktycznym[6]. Po trzech latach implant należy usunąć, co także robi lekarz.

[5] Creinin MD i wsp. Multicenter comparison of the contraceptive ring and path; a randomized controlled trial OBS GYNECOL 2008, 111
[6] Stoddard A i wsp. Efficacy and safety of long-acting reversible contraception Drugs 2011; 71

10. Podsumowanie

Obiektywne monitorowanie zmian średniego czasu oczekiwania chorych w kolejkach ma na celu uświadomienie społeczeństwu, czy sytuacja w ochronie zdrowia pogarsza się, czy poprawia, a więc jak regulator (Minister Zdrowia i płatnik) radzi sobie z zarządzaniem systemem.

Narzędzie stworzone przez Fundację WHC, jakim jest Barometr WHC, pokazuje sytuację w ochronie zdrowia widzianą oczami pacjenta, a nie sprawozdawczością Narodowego Funduszu Zdrowia. W porównaniu do danych publikowanych przez NFZ, Barometr WHC obejmuje znacznie szerszy zakres aktualnych i kompletnych informacji.

1. DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

(Świadczenia zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia: np. porada lekarska, badanie, zabieg, operacja).

Czas oczekiwania na pojedyncze świadczenie zdrowotne wynosi średnio 3,5 mies.

W porównaniu do poprzedniego Barometru WHC odnotowano **skrócenie czasu oczekiwania o 0,1 mies.** (stan na listopad 2022 r. – 3,6 mies.).

- Najdłużej pacjenci muszą czekać na świadczenia w dziedzinie neurochirurgii, gdzie średni czas oczekiwania wyniósł ok. 9,8 miesiąca. Długo w kolejce również będziemy czekać do świadczeń z zakresu chirurgii plastycznej (8,7 mies.) oraz ortopedii i traumatologii ruchu (8,3 mies.).
- Najkrócej pacjenci zaczekają na realizację świadczeń z zakresu neonatologii (0,5 mies.) oraz radioterapii onkologicznej, gdzie średni czas oczekiwania nie przekracza pół miesiąca.

Wśród 216 analizowanych świadczeń zdrowotnych, w 71 odnotowano poprawę dostępności, w przypadku 65 dostępność uległa pogorszeniu, natomiast w przypadku 80 świadczeń czas oczekiwania uległ w zmianie w zakresie +/-0,5 mies.

- **Najbardziej wydłużyły się kolejki do świadczeń w dziedzinach:**
  - rehabilitacja medyczna – o 2,7 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 7 mies.;
  - reumatologia – o 2,1 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 4,2 mies.;
  - choroby płuc – o 1,4 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 2,9 mies.

- **Najbardziej skróciły się kolejki do świadczeń w dziedzinach:**
  - > neurologia dziecięca – o 2,7 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 2,7 mies.;
  - > ortopedia i traumatologia narządu ruchu – o 1,9 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 8,3 mies.;
  - > stomatologia o 1,3 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 7,1 mies.

2. DOSTĘP DO LEKARZA SPECJALISTY

Aby uzyskać poradę lekarza specjalisty, trzeba poczekać średnio 3,7 mies.

W porównaniu do poprzedniego Barometru WHC odnotowano **skrócenie czasu oczekiwania do lekarzy specjalistów o 0,4 mies.** (stan na listopad 2022 r. – 4,1 mies.).

- Najdłuższy czas oczekiwania dotyczy wizyt: u chirurga naczyniowego (11,0 mies.), angiologa (10,3 mies.) oraz endokrynologa (9,6 mies.).
- Z kolei specjaliści, do których czas oczekiwania jest najkrótszy to neonatolodzy (0,2 mies.), ginekolodzy-położnicy (0,4 mies.), ginekolodzy (0,5 mies.), pediatrzy (0,5 mies.).

Wśród analizowanego dostępu do lekarzy specjalistów z 40 dziedzin medycyny, w 21 odnotowano poprawę w dostępności, w przypadku 10 dostępność uległa pogorszeniu, natomiast w przypadku 9 specjalistów czas oczekiwania uległ w zmianie w zakresie +/-0,5 mies.

- **Najbardziej wydłużyły się kolejki do specjalistów:**
  - > chirurga plastycznego – o 4,9 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 7,5 mies.;
  - > endokrynologa – o 3,7 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 9,6 mies.;
  - > otolaryngologa – o 3,0 mies. obecnie trzeba poczekać w kolejce 3,7 mies.

- **Najbardziej skróciły się kolejki do specjalistów:**
  - > neurolog dziecięcy – o 8,4 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 2,6 mies.;
  - > okulista – o 4,1 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 4,7 mies.;
  - > ortodonta – o 3,1 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 8,7 mies.

3. DOSTĘP DO BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Na badanie diagnostyczne trzeba poczekać średnio 2,5 mies.

W porównaniu do poprzedniego Barometru WHC **nie odnotowano zmian w czasie oczekiwania na badania diagnostyczne** (stan na listopad 2022 r. – 2,5 mies.).

- Najdłuższy czas oczekiwania odnotowano w odniesieniu do badania audiologicznego metodą elektrofizjologiczną (6,5 mies.), jak również biopsji guzków tarczycy (5,6 mies.) oraz USG tarczycy (5,2 mies.).
- Badaniami diagnostycznymi wykonywanymi zazwyczaj od razu są gazometria (0,1 mies.) oraz badanie cytogenetyczne (0,2 mies.). Niewiele dłużej poczekamy na wykonanie testu na boreliozę, badanie krwi za pomocą testu ELISA (0,3 mies.).

Wśród analizowanego dostępu do badań diagnostycznych spośród 56 świadczeń w 20 z nich odnotowano poprawę w dostępności, w przypadku 16 z nich dostępność uległa pogorszeniu, natomiast w przypadku 20 badań czas oczekiwania uległ w zmianie w zakresie +/-0,5 mies.

- **Najbardziej wydłużyły się kolejki do badań:**
  - > uroflowmetria – o 3 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 3,7 mies.;
  - > bronchoskopia – o 2,7 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 3,7 mies.;
  - > tomografia klatki piersiowej – o 2,4 mies., obecnie trzeba poczekać w kolejce 4 mies.

- **Najbardziej skróciły się kolejki do badań:**
  - > USG gałki ocznej – o 3,5 mies.; obecnie trzeba poczekać w kolejce 4,2 mies.
  - > USG Doppler kończyn dolnych – o 3,0 mies.; obecnie trzeba poczekać w kolejce 2,9 mies.
  - > sigmoidoskopia (badanie endoskopowe jelita grubego) – o 2,9 mies.; obecnie trzeba poczekać w kolejce 4,1 mies.

4. ETAPOWOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Wynik raportu pokazuje, że wyraźnie widoczny jest problem ograniczonego dostępu do lekarzy specjalistów oraz długi czas oczekiwania na świadczenia, do których kierują, co przekłada się na wydłużoną etapowość leczenia.

Od wizyty dziecka u stomatologa do rozpoczęcia leczenia aparatem ortodontycznym mijają 22 mies. (stan na listopad 2022 r. – 28,2 mies.). Warto zaznaczyć, że leczenie z użyciem ruchomego aparatu ortodontycznego refundowane jest wyłącznie dzieciom do 12 roku życia, dlatego też wydłużony czas oczekiwania stanowić może o dyskwalifikacji pacjenta z leczenia.

Od wizyty pacjenta u lekarza pierwszego kontaktu do przeprowadzenia operacji endoprotezoplastyki stawu kolanowego mijają ponad 2 lata (stan na listopad 2022 r. – 26,3 mies.).

Od wizyty pacjenta u lekarza pierwszego kontaktu do operacji usunięcia żylaków kończyn dolnych mija 31,1 mies. czyli ponad 2,5 roku (stan na listopad 2022 r. – 30,8 mies.).

Od wizyty pacjenta u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do przeprowadzenia operacji wymiany zastawki serca mija ponad 20 miesięcy (stan na listopad 2022 r. – 12,3 mies.).

11. Załącznik

Tabela zmian w czasie oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach medycyny – listopad 2022 r. a lipiec/sierpień 2023 r.

Wyniki Barometru WHC – tabela zmian w czasie oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach medycyny w lipcu i sierpniu 2023 r.

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
	Ogółem		3,5	3,6	↓
	ALERGOLOGIA		2,5	3,4	↓
1.	WIZYTA U ALERGOLOGA	dziecko; 11 lat; przewlekły utrzymujący się od kilku miesięcy nieżyt nosa; częste napadowe kichanie; swędzenie nosa; częste uczucie zatkanego nosa; skierowanie od pediatry	3,6	5,7	↓
2.	TESTY SKÓRNE	kobieta; 41 lat; łzawienie i pieczenie oczu; katar sienny; posiada skierowanie od alergologa	3,8	3,8	=
3.	SPIROMETRIA	mężczyzna; 27 lat; suchy kaszel utrudniający oddychanie; świszczący oddech; napady duszności; posiada skierowanie od alergologa	2,5	2,8	=
4.	DONOSOWE PRÓBY PROWOKACYJNE	kobieta; 30 lat; cierpi na alergię poliwalentną (różne gatunki pyłków roślin) potwierdzoną testami skórnymi; zlecono wykonanie prób prowokacyjnych przed planowaną immunoterapią swoistą	2,1	4,4	↓
5.	IMMUNOTERAPIA SWOISTA (ODCZULANIE)	mężczyzna; 22 lata; potwierdzone testami skórnymi uczulenie na jad owadów błonkoskrzydłych	0,5	0,3	=
	ANGIOLOGIA		5,8	6,1	=
1.	WIZYTA U ANGIOLOGA	kobieta; 49 lat; zdiagnozowana przez lekarza rodzinnego miażdżyca naczyń; objawy niedokrwienia kończyn; silny ból i problemy z chodzeniem; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	10,3	8,0	↑
2.	USG DOPPLER KOŃCZYN DOLNYCH (BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE POZWALAJĄCE OCENIĆ PRZEPŁYW KRWI W ŻYŁACH)	kobieta; 42 lata; żylaki kończyn dolnych; wieloletnia praca w pozycji stojącej; przebyte 3 ciąże; duża bolesność nóg; nawracające obrzęki; posiada skierowanie od chirurga naczyniowego na dalszą diagnostykę	2,9	5,9	↓
3.	ZABIEG USUNIĘCIA ŻYŁY (FLEBEKTOMIA)	kobieta; 63 lata; przewlekła niewydolność żylna; owrzodzenie podudzia lewej nogi; po wykonaniu USG Dopplera; skierowanie na zabieg od angiologa	7,2	7,2	=
4.	ZABIEG USUNIĘCIA ŻYLAKÓW KOŃCZYNY DOLNEJ	kobieta; 40 lat; żylaki kończyny dolnej; ból i obrzęk kończyn, utrudniające poruszanie się; posiada skierowanie od chirurga naczyniowego na zabieg usunięcia żylaków	6,8	7,8	↓
5.	ANGIOPLASTYKA TĘTNIC WIEŃCOWYCH (PCI)	mężczyzna; 58 lat; bóle w klatce piersiowej; zdiagnozowana stabilna dusznica bolesna; wykonano koronarografię; skierowanie od kardiologa na zabieg angioplastyki	2,0	1,7	=

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

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
	CHIRURGIA DZIECIĘCA		**2,6**	**3,1**	=
1.	**WIZYTA U CHIRURGA DZIECIĘCEGO**	dziecko; 6 miesięcy; zmiana pod pachą między żebrami; podejrzenie włókniaka; skierowanie od pediatry	**2,2**	**3,9**	↓
2.	**OPERACJA STULEJKI**	chłopiec; 6 lat; wtórne zapalenie dróg moczowych; trudności z oddawaniem moczu; zdiagnozowana stulejka; posiada skierowanie od chirurga	**3,5**	**3,8**	=
3.	**OPERACJA WĘDRUJĄCEGO JĄDRA**	chłopiec; 2 lata; wędrujące jądro lewe nie zstępuje do moszny; skierowanie od chirurga dziecięcego	**3,7**	**3,8**	=
4.	**OPERACJA PRZEPUKLINY PACHWINOWEJ**	dziecko; 2,5 roku; twarde uwypuklenie w okolicy pachwiny; bóle brzucha; problem z chodzeniem; stwierdzono przepuklinę pachwinową wolną; skierowanie od chirurga dziecięcego	**0,5**	**2,1**	↓
5.	**OPERACJA SPODZIECTWA**	chłopiec; 1,5 roku; spodziectwo prąciowe; skierowanie od chirurga	**2,9**	**2,1**	↑
	CHIRURGIA NACZYNIOWA		**6,9**	**6,2**	↑
1.	**WIZYTA U CHIRURGA NACZYNIOWEGO**	kobieta; 60 lat; ostry stan zapalny żyły podkolanowej; ostry ból w dole podkolanowym i w łydce; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	**11,0**	**9,1**	↑
2.	**ANGIOGRAFIA NACZYŃ MÓZGOWYCH**	kobieta; 39 lat; bóle głowy; podejrzenie tętniaka; posiada skierowanie od neurologa	**0,4**	**1,5**	↓
3.	**ZABIEG USUNIĘCIA BLASZEK MIAŻDŻYCOWYCH Z TĘTNIC SZYJNYCH (ENDARTEREKTOMIA)**	mężczyzna; po pełnej diagnostyce obrazowej, która wskazała lokalizację zwężenia tętnic szyjnych; zakwalifikowany do zabiegu endarterektomii	**5,1**	**5,5**	=
4.	**OPERACJA TĘTNIAKA AORTY BRZUSZNEJ**	mężczyzna; 62 lata; w badaniu USG stwierdzono tętniaka aorty brzusznej o śr. 5,5 cm; skierowanie od chirurga naczyniowego	**7,2**	**6,3**	↑
5.	**SYMPATEKTOMIA LĘDŹWIOWA (WYCIĘCIE FRAGMENTU PNIA WSPÓŁCZULNEGO)**	mężczyzna; 36 lat; przewlekła wzmożona potliwość stóp; zakwalifikowany przez chirurga do zabiegu sympatektomii lędźwiowej	**10,9**	**7,9**	↑
	CHIRURGIA OGÓLNA		**1,8**	**1,3**	=
1.	**WIZYTA U CHIRURGA**	kobieta; lat 47; utrzymujący się silny ból w prawej części nadbrzusza, czemu towarzyszą dolegliwości gastryczne (zgaga, nudności) oraz podwyższona temperatura; pacjentka po nieskutecznym zabiegu rozbicia kamieni żółciowych (litotrypsji)	**2,6**	**0,4**	↑
2.	**OPERACJA PRZEPUKLINY BRZUSZNEJ**	mężczyzna; 59 lat; utrzymujący się dyskomfort w nadbrzuszu, który wyraźnie nasila się po wysiłku fizycznym; stwierdzono występowanie przepukliny brzusznej bez niedrożności i bez zgorzeli	**2,0**	**0,9**	↑
3.	**OPERACJA USUNIĘCIA HEMOROIDÓW**	mężczyzna; 52 lata; silne dolegliwości bólowe; krwawienia; anemia; w kolonoskopii stwierdzono żylaki III stopnia; posiada skierowanie od chirurga	**0,7**	**2,7**	↓
4.	**OPERACJA REFLUKSU ŻOŁĄDKOWO-PRZEŁYKOWEGO**	mężczyzna; 60 lat; występuje zgaga oraz stany zapalne przełyku; nieskuteczne leczenie farmakologiczne; wykonano endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego; posiada skierowanie od chirurga	**2,3**	**1,5**	↑
5.	**CHIRURGICZNE USUNIĘCIE NERWIAKA MORTONA**	kobieta; 37 lat; silny ból śródstopia podczas stania i chodzenia; wcześniejsze leczenie kortykosteroidami oraz stosowanie wkładek ortopedycznych nie przyniosło poprawy; potwierdzony w badaniu USG nerwiak Mortona (metatarsalgia); skierowanie od lekarza ortopedy na leczenie operacyjne	**1,1**	**1,0**	=

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA			**1,3**	**1,5**	=
1.	**OPERACJA OSZCZĘDZAJĄCA PIERŚ**	kobieta; 34 lata; w badaniu USG wykryto guzek w prawej piersi o średnicy 2,3 cm; węzły chłonne niepowiększone; marker nowotworowy w normie; skierowanie na leczenie chirurgiczne od onkologa	**0,5**	**1,6**	↓
2.	**PROSTATEKTOMIA RADYKALNA**	mężczyzna; 56 lat; trudności z oddawaniem moczu; niski poziom czerwonych krwinek; wysokie stężenie PSA (swoisty antygen prostaty); wykonano badanie per rectum oraz USG gruczołu krokowego; zdiagnozowany rak prostaty potwierdzony badaniem histopatologicznym; posiada skierowanie od chirurga onkologa	**1,4**	**1,6**	=
3.	**WYCIĘCIE PACHOWYCH WĘZŁÓW CHŁONNYCH**	kobieta; 82 lata; usunięta lewa pierś ze zmianą nowotworową; powiększone węzły chłonne pachowe z prawej strony bez widocznych zmian w piersi prawej w badaniu mammograficznym; posiada skierowanie od onkologa	**1,9**	**0,9**	↑
4.	**OPERACJA RAKA ODBYTU**	mężczyzna; 65 lat; rak odbytnicy potwierdzony wynikami histopatologicznymi i badaniem rektoskopowym; posiada skierowanie od onkologa	**1,4**	**1,5**	=
5.	**WIZYTA U CHIRURGA ONKOLOGA**	kobieta; 27 lat; na podstawie USG piersi stwierdzono obecność dwóch zmian w obrębie sutków; rak piersi w wywiadzie rodzinnym; posiada skierowanie od ginekologa	**1,2**	**1,7**	=
CHIRURGIA PLASTYCZNA			**8,7**	**8,4**	=
1.	**WIZYTA U CHIRURGA PLASTYCZNEGO**	kobieta; 24 lata; rozległa blizna na szyi i klatce piersiowej po oparzeniu; skierowanie od internisty	**7,5**	**2,6**	↑
2.	**OPERACJA REKONSTRUKCYJNA ROZSZCZEPIENIA WARGI**	dziecko; 6 miesięcy; rozszczep wargi pełny, jednostronny; posiada skierowanie od chirurga	**6,9**	**6,0**	↑
3.	**OPERACJA USUNIĘCIA BLIZNY PO OPARZENIU**	kobieta; 20 lat; blizna po oparzeniu termicznym na klatce piersiowej; skierowanie od chirurga plastycznego	**7,0**	**5,8**	↑
4.	**OPERACJA ZMNIEJSZENIE PIERSI**	kobieta; 34 lata; gigantomastia; ból kręgosłupa; skierowanie od chirurga	**9,6**	**15,2**	↓
5.	**REKONSTRUKCJA PIERSI – WSTAWIENIE IMPLANTU TYPU EKSPANDER**	kobieta; 30 lat; po obustronnej mastektomii (chirurgicznym usunięciu piersi) z powodu nowotworu	**12,4**	**12,3**	=
CHIRURGIA SZCZĘKOWO-TWARZOWA			**3,5**	**4,7**	↓
1.	**WIZYTA U CHIRURGA SZCZĘKOWO-TWARZOWEGO**	kobieta; 20 lat; wyrzynanie zęba mądrości; ból gardła, spuchnięte dziąsła;	**1,8**	**2,1**	=
2.	**OPERACJA ZATOKI SZCZĘKOWEJ/ USUNIĘCIE TORBIELI**	kobieta; 38 lat; torbiel wielkości 2,5 cm zlokalizowana w prawej zatoce szczękowej potwierdzona badaniem RTG zatok; przewlekły nieżyt nosa; objawy grypopodobne; uczucie bólu i ucisku; posiada skierowanie od laryngologa	**1,0**	**0,1**	↑
3.	**RESEKCJA ŚLINIANKI PODŻUCHWOWEJ**	kobieta; kamica ślinianki podżuchwowej; brak rezultatów leczenia zachowawczego; skierowanie na leczenie chirurgiczne	**5,0**	**6,8**	↓
4.	**CHIRURGICZNE USUNIĘCIE ZĘBA MĄDROŚCI**	kobieta; 22 lata; zatrzymanie częściowe zęba (korzeń zęba jest w kości; z kolei koronę zęba pokrywa dziąsło); ból; powtarzające się stany zapalne; skierowanie od stomatologa	**3,9**	**3,3**	↑
5.	**OPERACJA KRZYWEJ PRZEGRODY NOSOWEJ**	mężczyzna; 39 lat; nawracające ostre zapalenia zatok; w badaniu RTG stwierdzone skrzywienie przegrody nosowej; skierowanie od otolaryngologa	**5,7**	**11,3**	↓

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
CHOROBY PŁUC			**2,9**	**1,5**	↑
1.	**WIZYTA U PULMONOLOGA**	kobieta; 49 lat; niejasny obraz RTG; nawracające zapalenia płuc; posiada skierowanie od internisty	**3,2**	**3,1**	=
2.	**GAZOMETRIA**	kobieta; 40 lat; trudności w oddychaniu; duszność wysiłkowa; posiada skierowanie od pulmonologa	**0,1**	**0,0**	=
3.	**BRONCHOSKOPIA (ENDOSKOPOWE 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	**3,7**	**1,0**	↑
4.	**TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA KLATKI PIERSIOWEJ (TK)**	mężczyzna; 55 lat; kaszel i krwioplucie; stwierdzona w RTG zmiana w dolnym płacie prawego płuca; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	**4,0**	**1,6**	↑
5.	**SCYNTYGRAFIA PERFUZYJNA PŁUC**	mężczyzna; 23 lata; niewydolność oddechowa niejasnego pochodzenia; posiada skierowanie od pulmonologa	**3,5**	**1,9**	↑
CHOROBY WEWNĘTRZNE			**1,7**	**2,0**	=
1.	**WIZYTA U HEPATOLOGA**	mężczyzna; 24 lata; bardzo wysokie wartości prób wątrobowych; utrzymująca się od 2 tygodni bolesność w okolicy podżebrowej prawej nasilająca się przy palpacji; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	**3,5**	**5,1**	↓
2.	**USG JAMY BRZUSZNEJ**	mężczyzna; 60 lat; bóle brzucha; skierowanie od internisty	**0,9**	**0,9**	=
3.	**KOLONOSKOPIA (ENDOSKOPOWE BADANIE JELITA GRUBEGO)**	mężczyzna; 60 lat; wzdęcia brzucha oraz nadmierne oddawanie gazów; nudności; zmiana średnicy stolca -występują tzw. stolce ołówkowate	**1,6**	**2,5**	↓
4.	**REKTOSKOPIA (ENDOSKOPOWE BADANIE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO)**	kobieta; 32 lata; krew podczas oddawania stolca; biegunka; zaparcia; skierowanie od internisty po badaniu per rectum	**2,1**	**1,5**	↑
5.	**CHOLECYSTEKTOMIA LAPAROSKOPOWA**	kobieta; 42 lata; częste ataki kolki żółciowej	**0,5**	**0,0**	=
CHOROBY ZAKAŹNE			**1,5**	**1,4**	=
1.	**WIZYTA U SPECJALISTY CHORÓB ZAKAŹNYCH**	mężczyzna; 25 lat; dodatni wynik HCV; skierowanie do poradni chorób zakaźnych	**2,8**	**4,3**	↓
2.	**TEST NA BORELIOZĘ, BADANIE KRWI ZA POMOCĄ TESTU ELISA**	kobieta; 54 lata; ukąszenie przez kleszcza w okolicach lewej pachwiny; rumień wędrujący na skórze; zlecenie od dermatologa na wykonanie testu w kierunku boreliozy	**0,3**	**0,0**	=
3.	**BIOPSJA CIENKOIGŁOWA WĄTROBY**	kobieta; 29 lat; pozytywny wynik na obecność HCV; skierowanie od lekarza chorób zakaźnych	**2,2**	**1,5**	↑
4.	**ELASTOGRAFIA[8]**	Pacjent 40 lat z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C (WZW C), kwalifikacja do programu lekowego leczenie przewlekłego WZW C terapią bezinterferonową, wizyta za 4 miesiące u lekarza prowadzącego	**0,4**	**0,3**	=
5.	**REZONANS MAGNETYCZNY (MRI) KLATKI PIERSIOWEJ[9]**	kwalifikacja do programu leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	**1,8**	**1,1**	↓

[8] Wcześniej (przed 2020 rokiem) oceniane wskazanie: leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C interferonem i rybawiryną w ramach PT/PL) 0,0

[9] Wcześniej (przed 2020 rokiem): leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B interferonem pegylowanym Alfa-2a w ramach P3,7T/ PL

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA			**2,1**	**1,6**	=
1.	**WIZYTA U DERMATOLOGA**	mężczyzna; 35 lat; na skórze liczne znamiona barwnikowe; ostatnio zauważył pojawienie się kolejnych licznych zmian barwnikowych oraz zmianę ich zabarwienia; zmiany w miejscu drażnienia; wizyta w celu oceny zmian barwnikowych	**1,9**	**2,5**	↑
2.	**ZABIEG WYCIĘCIA ZNAMIENIA**	kobieta; 45 lat; znamię na nodze o niejednolitym kolorze i kształcie; skierowanie od dermatologa	**3,7**	**1,3**	↑
3.	**NAŚWIETLANIE PUVA (FOTOCHEMIOTERAPIA)**	kobieta; cierpi na łuszczycę; skierowanie od dermatologa	**1,1**	**1,6**	=
4.	**PRZESZCZEP SKÓRY PRZY OWRZODZENIU PODUDZI**	mężczyzna; 30 lat; owrzodzenia na wskutek komplikacji (zakrzepica) po operacji podudzia	**1,4**	**1,7**	=
5.	**USUNIĘCIE TŁUSZCZAKA**	kobieta; 33 lata; tłuszczak umiejscowiony w okolicy prawej łopatki z którego uchodziła wydzielina ropna	**2,6**	**0,9**	↑
DIABETOLOGIA			**3,4**	**2,9**	=
1.	**WIZYTA U DIABETOLOGA**	mężczyzna; 19 lat; nieuregulowana cukrzyca typu I; wielomocz (poliuria); w ostatnim miesiącu duży ubytek wagi ciała; mocz o zapachu acetonu; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	**6,4**	**7,4**	↓
2.	**USG TRZUSTKI**	mężczyzna; 45 lat; przewlekłe zapalenie trzustki spowodowane nadużywaniem alkoholu; wtórna cukrzyca; obecnie silne bóle brzucha; posiada skierowanie od diabetolog	**3,7**	**1,4**	↑
3.	**ZAŁOŻENIE OPATRUNKU (STOPA CUKRZYCOWA)**	mężczyzna; 73 lata; cukrzyca; nadciśnienie tętnicze; owrzodzenie kończyny dolnej; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego, który uznał przypadek za pilny	**0,1**	**0,0**	=
4.	**BADANIE ELEKTRONEUROGRAFICZNE (ENG)**	mężczyzna; 53 lata; cierpi na cukrzycę typu II; zaburzenia czucia w stopach i podudziach; zasinienie stóp; podejrzenie polineuropatii cukrzycowej; posiada skierowanie od diabetologa	**4,2**	**3,7**	↑
5.	**LASEROTERAPIA SIATKÓWKI**	kobieta; 56 lat; cierpi na cukrzycę typu II; stwierdzona retinopatia cukrzycowa; na podstawie angiografii fluoresceinowej skierowana na zabieg laseroterapii	**2,4**	**1,8**	↑
ENDOKRYNOLOGIA			**5,2**	**4,5**	↑
1.	**WIZYTA U ENDOKRYNOLOGA**	kobieta; 26 lat; hiperandrogenizm; niemożność zajścia w ciążę; badanie USG wykazało obustronny przerost nadnerczy; posiada skierowanie od ginekologa	**9,6**	**5,9**	↑
2.	**USG TARCZYCY**	kobieta; wyniki badania krwi wskazują niedoczynność tarczycy; skierowanie od lekarza na badanie USG tarczycy	**5,2**	**4,1**	↑
3.	**RESEKCJA PRZYTARCZYC**	kobieta; 48 lat; ogólne osłabienie utrzymujące się od kilku miesięcy; częstomocz; bóle kostno-stawowe; badania krwi wykazały podwyższony poziom wapnia oraz parathormonu; przerost gruczołów przytarczycznych potwierdzony badaniem USG; zdiagnozowana nadczynność pierwotna przytarczyc; posiada skierowanie od chirurga	**3,0**	**4,7**	↓
4.	**USUNIĘCIE GUZKA TARCZYCY**	kobieta; 49 lat; na podstawie badania USG stwierdzona obecność guzka koloidowego; wyniki biopsji potwierdziły złośliwość zmiany; posiada skierowanie od endokrynologa	**2,7**	**3,0**	=
5.	**BIOPSJA GUZKÓW TARCZYCY**	kobieta; 43 lata; w badaniu USG stwierdzono liczne guzki tarczycy; skierowanie na wykonanie biopsji	**5,6**	**4,9**	↑

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
GASTROENTEROLOGIA			**4,1**	**2,9**	↑
1.	**WIZYTA U GASTROENTEROLOGA**	kobieta; 56 lat; nasilające się bóle brzucha; częste i nawracające problemy gastryczne w wywiadzie; lekarz rodzinny po badaniu fizykalnym i USG wstępnie rozpoznał wodobrzusze i skierował pacjentkę do gastroenterologa	**7,1**	**4,1**	↑
2.	**GASTROSKOPIA (BADANIE ENDOSKOPOWE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO)**	kobieta; 30 lat; bóle w nadbrzuszu; zgaga; podejrzenie choroby wrzodowej żołądka; posiada skierowanie z poradni gastroenterologicznej na gastroskopię	**5,1**	**3,1**	↑
3.	**OPERACJA USUNIĘCIA UCHYŁKA ZENKERA**	mężczyzna; 67 lat; w badaniu RTG z kontrastem widoczny uchyłek Zenkera wielkości ok. 6 cm; ucisk w gardle utrudniający jedzenie; posiada skierowanie od gastroenterologa	**2,0**	**2,1**	=
4.	**CHIRURGICZNE ZMNIEJSZENIE ŻOŁĄDKA (OPERACJA BARIATRYCZNA)**	kobieta; 52 lata; bardzo duża otyłość; Body Mass Indeks (BMI) > 43; posiada skierowanie od bariatry	**2,2**	**2,4**	=
5.	**MUKOZEKTOMIA (ENDOSKOPOWE USUNIĘCIE ZMIAN BŁONY ŚLUZOWEJ)**	kobieta; 62 lata; guzy zajmujące błonę śluzową żołądka potwierdzone w gastroskopii; wczesna postać zmian nowotworowych; powtarzające się wymioty; brak apetytu; posiada skierowanie od gastrologa	**4,0**	**2,6**	↑
GERIATRIA			**2,8**	**2,8**	=
1.	**WIZYTA U GERIATRY**	kobieta; 85 lat; cierpi na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze i osteoporozę; skierowanie od internisty	**2,4**	**2,0**	=
2.	**REZONANS MAGNETYCZNY (MRI)**	kobieta; 68 lat; zaburzenia pamięci oraz kłopoty z wykonywaniem podstawowych czynności; problemy z orientacją; skierowanie od neurologa	**3,7**	**2,0**	↑
3.	**POBYT W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM**	kobieta; 70 lat; po przebytym udarze mózgu; całkowity niedowład; afazja; karmiona przez sondę	**3,2**	**5,2**	↓
4.	**WSZCZEPIENIE STYMULATORA GŁĘBOKIEJ STYMULACJI MÓZGU DBS (DEEP BRAIN STIMULATION)**	mężczyzna; 72 lata; od 10 lat chory na chorobę Parkinsona; znaczne problemy z chodzeniem; częste upadki; porusza się na wózku; dysfagia; ślinotok; zaburzenia mowy; posiada skierowanie od neurochirurga	**2,6**	**2,5**	=
5.	**POBYT W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM**	kobieta; 73 lata; cierpi na schizofrenię i demencję starczą; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	**2,0**	**2,1**	=
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA			**1,4**	**1,1**	=
1.	**WIZYTA U GINEKOLOGA**	kobieta; 30 lat; zmiany III stopnia w badaniu cytologicznym (zmiany zapalne oraz pojedyncze komórki dysplastyczne)	**0,5**	**0,3**	=
2.	**TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (TK) MIEDNICY MAŁEJ I BRZUCHA**	kobieta; 52 lata; badanie USG potwierdziło występowanie guza jajnika; posiada skierowanie od ginekologa	**1,8**	**1,1**	↑
3.	**KOLPOSKOPIA**	kobieta; 32 lata; wynik cytologii grupa III b (występują typowe komórki dysplastyczne); skierowanie od ginekologa	**2,0**	**1,0**	↑
4.	**OPERACJA GUZA JAJNIKA**	kobieta; w obrazie USG guz jajnika 8x10 cm; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia guza	**1,1**	**1,9**	↓
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	**1,6**	**1,0**	↑

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA			**1,8**	**2,2**	=
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	**4,8**	**5,4**	↓
2.	**USG WĘZŁÓW SZYJNYCH**	kobieta; 22 lata; ból przy poruszaniu głową; występuje wybrzuszenie na szyi; palpacyjnie stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych; skierowanie od internisty	**2,6**	**3,4**	↓
3.	**IMMUNOCHEMIOTERAPIA**	kobieta; 44 lata; stany podgorączkowe; nawracające zapalenia płuc; w biopsji zdiagnozowany chłoniak BALT (rzadko występujący rozrost limfocytów typu B, wywodzący się z tkanki chłonnej oskrzeli); posiada skierowanie od onkologa	**0,5**	**0,5**	=
4.	**TREPANOBIOPSJA SZPIKU KOSTNEGO**	kobieta; 27 lat; podejrzenie ziarnicy złośliwej; niejednoznaczny wynik biopsji aspiracyjnej szpiku; posiada skierowanie od hematoonkologa	**0,9**	**1,0**	=
5.	**BADANIE CYTOGENETYCZNE**	chłopiec; 15 lat; w morfologii podwyższona liczba limfocytów; podejrzenie ostrej białaczki limfoblastycznej; posiada od pediatry skierowanie na badanie	**0,2**	**0,6**	=
IMMUNOLOGIA			**3,3**	**4,0**	↓
1.	**WIZYTA U IMMUNOLOGA**	kobieta; 30 lat; po pełnym cyklu szczepień przeciwko WZW B (wirusowe zapalenie wątroby typu B); wyniki badań wskazują na brak przeciwciał anty-HBS;	**5,1**	**5,3**	=
2.	**SIGMOIDOSKOPIA (BADANIE ENDOSKOPOWE JELITA GRUBEGO)**	mężczyzna; 30 lat; częste biegunki; bóle brzucha; spadek masy ciała; na podstawie wcześniejszej diagnostyki podejrzenie choroby Leśniowskiego-Crohna	**4,1**	**7,0**	↓
3.	**RESEKCJA FRAGMENTU JELITA**	kobieta; 35 lat; zdiagnozowana choroba Leśniowskiego-Crohna; ostre bóle brzucha; problemy z jedzeniem; na podstawie wyników tomografii komputerowej stwierdzono podejrzenie tworzącego się ropnia oraz znaczne przewężenie jelita grubego w odcinku kątnicy	**0,7**	**0,9**	=
4.	**ODBARCZENIE ZESPOŁU CIEŚNI KANAŁU NADGARSTKA[10]**	kobieta; 60 lat; skierowanie od reumatologa, reumatoidalne zapalenie stawów	**2,0**	**3,0**	↓
5.	**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	**4,6**	**4,1**	=
KARDIOCHIRURGIA			**2,9**	**1,7**	↑
1.	**WIZYTA U KARDIOCHIRURGA**	mężczyzna; 58 lat; zaawansowana niewydolność krążenia; obrzęki kończyn dolnych; skierowanie od kardiologa	**3,2**	**0,6**	↑
2.	**OPERACJA WYMIANY ZASTAWKI SERCA**	mężczyzna; 28 lat; duszności, uczucie zmęczenia, ECHO serca wykazało niedomykalność zastawki mitralnej III/IV stopień; skierowanie od kardiologa	**1,7**	**1,3**	=
3.	**ABLACJA PRZEZSKÓRNA SERCA METODĄ CARTO**	mężczyzna; 61 lat; nawrotowe; nie poddające się leczeniu farmakologicznemu migotanie przedsionków; nieudana wcześniejsza ablacja z powodu wystąpienia bloku przedsionkowo-komorowego	**2,7**	**3,0**	=

10 Wcześniej (przed 2020 rokiem) oceniane świadczenie: terapia immunomodulująca w ramach PL – leczenie stwardnienia rozsianego

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
4.	ZABIEG WSZCZEPIENIA STENTÓW	mężczyzna; 63 lata; nadciśnienie tętnicze; w badaniu USG stwierdzono tętniaka aorty brzusznej; skierowanie od kardiochirurga	3,2	2,2	↑
5.	ZABIEG WSZCZEPIENIA BY-PASSÓW	kobieta; 60 lat; przebyte 2 zawały serca; cukrzyca typu II; nadciśnienie tętnicze; wykonano koronarografię; skierowanie od kardiologa	3,5	1,1	↑
	KARDIOLOGIA		3,8	2,5	↑
1.	WIZYTA U KARDIOLOGA	mężczyzna; 39 lat; ogólne osłabienie; częste uczucie „kołatania serca" i zawroty głowy; potwierdzona przez lekarza rodzinnego arytmia; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	4,0	3,0	↑
2.	ECHOKARDIOGRAFIA PRZEZKLATKOWA DOPPLEROWSKA	kobieta; 60 lat; w badaniu EKG rytm zatokowy zwolniony z niemiarowością zatokową; skierowanie na wykonanie echokardiografii	2,6	0,7	↑
3.	BADANIE ELEKTROFIZJOLOGICZNE SERCA (EPS)	mężczyzna; 50 lat; zaburzenia rytmu serca; w diagnostyce nieinwazyjnej (EKG, ECHO serca, testy wysiłkowe) nie znaleziono przyczyny objawów; posiada skierowanie od kardiologa	3,8	2,2	↑
4.	BADANIE EKG METODĄ HOLTERA	mężczyzna; 65 lat; w badaniu EKG stwierdzono arytmię; uczucie kłucia w klatce piersiowej; posiada skierowanie od kardiologa	4,0	3,9	=
5.	KORONAROGRAFIA	kobieta; 57 lat; przebyte dwa zawały serca; skierowanie od kardiologa	4,5	2,7	↑
	KARDIOLOGIA DZIECIĘCA		2,7	3,8	↓
1.	WIZYTA U KARDIOLOGA DZIECIĘCEGO	dziecko; 4 miesiące; duszność (gra skrzydełek nosa); zaburzenia odruchu ssania; pobiera niewystarczającą ilość pokarmu; ubytek masy ciała; posiada skierowanie od pediatry	4,7	6,9	↓
2.	ECHO SERCA	chłopiec; 2,5 roku; nieprawidłowy szmer u dziecka; podejrzenie wady serca – przypadek określony przez lekarza rodzinnego jako „stabilny"; skierowanie od pediatry	3,2	4,5	↓
3.	OPERACJA UBYTEK ASD II (UBYTEK PRZEGRODY MIĘDZYPRZEDSIONKOWEJ)	dziecko; 4 lata; na podstawie badania ECHO serca stwierdzono ubytek typu ASD II; ubytek wielkości 1,2 cm, skierowanie na operację	1,9	2,7	↓
4.	OPERACJA WADY PDA (PRZETRWAŁY PRZEWÓD TĘTNICZY BOTALLA)	dziecko; 1 rok; na podstawie echa serca stwierdzono wrodzoną wadę serca PDA; skierowanie od kardiologa dziecięcego	2,6	3,3	↓
5.	OPERACJA WADY SERCA – UBYTEK PRZEGRODY MIĘDZYKOMOROWEJ	chłopiec; 7 miesięcy; ubytek przegrody międzykomorowej; skierowanie od kardiologa dziecięcego	1,3	1,7	=
	MEDYCYNA PALIATYWNA		0,8	1,2	=
1.	WIZYTA W PORADNI LECZENIA BÓLU	kobieta 47 lat; obustronny rak płuc, przerzuty do kości; brak skuteczności dotąd stosowanych leków nienarkotycznych; posiada skierowanie od lekarza onkologa	1,9	4,4	↓
2.	ROZPOCZĘCIE POBYTU W HOSPICJUM STACJONARNYM	kobieta; 67 lat; rak nerki z przerzutami do płuc; brak odpowiedzi na chemioterapię	1,0	0,2	↑
3.	LECZENIE PRZY UŻYCIU KONCENTRATORA TLENU W DOMOWYM LECZENIU TLENEM (DLT)	kobieta; 72 lata; stan po zatorowości płucnej; duża duszność; posiada skierowanie od pulmonologa	0,5	1,3	↓

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
4.	TERAPIA PALIATYWNA	kobieta; 62 lata; z rozpoznaniem zaawansowanego raka trzustki (IV stopień); na podstawie wyników biopsji stwierdzono przerzuty do wątroby; skierowana na leczenie paliatywne	0,3	0,2	=
5.	DIALIZA OTRZEWNOWA	mężczyzna; 68 lat; cierpi na niewydolność nerek i cukrzycę; skierowanie od nefrologa	0,2	0,2	=
	NEFROLOGIA		3,0	1,8	↑
1.	WIZYTA U NEFROLOGA	kobieta; 29 lat; gorączka; parcie na pęcherz; bóle głowy; nudności; ogólne osłabienie organizmu; w badaniu ogólnym moczu stwierdzony białkomocz; tępy ból w okolicy lędźwiowej	4,3	3,4	↑
2.	UROFLOWMETRIA (BADANIE CEWKOWEGO PRZEPŁYWU MOCZU)	mężczyzna; 53 lata; problemy z oddawaniem moczu; pacjent czuje parcie na pęcherz moczowy jednak często nie następuje oddanie moczu; w badaniu ogólnym moczu brak obecności bakterii; posiada skierowanie od urologa	3,7	0,7	↑
3.	KRUSZENIE ZŁOGÓW NERKOWYCH ULTRADŹWIĘKAMI (LITOTRYPSJA)	mężczyzna; 42 lata; wodonercze; kamica nerkowa; od 2 miesięcy uporczywy ból zlokalizowany w okolicy lędźwiowej; nudności; obecność złogów prawej nerki potwierdzona badaniem USG; posiada skierowanie od nefrologa	6,2	4,1	↑
4.	FENESTRACJA LAPAROSKOPOWA TORBIELI NERKI	mężczyzna; 49 lat; ucisk w jamie brzusznej; torbiel nerki lewej wielkości 50 mm potwierdzona badaniem USG; parcie na pęcherz; częste oddawanie moczu; posiada skierowanie od urologa	0,7	0,7	=
5.	PLASTYKA POŁĄCZENIA MIEDNICZKOWO-MOCZOWODOWEGO	kobieta; 24 lata; dolegliwości bólowe okolic lędźwiowych; w badaniu USG stwierdzono wodonercze ze zwężoną warstwą miąższową; posiada skierowanie od nefrologa	0,3	0,2	=
	NEONATOLOGIA		0,5	0,7	=
1.	WIZYTA U NEONATOLOGA	noworodek; 2 tygodnie; urodzony w 35 tygodniu ciąży; skierowanie na wizytę kontrolną	0,2	1,1	↓
2.	USG STAWÓW BIODROWYCH	niemowlę; 4 tygodnie; kontrola stawów biodrowych; skierowanie od pediatry	0,8	0,7	=
3.	USG NEREK	niemowlę; 1 miesiąc; niewydolność oddechowa; objawy kolki nerkowej; podejrzenie wrodzonej torbielowatości nerek; posiada skierowanie od nefrologa	1,1	1,6	=
4.	OPERACJA JATENE'A	noworodek; urodzony o czasie; stwierdzono przełożenie dużych naczyń; po urodzeniu wystąpiła sinica ośrodkowa	0,1	0,0	=
5.	OPERACJA WYCIĘCIA MARTWEGO FRAGMENTU JELITA	noworodek; urodzony w 35 tygodniu ciąży; po porodzie dziecko wymiotuje; wzdęty brzuszek; brak pasażu smółki i gazów; na podstawie zdjęcia RTG stwierdzono wrodzoną niedrożność smółkową jelit; z powodu wystąpienia martwicy konieczne jest wykonanie zabiegu operacyjnego	0,2	0,2	=
	NEUROCHIRURGIA		9,8	10,4	↓
1.	WIZYTA U NEUROCHIRURGA	kobieta; 30 lat; doznała silnego urazu głowy; bóle i zawroty głowy; obniżenie sprawności umysłowej; skierowanie od internisty	5,5	7,3	↓
2.	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (TK) GŁOWY	dziecko; 4 miesiące; przedwczesne zrośnięcie szwu strzałkowego czaszki (craniostenosis); nierównomierny rozrost czaszki; posiada skierowanie od neurochirurga	0,4	1,7	↓

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
3.	ODBARCZENIE NERWU TRÓJDZIELNEGO	mężczyzna; lat 45; nagłe, krótkotrwałe napady bólowe w obrębie połowy twarzy; zażywa silne środki przeciwbólowe; zdiagnozowana neuralgia trójdzielna; posiada skierowanie od neurologa	14,5	14,4	=
4.	OPERACJA USUNIĘCIA JĄDRA MIAŻDŻYSTEGO	kobieta; 56 lat; pracująca w biurze przy komputerze; rwa ramienno-barkowa spowodowana dyskopatią szyjną; ból nasilający się podczas poruszania głową; fizykoterapia oraz kuracja sterydowa nie przyniosły poprawy; posiada skierowanie od ortopedy	15,4	15,7	=
5.	DYSCEKTOMIA SZYJNA Z ARTROPLASTYKĄ (RUCHOMA PROTEZA DYSKU)	kobieta; 49 lat; postępujący proces zwyrodnieniowy odcinka szyjnego kręgosłupa (dyskopatia); zmiany w obrębie krążków międzykręgowych C5 i C6 potwierdzone w badaniu rezonansem magnetycznym oraz RTG; ograniczenie ruchomości; ból szyi i głowy; ból okolicy międzyłopatkowej promieniujący do lewej ręki; posiada skierowanie od neurochirurga	13,4	13,2	=
	NEUROLOGIA		2,7	2,5	=
1.	WIZYTA U NEUROLOGA	mężczyzna; 29 lat; padaczka lekooporna; wynikła konieczność zmiany lekarza prowadzącego; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	3,0	4,2	↓
2.	USG DOOPLER TĘTNIC SZYJNYCH	kobieta; 54 lata; miażdżyca; objawy neurologiczne (bóle i zawroty głowy); omdlenia; posiada skierowanie od chirurga naczyniowego	3,8	4,6	↓
3.	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (TK) ODCINKA LĘDŹWIOWEGO KRĘGOSŁUPA	mężczyzna; 33 lata; przepuklina jądra miażdżystego odcinka lędźwiowego kręgosłupa; nasilający się ból pleców i niedowład lewej nogi; posiada skierowanie od neurologa na TK przed zabiegiem operacyjnym	1,0	1,8	↓
4.	ZABIEG WSTAWIENIA STENTÓW TĘTNIC SZYJNYCH	kobieta; 71 lat; zdiagnozowane zwężenie tętnic szyjnych; zakwalifikowana do operacji wstawienia stentu	4,4	0,7	↑
5.	BADANIE BEZDECHU ŚRÓDSENNEGO	mężczyzna; 45 lat; intensywne chrapanie i uciążliwe bezdechy od wielu lat; kołatania serca; szmery w sercu; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	1,2	1,2	=
	NEUROLOGIA DZIECIĘCA		2,7	5,3	↓
1.	WIZYTA U NEUROLOGA DZIECIĘCEGO	dziecko; 4 lata; od pół roku epizody nagłego opadania głowy z pochyleniem tułowia; widoczne opóźnienie w rozwoju psychoruchowym; coraz częściej występują epizody gwałtownych mimowolnych „zrywów" kończyn; pediatra podejrzewa padaczkę mioklioniczną	2,6	11,0	↓
2.	WIZYTA W PORADNI LECZENIA PADACZKI	dziecko; 16 lat; rok temu doznało uszkodzenia głowy na skutek wypadku samochodowego; od 7 miesięcy cierpi na napady drgawek; skierowanie od lekarza rodzinnego	4,9	5,9	↓
3.	BADANIE ELEKTROENCEFALOGRAFICZNE (EEG) GŁOWY	dziewczynka; 13 lat; zespół tików nerwowych; skierowanie od neurologa na badanie EEG w czuwaniu	1,6	4,0	↓
4.	BADANIE ELEKTROMIOGRAFICZNE (EMG)	chłopiec; 2,5 roku; kaczy chód; posiada skierowanie od neurologa dziecięcego	3,2	3,9	↓
5.	REZONANS MAGNETYCZNY (MRI) GŁOWY	dziecko; 9 lat; silne bóle głowy; badanie dna oka oraz EEG nie wykazały zmian patologicznych; posiada skierowanie od neurologa	1,0	1,8	↓

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
	OKULISTYKA		**3,8**	**4,4**	↓
1.	**WIZYTA U OKULISTY**	kobieta; 36 lat; silne bóle umiejscowione nad oczodołami; występowanie jaskry w rodzinie; podejrzenie jaskry; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	**4,7**	**8,8**	↓
2.	**WITREKTOMIA**	mężczyzna; 55 lat; chory na cukrzycę II typu; występuje odwarstwienie siatkówki lewego oka; od 2 miesięcy stopniowa utrata wzroku; wskazanie do zabiegu witrektomii; posiada skierowanie od okulisty	**4,3**	**1,8**	↑
3.	**IRYDOTOMIA LASEROWA**	kobieta; 47 lat; jaskra pierwotna zamkniętego kąta; silne bóle gałki ocznej; znaczne obniżenie ostrości wzroku utrzymujące się od miesiąca; wysokie ciśnienie wewnątrzgałkowe; posiada skierowanie od okulisty	**3,4**	**2,2**	↑
4.	**ZABIEG USUNIĘCIA ZAĆMY**	mężczyzna; 56 lat; ze zdiagnozowaną zaćmą; szybko postępujące zmiany w prawym oku	**2,1**	**1,4**	↑
5.	**USG GAŁKI OCZNEJ**	kobieta; 45 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; zlecenie diagnostyki zmian proliferacyjnych w oku; posiada skierowanie od okulisty	**4,2**	**7,7**	↓
	ONKOLOGIA		**0,8**	**1,7**	↓
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	**0,7**	**1,0**	=
2.	**MASTEKTOMIA CAŁKOWITA**	kobieta; 32 lata; pacjentka przeszła zabieg chirurgiczny oszczędzający pierś; wznowa raka; wskazanie do mastektomii całkowitej	**0,5**	**1,7**	↓
3.	**RESEKCJA MACICY (HISTEREKTOMIA)**	kobieta; 40 lat; zdiagnozowany rak płaskonabłonkowy szyjki macicy; stopień zaawansowania IA1 (głębokość nacieku do 3 mm; średnica zmiany do 7 mm); posiada skierowanie od onkologa na resekcję macicy	**1,1**	**3,0**	↓
4.	**BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA CELOWANA (BACC)**	kobieta; 45 lat; stwierdzone zmiany w tarczycy potwierdzone badaniem tomografii komputerowej; ból w przedniej okolicy szyi; skierowanie od internisty na dalszą diagnostykę	**0,5**	**0,9**	=
5.	**ZABIEG CHIRURGICZNY USUNIĘCIA ZMIANY**	mężczyzna; 67 lat; zdiagnozowany rak podstawnokomórkowy w lewej okolicy oczodołowej ograniczony miejscowo; skierowanie od onkologa; pacjent zakwalifikowany na zabieg chirurgiczny usunięcia zmiany	**1,1**	**1,8**	↓
	ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU		**8,3**	**10,2**	↓
1.	**WIZYTA U ORTOPEDY**	chłopiec; 10 lat; otyłość I stopnia; utykanie na lewą nogę; bolesność wysiłkowa w okolicy stawu biodrowego i kolanowego; posiada skierowanie od pediatry	**2,4**	**3,1**	↓
2.	**ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO**	mężczyzna; 63 lata; 8 lat temu doznał złamania szyjki udowej; od 5 lat odczuwa bóle podczas chodzenia; leczony z powodu dyskopatii; pacjent od pół roku porusza się o kulach	**18,8**	**25,7**	↓
3.	**ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU KOLANOWEGO –PRZYPADEK PILNY**	kobieta; 71 lat; uszkodzenie stawu kolanowego w wyniku urazu; brak możliwości samodzielnego poruszania się bez pomocy ortopedycznych; silne dolegliwości bólowe; wskazanie do endoprotezoplastyki stawu kolanowego; przypadek uznany za pilny	**3,9**	**4,0**	=

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
4.	ODBARCZENIE KRĘGOSŁUPA	mężczyzna; 73 lata; zwężenie kanału kręgowego w odcinku lędźwiowym; silny ból promieniujący do nóg i pośladków; podawane środki przeciwbólowe i kortyzon drogą iniekcji; dotychczasowe leczenie zachowawcze nie przyniosło poprawy; posiada skierowanie od neurologa	3,0	1,7	↑
5.	ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU KOLANOWEGO – PRZYPADEK STABILNY	mężczyzna; 56 lat; zwyrodnienie stawu kolanowego; pacjent okresowo nie może chodzić z powodu bólu; korzysta raz w roku z sanatorium oraz 2-3 razy w roku z rehabilitacji finansowanej przez NFZ; przypadek stabilny	18,2	20,6	↓
6.	REKONSTRUKCJA WIĘZADŁA KRZYŻOWEGO PRZEDNIEGO ACL	kobieta; 35 lat; uraz skrętny kolana na skutek uprawiania sportu; wykonano USG i artroskopię kolana; skierowanie na zabieg od ortopedy	3,6	6,2	↓
	OTOLARYNGOLOGIA		6,8	6,5	=
1.	WIZYTA U OTOLARYNGOLOGA	mężczyzna; 40 lat; silny ból w okolicach zatok przynosowych i czołowych; gorączka; zdiagnozowane ostre zapalenie zatok; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego	3,7	0,7	↑
2.	ZABIEG REKONSTRUKCJI KOSTECZEK SŁUCHOWYCH (OSSIKULOPLASTYKA)	mężczyzna; 62 lata; przewlekłe stany zapalne ucha; uciążliwe szumy uszne; upośledzenie słuchu; wskazanie do zabiegu w celu poprawy słuchu; posiada skierowanie od otolaryngologa	8,7	10,2	↓
3.	ZABIEG USUNIĘCIA MIGDAŁKÓW PODNIEBIENNYCH (TONSILLEKTOMIA)	kobieta; 29 lat; niedosłuch spowodowany stanem zapalnym migdałków podniebiennych; niedrożność nosa; bóle okolic szczękowo-nosowych; posiada skierowanie od laryngologa	7,9	6,0	↑
4.	CHIRURGICZNE USUNIĘCIE ZŁOGÓW Z PRZEWODÓW ŚLINIANKI	mężczyzna; 42 lata; liczne złogi zlokalizowane w przewodzie ślinianki podżuchwowej; potwierdzone badaniem USG; posiada skierowanie od otolaryngologa	6,6	8,0	↓
5.	OPERACJA USUNIĘCIA PERLAKA	kobieta; 26 lat; pogorszenie słuchu; nawracające stany zapalne ucha środkowego; posiada skierowanie do laryngologa	6,8	8,0	↓
	OTOLARYNGOLOGIA DZIECIĘCA		7,7	6,9	↑
1.	WIZYTA U OTOLARYNGOLOGA DZIECIĘCEGO	dziecko; 2 lata; ostre zapalenie ucha środkowego; silny ból ucha pomimo wcześniejszej terapii antybiotykowej; posiada skierowanie od pediatry	1,3	2,1	↓
2.	BADANIE AUDIOLOGICZNE METODĄ ELEKTROFIZJOLOGICZNĄ	dziecko; 3 lata; podejrzenie głuchoty; wykonane badania behawioralne oraz psychofizyczne; posiada skierowanie od audiologa	6,5	7,5	↓
3.	ZABIEG USUNIĘCIA TRZECIEGO MIGDAŁKA (ADENOTOMIA)	dziecko; 3,5 roku; trzykrotnie przeszło zapalenie oskrzeli w ciągu pół roku; przewlekły ropny katar; nawracające infekcje dróg oddechowych; obecnie ból ucha; badanie laryngologiczne wykazało przerośnięcie trzeciego migdałka 2-3 stopnia	8,3	6,7	↑
4.	DRENAŻ WENTYLACYJNY USZU	chłopiec; 6 lat; obustronne wysiękowe zapalenie ucha środkowego; ubytek słuchu; posiada skierowanie od laryngologa	7,2	6,2	↑
5.	STAPEDOTOMIA (ZABIEG STOSOWANY W LECZENIU OTOSKLEROZY; POLEGA NA ZASTĄPIENIU NIERUCHOMEJ KOSTECZKI SŁUCHOWEJ PRZEZ PROTEZĘ)	dziewczyna; 15 lat; jednostronny niedosłuch; stwierdzono otosklerozę potwierdzoną w badaniu tomografii komputerowej; posiada skierowanie od laryngologa	15,0	12,2	↑

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
PEDIATRIA			**2,0**	**1,9**	=
1.	**WIZYTA U PEDIATRY**	chłopczyk; 5 lat; drobne, czerwone krostki pojawiające się w zgięciach łokci i kolan oraz na stopach	**0,5**	**0,2**	=
2.	**USG PRZEZCIEMIĄCZKOWE**	dziecko; 4 miesiące; znacznie zmniejszone ciemiączko; kształt główki odbiega od normy; podejrzenie kraniostenozy; posiada skierowanie od pediatry	**1,2**	**1,7**	=
3.	**UDROŻNIENIE KANALIKA ŁZOWEGO**	dziecko; 5 lat; niedrożne kanały łzowe; nawracające stany zapalne spojówek	**1,9**	**2,1**	=
4.	**OPERACJA ZEZA**	dziecko; 10 lat; zez zbieżny jednostronny; brak możliwości dokładnego widzenia pola stereoskopowo; posiada skierowanie od okulisty	**4,2**	**3,7**	=
5.	**OPERACJA STAWU BIODROWEGO**	dziewczynka; 3 lata; w 3 miesiącu życia stwierdzono dysplazję stawów biodrowych objawiającą się zwichnięciem stawów biodrowych; dotychczasowe leczenie doprowadziło do wyleczenia jednego stawu; skierowanie na operację od lekarza ortopedy	**2,2**	**1,9**	=
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA			**1,6**	**1,8**	=
1.	**WIZYTA U GINEKOLOGA-POŁOŻNIKA**	kobieta; 27 lat; w 5 tygodniu ciąży; ze względu na dwukrotne wcześniejsze poronienia (krwotoki z dróg rodnych z powikłaniami w 7 oraz w 8 tygodniu ciąży); chce umówić się na wizytę kontrolną	**0,4**	**1,0**	↓
2.	**HISTEROSKOPIA DIAGNOSTYCZNA MACICY**	kobieta; 27 lat; zrosty wewnątrzmaciczne; krwawienia; nieprawidłowy obraz USG macicy; skierowanie od ginekologa	**2,0**	**1,7**	=
3.	**ZABIEG USUNIĘCIA MIĘŚNIAKÓW MACICY**	kobieta; 46 lat; bóle w podbrzuszu; obfite krwawienia; mięśniak macicy rozpoznany przez ginekologa w wyniku badania USG macicy; nieprawidłowy wynik rozmazu; skierowanie od ginekologa na zabieg usunięcia mięśniaków	**2,1**	**3,1**	↓
4.	**ZABIEG USUNIĘCIA MACICY (HISTEREKTOMIA)**	kobieta; 33 lata; wynik III stopnia (obecność zmian dysplastycznych) w badaniu cytologicznym; wskazanie do wycięcia zmian przednowotworowych; posiada skierowanie od ginekologa	**1,9**	**1,0**	↑
5.	**ZABIEG USUNIĘCIA MACICY (HISTEREKTOMIA)**	kobieta; 61 lat; całkowite wypadanie macicy; posiada skierowanie od ginekologa na zabieg	**1,4**	**2,0**	↓
PSYCHIATRIA			**0,9**	**1,9**	↓
1.	**WIZYTA W PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO**	dziecko; 16 lat; spadek aktywności życiowej, apatia i obojętność; nasilające się objawy lękowe, bezsenność; lekarz rodzinny podjął próbę leczenia, które okazało się nieskuteczne	**2,6**	**4,5**	↓
2.	**LECZENIE UZALEŻNIENIA OD OPIOIDÓW METADONEM**	mężczyzna; 25 lat; uzależniony od heroiny od około 3 lat; zakwalifikowany do programu leczenia substytucyjnego	**0,5**	**3,8**	↓
3.	**LECZENIE W ODDZIALE DZIENNYM PSYCHIATRYCZNYM**	kobieta; 23 lata; zdiagnozowana umiarkowana depresja i nerwica lękowa; posiada skierowanie od psychiatry	**0,2**	**0,7**	=
4.	**LECZENIE UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU W RAMACH TERAPII ZAMKNIĘTEJ**	mężczyzna; 45 lat; uzależniony od alkoholu; brak efektów w przypadku leczenia ambulatoryjnego, posiada skierowanie od lekarza z ośrodka leczenia uzależnień	**0,1**	**0,6**	=
5.	**TERAPIA ELEKTROWSTRZĄSAMI**	kobieta; 42 lata; cierpi na chorobę afektywną dwubiegunową; od roku ma głęboką depresję z silnymi tendencjami samobójczymi, oporną na leczenie farmakologiczne; posiada skierowanie od psychiatry	**0,8**	**0,0**	↑

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
	RADIOLOGIA I DIAGNOSTYKA OBRAZOWA		**1,5**	**2,2**	↓
1.	**USG PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO**	mężczyzna; 56 lat; ból kolkowy umiejscowiony w prawej części nadbrzusza; podejrzenie kamicy pęcherzyka żółciowego; posiada skierowanie od gastroenterologa	**0,9**	**1,1**	=
2.	**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	**0,9**	**1,0**	=
3.	**REZONANS MAGNETYCZNY (MRI) KRĘGOSŁUPA**	mężczyzna; 55 lat; kręgozmyk – samoistne, powolne przesuwanie się ku przodowi lub tyłowi jednego z kręgów lędźwiowych; silny promieniujący ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa i zaburzenia zwieraczy pęcherza i odbytu; skierowanie od neurologa na rezonans magnetyczny	**2,0**	**4,4**	↓
4.	**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	**1,7**	**4,4**	↓
5.	**SCYNTYGRAFIA NEREK**	dziecko; 4 miesiące; w USG stwierdzono znaczne poszerzenie miedniczki nerkowej lewej; posiada skierowanie od nefrologa	**1,8**	**0,1**	↑
	RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA		**0,5**	**0,4**	=
1.	**RADIOTERAPIA PALIATYWNA**	mężczyzna; niedrobnokomórkowy rak płuc; przerzuty do mózgu; przypadek nieoperacyjny; pacjent po kwalifikacji do leczenia	**0,6**	**0,5**	=
2.	**BRACHYTERAPIA HDR (METODA LECZENIA W RADIOTERAPII)**	kobieta; 49 lat; nowotwór piersi; wystąpiła wznowa po mastektomii całkowitej; posiada skierowanie z poradni onkologicznej	**0,5**	**0,3**	=
3.	**RADIOTERAPIA POOPERACYJNA**	mężczyzna; 68 lat, po operacji raka odbytu; skierowanie od onkologa	**0,4**	**0,3**	=
4.	**RADIOTERAPIA PALIATYWNA RAKA PŁUCA**	mężczyzna; 56 lat; ból, krwioplucie, duszność w wyniku zaawansowanego procesu nowotworowego; potwierdzony rak płuca	**0,5**	**0,5**	=
5.	**RADIOTERAPIA UZUPEŁNIAJĄCA W RAKU PIERSI**	kobieta; 50 lat, po amputacji piersi ze wskazaniami do pooperacyjnej radioterapii	**0,5**	**0,6**	=
	REHABILITACJA MEDYCZNA		**7,0**	**4,3**	↑
1.	**REHABILITACJA PO OPERACJI**	mężczyzna; 32 lata; po operacji zerwanego ścięgno Achillesa; skierowany na rehabilitację	**6,1**	**1,0**	↑
2.	**REHABILITACJA W OŚRODKU REHABILITACJI DZIENNEJ**	kobieta; 61 lat; zdiagnozowana pierwotna koksartroza (zwyrodnienie chrząstki stawu biodrowego); skarży się na poranną „sztywność" oraz silny ból po dłuższym obciążeniu kończyny dolnej; posiada skierowanie na oddział rehabilitacji dziennej	**11,9**	**5,3**	↑
3.	**MASAŻ KLASYCZNY KRĘGOSŁUPA (L-S, C, TH)**	kobieta; 55 lat; duże dolegliwości bólowe; trudności z chodzeniem; choroba zwyrodnieniowa; dyskopatia odcinka L-S	**8,7**	**7,8**	↑
4.	**REHABILITACJA PO UDARZE**	kobieta; 70 lat; po udarze niedokrwiennym, niedowład prawostronny; skierowanie od neurologa	**5,9**	**6,1**	=
5.	**REHABILITACJA PO ZAWALE SERCA**	mężczyzna; 46 lat; po zawale mięśnia sercowego; skierowanie na pilną rehabilitację	**2,4**	**1,0**	↑

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
REUMATOLOGIA			**4,2**	**2,1**	↑
1.	**WIZYTA U REUMATOLOGA**	dziecko; 10 lat; intensywny ból stawów kolanowych; stan podgorączkowy; powiększone węzły chłonne; obecność czynnika reumatoidalnego; podejrzenie młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów; posiada skierowanie od pediatry	**2,3**	**3,8**	↓
2.	**BADANIE DENSYTOMETRYCZNE**	kobieta; 55 lat; bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, bóle rąk; posiada skierowanie od reumatologa	**1,2**	**0,8**	=
3.	**ARTROSKOPIA STAWU BIODROWEGO**[11]	mężczyzna; 57 lat; stan zapalny stawu biodrowego potwierdzony badaniem USG; silny ból i ograniczenie ruchomości stawu; zlecenie badania w celu oceny uszkodzenia pierścienia rotatora stawowego; posiada skierowanie od ortopedy	-	-	-
4.	**ARTRODEZA STAWU SKOKOWEGO (USZTYWNIENIE STAWU DROBNEGO)**[12]	mężczyzna; 58 lat; ból w stawie skokowym, reumatoidalne zapalenie stawów	**4,4**	**0,9**	↑
5.	**REHABILITACJA W OŚRODKU REHABILITACJI DZIENNEJ**	mężczyzna; 32 lata; ZZSK (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa); dotkliwe bóle w dolnej części kręgosłupa; w okolicy krzyżowej; zwykle symetryczne; nasilające się w godzinach nocnych; skierowanie do ośrodka rehabilitacji dziennej	**9,0**	**2,7**	↑
STOMATOLOGIA			**7,1**	**8,4**	↓
1.	**WIZYTA U ORTODONTY**	dziecko; 8 lat; zbyt wąska żuchwa, wyrastające zęby stałe zachodzą na siebie; posiada skierowanie od stomatologa	**8,7**	**11,7**	↓
2.	**LECZENIE DENTYSTYCZNE POD NARKOZĄ**	dziecko; lat 7; porażenie mózgowe; próchnica zębów z dolegliwościami bólowymi	**5,6**	**5,3**	=
3.	**LECZENIE PRÓCHNICY**	dziecko; 12 lat; lekarz rodzinny stwierdził próchnicę zębów i ubytki w zębach trzonowych; brak dolegliwości bólowych	**5,5**	**2,2**	↑
4.	**LECZENIE APARATEM ORTODONTYCZNYM**	dziecko; 8 lat; krzywy zgryz; leczenie aparatem ortodontycznym ruchomym; posiada skierowanie od stomatologa	**13,3**	**16,5**	↓
5.	**PROTEZA AKRYLOWA**	kobieta; brak 5 zębów w jednym łuku zębowym na wskutek wypadku komunikacyjnego	**2,6**	**6,4**	↓
UROLOGIA			**3,1**	**3,6**	=
1.	**WIZYTA U UROLOGA**	kobieta; 54 lata; w okresie menopauzy; regularne nawrotowe stany zapalne pęcherza i dróg moczowych; posiada skierowanie od ginekologa	**2,0**	**2,3**	=
2.	**BIOPSJA STERCZA**	mężczyzna; 67 lat; potwierdzony badaniem USG przerost gruczołu krokowego; podwyższony poziom PSA (antygen sterczowy); podejrzenie raka prostaty; zlecenie przez urologa wykonania biopsji stercza	**1,6**	**1,1**	=
3.	**CYSTOSKOPIA**	mężczyzna; 71 lat; częstomocz, krwiomocz; guz pęcherza moczowego potwierdzony w badaniu USG; zlecenie wykonania cystoskopii w celu pogłębienia diagnozy; posiada skierowanie od urologa	**2,6**	**2,8**	=

11 Usunięto z wykazu analizowanych świadczeń – świadczenie nie jest już powszechnie wykonywane
12 Wcześniej (przed 2020 rokiem) oceniane świadczenie: program leczenia inhibitorami TNF-alfa świadczeniobiorców z ciężką. aktywną postacią ZZSK

	Świadczenie	Wskazanie	Średni czas oczekiwania [w mies.][*7]		
			IX 2023	XI 2022	zmiana
4.	OPERACJA NIETRZYMANIA MOCZU (TVT)	kobieta; 65 lat; wysiłkowe nietrzymanie moczu; brak poprawy po leczeniu zachowawczym; wskazanie do operacji nietrzymania moczu z użyciem syntetycznego wszczepu (taśma TVT); posiada skierowanie od urologa	7,0	7,6	↓
5.	UROGRAFIA	kobieta; 28 lat; kilka epizodów moczenia nocnego w ciągu ostatnich 3 miesięcy; zlecenie urografii w celu oceny czynności nerek; posiada skierowanie od urologa	2,2	4,3	↓
UROLOGIA DZIECIĘCA			2,6	2,8	=
1.	WIZYTA U UROLOGA DZIECIĘCEGO	dziecko; 11 lat; zdiagnozowana cukrzyca; rutynowe badanie moczu wykazało obecność glukozy; trudno poddaje się kontroli; nawracające zakażenia cewki moczowej z dużą bolesnością; posiada skierowanie od lekarza pediatry	2,9	6,0	↓
2.	CYSTOURETROGRAFIA (CUM)	dziecko; 7 miesięcy; nawracające infekcje dróg moczowych; posiada skierowanie od urologa	0,6	1,2	↓
3.	OPERACJA WODONERCZA SPOSOBEM ANDERSONA – HYNESA	chłopiec; 2 lata; silne dolegliwości bólowe; w badaniu USG i urografii stwierdzono wodonercze wrodzone	4,1	3,3	↑
4.	OPERACJĘ USUNIĘCIA WODNIAKA PRAWEGO JĄDRA	chłopiec; 3 lata; wodniak wrodzony prawego jadra; powiększona moszna; skierowanie od urologa	1,9	0,8	↑
5.	ZABIEG USUNIĘCIA ŻYLAKÓW POWRÓZKA NASIENNEGO	chłopak; 17 lat; żylaki powrózka nasiennego 2 stopnia, tępy ból naczyń krwionośnych i jąder; skierowanie od urologa	3,5	2,5	↑

10. Fundacja Watch Health Care

Fundacja Watch Health Care (WHC) rozpoczęła swoją działalność w marcu 2010 roku. Od ponad 10 lat mierzymy kolejki do lekarzy, wskazujemy palące problemy w systemie ochrony zdrowia i propagujemy Evidence-Based Medicine.

Dziesięciolecie Fundacji przypadło na okres pandemii. Obecnie bezkompromisowo opisujemy najważniejsze wydarzenia w ochronie zdrowia w cyklach #WHCnews oraz #WHCshares na Facebooku. Nasze wpisy śledzą politycy, rządzący, dziennikarze, PR-owcy oraz ci, którzy chcą być na bieżąco z tym, co dzieje się w branży.

Udało nam się zainspirować i połączyć siły największych stowarzyszeń i najlepszych ekspertów w ogólnopolskiej akcji #StopCelebrytyzacjiPseudonauki.

Uważamy, że największym problemem systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest deficyt, rozumiany jako dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a środkami na jego realizację. Deficyt ten prowadzi do poważnych patologii w systemie opieki zdrowotnej, które z kolei są przyczyną niskiej oceny systemu przez polskie społeczeństwo.

Do największych patologii, które są skutkiem deficytu, można zaliczyć: kolejki, korupcję, korzystanie z przywileju (znajomości), dobry dostęp do świadczeń „luksusowych" przy jednoczesnym boleśnie ograniczonym dostępie do podstawowych świadczeń specjalistycznych.

Kolejka jest technologią o udowodnionej szkodliwości („technologia" zgodnie z definicją technologii medycznej przyjętą w ustawie refundacyjnej i na świecie) – **człowiek, który czeka w kolejce, cierpi, jego choroba rozwija się, może nie doczekać skutecznego leczenia, może dać przerzuty i/lub przejść do stadium, w którym nie będzie już możliwa terapia ukierunkowana na wyleczenie.**

Publikowanie raportów Barometr WHC, czyli weryfikowanie dostępności do świadczeń zdrowotnych może mieć miejsce, gdy Fundacja WHC zgromadzi odpowiednie środki finansowe. Zachęcamy sponsorów do współpracy bądź wsparcia finansowego w tym zakresie w ramach darowizny na konto Fundacji: Mbank 54 1140 2004 0000 3302 8091 4251.

Spis rysunków

Rysunek 1. Poprawa / pogorszenie / brak zmian w dostępności do świadczeń zdrowotnych – wszystkie świadczenia 8

Rysunek 2. Zmiana przeciętnego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (wartości w mies.) 9

Rysunek 3. Zmiany średniego czasu oczekiwania (wartości w mies.) na realizację świadczeń zdrowotnych w poszczególnych dziedzinach medycyny 10

Rysunek 4. Średni czas oczekiwania na realizacje świadczeń zdrowotnych w lipcu i sierpniu 2023 r. (w mies.). 12

Rysunek 5. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie rehabilitacja medyczna. 13

Rysunek 6. Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie rehabilitacja medyczna. 14

Rysunek 7. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie reumatologia 15

Rysunek 8. Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie reumatologia 16

Rysunek 9. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie choroby płuc 17

Rysunek 10. Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie choroby płuc 18

Rysunek 11. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie neurologia dziecięca 20

Rysunek 12. Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie neurologia dziecięca 20

Rysunek 13. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie ortopedia i traumatologia narządu ruchu 21

Rysunek 14. Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie ortopedia i traumatologia narządu ruchu. 22

Rysunek 15. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie stomatologia 23

Rysunek 16. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie stomatologia. 24

Rysunek 17. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w lipcu i sierpniu 2023 r. (w mies.) 28

Rysunek 18. Poprawa / pogorszenie / brak zmian w dostępności do świadczeń zdrowotnych – lekarze specjaliści 29

Rysunek 19. Zmiana dostępności do konsultacji specjalistycznej (w mies.) listopad 2022 r. vs. lipiec/sierpień 2023 r. w Polsce 30

Rysunek 20. Czas oczekiwania na badania diagnostyczne w lipcu/sierpniu 2023 r. (mies.) 32

Rysunek 21. Poprawa / pogorszenie / brak zmian w dostępności do świadczeń zdrowotnych – badania diagnostyczne. 33

Rysunek 22. Etapowość leczenia aparatem ortodontycznym (lipiec/sierpień 2023 r.) 35

Rysunek 23. Etapowość leczenia zwyrodnienia stawu kolanowego (lipiec/sierpień 2023 r.) 36

Rysunek 24. Etapowość leczenia żylaków kończyn dolnych (lipiec/sierpień 2023 r.) 38

Rysunek 25. Etapowość operacji wymiany zastawki (lipiec/sierpień 2023 r.) 39

Bibliografia

1. Narbutt J et. al Przewlekła niewydolność żylna – epidemiologia, klasyfikacja i obraz kliniczny. rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego towarzystwa Dermatologicznego. część I. Dermatol Rev/Przegl Dermatol 2018, 105, 473–485

WATCHHEALTHCARE