

Raport Instytutu
Ochrony Zdrowia



WALKA Z NOWOTWORAMI I OPIEKA ONKOLOGICZNA W POLSCE WOBEC WYZWAŃ DEMOGRAFICZNYCH I EPIDEMIOLOGICZNYCH – PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ



ISBN 978-83-935857-2-4

Wydanie 1

© Copyright by Instytut Ochrony Zdrowia

Wszelkie prawa zastrzeżone. Autorem niniejszego opracowania jest Instytut Ochrony Zdrowia. Opracowanie jest chronione prawami autorskimi. Żadna część opracowania nie może być kopiowana bądź wykorzystywana przez jakąkolwiek osobę trzecią bez uzyskania pisemnej zgody Instytutu Ochrony Zdrowia.

Instytut Ochrony Zdrowia nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek ewentualne decyzje i ich skutki, jakie zostaną podjęte na podstawie niniejszego opracowania.



Instytut Ochrony Zdrowia
ul. Ostrobramska 101A
04-041 Warszawa
e-mail: biuro@ioz.org.pl
www.ioz.org.pl

WALKA Z NOWOTWORAMI I OPIEKA ONKOLOGICZNA W POLSCE WOBEC WYZWAŃ DEMOGRAFICZNYCH I EPIDEMIOLOGICZNYCH – PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ

AUTORZY:

Witold Paweł Kalbarczyk (koordynator projektu)

Mariusz Gujski

Stanisław Brzozowski (analizy i prognozy)

Zbigniew Tytko (analizy i prognozy)

Anna Ścibek (tabele, wykresy i rysunki)

REDAKCJA NAUKOWA:

Mariusz Gujski

Witold Paweł Kalbarczyk



WARSZAWA 2015

Autorzy raportu składają podziękowanie za udział w Radzie Konsultacyjnej oraz zaangażowanie w przygotowanie niniejszej publikacji:

- **dr Alicji Dąbrowskiej**, posłance na Sejm RP VI i VII kadencji,
- **dr. hab. med. Rafałowi Dziadziuszko**, krajowemu konsultantowi w dziedzinie radioterapii onkologicznej, adiunktowi Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,
- **prof. dr. hab. med. Jackowi Fijuthowi**, przewodniczącemu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, kierownikowi Zakładu Teleradioterapii Regionalnego Ośrodka Onkologicznego w Łodzi,
- **Helenie Hatce**, senator RP VIII kadencji,
- **prof. dr. hab. Jackowi Jassemowi**, przewodniczącemu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego w latach 2010–2013, kierownikowi Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,
- **prof. dr. hab. med. Wiesławowi Jędrzejczakowi**, kierownikowi Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
- **dr. Jackowi Krajewskiemu**, prezesowi Federacji „Porozumienie Zielonogórskie”, kierownikowi Praktyki Lekarza Rodzinnego w Udaniu na Dolnym Śląsku,
- **prof. dr. hab. med. Markowi Krawczykowi**, rektorowi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownikowi Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
- **prof. dr. hab. med. Maciejowi Krzakowskiemu**, krajowemu konsultantowi w dziedzinie Onkologii Klinicznej, kierownikowi Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
- **dr. Tomaszowi Latosowi**, posłowi na Sejm RP V, VI i VII kadencji, przewodniczącemu Sejmowej Komisji Zdrowia,
- **dr n. med. Beacie Małeckiej-Liberze**, posłance na Sejm RP V, VI i VII kadencji, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia,
- **dr. n. med. Januszowi Mederowi**, prezesowi Polskiej Unii Onkologii, kierownikowi Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
- **dr. n. przyr. Andrzejowi Mądrali**, wiceprezydentowi Konfederacji Pracodawców RP,
- **prof. dr. hab. med. Sergiuszowi Nawrockiemu**, kierownikowi Katedry Onkologii i Kliniki Radioterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego,
- **dr. n. med. Maciejowi Pirógowi**, doradcy społecznemu ds. zdrowia prezydenta RP, b. wiceministrowi w latach 1999–2000, b. dyrektorowi Szpitala Centrum Zdrowia Dziecka w latach 2002–2012,
- **prof. dr. hab. med. Tadeuszowi Pieńkowskiemu**, kierownikowi Kliniki Onkologii Europejskiego Centrum Zdrowia w Otwocku, prezydentowi Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego,
- **prof. dr. hab. med. Piotrowi Rutkowskiemu**, zastępcy przewodniczącego Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, kierownikowi Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
- **Jakubowi Szulcowi**, posłowi na Sejm RP V, VI i VII kadencji, b. wiceministrowi zdrowia w latach 2008–2012,
- **prof. dr. hab. med. Krzysztofowi Warzozze**, dyrektorowi Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie,
- **prof. dr. hab. med. Piotrowi Wysockiemu**, zastępcy przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, kierownikowi Kliniki Onkologicznej Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
- **prof. dr. hab. med. Witoldowi Zatońskiemu**, kierownikowi Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Podziękowania kierujemy również do prezesów NFZ, **dr. Marcina Pakulskiego** i **dr. Tadeusza Jędrzejczyka** oraz do Panów **Daniela Rutkowskiego** z Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ i **Andrzeja Śliwczyńskiego** z Departamentu Gospodarki Lekami Centrali NFZ za udostępnienie przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresów onkologicznych w latach 2009–2013.

Podsekretarzowi stanu w Ministerstwie Zdrowia, Panu **Piotrowi Warczyńskiemu** dziękujemy za życzliwe stanowisko w stosunku do nakreślonych przez członków Rady Konsultacyjnej oraz autorów raportu kierunków zmian w polskiej onkologii.

Dziękujemy także **dr n. med. Joannie Didkowskiej** i **dr n. med. Urszuli Wojciechowskiej** z Krajowego Rejestru Nowotworów za konsultacje dotyczące prognoz zachorowań na nowotwory, które pozwoliły na opracowanie i zaprezentowanie w raporcie map potrzeb onkologicznych.

Spis treści

Wstęp	7
Streszczenie	8
Choroby nowotworowe – stan obecny i wyzwania (część 1)	14
1. Walka z nowotworami – analiza stanu obecnego	15
1.1 Epidemiologia i czynniki ryzyka	15
1.2 Walka z rakiem i opieka onkologiczna – organizacja, zasoby i poziom finansowania	38
1.3 Stan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia nowotworów	68
1.4 Koszty chorób nowotworowych	87
1.5 Wyzwania w walce z nowotworami	97
1.5.1 Wyzwania demograficzne	97
1.5.2 Wyzwania epidemiologiczne	99
1.5.3 Wyzwania ekonomiczne	99
1.5.4 Wyzwania organizacyjne	101
1.6 Wnioski	102
Walka z nowotworami – wybrane elementy proponowanych rozwiązań na lata 2015-2024 (część 2)	105
2. Profilaktyka pierwotna i wtórna	106
3. Model leczenia onkologicznego	109
3.1 Propozycje organizacji leczenia onkologicznego	109
3.2 Prognozy i mapa potrzeb w zakresie leczenia chorych na nowotwory	115
3.2.1 Prognoza potrzeb w zakresie leczenia chorych na nowotwory	116
3.2.2 Prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka jelita grubego na lata 2015-2035	118
3.2.3 Prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka piersi u kobiet na lata 2015-2035	121
3.3 Prognoza kosztów leczenia chorób nowotworowych z relokacją realizacji radioterapii i chemioterapii z trybu hospitalizacji do trybu hostelowego i AOS	124
3.4 Województwo dolnośląskie – prognoza i mapa potrzeb w zakresie leczenia chorób nowotworowych na lata 2015-2035	127
3.4.1 Stan obecny	127
3.4.2 Województwo dolnośląskie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia chorób nowotworowych na lata 2015-2035	139
3.4.3 Województwo dolnośląskie – prognoza kosztów leczenia nowotworów – wariant <i>status quo</i>	141
3.4.4 Województwo dolnośląskie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka jelita grubego na lata 2015-2035	142
3.4.5 Województwo dolnośląskie – prognoza kosztów leczenia nowotworów jelita grubego – wariant <i>status quo</i>	144
3.4.6 Województwo dolnośląskie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka piersi u kobiet na lata 2015-2035	145

3.4.7	Województwo dolnośląskie – prognoza kosztów leczenia nowotworów piersi – wariant <i>status quo</i>	147
3.4.8	Województwo dolnośląskie – prognoza kosztów leczenia nowotworów i mapa potrzeb w poszczególnych podregionach	148
3.5	Województwo mazowieckie – prognoza i mapa potrzeb w zakresie leczenia chorób nowotworowych na lata 2015-2035	150
3.5.1	Stan obecny	150
3.5.2	Województwo mazowieckie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia chorób nowotworowych na lata 2015-2035	164
3.5.3	Województwo mazowieckie – prognoza kosztów leczenia nowotworów – wariant <i>status quo</i>	166
3.5.4	Województwo mazowieckie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka jelita grubego na lata 2015-2035	167
3.5.5	Województwo mazowieckie – prognoza kosztów medycznych leczenia raka jelita grubego – wariant <i>status quo</i>	169
3.5.6	Województwo mazowieckie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka piersi u kobiet na lata 2015-2035	170
3.5.7	Województwo mazowieckie – prognoza kosztów leczenia nowotworów piersi – wariant <i>status quo</i>	172
3.5.8	Województwo mazowieckie – prognoza i mapa potrzeb leczenia nowotworów w poszczególnych podregionach	173
3.6	Wnioski, rekomendacje i warunki niezbędne do wdrożenia modelu	175
	Załącznik nr 1	179
	4. Spis wykresów	190
	5. Spis rysunków	198
	6. Spis tabel	199
	7. Spis map	204
	8. Literatura	205

Wstęp

Oddajemy w Państwa ręce raport dotyczący walki z nowotworami i stanu opieki onkologicznej w Polsce. Raport jest zwięźczeniem kolejnego projektu badawczego Instytutu Ochrony Zdrowia realizowanego w ramach projektu „Zdrowie priorytetem politycznym państwa”.

W ramach tego projektu w 2013 r. ukazał się raport prezentujący analizy i rekomendacje co i jak zrobić, by zdrowie stało się w Polsce rzeczywistym, a nie tylko deklaracyjnym priorytetem. Jedną z jego najważniejszych rekomendacji była intensyfikacja i koordynacja działań w celu poprawy skuteczności walki z rakiem. Dlatego celem projektu poświęconego polskiej onkologii było opisanie jej stanu począwszy od epidemiologii nowotworów, zapobiegania, rozpoznawania i skuteczności leczenia, poprzez analizę dostępności świadczeń, zasobów kadrowych i sprzętowych, a skończywszy na szczegółowych analizach kosztów leczenia zarówno nowotworów ogółem, jak i tych, z których częstszym występowaniem musimy się liczyć w przyszłości. Analizy projektu prowadzone były bowiem w kontekście świadomości prognoz demograficznych i epidemiologicznych, a także wyzwań organizacyjnych i finansowych, jakie stoją przed polskim systemem ochrony zdrowia w związku ze starzeniem się ludności Polski.

Historia walki z rakiem w Polsce jest długa, sięga lat 30. ubiegłego wieku, kiedy utworzono Społeczny Komitet Zwalczenia Raka oraz Instytut Radowy w Warszawie. Po II wojnie światowej, już na samym początku lat 50. uchwalony został Krajowy Program Rozwoju Onkologii i powstał – jako jeden z pierwszych na świecie – Krajowy Rejestr Epidemiologiczny.

Jednak, pomimo rozwijających się prężnie w całej Polsce specjalistycznych ośrodków onkologicznych, kolejnych narodowych programów zwalczania chorób nowotworowych, wysiłku środowisk naukowych, lekarskich, a także politycznych, nowotwory są obecnie drugą po chorobach układu krążenia przyczyną zgonów

Polaków. Niepokoić musi także fakt, że wzrost zachorowalności przewyższa poziom spadku umieralności z ich powodu. Biorąc pod uwagę tendencje demograficzne, eksperci przewidują, że w ciągu najbliższych 10 lat nowotwory staną się pierwszą przyczyną zgonów w Polsce. Świadomość niedostatecznej skuteczności działań na polu walki z tą grupą schorzeń w Polsce jest powszechna zarówno wśród szeroko rozumianego środowiska onkologicznego, a także szerzej – środowiska medycznego.

Rozumiem to, w sposób szczególnie, pacjenci onkologiczni, którzy od lat na co dzień borykają się z problemami w walce z chorobą. Wspólny głos reprezentantów lekarzy i pacjentów o ustanowienie w Polsce oraz konsekwentne, wielopłaszczyznowe wdrażanie wieloletniej strategii walki z rakiem został wyrażony w listach kierowanych do najwyższych władz Polski oraz w raportach opisujących sytuację, potrzeby i prezentujących propozycje konkretnych rozwiązań. Niniejszy raport wpisuje się w ten nurt i dodaje własne, oparte na głębokich analizach danych, prognozy i propozycje, w jaki sposób w nadchodzącym dziesięcioleciu stopniowo dostosowywać organizację systemu ochrony zdrowia, aby w kolejnych dekadach lepiej niż dotychczas odpowiadała na potrzeby walki z chorobami nowotworowymi. Propozycje te oraz prognozy wraz opisem stanu polskiej onkologii winny stać się bodźcem do działania nie tylko dla wszystkich interesariuszy obszaru ochrony zdrowia, ale także decydentów politycznych najwyższych szczebli władzy państwowej oraz dla całego społeczeństwa. Niniejszy raport zawiera szereg interesujących obserwacji, wniosków i rekomendacji dla wszystkich tych osób.

Instytut Ochrony Zdrowia pragnie złożyć członkom Rady Konsultacyjnej raportu podziękowania za poświęcony czas i zaangażowanie w przygotowanie niniejszej publikacji oraz wyrazić szacunek dla ich wiedzy i pracy na rzecz poprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Streszczenie

Struktura raportu

Raport składa się z dwóch części. Pierwsza, zatytułowana – *Choroby nowotworowe – stan obecny i wyzwania*, prezentuje dane epidemiologiczne oraz najważniejsze czynniki ryzyka nowotworów, a także dane dotyczące organizacji walki z rakiem w Polsce, stan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia pacjentów onkologicznych oraz koszty chorób nowotworowych ponoszonych przez Polaków. W części poświęconej wyzwaniom, przed jakimi stoimy, na pierwszym miejscu są te związane z demografią – starzeniem się ludności naszego kraju i zwiększoną zapadalnością na nowotwory związane z wiekiem. Kolejne, to wyzwania epidemiologiczne, wynikające głównie ze stylu życia Polaków oraz będące konsekwencją tak demografii, jak i prognoz epidemiologicznych, wyzwania ekonomiczne i organizacyjne. Pierwszą część podsumowują wnioski. Skróty części pierwszej poniżej.

Druga część – *Walka z nowotworami – wybrane elementy proponowanych rozwiązań na lata 2015–2024* obejmuje propozycje działań z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej, a także prognozy i mapy potrzeb w dziedzinie leczenia chorych na nowotwory w Polsce oraz, bardziej szczegółowo, w dwóch wybranych województwach – dolnośląskim i mazowieckim. Prognozy dotyczą nowotworów złośliwych ogółem oraz dwóch, których częstość występowania wśród ludności Polski, zgodnie z prognozami KRN, będzie rosła, a mianowicie raka piersi i raka jelita grubego. W obu częściach raportu prezentowane dane historyczne pochodzą głównie z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Krajowego Rejestru Nowotworów, a prognozy dotyczące kosztów leczenia starzejącej się ludności Polski i ewentualnych relokacji środków finansowych przy proponowanych zmianach w trybie realizacji świadczeń w systemie lecznictwa onkologicznego, zostały przygotowane zarówno na podstawie danych z obu wymienionych instytucji, jak i danych historycznych, bieżących oraz prognoz demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego.

Raport kończą rekomendacje.

Skrót części pierwszej – Choroby nowotworowe – stan obecny i wyzwania

Polska, na tle Unii Europejskiej, jest krajem o wciąż relatywnie niskiej zapadalności, ale wysokiej umieralności na nowotwory złośliwe, w tym z wysoką umieralnością z powodu nowotworów osób poniżej 65 r.ż. W wynikach leczenia nowotworów obserwujemy w naszym kraju stały postęp, ale nie jest on aż tak spektakularny, by można było mówić o nim w kategoriach sukcesu, jak w przypadku leczenia ostrych zespołów wieńcowych i zawałów serca. Porównania międzynarodowe wska-

zują, że w zakresie wykrywalności oraz skuteczności leczenia mamy w Polsce jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Wg Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2011 r. w naszym kraju na choroby nowotworowe zachorowało 144 336 osób. Dane KRN wskazują, że Polska nie jest jednolita pod względem zapadalności na nowotwory, co ze względu na duże różnice międzywojewódzkie może być także skutkiem braku 100-proc. zgłaszalności rozpoznania przez świadczeniodawców, pomimo istnienia takiego obowiązku. Najwyższe współczynniki zapadalności wg KRN obserwuje się w województwach: dolnośląskim, pomorskim i kujawsko-pomorskim, a najniższe w podlaskim, zachodniopomorskim i mazowieckim. Korelują one w dużym stopniu z procentową kompletnością rejestrów nowotworów złośliwych w tych województwach – tj. im wyższa rejestrowana zapadalność, tym wyższa kompletność rejestrów zachorowań, potwierdzonych rozpoznania i zgonów z powodu chorób nowotworowych.

Najczęstszym nowotworem, na który zapadają Polacy jest tytoniozależny rak płuca (ok. 20%), a na kolejnych miejscach lokują się: rak piersi, rak jelita grubego i rak gruczołu krokowego. Od wielu lat na pierwszym miejscu zachorowań u mężczyzn znajduje się rak płuca, a u kobiet rak piersi. Nowotworem, który powoduje największą liczbę zgonów zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet jest rak płuca. W raporcie zaprezentowane są dane krajowe oraz porównawcze dane międzynarodowe dotyczące zarówno nowotworów ogółem jak i wybranych najczęstszych nowotworów: jelita grubego (C18–C21 – wg ICD-10), tchawicy, oskrzela i płuca (C33–C34), piersi (C50), szyjki macicy (C53) i gruczołu krokowego (C61). Są wśród nich dane wskazujące na zdecydowanie gorsze wyniki Polski, jeśli chodzi o skuteczność leczenia pacjentów z tymi chorobami. Różnice te w zależności od lokalizacji nowotworu sięgają średnio od kilku do ok. 20 punktów procentowych, jeśli chodzi o 5-letnie okresy przeżycia. Oznacza to, że zachorowanie na nowotwór złośliwy w Polsce w wielu przypadkach oznacza, nawet w kilkudziesięciu procentach, mniejszą szansę na skuteczne leczenie niż średnio w krajach UE. Tak istotne różnice obserwowane zarówno w porównaniach międzynarodowych, jak i nierzadko także w porównaniach międzywojewódzkich, wskazują na istotne problemy w zakresie jakości wykrywania nowotworów, ale także leczenia pacjentów w poszczególnych województwach. Szanse na zwycięstwo w walce z tymi chorobami, w dużo większym stopniu niż w innych krajach, zależą w Polsce od miejsca zamieszkania.

Współczesna wiedza na temat etiologii nowotworów pozwala na konstatację, że ludzie w ogromnej większości sami przyczyniają się do ich rozwoju. W raporcie padło nawet stwierdzenie, że „współcześni ludzie pracują na śmierć z powodu nowotworów bez specjalnego wysiłku – robią to siedząc, jedząc, pijąc i paląc, a narzędziami służącymi kopaniu grobu nie jest bynajmniej łopata, jak by

się mogło wydawać, ale są nimi nóż i widelec, kieliszek, a przede wszystkim papieros”. Wiele badań dowodzi, że aż w 1/3 za nowotwory odpowiedzialne jest palenie tytoniu, w ok. 40% styl życia (tłusta dieta, uboga w warzywa i owoce, ale bogata w czerwone mięso, tłuste sery i tłuszcze nasycone, nadużywanie alkoholu i brak ruchu), a w 10% rozpoznane i nierozpoznane przewlekłe infekcje wirusowe i bakteryjne, związane w dużej mierze także ze stylem życia, zwłaszcza seksualnego. Zanieczyszczenie środowiska to zaledwie 2% wpływu, a czynniki ryzyka związane z wykonywanym zawodem to ok. 4%. Inne – często nieznanne – mają ok. 15-proc. wpływ na rozwój nowotworów. W Polsce problem palenia tytoniu, nadwagi i otyłości, niskiej aktywności fizycznej, a także ryzykownego picia alkoholu dotyczy codziennie milionów Polaków. Niepokojące są szczególnie dane dotyczące dzieci i młodzieży. Raport przedstawia informacje z różnych źródeł, wskazując na bezwzględną konieczność podjęcia intensywnych skoordynowanych działań edukacyjnych i profilaktycznych, skierowanych zarówno do szerokich grup populacji, jak i przede wszystkim do dzieci i młodzieży, a także do osób młodych, które przez podniesienie świadomości zdrowotnej i zmianę zachowań zmniejszą liczbę osób narażonych na ryzyko wystąpienia licznych chorób cywilizacyjnych, a wśród nich szczególnie nowotworów. Działania te winny być ważnym elementem kolejnego Narodowego Programu Zdrowia.

Stan zaspokojenia potrzeb, w zakresie leczenia onkologicznego, obrazują dane o kolejkach gromadzone i prezentowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jednak pracując nad analizami stanu kolejek do świadczeń onkologicznych, wg aktualnego systemu raportowania do NFZ, można dojść wyłącznie do wniosku, że precyzyjne ustalenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w Polsce, jest niemożliwe i *de facto* nikt, nawet ktoś, kto dysponuje wszechstronną wiedzą z zakresu organizacji systemu, nie wie, ile czasu czeka się obecnie na diagnostykę i leczenie onkologiczne. Niemniej, dane prezentowane w raporcie dają pogląd o raczej złej, a nie dobrej sytuacji, jeśli chodzi o dostępność świadczeń. W przypadku nowotworów złośliwych, kiedy o szanse na przeżycie chorego mogą decydować tygodnie, a czasem nawet dni, w systemie, w którym istnieją skierowania i limity liczby świadczeń, zbyt długa kolejka może oznaczać dla chorego utratę na zawsze możliwości powrotu do zdrowia. Chory, który zmuszony jest czekać na każdym poziomie leczenia onkologicznego, ma zdecydowanie mniejsze szanse wygrać z chorobą na różnych jej etapach.

Koszty leczenia nowotworów obrazują dane Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2009-2013. Wg nich, z kwoty ponad 7,5 mld zł, którą w 2013 roku przeznaczono na leczenie pacjentów onkologicznych, ponad 733 mln zł wydano na leczenie chorych z rakiem piersi, ok. 560 mln zł na chorych z rakiem oskrzela i płuca, a ponad 390 na chorych z białaczkami szpikowymi. Szczegółowe dane o kosztach leczenia zaprezentowane w tej części raportu dowodzą, że Polska wydaje procentowo za dużo na leczenie realizowane w trybie hospitalizacji, a za mało

na terapię systemowe czy radioterapię. Potwierdzają to dane z badania kosztów nowotworów przeprowadzone w 27 krajach UE. W 2009 r. ogólne koszty nowotworów stanowiły w Polsce ok. 1,22% PKB. Całkowite koszty, bezpośrednie i pośrednie, łącznie z kosztami opieki nieformalnej (udzielanej przez najbliższych pacjentów nowotworowych), wyniosły ponad 3,6 mld euro, z czego koszty medyczne to ok. 1,4 mld euro. Proporcje kosztów bezpośrednich nowotworów do ich kosztów pośrednich wynoszą w Polsce 2 do 3, podobnie jak w wielu innych krajach UE. Ale charakterystyczną cechą wydatków medycznych związanych z leczeniem nowotworów w Polsce, w prezentowanym badaniu, był niski poziom wydatków na leki (267 mln euro), który stanowił zaledwie 19% ogółu kosztów medycznych, w stosunku do 27% średnio w krajach UE.

Nasz kraj wyróżniał także inny rozkład nakładów na poszczególne poziomy leczenia w stosunku do krajów osiągających lepsze od Polski rezultaty leczenia. W krajach, w których skuteczność leczenia chorób nowotworowych, mierzona 5-letnimi okresami przeżycia, jest wyższa niż w Polsce, (np. Szwecja, Dania) inaczej alokuje się środki przeznaczone na leczenie. Jest ono oparte na specjalistach pracujących w lecznictwie ambulatoryjnym i szpitalach, którzy – w zależności od potrzeb pacjentów – mają łatwy i szybki, tj. bezlimitowy, dostęp zarówno do niezbędnej diagnostyki, leczenia w wyspospecjalistycznych szpitalach, jak i do nowoczesnych terapii z zakresu radioterapii i lekowych stosowanych tak podczas hospitalizacji, jak i poza nią. Jak dowodzą badania, skuteczność leczenia, a tym samym potencjalnie mniejsze koszty pośrednie chorób nowotworowych wymienione powyżej, są pochodną wielkości nakładów, ale także ich alokacji. Na leczenie nowotworów Polska wydaje rocznie zaledwie 37 euro średnio na jednego mieszkańca, przy 102 euro *per capita* średnio w 27 krajach UE.

W onkologii, choć – bez wątplenia – koszty leczenia szpitalnego będą stanowić dominującą część wydatków, także powinna obowiązywać zasada – kto nie musi, nie powinien leżeć w szpitalu lub nawet – kto może chodzić, nie powinien leżeć. Z danych NFZ z lat 2009–2013 wynika, że leczenie w szpitalach (wraz z realizowanymi w nich programami lekowymi) stanowiło ok. 77% kosztów leczenia nowotworów ogółem. Na specjalistyczne leczenie ambulatoryjne wydawaliśmy średnio w tym pięcioletnim okresie tylko 7%, a wraz z programami profilaktyki zdrowotnej, realizowanej także w warunkach ambulatoryjnych łącznie ok. 9% ogółu nakładów na leczenie nowotworów.

Profilaktyczne Programy Zdrowotne realizowane w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2006-2014, zostały zaprezentowane w oparciu o informacje z raportu NIK dotyczące realizacji NPZChN w latach 2009–2013 oraz dane Narodowego Funduszu Zdrowia na temat kosztów realizacji programów profilaktyki zdrowotnej realizowanych w ramach NPZChN, a także publikacji Rządowej Rady Ludnościowej poświęconej nowotworom w kontekście

sytuacji demograficznej Polski. Wynika z nich, że za wysoce nieskuteczne należy uznać programy: profilaktyczny raka szyjki macicy oraz raka piersi, a za bardzo obiecujący i wskazany do ogólnokrajowej realizacji pilotażowy program przesiewowy dotyczący raka jelita grubego. Wieloletnie złe wyniki, szczególnie programu profilaktyki raka szyjki macicy, przy kontynuacji tych samych, znanych od lat niedoskonałości organizacyjnych, wskazują na konieczność głębokiej refleksji, co do ekonomicznej sensowności kontynuacji tego programu. Prezentowane w raporcie dane historyczne o zgłaszalności się kobiet na badania finansowane przez NFZ wskazują, że koszt wykrycia nowotworów szyjki macicy, a także, choć w mniejszym stopniu, piersi, nie dają uzasadnienia do kontynuacji tych programów w dotychczasowym kształcie i w oparciu o dotychczasowe zasady. Przeciwnie jest program pilotażowy dotyczący badań przesiewowych raka jelita grubego. Jego wyniki, w przypadku równie skutecznej realizacji w całym kraju, co w obrębie powiatów objętych pilotażem, obniżyłyby zapadalność na raka jelita grubego w Polsce, co byłoby bardzo pożądanym efektem w starzejącej się, a więc zagrożonej większą zachorowalnością na ten nowotwór, populacji Polski.

Wyzwania, przed którymi stoi Polska, na co wskazuje raport w kontekście onkologii, to demografia i szybko starzejąca się ludność, prognozowana rosnąca zachorowalność na najczęstsze nowotwory złośliwe związane ze stylem życia i rozwojem cywilizacyjnym naszego kraju, a także, co jest konsekwencją dwóch pierwszych wyzwań, problemy natury ekonomicznej i organizacyjnej, z jakimi przyjdzie nam się zmierzyć już w nadchodzących dekadach. Najtrudniejsze lata pod tym względem to pierwsza, a być może także kolejne dekady (na razie prognozy tak daleko jeszcze nie sięgają) po roku 2025. Dzisiaj wiemy, że prognozy epidemiologiczne wskazują, iż choroby nowotworowe w nadchodzącym dziesięcioleciu staną się najczęstszą przyczyną zgonów. Liczba zachorowań i zgonów z ich powodu w ciągu najbliższych 10 lat wzrośnie. Wg prognoz zachorowań, z aktualnych blisko 145 tys., liczba ta wzrośnie do ok. 185 tys. rocznie. W tym samym okresie, jak się prognozuje, liczba zgonów z powodu nowotworów może się zwiększyć z obecnych niemal 93 tys. do nawet 135 tys. rocznie.

Wiemy także, że to, czy za 30 czy nawet 50 lat w Polsce będziemy mieli epidemię nowotworów zależy od tego, co na polu walki z nowotworami zrobimy teraz. Nie robiąc nic lub działając tak nieskutecznie jak obecnie – możemy być tylko biernymi świadkami stopniowo rosnącej liczby nowych chorych, którym system opieki zdrowotnej w obecnym kształcie nie będzie w stanie skutecznie pomóc. Jego wydolność, mimo wysiłków, nie sprosta liczbie chorych wymagających diagnostyki, leczenia i opieki. Dlatego, myśląc o zmianach w systemie organizacji i finansowania świadczeń dzisiaj, trzeba de facto próbować odpowiedzieć na pytanie, jak wpłyną one na zaspokojenie potrzeb pacjentów za 10 – 20 czy 30 lat. Przy dotychczasowej organizacji systemu opieki medycznej w Polsce i rozdrobnieniu podmiotów tworzą-

cych szpitale na terenie każdego z województw, zbudowanie efektywnej sieci leczenia onkologicznego z centrami szybkiej diagnostyki i ośrodkami specjalizującymi się w kompleksowym leczeniu najczęstszych nowotworów, wydaje się najważniejszym zadaniem organizacyjnym, jakie przed nami stoi w nadchodzącej dekadzie.

Wyzwaniem dla organizacji systemu leczenia onkologicznego w Polsce jest znalezienie równowagi pomiędzy centralizacją a dostępnością. W wielu województwach w Polsce nie wystarczy już jeden ośrodek onkologiczny, do którego na diagnostykę i leczenie zjeżdżać się będą chorzy mieszkańcy z całego województwa. Używając w przenośni języka zaczerpniętego z przemysłu, ich moce przerobowe, nawet jeśli mogą być teoretycznie zwiększane w jednej, dotychczasowej lokalizacji, winny być raczej rozbudowywane przez „pączkowanie” w mniejszych ośrodkach, tak by to żywotny interes pacjenta chorego na nowotwór – a więc szybka dostępność do leczenia, adekwatnego do jego potrzeb zdrowotnych – brał górę nad interesem coraz większego szpitala onkologicznego, w którym pacjent, jako w jedynym w województwie, może być leczony kompleksowo. Kompleksowość i jakość leczenia nie powinna być kojarzona wyłącznie z wielkością szpitala, a monopol i nadmierna koncentracja muszą ustąpić decentralizacji i dostępności.

Wnioski, jakie prezentuje raport są w zasadzie tożsame z tymi, które sformułowali autorzy „Strategii walki z rakiem w Polsce 2015–2024” – Polska potrzebuje konsekwentnie realizowanej, monitorowanej i adekwatnie do potrzeb modyfikowanej długoletniej strategii, która podobnie jak Narodowy Program Walki z Chorobami Nowotworowymi na lata 2006-2014, będzie dysponować odpowiednim do potrzeb budżetem. Tym razem jednak przeznaczanym głównie nie na inwestycje w sprzęt i infrastrukturę, ale na skuteczną profilaktykę i edukację zdrowotną, szkolenia kadr medycznych i standaryzację postępowania diagnostycznego i leczniczego opartych na udowodnionej skuteczności w adekwatnej do potrzeb sieci placówek leczenia onkologicznego. Aby walka z chorobami nowotworowymi w Polsce była skuteczniejsza niż dotychczas niezbędna jest dobra koordynacja działań, a tym samym silny instytucjonalny nadzór nad realizacją strategii. Temu celowi służyć powinno uchwalenie w drodze ustawy na kolejne dziesięciolecie kolejnego Narodowego Programu Walki z Chorobami Nowotworowymi oraz powołanie Narodowego Instytutu Onkologii i nadanie mu uprawnień dotyczących zarządzania walką z chorobami nowotworowymi w Polsce. Elementem realizacji takiej strategii powinno być opracowanie map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób nowotworowych oraz przygotowanie w oparciu o najlepsze doświadczenia polskie i zagraniczne długoletnich programów profilaktyki pierwotnej kierowanych do szerokich grup społecznych, jak i do dzieci, i młodzieży, oraz do ludzi młodych, szczególnie kobiet w wieku rozrodczym, tak by w kolejnych latach istotnie zmniejszyć liczbę osób palących, biernych fizycznie oraz obciążonych nadwagą i otyłością.

Skrót części drugiej – Propozycje optymalnych rozwiązań

Instytut Ochrony Zdrowia, nawiązując do przesłania swojego raportu „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje” oraz chcąc wnieść cząstkę odpowiedzi na pytania, jak skuteczniej niż dotychczas walczyć z rakiem w Polsce i jak zmieniać system leczenia onkologicznego – w drugiej części niniejszego raportu prezentuje opracowane przez jego autorów koncepcje niezbędnych pól koordynacji walki rakiem, optymalny model leczenia onkologicznego oraz propozycje map potrzeb i prognoz w zakresie kosztów leczenia nowotworów w Polsce do 2035 r., ze stopniową relokacją środków z leczenia szpitalnego do AOS i hospitalizacji jednodniowych lub hostelowych.

Rak, podobnie jak wiele innych chorób – choroby układu krążenia, cukrzyca, choroby mózgu czy układu kostno-stawowego – jest w dużym stopniu skutkiem niezdrowego stylu życia. Dlatego walka z nim nie może skupiać się tylko na leczeniu skutków, ale w bardzo dużym stopniu, dużo większym niż kiedykolwiek do tej pory, powinna dotyczyć profilaktyki pierwotnej. Walka z rakiem nie powinna być walką z chorobą, ale przede wszystkim obroną przed jej przyczynami. To wymaga zmiany naszego dotychczasowego podejścia do zdrowia.

Zmiany demograficzne i związane z nimi koszty ekonomiczne i społeczne nakazują zmienić w Polsce paradygmaty dotyczące zdrowia. Należy zabiegać o życie w zdrowiu, a nie tylko walczyć z chorobą. Drogą do tego celu jest debata publiczna na temat znaczenia, indywidualnej i zbiorowej, odpowiedzialności za zdrowie. Bez uświadomienia sobie, że konieczne jest wzięcie indywidualnej odpowiedzialności za swoje zdrowie, która przekłada się na zmianę stylu życia, nie będzie możliwe w przyszłości zaspokojenie potrzeb zdrowotnych populacji. Chcąc skutecznie walczyć z rakiem w nadchodzących latach w Polsce, nie można ignorować wiedzy o czynnikach ryzyka, których wpływ ma kluczowe znaczenie na tempo rozwoju czy wręcz występowanie nowotworów. To, czy czynniki te wywierają negatywny wpływ i przyczyniają się do rozwoju nowotworu w ogromnym stopniu zależy od indywidualnych wyborów, ale także polityki podatkowej, edukacji, norm regulujących rynek pracy oraz medycyny pracy, a także zasad finansowania świadczeń zdrowotnych. Sięgając do sprawdzonych przez innych rozwiązań, możemy być pewni spodziewanych efektów. Jedyne problemy polegają na tym, że działania i inwestycje w zdrowie podejmowane obecnie przyniosą pozytywne rezultaty nie za rok czy dwa, ale nawet za dziesiątki lat. Nie znaczy to bynajmniej, że nie należy ich podejmować – wprost przeciwnie. Każda złotówka przeznaczona na podtrzymanie zdrowia dzisiaj będzie skutkowałą kilkakrotnie większymi oszczędnościami w wydatkach na leczenie chorób w przyszłości. Inwestując w zdrowie polskiej populacji dzisiaj, zwrot z inwestycji otrzymuje się nie tylko w postaci niższych kosztów leczenia

w przyszłości, ale przede wszystkim długoletniej aktywności zawodowej i społecznej ludzi generujących wzrost gospodarczy i cywilizacyjny Polski. Mając świadomość nieuchronnych zmian demograficznych skuteczne działania na polu profilaktyki są dziejową koniecznością. Dlatego w nadchodzącym dziesięcioleciu musimy opracować i konsekwentnie realizować długoletnie programy profilaktyki i edukacji zdrowotnej, które podnoszą świadomość nowotworową Polaków, zmniejszą dynamikę zachorowań na nowotwory zależne od stylu życia. Naszym celem powinno być zmniejszenie liczby osób palących tytoń oraz zwiększenie liczby osób o prawidłowych nawykach żywieniowych oraz aktywnych fizycznie. Zdając sobie sprawę, że efekty takich działań są trudne do osiągnięcia w krótkiej perspektywie, duży nacisk w zakresie walki z chorobami nowotworowymi należy położyć także na optymalizację systemu leczenia onkologicznego.

Optymalny system leczenia onkologicznego to taki, który w stopniu dużo większym niż dotychczas będzie zaspokajał potrzeby w zakresie skutecznego leczenia chorób nowotworowych. W Polsce w ciągu ostatnich lat bez wątpienia dokonał się duży postęp w dostępności do nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i leczniczego niezbędnego do leczenia nowotworów. Wydaje się jednak, co potwierdziły liczne opinie ekspertów konsultujących autorów raportu, a także co potwierdzają dane o zapadalności na choroby nowotworowe i umieralności z ich powodu, że wysoki poziom umieralności jest spowodowany, oprócz wymienionych wcześniej czynników zwiększających zachorowalność, głównie zbyt późnym wykrywaniem nowotworów, zbyt długim czasem od ich wykrycia do podjęcia leczenia oraz suboptymalnym leczeniem pierwotnym. Przy rosnącym zagrożeniu zapadalnością na nowotwory w związku ze starzeniem się ludności i stylem życia milionów Polaków, niezbędne jest zatem takie zorganizowanie w Polsce prewencji pierwotnej i wtórnej, badań przesiewowych grup ryzyka oraz procesów diagnostycznych i leczniczych, aby maksymalnie wykorzystać uzyskaną dzięki dużym nakładom finansowym dostępność do wysokiej jakości diagnostyki i przyspieszyć proces diagnostyki i leczenia.

Cząstkowe propozycje dotyczące tego, jak usprawnić i przyspieszyć proces diagnostyczny z udziałem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz przez zniesienie limitów na świadczenia onkologiczne znajdują się w tzw. pakiecie onkologicznym Ministerstwa Zdrowia. W raporcie zaprezentowane zostały inne rozwiązania, zdecydowanie mniej doraźne i poparte głębszą analizą oraz wsparte rekomendacjami ekspertów onkologii pracujących nad „Strategią walki z rakiem w Polsce 2015-2024”. Są to tworzące sieć onkologiczną Centra Szybkiej Diagnostyki z koordynatorami diagnostyki i terapii onkologicznej, a także centra wyspecjalizowane w kompleksowym leczeniu nowotworów o określonej lokalizacji narządowej – piersi (Breast Cancer Unit - BCU) oraz jelita grubego (Colon Cancer Unit - CCU),

a w przyszłości także innych częstych nowotworów – płuca, kobiecych narządów rodnych czy prostaty. Niezbędne jest stworzenie w Polsce jednolitych standardów postępowania i pilne stworzenie skoordynowanych ścieżek dostępu do najbardziej skutecznego leczenia dla danego typu czy stadium rozwoju nowotworu, co wielokrotnie podkreślali eksperci onkologii konsultujący autorów raportu. Warunkiem zastosowania takich rozwiązań są decyzje Ministerstwa Zdrowia w porozumieniu z towarzystwami naukowymi, środki finansowe oraz prawne umocowania.

Rozwiązania systemowe – aby były najlepiej dostosowane do lokalnych uwarunkowań epidemiologicznych i społecznych – winny być wypracowywane lokalnie, na terenie poszczególnych województw lub nawet ich podregionów, w drodze lokalnych kompromisów i umów pomiędzy podmiotami tworzącymi placówki lecznicze stanowiące system opieki onkologicznej, bez względu na ich publiczny lub prywatny charakter.

Kluczem do stworzenia takich, optymalnych lokalnie, rozwiązań, jest umiejscowienie w centrum potrzeb pacjentów i dążenie do współpracy w celu ich zaspokojenia. W interesie pacjentów onkologicznych, a tym samym nas wszystkich, jest, aby immanentną cechą systemu lecznictwa onkologicznego była silna kooperacja pomiędzy ośrodkami onkologicznymi w poszczególnych województwach, a nie silna konkurencja pomiędzy nimi lub – jak dotychczas w większości województw – jednoosrodkowy monopol tłumiący rozwój alternatywnych, na ogół mniejszych ośrodków onkologicznych, tak prywatnych, jak i publicznych.

Punktem wyjścia do optymalnych lokalnie rozwiązań winny być mapy potrzeb sporządzone na podstawie jednolitej metodologii, z wykorzystaniem dostępnych danych epidemiologicznych, demograficznych i finansowych na poziomie regionalnym, tj. województw. Dzięki takiemu podejściu, w raporcie nazwanym „popytowym” można zbudować prognozę potrzeb uwzględniającą strukturę demograficzną, epidemiologię określonych schorzeń charakterystycznych dla wieku i płci, a tym samym odpowiadającą aktualnej i prognozowanej strukturze populacji danego regionu (województwa i znajdujących się w jego obszarze powiatów), a także przewidywanych kosztów leczenia tej populacji. Prognoza kosztów winna być robiona na podstawie danych historycznych NFZ dotyczących wszystkich świadczeń przypisanych do pacjentów wg wieku i płci. Takie podejście pozwala na zbudowanie wyjściowej (standardowej) prognozy kosztów czyli takiej, która zakłada kontynuację realizacji świadczeń w dotychczasowej ich lokalizacji, tj. w szpitalach lub AOS. Wszelkie ewentualne zmiany i ew. przekierowanie środków z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnego można modelować, opierając się na przyjętych założeniach. Faktyczne wprowadzenie ich w życie wywoła określone skutki, dlatego opracowanie prognoz winno zakładać daleko idące konsultacje i budowanie konsensusu już wokół założeń do takich zmian. W przypadku opracowa-

nia i wprowadzenia w życie obowiązujących standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, model prognostyczny winien uwzględniać koszty realizacji całego postępowania, z uwzględnieniem czasu na dostosowanie się lekarzy i podmiotów leczniczych do realizacji świadczeń zgodnie z obowiązującym standardem.

W raporcie znalazły się prognozy kosztów leczenia nowotworów złośliwych ogółem, raka piersi i raka jelita grubego do roku 2035 oraz cząstkowe mapy potrzeb onkologicznych w takim samym ujęciu – nowotwory złośliwe ogółem, rak piersi oraz rak jelita grubego dla dwóch województw – dolnośląskiego oraz mazowieckiego. Wynika z nich, że wzrost liczby chorych na powyższe nowotwory w poszczególnych subregionach województw wskazuje na konieczność rozwoju 2–4 nowych ośrodków diagnostyczno-leczniczych, w każdym z analizowanych województw, specjalizujących się w kompleksowym leczeniu tych nowotworów. Raport wskazuje także, na podstawie konserwatywnych założeń tempa przenoszenia realizacji teleradioterapii i chemioterapii z trybu pełnej hospitalizacji do hospitalizacji hostelowej oraz ambulatoryjnej, że relokacja środków finansowych uzyskanych w ten sposób, pozwoli na realizację dodatkowych, od kilku do kilkudziesięciu tysięcy świadczeń zabiegowych, chemioterapii i radioterapii rocznie, tak niezbędnych do skutecznego leczenia pacjentów onkologicznych w nadchodzących dziesięcioleciach w Polsce. Proces ten winien zostać zapoczątkowany już teraz i być skorelowany z rozwojem sieci hosteli przyszpitalnych oraz transportu chorych, a także chemioterapii realizowanej w mobilnych centrach w miejscach zamieszkania pacjentów.

Wnioski i rekomendacje

Raport kończą rekomendacje, z których najważniejsze to:

1. Konieczność pilnego opracowania Narodowego Programu Walki z Chorobami Nowotworowymi na kolejną dekadę na podstawie „Strategii walki z rakiem w Polsce 2015–2024”.
2. Uznanie skrócenia czasu od podjęcia podejrzenia choroby nowotworowej do podjęcia optymalnego, adekwatnego do potrzeb pacjenta leczenia za najważniejszy operacyjny cel przyszłej ustawy o zwalczaniu chorób nowotworowych. Jej celem strategicznym powinna być mierzalna poprawa wskaźników epidemiologicznych – w pierwszej kolejności zmniejszenie umieralności oraz w drugiej, co jest bardzo trudnym wyzwaniem, zmniejszenie zapadalności na nowotwory zależne od stylu życia – głównie palenia tytoniu.
3. Opracowanie w 2015 r., a więc w pierwszym roku wdrażania strategii walki z rakiem w nadchodzącej dekadzie, map potrzeb onkologicznych na lata 2015–2035, jako punktu wyjścia do opracowania i wdrożenia optymalnego systemu opieki onkologicznej na poziomie – w pierwszej kolejności – województw lub regionów, a w drugiej – całego kraju.

4. Przyjęcie, że optymalny system walki z nowotworami w Polsce, służąc ludziom zdrowym i pacjentom onkologicznym musi się opierać na czterech wzajemnie sprzężonych zasadach – 4 x K:
- kooperacji,
 - koordynacji,
 - kompleksowości,
 - kompetencji.

Wszystkie powyższe rekomendacje, aby przyniosły oczekiwane skutki, muszą być wsparte rzetelną komunikacją, w której odpowiedzialność będzie brała górę nad doraźnym celem politycznym czy osobistym. Zdrowie jako priorytet polityczny państwa i jeden z najważniejszych zasobów narodu, wymaga zdecydowanie bardziej odpowiedzialnego języka, treści i formy komunikacji.

Choroby nowotworowe – stan obecny i wyzwania

(część 1)

W tej części raportu zawarte zostały najważniejsze informacje i analizy dotyczące epidemiologii i czynników ryzyka nowotworów oraz organizacji i finansowania walki z rakiem, a także dostępności świadczeń zdrowotnych związanych z diagnostyką i leczeniem nowotworów w Polsce. Informacje te obrazują aktualną sytuację dotyczącą chorób nowotworowych w naszym kraju, wykorzystując jako punkt odniesienia – obok najbardziej aktualnych danych z lat 2011, 2012 lub 2013 – zarówno polskie dane historyczne, jak również porównawcze dane z krajów Unii Europejskiej. Stanowią one punkt wyjścia do przedstawienia wyzwań, przed jakimi stoi Polska wobec zmian demograficznych i epidemiologicznych w nadchodzących latach. Są to, bez wątpienia, ogromne wyzwania natury społecznej, ale także – a może głównie – ekonomicznej. Sprostanie im wymaga już teraz dobrej strategii opartej na rzetelnych analizach, a następnie planu jej realizacji i codziennej pracy, której efekty będą monitorowane.

Dokument „Strategia walki z rakiem 2015–2024”¹, nazywany także polskim „Cancer Planem” – który powstał dzięki zaangażowaniu kilkuset osób reprezentujących szeroko rozumiane środowisko onkologiczne – a także towarzyszące mu inne opracowania (przedstawiające zarówno obecny stan walki z nowotworami w Polsce², jak i rozwiązania z innych krajów) stanowią doskonały punkt wyjścia do przygotowania szczegółowych planów działań w zakresie walki z rakiem. Pół takiej działalności jest co najmniej kilka, ale najważniejsze cele populacyjne, którym miałyby służyć, można ograniczyć do trzech: poprawienie wskaźników epidemiologicznych, zwiększenie odsetka osób przeżywających co najmniej 5 lat od rozpoznania oraz lepsza jakość życia osób cierpiących na choroby nowotworowe.

Walka z rakiem w Polsce w latach 2015–2024, tj. w okresie realizacji kolejnego Narodowego Programu Zdrowia, ale także w kolejnych latach, będzie tylko w pewnym stopniu podążaniem w nieznaną. Nie wiemy, w jakim stopniu ziszczą się aktualne prognozy zachorowań, zgo-

nów i chorobowości ani na ile uda się nam zrealizować ambitne plany dotyczące ograniczenia oddziaływania czynników ryzyka nowotworów związanych ze stylem życia. Mimo że z pewnością nie wiemy wszystkiego, co powinniśmy wiedzieć, nauka na temat bieżącej – jak i historycznej – sytuacji dotyczącej nowotworów, dostarcza jednak dostatecznie dużo danych, by dobrze przygotować się do walki z tymi chorobami. Wymaga to przede wszystkim dobrego planu. Trzeba zebrać najważniejsze informacje o warunkach, w jakich będziemy podejmować wysiłki, rzetelnie oszacować możliwości, ryzyko i zagrożenia, a dopiero później wybrać te zaplanowane strategiczne działania, które stworzą największą szansę na osiągnięcie celu. Punktem wyjścia do opracowania fragmentu takiego planu – i propozycji rozwiązań służących jego realizacji – jest analiza obecnej sytuacji epidemiologicznej oraz zasobów, jakimi dysponujemy w polskim systemie opieki zdrowotnej do walki z nowotworami.

Dane, które zostały zgromadzone w niniejszym raporcie, pochodzą ze źródeł publicznych, takich jak: Światowa Organizacja Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Fundusz Zdrowia czy Krajowy Rejestr Nowotworów. Nie są to więc informacje niedostępne czy nieznanne. Niemniej jednak, z uwagi na rozproszenie danych epidemiologicznych, demograficznych i finansowych, rzadko udaje się je przeanalizować łącznie, tak by stanowiły spójny obraz. Raport prezentuje i omawia najważniejsze z nich.

Ta część raportu ukazuje zatem obraz bieżącej sytuacji dotyczącej nowotworów – ich epidemiologii, czynników ryzyka oraz organizacji i finansowania leczenia. Prezentując dane z różnych źródeł starano się przedstawić najważniejsze fakty dotyczące nowotworów. Na ich podstawie zostały wyciągnięte wnioski i sformułowane rekomendacje, jak – zdaniem autorów – należy walczyć z nowotworami w nadchodzących latach. Choć z pewnością nie będzie to łatwe, walka ta może być skuteczna.

¹ *Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2024*, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polska Unia Onkologii, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Patologów, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, 10 czerwca 2014 r. za http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/strategia_walki_z_rakiem_w_polsce_2015_2024.pdf

² *Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce*, 2014 za http://www.walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/obecny_stan_zwalczania_nowotworow_w_polsce_10-07-2014_2.pdf

1. Walka z nowotworami – analiza stanu obecnego

1.1 Epidemiologia i czynniki ryzyka

Nowotwory

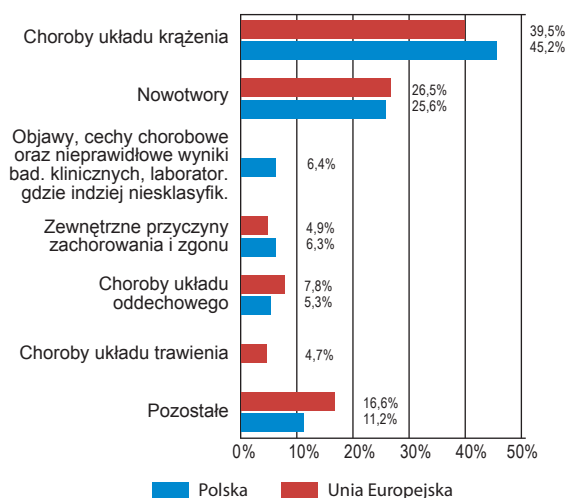
Polska, na tle Unii Europejskiej, jest krajem o wciąż relatywnie niskiej zapadalności, ale dużej umieralności na nowotwory złośliwe, w tym z wysoką umieralnością – z powodu nowotworów – osób poniżej 65. r.ż. Różnica pomiędzy Polską a średnią w UE, gdy chodzi o procentowy udział zgonów z powodu nowotworów, jest jednak mniejsza niż w przypadku chorób układu krążenia.

W wynikach leczenia nowotworów obserwujemy w naszym kraju stały postęp, ale nie jest on aż tak spektakularny, by można było mówić o nim w kategoriach sukcesu, jak w przypadku leczenia ostrych zespołów wieńcowych i zawałów serca. Postęp ten nie jest także równomierny w całej Polsce. Różnice pomiędzy poszczególnymi województwami, mierzone standaryzowanym współczynnikiem zgonów z powodu nowotworów, wciąż są wyraźne. Obrazują to dane porównawcze z lat 2000–2001 oraz 2009–2010 – dotyczące zarówno standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworów ogółem, jak i (prezentowanych w dalszej części raportu) danych dotyczących nowotworów jelita grubego (C18–C21 – wg ICD-10), tchawicy, oskrzela i płuca (C33–34), piersi (C50), szyjki macicy (C53) i gruczołu krokowego (C61).

Porównania międzynarodowe wskazują, że w zakresie skuteczności leczenia oraz wykrywalności mamy w Polsce jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Problemem o skali trudnej do jednoznacznego oszacowania, a podnoszonym w wielu dyskusjach na temat sytuacji w polskiej

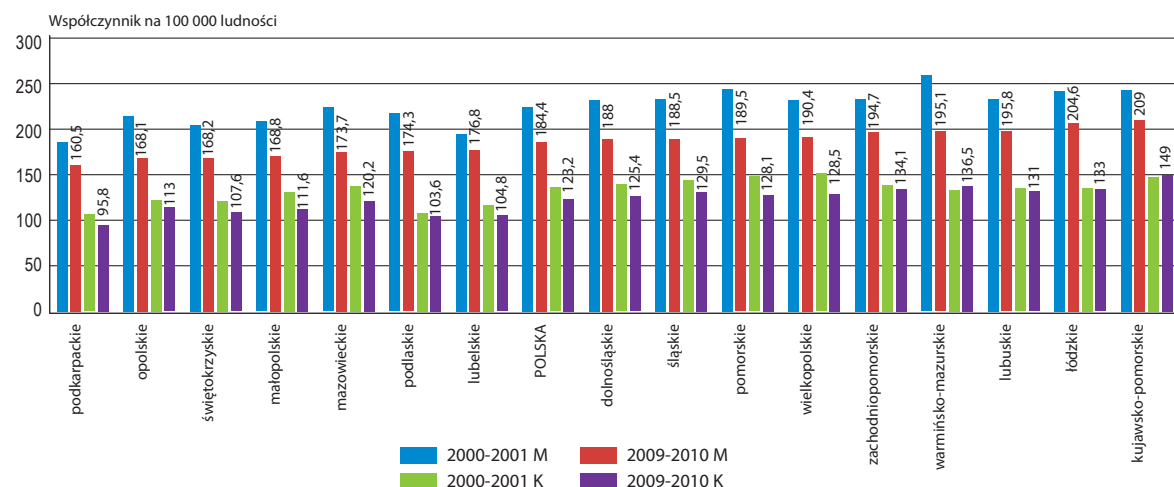
onkologii, jest zaniziona w stosunku do rzeczywistości liczba osób, u których rozpoznaje się nowotwory. Dowodem na to są m.in. wyższe wartości liczby zgonów z przyczyn nowotworowych (zwłaszcza w najstarszych grupach wiekowych) w stosunku do liczby osób, zgłoszonych do Krajowego Rejestru Nowotworów jako tych, u których rozpoznano nowotwór. Wg Krajowego Rejestru Nowotworów w 2011 r. w naszym kraju na choroby nowotworowe zachorowało 144 336 osób – 71 786 mężczyzn i 72 550 kobiet.

Wykres 1. Struktura przyczyn zgonów w Polsce w 2011 r. w zestawieniu ze średnią z lat 2008–2010 w 28 krajach UE



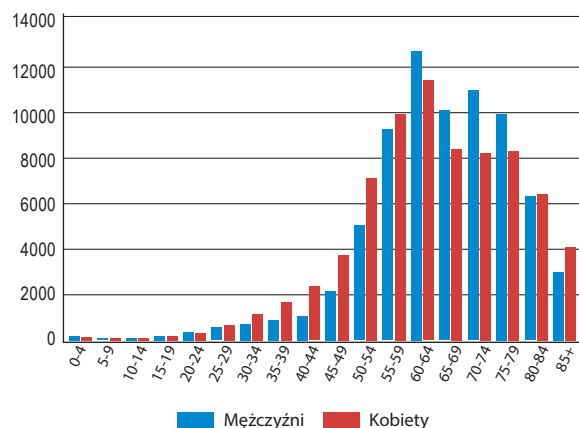
Źródło: GUS i Eurostat

Wykres 2. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00–C97) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25–64 lata wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010 r.



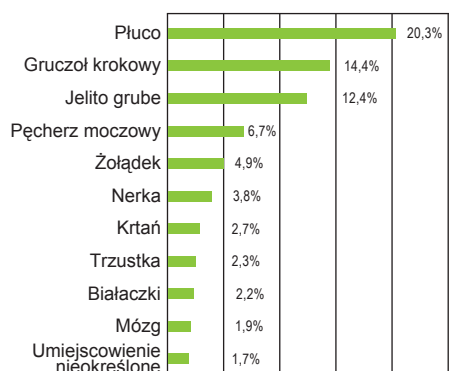
Źródło: B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, str. 76, NIZP–PZH 2012

Wykres 3. Liczba zachorowań na nowotwory w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



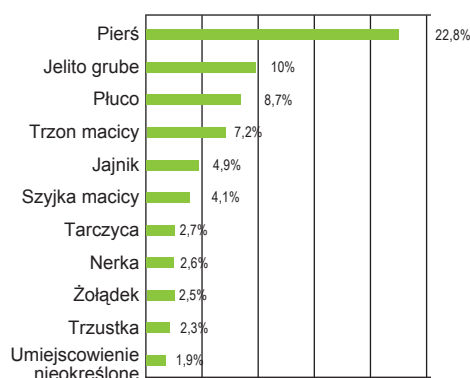
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wykres 4. Struktura zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Polsce w 2011 r.



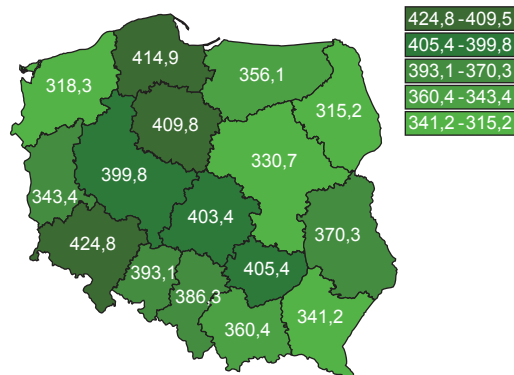
Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 46, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

Wykres 5. Struktura zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce w 2011 r.



Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 46, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

Mapa 1. Współczynnik zachorowań na nowotwory na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.



Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wg danych KRN Polska nie jest jednolita pod względem zapadalności na nowotwory. Współczynniki zapadalności na 100 tys. mieszkańców różnią się dość istotnie w poszczególnych województwach. Najwyższe obserwuje się w województwach: dolnośląskim, pomorskim i kujawsko-pomorskim, a najniższe w podlaskim, zachodniopomorskim i mazowieckim³.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że różnice w raportowanym poziomie zapadalności pomiędzy poszczególnymi województwami są na tyle duże, że – w opinii ekspertów – istotny wpływ na nie ma brak 100-proc. zgłaszalności rozpoznania przez świadczeniodawców, pomimo istnienia takiego obowiązku. Sytuacja ta powoduje, że rzeczywisty obraz tak poziomu zachorowalności, jak i jakości leczenia onkologicznego w Polsce jest zniekształcony.

W dalszej części raportu umieszczono tabelę (patrz tab. 1), która prezentując wskaźnik zachorowania/zgony (ang. *cancer mortality over incidence ratio*) oraz kompletność rejestrów wojewódzkich dowodzi, że w przypadku kilku województw niekompletność rejestrów koreluje z wyższymi (tj. gorszymi) wartościami współczynnika zgony/zachorowalność na nowotwory. Fakt, że nie ma tej korelacji w przypadku wszystkich „niezarejestrowanych” województw dodatkowo komplikuje ocenę przyczyn takiego stanu rzeczy.

Najczęstszym nowotworem, na który zapadają Polacy jest rak płuca (ok. 20%), niemal w 100% tytoniozależny. Na kolejnych miejscach lokują się: rak piersi, rak jelita grubego i rak gruczołu krokowego.

Struktura zachorowań na nowotwory u mężczyzn i kobiet jest, rzecz jasna, różna. Dużą część nowotworów w zależności od płci stanowią nowotwory układu płciowego, ale – choć liczne – nie one są na czele nowych zachorowań

³ J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

u obu płci. **Od wielu lat na pierwszym miejscu zachorowań u mężczyzn znajduje się rak płuca, a u kobiet rak piersi.**

Przez wiele lat nowotwory te znajdowały się także na pierwszych miejscach jako przyczyny zgonów z powodów onkologicznych. Jednak od połowy lat 70., kiedy rak piersi był pierwszą przyczyną zgonów, obserwuje się zmianę – przy stałym wzroście zachorowalności w latach 80. nastąpiła stabilizacja umieralności z powodu tego nowotworu, a jednocześnie nastąpił gwałtowny wzrost zachorowań i umieralności na nowotwory płuca u kobiet. Tym samym rak płuca stał się także pierwszym zabójcą nowotworowym kobiet⁴.

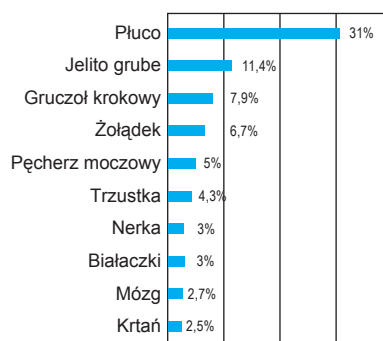
Z powodu raka płuca umiera najczęściej chorych nowotworowych – w 2011 r. rak ten był przyczyną śmierci 15 988 mężczyzn i 6263 kobiet. Drugim, po raku płuca, zabójcą Polaków spośród nowotworów jest rak jelita grubego, a kolejne to: rak żołądka, rak piersi i rak trzustki.

Obecnie nowotwory są drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów Polaków, ale tempo wzrostu zachorowalności jest większe niż tempo spadku umieralności z ich powodu. W połączeniu ze zmianami demograficznymi (co raport omawia w dalszej części) i szybszym postępowaniem w leczeniu chorób układu krążenia, spowoduje to, że w ciągu najbliższych 10 lat nowotwory staną się pierwszą przyczyną zgonów w Polsce.

Tempo spadku umieralności Polaków z powodu nowotworów ogółem jest szybsze w przypadku mężczyzn niż kobiet. Jest to głównie skutek zmniejszenia się liczby mężczyzn palących tytoń, a także zmiana ich stylu konsumpcji alkoholu. Ekspertsi prognozują, że **jeśli umieralność w grupie wiekowej 25–64 lata będzie się zmniejszać nadal w takim samym tempie jak w ostatnich latach, to w przypadku mężczyzn obecny przeciętny poziom umieralności w UE zostanie osiągnięty ok. 2019 r.** W przypadku kobiet nastąpi to dopiero około 2041 r.

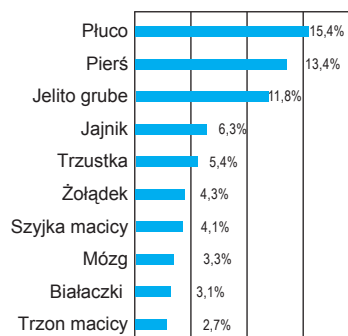
W Polsce spada umieralność kobiet z powodu raka piersi (jest nawet niższa niż średnia dla UE), jak i raka szyjki macicy, ale w przypadku tego ostatniego wciąż jest ona na zawstydzająco wysokim poziomie w stosunku do średniej w UE. **Standaryzowany współczynnik zgonów z powodu raka szyjki macicy w Polsce jest ponad dwukrotnie wyższy (7,1/100 tys. kobiet) niż przeciętnie w UE (3,3/100 tys. kobiet)⁵.** W wielu krajach Europy Zachodniej, dzięki skutecznej profilaktyce, rak szyjki macicy jest niemal nieobecny wśród przyczyn przedczesnych zgonów kobiet, a w niektórych jest w ogóle bardzo rzadkim nowotworem.

Wykres 6. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Polsce w 2011 r.



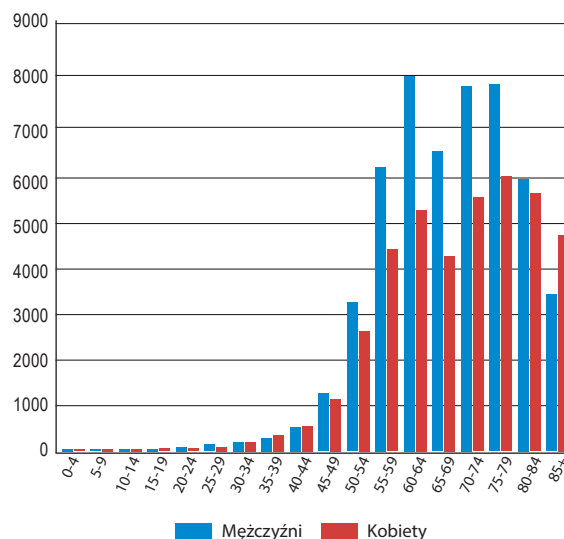
Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 76, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

Wykres 7. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce w 2011 r.



Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 76, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

Wykres 8. Liczba zgonów na nowotwory w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

⁴ J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

⁵ B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*; NIZP – PZH 2012

Polska, pomimo średnio niskiej zapadalności na choroby nowotworowe w stosunku do wielu krajów Europy Zachodniej, nie może się pochwalić porównywalną z nimi skutecznością leczenia. Skutkuje to wysoką umieralnością z powodu nowotworów. W 2011 r. w naszym kraju nowotwory były przyczyną zgonów 92 198 osób – 51 554 mężczyzn i 40 644 kobiet⁶.

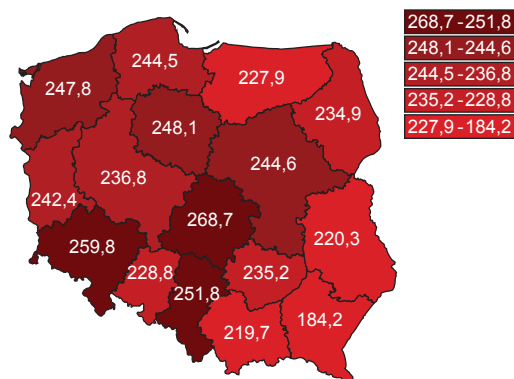
Szanse na zwycięstwo w walce z nowotworem, w dużo większym stopniu niż w innych krajach, zależą w Polsce od miejsca zamieszkania. W debatach nad efektami leczenia używa się popularnego powiedzenia, że możliwości wyleczenia z nowotworu zależą od kodu pocztowego miejsca zamieszkania chorego – warunkuje ono bowiem zarówno dostępność, jak i – w wielu przypadkach – jakość terapii.

Najwyższe współczynniki zgonów obserwuje się obecnie w województwach: łódzkim, dolnośląskim i śląskim, a najniższe w podkarpackim, lubelskim i warmińsko-mazurskim. Współczynniki zgonów korelują, rzecz jasna, z zapadalnością na nowotwory – im wyższa jest zapadalność, tym większa jest także częstość zgonów z ich powodu.

Ma to z pewnością związek ze stylem życia, obejmującym zarówno dietę i używki, bierny lub aktywny tryb życia oraz zachowania seksualne. Niemniej w tym miejscu warto zwrócić uwagę, że różnice w wartości współczynnika zgon/zachorowania na nowotwory w niektórych województwach w zbyt dużym stopniu odbiegają od średniej wartości dla całej Polski. Różnice te, sięgające 20 punktów procentowych (różnica między wartością

współczynnika MOI dla województwa podkarpackiego – „najlepszego” i województwa zachodniopomorskiego – „najgorszego”), przy pobieżnym traktowaniu problemu mogłyby prowadzić do błędnych wniosków, np. co do jakości leczenia onkologicznego w tych regionach. Tymczasem warto zwrócić uwagę, że województwa o najwyższych wartościach współczynnika zgon/zachorowalność na nowotwory złośliwe (tj. zachodniopomorskie, podlaskie i mazowieckie) mają jednocześnie najgorsze wskaźniki kompletności rejestru nowotworów. Wyciąganie daleko idących wniosków, na podstawie różnic we współczynnikach epidemiologicznych, albo, co gorsza, surowe wyrokowanie co do złej jakości leczenia w poszczególnych województwach, może być zatem nieuzasadnione.

Mapa 2. Współczynnik zgonów na nowotwory na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.



Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Tabela 1. Wskaźnik zgon/zachorowania na nowotwory złośliwe oraz kompletność rejestracji w poszczególnych województwach

Województwo	Nowotwory złośliwe ogółem (C00-D09)			
	Liczba zgonów	Liczba zachorowań	Wskaźnik zgon/zachorowania	Kompletność rejestracji
dolnośląskie	7 578	12 389	0,61	97%
kujawsko-pomorskie	5 206	8 592	0,61	95%
lubelskie	4 784	8 043	0,59	100%
lubuskie	2 480	3 514	0,71	89%
łódzkie	6 808	10 221	0,67	87%
małopolskie	7 354	12 063	0,61	100%
mazowieckie	12 929	17 478	0,74	83%
opolskie	2 320	3 986	0,58	100%
podkarpackie	3 921	7 263	0,54	100%
podlaskie	2 821	3 786	0,75	80%
pomorskie	5 583	9 475	0,59	97%
śląskie	11 647	17 872	0,65	91%
świętokrzyskie	3 006	5 182	0,58	100%
warmińsko-mazurskie	3 311	5 173	0,64	96%
wielkopolskie	8 181	13 816	0,59	100%
zachodniopomorskie	4 269	5 483	0,78	79%
Polska	92 198	144 336	0,64	94%

Źródło: Opracowanie własne za J. Didkowską, U. Wojciechowską, W. Zatońskiego, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

⁶ J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

Nie można stwierdzić także, że na poziom zachorowalności, a tym samym umieralności z powodu nowotworów ma wpływ stan zanieczyszczenia środowiska naturalnego w tych województwach (zindustrializowane śląskie czy łódzkie oraz zielone, rolniczo-leśne województwa wschodniej Polski). Zanieczyszczenie środowiska naturalnego (o tym dalej w raporcie) ma bowiem ok. 1-2-proc. wpływ na rozwój nowotworów. Bez wątpienia, doprowadzenie do 100-proc. rejestracji zachorowań na nowotwory złośliwe jest warunkiem *sine qua non* dla właściwego wnioskowania o potrzebach zmian w strategii walki z chorobami nowotworowymi w Polsce.

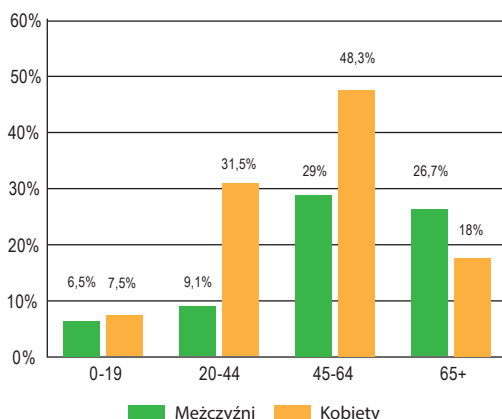
Wśród ekspertów pojawiają się głosy, że analizie powinien być także poddany rejestr przyczyn zgonów, zwłaszcza że Polska znajduje się w gronie tych państw europejskich, w których udział zgłoszonych nieznanymi medycznych przyczyn zgonów jest zawstydzająco wysoki.

Nowotwory są pierwszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet. Stanowią blisko 50% ogółu zgonów kobiet w wieku 45-64 lata oraz ponad 30% zgonów kobiet w grupie wiekowej 20-44 lata. W przypadku mężczyzn nowotwory – głównie tytoniozależny rak płuca – zabijają co 3. mężczyznę, który umiera w wieku 45-64 lata. W grupie wiekowej 64+ wśród najczęstszych zabójców mężczyzn znajdują się także: rak prostaty i rak jelita grubego.

Polska, przy niższym niż średni w 27 krajach UE standaryzowanym współczynniku zachorowań (323,4/100 tys. mieszkańców w Polsce i 382/100 tys. mieszkańców średnio w UE), ma wyższy standaryzowany współczynnik zgonów. W 2012 r. dla Polski wynosił on aż 193,8, podczas gdy średnia dla 27 krajów UE wynosiła 164,6. Od najlepszych pod tym względem krajów – Cypru, Finlandii, Malty czy Szwecji – dzieli nas od ok. 35 do ok. 60 punktów procentowych. Pod względem szacowanego standaryzowanego współczynnika zgonów Polska jest na przedostatnim miejscu w Europie. Gorsze pod tym względem są tylko Węgry, a inne środkowoeuropejskie kraje, takie jak Czechy czy Słowacja wyprzedzają nas w tych statystykach odpowiednio o 5,3 i 3,5 pp.

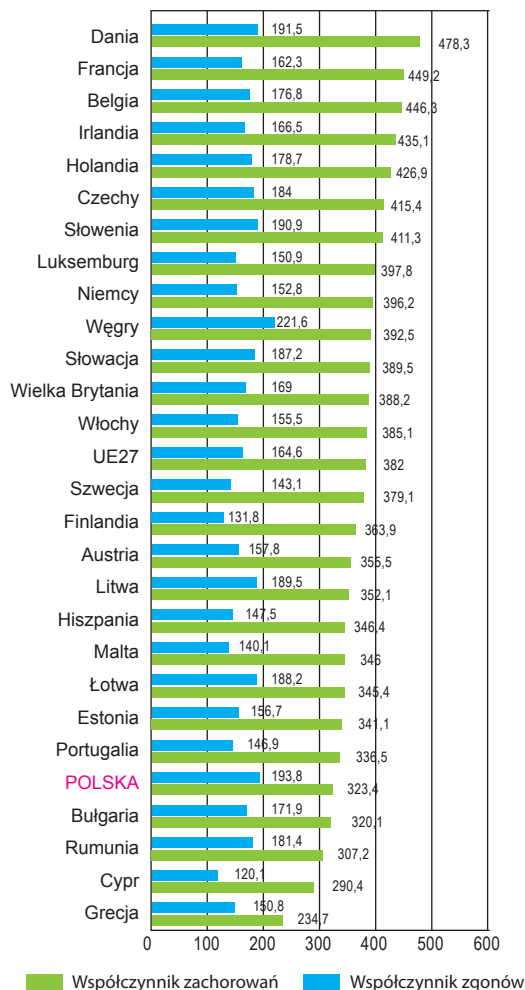
Jest to przede wszystkim efekt gorszych wyników leczenia mierzonych wskaźnikami 1-letnich, 3- i 5-letnich przeżyć chorych nowotworowych. Prezentowane w raporcie dane porównawcze 1-, 3- i 5-letniej chorobowości z powodu nowotworów dla krajów UE, w tym Polski, służą do zobrazowania odpowiednio tempa rozpoczęcia leczenia (szybkości postawienia diagnozy, stanu zaawansowania nowotworu, skuteczności programów skryningowych), jakości opieki klinicznej i wyleczenia⁷. Chorobowość jest wprost skorelowana z przeżywalnością, pośrednio świadczy zatem o jakości systemu leczenia, dlatego w raporcie odnoszącym się w dużej mierze do przedstawienia stanu systemu leczenia uznano, że właściwsza będzie prezentacja

Wykres 9. Udział zgonów z powodu nowotworów złośliwych w zgonach ogółem w podziale na grupy wiekowe w Polsce w 2011 r.



Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 74, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

Wykres 10. Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworów złośliwych na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w krajach UE w 2012 r.



Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/eucan>

⁷ J. Didkowska, U. Wojciechowska, *Liczba chorych na nowotwory złośliwe w Polsce w 2006 roku – chorobowość 5-letnia*, „NOWOTWORY. Journal of Oncology”, 2011, volume 61 Number 4, ss. 332-335

tego wskaźnika, a nie wskaźnika przeżyć (ze świadomością, że wskaźnik 5-letnich przeżyć nowotworów jest uznawany za „najpojemniejszy” miernik jakości leczenia onkologicznego).

Dla lepszego zobrazowania wielkości dystansu, a wg niektórych wręcz przepaści, jaka dzieli Polskę w efektach walki z chorobami nowotworowymi, zaprezentowany został współczynnik zgon/zachorowania na nowotwory w krajach UE. Wynik tego współczynnika dla Polski na poziomie 0,6 sytuuje nas w ogonie Europy, od średniej wartości tego wskaźnika dla 27 krajów UE dzieli nas 17, a od, najlepszych w Europie, Francji i Finlandii aż 24 punkty procentowe.

O ile nasze wyniki nie są gorsze w przypadku dużej liczby nowotworów rzadkich, to większość krajów europejskich znacznie wyprzedza nas w wynikach leczenia nowotworów częstych – takich jak rak jelita grubego czy rak prostaty. Wyjątkiem jest rak płuca, w którego

leczeniu Polska uzyskuje lepsze wyniki niż średnio w Europie.

Rak płuca doprowadza do śmierci niemal tak samo szybko Polaków, jak mieszkańców innych krajów Europy, z tym jednak, że liczebność nowych zachorowań i zgonów w Polsce, z tego powodu, jest jedną z najwyższych w Europie. Tę i podobne różnice obrazują, zamieszczone na kolejnych stronach, wykresy szacowanej chorobowości oraz mapy zapadalności i umieralności na wybrane nowotwory: jelita grubego (C18–C21 wg ICD-10), tchawicy, płuca i oskrzela (C33–C34), piersi (C50), szyjki macicy (C53) oraz gruczołu krokowego (C61).

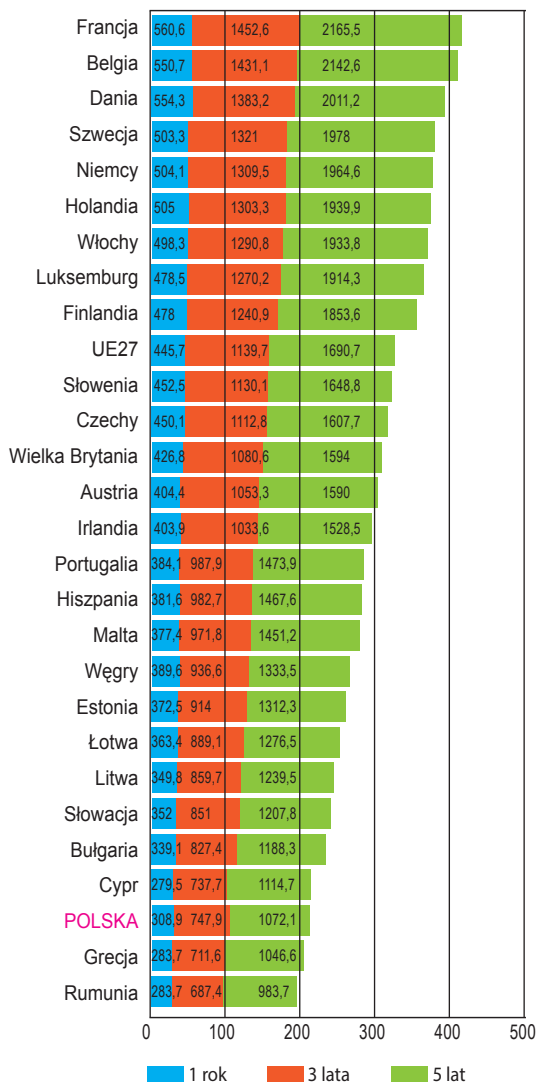
Nowotwory te zostały wybrane do głębszej analizy, w dalszej części raportu, głównie z powodu konieczności podjęcia w Polsce intensywnych działań, w celu poprawy jakości leczenia pacjentów cierpiących z ich powodu. Dowodów, że można leczyć ich lepiej i efektywniej kosztowo, dostarczają przykłady innych państw europejskich

Tabela 2. Współczynnik zgon/zachorowania na nowotwory złośliwe w krajach UE w 2012 r.

Kraj	Współczynnik zgon/zachorowania na nowotwory
Francja	0,36
Finlandia	0,36
Szwecja	0,38
Luksemburg	0,38
Irlandia	0,38
Niemcy	0,39
Belgia	0,40
Dania	0,40
Włochy	0,40
Malta	0,40
Cypr	0,41
Holandia	0,42
Hiszpania	0,43
UE27	0,43
Wielka Brytania	0,44
Portugalia	0,44
Czechy	0,44
Austria	0,44
Estonia	0,46
Słowenia	0,46
Słowacja	0,48
Bułgaria	0,54
Litwa	0,54
Łotwa	0,54
Węgry	0,56
Rumunia	0,59
POLSKA	0,60
Grecja	0,64

Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/eucan>

Wykres 11. Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3- i 5-letniej chorobowości z powodu nowotworów złośliwych na 100 tys. populacji dla Polski i UE w 2012 r.



Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/eucan>

– głównie skandynawskich, ale także Wielkiej Brytanii^{8,9} czy Francji^{10,11}. Te dwa ostatnie kraje mogą służyć Polsce za przykład, jak skutecznie wdrażać narodową strategię walki z rakiem. Wydaje się, że szeroko rozumiane środowisko onkologiczne, skupione wokół inicjatywy Polskiego Towarzystwa Onkologicznego opracowania i wdrożenia polskiego Cancer Planu na lata 2015–2024, jest nie tylko tego świadome, ale już pokazało (przygotowując propozycję takiego strategicznego dokumentu w trybie oddolnej, społecznej inicjatywy angażującej kilkaset osób – lekarzy, ekspertów ochrony zdrowia i pacjentów), że Polska może, czy wręcz musi pójść śladem najbardziej skutecznych programów walki z nowotworami w Europie¹². Od tego zależy bowiem w nadchodzących dekadach życie tysięcy Polek i Polaków.

Dane porównawcze pomiędzy Polską a krajami europejskimi, także gdy weźmiemy pod uwagę średnie dla wszystkich 27 krajów członkowskich Unii Europejskiej, wskazują jednoznacznie, że poziom leczenia onkologicznego w Polsce znacznie odstaje od wyników europejskich. Dotyczy to zarówno wszystkich trzech współczynników chorobowości (1-, 3- i 5-letniej) dla nowotworów ogółem, ale także współczynnika 5-letnich przeżyć, tak w stosunku do najlepszych krajów, jak i do średniej europejskiej. Różnice te w przypadku współczynnika chorobowości w stosunku do średniej dla 27 krajów UE wynoszą odpowiednio dla okresu 3-letniego 391,8/100 tys., a 5-letniego aż 618,6/100 tys.

Porównanie standaryzowanych współczynników 5-letnich przeżyć z badania Eurocare-5 wskazuje, że, z wyjątkiem nowotworu płuca, polskie wyniki odbiegają od średniej europejskiej. Największe różnice na niekorzyść Polski można odnotować w przypadku czerniak skóry, nowotworów prostaty, chłoniaków niezziarniczych, jelita grubego oraz żołądka.

Gorsze wyniki leczenia chorób nowotworowych w Polsce są przyczyną drugiego w UE wyniku DALY – współczynnika utraconych lat życia z powodu niepełnosprawności spowodowanej rakiem.

8 *The NHS Cancer Plan, A plan for investment, A plan for reform*, September 2000, za http://www.walkazrakciem.pl/sites/default/files/library/files/uk_nhs_cancer_plan_2000.pdf

9 *Improving Outcomes: A strategy for cancer*, January 2011, Department of Health za http://www.walkazrakciem.pl/sites/default/files/library/files/uk_strategy_for_cancer_2011.pdf

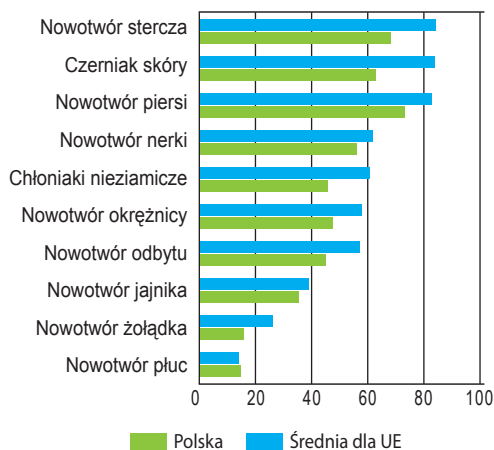
10 *Mission interministérielle pour la Lutte contre le cancer, Plan cancer 2003-2007* za http://www.walkazrakciem.pl/sites/default/files/library/files/france_plan_cancer_2003-2007.pdf

11 *Cancer plan 2009-2013*, Institut National du Cancer, November 2009 za http://www.walkazrakciem.pl/sites/default/files/library/files/france_plan_cancer_2009-2013_english.pdf

12 *Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2024*, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polska Unia Onkologii, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Patologów, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej 10 czerwca 2014 r. za http://walkazrakciem.pl/sites/default/files/library/files/strategia_walki_z_rakiem_w_polsce_2015_2024.pdf

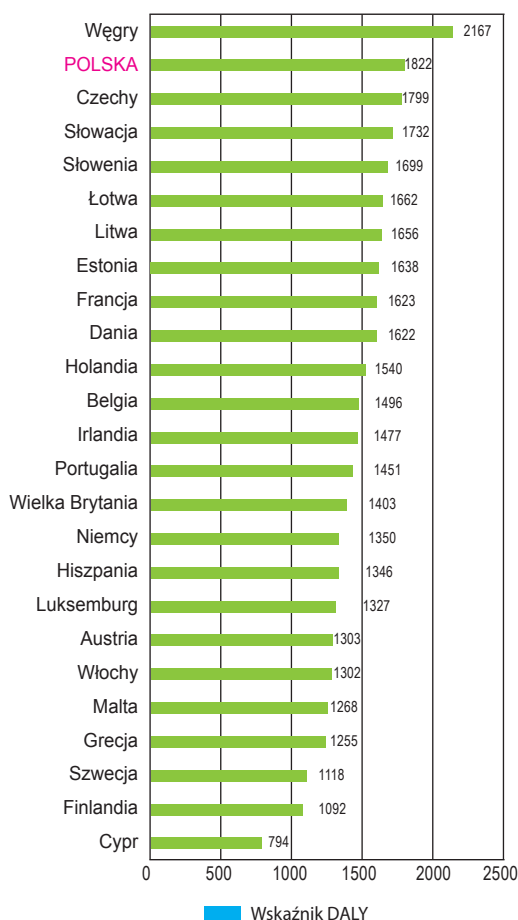
Epidemiologia wybranych nowotworów w Polsce

Wykres 12. Standaryzowany współczynnik 5-letniego przeżycia pacjentów z wybranymi rozpoznaniem w Polsce i UE (zdiagnozowanych w latach 2000-2007)



Źródło: Eurocare-5

Wykres 13. Standaryzowany wskaźnik DALY (Disability Adjusted Life Year) na 100 tys. populacji w wyniku chorób nowotworowych w krajach UE w 2004 r.



Źródło: WHO

Do szczegółowej prezentacji, opartej na danych epidemiologicznych, a w dalszej części (patrz załącznik 1) także dotyczących kosztów leczenia, wybrano następujące nowotwory: rak jelita grubego (C18–C21 – wg ICD-10), rak tchawicy, oskrzela i płuca (C33–C34), rak piersi (C50), rak szyjki macicy (C-53) oraz rak prostaty (C61).

Wybór ten podyktowany był kilkoma argumentami. Po pierwsze – są to nowotwory złośliwe, których występowanie w Polsce jest częste.

Nowotwory płuca i piersi są najczęstszymi nowotworami odpowiednio u mężczyzn i kobiet, a także stanowią najczęstszą przyczynę zgonów z powodu nowotworów u obu płci. Rak płuca zabija każdego roku zarówno więcej mężczyzn, jak i kobiet – łącznie ok. 22 tys. osób. Ze względu na zmiany zachowań w zakresie palenia tytoniu prognozuje się, że liczba nowych zachorowań na raka płuca u mężczyzn będzie w dalszym ciągu nieznacznie spadać, wciąż pozostając na wysokim poziomie blisko 15 tys. rocznie, przy rosnącej liczbie nowych zachorowań u kobiet (z aktualnych ok. 6 tys. rocznie może ona wzrosnąć do nieco ponad 8 tys. w 2025 r.¹³).

Rak piersi u kobiet oraz rak prostaty u mężczyzn, a także rak jelita grubego i odbytnicy u obu płci, to nowotwory, których częstość występowania w nadchodzących latach będzie rosła. A zatem drugi argument za wyborem tych nowotworów to prognoza rosnącej liczby nowych zachorowań. Trzecim jest natomiast fakt, że – w zakresie większości wybranych nowotworów, z wyjątkiem raka płuca – wskaźniki 5-letniego przeżycia są w Polsce gorsze niż średnio w krajach Unii Europejskiej. Oznacza to, że wyzwaniem dla polskiego systemu walki z rakiem jest zarówno spodziewana rosnąca liczba zachorowań, jak i osiągnięcie lepszych, niż dotychczas, wyników leczenia tych nowotworów. Skoro w innych krajach europejskich, głównie Europy Zachodniej, przy większej niż w Polsce zapadalności na te nowotwory, możliwe jest osiągnięcie lepszych wyników leczenia, to znaczy, że także w naszym kraju warto wprowadzić rozwiązania organizacyjne i finansowe, które tam przynoszą dobre rezultaty. Temu m.in. będzie poświęcona druga część raportu.

Wybór raka szyjki macicy do prezentacji w niniejszym opracowaniu, podyktowany był faktem, że występowanie tego nowotworu i umieralność z jego powodu są w Polsce zawstydzająco wysokie, a niska skuteczność programu profilaktycznego raka szyjki macicy (przy wysokich kosztach jego organizacji) jest skrajnym przykładem na to, że podejmowane w naszym kraju działania związane z walką z rakiem, mimo niewątpliwej poprawy w wielu obszarach, wymagają poważnej korekty.

Krytyczna ocena efektów walki z tym nowotworem w Polsce jest powszechna i nie jest już podnoszona wyłącznie przez ekspertów z zakresu onkologii, epidemiologii czy zdrowia publicznego, ale także w raporcie Najwyższej Izby Kontroli¹⁴.

W opinii ekspertów epidemiologii i onkologii częstość występowania raka szyjki macicy, nawet bez podejmowania działań o charakterze badań przesiewowych, będzie się jednak w Polsce powoli zmniejszać, co – przy większej niż dotychczas skuteczności profilaktyki pierwotnej oraz zmianie organizacji badań przesiewowych – oznacza, że nowotwór ten w nadchodzących dekadach może zostać niemal całkowicie wyeliminowany. Informacje o problemie niskiej skuteczności badań przesiewowych nowotworów, a szczególnie raka szyjki macicy znajdują się w dalszej części raportu.

Dane dotyczące wybranych nowotworów przedstawiają poniższe wykresy i mapy. Wydaje się, że nie wymagają one komentarza, gdyż jednolity sposób ich prezentacji pozwala na wyciągnięcie wniosków, jak wygląda bieżąca sytuacja epidemiologiczna tych nowotworów w Polsce oraz jakie efekty osiąga polska onkologia w ich leczeniu.

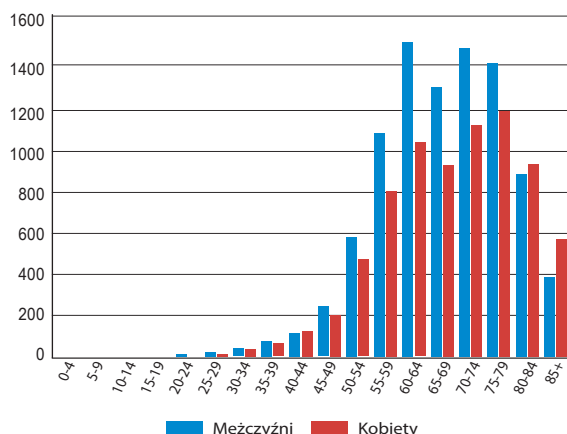
Analizując zamieszczone dane, zwłaszcza przedstawione na mapach Polski, warto zwrócić uwagę na różnice zarówno w zachorowalności, jak i umieralności z powodu wybranych nowotworów. Jest to odzwierciedleniem stopnia zagrożenia nowotworami mieszkańców poszczególnych województw, bądź regionów Polski, ale także (do pewnego stopnia) sprawności profilaktyki oraz rozpoznawania, rejestrowania i leczenia pacjentów onkologicznych w tych województwach. Mimo niewątpliwego postępu, jaki został dokonany w tej dziedzinie w ciągu ostatnich kilku lat, po wieloletnich, trwających ponad 20 lat zapóźnieniach, głównie w zakresie dostępu do nowoczesnych urządzeń diagnostycznych i terapeutycznych, istniejące różnice w zapadalności na nowotwory nie znajdują wystarczającego odzwierciedlenia w nakładach sprzyjających szybszemu niwelowaniu różnic w efektach leczenia. Szansa na wyleczenie z nowotworu lub dłuższe życie z nim w Polsce, w dużo większym stopniu niż w wielu innych krajach, zależy od miejsca zamieszkania. Twierdzenie, że kod pocztowy miejsca zamieszkania chorego na raka jest w Polsce ważnym czynnikiem ryzyka, po analizie danych dla poszczególnych województw okazuje się prawdziwe (więcej na ten temat w dalszej części raportu).

¹³ Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce 2014 za KRN, wykres 112, str. 41

¹⁴ Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”, [w:] Informacja o wynikach kontroli, NIK 2013

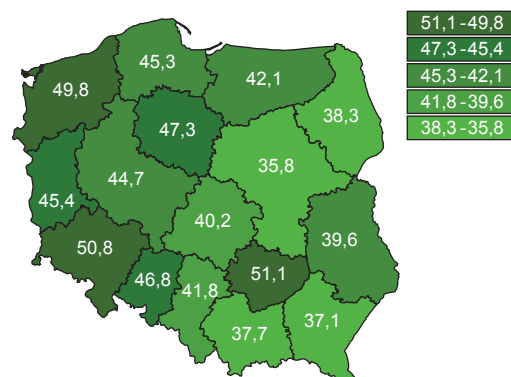
Nowotwór jelita grubego i odbytnicy (C18–C21)

Wykres 14. Liczba zachorowań na raka jelita grubego i odbytnicy w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



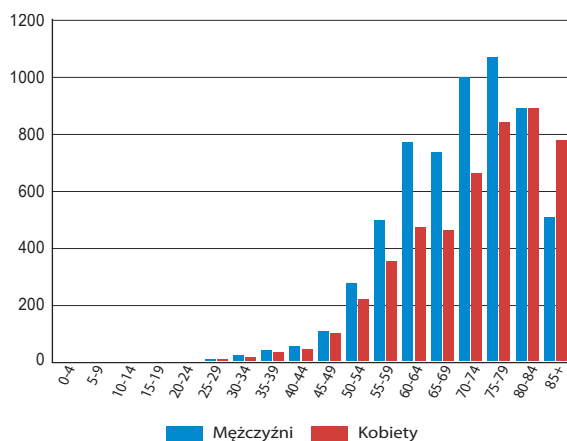
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Mapa 3. Współczynnik zachorowań na raka jelita grubego i odbytnicy na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.



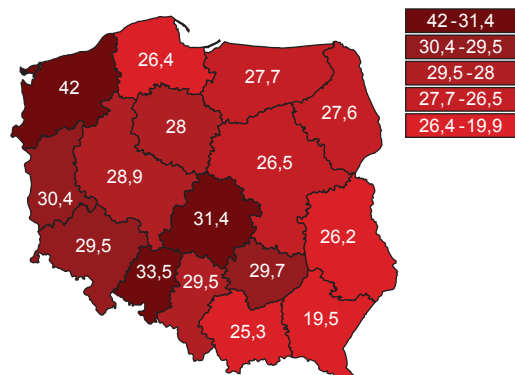
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wykres 15. Liczba zgonów na raka jelita grubego i odbytnicy w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



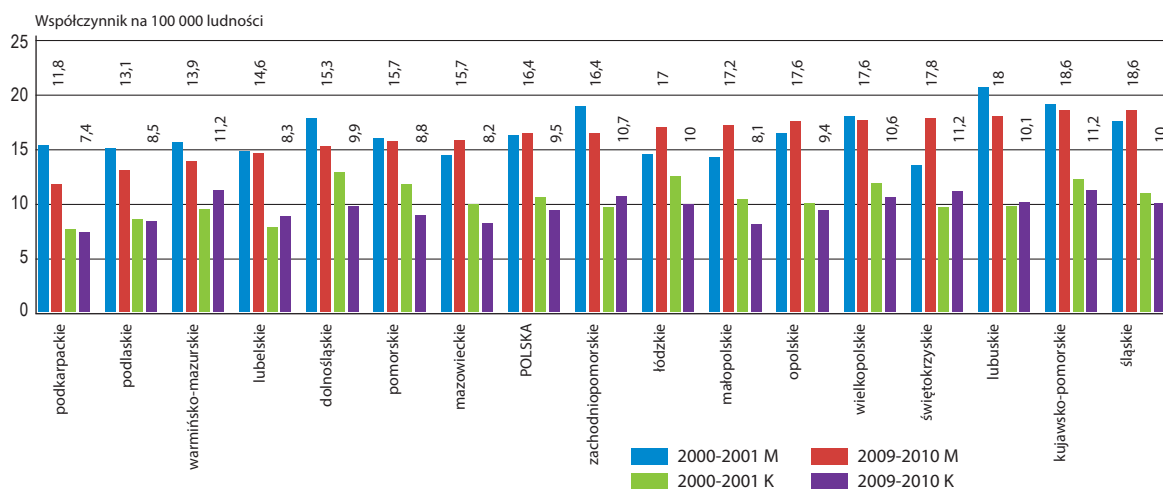
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Mapa 4. Współczynnik zgonów na raka jelita grubego i odbytnicy na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.



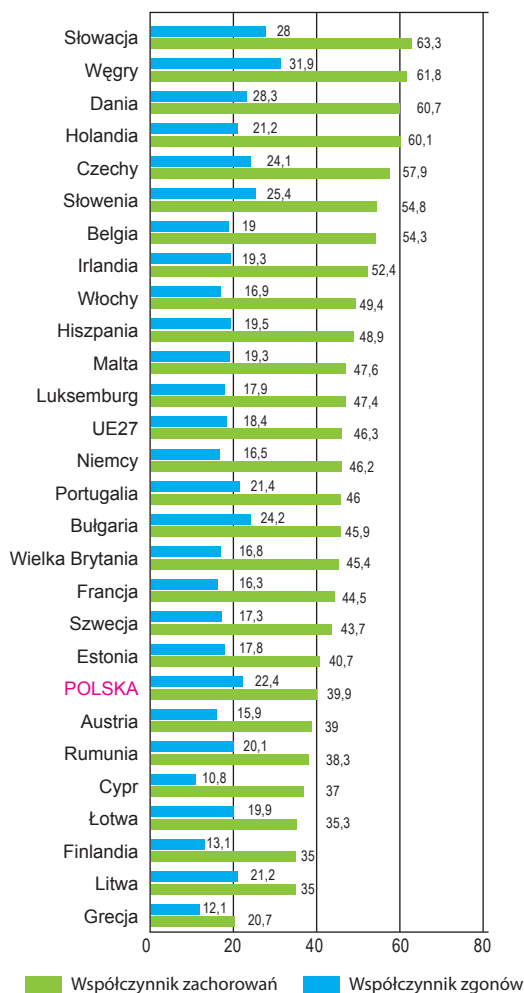
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wykres 16. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18–C21) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25–64 lata wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010



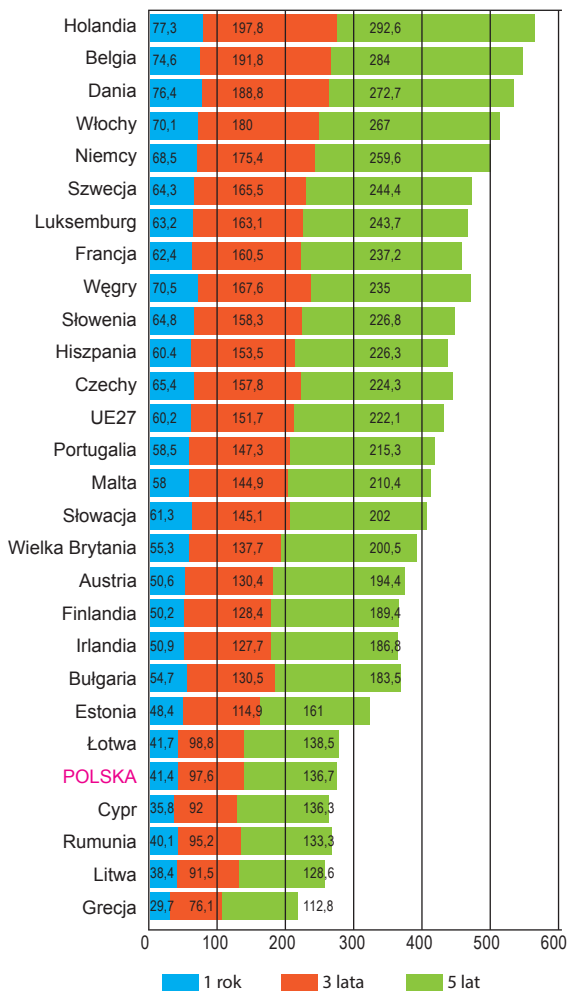
Źródło: B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, str. 78; NIZP–PZH 2012

Wykres 17. Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworu okrężnicy na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w krajach UE w 2012 r.



Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/eucan>

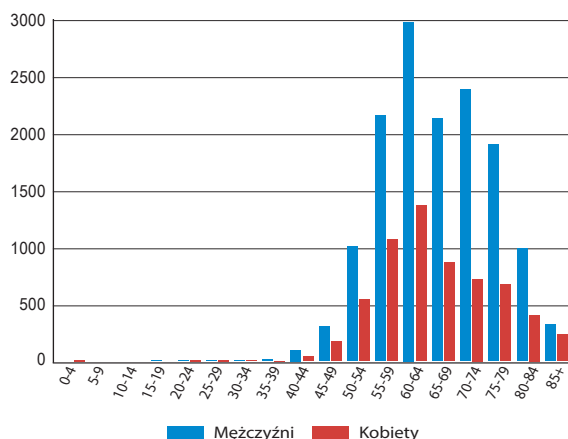
Wykres 18. Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3- i 5-letniej chorobowości na nowotwór okrężnicy na 100 tys. populacji dla Polski i UE w 2012 r.



Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/eucan>

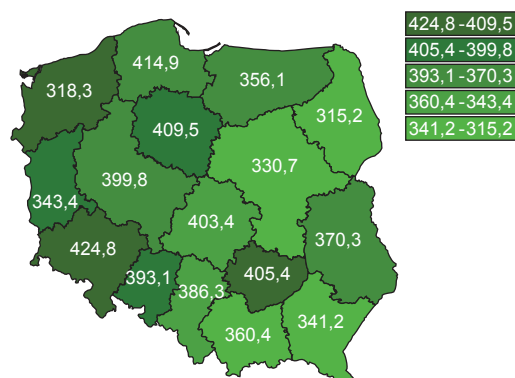
Nowotwór tchawicy, oskrzela i płuca (C33–C34)

Wykres 19. Liczba zachorowań na nowotwory tchawicy, oskrzela i płuca w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



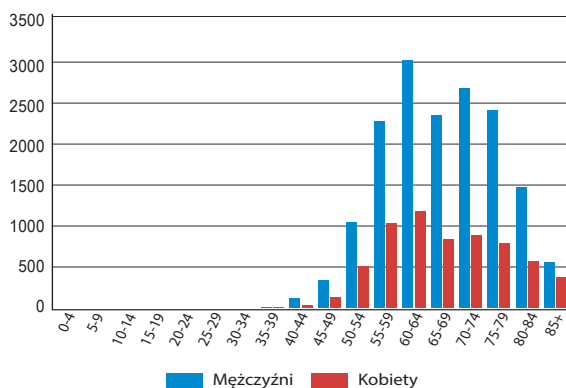
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Mapa 5. Współczynnik zachorowań na nowotwory tchawicy, oskrzela i płuca na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.



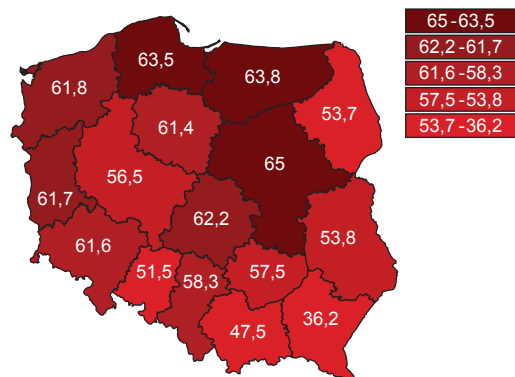
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wykres 20. Liczba zgonów na nowotwory tchawicy, oskrzela i płuca w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



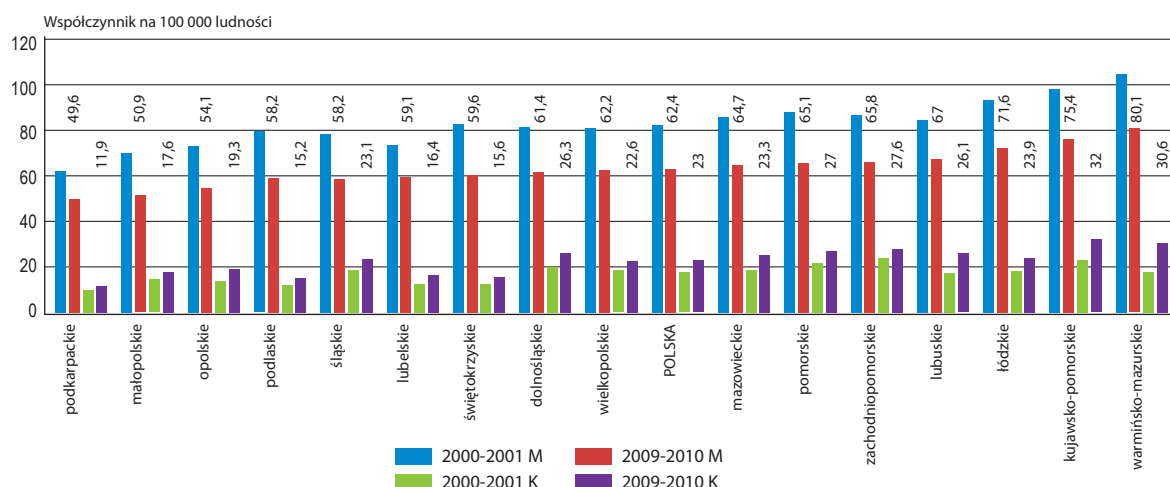
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Mapa 6. Współczynnik zgonów na nowotwory tchawicy, oskrzela i płuca na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.



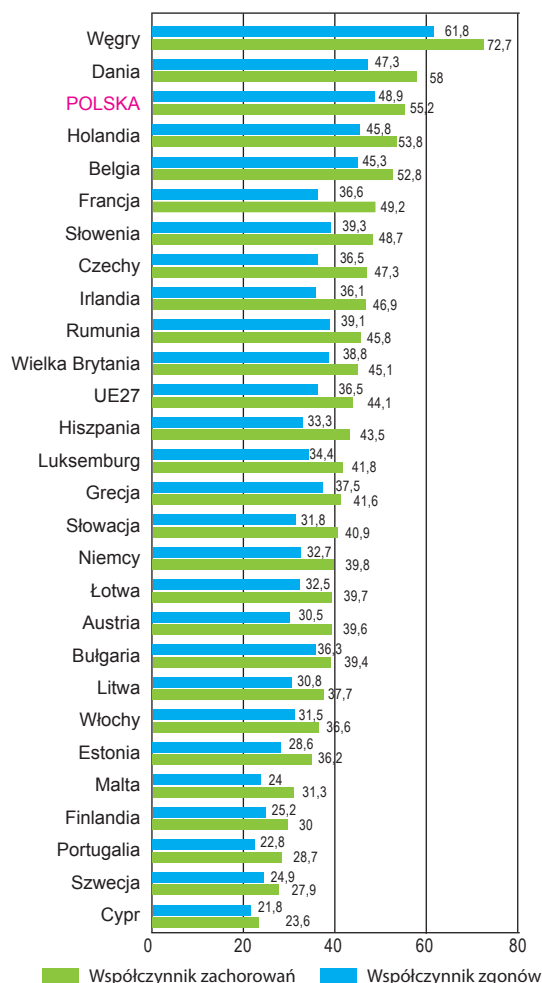
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wykres 21. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzela i płuca mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25–64 lata wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010



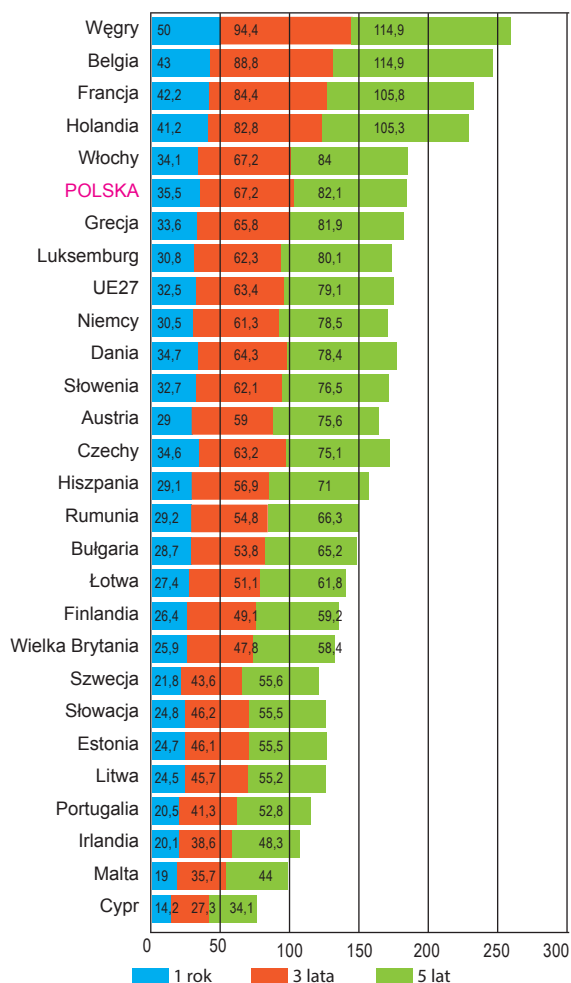
Źródło: B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, str. 77, NIZP–PZH 2012

Wykres 22. Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworów tchawicy, oskrzela i płuca na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w krajach UE w 2012 r.



Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/eucan>

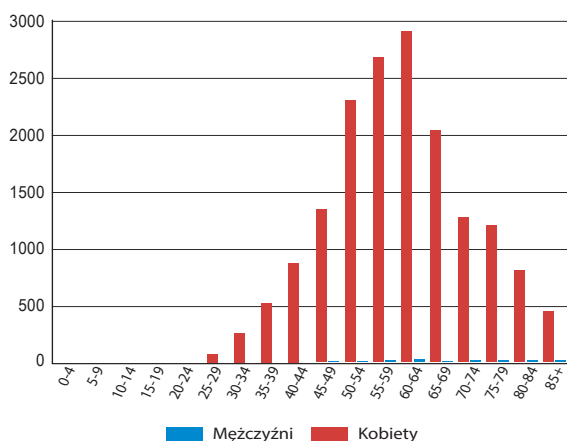
Wykres 23. Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3- i 5-letniej chorobowości na nowotwory tchawicy, oskrzela i płuca na 100 tys. populacji dla Polski i UE w 2012 r.



Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/eucan>

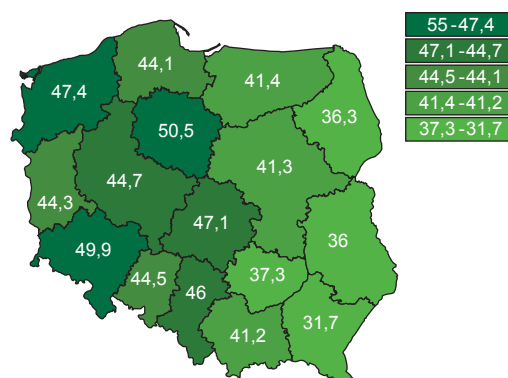
Nowotwory piersi (C50)

Wykres 24. Liczba zachorowań na nowotwory piersi w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



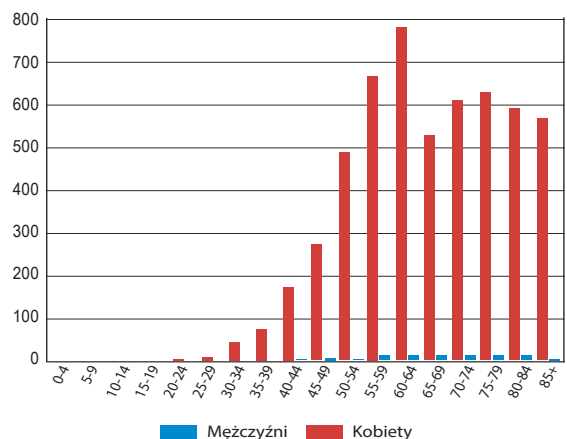
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Mapa 7. Współczynnik zachorowań na nowotwory piersi na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.



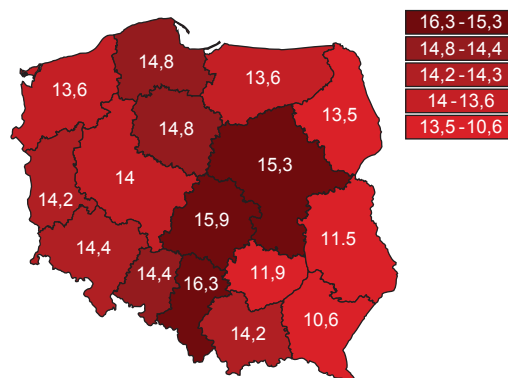
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wykres 25. Liczba zgonów na nowotwory piersi w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



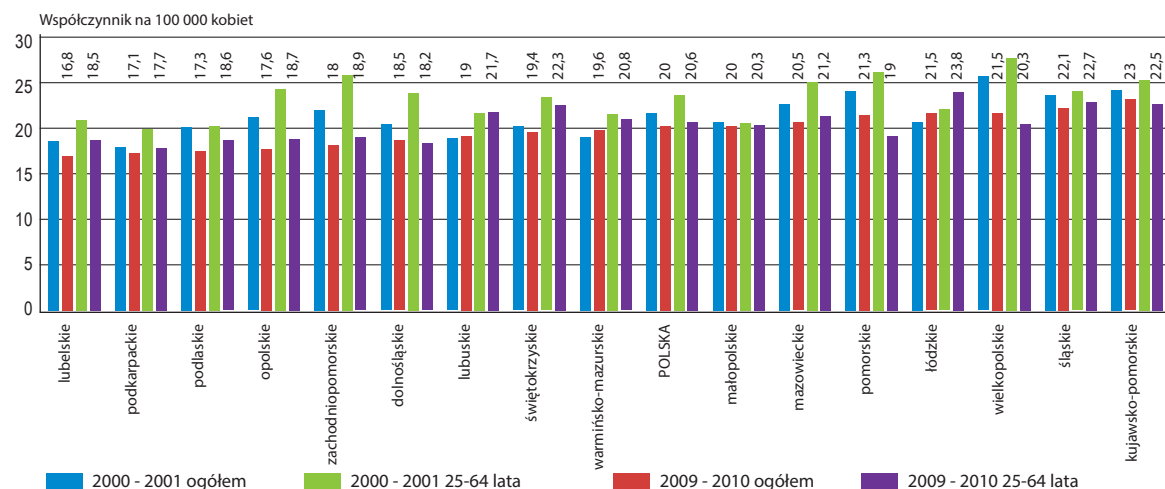
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Mapa 8. Współczynnik zgonów na nowotwory piersi na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.



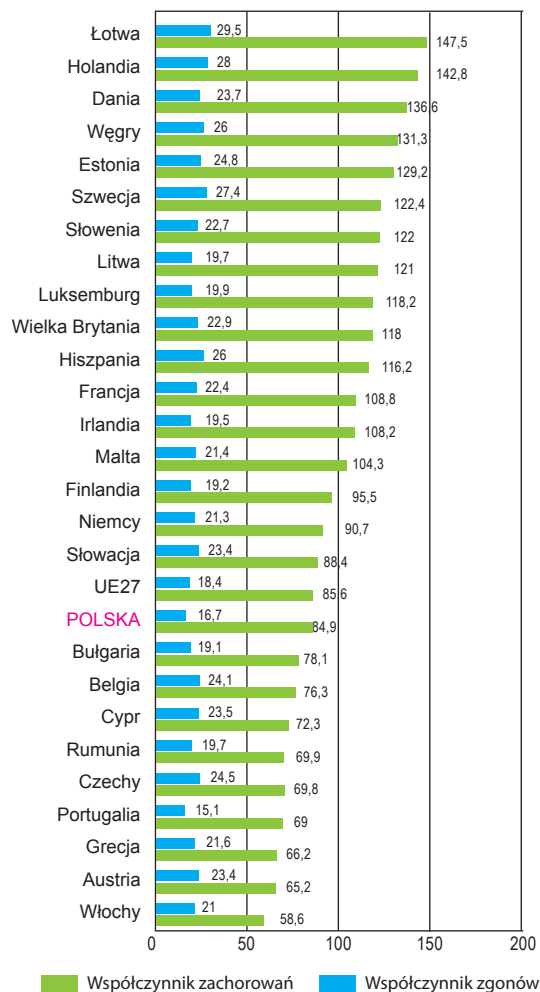
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wykres 26. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego piersi kobiet ogółem oraz w wieku 25–64 lata wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010



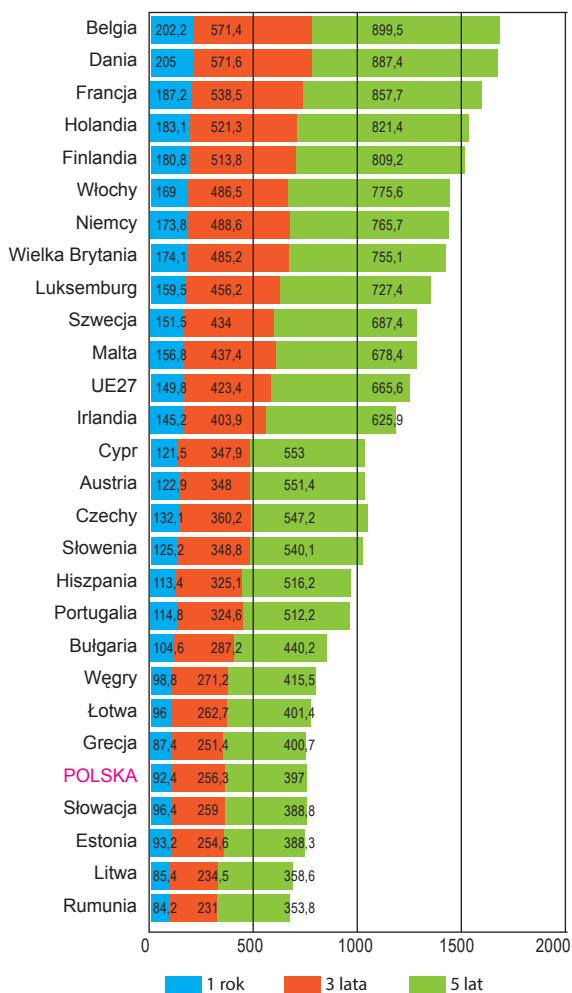
Źródło: B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, str. 81, NIZP-PZH 2012

Wykres 27. Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworu piersi na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w krajach UE w 2012 r.



Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

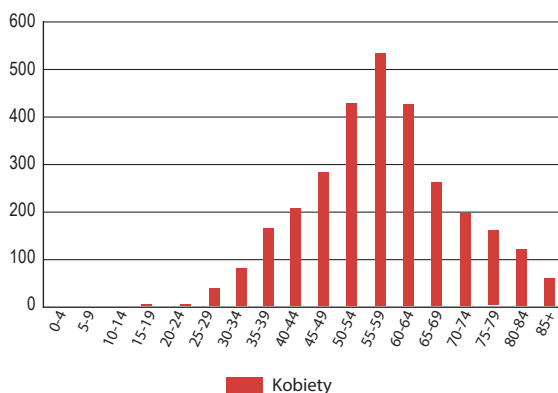
Wykres 28. Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3- i 5-letniej chorobowości na nowotwór piersi na 100 tys. populacji dla Polski i UE w 2012 r.



Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/leucan>

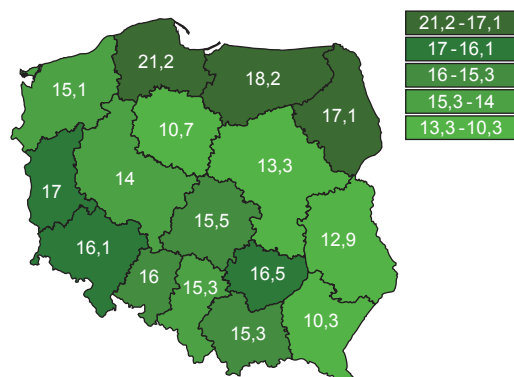
Nowotwory szyjki macicy (C53)

Wykres 29. Liczba zachorowań na nowotwory szyjki macicy w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



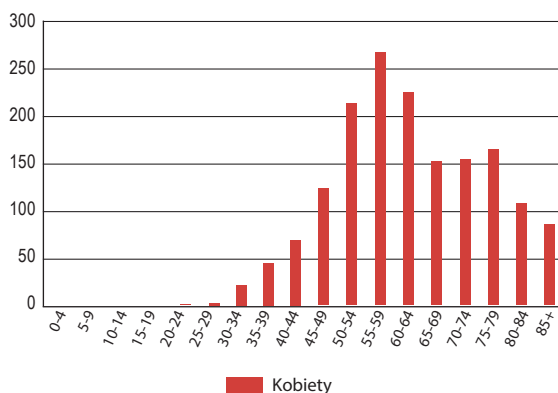
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Mapa 9. Współczynnik zachorowań na nowotwory szyjki macicy na 100 tys. kobiet w podziale na województwa w 2011 r.



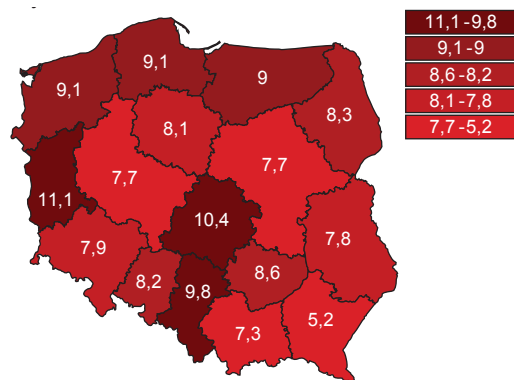
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wykres 30. Liczba zgonów na nowotwory szyjki macicy w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



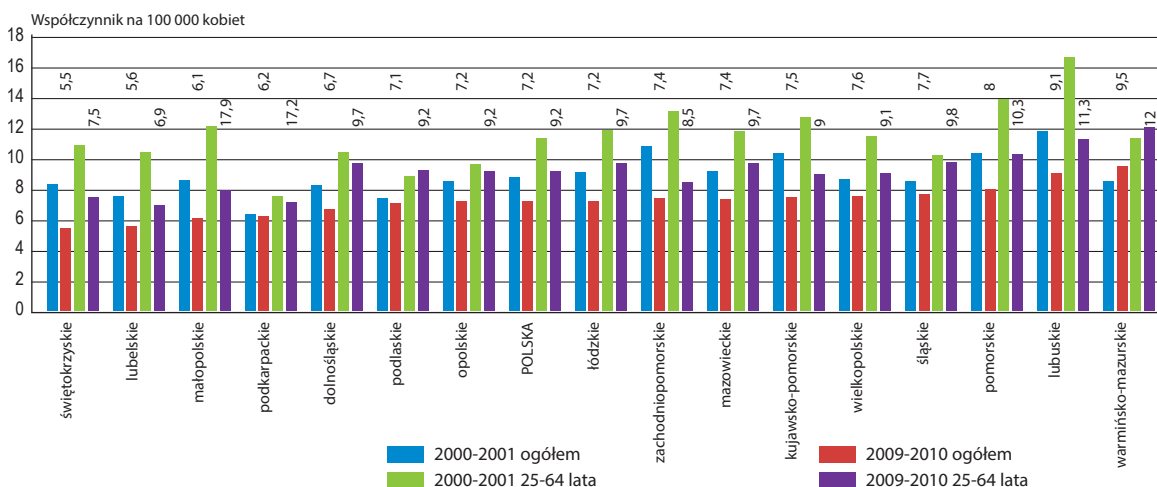
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Mapa 10. Współczynnik zgonów na nowotwory szyjki macicy na 100 tys. kobiet w podziale na województwa w 2011 r.



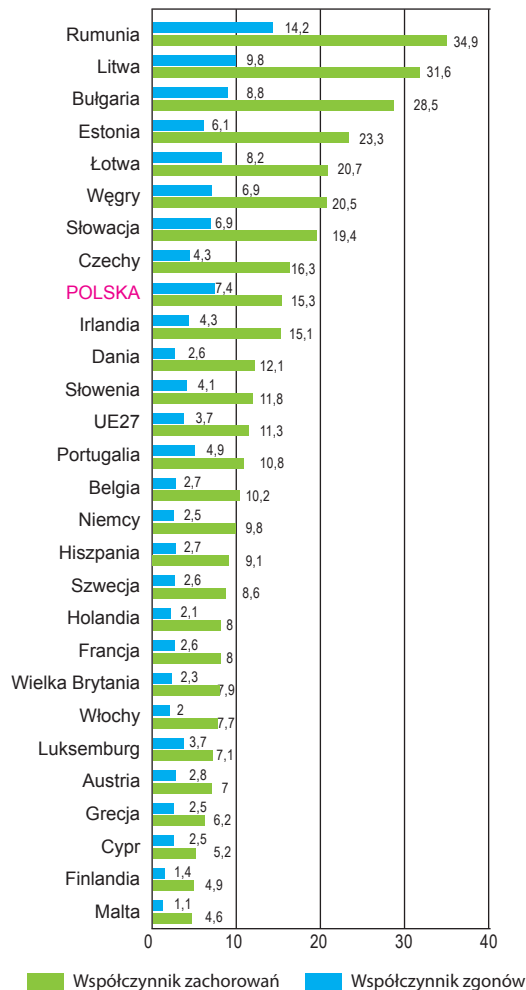
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wykres 31. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy kobiet ogółem oraz w wieku 25–64 lata wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010



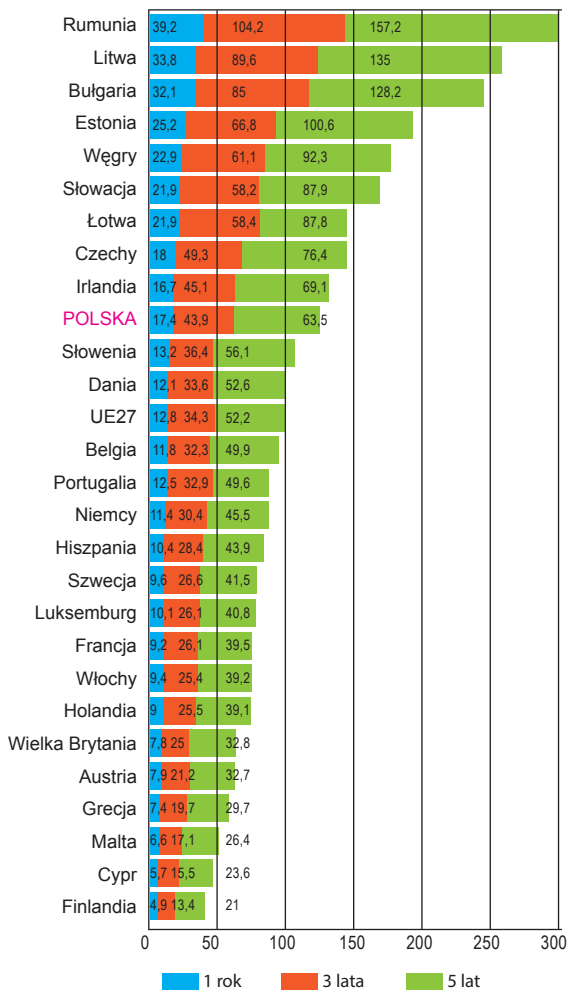
Źródło: B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, str. 81, NIZP–PZH 2012

Wykres 32. Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworów szyjki macicy na 100 tys. kobiet w Polsce i w krajach UE w 2012 r.



Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/eucan>

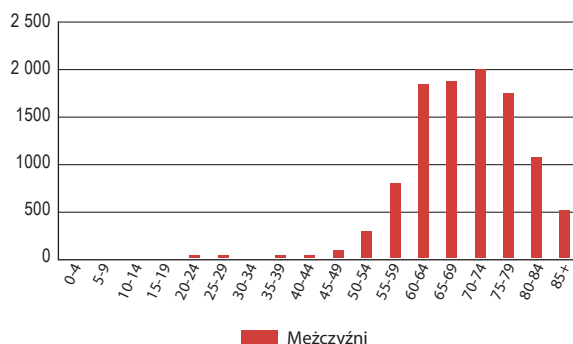
Wykres 33. Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3- i 5-letniej chorobowości na nowotwory szyjki macicy na 100 tys. kobiet dla Polski i UE w 2012 r.



Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/eucan>

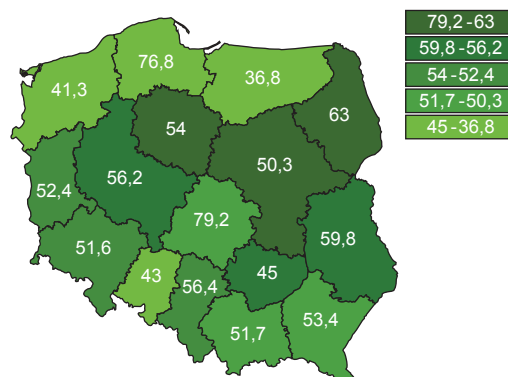
Nowotwory prostaty (C61)

Wykres 34. Liczba zachorowań na nowotwory prostaty w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



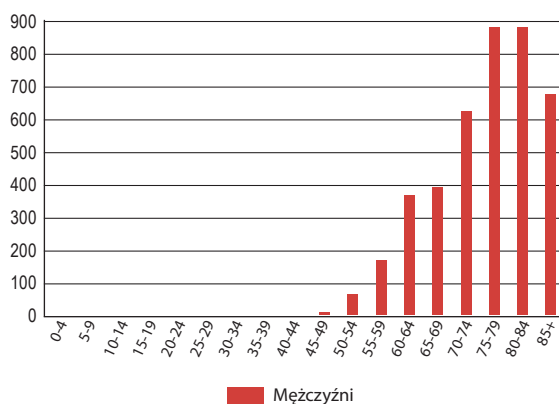
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Mapa 11. Współczynnik zachorowań na nowotwory prostaty na 100 tys. mężczyzn w podziale na województwa w 2011 r.



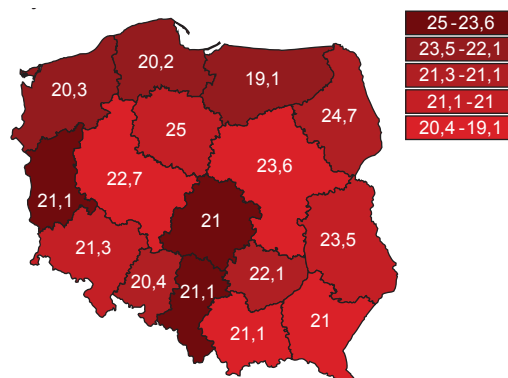
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wykres 35. Liczba zgonów na nowotwory prostaty w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.



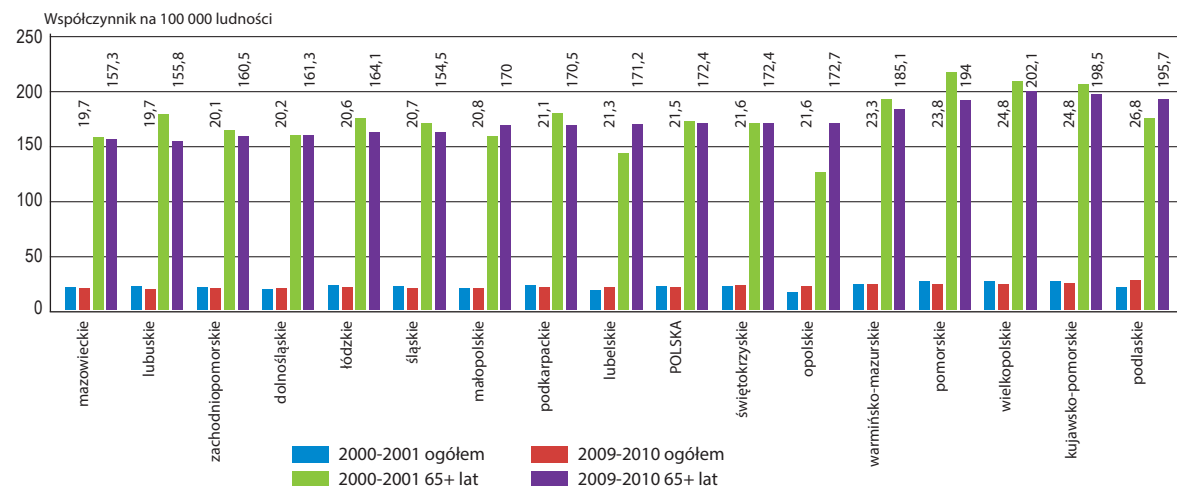
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Mapa 12. Współczynnik zgonów na nowotwory prostaty na 100 tys. mężczyzn w podziale na województwa w 2011 r.



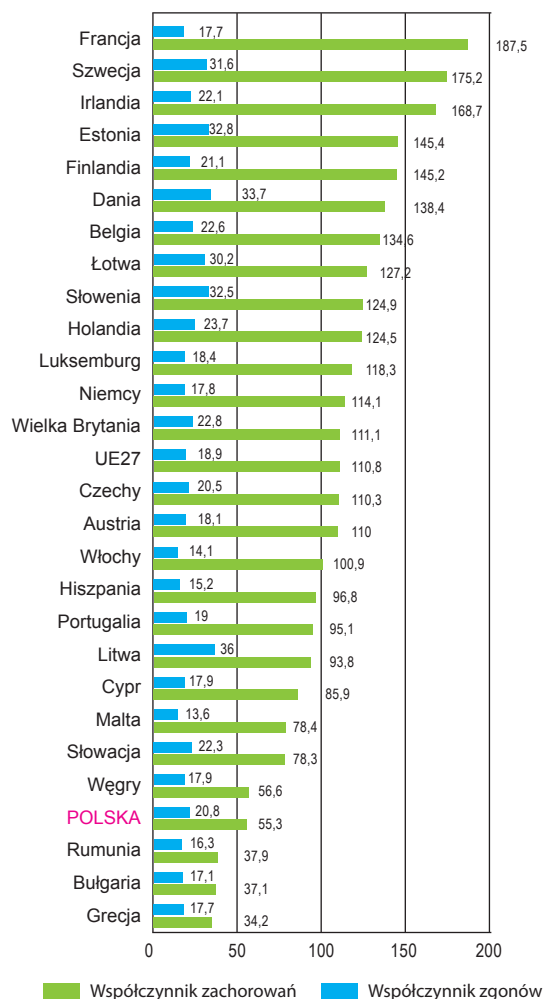
Źródło: KRN, www.epid.coi.waw.pl/krn/

Wykres 36. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego prostaty ogółem oraz w wieku 65 lat i starszych wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010



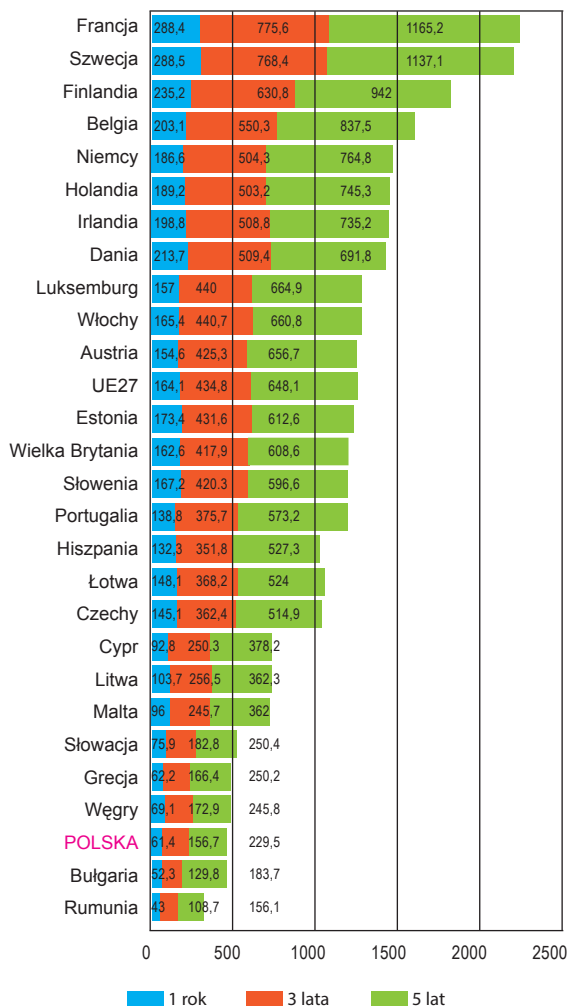
Źródło: B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, str. 82, NIZP-PZH 2012

Wykres 37. Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworu prostaty na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w krajach UE w 2012 r.



Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/eucan>

Wykres 38. Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3- i 5-letniej chorobowości na nowotwór prostaty na 100 tys. mieszkańców dla Polski i UE w 2012 r.



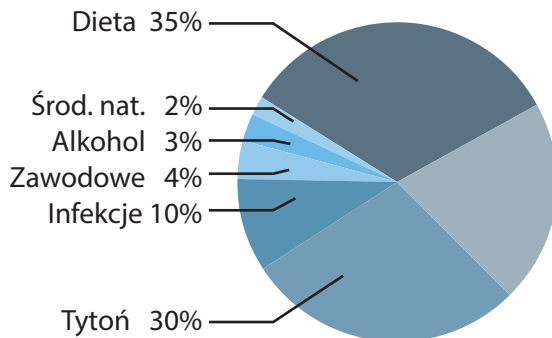
Źródło: WHO, <http://eco.iarc.fr/eucan>

Czynniki ryzyka nowotworów

Współczesna wiedza na temat etiologii nowotworów pozwala na konstatację, że ludzie w ogromnej większości sami przyczyniają się do rozwoju tych chorób. W trakcie pracy nad raportem z ust jednego z członków Rady Konsultacyjnej, prof. Tadeusza Pińkowskiego, padło nawet stwierdzenie, że „współcześni ludzie pracują na śmierć z powodu nowotworów bez specjalnego wysiłku – robią to siedząc, jedząc, pijąc i paląc, a narzędziami służącymi kopaniu grobu nie jest bynajmniej łopata, jak by się mogło wydawać, ale są nimi nóż i widelec, kieliszek, a przede wszystkim papieros”. Nic dodać, nic ująć.

Wiele badań dowodzi, że aż w 1/3 za nowotwory odpowiedzialne jest palenie tytoniu, w ok. 40% styl życia (tłusta dieta, uboga w warzywa i owoce, a bogata w czerwone mięso, tłuste sery i tłuszcze nasycone, nadużywanie alkoholu i brak ruchu), a w 10% rozpoznane i nierozpoznane przewlekłe infekcje wirusowe i bakteryjne, związane w dużej mierze także ze stylem życia, zwłaszcza sek-

Rysunek 1. Przyczyny nowotworów



Źródło: R. Doll, R. Peto, *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today*, J Natl Cancer Inst. 1981 Jun;66(6):1191-308

sualnego. Zanieczyszczenie środowiska to zaledwie 2% wpływu, a czynniki ryzyka związane z wykonywanym zawodem to ok. 4%. Inne – często nieznanne – mają ok. 15-proc. wpływ na rozwój nowotworów.

Wiele wskazuje na to, że wiedza o związanych ze stylem życia czynnikach ryzyka chorób jest w Polsce nadal niedostateczna. Dowodzą tego dane o rosnącej liczbie osób otyłych lub z nadwagą, o złych nawykach żywieniowych czy niskiej aktywności fizycznej. Tylko na jednym polu – palenia tytoniu – Polska odnotowała wyraźną poprawę. Spadek liczby palaczy w ciągu ostatnich ok. 30 lat jest wyraźny – z 63% palących mężczyzn w 1982 r. do 31% w 2009 r. Nadal jednak Polacy palą wyroby tytoniowe częściej niż przedstawiciele innych narodów w Europie.

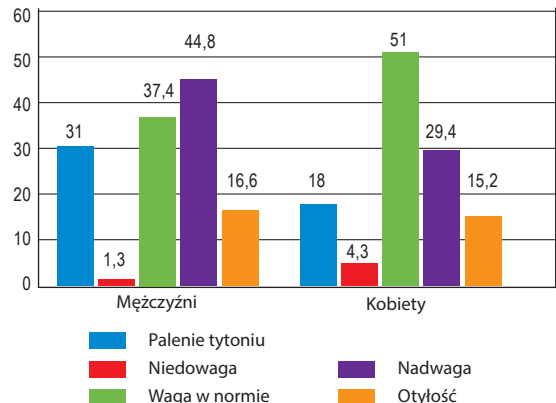
Palenie tytoniu

Palenie tytoniu i wdychanie rakotwórczych substancji zawartych w dymie tytoniowym jest przyczyną nie tylko raka płuca, tchawicy i oskrzela, ale aż 1/3 wszystkich zachorowań na nowotwory. Jest to kluczowy czynnik ryzyka raka gardła, przełyku czy żołądka, ale także wielu innych m.in. trzustki, wątroby, nerek, pęcherza moczowego, szyjki macicy, a także chłoniaków i białaczek.

Wg danych GUS w 2009 r. codziennie paliło tytoń ok. 31% mężczyzn oraz 18% kobiet. Dziesięć lat wcześniej codziennie paliło 40,9% mężczyzn oraz 19,4% kobiet. Widać więc wyraźny spadek liczby palących, ale jedynie wśród mężczyzn¹⁵.

Tendencję spadkową obserwuje się w dalszym ciągu, ale jej dynamika słabnie. Rezygnacja lub niepodejmowanie palenia dotyczy głównie mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych. **W przypadku kobiet, w najmłodszej grupie wiekowej (15–19 lat), obserwuje się niepokojące zjawisko coraz częstszego sięgania po tytoń**¹⁶.

Wykres 39. Odsetek Polaków powyżej 15. roku życia palących codziennie papierosy w zależności od płci oraz masa ciała – dane za 2009 r.



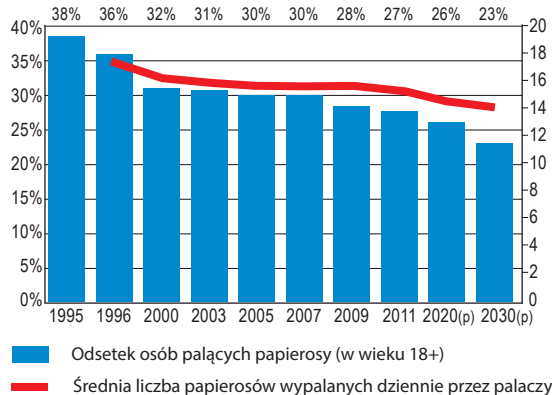
Źródło: Opracowanie własne za B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskałowicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, ss. 289, 296; NIZP–PZH 2012; za GUS

Dane epidemiologiczne wskazują jednoznacznie, że efektem wyraźnego zmniejszenia częstości palenia wśród mężczyzn jest spadek zachorowalności i umieralności z powodu raka płuca. Brak analogicznej tendencji w przypadku kobiet, skutkuje wysunięciem się raka płuca na pierwsze miejsce wśród przyczyn zgonów kobiet z powodu nowotworów. Dlatego walka z nikotynizmem, tak skuteczna w latach 90. ubiegłego wieku (m.in. za sprawą ogromnego zaangażowania nestora populacyjnej walki z rakiem w Polsce prof. Witolda Zatońskiego), musi być bezwzględnie kontynuowana. Jej celem winno być stałe podnoszenie świadomości społecznej na temat krytycznych czy wręcz śmiertelnych skutków aktywnego i biernego palenia wyrobów tytoniowych.

¹⁵ Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r., GUS, Warszawa, 1998

¹⁶ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskałowicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP–PZH, Warszawa, 2012

Wykres 40. Odsetek osób w wieku 18 lat i więcej palących papierosy oraz średnia liczba wypalanych papierosów



Źródło: Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 r., str. 47, KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012; za Diagnoza Społeczna

Działania służące realizacji tego celu winny być kierowane głównie do młodzieży, aby nie podejmowała palenia, ale także osób palących, w zasadzie w każdym wieku, aby dla własnego dobra zrezygnowały z tego zabójczego nałogu. Świadomość, że można mieć wpływ na własne zdrowie i dzięki temu realizować swoje życiowe cele, jest warunkiem *sine qua non* skuteczności kampanii antytytoniowych. Naszym celem winno być osiągnięcie warunków, aby przestrzeń publiczna, podobnie jak w krajach skandynawskich czy wielu innych krajach europejskich, była całkowicie wolna od dymu tytoniowego, a procentowy udział osób palących w całej populacji spadł poniżej 20%.

Osiągnięcie tego wymaga bez wątpienia środków na edukację zdrowotną, których źródłem (zgodnie z Ustawą o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych) winien być odpis z akcyzy w wysokości 0,5%, a sposobem realizacji – aktywne wdrażanie Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu (POZNPT). Dobre doświadczenia lat 90. XX w. i pierwszej dekady XXI w. wskazują jednoznacznie, że konsekwentnie prowadzone działania w zakresie przeciwdziałania szkodliwym skutkom palenia tytoniu, w kolejnych latach przyczynią się do spadku zachorowalności i umieralności nie tylko z powodu raka płuca, ale także wielu innych nowotworów oraz innych chorób związanych z paleniem tytoniu – głównie chorób układu krążenia oraz układu oddechowego. Brak działań na tym polu (a na to wyraźnie wskazuje raport NIK¹⁷ poświęcony ocenie realizacji Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz realizacji Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu – POZNPT) zmusza do wyrażenia wątpliwości, czy Polska jest w stanie osiągnąć rezultaty prezentowane w powyższej prognozie.

¹⁷ Realizacja przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, NIK, Nr ewid. 145/2013/P/12/137/LKA, 2013

Styl życia – dieta, aktywność fizyczna i alkohol

Niewłaściwy styl życia, podobnie jak palenie tytoniu, także jest przyczyną ponad 1/3 ogółu nowotworów. W zależności od stopnia rozwoju cywilizacyjnego, w największym stopniu od stylu życia zależą nowotwory układu pokarmowego oraz nowotwory układu płciowego – w krajach rozwiniętych rak jelita grubego czy prostaty, a w krajach biedniejszych, rak żołądka czy nowotwory układu płciowego kobiet – rak szyjki macicy.

Siedzący tryb życia oraz dieta uboga w warzywa, owoce i ryby, a bogata w tłuszcze nasycone i białko pochodzące z czerwonego mięsa (a więc styl życia charakterystyczny dla krajów bogatych) przyczyniły się do zwiększenia zapadalności i umieralności na nowotwory jelita grubego u obu płci, a także na raka prostaty u mężczyzn czy nowotwory układu rodowego u kobiet.

W przypadku kobiet w krajach bogatych najczęstszym nowotworem jest rak piersi, którego częstość występowania ma związek z powszechnym modelem zachowań współczesnej kobiety – późnym macierzyństwem, niską dzietnością (najczęściej jest to jedno dziecko, krótko karmione lub w ogóle nie karmione piersią), a następnie w okresie menopauzy długotrwała hormonoterapia zastępcza (HTZ) bez ścisłego monitorowania badaniami mammograficznymi i przezpochwowym USG. Taki styl życia, w połączeniu z dietą bogatotłuszczową prowadzącą do nadwagi lub otyłości, niską aktywnością fizyczną i/lub współlistnieniem wieloletniego narażenia na najpoważniejszy czynnik ryzyka nowotworów, jakim jest palenie tytoniu – sprzyja nie tylko rakowi piersi, ale także jajnika czy macicy.

Nadwaga lub otyłość dotyczy w Polsce ponad 61% mężczyzn oraz ponad 44% kobiet. Porównawcze analizy wskazują, że jesteśmy jednym z najbardziej otyłych społeczeństw w Europie. Tymczasem według badań prezentowanych przez Amerykańskie Stowarzyszenie Onkologii Klinicznej (ASCO) nadwaga i otyłość jest odpowiedzialna za ok. 20% zgonów spowodowanych przez nowotwory, których czynnikiem ryzyka jest nadmierna masa ciała¹⁸. Dlatego za szczególnie alarmujące należy uznać dane dotyczące skali nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży, ale także te dotyczące nadwagi i otyłości dorosłych Polaków. Szacuje się, że w 2011 r. w Polsce było ok. 10,3 mln osób z BMI $\geq 27,49$ co oznacza nadwagę w górnym przedziale i otyłość¹⁹.

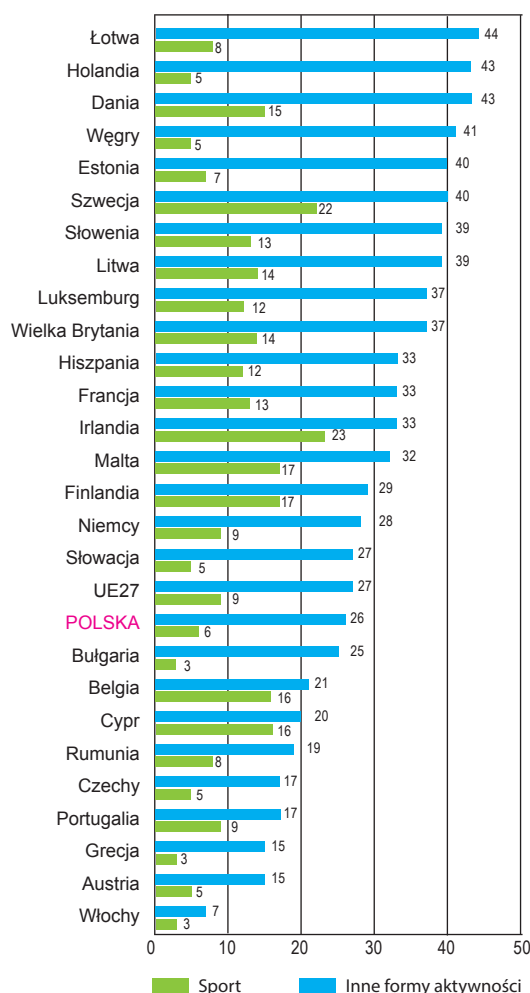
¹⁸ G. A. Colditz, et al., *Applying what we know to accelerate cancer prevention*, "Sci Transl Med." 2012, 4:127rv4, prezentacja Cancer prevention, American Society of Clinical Oncology, ASCO University

¹⁹ Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku, KPMG, Fundacja NUTRICIA, Warszawa 2012, na podstawie danych GUS

Warto uświadomić sobie, że polska populacja znajduje się wśród krajów UE o najwyższym procentowo udziale osób z tym problemem zdrowotnym. Jest to efekt nieprawidłowej diety oraz bardzo małej aktywności fizycznej Polaków. Dane prezentowane poniżej wskazują, że kolejne pokolenia mieszkańców naszego kraju będą – o wiele bardziej niż poprzednie – narażone na choroby cywilizacyjne, m.in. na nowotwory.

Kolejnym, po paleniu tytoniu i nadwadze, często z nimi powiązany problem Polaków, który naraża ich na rozwój nowotworów, jest zbyt mała aktywność fizyczna. Dane porównawcze wskazują, że zarówno pod względem uprawiania sportu, jak i codziennej, regularnej aktywności fizycznej wypadamy w statystykach gorzej od większości państw UE.

Wykres 41. Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat regularnie uprawiających sport i podejmujących inne formy aktywności fizycznej w krajach UE



Źródło: Eurobarometr 2009

W walce z nadwagą i otyłością, aktywności fizycznej musi towarzyszyć zmiana nawyków żywieniowych. Także i one mają kluczowy wpływ na rozwój nowotworów. Polacy, podobnie jak mieszkańcy bogatszej części świata, jedzą zbyt tłusto i słodko, odżywiają się nieregularnie i jedząc produkty wysoko przetworzone z licznymi konserwantami, jednocześnie ograniczając lub eliminując z diety warzywa, owoce oraz ryby.

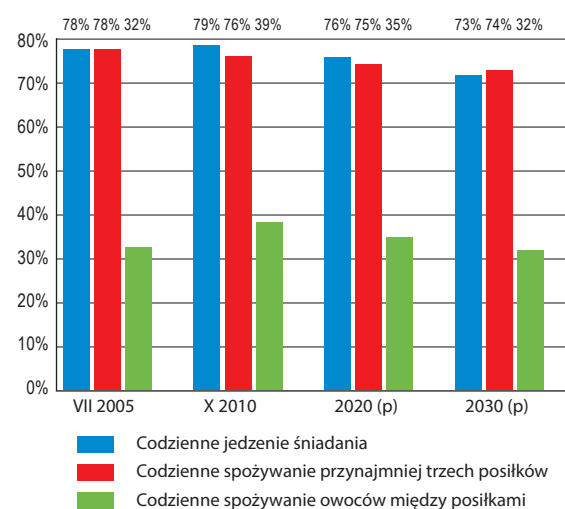
Wśród nowotworów dietozależnych znajdują się zarówno te, które są bezpośrednio związane z przewodem pokarmowym – rak żołądka czy jelita grubego, ale także te, których z jedzeniem nie kojarzymy – rak prostaty u mężczyzn czy rak piersi i jajnika u kobiet.

Prezentowane poniżej badania wskazują, że pomimo licznych działań zmierzających do obniżenia spożycia tłuszczów nasyconych oraz zwiększenia ilości warzyw i owoców w diecie, wciąż odżywiamy się nieprawidłowo. Odnotowano wprawdzie poprawę w zakresie spożycia tłuszczów, ale równocześnie zaobserwowano niepokojący spadek liczby posiłków w ciągu dnia oraz spożycia warzyw i owoców. Dotyczy to zarówno osób dorosłych, jak i dzieci, i młodzieży.

Wg danych z 2009 r. statystyczny Polak zjadał rocznie tylko 56 kg owoców, przy średniej 103 kg na mieszkańca UE. W przypadku warzyw sytuacja wygląda teoretycznie dużo lepiej. Polak jadł ich średnio 126 kg rocznie przy średniej w UE 118 kg na osobę, jednak na wynik ten wpływ ma tradycyjnie wysoka konsumpcja ziemniaków w Polsce²⁰.

Analizując czynniki ryzyka nowotworów, za alarmujące należy uznać informacje na temat braku odpowiednich nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży. **Problem otyłości i nadwagi dotyczy w naszym kraju już kilkunastu procent chłopców i dziewcząt.** Wg wielośrodkowych badań populacyjnych, w grupie dzieci w wieku 7–9 lat nadwaga i otyłość występuje łącznie u 15% chłopców i blisko

Wykres 42. Odsetek dorosłych Polaków o prawidłowych nawykach żywieniowych w wybranych kategoriach



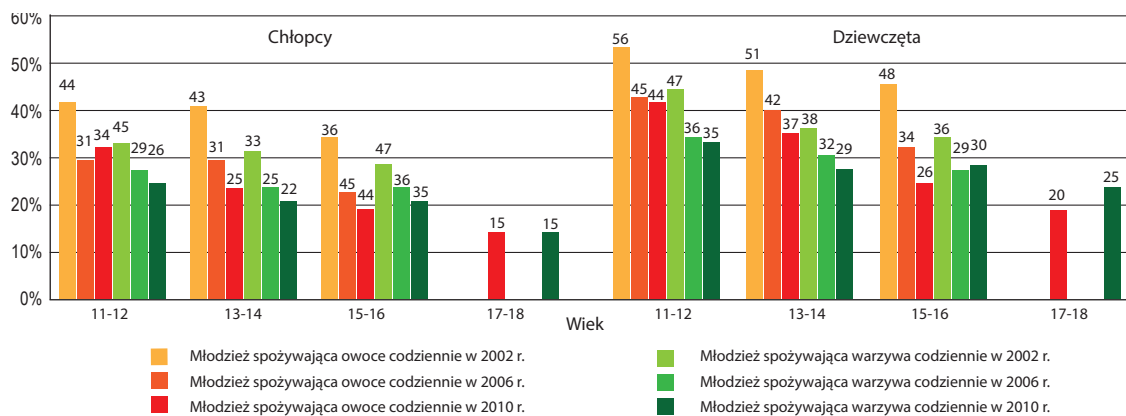
Źródło: Opracowanie własne za: Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku; str. 42; KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012; za CBOS; (p) - prognoza

²⁰ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP–PZH, Warszawa 2012, za FAOSTAT Database

16% procent dziewcząt. Warto uświadomić sobie, że odsetek dzieci z nadwagą i otyłością w tym wieku jest aż kilkukrotnie wyższy niż w analogicznych badaniach przeprowadzonych w latach 1994–1995 (wówczas było to 4,3% chłopców oraz 6,4% dziewcząt).

być dostępne w sklepikach i posiłkach oferowanych dzieciom i młodzieży podczas godzin nauki. Polska, po kilku latach dyskusji nad dramatycznymi danymi z cytowanych wcześniej badań, wzorem innych państw blokuje sprzedaż w placówkach oświatowych produk-

Wykres 43. Odsetek młodzieży szkolnej spożywającej codziennie owoce i warzywa w latach 2002, 2006 i 2010 w latach 2002, 2006 i 2010



Źródło: Opracowanie własne za B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*; ss. 300, 301; NIZP-PZH 2012; za HBSC

Z kolei przy zastosowaniu kryteriów międzynarodowych Cole'a i wsp., nadwaga i otyłość dotyczą nawet 20% polskich chłopców i 14,5% dziewcząt²¹. Jest to skutek spadającej wraz z wiekiem aktywności fizycznej oraz złych nawyków żywieniowych.

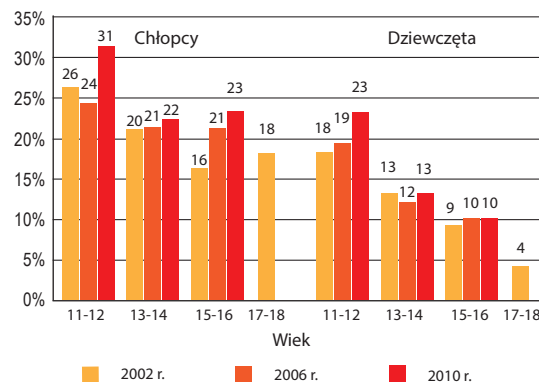
tów o podwyższonej zawartości cukrów i tłuszczów, a w ich miejsce wprowadza zdrowe posiłki, bogate w produkty mleczne oraz warzywa i owoce, zastępując wodą mineralną słodzone soki i napoje gazowane.

Wyniki badań z lat 2002, 2006 i 2010, na temat poziomu aktywności fizycznej oraz jedzenia warzyw i owoców przez dzieci i młodzież wskazują, że **skala negatywnych zjawisk dotyczących nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej dzieci i młodzieży zwiększa się dramatycznie.**

Zmiana zachowań dzieci i młodzieży, choć trudna, jest możliwa. Warunkiem są jednak konsekwentne działania edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży oraz realizacja kampanii kierowanych do rodziców i nauczycieli. W wielu krajach europejskich, gdzie istnieją podobne problemy, w ich rozwiązywanie angażowane są nie tylko duże środki finansowe, ale tworzy się centra rządowe lub pozarządowe ze wsparciem z budżetu państwa lub samorządów terytorialnych, które specjalizują się w organizacji prozdrowotnych kampanii na szczeblu krajowym i lokalnym. W Polsce

Z badań tych wyraźnie widać, że niska aktywność fizyczna oraz złe nawyki żywieniowe stały się codziennością dla większości najmłodszych Polaków. Choć późno, problem otyłości i złej kondycji fizycznej dzieci i młodzieży został już jednak szerzej dostrzeżony. Resorty edukacji oraz sportu podejmują działania, aby np. uświadomić rodzicom skutki częstego zwalniania dzieci z lekcji wychowania fizycznego i godzenia się na ich siedzący tryb życia. W ślad za tym idą działania na poziomie szkół i całego systemu edukacji.

Wykres 44. Odsetek młodzieży szkolnej wypełniającej dzienną normę aktywności fizycznej w latach 2002, 2006 i 2010



Dzięki dostrzeżeniu problemu nadwagi i otyłości dzieci oraz ich złych nawyków żywieniowych, od 1 stycznia 2015 r. weszła w życie ustawa, dzięki której ze szkół i placówek oświatowych zniknie nie służąca zdrowiu żywność, a minister zdrowia będzie ustalał, co może

Źródło: B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, str. 303, NIZP-PZH 2012; za HBSC

²¹ Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nalogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku, KPMG, Fundacja NUTRICIA, Warszawa 2012

– choć podobne działania są także podejmowane – jak pokazują badania, wciąż mają za małą skalę, brakuje też ich koordynacji.

Nadużywanie alkoholu jest także znanym od lat czynnikiem ryzyka nowotworów. Często jest on ściśle powiązany z wieloletnim nalogiem palenia tytoniu. Oba te czynniki, uszkadzając nabłonki i komórki narządów, do których wnikają, przyczyniają się do rozwoju nowotworów krtani, przełyku, żołądka czy wątroby.

Infekcje wirusowe i bakteryjne

Warto zwrócić uwagę, że chcąc skutecznie walczyć z nowotworami na polu szeroko rozumianego stylu życia, należy podejmować działania o bardzo dużej skali. Muszą one dotyczyć zarówno kwestii codziennego życia, diety czy aktywności fizycznej, jak i sfery tak intymnej jak życie seksualne i zachowania prokreacyjne. Ma to bowiem związek z kolejną, ok. 10-proc. grupą nowotworów, których rozwój koreluje z obecnością przewlekłych infekcji wirusowych i bakteryjnych. Według badań prezentowanych przez Amerykańskie Stowarzyszenie Onkologii Klinicznej (ASCO) infekcje, w zależności od tego, czy mamy do czynienia z krajem rozwiniętym czy rozwijającym się, mają wpływ na rozwój od 8% do 23% nowotworów²². Znaczna ich część jest związana z zachowaniami seksualnymi i transmisją zakażeń związanych z seksem, zarówno waginalnym, jak analnym lub oralnym. Skuteczną metodą przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się infekcji HBV i HPV są szczepienia, w Polsce dostępne, ale w przypadku HPV wciąż niedostatecznie rozpowszechnione z powodu braku ich finansowania ze środków publicznych będących w dyspozycji NFZ.

Wpływ na większe ryzyko rozwoju nowotworów narządów płciowych – prącia lub sromu czy szyjki macicy – ale także wątroby (u obu płci) w związku z infekcjami wirusowymi ma m.in. wczesna, nierzadko przypadkowa inicjacja seksualna oraz częste kontakty płciowe z licznymi partnerami.

Przyczyną raka szyjki macicy i zewnętrznych narządów płciowych są zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego HPV, a wątroby wirusem HBV lub HCV. Wirus HPV przenoszony podczas seksu oralnego jest także odpowiedzialny za rosnącą liczbę zachorowań na raka gardła, jamy ustnej czy krtani, a analnego – na raka odbytnicy.

Z kolei następstwem infekcji HIV mogą być chłoniaki o bardzo agresywnym przebiegu, a wirus opryszczki HHV-8 może sprzyjać powstawaniu raka prostaty i mięsaka Kaposiego. Wirus Epsteina-Barr jest wymieniany jako sprawca chłoniaka Burkitta, a także raka nosogardzieli i gardła.

Jeśli chodzi o bakterie, to wiemy, że te z rodzaju Chlamydia sprzyjają powstawaniu raka szyjki macicy, raka płuca oraz chłoniaków. Wiemy także, że u podłoża raka pęcherza moczowego leży zakażenie dwoinką rzeżączki, a przewlekłe zakażenia *E. coli*, *Enterococcus faecalis* i wirusem Cytomegalii mogą się przyczyniać do powstawania raka jelita grubego. Obserwowane u wielu pacjentów z problemami gastrycznymi przewlekłe zakażenia *Helicobacter pylori* mogą w konsekwencji doprowadzić do rozwoju raka lub chłoniaka żołądka²³.

Walka z nowotworami musi zatem wykraczać daleko poza tradycyjnie rozumianą ochronę zdrowia ograniczoną do medycyny naprawczej. Aby ją wygrać, nie można się koncentrować wyłącznie na leczeniu skutków w postaci rozwiniętych już nowotworów. Mając świadomość czynników ryzyka, można im skutecznie zapobiegać. A że walka ta ma sens, udowadniają liczne przykłady udanych masowych kampanii antynowotworowych, które wpisują się w języku medycznym czy języku zdrowia publicznego w definicję działań o charakterze profilaktyki pierwotnej oraz profilaktyki wtórnej.

Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dowodzą, że – prowadząc dobrze zaplanowaną, opartą na wiedzy aktywną walkę z nowotworami – aż 1/3 tych chorób można zlikwidować przez podniesienie świadomości ludzi, odwoływanie się do indywidualnej troski o zdrowie, polegającej

Rysunek 2. Cele Światowej Organizacji Zdrowia



Źródło: Opracowanie własne

na zmianie niezdrowych nawyków, niewłaściwych postaw i przyzwyczajzeń. Wg WHO kolejną 1/3 można wyleczyć pod warunkiem wczesnego rozpoznania i szybko podjętego leczenia opartego o skuteczne metody terapeutyczne, a w przypadku 1/3 chorych nowotworowych można znacząco wydłużyć okres życia w dobrej jakości, stosując leczenie paliatywne i wspomagające oraz wsparcie społeczne i psychoonkologiczne. O ile pierwsza 1/3 w ogromnej mierze zależy od każdego z nas z osobna, to kolejne 2/3 zależą od jakości systemu lecznictwa onkologicznego każdego kraju z osobna. Jaki jest polski system i co w nim zmieniać, by był lepszy – o tym w dalszej części raportu.

²² G. A. Colditz, et al., *Applying what we know to accelerate cancer prevention*, "Sci Transl Med." 2012, 4:127rv4, prezentacja *Cancer prevention*, American Society of Clinical Oncology, ASCO University

²³ J. Meder, *Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku, Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych* ss. 50-85 [w:] *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, redakcja naukowa: A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014

1.2 Walka z rakiem i opieka onkologiczna – organizacja, zasoby i poziom finansowania

Walka z nowotworami w Polsce, mimo że – jak się może wydawać – powinna być kojarzona ze zdrowiem publicznym i edukacją zdrowotną, jest wiązana niemal wyłącznie z onkologią, a więc specjalnością medycyny naprawczej, która zajmuje się badaniami, diagnostyką i leczeniem chorób nowotworowych. Zawężające skojarzenie – rak to onkologia – jest zapewne między innymi wynikiem głęboko zakorzonego w naszym myśleniu uproszczenia, że nowotwór to bezwzględny zabójca, na którego rozwój nie mamy wpływu, a tymi, którym może udać się wyleczyć nas z raka, są onkolodzy.

Niełatwo wytłumaczyć, dlaczego tak jest, skoro polskie tradycje organizacji medycznych i struktur zajmujących się chorobami nowotworowymi od samego początku swojego istnienia skupiały się nie tylko na leczeniu, ale także na badaniach i edukacji zdrowotnej. Tradycje te sięgają co najmniej początków XX w., jeśli nie brać pod uwagę dużo wcześniejszych, jeszcze XVI-wiecznych bractw miłosierdzia opiekujących się chorymi na nowotwory.

Polska, w okresie II RP, była jednym z pierwszych państw na świecie, które prowadziły walkę z rakiem, opartą na ogólnokrajowym programie. Pierwszy (łącznie z obecnym było ich dotychczas cztery), ogłoszony w grudniu 1924 r., stawiał sobie za główne cele: prowadzenie badań naukowych, klinicznych i epidemiologicznych, popularyzację wiedzy o nowotworach i szerzenie oświaty zdrowotnej oraz inicjowanie budowy szpitali onkologicznych. Kluczowym działaniem w jego ramach, będącym „Darem narodowym dla Marii Skłodowskiej-Curie” było utworzenie w 1932 r. w Warszawie, z siedzibą przy ul. Wawelskiej, Instytutu Radowego imienia odkrywcy radu. II wojna światowa przerwała zainicjowane działania, a sam Instytut Radowy przy Wawelskiej został zniszczony przez Niemców podczas Powstania Warszawskiego²⁴.

Po wojnie, począwszy od końca lat 40. XX wieku leczenie onkologiczne stopniowo odbudowywano lub tworzone od podstaw. W okresie kilkudziesięciu lat XX wieku zbudowano w naszym kraju pion leczenia onkologicznego, który oparty jest na: dzielnicowych i powiatowych specjalistycznych poradniach onkologicznych, monoterapeutycznych oddziałach szpitalnych o profilu onkologicznym, dysponujących podstawowym sprzętem diagnostycznym i częścią ambulatoryjną oraz ministerialnych instytutach onkologii i hematologii, wojewódzkich centrach onkologii oraz szpitalach specjalistycznych

szczebla wojewódzkiego lub uniwersyteckiego, w których oddziały lub kliniki onkologiczne stanowią część struktury organizacyjnej.

Ze względów historycznych, wśród ośrodków specjalizujących się w leczeniu nowotworów w Polsce dominującą pozycję mają: Centrum Onkologii – Instytut (COI) ze swoimi filiami w Gliwicach i Krakowie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, wojewódzkie centra onkologii – specjalistyczne szpitale, które zajmują się wyłącznie leczeniem chorych na raka oraz kliniki onkologii w uniwersyteckich szpitalach klinicznych.

COI w Warszawie odgrywa ważną rolę w systemie walki z rakiem w Polsce, rozumianym szerzej niż tylko medycyna naprawcza, ze względu na usytuowanie w jego strukturach Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów oraz Krajowego Rejestru Nowotworów, które zajmują się zarówno badaniami epidemiologicznymi w oparciu o wieloletnie obserwacje i rejestry, jak i prewencją nowotworów (m.in. edukacją zdrowotną i kampaniami społecznymi związanymi z walką z chorobami nowotworowymi).

Krajowy Rejestr Nowotworów, prowadzony w Polsce od 1963 r., jest jednym z nielicznych rejestrów chorób w naszym kraju. Jego kompletność szacowana jest na 94%, choć zdarza się słyszeć opinie niektórych ekspertów odwołujących się do badań międzynarodowych, że liczba chorych na nowotwory złośliwe w Polsce jest niedoszacowana nawet o 30%. Aż tak wysoki poziom niekompletności rejestru nowotworów w naszym kraju nie znajduje jednak odzwierciedlenia w danych dotyczących zgonów z ich powodu, choć, o czym napisano już wcześniej w raporcie, pojawiają się głosy, że także rejestr zgonów w Polsce w zbyt dużym stopniu nie wskazuje na konkretną medyczną przyczynę śmierci – problem ten dotyczy zwłaszcza osób z najstarszych grup wiekowych, w których, jak wiadomo, ryzyko wielu nowotworów jest wysokie. Pojawiają się także głosy dotyczące problemów z rzetelną rejestracją nowotworów krwi, np. fakt nieróżnicowania w nim ostrych i przewlekłych białaczek lub nieobejmowania rejestrem niektórych nowotworów krwi, np. zespołów mieloblastycznych i nowotworów mielo-proliferacyjnych z wyjątkiem białaczek. Kompletność rejestracji nowotworów sięgająca 98–100% notowana jest w większości województw, ale ogólnokrajowy wynik zaniżają województwa zachodniopomorskie (77%), podlaskie (80%), mazowieckie (81%) i lubuskie (85%)²⁵.

W toku pracy nad raportem, przeprowadzając wywiady z ekspertami w zakresie onkologii z wielu ośrodków w kraju oraz analizując dane o organizacji i finansowaniu leczenia nowotworów, jako istotny problem wielokrotnie pojawiała się kwestia – z jednej strony – zbyt silnego wyodrębnienia pionu leczenia onkologicznego i niemal odizolowania go od kształcenia na poziomie aka-

²⁴ J. Meder, *Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku, Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych* ss. 50-85 [w:] *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, redakcja naukowa: A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014

²⁵ J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce*, str. 8, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

demickim, z drugiej zaś fakt, że zwłaszcza w zakresie chirurgii ich leczenie w Polsce jest często suboptymalne, ponieważ zajmują się nim nie tylko ośrodki i lekarze specjalizujący się w leczeniu nowotworów, ale również jednostki wykonujące sporadycznie zabiegi onkologiczne. Problem wyodrębnienia przed wieloletni pionierstwa onkologicznego w połączeniu z wieloletnim, niemal szczątkowym nauczaniem onkologii w akademiach medycznych i w konsekwencji brakiem rozwoju infrastruktury szpitali klinicznych adekwatnej do potrzeb kompleksowego leczenia onkologicznego, skutkuje tym, że obecnie większość uniwersytetów medycznych swoje kliniki onkologiczne ma usytuowane w szpitalach, których właścicielami nie są same uniwersytety (tzw. kliniki na bazie obcej), borykając się nierzadko z barierami zarówno organizacyjnymi i finansowymi, jak kadrowymi niezbędnymi do leczenia, kształcenia i prowadzenia badań naukowych. Zdecydowana większość uniwersytetów medycznych nie posiada, np. własnych akceleratorów i innego sprzętu niezbędnego do radioterapii, a niektóre do nauczania studentów korzystają z kadr wojewódzkich centrów onkologii. Problem ten jest podnoszony już od co najmniej 10 lat przez środowisko onkologów, ale jak na razie nie są znane żadne ogólnopolskie plany zmiany tej sytuacji.

Warto w tym miejscu podkreślić bardzo daleko idące konsekwencje takiego stanu rzeczy, dotyczą one bowiem zarówno postrzegania onkologii wśród przyszłych kadr medycznych, jak i ogólnego poziomu wiedzy onkologicznej nowo kształconych lekarzy.

Trzeba pamiętać, że nowotwory u pacjentów w starszym wieku współistnieją z chorobami przewlekłymi, najczęściej układu krążenia, cukrzycą typu 2, ale także innymi, których leczenie wymaga wielospecjalistycznego podejścia i kadr medycznych innych niż tylko onkologiczne. Takimi kadrami w dostatecznym stopniu nie dysponują obecnie wojewódzkie centra onkologii, natomiast mają je uniwersyteckie szpitale kliniczne.

Jak zatem widać, stan onkologii uniwersyteckiej nie jest tylko problemem uniwersytetów ani nawet całej polskiej onkologii – jest to problem natury strategicznej dla bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków i całego systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. W związku z nieuchronnym starzeniem się ludności Polski, o czym w kategoriach wyzwania napisano w dalszej części raportu, bez istotnego wzmocnienia uniwersyteckiej onkologii w najbliższej dekadzie, w kolejnych dziesięcioleciach jeszcze boleśniej odczujemy problem dużo starszego niż obecnie społeczeństwa.

Choroby nowotworowe, z uwagi na ich wielonarządową lokalizację, ale także na skutek przyjętego modelu organizacyjnego i finansowego, leczone są zarówno w specjalistycznych klinikach i oddziałach narządowych specjalizujących się w kompleksowym leczeniu nowotworów o określonej lokalizacji, jak i w szpitalach wojewódzkich czy nawet powiatowych,

które nierzadko nie są w stanie leczyć pacjentów nowotworowych zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Wg wielu ekspertów z zakresu onkologii, ale także organizacji ochrony zdrowia, jest to jedna z głównych przyczyn gorszych wyników leczenia wielu nowotworów (głównie tych najczęstszych) w Polsce w porównaniu do innych krajów europejskich.

Jako drugi powód gorszych wyników leczenia w Polsce podawane jest późne wykrywanie nowotworów, kiedy stopień zaawansowania choroby uniemożliwia jej wyleczenie lub wymaga bardzo kosztownych, trudno dostępnych w naszym kraju terapii. Przyczyną tego, wg powszechnych opinii, jest niski poziom świadomości zdrowotnej Polaków, brak nawyku regularnego kontrolowania swojego stanu zdrowia oraz niski udział w organizowanych przez państwo badaniach przesiewowych (rak piersi i rak szyjki macicy).

Inny ważny czynnik wpływający na osiąganie gorszych efektów leczenia, także zgodnie wymieniany przez ekspertów, to niski poziom finansowania terapii nowotworów w naszym kraju w porównaniu do innych państw europejskich. Skutkuje to gorszym dostępem polskich pacjentów lub wręcz jego brakiem do wielu skutecznych, innowacyjnych terapii. Nakłada się na to organizacja całego systemu opieki medycznej z ograniczeniami w postaci limitów świadczeń i skierowań na badania specjalistyczne, które wydłużają czas od podejrzenia nowotworu do momentu podjęcia leczenia. Na podstawie dostępnych danych trudno jest jednoznacznie określić, jak długo średnio trwa proces diagnostyczny, ale z całą pewnością w większości przypadków, zwłaszcza zaawansowanych nowotworów, jest on jedną z ważniejszych przyczyn niższej, niż w innych krajach, skuteczności leczenia tych chorób.

Innym istotnym, być może jednym z najistotniejszych, czynnikiem jaki ma tu wpływ, a o którym mówi się w Polsce od niedawna, jest brak koordynacji systemu opieki onkologicznej. Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia nie dysponują warunkami – głównie zasobami kadrowymi, narzędziami, organizacją, które pozwalają na określanie rzeczywistych potrzeb w zakresie leczenia onkologicznego (prognozami chorobowości, liczbą i rodzajem niezbędnych świadczeń czy optymalnego trybu ich udzielania), ale także prognozowania koniecznych do tego inwestycji. Administracja systemu ochrony zdrowia w Polsce nie ma dzisiaj obowiązującego trybu ustalania wytycznych postępowania leczniczego w onkologii (i nie tylko), które byłoby skorelowane z wycenami świadczeń. Nie ma także zasad udzielania akredytacji dla świadczeniodawców do udzielania nie tylko zaawansowanych, ale także podstawowych metod postępowania. Nie ma też narzędzi monitorowania jakości diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych czy też badania populacyjnych efektów prowadzonych działań w ramach Narodowego

Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Administracja państwowa, Ministerstwo Zdrowia i NFZ nie dysponują zatem niezbędnymi wręcz narzędziami do planowania i monitorowania wprowadzanych przez siebie zmian w systemie.

Dlatego, by zmienić ten stan rzeczy i poprawić efekty walki z rakiem w Polsce musi powstać instytucja, która będzie odpowiedzialna za koordynację nowej strategii walki z tym cywilizacyjnym zagrożeniem Polski. Informacje na ten temat w dalszej części raportu.

Mając świadomość tych przyczyn oraz wszelkich ograniczeń, warto tak modyfikować system leczenia nowotworów w Polsce, aby osiągać możliwie najlepsze efekty. Obecna organizacja systemu ochrony zdrowia w naszym kraju, włączając w to pion lecznictwa onkologicznego, nie sprzyja temu, by proces diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych przebiegał na tyle szybko i zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną, aby osiągać maksymalnie dostępne efekty leczenia. To problem, który, już nie po raz pierwszy, jest dostrzegany w środowisku onkologicznym, tak lekarzy, jak i pacjentów.

Zaprezentowane w ostatnich kilku latach dokumenty i raporty opracowane za sprawą szerokiej mobilizacji setek lekarzy skupionych w kilku towarzystwach naukowych, ekspertów ochrony zdrowia oraz pacjentów onkologicznych, aktywnych w stowarzyszeniach pacjentów, po raz kolejny przebija się do świadomości decydentów. Co ciekawe, mobilizacja taka jest wpisana w historię walki z nowotworami w Polsce. Choć miała miejsce w różnych czasach – począwszy od II RP, poprzez PRL, a skończywszy obecnie na III RP, towarzyszyła wszystkim dotychczasowym programom walki z rakiem w naszym kraju. Z jednej strony to dobrze, bo dzięki szerokiej współpracy wielu osób i środowisk tworzy się potencjał do podniesienia poziomu kapitału społecznego, ale z drugiej strony warto sobie zadać pytanie – dlaczego za każdym razem (w historii walki z chorobami nowotworowymi w Polsce to już piąty raz) niezbędna jest taka oddolna mobilizacja środowiska świadomego zagrożeń, jakie niosą ze sobą te choroby, formułowanie listów otwartych z apelami do decydentów, a następnie niemal podawanie im na tacy gotowych rozwiązań. Tak było przez blisko 7 lat, gdy walczono o (obecnie dobiegający końca) Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2006–2014. Tak jest także teraz.

Dzieje się tak, mimo że bez wątplenia w ostatnich kilku latach w onkologii oraz szerzej na polu walki z chorobami nowotworowymi w Polsce nastąpił duży postęp – w dużej mierze za sprawą Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN). Sukces ten zdecydowanie nie jest tak spektakularny, jak w przypadku chorób układu krążenia, na polu których Polska, po dziesięcioleciach pozostawania w ogonie Europy, pod wieloma względami wysunęła się na czoło. NPZChN, przyjęty jako ustawa po ok. 7 latach zabiega-

nia o niego, zarówno przez środowisko lekarzy onkologów, jak i szerokie grono osób publicznych i pacjentów, jest typowym przykładem programu interwencyjnego, wprowadzonego po latach zaniechań i braku priorytetowego traktowania chorób nowotworowych przez państwo, pomimo ewidentnych potrzeb spowodowanych przez rosnącą liczbę zachorowań, złe wyniki leczenia oraz wysoką umieralność.

Dzięki kończącemu się 10-letniemu programowi i dużym nakładom inwestycyjnym, dysponujemy już siecią w miarę dobrze wyposażonych centrów diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Ze względu na specyfikę tych schorzeń (o skuteczności leczenia można mówić oceniając 5-letnie okresy przeżycia), pierwsze efekty ich coraz lepszej pracy dopiero zaczynają być widoczne w danych dotyczących skuteczności terapii. Niemniej, co także widać w dostępnych badaniach porównawczych, wyniki leczenia wielu powszechnych nowotworów są wciąż wyraźnie gorsze od wyników nie tylko liderów europejskich, ale także średniej na naszym kontynencie. Opublikowane w grudniu 2014 r. wyniki międzynarodowe z badania CONCORD-2²⁶, pokazują po raz kolejny, jak dalece Polska onkologia odbiega od osiągniętych rezultatów terapii w innych krajach, ale także, co najważniejsze, wskazują na pozytywny trend w efektach leczenia niektórych nowotworów, osiągnięty bez wątplenia dzięki realizacji niektórych elementów aktualnego NPZChN. To poważny argument przemawiający nie tylko za koniecznością kontynuacji takiego programu w kolejnej dekadzie, ale także za rozszerzeniem zakresu jego działań na pola, dotychczas niedoceniane – standaryzację leczenia i wyrównywanie różnic w dostępności do optymalnego leczenia pacjentów z najczęstszymi nowotworami.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na porównywalność rezultatów leczenia osiąganą przez różne ośrodki onkologiczne. Podczas prac nad raportem niektórzy eksperci onkologii oraz epidemiologii, opierając się na statystykach ogólnopolskich wyników leczenia, podnosili wątpliwości co do poziomu ośrodków w tzw. sieci onkologicznej – w ich opinii są ośrodki bardzo dobre lub dobre, ale jest także kilka ośrodków wojewódzkich o wręcz niskim poziomie w zakresie jakości opieki. Wg nich, i jest to zbieżne z rekomendacjami tego raportu, wraz z wprowadzaniem zmian w systemie lecznictwa onkologicznego należy przeprowadzić rzeczywistą ocenę obiektywnych wyników działalności ośrodków tworzących tzw. sieć onkologiczną, a następn-

²⁶ C. Allemani, K.H. Weir, H. Carreira, R. Harewood, D. Spika, X.S. Wang, F. Bannan, J.V. Ahn, J.Ch. Johnson, A. Bonaventure, R. Marcos-Gragera, Ch. Stiller, G. Azevedo e Silva, W.Q. Chen, J.O. Ogunbiyi, B. Rachet, J.M. Soeberg, Hui You, T. Matsuda, M. Bielska-Lasota, H. Storm, C.T. Tucker, P.M. Coleman and the CONCORD Working Group, Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2), *www.thelancet.com* Published online November 26, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62038-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62038-9). This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at *thelancet.com* on Dec 8, 2014. See Online/Comment [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62251-0)

nie, poprzez skoordynowane i monitorowane działania, wyrównać ich poziom.

Postęp w walce z nowotworami w wielu europejskich krajach jest większy dzięki lepszej koordynacji i organizacji walki z rakiem, tak w dziedzinie edukacji i profilaktyki, jak i leczenia oraz udzielania wsparcia chorym na nowotwory. W powszechnej opinii, szczególnie w sprawie edukacji i profilaktyki aktualny polski NPZChN osiągnął zbyt mało nie tylko w stosunku do potrzeb, ale co istotne, także możliwych do uzyskania korzyści zdrowotnych. Było to efektem bardzo niskiego poziomu wparcia finansowego dla działań edukacyjnych programu – o tym w dalszej części raportu.

Zdaniem ekspertów, żeby dogonić Europę na polu walki z nowotworami, większy niż dotychczas nacisk należy położyć w Polsce właśnie na profilaktykę, wczesne wykrywanie i prewencję wtórną, a w zakresie leczenia - na koordynację procesu diagnostyczno-terapeutycznego opartego o standardy postępowania, lepszą alokację środków i dostępność do nowoczesnych terapii przeciwnowotworowych. Doświadczenia międzynarodowe wskazują, że przy odpowiedniej organizacji i koordynacji systemu wiele z nich, z dobrymi dla pacjentów rezultatami, może być stosowanych na poziomie lecznictwa ambulatoryjnego. To wszystko w istotny sposób przyczynia się do zwiększenia efektywności kosztowej leczenia.

W kontekście potrzeby stalego zwiększania efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce²⁷ wprowadzenie rozwiązań, które w konsekwencji doprowadzą do zmniejszenia liczby zbędnych hospitalizacji, a tym samym łóżek szpitalnych, winno być jednym z ważnych celów przyszłego Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych oraz kolejnego Narodowego Programu Zdrowia.

Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2006–2014

Ustawa o Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) została jednogłośnie uchwalona przez Sejm RP 1 lipca 2005 r. Celami tego wieloletniego programu są:

- 1) zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory;
- 2) osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów;
- 3) osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia;
- 4) stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych;

- 5) utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionów kraju.

Ustawa ta realizuje 2. strategiczny cel Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015, tj. zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.

Ustawa definiuje szczególne działania jakie mają być podjęte w ramach NPZChN. Są to w szczególności:

- 1) rozwój profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w tym zwłaszcza zależnych od palenia tytoniu i niewłaściwego żywienia;
- 2) wdrożenie populacyjnych programów wczesnego wykrywania nowotworów, w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci;
- 3) zwiększenie dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenie procedur zapewnienia jakości diagnostyki i terapii nowotworów;
- 4) standaryzacja procedur leczenia napromienianiem;
- 5) uzupełnienie oraz wymiana wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów;
- 6) upowszechnienie metod leczenia skojarzonego;
- 7) rozwój i upowszechnianie współczesnych metod rehabilitacji chorych, ograniczania odległych następstw leczenia oraz opieki paliatywnej w onkologii;
- 8) rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii w kształceniu przed- i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;
- 9) poprawa działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów;
- 10) upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów.

Zadania NPZChN zostały podzielone na 5 grup:

- I. Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów;
- II. Programy inwestycyjne;
- III. Programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów;
- IV. Programy edukacyjne;
- V. Pozostałe programy.

Ustawa określiła, że w całym okresie trwania programu budżet przeznaczony na jej realizację wyniesie łącznie 3 mld zł, nie mniej niż 250 mln zł rocznie. Pierwotnie określono także, że nakłady na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych muszą stanowić:

- 20% rocznych nakładów na program przez pierwszy i drugi rok;
- 25% rocznych nakładów na program przez trzeci i czwarty rok;
- 30% rocznych nakładów na program przez piąty i szósty rok;

²⁷ M. Gujski, W. P. Kalbarczyk, Z. Tytko, A. Ścibek, *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, wydanie 2, poprawione, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013

- 35% rocznych nakładów na program przez lata następne do zakończenia programu.

Procenty te wskazują jednoznacznie, że ówcześni decydenci mieli świadomość, że aby skutecznie walczyć z rakiem, konieczne są znaczne inwestycje sprzętowe w pierwszym okresie, a następnie rosnący poziom inwestowania w wykrywanie choroby w możliwie jak najwcześniejszych stadiach.

Proza życia polskiej onkologii, a przed wszystkim wielkie potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu diagnostycznego i leczniczego do radioterapii i brachyterapii szybko jednak zweryfikowały pierwotne zamierzenia. Już w lutym 2008 r. dokonano zmiany ustawy w punkcie mówiącym o nakładach na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych. Po poprawce muszą one stanowić rocznie nie mniej niż 10% nakładów na program. Tym samym NPZChN stał się w ogromnej mierze programem inwestycyjnym w szpitalne leczenie onkologiczne²⁸. Jego beneficjentami stały się niemal wyłącznie wojewódzkie centra onkologii oraz szpitale należące do samorządu wojewódzkiego.

Jest to jedna z ważniejszych bolączek środowiska onkologicznego skupionego wokół uczelni medycznych, które wciąż nie dysponują zapleczem pozwalającym na kształcenie kadr i rozwój badań w obszarze nowotworów w oparciu o kompleksowo wyposażone kliniki narządowe dysponujące aparaturą do radioterapii i brachyterapii. Obecnie to jedna z ważniejszych przyczyn krytycznej oceny aktualnego NPZChN przez reprezentantów środowiska uniwersyteckiego, a także obszar napięć w szeroko rozumianym środowisku onkologicznym.

Strukturę wydatków w latach 2006–2012 prezentują poniższa tabela i wykres. Widać w nich wyraźnie, że NPZChN znacznie ewoluował i z programu walki z rakiem, w tym jego przyczynami, z konieczności stał się programem podnoszącym dostępność do nowoczesnego i kosztownego leczenia, a tym samym jego jakość. Widać to wyraźnie po skali nakładów na radioterapię, wymia-

nę starych, przestarzałych czy wręcz niebezpiecznych dla pacjentów bomb kobaltowych i zwiększenie liczby nowoczesnych akceleratorów liniowych oraz wielu innych najnowocześniejszych urządzeń niezbędnych do leczenia nowotworów z wykorzystaniem radioterapii, które prezentowane są w dalszej części raportu.

Tabela 4. Rozwój radioterapii w Polsce w latach 2005–2012

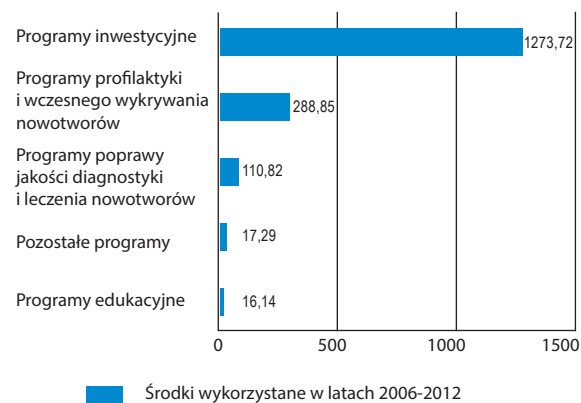
Rok	Liczba akceleratorów	Liczba ludności/akcelerator
2005	70	553 063
2007	84	453 875
2009	99	385 211
2011	111	347 273
2013	137*	281 265**

* W tym 127 czynnych, klasycznych akceleratorów do teleradioterapii.

** Cel realizacji NPZChN – 250 tys./akcelerator; w krajach Europy Zachodniej – najwyżej 200 tys./akcelerator.

Źródło: R. Dziadziuszko, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, *Stan obecny i perspektywy radioterapii w Polsce*, prezentacja wrzesień 2014 r.

Wykres 45. Środki wykorzystane w ramach NPZChN w danej grupie zadań łącznie w latach 2006–2012 (mln zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia

Tabela 3. Środki wykorzystane w ramach NPZChN w podziale na grupy zadań w latach 2006–2012 (mln zł)

	2006	2007	2008*	2009**	2010	2011	2012
Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów	32,19	44,19	42,31	28,73	46,33	47,58	47,52
Programy inwestycyjne	161,47	173,09	177,35	146,93	221,86	203,19	189,83
Programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów	16,27	29,91	18,89	28,62	4,82	6,25	6,06
Programy edukacyjne	3,84	4,69	5,68	0,77	0,19	0,60	0,37
Pozostałe programy	4,97	2,39	2,2	2,42	2,06	1,62	1,63
Razem	218,74	254,27	246,43	207,47	275,26	259,24	245,41

* Zawiera środki przekazane realizatorom w 2009 r. jako środki niewygasające z końcem roku budżetowego 2008.

** Nie zawiera środków przekazanych realizatorom w 2009 r. w ramach zobowiązań z realizacji umów w 2008 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia

²⁸ J. Meder, *Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych* ss. 50-85 [w:] *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, redakcja naukowa: A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014

Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych pozwolił na wdrożenie w Polsce populacyjnych programów przesiewowych raka szyjki macicy, raka piersi oraz pilotażowego programu o niewielkim zasięgu dotyczącego wczesnego wykrywania raka jelita grubego, a także w pewnym stopniu na podniesienie poziomu umiejętności wielu lekarzy leczących chorych na nowotwory. Niemniej jednak trudno uznać za sukces samo wprowadzenie wszystkich tych rozwiązań.

Populacyjne programy przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy (szczególnie) oraz raka piersi (w mniejszym stopniu) z powodu bardzo niskiej zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne (informacje na ten temat w dalszej części raportu) nie przekładają się na istotne obniżenie umieralności poprzez zwiększenie wykrywalności tych nowotworów w ich wczesnych stadiach.

Jedynie program skринingowy raka jelita grubego, z uwagi na bardzo wysoką jakość jego prowadzenia i zastosowanie kolonoskopii jako podstawowej metody diagnostycznej, zyskał wysokie oceny, także międzynarodowe, i można go uznać za sukces. Jednak ze względu na niewielką skalę pilotażu jest to, jak na razie, tylko sukces lokalny, którego rozmiar mógłby objąć cały kraj, gdyby, przeznaczając na niego adekwatne środki, w kolejnych latach rozszerzyć go na wszystkie województwa. Prognozowany wzrost częstości występowania raka jelita grubego w Polsce wskazuje, że warto podjąć taką decyzję, zwłaszcza, że ta metoda prowadzenia programu przesiewowego została opracowana przez polskich onkologów, a o jej skuteczności mówi się poza granicami naszego kraju. W opinii ekspertów aktualny Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, pomimo stosunkowo dużych nakładów finansowych na infrastrukturę, aparaturę diagnostyczną i terapeutyczną oraz na realizowane badania przesiewowe, w kolejnej, niezbędnej wieloletniej edycji wymaga poważnych modyfikacji w celu zwiększenia efektywności.

Pomimo że sytuacja polskich pacjentów onkologicznych w porównaniu z tą sprzed 10 czy nawet 5 laty poprawiła się, dystans jaki nas dzieli od wyników walki z rakiem osiągniętych średnio w Europie jest wciąż bardzo duży. Rosnąca prognozowana zapadalność na nowotwory w Polsce jest – jak się wydaje – wystarczającym argumentem za tym, że do walki z nowotworami niezbędne są dalsze, duże i mądrze wykorzystane nakłady finansowe oraz dobrze zaplanowane i skoordynowane działania, tak w obszarze leczenia, jak i szeroko rozumianej prewencji.

Najważniejsza dla poprawy skuteczności leczenia pacjentów onkologicznych w Polsce jest koordynacja i ukierunkowanie działań diagnostycznych oraz leczniczych na potrzeby pacjentów, tak by możliwie w optymalny sposób leczyć ich w jak najkrótszym czasie i z zastosowaniem najbardziej efektywnych metod. W dotychczasowym podejściu brakuje stan-

daryzacji leczenia nowotworów – tak chirurgicznego, radioterapeutycznego, jak i systemowego. Przez brak jednolitych standardów postępowania obserwujemy w Polsce nie tylko istotne różnice w wynikach leczenia, ale niejednokrotnie marnotrawimy środki finansowe, niewspółmierne do potrzeb zasoby kadrowe oraz aparaturę medyczną.

Dzisiejsza organizacja i sposób kontraktowania świadczeń niezbędnych do skutecznego leczenia nowotworów w Polsce, wymagają poważnych zmian. Zgadza się z tym w zasadzie wszyscy reprezentanci środowiska onkologicznego. Choć kierunek tych zmian jest przeważnie akceptowany, a szczegółowe propozycje wychodzące z różnych środowisk są komplementarne – to najważniejsza rozbieżność dotyczy przede wszystkim tego, jaka instytucja ma zajmować się koordynacją walki z rakiem w Polsce. Koordynacją rozumianą szerzej niż tylko lecznictwo onkologiczne, ale jednocześnie dysponującą narzędziami do standaryzacji procesu leczenia i monitorowania jego rezultatów. Ten wątek dyskusji nad przyszłością walki z nowotworami w Polsce nie będzie przedmiotem dalszej części raportu, co nie znaczy, że został uznany za nieważny. Wprost przeciwnie – w ślad za większością ekspertów konsultujących prace nad raportem – kwestię tę należy uznać za warunek *sine qua non* skuteczniejszej niż dotychczas walki z chorobami nowotworowymi w naszym kraju.

W raporcie znajdują się natomiast odniesienia do koordynacji prewencji pierwotnej i wtórnej nowotworów, a także kwestia koordynacji leczenia i opieki nad pacjentem onkologicznym oraz podejścia do przebudowy systemu lecznictwa onkologicznego w oparciu o mapy potrzeb.

Szpitalne onkologiczne

Pion lecznictwa onkologicznego w Polsce ma obecnie 3-stopniową strukturę. Do stopnia podstawowego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), nazywanego przez niektórych I stopniem referencyjności, należą powiatowe i dzielnicowe poradnie onkologiczne. Są wśród nich także podmioty niepubliczne, które realizują kontrakty na świadczenia AOS z zakresu onkologii lub służące diagnostyce onkologicznej.

Dużą część stanowią monoterapeutyczne oddziały szpitalne o profilu onkologicznym (np. ginekologia onkologiczna czy chirurgia onkologiczna), ale także inne, jak np. urologia czy neurochirurgia, które w części (ok. 30–40%) zajmują się leczeniem zabiegowym nowotworów. Posiadają one przyszpitalną część ambulatoryjną i podstawowe zaplecze diagnostyczne, a zlokalizowane są zarówno w szpitalach, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd wojewódzki, jak i powiatowy. W opinii wielu ekspertów pacjenci z tych szpitali, z uwagi na brak możliwości kompleksowej diagnostyki i terapii, a nierzadko także rzeczywistych umiejętności kadr potwierdzonych praktyką, są często leczeni suboptymalnie, gdyż niejednokrotnie w tych placówkach

nie ma możliwości wdrożenia poprzedzającej lub uzupełniającej chemio- lub radioterapii. Dla części z nich są one dostępne dopiero po skierowaniu pacjenta lub bardzo często samodzielnym dotarciu do wielospecjalistycznych szpitali wojewódzkich, specjalistycznych regionalnych ośrodków onkologicznych i hematologicznych, Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie wraz z oddziałami w Gliwicach i Krakowie lub Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, ewentualnie do ośrodków akademickich dysponujących możliwością kompleksowego leczenia²⁹. Specjalistyczne placówki onkologiczne to sieć łącznie 37 szpitali i klinik zlokalizowanych w całej Polsce³⁰ – zdecydowanie nierównomiernie i przez to nieadekwatnie do potrzeb. W opinii niektórych ekspertów, o czym napisano wcześniej, także o zbyt niejednorodnej jakości leczenia. Podmiotów leczniczych poziomu AOS oraz szpitali szczebla powiatowego i wojewódzkiego, które realizują kontrakty z zakresu onkologii, jest w Polsce łącznie kilkaset. Niektóre z nich wykonują tak małą liczbę zabiegów operacyjnych dotyczących nowotworów, że trudno powiedzieć, iż używanie przez nich przymiotnika „onkologiczna” w nazwie oddziałów ma jakiegokolwiek uzasadnienie. Często to właśnie pacjenci operowani w tych oddziałach są leczeni suboptymalnie, nie trafiają na czas lub w ogóle na radioterapię lub chemioterapię, a w przypadku niektórych stosuje się je, dając złudną nadzieję, mimo braku szans na skuteczną walkę z nowotworem.

Łóżka onkologiczne

Wg biuletynów Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w 2012 r. Polska dysponowała 5055 łózkami onkologicznymi. Widoczne było przy tym wyraźne regionalne zróżnicowanie średniej liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców: od 0,6 w województwie warmińsko-mazurskim do 1,7 w województwach: dolnośląskim, śląskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim, przy średniej dla całego kraju na poziomie 1,3/10 tys. mieszkańców³¹.

Łóżka te są zlokalizowane w oddziałach onkologicznych zarówno szpitali specjalizujących się w leczeniu nowotworów, posiadających kompleksowe zaplecze diagnostyczno-lecznicze, w tym do radioterapii i brachyterapii, wielospecjalistycznych szpitali wojewódzkich, jak i szpitali powiatowych – np. na oddziałach chirurgii ogólnej i onkologicznej czy ginekologii i ginekologii onkologicznej. Ich średnie wykorzystanie w roku to 73,3%, czyli 267,4 dni (przy średniej wykorzystania łóżek w kraju na poziomie 67,3% czyli 245,8 dni w roku).

Ich rozmieszczenie, jak widać z dostępnych danych, nie jest równomierne i trudno oprzeć się wrażeniu, że

nie odzwierciedla potrzeb w zakresie leczenia nowotworów. Jednak dane te, prezentowane w oderwaniu od zapadalności na choroby nowotworowe i liczby chorych w poszczególnych powiatach, a jedynie zagregowane na poziomie województw, mogą dawać fałszywy obraz nadmiaru bądź niedoboru łóżek onkologicznych w Polsce. Nie ulega kwestii, że dominującą metodą leczenia większości nowotworów jest leczenie chirurgiczne, wymagające hospitalizacji, a tym samym szpitali i łóżek dla pacjentów, ale wątpliwości może budzić fakt, czy wysoka zapadalność na nowotwory, a przede wszystkim uzyskiwana jakość leczenia chorych na nowotwory jest skorelowana z liczbą dostępnych łóżek w poszczególnych województwach. Do pewnego stopnia z pewnością tak jest, ale od pewnego momentu ważniejszym parametrem wskazującym na wyższą jakość leczenia jest liczba skutecznie leczonych pacjentów – wyłącznie operowanych lub, jeśli jest to konieczne, leczonych metodami skojarzonymi – zabiegowo, chemioterapeutycznie i /lub radioterapeutycznie.

Warto się zastanowić, czy najniższe w Polsce 5-letnie okresy przeżyć w przypadku nowotworów złośliwych ogółem dla mężczyzn i kobiet odnotowane w województwie lubuskim (dla osób zdiagnozowanych w latach 2000–2002 odpowiednio – mężczyźni 29,5%, kobiety 47,3%³²) i wysoka zachorowalność na nowotwory złośliwe ogółem (wg KRN 2011 r. – współczynnik standaryzowany na 100 tys. dla mężczyzn 234,1 oraz dla kobiet 205,8³³) nie powinny być powodem do refleksji nad adekwatnością liczby, a przede wszystkim lokalizacji tych łóżek w szpitalach zlokalizowanych na terenie tego województwa. Liczba łóżek onkologicznych w województwie lubuskim od 2008 r. jest stała – 155, a współczynnik na 10 tys. mieszkańców – 1,5 należy do najwyższych w Polsce. W innych województwach, np. dolnośląskim, gdzie także obserwuje się najwyższą w kraju zachorowalność na nowotwory złośliwe (wg KRN w 2011 r. – współczynnik standaryzowany na 100 tys. dla mężczyzn 295,1 oraz dla kobiet 227,3³⁴), ale jednocześnie zdecydowanie lepsze wyniki 5-letnich przeżyć dla obu płci (dla osób zdiagnozowanych w latach 2000–2002 – mężczyźni 34,7, kobiety 49,9³⁵) – w latach 2008-2012 zwiększono liczbę łóżek onkologicznych z 380 do 487.

Z czego wynika różne podejście do tworzenia bazy leczniczej służącej terapii nowotworów w tych dwóch sąsiadujących ze sobą województwach? Czy jest to wciąż spuścizna po czasach PRL, kiedy w zachodnich województwach Polski budowano szpitale o dużej liczbie łóżek mających służyć zapleczu wojny pomie-

²⁹ K. Warzocha, *Narodowy Instytut Onkologii i Hematologii*, „Hematologia”, 2013, tom 4, nr 3, 185–196

³⁰ <http://www.puo.pl/dla-pacjentow/osrodki-onkologiczne>

³¹ „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, CSIOZ, Warszawa 2013

³² U. Wojciechowska, J. Didkowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw*, str. 11, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2010

³³ J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 26, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

³⁴ Ibidem

³⁵ Ibidem

Tabela 5. Łóżka w szpitalach publicznych na oddziałach onkologicznych według województw w latach 2008–2012

Województwo	Łóżka na oddziałach onkologicznych									
	2008		2009		2010		2011		2012	
	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności
dolnośląskie	380	1,3	411	1,4	412	1,4	429	1,5	487	1,7
kujawsko-pomorskie	199	1,0	202	1,0	202	1,0	202	1,0	203	1,0
lubelskie	204	0,9	204	0,9	192	0,9	216	1,0	252	1,2
lubuskie	155	1,5	155	1,5	155	1,5	155	1,5	155	1,5
łódzkie	280	1,1	280	1,1	280	1,1	301	1,2	292	1,2
małopolskie	270	0,8	280	0,8	289	0,9	289	0,9	362	1,1
mazowieckie	491	0,9	418	0,8	388	0,7	564	1,1	655	1,2
opolskie	119	1,2	115	1,1	115	1,1	108	1,1	100	1,0
podkarpackie	226	1,1	226	1,1	226	1,1	226	1,1	283	1,3
podlaskie	172	1,4	172	1,4	172	1,4	158	1,3	168	1,4
pomorskie	257	1,2	261	1,2	259	1,2	270	1,2	209	0,9
śląskie	579	1,2	639	1,4	646	1,4	662	1,4	776	1,7
świętokrzyskie	156	1,2	156	1,2	156	1,2	156	1,2	156	1,2
warmińsko-mazurskie	90	0,6	90	0,6	90	0,6	90	0,6	90	0,6
wielkopolskie	475	1,4	471	1,4	468	1,4	459	1,3	581	1,7
zachodniopomorskie	232	1,4	233	1,4	233	1,4	229	1,3	286	1,7
Polska	4285		4313		4283		4514		5055	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z lat 2009–2013 z „Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia” opracowanych przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia

dzy socjalistycznym Wschodem a kapitalistycznym Zachodem? Ale można zadać także inne pytanie: czy łóżka te są obecnie właściwie wykorzystane i czy podobne, a może nawet lepsze efekty leczenia można byłoby osiągnąć przy ich mniejszej liczbie, ale jednocześnie usytuowaniu ich bliżej miejsca zamieszkania pacjentów?

Kadry medyczne

Jedną z większych bolączek polskiego systemu opieki medycznej są niedobory kadr medycznych, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. Specjalności lekarskie mieszczące się w zakresie onkologii są jednymi z tych, które – pomimo poprawy sytuacji w ostatnich latach (większa liczba rezydentur i miejsc specjalizacyjnych) – wciąż należą do deficytowych. W zgodnej opinii konsultujących raport profesorów onkologii, należy zintensyfikować działania w celu zwiększenia liczby specjalistów onkologii, a jednocześnie ograniczyć przeszkody – jedną z nich jest wydłużenie cyklu szkolenia specjalizacyjnego z pięciu do sześciu lat w związku z wprowadzeniem tzw. modułowego szkolenia i konieczności odbycia 3-letniego (zamiast 2-letniego) stażu z chorób wewnętrznych. W kwestii pielęgniarek pojawiają się głosy, że śladem krajów Europy Zachodniej, konieczne jest włączenie ich w zespoły terapeutyczne i stopniowe przenoszenie niektórych kompetencji lekarskich.

Dostępność lekarzy zajmujących się onkologią jest również silnie zróżnicowana, tak pomiędzy powiatami w obrębie poszczególnych województw, jak i pomiędzy województwami. Obrazują to poniższe tabele, w których zaprezentowano dane o liczbie lekarzy zajmujących leczeniem chorych na raka i ich dostępności na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. W celu dokonania głębszej analizy i zobrazowania różnic dane z lat 2006 i 2013 zaprezentowano osobno dla każdej z 6 specjalności onkologicznych: onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, patomorfologii, radioterapii onkologicznej i medycyny paliatywnej.

Różnice w liczbie lekarzy poszczególnych specjalności pomiędzy województwami są istotne, jednak – wg wielu opinii – za szczególnie deficytową należy uznać patomorfologię. Problem z liczebnością lekarzy tej specjalności zapewne wpływa na tempo stawiania diagnozy, a więc rodzaju, charakteru, stopnia zaawansowania i złośliwości nowotworów. Stąd m.in. wynika nieadekwatność doboru metod leczenia wielu pacjentów i tym samym gorsze jego wyniki osiągane w Polsce. Bez zwiększenia liczby patomorfologów i wprowadzenia do powszechnego użytku nowoczesnych metod transmisji obrazów uzyskiwanych z pobranych próbek zmian nowotworowych, niemożliwa jest istotna poprawa efektów leczenia nowotworów w Polsce.

Tabela 6. Liczba lekarzy specjalistów onkologii klinicznej wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców

Województwo	2006		2013	
	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
dolnośląskie	33	1,1	50	1,7
kujawsko-pomorskie	12	0,6	25	1,2
lubelskie	18	0,8	34	1,6
lubuskie	3	0,3	12	1,2
łódzkie	30	1,2	41	1,6
małopolskie	30	0,9	54	1,6
mazowieckie	100	1,9	167	3,2
opolskie	4	0,4	9	0,9
podkarpackie	15	0,7	20	0,9
podlaskie	18	1,5	26	2,2
pomorskie	22	1,0	42	1,8
śląskie	32	0,7	64	1,4
świętokrzyskie	11	0,9	16	1,3
warmińsko-mazurskie	10	0,7	22	1,5
wielkopolskie	32	0,9	54	1,6
zachodniopomorskie	11	0,6	20	1,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIL i GUS

Tabela 7. Liczba lekarzy specjalistów chirurgii onkologicznej wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców

Województwo	2006		2013	
	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
dolnośląskie	40	1,4	64	2,2
kujawsko-pomorskie	37	1,8	45	2,1
lubelskie	25	1,1	33	1,5
lubuskie	8	0,8	12	1,2
łódzkie	34	1,3	40	1,6
małopolskie	27	0,8	49	1,5
mazowieckie	84	1,6	122	2,3
opolskie	12	1,1	16	1,6
podkarpackie	21	1,0	29	1,4
podlaskie	13	1,1	14	1,2
pomorskie	21	1,0	34	1,5
śląskie	27	0,6	46	1,0
świętokrzyskie	24	1,9	33	2,6
warmińsko-mazurskie	17	1,2	26	1,8
wielkopolskie	46	1,4	59	1,7
zachodniopomorskie	17	1,0	28	1,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIL i GUS

Tabela 8. Liczba lekarzy specjalistów ginekologii onkologicznej wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców

Województwo	2006		2013	
	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
dolnośląskie	3	0,1	11	0,4
kujawsko-pomorskie	3	0,1	9	0,4
lubelskie	1	0,05	9	0,4
lubuskie	–	–	2	0,2
łódzkie	3	0,1	8	0,3
małopolskie	5	0,2	19	0,6
mazowieckie	4	0,1	30	0,6
opolskie	–	–	3	0,3
podkarpackie	3	0,1	6	0,3
podlaskie	3	0,3	7	0,6
pomorskie	2	0,1	10	0,4
śląskie	4	0,1	16	0,3
świętokrzyskie	–	–	2	0,2
warmińsko-mazurskie	1	0,1	3	0,2
wielkopolskie	10	0,3	21	0,6
zachodniopomorskie	1	0,1	8	0,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIL i GUS

Tabela 9. Liczba lekarzy specjalistów patomorfologii wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców

Województwo	2006		2013	
	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
dolnośląskie	27	0,9	28	1,0
kujawsko-pomorskie	25	1,2	22	1,0
lubelskie	25	1,1	25	1,2
lubuskie	3	0,3	7	0,7
łódzkie	66	2,6	67	2,6
małopolskie	39	1,2	47	1,4
mazowieckie	117	2,3	124	2,3
opolskie	3	0,3	2	0,2
podkarpackie	17	0,8	17	0,8
podlaskie	19	1,6	26	2,2
pomorskie	29	1,3	39	1,7
śląskie	44	0,9	52	1,1
świętokrzyskie	10	0,8	13	1,0
warmińsko-mazurskie	6	0,4	9	0,6
wielkopolskie	36	1,1	35	1,0
zachodniopomorskie	22	1,3	26	1,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIL i GUS

Tabela 10. Liczba lekarzy specjalistów radioterapii onkologicznej wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców

Województwo	2006		2013	
	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
dolnośląskie	29	1,0	38	1,3
kujawsko-pomorskie	21	1,0	30	1,4
lubelskie	32	1,5	31	1,4
lubuskie	5	0,5	7	0,7
łódzkie	23	0,9	29	1,1
małopolskie	34	1,0	53	1,6
mazowieckie	50	1,0	75	1,4
opolskie	12	1,1	17	1,7
podkarpackie	12	0,6	16	0,8
podlaskie	17	1,4	26	2,2
pomorskie	41	1,9	47	2,1
śląskie	54	1,2	71	1,5
świętokrzyskie	7	0,5	17	1,3
warmińsko-mazurskie	6	0,4	11	0,8
wielkopolskie	31	0,9	38	1,1
zachodniopomorskie	9	0,5	15	0,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIL i GUS

Tabela 11. Liczba lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców

Województwo	2006		2013	
	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
dolnośląskie	12	0,4	41	1,4
kujawsko-pomorskie	11	0,5	37	1,8
lubelskie	3	0,1	10	0,5
lubuskie	–	–	6	0,6
łódzkie	10	0,4	23	0,9
małopolskie	8	0,2	17	0,5
mazowieckie	10	0,2	27	0,5
opolskie	2	0,2	5	0,5
podkarpackie	2	0,1	6	0,3
podlaskie	3	0,3	11	0,9
pomorskie	10	0,5	22	1,0
śląskie	7	0,1	40	0,9
świętokrzyskie	1	0,1	6	0,5
warmińsko-mazurskie	5	0,4	14	1,0
wielkopolskie	14	0,4	36	1,0
zachodniopomorskie	5	0,3	18	1,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIL i GUS

Dane o liczbie lekarzy zajmujących się onkologią w naszym kraju świadczą wciąż o istotnych niedoborach wykwalifikowanych kadr. Tym samym trudno spodziewać się istotnie lepszych wyników leczenia w skali populacyjnej w najbliższych latach. Prezentowane dane nie pokazują jaka jest średnia wieku w poszczególnych specjalnościach onkologicznych, ale bez zwiększenia liczby lekarzy kształconych w kierunku wszystkich tych specjalności w ciągu najbliższego dziesięciolecia bez wątpienia będziemy musieli zmierzyć się z poważnymi niedoborami specjalistów mogących skutecznie leczyć rosnącą liczbę chorych na nowotwory.

Sprzęt diagnostyczny i leczniczy

Kluczowymi zasobami, które determinują szybkość i trafność diagnozy w chorobach nowotworowych, a następnie adekwatność podjętego leczenia, są sprzęt diagnostyczny i leczniczy. W przypadku onkologii „wąskim gardłem”, przez lata pogarszającym wyniki leczenia, była radioterapia i dostępność tej metody, niezbędnej w wielu lokalizacjach nowotworowych.

Wg dostępnych historycznych danych, przyjmując, że spośród ogółu chorych na nowotwory w UE średnio ok. 45% można wyleczyć, korzystając z leczenia chirurgicznego, radioterapii lub leczenia systemowego, radioterapia jest kluczowa dla 18% ogółu chorych. Po leczeniu chirurgicznym (skuteczne wyleczenie zawdzięcza mu ok. 22% ogółu chorych w UE) to właśnie radioterapia jest

drugą najskuteczniejszą metodą stosowaną w onkologii. Leczeniu systemowemu wyleczenie zawdzięcza ok. 5% ogółu chorych na choroby nowotworowe³⁶. Dlatego w ramach realizacji NPZChN w latach 2006–2014 włożono wielki wysiłek finansowy i organizacyjny w zwiększenie dostępności tej niezbędnej metody skutecznego leczenia lub podnoszenia jakości życia chorych na wiele częstych nowotworów. Wśród nich znajdują się: rak piersi, prostaty czy jelita grubego, a więc te, których liczebność w Polsce rośnie, a w których leczeniu Polska wciąż odstaje od średnich europejskich.

Poniższe tabele obrazują obecny stan polskiej radioterapii i postęp, jaki nastąpił w tej dziedzinie w ciągu ostatnich lat. Jest on bez wątpienia duży, aczkolwiek dane o poprawie przeżywalności chorych leczonych z wykorzystaniem radioterapii i brachyterapii będą możliwe do pokazania dopiero za 3–5 lat.

Aby zorientować się, jak istotny postęp nastąpił w Polsce w ostatnich latach w zakresie radioterapii i brachyterapii, warto sięgnąć także do raportów dwóch kolejnych specjalistów krajowych z dziedziny radioterapii onkologicznej z lat 2012 i 2013, przygotowanych we współpracy z dyrektorami ośrodków onkologicznych, kierownikami zakładów radioterapii oraz konsultantami wojewódzkimi

³⁶ R. Dziadziuszko, *Stan obecny i perspektywy radioterapii w Polsce*, prezentacja z dnia 22.09.2014

Tabela 12. Aparatura diagnostyczna i lecznicza (do radioterapii i brachyterapii) oraz jej dostępność w województwach w 2012 r.

Województwo	Aparaty megawoltowe		Aparaty do brachyterapii		Aparaty PET (w tym prywatne)	
	Liczba	Liczba ludności na aparat	Liczba	Liczba ludności na aparat	Liczba	Liczba ludności na aparat
dolnośląskie	8	364 572	2	1 458 289	1(1)	2 916 577
kujawsko-pomorskie	8*	299 767	2	1 049 185	2	1 049 185
lubelskie	6	361 976	2	1 085 929	1	2 171 857
lubuskie	3	341 053	1	1 023 158	–	–
łódzkie	6	422 280	2	1 266 841	1(1)	2 533 681
małopolskie	11*	334 680	5	669 359	2(1)	1 673 398
mazowieckie	17	310 918	5	1 057 121	3(1)	1 761 868
opolskie	3	337 983	1	1 013 950	–	–
podkarpackie	5	425 737	4	532 172	–	–
podlaskie	4	300 246	1	1 200 982	–	–
pomorskie	6	380 583	2	1 141 750	1	2 283 500
śląskie	18	257 020	6	771 060	3	1 542 119
świętokrzyskie	4	319 529	3	426 039	1	1 278 116
warmińsko-mazurskie	3	484 199	1	1 452 596	1(1)	1 452 596
wielkopolskie	11*	345 548	5	691 095	2(1)	1 727 739
zachodniopomorskie	7	246 106	2	861 370	–	–

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu konsultanta krajowego na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31 grudnia 2012 r.
*Zawiera jeden akcelerator do radioterapii śródoperacyjnej (nie uwzględniono w obliczeniach liczby ludności na 1 aparat).

w dziedzinie radioterapii przez prof. Mariana Reinfussa³⁷ i prof. Rafała Dziadziuszko³⁸. Analizowane łącznie dają niemal pełen obraz stanu polskiej radioterapii. Otwierają też pole do dalszych analiz i szukania najbardziej optymalnych rozwiązań organizacyjnych i finansowych, służących zwiększeniu dostępności leczenia nowotworów z wykorzystaniem napromieniania do poziomu adekwatnego do potrzeb.

Niewątpliwy problem z dostępnością do tej, niezbędnej w wielu nowotworach, metody leczenia polega na dużej koncentracji sprzętu na ogół w jednym czy dwóch, bardzo rzadko w trzech, specjalistycznych ośrodkach w województwie. Co więcej – są one często zlokalizowane w jednym mieście, co, powodując konieczność hospitalizacji chorych spoza tych miejsc, w istotny sposób podnosi koszty leczenia.

W większości krajów, gdzie odnotowuje się lepsze niż w Polsce wyniki leczenia nowotworów, przeważająca większość (nawet 80–90%) zabiegów radioterapeutycznych realizowanych jest w trybie ambulatoryjnym. Jest to możliwe dzięki gęstszej sieci ośrodków radioterapii, i tym samym większej ich dostępności dla pacjentów, bądź dzięki specjalnie dedykowanemu transportowi lub tzw. hospitalizacjom hotelowym (tj. poza szpitalem onkologicznym). Opublikowany ostatnio raport poświęcony finansowaniu świadczeń z zakresu radioterapii w latach

2011–2013³⁹ szczegółowo prezentuje dane NFZ o wysokości kosztów leczenia chorych z wykorzystaniem tej metody, wskazując, m.in. jako przyczynę braku ambulatoryjnych radioterapii, jej wycenę przez NFZ na 0 zł.

Nie znaczy to bynajmniej, że radioterapia w Polsce realizowana jest wyłącznie w trybie hospitalizacji. Z uwagi na usytuowanie sprzętu do radioterapii w szpitalach i centrach onkologii świadczenia te w systemie JGP zostały sklasyfikowane jako świadczenia szpitalne, niemniej są one realizowane zarówno z hospitalizacją, jak i bez niej, czyli *de facto* w trybie ambulatoryjnym.

Wg danych pozyskanych z NFZ w trakcie pracy nad raportem wynika, że w 2013 roku 41% świadczeń tele-radioterapii wykonywanych było w trybie hospitalizacji, a 59% w trybie bez hospitalizacji, czyli faktycznie w trybie ambulatoryjnym, z dość dużym zróżnicowaniem w porównaniach międzywojewódzkich. Wydaje się, że w ramach postulowanych zmian w finansowaniu onkologii, dla zwiększenia dostępności i efektywności finansowej leczenia onkologicznego, taki stan rzeczy będzie stopniowo zmieniany w toku wprowadzania rządowego „pakietu onkologicznego”, uchwalonego przez parlament latem 2014 r. Informacje na jego temat znajdują się w dalszej części raportu.

Wśród uwag czy wręcz nieprawidłowości obecnych w Polsce w zakresie radioterapii, eksperci konsultujący

³⁷ M. Reinfuss, E. Byrski, *Raport na temat stanu radioterapii w Polsce* na dzień 31.12.2012 r. konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, luty 2013

³⁸ R. Dziadziuszko, *Raport na temat stanu radioterapii w Polsce* na dzień 31.12.2013 r. konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, Gdańsk, maj 2014

³⁹ J. Gryglewicz, M. Gałązka-Sobotka, J. Gierczyński, R. Zawadzki, A. Drapała, *Finansowanie świadczeń z zakresu radioterapii w latach 2011 – 2013*, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa, kwiecień 2014 r.

autorów niniejszego raportu wymieniają wysoki odsetek stosowania paliatywnego napromieniania wobec radykalnego leczenia, a także niski odsetek chorych leczonych z udziałem chemio-radioterapii, tj. jednoczesnego stosowania chemioterapii i napromieniania, co w wielu sytuacjach jest bardziej skuteczne niż wyłączna radioterapia lub chemioterapia. Aby to zmienić niezbędna jest większa standaryzacja leczenia i zewnętrzny monitoring efektów leczenia.

Poniższe tabele prezentują dostępność leczenia w oparciu o sprzęt do radio- i brachyterapii w poszczególnych województwach w Polsce.

Tabela 13. Porównanie liczby ludności przypadającej na 1 akcelerator w latach 2005, 2007, 2009, 2011 i 2013

Województwo	2005	2007	2009	2011	2013
dolnośląskie	578 089	411 760	359 632	359 730	323 818
kujawsko-pomorskie	516 927	344 395	413 584	295 649	262 050
lubelskie	545 547	543 192	432 366	358 649	360 942
lubuskie	504 596	336 173	336 321	337 008	341 106
łódzkie	516 427	427 700	509 772	422 393	360 664
małopolskie	652 588	545 201	410 892	367 788	239 577
mazowieckie	468 203	470 155	400 892	374 494	311 868
opolskie	319 817	317 311	311 317	312 862	336 731
podkarpackie	524 449	524 391	419 899	420 701	425 990
podlaskie	300 250	239 220	297 868	237 666	299 672
pomorskie	366 167	314 799	369 919	373 387	381 678
śląskie	391 121	359 164	290 354	257 549	200 690
świętokrzyskie	321 596	319 960	318 196	316 504	318 499
warmińsko-mazurskie	714 240	475 628	475 691	475 747	207 242
wielkopolskie	627 505	675 700	377 513	379 936	314 745
zachodniopomorskie	338 856	338 568	338 591	241 867	245 915
Polska	471 127	414 407	366 691	338 053	281 265

Źródło: R. Dziadziuszko, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, *Stan obecny i perspektywy radioterapii w Polsce*, prezentacja, wrzesień 2014 r.

Finansowanie lecznictwa onkologicznego

W tej części raportu zostaną przedstawione i omówione dane o świadczeniach zdrowotnych z zakresu onkologii, finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2009–2013. Dane te uzyskano z centrali NFZ, dzięki otwartości na współpracę ze strony wiceprezesa ds. medycznych dr. Marcina Pakulskiego, a następnie prezesa NFZ dr. Tadeusza Jędrzejczyka.

Mając dostęp do różnych opracowań dotyczących polskiej onkologii, które powstały w ciągu ostatnich lat w oparciu m.in. o dane NFZ, autorzy raportu podjęli decyzję, że będą dążyć do tego, aby forma prezentacji była maksymalnie przejrzysta i dawała możliwość porównań pomiędzy województwami, a także, by odpowiadała na pytania, na które często do tej pory nie dawano odpowiedzi, lub które nasuwały się po lekturze

i analizach innych publikacji poświęconych onkologii. Mamy nadzieję, że podejście to zostanie ocenione jako komplementarne do opracowań powstałych przy okazji prac nad polskim „Cancer Planem”. Niektóre z zagadnień w niniejszym raporcie są przedstawione w sposób niespotykany w innych analizowanych opracowaniach, co dowodzi, że często te same dane z tego samego źródła – prezentowane i wykorzystane w inny sposób – prowadzą do nowych wniosków.

Dzięki dostępowi do danych NFZ w podziale na świadczenia według ich rodzajów, rozpoznania oraz mogą przypisać je do pacjentów wg wieku, płci, przynależności do oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz oddziału wojewódzkiego rozliczającego świadczenie (tj. województwa, na terenie którego pacjent był leczony), szczegółowe dane zaprezentowane zostaną w podziale na rozpoznania nowotworowe ogółem (C00–D48 wg ICD10) oraz rozpoznania nowotworów złośliwych (C00–D09). Dzięki temu raport dostarcza informacji o liczbie pacjentów wg rozpoznań, co wydaje się kluczowe dla właściwego przygotowania i realizacji wspomnianego już „pakietu onkologicznego”, a także „Cancer Planu” opracowanego przez ekspertów i pacjentów onkologicznych.

W tym miejscu warto podkreślić, że różnice pomiędzy liczbą chorych na nowotwory złośliwe, prezentowaną przez Krajowy Rejestr Nowotworów, a liczbą pacjentów z rozpoznaniem nowotworowymi w rejestrach NFZ – są bardzo duże. Liczba pacjentów w rejestrach NFZ jest ponad dwukrotnie wyższa niż w KRN. Jest wiele powodów takiego stanu rzeczy. Obie bazy służą innym celom – KRN to baza epidemiologiczna, a rejestr NFZ to baza płatnika za świadczenia. W tej ostatniej znajdują się więc, na przykład także osoby diagnozowane w kierunku nowotworów, a u których rozpoznanie nie zostanie potwierdzone.

Wg dostępnych publikacji na temat porównania baz danych KRN i NFZ wynika, że dane z lat 2007–2010 można uznać za porównywalne, ale starsze powinny być traktowane z dużą ostrożnością.

W przypadku raka piersi obserwuje się, że liczba zachorowań zarejestrowanych w KRN w latach 2007–2010 stabilnie i dość szybko rośnie, podczas gdy liczba leczonych w ramach NFZ pozostaje względnie stała. Na poziomie poszczególnych województw sytuacja jest bardziej zróżnicowana. W przypadku raka jelita grubego liczba zachorowań rejestrowanych przez KRN jest nieco wyższa niż liczba „potwierdzonych” przypadków leczonych w ramach NFZ.

Wnioski, jakie należy wyciągnąć, analizując dane z KRN i NFZ o liczbie chorych na nowotwory w Polsce, wskazują, że unikatowe rozwiązanie występujące w Polsce, a polegające na istnieniu dwóch dobrej jakości źródeł danych o zdarzeniach i świadczeniach związanych z nowotworami, wymaga świadomości istnienia różnic definicyjnych i koncepcyjnych leżą-

cych u podstaw budowy obu systemów. Nie dublują się one, lecz uzupełniają, a jakość danych w obu źródłach stopniowo się poprawia i wydaje się, że w obu bazach informacje dostępne po roku 2007 osiągnęły duży stopień zgodności⁴⁰.

Warto, aby czytelnicy – analizując na własne potrzeby prezentowane w raporcie dane – mieli świadomość, że opierając się na dwóch źródłach informacji i nie krzyżując ich, np. wg numerów PESEL (autorzy raportu ze zrozumiałych względów nie mieli takiej możliwości), można wyciągać całkowicie błędne wnioski lub formułować tezy, np. o dużej (nawet 30%) niekompletności bazy chorych KRN.

Analizy przeprowadzone na podstawie danych dostępnych w bazie NFZ oraz rozmów zarówno ze współpracującymi z nimi kompetentnymi pracownikami centrali NFZ, jak i osobami prowadzącymi Krajowy Rejestr Nowotworów, pozwalają na wyrażenie jednoznacznej opinii, że skrzyżowanie danych z obu rejestrów pozwoliłoby na wyciągnięcie wielu bardzo pomocnych wniosków na temat skuteczności diagnostyki i leczenia nowotworów w Polsce. Środowisko onkologiczne mogłoby dzięki temu osiąść wiedzę tak potrzebną do lepszego planowania inwestycji i leczenia. Wydaje się, że w ramach kolejnego Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych warto przeznaczyć na to odpowiednie środki i podjąć taki wysiłek.

Koszty leczenia nowotworów ogółem

Wydatki na szeroko rozumianą opiekę onkologiczną, a więc profilaktykę, ambulatoryjne konsultacje lekarskie, diagnostykę, leczenie różnymi metodami (zabiegowymi, chemioterapią czy napromienianiem) czy opiekę paliatywno-hospicyjną, stanowią istotną część wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia. Wg danych NFZ z 2013 r. wartość zrealizowanych świadczeń z zakresów onkologicznych na rzecz pacjentów z rozpoznaniem nowotworowymi ogółem (C00–D48) wyniosła ponad 7,5 mld zł. Aż 3/4 z tej kwoty (ponad 5,5 mld zł) przypadło na rzecz pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego (C00–D09).

Największą część wydatków pochłonęło leczenie szpitalne. Jego koszt w przypadku chorych z nowotworami złośliwymi wyniósł ponad 4,7 mld zł, co stanowi 87% wydatków na leczenie pacjentów onkologicznych w Polsce.

Pacjenci z rozpoznaniem nowotworowymi ogółem (potwierdzonymi i niepotwierdzonymi), którzy w 2013 r. uzyskali świadczenia sfinansowane ze środków publicznych, to 2 664 525 osób. Mniej niż połowa spośród nich (989 904) to osoby diagnozowane i leczone z powodu nowotworów złośliwych. Dane KRN o liczbie chorych na nowotwory w 2011 r. mówią o ok. 480 tys. osób żyjących z nowotworami złośliwymi.

Tabela 14. Wartość świadczeń* na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013

Województwo	%2009	2009**	2010**	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	8%	426 517 951	466 352 618	568 966 479	589 904 097	612 458 446	8%
kujawsko-pomorskie	6%	337 761 055	370 970 646	424 424 068	436 405 978	450 366 233	6%
lubelskie	5%	281 712 002	309 746 986	365 781 331	365 739 778	374 923 240	5%
lubuskie	2%	109 760 413	113 573 623	130 538 104	138 790 730	146 551 516	2%
łódzkie	6%	343 691 499	361 501 071	409 587 564	418 535 057	447 628 517	6%
małopolskie	8%	450 658 494	453 858 986	506 159 039	525 354 435	570 739 963	8%
mazowieckie	18%	992 256 349	1 074 343 641	1 280 901 025	1 308 915 153	1 353 288 944	18%
opolskie	2%	116 794 799	113 408 298	117 896 825	116 141 185	126 827 824	2%
podkarpackie	4%	221 435 690	217 967 405	269 532 313	278 157 633	287 553 596	4%
podlaskie	3%	175 260 309	164 308 694	198 324 606	197 932 971	210 650 261	3%
pomorskie	5%	297 559 928	316 751 846	380 628 690	361 320 436	372 909 612	5%
śląskie	13%	736 286 940	784 503 426	911 632 488	920 078 161	1 008 782 382	13%
świętokrzyskie	4%	201 880 253	209 297 629	246 661 478	260 633 851	289 635 880	4%
warmińsko-mazurskie	3%	171 810 692	177 328 264	202 896 838	202 567 971	227 669 598	3%
wielkopolskie	9%	522 874 223	567 398 129	689 599 989	707 357 363	721 302 953	10%
zachodniopomorskie	5%	256 991 730	272 306 849	334 589 169	340 938 518	357 274 078	5%
Polska	100%	5 643 252 326	5 973 618 110	7 038 120 006	7 168 773 318	7 558 563 041	100%
Zmiana % rok do roku			5,9%	17,8%	1,9%	5,4%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Dane obejmują świadczenia w rodzaju AOS, szpital, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, profilaktyczne programy zdrowotne, świadczenia paliatywne i hospicyjne, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz refundację apteczną.

** Dane za lata 2009–2010 nie zawierają wartości świadczeń z refundacji aptecznej.

⁴⁰ J. Didkowska, U. Wojciechowska, A. Kozierkiewicz, A. Strug, A. Śliwczyński, *Porównanie liczebności zbiorów Krajowego Rejestru Nowotworów i Narodowego Funduszu Zdrowia na przykładzie nowotworów piersi u kobiet i nowotworów jelita grubego*, „Onkologia w Praktyce Klinicznej” 2012, tom 8, nr 4, 129–142, Via Medica

Planując zmiany w systemie organizacji leczenia onkologicznego, warto uzmysłowić sobie te liczby, gdyż większa czujność onkologiczna lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, o którą apelują zarówno decydenci polskiego systemu opieki medycznej, jak i onkolodzy, a także wyższa świadomość zagrożenia

nowotworami wśród Polaków, w krótkim czasie mogą istotnie zwiększyć liczbę osób diagnozowanych w kierunku nowotworów. Można mieć wątpliwości, czy system opieki medycznej w naszym kraju jest na to przygotowany pod względem kadrowym, organizacyjnym i finansowym.

Tabela 15. Liczba pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	8%	171 448	173 950	187 556	206 710	222 002	8%
kujawsko-pomorskie	6%	117 692	118 362	128 905	140 315	146 357	5%
lubelskie	4%	87 471	86 215	97 400	104 136	110 970	4%
lubuskie	2%	44 193	44 657	50 673	59 392	64 643	2%
łódzkie	6%	129 476	131 436	139 635	159 184	170 554	6%
małopolskie	7%	152 840	153 677	166 680	186 957	201 793	8%
mazowieckie	14%	294 499	303 854	334 218	359 106	377 865	14%
opolskie	2%	46 591	48 020	52 479	54 132	56 399	2%
podkarpackie	4%	92 819	90 965	101 411	111 253	122 930	5%
podlaskie	3%	53 925	53 380	56 363	60 179	65 558	2%
pomorskie	6%	132 483	136 688	149 339	161 797	171 625	6%
śląskie	14%	283 014	284 688	313 092	336 644	363 359	14%
świętokrzyskie	3%	70 628	70 424	79 898	84 087	89 193	3%
warmińsko-mazurskie	4%	77 582	77 138	82 910	90 290	98 026	4%
wielkopolskie	10%	209 075	214 833	234 289	266 236	284 422	11%
zachodniopomorskie	5%	99 260	93 808	101 256	108 018	118 829	4%
Polska	100%	2 062 996	2 082 095	2 276 104	2 488 436	2 664 525	100%
Zmiana % rok do roku			0,9%	9,3%	9,3%	7,1%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 16. Wartość świadczeń* na pacjenta z nowotworami ogółem (C00-D48) zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009-2013

Województwo	%2009	2009**	2010**	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	90,9%	2 488	2 681	3 034	2 854	2 759	97,3%
kujawsko-pomorskie	104,9%	2 870	3 134	3 293	3 110	3 077	108,5%
lubelskie	117,7%	3 221	3 593	3 755	3 512	3 379	119,1%
lubuskie	90,8%	2 484	2 543	2 576	2 337	2 267	79,9%
łódzkie	97,0%	2 654	2 750	2 933	2 629	2 625	92,5%
małopolskie	107,8%	2 949	2 953	3 037	2 810	2 828	99,7%
mazowieckie	123,2%	3 369	3 536	3 833	3 645	3 581	126,3%
opolskie	91,6%	2 507	2 362	2 247	2 146	2 249	79,3%
podkarpackie	87,2%	2 386	2 396	2 658	2 500	2 339	82,5%
podlaskie	118,8%	3 250	3 078	3 519	3 289	3 213	113,3%
pomorskie	82,1%	2 246	2 317	2 549	2 233	2 173	76,6%
śląskie	95,1%	2 602	2 756	2 912	2 733	2 776	97,9%
świętokrzyskie	104,5%	2 858	2 972	3 087	3 100	3 247	114,5%
warmińsko-mazurskie	81,0%	2 215	2 299	2 447	2 244	2 323	81,9%
wielkopolskie	91,4%	2 501	2 641	2 943	2 657	2 536	89,4%
zachodniopomorskie	94,6%	2 589	2 903	3 304	3 156	3 007	106,0%
Polska	100,0%	2 735	2 869	3 092	2 881	2 837	100,0%
Zmiana % rok do roku			4,9%	7,8%	-6,8%	-1,5%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Dane obejmują świadczenia w rodzaju AOS, szpital, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, profilaktyczne programy zdrowotne, świadczenia paliatywne i hospicyjne, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz refundację apteczną

** Dane za lata 2009-2010 nie zawierają wartości świadczeń z refundacji aptecznej.

Tabela 17. Wartość *per capita* świadczeń* na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48) zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009-2013

Województwo	%2009	2009**	2010**	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	95,1%	138	149	162	173	179	101,3%
kujawsko-pomorskie	99,0%	143	159	163	176	180	101,9%
lubelskie	89,9%	130	144	151	157	161	91,3%
lubuskie	100,8%	146	158	166	180	185	104,4%
łódzkie	100,0%	145	153	156	166	177	100,1%
małopolskie	92,2%	133	135	134	141	154	87,0%
mazowieckie	112,2%	162	175	188	192	198	111,7%
opolskie	96,0%	139	137	135	137	153	86,7%
podkarpackie	87,4%	127	127	136	140	146	82,3%
podlaskie	103,8%	150	144	153	155	167	94,6%
pomorskie	96,2%	139	147	150	146	154	87,1%
śląskie	97,3%	141	151	157	165	180	101,6%
świętokrzyskie	108,6%	157	163	173	191	208	117,3%
warmińsko-mazurskie	95,2%	138	143	146	151	161	91,2%
wielkopolskie	100,3%	145	155	167	176	182	102,7%
zachodniopomorskie	108,4%	157	168	181	191	197	111,3%
Polska	100,0%	145	153	161	168	177	100,0%
Zmiana % rok do roku			5,8%	4,9%	4,6%	5,2%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Dane obejmują świadczenia w rodzaju AOS, szpital, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, profilaktyczne programy zdrowotne, świadczenia paliatywne i hospicyjne, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz refundację apteczną.

** Dane za lata 2009-2010 nie zawierają wartości świadczeń z refundacji aptecznej.

Tabela 18. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48) w Polsce w latach 2009-2013 wg rodzajów świadczeń

Rodzaj świadczeń	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
AOS	6%	329 543 487	346 597 821	397 665 114	477 842 457	520 960 645	7%
SOK	2%	92 835 934	107 417 313	134 991 344	156 929 009	177 476 636	2%
SPH	4%	222 908 872	236 179 869	251 713 039	270 459 630	289 509 052	4%
SPO	0%	7 342 378	9 226 092	9 178 447	8 583 536	8 028 313	0%
SZP	86%	4 870 752 990	5 150 215 855	5 397 140 985	5 563 642 173	5 812 673 154	77%
PPZ	2%	119 868 665	123 981 160	134 159 625	133 338 034	131 625 575	2%
REFUNDACJA APTECZNA	BD	BD	BD	713 271 453	557 978 479	618 289 666	8%
Razem	100%	5 643 252 326	5 973 618 110	7 038 120 006	7 168 773 318	7 558 563 041	100%
Zmiana % rok do roku			5,9%	BD	1,9%	5,4%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Zastosowane w tej oraz innych tabelach skróty oznaczają nazwy świadczeń używane przez NFZ:

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
SOK – świadczenia odrębnie kontraktowane,

SPH – świadczenia pielęgnacyjno-hospicyjne,
SPO – świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze,
SZP – świadczenia szpitalne,
PPZ – programy profilaktyczno-zdrowotne.

Tabela 19. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 (AOS)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	8%	27 051 900	31 237 951	33 984 555	39 794 893	45 068 445	9%
kujawsko-pomorskie	6%	19 420 091	21 444 826	23 422 975	27 741 286	28 140 117	5%
lubelskie	4%	14 736 609	14 880 932	18 083 986	20 784 111	22 540 368	4%
lubuskie	2%	6 300 210	7 750 640	9 210 854	12 607 242	14 078 408	3%
łódzkie	5%	16 149 111	17 661 520	19 610 173	22 673 550	25 032 904	5%
małopolskie	7%	21 645 679	21 870 134	26 316 414	35 536 129	39 856 375	8%
mazowieckie	16%	53 484 001	54 983 712	61 688 530	72 530 737	77 420 094	15%
opolskie	2%	7 995 278	8 598 394	9 965 535	11 406 400	11 602 677	2%
podkarpackie	4%	13 546 080	13 819 001	16 726 476	21 067 223	24 347 200	5%
podlaskie	3%	9 338 830	9 271 614	10 643 427	12 635 231	14 339 350	3%
pomorskie	6%	21 015 659	21 523 274	25 464 231	29 413 684	30 813 272	6%
śląskie	16%	52 027 061	51 854 469	59 852 477	70 451 285	76 215 081	15%
świętokrzyskie	4%	11 598 117	12 909 832	15 502 581	17 372 944	18 644 970	4%
warmińsko-mazurskie	3%	11 258 611	11 595 964	13 114 111	16 433 839	18 725 027	4%
wielkopolskie	9%	30 043 030	33 442 227	37 715 016	47 422 931	51 010 347	10%
zachodniopomorskie	4%	13 933 220	13 753 329	16 363 771	19 970 970	23 126 012	4%
Polska	100%	329 543 487	346 597 821	397 665 114	477 842 457	520 960 645	100%
Zmiana % rok do roku			5,2%	14,7%	20,2%	9,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 20. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 (SZP)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	7%	363 201 276	395 177 827	440 279 595	464 048 963	477 060 405	8%
kujawsko-pomorskie	6%	271 443 043	300 701 113	306 299 992	326 342 414	334 773 849	6%
lubelskie	5%	249 150 386	276 714 001	281 302 899	286 118 994	290 323 508	5%
lubuskie	2%	93 628 715	94 876 903	95 283 306	102 942 333	108 444 491	2%
łódzkie	6%	302 506 621	317 234 050	316 543 407	329 869 160	351 591 706	6%
małopolskie	8%	404 501 796	406 831 538	395 692 680	407 739 017	434 538 483	7%
mazowieckie	18%	869 782 004	946 688 414	1 023 807 520	1 053 573 938	1 075 914 016	19%
opolskie	2%	99 748 824	94 984 136	85 750 079	84 424 997	93 256 880	2%
podkarpackie	4%	188 980 938	185 782 859	205 593 579	215 054 491	218 010 934	4%
podlaskie	3%	154 918 842	144 156 296	157 865 512	157 413 491	165 259 969	3%
pomorskie	5%	253 966 990	266 050 853	276 939 337	260 904 678	267 338 118	5%
śląskie	13%	630 280 158	674 957 150	695 154 796	710 494 555	776 196 713	13%
świętokrzyskie	4%	173 712 610	176 843 469	183 045 017	201 117 749	221 764 725	4%
warmińsko-mazurskie	3%	143 219 758	147 939 707	147 366 775	146 248 926	165 274 070	3%
wielkopolskie	9%	440 712 217	476 260 668	517 474 804	538 295 130	543 514 022	9%
zachodniopomorskie	5%	230 998 813	245 016 871	268 741 691	279 053 338	289 411 265	5%
Polska	100%	4 870 752 990	5 150 215 855	5 397 140 985	5 563 642 173	5 812 673 154	100%
Zmiana % rok do roku			5,7%	4,8%	3,1%	4,5%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 21. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 (SOK)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	11%	10 660 758	12 704 972	14 033 563	13 305 913	13 271 915	7%
kujawsko-pomorskie	23%	21 637 308	22 474 462	23 133 480	21 323 024	21 010 322	12%
lubelskie	1%	747 754	587 143	850 564	1 764 674	3 522 869	2%
lubuskie	0%	354 675	240 380	355 054	479 981	514 944	0%
łódzkie	1%	1 271 443	1 218 258	3 341 130	7 114 360	9 020 679	5%
małopolskie	2%	2 200 456	1 955 212	3 822 268	10 903 091	17 485 348	10%
mazowieckie	23%	21 501 340	24 799 148	32 702 436	40 336 600	43 631 040	25%
opolskie	1%	535 723	441 999	389 245	334 144	424 979	0%
podkarpackie	0%	453 864	737 180	881 757	922 768	916 195	1%
podlaskie	1%	476 126	679 759	642 476	684 948	795 954	0%
pomorskie	1%	1 224 152	3 163 647	3 949 837	5 195 953	5 904 189	3%
śląskie	13%	12 382 454	13 230 445	19 159 612	20 752 520	23 898 406	13%
świętokrzyskie	7%	6 044 803	9 874 576	10 837 011	9 506 157	11 734 901	7%
warmińsko-mazurskie	0%	365 912	379 830	2 315 362	4 474 385	5 136 027	3%
wielkopolskie	14%	12 708 087	14 581 969	18 069 974	19 246 990	19 384 581	11%
zachodniopomorskie	0%	271 079	348 332	507 576	583 502	824 288	0%
Polska	100%	92 835 934	107 417 313	134 991 344	156 929 009	177 476 636	100%
Zmiana % rok do roku			15,7%	25,7%	16,3%	13,1%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 22. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 (SPO)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	8%	615 732	986 157	883 634	711 738	550 143	7%
kujawsko-pomorskie	1%	87 632	126 084	89 658	140 513	114 670	1%
lubelskie	9%	675 219	502 724	492 539	548 447	533 154	7%
lubuskie	0%	31 884	107 651	133 134	164 616	111 364	1%
łódzkie	6%	444 083	493 264	396 459	321 604	251 996	3%
małopolskie	14%	1 022 236	1 010 141	1 015 553	933 854	908 213	11%
mazowieckie	8%	589 081	1 047 068	1 196 267	1 024 247	990 864	12%
opolskie	6%	442 542	506 684	485 767	428 137	345 236	4%
podkarpackie	9%	645 424	899 979	815 299	914 123	951 875	12%
podlaskie	3%	191 000	221 338	192 144	117 426	101 887	1%
pomorskie	1%	41 699	107 917	64 850	118 214	90 152	1%
śląskie	21%	1 522 390	2 231 561	2 453 687	2 345 483	2 141 347	27%
świętokrzyskie	3%	227 281	215 130	283 616	210 108	281 125	4%
warmińsko-mazurskie	0%	11 600	1 107	14 386	10 632	21 907	0%
wielkopolskie	7%	502 109	335 523	300 252	318 144	278 385	3%
zachodniopomorskie	4%	292 466	433 764	361 202	276 250	355 997	4%
Polska	100%	7 342 378	9 226 092	9 178 447	8 583 536	8 028 313	100%
Zmiana % rok do roku			25,7%	-0,5%	-6,5%	-6,5%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 23. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 (OPH)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	6%	13 804 700	14 274 136	15 303 422	19 681 201	22 107 503	8%
kujawsko-pomorskie	8%	18 792 011	20 095 769	20 666 468	21 531 615	22 351 003	8%
lubelskie	4%	8 922 016	9 129 675	9 980 701	10 938 959	11 854 452	4%
lubuskie	2%	5 503 013	7 061 501	8 421 118	8 471 586	8 305 964	3%
łódzkie	7%	15 184 505	16 160 878	15 762 602	17 644 544	17 930 653	6%
małopolskie	6%	12 708 542	13 448 755	14 352 079	16 960 220	18 912 701	7%
mazowieckie	15%	32 333 555	32 574 906	33 023 179	34 219 905	34 453 504	12%
opolskie	2%	5 040 616	5 588 259	6 351 051	7 284 793	8 372 287	3%
podkarpackie	5%	11 682 314	11 153 580	13 004 952	13 462 542	14 426 981	5%
podlaskie	3%	6 521 342	6 200 295	5 984 546	6 781 055	7 316 732	3%
pomorskie	6%	14 028 507	16 160 930	17 438 222	18 363 689	18 453 371	6%
śląskie	12%	26 196 513	28 696 270	32 236 096	35 091 848	40 875 646	14%
świętokrzyskie	3%	6 076 175	6 382 678	7 840 917	8 951 535	10 153 526	4%
warmińsko-mazurskie	5%	11 888 050	11 649 224	12 289 098	12 181 407	12 958 545	4%
wielkopolskie	13%	28 706 512	31 681 686	31 751 878	31 289 136	33 156 508	11%
zachodniopomorskie	2%	5 520 502	5 921 328	7 306 713	7 605 596	7 879 677	3%
Polska	100%	222 908 872	236 179 869	251 713 039	270 459 630	289 509 052	100%
Zmiana % rok do roku			6,0%	6,6%	7,4%	7,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 24. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 (PPZ)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	9%	11 183 585	11 971 574	13 041 376	12 187 115	11 464 170	9%
kujawsko-pomorskie	5%	6 380 971	6 128 392	7 077 374	7 276 063	7 205 528	5%
lubelskie	6%	7 480 019	7 932 511	7 168 538	7 706 135	6 849 860	5%
lubuskie	3%	3 941 916	3 536 547	4 524 842	4 079 225	4 267 191	3%
łódzkie	7%	8 135 736	8 733 102	9 984 250	8 597 264	9 318 566	7%
małopolskie	7%	8 579 784	8 743 206	9 604 024	10 047 706	9 615 698	7%
mazowieckie	12%	14 566 368	14 250 393	14 618 346	17 125 529	15 812 280	12%
opolskie	3%	3 031 816	3 288 826	3 114 857	3 113 065	3 357 828	3%
podkarpackie	5%	6 127 070	5 574 806	6 342 644	6 438 410	6 021 403	5%
podlaskie	3%	3 814 169	3 779 392	3 739 374	4 039 301	4 076 442	3%
pomorskie	6%	7 282 921	9 745 224	7 273 818	7 531 332	7 094 589	5%
śląskie	12%	13 878 364	13 533 530	19 476 442	16 544 551	17 727 773	13%
świętokrzyskie	4%	4 221 268	3 071 944	4 601 053	3 921 214	4 542 085	3%
warmińsko-mazurskie	4%	5 066 761	5 762 433	5 742 834	5 384 585	5 615 653	4%
wielkopolskie	9%	10 202 268	11 096 056	10 922 361	12 010 939	11 668 300	9%
zachodniopomorskie	5%	5 975 649	6 833 224	6 927 492	7 335 600	6 988 209	5%
Polska	100%	119 868 665	123 981 160	134 159 625	133 338 034	131 625 575	100%
Zmiana % rok do roku			3,4%	8,2%	-0,6%	-1,3%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 25. Wartość refundacji aptecznej i liczba pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48) w poszczególnych województwach w latach 2011-2013

Województwo	2011		2012		2013		
	Wartość	Liczba pacjentów	Wartość	Liczba pacjentów	Wartość	Liczba pacjentów	Wartość na pacjenta
dolnośląskie	51 440 334	48 559	40 174 274	43 461	42 935 865	44 301	969
kujawsko-pomorskie	43 734 121	36 514	32 051 063	31 422	36 770 746	32 172	1 143
lubelskie	47 902 105	34 777	37 878 459	30 526	39 299 029	31 507	1 247
lubuskie	12 609 795	12 643	10 045 748	11 626	10 829 154	12 063	898
łódzkie	43 949 545	40 632	32 314 575	34 868	34 482 014	35 729	965
małopolskie	55 356 021	47 261	43 234 420	41 349	49 423 146	43 286	1 142
mazowieckie	113 864 747	88 807	90 104 197	79 640	105 067 145	84 149	1 249
opolskie	11 840 291	13 034	9 149 649	11 573	9 467 937	12 300	770
podkarpackie	26 167 608	28 356	20 298 075	25 388	22 879 008	27 110	844
podlaskie	19 257 127	15 937	16 261 520	14 288	18 759 926	15 250	1 230
pomorskie	49 498 395	36 519	39 792 886	33 122	43 215 921	35 270	1 225
śląskie	83 299 378	73 440	64 397 918	63 413	71 727 418	66 766	1 074
świętokrzyskie	24 551 284	19 526	19 554 144	17 678	22 514 547	18 965	1 187
warmińsko-mazurskie	22 054 273	19 918	17 834 196	17 579	19 938 370	18 664	1 068
wielkopolskie	73 365 706	53 955	58 774 093	49 239	62 290 810	50 968	1 222
zachodniopomorskie	34 380 724	27 060	26 113 262	24 375	28 688 630	25 469	1 126
Polska	713 271 453	596 938	557 978 479	529 547	618 289 666	553 969	1 116
Zmiana % rok do roku			-21,8%	-11,3%	10,8%	4,6%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 26. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 wg miejsca zamieszkania pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	7%	395 933 179	428 687 340	473 786 459	504 099 233	521 629 545	8%
kujawsko-pomorskie	5%	296 490 123	328 170 006	341 978 057	368 953 835	377 124 153	6%
lubelskie	5%	280 523 228	309 874 768	326 949 159	339 143 836	348 006 621	5%
lubuskie	3%	147 361 817	160 207 601	169 649 100	184 093 862	188 665 971	3%
łódzkie	7%	367 855 233	386 719 367	394 318 586	419 846 563	444 794 903	7%
małopolskie	8%	440 268 746	445 398 612	449 246 789	473 463 791	517 116 641	8%
mazowieckie	15%	847 703 250	919 785 643	995 635 895	1 018 929 245	1 050 307 835	15%
opolskie	3%	143 239 332	140 849 062	136 601 905	138 750 083	153 983 208	2%
podkarpackie	5%	265 884 584	267 336 414	290 314 947	297 372 066	309 913 822	5%
podlaskie	3%	178 748 155	171 285 363	183 899 057	185 545 942	199 877 124	3%
pomorskie	6%	310 604 730	328 849 605	343 518 121	333 762 893	353 776 103	5%
śląskie	12%	653 706 997	699 945 462	728 152 971	759 774 808	826 607 256	12%
świętokrzyskie	4%	199 547 134	206 871 561	220 859 264	243 385 698	263 190 864	4%
warmińsko-mazurskie	4%	196 631 728	204 240 785	212 482 912	219 349 859	233 452 156	3%
wielkopolskie	9%	494 550 896	531 230 963	576 177 338	610 911 482	629 814 719	9%
zachodniopomorskie	5%	265 728 290	283 693 705	311 981 896	328 127 529	338 281 998	5%
Pozostałe**	1%	38 606 240	36 490 693	35 136 471	51 946 081	52 104 882	1%
Polska	100%	5 523 383 661	5 849 636 950	6 190 688 928	6 477 456 805	6 808 647 800	100%
Zmiana % rok do roku			5,9%	5,8%	4,6%	5,1%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

** Pacjenci bez stałego zameldowania na terytorium Polski, ew. błędy w raportowaniu do NFZ lub inne nieokreślone przyczyny.

Tabela 27. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 dla pacjentów z danego województwa z nowotworami ogółem (C00-D48)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	8%	366 822 945	397 733 814	440 265 752	468 343 856	484 306 984	8%
kujawsko-pomorskie	6%	275 363 391	303 683 199	315 651 040	340 827 230	348 764 489	6%
lubelskie	5%	247 152 532	272 323 209	282 816 252	289 752 689	297 871 180	5%
lubuskie	2%	99 458 482	103 395 952	106 137 548	116 236 660	123 076 058	2%
łódzkie	6%	315 486 094	331 929 224	333 741 884	355 297 310	378 321 134	6%
małopolskie	8%	385 950 675	385 988 983	382 383 435	407 893 324	443 387 895	7%
mazowieckie	17%	810 344 638	876 968 867	950 755 605	970 013 592	993 392 042	17%
opolskie	2%	108 669 087	104 724 958	97 802 108	99 132 805	108 402 851	2%
podkarpackie	4%	206 428 475	203 718 417	226 472 901	235 222 117	240 477 022	4%
podlaskie	3%	156 465 954	147 320 973	158 163 909	157 012 105	168 662 324	3%
pomorskie	6%	271 929 305	288 071 022	304 034 394	291 282 592	301 348 857	5%
śląskie	13%	619 781 836	659 976 450	688 111 930	717 942 891	781 750 667	13%
świętokrzyskie	4%	171 636 690	176 795 333	186 930 248	205 945 222	225 991 330	4%
warmińsko-mazurskie	3%	150 381 515	156 581 421	160 313 276	164 554 945	182 382 038	3%
wielkopolskie	9%	454 941 624	487 750 691	527 603 448	554 555 700	568 752 546	10%
zachodniopomorskie	5%	232 393 251	246 324 643	273 405 488	282 557 596	293 081 137	5%
Polska	100%	4 873 206 495	5 143 287 155	5 434 589 218	5 656 570 633	5 939 968 554	100%
Zmiana % rok do roku			5,5%	5,7%	4,1%	5,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych

Tabela 28. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 dla pacjentów spoza danego województwa z nowotworami ogółem (C00-D48)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	7%	48 511 421	56 647 229	64 219 017	69 198 852	73 751 427	8%
kujawsko-pomorskie	9%	56 016 693	61 159 055	57 961 532	56 251 622	57 625 470	7%
lubelskie	4%	27 079 451	29 491 267	27 894 436	30 402 496	30 903 170	4%
lubuskie	1%	6 360 015	6 641 124	7 265 918	8 429 097	8 379 113	1%
łódzkie	3%	20 069 669	20 838 745	21 911 887	22 325 907	25 506 803	3%
małopolskie	9%	56 128 035	59 126 797	58 815 559	64 178 985	68 313 224	8%
mazowieckie	26%	167 345 343	183 124 380	201 662 327	231 671 836	239 017 476	28%
opolskie	1%	5 093 895	5 394 514	5 139 569	4 745 667	5 599 208	1%
podkarpackie	1%	8 880 145	8 674 182	10 549 161	16 199 031	18 176 162	2%
podlaskie	2%	14 980 186	13 208 329	17 164 196	20 620 045	19 151 569	2%
pomorskie	3%	18 347 702	18 935 600	19 822 083	22 713 627	21 250 245	2%
śląskie	16%	102 626 740	110 993 446	120 744 738	121 192 802	137 576 524	16%
świętokrzyskie	4%	26 022 295	29 430 353	30 578 893	31 213 271	36 587 917	4%
warmińsko-mazurskie	3%	16 362 416	14 984 410	14 786 456	14 794 244	19 733 537	2%
wielkopolskie	9%	57 730 330	68 551 382	77 708 475	82 016 630	78 591 297	9%
zachodniopomorskie	3%	18 622 830	19 148 982	19 875 465	24 932 060	28 516 103	3%
Polska	100%	650 177 167	706 349 795	756 099 710	820 886 172	868 679 246	100%
Zmiana % rok do roku			8,6%	7,0%	8,6%	5,8%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 29. Wartość świadczeń* na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) realizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r.

Pacjenci z województwa	Świadczenia zrealizowane w województwie															
	dolnośląskie	małopolskie	mazowieckie	śląskie	wielkopolskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	zachodniopomorskie
dolnośląskie	484 306 984	1 255 045	9 907 681	8 430 134	8 122 153	1 365 770	250 134	3 424 343	790 996	1 901 275	162 825	69 841	447 509	254 778	76 562	863 516
kujawsko-pomorskie	243 690	491 162	10 830 081	5 731 863	3 682 767	348 764 489	230 130	118 799	2 954 418	12 514	55 248	188 879	2 936 647	17 291	467 087	399 087
lubelskie	389 555	1 303 276	36 827 019	6 007 496	1 073 462	371 077	297 871 180	47 414	490 903	26 836	1 650 439	279 453	514 006	780 265	162 931	211 309
lubuskie	9 503 304	358 774	5 353 060	1 797 316	33 471 117	1 095 600	84 029	123 076 058	133 768	68 826	22 650	17 124	171 955	19 680	64 244	13 428 466
łódzkie	4 548 649	1 187 094	30 586 576	11 913 486	6 074 139	5 052 617	629 390	56 393	378 321 134	439 713	118 007	96 733	477 087	4 471 846	167 312	654 728
małopolskie	1 381 328	443 387 895	10 752 465	52 585 046	740 246	665 205	896 157	59 410	341 831	127 603	4 002 606	31 796	123 501	1 690 095	29 470	301 986
mazowieckie	3 980 843	3 192 700	993 392 042	3 987 437	1 892 676	4 109 396	6 708 170	119 646	4 954 217	81 197	398 855	2 988 722	1 675 787	17 834 830	4 070 727	920 591
opolskie	21 112 308	874 250	2 590 252	19 040 265	518 347	297 344	184 738	21 096	564 066	108 402 851	90 800	2 625	59 708	111 489	22 089	90 980
podkarpackie	1 501 060	21 544 888	17 216 662	10 529 953	334 506	303 699	12 585 765	36 927	203 786	46 653	240 477 022	28 428	144 488	4 832 511	21 378	106 098
podlaskie	1 063 186	411 464	23 699 256	825 427	202 961	758 999	1 045 561	8 772	148 827	816	3 952	168 662 324	488 579	69 900	2 415 898	71 203
pomorskie	575 114	527 370	11 302 457	2 766 895	1 832 417	15 017 770	295 283	98 069	1 874 945	70 464	108 343	172 046	301 348 857	90 538	11 241 607	6 453 930
śląskie	4 502 463	13 600 192	14 690 271	781 750 667	1 332 335	450 194	909 059	135 061	1 922 054	1 990 962	383 516	151 775	456 214	3 376 840	426 957	528 697
świętokrzyskie	753 112	9 214 230	13 736 053	3 606 202	428 691	292 013	2 910 205	7 265	1 485 938	153 300	4 271 888	79 022	179 917	225 991 330	33 461	48 236
warmińsko-mazurskie	702 520	474 593	22 969 669	1 670 499	1 021 767	4 425 757	268 338	20 163	257 560	48 381	42 933	11 126 688	7 573 263	201 001	182 382 038	266 986
wielkopolskie	18 655 925	1 066 363	13 035 963	2 550 214	568 752 546	14 736 899	533 530	1 403 256	5 616 530	478 601	113 506	16 836	934 375	110 622	66 643	1 742 919
zachodniopomorskie	2 126 325	470 345	7 948 199	3 303 309	15 983 010	7 889 301	360 954	2 564 034	564 475	20 712	57 705	165 978	3 470 443	75 785	201 286	293 081 137
Pozostałe**	2 712 047	12 341 488	7 571 812	2 830 981	1 880 704	794 830	3 011 726	258 466	3 202 490	131 356	6 692 890	3 735 621	1 596 766	2 650 446	265 885	2 427 372
Razem	558 058 411	511 701 119	1 232 409 518	919 327 191	647 343 843	406 389 960	328 774 350	131 455 171	403 827 937	114 002 060	258 653 184	187 813 893	322 599 102	262 579 247	202 115 575	321 597 239

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

*Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych

**Pacjenci bez stałego zameldowania na terytorium Polski, ew. błędy w raportowaniu do NFZ lub inne nieokreślone przyczyny.

Tabela 30. Wartość świadczeń* na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00-D48) w latach 2009-2013 wg wieku i płci

Grupa wiekowo-płciowa	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
Mężczyźni	125%	3 336	3 477	3 408	3 265	3 175	124%
0-4	134%	3 580	3 585	3 261	2 879	2 891	113%
5-9	111%	2 962	3 136	2 624	2 115	2 043	80%
10-14	74%	1 976	2 111	1 739	1 469	1 341	52%
15-19	67%	1 790	1 942	1 690	1 468	1 395	55%
20-24	59%	1 590	1 836	1 728	1 424	1 328	52%
25-29	65%	1 751	1 862	1 671	1 557	1 522	60%
30-34	73%	1 950	1 934	1 916	1 618	1 592	62%
35-39	84%	2 260	2 358	2 045	2 069	1 905	75%
40-44	105%	2 815	2 760	2 643	2 377	2 375	93%
45-49	142%	3 795	3 998	3 567	3 300	3 079	120%
50-54	159%	4 244	4 534	4 449	4 244	4 053	159%
55-59	167%	4 463	4 645	4 644	4 478	4 327	169%
60-64	158%	4 227	4 382	4 547	4 455	4 343	170%
65-69	155%	4 137	4 258	4 088	3 984	3 911	153%
70-74	133%	3 549	3 726	3 787	3 744	3 712	145%
75-79	105%	2 808	2 947	3 014	3 061	3 031	119%
80-84	79%	2 108	2 205	2 262	2 327	2 369	93%
85+	66%	1 768	1 768	1 857	1 852	1 828	72%
Kobiety	86%	2 292	2 415	2 318	2 217	2 190	86%
0-4	90%	2 404	2 418	2 207	1 966	1 905	75%
5-9	86%	2 296	2 405	1 883	1 716	1 583	62%
10-14	62%	1 664	1 809	1 241	1 064	1 022	40%
15-19	40%	1 073	1 176	1 039	876	861	34%
20-24	34%	909	997	904	840	823	32%
25-29	41%	1 093	1 129	1 045	967	953	37%
30-34	49%	1 318	1 342	1 315	1 185	1 076	42%
35-39	59%	1 590	1 705	1 509	1 415	1 374	54%
40-44	70%	1 882	1 967	1 801	1 690	1 619	63%
45-49	81%	2 179	2 247	2 070	1 987	1 922	75%
50-54	94%	2 507	2 693	2 601	2 474	2 439	95%
55-59	107%	2 878	3 051	3 014	2 841	2 820	110%
60-64	109%	2 910	3 061	3 038	2 953	2 948	115%
65-69	112%	2 996	3 053	2 958	2 836	2 803	110%
70-74	101%	2 711	2 922	2 822	2 818	2 798	109%
75-79	92%	2 450	2 526	2 500	2 565	2 593	101%
80-84	81%	2 173	2 205	2 280	2 282	2 325	91%
85+	78%	2 101	2 209	2 119	2 181	2 137	84%
Razem Polska	100%	2 677	2 810	2 720	2 603	2 555	100%
Zmiana % rok do roku			4,9%	-3,2%	-4,3%	-1,8%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Koszty leczenia nowotworów złośliwych

Tabela 31. Wartość świadczeń* na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009-2013

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	7%	324 406 513	361 099 518	404 649 887	429 898 635	445 810 434	8%
kujawsko-pomorskie	6%	272 562 098	304 495 007	310 117 708	325 736 107	332 945 794	6%
lubelskie	5%	220 404 512	247 318 057	253 468 375	256 124 623	264 687 528	5%
lubuskie	2%	84 971 043	88 484 535	91 179 042	96 648 052	101 603 893	2%
łódzkie	6%	262 210 747	278 957 712	278 852 738	292 796 006	315 484 602	6%
małopolskie	8%	357 170 581	360 390 725	352 248 920	371 500 510	399 848 732	7%
mazowieckie	18%	807 824 821	877 415 085	944 896 381	973 246 126	1 005 681 006	18%
opolskie	2%	90 848 996	87 944 675	80 346 110	79 613 959	88 417 546	2%
podkarpackie	4%	168 228 294	164 332 463	184 493 162	191 937 903	195 783 699	4%
podlaskie	3%	144 332 292	133 504 199	146 851 330	144 763 086	152 562 820	3%
pomorskie	5%	230 774 375	245 248 362	257 595 536	245 742 890	254 658 127	5%
śląskie	13%	595 620 817	644 705 888	668 519 802	688 546 497	757 898 415	14%
świętokrzyskie	4%	162 099 256	169 139 971	177 995 705	193 245 901	213 965 596	4%
warmińsko-mazurskie	3%	129 401 325	133 541 477	136 455 238	134 223 336	153 510 745	3%
wielkopolskie	9%	421 680 231	454 542 486	494 939 664	511 834 770	516 041 171	9%
zachodniopomorskie	5%	205 660 226	218 639 501	242 456 087	251 526 062	262 131 345	5%
Polska	100%	4 478 196 126	4 769 759 662	5 025 065 685	5 187 384 461	5 461 031 453	100%
Zmiana % rok do roku			6,5%	5,4%	3,2%	5,3%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 32. Liczba pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	7%	61 274	62 367	65 526	69 380	72 595	7%
kujawsko-pomorskie	6%	51 222	52 098	54 273	55 555	56 746	6%
lubelskie	5%	39 911	39 695	41 307	42 826	44 658	5%
lubuskie	2%	18 222	18 340	19 575	20 789	21 610	2%
łódzkie	6%	54 014	55 171	56 855	58 260	61 348	6%
małopolskie	8%	66 651	66 892	68 767	72 205	75 209	8%
mazowieckie	16%	138 444	142 219	150 852	155 884	160 696	16%
opolskie	2%	19 086	19 536	20 342	20 389	20 792	2%
podkarpackie	4%	34 019	33 518	35 257	37 106	40 239	4%
podlaskie	3%	24 163	24 701	25 758	25 709	27 036	3%
pomorskie	6%	55 322	56 830	59 079	61 391	64 022	6%
śląskie	14%	124 050	125 965	131 141	137 414	144 034	15%
świętokrzyskie	4%	34 442	34 625	37 327	34 255	33 977	3%
warmińsko-mazurskie	3%	28 755	29 246	30 969	32 407	34 548	3%
wielkopolskie	9%	74 985	76 892	80 537	83 421	85 996	9%
zachodniopomorskie	5%	43 305	42 642	43 862	43 977	46 398	5%
Polska	100%	867 865	880 737	921 427	950 968	989 904	100%
Zmiana % rok do roku			1,5%	4,6%	3,2%	4,1%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 33. Wartość świadczeń* na pacjenta z nowotworami złośliwymi (C00-D09) zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009-2013

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	103%	5 294	5 790	6 175	6 196	6 141	111%
kujawsko-pomorskie	103%	5 321	5 845	5 714	5 863	5 867	106%
lubelskie	107%	5 522	6 230	6 136	5 981	5 927	107%
lubuskie	90%	4 663	4 825	4 658	4 649	4 702	85%
łódzkie	94%	4 854	5 056	4 905	5 026	5 143	93%
małopolskie	104%	5 359	5 388	5 122	5 145	5 317	96%
mazowieckie	113%	5 835	6 169	6 264	6 243	6 258	113%
opolskie	92%	4 760	4 502	3 950	3 905	4 252	77%
podkarpackie	96%	4 945	4 903	5 233	5 173	4 866	88%
podlaskie	116%	5 973	5 405	5 701	5 631	5 643	102%
pomorskie	81%	4 171	4 315	4 360	4 003	3 978	72%
śląskie	93%	4 801	5 118	5 098	5 011	5 262	95%
świętokrzyskie	91%	4 706	4 885	4 769	5 641	6 297	114%
warmińsko-mazurskie	87%	4 500	4 566	4 406	4 142	4 443	81%
wielkopolskie	109%	5 624	5 911	6 145	6 136	6 001	109%
zachodniopomorskie	92%	4 749	5 127	5 528	5 719	5 650	102%
Polska	100%	5 160	5 416	5 454	5 455	5 517	100%
Zmiana % rok do roku			5,0%	0,7%	0,0%	1,1%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 34. Wartość *per capita* świadczeń* na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009-2013

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	91,0%	107	117	129	136	142	99,8%
kujawsko-pomorskie	99,1%	116	131	133	143	146	103,2%
lubelskie	90,5%	106	118	124	126	131	92,2%
lubuskie	103,6%	122	133	140	148	150	105,7%
łódzkie	98,1%	115	123	124	132	141	99,1%
małopolskie	92,0%	108	109	107	111	121	84,9%
mazowieckie	114,0%	134	145	155	156	162	114,3%
opolskie	96,4%	113	112	108	109	123	86,7%
podkarpackie	86,3%	101	101	109	109	113	79,9%
podlaskie	107,6%	126	120	128	126	136	96,2%
pomorskie	95,3%	112	118	120	114	122	86,3%
śląskie	97,7%	115	125	129	133	146	103,0%
świętokrzyskie	108,2%	127	133	141	154	167	117,6%
warmińsko-mazurskie	93,5%	110	114	117	117	125	87,9%
wielkopolskie	101,1%	119	126	135	141	144	101,6%
zachodniopomorskie	110,8%	130	139	151	157	161	113,7%
Polska	100,0%	117	125	130	135	142	100,0%
Zmiana % rok do roku			6,4%	4,4%	3,2%	5,4%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 35. Wartość świadczeń* zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 wg rodzajów świadczeń

Rodzaj świadczeń	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
AOS	5%	202 290 988	212 483 736	241 434 916	274 959 306	290 350 353	5%
SOK	2%	85 979 073	96 639 874	116 552 547	129 979 515	146 252 639	3%
SPH	5%	215 047 506	226 939 176	240 905 624	257 079 598	274 282 343	5%
SPO	0%	6 330 585	8 059 616	7 923 441	7 349 285	6 788 496	0%
SZP	89%	3 968 547 975	4 225 637 260	4 418 249 156	4 518 016 758	4 743 357 622	87%
Razem	100%	4 478 196 126	4 769 759 662	5 025 065 685	5 187 384 461	5 461 031 453	100%
Zmiana % rok do roku			6,5%	5,4%	3,2%	5,3%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 36. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 (AOS)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	7%	14 064 838	16 882 832	18 122 511	21 349 136	23 513 311	8%
kujawsko-pomorskie	6%	12 042 804	13 301 679	14 048 193	15 728 071	15 439 943	5%
lubelskie	5%	10 160 066	10 077 426	11 985 313	13 313 538	13 979 621	5%
lubuskie	2%	3 350 184	4 229 260	4 481 694	5 524 818	5 947 780	2%
łódzkie	5%	9 454 183	10 556 403	11 693 421	11 772 261	12 677 246	4%
małopolskie	6%	13 114 547	13 162 292	15 724 197	19 889 068	21 769 760	7%
mazowieckie	17%	35 158 887	35 872 109	40 718 781	47 044 782	48 962 532	17%
opolskie	2%	4 747 478	5 212 397	5 803 575	6 302 795	6 189 430	2%
podkarpackie	4%	8 110 375	8 439 222	10 208 437	12 399 902	13 812 689	5%
podlaskie	3%	6 621 631	6 675 952	7 733 398	8 679 440	9 687 258	3%
pomorskie	6%	12 813 049	12 795 161	14 768 178	16 866 785	17 058 683	6%
śląskie	17%	34 095 345	33 543 234	37 687 095	43 279 080	44 955 430	15%
świętokrzyskie	4%	8 681 793	9 637 205	11 162 071	11 028 768	11 187 915	4%
warmińsko-mazurskie	3%	6 677 982	7 083 007	8 122 647	9 609 999	10 564 592	4%
wielkopolskie	7%	14 910 060	16 598 037	18 967 749	20 839 940	21 865 332	8%
zachodniopomorskie	4%	8 287 767	8 417 522	10 207 655	11 330 923	12 738 830	4%
Polska	100%	202 290 988	212 483 736	241 434 916	274 959 306	290 350 353	100%
Zmiana % rok do roku			5,0%	13,6%	13,9%	5,6%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 37. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 (SZP)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	7%	287 776 817	319 189 671	360 028 254	378 676 915	390 628 390	8%
kujawsko-pomorskie	6%	221 778 727	250 965 960	255 250 895	270 365 928	277 368 079	6%
lubelskie	5%	200 256 272	227 485 453	230 676 298	230 194 058	235 628 395	5%
lubuskie	2%	75 833 463	77 016 507	78 036 454	82 270 229	87 082 938	2%
łódzkie	6%	236 127 647	250 849 080	248 397 493	257 560 981	277 622 957	6%
małopolskie	8%	329 197 449	331 838 769	319 068 538	326 596 998	345 611 542	7%
mazowieckie	18%	720 974 820	786 488 574	845 400 448	866 074 745	895 002 872	19%
opolskie	2%	80 250 258	76 478 548	67 579 784	65 777 649	73 618 458	2%
podkarpackie	4%	148 138 777	143 740 394	160 322 959	165 153 310	166 607 549	4%
podlaskie	3%	130 848 765	120 071 169	132 637 646	129 028 271	135 351 617	3%
pomorskie	5%	202 883 409	213 432 957	221 868 405	205 820 502	213 939 749	5%
śląskie	13%	522 933 315	568 995 868	579 649 392	589 962 435	649 325 241	14%
świętokrzyskie	4%	141 772 348	145 333 659	150 456 109	165 570 330	183 025 041	4%
warmińsko-mazurskie	3%	111 056 025	115 139 416	114 551 131	108 952 010	126 162 305	3%
wielkopolskie	9%	367 235 191	394 848 946	429 849 353	443 867 718	445 491 380	9%
zachodniopomorskie	5%	191 484 693	203 762 287	224 475 996	232 144 678	240 891 107	5%
Polska	100%	3 968 547 975	4 225 637 260	4 418 249 156	4 518 016 758	4 743 357 622	100%
Zmiana % rok do roku			6,5%	4,6%	2,3%	5,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 38. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 (SOK)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	11%	9 229 249	10 925 457	11 919 276	11 202 086	10 946 799	7%
kujawsko-pomorskie	24%	20 597 575	20 869 718	21 104 037	19 281 436	18 821 641	13%
lubelskie	1%	711 984	545 107	812 784	1 722 178	3 410 619	2%
lubuskie	0%	341 456	232 691	354 294	479 981	511 676	0%
łódzkie	1%	1 230 820	1 199 838	3 119 952	6 107 819	7 706 861	5%
małopolskie	2%	2 138 562	1 919 272	3 108 776	8 601 051	14 594 914	10%
mazowieckie	23%	19 953 424	22 778 572	25 779 720	26 346 684	27 928 152	19%
opolskie	1%	534 778	434 649	371 391	304 644	395 364	0%
podkarpackie	1%	442 374	731 567	829 720	883 720	894 656	1%
podlaskie	1%	456 644	635 091	603 376	648 116	756 692	1%
pomorskie	1%	1 176 218	3 012 903	3 780 971	4 865 979	5 487 997	4%
śląskie	13%	11 592 522	12 173 912	18 026 866	19 913 084	22 697 476	16%
świętokrzyskie	6%	5 497 853	7 810 426	8 596 687	7 923 600	9 844 008	7%
warmińsko-mazurskie	0%	338 552	356 264	2 198 862	4 207 120	4 593 917	3%
wielkopolskie	13%	11 490 281	12 671 295	15 466 086	16 926 429	16 885 544	12%
zachodniopomorskie	0%	246 781	343 112	479 750	565 589	776 324	1%
Polska	100%	85 979 073	96 639 874	116 552 547	129 979 515	146 252 639	100%
Zmiana % rok do roku			12,4%	20,6%	11,5%	12,5%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 39. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 (SPO)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	8%	500 894	762 952	705 398	554 387	457 880	7%
kujawsko-pomorskie	1%	78 902	113 906	71 827	106 221	108 268	2%
lubelskie	10%	622 767	498 649	467 652	532 941	515 148	8%
lubuskie	0%	28 860	87 385	115 302	139 517	100 120	1%
łódzkie	6%	391 425	430 866	344 718	283 887	225 748	3%
małopolskie	14%	866 516	864 717	863 835	783 519	766 549	11%
mazowieckie	7%	411 554	864 589	962 775	835 949	771 698	11%
opolskie	6%	378 666	437 226	415 845	376 392	287 777	4%
podkarpackie	9%	585 654	793 779	734 280	819 811	846 096	12%
podlaskie	3%	168 340	214 170	168 330	93 397	77 248	1%
pomorskie	1%	39 517	94 687	60 314	109 908	85 202	1%
śląskie	21%	1 322 178	2 018 318	2 190 338	2 003 724	1 818 799	27%
świętokrzyskie	3%	201 438	191 534	242 939	175 697	221 988	3%
warmińsko-mazurskie	0%	11 600		14 386	9 962	21 627	0%
wielkopolskie	7%	452 264	286 419	261 538	279 619	221 135	3%
zachodniopomorskie	4%	270 009	400 421	303 964	244 355	263 215	4%
Polska	100%	6 330 585	8 059 616	7 923 441	7 349 285	6 788 496	100%
Zmiana % rok do roku			27,3%	-1,7%	-7,2%	-7,6%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 40. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 (OPH)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	6%	12 834 714	13 338 606	13 874 448	18 116 111	20 264 054	7%
kujawsko-pomorskie	8%	18 064 090	19 243 745	19 642 757	20 254 451	21 207 864	8%
lubelskie	4%	8 653 424	8 711 423	9 526 329	10 361 908	11 153 744	4%
lubuskie	3%	5 417 081	6 918 693	8 191 297	8 233 508	7 961 380	3%
łódzkie	7%	15 006 671	15 921 526	15 297 154	17 071 059	17 251 790	6%
małopolskie	6%	11 853 508	12 605 676	13 483 575	15 629 873	17 105 967	6%
mazowieckie	15%	31 326 135	31 411 241	32 034 656	32 943 967	33 015 751	12%
opolskie	2%	4 937 816	5 381 855	6 175 515	6 852 478	7 926 516	3%
podkarpackie	5%	10 951 114	10 627 500	12 397 766	12 681 160	13 622 709	5%
podlaskie	3%	6 236 911	5 907 818	5 708 579	6 313 862	6 690 005	2%
pomorskie	6%	13 862 181	15 912 654	17 117 668	18 079 716	18 086 496	7%
śląskie	12%	25 677 458	27 974 556	30 966 111	33 388 173	39 101 469	14%
świętokrzyskie	3%	5 945 825	6 167 147	7 537 899	8 547 507	9 686 645	4%
warmińsko-mazurskie	5%	11 317 166	10 962 791	11 568 212	11 444 244	12 168 305	4%
wielkopolskie	13%	27 592 436	30 137 789	30 394 937	29 921 063	31 577 780	12%
zachodniopomorskie	2%	5 370 976	5 716 159	6 988 721	7 240 518	7 461 869	3%
Polska	100%	215 047 506	226 939 176	240 905 624	257 079 598	274 282 343	100%
Zmiana % rok do roku			5,5%	6,2%	6,7%	6,7%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 41. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009-2013 wg miejsca zamieszkania pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	7%	307 056 521	337 271 709	375 567 238	397 787 094	411 794 841	8%
kujawsko-pomorskie	5%	240 605 102	270 702 052	279 689 877	299 952 298	306 344 145	6%
lubelskie	5%	228 942 234	254 395 447	268 328 609	272 493 481	282 002 818	5%
lubuskie	3%	122 815 016	134 707 242	142 750 657	151 402 566	153 106 925	3%
łódzkie	7%	292 667 409	311 057 433	315 273 480	332 069 812	353 152 099	6%
małopolskie	8%	355 983 606	360 072 967	358 124 676	373 736 150	404 983 328	7%
mazowieckie	16%	698 246 963	761 757 643	818 312 937	828 440 200	862 179 907	16%
opolskie	3%	116 643 128	115 220 011	109 871 370	110 077 399	123 507 855	2%
podkarpackie	5%	212 713 328	212 880 683	231 497 216	232 557 886	241 211 658	4%
podlaskie	3%	150 222 041	142 285 255	153 206 544	151 168 713	163 023 273	3%
pomorskie	6%	249 276 513	265 019 052	274 507 775	262 036 209	280 945 125	5%
śląskie	12%	531 717 434	579 297 600	595 352 753	614 516 284	672 006 755	12%
świętokrzyskie	4%	161 255 673	168 474 968	179 675 467	195 811 510	211 531 933	4%
warmińsko-mazurskie	3%	156 608 404	162 193 607	169 641 806	169 440 646	180 463 384	3%
wielkopolskie	9%	404 362 042	432 155 510	467 943 085	488 200 277	499 775 106	9%
zachodniopomorskie	5%	220 097 435	235 524 770	260 448 278	270 080 355	277 223 541	5%
Pozostałe**	1%	28 983 277	26 743 715	24 873 917	37 613 580	37 778 758	1%
Polska	100%	4 478 196 126	4 769 759 662	5 025 065 685	5 187 384 461	5 461 031 453	100%
Zmiana % rok do roku			6,5%	5,4%	3,2%	5,3%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

** Pacjenci bez stałego zameldowania na terytorium Polski, ew. błędy w raportowaniu do NFZ lub inne nieokreślone przyczyny.

Tabela 42. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach na rzecz pacjentów z danego województwa z nowotworami złośliwymi (C00-D09) w latach 2009-2013

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	7%	283 419 772	312 064 675	348 841 888	369 747 424	383 145 009	8%
kujawsko-pomorskie	6%	222 973 347	249 728 211	258 305 066	276 762 709	282 732 262	6%
lubelskie	5%	200 653 758	223 589 294	231 624 016	232 217 846	240 302 011	5%
lubuskie	2%	80 040 470	83 270 616	85 432 353	90 659 526	95 415 671	2%
łódzkie	6%	246 660 958	263 119 851	261 736 438	276 295 015	295 967 689	6%
małopolskie	8%	309 707 860	310 007 825	302 780 346	318 666 032	343 693 083	7%
mazowieckie	17%	667 245 659	725 539 209	780 304 927	786 742 668	812 930 444	17%
opolskie	2%	87 061 574	84 000 370	76 662 035	76 375 431	84 463 970	2%
podkarpackie	4%	161 436 737	157 883 754	176 683 036	180 055 230	182 317 999	4%
podlaskie	3%	131 320 315	122 117 132	131 686 528	127 408 606	136 640 345	3%
pomorskie	5%	215 965 444	230 006 140	241 644 986	227 033 961	237 518 234	5%
śląskie	13%	504 393 313	546 074 256	562 516 374	581 628 161	636 829 490	13%
świętokrzyskie	4%	139 076 620	143 882 198	151 697 485	165 834 423	182 057 979	4%
warmińsko-mazurskie	3%	116 065 645	121 216 615	124 561 184	122 636 476	137 455 916	3%
wielkopolskie	9%	371 680 509	395 558 118	427 284 502	441 250 313	449 510 195	9%
zachodniopomorskie	5%	190 447 966	202 845 379	226 300 284	230 658 214	238 562 877	5%
Polska	100%	3 928 149 947	4 170 903 643	4 388 061 449	4 503 972 036	4 739 543 172	100%
Zmiana % rok do roku			6,2%	5,2%	2,6%	5,2%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 43. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach na rzecz pacjentów spoza danego województwa z nowotworami złośliwymi (C00-D09) w latach 2009-2013

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	7%	40 986 741	49 034 843	55 807 999	60 151 210	62 665 426	9%
kujawsko-pomorskie	9%	49 588 751	54 766 796	51 812 643	48 973 398	50 213 532	7%
lubelskie	4%	19 750 754	23 728 763	21 844 359	23 906 777	24 385 517	3%
lubuskie	1%	4 930 573	5 213 919	5 746 689	5 988 526	6 188 222	1%
łódzkie	3%	15 549 789	15 837 861	17 116 300	16 500 991	19 516 914	3%
małopolskie	9%	47 462 721	50 382 901	49 468 574	52 834 478	56 155 649	8%
mazowieckie	26%	140 579 161	151 875 877	164 591 454	186 503 458	192 750 562	27%
opolskie	1%	3 787 422	3 944 305	3 684 074	3 238 528	3 953 576	1%
podkarpackie	1%	6 791 557	6 448 708	7 810 127	11 882 673	13 465 700	2%
podlaskie	2%	13 011 977	11 387 067	15 164 802	17 354 480	15 922 475	2%
pomorskie	3%	14 808 931	15 242 222	15 950 550	18 708 929	17 139 893	2%
śląskie	17%	91 227 504	98 631 631	106 003 427	106 918 335	121 068 925	17%
świętokrzyskie	4%	23 022 637	25 257 774	26 298 219	27 411 478	31 907 617	4%
warmińsko-mazurskie	2%	13 335 679	12 324 862	11 894 054	11 586 860	16 054 830	2%
wielkopolskie	9%	49 999 722	58 984 369	67 655 162	70 584 457	66 530 975	9%
zachodniopomorskie	3%	15 212 260	15 794 122	16 155 803	20 867 848	23 568 468	3%
Polska	100%	550 046 180	598 856 020	637 004 236	683 412 425	721 488 281	100%
Zmiana % rok do roku			8,9%	6,4%	7,3%	5,6%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 44. Wartość świadczeń* na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. wg przynależności pacjentów do OW NFZ

Pacjenci z województwa	Świadczenia zrealizowane w województwie															
	dolnośląskie	małopolskie	mazowieckie	śląskie	wielkopolskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	zachodniopomorskie
dolnośląskie	383 145 009	897 323	6 682 726	7 633 972	6 300 240	1 102 794	97 399	2 666 243	517 967	1 366 732	106 011	45 246	337 171	218 914	40 620	636 475
kujawsko-pomorskie	193 730	391 358	8 646 784	5 632 119	2 915 303	282 732 262	191 499	88 407	2 381 620	2 423	39 260	179 597	2 296 051	13 816	348 395	291 522
lubelskie	279 588	968 161	30 592 630	5 609 115	905 915	306 134	240 302 011	35 079	324 993	7 091	1 017 617	234 326	438 310	672 469	146 469	162 911
lubuskie	8 856 218	318 440	4 240 956	1 419 189	29 803 451	915 635	69 531	95 415 671	113 042	63 021	13 008	17 005	146 767	19 035	52 945	11 643 011
łódzkie	4 135 042	952 484	25 975 669	10 499 959	5 161 762	4 697 172	432 820	37 595	295 967 689	335 177	73 903	80 891	417 633	3 814 084	106 432	463 788
małopolskie	909 224	343 693 083	7 982 078	45 360 394	692 984	595 277	532 794	46 017	273 477	103 756	3 009 497	17 960	87 099	1 497 709	16 514	165 466
mazowieckie	3 718 671	2 838 017	812 930 444	3 613 028	1 669 519	3 662 910	5 443 957	101 854	3 816 817	54 381	298 650	2 429 794	1 411 545	16 198 500	3 253 465	738 355
opolskie	17 806 933	690 846	2 034 672	17 062 871	388 877	274 814	87 793	4 549	420 114	84 463 970	81 279		54 103	90 723	1 622	44 688
podkarpackie	881 845	19 125 762	13 977 879	9 401 080	286 687	268 185	10 568 839	28 027	116 877	31 227	182 317 999	9 650	117 999	4 006 079	16 454	57 071
podlaskie	499 435	372 797	20 511 998	726 385	124 037	679 857	903 725	5 109	117 703	430	98	136 640 345	421 146	64 140	1 913 754	42 313
pomorskie	491 129	457 510	7 708 266	2 528 347	1 337 546	13 085 612	167 408	82 375	1 777 916	53 514	82 879	144 162	237 518 234	65 778	9 581 281	5 863 168
śląskie	3 743 671	11 193 508	11 141 173	636 829 490	986 126	337 447	639 665	109 124	1 374 370	1 311 476	252 341	105 619	360 271	2 963 847	241 568	417 059
świętokrzyskie	664 268	7 338 479	10 860 390	3 035 222	374 016	237 400	2 151 329	1 175	1 076 057	128 287	3 346 249	69 452	153 102	182 057 979	13 929	24 601
warmińsko-mazurskie	668 894	375 616	19 526 146	1 536 492	611 123	3 686 317	226 949	12 132	180 846	35 562	33 119	9 557 182	6 183 783	196 186	137 455 916	177 121
wielkopolskie	16 619 322	513 006	10 499 037	2 032 765	449 510 195	12 703 774	282 281	935 666	4 243 584	415 489	80 807	9 082	788 264	93 851	37 999	1 009 983
zachodniopomorskie	1 373 515	381 566	6 959 958	3 117 528	13 742 252	7 165 516	342 361	1 838 478	463 751	3 915	49 408	162 049	2 824 963	66 962	168 443	238 562 877
Pozostałe**	1 823 942	9 340 776	5 410 200	1 860 459	1 231 138	494 687	2 247 166	196 393	2 317 780	41 093	4 981 576	2 860 461	1 101 685	1 925 523	114 942	1 830 935
Razem	445 810 434	399 848 732	1 005 681 006	757 898 415	516 041 171	332 945 794	264 687 528	101 603 893	315 484 602	88 417 546	195 783 699	152 562 820	254 658 127	213 965 596	153 510 745	262 131 345

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ
 * Prezentowane dane nie obejmują wartości i refundacji NFZ na terytorium NFZ na terytorium NFZ na terytorium NFZ
 ** Pacjenci bez stałego zameldowania na terytorium Polski, ew. błędy w raportowaniu do NFZ lub inne nieokreślone przyczyny.

Tabela 45. Wartość świadczeń* na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) w latach 2009-2013 wg wieku i płci

Grupa wiekowo-płciowa	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
Mężczyźni	106%	5 491	5 740	5 858	5 875	5 902	107%
0-4	372%	19 195	20 707	20 170	18 414	18 795	341%
5-9	266%	13 729	15 466	13 832	13 073	15 053	273%
10-14	222%	11 454	13 201	11 977	12 247	13 398	243%
15-19	202%	10 420	11 772	11 890	13 161	14 713	267%
20-24	143%	7 401	8 861	9 071	8 958	8 802	160%
25-29	139%	7 166	7 777	7 339	7 807	8 441	153%
30-34	128%	6 627	6 734	7 172	6 895	7 333	133%
35-39	132%	6 837	7 377	6 822	7 860	7 634	138%
40-44	141%	7 286	7 176	7 631	7 659	8 366	152%
45-49	156%	8 057	8 810	8 246	8 354	8 411	152%
50-54	146%	7 517	8 113	8 405	8 542	8 558	155%
55-59	135%	6 967	7 361	7 671	7 748	7 698	140%
60-64	120%	6 203	6 432	6 920	6 956	6 996	127%
65-69	109%	5 619	5 840	5 756	5 793	5 831	106%
70-74	89%	4 584	4 795	5 043	5 041	5 097	92%
75-79	67%	3 453	3 599	3 781	3 889	3 910	71%
80-84	48%	2 452	2 577	2 699	2 795	2 887	52%
85+	38%	1 983	1 998	2 128	2 125	2 152	39%
Kobiety	95%	4 890	5 151	5 128	5 118	5 208	94%
0-4	359%	18 541	19 545	18 530	16 726	18 370	333%
5-9	247%	12 749	13 723	11 427	13 085	13 651	247%
10-14	222%	11 477	13 061	9 143	9 721	11 932	216%
15-19	156%	8 043	9 494	9 477	9 817	10 672	193%
20-24	112%	5 800	6 638	6 765	7 630	8 064	146%
25-29	116%	6 009	6 506	6 347	6 674	7 204	131%
30-34	122%	6 284	6 506	6 910	6 807	6 550	119%
35-39	129%	6 681	7 271	6 794	6 820	6 971	126%
40-44	133%	6 883	7 315	6 840	6 714	6 896	125%
45-49	129%	6 669	6 873	6 575	6 622	6 689	121%
50-54	114%	5 869	6 322	6 342	6 337	6 506	118%
55-59	105%	5 439	5 753	5 898	5 773	5 853	106%
60-64	94%	4 839	5 107	5 258	5 299	5 427	98%
65-69	89%	4 616	4 724	4 741	4 686	4 759	86%
70-74	76%	3 896	4 232	4 236	4 332	4 417	80%
75-79	64%	3 308	3 457	3 535	3 707	3 856	70%
80-84	53%	2 749	2 817	3 027	3 110	3 240	59%
85+	49%	2 525	2 721	2 644	2 785	2 772	50%
Razem Polska	100%	5 160	5 416	5 454	5 455	5 517	100%
Zmiana % rok do roku			5,0%	0,7%	0,0%	1,1%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

1.3 Stan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia nowotworów

Mówiąc o stanie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia nowotworów, nie sposób pominąć problemu dostępności świadczeń i kolejek, które – z wyjątkiem podstawowej opieki zdrowotnej i medycyny ratunkowej – są w Polsce zjawiskiem niemal powszechnym.

Jedyne dostępne, porównywalne dane o stanie kolejek do świadczeń onkologicznych lub takich, które służą m.in. diagnostyce nowotworów, to dane raportowane przez świadczeniodawców do Narodowego Funduszu Zdrowia. Są one publikowane na stronie internetowej Funduszu. Analiza danych o liczbie osób oraz czasie oczekiwania na konsultacje i hospitalizacje onkologiczne raportowanych do NFZ przez świadczeniodawców wskazuje na znaczne różnice w dostępności leczenia pomiędzy województwami.

Wydaje się jednak – zarówno z obserwacji poczekalni przyszpitalnych, jak i rozmów w rejestracjach poradni czy szpitali – że sposób, wg którego podmioty lecznicze mają obowiązek obliczać czas oczekiwania na świadczenia, w podziale na przypadki pilne i stabilne, zgodny z rozporządzeniem ministra zdrowia z 20 czerwca 2008 r., nie odzwierciedla rzeczywistości kolejkowej, tak polskiej onkologii, jak i innych specjalności. Na listach tych bowiem znajduje się informacja o średnim czasie oczekiwania osób, które były wpisane na listę oczekujących i które zostały z niej skreślone z powodu udzielenia świadczenia w okresie sześciu miesięcy. Analiza tych danych nie pozwala na określenie rzeczywistego czasu oczekiwania pacjenta na realizację świadczenia, choćby dlatego, że sytuacja, w której zaraportowana przez świadczeniodawcę wartość „0 dni” średniego czasu oczekiwania może oznaczać zarówno bieżący (tj. bezkolejkowy) dostęp do świadczeń w danym podmiocie, jak i to, że w okresie 6 miesięcy żaden pacjent nie został skreślony z powodu zrealizowania świadczenia. Już ta, jak się wydaje absurdalna, interpretacja sytuacji wynikającej z raportów o stanie kolejek do świadczeń, wskazuje na konieczność innego sposobu obliczania i podawania czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne.

W trakcie prac nad raportem, i konsultacji jego kolejnych wersji, zdecydowano o znacznym ograniczeniu prezentowanych danych o stanie kolejek do różnych świadczeń onkologicznych z uwagi na fakt, że wiele z nich nawet przy pobieżnej analizie, generowało więcej wątpliwości niż dawało odpowiedzi. Zgodnie uznano, że dane, które budząc istotne zastrzeżenia, nie wnoszą dodatkowej wartości i nie przybliżają nas do rzetelnego zobrazowania sytuacji w zakresie dostępności świadczeń, należy potraktować bardziej jako służące wsparciu do sformułowania wniosku, że system raportowania stanu kolejek do świadczeń w Polsce, a świadczeń onkologicznych

szczególnie, musi zostać zmieniony. Powinien on dawać jednoznaczne odpowiedzi na pytanie o rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów na świadczenie, a prezentowane dane muszą dawać możliwość porównań. W tym celu m.in. należy doprowadzić do zunifikowania nazw poradni, zakładów czy oddziałów szpitalnych, tak by nie było sytuacji, że w większości województw dana jednostka nazywa się, np. zakładem diagnostyki obrazowej, obejmując świadczenia z zakresu radiologii, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, a w pozostałych każde z tych świadczeń jest raportowane odrębnie przez zakład radiologii, zakład tomografii komputerowej i zakład rezonansu magnetycznego. Z aktualnego systemu nazewnictwa można, np. wnioskować, że w większości województw brak jest dostępu do ambulatoryjnych świadczeń z zakresu ginekologii onkologicznej, bowiem tylko w 6 województwach istnieją poradnie o takiej nazwie, gdy tymczasem w pozostałych świadczenia te są dostępne po prostu w wielu poradniach ginekologicznych. Podobnie, wg danych raportowanych do NFZ w województwach: lubuskim, mazowieckim i zachodniopomorskim nie ma poradni chemioterapii, co nie znaczy z pewnością, że w województwach tych chemioterapia jest dla pacjentów niedostępna.

Takich przykładów braku spójności można by podać wiele. Pracując nad analizami stanu kolejek do świadczeń onkologicznych, wg aktualnego systemu raportowania do NFZ, można dojść wyłącznie do wniosku, że tego, jak długo obecnie czeka się na świadczenia zdrowotne w Polsce, nie wie *de facto* nikt, nawet ktoś, kto dysponuje wszechstronną wiedzą z zakresu organizacji systemu ochrony zdrowia. Prezentowane poniżej dane dadzą zatem pogląd o raczej złej, a nie dobrej sytuacji, jeśli chodzi o dostępność świadczeń onkologicznych.

W przypadku nowotworów złośliwych, kiedy o szansie na przeżycie chorego mogą decydować tygodnie, a czasem nawet dni, w systemie, w którym istnieją skierowania i limity liczby świadczeń, zbyt długa kolejka może oznaczać dla chorego bezpowrotną utratę możliwości powrotu do zdrowia. Chory, który zmuszony jest czekać na każdym poziomie leczenia onkologicznego, ma zdecydowanie mniejsze szanse wygrać z chorobą na różnych jej etapach.

W tej części raportu zostaną przedstawione dane o czasie oczekiwania na wybrane świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), leczenie szpitalne w różnych oddziałach oraz na świadczenia opieki długoterminowej. Dla uwypuklenia różnic w zakresie dostępności różnych świadczeń pomiędzy województwami, oprócz danych umieszczonych w tabelach zaprezentowane są także wykresy, na których wyraźnie widać często znaczne różnice w czasie oczekiwania na świadczenia, a także w liczbie osób, które – zgodnie z obowiązującą zasadą obliczania średniego czasu oczekiwania na świadczenia – znajdują się na listach prowadzonych przez świadczeniodawców.

Dla lepszego zobrazowania skali problemu kolejek do świadczeń oraz, aby uniknąć pominięcia (poprzez uśrednienie) podmiotów, które raportują 0 dni średniego czasu oczekiwania, w raporcie wprowadzono pojęcie „średniego skorygowanego czasu oczekiwania”. **Jest to średnia ze średniej ważonej i średniej arytmetycznej, gdzie średnia ważona to średni czas oczekiwania zważony liczbą oczekujących.** Dzięki temu – w sytuacji, kiedy najdłuższe kolejki i długi czas oczekiwania dotyczą największych ośrodków onkologicznych, a w przypadku kilku mniejszych ośrodków czas ten jest krótszy lub raportują one 0 dni średniego czasu oczekiwania – prezentowane dane są bliższe prawdzie, tj. średniemu czasowi oczekiwania na świadczenia w największych placówkach leczniczych, oferujących najbardziej kompleksowe usługi z zakresu onkologii.

We wnioskach z prezentowanych danych trudno o inną konkluzję niż ta, że pomiędzy województwami występują często duże różnice w dostępności świadczeń w poszczególnych poradniach, pracowniach czy oddziałach. Z czego jednak one wynikają? Z braku kadr? Różnic w organizacji? Różnych limitów świadczeń dostępnych w ramach kontraktów z NFZ czy z różnej perspektywy oceny liczb i wykresów? Trudno powiedzieć. Niemniej jednak, jeśli ktoś nie jest w stanie wyobrazić sobie liczby barier, jaką muszą pokonać chorzy na nowotwory w Polsce, to z pewnością zamieszczone poniżej tabele i wykresy ułatwią to.

Pacjent chory na raka w naszym kraju zbyt dużo czasu – jaki powinien przeznaczyć na walkę z chorobą – poświęcać musi na oczekiwanie na wszelkiego rodzaju świadczenia. I choć bez wątplenia optymistycznie nastrajają dane z raportu konsultanta krajowego z dziedziny radioterapii onkologicznej, mówiące o skróceniu w ciągu ostatnich 8 lat czasu oczekiwania na radioterapię z 10–12 tygodni do 2–4 tygodni i podwojeniu liczby pacjentów poddawanych leczeniu tą metodą, to, mimo wszystko, średni skorygowany czas oczekiwania na tomografię komputerową w województwie śląskim wynoszący 197 dni, czy 80 dni oczekiwania na konsultację chirurga onkologa w województwie świętokrzyskim, świadczą o tym, że wielu chorych w Polsce nie doczeka radioterapii lub zostanie zakwalifikowanych jedynie do radioterapii paliatywnej.

W kontekście pakietu onkologicznego opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ warto zwrócić uwagę na dane o dostępności diagnostyki obrazowej (tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego), ale także poradni onkologicznych, do których dostęp już teraz nie wymaga skierowań od lekarza pierwszego kontaktu. Prezentowane dane wskazują, że nierzadko najwięcej oczekujących i najdłuższy czas oczekiwania na świadczenia dotyczy ośrodków, które mogą się pochwalić zarówno największą liczbą akceleratorów na liczbę mieszkańców w województwie, jak i małą liczbą innych świadczeniodawców w regionie, czyli silną koncentracją leczenia onkologicznego z ograniczeniem

dostępu, np. do jednego miasta. Nie ma więc jednej, wspólnej odpowiedzi dlaczego w danym województwie lub w przypadku określonego rodzaju świadczenia sytuacja raz jest lepsza, a raz zdecydowanie zła. Wśród pacjentów czekających na świadczenia, których liczbę i średni czas oczekiwania obecnie raportują świadczeniodawcy, np. w przypadku poradni onkologicznych, brak jest rozróżnienia na pacjentów pierwszorazowych, tj. będących na początku drogi diagnostycznej i tych, którzy są już w trakcie procesu leczenia, a zgłaszają się zgodnie z zaleceniami na wizyty kontrolne. A zatem wyciąganie racjonalnych wniosków o rzeczywistych kolejkach w oparciu o obowiązujący system raportowania jest niemożliwe.

Średni skorygowany czas oczekiwania to średnia ze średniej ważonej i średniej arytmetycznej, gdzie średnia ważona to średni czas oczekiwania zważony liczbą oczekujących.

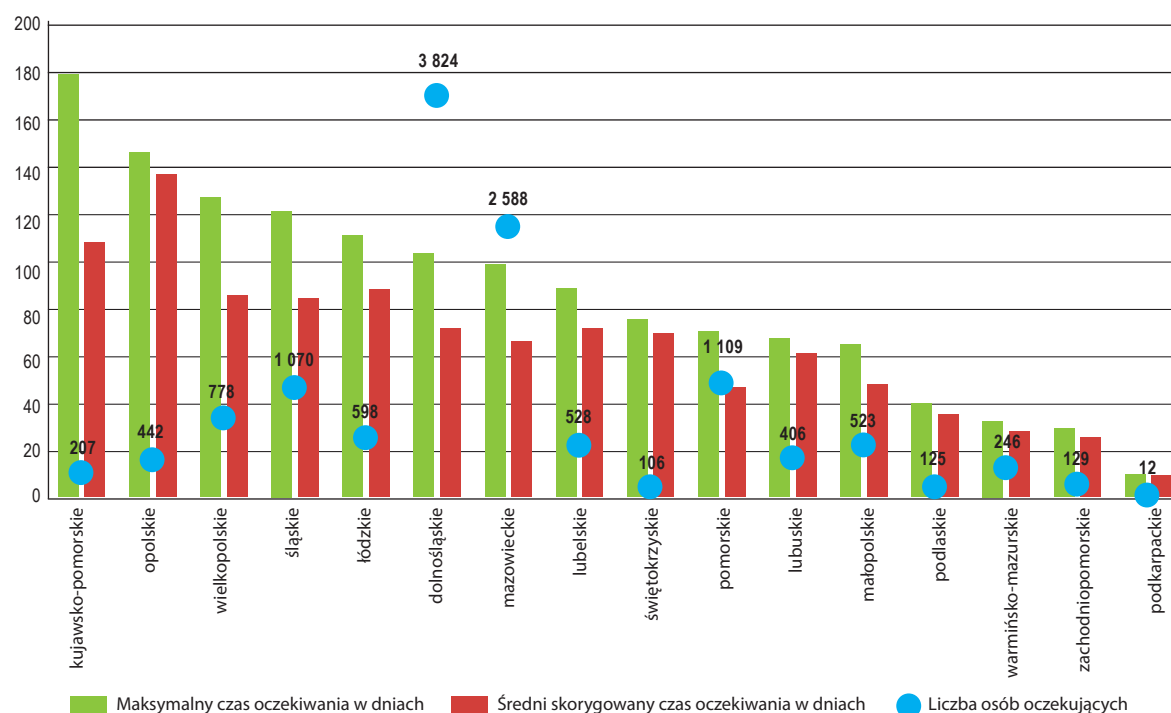
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

Tabela 46. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni onkologicznej w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	3 824	104	73	29	55	55	40
kujawsko-pomorskie	207	179	108	41	14	12	13
lubelskie	528	89	72	0	1	1	13
lubuskie	406	68	62	20	11	11	12
łódzkie	598	111	88	1	10	10	21
małopolskie	523	65	49	3	16	16	24
mazowieckie	2 588	99	67	12	23	16	55
opolskie	442	146	136	2	8	6	6
podkarpackie	12	11	11	0	0	0	10
podlaskie	125	40	36	2	6	5	9
pomorskie	1 109	71	48	45	9	8	27
śląskie	1 070	122	85	132	35	24	59
świętokrzyskie	106	76	70	0	12	6	4
warmińsko-mazurskie	246	33	28	1	12	12	9
wielkopolskie	778	127	86	5	11	9	30
zachodniopomorskie	129	30	26	1	2	2	9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 46. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni onkologicznej w poszczególnych województwach



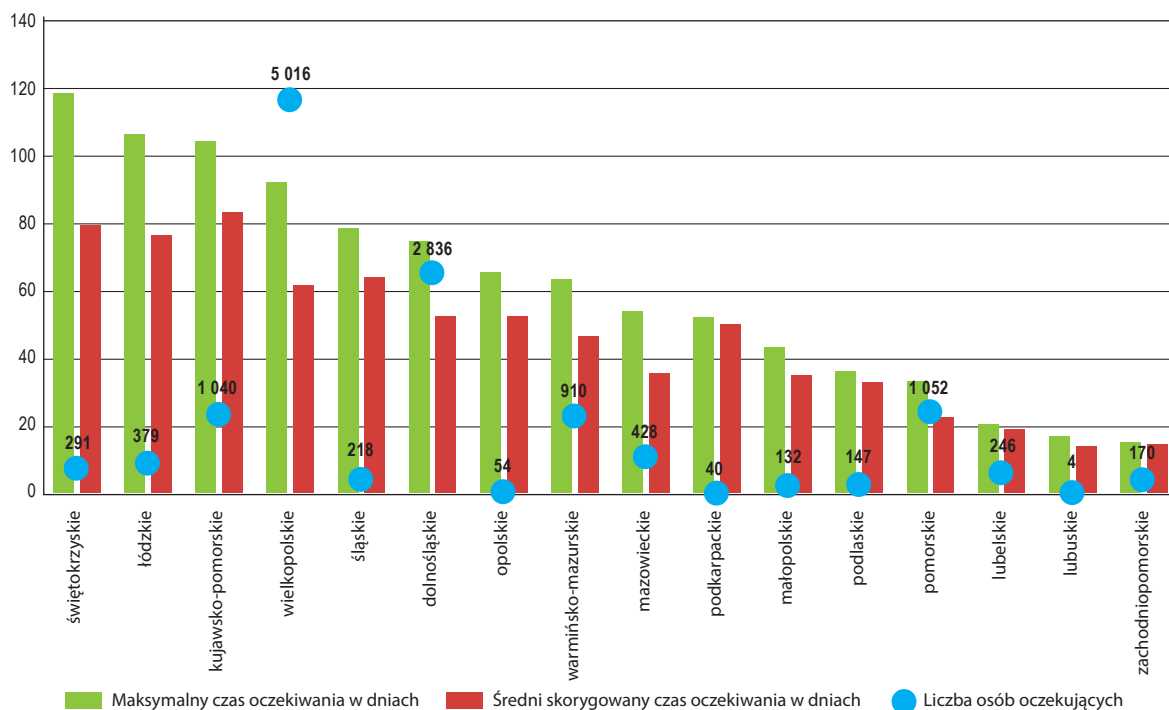
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 47. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni chirurgii onkologicznej w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	2 836	75	53	0	14	7	11
kujawsko-pomorskie	1 040	105	84	6	12	10	13
lubelskie	268	21	19	0	0	0	6
lubuskie	4	18	15	0	11	6	6
łódzkie	379	107	77	0	10	5	11
małopolskie	132	44	36	1	2	2	9
mazowieckie	428	54	37	2	29	21	24
opolskie	54	66	53	0	1	1	3
podkarpackie	40	53	50	0	0	0	5
podlaskie	147	37	33	0	7	4	7
pomorskie	1 052	34	23	8	13	9	9
śląskie	218	79	65	39	10	10	10
świętokrzyskie	291	119	80	0	4	2	11
warmińsko-mazurskie	910	64	47	1	24	14	10
wielkopolskie	5 016	93	62	26	11	8	21
zachodniopomorskie	170	16	15	0	0	0	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 47. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni chirurgii onkologicznej w poszczególnych województwach



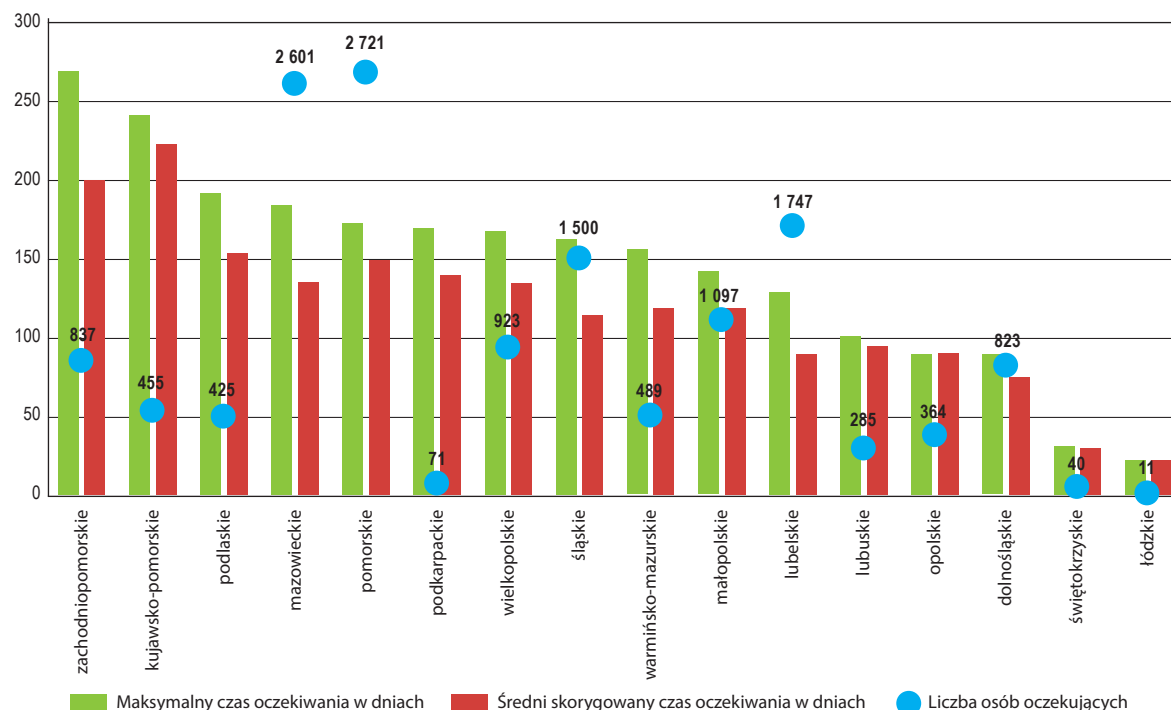
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 48. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni hematologicznej i nowotworów krwi w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	823	88	74	14	23	19	6
kujawsko-pomorskie	455	240	222	109	32	32	2
lubelskie	1 747	128	88	2	45	45	9
lubuskie	285	100	93	3	26	24	4
łódzkie	11	21	21	0	1	1	1
małopolskie	1 097	141	118	32	26	24	8
mazowieckie	2 601	183	135	33	38	34	10
opolskie	364	89	89	0	0	0	1
podkarpackie	71	169	139	0	0	0	3
podlaskie	425	191	152	18	30	22	5
pomorskie	2 721	172	148	8	38	35	6
śląskie	1 500	161	113	73	248	134	25
świętokrzyskie	40	30	28	0	0	0	1
warmińsko-mazurskie	489	155	118	2	26	26	3
wielkopolskie	923	167	134	57	92	76	11
zachodniopomorskie	837	268	199	12	363	188	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 48. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni hematologicznej i nowotworów krwi w poszczególnych województwach



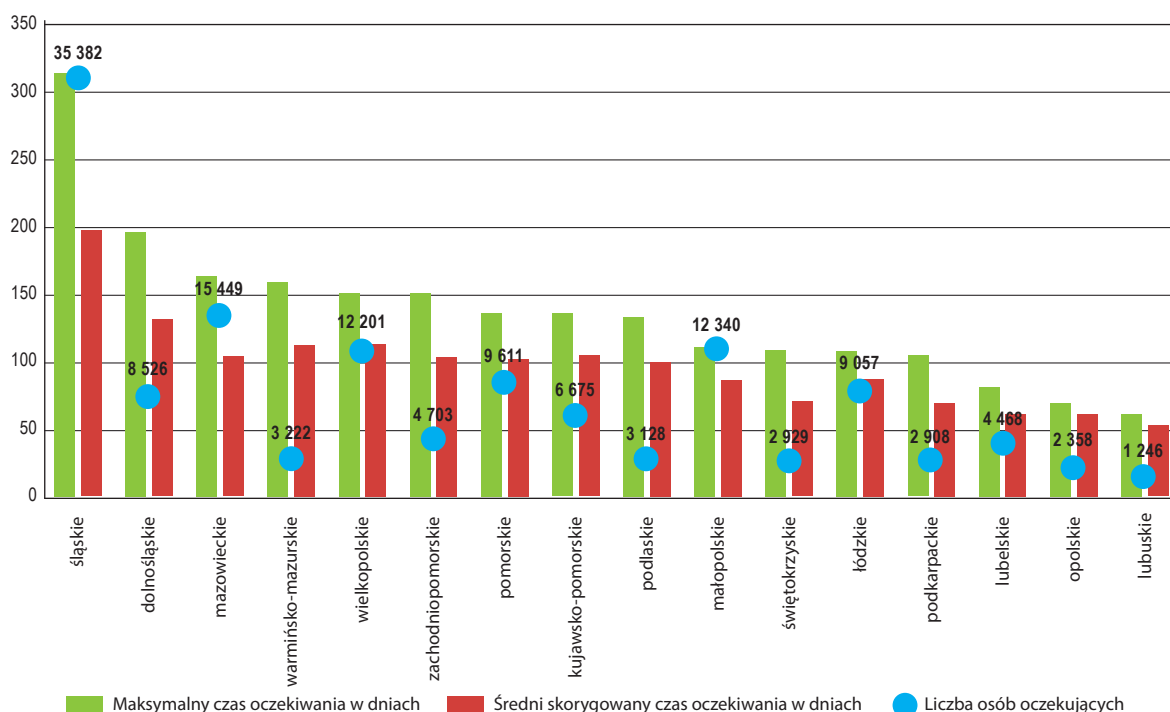
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 49. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do pracowni tomografii komputerowej w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	8 526	196	131	377	29	24	27
kujawsko-pomorskie	6 675	135	104	348	52	46	19
lubelskie	4 468	80	60	164	33	27	21
lubuskie	1 246	61	52	187	20	17	7
łódzkie	9 057	107	87	106	38	31	26
małopolskie	12 340	111	86	988	51	39	32
mazowieckie	15 449	164	104	337	134	76	67
opolskie	2 358	69	62	45	29	24	10
podkarpackie	2 908	89	68	255	41	32	25
podlaskie	3 128	133	99	645	36	32	13
pomorskie	9 611	136	101	787	51	40	21
śląskie	35 382	311	197	3 241	269	152	50
świętokrzyskie	2 929	109	70	172	23	17	13
warmińsko-mazurskie	3 222	158	112	535	52	45	13
wielkopolskie	12 201	151	113	634	108	68	42
zachodniopomorskie	4 703	150	103	94	39	26	16

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 49. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do pracowni tomografii komputerowej w poszczególnych województwach

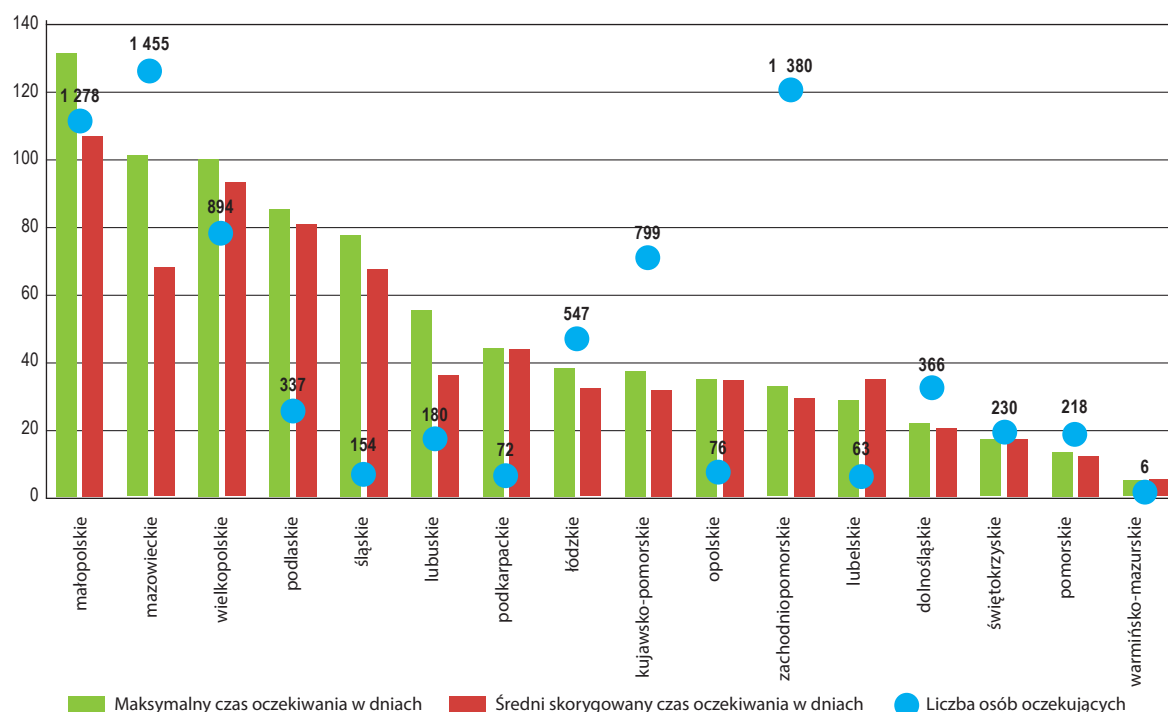


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 50. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni, pracowni lub zakładu medycyny nuklearnej w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	366	22	20	0	0	0	3
kujawsko-pomorskie	799	37	31	16	6	6	6
lubelskie	63	29	29	0	0	0	2
lubuskie	160	55	36	0	0	0	2
łódzkie	547	38	32	9	11	11	8
małopolskie	1 264	131	107	30	33	32	8
mazowieckie	1 455	101	68	15	20	14	11
opolskie	76	35	35	0	0	0	1
podkarpackie	72	44	44	0	0	0	3
podlaskie	290	85	80	0	0	0	2
pomorskie	218	14	12	39	7	7	2
śląskie	82	77	67	292	28	26	7
świętokrzyskie	230	17	17	0	0	0	1
warmińsko-mazurskie	6	5	5	0	0	0	2
wielkopolskie	894	100	93	0	0	0	4
zachodniopomorskie	1 380	33	30	0	0	0	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 50. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni, pracowni lub zakładu medycyny nuklearnej w poszczególnych województwach


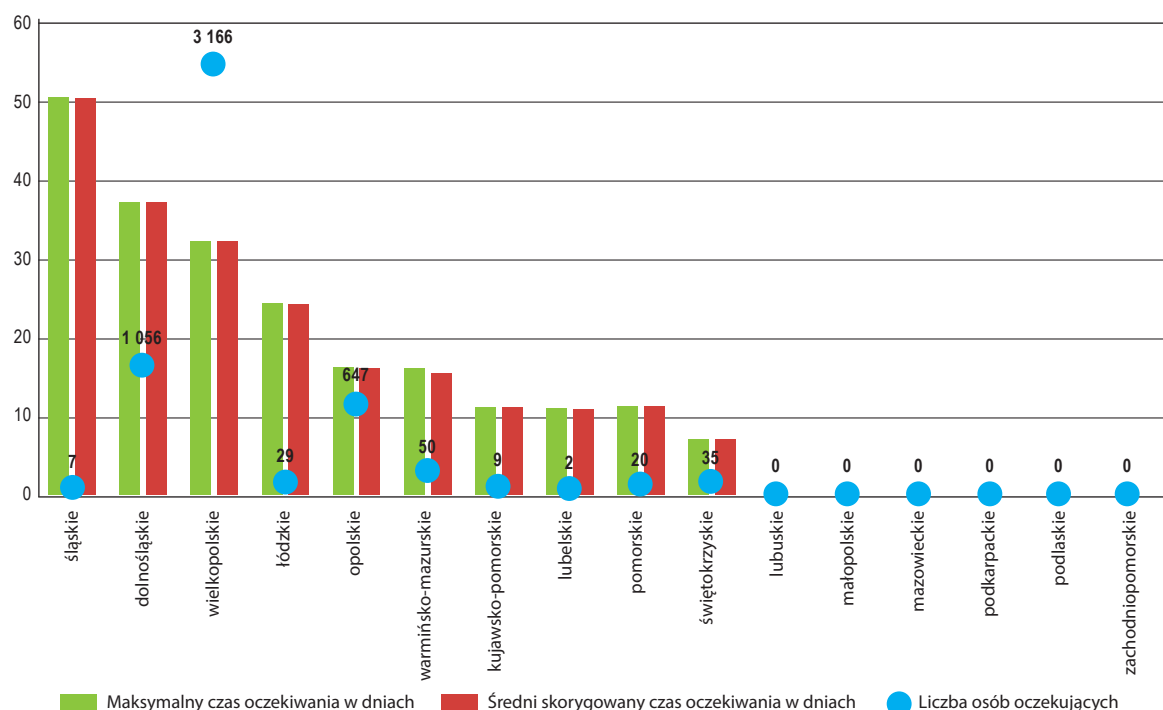
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 51. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni chemioterapii w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	1 056	37	37	0	0	0	3
kujawsko-pomorskie	9	11	11	1	6	6	3
lubelskie	2	11	11	0	4	2	1
lubuskie	0	0	0	0	0	0	0
łódzkie	29	24	24	0	0	0	2
małopolskie	0	0	0	0	0	0	2
mazowieckie	0	0	0	0	0	0	0
opolskie	647	16	16	15	16	16	1
podkarpackie	0	0	0	0	0	0	1
podlaskie	0	0	0	0	0	0	4
pomorskie	20	11	11	0	0	0	1
śląskie	7	50	50	0	0	0	1
świętokrzyskie	35	7	7	0	12	6	1
warmińsko-mazurskie	50	16	15	0	8	4	4
wielkopolskie	3 166	32	32	11	7	6	6
zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 51. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni chemioterapii w poszczególnych województwach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

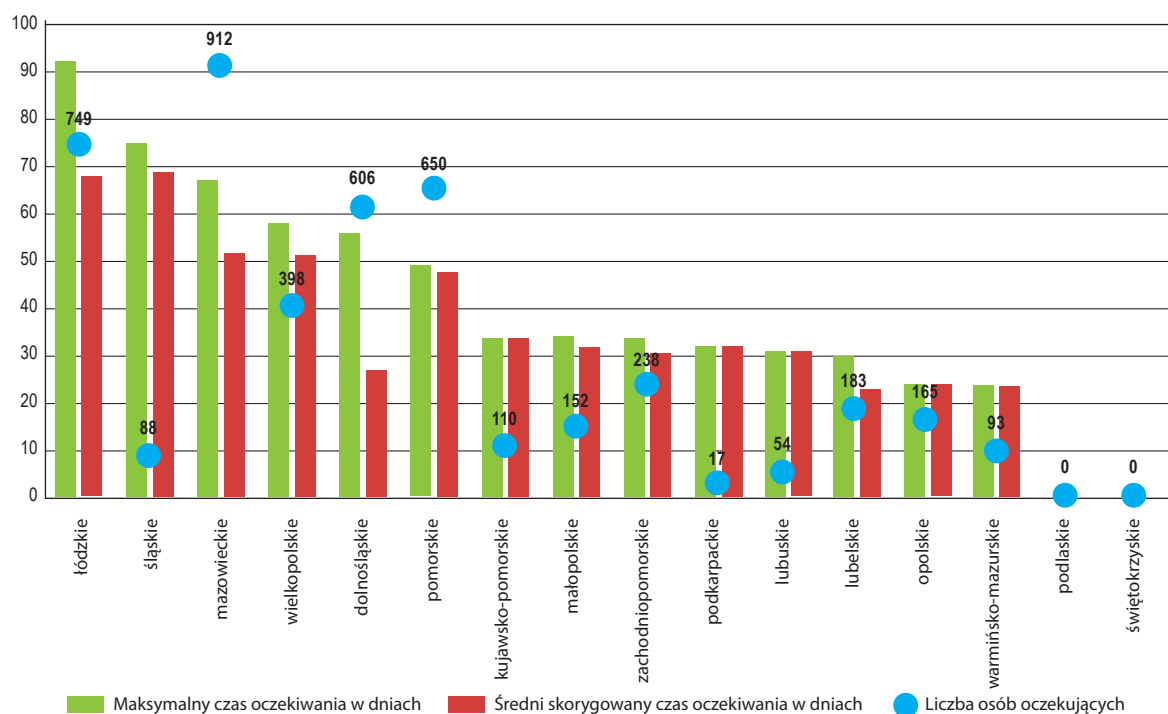
Leczenie szpitalne

Tabela 52. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział chirurgii onkologicznej w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	606	56	47	9	7	6	8
kujawsko-pomorskie	110	34	34	296	37	36	3
lubelskie	183	30	23	0	0	0	3
lubuskie	54	31	31	2	6	6	1
łódzkie	749	92	68	321	43	27	7
małopolskie	152	34	32	0	0	0	4
mazowieckie	912	67	52	17	26	22	16
opolskie	165	24	24	0	1	1	1
podkarpackie	17	32	32	18	23	23	1
podlaskie	0	0	0	0	0	0	2
pomorskie	650	49	48	9	31	30	4
śląskie	88	75	69	264	51	49	3
świętokrzyskie	0	0	0	60	21	21	1
warmińsko-mazurskie	93	24	24	4	18	18	2
wielkopolskie	398	58	51	5	13	13	5
zachodniopomorskie	238	34	30	1	6	6	2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 52. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie na oddział chirurgii onkologicznej w poszczególnych województwach



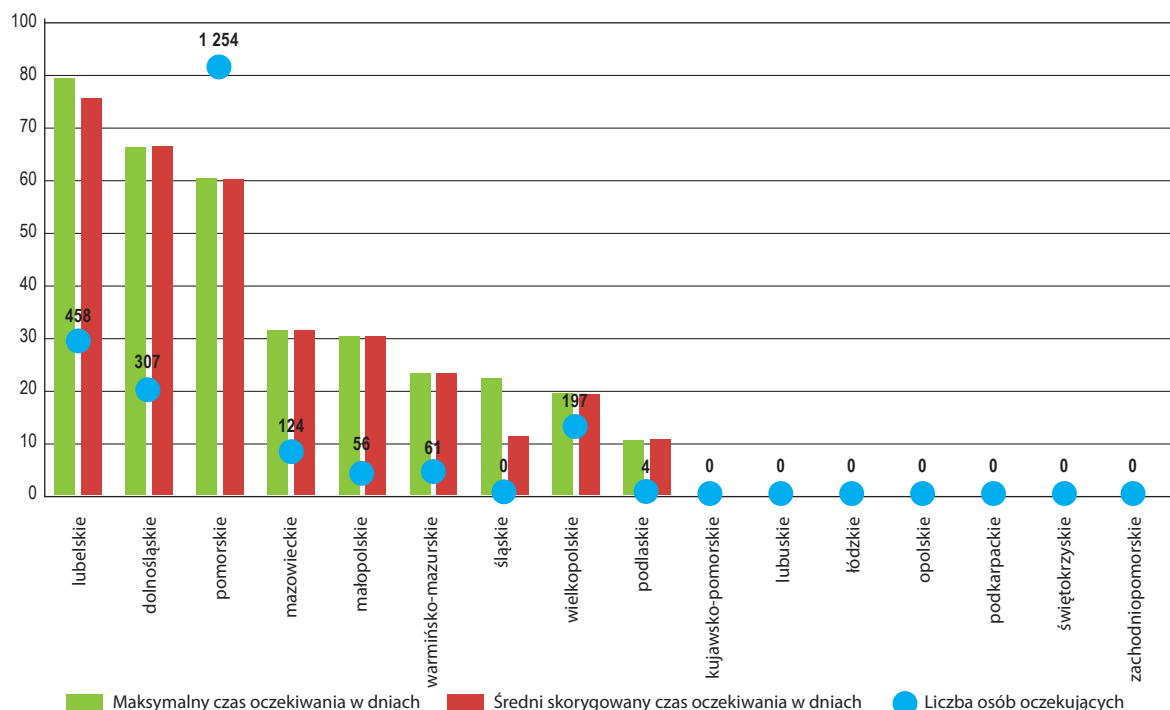
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 53. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział ginekologii onkologicznej w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	307	66	66	1	48	48	1
kujawsko-pomorskie	0	0	0	50	14	14	1
lubelskie	458	79	76	6	11	11	2
lubuskie	0	0	0	0	0	0	0
łódzkie	0	0	0	0	0	0	0
małopolskie	56	30	30	0	0	0	2
mazowieckie	124	31	31	0	0	0	2
opolskie	0	0	0	0	0	0	0
podkarpackie	0	0	0	0	0	0	0
podlaskie	4	10	10	0	0	0	1
pomorskie	1 254	60	60	0	0	0	1
śląskie	0	22	11	0	0	0	2
świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	0
warmińsko-mazurskie	61	23	23	0	16	8	2
wielkopolskie	197	19	19	0	0	0	3
zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 53. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie na oddział ginekologii onkologicznej w poszczególnych województwach



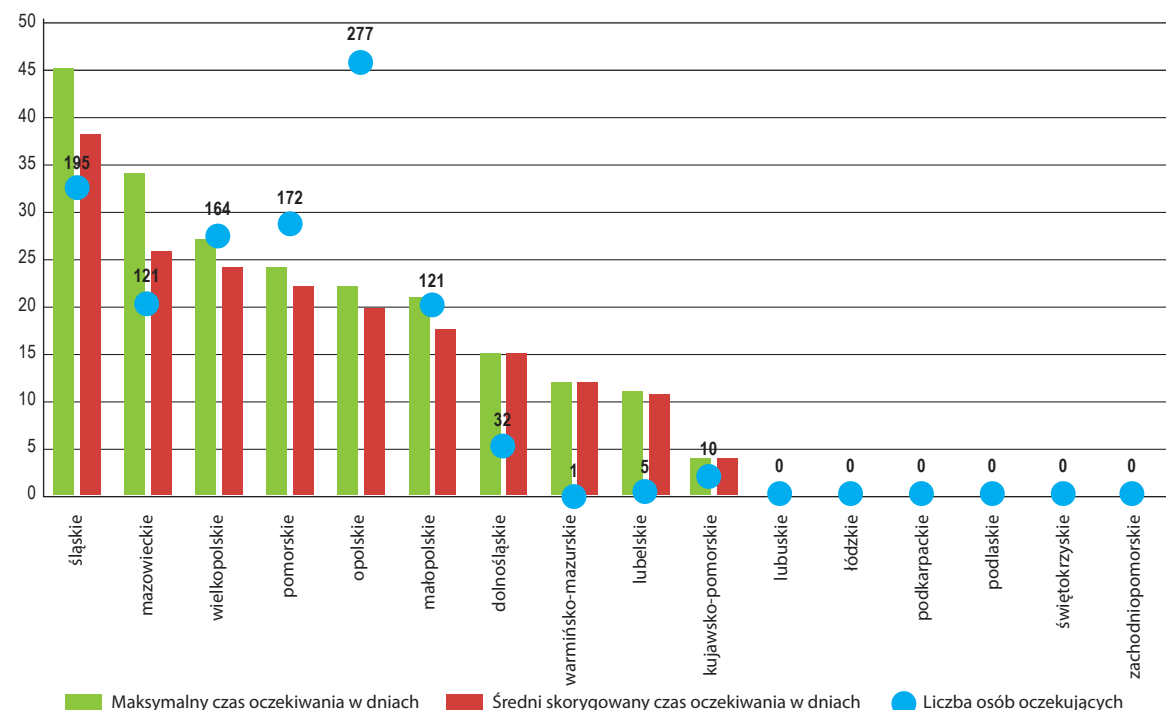
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 54. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział onkologiczny w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	32	15	15	21	17	14	5
kujawsko-pomorskie	10	4	4	14	5	5	2
lubelskie	5	11	11	0	7	4	3
lubuskie	0	0	0	57	21	21	1
łódzkie	1	0	0	0	0	0	2
małopolskie	121	21	18	0	9	5	7
mazowieckie	121	34	26	12	10	10	17
opolskie	277	22	20	0	5	3	3
podkarpackie	0	0	0	0	0	0	3
podlaskie	0	0	0	0	0	0	0
pomorskie	172	24	22	0	5	3	4
śląskie	195	45	38	208	42	38	14
świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	2
warmińsko-mazurskie	1	12	12	24	13	13	2
wielkopolskie	164	27	24	3	24	18	7
zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 54. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie na oddział onkologiczny w poszczególnych województwach



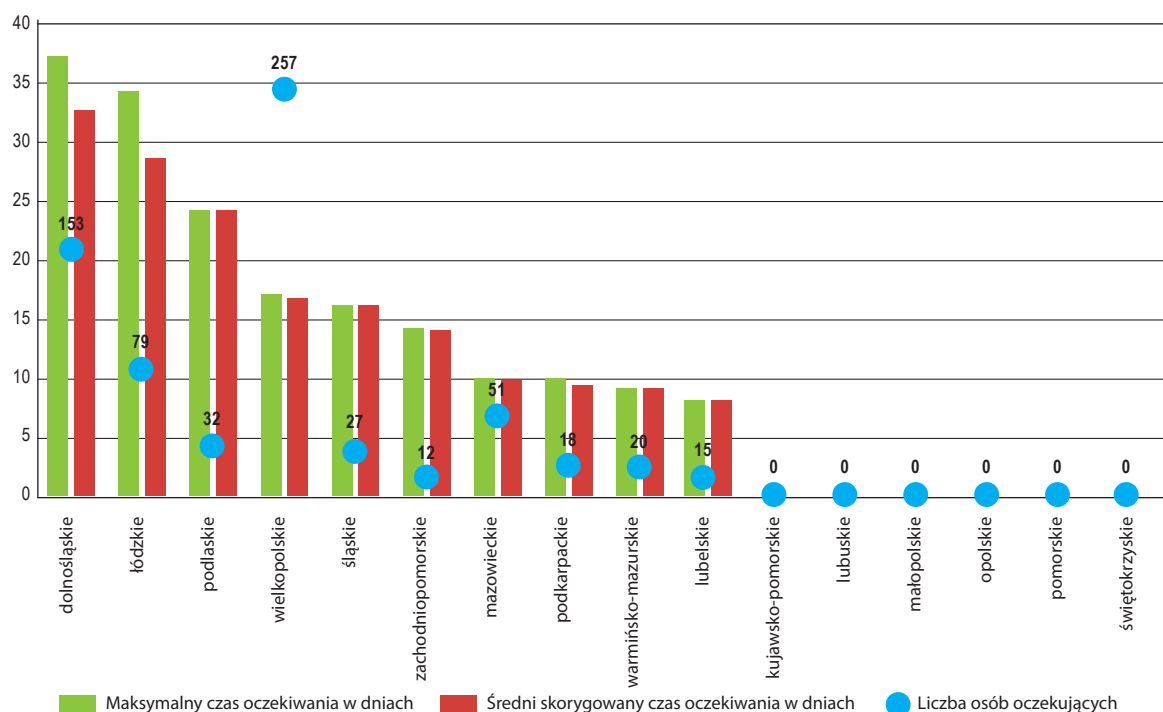
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 55. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział onkologii klinicznej/chemioterapii w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	153	37	32	71	13	13	7
kujawsko-pomorskie	0	0	0	0	0	0	2
lubelskie	15	8	8	0	5	3	3
lubuskie	0	0	0	0	0	0	2
łódzkie	79	34	28	0	1	1	4
małopolskie	0	0	0	0	0	0	6
mazowieckie	51	10	10	6	7	6	4
opolskie	0	0	0	0	0	0	0
podkarpackie	18	10	9	1	11	7	3
podlaskie	32	24	24	0	0	0	3
pomorskie	0	0	0	0	0	0	0
śląskie	27	16	16	94	21	21	2
świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	1
warmińsko-mazurskie	20	9	9	0	0	0	3
wielkopolskie	257	17	17	5	16	13	4
zachodniopomorskie	12	14	14	0	0	0	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 55. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie na oddział onkologii klinicznej/chemioterapii w poszczególnych województwach



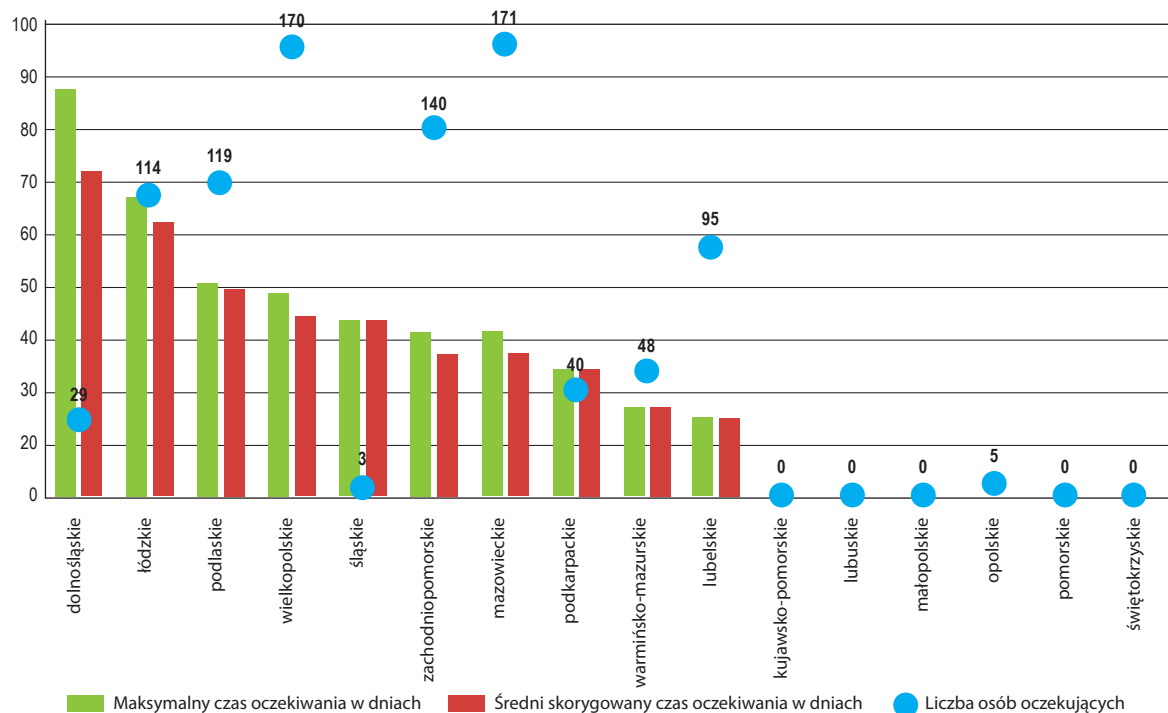
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 56. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział radioterapii w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	140	35	31	1	18	15	4
kujawsko-pomorskie	0	0	0	174	66	66	2
lubelskie	114	62	58	2	67	55	2
lubuskie	0	0	0	59	19	19	1
łódzkie	3	37	37	165	67	58	2
małopolskie	170	43	38	4	19	19	6
mazowieckie	171	35	30	3	8	8	5
opolskie	0	0	0	0	0	0	0
podkarpackie	5	0	0	0	0	0	2
podlaskie	40	27	27	0	14	7	2
pomorskie	0	0	0	0	0	0	0
śląskie	119	45	44	10	20	18	2
świętokrzyskie	0	0	0	139	35	35	2
warmińsko-mazurskie	29	86	69	1	60	60	2
wielkopolskie	48	19	19	2	23	23	1
zachodniopomorskie	95	17	17	2	7	7	2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 56. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie na oddział radioterapii w poszczególnych województwach



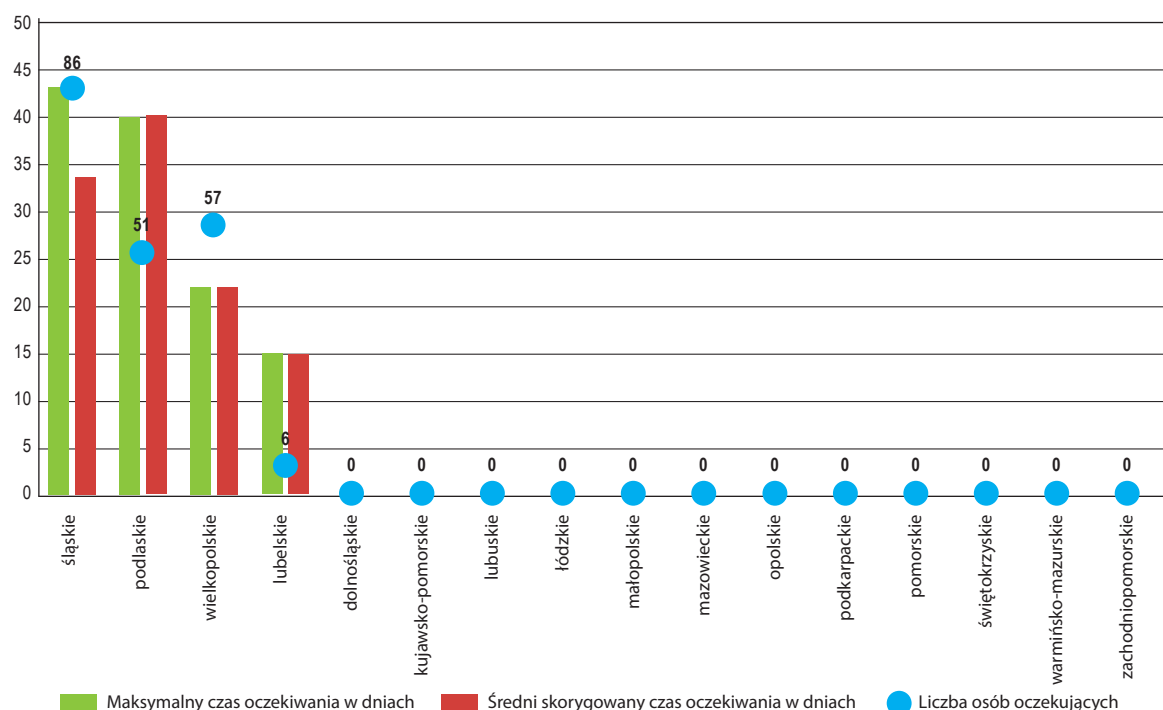
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 57. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie w pracowni lub zakładzie teleradioterapii w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	0	0	0	0	0	0	0
kujawsko-pomorskie	0	0	0	0	0	0	1
lubelskie	6	15	15	0	0	0	1
lubuskie	0	0	0	0	0	0	0
łódzkie	0	0	0	608	0	0	1
małopolskie	0	0	0	0	0	0	0
mazowieckie	0	0	0	0	0	0	0
opolskie	0	0	0	0	0	0	0
podkarpackie	0	0	0	0	0	0	0
podlaskie	51	40	40	0	0	0	1
pomorskie	0	0	0	0	0	0	0
śląskie	86	43	34	263	41	41	3
świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	0
warmińsko-mazurskie	0	0	0	0	0	0	0
wielkopolskie	57	22	22	1	12	12	1
zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 57. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie w pracowni lub zakładzie teleradioterapii w poszczególnych województwach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 58. Procedury z zakresu radio- i brachyterapii realizowane w ośrodkach onkologicznych w Polsce w latach 2005–2013

Rok	Liczba procedur
2005	40 000
2007	61 000
2009	66 000
2011	74 000
2013	82 000

Źródło: R. Dziadziuszko, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, *Stan obecny i perspektywy radioterapii w Polsce*, prezentacja wrzesień 2014 r.

Tabela 59. Czas oczekiwania na radioterapię – lata 2005–2013

Rok	Średni czas oczekiwania (tygodnie)
2005	8-12
2007	8-10
2009	6-8
2011	4-6
2013	2-4

Źródło: R. Dziadziuszko, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, *Stan obecny i perspektywy radioterapii w Polsce*, prezentacja wrzesień 2014 r.

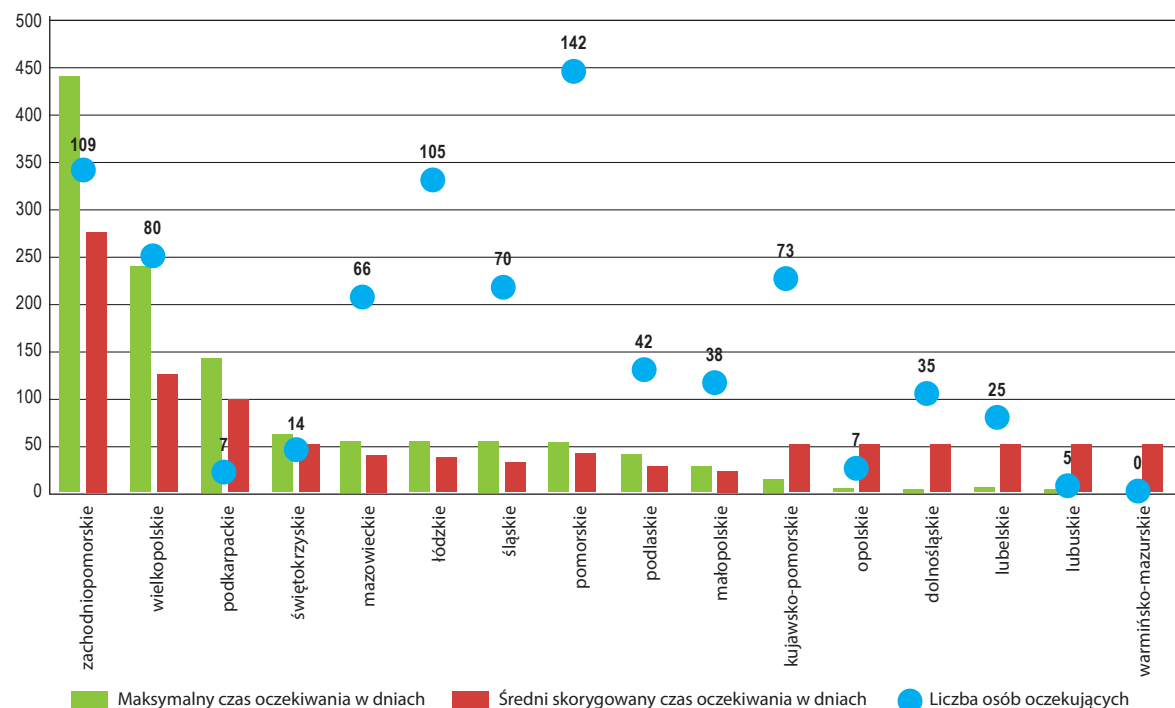
Opieka długoterminowa i hospicyjna

Tabela 60. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	35	12	7	7	5	4	22
kujawsko-pomorskie	73	17	13	1	1	1	24
lubelskie	25	8	8	0	5	3	18
lubuskie	5	6	5	5	2	2	16
łódzkie	105	56	40	4	8	6	26
małopolskie	38	30	26	2	20	12	21
mazowieckie	66	57	43	2	60	32	46
opolskie	7	13	10	10	12	9	15
podkarpackie	7	144	100	5	2	2	34
podlaskie	42	43	29	8	17	14	16
pomorskie	142	55	44	0	0	0	18
śląskie	70	56	34	10	10	10	41
świętokrzyskie	14	64	53	16	13	27	12
warmińsko-mazurskie	0	0	16	0	0	0	21
wielkopolskie	80	237	126	4	55	28	45
zachodniopomorskie	109	438	276	23	58	43	22

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 58. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do hospicjum domowego w poszczególnych województwach

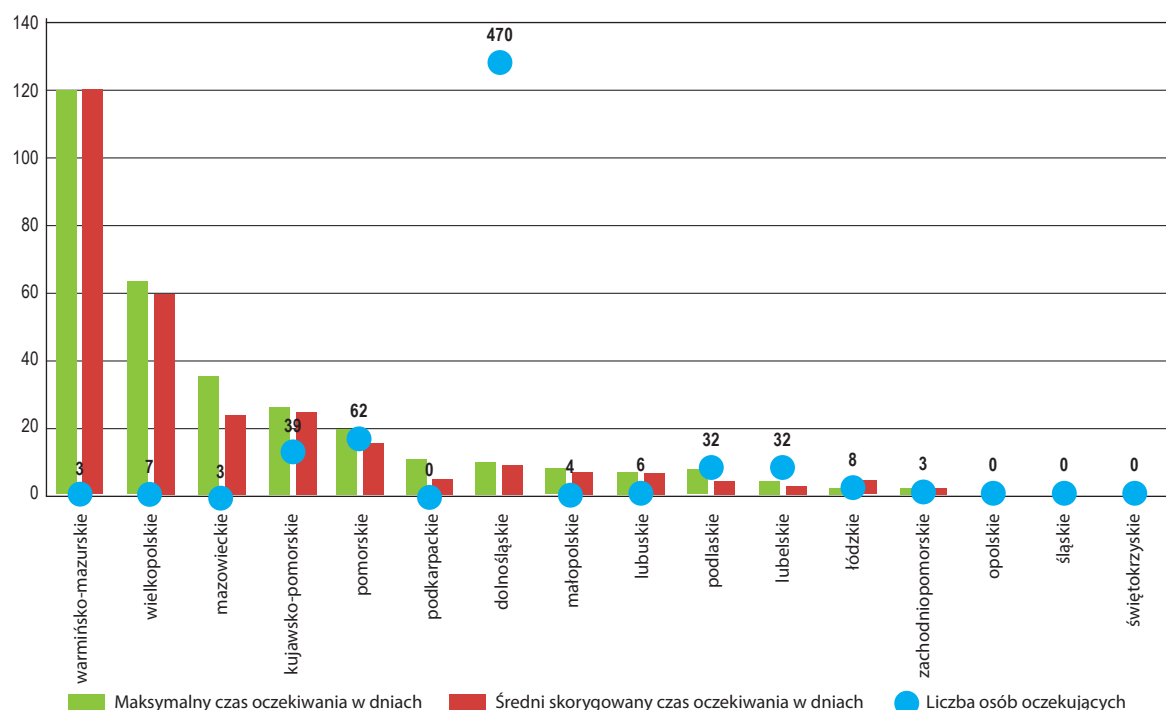


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 61. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum stacjonarnego w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	470	11	10	20	9	8	8
kujawsko-pomorskie	39	27	26	8	5	5	2
lubelskie	32	5	4	0	5	3	5
lubuskie	6	8	8	0	2	1	3
łódzkie	8	3	5	0	0	0	2
małopolskie	4	9	8	0	2	1	7
mazowieckie	3	36	25	41	14	14	8
opolskie	0	0	0	0	6	3	2
podkarpackie	0	12	6	0	0	0	4
podlaskie	32	7	5	0	0	0	4
pomorskie	62	20	17	0	0	0	10
śląskie	0	0	0	0	0	0	1
świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	2
warmińsko-mazurskie	3	120	120	21	30	30	2
wielkopolskie	7	64	60	9	13	13	5
zachodniopomorskie	3	3	3	0	2	1	3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 59. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do hospicjum stacjonarnego w poszczególnych województwach


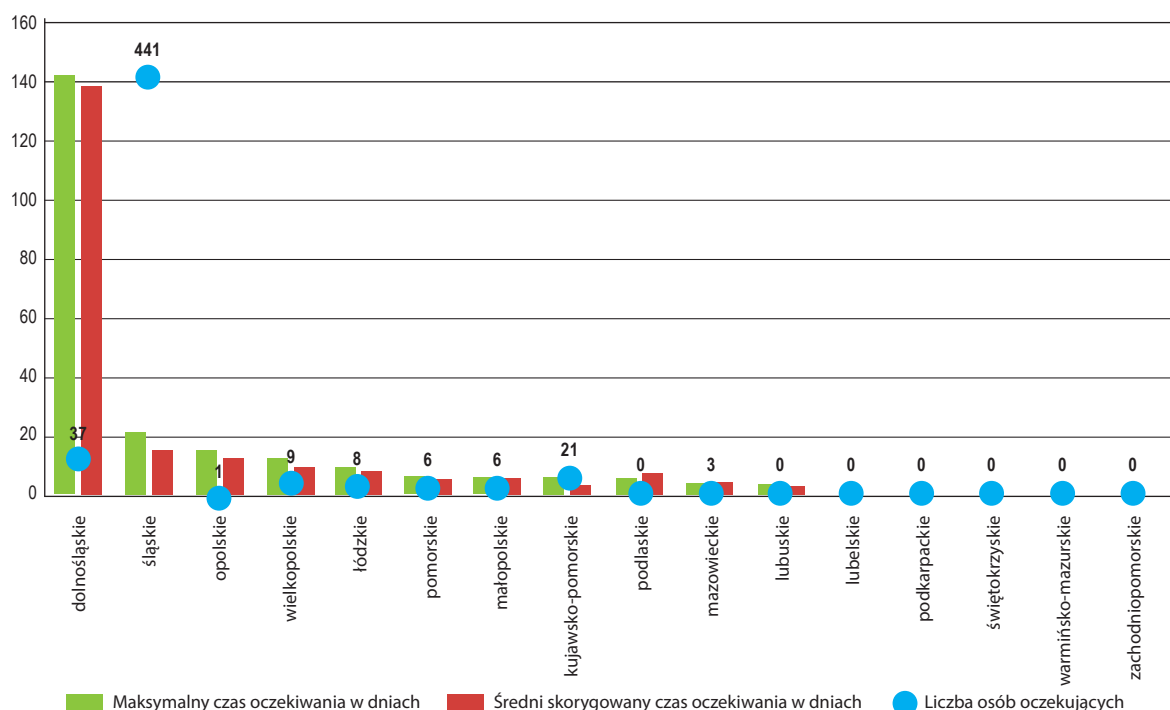
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 62. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	37	142	138	18	19	19	4
kujawsko-pomorskie	21	7	5	0	3	2	7
lubelskie	0	0	0	0	0	0	5
lubuskie	0	5	3	0	0	0	1
łódzkie	8	10	9	45	44	44	5
małopolskie	6	7	7	1	2	2	9
mazowieckie	3	5	5	0	0	0	4
opolskie	1	16	14	1	0	0	2
podkarpackie	0	0	0	0	0	0	3
podlaskie	0	7	4	1	5	5	2
pomorskie	6	7	7	0	0	0	1
śląskie	441	22	16	16	288	155	13
świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	2
warmińsko-mazurskie	0	0	0	0	0	0	1
wielkopolskie	9	13	10	5	4	4	12
zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 60. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej w poszczególnych województwach

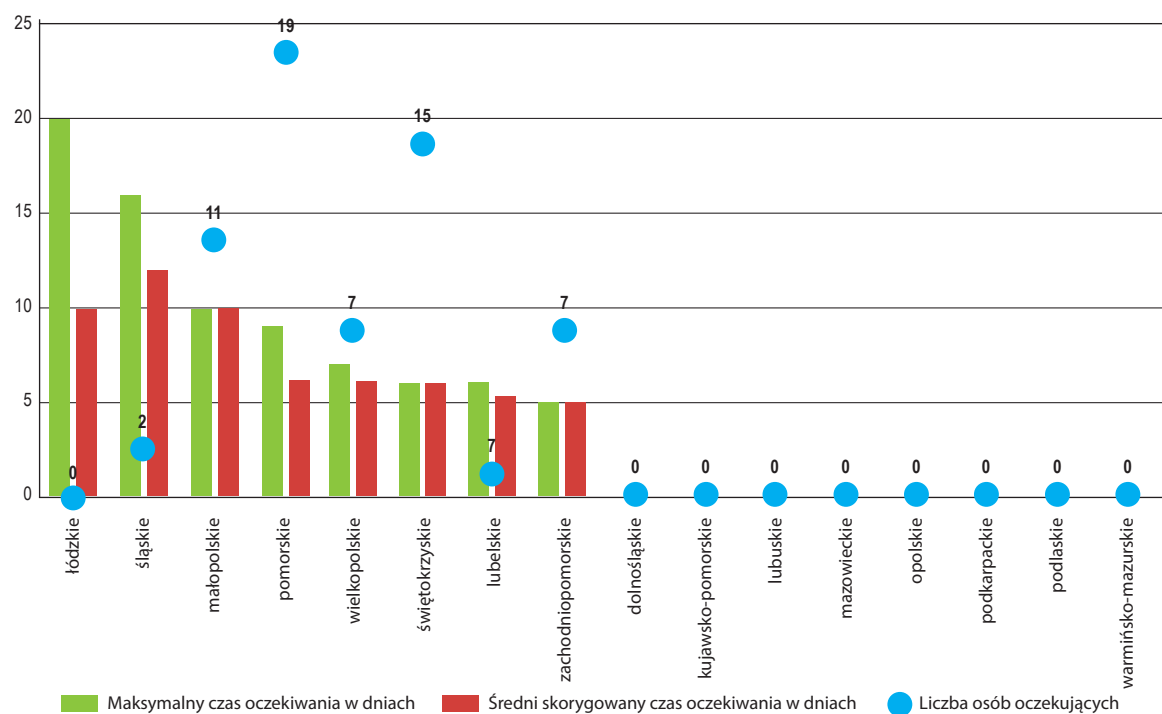


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Tabela 63. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek stabilny			Przypadek pilny			Liczba podmiotów raportujących
	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	Liczba osób oczekujących	Maksymalny czas oczekiwania w dniach	Średni skorygowany czas oczekiwania w dniach	
dolnośląskie	0	0	0	0	0	0	13
kujawsko-pomorskie	0	0	0	0	0	0	6
lubelskie	1	6	5	0	51	26	5
lubuskie	0	0	0	0	0	0	3
łódzkie	0	20	10	0	0	0	14
małopolskie	11	10	10	1	5	5	8
mazowieckie	0	0	0	0	0	0	2
opolskie	0	0	0	0	0	0	6
podkarpackie	0	0	0	0	0	0	1
podlaskie	0	0	0	0	0	0	1
pomorskie	19	9	6	0	4	2	8
śląskie	2	16	12	0	0	0	33
świętokrzyskie	15	6	6	0	0	0	5
warmińsko-mazurskie	0	0	0	0	0	0	10
wielkopolskie	7	7	6	0	0	0	10
zachodniopomorskie	7	5	5	0	1	1	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

Wykres 61. Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej w poszczególnych województwach


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan kolejki na 30 kwietnia 2014 r.

1.4 Koszty chorób nowotworowych

W obliczu prognoz wzrostu zachorowalności na nowotwory w Polsce warto mieć świadomość, ile już teraz kosztuje nas leczenie poszczególnych nowotworów. Prezentowane dane NFZ z lat 2009–2013 pozwalają nie tylko na wnioskowanie, które nowotwory będą nas kosztowały coraz więcej w nadchodzących latach, ale także które wydatki byłyby do uniknięcia w przyszłości, gdybyśmy podjęli skuteczną walkę z najważniejszymi czynnikami ryzyka tej grupy schorzeń.

Porównanie danych z lat 2009-2013, wskazuje także na postęp, jaki poczyniliśmy w leczeniu niektórych nowotwo-

rów. Większa, choć wciąż daleka od potrzeb, dostępność chemioterapii i radioterapii, zwiększyła koszty leczenia wielu nowotworów, ale także, miejmy nadzieję, przyniesie poprawę wyników leczenia. Istotnie większe koszty leczenia nowotworów krwi, już teraz przekładają się na dłuższą przeżywalność lub wręcz wyleczalność chorych na te nowotwory.

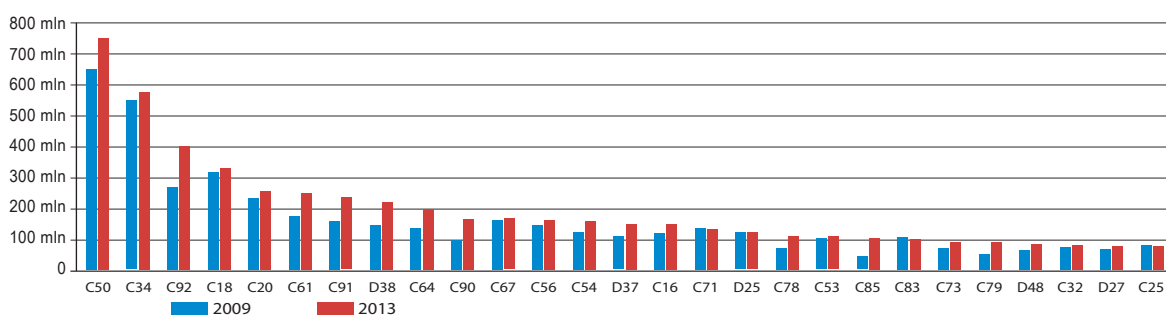
Poniższe dane wskazują jednoznacznie, że wraz ze wzrostem liczby chorych na nowotwory piersi ze względu na styl życia, a także jelita grubego, gruczołu krokowego ze względu na starzenie się Polaków – w najbliższych latach musimy liczyć się ze wzrostem kosztów leczenia poszczególnych nowotworów. Prognozę takiego wzrostu zaprezentowano w drugiej części raportu.

Tabela 64. Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia w roku 2009 i 2013 wg rozpoznai - Polska

Nazwa nowotworu	Rozpoznanie	2009	2013
nowotwór złośliwy piersi	C50	634 744 282	732 942 909
nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	C34	534 625 611	560 667 764
białaczka szpikowa	C92	260 696 391	391 330 803
nowotwór złośliwy jelita grubego	C18	308 178 777	320 947 087
nowotwór złośliwy odbytnicy	C20	224 219 582	247 731 519
nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	C61	169 670 755	244 117 148
białaczka limfatyczna	C91	153 807 305	228 516 404
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej	D38	140 645 447	215 336 933
nowotwór złośliwy nerki, z wyjątkiem miedniczki nerkowej	C64	131 868 772	189 776 489
szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych	C90	93 333 175	160 397 817
nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	C67	157 552 507	160 036 881
nowotwór złośliwy jajnika	C56	141 094 022	158 063 215
nowotwór złośliwy trzonu macicy	C54	117 624 034	153 942 708
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych	D37	102 173 400	147 461 979
nowotwór złośliwy żołądka	C16	116 423 451	143 437 691
nowotwór złośliwy mózgu	C71	132 633 454	129 988 662
mięśniak gładkokomórkowy macicy	D25	117 433 814	115 402 458
wtórne nowotwory złośliwe układu oddechowego i trawiennego	C78	66 253 429	106 199 046
nowotwór złośliwy szyjki macicy	C53	96 848 120	103 963 974
inne i nieokreślone postacie chłoniaków niezłośliwych	C85	41 515 433	100 283 203
chłoniaki niezłośliwe rozlane	C83	102 270 574	97 187 570
nowotwór złośliwy tarczycy	C73	69 534 699	88 950 927
wtórny nowotwór złośliwy innych umiejscowień	C79	48 208 333	87 076 698
nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze innych i nieokreślonych umiejscowień	D48	62 647 214	83 075 967
nowotwór złośliwy krtani	C32	72 249 317	78 686 374
niezłośliwy nowotwór jajnika	D27	67 248 866	76 160 817
nowotwór złośliwy trzustki	C25	76 570 684	75 075 519

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 62. Nowotwory o najwyższych kosztach* leczenia w 2009 i 2013 r. wg rozpoznai – Polska



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

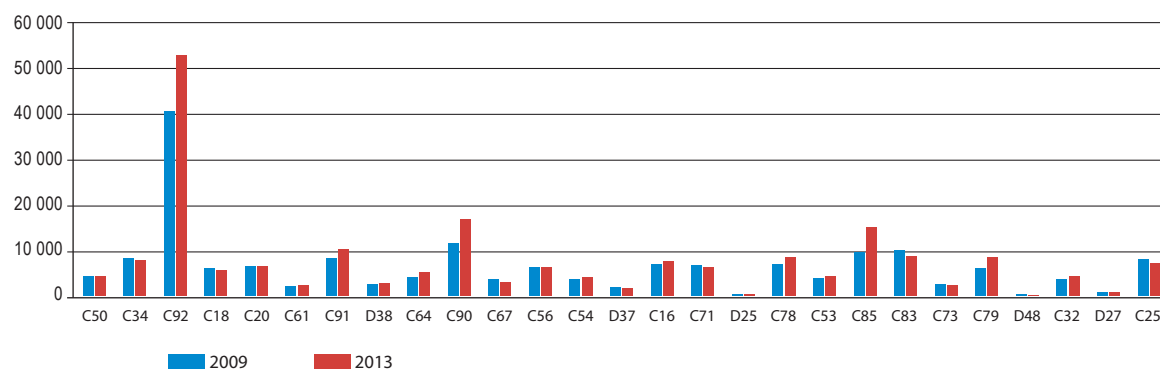
Tabela 65. Średni koszt* w przeliczeniu na pacjenta nowotworów o najwyższych kosztach leczenia w roku 2009 i 2013 wg rozpoznań - Polska

Nazwa nowotworu	Rozpoznanie	2009	2013
nowotwór złośliwy piersi	C50	4 712	4 484
nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	C34	8 469	8 327
białaczka szpikowa	C92	40 798	52 997
nowotwór złośliwy jelita grubego	C18	6 498	5 895
nowotwór złośliwy odbytnicy	C20	6 912	6 876
nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	C61	2 516	2 838
białaczka limfatyczna	C91	8 456	10 729
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej	D38	3 170	3 228
nowotwór złośliwy nerki, z wyjątkiem miedniczki nerkowej	C64	4 437	5 548
szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych	C90	12 006	17 026
nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	C67	4 049	3 551
nowotwór złośliwy jajnika	C56	6 513	6 609
nowotwór złośliwy trzonu macicy	C54	4 026	4 506
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych	D37	2 231	2 118
nowotwór złośliwy żołądka	C16	7 149	7 884
nowotwór złośliwy mózgu	C71	6 970	6 851
mięśniak gładkokomórkowy macicy	D25	854	814
wtórne nowotwory złośliwe układu oddechowego i trawiennego	C78	7 293	8 995
nowotwór złośliwy szyjki macicy	C53	4 189	4 632
inne i nieokreślone postaci chłoniaków nieziarniczych	C85	10 011	15 308
chłoniaki nieziarnicze rozlane	C83	10 400	9 170
nowotwór złośliwy tarczycy	C73	2 943	2 989
wtórny nowotwór złośliwy innych umiejscowień	C79	6 314	8 927
nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze innych i nieokreślonych umiejscowień	D48	739	617
nowotwór złośliwy krtani	C32	4 076	4 592
niezłośliwy nowotwór jajnika	D27	1 170	1 168
nowotwór złośliwy trzustki	C25	8 315	7 576

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wykres 63. Średni koszt* w przeliczeniu na pacjenta nowotworów o najwyższych kosztach leczenia w roku 2009 i 2013 wg rozpoznań - Polska



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Koszty leczenia chorób nowotworowych w Polsce w porównaniu z krajami UE

Koszty leczenia nowotworów – wg badań⁴¹ przeprowadzonych w 27 krajach UE w 2009 r., stanowiły w Polsce ok. 1,22% PKB. Całkowite: bezpośrednie i pośrednie, łącznie z kosztami opieki nieformalnej (udzielanej przez najbliższych pacjentów nowotworowych), wyniosły ponad 3,6 mld euro, z czego koszty medyczne to ok. 1,4 mld euro.

Proporcje kosztów bezpośrednich nowotworów do ich kosztów pośrednich wynoszą w Polsce 2 do 3, podobnie jak w wielu innych krajach UE. Charakterystyczną cechą wydatków medycznych związanych z leczeniem nowotworów w Polsce w prezentowanym badaniu był niski poziom wydatków na leki (267 mln euro), który stanowił zaledwie 19% ogółu wydatków medycznych.

Nasz kraj wyróżniał także inny rozkład nakładów na poszczególne poziomy leczeniwa w stosunku do krajów osiągających lepsze od Polski rezultaty leczenia. Dla porównania wydatki na leki we wszystkich 27 krajach UE, objętych badaniem, stanowią blisko 27% ogółu wydatków medycznych. W krajach, w których skuteczność leczenia chorób nowotworowych, mierzona 5-letnimi okresami przeżyć, jest wyższa niż w Polsce, (np. Szwecja, Dania) inaczej niż w naszym kraju alokuje się środki przeznaczone na leczenie. Jest ono oparte na specjalistach pracujących w lecznictwie ambulatoryjnym i szpitalach, którzy – w zależności od potrzeb pacjentów – mają łatwy i szybki dostęp zarówno do niezbędnej diagnostyki, leczenia w wysokospecjalistycznych szpitalach, ale przede wszystkim do nowoczesnych terapii lekowych stosowanych zarówno podczas hospitalizacji, jak i poza nimi.

Jak dowodzą badania, skuteczność leczenia, a tym samym potencjalnie mniejsze koszty pośrednie chorób nowotworowych wymienione powyżej, są pochodną wielkości nakładów, ale także ich alokacji⁴². Polska wydaje na leczenie nowotworów rocznie zaledwie 37 euro średnio na jednego mieszkańca, przy 102 euro *per capita* średnio w 27 krajach UE. Na dodatek, jak wskazuje cytowane badanie kosztów nowotworów w UE, jak i inne badania, Polska znacznie odstaje od państw, które inaczej alokując dostępne środki i zasoby, osiągają lepsze rezultaty. Warto zwrócić uwagę, że w 2009 r. Polska przeznaczala na leczenie nowotworów 6% ogółu nakładów na leczenie – przy średniej w UE na poziomie 4%. Porównawcze dane dla wybranych krajów zaczerpnięte z cytowanego badania prezentuje poniższa tabela⁴³.

Wydaje się, że wyczytać z niej można kierunek zmian, w jakim powinna podążać Polska, aby skuteczniej leczyć chorych na nowotwory. Nie jest nim zwiększanie liczby świadczeń, jakie realizuje się na rzecz pacjenta (np. poprzez zbędne konsultacje kolejnych specjalistów czy mnożenie badań diagnostycznych na różnych szczeblach opieki), ale szybkie kierowanie pacjentów z podejrzeniem nowotworu złośliwego do specjalistycznych ośrodków posiadających w swoich zasobach kadrowych wykwalifikowanych koordynatorów procesu diagnostyki i leczenia, którzy dzięki dostępowi do multidyscyplinarnych konsultacji dobrać dla pacjenta optymalne leczenie realizowane, gdy tylko to możliwe, w warunkach ambulatoryjnych.

W onkologii, choć – bez wątplenia – koszty leczenia szpitalnego będą stanowić dominującą część wydatków, także powinna obowiązywać zasada – kto nie musi, nie

Tabela 66. Koszty leczenia nowotworów z ich przeznaczeniem w 2009 r. (w mln euro oraz jako procent ogółu wydatków na leczenie)

	POZ	AOS	Pogotowie ratunkowe i transport	Szpitalne	Leki	Ogółem	POZ	AOS	Pogotowie ratunkowe i transport	Szpitalne	Leki
Polska	129	368	15	619	267	1399	9%	26%	1%	44%	19%
Szwecja	47	244	40	408	233	971	5%	25%	4%	42%	24%
Dania	4	55	11	299	205	574	1%	10%	2%	52%	36%
Finlandia	21	145	20	460	157	804	3%	18%	2%	57%	20%
Słowacja	28	71	3	92	112	306	9%	23%	1%	30%	37%
Węgry	26	19	5	121	221	393	7%	5%	1%	31%	56%
UE 27	2954	5419	659	28375	13 604	50 994	6%	11%	1%	56%	27%

Źródło: Opracowanie własne za R. Luengo-Fernandez, J. Leal, A. Gray, R. Sullivan, *Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis*, Published Online October 14, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70442-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70442-X) See Online/Comment [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70480-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70480-7)

⁴¹ R. Luengo-Fernandez, J. Leal, A. Gray, R. Sullivan, *Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis*, published online October 14, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70442-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70442-X) See Online/Comment [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70480-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70480-7)

⁴² G. Gatta, A. Trama, R. Capocaccia, *Variations in Cancer Survival and Patterns of Care Across Europe: Roles of Wealth and Health-Care Organization*, "Journal of the National Cancer Institute Monographs", No. 46, 2013 79

⁴³ M. Gujski, W. P. Kalbarczyk, Z. Tytko, A. Ścibek, *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, wydanie 2, poprawione, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013

powinien leżeć w szpitalu lub nawet – kto może chodzić, nie powinien leżeć⁴⁴. Z przywoływanych wcześniej danych NFZ z lat 2009–2013 wynika, że leczenie w szpitalach (wraz z realizowanymi w nich programami lekowymi) stanowiło ok. 77% kosztów leczenia nowotworów ogółem. Na specjalistyczne terapie ambulatoryjne wydawaliśmy średnio w tym pięcioletnim okresie tylko 7%, a wraz z programami profilaktyki zdrowotnej, realizowanej także w warunkach ambulatoryjnych łącznie ok. 9% ogółu nakładów na leczenie nowotworów.

Zmiany, nad których wprowadzeniem warto pracować w polskiej onkologii, winny zmierzać przede wszystkim w kierunku przyspieszenia procesu diagnostyki i ułatwienia dostępności nowoczesnego leczenia, stosowanego zgodnie z wytycznymi postępowania oraz ustalanego w ramach specjalistycznych kwalifikacji, nie w jednym czy dwóch ośrodkach w województwie, ale – w przypadku najczęstszych nowotworów – możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjenta w ośrodkach akredytowanych na podstawie posiadanych możliwości i doświadczenia. Gdy jest to możliwe, leczenie to powinno odbywać się poza szpitalami. Takie są intencje i zakładany efekt wdrożenia uchwalonego na wniosek ministra zdrowia latem 2014 r. tzw. pakietu onkologicznego. Jego główne założenia są – bez wątpienia – słuszne, niemniej w czasie, gdy powstaje ten raport (zasadnicza część jesienią 2014 r.), wciąż nieznanne są liczne szczegóły rozwiązań, które mają doprowadzić do przyspieszenia dostępu do nowoczesnego leczenia, adekwatnego do potrzeb pacjentów chorych na raka w Polsce. Te, które są znane, czyli zwiększenie roli lekarzy rodzinnych we wstępnym procesie diagnostycznym, karta szybkiej diagnostyki onkologicznej (tzw. zielona karta), maksymalnie 9-tygodniowy okres od wydania pacjentowi tej karty do rozpoczęcia leczenia onkologicznego zaplanowanego przez konsylium wielospecjalistyczne jako warunek bezlimitowego finansowania świadczeń oraz koordynacja kompleksowej terapii pacjentów onkologicznych przez koordynatorów pracujących w ośrodkach onkologicznych – to główne punkty pakietu onkologicznego, który wszedł w życie 1 stycznia 2015 roku. Niektóre elementy tego złożonego procesu, w ujęciu, które powinno przyczynić się do polepszenia wyników leczenia nowotworów w naszym kraju, są zaprezentowane w dalszej części raportu. Nie są one, w niektórych aspektach tożsame z tymi, które wprowadza pakiet, który jak się wydaje będzie rozwijany i modyfikowany wraz z nabywaniem doświadczeń. Stąd przekonanie, że rozwiązania proponowane w raporcie mogą wpłynąć na ostateczny kształt optymalnego modelu leczenia onkologicznego w Polsce.

Programy profilaktyki zdrowotnej

Jednym z ważniejszych zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2006–2014 jest profilaktyka przeciwnowotworowa i wczesne wykrywanie nowotworów. Dlatego w ramach realizacji

NPZChN zostały opracowane programy dotyczące prewencji pierwotnej nowotworów, profilaktyki raka szyjki macicy, profilaktyki raka piersi, badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania raka jelita grubego, opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe oraz zakup aparatury diagnostycznej do wczesnego wykrywania nowotworów.

Sposób ich realizacji wraz z osiąganymi rezultatami powoduje, że trudno o pozytywną ocenę tego kluczowego elementu NPZChN. Od wielu lat mówią o tym eksperci, a potwierdzają to raporty Najwyższej Izby Kontroli dotyczące zarówno realizacji zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych za lata 2006–2008 i 2009–2013, ale także raport NIK z sierpnia 2013 r.⁴⁵, który oceniał realizację przepisów Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Raporty te zawierają surową krytykę ministra zdrowia, nadzorującego w imieniu rządu wykonanie obu ustaw, a także ministra finansów, który – mimo ustawowych zobowiązań – nie przekazuje do MZ środków uzyskiwanych z akcyzy na realizację Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu (POZNPT). Wspomniany raport NIK opisujący poziom niezrealizowania własnych zobowiązań przyjętych przez Radę Ministrów w lutym 2010 r. w ramach POZNPT na lata 2010–2013 świadczy o niskiej, wśród rządzących, świadomości, że odpowiadają za zdrowie Polaków. To przykry dowód na to, że nawet na najwyższym poziomie władzy w Polsce lekceważone jest obowiązujące prawo i skala problemów zdrowotnych, społecznych i gospodarczych generowanych przez palenie tytoniu.

Wpływ palenia tytoniu na poziom zachorowań na nowotwory, a także choroby układu krążenia jest ewidentny, a POZNPT oraz NPZChN, które winny być realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2007–2015, m.in. zgodnie z przyjętymi przez Polskę zobowiązaniami międzynarodowymi w ramach WHO oraz UE, w zakresie prewencji pierwotnej nowotworów istnieją praktycznie wyłącznie na papierze. Pomimo ustawowego zobowiązania do przekazywania ten cel środków finansowych w wysokości 0,5% przychodów z akcyzy od wyrobów tytoniowych, faktyczne wydatki z budżetu państwa na realizację polityki antynikotynowej wynosiły ok. 1% kwoty ustalonej w sposób przewidziany w ustawie antynikotynowej. W 2010 r. było to ok. 1 mln zł zamiast blisko 87,2 mln zł, a w 2011 r. zaledwie 915 tys. zł zamiast 91,32 mln zł.

Trudno się zatem dziwić, że Program, opracowany na podstawie ustawy antynikotynowej powstałej dzięki m.in. zaangażowaniu wybitnych autorytetów z dziedziny onkologii i epidemiologii nowotworów, przyjęty przez Radę Ministrów, a także będący przedmiotem corocz-

⁴⁴ To jedna z rekomendacji raportu „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”, IOZ

⁴⁵ Realizacja przepisów Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, NIK, nr ewid. 145/2013/P/12/137/LKA, 2013

nych sprawozdań przedkładanych Sejmowi RP, nie przynosi oczekiwanych rezultatów i nie przyczynia się do ograniczenia palenia tytoniu przez Polaków. Tym samym trudno się dziwić, że główny cel Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych – zmniejszenie zachorowalności i umieralności na nowotwory – nie został osiągnięty. Bardzo niski poziom finansowania sprawił, że POZNPT praktycznie nie był realizowany, pomimo że koszty związane z paleniem tytoniu (m.in. leczeniem chorób odtytoniowych w tym aż 1/3 ogółu nowotworów złośliwych i straty produktywności) są ok. 3,5 razy wyższe niż dochody osiągane przez Polskę z akcyzy na wyroby tytoniowe^{46, 47}.

Efekty, jakie osiągane są w Polsce w związku z realizacją dwóch kluczowych programów profilaktyki nowotworów – programu profilaktyki raka piersi, a zwłaszcza programu profilaktyki raka szyjki macicy (kontrolę ich realizacji za lata 2009–2013 przeprowadziła NIK) – świadczą o dużej nieefektywności tych programów.

Zgodnie z zaleceniem WHO i ekspertów Komisji Europejskiej⁴⁸, warunkiem skuteczności badań przesiewowych, a do takich należą oba programy realizowane w ramach NPZChN, jest wysoka zgłaszalność. Powinna ona wynosić przynajmniej 70% populacji docelowej. Wiadomo także, że efekty badań przesiewowych w postaci zmniejszenia umieralności na nowotwory złośliwe widoczne są po wielu latach. Tymczasem w Polsce udział w badaniach mammograficznych w ramach programu profilaktyki raka piersi wynosił od 36,0% w 2009 r. do 42,9% w 2012 r. (w I półroczu 2013 r. – 19,0%), a w badaniach cytologicznych w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy od 26,7% w 2009 r. do 23,4% w 2012 r. kobiet (w I półroczu 2013 r. – 10,4%)⁴⁹.

Poniżej przedstawione są dane z przywołanego raportu NIK, które ewidentnie świadczą o tym, że, chcąc w przyszłości uzyskać realne zmniejszenie poziomu umieralności z powodu raka piersi i raka szyjki macicy, w kolejnej edycji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2015–2024 organizacja obu programów musi ulec zmianie, m.in. w oparciu o wnioski pokontrolne NIK.

⁴⁶ C. Czart Ciecierski, R. Cherukupalli, M. Weresa, *Ekonomiczne aspekty palenia tytoniu i opodatkowania wyrobów tytoniowych w Polsce* [w:] Raport w sprawie opodatkowania wyrobów tytoniowych sfinansowany przez organizację Bloomberg Philanthropies oraz fundację Bill and Melinda Gates Foundation w ramach Inicjatywy Bloomburga na Rzecz Ograniczenia Używania Tytoniu

⁴⁷ M. Gujski, W. P. Kalbarczyk, Z. Tytko, A. Ścibek, *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, wydanie 2, poprawione, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013

⁴⁸ Rekomendacje grupy ekspertów Komisji Europejskiej: *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening*. Biuro oficjalnych publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2008

⁴⁹ *Informacja o wynikach kontroli* [w:] Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych” KZD-4101-03/2013, nr ewid. 16/2014/P/13/130/KZD, NIK za Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, czerwiec 2014

Wśród głównych przyczyn bardzo niskiej zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe, zwłaszcza te związane z profilaktyką raka szyjki macicy, wymienia się permanentne opóźnienie podpisywania umów i przekazywania środków na ich realizację do centralnych (COK) i wojewódzkich ośrodków koordynujących (WOK) umożliwiające im całoroczną pracę, brak współpracy i koordynacji działań WOK z jednostkami samorządu terytorialnego (JST) oraz lekarzami POZ, brak kompleksowej informacji z NFZ o wykonanych badaniach cytologicznych w ramach AOS i leczenia szpitalnego, a także wykonanych w prywatnych gabinetach ginekologicznych.

Raport NIK kieruje krytyczne uwagi głównie do ministra zdrowia, który jest odpowiedzialny za nadzór i koordynację zadań w ramach realizacji NPZChN. Krytyka jest na tyle poważna, że można odnieść wrażenie, że NPZChN – pomimo ogromnych nakładów sił i środków – nie przyniósł żadnych pozytywnych rezultatów. Trudno się z tym jednak zgodzić – zrobiono dużo i w niektórych obszarach widać wyraźną poprawę, niemniej liczba krytycznych uwag i zastrzeżeń do realizacji i koordynacji zadań NPZChN jest zdecydowanie zbyt duża, aby można było mówić o satysfakcjonującej realizacji tego zadania przez ministra zdrowia. Wydaje się, że resort zdrowia powinien delegować to zadanie na wyspecjalizowaną instytucję, która będzie dedykowana do nadzoru, koordynacji i monitorowania wszystkich złożonych aspektów związanych z walką z rakiem w Polsce. Takie podejście jest zgodne z europejskimi i światowymi doświadczeniami na polu zwalczania chorób nowotworowych i zostało zaproponowane w „Strategii walki z rakiem w Polsce 2015-2024”.

W raporcie NIK pozytywnie oceniono pracę Narodowego Funduszu Zdrowia kontraktującego świadczeniodawców realizujących oba programy profilaktyczne, a także samych świadczeniodawców, którzy wykonują część lub całość programów podzielonych na etapy diagnostyki.

Wydaje się, że jednym z ważniejszych elementów mających wpływ na okres trwania diagnostyki – tak raka piersi, jak i raka szyjki macicy – w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości na etapie podstawowej diagnostyki jest dostępność i czas oczekiwania na pogłębioną diagnostykę. Skrócenie tego czasu może mieć zasadnicze znaczenie dla rokowania i efektów leczenia. Jakie narzędzia mogłyby mieć w tym przypadku zastosowanie oraz jaka modyfikacja organizacji systemu leczenia onkologicznego służyłaby temu celowi, opisano w drugiej części raportu.

Poniżej zostały zaprezentowane tabele zawierające najważniejsze informacje dotyczące realizacji programów profilaktyki zdrowotnej. Ich źródłem jest przywoływany raport NIK dotyczący realizacji NPZChN w latach 2009–2013 oraz dane Narodowego Funduszu Zdrowia na temat kosztów realizacji programów profilaktyki zdrowotnej realizowanych w ramach NPZChN.

Program profilaktyki raka piersi

Tabela 67. Zgłaszalność kobiet na badania mammograficzne i efekty realizacji programu profilaktyki raka piersi w Polsce w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)

Lp	Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012	2013 (I półr.)	Kol 3-7
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Liczba kobiet w populacji określonej programem profilaktyki raka piersi (kobiety w wieku 50–69 lat)	2 477 619	2 522 421	2 560 625	2 599 698	2 636 174	-
2	Liczba kobiet, do których wysłano imienne zaproszenia	1 130 206	2 419 464	2 536 771	2 690 028	561 156	9 337 625
3	Liczba kobiet, które zgłosiły się na badania mammograficzne po otrzymaniu zaproszenia	299 676	637 390	746 831	674 576	65 480	2 423 953
4	Odsetek kobiet, które zgłosiły się na badania po otrzymaniu zaproszenia (%)	26,5	26,3	29,4	25,1	11,7	26,0
5	Liczba kobiet, u których wykonano badanie mammograficzne	891 276	985 393	1 120 016	1 115 936	501 227	4 613 848
6	Wskaźnik zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne (%)	36	39,1	43,7	42,9	19	-
7	Liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania mammograficznego	624 456	697 210	768 124	732 445	332 805	3 155 040
8	Liczba kobiet skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki	42 542	42 496	47 097	46 582	20 009	198 726
9	Liczba kobiet, u których rozpoznano raka piersi	6 265	6 369	6 894	6 205	1 089	26 822
10	Odsetek kobiet, u których rozpoznano raka piersi	0,70	0,65	0,62	0,56	0,22	0,58

Źródło: Opracowanie własne za raportem NIK na podstawie danych Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, pełniącego funkcję Centralnego Ośrodka Koordynującego program profilaktyki raka piersi w latach 2009–2013

Tabela 68. Wartość świadczeń i liczba kobiet w Profilaktycznym Programie Zdrowotnym raka piersi – etap podstawowy w poszczególnych województwach w latach 2009–2013

Województwo	2009		2010		2011		2012		2013	
	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet
dolnośląskie	6 692 729	77 078	7 964 105	91 752	9 214 151	105 010	8 460 892	95 203	8 119 743	91 170
kujawsko-pomorskie	3 887 533	48 309	3 551 738	43 760	4 499 569	54 931	4 506 148	55 166	4 864 424	59 873
lubelskie	4 581 225	56 671	5 091 336	62 856	4 411 589	59 224	5 337 635	71 393	4 590 779	61 500
lubuskie	2 520 882	31 122	2 301 048	28 408	3 164 665	39 717	2 752 992	34 527	3 103 684	38 869
łódzkie	5 268 491	63 326	5 831 017	69 888	6 935 962	83 409	5 999 793	75 055	6 989 607	87 839
małopolskie	5 451 198	62 186	5 474 657	66 906	6 044 918	76 276	6 337 602	78 974	6 160 104	76 651
mazowieckie	8 226 441	99 413	8 433 248	101 968	9 316 949	112 621	11 645 632	146 328	10 584 479	131 186
opolskie	1 711 195	21 606	1 999 980	25 265	1 936 426	26 857	1 938 724	26 823	2 168 994	29 753
podkarpackie	3 491 418	44 565	3 637 746	45 930	4 002 143	49 415	4 023 144	48 564	4 073 676	49 826
podlaskie	2 239 227	29 382	2 461 842	32 322	2 294 658	30 120	2 613 927	35 930	2 686 491	36 968
pomorskie	4 028 055	48 301	6 710 647	78 757	4 425 714	54 439	4 745 738	58 429	4 610 427	57 184
śląskie	8 053 830	99 430	8 335 305	102 905	13 644 945	169 023	10 719 285	133 009	12 444 506	154 348
świętokrzyskie	2 350 893	30 942	1 757 987	23 150	3 147 792	39 574	2 218 724	28 656	2 991 185	38 959
warmińsko-mazurskie	2 915 194	37 664	3 366 281	43 492	3 453 778	44 658	3 287 023	44 717	3 404 847	46 679
wielkopolskie	7 515 513	92 480	8 599 372	105 840	8 598 845	105 800	9 427 058	116 490	9 244 765	114 254
zachodniopomorskie	3 459 127	44 924	4 526 440	58 808	4 461 140	57 686	4 975 801	64 381	4 729 012	61 224
Polska	72 392 951	887 399	80 042 748	982 007	89 553 244	1 108 760	88 990 118	1 113 645	90 766 723	1 136 283
Zmiana % rok do roku			10,6%	10,7%	11,9%	12,9%	-0,6%	0,4%	2,0%	2,0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 69. Wartość świadczeń i liczba kobiet w Profilaktycznym Programie Zdrowotnym raka piersi – etap pogłębiony w poszczególnych województwach w latach 2009–2013

Województwo	2009		2010		2011		2012		2013	
	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet
dolnośląskie	287 340	2 842	271 960	2 622	313 290	3 091	261 930	2 543	268 590	2 603
kujawsko-pomorskie	204 334	1 602	161 717	1 300	208 404	1 689	289 463	1 949	286 893	1 915
lubelskie	195 642	2 059	184 608	1 922	175 098	1 892	214 360	2 233	198 277	1 970
lubuskie	133 608	1 291	133 770	1 131	155 658	1 314	150 718	1 236	135 404	1 239
łódzkie	211 277	1 796	188 961	1 670	250 095	2 068	346 914	2 661	324 764	2 447
małopolskie	373 150	3 578	407 210	3 780	519 800	4 994	483 170	4 471	467 630	4 230
mazowieckie	407 500	2 889	360 143	2 611	441 290	3 148	601 320	3 952	559 585	3 613
opolskie	117 770	889	106 144	886	142 564	1 064	130 198	936	154 814	1 005
podkarpackie	235 394	2 455	234 358	2 204	264 978	2 420	283 738	2 361	283 437	2 483
podlaskie	98 462	1 018	86 117	855	105 636	1 092	137 076	1 356	133 513	1 339
pomorskie	223 972	1 769	277 339	2 349	225 447	1 573	194 442	1 359	234 023	1 554
śląskie	323 307	3 213	447 912	4 141	768 717	5 298	671 229	5 103	783 117	5 099
świętokrzyskie	108 339	1 257	98 516	935	169 034	1 234	235 355	1 385	198 388	1 170
warmińsko-mazurskie	154 692	1 551	146 295	1 398	161 946	1 336	146 706	1 271	148 482	1 304
wielkopolskie	265 328	2 785	356 400	3 402	319 816	2 930	397 995	3 101	411 689	3 009
zachodniopomorskie	193 003	1 773	194 441	1 614	200 836	1 518	216 682	1 685	224 785	1 723
Polska	3 533 116	32 767	3 655 889	32 820	4 422 609	36 661	4 761 295	37 602	4 813 390	36 703
Zmiana % rok do roku			3,5%	0,2%	21,0%	11,7%	7,7%	2,6%	1,1%	-2,4%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Program profilaktyki raka szyjki macicy

Tabela 70. Zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne i efekty realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)

Lp	Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012	2013 (I półr.)	Razem kol 3-7
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Liczba kobiet w populacji określonej programem profilaktyki raka szyjki macicy (kobiety w wieku 25-59)	3 274 036	3 289 805	3 293 187	3 293 976	3 290 725	-
2	Liczba kobiet, do których wysłano imienne zaproszenia	1 595 302	3 202 915	3 357 111	3 202 915	344 557	11 702 800
3	Liczba kobiet, które zgłosiły się na badania cytologiczne po otrzymaniu zaproszenia	190 757	371 446	422 378	326 996	18 830	1 330 407
4	Odsetek kobiet, które zgłosiły się na badania po otrzymaniu zaproszenia (%)	12,0	11,6	12,6	10,2	5,5	11,4
5	Liczba kobiet, o których wykonano badanie cytologiczne	875 102	796 446	804 555	765 301	343 495	3 584 899
6	Wskaźnik zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne (%)	26,7	24,2	24,4	23,2	10,4	-
7	Liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania cytologicznego	845 637	770 137	778 298	740 405	308 978	3 443 455
8	Liczba kobiet skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki	11 884	9 132	8 901	8 019	3 663	41 599
9	Liczba kobiet, u których stwierdzono zmiany łagodne i podejrzenia raka	24 488	21 780	21 369	19 819	8 494	95 950
10	Liczba kobiet, u których rozpoznano raka szyjki macicy	212	145	165	152	76	750
11	Odsetek kobiet, u których rozpoznano zmiany łagodne (w %)	2,8	2,7	2,7	2,6	2,5	2,7
12	Odsetek kobiet, u których rozpoznano raka szyjki macicy (w %)	0,024	0,018	0,021	0,020	0,022	0,021

Źródło: Opracowanie własne za raportem NIK na podstawie danych Centrum Onkologii – Instytut im M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, pełniącego funkcję Centralnego Ośrodka Koordynującego program profilaktyki raka piersi w latach 2009–2013

Tabela 71. Wartość świadczeń i liczba kobiet, u których pobrano materiał z szyjki macicy w ramach AOS w poszczególnych województwach w latach 2009–2013

Województwo	2009		2010		2011		2012		2013	
	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet
dolnośląskie	1 954 131	69 972	1 756 874	63 059	1 590 534	57 240	1 625 895	58 701	1 425 682	51 916
kujawsko-pomorskie	1 079 527	41 833	1 107 149	42 796	1 057 914	40 657	1 139 885	43 854	952 257	36 682
lubelskie	1 377 248	49 975	1 305 469	47 868	1 225 163	47 375	1 122 659	40 317	1 089 344	39 161
lubuskie	588 624	23 581	528 728	21 311	558 280	22 663	542 053	22 045	488 275	19 887
łódzkie	1 160 561	45 183	1 288 821	50 154	1 332 342	51 815	1 054 267	41 809	938 466	37 303
małopolskie	1 371 985	55 259	1 414 431	57 201	1 462 201	58 770	1 569 454	57 535	1 470 291	53 954
mazowieckie	2 664 174	96 400	2 489 271	90 584	2 170 263	79 706	2 162 541	79 225	2 087 106	76 611
opolskie	672 250	25 779	671 976	26 410	587 481	23 131	620 053	21 696	577 114	20 292
podkarpackie	1 250 179	49 883	874 662	35 037	1 063 392	42 572	1 082 062	42 263	848 172	32 969
podlaskie	707 276	26 611	589 215	22 416	631 005	24 114	596 847	22 365	612 132	23 172
pomorskie	1 628 354	60 561	1 471 346	55 544	1 314 645	50 405	1 351 600	51 770	1 164 494	45 440
śląskie	2 643 497	106 095	2 250 014	90 635	2 386 282	96 948	2 460 488	99 980	2 122 287	86 175
świętokrzyskie	823 969	33 020	575 436	23 569	590 262	23 509	658 218	24 719	603 581	22 633
warmińsko-mazurskie	1 083 737	41 186	1 230 302	46 681	1 088 276	41 327	1 009 780	36 992	1 037 588	38 158
wielkopolskie	1 414 005	55 894	1 220 134	48 416	1 143 342	45 410	1 216 356	44 717	1 125 919	41 379
zachodniopomorskie	1 165 126	46 096	1 067 850	42 199	1 117 004	44 668	1 075 136	41 890	1 032 593	40 213
Polska	21 584 643	827 328	19 841 678	763 880	19 318 386	750 310	19 287 295	729 878	17 575 301	665 945
Zmiana % rok do roku			-8,1%	-7,7%	-2,6%	-1,8%	-0,2%	-2,7%	-8,9%	-8,8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 72. Wartość świadczeń i liczba kobiet w w Profilaktycznym Programie Zdrowotnym raka szyjki macicy – etap diagnostyczny w poszczególnych województwach w latach 2009–2013

Województwo	2009		2010		2011		2012		2013	
	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet
dolnośląskie	2 178 804	72 489	1 923 972	64 379	1 871 280	61 871	1 775 928	58 777	1 577 535	52 331
kujawsko-pomorskie	1 170 375	43 217	1 243 089	45 779	1 228 300	44 531	1 270 653	46 145	1 038 738	37 761
lubelskie	1 282 839	52 368	1 326 942	48 629	1 342 467	49 217	1 024 974	37 634	965 574	35 541
lubuskie	655 862	25 020	539 401	20 724	597 410	23 343	571 212	21 907	491 438	18 888
łódzkie	1 295 460	47 844	1 331 181	49 128	1 404 459	51 788	1 153 548	42 440	1 037 178	38 118
małopolskie	1 373 285	53 204	1 439 726	58 910	1 563 535	63 989	1 644 905	63 394	1 508 113	58 142
mazowieckie	3 226 323	99 869	2 938 820	92 073	2 663 259	83 678	2 699 948	85 250	2 568 716	81 497
opolskie	485 910	25 777	488 250	26 523	426 258	23 365	399 465	21 812	438 102	20 430
podkarpackie	1 147 894	44 760	826 412	32 355	1 009 800	39 485	1 042 767	38 448	805 248	29 524
podlaskie	758 371	27 389	636 818	23 198	703 903	25 766	684 134	24 723	637 890	23 189
pomorskie	1 352 211	64 323	1 244 822	59 533	1 273 568	56 208	1 196 415	52 737	1 055 700	46 582
śląskie	2 755 913	106 440	2 391 696	92 926	2 562 215	99 799	2 544 084	99 130	2 201 364	85 736
świętokrzyskie	921 404	49 835	616 769	33 532	671 373	33 837	785 117	36 230	726 041	33 476
warmińsko-mazurskie	885 990	41 804	1 000 503	47 177	998 200	42 585	892 640	37 573	964 870	39 005
wielkopolskie	971 694	53 513	889 956	49 251	848 034	46 945	964 740	45 796	878 871	41 725
zachodniopomorskie	1 150 301	48 322	1 032 355	43 422	1 135 464	46 992	1 052 808	43 301	980 736	40 338
Polska	21 612 635	856 174	19 870 710	787 539	20 299 524	793 399	19 703 337	755 297	17 876 115	682 283
Zmiana % rok do roku			-8,1%	-8,0%	2,2%	0,7%	-2,9%	-4,8%	-9,3%	-9,7%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 73. Wartość świadczeń i liczba kobiet w Profilaktycznym Programie Zdrowotnym raka szyjki macicy – etap pogłębiony w poszczególnych województwach w latach 2009–2013

Województwo	2009		2010		2011		2012		2013	
	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet	Wartość	Liczba kobiet
dolnośląskie	70 581	329	54 663	255	52 122	242	62 470	289	72 620	322
kujawsko-pomorskie	39 202	211	64 699	285	83 187	347	69 915	290	63 216	251
lubelskie	43 065	247	24 156	148	14 220	84	6 507	37	5 886	34
lubuskie	42 940	264	33 600	192	48 830	277	62 250	311	48 390	273
łódzkie	199 947	819	93 122	382	61 392	255	42 741	176	28 551	120
małopolskie	10 166	40	7 182	36	13 570	84	12 575	100	9 560	68
mazowieckie	41 930	457	28 911	313	26 585	279	16 088	151	12 394	128
opolskie	44 691	270	22 476	135	22 128	108	24 624	124	18 804	121
podkarpackie	2 185	35	1 628	26	2 331	37	6 700	34	10 870	57
podlaskie	10 833	100	5 400	49	4 172	39	7 319	47	6 416	37
pomorskie	50 329	222	41 070	179	34 444	159	43 137	178	29 945	129
śląskie	101 817	599	108 603	629	114 283	652	149 465	851	176 499	1 006
świętokrzyskie	16 663	107	23 236	117	22 592	100	23 800	96	22 890	111
warmińsko-mazurskie	27 148	108	19 052	76	40 634	162	48 436	152	59 866	185
wielkopolskie	35 728	206	30 194	157	12 324	93	4 790	37	7 056	57
zachodniopomorskie	8 092	80	12 138	120	13 048	129	15 173	150	21 083	133
Polska	745 316	4 094	570 129	3 099	565 863	3 047	595 989	3 023	594 045	3 032
Zmiana % rok do roku			-23,5%	-24,3%	-0,7%	-1,7%	5,3%	-0,8%	-0,3%	0,3%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 74. Koszty wysyłki imiennych zaproszeń i liczba kobiet zaproszonych na badania mammograficzne i cytologiczne w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)

Lp	Rok	Koszty wysyłki zaproszeń (w tys. zł)	Liczba kobiet zaproszonych na badania:		Średni koszt jednego zaproszenia
			Mammograficzne	Cytologiczne (w zł)	
1	2009	3 491,8	1 130 206	1 595 302	1,28
2	2010	8 396,4	2 419 464	3 202 915	1,49
3	2011	8 472,6	2 536 771	3 357 111	1,44
4	2012	8 692,5	2 690 028	3 202 915	1,48
5	2013	1 116,7	404 416	334 598	1,51
Razem		30 170,0	9 180 885	11 692 841	1,44

Źródło: NIK za Ministerstwem Zdrowia

Analiza powyższych danych, niska zgłaszalność i wysokie koszty wysyłki imiennych zaproszeń (w okresie 2009–2013 stanowiły one ok. 41% ogółu wydatków administracyjno-logistycznych obu programów profilaktycznych) wskazują jednoznacznie, że kontynuacja programów w kolejnych latach wymaga istotnych modyfikacji i koordynowanej współpracy pomiędzy COK, WOK, NFZ, świadczeniodawcami i JST, a być może także pracodawcami. Bez zmian skutkujących zwiększeniem zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne, koszt wykrycia jednego nowotworu szyjki macicy każe raczej zrezygnować z tego programu profilaktycznego, niż kontynuować go w obecnej formie. Dotychczasowa, bardzo niska efektywność kosztowa programu profilaktyki raka szyjki macicy, przy prognozowanym spadku liczby nowych zachorowań, nie uzasadnia

wydawania kolejnych dziesiątków, a być może nawet setek milionów złotych na ten program. Pieniądze te z lepszym rezultatem można wydać na inne działania związane z walką z chorobami nowotworowymi w Polsce.

Program przesiewowy raka jelita grubego

Jak już pisano we wcześniejszych fragmentach raportu, realizowany jako pilotaż program przesiewowy raka jelita grubego wart jest rozszerzenia stopniowo na cały kraj. Jego podstawą jest wykonywanie kolonoskopii u osób obu płci. Pozwala ona, w razie wykrycia polipów, które w długim okresie (ok. 10 lat i więcej) mogą przekształcić się w raka jelita grubego, na ich natychmiastowe usunięcie. Dlatego badania przesiewowe w kierunku tego nowotworu mogą

być wykonywane raz na 10 lat albo nawet raz w życiu w odpowiednim wieku.

Analizy kosztów efektywności wykonane w Holandii dowodzą, że badania przesiewowe w raku jelita grubego są nie tylko efektywne kosztowo, ale także przynoszą oszczędności w terapii bardzo zaawansowanych, kosztownych w leczeniu raków jelita grubego. Polska jest jednym z czterech krajów w Europie, obok Niemiec, Włoch i Luksemburga, w których program wczesnego wykrywania raka jelita grubego prowadzony jest za pomocą kolonoskopii. W 2012 roku wykonywało go 91 realizatorów. W ramach programu, dzięki wprowadzonemu procesowi monitorowania jakości oraz szkoleniom lekarzy i innego personelu, zapewniona jest wysoka jakość badań kolonoskopowych.

W 2012 roku wprowadzono do programu system zaproszeń, który realizowany był przez 5 ośrodków w kraju. Zaproszenia wysłano łącznie do 23 141 osób w wieku 55–64 lat, 12 698 kobiet i 10 443 mężczyzn, zgłaszalność do programu wyniosła ogółem 17,8%. W systemie oportunistycznym w roku 2012 u 96,9% przebadanych osób osiągnięto kątnicę, polipy gruczolakowe wykryto u 19,9% osób, zaawansowaną neoplazję u 5,3% osób, a raka jelita grubego u 0,83%. U 25 osób (9,3%) wykryty rak był w polipie gruczolakowym.

Według raportowanych danych w powiatach o najwyższej dostępności tego programu widoczne jest istotne ograniczenie dynamiki wzrostu umieralności (u mężczyzn), a nawet niewielkie zmniejszenie umieralności w grupie kobiet. Według doniesień w ramach analiz EUROCARE, ale także w analizie przeprowadzonej przez Krajowy Rejestr Nowotworów, odsetki 5-letnich przeżyć w raku jelita grubego w Polsce wzrosły z około 26% (publikacje z 2003 roku) do około 43-46% (publikacje z lat 2007 i 2010). Są to jedne z najwyższych wzrostów tego wskaźnika w Europie, choć nadal odsetki 5-letnich przeżyć znajdują się poniżej średniej europejskiej (około 54%). Jest to argument przemawiający za koniecznością nie tylko kontynuacji, ale rozszerzenia zakresu działań w ramach programu. Jako sukces przesiewowego programu raka jelita grubego wymieniane są: zorganizowanie blisko 100 ośrodków przesiewowych wysokiej jakości oraz wyszkolenie około 300 kolonoskopistów.

Zalety programu przesiewowego raka jelita grubego to:

- wykorzystanie nowoczesnej metody badań przesiewowych (kolonoskopii) na poziomie ogólnokrajowym (co czyni Polskę jednym z liderów na arenie międzynarodowej),
- wyszkolenie dużej liczby lekarzy do realizacji badań przesiewowych,
- stworzenie sprawnie działających ośrodków przesiewowych na terenie całego kraju,

- unikatowy w skali światowej program monitorowania jakości, obejmujący wszystkie ośrodki i wykonane badania kolonoskopowe,
- niski koszt wykrycia zmian zaawansowanych,
- coroczne wykorzystanie ponad 90% dostępnych środków finansowych.

To wszystko sprawia, że program przesiewowy raka jelita grubego jest pozytywnie oceniany przez uczestników i zdobył uznanie na poziomie międzynarodowym⁵⁰. Warto zatem, szczególnie w kontekście prognoz zapadalności na nowotwory, aby poprzez kontynuację i rozszerzenie zakresu programu przesiewowy raka jelita grubego, przyczynił się do rozszerzenia na całą Polskę obiecujących wyników epidemiologicznych osiągniętych w powiatach o najlepszych rezultatach.

⁵⁰ J. Meder, *Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych* ss. 50-85 [w:] „Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski”, redakcja naukowa: A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014

1.5 Wyzwania w walce z nowotworami

1.5.1 Wyzwania demograficzne

Starzenie się polskiego społeczeństwa bez wątpienia przekładać się będzie na rosnącą liczbę osób o wyższym ryzyku zachorowania na nowotwory. W okresie 2012–2035 r., zgodnie z prognozą GUS⁵¹, populacja Polski spadnie o 5,5%, a udział osób w wieku poprodukcyjnym (60+/65+) w strukturze ludności ogółem wzrośnie z 16,8% do 26,7%, przy czym w miastach z 17,6% do 27,8%, a na wsi z 15,6% do 25,2%^{52, 53}.

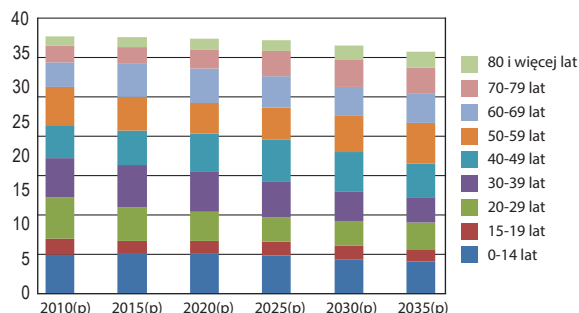
Zmiany demograficzne, jakie zajądą w nadchodzących latach w Polsce, będą miały duży wpływ na częstość występowania nowotworów. **Prognozy epidemiologiczne wskazują, że choroby nowotworowe w nadchodzącym dziesięcioleciu staną się najczęstszą przyczyną zgonów.** Liczba zachorowań i zgonów z ich powodu w ciągu najbliższych 10 lat wzrośnie. Wg prognoz zachorowań⁵⁴, z obecnych blisko 145 tys. liczba ta wzrośnie do ok. 185 tys. rocznie. W tym samym okresie, jak się prognozuje, liczba zgonów z powodu

Tabela 75. Ludność Polski (w mln osób)

Grupa wiekowa	2010	2015 (p)	2020 (p)	2025 (p)	2030 (p)	2035(p)	2010/2030 (p)	2010/2035 (p)
Do 14 lat	5,7	5,8	5,9	5,6	5,0	4,6	-12,0%	-19,3%
15-19 lat	2,4	1,9	1,8	2,0	2,0	1,9	-16,0%	-20,8%
20-29 lat	6,1	5,0	4,3	3,7	3,7	4	-39,1%	-34,4%
30-39 lat	5,8	6,3	6,0	5,2	4,3	3,7	-25,4%	-36,2%
40-49 lat	4,8	5,1	5,7	6,2	5,9	5	23,5%	4,2%
50-59 lat	5,8	5,0	4,5	4,8	5,5	6	-5,2%	3,4%
60-69 lat	3,7	5,0	5,1	4,7	4,2	4,4	12,9%	18,9%
70-79 lat	2,5	2,4	2,9	3,8	4,1	3,8	66,4%	52,0%
80 lat i więcej	1,3	1,5	1,6	1,5	2,0	2,5	52,6%	92,3%
Ludność	38,1	38,0	37,8	37,4	36,8	35,9	-3,4%	-5,8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Prognozy ludności na lata 2008–2035” przygotowanej przez GUS, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_8708_PLK_HTML.htm; (p) – prognoza

Wykres 64. Ludność Polski (w mln osób)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Prognozy ludności na lata 2008–2035 przygotowanej przez GUS; http://www.stat.gov.pl/gus/5840_8708_PLK_HTML.htm; (p) – prognoza

nowotworów może się zwiększyć z obecnych niemal 93 tys. do nawet 135 tys. rocznie. Dane o dotychczasowej wiekowej strukturze zapadalności na nowotwory złośliwe wskazują, że tylko z tego powodu musimy liczyć się z wzrostem liczby nowych zachorowań na choroby nowotworowe.

Wśród nich największą grupę wciąż stanowić będą nowotwory płuca, piersi, jelita grubego, trzonu macicy i prostaty, a więc te, które występują w większości przypadków w starszych grupach wiekowych. Dotychczasowe wyniki leczenia w Polsce w większości z nich odbiegają od średnich wyników europejskich. Bez wątpienia liczniejsza o kilkadziesiąt tysięcy rocznie grupa nowych chorych na nowotwory o różnych lokalizacjach narządowych wymagających diagnostyki i leczenia, przy ograniczonych, najprawdopodobniej mniejszych niż w ubiegłych latach zasobach kadrowych i stałych niedoborach środków finan-

⁵¹ Prognoza GUS z 2008 r. do roku 2035 – w chwili pisania raportu prognoza oparta na spisie ludności z 2011 r. nie została jeszcze opublikowana. Jej wyniki z uwagi na mniejszą liczbę Polaków na stałe mieszkających w Polsce będą gorsze niż te, które prognozował GUS w 2008 r.

⁵² J. Szymborski, *Demografia starzejącego się społeczeństwa* ss. 14–17, [w:] B. Samoliński, F. Raciborski (red), „Zdrowe starzenie się: Biała Księga”, Koalicja na rzecz zdrowego starzenia się, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR 2013.

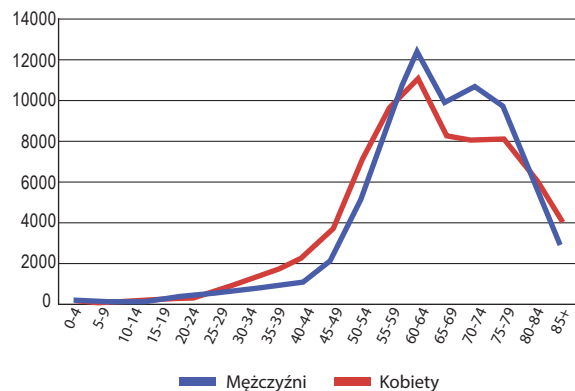
⁵³ Prognoza ludności na lata 2008–2035; GUS 2009

⁵⁴ J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński [w:] *Obecny stan walki z nowotworami w Polsce*, 2014 za http://www.walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/obecnystan_zwalczania_nowotworow_w_polsce_10-07-2014_2.pdf

sowych w stosunku do potrzeb, jest największym wyzwaniem, z jakim przyjdzie się nam zmierzyć już w ciągu nadchodzących lat. Proces starzenia się polskiej populacji najbardziej będzie widoczny po

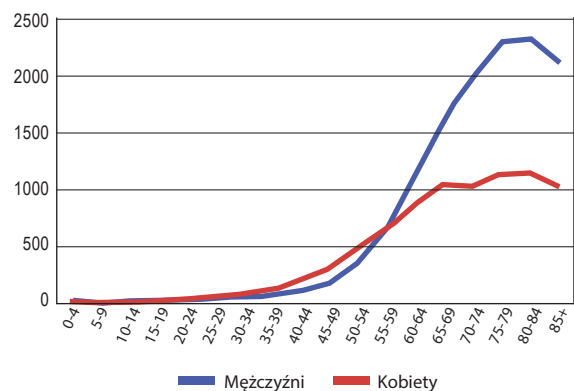
2035 r., ale już w 2020 r., a więc za niespełna 6 lat liczba osób powyżej 40. roku życia – czyli grupy o stopniowo rosnącym ryzyku zachorowania na nowotwory – liczyć będzie ok. 20 mln osób.

Wykres 65. Liczba zachorowań w grupach wiekowych



Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 15, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

Wykres 66. Zachorowania na 100 000 populacji



Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 15, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

1.5.2 Wyzwania epidemiologiczne

Starzenie się populacji Polski przyniesie nam więcej chorych z nowotworami charakterystycznymi dla starszych grup wiekowych – w przypadku obu płci będzie to rak jelita grubego, w przypadku mężczyzn rak prostaty, a w przypadku kobiet rak piersi i nowotwory narządów płciowych. Przy braku zmian w postawach prozdrowotnych Polaków, palenie tytoniu, siedzący tryb życia, nadużywanie alkoholu i niezdrowa dieta, będą skutkowały rosnącą liczbą zachorowań na nowotwory związane z tymi czynnikami ryzyka. Tutaj zależność będzie prosta – im mniej uczynimy dla promocji zdrowego stylu życia, tym mniejsze osiągniemy sukcesy, a tym samym tym większa i coraz młodsza będzie grupa chorych na nowotwory. Już teraz przesuwają się na młodsze roczniki występowanie nowotworów, jeszcze przed kilkunastoma laty, charakterystycznych dla osób starszych. Taki trend obserwuje się głównie w przypadku nowotworów dietozależnych oraz związanych z siedzącym trybem życia.

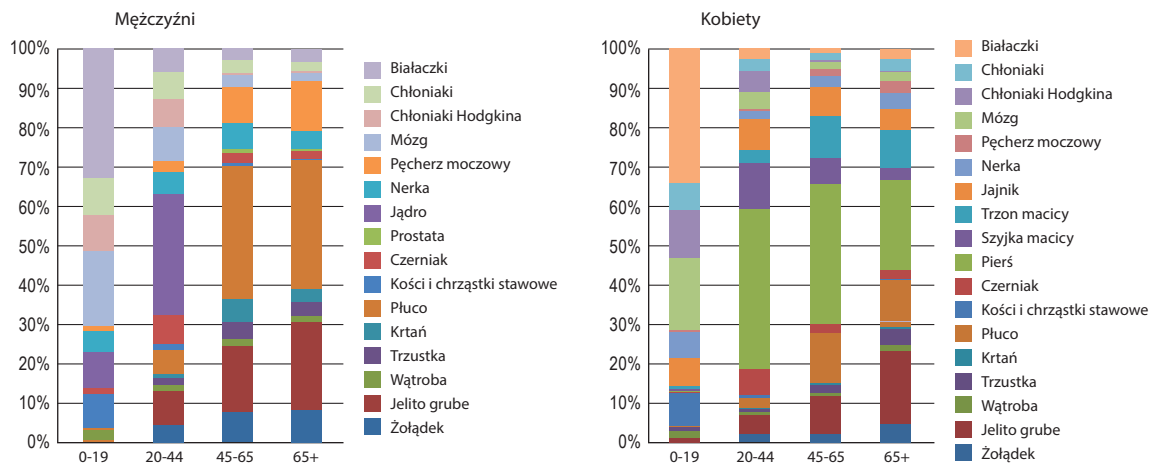
Obserwuje się także rosnącą liczbę nowych zachorowań nowotworów związanych z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi. Można zatem powiedzieć, że epidemiologia nowotworów i wyzwania, jakie w związku z tym przed nami stoją w nadchodzących latach dotyczą głównie naszego stylu życia. To, czy za 30 czy nawet 50 lat w Polsce będziemy mieli epidemię nowotworów zależy od tego, co w dziedzinie walki z rakiem zrobimy teraz. Nie robiąc nic lub działając tak nieskutecznie jak obecnie – możemy być tylko biernymi świadkami stopniowo rosnącej liczby nowych chorych, którym system opieki zdrowotnej w obecnym kształcie nie będzie w stanie skutecznie pomóc. Jego wydolność, mimo wysiłków, nie sprosta liczbie chorych wymagających diagnostyki, leczenia i opieki.

1.5.3 Wyzwania ekonomiczne

Wg prognozy nakładów na zdrowie ponoszonych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, przygotowanej w oparciu o dane NFZ oraz GUS, przy założeniu inflacji medycznej przekraczającej zaledwie o 1,5 pp. (inflacja CPI – *Consumer Price Index*) wynika, że ogólne wydatki Funduszu na świadczenia zdrowotne (przy dotychczasowym poziomie ich zaspokojenia) do 2035 r. wzrosną aż o ok. 52%. Przy założeniu tego samego poziomu wynagrodzeń i siły nabywczej złotówki, budżet NFZ powinien zwiększyć się z ok. 60 mld zł w 2012 r. do ok. 91 mld w 2035 r. przy mniejszej niż obecnie liczbie osób pracujących⁵⁵. Kwota wydatkowana na leczenie nowotworów ogółem (złośliwych i niezłośliwych) w tym okresie winna wzrosnąć co najmniej do poziomu 11 mld zł.

Wyzwania finansowe, jakie stoją przed nami w związku z prognozowanym wzrostem liczby chorych na raka, obrazują wykresy prezentujące prognozy kosztów leczenia nowotworów złośliwych w latach 2015–2035, przygotowane w oparciu o historyczne dane NFZ oraz prognozy zachorowań i chorobowości na nowotwory złośliwe. Do wykonania prognoz chorobowości wykorzystano prognozy KRN zachorowań opublikowane w czerwcu 2014⁵⁶ oraz dane o liczbie pacjentów leczonych z powodu nowotworów złośliwych wg danych NFZ. Prognozę tę można nazwać standardową lub *status quo*, gdyż nie uwzględnia ona żadnych relokacji kosztów diagnostyki i leczenia w stosunku do danych z lat 2009–2013. Taki wariant prognozy wskazuje, że na leczenie nowotworów złośliwych w 2025 r., czyli na koniec kolejnego Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, będziemy potrzebować ok. 7,6 mld zł rocznie, w stosunku do obecnie wydawanych ok. 6 mld zł. To wzrost o ok. 30%.

Wykres 67. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wg płci i wieku



Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 17, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

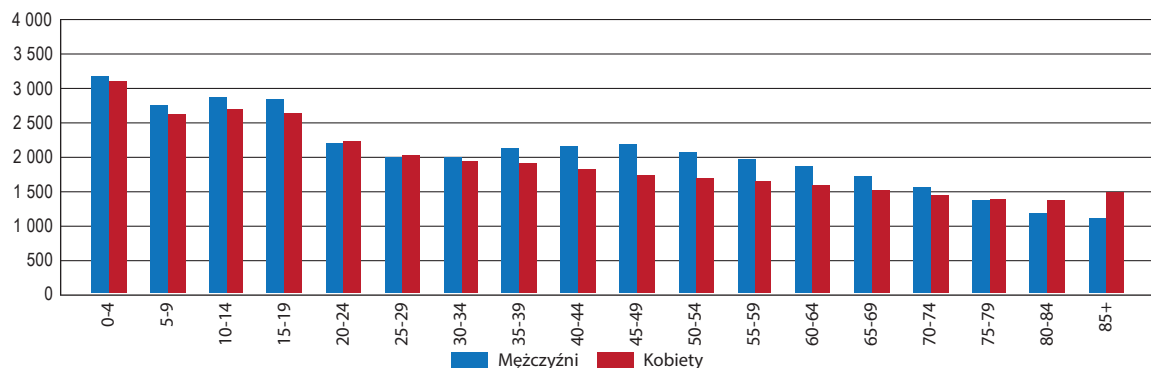
⁵⁵ M. Gujski, W.P. Kalbarczyk, Z. Tytko, A. Ścibek, wyd. 2 popr. *Z. Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013

⁵⁶ Obecny Stan Zwalczenia Nowotworów w Polsce za http://www.walka-z-rakiem.pl/sites/default/files/library/files/obecny_stan_zwalczenia_nowotworow_w_polsce_10-07-2014_2.pdf

Wiedząc, że dzisiejsze nakłady są niedostateczne w stosunku do potrzeb, należy zakładać, że – przy zapowiadanych zniesieniu limitów na leczenie nowotworów w ramach tzw. pakietu onkologicznego – rzeczywiste koszty wzrosną co najmniej o 10 pp. A zatem bez wątpienia to, co nas czeka w zakresie dążenia do

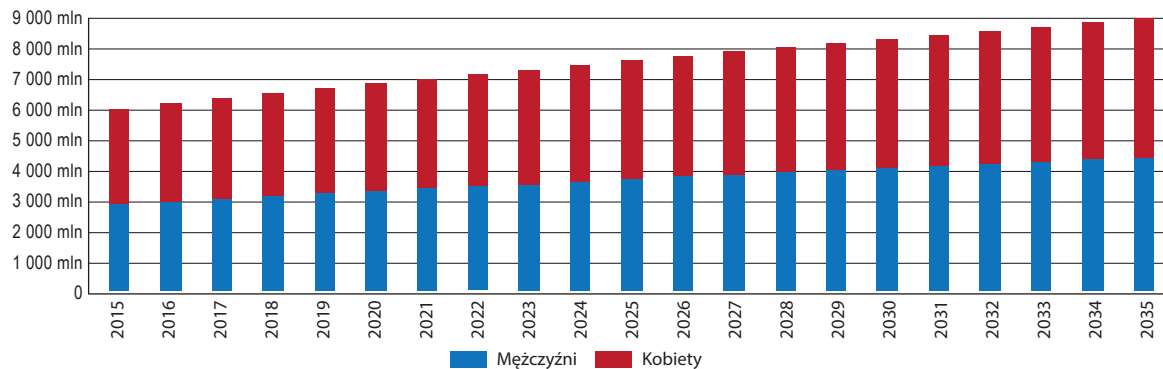
skuteczniejszego leczenia chorób nowotworowych, wymagać będzie także działań zmierzających do efektywniejszego wykorzystania (mimo deklarowanego zniesienia limitów na leczenie chorych onkologicznie) wciąż ograniczonych środków finansowych będących w dyspozycji NFZ.

Wykres 68. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów złośliwych (C00–D09) w Polsce dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.)



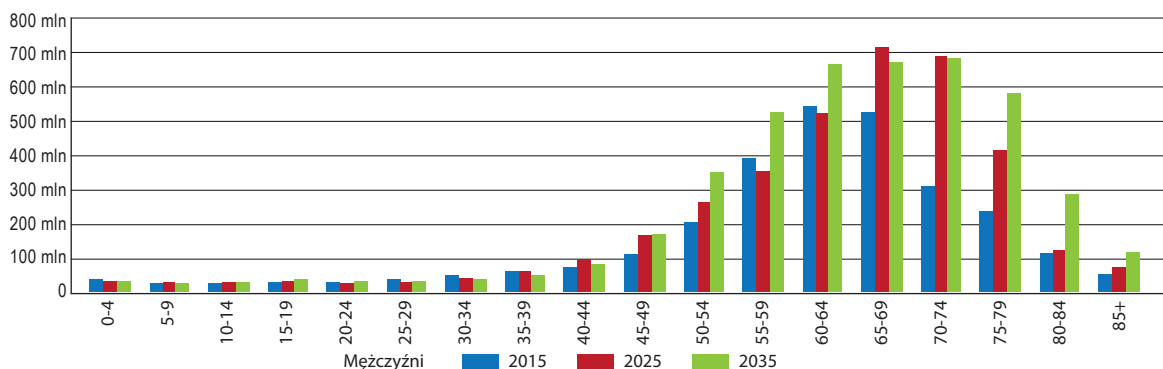
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 69. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w Polsce dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.)



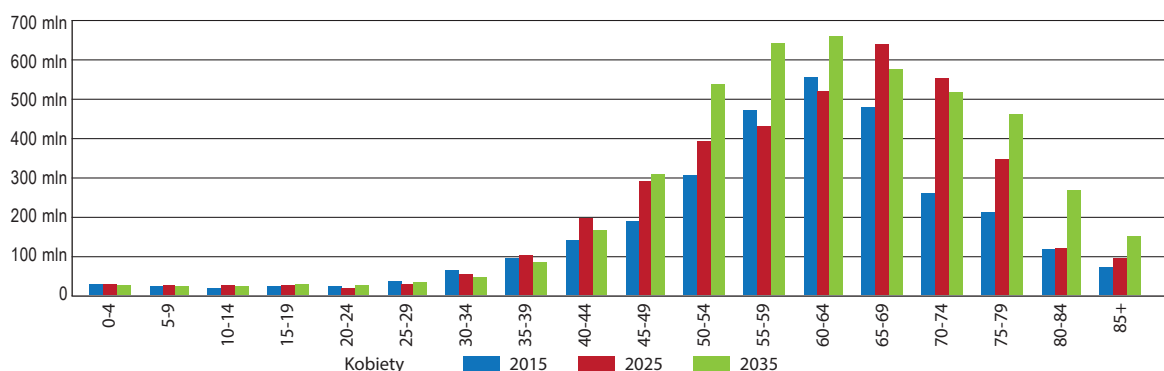
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 70. Prognozowane koszty leczenia nowotworów złośliwych (C00–D09) ponoszone przez NFZ w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 71. Prognozowane koszty leczenia nowotworów złośliwych (C00–D09) ponoszone przez NFZ w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Z powyższych wykresów jasno wynika, że pogarszająca się sytuacja demograficzna i epidemiologiczna przekładać się będzie wprost na rosnące koszty leczenia. Chcąc leczyć skuteczniej niż obecnie, bez wątpienia będziemy potrzebować więcej pieniędzy. Należy jednak zastanowić się nad racjonalnością wydawania pieniędzy lub innymi słowy – odpowiedzieć na pytania o kształt obecnego systemu, który nie ogranicza w żaden sposób mnożenia świadczeń.

Przykładem jest, np. chemioterapia paliatywna, która jest w wielu ośrodkach stosowana zbyt często oraz zbyt długo w stosunku do międzynarodowych wytycznych, a mimo to jest finansowana przez NFZ. Innym dobitnym przykładem na obecną nieefektywność kosztową jest brak powszechności optymalnego leczenia wielu chorych, zwłaszcza leczenia pierwszego rzutu, pomimo istnienia zaleceń wydawanych przez towarzystwa naukowe. Model lecznictwa onkologicznego, który powinniśmy kształtować w nadchodzących latach, musi być w dużo większym stopniu niż obecnie oparty na analizie koszt – efekt, skutkując systemem, w którym finansowane będą procedury uzasadnione, dające możliwie najlepsze efekty przy racjonalnych kosztach.

Jak napisano wcześniej, punktem wyjścia do prognoz kosztów leczenia nowotworów złośliwych były prognozy zachorowań i chorobowości. To nic innego jak prognoza potrzeb. Autorzy raportu wielokrotnie podnosili w debacie publicznej, że aby skutecznie reformować system ochrony zdrowia w Polsce, tak by jego kształt i organizacja w możliwie największym stopniu odpowiadały potrzebom zdrowotnym populacji naszego kraju, niezbędne jest stworzenie map potrzeb zdrowotnych, tak dla całego kraju, jak i dla poszczególnych jego regionów czy województw. Dlatego w dalszej części raportu zostaną zaprezentowane wyniki analiz i prognoz oraz mapy potrzeb zdrowotnych dla wybranych województw oraz dwóch, prognozowanych jako coraz częstszych, nowotworów – raka piersi i raka jelita grubego.

1.5.4 Wyzwania organizacyjne

Wyzwania organizacyjne, jakie stoją przed nami w związku z rosnącą liczbą chorych na choroby nowotworowe są bezpośrednio związane z wszystkimi dotychczasowymi i przyszłymi ograniczeniami, z którymi przyjdzie nam się zmierzyć.

Wśród najważniejszych wymienianych dotychczas na pierwszym miejscu znajdowało się limitowanie świadczeń diagnostycznych i leczniczych, wynikające z ograniczeń finansowych w ramach umów zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami. To one w największym stopniu generują kolejki do świadczeń, a tym samym wydłużają proces diagnostyczny i leczniczy, pogarszając rokowania na skuteczne leczenie wielu chorych.

W pewnym stopniu limity te wynikały z ograniczeń dotyczących posiadanego sprzętu diagnostycznego i leczniczego przez podmioty lecznicze, ale wydaje się, że ograniczenia te mamy już w dużym stopniu za sobą. O poprawie dostępności do wysokiej jakości aparatury diagnostycznej i terapeutycznej świadczą dane przedstawione we wcześniejszych częściach raportu. Jednak problemem, który jak na razie nie został rozwiązany, choć wydaje się, że jest on znany w kręgach onkologicznych, jest obecnie zbyt duża koncentracja tego sprzętu na terenie większości poszczególnych województw. Pacjent chory na raka, wymagając kompleksowego leczenia zabiegowego, chemo- i radioterapii, musi dotrzeć na ogół do jedynej w województwie szpitala, w którym może być w ten sposób leczony. Wyzwaniem dla niego jest zrobienie tego możliwie szybko i skutecznie, wobec wszelkich dotychczasowych przeciwności, a więc systemu skierowań na kolejne etapy diagnostyki, limitów świadczeń i wynikających z tego kolejek.

Gwarantowane w pakiecie onkologicznym Ministerstwa Zdrowia, zniesienie limitów na świadczenia diagnostyczne i lecznicze dla pacjentów, u których podejrzewa się, a następnie potwierdzi chorobę nowotworową, z pewnością poprawi sytuację wielu chorych. Wejście na szybkość

ścieżkę diagnostyczną zwiększa szansę na wykrycie nowotworu we wcześniejszym stadium, ale nie zapewnia podjęcia równie szybkiego, kompleksowego leczenia. W sytuacji, kiedy obecna organizacja lecznictwa onkologicznego nie jest wyposażona w narzędzia koordynacji procesu diagnostycznego i leczniczego, a kompleksowe leczenie jest dostępne na ogół w jednym w województwie, często już obecnie pracującym na pełnych obrotach ośrodka, do którego (jak zaprezentowano we wcześniejszej części raportu) kolejki oczekujących są najdłuższe i liczone nie w tygodniach, ale miesiącach, szansa na skuteczne leczenie może zostać zmarnowana.

Zniesienie limitów na leczenie w tych ośrodkach powinno w perspektywie kilku miesięcy skrócić kolejki do nich, ale bez wątplenia nie zlikwiduje ich do tego stopnia, by można było mówić o „rozwiązanym problemie kolejek do onkologów” ani tym bardziej o równym dostępie do świadczeń onkologicznych, bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

Dotychczas działające ośrodki onkologiczne, aby były w stanie sprostać wyzwaniom, jakie stoją przed nimi w związku z rosnącą liczbą chorych nowotworowych, winny być wsparte narzędziami koordynacji i standaryzacji leczenia nowotworów, ale jednocześnie powinny stać się kluczowymi ogniwami nowo tworzonej sieci mniejszych ośrodków onkologicznych. Ich powstanie, lub raczej rozwój na bazie dotychczas działających szpitali i oddziałów, aby w możliwie największym stopniu przyniosło bardziej równomierną poprawę w dostępności do świadczeń onkologicznych, powinno być oparte na rzetelnej analizie potrzeb i możliwości ich zaspokojenia. Przy dotychczasowym systemie opieki medycznej w Polsce i rozdrobnieniu podmiotów tworzących szpitale na terenie każdego z województw, zbudowanie efektywnej sieci lecznictwa onkologicznego z centrami szybkiej diagnostyki i ośrodkami specjalizującymi się w kompleksowym leczeniu najczęstszych nowotworów, wydaje się największym wyzwaniem organizacyjnym, jakie przed nami stoi w nadchodzącej dekadzie.

Trudnym zadaniem dla organizacji systemu lecznictwa onkologicznego w Polsce jest znalezienie równowagi pomiędzy centralizacją a dostępnością. W wielu województwach w Polsce nie wystarczy już jeden ośrodek onkologiczny, do którego na diagnostykę i leczenie zjeżdżać się będą chorzy z całego województwa. Używając w przenośni języka zaczerpniętego z przemysłu, ich moce przerobowe, nawet jeśli mogą być teoretycznie zwiększane w jednej, dotychczasowej lokalizacji, winny być raczej rozbudowywane przez „pączkowanie” w mniejszych ośrodkach, tak by to żywotny interes chorego na nowotwór – a więc szybka dostępność do leczenia, adekwatnego do jego potrzeb zdrowotnych – brał górę nad interesem coraz większego, jedyne w województwie szpitala onkologicznego, w którym pacjent może być leczony kompleksowo. **Kompleksowość i jakość leczenia nie powinna być kojarzona wyłącznie z wielkością szpitala.**

Stworzenie sieci współpracujących ze sobą ośrodków onkologicznych różnej wielkości jest z pewnością bardzo dużym wyzwaniem. O tym, jak podejść do opracowywania map potrzeb w zakresie leczenia nowotworów w Polsce oraz w jaki sposób w miejsce niszczącej konkurencji o środki NFZ, wprowadzić kooperację i koordynację diagnostyki i leczenia onkologicznego napisano w drugiej części raportu.

Nielatwym przedsięwzięciem organizacyjnym o charakterze „kulturowym” jest stworzenie warunków współpracy pomiędzy lekarzami o różnych specjalnościach. Wśród nich kluczową rolę odgrywać powinni przede wszystkim lekarze pracujący w POZ, ale także reprezentujący inne specjalności medyczne, którzy w swojej codziennej praktyce stykać się będą z coraz większą grupą pacjentów onkologicznych, chorujących jednocześnie na choroby cywilizacyjne związane z wiekiem. Ich wiedza na temat nowotworów musi pozwalać na to, by w pełnym zakresie przejąć opiekę nad chorymi po przebytych leczeniach onkologicznych. Wiadomo bowiem, choćby z Wielkiej Brytanii czy Francji, że w dużej części przypadków i po odpowiednim czasie przeżycia bezobjawowego, możliwe jest efektywne kosztowo prowadzenie obserwacji pacjentów onkologicznych poza ośrodkami onkologicznymi. W obecnym kształcie systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest to praktycznie niemożliwe.

1.6 Wnioski

Z analiz danych przedstawionych w tej części raportu wynika, że Polska, pomimo mniejszej zapadalności na nowotwory niż w krajach Europy Zachodniej, ma wyraźnie gorsze wyniki, jeśli chodzi o przeżywalność pacjentów nowotworowych. Prognozy demograficzne i epidemiologiczne wskazują jednoznacznie, że problem chorób nowotworowych w Polsce będzie rósł. Styl życia milionów Polaków, a więc palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, szkodliwa dla zdrowia dieta i siedzący tryb życia z bardzo ograniczoną aktywnością fizyczną wraz ze starzeniem się populacji naszego kraju, stanowią kluczowe czynniki wpływające na rosnącą liczbę nowych zachorowań na nowotwory w Polsce.

Jednocześnie wyraźnie gorsze wyniki leczenia większości nowotworów w naszym kraju niż osiągane średnio w krajach Unii Europejskiej stawiają nas w sytuacji, która wymaga poważnej refleksji, co zmienić w sposobie walki z nowotworami w Polsce, aby sprostać wyzwaniom epidemiologicznym i demograficznym, jakie przed nami stoją. Różnice w osiąganych rezultatach leczenia każą nam szukać przyczyn, dlaczego tak się dzieje.

Częstkowych odpowiedzi dostarczają liczne opracowane, przygotowane na zlecenie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i zaprezentowane w ostatnich latach publikacje, dotyczące polskiej onkologii, np. „Biała księga”⁵⁷ czy

⁵⁷ A. Kozierkiewicz, T. Bochenek, D. Gilewski, R. Topór-Mądry, *Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces*, Raport opracowany przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, 2011

„Druga księga”⁵⁸, a także artykuły wybitnych specjalistów z zakresu epidemiologii⁵⁹, onkologii czy hematologii⁶⁰ dotyczące wizji koordynacji i nadzoru nad walką z chorobami nowotworowymi w naszym kraju. Wszystkie przytaczają te same przykłady sukcesów osiąganych na świecie i tym samym na pytanie o pożądane w Polsce rozwiązania dają podobne odpowiedzi. Wśród nich na pierwszy plan wysuwa się kwestia organizacji systemu leczenia onkologicznego, standardów postępowania i dobrej koordynacji różnych działań na wielu polach. W zakresie organizacji leczenia nie ma pełnej zgodności co do detali, ale co do pryncypiów – konieczności zbudowania w Polsce koordynowanej sieci onkologicznej – wydaje się, że przynajmniej jest ogólny konsensus środowiskowy.

Jedną z koncepcji takiej sieci zaprezentował w 2014 r. prof. Krzysztof Warzocha, dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie i jednocześnie dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii⁶¹.

Najbardziej całościowej odpowiedzi na pytania, jak skutecznie walczyć z rakiem w Polsce w kolejnej dekadzie, wraz z kierunkami zmian i propozycjami rozwiązań znajdujemy w kompleksowej propozycji „Strategii walki z rakiem w Polsce na lata 2015–2024”⁶² opracowanej przez bardzo szerokie grono ekspertów onkologii, medycyny rodzinnej i zarządzania ochroną zdrowia, skupionych w kilku towarzystwach naukowych, a pracujących pod kierunkiem prof. Jacka Jassemę.

Ten wielowątkowy, bardzo dobrze opracowany, dokument, stawia kierunkowe odpowiedzi na dziesiątki pytań, co zrobić, by skutecznie walczyć z chorobami nowotworowymi w Polsce. Wskazuje także na mierniki pozwalające na monitorowanie osiąganych rezultatów prowadzonych działań, ale z uwagi na swój strategiczny charakter, nie zawsze w wystarczającym stopniu odpowiada na pytanie, jak zrobić, by faktycznie efekty naszej walki z rakiem były lepsze niż dotychczas. Dzięki intensywnym pracom setek osób wiemy zatem, co zrobić, nie zawsze jednak wiemy jak.

Jednym z ważniejszych punktów „Strategii walki z rakiem w Polsce 2015–2024” jest lepiej zorganizowany i efektywniejszy niż dotychczasowy system leczenia onkologicznego, którego kształt będzie odpowiedzią na zmieniające się potrzeby zdrowotne Polaków w zakresie leczenia nowotworów. Strategia wskazuje zatem kierunek niezbędnych zmian w systemie, aby istotnie polepszyć jakość leczenia chorych na nowotwory w Polsce. Nie ma jednak dotychczas konsensusu co do nadzoru nad wdrażaniem przyszłej strategii walki z rakiem w Polsce, a propozycja, by „tymczasowo” robiła to wyodrębniona komórka Ministerstwa Zdrowia wobec konieczności robienia tego przez wysoce umocowaną w hierarchii państwa profesjonalną instytucję, wydaje się dowodem na to, że obecni decydenci w sprawach ochrony zdrowia w naszym kraju zdają się nie rozumieć charakteru wyzwań i nie dostrzegają, że takie rozwiązanie nie ma szans powodzenia. Do pierwszych dni stycznia 2015 roku, a więc terminu w którym w całym kraju wprowadzane są rozwiązania będące częścią pakietu onkologicznego, nie podjęto żadnych działań w kierunku nawet ograniczonego rozwiązania, jakim jest zapowiadane przez MZ wydzielenie specjalnej jednostki nadzorującej walkę z chorobami nowotworowymi w Polsce.

Wśród rekomendacji Strategii znaleźć można konieczność opracowania map potrzeb w zakresie leczenia nowotworów, koordynację diagnostyki i leczenia w oparciu o multidyscyplinarne zespoły specjalistów czy tworzenie rozsianych po całym kraju, zgodnie z potrzebami epidemiologicznymi klinik narządowych specjalizujących się w kompleksowym leczeniu coraz częstszych w Polsce nowotworów piersi i jelita grubego.

Chcąc, aby Instytut Ochrony Zdrowia, nawiązując do przesłania swojego raportu „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje” wniósł część odpowiedzi na pytanie, jak skuteczniej niż dotychczas walczyć z rakiem w Polsce i jak zmieniać system leczenia onkologicznego – w drugiej części raportu zaprezentowane są opracowane przez autorów niniejszego raportu koncepcje niezbędnych pól koordynacji walki z rakiem, optymalny model leczenia onkologicznego i propozycje map potrzeb oraz prognoz w zakresie kosztów leczenia nowotworów w Polsce do 2035 r., ze stopniową relokacją środków z leczenia szpitalnego do AOS i hospitalizacji jednodniowych lub hostelowych.

⁵⁸ A. Koziarkiewicz, T. Bochenek, D. Gilewski, R. Topór-Mądry, *Druga Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO*, Raport opracowany przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, 2011

⁵⁹ W. Zatoński, *Powołanie Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii – warunek konieczny do skutecznej walki z rakiem w Polsce*, „NOWOTWORY. Journal of Oncology”, 2013, volume 63, numer 5, 375–381

⁶⁰ K. Warzocha, *Narodowy Instytut Onkologii i Hematologii*, „Hematologia” 2013, tom 4 nr 3, 185–196

⁶¹ K. Warzocha, *Krajowa sieć onkologiczna*, „Hematologia”, 2014, tom 5, numer 1, ss. 1–24

⁶² *Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024*, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polska Unia Onkologii, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Patologów, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, 10 czerwca 2014 r. za http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/strategia_walki_z_rakiem_w_polsce_2015_2024.pdf

Walka z nowotworami – wybrane elementy proponowanych rozwiązań na lata 2015–2024

(część 2)

Walka z chorobami nowotworowymi – aby była skuteczna – musi odbywać się na wielu polach. Wydaje się, że kilkusetosobowe gremium ekspertów zaangażowanych w wielomiesięczną pracę nad „Strategią walki z rakiem w Polsce 2015–2024”, uwzględniło wszystkie, na których należy prowadzić działalność. Dziedziny, które wydają się najważniejsze do odniesienia rzeczywistych sukcesów, już w perspektywie nadchodzącej dekady, to profilaktyka pierwotna i wtórna nowotworów, oraz nowa organizacja systemu leczenia onkologicznego. Kluczem do sukcesu jest rzeczywistość, a nie – jak dotychczas – tylko deklarowana koordynacja działań.

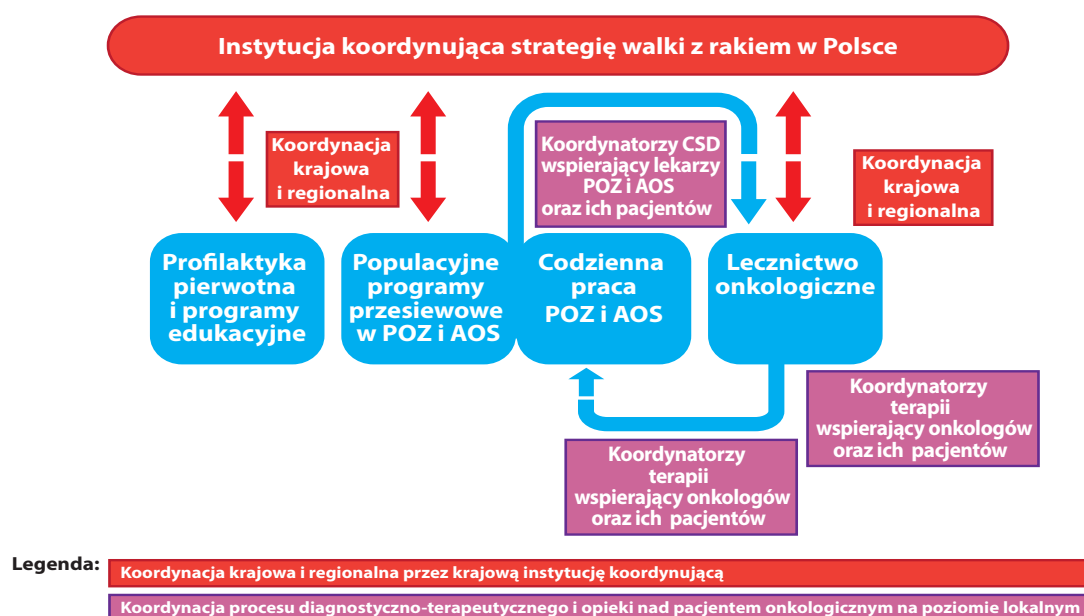
Krytyka, jaką można usłyszeć z wielu stron, odnosząca się do sposobu realizacji zapisów ustawy o Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych, dotyczy w głównej mierze braku odpowiedniego zarządzania i monitorowania działań podejmowanych jako kluczowy element Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015. Wiele informacji na ten temat można znaleźć zarówno w raporcie Instytutu Ochrony Zdrowia „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”⁶³, oraz w tak ważnych publikacjach jak „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”⁶⁴ czy „Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska” – cyklicznej

publikacji European Observatory on Health Systems and Policies wydanej przez NFZ w wersji polskiej⁶⁵. Krytyczne oceny braku koordynacji, a często nawet elementarnego zarządzania – w obszarach będących przedmiotem aktywności w związku z realizacją NPZChN – są zawarte także w raportach Najwyższej Izby Kontroli, które tylko na krótko po ich opublikowaniu, wstrząsnęły opinią publiczną.

W dalszej części raportu zaproponowano rozwiązania, które mogą stanowić częściową odpowiedź dla decydentów w sprawach ochrony zdrowia, co – a przede wszystkim jak – zrobić, aby wyeliminować wcześniejsze błędy i w maksymalnym stopniu ograniczyć przestrzeń do złych ocen tego, co będziemy robić w kolejnej dekadzie.

Proponowane rozwiązania winny dotyczyć koordynacji, m.in. trzech pól – profilaktyki pierwotnej i wtórnej nowotworów, bieżącej diagnostyki i leczenia nowotworów oraz planowania i organizowania optymalnego systemu opieki onkologicznej. Tylko przy takim podejściu Polska jest w stanie zmniejszyć duży dystans, jaki dzieli nas od znaczących wyników w walce z rakiem, osiągniętych w wielu europejskich krajach.

Rysunek 3. Pola koordynacji jako wymóg większej skuteczności walki z chorobami nowotworowymi w Polsce



Źródło: Opracowanie własne

⁶³ M. Gujski, W.P. Kalbarczyk, Z. Tytko, A. Ścibek, wyd. 2 popr., *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.

⁶⁴ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP–PZH 2012.

⁶⁵ S. Golinowska i współautorzy, *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska*. WHO Regional Office, European Observatory on Health Systems and Policies, 2011 (Volume 13, Number 8), polska wersja wydana przez NFZ

2. Profilaktyka pierwotna i wtórna

Jak napisano w pierwszej części raportu, zmiany demograficzne, jakie czekają nas w nadchodzących latach w Polsce, będą miały duży wpływ na częstość występowania nowotworów. Wg prognoz liczba zachorowań i zgonów z ich powodu w ciągu najbliższych 10 lat wzrośnie do tego stopnia, że nowotwory staną się pierwszą przyczyną zgonów Polaków. Wiemy zatem już teraz, że zarówno rosnąca liczba chorych na nowotwory, jak i liczba osób umierających z ich powodu będą bardzo dużym obciążeniem społecznym. To, co należy robić, aby zmniejszać przyszłe obciążenia i niepowetowane straty, jakie ponosimy jako społeczeństwo z powodu przedwczesnych śmierci naszych współobywateli z powodu chorób nowotworowych, wymaga – już teraz – dobrze zaplanowanych i zorganizowanych działań państwa. Powinny się one toczyć na wielu polach o kluczowym wpływie na zdrowie.

Doświadczenia z innych krajów, ale także nasze własne – np. na polu walki z paleniem tytoniu – dowodzą, że konsekwentnie prowadzona polityka akcyzowa oraz ograniczenia dotyczące przestrzeni publicznej, w której palenie jest dozwolone, w połączeniu z kampaniami społecznymi uświadamiającymi szkodliwość palenia, przynoszą pożądane efekty, choć w Polsce są one widoczne w postaci spadku zapadalności na nowotwory płuc tylko u mężczyzn. Nie zwalnia nas to jednak z obowiązku kontynuacji tych działań, zwłaszcza że z rosnącym niepokojem obserwujemy niekorzystne zdrowotnie zjawiska w postaci palenia tytoniu przez nastolatki i młode kobiety. Kobiety palące – ze względu na źle rozumiane postawy emancypacji – rozpoczynają palenie w młodym wieku, niemal równie często jak mężczyźni, ale rzadziej niż oni rzucają palenie. Sytuacja ta powoduje, że już od 2007 r. rak płuca u kobiet jest najczęstszą przyczyną zachorowań i zgonów z powodu nowotworów, wyprzedzając raka piersi, w przypadku którego od lat 70. ubiegłego wieku obserwuje się wzrost zachorowalności przy niewielkim spadku, a następnie stabilizacji współczynników zgonów⁶⁶.

Badania epidemiologiczne dowodzą, że w Polsce rośnie problem nadwagi i otyłości, a także nieprawidłowych nawyków żywieniowych czy braku codziennej aktywności fizycznej – nie tylko osób dorosłych, ale także dzieci i młodzieży. Wiedząc, że palenie tytoniu oraz nadużywanie alkoholu, a także nieprawidłowa dieta i siedzący tryb życia prowadzące do nadwagi i otyłości są czynnikami ryzyka wielu chorób, należy prowadzić wszechstronne działania, aby uświadomić to w miarę możliwości każdemu Polakowi. Poprzez różnego rodzaju narzędzia trzeba pobudzić jak najwięcej osób do niepodejmowania ryzykownych zachowań lub rezygnacji z nich na rzecz zdrowego stylu życia.

W Polsce są już opracowane, ale wciąż nieu powszechnione w społeczeństwie, proste narzędzia propagowania wiedzy o czynnikach ryzyka chorób nowotworowych, oparte na kolejnych edycjach Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem⁶⁷. Przykładem są choćby różnego rodzaju poradniki – dla osób zdrowych oraz już chorych⁶⁸ na nowotwory – używające w swojej nazwie słowa „dekalog”. Podane w formie krótkich haseł „przykazania onkologiczne” są – podobnie jak dekalog przekazany Izraelitom przez Mojżesza – zbiorem dobrych rad jak żyć, by uniknąć nowotworu lub jak z nim żyć, by skutecznie walczyć z chorobą. Kolejność punktów w dekalogu kierowanym do zdrowych jest tożsama z istotą wpływu na ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową – nie pał, wystrzegaj się otyłości, bądź aktywny fizycznie, jedz 5 razy dziennie warzywa i owoce oraz ogranicz spożycie tłuszczów zwierzęcych, ogranicz spożycie alkoholu, unikaj czynników ryzyka nowotworów, takich jak promieniowanie czy związki chemiczne, bierz udział w programach szczepień przeciwko WZW B i HCV, regularnie kontroluj swój stan zdrowia oraz w zależności od wieku i płci bierz udział w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi, szyjki macicy, jelita grubego i prostaty. Konkretnie, tak tradycyjne, jak i nowe propozycje sposobów walki z nowotworami, zawarte są w „Strategii walki z rakiem w Polsce 2015–2024”.

Wśród nowych, zasługujących na szybkie wdrożenie w naszym kraju zmian znajduje się propozycja wprowadzenia obowiązku informowania rodziców i podpisywania przez nich oświadczeń „świadomej zgody” na korzystanie z solariów przez dzieci i młodzież pozostających pod ich opieką. Propozycja ta jest efektem obserwacji rosnącej liczby nowych rozpoznanych czerniaka wśród Polaków, którego częstość występowania skorelowana jest z nadmiernym narażeniem skóry na promienie słoneczne oraz właśnie promienie UVB używane w solariach.

Jak pokazują doświadczenia międzynarodowe w walce z chorobami nowotworowymi, warto sięgać zarówno po narzędzia marketingowe i komunikacji społecznej, jak i po rozwiązania prawne, a następnie konsekwentne monitorowanie ich i egzekwowanie ich przestrzegania.

Rak, podobnie jak wiele innych chorób – choroby układu krążenia, cukrzyca, choroby mózgu czy układu kostno-stawowego – jest w dużym stopniu skutkiem niezdrowego stylu życia. Dlatego walka z nowotworami nie może skupiać się tylko na skutkach w postaci leczenia ich, ale w bardzo dużym stopniu, dużo większym niż kiedykolwiek do tej pory, powinna dotyczyć profilaktyki pierwotnej. Walka z rakiem nie powinna być walką z chorobą, ale przede wszystkim

⁶⁷ Europejski Kodeks Walki z Rakiem, wersja trzecia (2003), red. W. Zatoński, wydany w ramach realizacji NPZChN *Prewencja pierwotna nowotworów*, 2007

⁶⁸ *Dekalog onkologiczny* Stowarzyszenia Pomocy Chorym Onkologicznie „Różowe Okulary” za www.rozoweokulary.y0.pl/informator/rozdzial_17.pdf

⁶⁶ J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r.*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

kim z jej przyczynami. To wymaga zmiany naszego dotychczasowego podejścia do zdrowia.

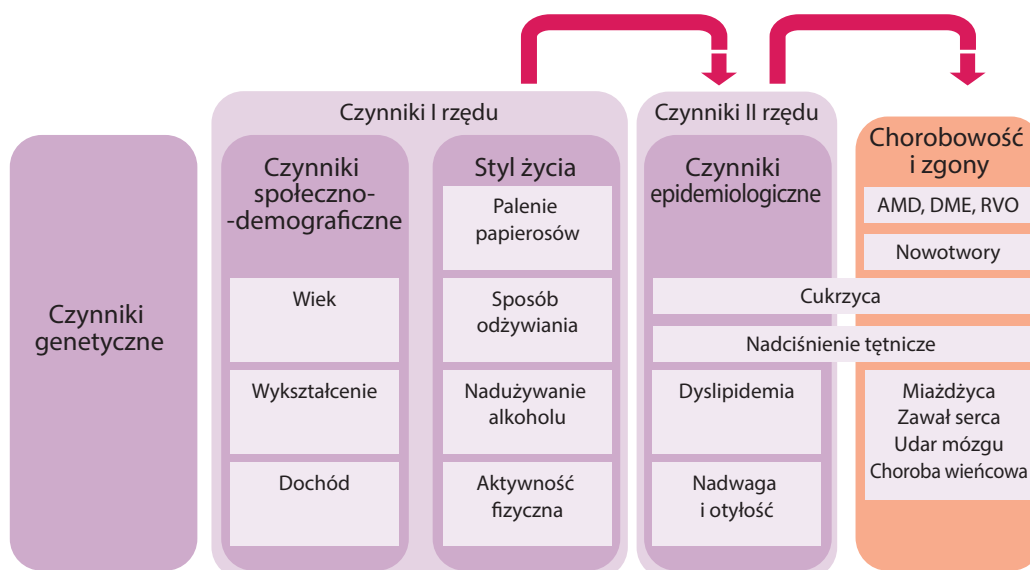
Zmiany demograficzne i związane z nimi koszty ekonomiczne i społeczne nakazują zmienić w Polsce paradygmaty dotyczące zdrowia. Należy zabiegać o życie w zdrowiu, a nie tylko walczyć z chorobą. Drogą do tego celu jest debata publiczna na temat wagi indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie. Obecnie kwestia indywidualnej odpowiedzialności jest zbyt słabo akcentowana, a bez wykorzystania jej potencjału, w postaci zmiany stylu życia, nie będzie w przyszłości możliwe zaspokojenie potrzeb zdrowotnych populacji. Chcąc skutecznie walczyć z rakiem w nadchodzących latach w Polsce nie można ignorować wiedzy o czynnikach ryzyka, których wpływ ma kluczowe znaczenie na tempo rozwoju czy wręcz występowanie nowotworów. To, czy czynniki te wywierają negatywny wpływ i przyczyniają się do rozwoju nowotworu, w ogromnym stopniu zależy od indywidualnych wyborów, ale także od polityki podatkowej, edukacji, norm regulujących rynek pracy oraz medycynę pracy, a także od zasad finansowania świadczeń zdrowotnych. Sięgając do sprawdzonych przez innych rozwiązań, możemy być pewni spodziewanych efektów. Jedyne problemy polegają na tym, że działania i inwestycje w zdrowie podejmowane aktualnie przyniosą pozytywne rezultaty nie za rok czy dwa, ale nawet za dziesiątki lat. Nie znaczy to bynajmniej, że nie należy ich podejmować – wprost przeciwnie. **Każda złotówka przeznaczona na podtrzymanie zdrowia dzisiaj, będzie skutkowałą kilkakrotnie większymi oszczędnościami w wydatkach na leczenie chorób w przyszłości. Inwestując w zdrowie polskiej populacji dzisiaj, zwrot z inwestycji otrzymuje się nie tylko w postaci niższych kosztów leczenia w przyszłości, ale przede wszystkim długoletniej aktywności zawodowej i społecznej ludzi generujących wzrost gospodarczy i cywilizacyjny Polski.**

Zaprezentowany schemat czynników ryzyka jednoznacznie wskazuje, że prowadząc dobrze skoordynowane działania o charakterze profilaktycznym – związane z takimi czynnikami ryzyka, jak: palenie tytoniu, dieta i sposób odżywiania, nadużywanie alkoholu oraz aktywność fizyczna – można zmniejszać ryzyko wystąpienia zarówno chorób układu krążenia, jak i nowotworów. Świadomość społeczna w tym zakresie jest w Polsce wciąż bardzo niska i dlatego właśnie tak ważne jest, aby podjąć ponownie, jak w latach 90. XX w., szeroko zakrojone kampanie społeczne i edukacyjne skierowane do różnych grup wiekowych i grup ryzyka, promujące zdrowy styl życia oraz świadomość, że nasze zdrowie w ogromnym stopniu zależy od nas samych.

Szczególnie ważne jest oddziaływanie na dzieci i młodzież, która w tym okresie nabiera nawyków wpływających na całe ich przyszłe życie. Celem działań kierowanych do dzieci i młodzieży – poprzez zorganizowany system edukacji zdrowotnej w placówkach edukacyjnych wszystkich szczebli, począwszy od przedszkoli, a skończywszy na wyższych uczelniach – winno być zmniejszenie liczby osób podejmujących palenie tytoniu, ryzykowne picie alkoholu czy ryzykowne zachowania seksualne oraz zwiększenie liczby osób o prawidłowych nawykach żywieniowych czy aktywności fizycznej. Jak napisano w pierwszej części raportu, informacje, oparte na zatrważających danych o konieczności podejmowania takich działań także w naszym kraju, dopiero teraz przebijają się do świadomości decydentów odpowiedzialnych na poziomie państwa za edukację, sport czy ochronę zdrowia.

Długofalową walkę z nowotworami – przez kształtowanie postaw – należy prowadzić oczywiście nie tylko w najmłodszych grupach naszego społeczeństwa, ale także w grupach wiekowych ludzi aktywnych zawodowo, szczególnie zaś tych, którzy narażeni są na czynniki

Rysunek 4. Czynniki ryzyka chorobowości chorób cywilizacyjnych



Źródło: Opracowanie własne za Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku; s. 33; KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012; za: „Raport WHO Global Health Risks” oraz wyniki badań NATPOL i WOBASZ

ryzyka rozwoju nowotworów w związku ze swoimi zachowaniami tak w sferze codziennego życia, jak i w sferze bardzo intymnej, jaką jest seks. Są to przede wszystkim osoby młode, aktywne seksualnie, które coraz częściej – z uwagi na swoje postawy – narażone są na infekcje przenoszone drogą płciową, ale także, w zasadzie, wszystkie grupy wiekowe, w których niezdrowa dieta, palenie tytoniu, nadmiar alkoholu czy brak aktywności fizycznej zwiększają ryzyko zachorowania na nowotwory.

Osoby czynne zawodowo spędzają dziś bardzo dużo czasu w pracy, więc – aby działania o charakterze profilaktycznym miały szansę na skuteczność – nie mogą pozostawać pod opieką wyłącznie lekarzy rodzinnych czy nawet lekarzy medycyny pracy. Osoby te powinny być podmiotem troski pracodawców a działania o charakterze profilaktycznym należy realizować z ich aktywnym udziałem. Jest to w oczywistym interesie pracodawców, aby ich pracownicy byli zdrowi i efektywni w pracy, jednak świadomość tego w Polsce jest wciąż bardzo niska.

Działania profilaktyczne uczące ludzi czynnych zawodowo, jak radzić sobie ze stresem, jak zdrowo się odżywiać czy jak uprawiać aktywność fizyczną adekwatną do swojego wieku, czy wreszcie jak skutecznie pozbyć się nałogu palenia – mogą i powinny być realizowane w zakładach pracy przy udziale profesjonalnych edukatorów zdrowotnych, zatrudnianych przez samych pracodawców lub firm medycznych i ubezpieczeniowych obsługujących firmy w ramach abonamentów medycznych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, realizujących takie programy na zlecenie. Takie działania prowadzone są, jak na razie, w bardzo nielicznych firmach w Polsce, często o międzynarodowym, korporacyjnym charakterze, jako element kultury zarządzania firmą⁶⁹.

Wpłacanie ważnych wątków dotyczących nowotworów w takie programy nie powinno nastręczać problemów, a państwo poprzez swoje regulacje (np. dotyczące obowiązków pracodawców w zakresie dbania o zdrowie swoich pracowników) może wymagać, aby działania te dotyczyły właśnie nowotworów, jako szczególnie wrażliwego społecznie problemu zdrowotnego w Polsce.

Działania te mogłyby dotyczyć, np., profilaktyki raka szyjki macicy czy raka piersi, tak by nie tylko lekarz rodzinny, opiekujący się konkretnymi kobietami, ale także ich lekarz medycyny pracy lub nawet pracodawca wiedzieli, że w danym roku konkretne osoby zostały zaproszone na bezpłatne badania cytologiczne lub mammograficzne. Wiedza ta nie może być wykorzystywana przeciwko nim, ale winna służyć do zachęcania kobiet do skorzystania z takiego zaproszenia i zbadania się – jest

to z całą pewnością w interesie tych kobiet i w żaden sposób nie narusza ich praw.

Jeśli jednak znajdą się ponownie oponenti takiego rozwiązania, to nałożenie na pracodawców obowiązku informowania zatrudnianych kobiet w określonym wieku o prawie do wykonania takich badań profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych – wraz z kampanią edukacyjną dotyczącą czynników ryzyka nowotworów przeprowadzoną przez profesjonalnych edukatorów – daje szansę na istotne zwiększenie liczby kobiet korzystających z programów profilaktycznych związanych z tymi dwoma nowotworami.

Wszystkie działania, które podnoszą świadomość ryzyka nowotworów wśród społeczeństwa mają sens, jednak najbardziej wartościowe to te o udowodnionej skuteczności, zawsze dobrze zaplanowane, monitorowane i zarządzane. Dlatego działania dotyczące szeroko rozumianej profilaktyki nowotworów powinny zostać wpisane w zadania kompetentnej i wyposażonej w odpowiednie zasoby kadrowe i finansowe instytucji publicznej, która zajmie się w nadchodzących dziesięcioleciach zorganizowaną walką z nowotworami.

Obecnie działania takie prowadzone są w rozproszeniu, często są chaotyczne, a nawet jeśli mają charakter całorocznego programu, to z uwagi na daleko idącą niefrasobliwość administracji państwowej zamiast przez 12 miesięcy, realizowane są, z uwagi na wielomiesięczne opóźnienia w podpisywaniu umów i przekazywanie środków na ich realizację, przez 4–6 miesięcy. Trudno się zatem dziwić, że ich efekty są niewielkie, pomimo nawet wielomilionowych nakładów.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że jednym z elementów wpływających na małą liczbę kobiet zgłaszających się na badania przesiewowe raka szyjki macicy i raka piersi jest brak zaufania do systemu ochrony zdrowia w Polsce i lęk, że w przypadku wykrycia zmian przedrakowych lub nowotworu, narażają się one na ogromny wysiłek związany z całym procesem diagnostycznym i leczniczym. Lękowi temu towarzyszy zapomnianie lub ignorowanie wiedzy o tym, że wczesne wykrycie nowotworu zwiększa szansę na jego skuteczne leczenie. **Dlatego, m.in., wskazane jest takie zorganizowanie i rzeczywiste funkcjonowanie systemu opieki onkologicznej, by pacjenci byli w nim prowadzeni „za rękę”, wg określonych procedur i z zachowaniem zasady „czas to życie”.** To wszystko wymaga koordynacji w różnych dziedzinach wielu interesariuszy systemu ochrony zdrowia w Polsce. O tym, jak może wyglądać model takiej koordynacji napisano w dalszej części raportu.

W nadchodzącym dziesięcioleciu, a więc perspektywie kolejnego Narodowego Programu Zdrowia, Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych czy Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu, działania ukierunkowane na kształtowanie właściwych postaw

⁶⁹ G. Juszczyk, *Inwestycje w zdrowie pracowników jako szansa na wydłużenie życia w pełnym zdrowiu* [w:] „Zdrowie i medycyna – wyzwania przyszłości”, ss. 187-198, praca zbiorowa pod redakcją naukową M. Pasewicz, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne Sp. z o.o. Oficyna Wydawnicza AFM, Medycyna Praktyczna, Kraków 2013

zdrowotnych winny mieć najwyższy priorytet w polityce zdrowotnej państwa. Najlepiej byłoby dla nas wszystkich, a przede wszystkim dla przyszłych pokoleń Polaków, aby w naszym kraju w krótkim czasie uchwalono ramową ustawę o zdrowiu publicznym, której emanacją w poszczególnych sferach ochrony zdrowia byłyby ustawy o Narodowych Programach Zdrowia z przydzielonymi wieloletnimi budżetami, których realizacją i nadzorem zajmowałyby się powołane do tego instytucje.

W przypadku walki z nowotworami, wzorem krajów, które na polu walki z nimi osiągnęły realne sukcesy, winna to być dobrze zdefiniowana, co do zadań i struktury, instytucja powołana wyłącznie do zarządzania i koordynacji wszelkich działań na polu walki z rakiem w Polsce. Nie powinien to być podmiot leczniczy, który stanowi element sieci leczenia onkologicznego, ale instytucja niezależna od bieżących interesów systemu leczenia, zależna wyłącznie od Prezesa Rady Ministrów lub ministra zdrowia, mająca szerokie kompetencje w zakresie przeciwdziałania nowotworom i ich leczenia.

Zarys kompetencji takiej instytucji był przedmiotem dyskusji i szerokich konsultacji podczas prac nad „Strategią walki z rakiem 2015–2024”, ale ostatecznie – ze względu na wątpliwości ze strony Ministerstwa Zdrowia – jej pozycja w systemie nie została uwzględniona w końcowym dokumencie „Strategii”. W opinii autorów raportu wyłącznie w taki sposób, jak proponowany podczas konsultacji roboczego dokumentu „Strategii”, należy planować powołanie i funkcjonowanie efektywnie działającej instytucji nadzorującej skuteczniejszą niż dotychczas walkę z rakiem w Polsce w nadchodzącej dekadzie. **Polska i polscy pacjenci potrzebują Narodowego Instytutu Walki z Chorobami Nowotworowymi, który – wyposażony w szerokie kompetencje – będzie wdrażał, nadzorował i monitorował wszystkie działania na polu walki z rakiem.**

3. Model leczenia onkologicznego

3.1 Propozycje organizacji leczenia onkologicznego

W Polsce w ciągu ostatnich lat bez wątpienia znacznie zwiększyła się dostępność do nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i leczniczego niezbędnego do leczenia nowotworów. Wydaje się jednak, co potwierdziły liczne opinie ekspertów podczas konsultacji z autorami raportu – i co potwierdzają dane o zapadalności na choroby nowotworowe i umieralności z ich powodu – że **wysoki poziom umieralności jest spowodowany, oprócz wymienionych wcześniej czynników zwiększających zachorowalność, głównie zbyt późnym wykrywaniem nowotworów, zbyt długim czasem upływającym od ich wykrycia do podjęcia leczenia oraz nieprawidłowym leczeniem pierwotnym.**

Przy rosnącym zagrożeniu zapadalnością na nowotwory w związku ze starzeniem się ludności i stylem życia milionów Polaków, niezbędne jest zatem takie **zorganizowanie w Polsce prewencji pierwotnej i wtórnej, badań przesiewowych grup ryzyka oraz procesów diagnostycznych i leczniczych, aby maksymalnie wykorzystać – uzyskaną dzięki dużym nakładom finansowym – dostępność do wysokiej jakości diagnostyki i przyspieszyć proces diagnostyki i leczenia**⁷⁰.

Częstkowe propozycje – dotyczące tego, jak usprawnić i przyspieszyć proces diagnostyczny z udziałem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz poprzez zniesienie limitów na świadczenia onkologiczne – znajdują się w tzw. pakiecie onkologicznym Ministerstwa Zdrowia. W chwili pisania tego raportu wciąż nie są znane szczegółowe rozwiązania, jakie MZ i NFZ zamierzają wprowadzić, aby w ciągu trzech lat (2015–2017) osiągnąć maksymalnie 7-tygodniowy okres, jaki może upłynąć od daty skierowania pacjenta z podejrzeniem nowotworu na pierwsze badania diagnostyczne do momentu podjęcia leczenia adekwatnego do potrzeb danego pacjenta. Wprowadzenie krótkich terminów realizacji badań diagnostycznych ma wspomóc w ramach pakietu onkologicznego Ministerstwa Zdrowia – Karta Szybkiej Diagnostyki i Terapii Onkologicznej, nazywana potocznie „zieloną kartą”.

Czułość onkologiczna lekarzy POZ oraz tzw. zielona karta pacjenta onkologicznego, wydawana przez nich pacjentom z podejrzeniem nowotworu, która w założeniach ma przyspieszać proces diagnostyczny, nie spowoduje, że pacjent, u którego zostanie potwierdzony nowotwór, uzyska najlepsze, zgodne z jego potrzebami, kompleksowe leczenie. Aby tak się stało, co wielokrotnie podkreślali eksperci onkologii, **niezbędne jest stworze-**

⁷⁰ M. Gujski, W. P. Kalbarczyk, Z. Tytko, A. Ścibek, *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, wydanie 2, poprawione, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013

nie w Polsce jednolitych standardów postępowania i pilne stworzenie koordynowanych ścieżek dostępu do najbardziej skutecznego leczenia dla danego typu czy stadium rozwoju nowotworu.

Przykładowo, od przynajmniej dekady Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej wydaje – jak na razie z własnej inicjatywy i własnych środków – „Zalecenia Postępowania Diagnostyczno-Terapeutycznego”. Opracowania te adresowane są do onkologów i lekarzy innych specjalności zajmujących się chorymi na nowotwory, a ich autorami są zarówno onkolodzy, jak również inni specjaliści – hematolodzy, ginekolodzy, urolodzy, pneumolodzy i inni. Wydaje się, że nic nie stoi na przeszkodzie, żeby na podstawie tych zaleceń stworzyć obowiązujące algorytmy postępowania w ramach nowego systemu. Warunkiem zastosowania takich rozwiązań są decyzje Ministerstwa Zdrowia w porozumieniu z towarzystwami naukowymi, środki finansowe oraz prawne umocowania.

Standardy postępowania muszą dotyczyć zarówno lekarzy POZ, jak i specjalistów z różnych dziedzin medycyny, którzy w swojej praktyce mogą zetknąć się z pacjentem potencjalnie chorym na chorobę nowotworową, a także samych onkologów lub lekarzy onkologicznych specjalności zabiegowych (np. chirurgia czy ginekologia onkologiczna). Standardy postępowania powinny uwzględniać współpracę multidyscyplinarnych zespołów lekarskich lub – w razie potrzeby – rozbudowanych o przedstawicieli innych zawodów (technicy, fizycy, pielęgniarki, psychologowie, pracownicy socjalni), którzy ustaliliby optymalne postępowanie dla każdego chorego.

W zależności od rodzaju nowotworu – jego lokalizacji oraz stopnia zaawansowania – w skład zespołów winni wchodzić specjaliści z różnych dziedzin onkologii, tak by w ocenę optymalnego sposobu terapii danego chorego niepotrzebnie nie angażować specjalistów, których metody leczenia, zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania w danym nowotworze, nie stosuje się. Zespoły multidyscyplinarne nie muszą zatem mieć zawsze takiego samego składu, a metody ich pracy i procesy przepływu informacji, z udziałem pacjenta oraz jego lekarza prowadzącego oraz koordynatora, należy opracować możliwie szybko i w oparciu o pilotażowe wdrożenia monitorować i ew. adekwatnie do ocen i potrzeb modyfikować. Koncepcję pracy takich zespołów i ich lokalizację zapewniającą możliwie najlepszą dostępność dla pacjentów należy zaplanować w nowym optymalnym systemie leczenia onkologicznego w Polsce na podstawie mapy potrzeb onkologicznych oraz analizy dostępnych zasobów lecznictwa. Przy pracach nad tą koncepcją należy uwzględnić fakt, że zdecydowana większość pacjentów, 80% a może nawet 90%, wymagać będzie standardowego postępowania, niemniej pozostali, z różnych względów tak medycznych, jak i innych – społecznych czy zawodowych – mogą potrzebować zdecydowanie bardziej zindywidualizowanego podejścia, którego istnienie w nowym systemie także winno

być uwzględnione i uznane za standard. W dalszej części raportu pokazano alternatywne schematy organizacji takiego systemu, z uwzględnieniem w sieci ośrodków onkologicznych zarówno Centrów Szybkiej Diagnostyki, jak i ośrodków narządowych, specjalizujących się w kompleksowym leczeniu nowotworów piersi i jelita grubego.

Warunkiem szybszej dostępności i poprawy efektów leczenia jest stworzenie w Polsce nowego zawodu medycznego, wzorem brytyjskich Key workers. Koordynują oni – wyposażeni w narzędzie w postaci ścieżek postępowania oraz narzędzia komunikacji z pacjentami i lekarzami wszystkich szczebli opieki medycznej zaangażowanymi w proces diagnostyki i leczenia chorych na raka – najbardziej optymalne postępowania z każdym chorym. Takie podejście nie tylko przyspieszy wszystkie procesy, ale także zoptymalizuje dobór metod i trybu leczenia każdego chorego. Leczenie pacjentów z rozpoznaniem najczęstszych nowotworów stanie się dzięki temu leczeniem opartym na jednolitych standardach w całej Polsce, także tzw. Polsce powiatowej, a leczenie pacjentów z nowotworami rzadkimi stanie się szybciej dostępne dzięki kierowaniu ich wyłącznie do ośrodków specjalistycznych. I tak jak leczenie nowotworów częstych winno być możliwe w kilku łatwo dostępnych ośrodkach w każdym województwie (ich liczba i lokalizacja musi wynikać z analizy potrzeb), tak leczenie nowotworów rzadkich winno być możliwe w kilku najlepszych ośrodkach akademickich działających na rzecz pacjentów z co najmniej kilku województw, a być może nawet z całego kraju. Koordynatorzy muszą być zlokalizowani w centrach diagnostycznych, a do czasu ich utworzenia zgodnie z mapami potrzeb, w dotychczasowych wojewódzkich centrach onkologii. Docelowo lepszym rozwiązaniem jest umiejscowienie ich możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjentów, gdyż jedną z większych barier w dostępności leczenia onkologicznego jest zbyt silna centralizacja ośrodków specjalistycznych. **W budowie nowego systemu lecznictwa onkologicznego trzeba szukać mądrego kompromisu między racjonalną centralizacją drogą diagnostyki i leczenia, a jej łatwą dostępnością.** Wydaje się, że dzisiejsza i prognozowana zamożność Polski pozwala na stopniowe zbudowanie sieci ośrodków onkologicznych zlokalizowanych bliżej chorych. Koordynatorzy diagnostyki i leczenia, jak i lekarze i inni profesjonaliści medyczni tworzący multidyscyplinarne zespoły terapeutyczne, powinni być wyposażeni w nowoczesne narzędzia komunikacji. Telemedycyna z konsultacjami i konsyliami, a także przesyłaniem danych i obrazów badań pacjentów nowotworowych w nadchodzącym dziesięcioleciu powinna stać się normą w polskiej onkologii. Bez niej, przy ewidentnych niedoborach zasobów kadrowych, trudno wyobrazić sobie skrócenie kolejek i przyspieszenie całego procesu diagnostycznego i leczniczego. Umiejscowienie w centrum nowego systemu potrzeb pacjenta onkologicznego wymaga nie tylko nowych funkcji i nowych narzędzi, ale także innego niż dotychczas podejścia do organizacji leczenia onkologicznego.

Oznacza to, że klucz do poprawy sytuacji i wyników leczenia leży w całościowym podejściu do leczenia nowotworów, które uwzględnia cały system opieki zdrowotnej, począwszy od opieki podstawowej i badań przesiewowych, przez zapewnienie szybkiej dostępności do diagnostyki, a skończywszy na skutecznym leczeniu, adekwatnie do potrzeb pacjentów – czy to w warunkach ambulatoryjnych, czy szpitalnych. System ten musi uwzględniać także wsparcie w „wychodzeniu z choroby” – w tym rehabilitację fizyczną i psychiczną oraz aspekty społeczne.

Polska onkologia zbyt mocno zdominowana jest przez leczenie szpitalne, podczas gdy w wielu krajach o lepszych niż nasz rezultatach leczenia, także w onkologii stosuje się zasadę „kto nie musi, nie powinien leżeć w szpitalu”.

Aby niemal powszechnym standardem radioterapii było stosowanie jej bez hospitalizacji, metoda ta, realizowana w trybie dojazdowym, hostelowym czy ambulatoryjnym, musi zostać odpowiednio wyceniona przez NFZ w zależności od trybu realizacji, ale także należy stopniowo wprowadzać standardy postępowania uwzględniające stan pacjenta, rodzaj nowotworu, jego lokalizację, współistniejące choroby oraz inne czynniki.

Innym kluczowym warunkiem tego, by radioterapia była powszechnie stosowana w warunkach ambulatoryjnych jest powstanie ośrodków dysponujących nowoczesnym sprzętem do radioterapii i brachyterapii w subregionach poszczególnych województw. Ośrodki takie obsługiwałyby pacjentów z co najmniej kilku powiatów tworzących dany subregion. Warunek ten wydaje się wręcz oczywisty, a mimo to jest wyraźnie pomijany w debacie o stanie radioterapii w Polsce. Pakiet onkologiczny Ministerstwa Zdrowia zawiera propozycję finansowania hospitalizacji hostelowych na poziomie 156 zł, ale w okresie, kiedy trwały prace nad tym raportem, nie były znane np. koncepcje rozwoju sieci hosteli przyszpitalnych czy dowozu chorych na radioterapię.

Powstanie takich ośrodków wymaga nie tylko lokalnego kompromisu pomiędzy samorządem powiatowym a wojewódzkim odpowiedzialnym za leczenie szpitalne na terenie województwa, ale także zdolności do wypracowania przez lokalne samorzady porozumienia z inwestorami prywatnymi, aby gros inwestycji w bardzo kosztowny sprzęt oraz infrastrukturę było poniesione przez nich, i aby ośrodki te działały na mocy wieloletnich umów partnerstwa publiczno-prywatnego w systemie finansowanym ze środków publicznych, tj. jako bezpłatne dla pacjentów.

Wydaje się także, że ośrodki takie mogą powstać i być efektywnie wykorzystywane wyłącznie przy współpracy ze zorganizowanym i skoordynowanym dedykowanym systemem transportu dowożącym chorych z terenu. System taki może być także elementem partnerstwa publiczno-prywatnego lub – w ramach realizacji zapisów konstytucyjnych o subsydiarności

– w całości być zbudowany przez prywatnych przedsiębiorców realizujących zlecone zadania publiczne.

Rozwiązania takie, aby były najlepiej dostosowane do lokalnych uwarunkowań epidemiologicznych i społecznych, winny być wypracowywane lokalnie, na terenie poszczególnych województw lub nawet ich subregionów, w drodze lokalnych kompromisów i umów pomiędzy podmiotami tworzącymi podmioty lecznicze stanowiące system opieki onkologicznej, bez względu na ich publiczny lub prywatny charakter.

Kluczem do stworzenia takich optymalnych lokalnie rozwiązań jest umiejscowienie w centrum potrzeb pacjentów i dążenie do współpracy w celu ich zaspokojenia. W interesie pacjentów onkologicznych, a tym samym nas wszystkich jest, aby immanentną cechą systemu lecznictwa onkologicznego była silna kooperacja pomiędzy ośrodkami onkologicznymi w poszczególnych województwach, a nie silna konkurencja pomiędzy nimi lub – jak dotychczas w większości województw – jednoośrodkowy monopol tłumiący rozwój alternatywnych, na ogół mniejszych ośrodków onkologicznych, tak prywatnych, jak i publicznych.

Poprawa wyników leczenia takich nowotworów, jak rak piersi i rak jelita grubego możliwa jest wyłącznie, jeśli leczenie to będzie prowadzone bliżej miejsca zamieszkania pacjentów wg koncepcji tzw. regionalnych klinik czy ośrodków narządowych – np. Breast Cancer Unit (BCU) i Colon Cancer Unit (CCU). Wydaje się, że prezentowane przez PTO koncepcje rozwijania w Polsce regionalnych Centrów Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi jako krajowej implementacji BCU⁷¹, powinny być skorelowane z ewentualnym planowaniem rozwoju sieci ośrodków radioterapii. Ponieważ leczenie nowotworów jelita grubego także w wielu przypadkach wiąże się z radioterapią, prace nad zbudowaniem efektywnego systemu klinik narządowych specjalizujących się w diagnostyce i kompleksowym leczeniu tych obu, coraz częstszych w Polsce nowotworów, powinny być skoordynowane. Rozwijanie ich lokalnie ma sens tylko wówczas, jeśli będą zapewniały faktycznie kompleksowe leczenie wysokiej jakości, najlepiej pod dachem jednego szpitala lub w niewielkiej odległości od siebie BCU, CCU i ośrodka radioterapii.

Bardzo ważnym elementem podnoszenia jakości i skuteczności leczenia w przypadku nowotworów jest wprowadzenie w Polsce jednolitych standardów terapii z algorytmami postępowania opartymi na dowodach naukowych – Evidence Based Medicine (EBM). Wyłącznie takie podejście gwarantuje poprawę jakości leczenia nowotworów w Polsce, a w dłuższej perspektywie może przynieść oczekiwany, znaczny spadek umieralności z powodu tych chorób. Jako punkt wyjścia do wprowadzenia ich na szerszą skalę warto wykorzystać rekomendacje zawarte w „Drugiej

⁷¹ *Koncepcja systemu zwalczania raka piersi w Polsce w oparciu o Centrum Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi (CDLRP) jako krajowej implementacji Breast Cancer Units (BCU)*, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Warszawa-Gdańsk, 2013

księdze. Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO⁷², a także w zaleceniach sformułowanych w „Strategii walki z rakiem w Polsce 2015–2024”.

Jak już napisano wcześniej, polska onkologia zbyt mocno zdominowana jest przez leczenie szpitalne, i nie stosuje się w niej zasady „kto nie musi, nie powinien leżeć w szpitalu”. Jednak, aby było to możliwe, niezbędna jest długoterminowa zmiana w dotychczasowym podejściu tak decydentów systemu opieki medycznej w Polsce, jak i publicznego płatnika za świadczenia. Zmiana ta jest możliwa wyłącznie dzięki dialogowi i porozumieniu pomiędzy decydentami szczebla centralnego i szczebli regionalnych oraz lokalnych.

Tak długo, jak interes lokalnego samorządu w zakresie ochrony zdrowia będzie polegał na budowaniu swojej pozycji wokół wojewódzkiego lub powiatowego szpitala, jako dużego, często największego lokalnego pracodawcy, a nie jako miejsca, gdzie chorzy mają uzyskiwać możliwie najlepszą fachową pomoc w możliwie jak najkrótszym czasie hospitalizacji, a NFZ będzie ulegał presji politycznej, partykularnej polityki lokalnej, tak długo istotne przeniesienie świadczeń z lecznictwa szpitalnego do AOS nie będzie możliwe.

Punktem wyjścia do zmian w tym zakresie, otwierającym przestrzeń do koniecznego dialogu, muszą być regionalne mapy potrzeb zdrowotnych. O tym, jak należy podejść do ich tworzenia napisano w dalszej części raportu. Mapy potrzeb zdrowotnych muszą być sporządzone na podstawie jednolitej metodologii z wykorzystaniem dostępnych danych, ale nie centralnie, jak przewiduje MZ w najbliższych latach, lecz już teraz możliwie blisko realizacji świadczeń, tj. na poziomie regionalnym lub wojewódzkim.

Efekty opracowanych map potrzeb winny być przedmiotem otwartej dyskusji, w którą będą zaangażowani lokalni politycy, ale także przedstawiciele szerokiego gremium interesariuszy systemu opieki medycznej, tak publicznej, jak i prywatnej – menedżerowie, przedsiębiorcy, lekarze i pielęgniarki. Zgodnie z zasadą „nic o nas bez nas” muszą w niej uczestniczyć także reprezentanci pacjentów. Im więcej będzie transparentności w procesie tworzenia map potrzeb zdrowotnych, a potem podejmowania decyzji na ich podstawie, tym lepiej dla przyszłych pacjentów.

Transparentność jest warunkiem *sine qua non*, aby mapy potrzeb zdrowotnych stały się polem budowania, a nie niszczenia kapitału społecznego, jaki jest niezbędny dla służącego mieszkańcom Polski syste-

⁷² A. Kozierkiewicz, T. Bochenek, D. Gilewski, R. Topór-Mądry, *Druga Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO*, Raport opracowany przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, 2011

mu opieki medycznej. W przypadku tak wrażliwego tematu jak leczenie nowotworów mapy potrzeb leczenia onkologicznego powinny powstawać w poszczególnych województwach, a decyzje podejmowane na ich podstawie powinny zapadać jak najbliżej tych, których dotyczą. Taki standard postępowania powinien obowiązywać także w innych dziedzinach medycyny uznanych za kluczowe z punktu widzenia realizacji polityki zdrowotnej państwa.

Optymalny model opieki onkologicznej musi uwzględniać zmieniające się potrzeby zdrowotne i aktualne zróżnicowanie w ich zaspokajaniu. Różnice demograficzne i populacyjne, styl życia, zasoby systemu opieki medycznej, ale także jakość leczenia i zarządzania, nie są dostatecznie dobrze widoczne w statystykach. Dlatego **mapy potrzeb zdrowotnych to nie mapy lokalnych życzeń, ani mapy ręcznego sterowania z Warszawy, ale racjonalne porównanie potrzeb z możliwościami ich długoterminowego zaspokojenia.** Potrzeby te to szybka diagnostyka i adekwatne leczenie wysokiej jakości w możliwie łatwo dostępnej lokalizacji.

Może to zapewnić jedynie system, w którym kluczową rolę odgrywać będzie koordynacja procesu leczenia. Dlatego optymalny system opieki onkologicznej to klasyczny przykład koordynowanego systemu opieki zdrowotnej, w którym obowiązywać winny jego pryncypialne zasady: zarządzania chorobą, zarządzania przypadkiem, a także – z uwagi na ustawiczne wyzwania dotyczące niedoborów zasobów – zasada 2S, czyli stosowności i substytucji, a także zapisana w Konstytucji zasada subsydiarności – leczenie stosowne do potrzeb pacjentów, tam gdzie to możliwe realizowane na niższych szczeblach opieki lub z wykorzystaniem tańszych, równie skutecznych metod, zapewniane przez system opieki medycznej zorganizowany przez państwo, a tworzony przez publiczne i prywatne podmioty lecznicze⁷³.

Rozwój lecznictwa onkologicznego w Polsce musi uwzględniać tworzenie nowych ogniw sieci onkologicznej, a nie jedynie rozbudowę i wzmacnianie dotychczasowych regionalnych centrów onkologii. Taki model był dobry dla Polski z jej sytuacją epidemiologiczną w zakresie nowotworów w latach 70. i 80. ubiegłego wieku. System adekwatny do potrzeb zdrowotnych Polaków w XXI wieku jest systemem rozbudowanym i dostępnym także lokalnie.

Najczęściej występujące nowotwory powinny być diagnozowane i leczone na takim samym dobrym poziomie w kilku lokalizacjach w każdym województwie, a nie – jak dotychczas – w jednym lub najwyżej dwóch czy trzech ośrodkach zlokalizowanych w jednym mieście. Nowotwory rzadkie (choć ich rodzajów jest bardzo wiele stanowią zdecydowaną mniejszość ogółu chorych) powinny być leczone w 2–3 najbardziej wyspecjalizowa-

⁷³ W. P. Kalbarczyk, K. Kowalska, *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe, propozycje dla Polski*, Sprawne Państwo – Program EY, Warszawa 2013

nych ośrodkach w kraju. Takie podejście, jak pokazują przykłady z Francji, Wielkiej Brytanii czy krajów skandynawskich, przy koordynacji procesu diagnostycznego, daje najlepsze rezultaty leczenia. **Dlatego optymalny system leczenia onkologicznego dla Polski to system koordynowanej opieki zdrowotnej, z jednym lub kilkoma poziomami koordynacji w zależności od przyjętego modelu.**

Model, który – jak się wydaje – ma być wdrażany na podstawie założeń pakietu onkologicznego, to model koordynacji procesu leczenia w celu jego optymalizacji w stosunku do każdego chorego. Koordynatorzy pracujący w istniejących ośrodkach onkologicznych mają „prowadzić pacjenta za rękę” przez cały proces terapeutyczny, uwzględniający tryb postępowania zalecony przez konsylium lekarskie, czyli multidyscyplinarny zespół specjalistów. Zgodnie z zapisami pakietu onkologicznego MZ musi składać się on ze specjalisty:

- onkologii i hematologii dziecięcej, jeśli pacjentem jest dziecko,
- hematologii w przypadku leczenia nowotworów krwi lub układu chłonnego albo onkologii klinicznej w pozostałych przypadkach,
- radioterapii lub radioterapii onkologicznej lub medycyny nuklearnej, w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej,
- chirurgii onkologicznej lub ogólnej lub w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu (nie dotyczy to nowotworów krwi lub układu chłonnego), a w przypadku leczenia dzieci chirurgii dziecięcej,
- a także rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radio-diagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej.

W konsylium mogą uczestniczyć także inne osoby, między innymi: pielęgniarka, psycholog albo inny pracownik medyczny. Według pakietu onkologicznego konsylium jest niezbędne do rozpoczęcia leczenia. Zadaniem zespołu multidyscyplinarnego jest ocena wyników badań pacjenta i na tej podstawie zakwalifikowanie go do właściwego leczenia, najbardziej optymalnego z punktu widzenia rodzaju i stanu zaawansowania nowotworu. Od momentu ustalenia zalecanego leczenia, wg. koncepcji pakietu onkologicznego MZ, wkracza koordynator leczenia onkologicznego. Ma on wspomóc pacjenta w przejściu zgodnie z ustalonym planem całej ścieżki leczniczej, która może składać się z wielu etapów i wymagać zastosowania różnych metod leczenia. Koordynator ma być zatem dodatkowym ogniwem pomagającym zarówno pacjentowi, jak i lekarzom leczącym pacjenta⁷⁴. To dobry kierunek wprowadzanych zmian, ale wydaje się mocno niedopracowany w szczegółach na obecnym etapie wdrażania.

Koncepcja powołania zespołów multidyscyplinarnych pakietu onkologicznego jest zbieżna ze „Strategią walki z rakiem w Polsce 2015 – 2024”, ale wydaje się, że na etapie tworzenia zapisów regulacyjnych w Ministerstwie

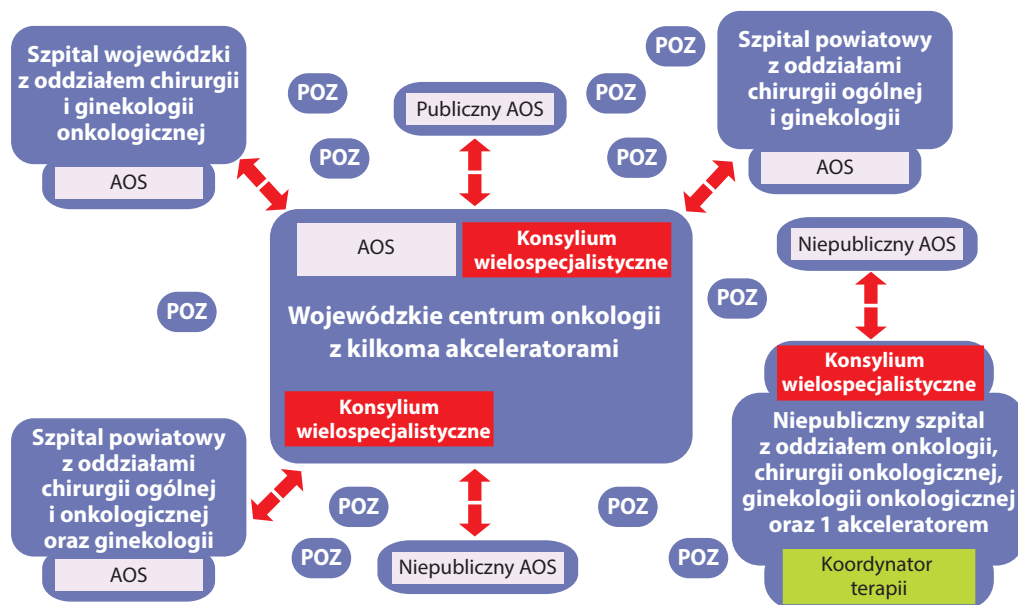
Zdrowia zabrakło wiedzy na temat standardów leczniczych oraz tego, jak kształtować procesy postępowania, aby były one możliwie jak najbardziej efektywne. Podobnie jest z rolą i umiejscowieniem koordynatora.

Wg koncepcji Ministerstwa Zdrowia koordynatora wyznacza konsylium, po tym jak zostanie określona ścieżka postępowania terapeutycznego. Jego zadaniem jest nadzorowanie procesu leczenia pacjenta onkologicznego, wspieranie go informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie, a także pomoc w komunikacji z lekarzami. Jego głównym zadaniem jest zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach terapii, tak aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta. Wg założeń pakietu onkologicznego koordynator towarzyszy podopiecznemu aż do zakończenia leczenia, a następnie wraz z dokumentacją „przekazuje” go pod opiekę lekarza specjalisty, monitorującego przez wyznaczony okres stan pacjenta. Jeśli jego stan zdrowia się nie pogarsza, co potwierdzają wyniki badań, pacjent – z programem opieki długofalowej – jest kierowany do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który ponownie staje się jego lekarzem prowadzącym.

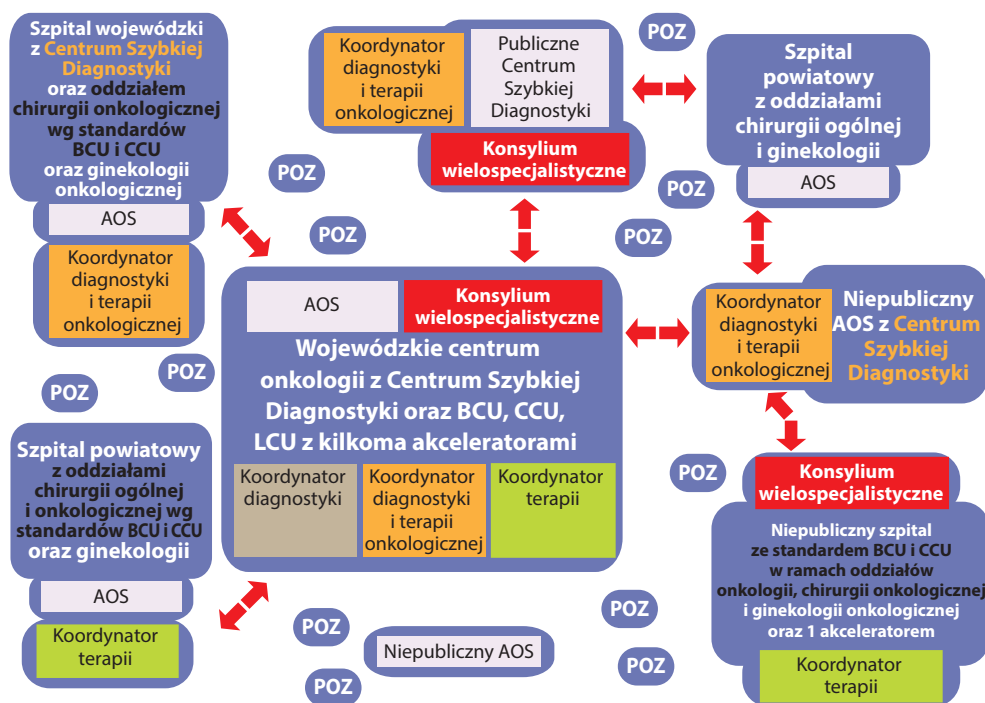
Według koncepcji MZ, koordynator pojawia się po wyznaczeniu ścieżki leczniczej pacjenta, natomiast według wielu ekspertów onkologii oraz zarządzania, konsultujących raport, a także zgodnie z zapisami „Strategii walki z rakiem w Polsce 2015 – 2024” osoba pełniąca rolę koordynatora winna pojawić się dużo wcześniej, tj. już na etapie pogłębionej diagnostyki onkologicznej, a miejscem jej pracy mają być przede wszystkim centra szybkiej diagnostyki, a nie dopiero ośrodki zajmujące się leczeniem onkologicznym. Rolą koordynatora pracującego w systemie szybkiej diagnostyki i terapii onkologicznej winno być m.in. zorganizowanie pracy konsylium multidyscyplinarnego, tak by jego posiedzenia oparte także na modelu telekonferencji i telekonsultacji skupiały lekarzy tylko tych specjalności, których wiedza i doświadczenie są konieczne do leczenia nowotworów o danej lokalizacji. Wydaje się również, że nie ma też potrzeby, aby każdy pacjent był konsultowany przez multidyscyplinarny zespół. W wielu przypadkach wymagających standardowego postępowania, konsultowanie pacjenta przez multidyscyplinarny zespół specjalistów, których – jak pokazują dane, prezentowane w raporcie wcześniej – jest zdecydowanie za mało, należy uznać za nieefektywne wykorzystanie posiadanych zasobów kadrowych. Poniżej znajdują się dwa modele koordynacji diagnostyki i leczenia choroby nowotworowej. Drugi lokuje koordynatorów w centrach szybkiej diagnostyki i zakłada możliwość dwustopniowej koordynacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego – tj. na etapie diagnostycznym do czasu wyznaczenia optymalnej ścieżki terapeutycznej oraz od momentu, kiedy ścieżka taka zostaje określona.







⁷⁴ Za <http://pakietonkologiczny.gov.pl>

Rysunek 5. Wojewódzka sieć onkologiczna i lokalizacja koordynatora terapii onkologicznej wg koncepcji pakietu onkologicznego Ministerstwa Zdrowia



Rysunek 6. Docelowa sieć onkologiczna i koordynacja procesu diagnostyczno-leczniczego z Centrami Szybkiej Diagnostyki oraz kompleksowymi centrami leczenia narządowego – BCU (Breast Cancer Unit), CCU (Colon Cancer Unit) i LCU (Lung Cancer Unit)



- Legenda rys. 5 i rys. 6:**
-  Umowa dotycząca korzystania z konsylium.
 -  Wielodyscyplinarny zespół lekarzy specjalistów, który opracowuje plan leczenia pacjenta onkologicznego, jego skład określa pakiet onkologiczny MZ i jest tożsamy niezależnie od standardu postępowania w przypadku walki z nowotworem określonego rodzaju i lokalizacji narządowej.
 -  Publiczny lub niepubliczny podmiot leczniczy AOS akredytowany przez Krajową Instytucję Koordynującą walkę z rakiem w Polsce.
 -  Pracownik dedykowany do koordynacji terapii onkologicznej.
 -  Certyfikowany przez Krajową Instytucję Koordynującą pracownik Centrum Szybkiej Diagnostyki dedykowany do koordynacji diagnostyki terapii onkologicznej.
 -  Pracownik dedykowany do koordynacji diagnostyki onkologicznej.

Źródło: Opracowanie własne

3.2 Prognozy i mapa potrzeb w zakresie leczenia chorych na nowotwory

Mapy potrzeb zdrowotnych muszą być sporządzone na podstawie jednolitej metodologii z wykorzystaniem dostępnych danych epidemiologicznych, demograficznych i finansowych na poziomie regionalnym, tj. województw. Dzięki takiemu podejściu, które autorzy raportu proponują nazywać popytowym, można zbudować prognozę potrzeb uwzględniającą strukturę demograficzną, epidemiologię określonych schorzeń charakterystycznych dla wieku i płci, a tym samym odpowiadającą aktualnej i prognozowanej strukturze populacji danego regionu (województwa i znajdujących się w jego obszarze powiatów), a także przewidywanych kosztów leczenia tej populacji. Prognoza kosztów winna być robiona na podstawie danych historycznych NFZ dotyczących wszystkich świadczeń przypisanych do pacjentów wg wieku i płci. Takie podejście pozwala na zbudowanie wyjściowej (standardowej) prognozy kosztów, czyli takiej, która zakłada kontynuację realizacji świadczeń w dotychczasowej ich lokalizacji, tj. w szpitalach lub AOS. Wszelkie ewentualne zmiany i ew. przekierowanie środków z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnego można modelować na podstawie przyjętych założeń. Faktyczne wprowadzenie ich w życie wywoła określone skutki, dlatego opracowanie prognoz winno zakładać daleko idące konsultacje i budowanie konsensusu już wokół założeń do takich zmian.

W przypadku opracowania i wprowadzenia w życie obowiązujących standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, model prognostyczny winien uwzględniać koszty realizacji całego postępowania z uwzględnieniem czasu na dostosowanie się lekarzy i podmiotów leczniczych do realizacji świadczeń zgodnie z obowiązującym standardem. Szybkość dostosowania się i procentowy udział lekarzy stosujących się do standardów można oszacować na podstawie danych historycznych NFZ dotyczących realizacji świadczeń zgodnie z zaleceniami towarzystw onkologicznych. Dane o realizacji świadczeń, do jakich ma dostęp NFZ, a z których korzystali autorzy raportu pozwalają na prześledzenie ścieżki diagnostyczno-leczniczej każdego pacjenta w Polsce. Oznacza to, że w posiadaniu płatnika są dane, które pozwalają także na porównanie stopnia stosowania się do istniejących obecnie zaleceń w zakresie opartego na wiedzy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Opracowanie map potrzeb onkologicznych składające się z trzech kluczowych elementów – oceny potrzeb na podstawie danych epidemiologicznych i demograficznych, oceny świadczeń zdrowotnych wg ich zakresu, liczby i trybu realizacji opartej na danych historycznych i prognozach kosztów uwzględniających wprowadzenie obowiązujących standardów postępowania oraz oceny zasobów

– kadrowych, sprzętowych oraz infrastrukturalnych, będących do dyspozycji obecnie i niezbędnych w przyszłości do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, winno być punktem wyjścia do wdrażania długoterminowej strategii walki z chorobami nowotworowymi w Polsce.

W dalszej części zaprezentowano prognozy epidemiologiczne i kosztowe oparte na danych historycznych NFZ dotyczących leczenia ogółu nowotworów złośliwych w Polsce oraz osobno dla raka piersi i raka jelita grubego, które zostały zaopiniowane przez Radę Konsultacyjną raportu. Mogą być one traktowane jako punkt wyjścia do dyskusji o mapach potrzeb onkologicznych i ew. lokalizacji ośrodków specjalizujących się w kompleksowym leczeniu nowotworów piersi i jelita grubego z uwzględnieniem radioterapii.

Podejście, które zostało przyjęte, na tym etapie nie odpowiada wprost na pytanie, w którym konkretnie szpitalu rozwijać taki ośrodek. Odpowiedź na powyższe pytanie powinna uwzględniać bardzo wiele szczegółowych analiz zasobów, a także jakości zarządzania i leczenia, których ocena jest możliwa wyłącznie przy bardzo dobrej znajomości lokalnych uwarunkowań. Między innymi z tego powodu mapy potrzeb uwzględniające popyt na świadczenia i ich podaż powinny powstawać regionalnie, a nie centralnie, jak obecnie planuje Ministerstwo Zdrowia. Rolą ministerstwa jest kształtowanie i koordynacja polityki zdrowotnej, a nie jej ręczne sterowanie z dala od miejsca realizacji świadczeń. MZ i NFZ na szczeblu centralnym winny tworzyć ogólne ramy i standardy rozwoju, np. centrów szybkiej diagnostyki onkologicznej, BCU i CCU. Ale ich lokalizacja na poziomie poszczególnych województw powinna być już efektem lokalnych potrzeb i możliwości oraz porozumień z udziałem wojewodów, oddziałów wojewódzkich NFZ, środowisk samorządowych, prywatnych inwestorów oraz kompetentnego w danym obszarze medycyny środowiska medycznego. Tylko takie, oparte na konsensusie podejście sprawi, że centra szybkiej diagnostyki medycznej, ośrodki specjalizujące się w leczeniu nowotworów piersi i jelita grubego czy innych nowotworów, a także nowe ośrodki radioterapii powstaną tam, gdzie dla dobra pacjentów powinny powstać.

3.2.1 Prognoza potrzeb w zakresie leczenia chorych na nowotwory

Metodologia i źródła danych

Prognoza liczby chorych na nowotwory złośliwe (C00-D09) w Polsce została opracowana przy wykorzystaniu następujących parametrów modelu statystycznego:

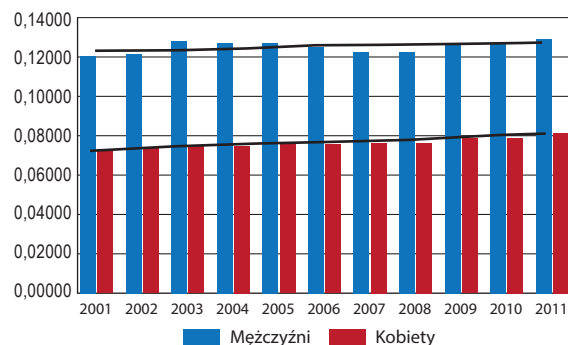
- aktualna liczba chorych wg rejestru KRN (dane historyczne za lata 2009–2011);
- aktualny współczynnik zapadalności wg rejestru KRN (dane historyczne za lata 2009–2011);
- średnioroczny przyrost współczynnika zapadalności w latach 2001–2011;
- wszystkie analizy i prognozy zostały wykonane osobno dla mężczyzn i kobiet wg 5-letnich grup wiekowych.

Nowotwory ogółem – stan obecny

Charakterystyka nowotworów złośliwych (C00–D09) w Polsce.

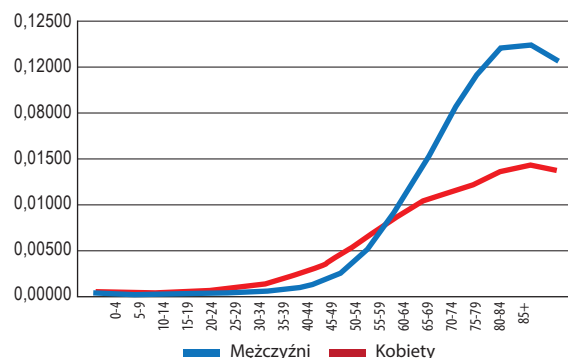
Współczynnik zapadalności wzrastał (nierównomiernie) w latach 2001–2011 w tempie średnio 0,7% rocznie dla mężczyzn i 1,1% dla kobiet.

Wykres 72. Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) w Polsce w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Wykres 73. Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) (przyjęty do prognozy) w Polsce w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn

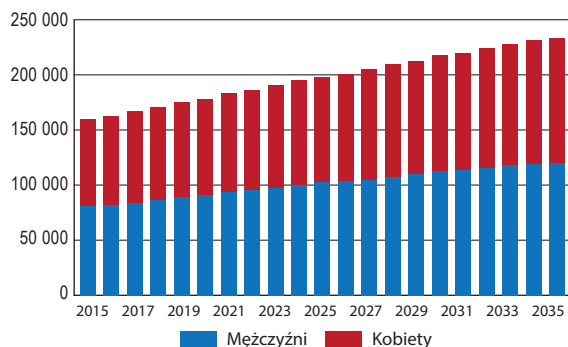


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Na bazie średniorocznego współczynnika wzrostu zapadalności z lat 2001–2011 została wyliczona struktura procentowa prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór złośliwy (C00–D09) w określonych grupach wiekowych populacji Polski. Taka struktura zapadalności została następnie wykorzystana do wyliczenia prognozy współczynnika zapadalności w latach 2012–2035.

Zapadalność – prognoza liczby zachorowań

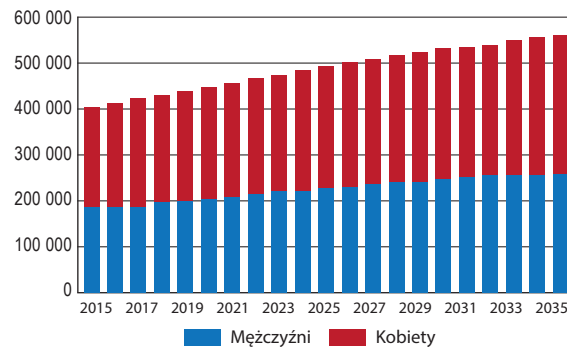
Wykres 74. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory złośliwe (C00–D09) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

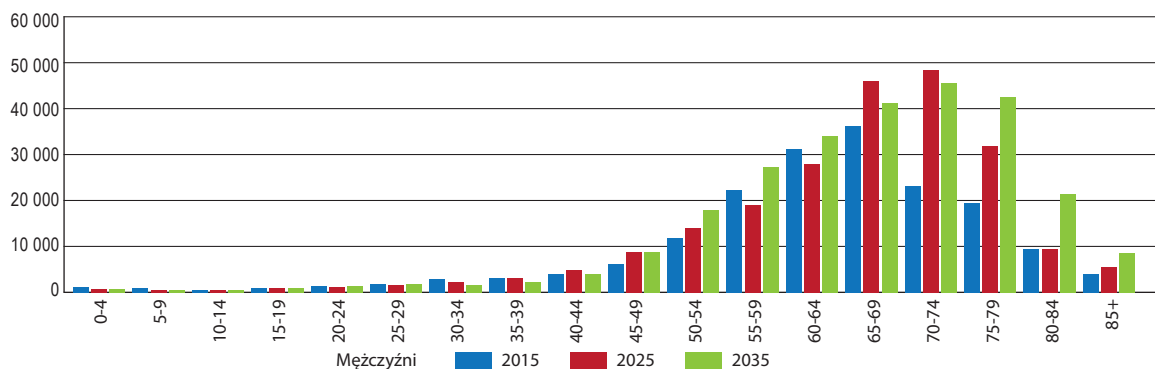
Chorobowość – prognoza liczby pacjentów

Wykres 75. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



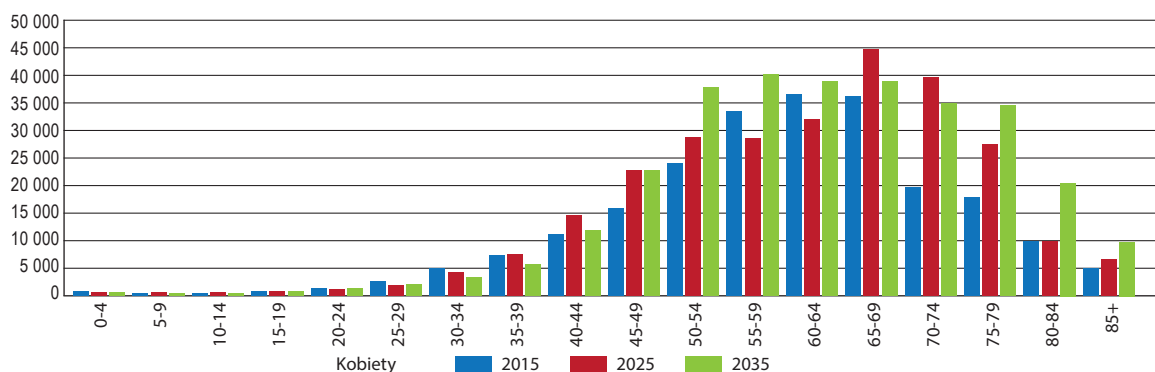
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

Wykres 76. Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

Wykres 77. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

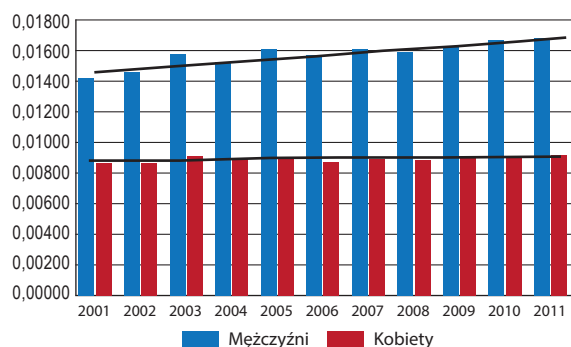
3.2.2 Prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka jelita grubego na lata 2015–2035

Nowotwory jelita grubego – stan obecny

Charakterystyka nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce.

Współczynnik zapadalności wzrastał (nierównomiernie) w latach 2001–2011 w tempie średnio 1,9% rocznie dla mężczyzn i 0,6% dla kobiet.

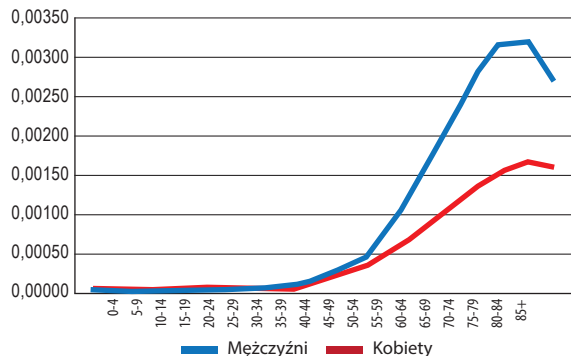
Wykres 78. Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w Polsce w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Na bazie średniorocznego współczynnika wzrostu zapadalności z lat 2001–2011 została wyliczona struktura procentowa prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór jelita grubego (C18–C21) w określonej grupie wiekowej populacji Polski. Taka struktura zapadalności została następnie wykorzystana do wyliczenia prognozy współczynnika zapadalności w latach 2012–2035.

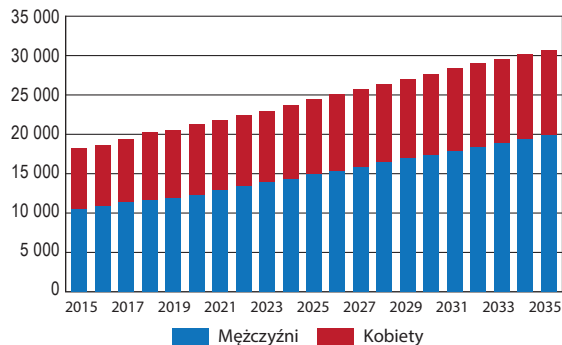
Wykres 79. Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) (przyjęty do prognozy) w Polsce w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Zapadalność – prognoza liczby zachorowań

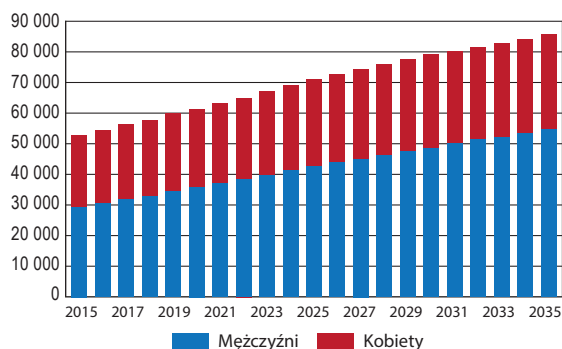
Wykres 80. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

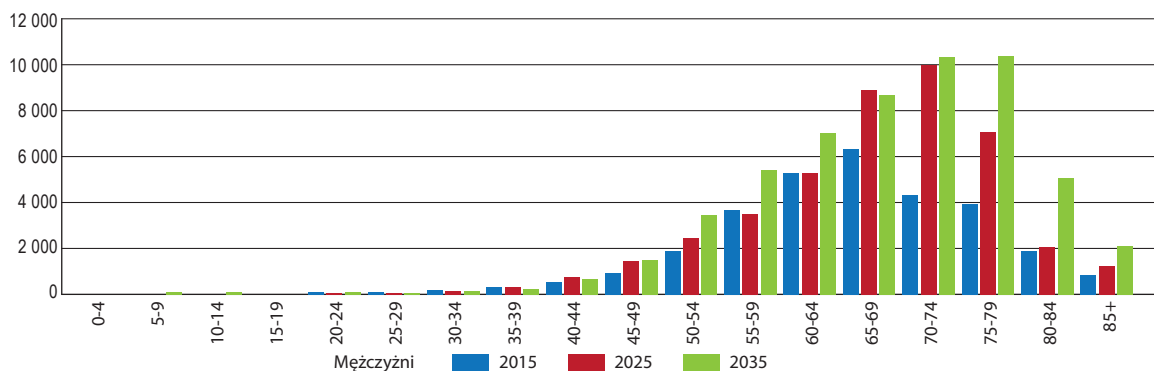
Chorobowość – prognoza liczby pacjentów

Wykres 81. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



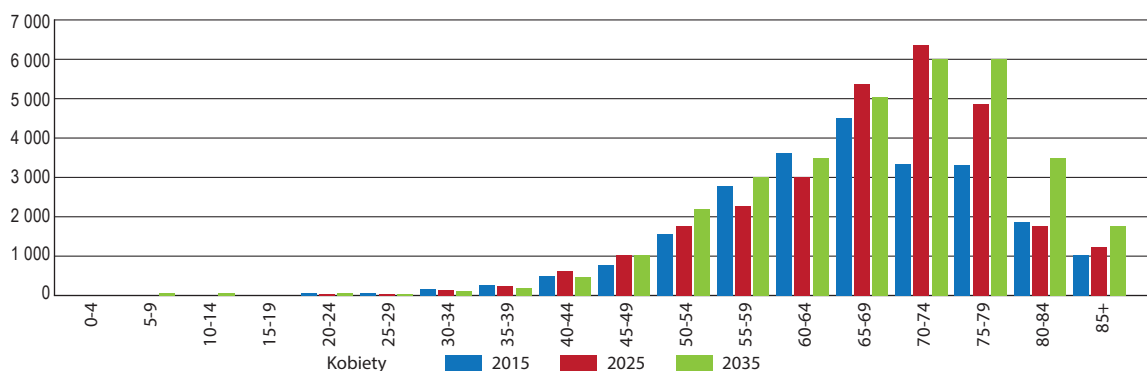
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

Wykres 82. Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

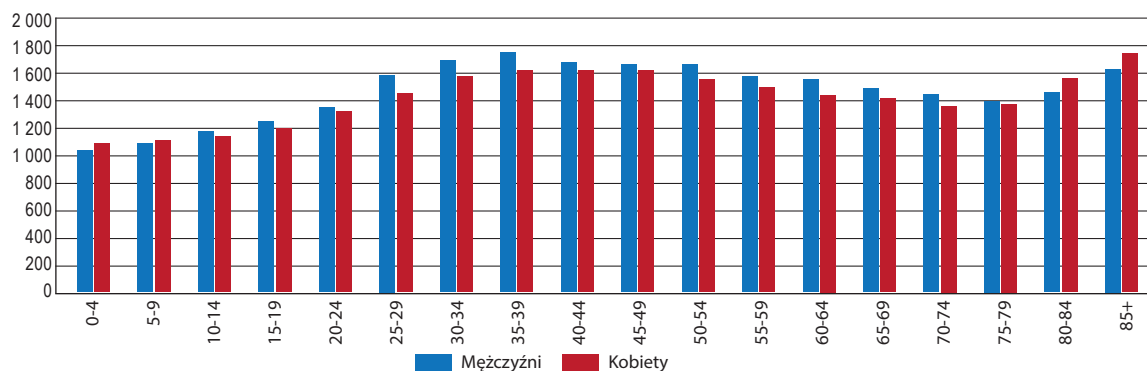
Wykres 83. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

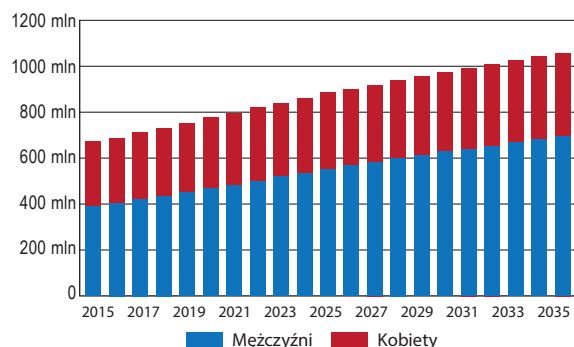
Prognoza kosztów medycznych leczenia nowotworów jelita grubego w Polsce – wariant standardowy

Wykres 84. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny stałe z 2013 r.)



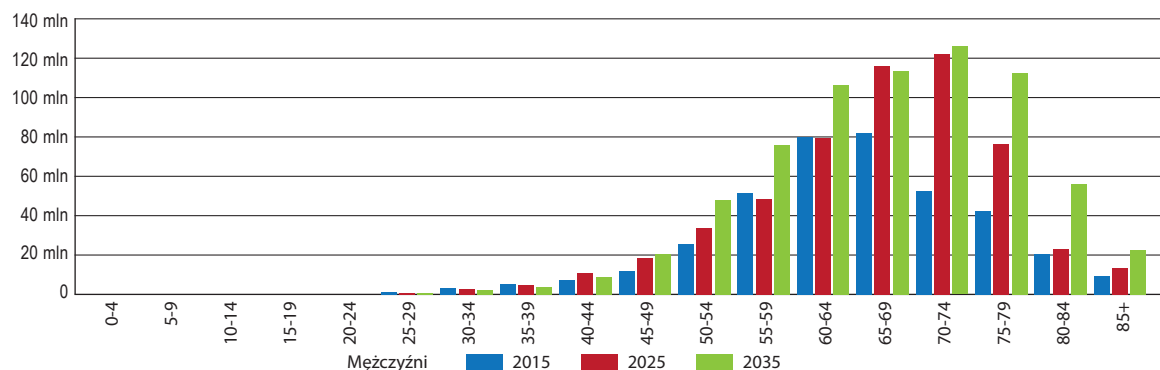
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 85. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.)



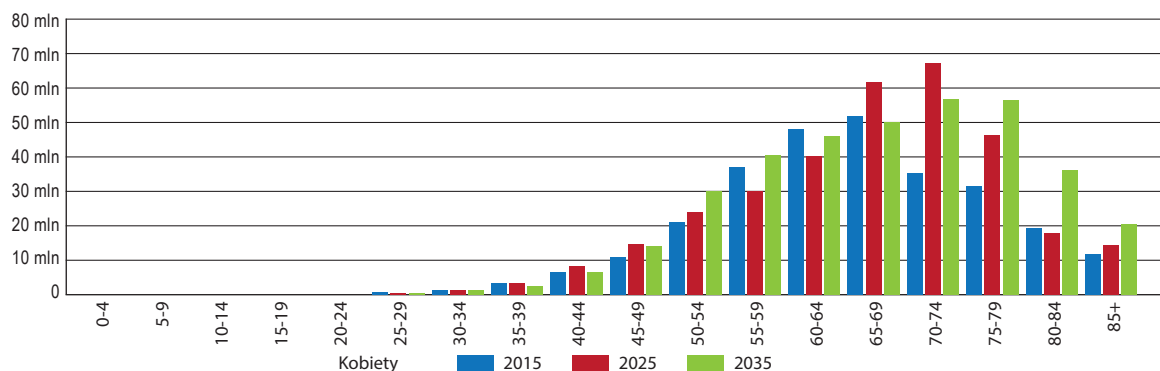
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 86. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 87. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

3.2.3 Prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka piersi u kobiet na lata 2015–2035

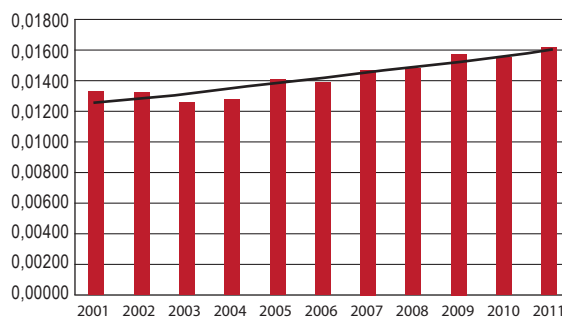
Nowotwory piersi – stan obecny

Charakterystyka nowotworów piersi (C50) w Polsce.

Współczynnik zapadalności wzrastał (nierównomiernie) w latach 2001–2011 w tempie średnio 2,2% dla kobiet.

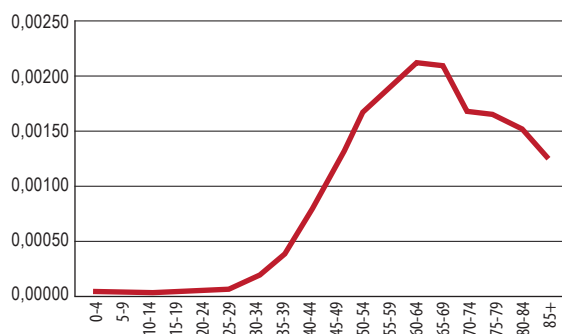
Na bazie średniorocznego współczynnika wzrostu zapadalności z lat 2001–2011 została wyliczona struktura procentowa prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór piersi (C50) w określonych grupach wiekowych populacji Polski. Taka struktura zapadalności została następnie wykorzystana do wyliczenia prognozy współczynnika zapadalności w latach 2012–2035.

Wykres 88. Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w Polsce w latach 2001–2011 dla kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

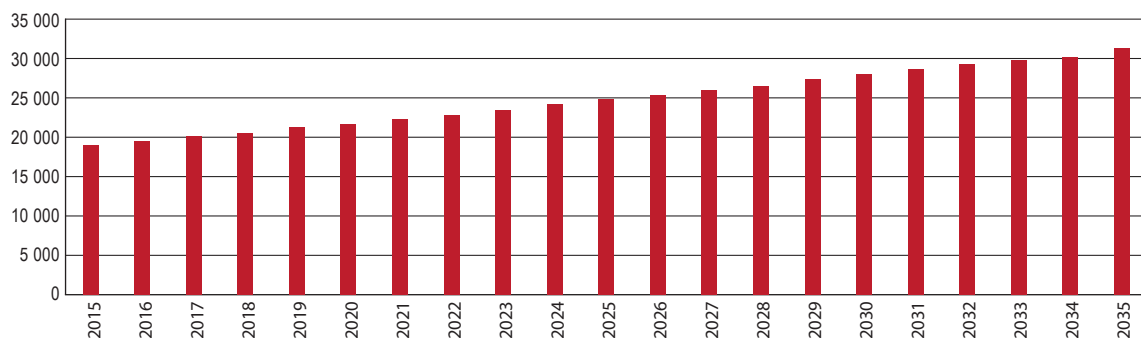
Wykres 89. Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w Polsce (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Zapadalność – prognoza liczby zachorowań

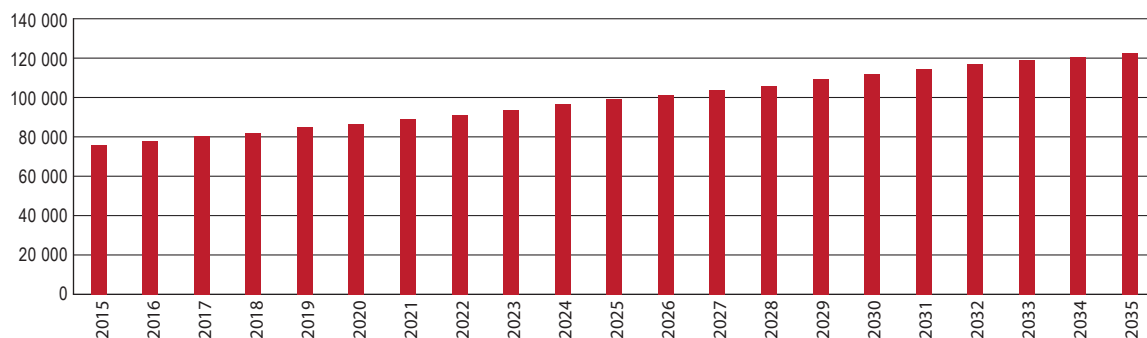
Wykres 90. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory piersi (C50) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

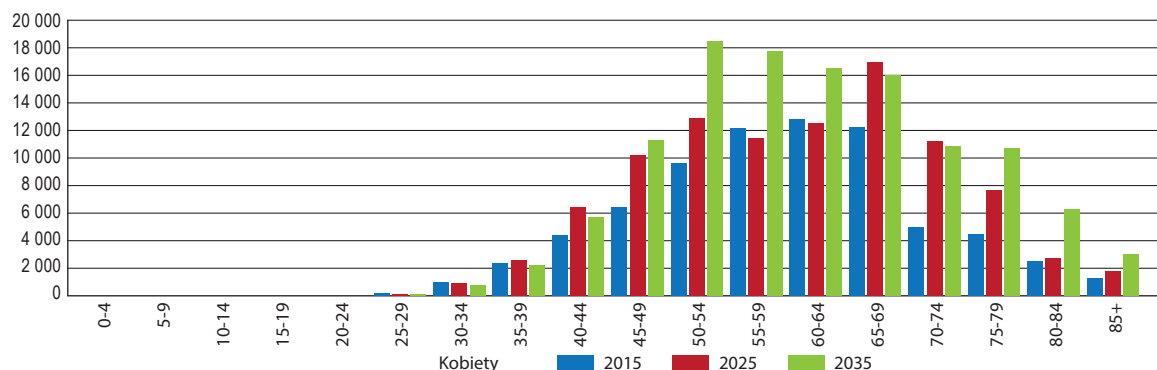
Chorobowość – prognoza liczby pacjentów

Wykres 91. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

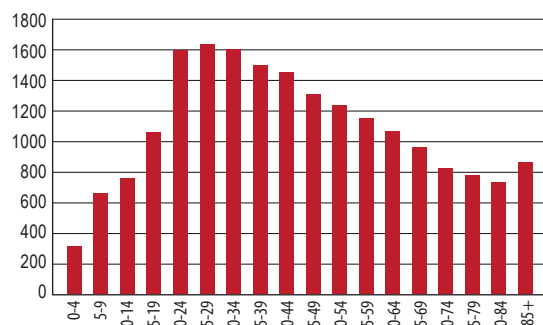
Wykres 92. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

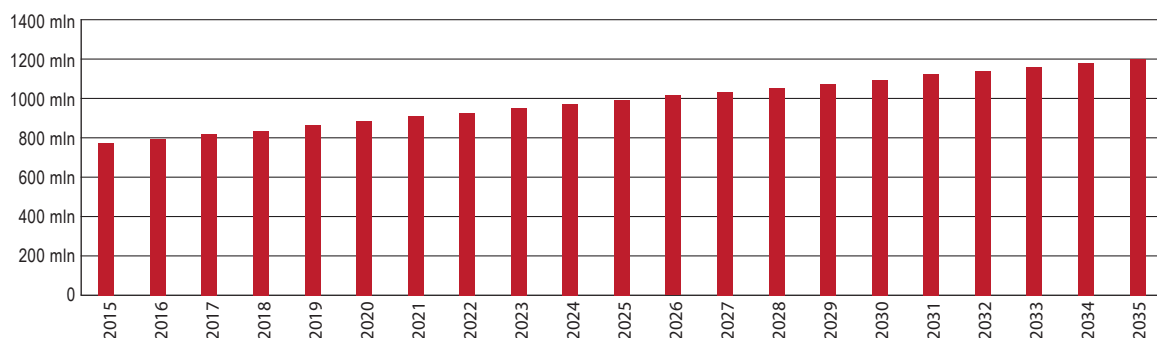
Prognoza kosztów leczenia nowotworów piersi w Polsce – wariant standardowy

Wykres 93. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów piersi (C50) w Polsce dla kobiet w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.)



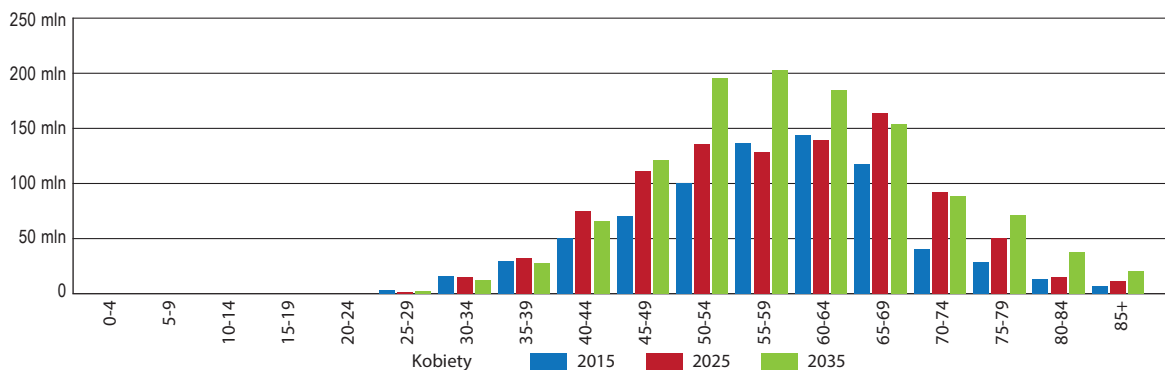
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 94. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów piersi (C50) w Polsce dla kobiet w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 95. Prognozowane koszty leczenia nowotworów piersi (C50) ponoszone przez NFZ w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

3.3 Prognoza kosztów leczenia chorób nowotworowych z relokacją realizacji radioterapii i chemioterapii z trybu hospitalizacji do trybu hostelowego i AOS

Z punktu widzenia pacjenta onkologicznego, znaczna część okresu hospitalizacji to czas stracony. Przebywający w szpitalu nie mogą wykonywać swoich codziennych zajęć, a jednocześnie, w większości przypadków, przez całą dobę nie są wykonywane żadne procedury medyczne. Mowa tu o sytuacji oczekiwania pacjentów na zabiegi w przypadkach, gdy z medycznego punktu widzenia pobyt pacjenta w szpitalu nie jest konieczny. Jeżeli dodatkowo pacjent jest leczony w tzw. trybie pełnej hospitalizacji, mamy do czynienia z marnotrawstwem czasu nie tylko pacjenta, ale również zasobów szpitala (blokowanie miejsca dla innych oczekujących pacjentów).

Możliwość ograniczenia czasu spędzanego przez pacjentów onkologicznych w szpitalach wynika z zasad finansowania świadczeń NFZ w postaci trzech podstawowych trybów leczenia pacjentów onkologicznych:

- tryb ambulatoryjny (tj. bez zajmowania łóżka szpitalnego),
- tryb jednego dnia,
- tryb pełnej hospitalizacji.

Każdy z tych trybów jest inaczej wyceniony w systemie refundacji NFZ, co jest uzasadnione wysokością kosztów ponoszonych przez szpital. Dla podstawowych procedur chemioterapii, teleradioterapii i brachyterapii/terapii izotopowej średnie koszty pobytu pacjenta w szpitalu (bez kosztu procedur medycznych) przedstawione są w tabeli obok.

Aby oszacować potencjalne możliwości uwolnienia części zasobów szpitali w realizowaniu procedur chemioterapii i teleradioterapii został opracowany model prognostyczny przesunięcia części pacjentów onkologicznych z trybu pełnej hospitalizacji i trybu jednego dnia do trybu ambulatoryjnego, z zakwaterowaniem pacjentów w odpowiednio wyposażonych i nadzorowanych hostelach, mających podpisane umowy ze szpitalami onkologicznymi. W modelu prognostycznym porównane zostały dwa scenariusze:

Scenariusz 1 (zachowawczy) – Liczba pacjentów onkologicznych będzie się zwiększać zgodnie z prognozą demograficzną i prognozą zapadalności na nowotwory. Struktura procentowa liczby pacjentów w zakresie poszczególnych trybów pobytu w szpitalu nie ulegnie zmianie. Suma kosztów pobytu pacjentów w szpitalach będzie się zwiększać z powodu prognozowanego wzrostu liczby zabiegów, proporcjonalnie do wzrostu liczby pacjentów.

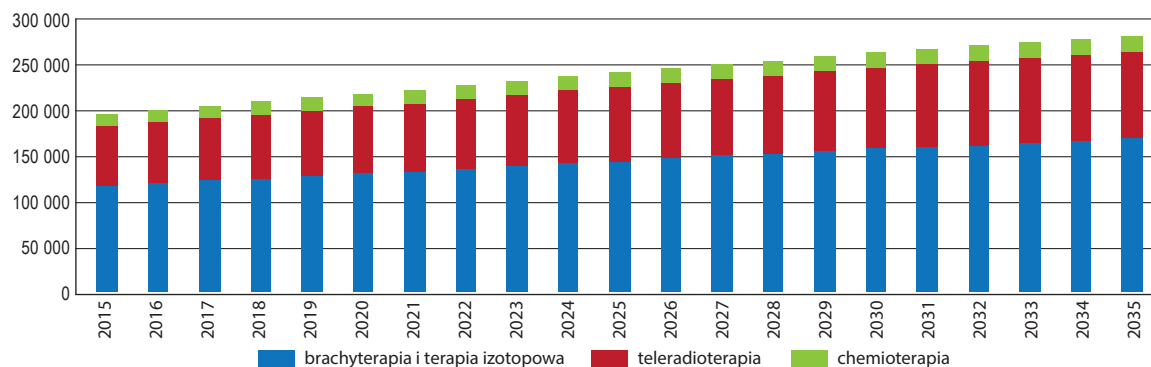
Scenariusz 2 (rozwojowy) – Liczba pacjentów onkologicznych będzie się zwiększać, tak jak w scenariuszu 1. Pacjenci z trybu pełnej hospitalizacji i trybu jedne-

Tabela 76. Średnie koszty refundacji pobytu pacjentów onkologicznych w 2013 r.

Tryb pobytu pacjenta w szpitalu	Udział % liczby pacjentów	Średnia liczba osobodni pobytu	Koszt osobodni (zł)
Chemioterapia w trybie ambulatoryjnym	24%	15	50
Chemioterapia w trybie jednego dnia	50%	10	308
Chemioterapia w trybie pełnej hospitalizacji	54%	19	485
Teleradioterapia w trybie ambulatoryjnym	59%	19	0
Teleradioterapia w trybie pełnej hospitalizacji	41%	23	399
Brachyterapia i terapia izotopowa	44%	5	349

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 96. Prognoza liczby pacjentów onkologicznych w Polsce leczonych chemioterapią, teleradioterapią, brachyterapią/terapią izotopową w latach 2015-2035 (scenariusz 1 i 2)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

go dnia będą stopniowo przesuwani do trybu ambulatoryjnego z zakwaterowaniem w hostelu. Liczba osobodni dla pacjentów w poszczególnych trybach hospitalizacji nie ulegnie zmianie.

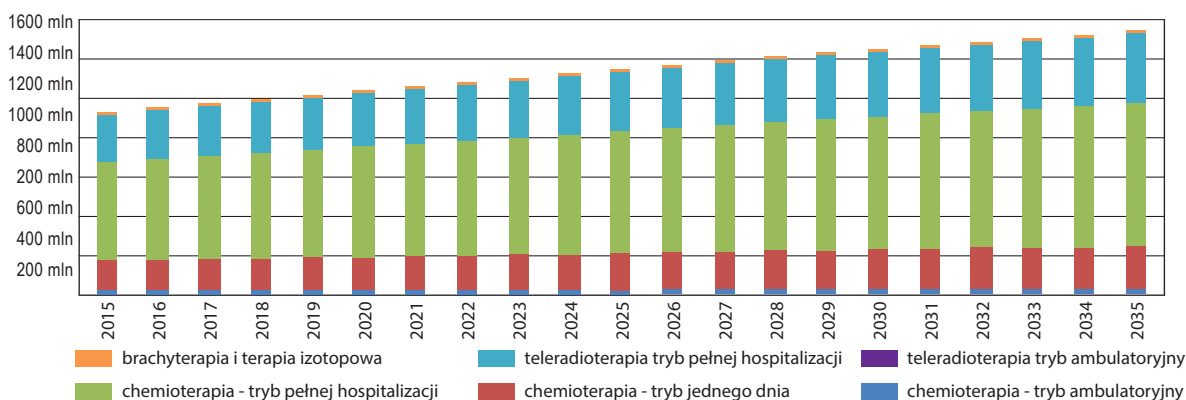
Podstawowe założenia modelu prognozy:

- Liczba hospitalizacji w ramach chemioterapii przeniesionych do trybu hostelowego zwiększa się stopniowo od 24% w 2015 r. do 48% w 2024 r. (relokacja rozłożona na okres 10 lat)
- Liczba hospitalizacji w ramach teleradioterapii przeniesionych do trybu hostelowego zwiększa się stopniowo od 59% w 2015 r. do 70% w 2024 r. (relokacja rozłożona na okres 10 lat)
- Struktura procentowa oraz średnia długość hospitalizacji w poszczególnych rodzajach procedur nie ulegnie zmianie
- Koszt hospitalizacji pacjentów od 2015 r. wynosi 485 zł/osobodzień dla chemioterapii i 468 zł/osobodzień dla teleradioterapii/brachyterapii/terapii izotopowej
- Struktura hospitalizacji pacjentów w ramach brachyterapii i terapii izotopowej nie ulegnie zmianie
- Koszt pobytu pacjenta w hostelu od 2015 r. wynosi 156 zł/osobodzień

- Prognoza kosztów hospitalizacji jest policzona w cenach stałych z 2015 r.
- Zmniejszenie kosztów pobytu, wynikające z przeniesienia jednego pacjenta do trybu hotelowego, wynosi 278 zł/osobodzień dla chemioterapii i 312 zł/osobodzień dla teleradioterapii
- Środki finansowe uwolnione w ramach przesunięcia pacjentów do trybu hostelowego zostaną przeznaczone na dodatkowe procedury chirurgii onkologicznej, chemioterapii i teleradioterapii
- Średni koszt pełnej dodatkowej procedury onkologii zabiegowej dla jednego pacjenta wynosi 5140 zł
- Średni koszt pełnej dodatkowej procedury chemioterapii dla jednego pacjenta wynosi 10 483 zł
- Średni koszt pełnej dodatkowej procedury teleradioterapii dla jednego pacjenta wynosi 11 634 zł.

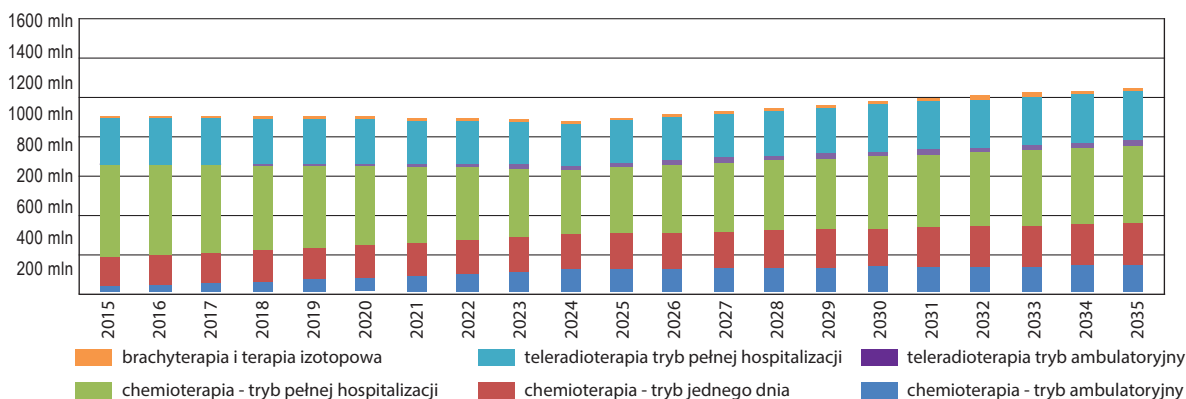
Suma wydatków NFZ w Polsce na koszty pobytu w szpitalu pacjentów leczonych chemioterapią, teleradioterapią i brachyterapią/terapią izotopową przekroczy w 2015 r. 1 mld zł. Ze względu na wzrost liczby chorych, a co za tym idzie wzrost liczby procedur, koszty hospitalizacji wzrosną co najmniej o 50% w ciągu następnych 20 lat (scenariusz zachowawczy). Jak wynika z przeprowadzonej symulacji, istnieje możliwość zahamowania

Wykres 97. Prognoza kosztów pobytu/hospitalizacji pacjentów onkologicznych w Polsce leczonych chemioterapią, teleradioterapią i brachyterapią/terapią izotopową w latach 2015-2035 (scenariusz 1)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 98. Prognoza kosztów pobytu/hospitalizacji pacjentów onkologicznych w Polsce leczonych chemioterapią, teleradioterapią i brachyterapią/terapią izotopową w latach 2015-2035 (scenariusz 2)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

niekorzystnego trendu wzrostu kosztów (nie związanych bezpośrednio z leczeniem) poprzez stopniową relokację części pacjentów z hospitalizacji szpitalnej do trybu hostelowego.

W scenariuszu 2 (rozwojowy) założono 10-letni okres dostosowawczy, w którym osiągnięte zostaną założone (optymalne) wskaźniki związane z trybem pobytu pacjentów w szpitalu. Podsumowanie wydatków NFZ na koszty hospitalizacji w poszczególnych procedurach i trybach pobytu pacjentów prezentuje poniższy wykres.

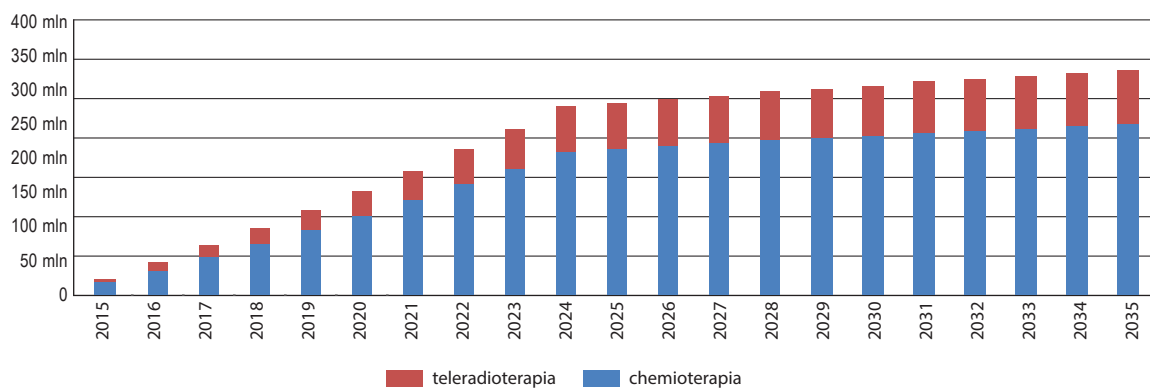
Realizacja programu relokacji pacjentów onkologicznych spowoduje zahamowanie wzrostu kosztów hospitalizacji i stworzy możliwości bardziej efektywnego wykorzystania tych środków na leczenie pacjentów.

Na wykresie widoczny jest wyraźny trend zmniejszenia kosztów w trybie pełnej hospitalizacji i jednocześnie zwiększenie kosztów pobytu pacjentów w trybie ambulatoryjnym (koszt pobytu w hostelach). Wprowadzenie przez NFZ bardziej elastycznych możliwości organizacji pobytu dla pacjentów onkologicznych może spowodować wzrost zainteresowania pobytem w hostelu także u tych pacjentów (przyjezdnych), którzy wybierali z różnych powodów tryb leczenia ambulatoryjnego (np. zatrzymywali się u rodziny lub na własny koszt w hotelu).

W scenariuszu 2 przyjęto upraszczające założenie, że liczba dodatkowych pacjentów z trybu ambulatoryjnego zakwaterowanych w hostelach w przybliżeniu równa się liczbie pacjentów przesuniętych z trybu hospitalizacji szpitalnej do trybu ambulatoryjnego bez zakwaterowania (miejscowych). Jednak należy wziąć pod uwagę także możliwość zamiany struktury pobytu pacjentów i zwiększenie łącznego udziału tych pacjentów, którzy wybierają jakąkolwiek formę pobytu dofinansowaną przez NFZ.

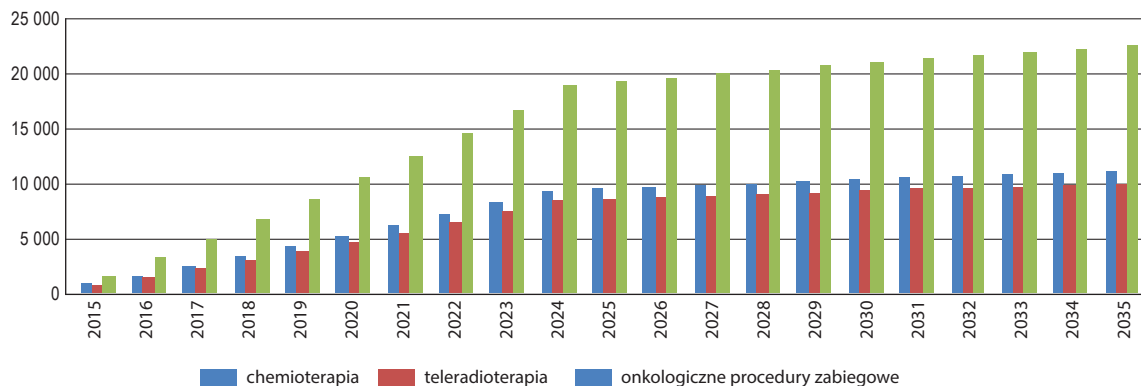
Suma relokacji środków w latach 2015–2024 (10 lat) wynosi 1 477 mln zł. Stopniowy wzrost efektu netto wprowadzenia trybu hostelowego jest związany z koniecznością budowy odpowiedniej infrastruktury w pobliżu ośrodków onkologicznych, a także wypracowania najlepszych praktyk prawno-organizacyjnych związanych z umowami pomiędzy szpitalami i właścicielami hosteli, w celu jak najlepszego zabezpieczenia interesów pacjentów. Suma relokacji środków w całym okresie objętym prognozą 2015-2035 (21 lat) wynosi 4 958 mln zł. Przy założeniu podziału tych środków w równych proporcjach pomiędzy procedury chemioterapii, teleradioterapii i onkologię zabiegową należy oczekiwać możliwości sfinansowania dodatkowo w ciągu roku ok. 10 tys. procedur chemioterapii i teleradioterapii oraz ok. 20 tys. onkologicznych procedur zabiegowych.

Wykres 99. Potencjalna wartość relokacji środków (efekt netto = scenariusz 1 – scenariusz 2) z hospitalizacji pacjentów onkologicznych w polskich szpitalach w latach 2015-2035 (zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 100. Potencjalna liczba dodatkowych (pełnych) procedur onkologicznych w wyniku relokacji środków z hospitalizacji pacjentów onkologicznych w polskich szpitalach w latach 2015-2035 (liczba pacjentów)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

3.4 Województwo dolnośląskie – prognoza i mapa potrzeb w zakresie leczenia chorób nowotworowych na lata 2015–2035

Wybór województw dolnośląskiego i mazowieckiego do opracowania prognoz i punktu wyjścia do sporządzenia map potrzeb leczenia onkologicznego był oparty o dyskusję z ekspertami z zakresu onkologii, a także analizy danych Krajowego Rejestru Nowotworów. Brano pod uwagę także inne województwa, zarówno z niższymi, jak i wyższymi współczynnikami zachorowań oraz zgonów, a także prezentowaną przez KRN kompletnością rejestrów. Ostatecznie zdecydowano, że województwa mazowieckie i dolnośląskie będą właściwymi do pokazania, w jaki sposób należy podchodzić do określania mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie nowotworów, ponieważ:

- w Warszawie zlokalizowany jest największy szpital onkologiczny w Polsce, w największym stopniu pełniący rolę ponadregionalną z bardzo silną koncentracją realizacji świadczeń onkologicznych w województwie mazowieckim w Warszawie i jej najbliższych okolicach,
- w województwie dolnośląskim, gdzie jest podobna dominacja dobrze ocenianego wojewódzkiego centrum onkologii, zlokalizowanego we Wrocławiu, pełniącego rolę podwojewódzką dla pacjentów także z sąsiadujących województw, a w przypadku dzieci także całej Polski,
- w obu województwach rosną populacje zagrożone zachorowaniem na wybrane nowotwory złośliwe.

Koncepcja zaprezentowania w raporcie kluczowych elementów map potrzeb leczenia onkologicznego wynika z przekonania, że chcąc zaspokoić przyszłe potrzeby pacjentów, już teraz trzeba o nich myśleć.

3.4.1 Stan obecny

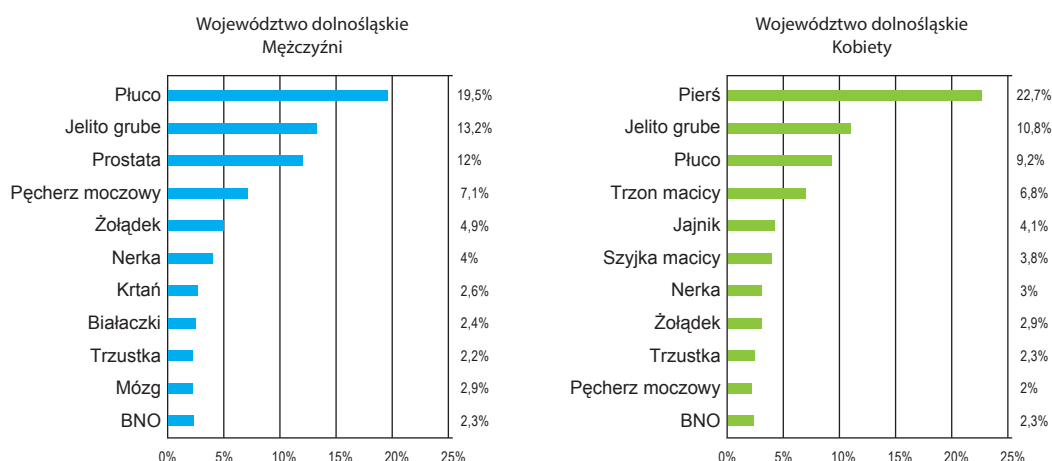
Nowotwory ogółem – stan obecny

Charakterystyka nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim.

Wg KRN struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w populacji województwa dolnośląskiego w przypadku mężczyzn różni się od ogólnopolskiej częstszym występowaniem raka jelita grubego (13,2% w stosunku do 12,4%) i rzadszym występowaniem raka prostaty (12,0% w stosunku do 14,4%). Stąd na 2 miejscu wśród nowotworów rejestrowanych u mężczyzn znajduje się rak jelita grubego, a nie prostaty, jak w strukturze ogólnopolskiej. W przypadku kobiet kolejność częstości występowania jest tożsama z kolejnością dla populacji kobiet w Polsce, jednak z częstszym występowaniem raka jelita grubego (10,8% w stosunku do 10% w Polsce) oraz raka płuca (9,2% w stosunku do 8,7%). Najczęstszym nowotworem u kobiet zamieszkujących województwo dolnośląskie jest rak piersi.

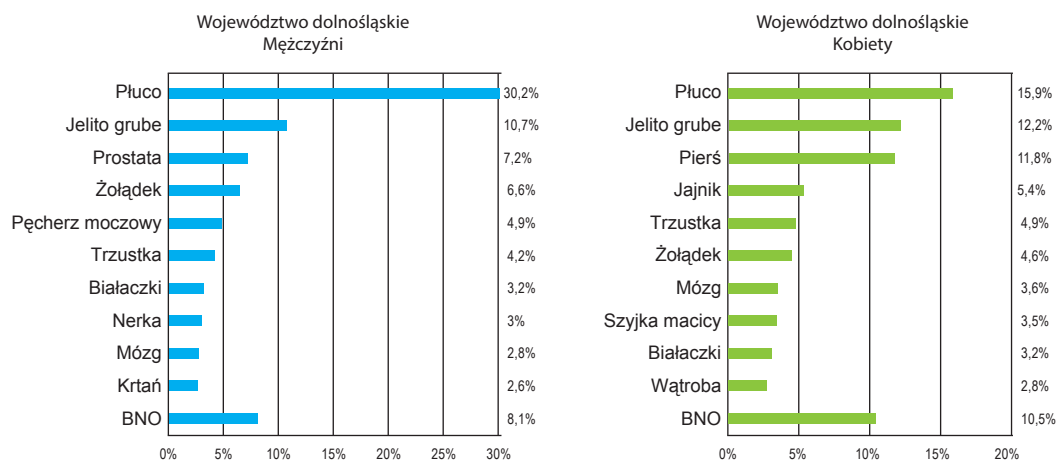
Struktura zgonów w województwie dolnośląskim odbiega nieznacznie od struktury ogólnopolskiej. W przypadku mężczyzn mniejszy procentowy udział w zgonach stanowią nowotwory jelita grubego (10,7% w stosunku do 11,4% w Polsce) oraz nowotwory prostaty (7,2% w stosunku do 7,9%). W przypadku kobiet obserwujemy sytuację odwrotną – większy procentowy udział w zgonach kobiet z powodu nowotworów w przypadku raka płuca (15,9% w stosunku do 15,4%) i raka jelita grubego (odpowiednio 12,2% i 11,8%) oraz wyraźnie mniejszy w przypadku raka piersi (11,8% w stosunku do 13,4%).

Wykres 101. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w 2011 r.



Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 47, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

Wykres 102. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w 2011 r.



Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 77, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

Koszty leczenia chorób nowotworowych

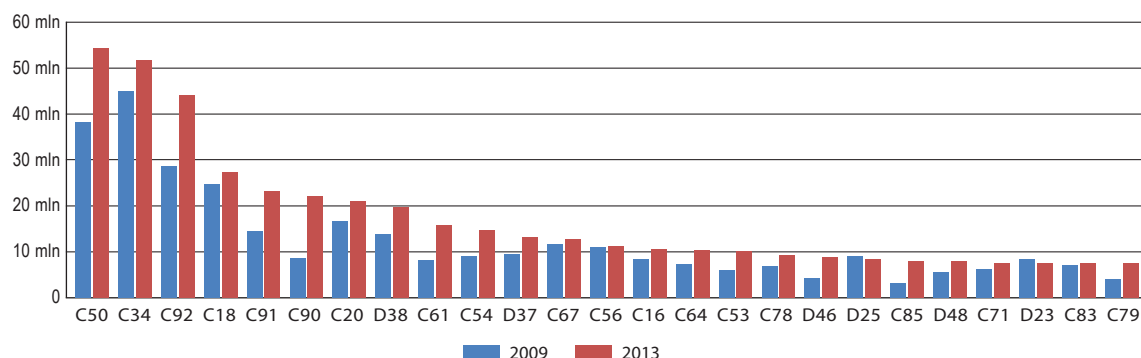
Tabela 77. Nowotwory o najwyższych kosztach* leczenia w 2009 r. i 2013 r. wg rozpoznań – woj. dolnośląskie

Nazwa nowotworu	Rozpoznanie	2009	2013
nowotwór złośliwy piersi	C50	38 182 489	54 179 897
nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	C34	44 918 834	51 771 541
białaczka szpikowa	C92	28 629 569	43 975 407
nowotwór złośliwy jelita grubego	C18	24 657 223	27 174 415
białaczka limfatyczna	C91	14 312 548	22 941 476
szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych	C90	8 294 420	21 918 609
nowotwór złośliwy odbytnicy	C20	16 676 703	20 800 891
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej	D38	13 532 517	19 495 253
nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	C61	7 983 450	15 525 591
nowotwór złośliwy trzonu macicy	C54	8 749 812	14 623 907
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych	D37	9 280 923	12 940 533
nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	C67	11 523 215	12 625 727
nowotwór złośliwy jajnika	C56	10 792 141	11 057 977
nowotwór złośliwy żołądka	C16	8 355 760	10 414 416
nowotwór złośliwy nerki, z wyjątkiem miedniczki nerkowej	C64	7 173 990	10 219 602
nowotwór złośliwy szyjki macicy	C53	5 827 268	9 930 185
wtórne nowotwory złośliwe układu oddechowego i trawiennego	C78	6 676 009	9 061 727
zespoły mielodysplastyczne	D46	4 179 962	8 573 998
mięśniak gładkokomórkowy macicy	D25	8 917 223	8 329 915
inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych	C85	3 112 536	7 899 265
nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze innych i nieokreślonych umiejscowień	D48	5 279 307	7 699 498
nowotwór złośliwy mózgu	C71	5 984 625	7 506 642
inne niezłośliwe nowotwory skóry	D23	8 347 360	7 462 794
chłoniaki nieziarnicze rozlane	C83	7 057 923	7 285 675
wtórny nowotwór złośliwy innych umiejscowień	C79	3 800 696	7 253 208

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wykres 103. Nowotwory o najwyższych kosztach* leczenia w 2009 r. i 2013 r. wg rozpoznań – woj. dolnośląskie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

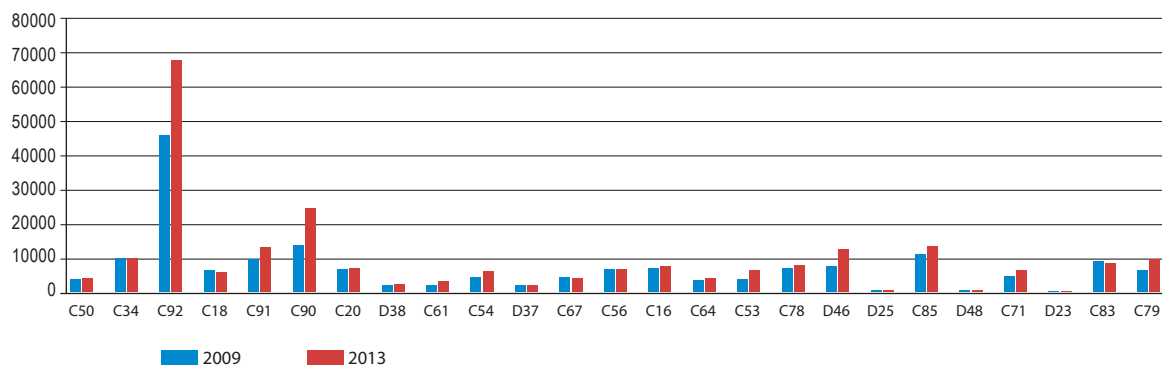
Tabela 78. Nowotwory o najwyższych kosztach* leczenia ogółem w przeliczeniu na pacjenta w 2009 r. i 2013 r. wg rozpoznai – woj. dolnośląskie i Polska

Nazwa nowotworu	Rozpoznanie	Województwo dolnośląskie		Polska		% udział kosztów w województwie do średniego kosztu w Polsce w 2013 r.
		2009	2013	2009	2013	
nowotwór złośliwy piersi	C50	3 571	4 145	4 712	4 484	92%
nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	C34	10 006	10 185	8 469	8 327	122%
białaczka szpikowa	C92	45 661	67 551	40 798	52 997	127%
nowotwór złośliwy jelita grubego	C18	6 516	5 740	6 498	5 895	97%
białaczka limfatyczna	C91	9 593	13 109	8 456	10 729	122%
szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych	C90	13 642	24 628	12 006	17 026	145%
nowotwór złośliwy odbytnicy	C20	6 943	6 980	6 912	6 876	102%
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej	D38	2 026	2 314	3 170	3 228	72%
nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	C61	2 013	3 093	2 516	2 838	109%
nowotwór złośliwy trzonu macicy	C54	4 388	6 096	4 026	4 506	135%
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych	D37	2 159	2 027	2 231	2 118	96%
nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	C67	4 427	4 009	4 049	3 551	113%
nowotwór złośliwy jajnika	C56	6 931	6 710	6 513	6 609	102%
nowotwór złośliwy żołądka	C16	7 136	7 580	7 149	7 884	96%
nowotwór złośliwy nerki, z wyjątkiem miedniczki nerkowej	C64	3 756	4 308	4 437	5 548	78%
nowotwór złośliwy szyjki macicy	C53	3 831	6 537	4 189	4 632	141%
wtórne nowotwory złośliwe układu oddechowego i trawiennego	C78	7 095	7 839	7 293	8 995	87%
zespoły mielodysplastyczne	D46	7 600	12 444	7 293	8 995	138%
mięśniak gładkokomórkowy macicy	D25	689	584	854	814	72%
inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych	C85	11 077	13 321	10 011	15 308	87%
nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze innych i nieokreślonych umiejscowień	D48	596	594	739	617	96%
nowotwór złośliwy mózgu	C71	4 834	6 245	6 970	6 851	91%
inne niezłośliwe nowotwory skóry	D23	330	210	275	216	97%
chłoniaki nieziarnicze rozlane	C83	9 262	8 336	10 400	9 170	91%
wtórny nowotwór złośliwy innych umiejscowień	C79	6 293	9 723	6 314	8 927	109%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wykres 104. Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia ogółem w przeliczeniu na pacjenta w 2009 r. i 2013 r. wg rozpoznai – woj. dolnośląskie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Zaprezentowana struktura wydatków NFZ na leczenie nowotworów o najwyższych wartościach w województwie dolnośląskim odpowiada strukturze występowania tych nowotworów w województwie, ale jak widać z danych w tabeli porównującej wartość świadczeń

w przeliczeniu na pacjenta różni się w stosunku do średnich kosztów leczenia pacjentów z takimi samymi rozpoznaniem w Polsce. W województwie dolnośląskim pacjenci z 12 z 25 najwyższych wartościowo rozpoznai nowotworów leczeni są z wykorzystaniem kwot wyż-

szych od 2% (nowotwór złośliwy odbytnicy) do 45% (szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych). Na leczenie pacjentów z rozpoznanymi 13 pozostałymi nowotworami w województwie dolnośląskim przeznaczona jest od kilku do nawet 28% mniej na pacjenta niż średnio w Polsce. Największe różnice dotyczą kosztów leczenia pacjentów z mięśniakiem gładko-komórkowym macicy oraz nowotworami o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej. Różnice te, zwłaszcza te dotyczące większej niż średnia wartości kosztów leczenia pacjenta, związane są z leczeniem systemowym dostępnym w ramach programów lekowych

oraz w mniejszym stopniu z leczeniem z wykorzystaniem radioterapii stosowanym w województwie dolnośląskim, podobnie jak w większości województw w przeważającej liczbie przypadków w trybie z hospitalizacją, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów spoza województwa.

W 2013 roku wartość świadczeń z zakresów onkologicznych zrealizowanych na rzecz pacjentów onkologicznych leczonych w województwie dolnośląskim wyniosła 612 458 446 zł, co stanowiło 8% ogółu wydatków NFZ na ten cel. W tej kwocie na leczenie pacjentów z nowotworami złośliwymi mieści się kwota 445 810 434 zł, co także stanowi 8% ogółu wydatków

Tabela 79. Wartość świadczeń* na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w latach 2009–2013 wg wieku i płci w województwie dolnośląskim

Grupa wiekowo-płciowa	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
Mężczyźni	130%	3 142	3 415	3 555	3 341	3 209	128%
0-4	218%	5 270	4 713	5 733	5 676	4 933	196%
5-9	186%	4 506	4 625	5 196	3 199	2 511	100%
10-14	126%	3 060	3 297	3 432	1 733	1 808	72%
15-19	99%	2 399	2 822	3 251	2 218	2 337	93%
20-24	63%	1 520	1 834	1 744	1 375	1 282	51%
25-29	60%	1 449	1 753	1 862	1 477	1 711	68%
30-34	78%	1 896	2 095	2 127	1 751	1 680	67%
35-39	74%	1 791	2 128	1 848	2 101	1 879	75%
40-44	104%	2 516	2 563	2 360	2 349	1 768	70%
45-49	131%	3 162	3 570	3 885	3 666	3 290	131%
50-54	158%	3 828	4 540	4 451	4 176	4 171	166%
55-59	159%	3 845	4 309	4 588	4 522	4 334	172%
60-64	164%	3 964	4 007	4 494	4 334	4 219	168%
65-69	160%	3 884	4 050	3 938	3 619	3 725	148%
70-74	148%	3 590	3 848	3 821	3 948	3 701	147%
75-79	109%	2 629	3 081	3 213	3 266	3 006	120%
80-84	83%	2 006	2 052	2 340	2 389	2 611	104%
85+	66%	1 603	1 680	1 925	1 800	1 740	69%
Kobiety	84%	2 026	2 167	2 206	2 187	2 114	84%
0-4	143%	3 455	4 178	3 783	2 942	1 854	74%
5-9	108%	2 621	3 746	2 744	3 401	2 264	90%
10-14	56%	1 364	2 048	2 242	1 700	1 868	74%
15-19	51%	1 224	1 652	1 935	1 052	948	38%
20-24	35%	843	933	954	828	877	35%
25-29	37%	906	1 054	910	856	860	34%
30-34	43%	1 045	1 066	938	870	871	35%
35-39	50%	1 206	1 284	1 283	1 253	1 166	46%
40-44	63%	1 520	1 625	1 593	1 510	1 442	57%
45-49	75%	1 824	1 828	1 944	1 874	1 795	71%
50-54	87%	2 108	2 231	2 344	2 413	2 312	92%
55-59	104%	2 511	2 745	2 800	2 757	2 577	103%
60-64	106%	2 557	2 680	2 839	3 011	2 865	114%
65-69	110%	2 657	2 865	2 701	2 710	2 764	110%
70-74	106%	2 578	2 733	2 749	2 923	2 664	106%
75-79	103%	2 504	2 469	2 426	2 457	2 626	104%
80-84	85%	2 053	2 044	2 232	2 320	2 380	95%
85+	76%	1 846	2 075	2 077	2 040	2 147	85%
Razem dolnośląskie	100%	2 423	2 612	2 690	2 600	2 514	100%
Zmiana % rok do roku			7,8%	3,0%	-3,3%	-3,3%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

na ten cel. Na jednego pacjenta z nowotworami złośliwymi z ogólnej liczby 72 595 takich pacjentów leczonych w 2013 roku wydano średnio 6141 zł, co stanowi 111% kwoty 5517 zł wydawanej średnio w Polsce na diagnostykę i leczenie pacjenta z nowotworem złośliwym. Licząc wydatki na te świadczenia *per capita* (na mieszkańca województwa dolnośląskiego) w 2013 roku przeznaczono 142 zł, co stanowi niemal 100% (przed

zaokrągleniem do pełnych złotych 99,8%) średnich wydatków *per capita* w Polsce na leczenie złośliwych chorób nowotworowych. Dane dotyczące wydatków NFZ na leczenie nowotworów w Polsce oraz poszczególnych województwach znajdują się w rozdziale 1.2 Walka z rakiem i opieka onkologiczna – organizacja, zasoby i poziom finansowania oraz w załączniku nr 1 poświęconym finansowaniu wybranych nowotworów.

Tabela 80. Wartość świadczeń* na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00-D09) w latach 2009-2013 wg wieku i płci w województwie dolnośląskim i porównanie do danych z Polski z 2013 r.

Grupa wiekowo-płciowa	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013	Polska	% udział kosztów w województwie do średniego kosztu w Polsce w 2013 r.
Mężczyźni	110%	5 819	6 405	6 968	6 791	6 744	110%	5 902	114%
0-4	518%	27 402	24 004	29 844	36 212	37 466	610%	18 795	199%
5-9	293%	15 510	23 191	27 251	19 581	15 346	250%	15 053	102%
10-14	351%	18 573	25 359	26 858	16 918	21 036	343%	13 398	157%
15-19	341%	18 054	21 024	27 493	25 651	26 953	439%	14 713	183%
20-24	164%	8 689	10 479	11 243	9 013	8 753	143%	8 802	99%
25-29	138%	7 288	9 965	10 734	9 350	12 721	207%	8 441	151%
30-34	158%	8 372	8 998	11 303	9 118	10 081	164%	7 333	137%
35-39	131%	6 924	8 587	7 488	9 613	8 989	146%	7 634	118%
40-44	152%	8 034	8 680	8 548	10 758	6 930	113%	8 366	83%
45-49	152%	8 067	9 497	11 496	11 647	11 243	183%	8 411	134%
50-54	149%	7 915	9 628	9 905	9 923	10 128	165%	8 558	118%
55-59	127%	6 729	7 728	8 362	8 657	8 698	142%	7 698	113%
60-64	121%	6 399	6 493	7 668	7 404	7 531	123%	6 996	108%
65-69	110%	5 821	5 995	6 060	5 689	5 962	97%	5 831	102%
70-74	93%	4 935	5 256	5 490	5 789	5 551	90%	5 097	109%
75-79	64%	3 398	3 957	4 376	4 516	4 145	67%	3 910	106%
80-84	46%	2 435	2 489	2 891	2 992	3 426	56%	2 887	119%
85+	36%	1 901	1 945	2 324	2 092	2 178	35%	2 152	101%
Kobiety	92%	4 885	5 309	5 561	5 739	5 673	92%	5 208	109%
0-4	342%	18 106	27 205	27 831	28 827	19 304	314%	18 370	105%
5-9	214%	11 338	19 907	18 051	25 704	19 993	326%	13 651	146%
10-14	152%	8 025	19 622	19 551	17 561	23 585	384%	11 932	198%
15-19	232%	12 279	20 077	27 199	13 121	13 469	219%	10 672	126%
20-24	128%	6 794	8 732	10 436	10 143	12 206	199%	8 064	151%
25-29	117%	6 180	7 826	7 055	8 373	8 536	139%	7 204	118%
30-34	119%	6 324	6 191	6 017	5 830	6 650	108%	6 550	102%
35-39	120%	6 355	6 776	7 734	7 881	7 792	127%	6 971	112%
40-44	129%	6 845	7 721	7 529	7 573	8 172	133%	6 896	119%
45-49	126%	6 686	6 832	7 579	7 823	7 268	118%	6 689	109%
50-54	109%	5 781	6 228	6 776	7 166	7 251	118%	6 506	111%
55-59	103%	5 443	5 899	6 294	6 443	6 072	99%	5 853	104%
60-64	90%	4 788	5 055	5 580	6 082	5 960	97%	5 427	110%
65-69	84%	4 440	4 837	4 754	4 960	5 210	85%	4 759	109%
70-74	76%	4 010	4 319	4 447	4 880	4 529	74%	4 417	103%
75-79	69%	3 635	3 694	3 690	3 802	4 198	68%	3 856	109%
80-84	53%	2 797	2 763	3 187	3 337	3 599	59%	3 240	111%
85+	43%	2 255	2 602	2 667	2 755	3 011	49%	2 772	109%
Razem dolnośląskie	100%	5 294	5 790	6 175	6 196	6 141	100%	5 517	111%
Zmiana % rok do roku			9,4%	6,7%	0,3%	-0,9%			

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 81. Wartość świadczeń* na rzecz pacjentów spoza województwa z nowotworami złośliwymi (C00–D09) zrealizowanych w latach 2009–2013 w województwie dolnośląskim

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
kujawsko-pomorskie	1%	425 958	382 240	557 262	158 704	193 730	0%
lubelskie	1%	522 615	477 298	341 543	323 806	279 588	0%
lubuskie	13%	5 454 517	5 620 631	8 164 335	9 080 912	8 856 218	14%
łódzkie	9%	3 590 025	3 438 344	3 721 713	4 388 343	4 135 042	7%
małopolskie	2%	696 365	1 276 338	740 042	975 009	909 224	1%
mazowieckie	4%	1 812 605	3 300 494	3 217 404	2 436 512	3 718 671	6%
opolskie	30%	12 409 537	13 342 827	14 329 060	15 255 792	17 806 933	28%
podkarpackie	1%	464 311	784 204	333 869	647 262	881 845	1%
podlaskie	0%	198 513	1 364 976	599 869	575 051	499 435	1%
pomorskie	1%	315 043	163 480	467 760	381 875	491 129	1%
śląskie	8%	3 434 490	5 574 521	5 593 419	4 585 493	3 743 671	6%
świętokrzyskie	1%	410 464	288 934	512 663	1 059 092	664 268	1%
warmińsko-mazurskie	1%	578 760	397 318	842 019	197 652	668 894	1%
wielkopolskie	19%	7 754 264	9 202 705	12 436 505	16 407 147	16 619 322	27%
zachodniopomorskie	2%	901 673	1 405 429	1 619 478	1 722 346	1 373 515	2%
Pozostałe**	5%	2 017 601	2 015 105	2 331 059	1 956 214	1 823 942	3%
Razem	100%	40 988 750	49 036 853	55 810 010	60 153 222	62 667 439	100%
Zmiana % rok do roku			19,6%	13,8%	7,8%	4,2%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

** Pacjenci bez stałego zameldowania na terytorium Polski, ew. błędy w raportowaniu do NFZ lub inne nieokreślone przyczyny.

W tabeli 80 warto zwrócić uwagę na to, że w województwie dolnośląskim średnio na osobę, niemal w każdej grupie wiekowej i niezależnie od płci, wydatki na leczenie w przeliczeniu na pacjenta w 2013 roku były wyższe niż średnio na osoby w tej samej grupie wiekowo-płciowej w Polsce, ze szczególnie dużymi różnicami sięgającymi blisko 100% na pacjenta w przypadku dzieci. Jest to odzwierciedleniem struktury świadczeń realizowanych w województwie, w tym na rzecz dzieci z chorobami nowotworowymi, przyjeżdżającymi do Wrocławia z całej Polski.

Z ogólnej kwoty 445 810 434 zł przeznaczonej na leczenie nowotworów złośliwych 62 667 439 zł przeznaczono na leczenie chorych spoza województwa dolnośląskiego. Wśród pacjentów spoza województwa najwięcej przeznaczono na leczenie pacjentów z województw opolskiego, wielkopolskiego i lubuskiego. Fakt, że w tej grupie na drugim miejscu znajdują się świadczenia realizowane na rzecz pacjentów z województwa wielkopolskiego może oznaczać, że – choć województwo to jest zdecydowanie lepiej wyposażone w zasoby do leczenia nowotworów niż lubuskie i opolskie – to mimo wszystko także z tego województwa pacjenci przyjeżdżają leczyć się do Wrocławia i innych mniejszych ośrodków województwa dolnośląskiego.

Kolejna tabela prezentuje wartość kontraktów na wszystkie zakresy onkologiczne dostępne w województwie dolnośląskim. Widać z niej wyraźnie, że dostępność do świadczeń onkologicznych, diagnostycznych i leczniczych w województwie jest pochodną wartości kontraktów na te świadczenia. Wartość ta w wielu podmiotach leczniczych stanowi marginalną część całego kontraktu, co może i zapewne przekłada się także na niższą jakość oferowanych tam świadczeń. Nie sposób, aby w przypadku wykonywania danego świadczenia w skrajnych przypadkach kilka razy czy nawet kilkanaście razy w roku dojść do takiej wprawy, by można było mówić o tym, że ma się wystarczające umiejętności do ich wykonywania. Duże rozdrobnienie środków przeznaczonych na diagnostykę i leczenie pacjentów onkologicznych ma sens tylko do pewnego stopnia, tak samo jak taki sens ma działanie odwrotne i koncentrowanie wszystkich środków w pojedynczych wyspecjalizowanych ośrodkach. Struktura świadczeń z zakresów onkologicznych w województwie dolnośląskim jest dobrym przykładem, aby zobrazować zbyt silną koncentrację specjalistycznych świadczeń onkologicznych we Wrocławiu oraz nadmierne rozdrobnienie świadczeń z zakresu AOS i niektórych szpitalnych, które – choć dzięki temu są łatwiej dostępne dla pacjentów – nie zawsze są wykonywane na odpowiednio dobrym poziomie.

Tabela 82. Świadczeniodawcy z województwa dolnośląskiego realizujący usługi medyczne (kontraktowe produkty onkologiczne) na rzecz pacjentów z nowotworami wg wartości umów z NFZ w 2013 r.

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość kontraktowych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	Wrocław	4 858 908	126 200 388		1 167 000	2 248 805	134 475 101	140 989 805	95%
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu	Wrocław Śródmieście	1 092 636	73 770 418	1 255 640	1 200		76 119 894	192 735 035	39%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	Legnica	1 150 346	24 359 621		102 500	1 614 832	27 227 299	123 614 062	22%
Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego	Wałbrzych	352 001	23 001 183		277 880		23 631 064	134 212 947	18%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	Wrocław	1 175 098	18 765 169				19 940 267	162 650 392	12%
Miedziowe Centrum Zdrowia S.A. w Lubinie	Lubin	620 996	17 967 503		294 530		18 883 029	77 470 664	24%
Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	Jelenia Góra	587 050	14 709 330		39 430	2 655 891	17 991 701	109 643 067	16%
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu	Wrocław Krzyki	1 127 517	12 309 350	1 649 797			15 086 664	188 421 761	8%
Euromedic Dolnośląskie Centrum Medyczne	Wrocław Krzyki			11 685 000			11 685 000	11 685 000	100%
Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku	Wrocław Fabryczna	353 952	10 373 332	378 540			11 105 824	27 000 063	41%
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	Wrocław Krzyki	283 756	7 942 959		120		8 226 835	235 389 075	3%
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy	Świdnica	431 491	6 968 702				7 400 193	85 126 714	9%
Specjalistyczne Centrum Medyczne w Polanicy-Zdroju Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Polanica Zdrój	198 120	5 449 890		35 280	761 000	6 444 290	47 902 595	13%
Izerskie Centrum Pulmonologii i Chemioterapii Izer-Med Sp. z o.o.	Szklarska Poręba	77 280	5 756 821				5 834 101	12 521 976	47%
Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej - Riad El Zein	Będkowo					5 375 926	5 375 926	5 375 926	100%
Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	Lubin	427 006	759 148			1 255 372	2 441 526	54 866 667	4%
NZOZ Stacja Opieki, Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego, Rehabilitacji, Opieki Paliatywnej Caritas Archidiecezji Wrocławskiej	Wrocław					1 974 105	1 974 105	1 974 105	100%

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość kontraktowych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
NZOZ Poradnia Opieki Hospicyjno-Paliatywnej „Sanatoria Dolnośląskie” Sp. z o.o.	Wałbrzych					1 723 161	1 723 161	1 723 161	100%
	Sokolowsko					1 672 200	1 672 200	1 672 200	100%
Konwent OO. Bonifratrów Hospicjum Bonifratrów im. Jana Bożego NZOZ	Wrocław					1 504 584	1 504 584	1 504 584	100%
Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci	Wrocław Śródmieście					1 315 092	1 315 092	1 315 092	100%
Fado Centrum Usług Medycznych	Gdynia				1 300 778		1 300 778	1 300 778	100%
Wielospecjalistyczna Przychodnia Lekarska Fundacji Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu	Wrocław Śródmieście			1 240 553			1 240 553	1 240 553	100%
Ośrodek Diagnostyki Onkologicznej	Legnica	707 084			498 190		1 205 274	1 500 125	80%
Euromedicare Szpital Specjalistyczny z przychodnią	Wrocław	306 912	801 736				1 108 648	13 685 950	8%
NZOZ „Ginekomed” Dorota Dobek	Jelenia Góra	455 584			653 020		1 108 604	1 800 122	62%
ZOZ „Gaja”	Milicz					968 914	968 914	968 914	100%
ZOZ w Kłodzku	Kłodzko	140 346			109 440	704 837	954 623	5 840 559	16%
ZOZ w Oławie	Oława	88 194			101 430	726 530	916 154	3 687 071	25%
NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia w Kowarach	Kowary					903 600	903 600	903 600	100%
ZOZ w Bolestawcu	Bolestawiec	110 212	683 228				793 440	32 461 836	2%
Geneva Trust Polska Sp. z o. o.	Gdańsk				662 780		662 780	662 780	100%
„Diagnostyk” Lekarska S.C.	Zielona Góra				642 430		642 430	642 430	100%
Wojewódzkie Centrum Medyczne „Dobrzyńska”	Wrocław Stare Miasto	415 076			194 790		609 866	9 632 501	6%
„Medix” Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	Wrocław Fabryczna				574 560		574 560	574 560	100%
SPZOZ w Nowogrodzcu	Nowogrodzic					546 867	546 867	546 867	100%
NZOZ „Mikulicz”	Świebodzice	100 970				434 400	535 370	1 553 161	34%
Dolnośląskie Centrum Medyczne „Dolmed” S.A.	Wrocław				511 380		511 380	511 380	100%
NZOZ „Orthos” Centrum Ortopedii i Rehabilitacji	Komorowice		489 118				489 118	1 730 611	28%
Mammo-Med Sp. z o.o.	Gdańsk				467 880		467 880	467 880	100%
Przychodnia „Omega-med”	Legnica					462 949	462 949	462 949	100%
Polskie Centrum Zdrowia Instytut Medyczny Sp. z o.o.	Wrocław	383 553			52 380		435 933	4 645 974	9%
Polskie Centrum Zdrowia Środa Śląska Sp. z o.o.	Środa Śląska					431 251	431 251	431 251	100%
Zakład Patomorfologii „Hist-Med” s.c.	Wrocław Psie Pole				431 010		431 010	431 010	100%
NZOZ „Curatum” w Bolestawcu	Bolestawiec					425 669	425 669	425 669	100%

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość kontraktowanych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych - Zakład Opieki Zdrowotnej S.A.	Polkowice	233 089				192 321	425 410	3 332 293	13%
NZOZ „Sal-Med” s.c.	Dzierżoniów					420 581	420 581	420 581	100%
Kartowickie Centrum Medyczne „Kar-med” Sp.z o.o.	Wrocław	403 356					403 356	2 233 327	18%
NZOZ „Medi-Lab” S.C. Wróbel i wspólnicy	Świdnica				358 560		358 560	358 560	100%
NZOZ „Opieka” Sp. z o.o.	Wrocław Śródmieście					345 728	345 728	345 728	100%
NZOZ „Zawidawie” Sp. z o. o.	Wrocław	326 582					326 582	5 182 091	6%
Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu	Zgorzelec	135 644				173 077	308 721	7 309 735	4%
NZOZ „Wer-med”	Dzierżoniów	283 324					283 324	818 460	35%
Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Ośrodek Onkologiczno-Chirurgiczny Januszewski Krzysztof	Lubin	267 830					267 830	267 830	100%
NZOZ Przychodnia „Na Browamej” Sp. z o.o.	Wałbrzych	256 743					256 743	1 465 067	18%
NZOZ „Onkomed”	Jelenia Góra	240 424					240 424	240 424	100%
NZOZ „Elmed” s.c.	Ząbkowice Śląskie					238 854	238 854	238 854	100%
Ekumeniczna Stacja Opieki - Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego, Rehabilitacji i Opieki Paliatywnej we Wrocławiu	Wrocław Stare Miasto					236 675	236 675	236 675	100%
Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o.	Głogów				210 060		210 060	210 060	100%
SPZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach	Pieszycy	207 074					207 074	2 684 827	8%
NZOZ „Zastrzyk” s.c.	Ząbkowice Śląskie	189 627					189 627	290 954	65%
NZOZ „Medica” Ewa Sobkiewicz	Łódź				175 232		175 232	175 232	100%
Centrum RFD Sp. z o.o.	Lubin				172 320		172 320	172 320	100%
Centrum Medyczne „Stomadent”	Bolesławiec				167 350		167 350	167 350	100%
NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	Lwówek Śląski	163 138					163 138	1 568 769	10%
Centrum Diagnostyczno-Terapeutyczne Medicus Sp. z o.o.	Lubin	153 486					153 486	5 422 888	3%
NZOZ Pracownia Cytodiagnostyki Ginekologicznej	Poznań Jeżyce				150 030		150 030	150 030	100%
s.c. Raczyńscy, Halina Szyniec-Raczyńska, Mariusz Raczyński, Prywatna Specjalistyczna Przychodnia Lekarsko-Stomatologiczna	Dzierżoniów				144 730		144 730	144 730	100%

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość kontraktowych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
Samodzielny Zespól Publicznych ZOZ w Oleśnicy	Oleśnica				136 530		136 530	136 530	100%
NZOZ Diagnostyka „Largo”	Grodzisk Wielkopolski				131 660		131 660	131 660	100%
NZOZ Praktyka lekarza rodzinnego lek. Edyta Niebudek	Bystrzyca Kłodzka	128 726					128 726	257 287	50%
NZOZ „Przychodnia Zabobrze-1”	Jelenia Góra	128 699					128 699	3 810 112	3%
NZOZ Międzynarodowe Centrum Onkoterapii w Wałbrzychu	Wałbrzych	120 492					120 492	276 399	44%
NZOZ „Pro-Med”	Głuszycza				117 680		117 680	117 680	100%
NZOZ Centrum Medyczne Sp. z o.o. „Practimed”	Wrocław Krzyki				106 830		106 830	106 830	100%
Dolnośląskie Specjalistyczne Centrum Medyczne	Brzeg Dolny	96 885					96 885	436 869	22%
Manamedica Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnie Lekarskie	Wrocław					93 612	93 612	93 612	100%
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej	Wrocław			90 040			90 040	90 040	100%
NZOZ „Zdrowa kobieta”	Wrocław	89 928					89 928	921 033	10%
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	Wrocław Fabryczna	85 394					85 394	2 246 778	4%
Centrum Specjalistyczne Biomed Edyta Borowska, Jan Borowski s.c.	Bolesławiec	84 953					84 953	1 715 952	5%
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu	Wałbrzych				79 410		79 410	79 410	100%
Specjalistyczne Centrum Pielęgnacyjno-Rehabilitacyjne „Ewa-med”	Oborniki Śląskie	76 762					76 762	1 334 087	6%
NZOZ „Nova Med” M. Maćków i partner Sp. partn. lekarzy	Legnica				73 195		73 195	73 195	100%
NZOZ Strzeleńskie Centrum Medyczne	Strzelin	70 482					70 482	1 099 565	6%
Przychodnia Rodzina	Kamienna Góra	68 468					68 468	389 664	18%
Centrum Usług Medycznych „Eskulap” Sp. o.o.	Świdnica				52 110		52 110	52 110	100%
NZOZ „Anmed” s.c.	Wrocław				45 000		45 000	45 000	100%
Przychodnia lekarzy specjalistów „Pharma medica”	Góra	43 801					43 801	1 021 320	4%
Strzegomskie Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o.	Strzegom	40 232					40 232	1 478 589	3%
„Planmed” s.c. Malinowska i wspólnicy	Wrocław Fabryczna	38 586					38 586	977 114	4%

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość zakontraktowanych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
Miejsko-gminny Zespół Zakładów Opieki Podstawowej w Ścinawie	Ścinawa	36 432					36 432	558 760	7%
NZOZ Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Sp. z o.o.	Lubań	36 087					36 087	1 232 727	3%
NZOZ Przychodnia Profilaktyki i Diagnostyki Obrazowej t.n.n.	Białystok				33 697		33 697	33 697	100%
Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej Sp. z o.o.	Poznań				20 898		20 898	20 898	100%
NZOZ Opieka Długoterminowa Centrum Promocji Zdrowia	Bolesławiec					19 278	19 278	19 278	100%
Prywatna Poliklinika „Na grobli” Sp. z o.o.	Wrocław				14 200		14 200	272 260	5%
Dolnośląskie Centrum Ginekologii	Wrocław Krzyki				9 960		9 960	430 290	2%
Diagnostyka „Consilio” Sp. z o.o.	Łódź-Polesie				9 909		9 909	9 909	100%
„Vita-Med” Witold Pawłowski	Świdnica				6 190		6 190	6 190	100%
Razem Dolnośląskie		19 450 332	350 307 896	16 299 570	10 333 559	29 426 110	425 817 467	1 756 815 050	9%

Źródło: NFZ

Województwo dolnośląskie – aktualne zasoby kadrowe i sprzętowe

Województwo dolnośląskie ma na swoim obszarze dobrze zorganizowaną sieć podmiotów leczniczych. Szpitale są w większości publiczne. Podmioty działające w zakresie AOS oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej są w większości niepubliczne. W województwie są ciekawe przykłady na działanie podmiotów prywatnych prowadzących działalność leczniczą w systemie finansowania świadczeń ze środków publicznych, które przejęły i z sukcesem zrestrukturyzowały wysoce nierentowne szpitale samorządowe szczebla powiatowego, np. szpitale wchodzące w skład Grupy EMC. W zakresie lecznictwa onkologicznego w województwie prym wiodą Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu oraz Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu. Wskazują na to dane z tabeli prezentującej wartość kontraktów na świadczenia z zakresów onkologicznych podpisane w 2013 roku. W przypadku Dolnośląskiego Centrum Onkologii jego wartość wynosiła blisko 135 mln złotych, co stanowiło 95% całkowitej wartości kontraktu z Funduszem. Szpital Kliniczny nr 1 z wartością ponad 76 mln i 39-procentowym udziałem był na drugim miejscu co do wartości kontraktu na zakresy onkologiczne w województwie. Kolejne szpitale to: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Specjalistyczny Szpital im. Dr. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu oraz Miedziowe Centrum Zdrowia w Lubinie.

Wartość kontraktów onkologicznych 10 największych szpitali to łącznie ok. 356 mln zł, co w porównaniu z kwotą 425 817 467 zł wartości kontraktów na zakresy onkologiczne w województwie stanowi 83,6%. Kwota 350 307 896 zł łącznej wartości kontraktów na onkologiczne świadczenia szpitalne w województwie stanowi 82,3% łącznej wartości kontraktów na wszystkie zakresy onkologiczne. Powiększana o wartość ponad 16,3 mln zł świadczeń kontraktowanych odrębnie (dostępnych tylko w niektórych szpitalach) stanowi aż 86% łącznej wartości kontraktów na świadczenia onkologiczne w województwie dolnośląskim. Warto zwrócić przy tej okazji uwagę na to, że największy świadczeniodawca onkologiczny – Dolnośląskie Centrum Onkologii – w 2013 roku dysponował 31,6% ogólnej wartości środków przeznaczonych na leczenie nowotworów w województwie. Kwota ta – 425 817 467 zł stanowiła 9% ogólnej wartości kontraktów NFZ w województwie dolnośląskim.

Wg danych prezentowanych w raporcie wcześniej, zbiorczo dla całej Polski, w województwie dolnośląskim w 2012 roku pracowało 50 specjalistów onkologii klinicznej, 64 chirurgów onkologicznych, 11 ginekologów onkologicznych, 28 patomorfologów, 38 specjalistów radioterapii onkologicznej i 41 specjalistów medycyny paliatywnej. Z taką liczbą specjalistów Dolnośląskie plasuje się blisko średnich wartości na 10 tys. mieszkańców, co – przy ogólnie zbyt małej liczbie lekarzy w Polsce, w tym szczególnie specjalistów z dziedziny onkologii – należy przyjąć jako informację o istotnym znaczeniu, gdyż niedobór kadr przy

dotychczasowych barierach organizacyjno-finansowych stanowi w Polsce „wąskie gardło” generujące kolejki do leczenia i tym samym wpływa na gorsze populacyjne wyniki leczenia. Przyszłe potrzeby w zakresie realizacji świadczeń onkologicznych, przy braku dodatkowych zasobów kadrowych, zwłaszcza przy dzisiejszej organizacji systemu, będą niemożliwe do zrealizowania.

W województwie dolnośląskim, wg danych CSiOZ z 2012 roku, było 487 łóżek onkologicznych, co daje 1,7 łóżka na 10 tys. mieszkańców, czyli więcej niż średnio w Polsce (1,3 łóżka na 10 tys. mieszkańców) – szczegóły w tabeli nr 4. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na to, że w trakcie prac nad raportem poproszono o dostęp do danych rejestrowych podmiotów zarejestrowanych w województwie dolnośląskim, z których wynika, że w województwie w 2014 roku było 561 łóżek onkologicznych, co jest pochodną aktualnych przepisów dotyczących rejestracji podmiotów leczniczych nie wg miejsca realizacji świadczeń, ale według siedziby podmiotu, który prowadzi działalność leczniczą. Z uwagi na obowiązujące prawo ograniczające dostęp do szczegółowych danych o podmiotach leczniczych w podziale na powiaty, uznano, że dane te nie będą prezentowane w raporcie w rozbiciu na podregiony (patrz dalej). Z kolei ze względu na to, że brak możliwości rzetelnej weryfikacji tych danych – w okresie prac nad raportem – bezpośrednio we wszystkich szpitalach województwa uniemożliwiał ich wykorzystanie do prezentacji prognoz potrzeb w zakresie liczby i lokalizacji łóżek w województwie w kolejnych latach, prace nad taką prognozą zostały wstrzymane. Niemniej w razie potrzeby ze strony interesariuszy systemu, a szczególnie decydentów szczebla wojewódzkiego lub krajowego, po uzupełnieniu i zweryfikowaniu poprawności danych, takie prace mogą zostać przeprowadzone a prognozy zaprezentowane.

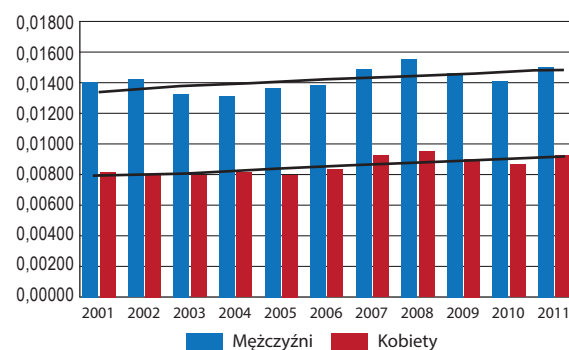
Województwo dolnośląskie w 2012 roku dysponowało 8 aparatami megawoltowymi (1/364 572 mieszkańców), 2 aparatami do brachyterapii (1/1 458 289 mieszkańców) oraz 1 prywatnym aparatem PET (1/2 916 577 mieszkańców). W 2013 roku liczba akceleratorów wzrosła do 9, co daje dostępność jednego aparatu dla 323 818 mieszkańców. Przy średniej dla Polski na poziomie 1/281 265 i optymalnej dostępności min. 1/250 000 tys. mieszkańców aktualny niedobór to 3–4 akceleratory. Ich zakup, niezależnie czy ze środków publicznych czy prywatnych, winien być poparty analizą potrzeb i umiejscowieniem w nowych niż dotychczas lokalizacjach.

Gdyby przyjąć za standard maksymalny (60 minut) dopuszczalny czas dojazdu komunikacją samochodową do ośrodka dysponującego aparaturą do radioterapii, który w swoich rekomendacjach zgłasza Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej, województwo dolnośląskie, podobnie jak wszystkie pozostałe województwa w Polsce, nie spełniałyby standardu dostępności radioterapii. Obecnie są one łatwo dostępne wyłącznie dla mieszkańców Wrocławia i Wałbrzycha oraz najbliższych okolic tych miast.

3.4.2 Województwo dolnośląskie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia chorób nowotworowych na lata 2015–2035

Współczynnik zapadalności wzrastał nierównomiernie w latach 2001–2011 w tempie średnio 0,7% rocznie dla mężczyzn i 1,4% dla kobiet.

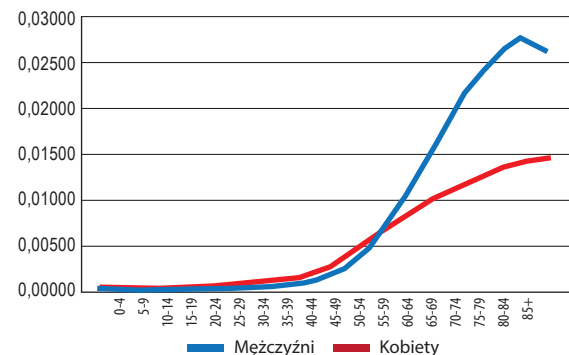
Wykres 105. Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie dolnośląskim w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Na bazie średniorocznego współczynnika wzrostu zapadalności z lat 2001–2011 została wyliczona struktura procentowa prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór złośliwy (C00–D09) w określonych grupach wiekowych populacji województwa dolnośląskiego. Taka struktura zapadalności została następnie wykorzystana do wyliczenia prognozy współczynnika zapadalności w latach 2012–2035.

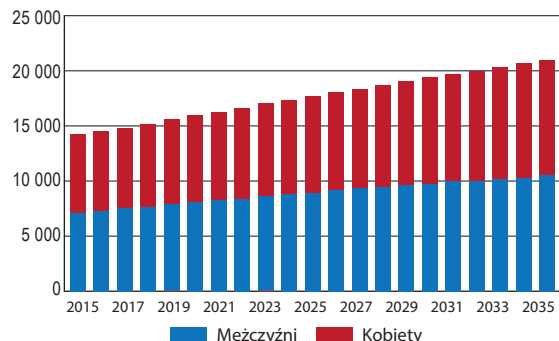
Wykres 106. Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie dolnośląskim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Zapadalność – prognoza liczby zachorowań

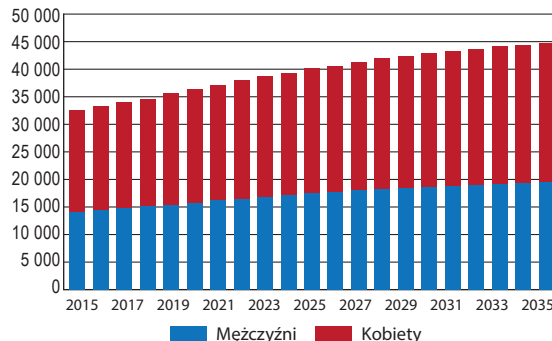
Wykres 107. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

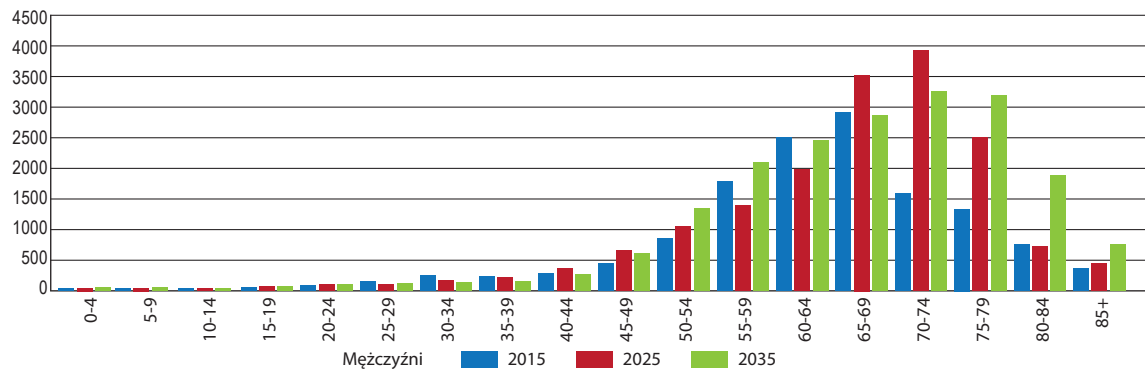
Chorobowość – prognoza liczby pacjentów

Wykres 108. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



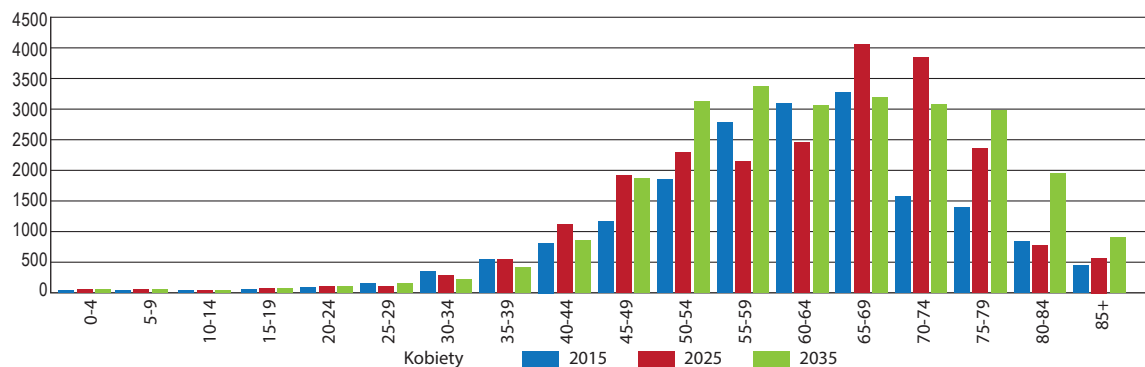
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

Wykres 109. Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

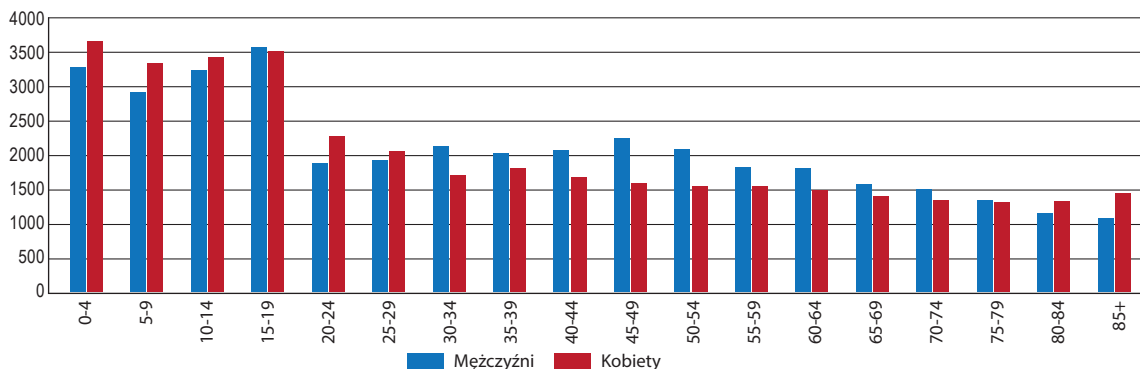
Wykres 110. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

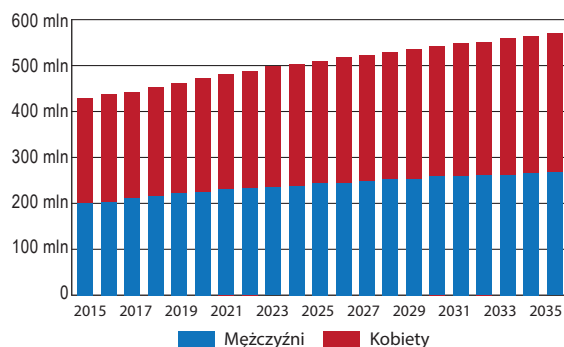
3.4.3 Województwo dolnośląskie – prognoza kosztów leczenia nowotworów – wariant *status quo*

Wykres 111. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.)



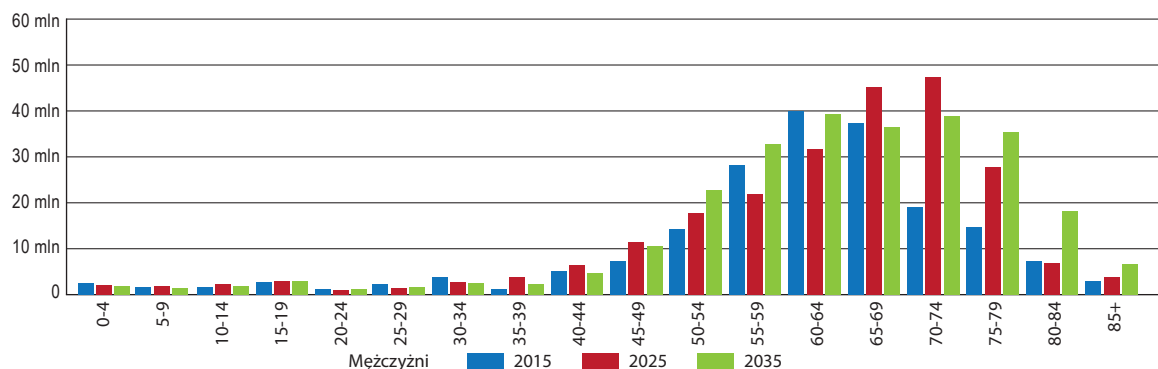
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 112. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.)



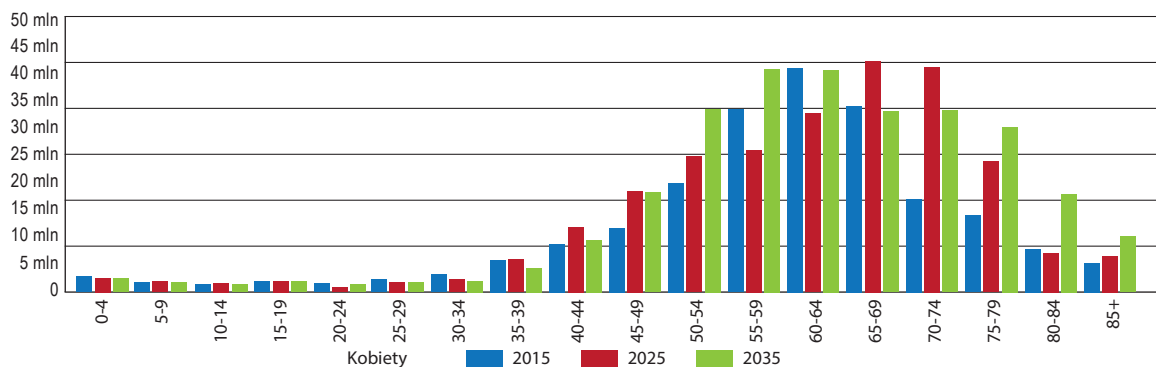
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 113. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 114. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

3.4.4 Województwo dolnośląskie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka jelita grubego na lata 2015–2035

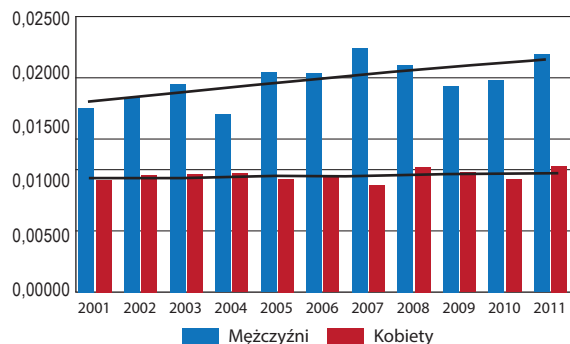
Nowotwory jelita grubego – stan obecny

Charakterystyka nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim.

Współczynnik zapadalności wzrastał nierównomiernie w latach 2001–2011 w tempie średnio 2,9% rocznie dla mężczyzn i 1,2% dla kobiet.

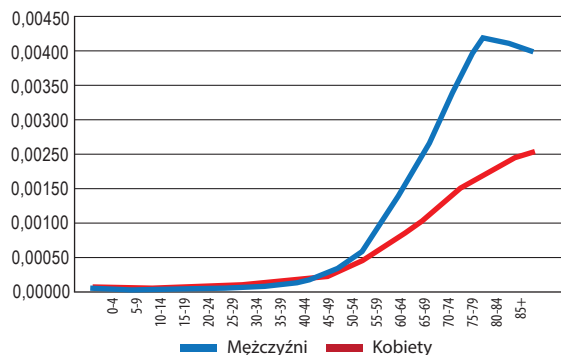
Na bazie średniorocznego współczynnika wzrostu zapadalności z lat 2001–2011 została wyliczona struktura procentowa prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór jelita grubego (C18–C21) w określonej grupie wiekowej populacji województwa dolnośląskiego. Taka struktura zapadalności została następnie wykorzystana do wyliczenia prognozy współczynnika zapadalności w latach 2012–2035.

Wykres 115. Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

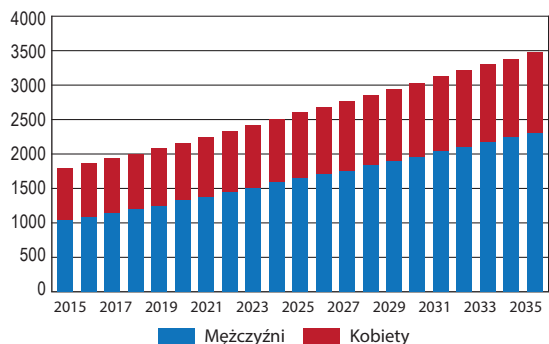
Wykres 116. Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Zapadalność – prognoza liczby zachorowań

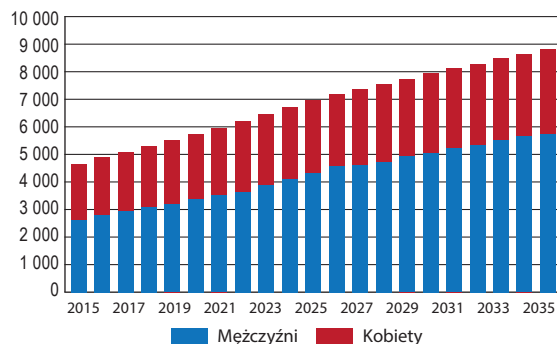
Wykres 117. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

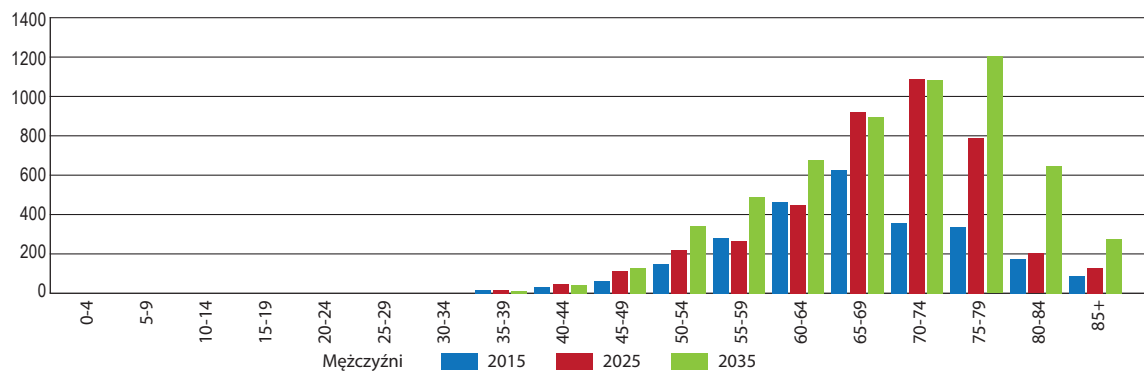
Chorobowość – prognoza liczby pacjentów

Wykres 118. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



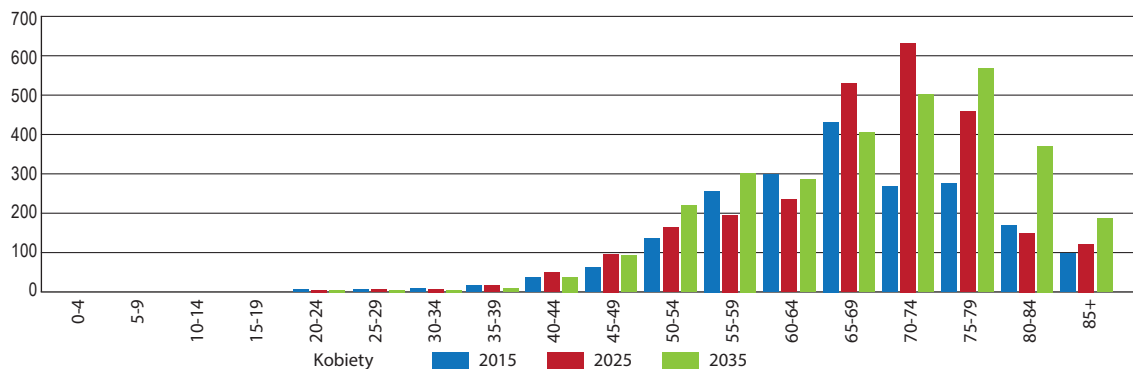
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

Wykres 119. Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

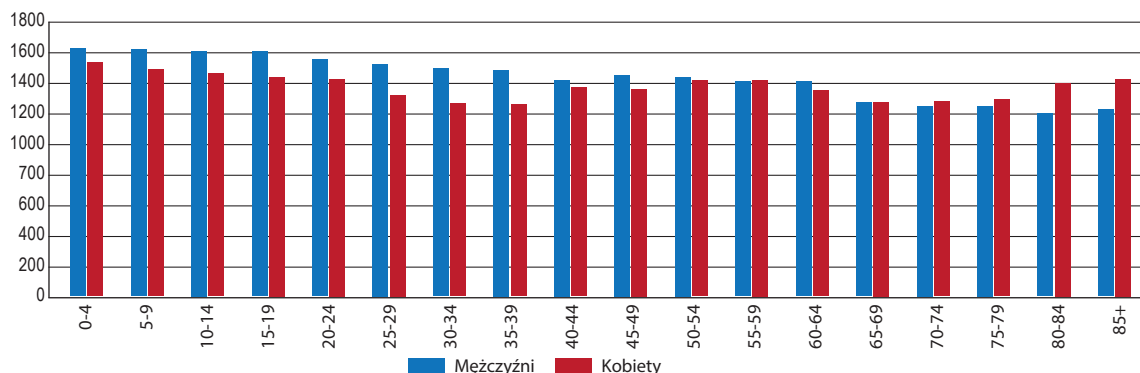
Wykres 120. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

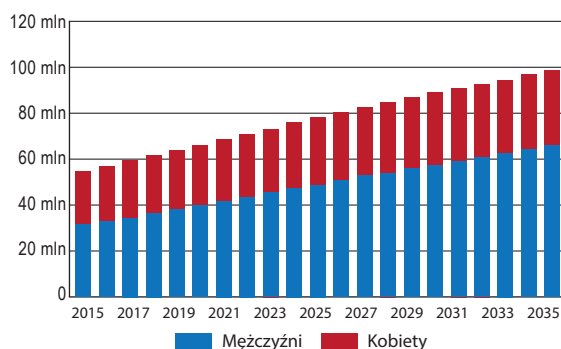
3.4.5 Województwo dolnośląskie – prognoza kosztów leczenia nowotworów jelita grubego – wariant *status quo*

Wykres 121. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.)



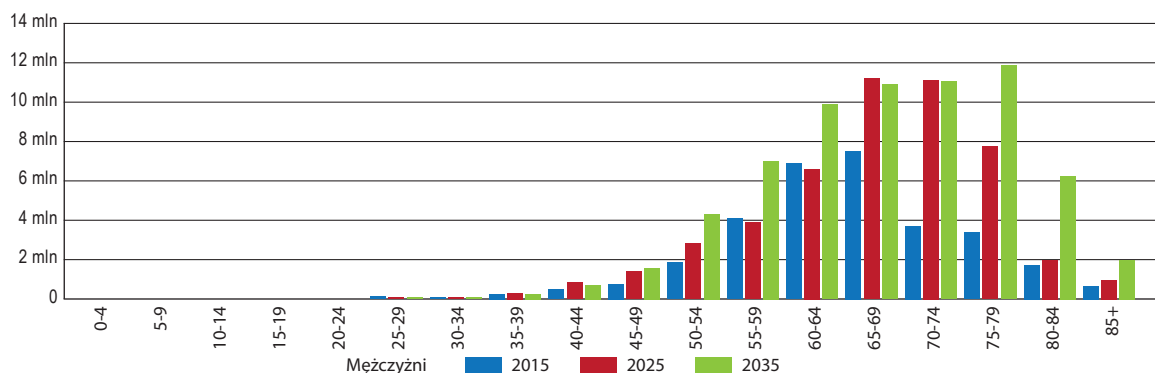
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 122. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.)



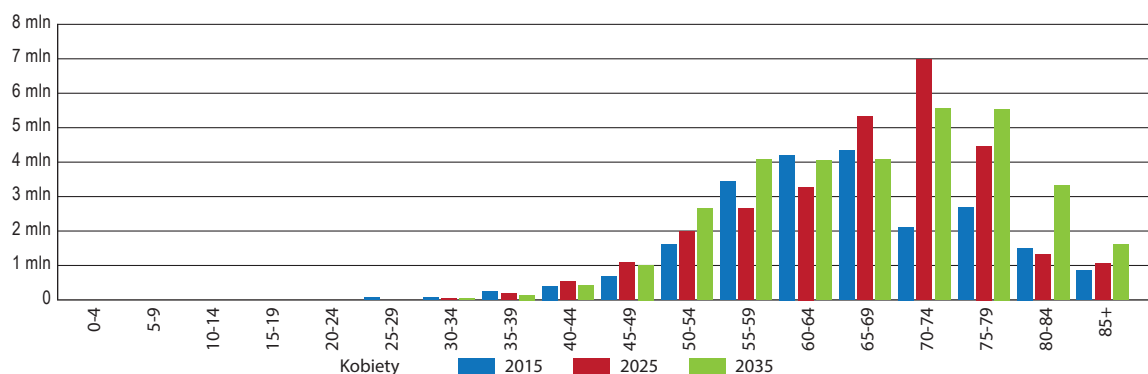
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 123. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 124. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

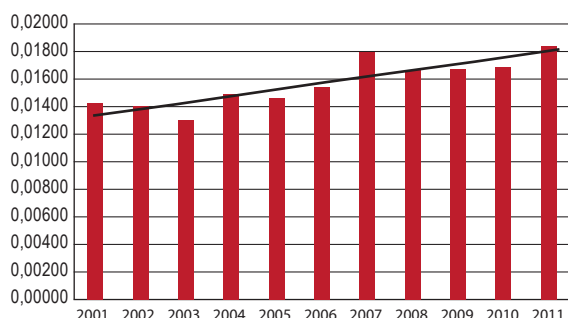
3.4.6 Województwo dolnośląskie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka piersi u kobiet na lata 2015–2035

Nowotwory piersi u kobiet – stan obecny

Charakterystyka nowotworów piersi (C50) w województwie dolnośląskim.

Współczynnik zapadalności wzrastał nierównomiernie w latach 2001–2011 w tempie średnio 2,8% dla kobiet.

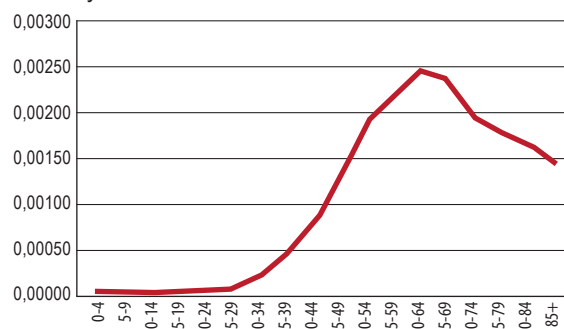
Wykres 125. Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w województwie dolnośląskim w latach 2001–2011 dla kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Na bazie średniorocznego współczynnika wzrostu zapadalności z lat 2001–2011 została wyliczona struktura procentowa prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór piersi (C50) w określonych grupach wiekowych populacji województwa dolnośląskiego. Taka struktura zapadalności została następnie wykorzystana do wyliczenia prognozy współczynnika zapadalności w latach 2012–2035.

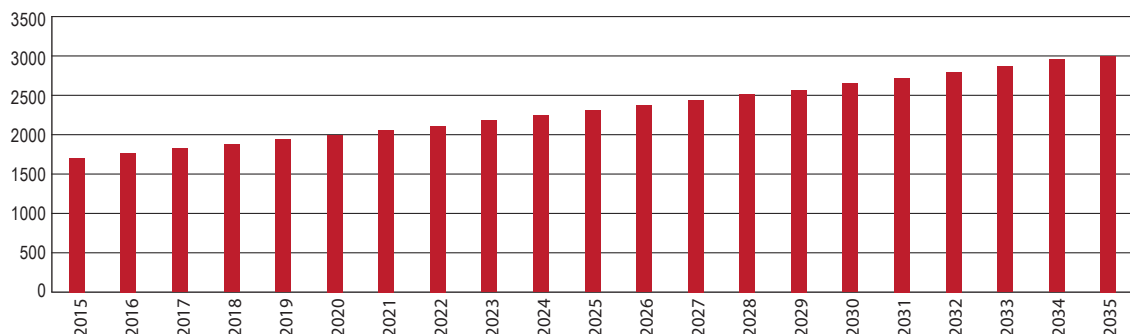
Wykres 126. Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w województwie dolnośląskim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Zapadalność – prognoza liczby zachorowań

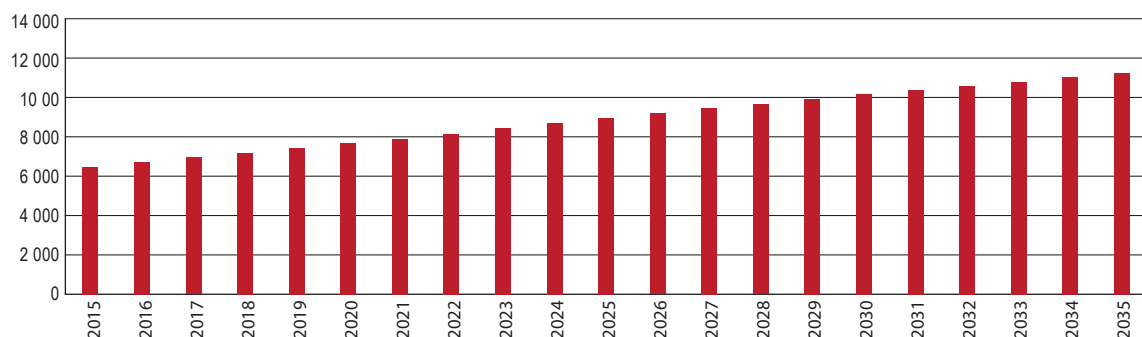
Wykres 127. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory piersi (C50) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

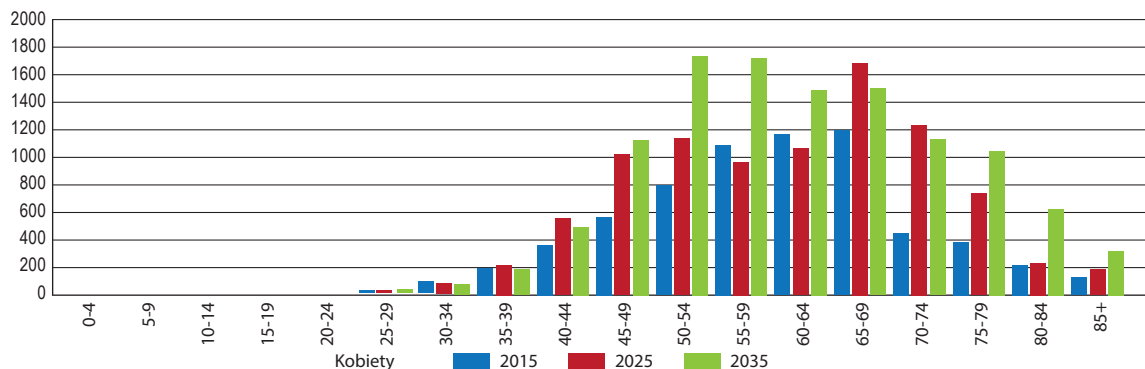
Chorobowość – prognoza liczby pacjentów

Wykres 128. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

Wykres 129. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych

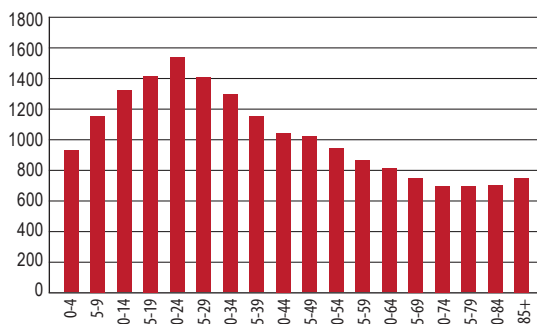


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

3.4.7 Województwo dolnośląskie

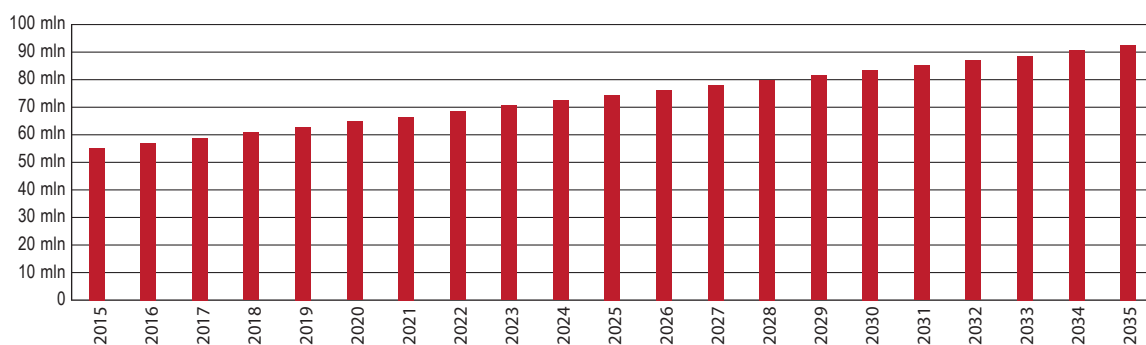
– prognoza kosztów leczenia nowotworów piersi – wariant *status quo*

Wykres 130. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów piersi (C50) w województwie dolnośląskim dla kobiet w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.)



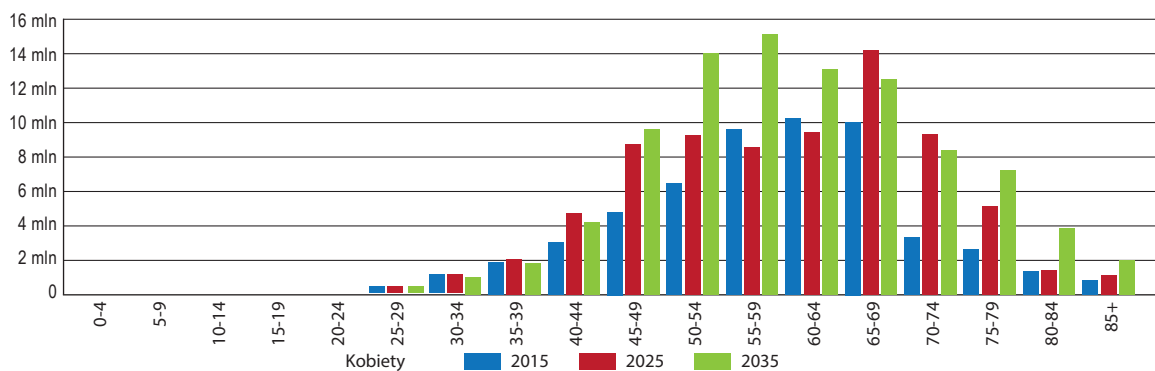
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 131. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów piersi (C50) w województwie dolnośląskim dla kobiet w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 132. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów piersi (C50) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

3.4.8 Województwo dolnośląskie – prognoza kosztów leczenia nowotworów i mapa potrzeb w poszczególnych podregionach

Mapa 13. Prognozowany wzrost liczby osób chorych na nowotwory złośliwe (C00–D09) na tle liczby mieszkańców w poszczególnych regionach województwa dolnośląskiego do 2035 r.

Podregion legnicko-głogowski

Powiaty: głogowski, górowski, legnicki, m. Legnica, lubiński, polkowicki.

	Liczba mieszkańców			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	213 061	204 510	190 485	1 910	2 392	2 601
kobiety	228 868	221 211	206 767	2 550	3 045	3 386
ogółem	441 929	425 721	397 252	4 460	5 437	5 987

Podregion jeleniogórski

Powiaty: bolesławiecki, jaworski, jeleniogórski, m. Jelenia Góra, kamiennogórski, lubański, lwówecki, zgorzelecki, zlotoryjski.

	Liczba mieszkańców			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	271 349	258 513	239 202	2 687	3 381	3 655
kobiety	290 526	274 982	253 839	3 637	4 398	4 771
ogółem	561 875	533 495	493 041	6 325	7 779	8 426

Podregion wrocławski

Powiaty: milicki, oleśnicki, oławski, strzebiński, średzki, trzebnicki, wołowski, wrocławski.

	Liczba mieszkańców			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	272 249	276 502	273 580	2 467	3 296	3 895
kobiety	284 141	289 175	286 808	3 244	4 174	4 995
ogółem	556 390	565 677	560 388	5 711	7 470	8 890

Podregion m. Wrocław

Powiaty: m. Wrocław.

	Liczba mieszkańców			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	290 006	287 979	283 838	3 657	4 436	5 061
kobiety	334 728	332 132	326 105	4 751	5 859	6 652
ogółem	624 734	620 111	609 943	8 409	10 295	11 713

Podregion wałbrzyski

Powiaty: dzierzoniowski, kłodzki, świdnicki, wałbrzyski, m. Wałbrzych, ząbkowicki.

	Liczba mieszkańców			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	310 580	291 438	266 363	2 994	3 656	3 935
kobiety	339 489	316 001	287 247	4 338	5 089	5 364
ogółem	650 069	607 439	553 610	7 333	8 745	9 299

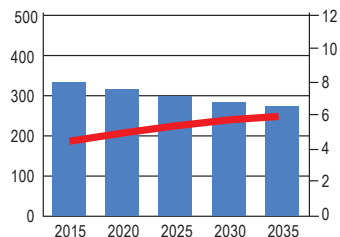


☒ Główne ośrodki onkologiczne

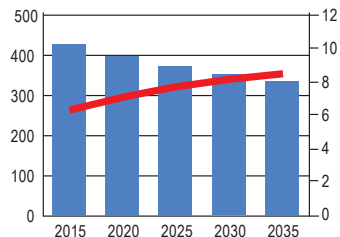
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i KRN

Mapa 14. Prognozowany wzrost liczby osób chorych na nowotwory złośliwe (C00–D09) na tle spadku liczby osób w wieku produkcyjnym (w tys.) w poszczególnych regionach województwa dolnośląskiego do 2035 r.

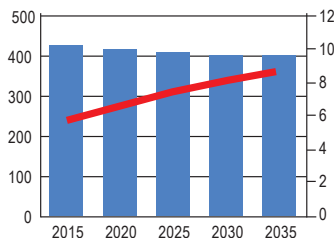
Podregion legnicko-głogowski



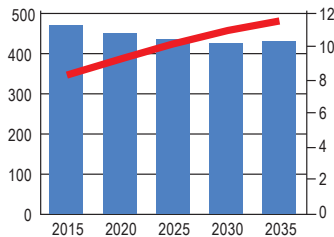
Podregion jeleniogórski



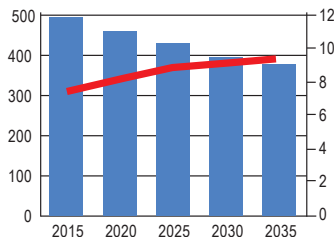
Podregion wrocławski



Podregion m. Wrocław



Podregion wałbrzyski



☒ Główne ośrodki onkologiczne

■ Liczba osób w wieku produkcyjnym

■ Liczba chorych onkologicznie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i KRN

Mapa 15. Prognozowany wzrost liczby zachorowań (zapadalność) oraz liczby chorych (chorobowość) na nowotwory złośliwe jelita grubego (C18–C21) i piersi (C50) w poszczególnych regionach województwa dolnośląskiego do 2035 r.

Podregion legnicko-głogowski

Nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD-10 C18-21)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	155	251	347	387	630	838
kobiety	110	146	178	251	307	356
ogółem	265	396	525	638	937	1 194

Nowotwory złośliwe piersi (ICD-10 C50)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
kobiety	260	353	452	951	1 298	1 604

Podregion jeleniogórski

Nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD-10 C18-21)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	204	330	463	541	859	1 145
kobiety	152	190	229	433	568	629
ogółem	355	521	692	974	1 427	1 773

Nowotwory złośliwe piersi (ICD-10 C50)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
kobiety	342	454	575	1 255	1 716	2 058

Podregion wrocławski

Nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD-10 C18-21)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	185	314	473	426	733	1 052
kobiety	130	174	226	346	479	576
ogółem	314	487	699	772	1 211	1 628

Nowotwory złośliwe piersi (ICD-10 C50)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
kobiety	306	445	618	1 107	1 607	2 174

Podregion m. Wrocław

Nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD-10 C18-21)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	229	343	487	679	1 064	1 466
kobiety	181	221	267	500	623	712
ogółem	410	564	754	1 179	1 688	2 178

Nowotwory złośliwe piersi (ICD-10 C50)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
kobiety	389	523	698	1 783	2 500	3 229

Podregion wałbrzyski

Nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD-10 C18-21)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	248	389	534	562	926	1 195
kobiety	189	230	271	512	653	685
ogółem	437	620	805	1 074	1 579	1 880

Nowotwory złośliwe piersi (ICD-10 C50)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
kobiety	413	535	663	1 496	1 950	2 325

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i KRN

Respektując zasadę, że już obecnie trzeba odpowiadać na przyszłe potrzeby pacjentów, zaprezentowane w raporcie prognozy epidemiologiczne oraz finansowe dotyczące diagnostyki i leczenia pacjentów jednoznacznie wskazują, że obciążenie rosnącą liczbą chorych na nowotwory w województwie dolnośląskim wymaga zmiany dotychczasowego podejścia do organizacji pracy i lokalizacji ośrodków zajmujących się leczeniem pacjentów onkologicznych. Zmniejszająca się, a jednocześnie starzejąca się, populacja w całym województwie, już w nadchodzącej dekadzie wymagać będzie łatwiejszego dostępu do świadczeń onkologicznych. Jest to możliwe pod warunkiem rozwoju kolejnych, co najmniej 2-3, ośrodków specjalizujących się w kompleksowym leczeniu raka piersi i raka jelita grubego, a być może także innych częstych nowotworów wyposażonych adekwatnie do standardów leczniczych. Nie muszą to być, rzecz jasna, kompletnie

nowe szpitale. Wprost przeciwnie: wskazane byłoby, aby wykorzystać już istniejące, pod warunkiem konsekwentnie zrealizowanego planu zbudowania ich kompetencji w zakresie leczenia pacjentów onkologicznych przez kierowanie publicznych i prywatnych środków na niezbędne inwestycje oraz rozwój kadr. Tempo ich rozwoju oraz docelową wielkość należy dostosować do prognoz potrzeb, a lokalizacja winna uwzględniać zasadę równego dostępu i niwelowania istniejących różnic w obrębie województwa. Ośrodki te, a więc nowe BCU i CCU, a także specjalizujące się w leczeniu innych częstych nowotworów w nadchodzącej dekadzie muszą – wraz z centrami szybkiej diagnostyki oraz istniejącymi obecnie specjalistycznymi szpitalami leczącymi pacjentów onkologicznych – stworzyć wojewódzką sieć onkologiczną na miarę rosnących potrzeb w zakresie diagnostyki i leczenia populacji województwa dolnośląskiego.

3.5 Województwo mazowieckie – prognoza i mapa potrzeb w zakresie leczenia chorób nowotworowych na lata 2015–2035

3.5.1 Stan obecny

Nowotwory ogółem – stan obecny

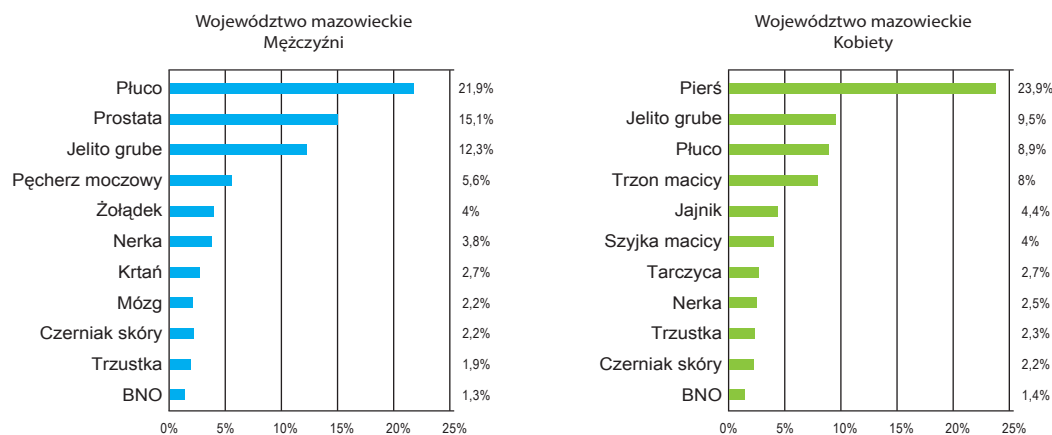
Charakterystyka nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim.

Wg KRN struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w populacji województwa mazowieckiego w przypadku mężczyzn różni się od ogólnopolskiej częstszym występowaniem raka płuca (21,9% w stosunku do 20,3%) oraz raka prostaty (15,1% w stosunku do 14,4%), rzadszym raka pęcherza moczowego (5,6% w stosunku do 6,7%) oraz żołądka (4,0% w stosunku do 4,9%). Kolejność najczęstszych nowotworów rejestrowanych u mężczyzn w województwie mazowieckim jest niemal identyczna jak w strukturze ogólnopolskiej z wyjątkiem czerniaka skóry (jest na 8 miejscu, podczas gdy w strukturze ogólnopolskiej jest on poza pierwszą dziesiątką), raka mózgu, raka trzustki i białaczek (w województwie mazo-

wieckim są one poza pierwszą dziesiątką najczęstszych nowotworów). W przypadku kobiet kolejność częstości występowania pierwszych trzech jest taka sama, jak kolejność dla populacji kobiet w Polsce, jednak z częstszym występowaniem raka piersi (23,9% w stosunku do 22,8% w Polsce) i płuca (8,9% w stosunku do 8,7%) oraz rzadszym raka jelita grubego (odpowiednio 9,6% w stosunku do 10,0%). Wśród najczęstszych 10 nowotworów u kobiet zamieszkujących województwo mazowieckie znajduje się także czerniak skóry (2,2%).

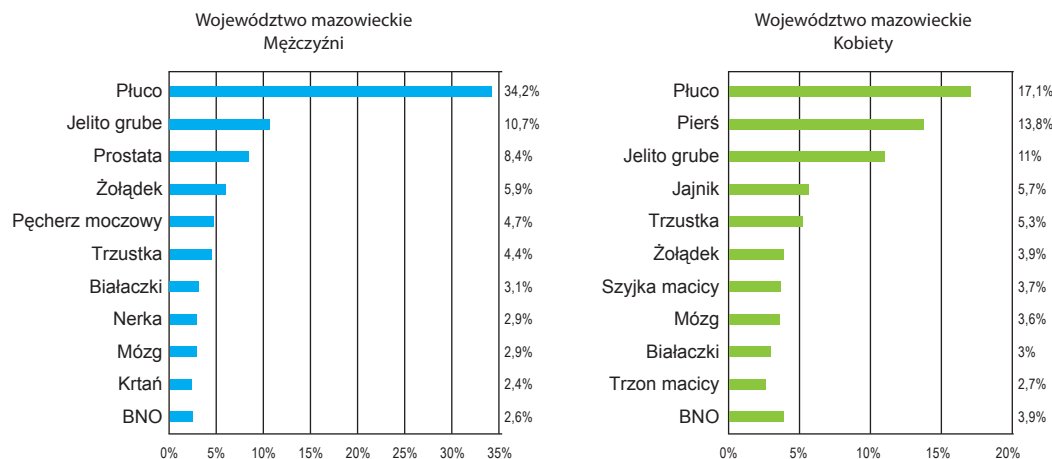
Struktura zgonów z powodu nowotworów w województwie mazowieckim odbiega nieznacznie od struktury ogólnopolskiej. W przypadku mężczyzn mniejszy procentowy udział w zgonach stanowią nowotwory jelita grubego (10,7% w stosunku do 11,4% w Polsce) i żołądka (5,9% w stosunku do 6,7%), ale większy mają nowotwory płuca (34,2% w stosunku do 31% w Polsce), prostaty (8,4% w stosunku do 7,9%). W przypadku kobiet obserwujemy także większy procentowy udział w zgonach kobiet z powodu nowotworów w przypadku raka płuca (17,1% w stosunku do 15,4%) i raka piersi (odpowiednio 13,8% i 13,4%) oraz mniejszą w przypadku raka jelita grubego (11% w stosunku do 11,8%). Zaprezentowana struktura wydatków NFZ na leczenie nowotworów o najwyższych wartościach w wojewódz-

Wykres 133. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie mazowieckim w 2011 r.



Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 48, Centrum Onkologii–Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

Wykres 134. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w województwie mazowieckim w 2011 r.



Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, str. 78, Centrum Onkologii–Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013

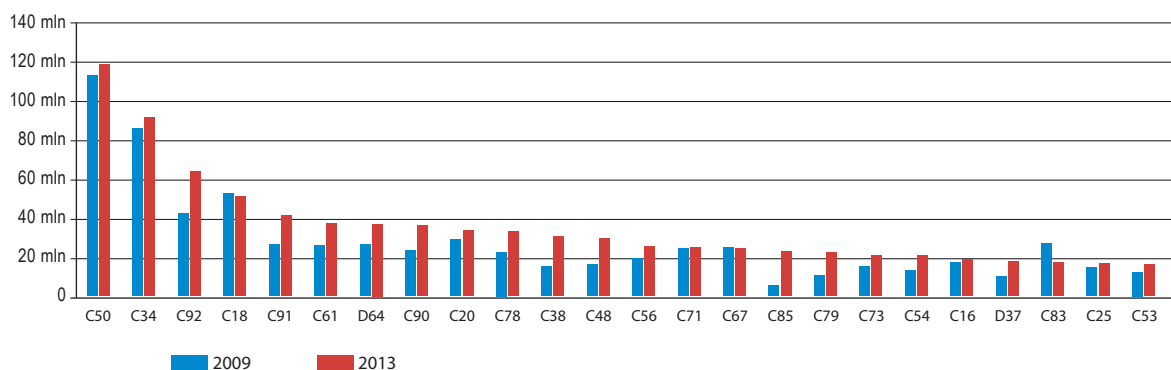
Tabela 83. Nowotwory o najwyższych kosztach* leczenia w latach 2009 i 2013 wg rozpoznań w województwie mazowieckim

Nazwa nowotworu	Rozpoznanie	2009	2013
nowotwór złośliwy piersi	C50	113 247 751	119 472 045
nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	C34	86 236 370	91 959 729
białaczk szpikowa	C92	43 087 115	64 316 087
nowotwór złośliwy jelita grubego	C18	52 952 140	51 795 922
białaczk limfatyczna	C91	26 910 705	41 616 072
nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	C61	26 647 112	37 756 611
nowotwór złośliwy nerki, z wyjątkiem miedniczki nerkowej	C64	27 200 134	37 657 605
szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych	C90	23 994 269	36 669 732
nowotwór złośliwy odbytnicy	C20	29 768 798	34 548 485
wtórne nowotwory złośliwe układu oddechowego i trawiennego	C78	23 203 269	34 028 656
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej	D38	15 869 380	31 349 059
nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej	C48	16 895 782	30 153 136
nowotwór złośliwy jajnika	C56	20 176 408	26 143 193
nowotwór złośliwy mózgu	C71	24 969 675	25 470 444
nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	C67	25 782 493	25 293 987
inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych	C85	5 865 511	24 038 113
wtórny nowotwór złośliwy innych umiejscowień	C79	10 884 981	22 794 382
nowotwór złośliwy tarczycy	C73	15 493 705	21 661 745
nowotwór złośliwy trzonu macicy	C54	13 650 786	21 535 738
nowotwór złośliwy żołądka	C16	17 667 323	19 193 022
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych	D37	10 879 726	18 427 170
chłoniaki nieziarnicze rozlane	C83	27 543 418	18 050 262
nowotwór złośliwy trzustki	C25	15 091 957	17 527 724
nowotwór złośliwy szyjki macicy	C53	12 840 420	16 932 250

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wykres 135. Nowotwory o najwyższych kosztach* leczenia w latach 2009 i 2013 wg rozpoznań w województwie mazowieckim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

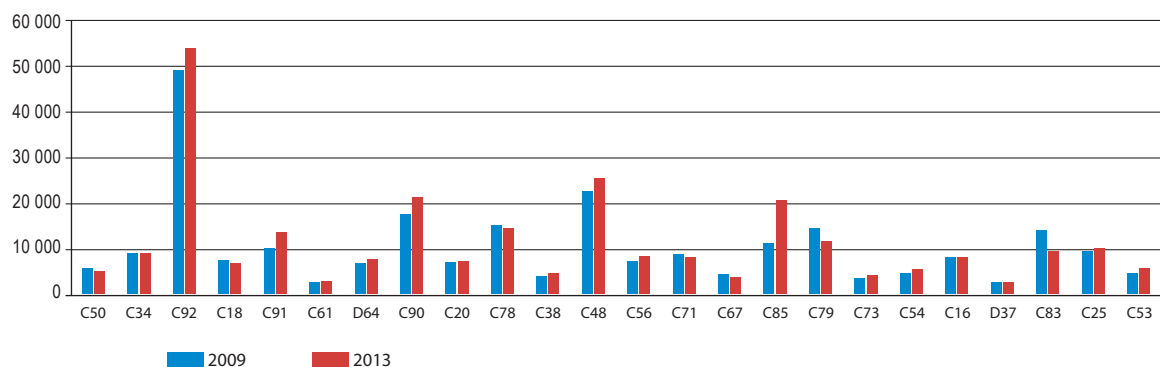
Tabela 84. Nowotwory o najwyższych kosztach* leczenia ogółem w przeliczeniu na pacjenta w latach 2009 i 2013 wg rozpoznai w woj. mazowieckim i w Polsce

Nazwa nowotworu	Rozpoznanie	Województwo mazowieckie		Polska		% udział kosztów w województwie do średniego kosztu w Polsce w 2013 r.
		2009	2013	2009	2013	
nowotwór złośliwy piersi	C50	5 220	4 656	4 712	4 484	104%
nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	C34	8 364	8 678	8 469	8 327	104%
białaczka szpikowa	C92	48 522	53 286	40 798	52 997	101%
nowotwór złośliwy jelita grubego	C18	7 002	6 204	6 498	5 895	105%
białaczka limfatyczna	C91	9 923	13 224	8 456	10 729	123%
nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	C61	2 150	2 529	2 516	2 838	89%
nowotwór złośliwy nerki, z wyjątkiem miedniczki nerkowej	C64	6 349	7 413	4 437	5 548	134%
szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych	C90	17 005	20 847	12 006	17 026	122%
nowotwór złośliwy odbytnicy	C20	6 648	6 837	6 912	6 876	99%
wtórne nowotwory złośliwe układu oddechowego i trawiennego	C78	14 855	14 173	7 293	8 995	158%
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej	D38	3 607	4 355	3 170	3 228	135%
nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej	C48	22 231	24 941	11 577	15 938	156%
nowotwór złośliwy jajnika	C56	6 798	7 778	6 513	6 609	118%
nowotwór złośliwy mózgu	C71	8 447	7 960	6 970	6 851	116%
nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	C67	3 895	3 378	4 049	3 551	95%
inne i nieokreślone postacie chłoniaków niezziarniczych	C85	10 723	20 217	10 011	15 308	132%
wtórny nowotwór złośliwy innych umiejscowień	C79	14 081	11 223	6 314	8 927	126%
nowotwór złośliwy tarczycy	C73	3 375	3 671	2 943	2 989	123%
nowotwór złośliwy trzonu macicy	C54	4 143	5 253	4 026	4 506	117%
nowotwór złośliwy żołądka	C16	7 579	7 410	7 149	7 884	94%
nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych	D37	2 337	2 423	2 231	2 118	114%
chłoniaki niezziarnicze rozlane	C83	13 456	9 098	10 400	9 170	99%
nowotwór złośliwy trzustki	C25	9 169	9 631	8 315	7 576	127%
nowotwór złośliwy szyjki macicy	C53	4 420	5 350	4 189	4 632	116%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wykres 136. Nowotwory o najwyższych kosztach* leczenia ogółem w przeliczeniu na pacjenta w latach 2009 i 2013 wg rozpoznai w woj. mazowieckim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

twie mazowieckim odpowiada strukturze występowania tych nowotworów w województwie, ale – jak widać z danych w tabeli porównującej wartość świadczeń w przeliczeniu na pacjenta – różni się w stosunku do średnich kosztów leczenia pacjentów z takimi samymi rozpoznaniem w Polsce. W województwie mazowieckim pacjenci 5 z 24 najwyższych wartościowo rozpoznania nowotworów leczeni są z wykorzystaniem kwot nieznacznie niższych od 1% (nowotwór złośliwy odbytnicy i chłoniaki niezziarnicze) do 16% (nowotwory żołądka). Na leczenie pacjentów z rozpoznanymi 19 pozostałymi nowotworami w województwie mazowieckim przeznaczają się od kilku do nawet 58% więcej na pacjenta niż średnio w Polsce. Największe różnice

dotyczą kosztów leczenia pacjentów z nowotworem złośliwym przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej oraz wtórnymi nowotworami układu oddechowego i trawiennego.

W 2013 roku wartość świadczeń z zakresów onkologicznych zrealizowanych na rzecz pacjentów onkologicznych leczonych w województwie mazowieckim wyniosła 1 353 288 944 zł, co stanowiło 18% ogółu wydatków NFZ na ten cel. W tej sumie na leczenie pacjentów z nowotworami złośliwymi mieści się kwota 1 005 681 006 zł, co także stanowi 18% ogółu wydatków na ten cel. Na jednego pacjenta z nowotworami złośliwymi – z ogólnej liczby 160 696 takich pacjen-

Tabela 85. Wartość świadczeń* na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w latach 2009–2013 wg wieku i płci w województwie mazowieckim

Grupa wiekowo-płciowa	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
Mężczyźni	121%	4 024	4 129	4 143	4 034	3 907	120%
0-4	133%	4 400	3 963	3 568	3 585	3 613	111%
5-9	103%	3 407	2 787	2 498	3 069	2 692	83%
10-14	93%	3 080	2 862	2 240	1 981	2 016	62%
15-19	82%	2 713	3 037	2 678	2 677	2 402	74%
20-24	82%	2 733	3 231	2 859	2 366	2 924	90%
25-29	98%	3 244	2 771	2 450	2 278	2 288	70%
30-34	99%	3 284	2 829	2 924	2 513	2 767	85%
35-39	106%	3 513	3 474	2 925	3 023	3 116	96%
40-44	109%	3 635	3 666	3 647	3 205	3 220	99%
45-49	152%	5 034	4 864	4 755	4 804	3 983	122%
50-54	164%	5 460	5 804	5 844	5 640	5 407	166%
55-59	166%	5 501	5 577	5 809	5 696	5 355	164%
60-64	149%	4 956	5 341	5 532	5 618	5 414	166%
65-69	150%	4 967	4 958	4 960	4 818	4 784	147%
70-74	119%	3 936	4 278	4 502	4 254	4 204	129%
75-79	95%	3 150	3 399	3 546	3 485	3 321	102%
80-84	66%	2 183	2 287	2 470	2 496	2 437	75%
85+	52%	1 723	1 827	1 802	1 767	1 756	54%
Kobiety	87%	2 887	3 091	3 026	2 930	2 869	88%
0-4	81%	2 687	3 093	2 892	2 874	2 601	80%
5-9	104%	3 458	3 020	2 727	2 285	2 580	79%
10-14	77%	2 547	3 082	1 950	1 815	1 656	51%
15-19	52%	1 710	1 817	1 616	1 404	1 391	43%
20-24	49%	1 622	1 871	1 699	1 510	1 572	48%
25-29	53%	1 744	1 780	1 736	1 594	1 536	47%
30-34	59%	1 956	1 950	2 155	2 124	1 846	57%
35-39	74%	2 463	2 343	2 073	2 050	1 989	61%
40-44	83%	2 767	2 640	2 689	2 380	2 201	67%
45-49	88%	2 917	3 081	2 626	2 666	2 638	81%
50-54	93%	3 102	3 475	3 332	3 279	3 277	100%
55-59	107%	3 558	3 898	3 982	3 777	3 683	113%
60-64	105%	3 495	3 778	3 887	3 803	3 772	116%
65-69	102%	3 386	3 402	3 490	3 409	3 427	105%
70-74	92%	3 050	3 524	3 435	3 378	3 282	101%
75-79	83%	2 759	3 043	2 982	3 010	2 952	91%
80-84	65%	2 173	2 404	2 606	2 550	2 469	76%
85+	68%	2 257	2 397	2 218	2 210	2 148	66%
Razem mazowieckie	100%	3 320	3 489	3 448	3 346	3 262	100%
Zmiana % rok do roku			5,1%	-1,2%	-3,0%	-2,5%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

tów leczonych w 2013 roku – wydano średnio 6258 zł, co stanowi 113% kwoty 5517 zł wydawanej średnio w Polsce na diagnostykę i leczenie pacjenta z nowotworem złośliwym. Licząc wydatki na te świadczenia *per capita* (na mieszkańca województwa mazowieckiego) w 2013 roku przeznaczono 162 zł, co stanowi 114,3% średnich wydatków *per capita* w Polsce na leczenie pacjentów ze złośliwymi chorobami nowotworowymi. Dane dotyczące wydatków NFZ na leczenie nowotworów znajdują się w rozdziale 1.2 Walka z rakiem

i opieka onkologiczna – organizacja, zasoby i poziom finansowania oraz w załączniku nr 1 poświęconym finansowaniu wybranych nowotworów.

W tej tabeli warto zwrócić uwagę na to, że w województwie mazowieckim średnio na osobę, niemal w każdej grupie wiekowej, niezależnie od płci, wydatki na leczenie w przeliczeniu na pacjenta w 2013 roku były wyższe niż średnio na osoby w tej samej grupie wiekowo-płciowej w Polsce. Jest to odzwierciedleniem

Tabela 86. Wartość świadczeń* na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w latach 2009–2013 wg wieku i płci w województwie mazowieckim i porównanie do danych z Polski z 2013 r.

Grupa wiekowo-płciowa	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013	Polska	% udział kosztów w województwie do średniego kosztu w Polsce w 2013 r.
Mężczyźni	106%	6 158	6 376	6 562	6 601	6 576	105%	5 902	111%
0-4	370%	21 577	19 842	20 353	22 593	21 914	350%	18 795	117%
5-9	187%	10 886	9 322	8 813	13 197	13 828	221%	15 053	92%
10-14	217%	12 647	12 004	9 626	9 278	11 431	183%	13 398	85%
15-19	189%	11 041	13 246	12 540	14 126	14 397	230%	14 713	98%
20-24	164%	9 559	11 293	10 468	9 063	13 566	217%	8 802	154%
25-29	169%	9 888	8 184	7 160	7 106	8 451	135%	8 441	100%
30-34	151%	8 790	7 629	8 031	7 424	8 928	143%	7 333	122%
35-39	140%	8 197	8 557	7 434	8 172	8 766	140%	7 634	115%
40-44	137%	8 000	8 135	8 469	7 339	8 725	139%	8 366	104%
45-49	164%	9 579	9 433	9 425	10 405	8 883	142%	8 411	106%
50-54	152%	8 892	9 818	10 183	10 080	10 006	160%	8 558	117%
55-59	138%	8 037	8 408	8 985	9 047	8 653	138%	7 698	112%
60-64	119%	6 964	7 449	7 850	8 267	8 119	130%	6 996	116%
65-69	113%	6 608	6 659	6 751	6 794	6 763	108%	5 831	116%
70-74	84%	4 919	5 397	5 895	5 550	5 641	90%	5 097	111%
75-79	66%	3 871	4 163	4 366	4 361	4 224	67%	3 910	108%
80-84	44%	2 538	2 655	2 949	2 987	2 982	48%	2 887	103%
85+	34%	1 975	2 055	2 106	2 085	2 054	33%	2 152	95%
Kobiety	95%	5 565	5 999	6 021	5 956	6 004	96%	5 208	115%
0-4	273%	15 905	21 125	20 625	19 304	20 080	321%	18 370	109%
5-9	255%	14 869	11 562	10 906	10 667	14 074	225%	13 651	103%
10-14	178%	10 413	14 903	8 860	9 436	10 883	174%	11 932	91%
15-19	155%	9 039	9 891	10 028	9 055	9 959	159%	10 672	93%
20-24	130%	7 573	8 360	9 518	9 282	11 178	179%	8 064	139%
25-29	122%	7 097	7 419	7 644	7 138	7 958	127%	7 204	110%
30-34	116%	6 794	7 013	8 282	8 586	7 938	127%	6 550	121%
35-39	142%	8 281	7 357	6 834	7 209	7 516	120%	6 971	108%
40-44	146%	8 536	8 217	8 277	7 355	7 329	117%	6 896	106%
45-49	128%	7 472	8 063	6 977	7 347	7 849	125%	6 689	117%
50-54	112%	6 520	7 334	7 160	7 288	7 432	119%	6 506	114%
55-59	109%	6 382	6 885	7 159	6 867	6 811	109%	5 853	116%
60-64	96%	5 599	6 083	6 449	6 442	6 412	102%	5 427	118%
65-69	89%	5 210	5 151	5 473	5 389	5 521	88%	4 759	116%
70-74	75%	4 403	5 109	5 085	5 115	5 090	81%	4 417	115%
75-79	67%	3 901	4 340	4 315	4 422	4 465	71%	3 856	116%
80-84	47%	2 750	3 192	3 482	3 518	3 500	56%	3 240	108%
85+	48%	2 772	3 041	2 826	2 858	2 786	45%	2 772	101%
Razem mazowieckie	100%	5 835	6 169	6 264	6 243	6 258	100%	5 517	113%
Zmiana % rok do roku			5,7%	1,5%	-0,3%	0,2%			

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

struktury świadczeń realizowanych w województwie, w tym na rzecz pacjentów z chorobami nowotworowymi, przyjeżdżającymi do Warszawy z całej Polski.

Z ogólnej kwoty 1 005 681 006 zł przeznaczonej na leczenie nowotworów złośliwych blisko 193 mln zł przeznaczono na leczenie chorych spoza województwa mazowieckiego. Wśród pacjentów spoza województwa najczęściej przeznaczono na leczenie pacjentów z sąsiadujących województw łódzkiego, lubelskiego i podlaskiego. W tej grupie na pierwszych trzech miejscach znajdują się świadczenia realizowane na rzecz pacjentów z sąsiadujących województw, które mają łatwy i dobrej jakości system komunikacji międzywojewódzkiej, a jednocześnie różny stopień rozwoju leczniczej bazy onkologicznej. I choć w wymienionych województwach w ostatnich latach poczyniono duże inwestycje w rozwój bazy leczniczej i mimo że posiadają one wysokiej jakości zasoby kadrowe do leczenia nowotworów – to jednak dość liczna grupa pacjentów z tych województw decyduje się na leczenie w Warszawie i innych mniejszych ośrodkach województwa mazowieckiego.

Kolejna tabela prezentuje wartość kontraktów na wszystkie zakresy onkologiczne dostępne w województwie mazowieckim. Widać z niej wyraźnie, że dostępność do świadczeń onkologicznych, diagnostycznych i leczniczych w województwie jest pochodną wartości kontraktów na te świadczenia. Podobnie jak w województwie dolnośląskim, wartość ta w wielu podmiotach leczniczych stanowi marginalną część całego kontraktu, co może przekładać się – i zapewne przekłada się – także na niższą jakość oferowanych tam świadczeń. Przy niskiej wartości kontraktów na zakresy onkologiczne, które pozwalają na wykonanie niewielkiej liczby zabiegów w ciągu całego roku, nie sposób nabyć doświadczenia, by można było odpowiedzialnie twierdzić, iż w danym ośrodku pacjenci onkologiczni uzyskują świadczenia na dobrym poziomie. Struktura świadczeń z zakresów onkologicznych w województwie mazowieckim jest bardzo dobrym przykładem, aby zobrazować zbyt silną koncentrację specjalistycznych świadczeń onkologicznych niemal wyłącznie w Warszawie oraz nadmierne rozdrobnienie świadczeń z zakresu AOS i niektórych szpitalnych, które choć dzięki temu są łatwiej dostępne dla pacjentów, nie zawsze są wykonywane na odpowiednio dobrym poziomie.

Tabela 87. Wartość świadczeń* na rzecz pacjentów spoza województwa z nowotworami złośliwymi (C00–D09) zrealizowanych w latach 2009–2013 w województwie mazowieckim

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	3%	4 228 956	4 912 719	5 760 466	5 623 207	6 682 726	3%
kujawsko-pomorskie	5%	7 057 015	7 365 705	7 324 329	9 911 585	8 646 784	4%
lubelskie	14%	19 997 653	21 418 314	26 829 716	28 885 794	30 592 630	16%
lubuskie	2%	2 228 738	3 194 113	2 951 797	3 762 119	4 240 956	2%
łódzkie	14%	20 283 868	21 616 347	24 047 472	26 223 050	25 975 669	13%
małopolskie	3%	4 592 772	5 304 853	6 081 414	7 683 171	7 982 078	4%
opolskie	1%	1 819 153	1 555 449	1 955 281	2 034 905	2 034 672	1%
podkarpackie	7%	9 720 511	11 833 729	11 576 131	12 429 385	13 977 879	7%
podlaskie	10%	13 707 208	13 772 588	15 795 409	18 771 390	20 511 998	11%
pomorskie	4%	5 837 576	5 998 680	5 771 437	6 841 704	7 708 266	4%
śląskie	5%	7 648 750	9 242 177	9 699 715	10 783 977	11 141 173	6%
świętokrzyskie	6%	8 493 028	9 427 129	10 810 724	11 970 472	10 860 390	6%
warmińsko-mazurskie	12%	16 412 653	17 656 990	17 688 574	18 612 063	19 526 146	10%
wielkopolskie	5%	7 101 726	7 668 644	7 668 508	10 401 292	10 499 037	5%
zachodniopomorskie	4%	6 006 532	5 258 499	5 724 729	7 307 999	6 959 958	4%
Pozostałe**	4%	5 443 025	5 649 940	4 905 754	5 261 344	5 410 200	3%
Razem	100%	140 581 170	151 877 887	164 593 465	186 505 470	192 752 575	100%
Zmiana % rok do roku			8,0%	8,4%	13,3%	3,3%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych

**Pacjenci bez stałego zameldowania na terytorium Polski, ew. błędy w raportowaniu do NFZ lub inne nieokreślone przyczyny.

Tabela 88. Świadczeniodawcy z województwa mazowieckiego świadczący usługi medyczne (kontraktowe produkty onkologiczne) na rzecz pacjentów onkologicznych wg wartości umów z NFZ w 2013 r.

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość kontraktowych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	Warszawa	12 365 764	340 982 225	7 925 888	1 477 024		362 750 900	408 547 731	89%
Instytut Hematologii i Transfuzjologii	Warszawa	2 429 625	69 826 282	3 185 564			75 441 471	116 193 219	65%
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny	Warszawa	1 462 138	62 490 988	6 341 320			70 294 446	293 472 274	24%
Wojskowy Instytut Medyczny	Warszawa	1 848 655	47 231 076	510 112	149 382		49 739 225	306 751 376	16%
Centrum Medyczne „Zdrowie” Szpital oraz przychodnia Mazowieckiego Szpitala Onkologicznego	Warszawa	926 714	47 218 953		27 640	1 360	48 174 667	51 652 516	93%
Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie	Warszawa	910 326	15 885 372	22 596 208	201 784		39 593 690	191 297 164	21%
NZOZ Magodent	Warszawa	1 875 787	33 020 658		124 942		35 021 386	51 779 503	68%
Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie	Warszawa	1 364 319	18 993 031	6 463 350	235 237		27 055 937	271 653 084	10%
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	Warszawa			20 483 376	455 582		20 938 958	20 938 958	100%
Sp. z o.o. Kliniki Neurochirurgii	Warszawa			18 226 800			18 226 800	18 226 800	100%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu	Radom	1 007 278	14 850 030	535 656	338 870		16 731 834	137 597 618	12%
Euromedic Mazowieckie Centrum Medyczne	Praga Południe			16 121 200			16 121 200	16 121 200	100%
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	Ciechanów	464 727	6 566 144	4 934 304		1 086 755	13 051 930	95 967 422	14%
Siedlecki Szpital Specjalistyczny	Siedlce	366 618	9 230 080	1 632 672			11 229 370	106 409 708	11%
Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny	Warszawa Śródmieście	301 344	10 170 237	450			10 472 031	97 472 743	11%
Instytut Matki i Dziecka	Warszawa	531 476	7 391 291	1 245 240	1 008 659		10 176 666	59 687 188	17%
NZOZ „Diaverum” Warszawa Białobrzaska	Warszawa			9 340 834			9 340 834	17 973 896	52%
Europejskie Centrum Zdrowia Otwock Szpital im. F. Chopina	Otwock	204 876	7 562 342		73 740		7 840 958	21 871 035	36%
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ZZLO i Ż im. Duńskiego Czerwonego Krzyża	Maków Mazowiecki			7 267 496			7 267 496	7 330 784	99%
Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Samodzielny Publiczny ZOZ	Warszawa	1 098 576	5 399 193		177 782		6 675 551	45 253 542	15%
Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	Płock	956 329	4 875 898	175 548	107 310		6 115 086	130 884 197	5%
Szpital Praski p. w. Przemienienia Pańskiego SPZOZ	Warszawa			5 198 018			5 198 018	5 198 018	100%

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość kontraktowanych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. Jana Pawła II	Grodzisk Mazowiecki	198 156	681 998	4 042 296			4 922 450	75 665 129	7%
ZOZ Fundacji Hospicjum Onkologiczne w Warszawie	Warszawa Ursynów					4 728 255	4 728 255	4 728 255	100%
Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	Warszawa	375 580		3 471 888			3 847 468	4 955 944	78%
SPZOZ w Sokolowie Podlaskim	Sokołów Podlaski			3 642 372	56 470		3 698 842	3 698 842	100%
Stomed	Ostrołęka			3 251 512			3 251 512	3 251 512	100%
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	Ostrołęka	723 330	2 133 390	261 708			3 118 428	90 369 920	3%
NZOZ Centrum Dializa sp. z o.o.	Sosnowiec			3 105 166			3 105 166	9 515 393	33%
Ośrodek Hospicjum Domowe NZOZ Zgromadzenia Księży Marianów	Warszawa Targówek					2 740 852	2 740 852	2 740 852	100%
„Gammed” Izabela Chuchrowska	Warszawa			2 472 300			2 472 300	2 472 300	100%
Nukleomed NZOZ Krzysztof Toth	Warszawa	860 040		1 579 092			2 439 132	2 439 132	100%
Centrum Dializa - Opieka Specjalistyczna	Sosnowiec			2 356 985			2 356 985	2 356 985	100%
NZOZ Szpital Jednodniowy „Ibis”	Warszawa		2 285 972		53 837		2 339 809	5 513 369	42%
Instytut Psychiatrii i Neurologii	Warszawa			1 585 128	554 875		2 140 003	2 140 003	100%
Hospicjum Opatrzności Bożej Księża Orioniści	Wołomin					1 967 055	1 967 055	1 967 055	100%
Centrum Diagnostyki Medycznej „Multi-Med” Hanna Brusikiewicz i spółka - Sp. j.	Warszawa				1 896 920		1 896 920	1 896 920	100%
Centrum Działalności Leczniczej Caritas Archidiecezji Warszawskiej	Warszawa Śródmieście					1 872 980	1 872 980	1 872 980	100%
Archidiecezjalny Zespół Domowej Opieki Paliatywnej	Warszawa					1 826 058	1 826 058	1 826 058	100%
NZOZ Caritas Diecezji Płockiej	Płock					1 817 332	1 817 332	1 817 332	100%
„Lux med” diagnostyka Sp. z o.o.	Warszawa				1 765 247		1 765 247	1 765 246	100%
Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy	Otwock					1 749 357	1 749 357	1 749 357	100%
Samodzielny Specjalistyczny Zespół ZOZ im. dr. Teodora Dunina	Rudka		1 238 327	407 868			1 646 195	9 373 288	18%
NZOZ Nutrimed Mazowieckie	Warszawa			1 618 320			1 618 320	1 618 320	100%
SPZOZ w Siedlcach	Siedlce				2 900	1 558 612	1 561 512	1 561 512	100%
Centrum Zdrowia Mazowska Zach. Sp. z o.o.	Żyrardów					1 456 567	1 456 567	1 456 567	100%
Miejskie Hospicjum Stow. Hospicyjno-Paliatywne „Hospicjum Płockie” pod wez. św. Urszuli Ledóchowskiej	Płock					1 399 995	1 399 995	1 399 995	100%

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość kontraktowanych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	Warszawa	109 752		1 270 788			1 380 540	2 745 029	50%
Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuski Samodzielny Publiczny ZOZ	Warszawa	51 378		668 880	644 066		1 364 324	9 237 137	15%
Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej	Warszawa		1 323 368				1 323 368	60 880 895	2%
„Fresenius Nephrocare” Polska Sp. z o.o.	Poznań Grunwald			1 322 730			1 322 730	19 355 077	7%
SPZOZ Warszawa-Ursynów	Warszawa	88 632	1 071 564		118 404		1 278 600	14 259 268	9%
„Medicover” Opieka Szpitalna	Śródmieście		1 232 616		26 496		1 259 112	8 558 671	15%
Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy „Attis”	Warszawa	1 039 362		49 344	107 971		1 196 677	8 902 049	13%
Przychodnie Poradni Rodzinnej „Zdrowie” Zespół Opieki Długoterminowej Poradnia Rodzinna „Zdrowie”	Płońsk					1 142 932	1 142 932	1 142 932	100%
NZOZ „St. Vincent Medical Center”	Warszawa					1 142 142	1 142 142	1 142 142	100%
Poliklinika Bródnowskiego Centrum Klinicznego	Warszawa	321 186		779 568			1 100 754	13 017 539	8%
Ośrodek Działalności Leczniczej Caritas Archidiecezji Warszawskiej	Błonie					1 092 136	1 092 136	1 092 136	100%
NZOZ „Medicus”	Podkowa Leśna			1 023 616			1 023 616	1 023 616	100%
NZOZ Zespół Lekarzy Specjalistów „Medica”	Siedlce	676 260			325 410		1 001 670	3 327 747	30%
SPZOZ w Mławie	Mława	36 955				922 644	959 599	3 602 100	27%
Diagnostyka „Consilio” Sp. z o.o.	Łódź				956 781		956 781	956 781	100%
Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „Cepelek” SPZOZ	Warszawa	824 026			68 393		892 419	15 589 160	6%
Warszawskie Hospicjum dla Dzieci	Warszawa					859 028	859 028	859 028	100%
NZOZ Poradnia Leczenia Bólu i Poradnia Opieki Paliatywnej	Radom					852 539	852 539	852 539	100%
Centrum Medyczne „Saska Kępa” Specjalistyka i POZ	Warszawa	249 288			566 103		815 391	1 868 192	44%
NZOZ „Centrum”	Siedlce	425 460			383 179		808 639	5 850 797	14%
Ewa Sobkiewicz NZOZ „Medica”	Łódź				808 364		808 364	808 365	100%
SPZOZ w Zwoleniu	Zwolen					740 696	740 696	740 696	100%
NZOZ Medicus Tadeusz Kozubski Sp. j.	Gostynin			79 398	90 794	539 304	709 496	709 496	100%
Mammo-Med sp. z o.o.	Gdańsk				708 602		708 602	708 602	100%
Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej SPZOZ	Warszawa	694 854					694 854	3 099 334	22%
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej	Żuromin				32 157	611 557	643 714	643 714	100%

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość kontraktowanych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
Hospicjum Caritas Diecezji Płockiej w Pułtusk	Pułtusk					639 436	639 436	639 436	100%
NZOZ Caritas Diecezji Łomżyńskiej	Ostrołęka					627 874	627 874	627 874	100%
T.N.N. Nalewajko Sp.j. NZOZ Przychodnia Profilaktyki i Diagnostyki Obrazowej T.N.N.	Białystok				612 854		612 854	612 852	100%
Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim	Nowy Dwór Mazowiecki				72 119	484 013	556 132	556 132	100%
Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Wawer	Warszawa				141 505	390 515	532 020	532 020	100%
NZOZ Pielęgniarska Opieka Domowa s.c.	Siemiatycze					520 674	520 674	520 674	100%
Geneva Trust Polska Sp. z o.o.	Gdańsk				480 735		480 735	480 735	100%
Stacja Opieki - Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego Caritas Diecezji Płockiej w Żurominie	Żuromin					476 619	476 619	476 619	100%
NZOZ „Bomed”	Lipisko					462 308	462 308	462 308	100%
ZOZ Warszawa Bemowo-Włochy	Warszawa	353 510			90 832		444 342	7 607 421	6%
NZOZ Domowe Hospicjum Dziecięce „Promyczek”	Otwock					438 984	438 984	438 984	100%
Centrum Medyczne im. Bitwy Warszawskiej 1920 r. w Radzyminie SPZOZ	Radzymin	438 048			504		438 552	2 785 308	16%
Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia kard. S. Wyszyńskiego	Warszawa	404 660					404 660	2 749 839	15%
Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie	Sochaczew	401 076					401 076	3 602 403	11%
NZOZ „Invicta” Klinika Zdrowia Kobiety Klinika Leczenia Niepłodności Laboratoria Medyczne	Gdańsk				386 275		386 275	386 275	100%
NZOZ „Oxymed”	Warszawa			383 418			383 418	383 418	100%
NZOZ Centrum Medyczne „Omega” Sp. z o.o	Płock				381 818		381 818	381 818	100%
NZOZ Caritas Diecezji Płockiej w Przasnyszu	Przasnysz					372 400	372 400	372 400	100%
NZOZ „Sokrates”	Pruszków					362 571	362 571	362 571	100%
SPZOZ im. Marszałka J. Piłsudskiego w Płońsku	Płońsk	351 936					351 936	2 067 638	17%
Gościńiec Królowej Apostołów Hospicyjny NZOZ	Radom					344 206	344 206	344 206	100%
Hospicjum Domowe „Empatia” NZOZ	Otwock					332 124	332 124	332 124	100%
Jolanta Sadowska-Kieszek NZOZ „Jolmed”	Krzyżanowice					318 934	318 934	318 934	100%
NZOZ „Solimed”	Zwoleń					300 504	300 504	300 504	100%
„Palium” Sp. z o. o. Opieka Długoterminowa	Nowe Miasto					296 720	296 720	296 720	100%
„Zawsze przy tobie” Sp. z o.o.	Zakrzew Kolonia					286 379	286 379	286 379	100%

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość zakontraktowanych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Południe	Warszawa					283 880	283 880	283 880	100%
NZOZ Centrum Pielęgn. Środow.-Rodzin. Caritas Diec. Warsz.-Praskiej Stacja Opieki Caritas	Józefów					280 020	280 020	280 020	100%
Mammografia Sp. z o.o.	Kielce				275 699		275 699	275 699	100%
Szpital Grochowski im. dr. med. Rafała Maszaka SPZOZ	Warszawa	135 130			128 423		263 553	1 451 535	18%
NZOZ „Medigen Diagnostyka Molekularna”	Warszawa			263 120			263 120	263 120	100%
Davita Sp. z o.o.	Warszawa			262 800			262 800	23 998 076	1%
Centrum Zdrowia Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Piaseczno	164 760			29 450	46 322	240 532	2 874 976	8%
Centrum Zdrowia NZOZ	Mińsk Mazowiecki					235 599	235 599	235 599	100%
Centrum Medyczne Damiana holding Sp. z o.o.	Warszawa				234 247		234 247	234 247	100%
NZOZ Pielęgniarska Sp. c. „Zdrowie”	Sierpc					230 846	230 846	230 846	100%
Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska SPZOZ	Warszawa				226 988		226 988	226 988	100%
NZOZ Hospicjum Dobre Stowarzyszenia „Nieść ulgę w cierpieniu” im. Ojca Pio i Matki Teresy	Żyrardów					216 263	216 263	216 263	100%
„Salve Medica” Przychodnia	Łódź-Bałuty				212 574		212 574	212 575	100%
NZOZ „Nek-med”	Mogielnica					204 630	204 630	204 630	100%
Stacja Opieki - Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego Caritas Diec. Płockiej w Nasielsku	Nasielsk					197 886	197 886	197 886	100%
Krajowe Centrum Osteoporozy	Warszawa				197 395		197 395	197 395	100%
SPZOZ w Przasnyszu	Przasnysz	146 178			49 597		195 775	2 702 897	7%
NZOZ „Eskulap” Centrum Medyczne	Ciechanów	195 190					195 190	583 898	33%
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	Warszawa			194 400			194 400	194 400	100%
Poradnia Specjalistyczna Beata Agnieszka Parzychowska	Ostrołęka					192 777	192 777	192 777	100%
Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego Żoliborza, Bielan i Łomianek	Warszawa	82 728			101 844		184 572	7 914 193	2%
SPZOZ w Garwolinie	Garwolin	141 081			43 222		184 303	2 679 065	7%
Warsaw Medical Center, Warszawskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.	Mokotów			182 256			182 256	182 256	100%
SPZOZ w Ostrowi Mazowieckiej	Ostrow Mazowiecka	123 966		57 876			181 842	4 094 027	4%
NZOZ Sensor Cliniq	Warszawa				178 390		178 390	178 390	100%
NZOZ Caritas Diec. Łowickiej w Sochaczewie	Sochaczew					177 720	177 720	177 720	100%

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość kontraktowych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
Centrum Medyczne Enel-med S.A.	Warszawa				177 358		177 358	177 358	100%
NZOZ Medicus s.c. Grażyna Różycka, Krystyna Górecka, Jakub Różycki	Grójec					168 000	168 000	168 000	100%
NZOZ Caritas Diecezji Płockiej w Pułtusk	Pułtusk					167 583	167 583	167 583	100%
NZOZ Centrum Medyczne „Rodzina”	Płock	158 784					158 784	1 352 329	12%
Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	Otwock	56 772			97 042		153 814	3 211 474	5%
Hanna Filipowicz NZOZ Pielęgniarska Opieka Domowa „Rodzina”	Ostrów Mazowiecka					153 596	153 596	153 596	100%
SPZOZ w Kozienicach	Kozienice	82 962			69 093		152 055	1 870 325	8%
Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chalubińskiego	Radom				145 562		145 562	9 060 998	2%
Lux med Sp. z o.o.	Warszawa				133 970		133 970	133 970	100%
Szpital Specjalistyczny Zespół Poradni Specjalistycznych i Ratownictwa Medycznego	Grójec	132 895					132 895	1 787 205	7%
Medical NZOZ Sp. z o.o.	Wyszków	129 020					129 020	1 196 844	11%
„Endomed” Janusz Romanowski Sp. j.	Radom	125 295					125 295	269 702	46%
Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ	Warszawa	120 756					120 756	10 698 381	1%
Szpital Kliniczny pw. Dzieciątka Jezus	Warszawa	83 490		29 120			112 610	22 837 138	0%
Specjalistyczna Przychodnia Lekarska „Wilmed” NZOZ	Warszawa	111 845					111 845	200 254	56%
Zespół Chirurgii Jednego Dnia „Medica”	Siedlce	107 330					107 330	107 330	100%
SPZOZ Warszawa Wola - Śródmieście	Warszawa				103 997		103 997	103 997	100%
NZOZ Domowa Opieka Medyczna „Do-med”	Warszawa					103 740	103 740	103 740	100%
ZOZ „All-medi”	Otwock	103 164					103 164	206 394	50%
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej	Mińsk Mazowiecki				99 526		99 526	99 526	100%
SPZOZ w Szydłowcu	Szydłowiec	98 586					98 586	2 787 124	4%
Jerzy Petz „Mediq” NZOZ	Legionowo				92 945		92 945	92 945	100%
NZOZ „Medicines” Kazimierz Przepiórski	Nowe Łubki					91 455	91 455	91 455	100%
NZOZ „San-med” s.c.	Drobin					87 165	87 165	87 165	100%
NZOZ „Villa optica” sp. z o.o.	Grodzisk Mazowiecki	80 826					80 826	289 652	28%
SPZOZ w Wyszkowie	Wyszków	77 124					77 124	3 325 968	2%
SPZOZ w Sierpcu	Sierpc	72 846					72 846	1 972 435	4%
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Łosice				71 705		71 705	71 705	100%

Świadczeniodawca	Miasto	Wartość zakontraktowanych świadczeń					Suma wartości onkologicznych produktów kontraktowych	Całkowita wartość umów z NFZ	Wartość kontraktowych produktów onkologicznych jako % całkowitej wartości umów z NFZ
		AOS	Szpital	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	Profilaktyczne programy zdrowotne	Opieka paliatywna i hospicyjna			
SPZZOZ w Pruszkowie	Pruszków				70 875		70 875	70 875	100%
Przychodnia Specjalistyczna „Centrum Medyczne Józefów” Sp. z o.o.	Józefów	70 622					70 622	953 881	7%
Polmedic Sp. z o.o.	Radom	69 290					69 290	3 037 734	2%
SPZZOZ w Pionkach	Pionki	67 509					67 509	2 389 701	3%
ZOZ Starówka	Warszawa	65 976					65 976	3 696 505	2%
Agata Heromińska Opieka Medyczna	Ostrów Mazowiecka					60 552	60 552	60 552	100%
NZOZ „Płocki ZOZ”	Płock	57 057					57 057	4 227 756	1%
SPZZOZ w Lipsku	Lipsko				53 737		53 737	53 737	100%
NZOZ Baltic Medical	Gdynia				53 046		53 046	53 046	100%
NZOZ „Medicamed”	Sochaczew	48 153					48 153	784 288	6%
SPZOZ w Węgrowie	Węgrów				46 616		46 616	46 616	100%
Centrum Medyczne Gajda-med	Pułtusk	46 063					46 063	2 155 816	2%
Szpital Powiatowy w Pułtusku Sp. z o.o.	Pułtusk	39 888					39 888	1 017 676	4%
Samodzielny Gminny PZOZ w Błoniu	Błonie	36 198					36 198	1 943 249	2%
Lecznica Specjalistyczna im. dr m. Słowikowskiego Sp. z o.o.	Raszyn	31 164					31 164	119 368	26%
Samodzielny Zespół Publicznych ZOZ im. „Dzieci Warszawy” w Dziekanowie Leśnym	Dziekanów Leśny	27 846					27 846	2 481 179	1%
NZOZ Duo-Med	Białobrzegi					26 881	26 881	26 881	100%
NZOZ „Arnica”	Ciechanów	26 314					26 314	529 952	5%
Arion med Sp. z o.o.	Lublin	23 484					23 484	1 168 327	2%
NZOZ Neuromedyka Przychodnia Lekarska	Żyrardów	18 005			4 508		22 513	2 516 078	1%
„Lekarze Rodzinni - Eskulap” Sp. z o.o.	Łosice	16 890					16 890	1 507 369	1%
NZOZ „Bermed” w Wieliszewie	Wieliszew				4 270		4 270	4 270	100%
NZOZ „Medicus” Sławomir Brzozowski	Ciechanów				1 950		1 950	1 950	100%
Przychodnia Lekarzy Specjalistów „El-med”	Legionowo				1 236		1 236	1 236	100%
NZOZ Medicus	Żelechów				843		843	843	100%
SPZOZ w Orońsku	Orońsko				616		616	616	100%
NZOZ Borowiczki Zdzisław Woźniak	Płock				491		491	491	100%
NZOZ Mak-Med s.c. M. Kozłowska, Z. Kozłowski	Wołomin				168		168	168	100%
Przychodnia „Remedium” w Gąbinie R. Lamorski, M. Międlar-Dubielak, B. Szybór	Gąbin				140		140	140	100%
Razem mazowieckie		39 913 226	711 661 035	166 545 985	18 619 086	38 834 793	976 426 663	3 061 089 127	9%

Źródło: NFZ

Aktualne zasoby kadrowe i sprzętowe

Województwo mazowieckie ma na swoim obszarze dobrze zorganizowaną sieć podmiotów leczniczych. Szpitale są w większości publiczne, a podmioty działające w zakresie AOS i opieki paliatywnej i hospicyjnej są w większości niepubliczne. W województwie (w Warszawie, Ostrołce i Wieliszewie) działają prywatne podmioty lecznicze prowadzące działalność z zakresu onkologii w systemie finansowania świadczeń ze środków publicznych. Jednak pomimo niewątpliwych potrzeb ze strony pacjentów, w zakresie leczenia onkologicznego w województwie prym wiodzie warszawskie Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie oraz Instytut Hematologii i Transfuzjologii. Wskazują na to dane z tabeli prezentującej wartość kontraktów na świadczenia z zakresów onkologicznych podpisane w 2013 r. W przypadku COI jego wartość wynosiła blisko 362 750 900 złotych, co stanowiło 89% całkowitej wartości kontraktu z Funduszem. Wartość kontraktu Instytutu Hematologii i Transfuzjologii na zakresy onkologiczne wyniosła 75 441 471 zł, co stanowi 65% całkowitej wartości kontraktu z Funduszem. Kolejne szpitale w województwie, wg wartości kontraktów na zakresy onkologiczne, to: Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny (70 294 446 zł), Wojskowy Instytut Medyczny (49 739 225 zł) oraz Mazowiecki Szpital Onkologiczny z Centrum Medycznym (48 174 667 złotych). Szpitale publiczne zlokalizowane poza Warszawą znajdują się poza pierwszą dziesiątką o najwyższych wartościach kontraktów na zakresy onkologiczne i są to szpitale wojewódzkie w Radomiu, Ciechanowie i Siedlcach. Wartość kontraktów pierwszych 10 szpitali o najwyższych kontraktach onkologicznych to łącznie ok. 748 mln zł, co – w porównaniu z kwotą 976 426 663 zł łącznej wartości kontraktów na zakresy onkologiczne w województwie stanowi 76,6%. Kwota 711 661 035 zł łącznej wartości kontraktów na onkologiczne świadczenia szpitalne w województwie stanowi 72,8%, a powiększana o wartość ponad 165,5 mln zł świadczeń kontraktowanych odrębnie (dostępnych tylko w niektórych szpitalach) stanowi aż 90% łącznej wartości kontaktów na świadczenia onkologiczne w województwie mazowieckim. Warto zwrócić przy tej okazji uwagę na to, że największy świadczeniodawca onkologiczny w województwie – Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w 2013 roku dysponowało 37% ogólnej wartości środków przeznaczonych na leczenie nowotworów w województwie. Kwota ta – 976 426 663 zł – stanowiła 9% ogólnej wartości kontraktów NFZ w województwie mazowieckim.

Wg danych prezentowanych w raporcie wcześniej, zbiorczo dla całej Polski, w województwie mazowieckim w 2012 roku pracowało 167 specjalistów onkologii klinicznej, 122 chirurgów onkologicznych, 30 ginekologów onkologicznych, 124 patomorfologów, 75 specjalistów radioterapii onkologicznej i 27 specjalistów medycyny paliatywnej. Z taką liczbą specjalistów

Mazowieckie plasuje się na pierwszym miejscu w kraju pod względem onkologów klinicznych i chirurgów onkologicznych oraz na poziomie średnich wartości na 10 tys. mieszkańców. Mając świadomość, że lekarze z województwa mazowieckiego (głównie ci pracujący w specjalistycznych szpitalach w Warszawie) świadczą usługi także dla dużej rzeszy pacjentów z całej Polski nie można powiedzieć, że kadry województwa są adekwatne do potrzeb. Przy ogólnie zbyt małej liczbie lekarzy w Polsce, szczególnie specjalistów z dziedziny onkologii, należy przyjąć, że w województwie mazowieckim także mamy do czynienia z niedoborem kadr, co stanowi „wąskie gardło” generujące kolejki do leczenia również w największym szpitalu onkologicznym w Polsce i, tym samym, wpływa na gorsze populacyjne wyniki leczenia. Przyszłe potrzeby w zakresie realizacji świadczeń onkologicznych, przy braku dodatkowych zasobów kadrowych, zwłaszcza przy dzisiejszej organizacji systemu, będą niemożliwe do zrealizowania.

W województwie mazowieckim, wg danych CSiOZ z 2012 roku, było 655 łóżek onkologicznych, co daje 1,2 łóżka na 10 tys. mieszkańców, czyli nieznacznie mniej niż średnio w Polsce (1,3 łóżka na 10 tys. mieszkańców) – szczegóły w tabeli nr 4. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że w trakcie prac nad raportem zwrócono się o dostęp do danych rejestrowych podmiotów zarejestrowanych w województwie mazowieckim, z których wynika, że w województwie w 2014 roku jest aż 1767 łóżek onkologicznych, co jest pochodną aktualnych przepisów dotyczących rejestracji podmiotów leczniczych nie wg miejsca realizacji świadczeń, ale według siedziby podmiotu, który prowadzi działalność leczniczą. Wśród nich są zapewne łóżka z oddziałów Centrum Onkologii w Krakowie i Gliwicach, ale ich odjęcie mimo wszystko nie odpowiada danym publikowanym przez CSiOZ. Dlatego, podobnie jak w przypadku danych z województwa dolnośląskiego, z uwagi na obowiązujące prawo ograniczające dostęp do szczegółowych danych o podmiotach leczniczych w podziale na powiaty, uznano, że dane te nie będą prezentowane w raporcie w rozbiciu na podregiony (patrz dalej). Brak możliwości rzetelnej weryfikacji poprawności tych danych w okresie prac nad raportem bezpośrednio we wszystkich szpitalach województwa, uniemożliwił ich wykorzystanie do prezentacji prognoz potrzeb w zakresie liczby i lokalizacji łóżek w województwie w kolejnych latach. Dlatego prace nad taką prognozą zostały wstrzymane. Niemniej, w razie potrzeby ze strony interesariuszy systemu, a szczególnie decydentów szczebla wojewódzkiego lub krajowego, po uzupełnieniu i zweryfikowaniu poprawności danych, prace te mogą zostać przeprowadzone i zaprezentowane. Z pewnością warto to zrobić, jeśli chce się przeprowadzić relokację środków z leczenia szpitalnego do AOS, albo zmienić proporcje hospitalizacji pełnych oraz jednodniowych lub hostelowych.

Województwo mazowieckie w 2012 roku dysponowało 17 aparatami megawoltowymi (1/310 918 mieszkańców),

5 aparatami do brachyterapii (1/1 057 121 mieszkańców) oraz 3, w tym 1 prywatnym, aparatami PET (1/1 761 868 mieszkańców). Przy średniej dla Polski w roku 2013 na poziomie 281 265 i optymalnej dostępności min. 1/250 000 tys. Mieszkańców, aktualny niedobór to 3-4 akceleratory. Ich zakup, niezależnie czy ze środków publicznych czy prywatnych, winien być poparty analizą potrzeb i umiejscowieniem w nowych lokalizacjach.

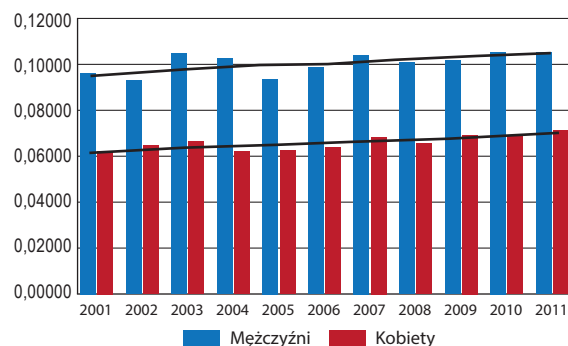
Jednak, gdyby przyjąć za standard maksymalny (60 minut) dopuszczalny czas dojazdu komunikacją samochodową do ośrodka dysponującego aparaturą do radioterapii, który w swoich rekomendacjach zgłasza Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej, województwo mazowieckie, podobnie jak wszystkie pozostałe województwa w Polsce, nie spełniałoby standardu dostępności radioterapii. Obecnie są one łatwo dostępne wyłącznie dla mieszkańców Warszawy oraz najbliższych okolic. Ewentualnie dla tych, którzy nie mając propozycji radioterapii z hospitalizacją, decydują się na zakwaterowanie w Warszawie i okolicach na własny koszt lub dojeżdżając codziennie z sąsiednich województw.

3.5.2 Województwo mazowieckie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia chorób nowotworowych na lata 2015–2035

Współczynnik zapadalności wzrastał nierównomiernie w latach 2001–2011 w tempie średnio 0,9% rocznie dla mężczyzn i 1,4% dla kobiet.

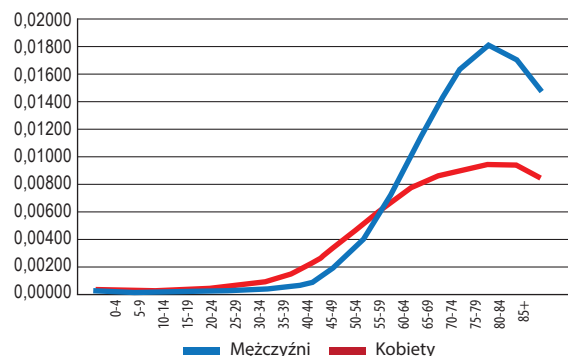
Na bazie średniorocznego współczynnika wzrostu zapadalności z lat 2001–2011 została wyliczona struktura procentowa prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór złośliwy (C00–D09) w określonych grupach wiekowych populacji województwa mazowieckiego. Taka struktura zapadalności została następnie wykorzystana do wyliczenia prognozy współczynnika zapadalności w latach 2012–2035.

Wykres 137. Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie mazowieckim w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

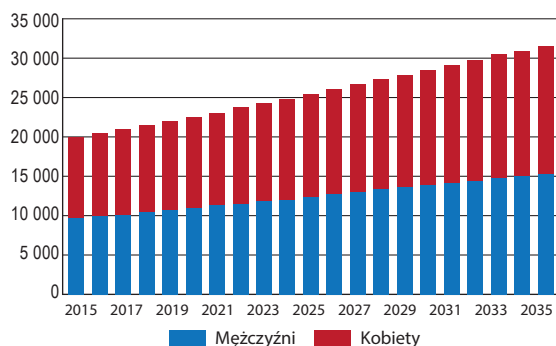
Wykres 138. Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie mazowieckim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Zapadalność – prognoza liczby zachorowań

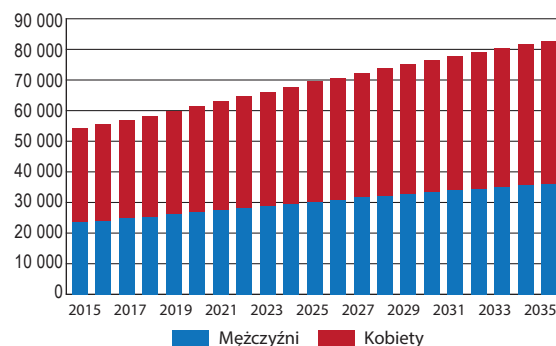
Wykres 139. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

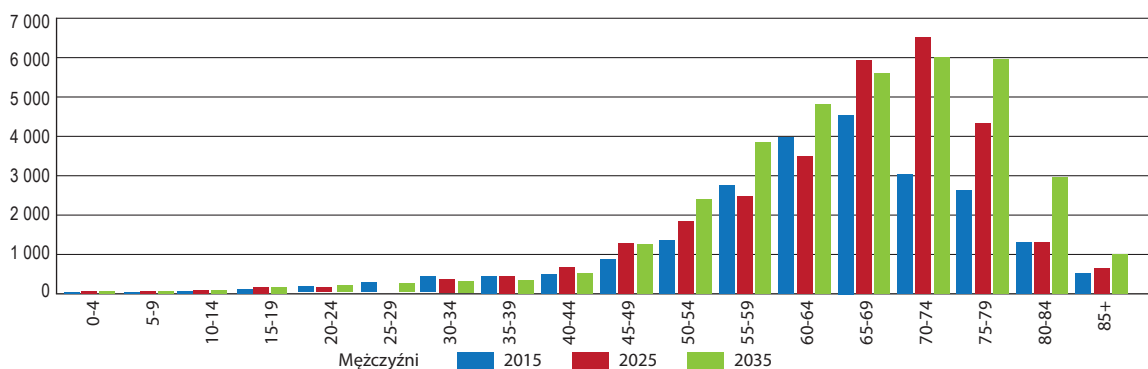
Chorobowość – prognoza liczby pacjentów

Wykres 140. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



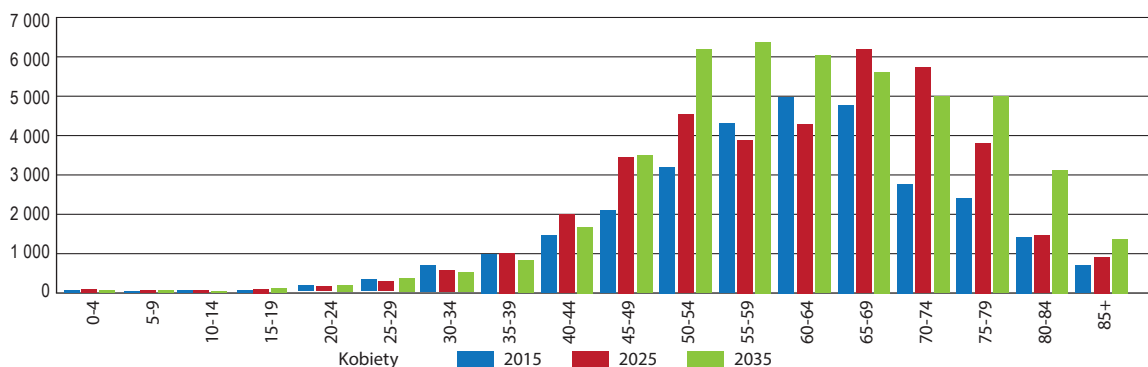
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

Wykres 141. Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

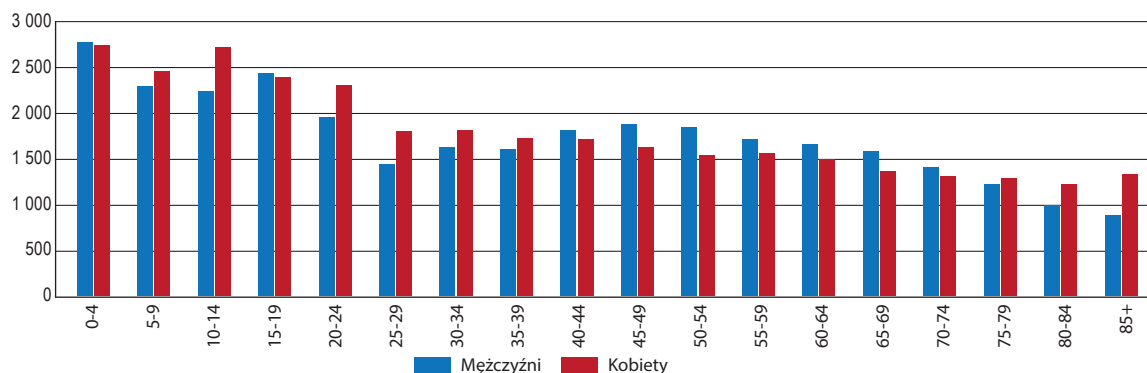
Wykres 142. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

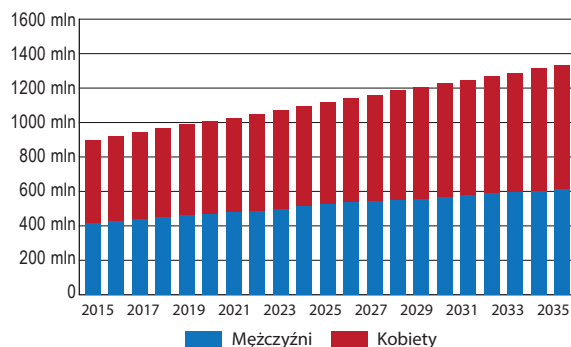
3.5.3 Województwo mazowieckie – prognoza kosztów leczenia nowotworów – wariant status quo

Wykres 143. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.)



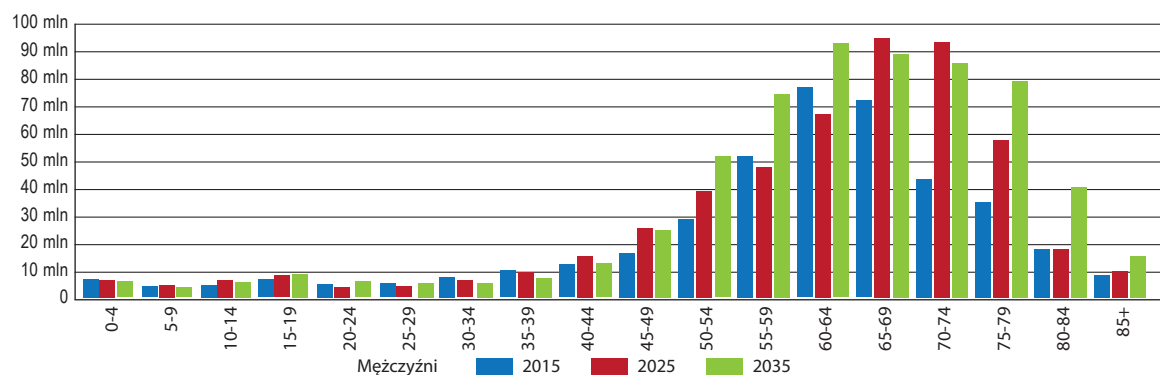
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 144. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.)



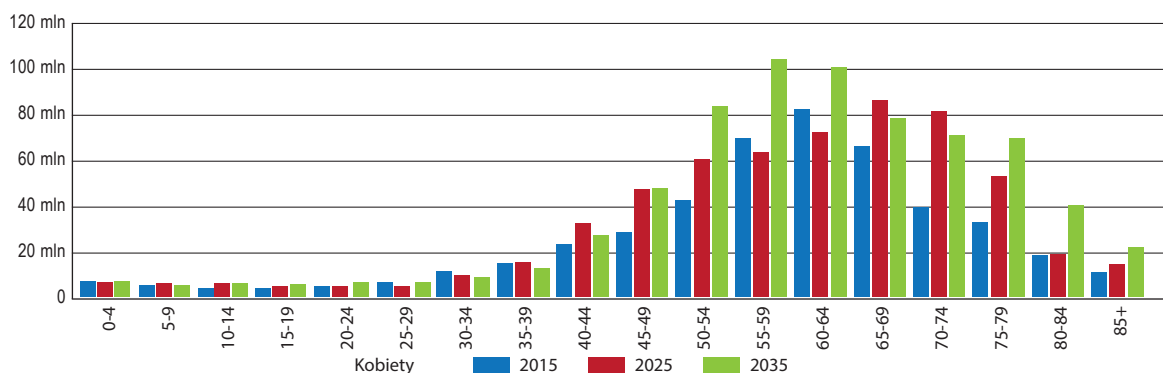
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 145. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 146. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

3.5.4 Województwo mazowieckie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka jelita grubego na lata 2015–2035

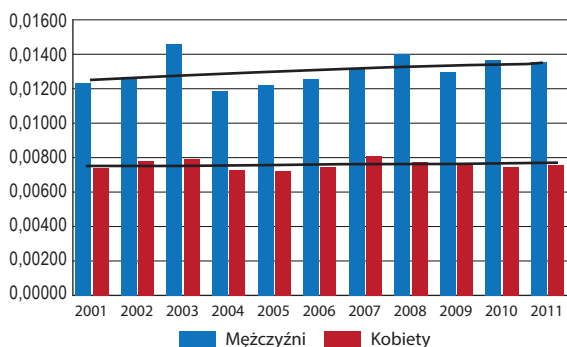
Nowotwory jelita grubego – stan obecny

Charakterystyka nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim.

Współczynnik zapadalności wzrastał nierównomiernie w latach 2001–2011 w tempie średnio 1% rocznie dla mężczyzn i 0,3% dla kobiet.

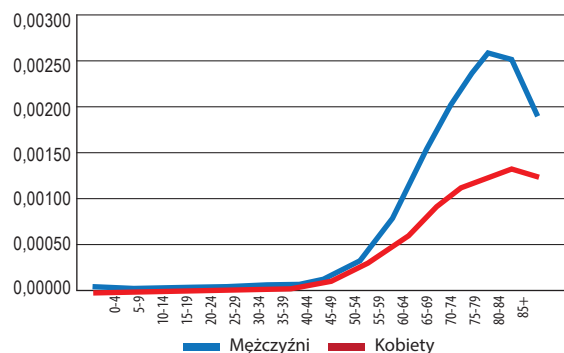
Na bazie średniorocznego współczynnika wzrostu zapadalności z lat 2001–2011 została wyliczona struktura procentowa prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór jelita grubego (C18–C21) w określonej grupie wiekowej populacji województwa mazowieckiego. Taka struktura zapadalności została następnie wykorzystana do wyliczenia prognozy współczynnika zapadalności w latach 2012–2035.

Wykres 147. Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

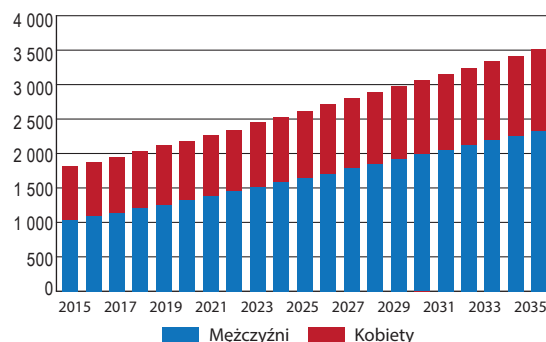
Wykres 148. Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Zapadalność – prognoza liczby zachorowań

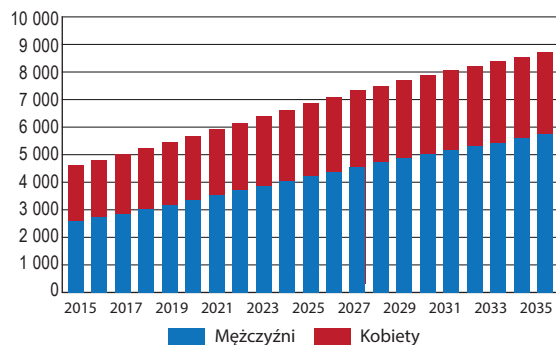
Wykres 149. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

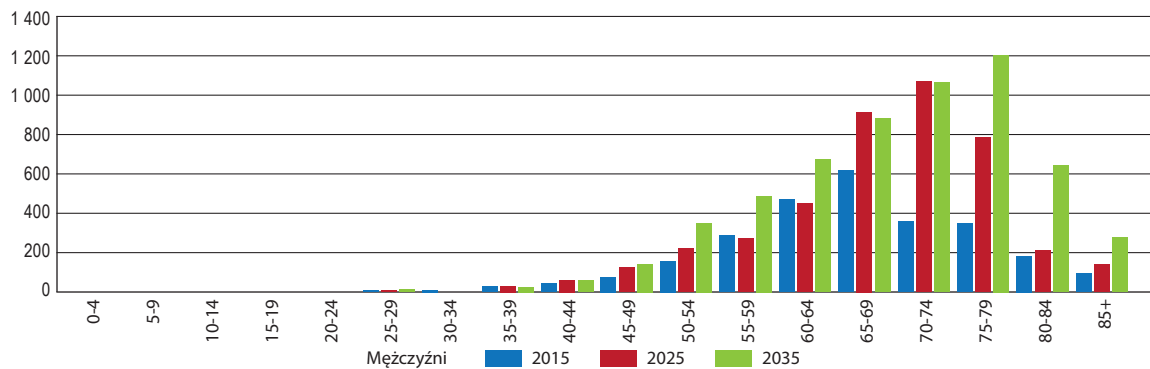
Chorobowość – prognoza liczby pacjentów

Wykres 150. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn



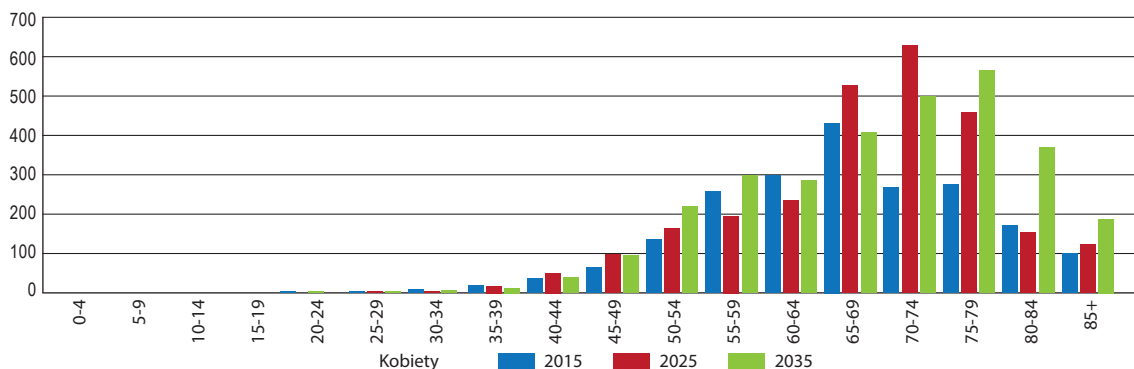
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

Wykres 151. Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

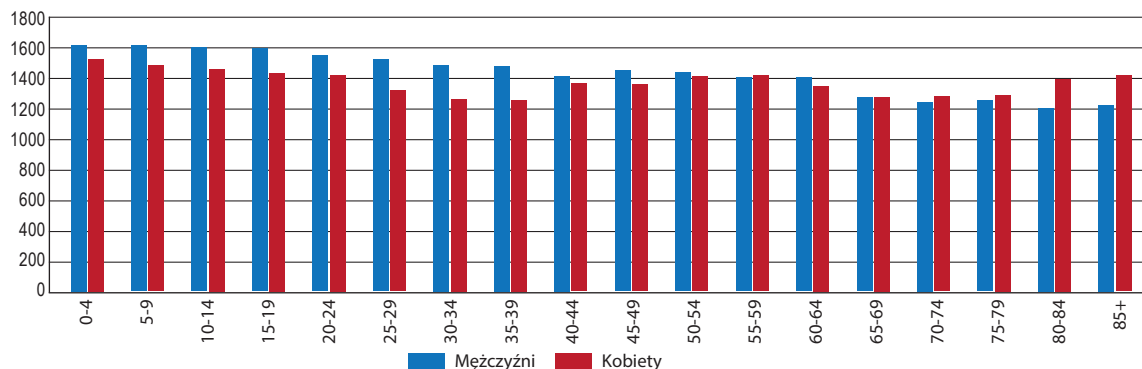
Wykres 152. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

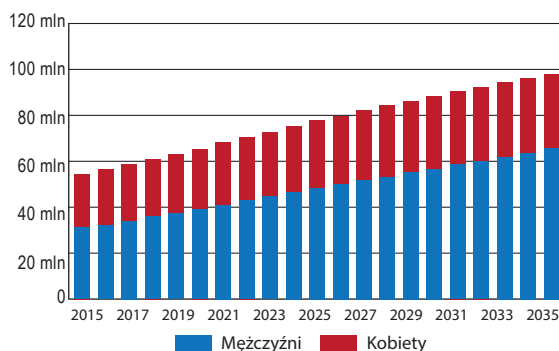
3.5.5 Województwo mazowieckie – prognoza kosztów medycznych leczenia raka jelita grubego – wariant *status quo*

Wykres 153. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.)



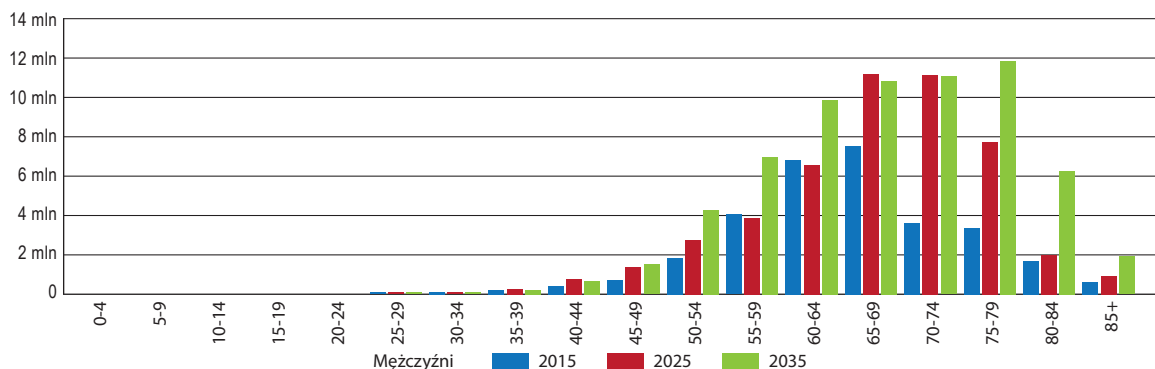
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 154. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.)



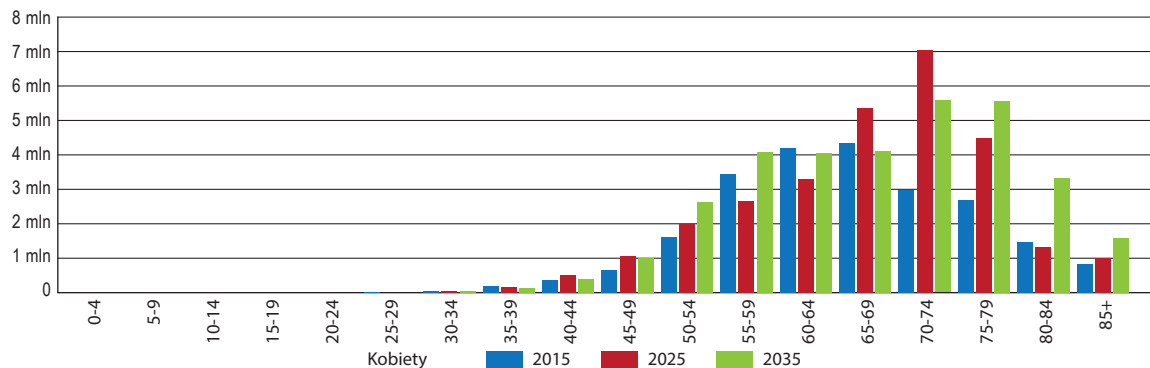
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 155. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 156. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

3.5.6 Województwo mazowieckie – prognoza potrzeb w zakresie leczenia raka piersi u kobiet na lata 2015–2035

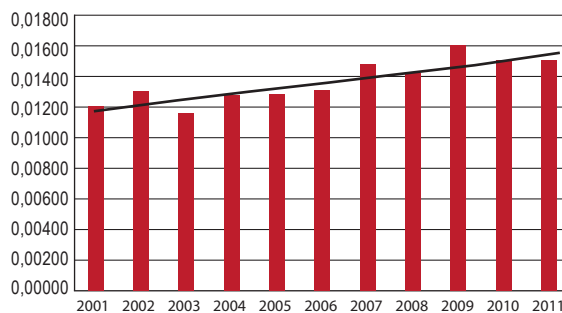
Nowotwory piersi – stan obecny

Charakterystyka nowotworów piersi (C50) w województwie mazowieckim.

Współczynnik zapadalności wzrastał nierównomiernie w latach 2001–2011 w tempie średnio 2,8% dla kobiet.

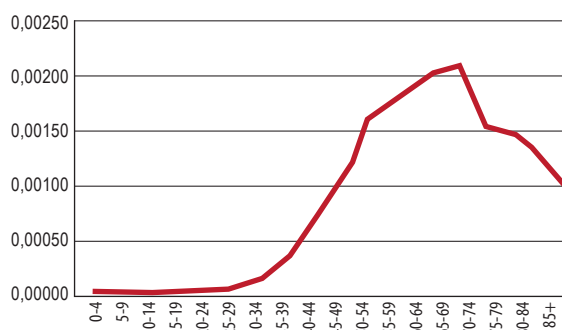
Na bazie średniorocznego współczynnika wzrostu zapadalności z lat 2001–2011 została wyliczona struktura procentowa prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór piersi (C50) w określonej grupie wiekowej populacji województwa mazowieckiego. Taka struktura zapadalności została następnie wykorzystana do wyliczenia prognozy współczynnika zapadalności w latach 2012–2035.

Wykres 157. Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w województwie mazowieckim w latach 2001–2011 dla kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

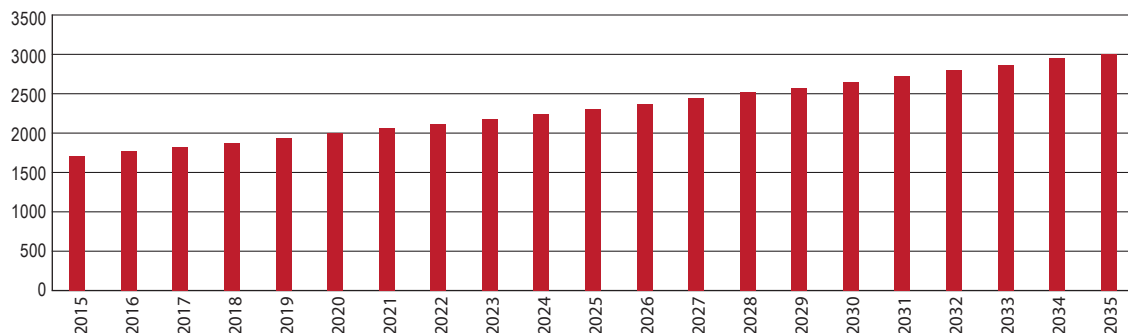
Wykres 158. Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w województwie mazowieckim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN

Zapadalność – prognoza liczby zachorowań

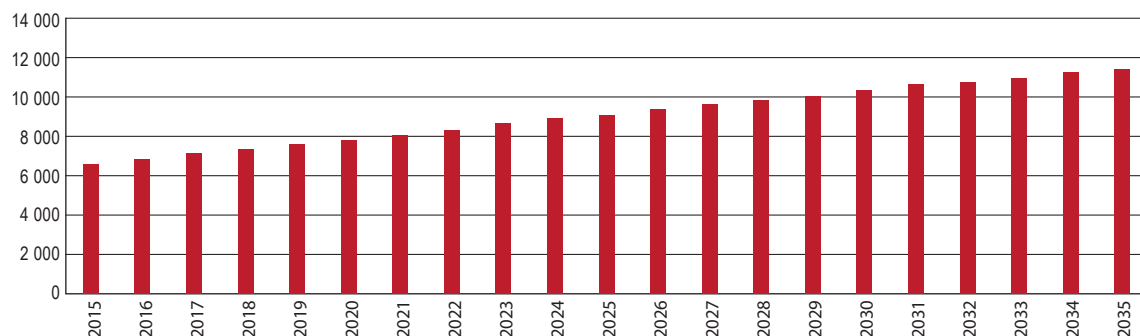
Wykres 159. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory piersi (C50) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

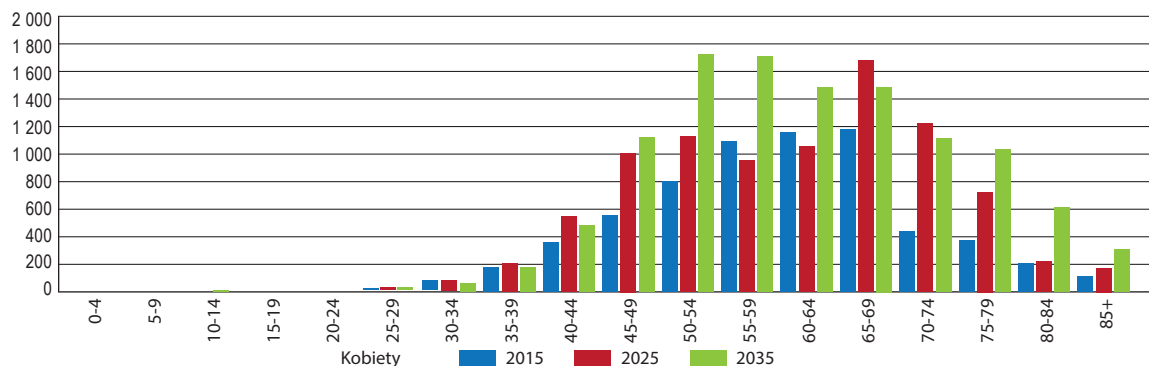
Chorobowość – prognoza liczby pacjentów

Wykres 160. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

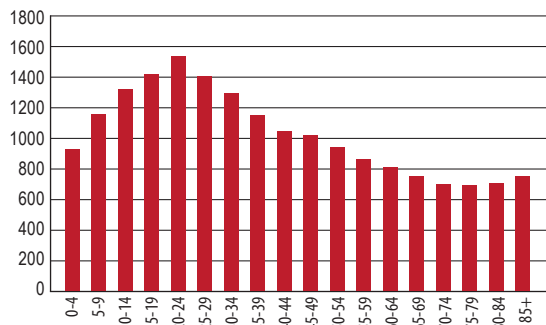
Wykres 161. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

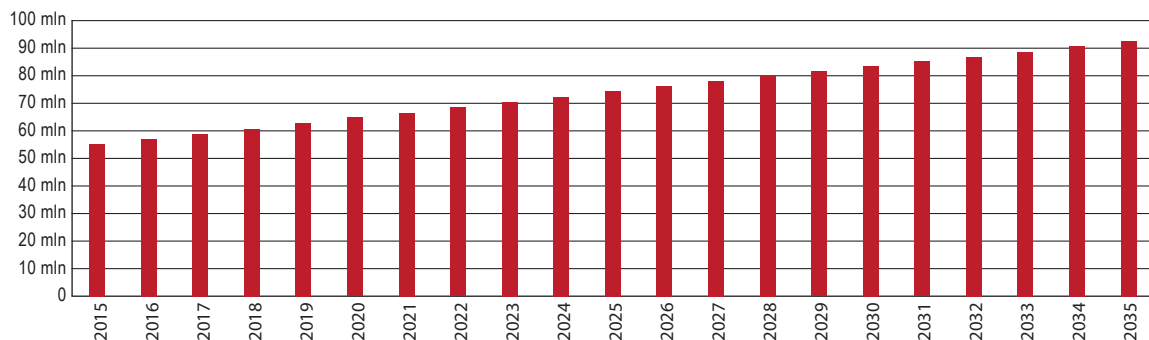
3.5.7 Województwo mazowieckie – prognoza kosztów leczenia nowotworów piersi – wariant *status quo*

Wykres 162. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów piersi (C50) w województwie mazowieckim w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny z 2013 r.)



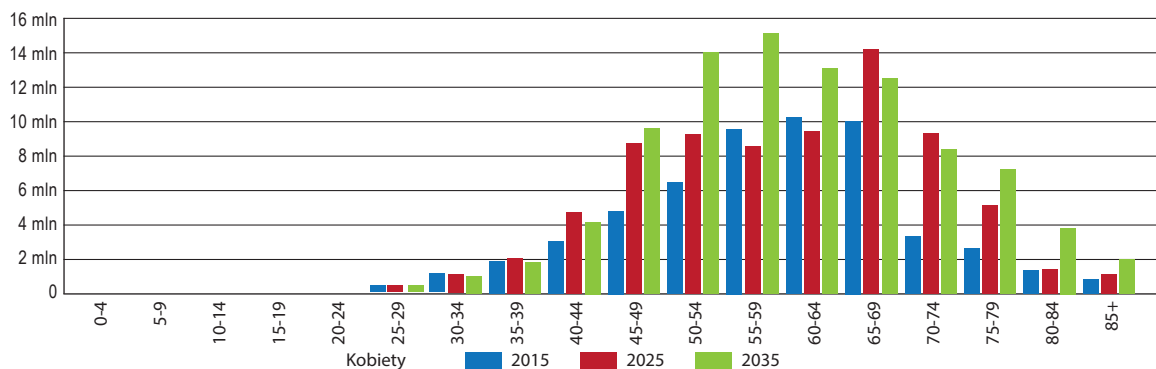
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 163. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów piersi (C50) w województwie mazowieckim dla kobiet w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

Wykres 164. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów piersi (C50) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN, NFZ i GUS

3.5.8 Województwo mazowieckie – prognoza i mapa potrzeb leczenia nowotworów w poszczególnych podregionach

Mapa 16. Prognozowany wzrost liczby osób chorych na nowotwory złośliwe (C00–D09) na tle liczby mieszkańców w poszczególnych regionach województwa mazowieckiego do 2035 r.

Podregion ciechanowsko-płocki

Powiaty: ciechanowski, gostyniński, mławski, płocki, m. Płock, płoński, sierpecki, żuromiński.

	Liczba mieszkańców			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	305 024	298 558	283 024	2 153	2 701	3 052
kobiety	318 178	309 829	292 253	3 145	3 783	4 220
ogółem	623 202	608 387	575 277	5 298	6 484	7 273

Podregion warszawski zachodni

Powiaty: grodzki, grójecki, piaseczyński, przyski, radomski, sochaczewski, warszawski zachodni, żyrardowski.

	Liczba mieszkańców			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	384 170	410 941	428 830	3 453	4 706	5 813
kobiety	417 985	448 141	467 132	4 627	6 200	7 701
ogółem	802 155	859 082	895 962	8 080	10 906	13 514

Podregion radomski

Powiaty: białobrzegi, kozienicki, lipski, przyski, radomski, m. Radom, szydłowiecki, zwoleniński.

	Liczba mieszkańców			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	303 867	296 954	281 317	2 459	3 127	3 625
kobiety	314 738	305 466	287 770	2 862	3 516	3 977
ogółem	618 605	602 420	569 087	5 321	6 643	7 602

Podregion ostrołęcko-siedlecki

Powiaty: łosicki, makowski, ostrołęcki, m. Ostrołęka, ostrowski, przasnyski, pułtowski, siedlecki, m. Siedlce, sokolowski, węgrowski, wyszkowski.

	Liczba mieszkańców			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	367 131	357 206	335 962	2 583	3 259	3 732
kobiety	372 835	359 745	336 796	3 183	3 868	4 376
ogółem	739 966	716 951	672 758	5 766	7 128	8 108

Podregion m. Warszawa

Powiaty: m. st. Warszawa.

	Liczba mieszkańców			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	808 035	840 412	864 716	9 304	11 749	13 965
kobiety	958 749	993 871	1 015 905	12 786	16 042	19 434
ogółem	1 766 784	1 834 283	1 880 621	22 090	27 791	33 400

Podregion warszawski wschodni

Powiat: garwoliński, legionowski, miński, nowodworski, otwocki, wołomiński.

	Liczba mieszkańców			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	389 443	412 599	425 581	2 913	4 004	4 937
kobiety	413 516	437 323	450 204	4 034	5 333	6 642
ogółem	802 959	849 922	875 785	6 947	9 337	11 580

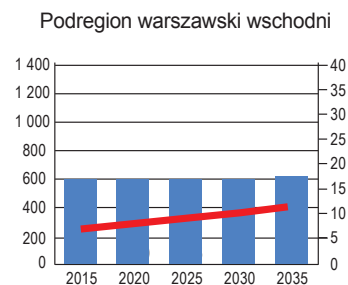
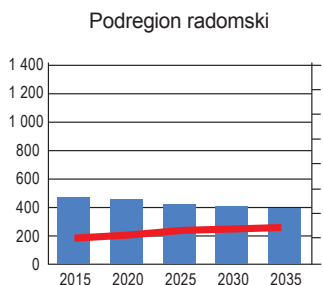
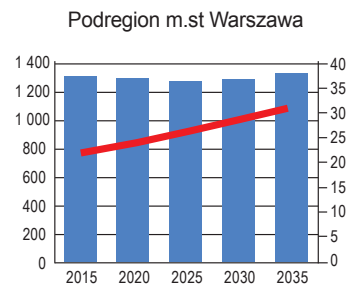
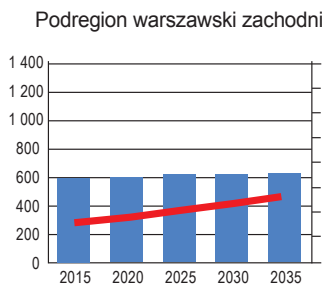
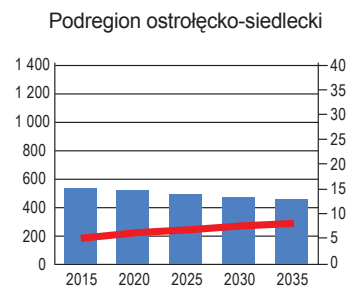
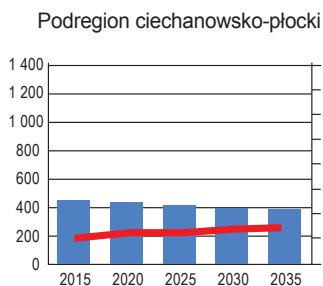


☒ Główne ośrodki onkologiczne

■ Liczba osób w wieku produkcyjnym

■ Liczba chorych onkologicznie

Mapa 17. Prognozowany wzrost liczby osób chorych na nowotwory złośliwe (C00–D09) na tle zmian liczby osób w wieku produkcyjnym (w tys.) w poszczególnych regionach województwa mazowieckiego do 2035 r.



☒ Główne ośrodki onkologiczne

■ Liczba osób w wieku produkcyjnym

■ Liczba chorych onkologicznie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i GUS

Mapa 18. Prognozowany wzrost liczby zachorowań (zapadalność) oraz liczby chorych (chorobowość) na nowotwory złośliwe jelita grubego (C18–C21) i piersi (C50) w poszczególnych regionach województwa mazowieckiego do 2035 r.

Podregion ciechanowsko-płocki

Nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD-10 C18-21)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	138	183	223	392	516	618
kobiety	104	123	137	289	343	350
ogółem	242	306	360	681	859	968

Nowotwory złośliwe piersi (ICD-10 C50)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
kobiety	354	486	631	1 138	1 534	1 923

Podregion warszawski zachodni

Nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD-10 C18-21)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	170	238	311	562	790	1 009
kobiety	131	164	198	429	539	627
ogółem	301	402	509	992	1 329	1 636

Nowotwory złośliwe piersi (ICD-10 C50)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
kobiety	455	683	980	1 610	2 461	3 399

Podregion radomski

Nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD-10 C18-21)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	135	181	222	373	500	589
kobiety	104	120	134	266	317	328
ogółem	239	301	356	639	817	916

Nowotwory złośliwe piersi (ICD-10 C50)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
kobiety	347	475	623	890	1 220	1 567

Podregion ostrołęcko-siedlecki

Nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD-10 C18-21)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	162	214	263	442	579	680
kobiety	120	138	155	326	380	411
ogółem	282	352	418	767	959	1 090

Nowotwory złośliwe piersi (ICD-10 C50)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
kobiety	399	548	714	1 084	1 469	1 865

Podregion m. Warszawa

Nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD-10 C18-21)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	410	514	640	1 420	1 827	2 233
kobiety	348	394	445	1 282	1 490	1 609
ogółem	757	908	1 084	2 701	3 317	3 843

Nowotwory złośliwe piersi (ICD-10 C50)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
kobiety	1 117	1 568	2 193	4 799	6 868	9 453

Podregion warszawski wschodni

Nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD-10 C18-21)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
mężczyźni	163	228	300	480	685	853
kobiety	124	153	185	396	509	586
ogółem	286	382	485	876	1 194	1 439

Nowotwory złośliwe piersi (ICD-10 C50)

	Liczba zachorowań			Liczba chorych		
	2015	2025	2035	2015	2025	2035
kobiety	430	642	920	1 445	2 175	3 026



Główne ośrodki onkologiczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i KRN

Jeśli stosujemy zasadę, że już obecnie trzeba odpowiadać na przyszłe potrzeby pacjentów, to zaprezentowane w raporcie prognozy epidemiologiczne oraz finansowe – dotyczące diagnostyki i leczenia pacjentów – jednoznacznie wskazują, że obciążenie rosnącą liczbą chorych na nowotwory w województwie mazowieckim wymaga zmiany dotychczasowego podejścia do organizacji pracy i lokalizacji ośrodków zajmujących się leczeniem pacjentów onkologicznych. Zmieniająca się populacja w całym województwie, już w nadchodzącej dekadzie wymagać będzie łatwiejszego dostępu do świadczeń onkologicznych. Jest to możliwe pod warunkiem rozszerzenia zakresu działalności prywatnych ośrodków pod-

warszawskich oraz rozwoju 2-3 ośrodków – w Radomiu, Ciechanowie lub Płocku oraz Siedlcach – specjalizujących się w kompleksowym leczeniu raka piersi i raka jelita grubego, a być może także innych częstych nowotworów. Ośrodków wyposażonych adekwatnie do standardów leczniczych. Wskazane byłoby, aby wykorzystać istniejące już podmioty, pod warunkiem konsekwentnie zrealizowanego planu zbudowania ich kompetencji w zakresie leczenia pacjentów onkologicznych przez kierowanie publicznych i prywatnych środków na niezbędne inwestycje oraz rozwój kadr, a także zapewnienie wieloletniego finansowania ze środków NFZ. Tempo ich rozwoju oraz docelowa wielkość winny być dostosowa-

ne do prognoz potrzeb, a lokalizacja musi uwzględniać zasadę równego dostępu i niwelowania istniejących różnic w obrębie województwa. Ośrodki te – a więc nowe BCU i CCU, a także specjalizujące się w leczeniu innych częstych nowotworów – w nadchodzącej dekadzie powinny wraz z centrami szybkiej diagnostyki oraz istniejącymi obecnie specjalistycznymi szpitalami leczącymi pacjentów onkologicznych stworzyć wojewódzką sieć onkologiczną, na miarę rosnących potrzeb w zakresie diagnostyki i leczenia populacji województwa mazowieckiego. Zdając sobie sprawę z bardzo silnej, naturalnej i w dużym stopniu zrozumiałej dominacji Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, a także innych specjalistycznych szpitali warszawskich, rozwój sieci onkologicznej w województwie mazowieckim musi być szczególnie transparentny i oparty na rzetelnych analizach potrzeb przyszłych pacjentów onkologicznych. Proces rozwoju sieci w województwie musi uwzględniać także to, co dzieć się będzie w innych województwach, szczególnie łódzkim, lubelskim i podlaskim, gdyż nie można zapominać, że w województwach tych także czynione są inwestycje i planuje się zmiany mające na celu poprawę dostępności leczenia onkologicznego.

3.6 Wnioski, rekomendacje i warunki niezbędne do wdrożenia modelu

Prognozy demograficzne i epidemiologiczne jednoznacznie wskazują, że częstość występowania nowotworów w polskiej populacji zwiększy się do tego stopnia, że staną się one w naszym kraju pierwszą przyczyną zgonów. Pomimo, że w ciągu ostatnich lat, dzięki wielomiliardowym inwestycjom, w polskiej onkologii nastąpił wyraźny postęp, to Polska wciąż ma dużo gorsze wyniki leczenia niż obserwowane średnio w krajach Unii Europejskiej. Aby walka z nowotworami w Polsce w nadchodzącej dekadzie była skuteczna, należy sięgnąć do rozwiązań i narzędzi, które sprawdziły się w innych państwach, a których wciąż brak w naszym kraju.

Wzorem Francji, Wielkiej Brytanii czy krajów skandynawskich, także w Polsce musi być wdrożona wieloletnia strategia, wzorowana na tych, których wprowadzenie w innych krajach przyniosło oczekiwane rezultaty. Skuteczne strategie dotyczące walki z chorobami nowotworowymi, aby osiągnąć na tym polu realne sukcesy, muszą wykraczać daleko poza tradycyjnie rozumiany system opieki medycznej.

„Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024” wydaje się spełniać wszelkie kryteria, aby uznać ją za kompletną i wartą wdrożenia. Dokument ten, opracowany dzięki zaangażowaniu kilkusetosobowego zespołu praktyków epidemiologii, onkologii, medycyny rodzinnej i zarządzania ochroną zdrowia, winien zostać przyjęty jako dokument państwowy i stać się podstawą do opracowania ustawy o zwalczaniu chorób nowotworowych na lata 2015–2024.

Integralną częścią ustawy o zwalczaniu chorób nowotworowych w kolejnej dekadzie powinny być konkretne plany wdrożenia działań na różnych polach przez różne ministerstwa lub organy państwowe i samorządowe wraz z przydzielonymi na ich realizację budżetami, zasadami zarządzania i monitorowania efektów, które powinny być oparte na mierzalnych miernikach realizacji celów. „Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024” jest na tyle kompletnym dokumentem, że nie tylko zawiera kierunki koniecznych działań podzielone na obszary, ale także propozycję mierników służących realizacji tych działań. Nieskorzystanie przez polityków i administrację państwową z tego dorobku byłoby marnotrawstwem społecznego kapitału, jaki zbudowano przy okazji pracy nad tym, że wszech miar potrzebnym Polsce, dokumentem.

Dlatego też pierwszą rekomendacją autorów raportu jest, aby „Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024” stała się podstawą kolejnego Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Liczne dowody z badań wskazują, że to, co dla chorych na raka jest kluczowe w wyleczeniu, wiąże się z czasem. Szanse na wyleczenie zależą od momentu wykrycia nowotworu, stanu jego zaawansowania i rodzaju, czasu, w jakim zostanie postawiona wstępna i ostateczna diagnoza oraz czasu, jaki upłynie od momentu podejrzenia nowotworu do momentu wdrożenia możliwie najskuteczniejszej terapii. Im szybciej podejmowane są wszystkie konieczne i możliwe do podjęcia kroki w procesie diagnostyczno-leczniczym, tym szanse na wyleczenie lub dłuższy czas przeżycia pacjenta są większe.

Dlatego też drugą rekomendacją autorów raportu jest, by skrócenie czasu od podjęcia podejrzenia choroby nowotworowej do podjęcia optymalnego, adekwatnego do potrzeb pacjenta leczenia było najważniejszym operacyjnym celem przyszłej ustawy o zwalczaniu chorób nowotworowych. Jej celem strategicznym powinna być mierzalna poprawa wskaźników epidemiologicznych – w pierwszej kolejności zmniejszenie umieralności oraz w drugiej, co jest bardzo trudnym wyzwaniem, zmniejszenie zapadalności na nowotwory zależne od stylu życia – głównie palenia tytoniu.

Wszystkie działania, które byłyby podejmowane w ramach realizacji planów wynikających z takiej ustawy, miałyby służyć temu celowi, a ich wdrożenie winno wskazywać w uzasadnieniu, jak istotnie czas ten zostanie skrócony. Przyjęcie skrócenia czasu jako kryterium skuteczności podejmowanych działań przyczyni się realnego skrócenia kolejek do diagnostyki i leczenia onkologicznego, m.in. poprzez taką organizację systemu opieki onkologicznej, której kluczowym operacyjnym celem będzie właśnie możliwie jak najkrótszy czas, jaki pacjent musi poświęcić, aby zaspokoić swoje żywotne potrzeby.

Stawiając na pierwszym planie potrzeby pacjenta onkologicznego i czas od pojawienia się podejrzenia nowotworu do rozpoczęcia możliwie adekwatnego leczenia

– łatwiej i szybciej dojdzie do opracowania obowiązujących standardów postępowania, oceny dostępności kadr medycznych oraz sprzętu diagnostyczno-leczniczego, a także, o czym – jak na razie –zapominają decydenci, opracowania map potrzeb onkologicznych na poziomie wojewódzkim, a następnie krajowym.

Planem dla skutecznej walki z nowotworami musi być wiedza wynikająca z map potrzeb onkologicznych, oceny posiadanych zasobów (kadrowych, sprzętowych i finansowych) oraz prognozy potrzeb w zakresie finansowania diagnostyki i leczenia.

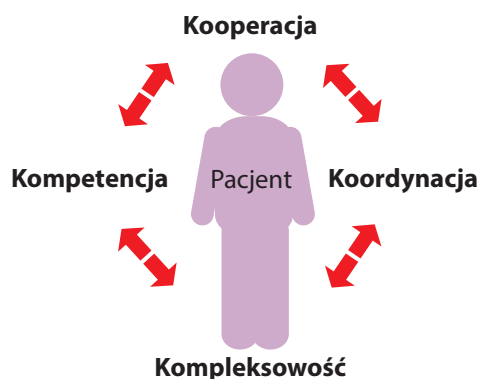
Dlatego kolejną rekomendacją autorów raportu jest opracowanie w 2015 r., a więc w pierwszym roku wdrażania strategii walki z rakiem w nadchodzącej dekadzie, map potrzeb onkologicznych na lata 2015–2035.

Mapy te winny stać się punktem wyjścia do opracowania i wdrożenia optymalnego systemu opieki onkologicznej na poziomie – w pierwszej kolejności – województw lub regionów, a w drugiej – całego kraju. Z doświadczeń lat ubiegłych wynika, że bez szczegółowej wiedzy o tym, komu i gdzie ma służyć taki system, kontynuowane będą działania inwestycyjne suboptymalne w stosunku do potrzeb chorych. Opracowanie map potrzeb onkologicznych w pierwszym roku nowego narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych jest warunkiem *sine qua non* poprawy dostępności świadczeń i osiągnięcia lepszych rezultatów leczenia w kolejnych latach. Tylko dzięki wnioskowi wyciągniętemu po opracowaniu map można stworzyć optymalny dla naszego kraju system opieki onkologicznej lub – szerzej – system walki z nowotworami w Polsce.

Optymalny system walki z nowotworami w Polsce, służąc ludziom zdrowym i pacjentom onkologicznym, musi się opierać na czterech wzajemnie sprzężonych zasadach – 4 x K:

- kooperacji,
- koordynacji,
- kompleksowości,
- kompetencji.

Rysunek 7. Schemat optymalnego systemu walki z nowotworami



Źródło: Opracowanie własne

Kooperacja, czyli współpraca, to warunek podstawowy, aby zbudować w Polsce optymalny system walki z nowotworami.

Kooperacja konieczna jest na poziomie rządowym, gdyż bez dobrej współpracy pomiędzy resortami zdrowia, finansów, edukacji, pracy, sportu czy gospodarki, oraz – w mniejszym stopniu – innymi, nie sposób mówić o horyzontalnym, a nie silosowym podejściu do ochrony zdrowia. Bez międzyresortowej kooperacji nie uda się walka z nikotynizmem, nadużywaniem alkoholu, otyłością czy brakiem aktywności fizycznej milionów Polaków.

Konieczna jest daleko idąca współpraca pomiędzy administracją państwową a samorządową, gdyż właśnie na Jednostkach Samorządu Terytorialnego (JST) szczebla wojewódzkiego i powiatowego spoczywa odpowiedzialność za organizację systemu leczenia szpitalnego i za przeprowadzenie zmian niezbędnych do zaspokojenia potrzeb w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów w nadchodzących dziesięcioleciach.

Kooperacja niezbędna jest także pomiędzy Min. Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia, a szeroko rozumianym środowiskiem medycznym, aby wprowadzić w Polsce takie zasady finansowania diagnostyki i terapii nowotworów, które zapewnią efektywność ekonomiczną skutecznemu leczeniu o możliwie najlepszej jakości. Do tego potrzebna jest kooperacja pomiędzy decydentami systemu opieki medycznej a organizacjami profesjonalistów medycznych i towarzystwami naukowymi, a także organizacjami producentów i dystrybutorów leków oraz sprzętu medycznego.

Jeśli najważniejszym operacyjnym celem kolejnego NPZChN ma być skrócenie czasu od podejrzenia nowotworu do rozpoczęcia możliwie najskuteczniejszego leczenia, to współpraca jest niezbędna także na polu rejestracji i wdrażania w Polsce innowacyjnych terapii systemowych, w stosowaniu których nasz kraj znajduje się w niechlubnym ogonie Europy.

Dążenie do wspólnego celu, zdefiniowanego jako zaspokojenie żywotnych potrzeb chorych na raka, zakłada także daleko idącą otwartość na współpracę pomiędzy sektorem publicznym a sektorem prywatnym, a także włączanie prywatnych inwestorów w odpowiedzialność za zbudowanie efektywnej ekonomicznie sieci, współpracujących ze sobą, centrów szybkiej diagnostyki medycznej i ośrodków kompleksowego leczenia najczęstszych nowotworów.

Kooperacja to, innymi słowy, otwartość na wspólne zaspokajanie potrzeb pacjentów przez wszystkich interesariuszy systemu.

Koordynacja, czyli uporządkowane współdziałanie i realizacja celów pośrednich w celu osiągnięcia wspólnego celu końcowego, jest tym, czego bardzo brakuje

obecnie całemu polskiemu systemowi ochrony zdrowia, a co jest bezwzględnie konieczne, by można było mówić o optymalnym i efektywnym systemie walki z chorobami.

Choroby nowotworowe, ze względu na ich postępujący, destrukcyjny czy wręcz zabójczy charakter, wymagają w sposób szczególny koordynacji procesu diagnostyki i leczenia na wszystkich etapach. Jeśli najważniejszym operacyjnym celem NPZChN w latach 2015–2024 będzie skrócenie czasu od pojawienia się podejrzenia nowotworu do rozpoczęcia skutecznego leczenia, to nikt nie powinien mieć wątpliwości, że to właśnie koordynacja jest środkiem do osiągnięcia tego celu. Dlatego uporządkowanie i współdziałanie muszą stać się cechami charakterystycznymi optymalnego systemu opieki onkologicznej, jaki będzie budowany w latach 2015–2024.

Pod pojęciem koordynacji rozumieć należy zarówno działania makro na szczeblu krajowym czy wojewódzkim, jak i mikro, czyli takie, które dotyczą każdego pacjenta.

Za kluczowe dla skrócenia czasu pomiędzy podejrzeniem, a rozpoczęciem leczenia nowotworu, autorzy raportu uznają stworzenie w systemie lecznictwa onkologicznego koordynatorów diagnostyki i leczenia, pracujących w centrach szybkiej diagnostyki onkologicznej oraz w ośrodkach kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworów. Praca koordynatorów musi być oparta o jednolite w skali kraju standardy postępowania i udział w planowaniu optymalnego leczenia multidyscyplinarnych zespołów specjalistów z różnych obszarów lecznictwa onkologicznego.

Koordynatorzy i standardy postępowania na poziomie mikro to narzędzia, bez których idea koordynacji pozostanie pustym hasłem. Dlatego już w 2015 r., czyli na początku okresu kolejnego NPZChN, konieczne jest opracowanie zasad działania i finansowania koordynatorów, a także standardów ich postępowania. Dzięki temu, po opracowaniu map potrzeb onkologicznych, już od 2016 r., tj. w perspektywie kolejnego 3-letniego okresu kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, możliwe będzie „pilotażowe”, stopniowe rozwijanie sieci koordynatorów pracujących możliwie blisko pacjentów. Zarządzanie procesem diagnostyki i leczenia stanie się tym samym standardem postępowania w onkologii – nie poprzez wyłącznie zadekretowanie go w rozporządzeniach ministra zdrowia czy zarządzeniach prezesa NFZ, ale w drodze ewolucji opartej na „uczeniu się” systemu.

Trzyletni okres „pilotażowy” monitorowany w oparciu o mierzalne kryteria jakości wydaje się optymalny do opracowania najlepszych rozwiązań dla wszystkich województw, a tym samym dla całej Polski. Dzięki takiemu podejściu realnie stanie się ogólnopolskie wdrożenie standardów postępowania koordynatorów, wyszkolenie odpowiedniej ich liczby, wyposażenie w odpowiednie algorytmy postępowania i nowoczesne narzędzia komu-

nikacji i współpracy z lekarzami podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym z lekarzami tworzącymi multidyscyplinarne zespoły terapeutyczne oraz z ośrodkami kompleksowego leczenia onkologicznego. Kompleksowość – uwzględniająca leczenie zabiegowe, systemowe i radioterapię – jest bowiem kolejnym warunkiem, aby w ciągu najbliższych lat zbudować w Polsce system opieki onkologicznej odpowiadający rosnącemu potrzebom populacyjnym.

Koordynacji na szczeblu krajowym wymaga wdrożenie wszystkich działań niezbędnych dla skuteczniejszej niż dotychczas walki z chorobami nowotworowymi w Polsce. Dlatego niezbędne jest powołanie dedykowanej do tego instytucji, dysponującej odpowiednimi zasobami kadrowymi i finansowymi oraz umocowanej prawnie, a także wyposażonej w narzędzia do wdrażania i monitorowania realizowanych zadań. Polska potrzebuje Narodowego Instytutu Onkologii nie jako specjalistycznego szpitala, ale ośrodka koordynacji, planowania i monitorowania wielopłaszczyznowych działań walki z chorobami nowotworowymi,

Kompleksowość, czyli obejmowanie jakimś procesem lub zadaniem całości elementów lub zagadnień, a nie tylko ich fragmentu. Takiego podejścia wymaga leczenie nowotworów.

Obecnie w Polsce jest wiele dowodów na to, że brak kompleksowego podejścia w kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych jest jednym z głównych powodów społecznego niezadowolenia z funkcjonowania systemu opieki medycznej. W chorobach nowotworowych – ale także w innych grupach schorzeń o postępującym i wyniszczającym charakterze – jest to zabójcze. Dlatego kompleksowość – obok koordynacji – musi stać się możliwie szybko warunkiem kontraktowania świadczeń onkologicznych w Polsce.

Nie znaczy to bynajmniej, że wzmacniana powinna być rola największych, dzisiaj wręcz monopolistycznych centrów onkologii w województwach. Zaplanowanie sieci lecznictwa onkologicznego – jako odpowiedzi na mapy potrzeb onkologicznych – wskaże jednoznacznie w jakich nowych lokalizacjach należy tworzyć kolejne ośrodki onkologiczne i jak organizować system, by można było mówić o jego kompleksowości. Ci pacjenci, którzy ze względu na stan zaawansowania choroby nowotworowej nie muszą być hospitalizowani, nie powinni leżeć w szpitalach, a ich leczenie z wykorzystaniem radioterapii i chemioterapii winno odbywać się w warunkach ambulatoryjnych lub poprzez hospitalizację jednodniową lub hostelową.

Nadmiar środków wydawanych obecnie na utrzymanie łóżek szpitalnych winien być przeznaczony na badania diagnostyczne, efektywne leczenie systemowe, w tym niedostępne w Polsce liczne terapie innowacyjne, a także na zwiększenie liczby świadczeń na rzecz kolejnych pacjentów leczonych zabiegowo oraz wymagających radioterapii.

Bez takiej zmiany, osiągnięcie realnej poprawy efektów leczenia wymagałoby istotnego zwiększenia środków publicznych przeznaczonych na leczenie onkologiczne.

Relokacja środków w obrębie onkologii jest możliwa. Jej beneficjentem będą pacjenci, którzy – obok szybszej i łatwiejszej dostępności radioterapii – uzyskają także lepszy dostęp do leczenia wykorzystującego nowoczesne terapie lekowe o udowodnionej skuteczności. W pierwszej kolejności winny być tu brane pod uwagę terapie stosowane w najczęstszych nowotworach, ale nie wolno zapominać o leczeniu także nowotworów rzadkich. Konserwatywna prognoza relokacji środków, zaprezentowana w raporcie, wskazuje, że w okresie najbliższego 10-lecia możliwa jest relokacja co najmniej 1,5 mld zł, a w okresie 21 lat niemal 5 mld zł. Przy założeniu podziału tych środków w równych proporcjach pomiędzy procedury chemioterapii, teleradioterapii i onkologię zabiegową można oczekiwać możliwości sfinansowania dodatkowo w ciągu roku stopniowo rosnącej liczby procedur chemioterapii i teleradioterapii (do ok. 10 tys.) oraz onkologicznych procedur zabiegowych (do ok. 20 tys.).

Kompleksowość w onkologii to zatem podejście dążące do rozszerzenia, a nie zawężenia wskazań, ale jednocześnie podejście racjonalne ekonomicznie, transparentne i oparte na wiedzy, czyli m.in. na kompetencji.

Kompetencja, czyli wiedza teoretyczna i praktyczne umiejętności, wyróżniające daną osobę łatwością sprawnej, skutecznej i jakościowo wysokiej – odpowiadającej oczekiwaniom – realizacji powierzonych jej zadań. Taki warunek muszą spełniać profesjonaliści medyczni pracujący na wszystkich odcinkach walki z rakiem.

Kompetencja zarządzających wdrażaniem całej strategii walki z rakiem, edukatorów zdrowotnych, lekarzy rodzinnych i medycyny pracy, lekarzy onkologów różnych specjalności czy wreszcie koordynatorów diagnostyki i leczenia – musi stać się immanentną cechą wymaganą przez system w interesie pacjentów. Obecnie jest tak tylko w teorii. Praktyka pokazuje bowiem, że w wielu miejscach w Polsce pacjenci leczeni są przez osoby o niedostatecznych umiejętnościach lub niewielkim doświadczeniu, bez uwzględnienia zalecanych standardów postępowania. Wyeliminowanie tego szkodliwego dla pacjentów zjawiska jest bardzo dużym wyzwaniem dla całego lekarskiego, czy nawet szerszej: medycznego, środowiska oraz organizatorów systemu i nim zarządzających. Dlatego też, w celu osiągnięcia w ciągu najbliższego dziesięciolecia realnej poprawy wyników leczenia nowotworów, w miejsce zalecanych standardów postępowania winny być wprowadzone na wszystkich szczeblach (od POZ do leczenia paliatywnego i hospicyjnego) jednolite standardy postępowania, oparte na udowodnionych efektach skuteczności (Evidence Based Medicine). Wdrożenie ich – oraz monitorowanie ich przestrzegania – powinno stać się jednym z najważniejszych celów wdrażania strategii walki z rakiem w Polsce. Dzięki temu możliwe będzie monitorowanie i stałe korygowanie

jakości leczenia onkologicznego, zarówno przez samych lekarzy, jak i decydentów polityki zdrowotnej, a także udostępnienie wiarygodnych danych opinii publicznej. Bez takich działań nie uda się szybko poprawić efektów leczenia pacjentów onkologicznych.

Połączenie idei koordynacji, kompleksowości i kompetencji winno zostać wykorzystane w organizacji sieci centrów szybkiej diagnostyki i leczenia nowotworów piersi, jelita grubego oraz płuca, a także innych nowotworów (np. gruczołu krokowego oraz ginekologicznych) w lokalizacjach wynikających z map potrzeb onkologicznych. Takie podejście znajdzie odzwierciedlenie w poprawie wyników leczenia tych najczęstszych już obecnie i coraz częstszych w przyszłości nowotworów w Polsce.

Dlatego też rozbudowa sieci onkologicznej o nowe centra leczenia nowotworów piersi, jelita grubego oraz płuca – w kooperacji, a nie w konkurencji do obecnych wojewódzkich centrów onkologii – jest kolejną rekomendacją autorów raportu.

Tworzenie ich jest konieczne w oparciu o współpracę z NFZ, jednostkami samorządu terytorialnego oraz prywatnymi inwestorami. Wdrożenie tej koncepcji będzie rzeczywistym, a nie tylko deklarowanym krokiem do poprawy jakości leczenia najczęstszych nowotworów w Polsce.

To nie dostęp bez limitów do świadczeń diagnostycznych i leczniczych, ale połączenie braku limitów świadczeń na wszystkich etapach procesu diagnostyki i leczenia pacjentów wraz kooperacją, koordynacją, kompleksowością oraz kompetencją – dadzą w efekcie to, czego tak potrzebują obecni, a przede wszystkim przyszli pacjenci chorujący na nowotwory. Zniesienie limitów na świadczenia diagnostyczne to dopiero początek skuteczniejszej walki z rakiem w Polsce.

Ostatnią rekomendacją raportu – która została zgłoszona na ostatnim etapie konsultacji jego treści z wybitnymi specjalistami onkologii w Polsce – jest apel do wszystkich zaangażowanych w tworzenie i wdrażanie różnych elementów strategii walki z chorobami nowotworowymi w Polsce, aby z większą odpowiedzialnością podchodzili do treści i formy komunikacji, tak w dyskusjach między sobą, jak i w tej kierowanej do pacjentów czy szerszej do opinii publicznej. Polska jest krajem o bardzo niskim kapitale społecznym. Mamy do siebie zbyt mało zaufania i nie potrafimy dostatecznie dobrze współpracować dla wspólnego dobra.

Załącznik nr 1

Koszty leczenia wybranych nowotworów

Tabela 89. Wartość świadczeń zrealizowanych przez AOS, SZP, SOK, OPH i SPO* w Polsce w latach 2009–2013 wg rozpoznań

Rozpoznanie ICD - 10	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
C18-21 Rak jelita grubego	11%	587 457 834	547 249 320	596 754 062	588 573 742	633 107 552	9%
C34 Rak płuca i oskrzela	10%	534 625 611	572 047 340	595 581 457	561 491 822	560 667 764	8%
C50 Rak piersi	11%	634 744 282	680 229 982	689 714 109	697 577 708	732 942 909	11%
C53 Rak szyjki macicy	2%	96 848 120	102 215 023	99 780 842	103 965 286	103 963 974	2%
C61 Rak prostaty	3%	169 670 755	191 843 397	211 695 024	225 974 760	244 117 148	4%
Pozostałe nowotwory	63%	3 500 037 059	3 756 051 887	3 997 163 434	4 299 873 487	4 533 848 453	67%
Razem	100%	5 523 383 661	5 849 636 950	6 190 688 928	6 477 456 805	6 808 647 800	100%
Zmiana % rok do roku			5,9%	5,8%	4,6%	5,1%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Koszty leczenia raka jelita grubego i odbytnicy (C18–C21)

Tabela 90. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 na rzecz pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego i odbytnicy (C18–21)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	8%	44 200 844	44 793 974	51 169 589	49 404 938	52 146 508	8%
kujawsko-pomorskie	5%	28 161 626	29 964 615	34 704 286	34 971 981	37 873 333	6%
lubelskie	5%	30 592 095	29 662 673	32 206 660	29 830 733	32 202 353	5%
lubuskie	2%	13 130 275	12 514 160	14 148 765	14 174 271	14 714 001	2%
łódzkie	6%	33 772 412	31 882 606	35 181 265	35 566 341	39 335 394	6%
małopolskie	7%	43 504 731	36 862 755	38 345 400	38 184 437	41 376 863	7%
mazowieckie	16%	91 219 073	84 879 518	91 267 090	89 719 125	97 860 579	15%
opolskie	2%	12 493 363	13 121 118	13 062 324	11 886 543	12 154 726	2%
podkarpackie	5%	28 158 755	24 225 087	26 178 642	25 142 200	26 788 648	4%
podlaskie	3%	20 121 504	15 396 393	19 079 701	17 946 775	19 182 833	3%
pomorskie	5%	30 835 245	28 767 996	32 049 707	30 625 220	31 256 025	5%
śląskie	13%	79 159 150	80 131 398	84 127 987	82 983 642	92 048 040	15%
świętokrzyskie	3%	20 362 687	17 706 678	17 955 981	18 483 578	20 354 795	3%
warmińsko-mazurskie	4%	24 191 126	18 099 986	20 327 189	20 419 586	22 435 986	4%
wielkopolskie	10%	58 811 517	54 012 840	58 781 794	61 244 823	63 132 030	10%
zachodniopomorskie	5%	28 743 432	25 227 523	28 167 681	27 989 550	30 245 437	5%
Polska	100%	587 457 834	547 249 320	596 754 062	588 573 742	633 107 552	100%
Zmiana % rok do roku			-6,8%	9,0%	-1,4%	7,6%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 91. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. na rzecz pacjentów spoza województwa z rozpoznaniem raka jelita grubego i odbytnicy (C18-21)

Pacjenci z województwa	Świadczenia zrealizowane w województwie															
	dolnośląskie	małopolskie	mazowieckie	śląskie	wielkopolskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	zachodniopomorskie
dolnośląskie	48 423 709	30 473	258 594	232 558	701 041	81 900	202	354 054	176 619	293 898	23 006		110 337	559	21 170	72 408
kujawsko-pomorskie	29 698	12 064	391 126	148 939	232 116	33 003 393	4 100		212 072		15 339		177 440		47 253	79 997
lubelskie	15 555	49 890	2 674 391	116 927	4 637	12 339	30 183 779		53 251	553	131 482	472	44 423	36 416	8 198	65 363
lubuskie	597 701	6 807	317 462	34 712	2 030 510	99 427	38 016	13 942 839	33 350		264		6 192			959 888
łódzkie	315 726	20 162	1 631 016	1 093 882	302 642	588 920	55 219	70	37 099 724	118 351	20 717		64 995	383 782	27 840	22 386
małopolskie	1 322	37 491 340	238 420	5 039 805	16 468	31 953	35 355	24 653	17 751	32 366	294 364	32	13 036	132 220	208	43 781
mazowieckie	85 146	75 909	86 837 893	125 975	112 581	184 339	405 000		567 709	12 204	114 409	255 158	51 620	991 388	234 657	34 184
opolskie	908 862	15 103	126 077	2 080 606	6 754	31 306	19 688		71 849	11 440 736	74 510		550	318	1 240	
podkarpackie	36 262	1 328 470	720 892	418 188	14 854	90 849	867 203	12 374	34 165	14 224	24 551 288	32	8 951	174 765		86
podlaskie		4 227	1 422 123	31 834	22 486	42 975	1 795		36 473			18 043 569	27 080	31 331	421 026	23 931
pomorskie	21 153	64 689	177 875	72 226	39 435	1 048 723	273	29	57 761	18 579	37 833		29 738 287	406	1 938 353	358 456
śląskie	106 978	647 887	349 071	82 077 551	165 795	44 470	160 038	5 089	141 039	160 361	35 394	618	12 140	434 444	4 412	23 077
świętokrzyskie	62 454	614 778	865 372	239 688	713		228 863		127 053	14 487	862 736		73 197	17 929 191		963
warmińsko-mazurskie	29 489	237	1 058 439	13 382	88 849	249 748	20 729	1 150	33 452	20 311		616 848	527 940		19 698 699	
wielkopolskie	1 200 669	2 688	336 728	42 903	57 907 589	1 323 362	22 377	158 438	351 252	15 602	16 311		101 044	18 352	4 763	140 829
zachodniopomorskie	101 452	8 801	261 302	98 681	1 289 511	983 735	552	211 579	39 930		5 772		264 342	30 628	12 165	28 194 230
Pozostałe**	210 331	1 003 337	193 799	180 184	196 050	55 892	159 163	3 727	281 943	13 055	620 562	250 765	34 452	190 996	16 003	225 857
Razem	52 146 508	41 376 863	97 860 579	92 048 040	63 132 030	37 873 333	32 202 353	14 714 001	39 335 394	12 154 726	26 168 086	19 182 833	31 256 025	20 354 795	22 435 986	30 245 437

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

** Pacjenci bez stałego zameldowania na terytorium Polski, ew. błędy w raportowaniu do NFZ lub inne nieokreślone przyczyny.

Koszty leczenia raka oskrzela i płuca (C34)

Tabela 92. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 na rzecz pacjentów z rozpoznaniem raka oskrzela i płuca (C34)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	8%	44 918 834	48 774 917	52 686 736	49 556 571	51 771 541	9%
kujawsko-pomorskie	7%	36 433 562	41 029 535	43 781 366	41 368 143	37 976 235	7%
lubelskie	5%	25 128 409	27 808 224	26 247 827	25 322 269	26 193 522	5%
lubuskie	2%	11 355 053	11 744 215	11 455 453	10 067 498	11 338 274	2%
łódzkie	6%	31 169 242	35 221 711	36 176 064	35 216 377	34 629 497	6%
małopolskie	7%	39 236 787	37 337 550	39 175 525	40 156 654	40 211 515	7%
mazowieckie	16%	86 236 370	96 029 815	98 274 030	95 132 666	91 959 729	16%
opolskie	2%	10 918 336	11 262 366	9 779 551	7 536 547	7 957 214	1%
podkarpackie	3%	18 395 587	18 310 644	19 602 194	17 682 120	18 219 806	3%
podlaskie	3%	16 641 270	16 874 369	18 349 335	15 857 215	14 500 022	3%
pomorskie	6%	30 310 590	33 570 276	37 285 084	35 166 576	34 179 536	6%
śląskie	14%	72 466 910	75 428 336	76 748 637	71 268 745	71 509 497	13%
świętokrzyskie	3%	17 687 042	19 181 515	20 132 325	19 041 596	20 731 049	4%
warmińsko-mazurskie	4%	21 747 089	24 362 853	24 756 990	23 563 138	25 464 998	5%
wielkopolskie	9%	48 009 925	49 164 405	54 639 129	46 876 076	45 481 908	8%
zachodniopomorskie	4%	23 970 605	25 946 609	26 491 210	27 679 630	28 543 421	5%
Polska	100%	534 625 611	572 047 340	595 581 457	561 491 822	560 667 764	100%
Zmiana % rok do roku			7,0%	4,1%	-5,7%	-0,1%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 93. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. na rzecz pacjentów spoza województwa z rozpoznaniem raka oskrzela i płuca (C34)

Pacjenci z województwa	Świadczenia zrealizowane w województwie															
	dolnośląskie	małopolskie	mazowieckie	śląskie	wielkopolskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	zachodniopomorskie
dolnośląskie	46 094 230	191 934	827 699	1 38 805	328 667	49 367	18 880	126 901	45 261	41 749	23 867	9 570	40 709	344	2 482	80 591
kujawsko-pomorskie	12 528	32 458	258 849	92 902	1 111 619	33 333 132		18 401	43 018		3 661	14 837	325 811		6 561	44 118
lubelskie	64 081	171 502	2 890 588	187 885	19 136	16 963	24 893 388	912	44 496	30	275 611	12 204	30 182	476	28 592	22 982
lubuskie	539 083	8 676	82 293	18 535	1 448 396	25 281	6 640	10 798 261	200	26 194		6 344	4 102	15 080		2 157 656
łódzkie	262 785	255 373	2 119 001	1 172 628	381 180	847 241	29 292	11 211	336 432 43	5 307		356	18 206	436 984	5 340	62 748
małopolskie	63 729	35 190 114	90 871	3 022 779	25 300	6 605	9 985	405	28	23 015	118 047		56	57 249		22 940
mazowieckie	43 643	30 525	80 462 848	64 105	129 767	415 325	459 973	3 952	214 403	16 735	11 483	178 009	193 157	861 225	398 817	14 254
opolskie	2 927 240	91 437	85 388	813 644	26 941	492		395	2 115	7 718 811	593				320	
podkarpackie	45 058	1 165 504	219 297	189 236	34 309		246 096	11 172	1 664		16 869 343	112	23 480	575 081		25 480
podlaskie		18 780	1 625 721	1 973	2 541	11 551	143 330		656			13 578 897	52 728		478 482	
pomorskie	55 422	14 304	172 942	67 669	40 936	691 597	577	4 991	846	25 931	23 966		31 903 551	17 828	2 139 341	537 551
śląskie	157 827	1 648 321	1 190 535	65 257 923	31 703	817	39 980	57 420	46 482	77 831	19 823	293	58 919	379 719	86 242	36 365
świętokrzyskie	35 035	513 825	394 869	157 609	184	15 476	129 517		49 485	14 606	296 593	14 725	8 186	18 139 141	324	7 416
warmińsko-mazurskie		15 160	764 699	49 935	45 235	150 735	9 910	1 140	4 412		14 303	313 219	1 238 802		22 291 606	401
wielkopolskie	1 292 406	26 175	498 420	98 105	41 671 306	1 427 268	10 582	117 385	289 632	5 867	32		51 752		19 756	79 807
zachodniopomorskie	12 200	5 019	95 691	85 021	1 154 015	928 439	14 477	175 976	51 548	129			221 540			25 157 161
Pozostałe**	166 276	832 408	180 016	90 743	30 673	55 947	180 895	9 752	192 011	1 009	562 485	371 458	8 355	247 922	7 135	293 952
Razem	51 771 541	40 211 515	91 959 729	71 509 497	45 481 908	37 976 235	26 193 522	11 338 274	34 629 497	7 957 214	18 219 806	14 500 022	34 179 536	20 731 049	25 464 998	28 543 421

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

** Pacjenci bez stałego zameldowania na terytorium Polski, ew. błędy w raportowaniu do NFZ lub inne nieokreślone przyczyny.

Koszty leczenia raka piersi (C50)

Tabela 94. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 na rzecz pacjentek z rozpoznaniem raka piersi (C50)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	6%	38 182 489	44 720 805	46 020 426	51 458 869	54 179 897	7%
kujawsko-pomorskie	6%	41 144 107	47 646 942	48 322 100	53 523 637	54 973 349	8%
lubelskie	7%	42 243 348	48 948 958	48 956 036	45 765 001	45 672 366	6%
lubuskie	2%	13 387 595	14 577 682	14 822 988	14 820 328	13 763 293	2%
łódzkie	7%	46 741 468	47 200 404	44 288 515	46 628 136	50 140 735	7%
małopolskie	6%	41 115 025	43 254 583	36 172 169	39 511 250	40 383 980	6%
mazowieckie	18%	113 247 751	115 093 553	117 644 108	117 135 312	119 472 045	16%
opolskie	2%	13 944 267	11 508 292	8 700 192	8 040 008	10 515 319	1%
podkarpackie	4%	25 531 387	24 693 485	27 249 599	28 577 299	26 357 279	4%
podlaskie	4%	25 076 599	24 528 100	27 882 337	24 045 421	21 703 479	3%
pomorskie	4%	25 386 990	26 472 830	28 635 704	26 756 288	28 824 587	4%
śląskie	12%	74 887 956	80 570 768	81 411 258	82 720 022	100 862 850	14%
świętokrzyskie	4%	23 600 196	26 065 191	26 600 756	28 385 798	30 571 824	4%
warmińsko-mazurskie	3%	16 817 609	18 336 890	18 383 932	17 485 637	18 848 537	3%
wielkopolskie	10%	64 190 695	72 716 061	75 747 398	75 463 893	77 128 114	11%
zachodniopomorskie	5%	29 246 799	33 895 438	38 876 589	37 260 810	39 545 256	5%
Polska	100%	634 744 282	680 229 982	689 714 109	697 577 708	732 942 909	100%
Zmiana % rok do roku			7,2%	1,4%	1,1%	5,1%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 95. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. na rzecz pacjentek spoza województwa z rozpoznaniem raka piersi (C50)

Pacjenci z województwa	Świadczenia zrealizowane w województwie															
	dolnośląskie	małopolskie	mazowieckie	śląskie	wielkopolskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	zachodniopomorskie
dolnośląskie	49 553 270	85 926	214 993	161 883	776 797	174 805	14 706	408 660	36 284	169 924	825		5 945	16 088	5 699	47 493
kujawsko-pomorskie	45 036	36 232	364 891	61 384	414 062	47 447 861	148 828	4 691	125 391			101 433	297 495	669	60 572	6 423
lubelskie	26 179	70 556	2 020 065	110 728	1 393	43 737	41 797 524	582	11 059	3 350	60 009	25 842	9 766	36 182	8 164	30 251
lubuskie	516 893	274	50 916	41 383	4 183 276	55 114	124	13 065 465	13 715	20 995			33 970	1 096	11 520	1 736 029
łódzkie	502 493	87 753	2 071 239	1 584 408	519 600	747 093	93 317	1 220	48 237 754	43 842		252	22 458	545 874	7 895	21 329
małopolskie	115 505	36 451 593	299 414	5 207 457	128 626	8 272	99 059	630	29 183	6 908	465 908	928	29 247	252 526	226	34
mazowieckie	105 754	83 963	109 100 491	211 628	126 238	709 926	612 521	21 927	324 237	13 385	50 670	516 559	207 710	1 722 700	618 864	45 851
opolskie	1 543 242	45 993	42 307	2 577 416	41 801	12 186	411	4 084	369	10 086 532			19 572	4 100		1 090
podkarpackie	69 693	1 262 497	810 316	206 809	647	6 282	1 918 111		919	2 365	24 321 334		13 314	316 975	9 616	621
podlaskie		663	1 129 798	9 232	1 981	60 433	10 725	90	3 660	175		19 178 956	103 002		168 948	5 304
pomorskie	55 037	22 101	318 394	179 303	188 924	2 064 097	36 253	21 204	5 336		235	8 371	27 308 134	94	1 271 395	914 750
śląskie	180 545	665 907	453 518	90 075 184	45 799	55 173	85 585	225	276 026	120 295	26 074	94 704	61 623	171 457	636	14 158
świętokrzyskie	29 599	916 440	875 933	148 070	4 276	3 264	366 083		119 579		757 118	12 502	13 763	27 285 441	288	
warmińsko-mazurskie	19 403	28 419	1 022 408	16 292	52 023	845 602	69 778	9 087	6 122		217	1 454 588	400 181	5 918	16 663 417	127 687
wielkopolskie	1 310 548	1 675	238 184	227 899	69 104 705	1 712 108	146 069	40 361	577 066	45 890		363	63 861	15 133	283	116 774
zachodniopomorskie	25 078	27 145	203 707	18 283	1 468 433	1 000 989	282	78 498	255	1 553		231	208 228		16 730	36 095 459
Pozostałe**	81 624	596 840	255 473	25 493	59 533	26 407	272 991	106 568	373 781	105	674 889	308 751	26 318	197 570	4 282	382 003
Razem	54 179 897	40 383 980	119 472 045	100 862 850	77 128 114	54 973 349	45 672 366	13 763 293	50 140 735	10 515 319	26 357 279	21 703 479	28 824 587	30 571 824	18 848 537	39 545 256

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

** Pacjenci bez stałego zameldowania na terytorium Polski, ew. Biędy w raportowaniu do NFZ lub inne nieokreślone przyczyny.

Koszty leczenia raka szyjki macicy (C53)

Tabela 96. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 na rzecz pacjentek z rozpoznaniem raka szyjki macicy (C53)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	6%	5 827 268	7 049 640	6 108 159	9 393 347	9 930 185	10%
kujawsko-pomorskie	6%	6 000 305	6 321 050	6 608 013	7 400 021	6 891 460	7%
lubelskie	5%	4 513 740	4 000 907	3 807 395	4 162 845	4 411 076	4%
lubuskie	3%	2 638 617	2 600 980	1 888 912	1 722 541	1 778 507	2%
łódzkie	6%	6 139 963	5 036 192	5 328 262	5 146 070	5 767 948	6%
małopolskie	7%	7 012 978	7 788 656	6 694 796	6 555 785	6 611 222	6%
mazowieckie	13%	12 840 420	18 301 604	17 092 208	17 391 900	16 932 250	16%
opolskie	3%	2 988 789	2 023 058	1 502 869	1 516 548	1 696 065	2%
podkarpackie	3%	3 319 143	3 393 268	3 457 107	3 640 612	3 587 444	3%
podlaskie	4%	3 491 187	2 751 448	2 868 104	3 146 242	3 126 576	3%
pomorskie	6%	5 976 365	5 602 250	6 140 693	5 707 727	5 542 574	5%
śląskie	14%	13 958 650	13 718 636	13 377 584	13 691 177	12 996 578	13%
świętokrzyskie	5%	5 313 620	5 451 995	6 227 155	6 054 106	6 175 910	6%
warmińsko-mazurskie	3%	2 539 524	3 958 962	3 390 167	2 683 025	3 220 169	3%
wielkopolskie	9%	9 139 904	9 163 833	10 054 894	10 399 804	9 643 732	9%
zachodniopomorskie	5%	5 147 646	5 052 543	5 234 525	5 353 536	5 652 279	5%
Polska	100%	96 848 120	102 215 023	99 780 842	103 965 286	103 963 974	100%
Zmiana % rok do roku			5,5%	-2,4%	4,2%	0,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 97. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. na rzecz pacjentek spoza województwa z rozpoznaniem raka szyjki macicy (C53)

Pacjenci z województwa	Świadczenia zrealizowane w województwie															
	dolnośląskie	małopolskie	mazowieckie	śląskie	wielkopolskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	zachodniopomorskie
dolnośląskie	9 322 820		14 727	4 127	2 10 104	1 651		51 418	23	27 087		2 731		184	63	152
kujawsko-pomorskie	97	23 112	71 052		16 601	6 023 954	30		12 888		265	44 836		3 571	63	
lubelskie	64	31	252 147	16 658	129	4 982	3 909 474		22 041		25 413	6 240			91	20 364
lubuskie	88 616	30	1 921	1 170	1 217 589	4 375		1 644 997	4 100							276 808
łódzkie	118 134	2 136	274 799	101 526	159 326	64 546		2 858	5 412 867	1 305	21 527	8 842		3 753		21 903
małopolskie	44 364	6 023 869	182 645	282 558	129	46 460				16 359	147 355			16 416		
mazowieckie	5 954	16 048	15 086 940		345	83 152	141 264		81 617		69	28 836		1 386 509	19 971	
opolskie	153 709	9 689	16 396	81 002	32		122		473	1 650 252						
podkarpackie	24 248	140 214	147 421	107 618			219 794		32		3 351 804			63 961		
podlaskie	26		117 398	200			90					2 854 156			46 661	255
pomorskie	4 100		160 662	23 390	97	194 955	180	45 659				30	5 239 114	252 693	252 693	698 088
śląskie	8 938	202 650	449	12 237 273	55	34 557	1 236		13 979	869				131 737	4 662	9 976
świętokrzyskie	1 379	118 373	188 478	45 740	7 465		28 295		50 072		15 980		1 050	4 475 465		
warmińsko-mazurskie			206 805	46 657	27 430	107 793	30		3 177			192 752	111 318		2 895 965	66
wielkopolskie	105 214		37 296	38 291	7 903 289	262 088	150	9 194	133 102	56			73 201			14 313
zachodniopomorskie		147	60 946	1 030	52 901	62 261	180	4 434				116	26 443			4 578 326
Pozostałe**	52 522	74 924	112 167	9 338	48 240	685	110 234	19 948	33 578	138	25 031	8 178	2 693	94 315		32 030
Razem	9 930 185	6 611 222	16 932 250	12 996 578	9 643 732	6 891 460	4 411 076	1 778 507	5 767 948	1 696 065	3 587 444	3 126 576	5 542 574	6 175 910	3 220 169	5 652 279

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

** Pacjenci bez stałego zameldowania na terytorium Polski, ew. biędy w raporcie do NFZ lub inne nieokreślone przyczyny.

Koszty leczenia raka gruczołu krokowego (C61)

Tabela 98. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 na rzecz pacjentów z rozpoznaniem raka prostaty (C61)

Województwo	%2009	2009	2010	2011	2012	2013	%2013
dolnośląskie	5%	7 983 450	9 904 917	12 132 750	13 468 992	15 525 591	6%
kujawsko-pomorskie	8%	13 533 902	17 123 262	17 234 471	17 447 889	18 681 709	8%
lubelskie	4%	6 169 223	6 849 508	8 014 449	8 673 129	9 519 675	4%
lubuskie	1%	2 434 989	2 893 334	3 405 276	4 381 809	4 625 649	2%
łódzkie	5%	8 154 507	10 097 568	11 545 288	12 341 174	13 694 042	6%
małopolskie	6%	9 899 544	10 405 209	11 540 017	12 468 303	16 510 679	7%
mazowieckie	16%	26 647 112	29 406 718	34 213 346	35 345 789	37 756 611	15%
opolskie	2%	2 939 625	3 078 840	2 164 436	2 610 892	2 565 295	1%
podkarpackie	6%	9 503 227	8 400 578	9 053 582	10 685 279	12 325 302	5%
podlaskie	4%	6 024 928	5 832 088	7 010 473	8 347 986	8 356 646	3%
pomorskie	6%	9 666 569	10 622 029	12 391 638	12 547 524	11 786 157	5%
śląskie	17%	28 911 279	33 549 465	34 029 896	34 943 085	36 457 615	15%
świętokrzyskie	4%	6 769 004	9 014 268	10 361 024	12 236 292	12 154 629	5%
warmińsko-mazurskie	2%	4 158 612	4 720 145	4 565 077	5 056 638	6 482 036	3%
wielkopolskie	12%	19 735 119	21 255 916	23 901 829	24 718 805	25 457 833	10%
zachodniopomorskie	4%	7 139 664	8 689 551	10 131 471	10 701 173	12 217 679	5%
Polska	100%	169 670 755	191 843 397	211 695 024	225 974 760	244 117 148	100%
Zmiana % rok do roku			13,1%	10,3%	6,7%	8,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Tabela 99. Wartość świadczeń* zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. na rzecz pacjentów spoza województwa z rozpoznaniem raka prostaty (C61)

Pacjenci z województwa	Świadczenia zrealizowane w województwie															
	dolnośląskie	małopolskie	mazowieckie	śląskie	wielkopolskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	zachodniopomorskie
dolnośląskie	14 439 953	51 595	71 936	431 433	702 486	44 589	94	243 842	20 297	69 171	99		188	4 678	59	1 462
kujawsko-pomorskie	880	390	109 668	23 011	98 248	12 621 375	120		117 481		32 717	5 671	22 364	4 100	14 464	9 788
lubelskie	27 054	68 945	867 390	77 904	511	92 524	8 996 279		5 971		44 968	60 042	33 910	190 929		8 320
lubuskie	164 755	18 376	2 073	18 662	1 758 084	150 613	68	4 288 253	2 166	6 115		9 597				575 139
łódzkie	102 535	77 767	738 724	618 907	129 165	717 251		525	12 715 338	7 886		10 658	193	430 711		8 468
małopolskie	38 739	14 598 707	58 730	3 245 508	1 055	29 893			29 477	349	464 248			262 306		117
mazowieckie	51 241	202 942	34 630 397	114 292	95 269	710 674	154 927	713	396 962	163	905	181 574	43 538	2 216 912	115 839	10 654
opolskie	296 318	81 452	24 717	1 889 683	377			70		2 350 180	189		136	4 159		3 460
podkarpackie	128	459 126	74 866	197 393	22 180	8 231	183 177			1 593	11 303 124		40 523	479 242		
podlaskie			446 362	23 759	15 326	169 147			16 776			7 624 267	742	3 640	83 345	
pomorskie	11 202	47 256	27 004	9 104	112 071	2 191 093	4 432		1 530		11 899	1 684	11 273 077	9 133	323 253	896 408
śląskie	36 782	322 892	91 833	29 512 181	87 275	62 808	89 076		55 635	86 729	536	33	9 256	231 012	358	28 766
świętokrzyskie	520	199 217	107 941	74 957	400	12 668	47 464		41 164	15 530	41 120	7 088		8 211 839	412	
warmińsko-mazurskie		95	272 864	81 317	57 635	314 810			14 414	50		287 579	252 223	68 420	5 912 060	1 490
wielkopolskie	294 832	53 776	46 182	58 786	21 865 635	864 770	4 828	76 863	177 224	24 285	694		41 076	4 186	635	43 384
zachodniopomorskie	15 101	27 119	122 573	56 595	510 660	686 657	264	14 618		553	30	9 915	68 364	174	30 578	10 608 993
Pozostałe**	45 551	301 021	63 352	24 124	1 457	4 628	38 948	765	99 608	2 693	424 773	158 538	563	33 188	1 033	21 229
Razem	15 525 591	16 510 679	37 756 611	36 457 615	25 457 833	18 681 709	9 519 675	4 625 649	13 694 042	2 565 295	12 325 302	8 356 646	11 786 157	12 154 629	6 482 086	12 217 679

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

* Prezentowane dane nie obejmują wartości refundacji NFZ na rynku aptecznym oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

** Pacjenci bez stałego zameldowania na terytorium Polski, ew. błędy w raporowaniu do NFZ lub inne nieokreślone przyczyny.

4. Spis wykresów

Wykres 1.	Struktura przyczyn zgonów w Polsce w 2011 r. w zestawieniu ze średnią z lat 2008–2010 w 28 krajach UE.....	15
Wykres 2.	Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00–C97) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25–64 lata wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010 r.....	15
Wykres 3.	Liczba zachorowań na nowotwory w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	16
Wykres 4.	Struktura zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Polsce w 2011 r.....	16
Wykres 5.	Struktura zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce w 2011 r.....	16
Wykres 6.	Struktura zgonów na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Polsce w 2011 r.....	17
Wykres 7.	Struktura zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce w 2011 r.....	17
Wykres 8.	Liczba zgonów na nowotwory w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	17
Wykres 9.	Udział zgonów z powodu nowotworów złośliwych w zgonach ogółem w podziale na grupy wiekowe w Polsce w 2011 r.....	19
Wykres 10.	Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworów złośliwych na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w krajach UE w 2012 r.....	19
Wykres 11.	Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3- i 5-letniej chorobowości z powodu nowotworów złośliwych na 100 tys. populacji dla Polski i UE w 2012 r.....	20
Wykres 12.	Standaryzowany współczynnik 5-letniego przeżycia pacjentów z wybranymi rozpoznaniemiami w Polsce i UE (zdiagnozowanych w latach 2000–2007).....	21
Wykres 13.	Standaryzowany wskaźnik DALY (Disability Adjusted Life Year) na 100 tys. populacji w wyniku chorób nowotworowych w krajach UE w 2004 r.....	21
Wykres 14.	Liczba zachorowań na raka jelita grubego i odbytnicy w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	23
Wykres 15.	Liczba zgonów na raka jelita grubego i odbytnicy w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	23
Wykres 16.	Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18–C21) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25–64 lata wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010.....	23
Wykres 17.	Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworu okrężnicy na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w krajach UE w 2012 r.....	24
Wykres 18.	Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3- i 5-letniej chorobowości na nowotwór okrężnicy na 100 tys. populacji dla Polski i UE w 2012 r.....	24
Wykres 19.	Liczba zachorowań na nowotwory tchawicy, oskrzela i płuca w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	25
Wykres 20.	Liczba zgonów na nowotwory tchawicy, oskrzela i płuca w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	25
Wykres 21.	Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzela i płuca mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25–64 lata wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010.....	25
Wykres 22.	Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworów tchawicy, oskrzela i płuca na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w krajach UE w 2012 r.....	26

Wykres 23.	Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3- i 5-letniej chorobowości na nowotwór tchawicy, oskrzela i płuca na 100 tys. populacji dla Polski i UE w 2012 r.....	26
Wykres 24.	Liczba zachorowań na nowotwory piersi w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	27
Wykres 25.	Liczba zgonów na nowotwory piersi w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	27
Wykres 26.	Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego piersi kobiet ogółem oraz w wieku 25–64 lata wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010.....	27
Wykres 27.	Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworu piersi na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w krajach UE w 2012 r.....	28
Wykres 28.	Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3- i 5-letniej chorobowości na nowotwór piersi na 100 tys. populacji dla Polski i UE w 2012 r.....	28
Wykres 29.	Liczba zachorowań na nowotwory szyjki macicy w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	29
Wykres 30.	Liczba zgonów na nowotwory szyjki macicy w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	29
Wykres 31.	Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy kobiet ogółem oraz w wieku 25–64 lata wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010.....	29
Wykres 32.	Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworów szyjki macicy na 100 tys. kobiet w Polsce i w krajach UE w 2012 r.....	30
Wykres 33.	Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3- i 5-letniej chorobowości na nowotwory szyjki macicy na 100 tys. kobiet dla Polski i UE w 2012 r.....	30
Wykres 34.	Liczba zachorowań na nowotwory prostaty w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	31
Wykres 35.	Liczba zgonów na nowotwory prostaty w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r.....	31
Wykres 36.	Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego prostaty ogółem oraz w wieku 65 lat i starszych wg województw, w latach 2000–2001 oraz 2009–2010.....	31
Wykres 37.	Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów w wyniku nowotworu prostaty na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w krajach UE w 2012 r.....	32
Wykres 38.	Szacunkowe standaryzowane współczynniki 1-, 3-, i 5-letniej chorobowości na nowotwór prostaty na 100 tys. mieszkańców dla Polski i UE w 2012 r.....	32
Wykres 39.	Odsetek Polaków powyżej 15. roku życia palących codziennie papierosy w zależności od płci oraz masa ciała – dane za 2009 r.....	33
Wykres 40.	Odsetek osób w wieku 18 lat i więcej palących papierosy oraz średnia liczba wypalanych papierosów.....	34
Wykres 41.	Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat regularnie uprawiających sport i podejmujących inne formy aktywności fizycznej w krajach UE.....	35
Wykres 42.	Odsetek dorosłych Polaków o prawidłowych nawykach żywieniowych w wybranych kategoriach..	35
Wykres 43.	Odsetek młodzieży szkolnej spożywającej codziennie owoce i warzywa w latach 2002, 2006 i 2010.	36
Wykres 44.	Odsetek młodzieży szkolnej wypełniającej dzienną normę aktywności fizycznej w latach 2002, 2006 i 2010.	36
Wykres 45.	Środki wykorzystane w ramach NPZChN w danej grupie zadań łącznie w latach 2006–2012 (mln zł).....	42

Wykres 46.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni onkologicznej w poszczególnych województwach.....	70
Wykres 47.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni chirurgii onkologicznej w poszczególnych województwach.....	71
Wykres 48.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni hematologicznej i nowotworów krwi w poszczególnych województwach.....	72
Wykres 49.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do pracowni tomografii komputerowej w poszczególnych województwach.....	73
Wykres 50.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni, pracowni lub zakładu medycyny nuklearnej w poszczególnych województwach.....	74
Wykres 51.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni chemioterapii w poszczególnych województwach.....	75
Wykres 52.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie na oddział chirurgii onkologicznej w poszczególnych województwach.....	76
Wykres 53.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie na oddział ginekologii onkologicznej w poszczególnych województwach.....	77
Wykres 54.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie na oddział onkologiczny w poszczególnych województwach.....	78
Wykres 55.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie na oddział onkologii klinicznej/chemioterapii w poszczególnych województwach.....	79
Wykres 56.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie na oddział radioterapii w poszczególnych województwach.....	80
Wykres 57.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie w pracowni lub zakładzie teleradioterapii w poszczególnych województwach.....	81
Wykres 58.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do hospicjum domowego w poszczególnych województwach.....	83
Wykres 59.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do hospicjum stacjonarnego w poszczególnych województwach.....	84
Wykres 60.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej w poszczególnych województwach.....	85
Wykres 61.	Maksymalny i średni skorygowany czas oczekiwania oraz liczba osób w kolejce na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej w poszczególnych województwach.....	86
Wykres 62.	Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia w 2009 i 2013 r. wg rozpoznania – Polska.....	87
Wykres 63.	Średni koszt w przeliczeniu na pacjenta nowotworów o najwyższych kosztach leczenia w roku 2009 i 2013 wg rozpoznania – Polska.....	88
Wykres 64.	Ludność Polski (w mln osób).....	97
Wykres 65.	Liczba zachorowań w grupach wiekowych.....	98
Wykres 66.	Zachorowania na 100 000 populacji.....	98
Wykres 67.	Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wg płci i wieku.....	99

Wykres 68.	Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów złośliwych (C00–D09) w Polsce dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.).....	100
Wykres 69.	Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w Polsce dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.).....	100
Wykres 70.	Prognozowane koszty leczenia nowotworów złośliwych (C00–D09) ponoszone przez NFZ w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn (ceny stałe z 2013 r.).....	100
Wykres 71.	Prognozowane koszty leczenia nowotworów złośliwych (C00–D09) ponoszone przez NFZ w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.).....	101
Wykres 72.	Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) w Polsce w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn.....	116
Wykres 73.	Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) (przyjęty do prognozy) w Polsce w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn.....	116
Wykres 74.	Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory złośliwe (C00–D09) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	117
Wykres 75.	Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	117
Wykres 76.	Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	117
Wykres 77.	Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	117
Wykres 78.	Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w Polsce w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn.....	118
Wykres 79.	Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) (przyjęty do prognozy) w Polsce w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn.....	118
Wykres 80.	Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	118
Wykres 81.	Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	118
Wykres 82.	Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	119
Wykres 83.	Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	119
Wykres 84.	Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny stałe z 2013 r.).....	119
Wykres 85.	Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.).....	120
Wykres 86.	Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn.....	120
Wykres 87.	Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet.....	120

Wykres 88.	Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w Polsce w latach 2001–2011 dla kobiet.....	121
Wykres 89.	Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w Polsce (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych kobiet.....	121
Wykres 90.	Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory piersi (C50) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet.....	121
Wykres 91.	Prognozowana chorobowość (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w Polsce w latach 2015–2035 dla kobiet.....	122
Wykres 92.	Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	122
Wykres 93.	Koszt jednostkowy pacjento-świadceń dla nowotworów piersi (C50) w Polsce dla kobiet w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.).....	122
Wykres 94.	Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów piersi (C50) w Polsce dla kobiet w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.).....	123
Wykres 95.	Prognozowane koszty leczenia nowotworów piersi (C50) ponoszone przez NFZ w Polsce dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.).....	123
Wykres 96.	Prognoza liczby pacjentów onkologicznych w Polsce leczonych chemioterapią, teleradioterapią, brachyterapią/terapią izotopową w latach 2015–2035 (scenariusz 1 i 2).....	124
Wykres 97.	Prognoza kosztów pobytu/hospitalizacji pacjentów onkologicznych w Polsce leczonych chemioterapią, teleradioterapią i brachyterapią/terapią izotopową w latach 2015–2035 (scenariusz 1).....	125
Wykres 98.	Prognoza kosztów pobytu/hospitalizacji pacjentów onkologicznych w Polsce leczonych chemioterapią, teleradioterapią i brachyterapią/terapią izotopową w latach 2015–2035 (scenariusz 2).....	125
Wykres 99.	Potencjalna wartość relokacji środków (efekt netto = scenariusz 1 - scenariusz 2) z hospitalizacji pacjentów onkologicznych w polskich szpitalach w latach 2015–2035 (zł).....	126
Wykres 100.	Potencjalna liczba dodatkowych (pełnych) procedur onkologicznych w wyniku relokacji środków z hospitalizacji pacjentów onkologicznych w polskich szpitalach w latach 2015–2035 (liczba pacjentów).....	126
Wykres 101.	Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe. w województwie dolnośląskim w 2011 r.....	127
Wykres 102.	Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w 2011 r.....	128
Wykres 103.	Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia w 2009 r. i 2013 r. wg rozpoznań – woj. dolnośląskie....	129
Wykres 104.	Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia ogółem w przeliczeniu na pacjenta w 2009 r. i 2013 r. wg rozpoznań – woj. dolnośląskie.....	130
Wykres 105.	Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie dolnośląskim w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn.....	139
Wykres 106.	Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie dolnośląskim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn.....	139
Wykres 107.	Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	140
Wykres 108.	Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	140

Wykres 109. Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	140
Wykres 110. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	140
Wykres 111. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.).....	141
Wykres 112. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.).....	141
Wykres 113. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn (ceny stałe z 2013 r.).....	141
Wykres 114. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.).....	142
Wykres 115. Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn.....	142
Wykres 116. Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn.....	142
Wykres 117. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	143
Wykres 118. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	143
Wykres 119. Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	143
Wykres 120. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	143
Wykres 121. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.).....	144
Wykres 122. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.).....	144
Wykres 123. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn (ceny stałe z 2013 r.).....	144
Wykres 124. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.).....	145
Wykres 125. Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w województwie dolnośląskim w latach 2001–2011 dla kobiet.....	145
Wykres 126. Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w województwie dolnośląskim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych kobiet.....	145
Wykres 127. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory piersi (C50) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet.....	146
Wykres 128. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w województwie dolnośląskim w latach 2015–2035 dla kobiet.....	146

Wykres 129. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	146
Wykres 130. Koszt jednostkowy pacjento-świadceń dla nowotworów piersi (C50) w województwie dolnośląskim dla kobiet w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.).....	147
Wykres 131. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów piersi (C50) w województwie dolnośląskim dla kobiet w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.).....	147
Wykres 132. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów piersi (C50) w województwie dolnośląskim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.).....	147
Wykres 133. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie mazowieckim w 2011 r.....	150
Wykres 134. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w województwie mazowieckim w 2011 r.....	150
Wykres 135. Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia w latach 2009 i 2013 wg rozpoznań w woj. mazowieckim.....	151
Wykres 136. Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia ogółem w przeliczeniu na pacjenta w latach 2009 i 2013 wg rozpoznań w woj. mazowieckim.....	152
Wykres 137. Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie mazowieckim w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn.....	164
Wykres 138. Współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie mazowieckim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn.....	164
Wykres 139. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory złośliwe (C00–D09) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	165
Wykres 140. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	165
Wykres 141. Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	165
Wykres 142. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	165
Wykres 143. Koszt jednostkowy pacjento-świadceń dla nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.).....	166
Wykres 144. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.).....	166
Wykres 145. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn (ceny stałe z 2013 r.).....	166
Wykres 146. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów złośliwych (C00–D09) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.).....	167
Wykres 147. Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim w latach 2001–2011 dla kobiet i mężczyzn.....	167
Wykres 148. Współczynnik zapadalności na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet i mężczyzn.....	167
Wykres 149. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	167

Wykres 150. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet i mężczyzn.....	168
Wykres 151. Prognozowana chorobowość mężczyzn (liczba pacjentów) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	168
Wykres 152. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych.....	168
Wykres 153. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych (ceny z 2013 r.).....	169
Wykres 154. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla kobiet i mężczyzn w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.)....	169
Wykres 155. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn (ceny stałe z 2013 r.).....	169
Wykres 156. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów jelita grubego (C18–C21) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.).....	170
Wykres 157. Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w województwie mazowieckim w latach 2001–2011 dla kobiet.....	170
Wykres 158. Współczynnik zapadalności na nowotwory piersi (C50) w województwie mazowieckim (przyjęty do prognozy) w poszczególnych grupach wiekowych dla kobiet.....	170
Wykres 159. Prognozowana zapadalność (liczba zachorowań) na nowotwory piersi (C50) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet.....	171
Wykres 160. Prognozowana chorobowość (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w województwie mazowieckim w latach 2015–2035 dla kobiet.....	171
Wykres 161. Prognozowana chorobowość kobiet (liczba pacjentek) w zakresie nowotworów piersi (C50) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych....	171
Wykres 162. Koszt jednostkowy pacjento-świadczeń dla nowotworów piersi (C50) w województwie mazowieckim w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny z 2013 r.).....	172
Wykres 163. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów piersi (C50) w województwie mazowieckim dla kobiet w latach 2015–2035 (ceny stałe z 2013 r.).....	172
Wykres 164. Prognozowane koszty leczenia (ponoszone przez NFZ) nowotworów piersi (C50) w województwie mazowieckim dla lat 2015, 2025 i 2035 w poszczególnych grupach wiekowych kobiet (ceny stałe z 2013 r.).....	172

5. Spis rysunków

Rysunek 1. Przyczyny nowotworów.....	33
Rysunek 2. Cele Światowej Organizacji Zdrowia.....	37
Rysunek 3. Pola koordynacji jako wymóg większej skuteczności walki z chorobami nowotworowymi w Polsce.....	105
Rysunek 4. Czynniki ryzyka chorobowości chorób cywilizacyjnych.....	107
Rysunek 5. Wojewódzka sieć onkologiczna i lokalizacja koordynatora terapii onkologicznej wg koncepcji pakietu onkologicznego Ministerstwa Zdrowia.....	114
Rysunek 6. Docelowa sieć onkologiczna i koordynacja procesu diagnostyczno-leczniczego z Centrami Szybkiej Diagnostyki oraz kompleksowymi centrami leczenia narządowego – BCU (Breast Cancer Unit), CCU (Colon Cancer Unit) i LCU (Lung Cancer Unit).....	114
Rysunek 7. Schemat optymalnego systemu walki z nowotworami.....	176

6. Spis tabel

Tabela 1.	Wskaźnik zgony/zachorowania na nowotwory złośliwe oraz kompletność rejestracji w poszczególnych województwach.....	18
Tabela 2.	Współczynnik zgony/zachorowania na nowotwory złośliwe w krajach UE w 2012 r.....	20
Tabela 3.	Środki wykorzystane w ramach NPZChN w podziale na grupy zadań w latach 2006–2012 (mln PLN)....	42
Tabela 4.	Rozwój radioterapii w Polsce w latach 2005–2012.....	42
Tabela 5.	Łóżka w szpitalach publicznych na oddziałach onkologicznych według województw w latach 2008–2012.....	45
Tabela 6.	Liczba lekarzy specjalistów onkologii klinicznej wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców.....	46
Tabela 7.	Liczba lekarzy specjalistów chirurgii onkologicznej wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców.....	46
Tabela 8.	Liczba lekarzy specjalistów ginekologii onkologicznej wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców.....	46
Tabela 9.	Liczba lekarzy specjalistów patomorfologii wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców.....	46
Tabela 10.	Liczba lekarzy specjalistów radioterapii onkologicznej wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców.....	47
Tabela 11.	Liczba lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej wykonujących zawód w latach 2006 i 2013 w poszczególnych województwach oraz ich liczba na 100 tys. mieszkańców.....	47
Tabela 12.	Aparatura diagnostyczna i lecznicza (do radioterapii i brachyterapii) oraz jej dostępność w województwach w 2012 r.....	48
Tabela 13.	Porównanie liczby ludności przypadającej na 1 akcelerator w latach 2005, 2007, 2009, 2011 i 2013....	49
Tabela 14.	Wartość świadczeń na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	50
Tabela 15.	Liczba pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	51
Tabela 16.	Wartość świadczeń na pacjenta zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	51
Tabela 17.	Wartość per capita świadczeń na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	52
Tabela 18.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w Polsce w latach 2009–2013 wg rodzajów świadczeń.....	52
Tabela 19.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 (AOS).....	53
Tabela 20.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 (SZP).....	53

Tabela 21.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 (SOK).....	54
Tabela 22.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 (SPO).....	54
Tabela 23.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 (OPH).....	55
Tabela 24.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 (PPZ).....	55
Tabela 25.	Wartość refundacji aptecznej i liczba pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w poszczególnych województwach w latach 2011–2013.....	56
Tabela 26.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 wg miejsca zamieszkania pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48).....	56
Tabela 27.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 dla pacjentów z danego województwa z nowotworami ogółem (C00–D48).....	57
Tabela 28.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 dla pacjentów spoza danego województwa z nowotworami ogółem (C00–D48).....	57
Tabela 29.	Wartość świadczeń na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r.....	58
Tabela 30.	Wartość świadczeń na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w latach 2009–2013 wg wieku i płci.....	59
Tabela 31.	Wartość świadczeń na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	60
Tabela 32.	Liczba pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	60
Tabela 33.	Wartość świadczeń na pacjenta z nowotworami złośliwymi (C00–D09) zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	61
Tabela 34.	Wartość per capita świadczeń na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (ICD-10 C00-D09) zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	61
Tabela 35.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 wg rodzajów świadczeń.....	62
Tabela 36.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 (AOS).....	62
Tabela 37.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 (SZP).....	62
Tabela 38.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 (SOK).....	63
Tabela 39.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 (SPO).....	63
Tabela 40.	Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 (OPH).....	64

Tabela 41.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 wg miejsca zamieszkania pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09).....	64
Tabela 42.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach na rzecz pacjentów z danego województwa z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w latach 2009–2013.....	65
Tabela 43.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach na rzecz pacjentów spoza danego województwa z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w latach 2009–2013.....	65
Tabela 44.	Wartość świadczeń na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. wg przynależności pacjentów do OW NFZ.....	66
Tabela 45.	Wartość świadczeń na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w latach 2009–2013 wg wieku i płci.....	67
Tabela 46.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni onkologicznej w poszczególnych województwach.....	70
Tabela 47.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni chirurgii onkologicznej w poszczególnych województwach.....	71
Tabela 48.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni hematologicznej i nowotworów krwi w poszczególnych województwach.....	72
Tabela 49.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do pracowni tomografii komputerowej w poszczególnych województwach.....	73
Tabela 50.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni, pracowni lub zakładu medycyny nuklearnej w poszczególnych województwach.....	74
Tabela 51.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni chemioterapii w poszczególnych województwach.....	75
Tabela 52.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział chirurgii onkologicznej w poszczególnych województwach.....	76
Tabela 53.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział ginekologii onkologicznej w poszczególnych województwach.....	77
Tabela 54.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział onkologiczny w poszczególnych województwach.....	78
Tabela 55.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział onkologii klinicznej/chemioterapii w poszczególnych województwach.....	79
Tabela 56.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział radioterapii w poszczególnych województwach.....	80
Tabela 57.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie w pracowni lub zakładzie teleradioterapii w poszczególnych województwach.....	81
Tabela 58.	Procedury z zakresu radio- i brachyterapii realizowane w ośrodkach onkologicznych w Polsce w latach 2005–2013.....	82
Tabela 59.	Czas oczekiwania na radioterapię – lata 2005–2013.....	82
Tabela 60.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego w poszczególnych województwach.....	83

Tabela 61.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum stacjonarnego w poszczególnych województwach.....	84
Tabela 62.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej w poszczególnych województwach.....	85
Tabela 63.	Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej w poszczególnych województwach.....	86
Tabela 64.	Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia w 2009 i 2013 r. wg rozpoznań – Polska.....	87
Tabela 65.	Średni koszt w przeliczeniu na pacjenta nowotworów o najwyższych kosztach leczenia w roku 2009 i 2013 wg rozpoznań – Polska.....	88
Tabela 66.	Koszty leczenia nowotworów z ich przeznaczeniem w 2009 r. (w mln euro oraz jako procent ogółu wydatków na leczenie).....	89
Tabela 67.	Zgłaszalność kobiet na badania mammograficzne i efekty realizacji programu profilaktyki raka piersi w Polsce w latach 2009–2013 (do 30 czerwca).....	92
Tabela 68.	Wartość świadczeń i liczba kobiet w Profilaktycznym Programie Zdrowotnym raka piersi – etap podstawowy w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	92
Tabela 69.	Wartość świadczeń i liczba kobiet w Profilaktycznym Programie Zdrowotnym raka piersi – etap pogłębiony w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	93
Tabela 70.	Zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne i efekty realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce w latach 2009–2013 (do 30 czerwca).....	93
Tabela 71.	Wartość świadczeń i liczba kobiet u których pobrano materiał z szyjki macicy w ramach AOS w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	94
Tabela 72.	Wartość świadczeń i liczba kobiet w PPZ raka szyjki macicy – etap diagnostyczny w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	94
Tabela 73.	Wartość świadczeń i liczba kobiet w Profilaktycznym Programie Zdrowotnym raka szyjki macicy – etap pogłębiony w poszczególnych województwach w latach 2009–2013.....	95
Tabela 74.	Koszty wysyłki imiennych zaproszeń i liczba kobiet zaproszonych na badania mammograficzne i cytologiczne w latach 2009–2013 (do 30 czerwca).....	95
Tabela 75.	Ludność Polski (w mln osób).....	97
Tabela 76.	Średnie koszty refundacji pobytu pacjentów onkologicznych w 2013 r.....	124
Tabela 77.	Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia w 2009 r. i 2013 r. wg rozpoznań – woj. dolnośląskie.....	129
Tabela 78.	Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia ogółem w przeliczeniu na pacjenta w 2009 r. i 2013 r. wg rozpoznań – woj. dolnośląskie i Polska.....	130
Tabela 79.	Wartość świadczeń na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w latach 2009–2013 wg wieku i płci w województwie dolnośląskim.....	131
Tabela 80.	Wartość świadczeń na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w latach 2009–2013 wg wieku i płci w województwie dolnośląskim i porównanie do wydatków w Polsce w 2013 r.....	132

Tabela 81.	Wartość świadczeń na rzecz pacjentów spoza województwa z nowotworami złośliwymi (C00–D09) zrealizowanych w latach 2009–2013 w województwie dolnośląskim.....	133
Tabela 82.	Świadczeniodawcy z województwa dolnośląskiego realizujący usługi medyczne (kontraktowe produkty onkologiczne) na rzecz pacjentów z nowotworami wg wartości umów z NFZ w 2013 r.....	134
Tabela 83.	Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia w latach 2009 i 2013 wg rozpoznań w woj. mazowieckim.....	151
Tabela 84.	Nowotwory o najwyższych kosztach leczenia ogółem w przeliczeniu na pacjenta w latach 2009 i 2013 wg rozpoznań w woj. mazowieckim i w Polsce.....	152
Tabela 85.	Wartość świadczeń na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami ogółem (C00–D48) w latach 2009–2013 wg wieku i płci w województwie mazowieckim.....	153
Tabela 86.	Wartość świadczeń na osobę zrealizowanych na rzecz pacjentów z nowotworami złośliwymi (C00–D09) w latach 2009–2013 wg wieku i płci w województwie mazowieckim i porównanie do danych z Polski z 2013 r.....	154
Tabela 87.	Wartość świadczeń na rzecz pacjentów spoza województwa z nowotworami złośliwymi (C00–D09) zrealizowanych w latach 2009–2013 w województwie mazowieckim.....	155
Tabela 88.	Świadczeniodawcy z województwa mazowieckiego świadczący usługi medyczne (kontraktowe produkty onkologiczne) na rzecz pacjentów onkologicznych wg wartości umów z NFZ w 2013 r.....	156
Tabela 89.	Wartość świadczeń zrealizowanych przez AOS, SZP, SOK, OPH i SPO w Polsce w latach 2009–2013 wg rozpoznań.....	179
Tabela 90.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 na rzecz pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego i odbytnicy (C18–21).....	180
Tabela 91.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. na rzecz pacjentów spoza województwa z rozpoznaniem raka jelita grubego i odbytnicy (C18–21).....	181
Tabela 92.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 na rzecz pacjentów z rozpoznaniem raka oskrzela i płuca (C34).....	182
Tabela 93.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. na rzecz pacjentów spoza województwa z rozpoznaniem raka oskrzela i płuca (C34).....	183
Tabela 94.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 na rzecz pacjentek z rozpoznaniem raka piersi (C50).....	184
Tabela 95.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. na rzecz pacjentek spoza województwa z rozpoznaniem raka piersi (C50).....	185
Tabela 96.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 na rzecz pacjentek z rozpoznaniem raka szyjki macicy (C53).....	186
Tabela 97.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. na rzecz pacjentek spoza województwa z rozpoznaniem raka szyjki macicy (C53).....	187
Tabela 98.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2009–2013 na rzecz pacjentów z rozpoznaniem raka prostaty (C61).....	188
Tabela 99.	Wartość świadczeń zrealizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. na rzecz pacjentów spoza województwa z rozpoznaniem raka prostaty (C61).....	189

7. Spis map

Mapa 1. Współczynnik zachorowań na nowotwory na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.....	16
Mapa 2. Współczynnik zgonów na nowotwory na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.....	18
Mapa 3. Współczynnik zachorowań na raka jelita grubego i odbytnicy na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.....	23
Mapa 4. Współczynnik zgonów na raka jelita grubego i odbytnicy na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.....	23
Mapa 5. Współczynnik zachorowań na nowotwory tchawicy, oskrzela i płuca na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.....	25
Mapa 6. Współczynnik zgonów na nowotwory tchawicy, oskrzela i płuca na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.....	25
Mapa 7. Współczynnik zachorowań na nowotwory piersi na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.....	27
Mapa 8. Współczynnik zgonów na nowotwory piersi na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa w 2011 r.....	27
Mapa 9. Współczynnik zachorowań na nowotwory szyjki macicy na 100 tys. kobiet w podziale na województwa w 2011 r.....	29
Mapa 10. Współczynnik zgonów na nowotwory szyjki macicy na 100 tys. kobiet w podziale na województwa w 2011 r.....	29
Mapa 11. Współczynnik zachorowań na nowotwory prostaty na 100 tys. mężczyzn w podziale na województwa w 2011 r.....	31
Mapa 12. Współczynnik zgonów na nowotwory prostaty na 100 tys. mężczyzn w podziale na województwa w 2011 r.....	31
Mapa 13. Prognozowany wzrost liczby osób chorych na nowotwory złośliwe (C00–D09) na tle liczby mieszkańców w poszczególnych regionach województwa dolnośląskiego do 2035 r.....	148
Mapa 14. Prognozowany wzrost liczby osób chorych na nowotwory złośliwe (C00–D09) na tle spadku liczby osób w wieku produkcyjnym w poszczególnych regionach województwa dolnośląskiego do 2035 r.....	148
Mapa 15. Prognozowany wzrost liczby zachorowań (zapadalność) oraz liczby chorych (chorobowość) na nowotwory złośliwe jelita grubego (C18–C21) i piersi (C50) w poszczególnych regionach województwa dolnośląskiego do 2035 r.....	149
Mapa 16. Prognozowany wzrost liczby osób chorych na nowotwory złośliwe (C00–D09) na tle liczby mieszkańców w poszczególnych regionach województwa mazowieckiego do 2035 r.....	173
Mapa 17. Prognozowany wzrost liczby osób chorych na nowotwory złośliwe (C00–D09) na tle zmian liczby osób w wieku produkcyjnym w poszczególnych regionach województwa mazowieckiego do 2035 r.....	173
Mapa 18. Prognozowany wzrost liczby zachorowań (zapadalność) oraz liczby chorych (chorobowość) na nowotwory złośliwe jelita grubego (C18–C21) i piersi (C50) w poszczególnych regionach województwa mazowieckiego do 2035 r.....	174

Literatura

1. Allemani C., Weir K.H., Carreira H., Harewood R., Spika D., Wang X.S., Bannon F., Ahn J.V., Johnson J.Ch., Bonaventure A., Marcos–Gragera R., Stiller Ch., Azevedo e Silva G., Chen WQ., Ogunbiyi J.O., Rachet B., Soeberg J.M., Hui You, Matsuda T., Bielska–Lasota M., Storm H., Tucker C.T., Coleman P.M. and the CONCORD Working Group, *Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population–based registries in 67 countries (CONCORD-2)*, www.thelancet.com Published online November 26, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62038-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62038-9). This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at thelancet.com on Dec 8, 2014. See Online/Comment [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62251-0)
2. *Analiza zmian społeczno–demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nalogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo–naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku*, KPMG w Polsce, Fundacja NUTRICIA, 2012
3. „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2009
4. „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2010
5. „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2010
6. „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2011
7. „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012
8. „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2013
9. „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2014
10. Blendon R.J., Sc.D., Benson J.M., M.A., Hero J.O., M.P.H., *Public Trust in Physicians – U.S. Medicine in International Perspective*, „The New England Journal of Medicine”, 371; 17, October 23, 2014
11. *Cancer plan 2009–2013*, Institut National du Cancer, November 2009 za http://www.walkazrakciem.pl/sites/default/files/library/files/france_plan_cancer_2009–2013_english.pdf
12. Ciecierski Czart Ch., Cherukupalli R., Weresa M., *Ekonomiczne aspekty palenia tytoniu i opodatkowania wyrobów tytoniowych w Polsce*, „Raport w sprawie opodatkowania wyrobów tytoniowych” sfinansowany przez organizację Bloomberg Philanthropies oraz fundację Bill & Melinda Gates Foundation w ramach Inicjatywy Bloomburga na rzecz Ograniczenia Używania Tytoniu
13. *Dekalog onkologiczny Stowarzyszenia Pomocy Chorym Onkologicznie „Różowe Okulary”* za www.rozoweokulary.y0.pl/informator/rozdzial_17.pdf
14. Didkowska J.A., Wojciechowska U., Kozierkiewicz A., Strug A., Śliwczyński A., *Porównanie liczebności zbiorów Krajowego Rejestru Nowotworów i Narodowego Funduszu Zdrowia na przykładzie nowotworów piersi u kobiet i nowotworów jelita grubego*, „Onkologia w Praktyce Klinicznej” 2012, tom 8, nr 4, 129–142, Via Media
15. Didkowska J.A., Wojciechowska U., *Liczba chorych na nowotwory złośliwe w Polsce w 2006 roku – chorobowość 5-letnia*, „NOWOTWORY. Journal of Oncology” 2011, volume 61, Number 4, ss. 332–335
16. Didkowska J.A., Wojciechowska U., Zatoński W., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej–Curie, Warszawa 2013
17. Dziadziuszko R., konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, *Stan obecny i perspektywy radioterapii w Polsce*, prezentacja wrzesień 2014 r.

18. Dziadziuszko R., *Raport na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2013 r. konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej*, Gdańsk, maj 2014
19. Doll R., Peto R., *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today*, "J Natl Cancer Inst." 1981 Jun;66(6):1191–308
20. Europejski kodeks walki z rakiem, wersja trzecia (2003), red. W. Zatoński, wydany w ramach realizacji NPZChN Prewencja pierwotna nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, 2007
21. Europejski kodeks walki z rakiem, red. W. Zatoński, wydany w ramach realizacji NPZChN Prewencja pierwotna nowotworów, wydanie IV skrócone i poprawione, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2012
22. Gałązka-Sobotka M. (red.n.), Wiciak-Obrębska M., Gierczyński J., Gryglewicz J., Drapała A., Parol T., *Analiza dostępności do leczenia onkologicznego oraz finansowania świadczeń z zakresu chemioterapii w 2012 roku ze szczególnym uwzględnieniem nowych terapii onkologicznych*, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2013
23. Gatta G., Trama A., Capocaccia R., *Variations in Cancer Survival and Patterns of Care Across Europe: Roles of Wealth and Health-Care Organization*, "J Natl Cancer Inst Monogr." 2013, No. 46: 79
24. Colditz, G. A. et al., *Applying what we know to accelerate cancer prevention*, "Sci Transl Med." 2012, 4:127rv4, prezentacja Cancer prevention, American Society of Clinical Oncology, ASCO University
25. Golinowska S. i współautorzy, *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, WHO Regional Office, European Observatory on Health Systems and Policies, 2011 (Volume 13, Number 8), polska wersja wydana przez NFZ
26. Gryglewicz J., Gałązka-Sobotka M., Gierczyński J., Zawadzki R., Drapała A., *Finansowanie świadczeń z zakresu radioterapii w latach 2011–2013*, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa, kwiecień 2014 r.
27. Gujski M., Kalbarczyk W.P., Tytko Z., Ścibek A., *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, wydanie 2 poprawione, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013
28. *Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r.*, GUS, Warszawa 1998
29. *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa 2009
30. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2011
31. *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, GUS, Kraków 2011
32. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011
33. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012
34. *Budżety gospodarstw domowych w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012
35. *Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2004-2009*, GUS, Kraków 2012
36. *Rocznik demograficzny*, GUS, Warszawa 2012
37. *Mały rocznik statystyczny*, GUS, Warszawa 2013
38. *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing, 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
39. OECD 2010, "Health care systems: Getting more value for money", *OECD Economics Policy Notes 2010*, No. 2
40. *Improving Outcomes: A strategy for cancer, January 2011*, Department of Health za http://www.walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/uk_strategy_for_cancer_2011.pdf
41. *Investing in Health*, Accompanying the document "Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions",

Towards Social Investment for Growth and Cohesion - including implementing the European Social Fund 2014-2020, European Commission, SWD(2013) 43 final, Brussels, 20.2.2013

42. *Investing in Health*, Commission Staff Working Document as part of the Social Investment Package, Key messages. European Commission, February 2013
43. Juszczak G., *Inwestycje w zdrowie pracowników jako szansa na wydłużenie życia w pełnym zdrowiu* [w:] „Zdrowie i medycyna – wyzwania przyszłości”, ss. 187–198, praca zbiorowa pod redakcją naukową M. Pasowicz, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Medycyna Praktyczna, Kraków 2013
44. Kalbarczyk W.P., Kowalska K., *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe, propozycje dla Polski*, Sprawne Państwo – Program EY, Warszawa 2013
45. *Koncepcja systemu zwalczania raka piersi w Polsce w oparciu o Centrum Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi (CDLRP) jako krajowej implementacji Breast Cancer Units (BCU)*, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Warszawa–Gdańsk, 2013
46. Koronkiewicz A., Miśkiewicz M., Murkowski M.; *Metodologia i planowane efekty restrukturyzacji szpitali w Polsce*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1999
47. Kozierkiewicz A., Bochenek T., Gilewski D., Topór–Mądry R., *Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces*, Raport opracowany przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Warszawa–Kraków 2011
48. Kozierkiewicz A., Bochenek T., Gilewski D., Topór–Mądry R., *Druga Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO*, Raport opracowany przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Warszawa–Kraków 2011
49. Leppo K., Ollila E., Peña S., Wismar M., Cook S., *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*, Ministry of Social Affairs and Health Finland, National Institute for Health and Welfare, European Observatory on Health Systems and Policies, UNRISD, Ministry of Foreign Affairs of Finland, 2013
50. Luengo–Fernandez R., Leal J., Gray A., Sullivan R., *Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis*, published online October 14, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70442-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70442-X)
51. *Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia*, Sprawne Państwo – Program EY, Warszawa 2013
52. *Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer*, Plan cancer 2003–2007 za http://www.walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/france_plan_cancer_2003–2007.pdf
53. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, Załącznik do Uchwały Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r., Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2007
54. Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym: Moduł I *Program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym przez poprawę żywienia i aktywności fizycznej POL-HEALTH na lata 2007–2011*, Moduł II *Program prewencji i cukrzycy w Polsce na lata 2010–2011*, Moduł III *Program Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce na lata 2009–2011*, Ministerstwo Zdrowia
55. Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym: Moduł I *Program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym przez poprawę żywienia i aktywności fizycznej POL-HEALTH na lata 2012–2014*, Ministerstwo Zdrowia, 2012
56. Meder J., *Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku; Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych* [w:] „Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski”, ss. 50-85, redakcja naukowa: A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014

57. *Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce*, 2014 za http://www.walkazrakciem.pl/sites/default/files/library/files/obecny_stan_zwalczania_nowotworow_w_polsce_10-07-2014_2.pdf
58. OECD (2012), "Health at a Glance: Europe 2012", OECD Publishing <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
59. <http://pakietonkologiczny.gov.pl/>
60. Potrykowska A., Orzełek E. (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, „Biuletyn 55”, Warszawa 2010
61. Reinfuss M., Byrski E., *Raport na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2012 r. konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej*, luty 2013
62. Informacja o wynikach kontroli: *Realizacja przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*, Nr ewid. 145/2013/P/12/137/LKA, NIK, Warszawa 2013
63. *Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek*, Raport, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, American Chamber of Commerce in Poland, Warszawa 2011
64. *Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024*, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polska Unia Onkologii, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Patologów, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, 10 czerwca 2014 r. za http://walkazrakciem.pl/sites/default/files/library/files/strategia_walki_z_rakiem_w_polsce_2015_2024.pdf
65. Strzelecki Z. (red.n.), Błędowski P., Gałązka A., Nowak L., Kowalska I., Kurkiewicz J., Kuroпка I., Napierała J., Potrykowska A., Sobczak I., *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2011–2012*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012
66. Strzelecki Z., Potrykowska A. (red.), *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna*, II Kongres Demograficzny 2012, tom 1 i 2, Rządowa Rada Ludnościowa Warszawa 2012
67. Szymborski J., *Demografia starzejącego się społeczeństwa*, [w:] Samoliński B., Raciborski F. (red.n.), „Zdrowe starzenie się: Biała Księga”, ss.14-17, Koalicja na rzecz zdrowego starzenia się, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2013
68. Szymborski J., Marciniak G., *Przyszłość demograficzna a zdrowie*, prezentacja podczas panelu „Wpływ zmian demograficznych na systemy ochrony zdrowia w Polsce, Europie i na świecie. Starzenie się społeczeństw jako problem”, Europejski Kongres Gospodarczy, Katowice 14–16.05.2012. Rynek Zdrowia
69. *Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach*, Raport opracowany przez EY na zlecenie Fundacji Onkologia 2025, Sprawne Państwo – Program EY, kwiecień 2014
70. *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004–2050)*, Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN), Special Report n° 1/2006, European Economy, European Commission, Directorate – General for Economic and Financial Affairs, http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_publications_en.htm
http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/eespecialreports_en.htm
71. *The NHS Cancer Plan. A plan for investment. A plan for reform*, September 2000, za http://www.walkazrakciem.pl/sites/default/files/library/files/uk_nhs_cancer_plan_2000.pdf
72. *The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches*, WHO Regional Office for Europe, OFICE FOR EUROPE, EUR/RC61/9, Web: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>, Baku, Azerbaijan, 12–15 September 2011

- 
73. *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010–2060)*. Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), EUROPEAN ECONOMY 2/2012
 74. *What cancer statistics are available, and where can I find them?*, National Cancer Intelligence Network, June 2013
 75. Warzocha K., *Narodowy Instytut Onkologii i Hematologii*, „Hematologia”, 2013, tom 4, nr 3, 185–196
 76. Warzocha K., *Krajowa sieć onkologiczna*, „Hematologia”, 2014, tom 5, numer 1, ss. 1–24
 77. Wojciechowska U., Didkowska J.A., Zatoński W., *Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej–Curie, Warszawa 2010
 78. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej–Curie, Krajowy Rejestr Nowotworów, publikacja wydana w ramach zadania „Rejestracja nowotworów złośliwych” w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, Ministerstwo Zdrowia 2012
 79. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku – wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej–Curie, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2010
 80. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012
 81. Zatoński W., *Powołanie Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii – warunek konieczny do skutecznej walki z rakiem w Polsce*, „NOWOTWORY. Journal of Oncology”, 2013, volume 63, numer 5, 375–381.

Raport Instytutu
Ochrony Zdrowia

