

ANALIZA PORÓWNAWCZA WYBRANYCH EFEKTÓW PROCESU IMPLEMENTACJI PAKIETU ONKOLOGICZNEGO DLA WOJEWÓDZTW ŚLĄSKIEGO, ŚWIĘTOKRZYSKIEGO I WIELKOPOLSKIEGO

IMPLEMENTATION PROCESS OF THE QUICK ONCOLOGICAL THERAPY COMPARATIVE ANALYSIS FOR THE SILESIAN, SWIETOKRZYSKIE AND WIELKOPOLSKIE VOIVODESHIP

Michał Chrobot¹, Marcin Motnyk², Erwin Strzesak³

¹ Dział Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

² Zakład Epidemiologii i Śląski Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach Wydział Nauk Stosowanych, Gliwicka Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości w Gliwicach

³ Dział Ewidencji Świadczeń Medycznych, Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu

STRESZCZENIE

Pakiet onkologiczny to jedna ze sztandarowych reform polskiego systemu ochrony zdrowia, która weszła w życie z początkiem roku 2015. Reforma przyniosła wiele zmian w funkcjonowaniu systemu zarówno po stronie pacjenta, który zgodnie z podstawowym jej założeniem miał mieć zapewnione szybsze i skuteczniejsze leczenie chorób nowotworowych), jak i po stronie świadczeniodawcy, który musiał w wielu obszarach dostosować się do nowych warunków na poziomie tak operacyjnym, jak i administracyjnym na swój koszt (niestety wraz z wejściem reformy w życie w systemie nie pojawiły się dodatkowe pieniądze, które umożliwiłyby mniej bolesne przejście przez początkowy okres dostosowawczy do nowych warunków). W artykule opisano podstawowe skutki funkcjonowania pakietu onkologicznego w pierwszych trzech kwartałach 2015 roku w województwach śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim na tle rezultatów dla całego kraju. Szereg danych wskazuje jednoznacznie, że nie wszystko zadziało, tak jak pierwotnie planował inicjator zmian, a duży ciężar reformy został przerzucony na świadczeniodawców (szczególnie biorąc pod uwagę skalę działań na duże centra onkologiczne), którzy, szczególnie w pierwszym okresie od implementacji opisywanych rozwiązań, odczuli negatywnie skutki zmian, zarówno w wymiarze finansowym, jak i organizacyjnym.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, pakiet onkologiczny, implementacja, reforma.

ABSTRACT

The quick oncological therapy (polish pakiet onkologiczny) is one of the main deep changes in the polish healthcare system. Quick oncological therapy started at the beginning of the year 2015. It was a very deep change both at the healthcare unit side and patient side. The main reform goal was to give patients quicker and more efficient therapy. Unfortunately healthcare units were forced to adapt to new conditions especially at the operational and administrative level without any additional money in the healthcare system, that can afford to go easier through the adaptation process. Article describes main consequences quick oncological therapy implementation in the first 9 months of the year 2015 in the Silesian, Swietokrzyskie and Wielkopolskie voivodeship. The data are showed at the data for the whole country. The showed data proves that not everything started to work properly and more costs of reform are transferred to healthcare units (especially to the big oncological centers). These units – especially in the first reform implementation period – were badly experienced both at the financial and organizational level.

Keywords: healthcare system, quick oncological therapy, implementation, reform.

Wstęp

Pakiet onkologiczny to jedna z ostatnich prób reformy polskiego systemu ochrony zdrowia. W tym przypadku dotyczy ona obszaru diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, które są drugą najważniejszą przyczyną śmierci w Polsce (po chorobach układu krążenia)¹. Ich udział w tej niechlubnej statystyce znacząco wzrósł w ciągu ostatnich dwóch dekad. Dlatego też poprawa efektywności działania systemu w tym obszarze wydaje się jak najbardziej uzasadniona. Niestety zmiany te wywołały szereg problemów na etapie ich szczegółowej implementacji.

W swych podstawowych założeniach reforma ta miała przede wszystkim na celu:

- skrócenie kolejek do lekarza specjalisty dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu,
- wprowadzenie szybkiej diagnostyki i kompleksowego leczenia onkologicznego,
- uporządkowanie procesu diagnostyki i leczenia pacjenta,
- zmniejszenie śmiertelności pacjentów onkologicznych,
- obniżenie kosztów leczenia dzięki wykryciu choroby we wczesnym stadium zaawansowania².

Założenia reformy wydają się być jak najbardziej prawdziwe. Głównym beneficjentem wprowadzonych

¹ Źródło: onkologia.org.pl [dostęp: 01.01.2016].

² Źródło: pakiet onkologiczny.gov.pl [dostęp: 01.01.2016].

zmian ma zostać najważniejszy podmiot systemu ochrony zdrowia, jakim jest pacjent. W artykule podjęto próbę oceny implementacji opisanych wyżej rozwiązań w trzech województwach: śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim, na tle statystyk dotyczących całego kraju, w pierwszych trzech kwartałach 2015 roku. Analizy dokonano na podstawie danych statystycznych dotyczących realizacji pakietu onkologicznego w Polsce, otrzymanych z Centrali NFZ oraz poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ.

Idea, założenia i podstawowe dane dotyczące pakietu onkologicznego

Pod potocznie używaną nazwą „pakiet onkologiczny” kryje się zbiór regulacji, które, wprowadzone od 1 stycznia 2015 roku, zasadniczo zmieniły organizację diagnostyki i leczenia onkologicznego w Polsce. Kluczowym aktem prawnym pakietu jest *Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*³, na podstawie której wydano rozporządzenia Ministra Zdrowia⁴. Natomiast szczegółowe kwestie w zakresie realizacji pakietu onkologicznego określają wydane przez Prezesa NFZ zarządzenia o numerach: 79/2014/DSOZ (dot. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), 80/2014/DGL (dot. chemioterapii) oraz 81/2014/DSOZ (dot. leczenia szpitalnego)⁵.

Głównymi założeniami „pakietu onkologicznego” są:

- wprowadzenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (zwaną dalej kartą DiLO);
- wprowadzenie maksymalnego czasu na wykonanie diagnostyki onkologicznej (9 tygodni w 2015, 8 tygodni w 2016 i 7 tygodni w 2017 r., liczone od dnia zgłoszenia się pacjenta do specjalisty);
- wprowadzenie zasady, iż leczenie onkologiczne nowotworu złośliwego poprzedzone jest konsylium lekarzy specjalistów, które określa plan leczenia, optymalny dla danego pacjenta;
- wprowadzenie funkcji koordynatora;
- wprowadzenie maksymalnego czasu na rozpoczęcie leczenia onkologicznego (w ciągu 14 dni od daty konsylium);
- zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie onkologiczne, pod warunkiem, że są one zrealizowane zgod-

nie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia (tzw. ścieżką pacjenta)⁶.

Przez pierwsze trzy kwartały od wprowadzenia zmian wystawiono w całym kraju ponad 183 tysiące kart DiLO. Najwięcej w najludniejszym województwie kraju, jakim jest województwo mazowieckie, bo prawie 30 tysięcy. Placówki szpitalne wydały ponad 80 tysięcy kart, co stanowi 45% ogółu wydanych kart. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ) odpowiedzialni są za wydanie prawie 57 tysięcy kart, co stanowi ponad 31% ogółu wydanych kart. Za pozostałą część, czyli około 24%, odpowiedzialne są poradnie specjalistyczne. W sumie wydały one 43,5 tysiąca kart⁷.

Na **rycynie 1** przedstawiono liczbę kart DiLO wydanych w poszczególnych województwach w pierwszych trzech kwartałach 2015 roku. Liderami w liczbie wydanych kart DiLO są najludniejsze województwa, tj. mazowieckie, śląskie i wielkopolskie. Najmniejszą liczbę kart zanotowano w województwach podlaskim, lubuskim i opolskim.

W przeliczeniu na 100 tysięcy ludności średnia wydanych kart dla całego kraju wynosi 497⁸. Biorąc pod uwagę poszczególne województwa, w statystyce tej najgorzej wypadają województwa podlaskie (234), podkarpackie (307) i lubuskie (319). Najlepszym wskaźnikiem może się pochwalić województwo świętokrzyskie (613), następnie województwa kujawsko-pomorskie (603) i dolnośląskie (591)⁹ (**Rycina 2**).

Praktyka z analizowanego okresu funkcjonowania pakietu wskazuje, że liczba wydanych kart może nie korelować z liczbą chorych, leczonych tą ścieżką systemową. Zdarza się bowiem tak, że świadczeniodawca wadliwie kieruje pacjenta, u którego podejrzewa wystąpienie choroby nowotworowej, na dalszą diagnostykę w poradni lub szpitalu (co powoduje brak technicznej możliwości rozliczenia świadczeń w ramach pakietu onkologicznego). Dochodzi też do sytuacji, w których pacjent w ogóle nie zgłasza się do specjalisty. Szczególnie problematyczne w praktyce wydają się te przypadki pacjentów z kartą DiLO, którą wydali lekarze POZ. Niestety nie mają oni odpowiednich narzędzi diagnostycznych i nie są (co wynika także z charakteru ich pracy oraz systemu kształcenia podyplomowego) odpowiednio przeszkoleni pod kątem występowania chorób nowotworowych oraz sposobów ich wykrywania i diagnostyki¹⁰.

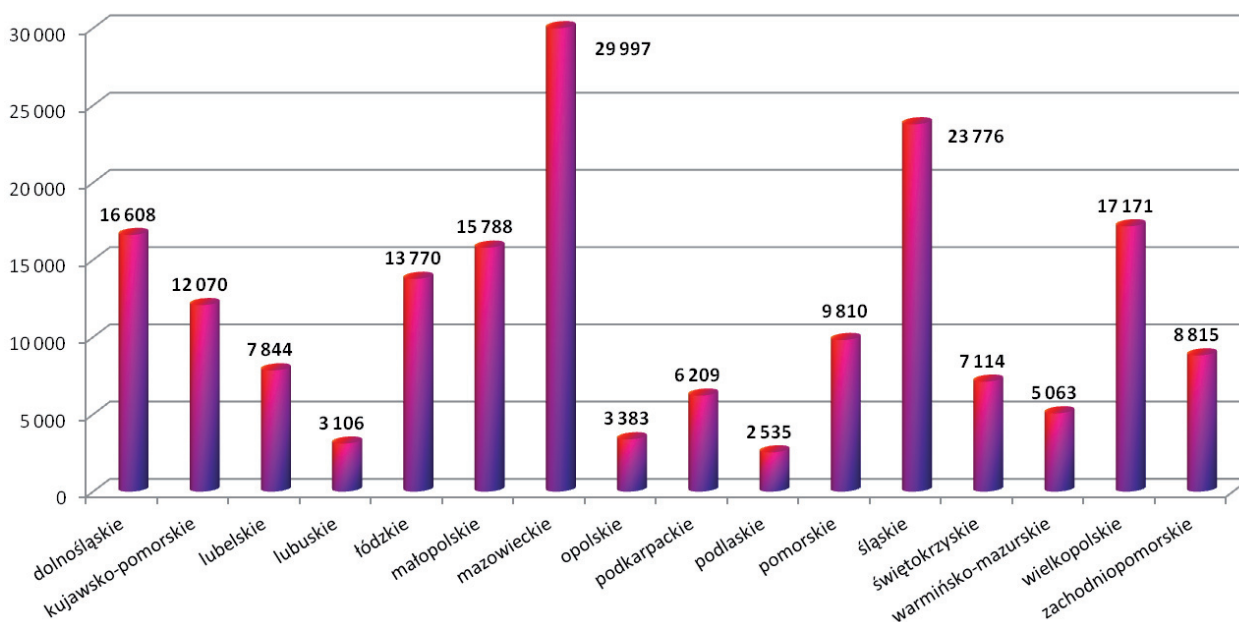
⁶ Źródło: pakiet.onkologiczny.gov.pl [dostęp: 1.01.2016].

⁷ Źródło: dane NFZ.

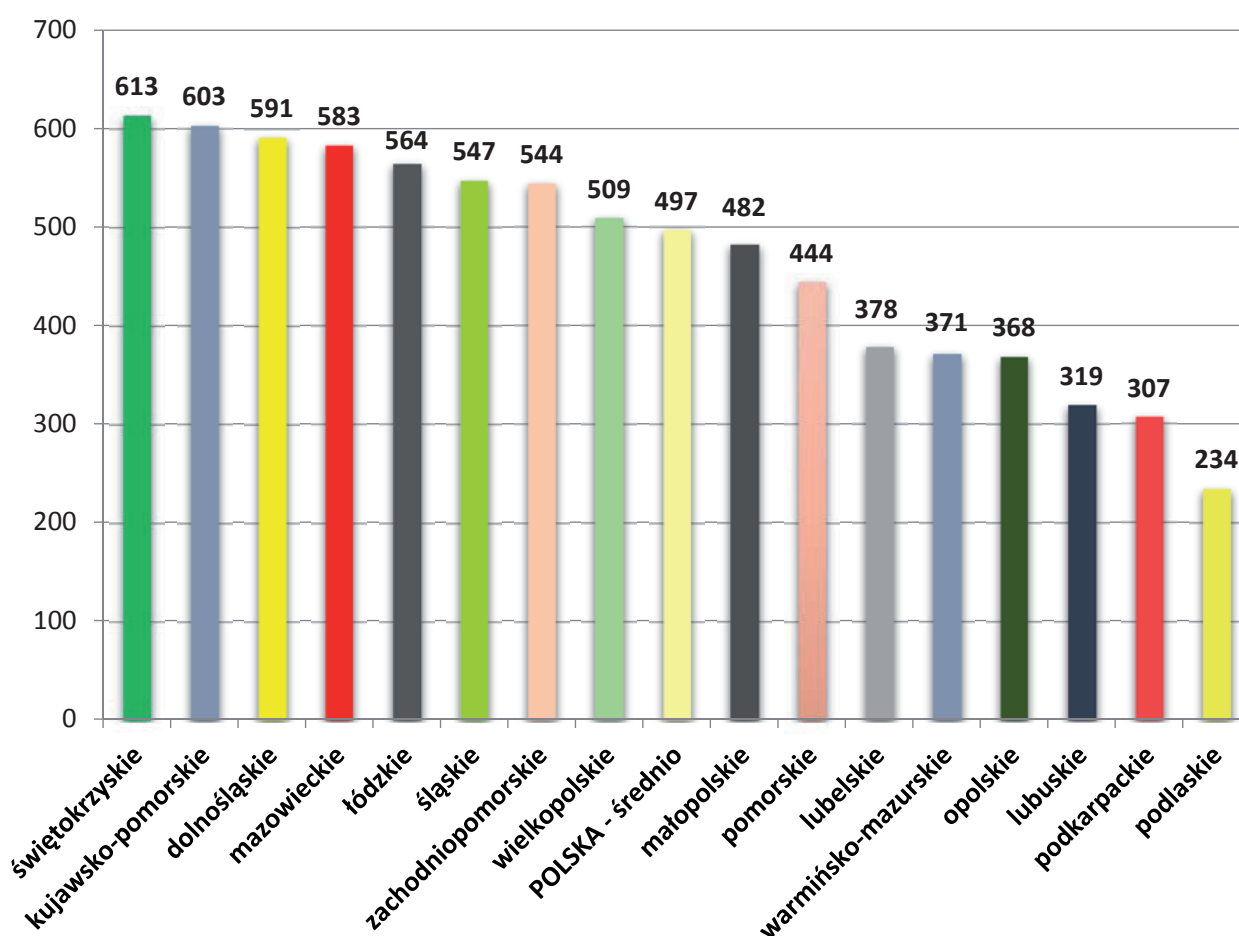
⁸ Źródło: dane NFZ.

⁹ Obliczenia własne na podstawie danych NFZ i GUS.

¹⁰ Lekarz POZ ma narzucony wskaźnik potwierdzonych rozpoznań w stosunku do wydawanych kart DiLO, który wynosi aż 1/15,



Rycina 1. Liczba wydanych kart DiLO w poszczególnych województwach w okresie od stycznia do września 2015 roku. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ



Rycina 2. Liczba wydanych kart DiLO (na 100 tysięcy mieszkańców) w poszczególnych województwach w okresie od stycznia do września 2015 roku. Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na potwierdzenie powyższego analizie poddano:

- udział wykonanych diagnostyk wstępnych w poradniach specjalistycznych (dalej: AOS) w stosunku do kart wydanych w POZ (rozbieżność pomiędzy województwami sięga od 9,53% w woj. opolskim do 34,82% w woj. pomorskim, przyjmując średnią wartość dla Polski na poziomie 28,06%);
- odsetek wykonanych diagnostyk pogłębionych w AOS w stosunku do kart wydanych w POZ i AOS (rozbieżność pomiędzy województwami sięga od 19,70% w woj. świętokrzyskim do 42,35% w woj. lubelskim, przyjmując średnią wartość dla Polski na poziomie 30,28%);
- liczbę kart zamkniętych (rozbieżność pomiędzy województwami sięga od 4,06% w woj. podkarpackim do 25,74% w woj. warmińsko-mazurskim, przyjmując średnią wartość dla Polski na poziomie 11,54%).

Powyższe dane świadczą o zdecydowanie różnym podejściu i zaangażowaniu poszczególnych uczestników systemu do ustawowego obowiązku realizacji pakietu onkologicznego.

Po przedstawieniu podstawowych danych dotyczących funkcjonowania pakietu onkologicznego w okresie styczeń – wrzesień 2015 r. w dalszej części artykułu zaprezentowane zostaną analizy dla województw śląskiego, świętokrzyskiego i wielkopolskiego.

Podstawowe dane z wdrożenia pakietu onkologicznego dla wybranych województw

Województwo śląskie

Województwo śląskie to po województwie mazowieckim najbardziej ludne województwo w Polsce. Jego ludność przekracza 4,5 mln osób, co stanowi około 12% populacji Polski¹¹. Warto przy tym dodać, że populacja województwa śląskiego jest – w aspekcie demograficznym – starsza niż populacja Polski¹². Jest to także województwo o najwyższym wskaźniku urbanizacji w Polsce (dane za 2013 rok wynoszącym 77,4%¹³). Jest to też województwo o dość dobrze rozwiniętej (na tle kraju) sieci placówek specjalistycznych, w tym onkologicznych. Dane epidemiologiczne za rok 2011 wskazują, że liczba zachorowań na nowotwory

złośliwe w tym województwie to około 18 tysięcy zarejestrowanych nowych przypadków. Współczynnik surowy zachorowalności dla mężczyzn to 400,2 a dla kobiet – 372,7, natomiast współczynnik standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 246,8 i kobiet 206,1. Współczynniki zachorowalności plasują województwo śląskie nieco poniżej średniej dla Polski (współczynnik surowy i standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 384,9 i 251,5, a dla kobiet 365,0 i 207,3)¹⁴. Inaczej kształtuje się statystyka umieralności na nowotwory w tym województwie. Rocznie na nowotwory umiera ponad 11,5 tysiąca osób, a współczynnik surowy i standaryzowany dla mężczyzn przyjmuje wartość odpowiednio 290,0 i 174,1. Dla kobiet wartość ta kształtuje się na poziomie 215,6 i 101,7¹⁵. Jest to wynik powyżej średniej dla Polski, która wynosi (współczynnik surowy i standaryzowany) dla mężczyzn 276,4 i 173,5, a dla kobiet 204,5 i 97,6¹⁶. Największą placówką leczącą choroby onkologiczne w województwie śląskim jest Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach. Należy przy tym dodać, że na terenie tego województwa znajduje się szereg dużych placówek ochrony zdrowia leczących choroby onkologiczne. Wynika to z faktu zarówno silnego uprzemysłowienia tego regionu, jak i jego struktury, tzn. umiejscowienia wielu dużych i średnich miast zlokalizowanych blisko siebie.

W województwie śląskim świadczeniobiorca może skorzystać z szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego w 947 miejscach udzielania świadczeń (według danych Centrali NFZ u 748 świadczeniodawców¹⁷). Struktura świadczeniodawców wydających karty DiLO oraz struktura wydanych kart przedstawione zostały w **tabeli 1**.

W województwie śląskim w pierwszych trzech kwartałach 2015 roku wydano nieco ponad 24 tysiące kart DiLO. Stanowi to około 13% kart wydanych w całym kraju. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że udział wydanych kart w województwie pokrywa się z udziałem ludności tego województwa w ludności całego kraju. Biorąc pod uwagę fakt, że wiele osób spoza tego województwa leczy się właśnie w tym regionie (ze względu na dość dobrze rozwiniętą sieć placówek), to można przyjąć założenie, że udział wydanych kart DiLO powinien być większy niż udział populacji województwa w populacji całego kraju. Pomimo

co oznacza, że lekarzowi POZ nie grożą żadne sankcje w przypadku, gdy tylko 1 z 15 podejrzeń nowotworu złośliwego (wydanych kart DiLO) zostanie potwierdzony przez specjalistę w poradni specjalistycznej lub oddziale szpitalnym.

¹¹ Źródło: GUS, www.stat.gov.pl [dostęp: 1.01.2016].

¹² Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa wielkopolskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl; s. 3.

¹³ Źródło: eregion.wzp.pl [dostęp: 2.01.2016].

¹⁴ Didkowska J, Wojciechowska A, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Warszawa 2013. s. 30.

¹⁵ *Ibidem*, s. 27.

¹⁶ *Ibidem*, s. 27.

¹⁷ Liczba miejsc udzielania świadczeń jest większa niż faktyczna liczba placówki z uwagi na fakt, iż w wielu podmiotach karty DiLO są wydawane w więcej niż jednym trybie (tj. POZ, AOS, leczenie szpitalne, leczenie szpitalne – leczenie rozpoczęte przed 1 stycznia 2015 r.).

Tabela 1. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w województwie śląskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba podmiotów wydających karty DiLO	Struktura podmiotów	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	677	71,5%	7276	30,3%	1253
AOS	163	17,2%	6458	26,9%	415
SZPITAL	67	7,1%	5193	21,6%	607
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	40	4,2%	5099	21,2%	307
RAZEM	947	100%	24026	100%	2582

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 2. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w Polsce w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO
POZ	56975	31,1%
AOS	43526	23,8%
SZPITAL	40485	22,1%
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	42073	23,0%
RAZEM	183059	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

faktu, że liczba wydanych kart w tym województwie na 100 tysięcy mieszkańców wynosząca 547 (przy średniej dla kraju wynoszącej 497)¹⁸ jest wartością powyżej średniej, to biorąc pod uwagę „nasylenie” województwa placówkami realizującymi pakiet onkologiczny, w województwie śląskim udział wydanych kart DiLO powinien być jednym z najwyższych w kraju. Wynosi 748 świadczeniodawców wydających karty DiLO – to najwyższy wynik w kraju, przewyższający nawet w tym względzie województwo mazowieckie (673 podmioty).

Biorąc pod uwagę strukturę wydanych kart i strukturę podmiotów je wydających, to pierwszym istotnym faktem jest wysoki udział w strukturze podmiotów POZ wynoszący ponad 71% i relatywnie niski ich udział w wydaniu kart wynoszący nieco ponad 30%. Osobną kwestią pozostaje „trafność” podejrzeń o występowanie nowotworu właśnie w tej grupie podmiotów. Zbliżony wynik, jeśli chodzi o udział wydanych kart, mają poradnie AOS. Różnica polega na tym, że ta grupa – AOS – ma w strukturze podmiotów udział nieznacznie przekraczający 17%. Jest to zatem pierwsza grupa podmiotów, która ma większy udział wydanych kart niż ma udziału w strukturze podmiotów. Największy udział w wydaniu kart, uwzględniając strukturę podmiotów, mają szpitale. Ich udział w strukturze podmiotów nieznacznie przekracza 7%, a udział w kartach przekracza 21%. Podobnie jest w przypadku szpitali kontynuujących leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem. Ich udział w ogólnej liczbie podmiotów ledwo przekracza 4%, natomiast udział w wydaniu kart jest na podobnym poziomie jak w przypad-

ku szpitali i przekracza 21%. Sumując udziały dwóch grup szpitali, można stwierdzić, że ich udział w strukturze podmiotów w województwie śląskim nieznacznie przekracza 11%, natomiast udział w strukturze wydania kart jest większy niż 43%. Sumarycznie ta grupa podmiotów leczniczych generuje czterokrotnie większy udział w wydaniu kart niż sama ma w strukturze podmiotów.

W tym miejscu warto porównać te dane z danymi dla całego kraju. Strukturę podmiotów oraz wydania kart dla całego kraju przedstawiono w **tabeli 2**.

W skali całego kraju w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku wydano ponad 183 tysiące kart DiLO. Prawie co trzecią kartę wydały placówki odpowiedzialne za podstawową opiekę zdrowotną. Niemalże co czwarta karta DiLO w Polsce została wygenerowana przez AOS (jego udział to 23,8%) i szpitale kontynuujące leczenie (ich udział to 23%). Niewiele mniejszy udział mają placówki szpitalne, które wydały karty w pierwszym roku obowiązywania pakietu onkologicznego. Ich udział wynosi 22,1%. Dane te nieznacznie różnią się od wcześniej zaprezentowanych danych dla województwa śląskiego.

W tej części analizy warto wspomnieć o kartach zamkniętych. Karty te w województwie śląskim stanowią jedynie 10,7% ogółu wydanych kart. Zatem 9 na 10 kart w województwie nadal jest aktywnych. W skali kraju odsetek kart zamkniętych wynosi 11,5%¹⁹. Jest to zatem wynik nieznacznie wyższy niż w województwie śląskim.

Największy udział w wydaniu kart zamkniętych w relacji do wydanych kart mają placówki POZ. Spośród wy-

¹⁸ Źródło: dane NFZ.

¹⁹ Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 3. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach, w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	0	0%	5
AOS	3312	47,1%	38
SZPITAL	696	9,9%	22
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	3022	43,0%	0
RAZEM	7030	100%	65

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

danych przez tę grupę podmiotów 7276 kart 1253 to karty zamknięte. Stanowi to ponad 17% ogółu wydanych kart w trybie POZ i jest to najwyższy odsetek we wszystkich analizowanych grupach świadczeniodawców.

Na podstawie analizy powyższych danych dla województwa śląskiego można pokusić się o tezę stanowiącą, iż główny ciężar implementacji pakietu onkologicznego w województwie śląskim spoczywa na szpitalach oraz funkcjonujących przy oddziałach poradniach przyszpitalnych. Tezę tę zdają się potwierdzać dane z gliwickiego oddziału Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Tabela 3 obrazuje strukturę i liczbę wydanych kart DiLO w Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie (dalej: CO-I), Oddział w Gliwicach, w okresie styczeń–wrzesień 2015 roku. Jest to największa placówka specjalistyczna o profilu onkologicznym w województwie śląskim.

Dane dotyczące największej placówki o profilu onkologicznym w województwie śląskim jednoznacznie potwierdzają fakt, że ciężar implementacji pakietu onkologicznego spoczywa w głównej mierze na dużych, wyspecjalizowanych ośrodkach. W CO-I w Gliwicach wydano prawie 30% wszystkich wydanych kart DiLO w województwie śląskim. Największy udział w wydaniu kart DiLO w tej placówce mają odpowiednio AOS (47,1%) oraz szpital (kontynuacja leczenia), którego udziały wynoszą 43%. Powyższe dane wskazują jednoznacznie, że większość nowych rozpoznań diagnozowana jest ambulatoryjnie. Porównywalna część leczonych pacjentów leczenie rozpoczęła w latach poprzednich. Na koniec warto dodać, że jedynie 65 kart w CO-I zostało zamkniętych, co stanowi jedynie niecały 1% ogółu wydanych kart DiLO.

Województwo świętokrzyskie

Województwo świętokrzyskie to jedno z najmniej ludnych województw w kraju. Populacja regionu wynosi nieco ponad 1,26 mln mieszkańców²⁰. Liczba ta stanowi około

3,3% ludności, co daje 13. miejsce w Polsce²¹. Województwo świętokrzyskie charakteryzuje się jednym z najniższych w Polsce współczynników urbanizacji wynoszącym 45,14%²². Największym miastem jest stolica województwa – Kielce. Fakt ten znajduje swoje odzwierciedlenie w strukturze placówek ochrony zdrowia. Województwo to może się pochwalić jedynie jedną dużą placówką specjalistyczną o profilu onkologicznym, jaką jest Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach (dalej: ŚCO). Dane epidemiologiczne za rok 2011 wskazują, że liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w tym województwie to ponad 5 tysięcy zarejestrowanych nowych przypadków. Współczynnik surowy zachorowalności dla mężczyzn to 418,6 a dla kobiet – 391,7, natomiast współczynnik standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 259,0 i kobiet 211,8. Współczynniki zachorowalności plasują województwo świętokrzyskie znacznie powyżej średniej dla Polski (dla przypomnienia: współczynnik surowy i standaryzowany to dla mężczyzn 384,9 i 251,5, a dla kobiet 365,0 i 207,3)²³. Pomimo wyższej od średniej zachorowalności współczynniki umieralności plasują to województwo poniżej średniej krajowej.

W województwie świętokrzyskim pacjent może skorzystać z szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego w 235 miejscach udzielania świadczeń (według danych Centrali NFZ u 196 świadczeniodawców). Struktura świadczeniodawców wydających karty DiLO oraz struktura wydanych kart przedstawione są w **tabeli 4**.

W województwie świętokrzyskim w pierwszych trzech kwartałach 2015 roku wydano blisko 7,2 tysiąca kart DiLO. Stanowi to około 4% kart wydanych w Polsce. Mimo niskiej wartości liczb bezwzględnych liczba wydanych kart w województwie na 100 tysięcy mieszkańców, wynosząca 613 (przy średniej dla kraju wynoszącej 497)²⁴, jest najwyższą wartością w kraju. Wskaźnik ten został osiągnięty

²¹ Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa świętokrzyskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl, s. 3.

²² Źródło: eregion.wzp.pl [dostęp: 2.01.2016].

²³ Didkowska J, Wojciechowska A, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Warszawa 2013, s. 30.

²⁴ Źródło: dane NFZ.

²⁰ Źródło: GUS, www.stat.gov.pl [dostęp: 2.01.2016].

Tabela 4. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w województwie świętokrzyskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba podmiotów wydających karty DiLO	Struktura podmiotów	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	169	71,9%	1615	22,5%	213
AOS	35	14,9%	2038	28,3%	70
SZPITAL	19	8,1%	1244	17,3%	70
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	12	5,1%	2294	31,9%	21
RAZEM	235	100%	7191	100%	374

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

mimo niewielkiej liczby placówek realizujących pakiet onkologiczny. Liczba świadczeniodawców wydających karty DiLO w województwie świętokrzyskim (196 placówek) jest trzecim najniższym wynikiem w kraju, po województwach lubuskim i opolskim (odpowiednio 177 i 179 podmiotów).

Z analizy struktury wydanych kart DiLO oraz struktury podmiotów wynika wysoki udział w strukturze podmiotów POZ wynoszący blisko 72% i relatywnie niski ich udział w wydaniu kart wynoszący nieco ponad 22%. Udział placówek wydających karty w AOS wynosi blisko 15%, przy odsetku ponad 28% kart wydanych w tym trybie. Powyższe oznacza, iż lekarze POZ wydają karty w niewielkiej (średnio 10 kart DiLO), a lekarze specjaliści (AOS) w dużej liczbie na placówkę (średnio 58 kart).

Głównym trybem wydanych kart w województwie jest szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015 r. Jego udział w strukturze podmiotów nieznacznie przekracza 5%, a udział w wydaniu kart to już 31,9%. Podobna sytuacja zachodzi w przypadku trybu wydawania kart przez szpital, którego udział w ogólnej liczbie podmiotów przekracza 8%, natomiast udział w wydaniu kart przekracza 17%. Po zsumowaniu udziałów obu trybów szpitalnych można stwierdzić, że ich udział w strukturze podmiotów w województwie świętokrzyskim wynosi blisko 13%, natomiast udział w strukturze wydawanych kart jest większy niż 49%. Powyższe oznacza, iż mimo najmniejszego udziału w strukturze placówek najwięcej kart DiLO wydano podczas pobytów pacjentów w oddziałach szpitalnych.

Porównując te dane z danymi dla Polski (**Tabela 2**), widać, że realizacja pakietu onkologicznego w szpitalach i poradniach województwa świętokrzyskiego przekracza średnią dla kraju (SZP – 45,1% i AOS – 23,8%), przy jednoczesnym niższym wskaźniku wydania kart w trybie POZ (31,1%).

Karty zamknięte w województwie świętokrzyskim stanowią jedynie 5,2% ogółu wydanych kart. Odsetek ten jest znacząco niższy niż średnia dla kraju i wynosi 11,5%²⁵. Oznaczać to może, iż w województwie świętokrzyskim

mamy do czynienia ze znacznie mniejszą liczbą kart wydanych bezpodstawnie (np. przez lekarzy POZ) lub błędnie (np. kart wydawanych na rzecz pacjentów niewymagających leczenia onkologicznego). Największy udział w kartach zamkniętych w relacji do wydanych kart mają lekarze POZ. Spośród wydanych przez tę grupę podmiotów kart (1615 kart) 213 to karty zamknięte. Stanowi to ponad 13% ogółu kart wydanych w trybie POZ.

Analiza wszystkich wyżej zaprezentowanych danych dla województwa świętokrzyskiego w pełni potwierdza tezę, że w tym przypadku główny ciężar wdrożenia pakietu onkologicznego wzięły na siebie placówki szpitalne wraz z poradniami przyszpitalnymi, a w szczególności ŚCO w Kielcach.

Tabela 5 obrazuje strukturę i liczbę wydanych kart DiLO w ŚCO w Kielcach w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku.

Zgodnie z powyższymi danymi w ŚCO najwięcej kart DiLO wydano w trybie szpital – leczenie rozpoczęte przed 1 stycznia 2015 r. (52,1%) oraz AOS (39,2%). Powyższe dane wskazują jednoznacznie, że większość nowych rozpoznanych diagnozowana jest ambulatoryjnie, a co drugi pacjent leczony onkologicznie w latach poprzednich otrzymał kartę DiLO. Karty nowo zdiagnozowanych pacjentów, którym wydano kartę DiLO w oddziale szpitalnym, stanowiły 8,7% wszystkich kart wydanych w ŚCO.

Spośród kart wydanych w ŚCO niewiele (2,2% ogółu wydanych kart DiLO) zostało już zamkniętych.

Powyższe w korelacji z danymi z województwa oraz fakt, iż ŚCO realizuje świadczenia z większości zakresów onkologicznych (chirurgia onkologiczna), w tym niektóre za zasadzie wyłączności (ginekologia onkologiczna, chemioterapia – hospitalizacja, teleradioterapia, brachyterapia i terapia izotopowa²⁶), potwierdzają, iż ŚCO jako jedyna placówka o profilu onkologicznym w województwie świętokrzyskim jest głównym miejscem realizacji pakietu onkologicznego na tym terenie.

²⁵ Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

²⁶ Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa świętokrzyskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzedzdrowotnych.mz.gov.pl, s. 5 i 6.

Tabela 5. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	0	0%	0
AOS	1681	39,2%	55
SZPITAL	374	8,7%	22
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015	2233	52,1%	19
RAZEM	4288	100%	96

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Z łącznej analizy danych z **tabel 4 i 5** wynika, iż spośród wszystkich kart DiLO wydanych w województwie świętokrzyskim w analizowanym okresie prawie 60% wydano tylko w ŚCO. Ze szczegółowej analizy trybów wydania karty DiLO wynika, że w ŚCO wydano aż 97,3% kart wydanych w całym regionie w trybie szpital – kontynuacja leczenia. W poradniach specjalistycznych ŚCO odsetek ten wyniósł 82,5%.

Województwo wielkopolskie

Województwo wielkopolskie to trzecie województwo w Polsce o największej liczbie ludności (3,5 mln osób, co stanowi około 9% populacji Polski²⁷). W odróżnieniu do dwóch wcześniej omówionych regionów populacja województwa wielkopolskiego jest młodsza niż ta całego kraju²⁸.

Jest to województwo o wskaźniku urbanizacji nieco niższym niż średnia dla Polski (dane za 2013 rok) wynoszącym 55,2%²⁹. Województwo to w obecnym kształcie skupia kilka ośrodków, które w przeszłości miały status województwa (np. Kalisz), co wpływa w pewnym stopniu na strukturę placówek zdrowotnych. Dane epidemiologiczne za rok 2011 wskazują, że liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w tym województwie to około 14 tysięcy zarejestrowanych nowych przypadków. Współczynnik surowy zachorowalności dla mężczyzn to 408,1 a dla kobiet – 393,1, natomiast współczynnik standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 285,2 i kobiet 235,2. Współczynniki zachorowalności plasują województwo wielkopolskie zdecydowanie powyżej średniej dla Polski (współczynnik surowy i standaryzowany to odpowiednio dla mężczyzn 384,9 i 251,5, a dla kobiet 365,0 i 207,3)³⁰. Statystyka w obszarze umieralności na nowotwory w tym województwie kształtuje się następująco: rocznie na nowotwory umiera ponad 8,1 tysiąca osób, a współczynnik

surowy i standaryzowany dla mężczyzn przyjmuje wartość odpowiednio 270,8 i 185,0. Dla kobiet wartość ta kształtuje się na poziomie 205,2 i 104,8³¹. Jest to wynik powyżej średniej dla Polski, która wynosi (współczynnik surowy i standaryzowany) dla mężczyzn 276,4 i 173,5, a dla kobiet 204,5 i 97,6³², z wyjątkiem współczynnika surowego umieralności dla mężczyzn, którego wartość jest nieco niższa niż średnia dla całego kraju.

Największą placówką leczącą choroby onkologiczne w województwie wielkopolskim jest Wielkopolskie Centrum Onkologii (dalej: WCO) w Poznaniu. Niezależnie od tego w regionie zlokalizowane są inne duże placówki ochrony zdrowia, w tym szpitale kliniczne Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, które w części zajmują się diagnostyką i leczeniem chorób onkologicznych.

W województwie wielkopolskim pacjent może skorzystać z szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego w 653 miejscach udzielania świadczeń (według danych Centrali NFZ u 599 świadczeniodawców). Struktura świadczeniodawców wydających karty DiLO oraz struktura wydanych kart przedstawione zostały w **tabeli 6**.

W województwie wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku wydano blisko 18 tysięcy kart DiLO. Stanowi to około 9,5% kart wydanych w Polsce. Mimo to liczba wydanych w Wielkopolsce kart na 100 tysięcy mieszkańców wynosi 509, co jest wartością w okolicach średniej dla Polski. Z uwagi na znaczące uprzemysłowienie oraz liczbę placówek medycznych realizujących pakiet onkologiczny (599 świadczeniodawców, co jest trzecim najwyższym wynikiem w kraju) wskaźnik ten powinien być jednym z najwyższych w kraju.

Z analizy **tabeli 6** wynika, że najwyższy udział w strukturze podmiotów wydających (83,5%) oraz liczbie wydanych kart DiLO (27,8%) zajmują lekarze POZ. Zbliżony wynik, jeśli chodzi o udział w wydaniu kart, mają poradnie AOS (22,1%). Tak znaczącą liczbę kart wydano jednak zaledwie w 46 podmiotach, co stanowiło zaledwie 7% placówek wydających karty DiLO.

²⁷ Źródło: GUS, www.stat.gov.pl [dostęp: 1.01.2016].

²⁸ Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa wielkopolskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzedzdrowotnych.mz.gov.pl, s. 3.

²⁹ Źródło: eregion.wzp.pl [dostęp: 2.01.2016].

³⁰ Didkowska J, Wojciechowska A, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku, Warszawa 2013, s. 30.

³¹ *Ibidem*, s. 27.

³² *Ibidem*, s. 27.

Tabela 6. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w województwie wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba podmiotów wydających karty DiLO	Struktura podmiotów	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	545	83,5%	4981	27,8%	673
AOS	46	7,0%	3962	22,1%	579
SZPITAL	42	6,4%	4799	26,8%	675
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015 r.	20	3,1%	4183	23,3%	1043
RAZEM	653	100%	17925	100%	2970

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Znaczący udział w wydaniu kart DiLO w Wielkopolsce miały szpitale (w obu trybach). Ich udział w strukturze podmiotów wynosi 6,4% dla trybu szpital oraz 3,1% dla trybu szpital – kontynuacja leczenia. Mimo tego łącznie w oddziałach szpitalnych wydano ponad połowę kart DiLO, z czego pacjenci zdiagnozowani w roku 2015 stanowili 26,8%. Sumując udziały dwóch grup szpitali, można stwierdzić, że ich udział w strukturze podmiotów w województwie wielkopolskim nie przekracza 10%, natomiast udział w strukturze kart wynosi aż 50,1%. Zależy stwierdzić, że w porównaniu z danymi dla Polski (**Tabela 2**) że dane regionalne nieznacznie różnią się od średnich wartości w kraju.

W województwie wielkopolskim na koniec trzeciego kwartału 2015 roku pozostaje blisko 3 tysiące zamkniętych kart DiLO. Stanowią one 16,6% ogółu wydanych kart, co jest wskaźnikiem wyższym niż średnia krajowa (11,5%).

Największy odsetek kart zamkniętych w stosunku do kart wydanych ma tryb szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015 roku (24,9%). W pozostałych trybach wydania kart odsetek kart zamkniętych utrzymuje się na podobnym poziomie (około 14%).

Na podstawie analizy powyższych danych dla województwa wielkopolskiego można stwierdzić, iż w tym regionie implementacja pakietu onkologicznego została wykonana przez świadczeniodawców każdego typu. Jednakże patrząc na liczby wydanych kart w stosunku do liczby placówek, trzeba stwierdzić, że największy ciężar udźwignęły oddziały i poradnie przyszpitalne. Powyższe odzwierciedla struktura wydanych kart DiLO w WCO.

Tabela 7 obrazuje strukturę i liczbę wydanych kart DiLO w WCO w Poznaniu w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku. WCO to jeden z największych szpitali specjalistycznym w regionie, realizujący najwięcej świadczeń onkologicznych.

Dane z WCO jednoznacznie potwierdzają fakt, że ciężar implementacji pakietu onkologicznego spoczywa w głównej mierze na dużych, wyspecjalizowanych ośrodkach onkologicznych. W WCO wydano ponad 27% wszystkich kart DiLO wydanych w województwie wielkopolskim. Największy udział w wydaniu kart w WCO mają odpowiednio AOS (52,4%) i szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015, którego udziały wynoszą 42,1%. Dane te wskazują, że ponad połowa nowych rozpoznań nowotworów złośliwych w regionie jest diagnozowana w warunkach ambulatoryjnych. Diagnozowani w 2015 roku pacjenci otrzymywali także karty DiLO w oddziałach WCO. Odsetek wydanych kart w tym trybie wyniósł ponad 21%.

Analizując statystykę kart zamkniętych w WCO, należy zauważyć, iż co czwarta z wydanych kart została zamknięta. Stanowi to około 7% ogółu kart DiLO wydanych w całym regionie.

Porównanie wyników wdrożenia pakietu dla województw śląskiego, świętokrzyskiego i wielkopolskiego

Poddając analizie wybrane dane statystyczne z województw śląskiego, świętokrzyskiego i wielkopolskiego, należy stwierdzić, że regiony te różnią się od siebie, za-

Tabela 7. Struktura i liczba wydanych kart DiLO w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Liczba wydanych kart DiLO	Struktura wydanych kart DiLO	Liczba zamkniętych kart DiLO
POZ	0	0%	0
AOS	2075	42,8%	398
SZPITAL	1012	20,9%	269
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	1761	36,3%	582
RAZEM	4848	100%	1249

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

równy pod kątem liczby ludności, gęstości zaludnienia, jak i współczynnika urbanizacji.

Należy odnotować także różną liczbę podmiotów realizujących świadczenia medyczne, w tym liczbę placówek realizujących pakiet onkologiczny (748 w śląskim, 599 w wielkopolskim oraz 196 w świętokrzyskim). Powyższe znajduje swoje odzwierciedlenie w szczegółowych danych dotyczących realizacji pakietu w okresie styczeń – wrzesień 2015 r.

W **tabeli 8** przedstawiono strukturę kart w analizowanych województwach na tle struktury dla całego kraju.

Z powyższych danych wynika, że lekarze POZ we wszystkich trzech województwach wydali mniej kart DiLO niż średnia dla całego kraju (31,1%), z czego w woj. śląskim odsetek ten jest nieznacznie mniejszy (30,3%), niższy w woj. wielkopolskim (27,8%), natomiast w woj. świętokrzyskim znacząco odbiega od średniej (22,5%).

W dwóch z trzech regionów wydano więcej kart w poradniach specjalistycznych (AOS) niż średnio w Polsce (23,8%), z czego w woj. śląskim o 3,1% więcej, a w woj. świętokrzyskim o 4,5%. Województwo wielkopolskie osiągnęło odsetek na poziomie 22,1%, tj. o 1,7% niższy od średniej w kraju.

Znaczące różnice pomiędzy regionami notujemy w przypadku kart DiLO wydawanych w leczeniu szpitalnym. Pacjenci zdiagnozowani w 2015 roku otrzymali w dwóch województwach mniej kart niż średnia dla kraju (22,1%): na Śląsku (21,6%), a znacząco niższy odsetek wy-

stąpił w woj. świętokrzyskim (17,3%, tj. aż o 4,8% mniej kart niż średnia). W regionie wielkopolskim liczba kart wydanych w trybie szpital jest o 4,7% większa niż średnia (26,8%).

Zupełnie odwrotnie przedstawiają się odsetki kart wydanych pacjentom leczonym przed 2015 rokiem. W tym przypadku w regionie świętokrzyskim (31,9%) wydano aż o 8,6% kart DiLO więcej niż w Wielkopolsce (23,3%), o 8,9% więcej kart DiLO niż średnia w Polsce (23,0%) i aż o 10,7% więcej niż w woj. śląskim (21,2%).

Jednakże po zsumowaniu udziałów obu trybów wydawania kart w szpitalu ich udział w woj. śląskim wynosi 42,8% (poniżej średniej dla Polski, tj. 45,1%), 49,2% w woj. świętokrzyskim, a najwięcej w woj. wielkopolskim – 50,1% (powyżej średniej).

Kolejnej analizie poddano strukturę świadczeniodawców wydających karty DiLO w opisywanych województwach (**Tabela 9**).

Z powyższych danych wynika, iż struktura podmiotów realizujących pakiet onkologiczny w regionach jest różna w poszczególnych województwach. Odsetek placówek POZ wydających karty w regionach śląskim i świętokrzyskim jest na podobnym poziomie. Znacząco większy odsetek lekarzy POZ należy odnotować w Wielkopolsce (83,5%, tj. o około 12% więcej niż w pozostałych województwach).

Różnicę między regionami widać także w liczbie placówek wydających karty DiLO w AOS (najwięcej w woj.

Tabela 8. Struktura wydanych kart DiLO w Polsce oraz w województwach śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Struktura wydanych kart DiLO dla Polski	Struktura wydanych kart DiLO w woj. śląskim	Struktura wydanych kart DiLO w woj. świętokrzyskim	Struktura wydanych kart DiLO w woj. wielkopolskim
POZ	31,1%	30,3%	22,5%	27,8%
AOS	23,8%	26,9%	28,3%	22,1%
SZPITAL	22,1%	21,6%	17,3%	26,8%
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	23,0%	21,2%	31,9%	23,3%
RAZEM	100%	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 9. Struktura placówek wydających karty DiLO w województwach śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Struktura placówek wydających karty DiLO w woj. śląskim	Struktura placówek wydających karty DiLO w woj. świętokrzyskim	Struktura placówek wydających karty DiLO w woj. wielkopolskim
POZ	71,5%	71,9%	83,5%
AOS	17,2%	14,9%	7,0%
SZPITAL	7,1%	8,1%	6,4%
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	4,2%	5,1%	3,1%
RAZEM	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

śląskim, 17,2%, najmniej – wielkopolskie, 7,0%) oraz leczeniu szpitalnym (najwięcej w woj. świętokrzyskim, zarówno w trybie szpital, jak i w trybie szpital – leczenie przed 1 stycznia 2015 r., tj. o około 1–2% pomiędzy regionami).

Dane te, szczególnie dla województwa świętokrzyskiego, są pochodną organizacji opieki onkologicznej w poszczególnych regionach (liczby placówek onkologicznych), w tym struktury lokalnych centrów onkologii (liczby i zakresów posiadanych oddziałów i poradni specjalistycznych) oraz ich rzeczywistego zaangażowania w realizację pakietu onkologicznego dla pacjentów. Porównanie największych placówek w analizowanych województwach prezentują **tabele 10 i 11**.

Z analizy danych **tabeli 10** jednoznacznie wynika, że leczenie przeciwnowotworowe w województwie świętokrzyskim skoncentrowane jest w jednym ośrodku. Realizacja diagnostyki, a przede wszystkim leczenia onkologicznego w ŚCO dla pacjentów z całego województwa znajduje swoje odzwierciedlenie w znaczącym udziale kart wydanych w ŚCO w stosunku do wszystkich kart wydanych pacjentom w tym regionie (aż 82,5% kart z AOS oraz 97,3% kart ze szpitala – kontynuacja leczenia zostało wydanych w ŚCO). W województwie śląskim CO-I w Gliwicach, a w Wielkopolsce WCO wydały pacjentom ponad połowę wszystkich kart DiLO wystawionych w trybie AOS.

Odsetek kart wydanych w centrach onkologii (w stosunku do wszystkich kart wydanych w danym województwie) w trybie szpital zawierają się w przedziale od 13,4% dla śląskiego, 21,1% dla wielkopolskiego, aż po niewiele ponad 30% dla świętokrzyskiego. Natomiast w trybie

szpital – kontynuacja leczenia udział kart wydanych przez personel CO-I w Gliwicach wyniósł blisko 60% kart DiLO z całego województwa, przy analogicznym wskaźniku dla woj. wielkopolskiego na poziomie ponad 42%.

Tak duży odsetek wydanych kart, mimo faktu zlokalizowania na tych terenach wielu świadczeniodawców, potwierdza kluczową rolę CO-I i WCO w diagnostyce i leczeniu onkologicznym pacjentów w danych regionach. Odsetki te są mniejsze niż w przypadku ŚCO z uwagi na znacząco wyższą liczbę placówek realizujących pakiet onkologiczny w tych województwach, w tym placówek realizujących leczenie onkologiczne.

W wyniku analizy struktury kart DiLO wydawanych w centrach onkologii zanotowano odchylenia pomiędzy placówkami w każdym z trybów wydawania kart DiLO. Należy zwrócić uwagę na znacząco większą liczbę kart wydanych w CO-I w Gliwicach w poradniach przyszpitalnych (o 7,9% więcej w stosunku do świętokrzyskiego oraz 4,3% w stosunku do wielkopolskiego). WCO w Poznaniu może pochwalić się największą liczbą kart DiLO wydanych w trybie szpital (o 12,2% więcej w stosunku do świętokrzyskiego oraz 11% w stosunku do śląskiego). Natomiast w ŚCO więcej kart DiLO wydano pacjentom leczonym przeciwnowotworowo w roku 2014 i latach poprzednich (o 15,8% więcej w stosunku do wielkopolskiego oraz 9,1% w stosunku do śląskiego).

Województwa śląskie, świętokrzyskie i wielkopolskie, pomimo relatywnie bliskiego położenia, różnią się. Śląskie to najbardziej zurbanizowane województwo w kraju i drugie pod względem liczby ludności. Wielkopolskie jest

Tabela 10. Udział wydanych kart DiLO w centrach onkologii w stosunku do wszystkich kart wystawionych w województwach śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Udział wydanych kart DiLO w CO-I, Oddział w Gliwicach, na tle województwa	Udział wydanych kart DiLO w ŚCO w Kielcach na tle województwa	Udział wydanych kart DiLO w WCO w Poznaniu na tle województwa
AOS	51,29%	82,5%	52,4%
SZPITAL	13,4%	30,1%	21,1%
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	59,27%	97,3%	42,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 11. Struktura wydanych kart DiLO w centrach onkologii w województwach śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku

Tryb wydania karty DiLO	Struktura wydanych kart DiLO w CO-I, Oddział w Gliwicach	Struktura wydanych kart DiLO w ŚCO w Kielcach	Struktura wydanych kart DiLO w WCO w Poznaniu
AOS	47,1%	39,2%	42,8%
SZPITAL	9,9%	8,7%	20,9%
SZPITAL – leczenie rozpoczęte przed 1.01.2015 r.	43,0%	52,1%	36,3%
RAZEM	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

z kolei trzecim pod względem liczby ludności, ale pod względem urbanizacji plasuje się poniżej średniej krajowej. Świętokrzyskie to województwo znajdujące się na końcu klasyfikacji, jeśli chodzi zarówno o wskaźnik urbanizacji, jak i liczbę ludności.

Fakty te mają swoje odzwierciedlenie także w liczbie świadczeniodawców, w tym placówek realizujących świadczenia medyczne w ramach pakietu onkologicznego. Pomimo tych różnic pomiędzy regionami, uwzględniając przeprowadzoną analizę, należy stwierdzić, że istnieje wiele zaskakujących podobieństw: że struktura podmiotów wydających karty DiLO jest zbliżona, a ciężar realizacji zadań wynikających z implementacji pakietu onkologicznego spoczywa na wyspecjalizowanych ośrodkach onkologicznych, jakimi są odpowiednio dla województwa śląskiego – Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach, dla województwa świętokrzyskiego – Świętokrzyskie Centrum Onkologii, a dla województwa wielkopolskiego – Wielkopolskie Centrum Onkologii.

Podsumowanie

Pakiet onkologiczny w swych pierwotnych założeniach to krok władzy wykonawczej, reformującej system ochrony zdrowia w obszarze chorób nowotworowych, wykonany we właściwym kierunku. Trudno bowiem nie zgodzić się z podstawowym założeniem stanowiącym, iż pacjent powinien być możliwie szybko diagnozowany, tak aby mógł podjąć jak najszybciej leczenie przeciwnowotworowe. Niestety największe problemy pojawiły się na etapie procesu implementacji pakietu onkologicznego, w szczególności.

Na początku warto wspomnieć o braku jednego z istotnych etapów w przypadku implementacji nowego rozwiązania, tj. pilotażu, który mógłby w znacznym stopniu pozbawić wprowadzane rozwiązanie swoistych „chorób wieku dziecięcego”. Z perspektywy czasu należy uznać, iż pilotaż na pewno wyeliminowałby problemy techniczno-informatyczne z aplikacją do wydawania kart (AP-DILO³³), które pojawiły się w styczniu i lutym 2015 r.

Biorąc pod uwagę problemy o nieco mniejszym znaczeniu, należy wspomnieć o kłopotach z aplikacją do wydawania i obsługi poszczególnych etapów karty DiLO. Obsługa ta zwiększa koszty funkcjonowania placówek publicznych, gdyż do wykonania tej dodatkowej pracy techniczno-informatycznej potrzebni są dodatkowi pracownicy, których zadaniem jest: wprowadzanie danych do tych aplikacji, śledzenie ścieżki pacjenta, dokonywanie poprawek w rozliczeniach świadczeń itd. Wydaje się, że mimo iż nie wpływa to w żadnym stopniu na podstawowe

(istotne) parametry, takie jak czas i jakość terapii onkologicznej, zapisy pakietu onkologicznego stały się znaczącym utrudnieniem w codziennej pracy klinicznej placówek realizujących szybką diagnostykę i leczenie onkologiczne. Wynika to m.in. ze wzrostu pracochłonności obsługi administracyjnej pacjenta (obsługa aplikacji do karty DiLO, aplikacji dotyczącej kolejek centralnych czy zgłoszenie do Krajowego Rejestru Nowotworów), zwiększonej liczby pacjentów do przyjęcia w krótkim czasie, jak również olbrzymich problemów z rozliczaniem świadczeń zrealizowanych dla pacjentów z kartą DiLO.

Jednym z głównych problemów jest także fakt, że lekarze POZ wydają się być nieprzygotowani na nowe rozwiązania. Niestety równoległe z wprowadzeniem pakietu nie ruszył system szkoleń dla lekarzy POZ, tak aby potrafili oni skuteczniej typować pacjentów podejrzanych o nowotwór i wykluczać innych jeszcze przed wystawieniem pacjentowi karty DiLO. Dodatkowo system finansowania POZ (stawka kapitacyjna) nie zachęca do wykluczania przez lekarza POZ innych chorób niż onkologiczne, które mogą manifestować podobne objawy. Dlatego też często wydanie karty DiLO stało się swoistą drogą na skróty, gdyż jej następstwem jest pilne przekazanie pacjenta do innej placówki (poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego).

Należy zwrócić także uwagę na brak możliwości przeprowadzenia rzetelnej oceny i analizy prawidłowości wykonania diagnostyki onkologicznej. Niestety etapy diagnostyki onkologicznej są zakończane i rozliczane tylko przez jednego świadczeniodawcę na zasadzie „kto pierwszy, ten lepszy”, bez możliwości odesłania pacjenta do uzupełnienia diagnostyki. Dlatego też ewentualne uzupełnianie diagnostyki onkologicznej odbywa się już poza pakietem onkologicznym, w ramach umów z NFZ ośrodków przygotowujących pacjenta do konsylium i pierwszej terapii, w zakresach limitowanych.

Po analizie zebranego materiału uzasadnionym jest postawienie tezy, że system opieki onkologicznej w Polsce zmierza w kierunku centralizacji leczenia onkologicznego w dużych specjalistycznych centrach onkologicznych. Powyższe potwierdzają dane opisane we wcześniejszych częściach artykułu. Kierunek ten wydaje się właściwy, gdyż jego efektem są optymalizacja procesu terapeutycznego (a zatem zwiększenie efektywności działań na poziomie zarówno świadczeniodawcy, jak i płatnika) oraz stosowanie terapii skojarzonej, która poprawia wyniki leczenia, ale do swojej realizacji wymaga szerokiego zaplecza diagnostyczno-leczniczego. Zdaniem części ekspertów dzięki pakietowi onkologicznemu w naturalny sposób powstała mapa najsprawniej działających ośrodków onkologicznych

³³ Źródło: <https://dilo.nfz.gov.pl>.

w Polsce. Idąc tym tokiem rozumowania, samoistnie nasuwa się wniosek, że kolejnym krokiem powinno być powstanie sieci takich placówek.

Nie bez znaczenia jest także fakt, że na skuteczność całej terapii onkologicznej wpływa miejsce, w którym rozpoczęto leczenie zabiegowe (co przekłada się na jego jakość). Zgodnie z opinią ówczesnego konsultanta krajowego ds. chirurgii onkologicznej przeprowadzenie zabiegu w ośrodku posiadającym wiedzę i doświadczenie w wykonywaniu zabiegów radykalnych danego nowotworu zwiększa, nawet do 50%, szansę pacjenta na wyleczenie³⁴. Natomiast w ośrodku, w którym dany zabieg przeprowadza się okazjonalnie, z obiektywnych względów wzrasta ryzyko niewykonania zabiegu lub wykonania go w sposób nieradykalny.

Warto tutaj wspomnieć, iż mimo konieczności wykonywania przez placówki po wejściu w życie pakietu onkologicznego dodatkowych czynności (obsługa wielu dodatkowych aplikacji, powołanie konsyliów czy koordynatorów) Centrala NFZ dokonała znaczącej obniżki wycen wybranych świadczeń onkologicznych (np. hospitalizacji do chemioterapii czy teleradioterapii), co dodatkowo wpłynęło negatywnie na wynik finansowy świadczeniobiorców, w szczególności specjalistycznych placówek o profilu onkologicznym.

Na koniec warto także wspomnieć o istotnym problemie, jaki pojawił się w 2015 roku, a mianowicie o realnym zmniejszeniu dostępności do świadczeń (ambulatoryjnych, diagnostycznych oraz szpitalnych) zarówno dla pacjentów onkologicznych, ale będących w aktywnej obserwacji (nie wymagających aktualnie leczenia systemowego), jak i nieonkologicznych. Jest to oczywistą konsekwencją swoistego „uprzywilejowania” pacjenta z kartą DiLO w „nowym” systemie, przy analogicznych do roku 2014, ograniczonych zasobach finansowych placówek medycznych (wartości umów z NFZ).

Podsumowując, należy stwierdzić, iż pakiet onkologiczny jak każde nowe rozwiązanie nie jest pozbawiony wad. W swych podstawowych założeniach wydaje się być właściwym kierunkiem zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce (przestawienie płatności za usługę w kierunku płatności za „efekt terapeutyczny”, działanie w sposób koordynowany i kompleksowy). Niestety zebrane dane oraz codzienna praktyka kliniczna, z którą spotykają się autorzy artykułu, jednoznacznie potwierdzają jego niedoskonałości.

W świetle przedstawionych faktów jedynym i nieuchronnym kierunkiem wydaje się być stopniowe modyfi-

kowanie wprowadzonego rozwiązania, tak żeby z czasem wykluczyć główne jego wady, a przez to móc zapewnić założoną wyższą efektywność systemu w obszarze diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, z jak największą korzyścią dla najważniejszego podmiotu systemu – pacjenta.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J, Wojciechowska A, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku, Warszawa. 2013.
2. Dostępne w Internecie: www.stat.gov.pl, data wejścia: 02.01.2016.
3. Dostępne w Internecie: www.eregion.wzp.pl, data wejścia: 02.01.2016.
4. Dostępne w Internecie: www.pakietonkologiczny.gov.pl, data wejścia: 01.01.2016.
5. Dostępne w Internecie: www.nfz.gov.pl, data wejścia: 02.01.2016.
6. Dostępne w Internecie: www.onkologia.org.pl, data wejścia: 01.01.2016.
7. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa śląskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl.
8. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa świętokrzyskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl.
9. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa wielkopolskiego. Podsumowanie, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl.
10. Herman K. Chirurgiczne leczenie nowotworów w Polsce: dziś i jutro. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*. 2011;7(6):317.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Michał Chrobot
os. Na Stoku 38/1, 25-437 Kielce
tel.: 533 847 641
fax: 41 367 47 05
e-mail: michal.chrobot@onkol.kielce.pl

³⁴ Herman K. Chirurgiczne leczenie nowotworów w Polsce: dziś i jutro. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*. 2011;7(6):317.