



WATCHHEALTHCARE

7 MARCA 2023

## **BAROMETR WHC „KOBIEȚA W KOLEJCE”**

### **JAK DŁUGIE SĄ KOLEJKI DO LEKARZY, W KTÓRYCH CZEKAJĄ KOBIEȚY?**

---

## **RAPORT**

**7 MARCA 2023**

# **BAROMETR WHC „KOBIEȚA W KOLEJCE”**

## **JAK DŁUGIE SĄ KOLEJKI DO LEKARZY, W KTÓRYCH CZEKAJĄ KOBIEȚY?**

---

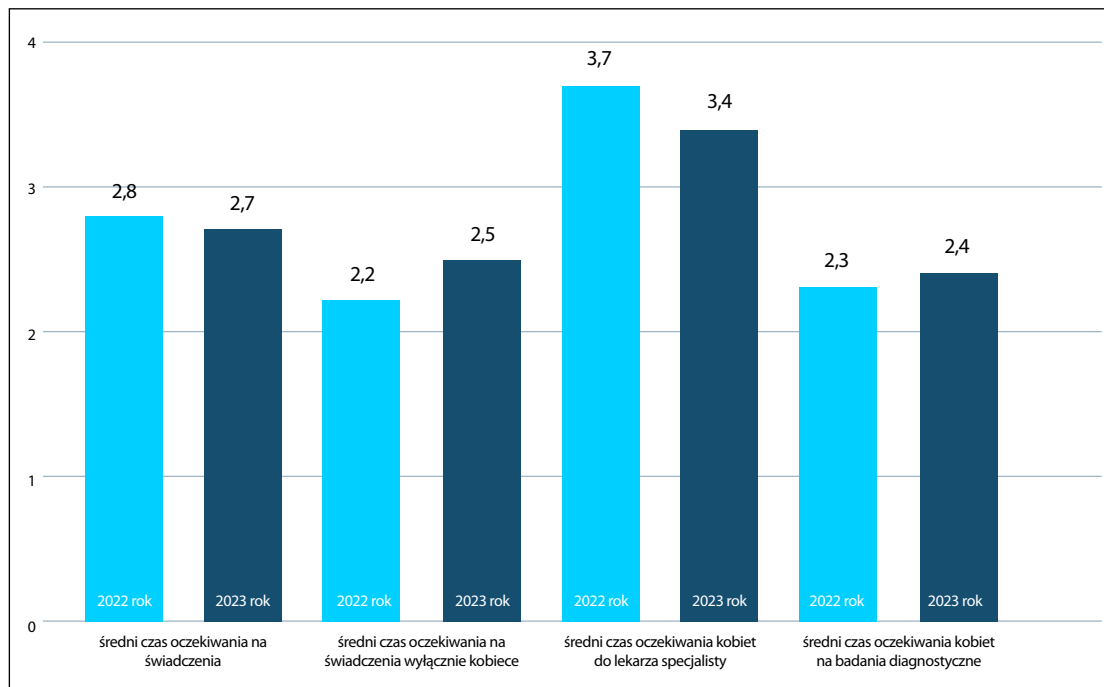
### **RAPORT**

Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów raportu dozwolone ze wskazaniem źródła:  
Barometr WHC – Kobieta w kolejce I/II 2023  
Fundacja Watch Health Care  
ul. Twarda 18, 00-105 Warszawa  
mk@korektorzdrowia.pl

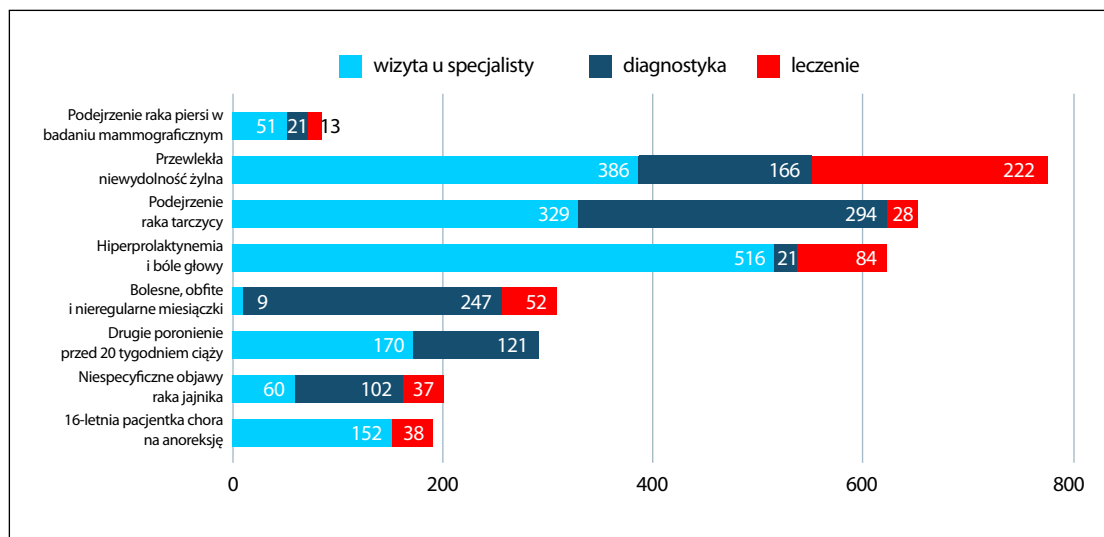
# Spis treści

Najważniejsze wyniki.....	4
Wstęp.....	7
Fundacja Watch Health Care .....	8
<b>Metodyka .....</b>	<b>10</b>
<b>Średni czas oczekiwania – wszystkie świadczenia .....</b>	<b>11</b>
<b>Średni czas oczekiwania – świadczenia kobiece .....</b>	<b>12</b>
<b>Dziedziny o najdłuższym czasie oczekiwania.....</b>	<b>14</b>
<b>Dostęp do lekarzy specjalistów .....</b>	<b>16</b>
<b>Dostęp do diagnostyki .....</b>	<b>19</b>
<b>Etapowość leczenia.....</b>	<b>22</b>
Od podejrzenia raka piersi w badaniu mammograficznym do mastektomii całkowitej .....	23
Od przewlekłej niewydolności żylną do usunięcia żylaków metodą klasyczną.....	24
Od podejrzenia raka tarczycy do tyreidektomii radykalnej .....	25
Od hiperprolaktynemii i bólów głowy do usunięcia guza prolaktynowego.....	26
Od bolesnych, obfitych i nieregularnych miesiączek do zabiegu usunięcia torbieli endometrialnych metodą tradycyjną .....	27
Od drugiego poronienia przed 20 tygodniem ciąży do badania kariotypu.....	28
Od niespecyficznego objawów raka jajnika do operacji metodą laparotomii pośrodkowej .....	29
Od anoreksji i myśli samobójczych do wizyty u gastroenterologa dziecięcego (16-letnia pacjentka).....	30
<b>Z notatek ankietów .....</b>	<b>31</b>
<b>Dostęp pacjentek do innowacyjnego leczenia.....</b>	<b>35</b>
<b>Podsumowanie.....</b>	<b>45</b>
<b>Załącznik – konkretne przypadki .....</b>	<b>49</b>
Spis wykresów i tabel.....	53
Bibliografia .....	54

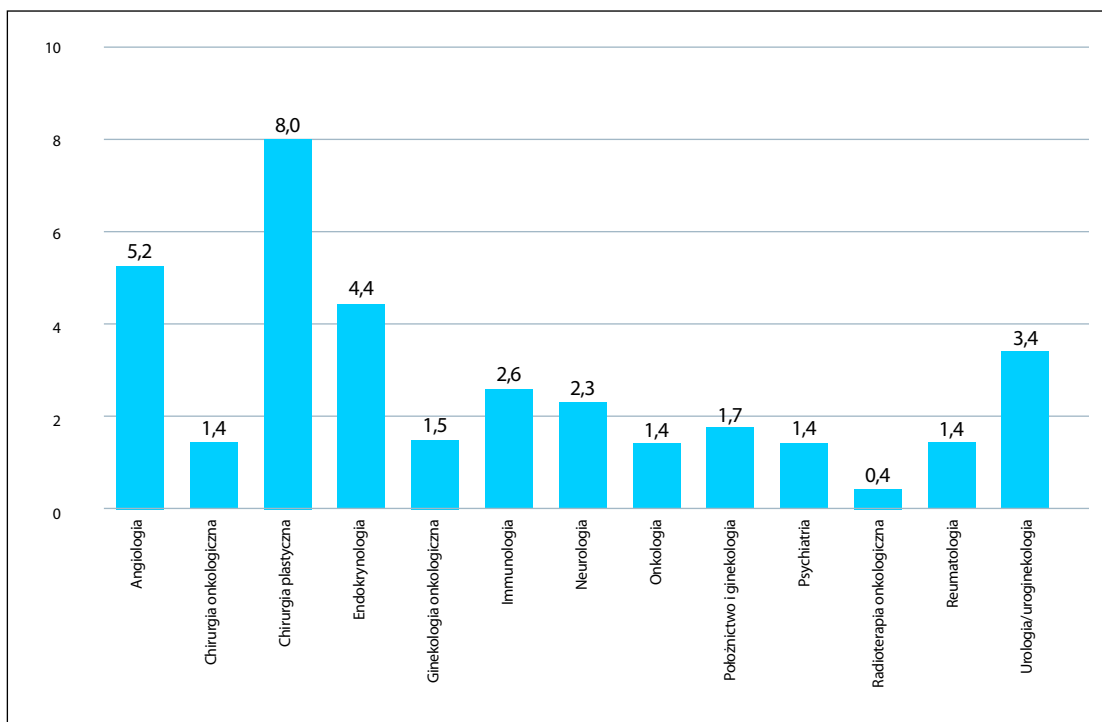
# Najważniejsze wyniki



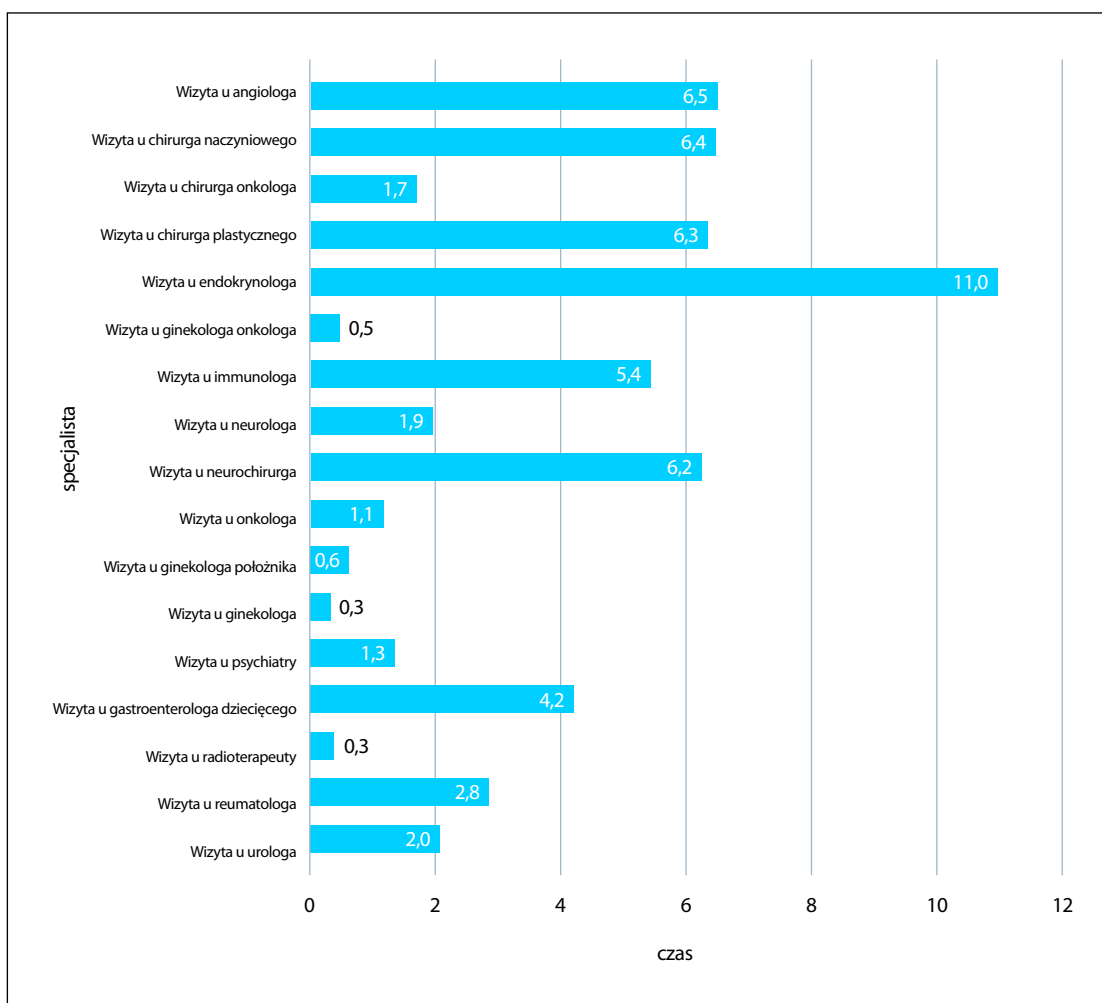
**Wykres 1.** Porównanie wyników – #Kobietawkolejce 2022 r. vs. #Kobietawkolejce 2023 r.



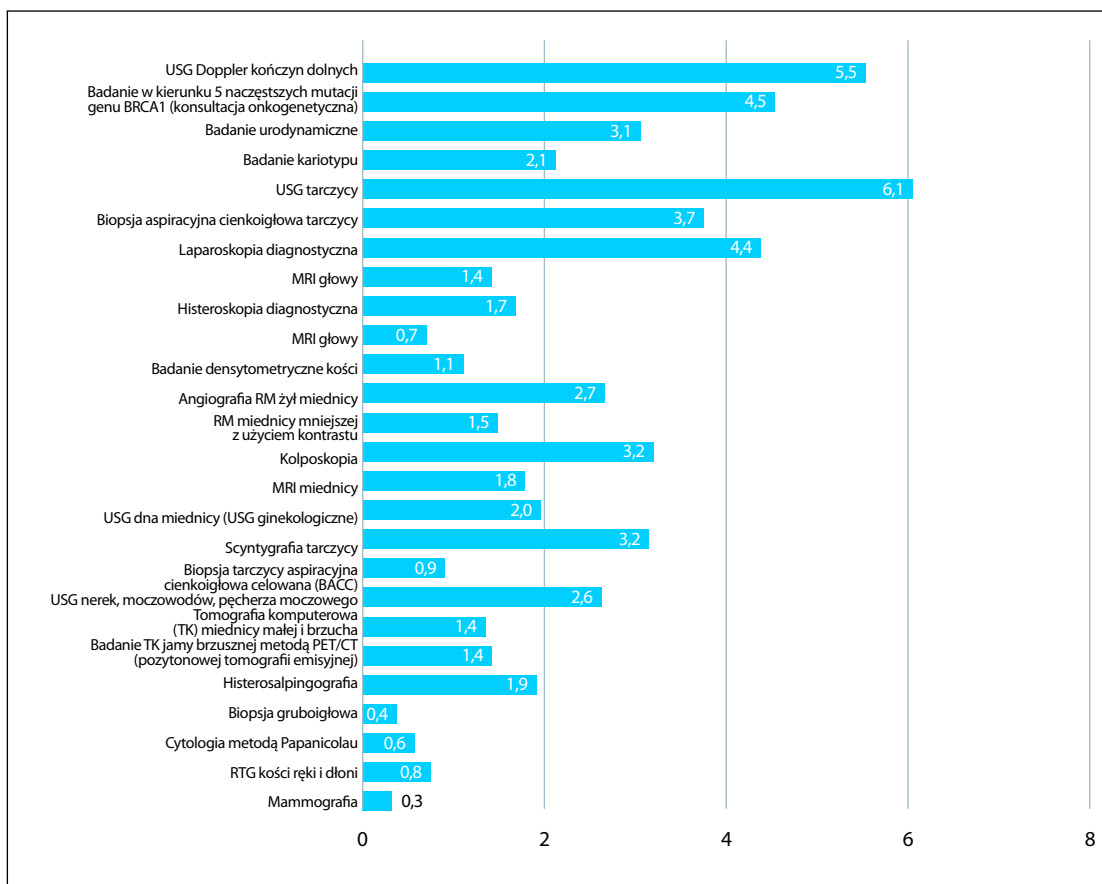
**Wykres 2.** Wpływ poszczególnych etapów leczenia na czas oczekiwania od postawienia rozpoznania do wyleczenia lub przeleczenia – styczeń/luty 2023 r. (w dniach)



**Wykres 3.** Średni czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych – styczeń/luty 2023 (w mies.)



**Wykres 4.** Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty – styczeń/luty 2023r. (w mies.)



**Wykres 5.** Czas oczekiwania na badania diagnostyczne – styczeń/luty 2023 r. (w mies.)

# Wstęp

Projekt „Kobiety Barometr WHC” stanowi nową odsłonę realizowanego od kilku lat „Barometru WHC”, który pokazuje, jakie są krótko- i długookresowe tendencje, jeżeli chodzi o długość kolejek do lekarzy i oczekiwanie na świadczenia zdrowotne – czyli czy czekamy dłużej, czy krócej na to, co jest nam, jak deklarują politycy, „gwarantowane”. Niniejszy dokument przedstawia analizę danych zebranych w styczniu i lutym 2023 r.

Kobiety częściej niż mężczyźni chorują na bakteryjne zakażenie pęcherza, depresję czy Alzheimera. Częściej zapadają na schorzenia tarczycy i częściej mają anemię. U kobiet częściej występują objawy long i post-COVID. Ponadto dotyka je ogromna skala chorób typowo kobiecych z zakresu ginekologii, onkologii czy endokrynologii.

Wierzymy, że nasze działania w ramach Fundacji – w tym także opracowywanie Barometrów WHC – wpłyną na decydentów, tak by skutecznie zajęli się poprawą zarządzania koszykiem świadczeń naprawdę gwarantowanych.

Milena Kruszewska  
(Prezes Fundacji Watch Health Care)

Krzysztof Łanda  
(Założyciel Fundacji Watch Health Care)



# Fundacja Watch Health Care

Fundacja Watch Health Care (WHC) rozpoczęła swoją działalność w marcu 2010 roku.

Od ponad 10 lat mierzymy kolejki do lekarzy, wskazujemy palące problemy w systemie ochrony zdrowia i propagujemy Evidence-Based Medicine.

Bezkompromisowo opisujemy najważniejsze wydarzenia w ochronie zdrowia w cyklach [#WHCnews](#) oraz [#WHCshares](#) na Facebooku. Nasze wpisy śledzą politycy, rządzący, dziennikarze, PR-owcy oraz ci, którzy chcą być na bieżąco z tym, co dzieje się w branży. Udało nam się zainspirować i połączyć siły największych stowarzyszeń i najlepszych ekspertów w ogólnopolskiej akcji [#StopCelebrytyzacjiPseudonauki](#).



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

Do największych patologii, które są skutkiem deficytu, można zaliczyć: kolejki, korupcję (jawną i zawaolowaną), korzystanie z przywileju (znajomości), dobry dostęp do świadczeń „luksusowych” (o fa-



talnym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego) i jednocześnie boleśnie ograniczony dostęp do podstawowych świadczeń specjalistycznych (o wyjątkowo korzystnym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego). Szczególnie niesprawiedliwe i źle odbierane przez chorych są kolejki do świadczeń, które mają być jakoby „gwarantowane”.

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

# Metodyka

Głównym założeniem Barometru WHC jest ustalenie aktualnych, rzeczywistych czasów oczekiwania na procedury zawarte w koszyku świadczeń gwarantowanych i porównanie ich z wynikami poprzednich edycji projektu.

Nadrzędnym celem niniejszego projektu było **określenie realnych ograniczeń czasowych oraz barier, z którymi muszą mierzyć się polskie pacjentki korzystające ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych**. W obrębie wybranych dziedzin medycyny wyselekcjonowano:

- wizyty u specjalistów;
- badania diagnostyczne;
- procedury terapeutyczne (operacje i zabiegi).

Konkretne świadczenia dobrano opierając się na ścieżkach diagnostyki i leczenia konkretnych przypadków klinicznych, czyli pacjentek zgłaszających się po pomoc medyczną z określonymi objawami.

Na tym etapie uwzględniono aktualnie rekomendowane procedury diagnostyczne i zabiegowe, a następnie wybrano spośród nich te, które finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**W pozyskiwanie i analizę danych zaangażowani zostali analitycy firmy HTA Registry.**



**Kobiocy Barometr skupia się na problemach zdrowotnych dotyczących wyłącznie kobiet oraz jednostkach chorobowych, które znacznie częściej występują u kobiet.**

Aby zebrane dane adekwatnie odzwierciedlały perspektywę pacjentek, informacje o możliwych terminach realizacji świadczeń były zbierane telefonicznie.

W niniejszej wersji **przeanalizowano 75 świadczeń z 13 dziedzin medycyny**, wśród których zebrano dane na temat średnich czasów oczekiwania, a następnie przeanalizowano na czterech poziomach:

- dla konkretnych pojedynczych świadczeń;
- dla świadczeń wchodzących w skład danej dziedziny;
- sumarycznie dla wszystkich uwzględnionych świadczeń;
- sumarycznie dla wszystkich świadczeń wyłącznie kobiecych.

Prezentowane średnie czasy oczekiwania wyznaczone są na losowej próbie co najmniej 6 świadczeniodawców z różnych regionów Polski dla każdego świadczenia wskaźnikowego. Jeśli rozrzut między czasami oczekiwania na to samo świadczenie był duży lub istniały jakiegokolwiek podejrzenia, że

dane są nieprecyzyjne czy nieprawdopodobne, czasy oczekiwania dla poszczególnych przypadków poddawano ponownej weryfikacji przez pracowników Fundacji, a także ustalano terminy dla 6 innych, dodatkowych świadczeniodawców.

**Wartość statystyczna wyników (precyzja wyniku, miara rozrzutu i istotność statystyczna) uzyskanych dla pojedynczych świadczeń zdrowotnych jest istotnie ograniczona, jednak wyniki w zakresie średnich dla wszystkich świadczeń uwzględnionych w poszczególnych dziedzinach charakteryzuje już znacznie większa precyzja, gdyż dla każdej z nich uwzględniono kilkadziesiąt placówek (od 28 w przypadku radioterapii po 67 dla położnictwa i ginekologii).**

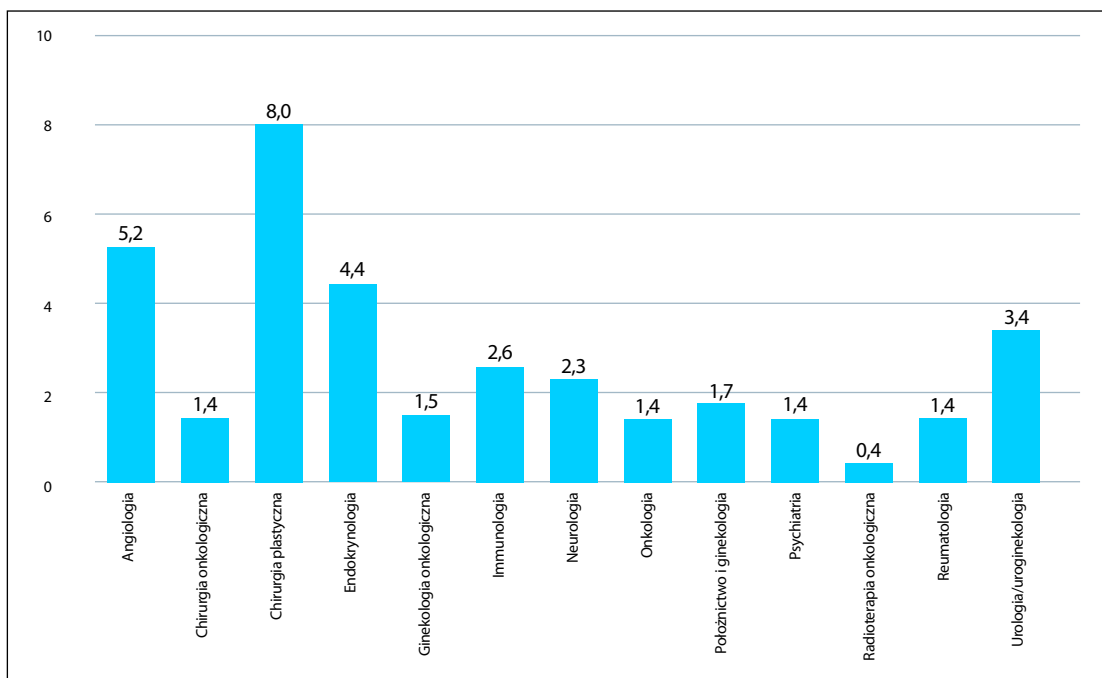
Natomiast średni czas oczekiwania ogółem dla Polski, dla wszystkich monitorowanych w Kobięcym Barometrze WHC dziedzin, został obliczony na podstawie wszystkich świadczeń wskaźnikowych ze wszystkich uwzględnionych dziedzin. **Weryfikacja czasu oczekiwania ma miejsce w około 450 placówkach medycznych posiadających kontrakt z NFZ, co przekłada się na wyjątkowo wysoką precyzję i obiektywność monitorowania zmian długości oczekiwania w kolejkach.** To z kolei świadczy o kondycji polskiego systemu ochrony zdrowia i odzwierciedla rzeczywistą dostępność refundowanych świadczeń zdrowotnych, wskazując na skuteczność – bądź nieskuteczność – działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia i płatnika.

## Średni czas oczekiwania – wszystkie świadczenia

Informacje zebrane na podstawie łącznej oceny 75 świadczeń (świadczenia przeanalizowane w ramach Kobięcego Barometru WHC to świadczenia z dziedzin wybranych w oparciu o epidemiologiczną przewagę występowania dolegliwości i chorób wśród kobiet – lista świadczeń znajduje się w załączniku) wskazują, że średnio na udzielenie świadczenia gwarantowanego Polki **nadal muszą czekać prawie 3 miesiące (2,7 mies. – w zeszłym roku 2,8 mies.).**

W niniejszym raporcie uwzględniono 13 dziedzin, dla których średnie czasy oczekiwania na dostęp do świadczeń wyglądają następująco (w nawiasie podano wartości z analogicznego okresu w 2022 r.):

- angiologia – 5,2 mies. (było 6,1 mies.)
- chirurgia onkologiczna – 1,4 mies. (było 1,2 mies.)
- chirurgia plastyczna – 8,0 mies. (było 6,6 mies.)
- endokrynologia – 4,4 mies. (było 3,3 mies.)
- ginekologia onkologiczna – 1,5 mies. (był 1 mies.)
- immunologia – 2,6 mies. (było 3,1 mies.)
- neurologia – 2,3 mies. (było 3,3 mies.)
- onkologia – 1,4 mies. (było 1,9 mies.)
- położnictwo i ginekologia – 1,7 mies. (1,7 mies.)
- psychiatria – 1,4 mies. (było 2,1 mies.)
- radioterapia onkologiczna – 0,4 mies. (było 0,7 mies.)
- reumatologia – 1,4 mies. (było 2,1 mies.)
- urologia/uroginekologia – 3,4 mies. (było 3,6 mies.)



**Wykres 6.** Średni czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych – styczeń/luty 2023r. (w mies.)

Jak się okazuje, spośród przeanalizowanych dziedzin medycyny najszybciej można skorzystać ze świadczeń obejmujących dziedzinę radioterapii onkologicznej, gdzie czas oczekiwania wynosi średnio 0,4 miesiąca. Należy jednak zwrócić uwagę, że są to specjalistyczne świadczenia, a grono odbiorców jest ograniczone – pacjenci korzystający z porad lekarza radiologa oraz świadczeń terapeutycznych sklasyfikowanych w tej dziedzinie to osoby obciążone poważną chorobą zagrażającą życiu i zdrowiu.

Najdłuższy średni czas oczekiwania wśród uwzględnionych dziedzin przypada z kolei na dziedzinę chirurgii plastycznej. Pacjentka na „gwarantowane” w tej specjalności medycznej świadczenia musi czekać nawet pół roku i więcej. Wyjątkiem spośród świadczeń z tej dziedziny jest jedynie zabieg waginoplastyki, w przypadku którego średni czas oczekiwania wyniósł 1,8 mies. Należy zaznaczyć, że Fundacja WHC monitoruje czas oczekiwania na poważne zabiegi rekonstrukcyjne, z wyłączeniem tzw. medycyny estetycznej.

## Średni czas oczekiwania – świadczenia kobiece

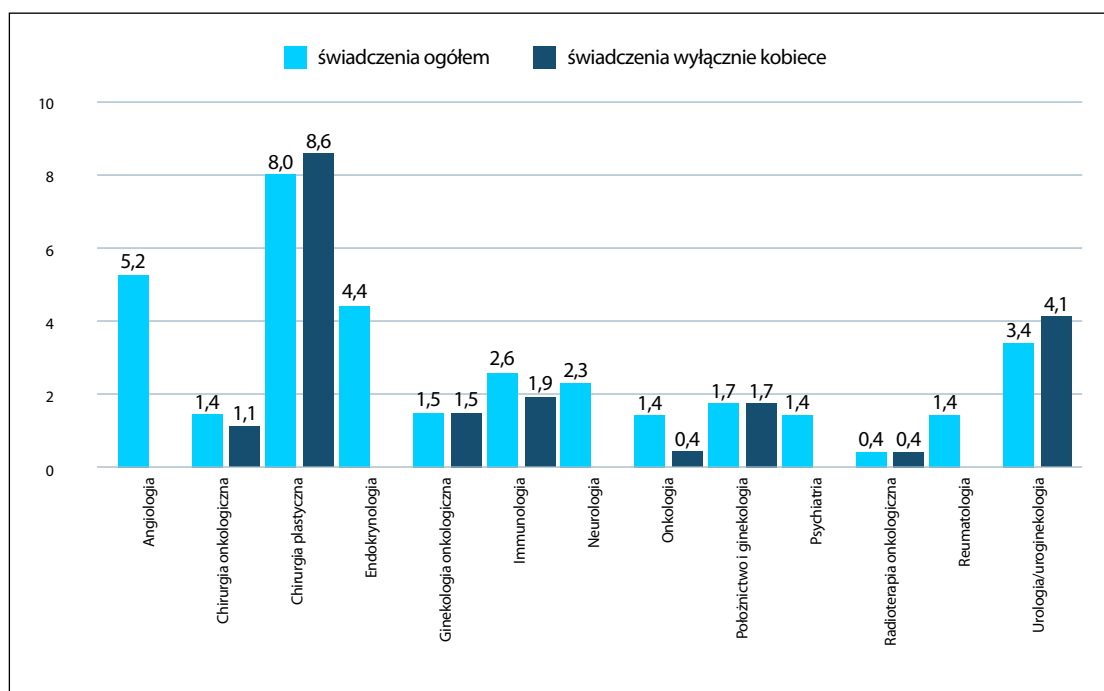
W raporcie przeanalizowano nie tylko świadczenia spośród dziedzin wybranych w oparciu o epidemiologiczną przewagę występowania dolegliwości i chorób wśród kobiet, ale także świadczenia dotyczące wyłącznie kobiet. W tej kategorii znalazły się w szczególności choroby związane z narządami rodnymi, porodem i położeniem. Na potrzeby analizy zaliczono do niej także raka piersi. Lista świadczeń wyłącznie kobiecych oznaczona została w załączniku w kolumnie „wskazania”.

**Średni czas oczekiwania na świadczenia wyłącznie kobiece wynosi 2,5 miesiąca, z czego na 31 zdefiniowanych świadczeń przeznaczonych wyłącznie dla kobiet, 6 przekracza średni czas oczekiwania:**

- rekonstrukcja piersi; wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową – 12,0 mies.
- rekonstrukcja piersi; wstawienie implantu typu ekspander – 11,9 mies.

- operacja nietrzymania moczu metodą TOT – 5,7 mies.
- operacja wypadania macicy metodą podwieszania z dostępem laparoskopowym – 4,8 mies.
- laparoscopia diagnostyczna – 4,4 mies.
- kolposkopia – 3,2 mies.

Wśród przeanalizowanych dziedzin medycyny dostęp do świadczeń wyłącznie kobiecych w porównaniu do wszystkich wskazań w tej dziedzinie był nieznacznie wydłużony w przypadku chirurgii plastycznej (o 0,6 mies.) oraz urologii i uroginekologii (o 0,7 mies.).



**Wykres 7.** Średni czas oczekiwania na świadczenia w Polsce: wszystkie świadczenia i świadczenia wyłącznie kobiece – styczень/luty 2023 (w mies.)

Jak widać, system opieki zdrowotnej w Polsce ani nie dyskryminuje kobiet, ani nie daje im uprzywilejowanej pozycji – dostęp do niego jest tak samo utrudniony dla kobiet, jak dla mężczyzn i dzieci.

Należy podkreślić, że zarówno krótsze, jak i średnie czasy oczekiwania mogą nadal wiązać się z utrzymującym się długim czasem oczekiwania na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny i tym samym oznaczać występowanie istotnych ograniczeń w dostępie do leczenia, na które napotykać chore i potrzebujące pacjentki.

Można zauważyć znaczne różnice w obszarze danej dziedziny pomiędzy czasem oczekiwania na wizytę u specjalisty, na badania diagnostyczne i na procedury medyczne (zabiegi, operacje). Te różnice także wpływają na tempo poruszania się po całej ścieżce leczenia w zależności od sytuacji pacjentki i jej potrzeb.

# Dziedziny o najdłuższym czasie oczekiwania

Największe wartości średniego czasu oczekiwania na dostęp do świadczeń, wynoszące ponad lub blisko pół roku, zanotowano w dziedzinach chirurgia plastyczna (8,0 mies.) i angiologia (5,2 mies.). Ponad średnią wykracza także czas oczekiwania na świadczenia z dziedzin: endokrynologia (4,4 mies.), urologia/uroginiekologia (3,4 mies.).

Jeśli chodzi o chirurgię plastyczną, należy zaznaczyć, że Fundacja WHC monitoruje czas oczekiwania na poważne zabiegi rekonstrukcyjne, z wyłączeniem tzw. medycyny estetycznej.

Na samą wizytę u specjalisty chirurga plastycznego, aby rozpocząć ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną, kobieta musi zaczekać średnio 6,3 miesiąca. Najdłużej muszą czekać pacjentki zakwalifikowane do rekonstrukcji piersi polegającej na wstawieniu implantu typu ekspander oraz wymianie uprzednio założonego ekspandera na endoprotezę piersiową. W tych przypadkach terminy wahają się w granicach 12 miesięcy.

Drugą pod względem długości czasu oczekiwania dziedziną jest angiologia, gdzie na świadczenia również trzeba czekać ponad pięć miesięcy. Aby odbyć pierwszorazową konsultację u lekarza angiologa, pacjentki muszą czekać średnio 6,5 miesiąca. Podobnie w przypadku konsultacji z chirurgiem naczyniowym, dla której średni czas oczekiwania wyniósł 6,4 miesiąca. Oprócz tego, 5 miesięcy przekracza również długość kolejki pacjentek rejestrujących się na USG Doppler kończyn dolnych (5,5 miesiąca) oraz usunięcie żyłaków metodą klasyczną (7,4 miesiąca). Z kolei najszybciej możliwe jest wykonanie angiografii rezonansu magnetycznego żył miednicy (2,7 miesiąca).

Dużo krótsze, ale również przekraczające 3 miesiące czasy oczekiwania ustalono dla świadczeń z zakresu urologii/uroginiekologii i endokrynologii.

Wśród uwzględnionych w obrębie tych dziedzin świadczeń szczególnie długie (powyżej 5 mies.) kolejki występują w przypadku:

- wizyty u endokrynologa – 11,0 mies.
- zalecenia wykonania USG tarczycy – 6,1 mies.
- operacji nietrzymania moczu metodą TOT – 5,7 mies.
- konieczności operacji wypadania macicy metodą podwieszania z dostępem laparoskopowym – 4,8 mies.
- skierowania na badanie urodynamiczne – 3,1 mies.

Kobieta w wieku 56 lat, borykająca się z problemami nietrzymania moczu musi poczekać dwa miesiące na konsultację ze specjalistą, który dopiero wtedy ustali termin ewentualnego badania.



Należy podkreślić, że część z placówek, które realizują świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, nie będzie wykonywała specjalistycznych badań, jak badanie urodynamiczne w ramach kontraktu z NFZ, ponieważ wielu świadczeniodawców honoruje wyłącznie skierowania wystawione przez specjalistów zatrudnionych w tym samym podmiocie. Tym samym pacjentka de facto zostanie zmuszona do rozpoczęcia ścieżki na nowo.

Kobieta w wieku 36 lat, skierowana na konsultacje do zabiegu usunięcia guza prolaktynowego, która cierpi z powodu nasilającego się bólu głowy związanego z niepowodzeniem leczenia farmakologicznego, nawet mimo pilnego skierowania jest zmuszona czekać ponad pół roku na konsultację neurochirurgiczną. Warto podkreślić, że czas oczekiwania nie jest jedynym czynnikiem determinującym ograniczenia w dostępie do niektórych świadczeń gwarantowanych w tej dziedzinie – zwłaszcza w zakresie procedur wysokospecjalistycznych.

Pacjentce cierpiącej na neuralgię nerwu trójdzielnego, w teorii przysługuje prawo do wykonania nieinwazyjnego leczenia z wykorzystaniem technik radioterapii stereotaktycznej. W praktyce jednak, takie świadczenie udało się odnaleźć jedynie w ofercie 8 placówek w całej Polsce.<sup>1</sup> Ustalony czas oczekiwania na wykonanie tego zabiegu wyniósł średnio 0,8 miesiąca.

Pod znakiem zapytania pozostaje, jak duża część pacjentek, które spełniają kryteria kwalifikacji do zabiegu i odniosłyby z niego istotne korzyści kliniczne, rezygnuje ze względu na odległą lokalizację lub w ogóle nie otrzymuje od lekarza prowadzącego informacji o takiej opcji postępowania medycznego.

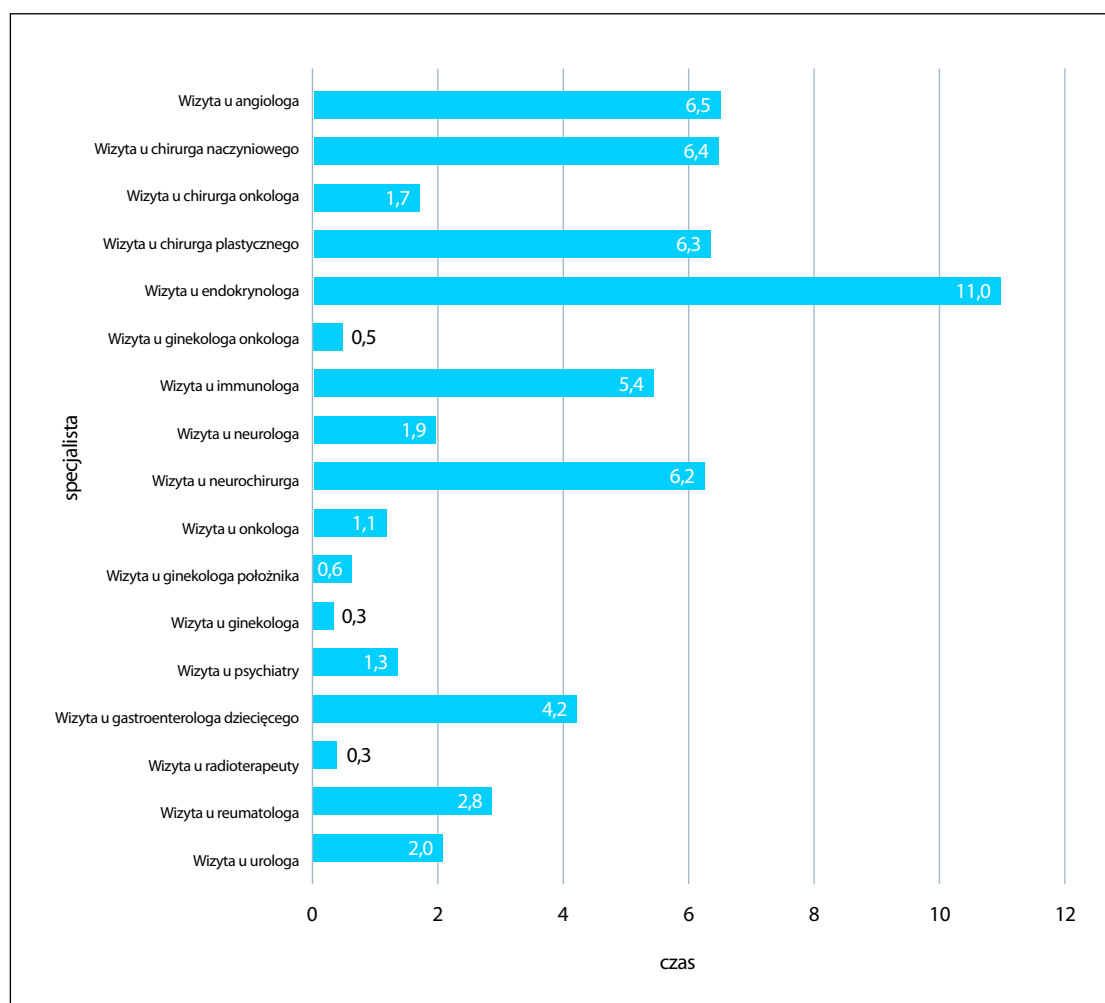
W trudnej sytuacji znajdują się także kobiety, u których co najmniej dwukrotnie doszło do poronienia o nieustalonej przyczynie. W takich przypadkach do podstawowych procedur diagnostycznych należą badania mające na celu wykluczyć anatomiczne przyczyny niepowodzeń oraz badania genetyczne, w szczególności badanie kariotypu pacjentek i jej partnerów.

W toku ustalania szacowanych terminów oczekiwania zaobserwowano poważne utrudnienia w dostępie do badań wykonywanych w poradniach genetycznych. Czas oczekiwania na konsultację i ewentualne wykonanie testów wynosi 2,1 miesiąca.

<sup>1</sup> Spośród 8 uwzględnionych placówek 2 dysponują technologią gamma knife, 4 cyber knife, natomiast w 2 placówkach pacjenci mogą korzystać z radioterapii stereotaktycznej.

# Dostęp do lekarzy specjalistów

Aby uzyskać poradę specjalisty, kobiety muszą poczekać średnio 3,4 miesiąca (o 0,3 mies. krócej niż w poprzednim roku). Najdłuższy czas oczekiwania dotyczy wizyt: u endokrynologa (11,0 mies.), angiologa (6,5 mies.), chirurga naczyniowego (6,4 mies.).



Wykres 8. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty – styczeń/luty 2023r. (w mies.)

Należy zwrócić jednak uwagę na fakt, że średnia czasu oczekiwania uwzględnia zarówno pacjentki, które czekają na wizytę ze skierowaniem w trybie stabilnym, jak i te, które na skierowaniu uzyskały adnotację „pilne”.

Taka sytuacja dotyczyła przypadku 16-letniej pacjentki, która potrzebowała pilnej konsultacji gastroenterologa dziecięcego w związku z silnym bólem, który pojawiał się podczas każdej próby spożycia normalnego posiłku. Objawy rozwinęły się w przebiegu postępujących zaburzeń od-

żywiania, częstych głódówek i braku akceptacji swojego wyglądu, które wskazują na anoreksję, ale nie pozwalają wykluczyć innych przyczyn. Spośród przeanalizowanych placówek, skrajnym przypadkiem niesprawiedliwości, z jaką muszą borykać się pacjentki w podobnych sytuacjach, jest termin konsultacji w poradni gastroenterologii dziecięcej w Kielcach. Czas oczekiwania na konsultację w trybie pilnym wynosił tam 9,5 mies.

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

- chirurg plastyczny – 6,3 mies.
- neurochirurg – 6,2 mies.
- immunolog – 5,4 mies.
- gastroenterolog dziecięcy – 4,2 mies.

Z kolei specjaliści, do których czas oczekiwania jest najkrótszy ( $\leq$  dwa tygodnie), to:

- ginekolodzy – 0,3 mies.
- radioterapeuci – 0,3 mies.
- ginekolodzy onkolodzy – 0,5 mies.

Uwzględniony w analizie przypadek 52-letniej pacjentki, która chciałaby porozmawiać o swoich predyspozycjach genetycznych z uwagi na obciążenie rodzinne wskazuje, że na konsultację onkologiczną taka pacjentka musi czekać ponad miesiąc (1,1 mies.).

W czasie dwóch miesięcy, uda się pacjentkom skorzystać z konsultacji do specjalistów: psychiatry (1,3 mies.), chirurga onkologa (1,7 mies.), neurologa (1,9 mies.) i urologa (2,0 mies.).

Nie zaobserwowano już zadziwiających różnic w dostępności do wizyt u lekarzy ginekologów w zależności od wieku pacjentki. 21-letnia kobieta, której doskwierają nieregularne i bolesne miesiączki, i która dodatkowo obserwuje u siebie nadmierne wypadanie włosów wraz z nasileniem owłosienia typu męskiego, dostanie się na konsultację w ciągu ok. 18 dni (w zeszłym roku ok. tygodnia). Z kolei dziewczyna w wieku 16 lat, której również doskwierają nieregularne i bolesne miesiączki, na taką wizytę nie musi czekać już nawet 3 tygodni, jak w zeszłym roku, ale ok. 9 dni.

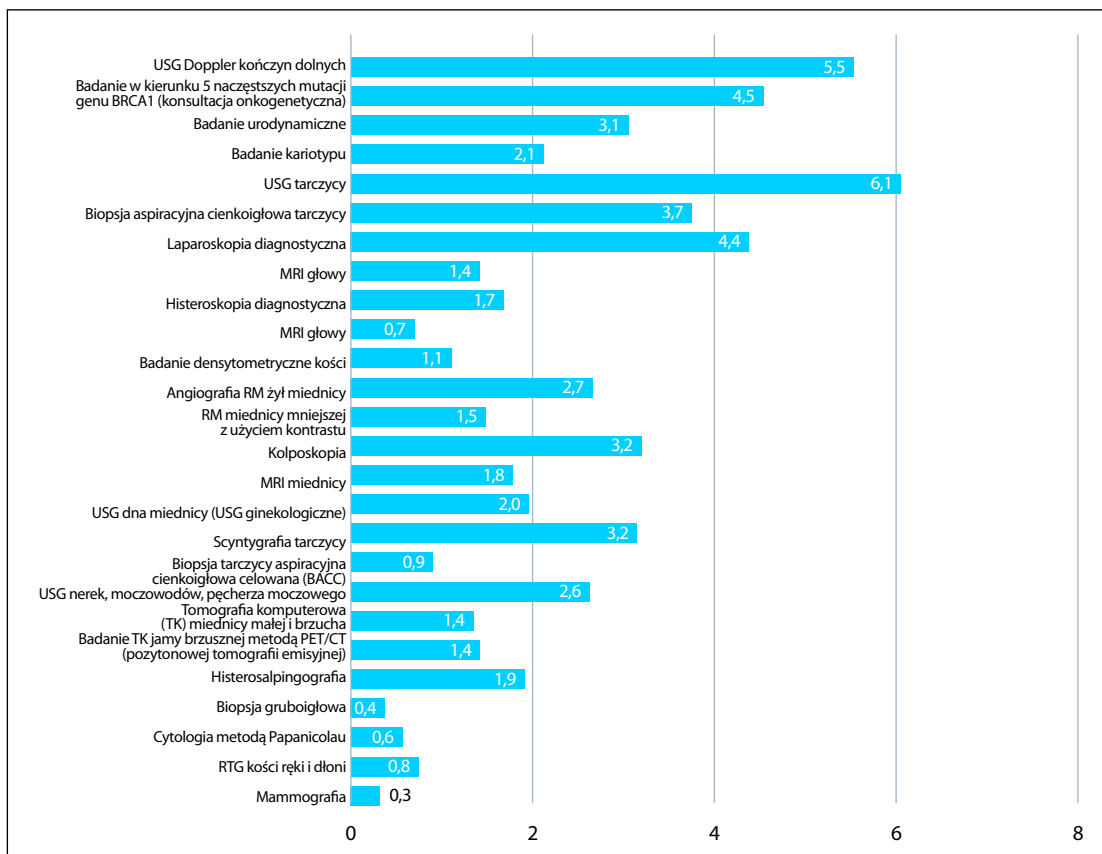
Trudny do akceptacji jest również czas oczekiwania na konsultację u psychiatry. Pacjentka posiadająca skierowanie od psychologa, niezależnie od powodu skierowania, musi spędzić bez dostępu do pomocy lekarza średnio ponad miesiąc, przy czym dokładny czas oczekiwania w wybranych placówkach ma bardzo szeroki rozrzut i może wynosić od kilku do nawet kilkudziesięciu dni. Warto zwrócić uwagę, że opieka psychiatryczna w Polsce jest traktowana przez kolejne rządy po macoszemu, a sytuacja osób cierpiących na choroby psychiczne (w tym szczególnie dzieci) jest tragiczna. Długie terminy oczekiwań i brak dobrego dostępu do lekarza mogą nie tylko pogorszyć stan osób wymagających konsultacji, ale również zaburzyć poczucie bezpieczeństwa i opieki pacjenta, a w konsekwencji przyczynić się do gorszych wyników leczenia.

Wizyty specjalistyczne są dopiero początkiem drogi diagnozowania i leczenia zaawansowanych

jednostek chorobowych, a często skierowanie wiąże się z pilnym stanem lub uciążliwymi objawami dla pacjentów. W każdej sytuacji trzeba liczyć się z koniecznością wykonania dodatkowych, specjalistycznych badań, kolejnych konsultacji i w ten sposób czas do uzyskania realnej poprawy stanu zdrowia pacjenta ulega wydłużeniu. Dostęp do pierwszego etapu, czyli wstępnej wizyty u lekarza specjalisty, powinien być maksymalnie ułatwiony, aby usprawnić cały proces diagnostyczno-terapeutyczny.

# Dostęp do diagnostyki

Niezwykle istotne dla powodzenia przyszłego leczenia jest możliwie szybkie wykonanie niezbędnych badań i postawienie diagnozy. Wyniki uzyskane przez Fundację WHC wskazują, że **na badanie diagnostyczne polskie pacjentki czekają średnio 2,3 mies. (o 0,1 mies. krócej niż w poprzednim roku).**



**Wykres 9.** Czas oczekiwania na badania diagnostyczne – styczeń/luty 2023 r. (w mies.)

Wśród wszystkich zweryfikowanych przez Fundację WHC świadczeń diagnostycznych najdłuższy czas oczekiwania odnotowano w przypadku USG tarczycy (6,1 mies.), USG Doppler kończyn dolnych (5,5 mies.), jak i badania w kierunku 5 najczęstszych mutacji w obrębie genu BRCA1 u pacjentki potencjalnie obciążonej ryzykiem rozwoju dziedzicznego raka piersi (4,5 mies.) oraz laparoskopii diagnostycznej (4,4 mies.). Niewiele krócej (3,7 mies.) poczekają pacjentki, które otrzymały skierowanie na biopsję aspiracyjną cienkoigłową tarczycy.

Ponad 3 miesiące czekają również pacjentki, u których należy wykonać:

- kolposkopię – 3,2 mies.
- scyntyografię tarczycy – 3,2 mies.
- badanie urodynamiczne – 3,1 mies.

Długie oczekiwanie na badanie USG Doppler kończyn dolnych oraz USG tarczycy wymaga zwrócenia uwagi ze względu na uciążliwy charakter objawów towarzyszących pacjentkom, u których stanowią podstawę rozpoznania choroby.

U 30-letniej kobiety pracującej w głównej mierze w pozycji stojącej, w przypadku pojawienia się uczucia ciężkości i bólu nóg, zgodnie ze standardem postępowania, w pierwszej kolejności wdrożone zostanie leczenie ambulatoryjne oraz rekomendowane będzie podjęcie działań prewencyjnych. W wyniku braku powodzenia zastosowanych metod, pacjentka może zostać skierowana na specjalistyczne badanie kończyn, na które czas oczekiwania wynosi ponad 5 miesięcy.

Rozpatrując omawianą sytuację można przypuszczać, że pojawiające się dolegliwości bólowe i obrzęki towarzyszą jej dłuższy czas. Konieczność wielomiesięcznego oczekiwania na wykonanie badania obniża długotrwale jakość życia, zmusza do wielu wyrzeczeń, a przede wszystkim stwarza ryzyko rozwoju żylaków lub pogłębienia się dolegliwości do tego stopnia, że konieczne będzie, ze względu na brak wyników badania diagnostycznego, włączenie farmakoterapii objawowej, której można by było z powodzeniem uniknąć.

Podobnie jest w przypadku kobiety skierowanej na badanie USG tarczycy ze względu na podejrzenie powiększenia tarczycy w wyniku przeprowadzonego przez lekarza POZ badania palpacyjnego. Oczekiwanie ponad pół roku na nieinwazyjne badanie będące podstawą oceny stanu narządu i doboru odpowiednich działań, może prowadzić do nasilenia objawów, a w konsekwencji potrzeby zastosowania bardziej inwazyjnego leczenia. Kolejnym krokiem w diagnozie nadczynności tarczycy po wykonaniu badania USG może być biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (czas oczekiwania 3,7 mies.). Oznacza to, że sam proces diagnostyczny, złożony tylko z dwóch badań, może zająć nawet 10 miesięcy.

**Dostęp do badań diagnostycznych jest szczególnie zła w przypadku kobiet cierpiących na nietrzymanie moczu.** Należy podkreślić, że jest to dolegliwość dotycząca znacznego odsetka społeczeństwa, która w przypadku populacji polskiej może dotyczyć nawet 25,4 proc. społeczeństwa, w szczególności kobiet.

Pacjentka w wieku 56 lat, skierowana na badanie urodynamiczne w związku z pojawiającym się nagłym nietrzymaniem moczu, częstomoczem i potrzebą częstszego oddawania moczu w trakcie snu w nocy, jest zmuszona jeszcze długie miesiące radzić sobie z doskwierającym problemem. Sytuacja stwarza szczególnie utrudnienie dla kobiet aktywnych zawodowo, które w swojej pracy narażone są na czynności zwiększające ryzyko niekontrolowanego oddawania moczu. Należy zwrócić uwagę, że w sporej części przypadków w celu wykonania badania (jeśli skierowanie nie pochodzi od lekarza zatrudnionego w danej placówce), konieczna jest najpierw wizyta konsultacyjna, na której podejmowana jest decyzja o wykonaniu badania i dopiero wtedy ustala się konkretny termin. W związku z tym czas oczekiwania, mimo oszacowanego okresu około 3 mies., może się dodatkowo wydłużyć.

**Najkrótszy czas oczekiwania odnotowano dla mammografii wykonywanej w ramach programu zdrowotnego profilaktyki raka piersi (0,3 miesiąca) oraz biopsji gruczołowej (0,4 miesiąca).** Oprócz tego, krócej niż miesiąc czeka się także na:



- cytologię metodą Papanicolaou – 0,6 mies.
- rezonansu magnetycznego głowy ze skierowaniem pilnym – 0,7 mies.
- RTG kości ręki i dłoni – 0,8 mies.
- biopsję tarczycy cienkoigłową celowaną (BACC) – 0,9mies.

Średnio od 1, nawet do 2,5 miesiąca pacjentki muszą poczekać na wykonanie:

- badania densytometrycznego kości – 1,1 mies.
- tomografii komputerowej jamy brzusznej metodą PET/CET – 1,4 mies.
- tomografii komputerowej miednicy małej i brzucha – 1,4 mies.
- rezonansu magnetycznego głowy ze skierowaniem stabilnym – 1,4 mies.
- rezonansu magnetycznego miednicy mniejszej z użyciem kontrastu – 1,5 mies.
- histeroskopii diagnostycznej – 1,7 mies.
- rezonansu magnetycznego miednicy – 1,8 mies.
- histerosalpingografii – 1,9 mies.
- USG dna miednicy i USG ginekologicznego – 2,0 mies.
- badanie kariotypu – 2,1 mies.

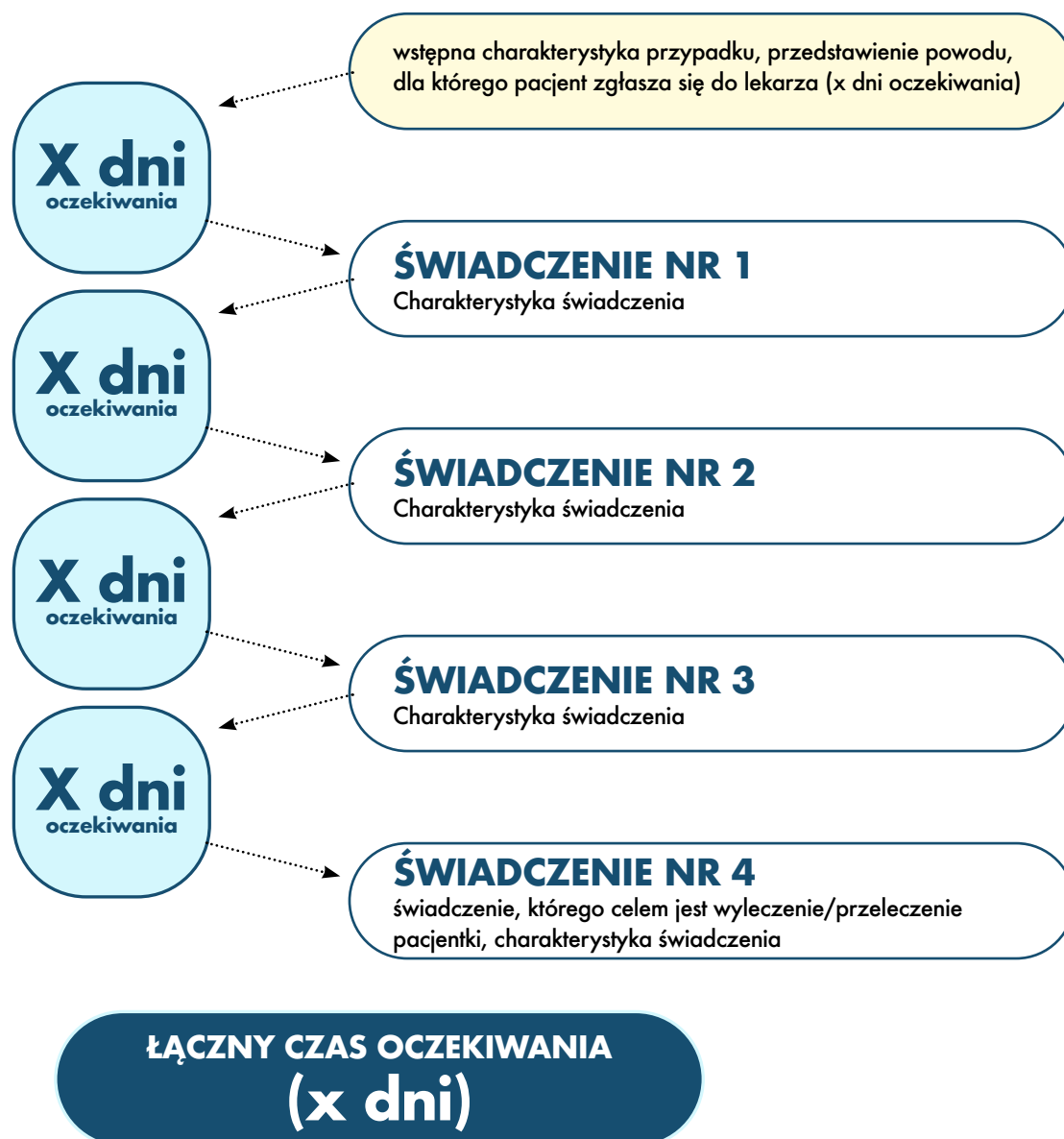
**Warto zwrócić uwagę, że wciąż istnieją badania, na których wykonanie trzeba czekać kilka miesięcy, pomimo sklasyfikowania ich jako przypadki pilne.** Czas oczekiwania jest wielokrotnie dłuższy, jeśli pacjentka wymaga diagnostyki wieloetapowej.

# Etapowość leczenia

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

Ścieżki postępowania w ramach poszczególnych rozpoznań przedstawiono zgodnie z poniższym schematem:

## ROZPATRYWANA ŚCIEŻKA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNA



## Od podejrzenia raka piersi w badaniu mammograficznym do mastektomii całkowitej

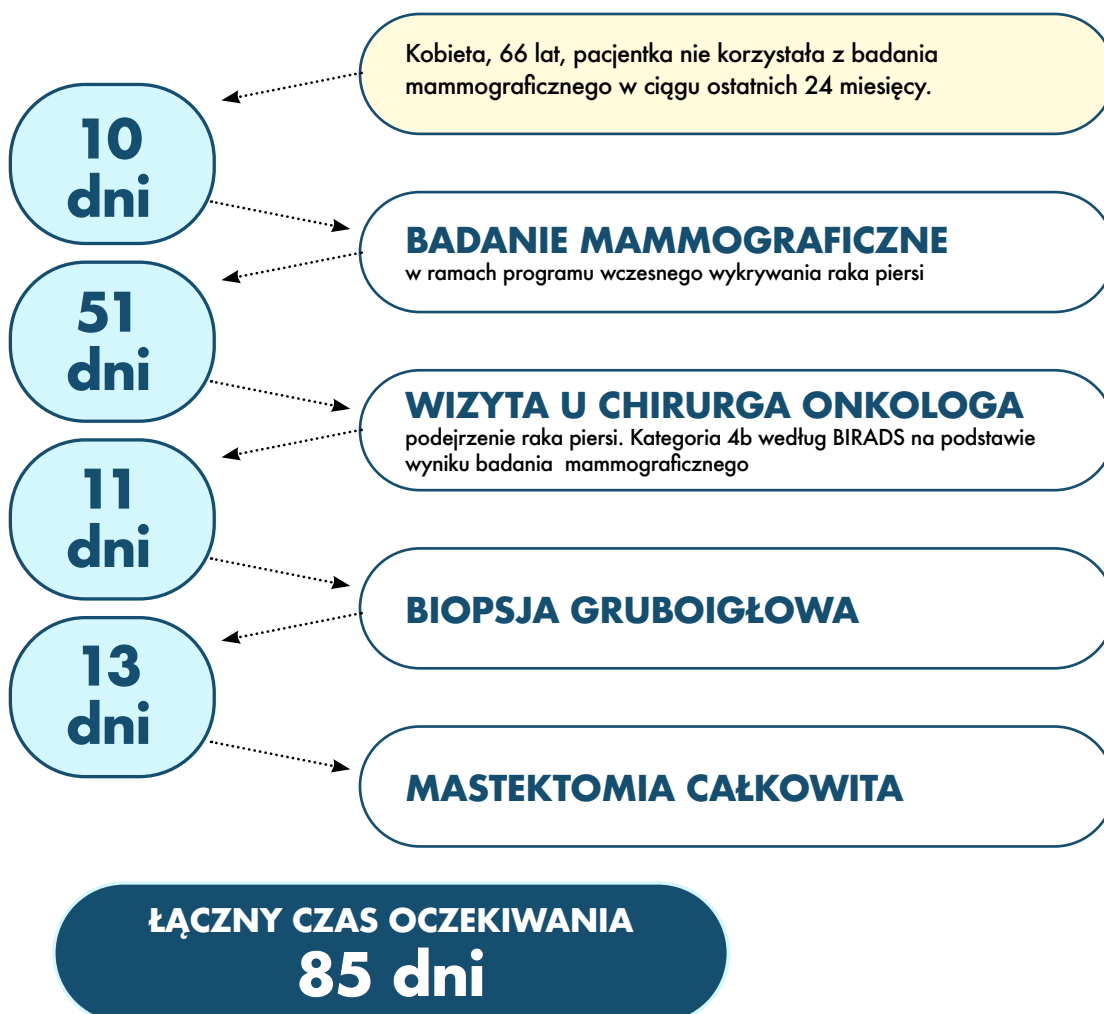
Mammografia to uznany na całym świecie standard badań przesiewowych organizowanych

w celu wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet powyżej 50 r.ż. Programy bezpłatnych badań mammograficznych realizowane są w większości krajów Europejskich. Polki w wieku od 50 do 69 lat, których krewnie nie chorowały na raka piersi mają prawo do bezpłatnego badania mammograficznego raz na 24 miesiące w ramach Narodowego Programu Profilaktyki Raka Piersi.

W celu oceny sytuacji pacjentek, u których niepokojące zmiany wykryto w ramach tego programu, pozyskano informacje o terminach oczekiwania na poszczególne świadczenia, jakie zostałyby wyznaczone dla bezobjawowej pacjentki, która zgłasza się na nieodpłatną mammografię. To badanie może zostać wykonane po 10 dniach.

Niestety średni czas oczekiwania na konsultację z chirurgiem onkologiem wynosi blisko dwa miesiące (w sytuacji, w której na podstawie badania mammograficznego stwierdzono obecność zmiany nowotworowej o kategorii 4b w skali BIRADS). Łączny czas od chwili rejestracji na badanie mammograficzne do dnia wykonania mastektomii całkowitej wynosi średnio ponad 2 miesiące (85 dni).

W tym czasie nowotwór nie czeka – stan zdrowia kobiety pogarsza się, a szanse na wyleczenie maleją.

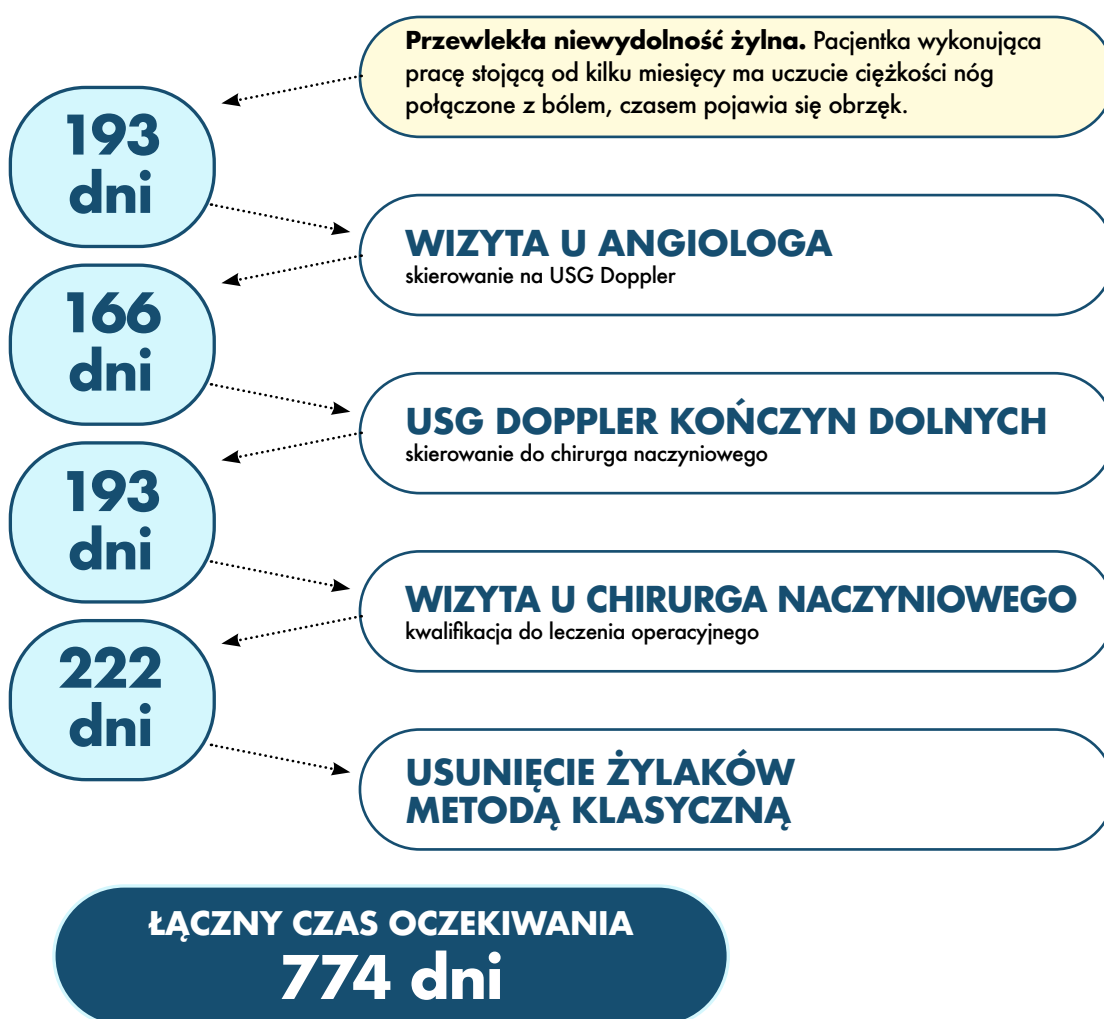


## Od przewlekłej niewydolności żyłnej do usunięcia żylaków metodą klasyczną

Przewlekła niewydolność żylna uważana jest za chorobę cywilizacyjną i najczęściej występuje w krajach wysoko rozwiniętych, dotyczy blisko 60 proc. populacji osób dorosłych. Choroba negatywnie wpływa zarówno na wykonywanie codziennych obowiązków i jakość życia chorych. Żylaki kończyn dolnych najczęściej występują u kobiet prowadzących stojący lub siedzący tryb życia.

Ponadto, czynnikami wpływającymi na ich powstawanie jest brak bądź niska aktywność fizyczna, stres oraz obciążenie genetyczne. Czas oczekiwania na leczenie przewlekłej niewydolności żyłnej jest jednym z największych ograniczeń w realnym dostępie do świadczeń zdrowotnych, z jakim mierzyć muszą się polskie pacjentki.

Na każdym z etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego, średni czas oczekiwania na kolejne świadczenie wyniósł około pół roku. Pacjentka zgłaszająca lekarzowi POZ utrzymujące się od kilku miesięcy uczucie ciężkości nóg, ból nóg i czasem pojawiający się obrzęk musi przejść przez proces diagnostyczno-terapeutyczny obejmujący dwie konsultacje specjalistyczne, jedno badanie diagnostyczne i jeden zabieg, w przypadku którego czas oczekiwania to średnio 25,8 miesiąca, czyli ponad 2 lata. Najdłuższy czas oczekiwania na uzyskanie pojedynczego świadczenia (usunięcie żylaków metodą klasyczną) – odnotowano w Osielsku i wyniósł on 42 miesiące.

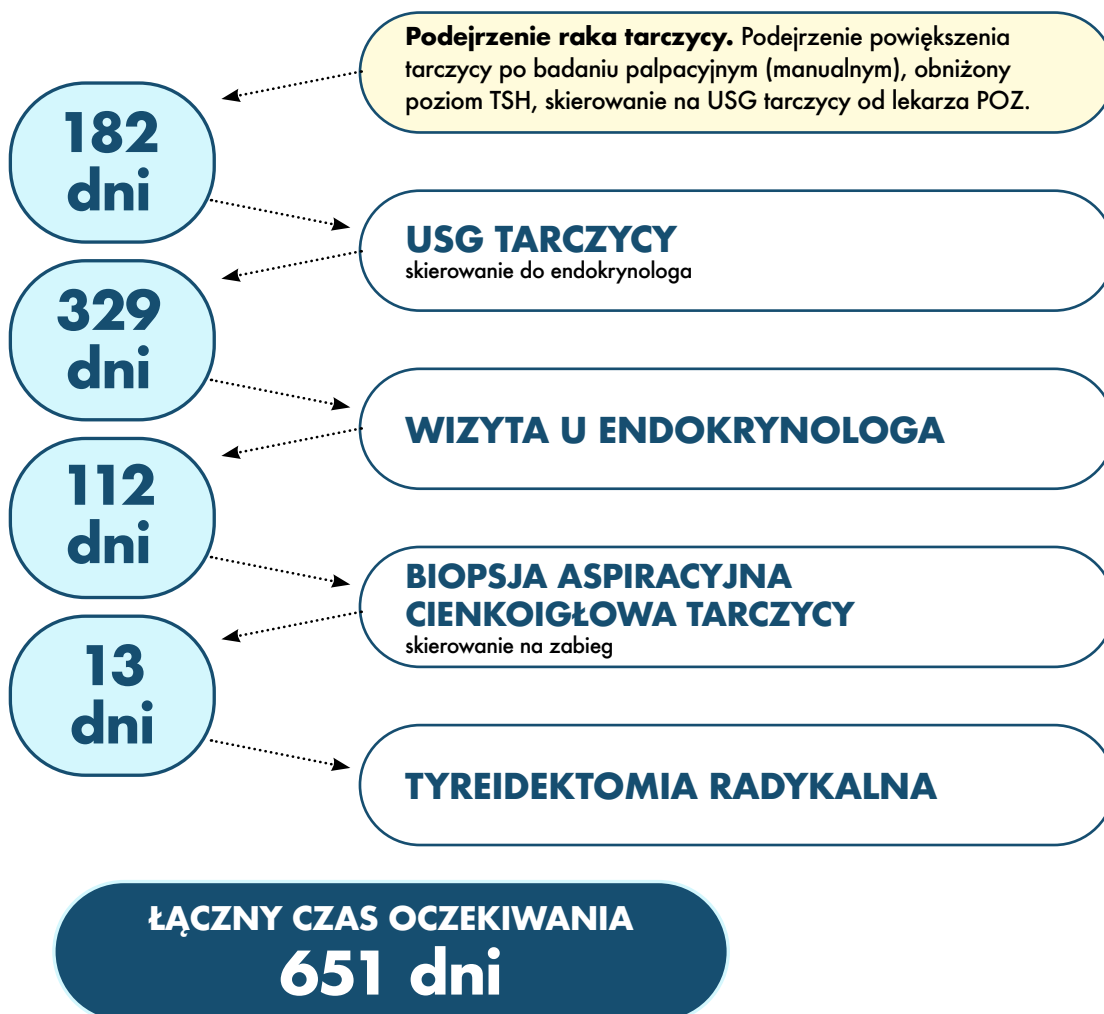


## Od podejrzenia raka tarczycy do tyreidektomii radykalnej

W ramach analizy prześlędzona została ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna 46-letniej pacjentki, która otrzymała skierowanie na badanie USG tarczycy od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w związku z obniżonym poziomem TSH oraz podejrzeniem powiększenia tarczycy stwierdzonym po badaniu palpacyjnym.

W rozpatrywanym przypadku podejrzenia okazują się słuszne i pacjentka wymaga skierowania do endokrynologa, w związku z nieprawidłowościami w opisie badania USG. Kolejnym etapem jest biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy, która potwierdza rozpoznanie: rak tarczycy.

Od chwili skierowania na badanie USG do dnia wykonania niezbędnego zabiegu tyreidektomii radykalnej mija średnio 21,9 mies. Wprawdzie po postawieniu rozpoznania średni czas oczekiwania na zabieg wynosi mniej niż miesiąc (średnio 0,9 mies.), jednak oznacza to, że od chwili pojawienia się niepokojących objawów, pacjentka zmuszona jest do oczekiwania średnio ponad półtora roku na niezbędny zabieg.



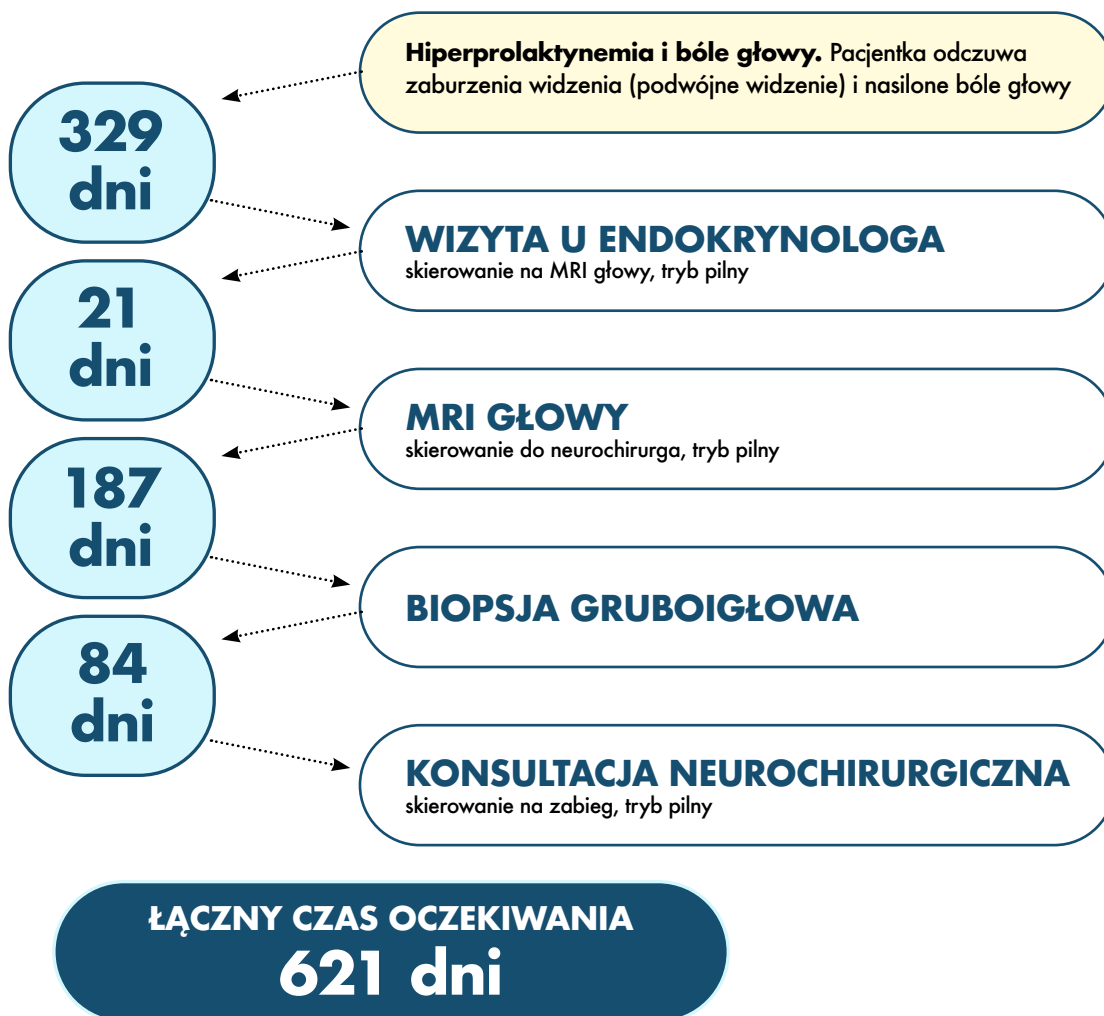
## Od hiperprolaktynemii i bólów głowy do usunięcia guza prolaktynowego

Ocenie została poddana historia 36-letniej pacjentki, która trafiła do endokrynologa z objawami hiperprolaktynemii. Badanie rezonansu magnetycznego potwierdziło obecność guza przysadki. Stwierdzono również, że zastosowane leczenie farmakologiczne nie przyniosło oczekiwanego efektu.

W związku z opisaną historią chorobową, pacjentka została skierowana do neurochirurga w celu kwalifikacji i wykonania zabiegu usunięcia guza.

Zgodnie z analizą przeprowadzoną przez Fundację, pacjentka oczekiwać będzie na wykonanie zabiegu średnio 2,8 mies. Przyjęto, że skierowania na wszystkie wymienione świadczenia zostały wystawione w trybie pilnym. Ponadto, przez cały czas oczekiwania musi borykać się z uciążliwym bólem głowy. Łączne średnie czasy oczekiwania (od momentu wystawienia pilnego skierowania do endokrynologa do dnia przeprowadzenia zabiegu) wyniosły 20,7 miesiąca.

Należy odnotować, że rzeczywisty czas oczekiwania na otrzymanie skutecznej terapii w rzeczywistości mógłby być znacząco dłuższy niż opisano powyżej, ponieważ pozyskane wyniki nie uwzględniają czasu, w którym podejmowane były próby leczenia farmakologicznego. Zgodnie z obecnymi standardami, mogą one trwać nawet kilka miesięcy.





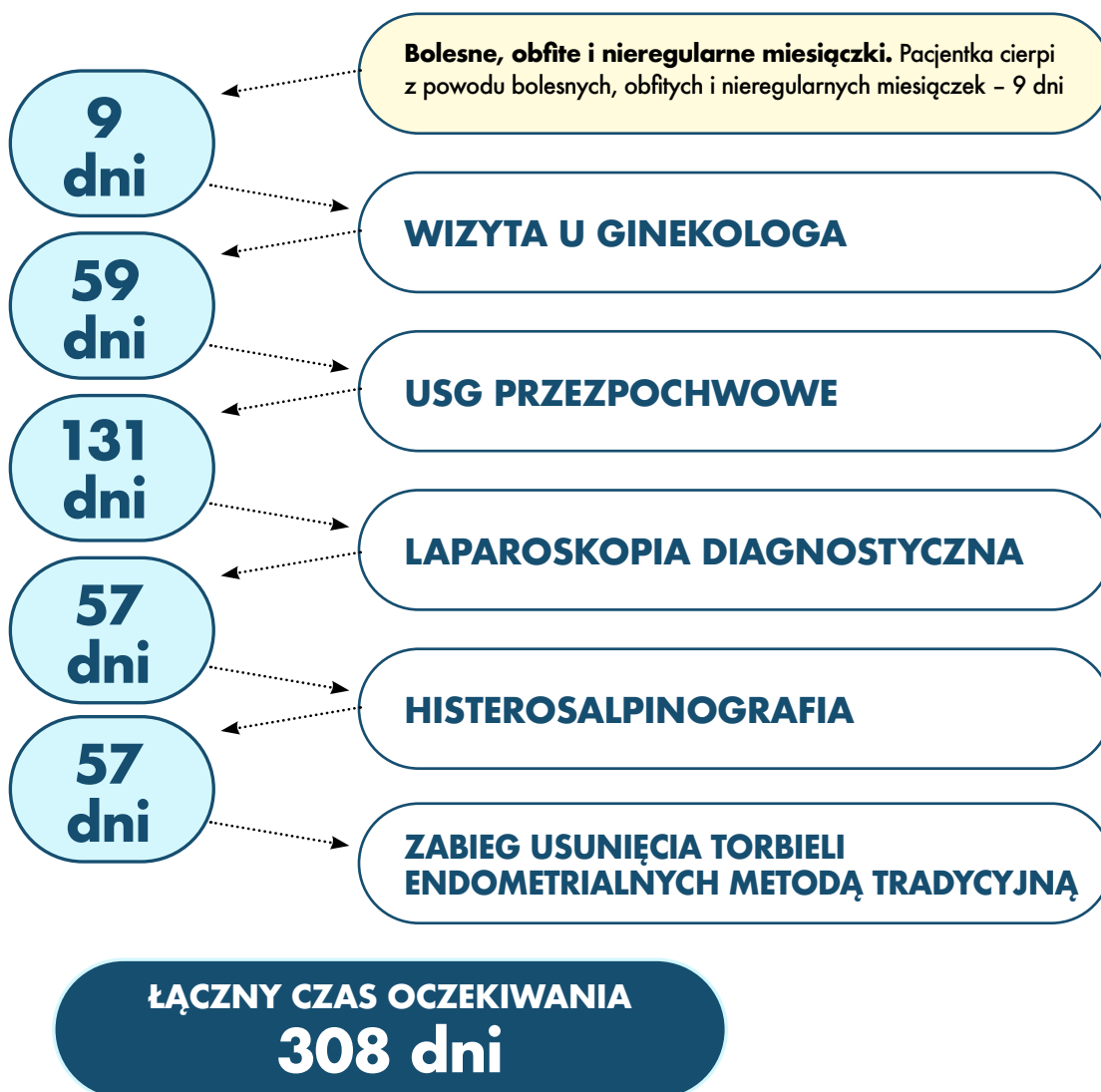
## Od bolesnych, obfitych i nieregularnych miesiączek do zabiegu usunięcia torbieli endometrialnych metodą tradycyjną

27-letnia kobieta, która cierpi z powodu bolesnych, obfitych i nieregularnych miesiączek, bólu pojawiającego się podczas współżycia, a ostatnio także bólu przybierającego charakter przewlekły (tzn. utrzymującego się także przez kolejne dni po menstruacji) może skorzystać z konsultacji ginekologicznej średnio w czasie 0,3 mies.

Niestety sytuacja na kolejnych etapach postępowania znacząco się pogarsza.

Na wykonanie badania USG przezpochwowego musi poczekać około 2,0 mies.

Jeśli wynik badania sugeruje podejrzenie endometriozy, bolesnej choroby, która może utrudniać kobiecie zajście w ciążę, a jednocześnie wymaga odbywania uciążliwych procedur diagnostycznych i leczniczych, na kolejne badanie – laparoskopię diagnostyczną – zmuszona jest czekać średnio przez około 4,4 mies. Jeśli konieczne jest dodatkowe wykonanie histerosalpingografii, średni czas oczekiwania wydłuża się o dodatkowe 1,9 mies. Oczekiwanie na zabieg usunięcia torbieli endometrialnych metodą tradycyjną wymaga średnio 1,7 mies., przez co średni czas oczekiwania w obrębie całej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w tym przypadku wynosi 10,3 mies.

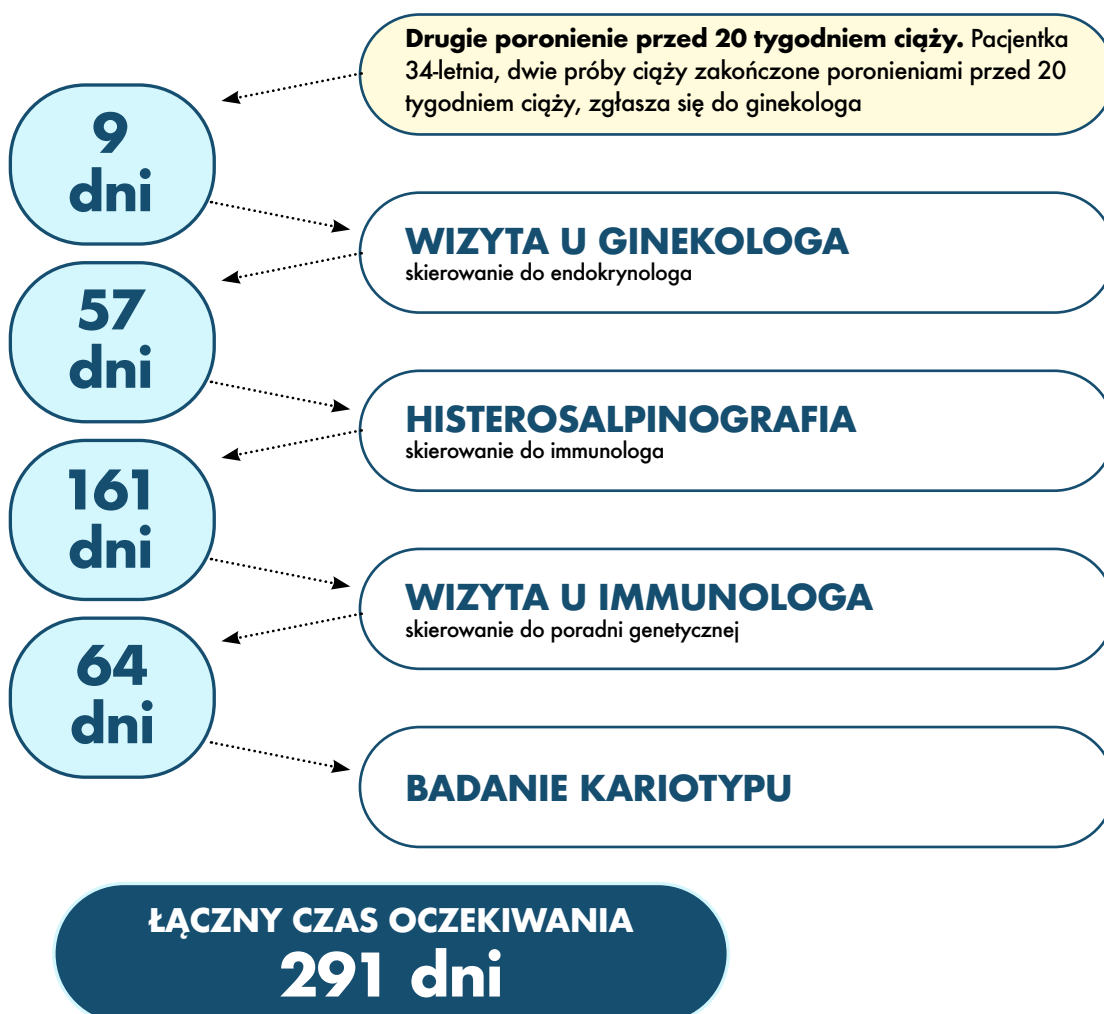


## Od drugiego poronienia przed 20 tygodniem ciąży do badania kariotypu

Trudności z zajściem w ciążę stają się coraz częstszym problemem – obecnie szacuje się, że nawet 48 milionów par na świecie może dotyczyć problem bezpłodności, a w Polsce sytuacja może dotyczyć nawet 3 milionów osób.

Należy wziąć pod uwagę również przypadki poronień, których już dwukrotne wystąpienie kolejno po sobie w pierwszym trymestrze jest kwalifikowane jako poronienia nawykowe i powinno zostać skierowane na ścieżkę diagnostyczną. Mając to na uwadze, w Kobięcym Barometrze WHC uwzględniono przypadek 34-letniej kobiety, której druga ciąża zakończyła się poronieniem przed 20 tygodniem.

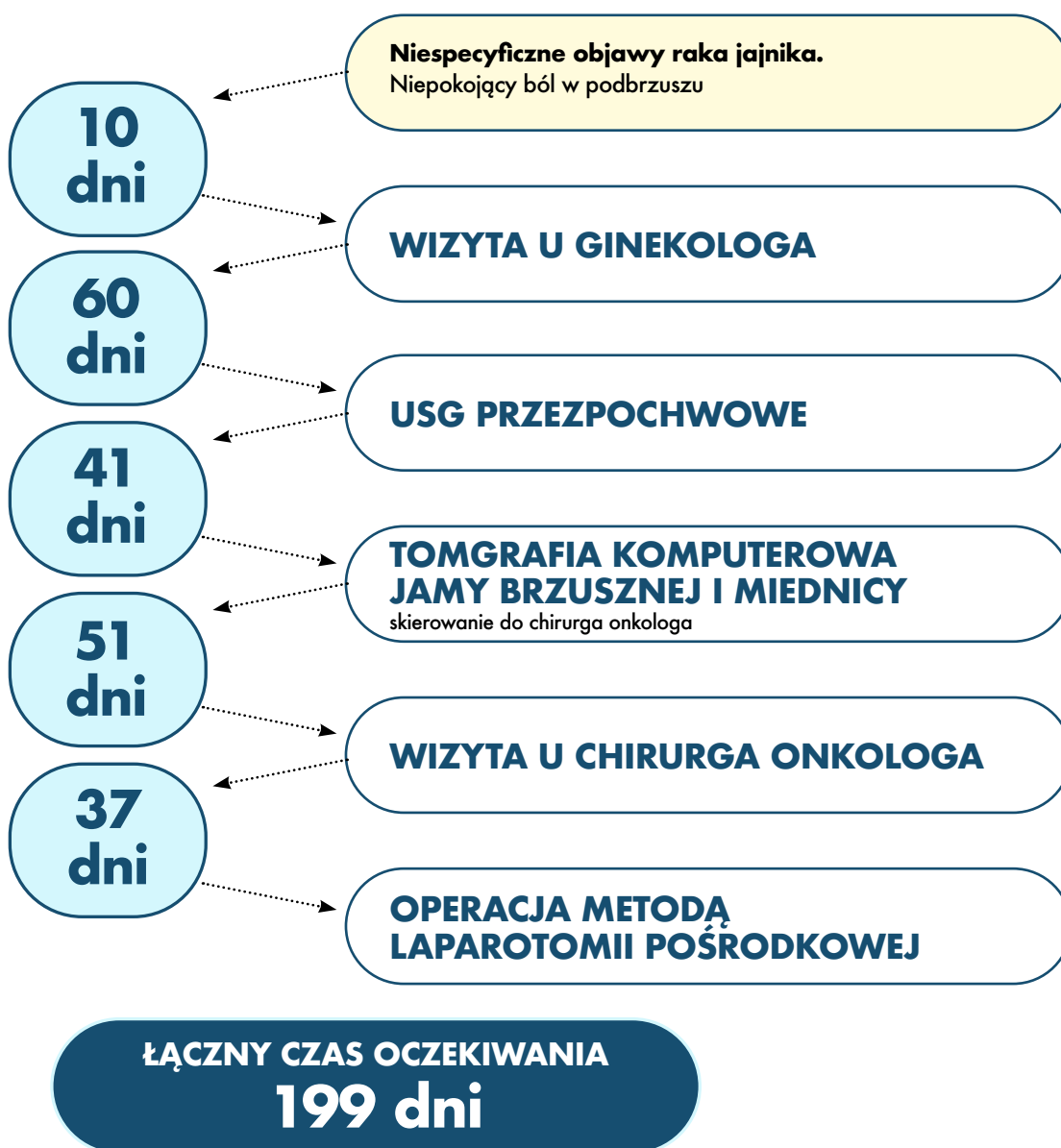
Pacjentka skorzystała z konsultacji ginekologicznej, na którą musi czekać średnio 0,3 mies. W drugiej kolejności została skierowana na histerosalpingografię w celu wyeliminowania anatomicznych przyczyn niepowodzeń. Oczekiwanie na to świadczenie trwa średnio 1,9 mies. W celu oceny immunologicznych czynników, pacjentka otrzymała także skierowanie na konsultację immunologiczną, na którą czekać trzeba średnio 5,4 mies. Jeśli okaże się, że konieczne będzie zbadanie kariotypu obojga rodziców, średni czas oczekiwania wydłuży się o kolejne 2,1 mies. W sumie historia diagnostyki w takim przypadku trwa średnio 9,7 mies.



## Od niespecyficznych objawów raka jajnika do operacji metodą laparotomii pośrodkowej

46-letnia kobieta zgłasza się na konsultację ginekologiczną zaniepokojona bólem w podbrzuszu, którego nie da się wyjaśnić związkiem z menstruacją oraz wzdęciami i uczuciem ciężkości, które nie są skorelowane czasowo z posiłkami. W wyniku procesu diagnostycznego dowiaduje się o rozpoznaniu: rak jajnika II stopnia.

W takich okolicznościach na skuteczną diagnostykę i wykonanie efektywnej procedury musi oczekiwać w sumie średnio 6,6 mies. Ścieżka obejmuje konsultację ginekologiczną – 0,3 mies., USG przezpochwowe – ok. 2,0 mies., TK miednicy małej i brzucha – 1,4 mies., konsultację z chirurgiem onkologiem – 1,7 mies. oraz zabieg metodą laparotomii pośrodkowej – 1,2 mies.



## Od anoreksji i myśli samobójczych do wizyty u gastroenterologa dziecięcego (16-letnia pacjentka)

Jednym z przykładów najpoważniejszych utrudnień w dostępie do świadczeń zdrowotnych jest przypadek 16-letniej dziewczyny cierpiącej z powodu anoreksji oraz zaburzeń lękowych i obniżonego nastroju, który doprowadza ją do myśli samobójczych. Dzięki staraniom jej bliskich udało się skłonić ją do zaangażowania się w proces diagnostyczny i leczenie.

Na wizytę w poradni psychologicznej dla dzieci musi poczekać średnio 0,9 mies. Sytuacja jest zdecydowanie trudniejsza, jeśli chodzi o dostęp do opieki szpitalnej. Jeśli stan takiej pacjentki wymaga hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym, musi ona poczekać 1,3 mies., ponieważ tyle wynosi średni termin oczekiwania na przyjęcie na ogólny oddział psychiatrii dziecięcej ze skierowaniem w trybie pilnym.

Największym, krytycznym utrudnieniem jest jednak czas oczekiwania na pilną konsultację gastroenterologa w związku z silnym bólem, który pojawiał się za każdym razem, ilekroć próbowała spożyć normalny posiłek. Średni czas oczekiwania wyniósł 4,2 mies., co oznacza, że przez cały ten czas młoda pacjentka musi pozostać bez specjalistycznego wsparcia w leczeniu poważnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, które utrudniają jej powrót do zdrowia i normalne funkcjonowanie.



# Z notatek ankieterów

„[Z Barometrem WHC] jako ministerstwo totalnie się nie zgadzamy. Uważamy, że dane są tendencyjne, opracowywane przez osoby, które mają w tym swoje interesy polityczne. Dane NFZ o czasie oczekiwania na pierwszą wizytę, które sami uważamy za jeszcze nie w pełni doskonałe, są o wiele bardziej kompleksowe i wiarygodne” – powiedział minister zdrowia Adam Niedzielski<sup>2</sup> w lutym 2023 r.

Dane do Barometrów WHC przez lata opracowywała firma HTA Consulting, następnie MAHTA, obecnie HTA Registry – są to firmy prowadzące projekty w kraju, w Europie i na świecie, z ich raportów niejednokrotnie korzysta Ministerstwo Zdrowia czy AOTMiT.

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

## Angiologia:

- **usunięcie żylaków metodą klasyczną**

Ankieter zaznaczył, że istnieją placówki, w których wizyty rezerwowane są nawet z zapasem 3,5-4 letnim.

- **embolizacja żyły miednicy**

Ankieter został poinformowany o ok. 3 miesięcznym czasie oczekiwania, jednak w trakcie rozmowy z rejestracją został poinstruowany, że cała ścieżka diagnostyczna, która uwzględnia klasyfikację przeprowadzoną w ramach poradni przy klinice oraz wykonanie badania MRI niezbędnego do zabiegu, może zająć nawet 1,5 roku.

## Chirurgia onkologiczna:

- **badanie TK jamy brzusznej metodą PET/CT (pozytonowej tomografii emisyjnej)**

Ankieter zwrócił uwagę, że informacje dotyczące czasu oczekiwania w jednej z placówek w Poznaniu mogą różnić się w zależności od terminu przeprowadzenia rozmowy z rejestracją. Został także poinformowany, że badanie wykonywane jest wyłącznie „w czwarty wtorek miesiąca”.

<sup>2</sup> <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Adam-Niedzielski-o-pozycji-politycznej-planach-po-wyborach-twitterowych-inbach-i-Mamie-Ginekolog,242347,14.html>

## Chirurgia plastyczna:

- **wizyta u chirurga plastycznego**

Ankieter został poinformowany, że w jednej z placówek obecnie zajęte są wszystkie terminy do sierpnia 2023 r., więc najwcześniej wizyta mogłaby się odbyć we wrześniu, z tym że obecnie nie są prowadzone zapisy na terminy wrześniowe.

Istnieją również miejsca, gdzie czas oczekiwania nie stanowi ograniczenia, wymaga jednak poświęcenia i cierpliwości w oczekiwaniu w poczekalni w konkretnym dniu. W jednej z placówek rejestracja odbywa się w dniu przyjęcia.

- **rekonstrukcja piersi – wstawienie implantu typu ekspander**

We wrocławskim szpitalu do poradni w trybie pilnym można dostać się po roku oczekiwania. Po wizycie w poradni zaś czas oczekiwania na zabieg wynosi od pół roku do roku.

W szpitalu na wschodzie Polski czas oczekiwania na zabiegi rekonstrukcji piersi (zarówno wstawianie implantu typu ekspander, jak i wymiana ekspandera) wynosi 3-4 lata.

## Endokrynologia:

- **wizyta u endokrynologa**

W jednym z wrocławskich szpitali ankieter został poinformowany, że czas oczekiwania w przypadku pilnym to rok, natomiast jeśli problem dotyczy przypadku stabilnego, to 5 lat.

Najkrótsze czasy oczekiwania ankieter zidentyfikował w przypadku dwóch ośrodków wiejskich – w przypadku jednego z nich czas oczekiwania wyniósł ok. miesiąca, a w przypadku drugiego ok. 2,5 (nie należy na tej podstawie wyciągać wniosków, że na wsi łatwiej jest dostać się do specjalisty).

- **lobektomia (usunięcie płata tarczycy)**

Ankieter dowiedział się, że aby przystąpić do zabiegu, konieczna jest kwalifikacja przez ordynatora – najbliższa odbywać się będzie w maju, sam zabieg odbywa się ok. 3-4 mies. od konsultacji. Oznacza to, że kobieta ze zdiagnozowanym wolem guzkowym w obrębie jednego płata tarczycy, jeśli zdecyduje się na podjęcie leczenia w tym ośrodku i pomyślnie przejdzie kwalifikacje, może spodziewać się terminu wykonania zabiegu nie wcześniej niż we wrześniu.

## Ginekologia onkologiczna:

- **operacja guza jajnika metodą laparoskopową**

W przypadku jednego z warszawskich ośrodków, w ramach którego analizowany był przypadek 33-letniej pacjentki skierowanej przez ginekologa na operację guza jajnika metodą laparoskopową ankieter uzyskał informację, że terminy zabiegu w trybie pilnym to 6-8 mies., a w trybie stabilnym czas oczekiwania wynosi nawet do 2 lat. Podczas rozmowy ankieter został poinstruowany, że przed przystąpieniem do zabiegu konieczna jest wcześniejsza kwalifikacja, a na nią zapisy obecnie prowadzone są na przełom sierpnia i września.

## Immunologia:

- **badanie kariotypu**

W jednej z placówek ankieter otrzymał informację, że najbliższy termin do poradni to październik 2023 (240 dni), ale jeśli wizyta miałaby się odbyć w drodze teleporady, termin jest „już” na maj 2023 (90 dni) – po telerozmowie lekarz może wydać skierowanie na badanie. Wysyłane jest ono pocztą, a pacjentka przychodzi w dowolnym terminie i pobierana jest krew do badania.

## Neurologia:

- **wizyta u neurochirurga**

W jednej z lubelskich placówek ankieter otrzymał informację, że w sierpniu będą prowadzone zapisy na 2024 rok, jednocześnie w jednym ze szpitali w Katowicach obecnie rezerwowane są miejsca na październik 2025.

## Onkologia:

- **badanie w kierunku 5 najczęstszych mutacji genu BRCA1 (konsultacja onkogenetyczna)**

W jednym z miejsc ankieter otrzymał informację, że badanie może być wykonane tego samego dnia (pobranie krwi), co konsultacja onkogenetyczna, przy czym terminy konsultacji obecnie umawiane są na grudzień 2023 r.

Z kolei podczas telefonowania do jednego ze szpitali okazało się, że poradnia onkogenetyczna została otwarta w lutym i tam terminy są „na już”.

W innej poradni szpitalnej ankieter usłyszał, że jest ona czynna tylko jeden dzień w tygodniu – wtorek. Dla pacjentów leczących się w tym szpitalu, terminy są na marzec. Dla pozostałych pacjentów – na sierpień 2023 r.

## Ginekologia:

- **laparoscopia diagnostyczna**

W jednym z krakowskich szpitali, dzwoniąca podająca się za 26-letnią kobietę, u której zaobserwowano przekroczone normy testosteronu we krwi, i której objawy wskazują na PCOS, otrzymała informację, że terminy są odległe – w okolicach końca tego roku i początków kolejnego.

## Psychiatria:

- **hospitalizacja na oddziale ogólnym psychiatrycznym**

W przypadku anoreksji zagrażającej życiu lub psychozy, 16-letnia dziewczynka przyjmowana byłaby „na ostro”. Jednak ankieter podający się za ojca dziewczynki usłyszał, że placówka jest przeładowana: łóżek na oddziale jest 20, a przyjętych pacjentów 32.

Podczas rozmowy padły nazwy ośrodków w województwie mazowieckim, które przyjmują dzieci z opisanym wskazaniem i informacja, że w przypadku „kiedy wszystkie łóżka są zajęte, to mazowieckie prosi o pomoc inne szpitale w Polsce i dzieci przewozi transportem szpitalnym”.

W jednym ze szpitali na wschodzie kraju ankieter otrzymał informację, że jest „brak miejsc, nie jest prowadzona lista oczekujących, w przypadku pilnym należy zgłosić się na izbę przyjęć, jeśli lekarz zdecyduje, że jest taka konieczność, zostawi pacjentkę na oddziale”.

Także w jednym z miejsc w województwie zachodniopomorskim ankieter usłyszał: „brak miejsc”. Został poinformowany, że czas oczekiwania na przyjęcie to kilkanaście miesięcy, a w tym momencie na liście oczekujących jest zapisanych ok. 40 dzieci.



# Dostęp pacjentek do innowacyjnego leczenia

Na wstępie należy podkreślić, że w ostatnich latach Ministerstwo Zdrowia, dzięki pracy m.in. wiceministra Macieja Miłkowskiego, znacząco poprawiło dostęp do innowacyjnych leków. Także innowacyjne leki stosowane u kobiet zostały objęte refundacją.

Jednak pomimo systematycznego wzrostu liczby dostępnych terapii skierowanych do kobiet, grupa ta wciąż boryka się z ograniczeniami w dostępie do innowacyjnego leczenia. Możliwości płatnicze w Polsce, w tym deficyt w budżecie NFZ za rok 2022, ale też znacznie niższy PKB na osobę oraz stosunkowo niski odsetek PKB wydawany na ochronę zdrowia nie napawają optymizmem na przyszłość.

W latach 2019-2022 na stronach Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji utworzono 981 zleceń dotyczących przygotowania analizy weryfikacyjnej AOTMiT, stanowiska Rady Przejrzystości i rekomendacji Prezesa Agencji.

4,5 proc. (44) stanowiły zlecenia dotyczące produktów leczniczych stosowanych w chorobach typowych dla kobiet (rak piersi – 14, stwardnienie rozsiane – 11, RZS – 4, migrena – 7, narządy płciowe – 5, toczeń rumieniowaty – 2, zapalenie pęcherza moczowego – 1). [I] Większość przeanalizowanych technologii wykorzystywanych szczególnie wśród kobiet uzyskała warunkowe/negatywne rekomendacje/stanowiska.

Zgodnie z Obwieszeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2023 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 marca 2023 r. [II] **spośród zidentyfikowanych technologii we wskazaniu rak piersi, 43 proc. (6 z 14) zostało objętych refundacją, a w przypadku nowotworów narządów płciowych wszystkie cztery substancje uzyskały refundację zgodnie z wnioskowanymi wskazaniami. Znacznie gorsze statystyki wskazują terapie spoza grupy wskazań onkologicznych. W przypadku leków ocenianych przez AOTMiT we wskazaniach toczeń rumieniowaty i zapalenie pęcherza moczowego – żaden nie został objęty refundacją.**

Migrena sklasyfikowana jest jako choroba neurologiczna, która dotyka przede wszystkim kobiety między 30. a 50. rokiem życia. Stanowią one blisko 2/3 wszystkich pacjentów z tym schorzeniem. Migrena jest zaburzeniem utrudniającym codzienne funkcjonowanie oraz znacząco obniża jakość życia. [III] **Do połowy 2022 r. pacjenci z ciężką postacią migreny mieli ograniczony dostęp do leczenia ich choroby. Przełom nastąpił w połowie 2022 r.**, kiedy udało się sfinalizować pierwszy program lekowy dla pacjentów cierpiących na migrenę przewlekłą. Zgodnie z programem lekowym B.13 „Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą (ICD-10: G43)” pacjenci mają dostęp do trzech substancji: toksyna botulinowa typu A (I linia leczenia), erenumab, fremanezumab (II linia leczenia).

**Pozytywną tendencję zaobserwowano również w dostępie do terapii w raku piersi i stwardnieniu rozsianym.** Pacjenci ze stwardnieniem rozsianym zyskali w listopadzie 2022 r. dostęp aż do czterech nowych wysoce efektywnych leków. Ofatumumab, ozanimod i ponesimod są dostępne w pierwszej linii leczenia dla pacjentów z rzutowo-remisyjną postacią choroby. Z kolei siponimod to lek dedykowany chorym z aktywną wtórnie postępującą postacią stwardnienia rozsianego.

Natomiast w przypadku pacjentów z rakiem piersi od 1 listopada 2022 r. są refundowane w Polsce nowe leki w leczeniu HER2-ujemnego oraz potrójnie ujemnego raka piersi: talazoparyb, alpelisyb oraz sacituzumab gowitekanu. Należy podkreślić, iż sacytuzumab gowitekan znalazł się na majowej liście technologii lekowych o wysokiej innowacyjności, do finansowania w ramach Funduszu Medycznego. [IV] Ten mechanizm finansowy powstał z inicjatywy Prezydenta RP, we współpracy z Ministrem Zdrowia i został ustanowiony na mocy ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r., poz. 1875 z późn. zm.).

Charakterystykę Stanowisk Rady Przejrzystości i Rekomendacji Prezesa wraz z informacją o statusie refundacyjnym zamieszczono w tabeli poniżej.

**Tabela 1.** Stanowiska Rady Przejrzystości, Rekomendacje Prezesa oraz status refundacyjny technologii stosowanych we wskazaniach specyficznych dla kobiet ocenianych przez AOTMiT w latach 2019-2022 (stan na 27.02.2023)

Wskazanie	Substancja	Stanowisko Rady Przejrzystości	Rekomendacja Prezesa	Refundacja
Rak piersi	pertuzumabum/ trastuzumabum	Warunkowe	Warunkowe	Nie
	talazoparibum	Negatywne	Negatywne	Tak
	alpelisyb	Negatywne	Negatywne	Tak
	trastuzumab ematanzyna	Pozytywne	Negatywne	Tak
	neratinibum	Negatywne	Negatywne	Nie
	rybocyklib*	Warunkowe	Pozytywna	Tak
	abemacyklib**	Warunkowe	Warunkowe	Tak
	abemacyklib#	Warunkowe	Warunkowe	Tak
	atezolizumabum	zawieszono	zawieszono	zawieszono
	trastuzumab derukstekan	Brak	Brak	Nie
Stwardnienie rozsiane	abemacyklib***	Negatywne	Brak	Nie
	pembrolizumabum****	Pozytywna	Brak	Nie
	pembrolizumabum *****	Pozytywna	Warunkowe	Nie
	tucatinibum	Brak	Brak	Nie
	cladribinum	Negatywna	Warunkowe	Tak ^
	natalizumab	Warunkowe	Warunkowe	Nie¥
	interferon beta-1b	Warunkowe	Warunkowe	Tak
	ocrelizumabum	Warunkowe	Warunkowe	Tak^
	ozanimodum	Warunkowe	Warunkowe	Tak^
	fingolimodum	Negatywna	Pozytywne	Tak
	siponimodum	Warunkowe	Warunkowe	Tak
	ofatumumab	Pozytywne	Warunkowe	Tak
	natalizumab##	warunkowe	warunkowe	Tak
	natalizumab###	warunkowe	warunkowe	Nie
Reumatoidalne zapalenie stawów	ponesimod	Warunkowe	Warunkowe	Tak
	upadacytynib	Warunkowe	Warunkowe	Tak
	tocilizumabum	Warunkowe	Warunkowe	NIE\$\$
	Baricitinibum	Warunkowe	Warunkowe	Tak
	filgotinibum	Warunkowe	Warunkowe	Nie

Narządy płciowe	niraparyb	Negatywne	Negatywne	Tak
	bevacizumabum	Warunkowe	Negatywne	Tak
	olaparibum&&	Warunkowe	Warunkowe	Tak
	olaparibum&&&	Warunkowe	Warunkowe	Tak
Toczeń rumieniowaty układowy	hydroxychloroquine	Pozytywne	Pozytywne	Nie
	anifrolumabum	Negatywne	Negatywne	Nie
Migrena	galcanezumab-gnlm	Warunkowe	Negatywne	Nie
	fremanezumabum∞	Warunkowe	Warunkowe	Tak ~~
	erenumabum	Warunkowe	Warunkowe	Tak
	fremanezumabum∞∞	Warunkowe	Warunkowe	Nie
	toksyna botulinowa typu A	Pozytywne	Pozytywne	Tak
	kwas walproinowy (i jego pochodne	pozytywne	pozytywne	Nie
	galkanezumab*****	Warunkowe	Warunkowe	Nie
Zapalenie pęcherza moczowego	pentozanu wielosiarczan sodowy	Pozytywne	Warunkowe	Nie

#### Legenda do tabeli:

- kolorem oznaczono zlecenia, które zostały zidentyfikowane jako nowe (zmiana vs. Kobiety Barometr WHC 2022)
- \* w skojarzeniu z fulwestrantem lub z inhibitorem aromatazy;
  - \*\* w skojarzeniu + fulwestrantem; #w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy;
  - \$\$ tocilizumab refundowany w RZS w innych wskazaniach niż wnioskowanym;
  - ¥ zlecenie dotyczy postaci podskórnej, brak możliwości weryfikacji wskazania (dokumenty AOTMiT -zaczernione), uniemożliwia zweryfikowanie dokładnie statusu refundacyjnego;
  - \*\*\* leczeniu HR-dodatniego, HER2-ujemnego wczesnego raka piersi z przerzutami do węzłów chłonnych i wysokim ryzykiem nawrotu, w skojarzeniu z hormonoterapią;
  - \*\*\*\* Leczenie miejscowo nawrotowego trójjemnego raka piersi nieoperacyjnego lub z przerzutami u osób dorosłych, u których CPS z ekspresją PD-L1 w tkance nowotworowej wynosi  $\geq 10$  i które wcześniej nie otrzymywały chemioterapii w związku z chorobą nowotworową z przerzutami;
  - \*\*\*\*\* w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium trójjemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu;
  - \*\*\*\*\* u dorosłych, u których migrenowe bóle głowy występują co najmniej przez 4 dni w miesiącu;
  - ## Leczenie rzutowo – remisyjnej postaci stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii pierwszego rzutu oraz w szybko rozwijającej się ciężkiej postaci choroby – podanie leku dożylnie;
  - ### Leczenie rzutowo – remisyjnej postaci stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii pierwszego rzutu oraz w szybko rozwijającej się ciężkiej postaci choroby – podanie leku podskórne;
  - && olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2, po wcześniejszym zastosowaniu przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny).
  - &&& Leczenie podtrzymujące pacjentek z nowo zdiagnozowanym, zaawansowanym rakiem jajnika o wysokim stopniu złośliwości, rakiem jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej, z deficytem rekombinacji homologicznej;
  - ∞ program lekowy;
  - ∞∞ wykaz apteczny;
  - ~~ Lek refundowany we wskazaniu: Leczenie profilaktyczne chorych na migrenę przewlekłą mających co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące jako kolejna linia leczenia po niepowodzeniu profilaktyki terapiami doustnymi oraz toksyną botulinową typu A. Brak możliwości zweryfikowania z wnioskowanym wskazaniem (informacje zaczernione);
  - ^ Refundacja od 11.2022, brak możliwości weryfikacji wskazania w zleceniu AOTMiT (zaczernione): cladribinum: złagodzenie kryteriów kwalifikacji w II linii leczenia pacjentów z rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego (RRMS) oraz szybko rozwijającą się, ciężką postacią (RES), ozanimodum: leczenie w I linii pacjentów z rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego (RRMS), ocrelizumabum: złagodzenie kryteriów kwalifikacji w II linii leczenia pacjentów z rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego (RRMS).

## Systemowe aspekty refundacji bewacyzumabu w nawrotowym raku jajnika, jajowodu i pierwotnym rakiem otrzewnej

1 maja 2022 r. przeniesiono bewacyzumab (BEW) z programu lekowego B 50 do katalogu chemioterapii, przy czym utrzymane zostało ograniczenie wyłącznie do 1 linii leczenia chorych z grupy wysokiego ryzyka (na podstawie analizy podgrupy z badania ICON7). **Zapis w Katalogu chemioterapii (KC) „niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej” blokuje zastosowanie BEW u pacjentek z nawrotowym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej (RJJO).** Tym samym w Polsce pacjentki nie mają możliwości leczenia BEW w nawrotowym platynowrażliwym, jak i platynoopornym zaawansowanym RJJO.

Odnalezione wytyczne kliniczne nie wymieniają żadnych technologii nierefundowanych, które mogłyby stanowić opcję terapeutyczną dla bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią. BEW jest zalecany przede wszystkim w leczeniu nawrotowego platynowrażliwego, jak i platynoopornego zaawansowanego RJJO. Dowody naukowe wskazują, że w nawrotowym RJJO BEW przynosi największe korzyści zdrowotne – jest skuteczniejszy niż w obecnie refundowanym wskazaniu w Polsce, a więc jego opłacalność w nawrotowym RJJO jest z pewnością lepsza niż w 1. linii.

Zgodnie z ChPL BEW w skojarzeniu z chemioterapią jest wskazany w leczeniu dorosłych pacjentów z pierwszym nawrotem wrażliwego na związki platyny oraz z nawrotem opornego na związki platyny RJJO. Dotyczy to zarówno preparatu oryginalnego, jak i biopodobnych odpowiedników.

Wyniki metaanalizy badań randomizowanych w nawrotowym RJJO wykazały, iż stosowanie BEW w skojarzeniu z chemioterapią wpływa na istotną statystycznie i klinicznie poprawę PFS. W grupie bewacyzumabu obserwowano również wydłużenie OS. Profil bezpieczeństwa jest akceptowalny – różnice w grupach badanych (BEW+chemioterapia) i kontrolnych (chemioterapia) niewielkie.

Dla BEW w pierwszej linii leczenia RJJO dostępne są tylko 2 badania randomizowane: ICON7 i GOG218. To na nich oparto analizy wchodzące w skład raportu HTA z roku 2012, który stanowił podstawę do włączenia BEW do programu lekowego w tym właśnie wskazaniu. Żadnych innych dowodów naukowych nie ma. Porównując siłę interwencji BEW w pierwszej linii leczenia należy wysnuć wniosek, że interwencja jest znacznie słabsza niż BEW w leczeniu nawrotowego RJJO.

**Wyniki analizy ekonomicznej dla nawrotowego RJJO powinny być teoretycznie lepsze niż dla stosowania BEW w pierwszej linii leczenia zaawansowanego RJJO, gdyż skuteczność BEW w raku nawrotowym jest wyższa, a cena biopodobnych BEW jest znacznie niższa niż preparatu oryginalnego w roku 2012.** Niestety analizy z roku 2012 publikowane przez AOTMiT są w takim stopniu zaczerpnięte, że uniemożliwiają jakiegokolwiek wnioskowanie w tym zakresie. Weryfikacja prawidłowości i podstaw podjęcia decyzji refundacyjnej dla BEW w pierwszej linii może nastąpić dopiero po opracowaniu aktualnej analizy ekonomicznej dla BEW w nawrotowym RJJO lub jeszcze lepiej dla wszystkich zarejestrowanych wskazań BEW w RJJO.

W Australii BEW jest refundowany bez ograniczeń w pełnym spektrum wskazań i zastosowań (unrestricted use). W Kanadzie i Szkocji BEW jest refundowany w ograniczonych wskazaniach,

które obejmują RJJO. Producent leku oryginalnego nie złożył wniosku w UK argumentując w 2019 r., że terapia RJJO z zastosowaniem Avastin prawdopodobnie nie jest opłacalna.

**Z uwagi na wyższą skuteczność i opłacalność BEW w nawrotowym RJJO lek ten z całą pewnością powinien być refundowany raczej i w pierwszej kolejności w nawrotowym RJJO niż w pierwszej linii RJJO – w nawrotowym stosowanie BEW jest ze wszech miar bardziej uzasadnione.**

Jeśli aktualna analiza ekonomiczna dla nawrotowego RJJO, przy znacząco niższej cenie BEW, wskazałaby na brak opłacalności terapii, to natychmiast zrodziłoby to pytania o opłacalność stosowania BEW w pierwszej linii, podstawy podjęcia pozytywnej decyzji refundacyjnej w tym wskazaniu w latach 2012-2014 oraz o jakość analiz przedłożonych w MZ przez producenta leku oryginalnego.

## **Dostępność do szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV, Human papillomavirus) w Polsce – implikacje refundacyjne, na rzecz przetargów, populacyjne i systemowe**

W Polsce rozpoznanie dysplazji szyjki macicy oraz zmian nowotworowych, głównie raka szyjki macicy, jest bardzo opóźnione w porównaniu do innych państw rozwiniętych. Skoro z różnych względów Polki nie chodzą do ginekologów, to tym bardziej istotna jest prewencja i zapobieganie zmianom dysplastycznym i rakowi szyjki macicy. Im większa populacja wyszczepionych, tym większa redukcja ryzyka. Dlatego szczególnie w Polsce powinniśmy wyszczepić, jak największą liczbę dziewczynek i chłopców. Warto zwrócić uwagę na doniesienia naukowe, które wskazują, że nawet przy 50 procentowym pokryciu szczepieniami kohorty dziewcząt zauważa się efekty populacyjne u nieszczepionych kobiet i mężczyzn. W Polsce mamy ogromny problem, powinniśmy jak najszybciej i jak najszerszej wyszczepić dzieci w określonym wieku, żeby osiągnąć ochronę populacyjną. Musimy poszerzyć program szczepień i jak najszybciej udostępnić go nieodpłatnie, zachęcać do szczepień przeciwko HPV, a to jaką szczepionką, ma drugorzędne znaczenie. Uważam, że w związku z rekomendacją WHO, przynajmniej pierwsza dawka powinna być w Polsce bezpłatna lub na ryczałt.<sup>3</sup>

95 proc. wszystkich przypadków raka szyjki macicy jest wywołane przez HPV, z czego ok. 70 proc. przypadków związanych jest z zakażeniem dwoma typami wirusa: HPV16 i HPV18. Kluczowa jest ochrona przed chorobami związanymi z typami HPV-16/18. Typy HPV-16 i HPV-18 występują w Polsce najczęściej – pozostałe są stosunkowo rzadkie, a przy tym HPV-6 i 11 należą do typów o niskim potencjale onkogennym, choć to właśnie HPV 6 i 11 wywołują około 90 proc. przypadków brodawek narządów płciowych (kłykciny kończyste).

Skuteczność tej interwencji jest bardzo wysoka. Z dostępnych badań efektywności praktycznej wynika, że jeżeli chodzi o raka szyjki macicy redukcja może sięgać 90 procent przypadków. Jeszcze więcej, jeśli chodzi o zmiany przedrakowe w postaci śródnamłonkowej dysplazji szyjki macicy

<sup>3</sup> <https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Landa-pierwsza-dawka-szczepionki-p-HPV-za-darmo-dla-wszystkich-lub-na-ryczalt-Jak-najszybciej,242601,6.html>

CIN2 (średniego stopnia) i CIN3 (dużego stopnia) – tu skuteczność sięga niemal 100 procent. Wyniki pochodzą z kraju, który wprowadził szczepienia przeciw HPV ponad 14 lat temu, a zaszczepione dziewczynki weszły już w wiek dorosły i są okresowo badane.

Oprócz Australii opublikowano dane dotyczące wyników pierwszych 4 lat programu w Anglii, które wskazują na zmniejszenie ryzyka zachorowania na inwazyjnego raka szyjki macicy i zmian dysplastycznych CIN3+ odpowiednio o 87 procent (95 proc. CI:72-94) i 97 procent (95 proc. CI:96-98) u dziewcząt zaszczepionych w wieku 12-13 lat. Podobne wyniki zaobserwowano w Szwecji i innych krajach europejskich.

Warto zauważyć, że wyniki programu szczepień realizowanego w Wielkiej Brytanii szczepionką dwuwalentną są zbliżone z wynikami skuteczności tej szczepionki w randomizowanym, sięgając 93 procent dla zmian dysplastycznych CIN3.<sup>4</sup>

2-walentna szczepionka dostępna na rynku wywołuje silną i długotrwałą odporność krzyżową. Poziom protekcji/ochrony krzyżowej danej szczepionki wobec typów HPV innych niż te zawarte w szczepionce wynika z powiązań i podobieństw filogenetycznych różnych typów HPV. Wirus typu HPV16 jest najsilniej związany filogenetycznie z wirusem typu HPV-31 (ale także HPV 33/35/52/58), natomiast wirus typu HPV-18 filogenetycznie związany jest najbardziej z wirusem typu HPV-45.

Wydaje się, że adiuwant w szczepionce 2-walentnej jest znacznie lepszy niż w szczepionkach 4- i 9-walentnej, co ma wpływ na odporność krzyżową, immunogenność i długość jej utrzymywania się. W szczepionce 9-walentnej ilość antygeny HPV-16 zwiększono do 60 mikrogramów a HPV-18 do 40 mikrogramów, ale też dodano antygeny kolejnych typów HPV, co we wcześniej przeprowadzonych badaniach zmniejszało odpowiedź wobec najważniejszych typów, zwłaszcza HPV-18.

Z perspektywy HTA na rzecz decyzji refundacyjno-cenowych trudno nazwać szczepionki przeciw HPV szczepionkami pojedynczymi. Można przyjąć, że dodawanie kolejnych antygenów do nowych preparatów rodzi podobne implikacje związane z oceną skuteczności i bezpieczeństwa, a co za tym idzie z oceną ich opłacalności (ICUR) i wpływu na budżet płatnika (BIA), jakie dotyczą szczepionek w preparatach złożonych (szczepionki skojarzone). Podejście takie utrudnia wyłącznie fakt występowania odporności krzyżowej wobec różnych typów tego samego wirusa (patrz dalej), przy czym odporność krzyżowa działa na korzyść szczepionki 2-walentnej.

Opłacalność i wpływ na budżet (część ceny preparatu) związana jest z każdym z antygenów w szczepionce i bezpośrednio koreluje z rozpowszechnieniem antygeny w populacji docelowej. Opłacalność dodawanych do szczepionki antygenów dotyczących rzadko występujących i mało rozpowszechnionych typów HPV jest z całą pewnością niższa niż tych występujących najczęściej i dodatkowo jest obniżana przez fakt występowania odporności krzyżowej. Dodatkowe efekty zdrowotne i populacyjne związane z dodaniem kolejnych antygenów rzadko występujących typów HPV są stosunkowo niewielkie, a dla niektórych typów praktycznie żadne. To oznacza, że w każdym kraju istnieje granica zasadności ekonomicznej i akceptowalności refundacji preparatów złożonych zawierających antygeny rzadko występujących typów HPV, a wtedy tylko niewielka

<sup>4</sup> <https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Landa-pierwsza-dawka-szczepionki-p-HPV-za-darmo-dla-wszystkich-lub-na-ryczalt-Jak-najszybciej,242601,6.html>



różnica w cenie preparatów 2-, 4- i 9-walentnych może uzasadniać finansowanie preparatów poli-walentnych ze środków publicznych.

Na podstawie dostępnych pierwotnych badań klinicznych oraz przeglądów systematycznych można przyjąć, że nie ma różnic istotnych klinicznie w zakresie ochrony przeciw HPV-16 i HPV-18 – bezpośrednich dowodów na występowanie różnic w skuteczności w tym zakresie nie ma, a porównania pośrednie wykazujące różnice (zwykle na korzyść 2-walentna) obarczone są niepewnością oszacowań. 9-walentna i 2-walentna nie różnią się skutecznością w zapobieganiu zmianom CIN2+ niezależnie od typu HPV. Szczepionka 4-walentna jest istotnie mniej skuteczna niż 2-walentna w zapobieganiu zmianom CIN2+ niezależnie od typu HPV. W przypadku zmian CIN3+ niezależnie od typu HPV, wykazano skuteczność szczepionki 2-walentnej na poziomie 93 proc., znacznie wyższą niż 4-walentna – natomiast szczepionka 9-walentna nie posiada badań dla tego punktu końcowego.

Przedstawienie dowodów na ew. tezę o wyższej skuteczności szczepionki 4- czy 9-walentnej to obowiązek moralny twierdzącego. Jeśli więc producent szczepionki 9-walentnej chciałby wnioskować o wyższą cenę (premium price) w stosunku do 2-walentnej lub refundację w oddzielnej grupie limitowej, to właśnie jego obowiązkiem jest przedstawienie niezbitych dowodów na istotną klinicznie wyższą efektywność. Nie udało się odnaleźć dowodów naukowych na potwierdzenie tezy o wyższej skuteczności szczepionki 9-walentnej – wręcz przeciwnie, odnaleziono wiele argumentów przemawiających za wyższością szczepionki 2-walentnej.

Skoro nie ma możliwości udowodnienia istotnej klinicznie, wyższej efektywności nowej technologii medycznej (brak dowodów naukowych lub brak wykazania istotnych klinicznie różnic pomiędzy opcjami postępowania) należy przeprowadzić analizę minimalizacji kosztów (CMA, cost minimization analysis). W przypadku CMA dla porównywanych szczepionek największe znaczenie będą miały ceny efektywne preparatów. Brak dowodów naukowych pochodzących z badań randomizowanych H2H (head to head, porównanie bezpośrednie) nie pozostawia decydentom alternatywy innej, niż przyjęcie w postępowaniu refundacyjno-cenowym założenia o takiej samej skuteczności i profilu bezpieczeństwa szczepionki 2-walentnej, 4-walentnej i 9-walentnej, co z kolei prowadzi do CMA i wyboru najtańszej szczepionki w procedurze przetargowej lub najtańszej szczepionki, jako podstawy limitu w jednej grupie objętej wspólnym limitem ceny lub refundacja wyłącznie szczepionki 2-walentnej.

Analiza ekonomiczna dotycząca porównania szczepienia przeciw HPV vs brak szczepienia przeciw HPV ma znaczenie tylko dla pierwszej szczepionki, która zostaje objęta refundacją. Każda następna musi się odnieść do już refundowanego preparatu, a w takim przypadku decyzja musi być oparta na CMA wobec braku badań H2H, bezpośrednio porównujących szczepionki. Stosując metody VBP (value-based pricing) przy uwzględnieniu powyższych czynników, można przypuszczać, że oszacowane ceny preparatów 4- i 9-walentnych powinny niewiele się różnić od ceny szczepionki 2-walentnej.

Prowadzi to do wniosków, że:

- w przypadku finansowania szczepionek z budżetu samorządu, MZ lub NFZ, który podlega procedurze przetargowej, kryteria przetargowe mogą odnosić się wyłącznie do ceny preparatów, czyli kryterium cenowe powinno być jedynym kryterium przetargowym,

- wydzielenie budżetów na oddzielne przetargi dla każdego z 3 konkurencyjnych preparatów nie znajduje podstaw i byłoby niemożliwe do racjonalnego wytłumaczenia,
- w postępowaniu refundacyjnym w Polsce możliwe jest stworzenie jednej wspólnej grupy limitowej dla wszystkich 3 preparatów z ustawieniem limitu na najtańszym preparacie i współpłaceniem, a z czasem, zgodnie z zapisami ustawy o refundacji leków, limit zostałby ustalony na preparacie, który dopełni 15 proc. obrotu w tej grupie,
- dopóki producent szczepionek 4- i 9-walentna nie przedstawi badań H2H, w których wykazałby istotne klinicznie różnice w efektywności klinicznej z 2-walentną nie ma podstaw ani prawnych, ani merytorycznych do wydzielenia tych szczepionek lub jednej z nich do oddzielnej grupy limitowej,
- o objęciu szczepionki 4- czy 9-walentnej refundacją we wspólnej grupie limitowej ze szczepionką 2-walentną powinny decydować wyniki CMA w oparciu o cenę efektywną po uwzględnieniu RSS,
- bardzo niskie wartości ICUR (poniżej 1 PKB/os./QALY) z perspektywy wspólnej (NFZ + pacjent w przypadku obecnego współpłacenia) dla szczepionki 2-walentnej w porównaniu do odstąpienia od szczepień wskazują, że szczepionka powinna być refundowana w 100 proc. lub dostępna na ryczałt; nawet przy zmienionych założeniach w modelach ekonometrycznych, czyli mniejszej niż 100 proc. skuteczności ochrony oraz skróconym horyzoncie czasowym, wciąż wyniki ICUR są wyjątkowo dobre; szczepienia przeciw HPV prowadzą do odporności stadnej (herd immunity) i choć ten efekt nie jest zwykle brany pod uwagę w analizach ekonomicznych, to powinien zostać uwzględniony przy podejmowaniu decyzji refundacyjnych.

## Poprawa dostępu do innowacyjnego leczenia w raku jajnika, jajowodu lub otrzewnej, dzięki refundacji leku niraparib

Niraparib jest obecnie refundowany w Polsce w ramach programu lekowego w monoterapii podtrzymującej u dorosłych pacjentek z rozpoznany:

- zaawansowanym (st. III lub IV wg FIGO) niskozróżnicowanym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej
- nawrotowym, platinowrażliwym, niskozróżnicowanym surowiczym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej

Od 1 stycznia 2022 roku niraparib jest refundowany w leczeniu podtrzymującym pacjentek z rakiem jajnika, niezależnie od statusu mutacji BRCA1 i BRCA2. O taką decyzję postulowali nie tylko lekarze specjaliści, ale także pacjentki i ich rodziny. Problemem był wcześniej nierówny dostęp do skutecznego leczenia finansowanego ze środków publicznych w zależności od obecności różnych mutacji.

Niraparib jest lekiem dopuszczonym do obrotu na terenie UE przez EMA.

Przeprowadzone badania randomizowane i analizy, pozwalały wyciągnąć wniosek, że niraparib powinien być refundowany dla pacjentek bez mutacji BRCA1/2. Natomiast refundacja niraparibu dla pacjentek z mutacją BRCA1/2 nie tylko poszerzyła możliwości terapeutyczne, ale doprowadziła do wzmożenia konkurencji cenowej i przyspieszyła erozję cen, zarówno olaparibu, jak też niraparibu.



W analizach ekonomicznych i finansowych, a także przy ustalaniu cen urzędowych i efektywnych, należy uwzględnić średnią dawkę rzeczywistą, pochodzącą z dobrej jakości rejestrów lub badań RWE (real world evidence). Badania rynkowe potwierdzają średnią dawkę około 200 mg niraparybu w codziennej praktyce klinicznej (Grabowski i in., 2019; 2Thaker i in., 2019; 3Wu i in., 2019; 4IQVIA, 2020). W analizie danych IMS LRx dla okresu od listopada 2017 do sierpnia 2020 uzyskano średnią dawkę dobową 202 mg na pacjenta. Dla części pacjentów, u których możliwa była wstępna obserwacja co najmniej 90 dni przed rozpoczęciem terapii niraparybem, średnia dawka wynosiła 201 mg na dobę – wynosiła od 202 mg w pierwszym roku przepisywania do 199 mg w drugim i 191 mg w trzecim z (4IQVIA, 2020).

Nie ma wiarygodnych podstaw do wyciągania wniosków o wyższej skuteczności niraparibu czy olaparibu. Porównanie efektywności klinicznej niraparibu i olaparibu na podstawie badań rejestracyjnych nie jest możliwe, m.in. z uwagi na krótszy okres obserwacji w badaniu PRIMA, czy równocześnie bardziej obciążoną próbę w badaniu PRIMA w odniesieniu do próby badania SOLO1. Z uwagi na wysoką heterogeniczność badań przedstawiane zestawienia wyników można traktować wyłącznie pogładowo.

Na podstawie dostępnych badań klinicznych olaparib i niraparib należy uznać za leki o zbliżonej skuteczności, ze wszystkimi tego implikacjami w zakresie analizy ekonomicznej i wyciągania wniosków refundacyjno-cenowych. Olaparib stanowi kotwicę refundacyjną i cenową dla niraparibu, i to zarówno, jeśli chodzi o pacjentki z BRCA1/2 plus, jak też BRCA1/2 minus. Zastosowanie niraparybu w leczeniu podtrzymującym w porównaniu z placebo w grupie non-gBRCAmut pozwala na istotną redukcję ryzyka progresji lub zgonu z powodu raka jajnika odpowiednio w grupie pacjentek non-gBRCAmut o 0,55 ryzyka w grupie kontrolnej; HR=0,45 (95 proc. CI: 0,34; 0,61). Mediana PFS w grupie bez mutacji wyniosła 9,3 miesiąca, a w grupie kontrolnej 3,9 miesiąca.

W populacji non-gBRCAmut wykazano, że pacjentki stosujące niraparib istotnie statystycznie rzadziej przerywały leczenie w porównaniu z chorymi przyjmującymi placebo OR wyniósł 0,47 (95 proc. CI: 0,24; 0,93). Działania niepożądane prowadzące do przerywania leczenia wystąpiły odpowiednio u 66,5 proc i 14,5 proc. pacjentów w grupach niraparybu i placebo. Zmniejszenie dawki z powodu działań niepożądanych było wymagane u 68,9 proc. i 5 proc. pacjentów, a przerywanie leczenia z powodu działań niepożądanych wystąpiło odpowiednio u 15 proc. i 2,2 proc. pacjentów.

Średnia intensywność dawki dla pacjentów w grupie niraparybu wynosiła 195 mg/dzień i 290 mg/dzień w grupie placebo; średnia względna intensywność dawki wynosiła 65 proc. i 97 proc., a średni czas trwania leczenia wyniósł odpowiednio 300 i 213 dni (około 11,0 i 7,9 cykli). Dane te należy uwzględnić w BIA, gdyż w związku z częstym przerywaniem terapii i redukcją dawki wpływ na budżet płatnika będzie niższy niż wynikający z podstawowych zasad dawkowania.

Decyzje refundacyjne i cenowe dla niraparibu w BRCA1/2 minus nie powinny być podejmowane w podejściu utylitarnym, czyli w oparciu o wyniki analizy ekonomicznej z restrykcyjnym ich odniesieniem do ustawowego progu opłacalności. Skłonność regulatora w Polsce do akceptacji wyższej ceny powinna być wyższa niż w czystym podejściu utylitarnym z uwagi na następujące fakty:

- mamy do czynienia ze wskazaniem ultraradkimi (biorąc pod uwagę liczbę kobiet, które będą się kwalifikowały do leczenia), a niraparib stał się przecież pierwszą refundowaną technologią medyczną o udowodnionej skuteczności w BRCA1/2 minus,

- niraparib posiada status leku sierocego w UE,
- niraparib jest stosowany w stanach terminalnych (EoLT, end of life treatment – patrz uzasadnienie do projektu DNUR, dużej ustawy refundacyjnej, która przeszła konferencję uzgodnieniową we wrześniu 2012 r., dotyczące podwyższenia wartości progu opłacalności w przypadku EoLT),
- w grupie BRCA1/2 minus nie ma refundowanej innej niż niraparib technologii o udowodnionej skuteczności klinicznej.

# Podsumowanie

Kobięcy Barometr WHC skupia się na problemach zdrowotnych dotyczących wyłącznie kobiet oraz na jednostkach chorobowych, które znacznie częściej występują u kobiet. Fundacja przeanalizowała 75 świadczeń z 13 dziedzin medycyny.

Wyniki są następujące:

- średni czas oczekiwania kobiet na świadczenia dotyczące chorób, które częściej u nich występują – 2,7 mies. (w zeszłym roku 2,8 mies.)
- średni czas oczekiwania na świadczenia wyłącznie kobiece – 2,5 mies. (w zeszłym roku 2,2 mies.)
- średni czas oczekiwania kobiet do lekarza specjalisty – 3,4 mies. (w zeszłym roku 3,7 mies.)
- średni czas oczekiwania kobiet na badania diagnostyczne – 2,3 mies. (w zeszłym roku 2,4 mies.)

## Średni czas oczekiwania kobiet na świadczenia dotyczące chorób, które częściej u nich występują

Najdłuższe czasy oczekiwania zidentyfikowano w dziedzinach:

- chirurgia plastyczna – 8,0 mies. (nie chodzi o tzw. medycynę estetyczną, a o rekonstrukcje piersi) (było 6,6 mies.)
- angiologia – 5,2 mies. (było 6,1 mies.)
- endokrynologia – 4,4 mies. (było 3,3 mies.)

Ponad miesiąc pacjentki zaczekają także na świadczenia w dziedzinach:

- psychiatria – 1,4 mies. (było 2,1 mies.)
- ginekologia onkologiczna – 1,5 mies. (był 1 mies.)

Najszybciej pacjentki mogą skorzystać ze świadczeń obejmujących dziedzinę radioterapii onkologicznej, gdzie czas oczekiwania wynosi średnio 0,7 miesiąca. Są to specjalistyczne świadczenia, a grono odbiorców jest ograniczone - pacjenci korzystający z porad lekarza radiologa oraz świadczeń terapeutycznych sklasyfikowanych w tej dziedzinie to osoby obciążone poważną chorobą zagrażającą życiu i zdrowiu.

## Średni czas oczekiwania na świadczenia wyłącznie kobiece

W raporcie przeanalizowano nie tylko świadczenia spośród dziedzin wybranych w oparciu o epidemiologiczną przewagę występowania dolegliwości i chorób wśród kobiet, ale także świadczenia dotyczące wyłącznie kobiet. W tej kategorii znalazły się w szczególności choroby związane z narządami rodnymi, porodem i położeniem. Na potrzeby analizy zaliczono do niej

także raka piersi. Lista świadczeń wyłącznie kobiecych oznaczona została w załączniku w kolumnie „wskazania”.

Wyniki przedstawiają się następująco:

- rekonstrukcja piersi; wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową – 12,0 mies. (było 13,1 mies.)
- rekonstrukcja piersi; wstawienie implantu typu ekspander – 11,9 mies. (było 7, 0 mies.)
- operacja nietrzymania moczu metodą TOT – 5,7 mies. (było 4,7 mies.)

Ponadto:

- operacja wypadania macicy metodą podwieszania z dostępem laparoskopowym – 4,8 mies. (było 5,3 mies.)
- laparoscopia diagnostyczna – 4,4 mies. (było 3,6 mies.)
- kolposkopia – 3,2 mies. (było 1,2 mies.)

## Średni czas oczekiwania kobiet do lekarza specjalisty

Najdłużej kobiety muszą poczekać na wizytę:

- u endokrynologa – 11,0 mies. (było 7,3 mies.)
- u angiologa – 6,5 mies. (było 8,5 mies.)
- u chirurga naczyniowego – 6,4 mies. (było 8,0 mies.)

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

- chirurg plastyczny – 6,3 mies. (nie chodzi tu o tzw. medycynę estetyczną a rekonstrukcje piersi) (było 4,1 mies.)
- neurochirurg – 6,2 mies. (było 5,7 mies.)
- immunolog – 5,4 mies. (było 5,3 mies.)

Najkrócej pacjentki zaczekają na wizytę:

- u ginekologa – 0,3 mies. (było 0,7 mies.)
- u ginekologa-onkologa – 0,5 mies. (było 0,3 mies.)

## Średni czas oczekiwania kobiet na badania diagnostyczne

Najdłuższy czas oczekiwania odnotowano w przypadku:

- USG tarczycy – 6,1 mies. (było 5,7 mies.)
- USG Doppler kończyn dolnych – 5,5 mies. (było 7,6 mies.)
- badanie w kierunku 5 najczęstszych mutacji w obrębie genu BRCA1 u pacjentki potencjalnie obciążonej ryzykiem rozwoju dziedzicznego raka piersi – 4,5 mies. (było 7,4 mies.)
- laparoscopia diagnostyczna – 4,4 mies. (było 3,6 mies.)

Najkrócej pacjentki zaczekają na:

- mammografię – 0,3 mies. (było 0,1 mies.)
- cytologię – 0,6 mies. (było 0,5 mies.)

## Etapowość świadczeń (tzw. odyseja diagnostyczna)

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

Zgodnie z wynikami:

- czas od podejrzenia raka piersi w badaniu mammograficznym do mastektomii całkowitej – 85 dni
- czas od anoreksji i myśli samobójczych do wizyty u gastroenterologa dziecięcego (16-letnia pacjentka) – 190 dni
- czas od niespecyficznych objawów raka jajnika do operacji metodą laparotomii pośrodkowej – 199 dni
- czas od drugiego poronienia przed 20 tygodniem ciąży do badania kariotypu – 291 dni
- czas od bolesnych, obfitych i nieregularnych miesiączek do zabiegu usunięcia torbieli endometrialnych metodą tradycyjną – 308 dni
- czas od hiperprolaktynemii i bólów głowy do usunięcia guza prolaktynowego – 621 dni
- czas od podejrzenia raka tarczycy do tyreidektomii radykalnej – 651 dni
- czas od przewlekłej niewydolności żyłnej do usunięcia żyłaków metodą klasyczną – 774 dni

## Z notatek ankietarów

Po raz pierwszy w Barometrze WHC znalazły się fragmenty z notatek ankietarów dzwoniących do przychodni i szpitali. Dane do Barometrów WHC przez lata opracowywała firma HTA Consulting, następnie MAHTA, obecnie HTA Registry – są to firmy prowadzące projekty w kraju, w Europie i na świecie, z ich raportów niejednokrotnie korzysta Ministerstwo Zdrowia czy Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

- badanie TK jamy brzusznej metodą PET/CT (pozytonowej tomografii emisyjnej)

Ankieter zwrócił uwagę, że informacje dotyczące czasu oczekiwania w jednej z placówek w Poznaniu mogą różnić się w zależności od terminu przeprowadzenia rozmowy z rejestracją. Został także poinformowany, że badanie wykonywane jest wyłącznie „w czwarty wtorek miesiąca”.

- operacja guza jajnika metodą laparoskopową

W przypadku jednego z warszawskich ośrodków, w ramach którego analizowany był przypadek 33-letniej pacjentki skierowanej przez ginekologa na operację guza jajnika metodą laparoskopową ankieter uzyskał informację, że terminy zabiegu w trybie pilnym to 6-8 mies., a w trybie stabilnym czas oczekiwania wynosi nawet do 2 lat. Podczas rozmowy ankieter został poinstruowany, że przed przystąpieniem do zabiegu konieczna jest wcześniejsza kwalifikacja, a na nią zapisy obecnie prowadzone są na przełom sierpnia i września.

- wizyta u endokrynologa

W jednym z wrocławskich szpitali ankieter został poinformowany, że czas oczekiwania w przypadku pilnym to rok, natomiast jeśli problem dotyczy przypadku stabilnego, to 5 lat. Najkrótsze czasy oczekiwania ankieter zidentyfikował w przypadku dwóch ośrodków wiejskich – w przypadku jednego z nich czas oczekiwania wyniósł ok. miesiąca, a w przypadku drugiego ok. 2,5 (nie należy na tej podstawie wyciągać wniosków, że na wsi łatwiej jest dostać się do specjalisty).

- lobektomia (usunięcie płata tarczycy)

Ankieter dowiedział się, że aby przystąpić do zabiegu, konieczna jest kwalifikacja przez ordynatora – najbliższa odbywać się będzie w maju, sam zabieg odbywa się ok. 3-4 mies. od konsultacji. Oznacza to, że kobieta ze zdiagnozowanym wolem guzkowym w obrębie jednego płata tarczycy, jeśli zdecyduje się na podjęcie leczenia w tym ośrodku i pomyślnie przejdzie kwalifikację, może spodziewać się terminu wykonania zabiegu nie wcześniej niż we wrześniu.

- badanie kariotypu

W jednej z placówek ankieter otrzymał informację, że najbliższy termin do poradni to październik 2023 (240 dni), ale jeśli wizyta miałaby się odbyć w drodze teleporady, termin jest „już” na maj 2023 (90 dni) – po telerozmowie lekarz może wydać skierowanie na badanie. Wysyłane jest ono pocztą, a pacjentka przychodzi w dowolnym terminie i pobierana jest krew do badania.

(więcej przykładów w rozdziale „Z notatek ankieterów”)

## Dostęp pacjentek do innowacyjnego leczenia

W latach 2019-2022 na stronach Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji utworzono 981 zleceń dotyczących przygotowania analizy weryfikacyjnej AOTMiT, stanowiska Rady Przejrzystości i rekomendacji Prezesa Agencji.

4,5 proc. (44) stanowiły zlecenia dotyczące produktów leczniczych stosowanych w chorobach typowych dla kobiet (rak piersi – 14, stwardnienie rozsiane -11, RZS – 4, migrena – 7, narządy płciowe – 5, toczeń rumieniowaty – 2, zapalenie pęcherza moczowego – 1). Większość przeanalizowanych technologii wykorzystywanych szczególnie wśród kobiet uzyskała warunkowe/negatywne rekomendacje/stanowiska.

# Załącznik – konkretne przypadki

**Tabela 2.** Zmiana czasu oczekiwania na świadczenia – Kobięcy Barometr 2022 vs. 2023 (w kolumnie „wskazanie” na różowo oznaczono świadczenia wyłącznie kobiece)

WSKAZANIE	OPIS PRZYPADKU	LUTY 2023	LUTY 2022	ZMIANA
<b>Angiologia</b>		<b>5,2</b>	<b>6,1</b>	<b>-0,9</b>
<b>Wizyta u angiologa</b>	Pacjentka 62 lata, po złamaniu miednicy, ból łydki podczas chodzenia i obrzęk jednej łydki, skierowanie od lekarza POZ	6,5	8,5	-2,0
<b>USG Doppler kończyn dolnych</b>	Kobieta, 30 lat, od kilku miesięcy uczucie ciężkości nóg, ból nóg, czasem pojawia się obrzęk, praca stojąca, skierowanie od angiologa	5,5	7,6	-2,1
<b>Angiografia RM żył miednicy</b>	Kobieta, 37 lat, po 3 porodzie, podejrzenie niewydolności żyłnej miednicy, skierowanie od angiologa	2,7	1,9	0,7
<b>Wizyta u chirurga naczyniowego</b>	Żylaki z zaawansowanym obrzękiem, skierowanie od angiologa po wykonaniu badania USG Doppler,	6,4	8,0	-1,6
<b>Usunięcie żyłaków metodą klasyczną</b>	Kobieta, 58 lat, żylaki z zaawansowanym obrzękiem	7,4	6,2	1,2
<b>Embolizacja żył miednicy</b>	Kobieta, 22 lata, żylakowatość miednicy małej potwierdzona w badaniu angiograficznym, skierowanie od angiologa	3,0	4,4	-1,4
<b>Chirurgia onkologiczna</b>		<b>1,4</b>	<b>1,2</b>	<b>0,2</b>
<b>Wizyta u chirurga onkologa</b>	Kobieta, 58 lat, Podejrzenie raka sutka. Kategoria 4b według BIRADS na podstawie wyniku badania mammograficznego /USG	1,7	1,5	0,2
<b>Badanie TK jamy brzusznej metodą PET/CT (pozytonowej tomografii emisyjnej)</b>	Kobieta 48 lat, rak szyjki macicy, naciek ścian miednicy, wodonerce, skierowanie pilne od ginekologa onkologa	1,4	0,6	0,8
<b>MRI miednicy</b>	Pacjentka 42 lata, z rakiem płaskonabłonkowym szyjki macicy (Stadium IIb według FIGO: RSM rozrastający się poza szyjkę, ale nienaciekający dolnej 1/3 części pochwy ani ścian miednicy, klinicznie jawna inwazja przymacicz/stwierdzone naciekanie przymacicz). Skierowanie pilne od ginekologa onkologa	1,8	1,1	0,7
<b>Wycięcie pachowych węzłów chłonnych</b>	Kobieta, 67 lat, rak sutka, skierowanie od ginekologa onkologa	1,5	0,9	0,6
<b>Operacja oszczędzająca pierś</b>	Kobieta, 58 lat, nieinwazyjny rak przewodowy sutka, skierowanie od ginekologa	0,7	1,6	-0,9
<b>Chirurgia plastyczna</b>		<b>8,0</b>	<b>6,6</b>	<b>1,4</b>
<b>Wizyta u chirurga plastycznego</b>	Kobieta, 58 lat, przebyta mastektomia w przebiegu raka sutka	6,3	4,1	2,2
<b>Waginoplastyka</b>	Obniżenie ścian pochwy po porodzie, silny dyskomfort i ból podczas stosunku, nietrzymanie moczu. Skierowanie od ginekologa	1,8	2,4	-0,6
<b>Rekonstrukcja piersi – wstawienie implantu typu ekspander</b>	Kobieta, 58 lat, przebyta mastektomia w przebiegu raka sutka	11,9	7,0	4,9
<b>Rekonstrukcja piersi – wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową</b>	Kobieta, 58 lat, przebyta mastektomia w przebiegu raka sutka	12,0	13,1	-1,1
<b>Endokrynologia</b>		<b>4,4</b>	<b>3,3</b>	<b>1,1</b>
<b>Wizyta u endokrynologa</b>	Kobieta, 22 lata, skierowanie od lekarza POZ, podejrzenie niedoczynności tarczycy (senność, przyrost masy ciała, problemy z koncentracją, podwyższony poziom TSH)	11,0	7,3	3,7
<b>USG tarczycy</b>	Kobieta, 46 lat skierowanie od lekarza POZ, podejrzenie powiększenia tarczycy po badaniu palpacyjnym (manualnym), obniżony poziom TSH	6,1	5,7	0,4

<b>Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy</b>	Pacjentka 51 lat, widoczne wole tarczycy, wykonano badanie USG, skierowanie od endokrynologa	3,7	3,6	0,1
<b>Scyntygrafia tarczycy</b>	Kobieta, 38 lat, podejrzenie nadczynności tarczycy, skierowanie od endokrynologa	3,2	1,1	2,1
<b>Resekcja przytarczyc</b>	Kobieta, 44 lata, pierwotna nadczynność przytarczyc (gruczolak przytarczyc), skierowanie od endokrynologa	3,7	2,5	1,2
<b>Tyreidektomia radykalna</b>	Kobieta, 44 lata, podejrzenie raka tarczycy, skierowanie pilne od endokrynologa, pęcherzykowy rak tarczycy, kategoria IV w klasyfikacji Bethesda (po biopsji)	0,9	1,2	-0,2
<b>Lobektomia (usunięcie płata tarczycy)</b>	Kobieta, 52 lata, zdiagnozowane wole guzkowe w obrębie jednego płata tarczycy, skierowanie od endokrynologa	2,3	1,8	0,5
<b>Ginekologia onkologiczna</b>		<b>1,5</b>	<b>1,0</b>	<b>0,5</b>
<b>Wizyta u ginekologa onkologa</b>	Kobieta 28 lat, jej matka i ciotka chorują na raka piersi, chce skorzystać z konsultacji onkologicznej bez skierowania	0,5	0,3	0,2
<b>Tomografia komputerowa (TK) miednicy małej i brzucha</b>	Kobieta, 71 lat, podejrzenie raka trzonu macicy, skierowanie pilne od ginekologa	1,4	0,7	0,7
<b>Kolposkopia</b>	Kobieta, 45 lat, nieprawidłowości widoczne w badaniu cytologicznym, skierowanie od ginekologa	3,2	1,2	2,0
<b>Cytologia metodą Papanicolau</b>	Kobieta, 26 lat, pacjentka nie miała jeszcze nigdy cytologii	0,6	0,5	0,1
<b>Operacja guza jajnika metodą laparoskopową</b>	Kobieta, 33 lata, przeprowadzono badanie ginekologiczne i USG, skierowanie od ginekologa	1,8	1,6	0,2
<b>Operacja usunięcia macicy (histerektomia waginalna)</b>	Kobieta, 38 lat, endometrioza, skierowanie od ginekologa	1,7	1,9	-0,2
<b>Usunięcie polipów z kanału szyjki macicy</b>	Kobieta, 41 lat, powtarzające się upławy i stany zapalne pochwy, podczas wizyty u ginekologa wykryto uwypuklenia w śluzówce kanału szyjki macicy, skierowanie od ginekologa	1,4	1,0	0,4
<b>Operacja metodą laparotomii pośrodkowej</b>	Kobieta, rak jajnika II stopnia, wykonano badanie USG i TK	1,2	0,9	0,3
<b>Immunologia</b>		<b>2,6</b>	<b>3,1</b>	<b>-0,6</b>
<b>Wizyta u immunologa</b>	Kobieta, 33 lata, 2 próby ciąży zakończone poronieniami przed 20 tygodniem ciąży, skierowanie od lekarza POZ	5,4	5,2	0,2
<b>Biopsja tarczycy aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC)</b>	Pacjentka, 51 lat, widoczne wole tarczycy, wykonano badanie USG, skierowanie pilne od endokrynologa	0,9	1,0	-0,1
<b>Histerosalpingografia</b>	Kobieta, 33 lata, skierowanie od ginekologa w celu wykluczenia anatomicznych przyczyn poronień	1,9	0,6	1,3
<b>Badanie kariotypu</b>	Kobieta, 33 lata i jej partner 33 lata, skierowanie od ginekologa do poradni genetycznej w celu ustalenia przyczyny poronień	2,1	5,7	-3,6
<b>Neurologia</b>		<b>2,3</b>	<b>3,3</b>	<b>-0,9</b>
<b>Wizyta u neurologa</b>	Kobieta, 25 lat, skierowanie od lekarza POZ w związku z pojawieniem się bólów migrenowych	1,9	3,5	-1,6
<b>MRI głowy</b>	Kobieta, 25 lat, skierowanie od neurologa w związku z bólami głowy o nieustalonej przyczynie: przypadek pilny	0,7	2,4	-1,7
<b>MRI głowy</b>	Kobieta, 25 lat, skierowanie od neurologa w związku z bólami głowy o nieustalonej przyczynie: przypadek stabilny	1,4	3,1	-1,7
<b>Wizyta u neurochirurga</b>	Kwalifikacja do zabiegu usunięcia guza prolaktynowego. Pacjentka, 36 lat, po dwóch ciążach (ostatnia 4 lata temu), rozpoznany guz prolaktynowy przysadki, bóle głowy, które w ostatnich kilku tygodniach się nasiliły. Leczenie farmakologiczne nie przyniosło efektów, guz widoczny w badaniu MRI, skierowanie od neurologa w trybie pilnym	6,2	5,7	0,5
<b>Usunięcie guza prolaktynowego</b>	Kwalifikacja do zabiegu usunięcia guza prolaktynowego. Pacjentka, 36 lat, po dwóch ciążach (ostatnia 4 lata temu), rozpoznany guz prolaktynowy przysadki, bóle głowy, które w ostatnich kilku tygodniach się nasiliły. Leczenie farmakologiczne nie przyniosło efektów, guz widoczny w badaniu MRI, skierowanie od neurologa w trybie pilnym, skierowanie od neurologa w trybie pilnym	2,8	2,9	-0,1
<b>Obrazowo monitorowana stereotaktyczna i cybernetyczna mikroradioterapia</b>	Kobieta, 37 lat, potwierdzona neuralgia nerwu trójdzielnego	0,8	2,0	-1,2



Onkologia		1,4	1,9	-0,5
<b>Wizyta u onkologa</b>	Pacjentka, 52 lata, chciałaby porozmawiać o swoich predyspozycjach genetycznych. Matka choruje na raka otrzewnej, ojciec zmarł na raka trzustki, choroby nowotworowe również u kuzynów (II stopnia)	1,1	0,9	0,2
<b>Badanie w kierunku 5 najczęstszych mutacji genu BRCA1 (konsultacja onkogenetyczna)</b>	Kobieta, 38 lat, posiada skierowanie od lekarza POZ, jej zmarła matka chorowała na raka piersi	4,5	7,4	-2,9
<b>Mammografia</b>	Kobieta, 66 lat, pacjentka nie korzystała z badania mammograficznego w ciągu ostatnich 24 miesięcy	0,3	0,1	0,2
<b>Mastektomia całkowita</b>	Nieinwazyjny rak przewodowy sutka, skierowanie od ginekologa	0,4	0,4	0,0
<b>Biopsja gruboigłowa</b>	Podjęzienie raka sutka. Kategoria 4b według BIRADS na podstawie wyniku badania mammograficznego/USG	0,4	0,6	-0,2
Położnictwo i ginekologia		1,7	1,7	0,0
<b>Wizyta u ginekologa położnika</b>	Kobieta, 21 lat, nieregularne i bolesne miesiączki, od kilku miesięcy zwiększone wypadanie włosów i nasilenie owłosienia typu męskiego	0,6	0,2	0,4
<b>Wizyta u ginekologa</b>	Dziewczyna, 16 lat, pierwsza wizyta u ginekologa, nieregularne, bolesne miesiączki	0,3	0,7	-0,4
<b>Histeroskopia diagnostyczna</b>	Kobieta, 21 lat, nieregularne i bolesne miesiączki, nieprawidłowe krwawienia, skierowanie od ginekologa	1,7	2,5	-0,8
<b>Laparoskopia diagnostyczna</b>	Kobieta, 26 lat, przekroczone normy testosteronu we krwi, objawy wskazujące na PCOS, skierowanie od ginekologa	4,4	3,6	0,7
<b>RM miednicy mniejszej z użyciem kontrastu</b>	Kobieta, 33 lata, od kilku lat nieudane próby zajścia w ciążę, podejrzenie endometriozy, skierowanie od ginekologa	1,5	1,7	-0,2
<b>Zabieg usunięcia mięśniaków macicy (miomektomia)</b>	Obecność mięśniaków potwierdzona w badaniu histeroskopowym	2,0	1,4	0,6
<b>Leczenie endometriozy metodą laparoskopową</b>	Kobieta, 33 lata, od kilku lat nieudane próby zajścia w ciążę, endometrioza potwierdzona w RM, skierowanie od ginekologa	1,9	1,5	0,4
<b>Zabieg usunięcia torbieli endometrialnych metodą tradycyjną</b>	Kobieta, 27 lat, potwierdzone torbiele jajnika o średnicy 3,6 cm (>3 cm)	1,7	1,8	0,0
<b>Laparoskopowe usunięcie torbieli</b>	Kobieta 25 lat, potwierdzone torbiele jajnika o średnicy 2,3 cm (<3 cm), skierowana przez ginekologa na zabieg metodą laparoskopową	1,5	2,1	-0,6
Psychiatria		1,4	2,1	-0,7
<b>Wizyta u psychiatry</b>	Skierowanie od lekarza POZ	1,3	1,4	0,0
<b>Leczenie w oddziale dziennym psychiatrycznym</b>	Kobieta, 23 lata, zdiagnozowana umiarkowana depresja i nerwica lękowa, posiada skierowanie od psychiatry	0,4	0,2	0,2
<b>Terapia elektrowstrząsami</b>	Kobieta, 33 lata, 4 miesiąc ciąży, choruje na ciężką depresję, brak widocznej poprawy w ramach prowadzonej psychoterapii	0,3	1,0	-0,7
<b>Hospitalizacja na oddziale ogólnym psychiatrycznym</b>	Pacjentka, 16 lat, BMI <16, napady lęku i myśli samobójcze, pilne skierowanie od psychiatry	1,3	1,8	-0,5
<b>Wizyta u gastroenterologa dziecięcego</b>	Pacjentka, 16 lat, skierowanie pilne od lekarza POZ w związku z ciągłymi bólami brzucha i nudnościami, które zaostrzają się podczas nawet niewielkich posiłków	4,2	7,9	-3,7
<b>Psychoterapia</b>	Pacjentka, 16 lat, skierowanie po hospitalizacji z powodu anoreksji	0,9	0,5	0,4
Radioterapia onkologiczna		0,4	0,7	-0,3
<b>Wizyta u radioterapeuty</b>	Kobieta, 59 lat, miejscowo-zaawansowany rak sutka, skierowanie pilne od onkologa	0,3	0,8	-0,5
<b>Radioterapia w raku szyjki macicy</b>	Kobieta 47 lat, po zabiegu histerektomii w raku szyjki macicy, skierowana na leczenie uzupełniające	0,4	1,2	-0,8
<b>Brachyterapia HDR</b>	Kobieta, 55 lat, przebyty zabieg oszczędzający w raku piersi, skierowana na leczenie uzupełniające	0,5	0,5	0,0
<b>Radioterapia uzupełniająca w raku piersi</b>	Kobieta, 58 lat, nieinwazyjny rak przewodowy, skierowanie od ginekologa	0,5	0,3	0,2

<b>Reumatologia</b>		<b>1,4</b>	<b>2,1</b>	<b>-0,7</b>
<b>Wizyta u reumatologa</b>	Kobieta, 58 lat, skierowanie od lekarza POZ, podejrzenie reumatoidalnego zapalenia stawów	2,8	3,7	-0,9
<b>Badanie densytometryczne kości</b>	Kobieta, 71 lat, skierowanie od geriatry, podejrzenie osteoporozy	1,1	2,1	-1,0
<b>RTG kości ręki i dłoni</b>	Kobieta, 50 lat, leczona na RZS, pogorszenie stanu zdrowia, posiada skierowanie od reumatologa	0,8	0,1	0,7
<b>Zabieg uwolnienia kanału nadgarstka</b>	Pacjentka 60 lat, skierowanie od reumatologa, reumatoidalne zapalenie stawów, wykonano badanie EMG	1,6	3,3	-1,7
<b>Radiosynowektomia</b>	Kobieta, 53 lata, leczona na RZS, przewlekły stan zapalny w stawach kolanowych z towarzyszącym przerostem błony maziowej, skierowanie od reumatologa	0,8	1,4	-0,6
<b>Urologia/uroginekologia</b>		<b>3,4</b>	<b>3,6</b>	<b>-0,2</b>
<b>Wizyta u urologa</b>	Kobieta, 75 lat, skierowanie od lekarza geriatry w związku z wysiłkowym nietrzymaniem moczu	2,0	3,8	-1,8
<b>Badanie urodynamiczne</b>	Kobieta, 56 lat, skierowanie od urologa, naglące nietrzymanie moczu, częstomocz, nykturia	3,1	5,9	-2,8
<b>USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego</b>	Kobieta, 49 lat, krwimocz, ból brzucha, powiększone węzły chłonne, skierowanie od lekarza POZ	2,6	0,8	1,8
<b>Operacja nietrzymania moczu metodą TOT</b>	Kobieta, 46 lat, skierowanie od urologa, wysiłkowe nietrzymanie moczu	5,7	4,7	1,0
<b>Operacja wypadania macicy metodą podwieszania z dostępem laparoskopowym</b>	Kobieta, 54 lata, skierowanie od urologa, zaawansowane wypadanie macicy, pacjentka urodziła trójkę dzieci poprzez poród naturalny	4,8	5,3	-0,5
<b>USG dna miednicy (USG ginekologiczne)</b>	Pacjentka 33 lata, podejrzenie obniżenia ścian pochwy i macicy. Skierowanie od ginekologa	2,0	1,1	0,9

# Spis wykresów i tabel

## Spis tabel

Tabela 1. Stanowiska Rady Przejrzystości, Rekomendacje Prezesa oraz status refundacyjny technologii stosowanych we wskazaniach specyficznych dla kobiet ocenianych przez AOTMiT w latach 2019-2022 (stan na 27.02.2023).....	31
Tabela 2. Zmiana czasu oczekiwania na świadczenia – Kobięcy Barometr 2022 vs. 2023 (w kolumnie „wskazanie” na różowo oznaczono świadczenia wyłącznie kobiece).....	42

## Spis wykresów

Wykres 1. Porównanie wyników – #Kobietawkolejce 2022 r. vs. #Kobietawkolejce 2023 r. ....	3
Wykres 2. Wpływ poszczególnych etapów leczenia na czas oczekiwania od postawienia rozpoznania do wyleczenia lub przeleczenia – styczeń/luty 2023 r. (w dniach) .....	3
Wykres 3. Średni czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych – styczeń/luty 2023 (w mies.)....	4
Wykres 4. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty – styczeń/luty 2023r. ( w mies.).....	5
Wykres 5. Czas oczekiwania na badania diagnostyczne – styczeń/luty 2023 r. (w mies.).....	6
Wykres 6. Średni czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych – styczeń/luty 2023r. (w mies.).....	13
Wykres 7. Średni czas oczekiwania na świadczenia w Polsce: wszystkie świadczenia i świadczenia wyłącznie kobiece – styczeń/luty 2023 ( w mies.) .....	14
Wykres 8. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty – styczeń/luty 2023r. ( w mies.).....	18
Wykres 9. Czas oczekiwania na badania diagnostyczne – styczeń/luty 2023 r. (w mies.).....	20

# Bibliografia

- I Agencja Oceny Technologii Medycznych I Taryfikacji. Zlecenia Ministra Zdrowia <https://bipold.aotm.gov.pl/>
- II Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2023 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 marca 2023 r.; <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-20-lutego-2023-r-w-sprawie-wykazu-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywnieniowego-na-1-marca-2023-r>
- III Czerw A et al. Społeczne znaczenie migreny z perspektywy zdrowia publicznego i systemu ochrony zdrowia. Warszawa 2019. <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/RAPORT-MIGRENA-ca%C5%82y.pdf>
- IV Ministerstwo Zdrowia. Fundusz medyczny <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-technologii-o-wysokim-poziomie-innowacyjnosci-z-30052022>

7 MARCA 2023

# **BAROMETR WHC „KOBIEȚA W KOLEJCE”**

---

**MASZ PYTANIA?  
MILENA KRUSZEWSKA  
515-234-392  
MK@KOREKTORZDROWIA.PL**

