

Czy reforma DILO skróciła realny czas oczekiwania pacjentów chorych na nowotwory złośliwe w Polsce?

Karolina Osowiecka^{1,2}, Monika Rucińska^{1,3}, Sergiusz Nawrocki⁴

Wstęp. Pięcioletnie przeżycie względne u chorych na nowotwory w Polsce jest o około 10% niższe niż średnie przeżycie w całej Unii Europejskiej. Prawdopodobnie jednym z czynników przyczyniających się do gorszych wyników leczenia w Polsce może być długi czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia od momentu podejrzenia choroby nowotworowej. Celem pracy było zbadanie, czy reforma pakietu onkologicznego skróciła realny czas oczekiwania pacjentów na diagnozę i leczenie onkologiczne w Polsce.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w 6 ośrodkach onkologicznych na grupie 1373 i 431 pacjentów, odpowiednio przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu reformy *DILO*. Dane zbierane były za pomocą własnego kwestionariusza ankietowego, pogłębionego wywiadem oraz uzupełniane w oparciu o historie chorób pacjentów. Oszacowano mediany czasu oczekiwania: A) od podejrzenia (data pierwszej wizyty u lekarza w związku z pojawieniem się objawów lub badania przesiewowego albo profilaktycznego) do diagnozy (data rozpoznania histopatologicznego), B) od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia, C) od diagnozy do rozpoczęcia leczenia przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu reformy *DILO*.

Wyniki. Mediana czasu oczekiwania na leczenie od chwili podejrzenia choroby nowotworowej wyniosła 11 tygodni przed wprowadzeniem reformy *DILO* i nie uległa istotnemu skróceniu w grupie pacjentów z założoną *Kartą DILO* — różnica wyniosła zaledwie 3 dni. Natomiast czas ten wydłużył się o 8 dni w grupie pacjentów bez *Karty DILO*. Przed wprowadzeniem reformy mediana czasu diagnostyki wyniosła 5,9 tygodnia i uległa skróceniu o 8 dni u pacjentów z *Kartą DILO*, a w grupie pacjentów bez *Karty DILO* wydłużyła się o ponad 2 tygodnie.

Wnioski. Czas oczekiwania na leczenie onkologiczne w Polsce był i jest nadal zbyt długi (u większości pacjentów przekracza 9 tygodni). Wprowadzenie pakietu onkologicznego nie wpłynęło istotnie na skrócenie czasu oczekiwania chorych na leczenie.

Biuletyn PTO NOWOTWORY 2017; 2, 3: 218–223

Słowa kluczowe: nowotwór złośliwy, czas oczekiwania, diagnoza, świadczenia zdrowotne, reforma *DILO*

Wstęp

Nowotwory stanowią poważny problem zdrowotny w Polsce i na świecie. Obecnie stanowią drugą przyczynę zgonów, a wśród kobiet pomiędzy 30 a 69 rokiem życia są

nawet największym zagrożeniem życia [1]. Polska na tle Unii Europejskiej jest krajem o relatywnie niskiej zapadalności, ale dużej umieralności na nowotwory złośliwe. Niski współczynnik zachorowalności w Polsce prawdopodobnie

¹Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

²Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

³Katedra Onkologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

⁴Katedra Onkologii i Radioterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Artykuł w wersji pierwotnej:

Osowiecka K, Rucińska M, Nawrocki S. Have actual waiting times been reduced by introducing the DILO reform for cancer patients in Poland? *NOWOTWORY J Oncol* 2017; 67: 168–173.

Należy cytować wersję pierwotną.

może być wynikiem niepełnej zgłaszalności nowych rozpoznanych nowotworów do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) przez świadczeniodawców, natomiast pod względem współczynnika zgonów Polska zajmuje przedostatnie miejsce w Europie, wyprzedzając jedynie Węgry. Według najbardziej aktualnej analizy EUROCARE 5-letnie przeżycie względne w Polsce jest o około 10% niższe niż średnie przeżycie w całej Unii Europejskiej [2–4]. Prawdopodobnie jednym z powodów tego stanu rzeczy może być późne wykrywanie nowotworów w naszym kraju, często już w stadium zaawansowanym. Innym czynnikiem powodującym gorsze wyniki leczenia w Polsce niż w innych krajach Unii Europejskiej może być niski poziom finansowania usług medycznych, co skutkuje ograniczeniem dostępności do świadczeń diagnostyczno-terapeutycznych, powodując wydłużenie czasu, jaki upływa od podejrzenia choroby nowotworowej do rozpoczęcia jej leczenia. Wydatki na leczenie nowotworów *per capita* stanowią w Polsce około $\frac{1}{3}$ średniej unijnej (odpowiednio 37 i 102 euro/rok). Stosunek umieralności do zachorowalności wynosi w Polsce ponad 0,6 i należy do najwyższych w Unii Europejskiej; podobnie jest jedynie w Rumunii i Grecji. W krajach, w których na leczenie onkologiczne przeznaczona jest więcej środków, wskaźnik ten osiąga wartości zbliżone do 0,4 [2]. Prawdopodobnie czas oczekiwania na leczenie onkologiczne ma wpływ na skuteczność terapii, czego dowodzą opublikowane wyniki badań, chociaż nie zawsze są one jednoznaczne. W badaniu przeprowadzonym w Holandii [5] wykazano, iż wydłużenie do 3 miesięcy czasu oczekiwania na leczenie od momentu zdiagnozowania nowotworów regionu głowy i szyi obniża 5-letnie przeżycie całkowite o 18% oraz powoduje znaczący wzrost ryzyka zgonu po 2 miesiącach od diagnozy. Podobne są wyniki metaanalizy [6], które wskazują, że wydłużony czas oczekiwania na leczenie od pierwszych objawów raka piersi (< 3 vs 3–6 mies.) obniża 5-letnie przeżycie o 5–7%.

Celem pracy było zbadanie, czy reforma pakietu onkologicznego skróciła realny czas oczekiwania na diagnozę i leczenie chorych na nowotwory w Polsce.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na grupie 1373 pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej przed wprowadzeniem reformy pakietu onkologicznego (od 22.05.2014 do 19.02.2015 r.) i 431 pacjentów po wprowadzeniu reformy pakietu onkologicznego (od 17.11.2015 do 06.06.2016 r.) w 6 ośrodkach onkologicznych w Polsce. Do udziału w badaniu zaproszono 11 ośrodków onkologicznych w Polsce, które różniły się lokalizacją geograficzną, wielkością, organizacją i finansowaniem świadczeń medycznych. Zgodę na przeprowadzenie badania wyraziło 6 ośrodków, z czego 3 to regionalne wojewódzkie ośrodki onkologiczne finansowane ze środków NFZ (IA–C), a pozostałe 3 to ośrodki prywatne: 1 ośrodek finansowany ze środków NFZ (IIA) i 2 ośrodki,

których właściciel/inwestor sam pokrywał koszty świadczeń medycznych (IIIA–B). Sponsorem badania była Fundacja Onkologia 2025.

Dane zbierano za pomocą stworzonego na potrzeby badania kwestionariusza ankietowego, pogłębionego wywiadem. Dane uzupełniano w oparciu o historie chorób pacjentów. Przeprowadzono walidację kwestionariusza ankietowego, która polegała na dwukrotnym przeprowadzeniu badania ankietowego na grupie 50 pacjentów z 2-tygodniowym odstępem czasu. Zgodność odpowiedzi zbadano za pomocą współczynnika kappa-Cohena.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie. Wszyscy respondenci wyrazili zgodę na udział w badaniu i wgląd w ich dokumentację medyczną.

W wyniku analizy oszacowano mediany czasu oczekiwania: A) od podejrzenia (data pierwszej wizyty u lekarza z powodu zauważenia przez pacjenta niepokojących objawów lub wykonanego badania przesiewowego czy profilaktycznego, które ujawniło podejrzenie nowotworu, albo wizyty kontrolnej w poradni onkologicznej, w czasie której wydano skierowanie na badania, które ujawniły/potwierdziły nawrót choroby) do diagnozy (data uzyskania wyniku histopatologicznego), B) od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia, C) od diagnozy do rozpoczęcia leczenia, przed reformą i po wprowadzeniu reformy *DILO*.

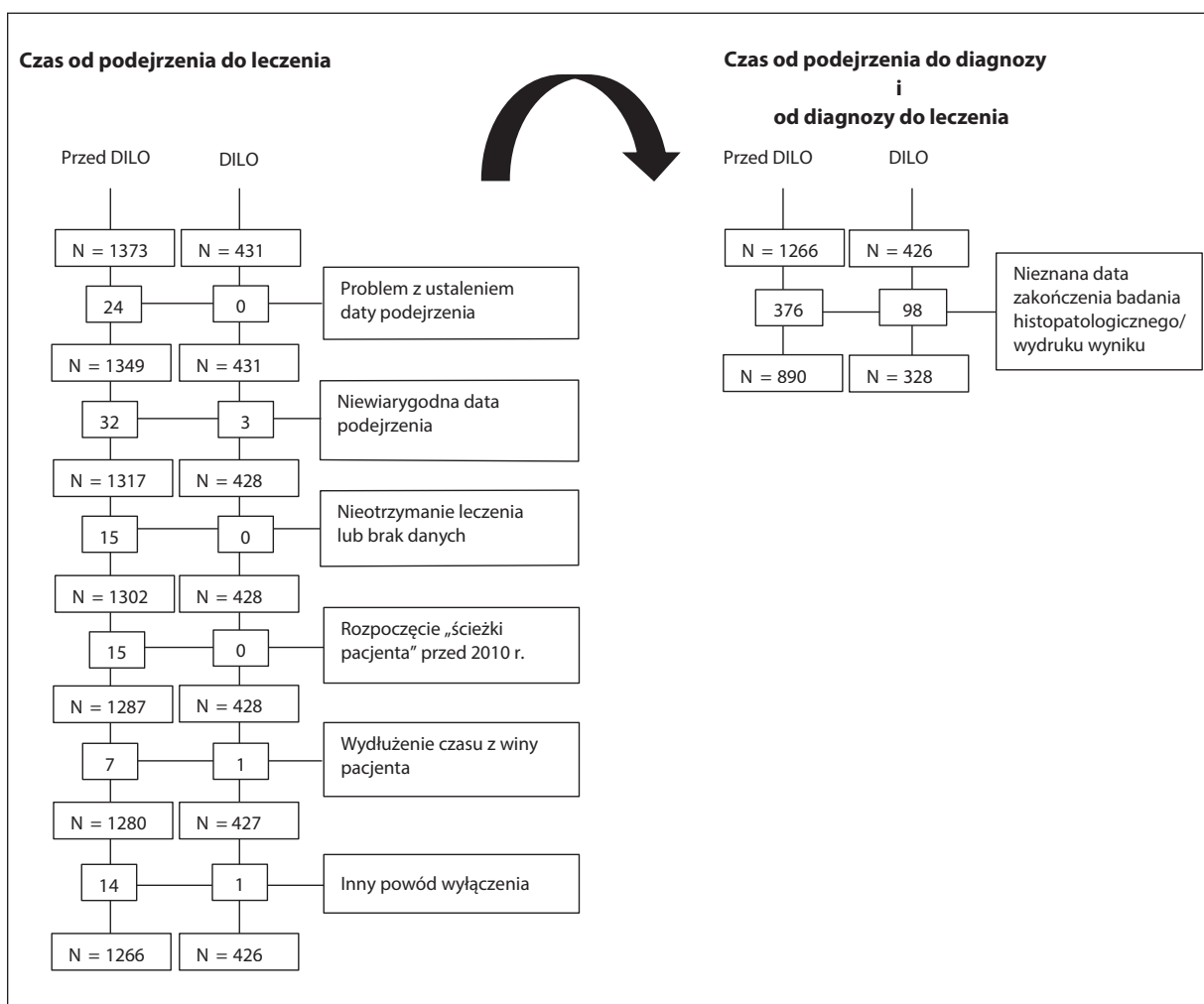
Z analizy czasu oczekiwania od chwili podejrzenia do rozpoczęcia leczenia wyłączono 112 pacjentów, a z analizy czasu oczekiwania od podejrzenia do diagnozy oraz od diagnozy do rozpoczęcia leczenia wyłączono dodatkowo 474 pacjentów (ryc. 1).

Analiza statystyczna

Rozkład zmiennych zbadano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Kwestionariusz ankietowy został zwalidowany przy zastosowaniu współczynnika kappa-Cohena. Różnice w proporcji podgrup zbadano za pomocą testu χ^2 . Do analizy porównawczej czasów oczekiwania przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu pakietu onkologicznego zastosowano test U Manna-Whitneya. Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartości $p < 0,05$. Analizy statystyczne przeprowadzono przy pomocy programu STATISTICA (wersja 12.5) (StatSoft, Poland) i SPSS Statistics 23.0.

Wyniki

Do analizy łącznej (czasu oczekiwania od podejrzenia choroby nowotworowej do rozpoczęcia leczenia) włączono 1266 i 426 pacjentów odpowiednio przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu reformy *Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILLO)*. Do analizy etapowej (od podejrzenia do diagnozy i od diagnozy do leczenia) włączono odpowiednio 890 i 328 pacjentów przed reformą i po wprowadzeniu reformy (ryc. 1, tab. I).



Rycina 1. Kryteria włączenia i wyłączenia pacjentów z badania

W walidacji kwestionariusza ankietowego bardzo dobrą zgodność odpowiedzi (kappa: 0,8–1,00; $p < 0,0001$) uzyskano w przypadku rozpoczęcia „ścieżki pacjenta”, płci, wieku; dobrą zgodność (kappa: 0,61–0,80; $p < 0,0001$) w przypadku korzystania przez pacjentów z prywatnych gabinetów w czasie diagnostyki i umiarkowaną zgodność (kappa: 0,41–0,60; $p < 0,0001$) w przypadku daty podejrzenia choroby nowotworowej. Rozkład wartości zmiennej czasu oczekiwania nie był normalny ($p < 0,001$).

Mediana czasu oczekiwania od podejrzenia nowotworu do rozpoczęcia leczenia wyniosła 11 tygodni przed wprowadzeniem reformy pakietu onkologicznego. Wprowadzenie reformy pakietu onkologicznego nie wpłynęło istotnie na skrócenie tego czasu u pacjentów z założoną Kartą DILO — różnica to zaledwie 3 dni ($p = 0,43$), natomiast u pacjentów bez założonej Karty DILO mediana czasu oczekiwania na leczenie od podejrzenia wydłużyła się o 8 dni ($p = 0,81$) (ryc. 2A). Mediana czasu oczekiwania na uzyskanie rozpoznania histopatologicznego od podejrzenia choroby nowotworowej wyniosła 5,9 tygodnia przed wprowadzeniem reformy pakietu onkologicznego. Zawarty

w tym okresie czas przeprowadzenia badania histopatologicznego (mierzony od daty pobrania materiału do badania do zakończenia badania lub wydruku wyniku) wyniósł 7 dni (mediana). Czas diagnostyki u pacjentów, którzy otrzymali Kartę DILO, skrócił się o 8 dni ($p = 0,01$), a czas przeprowadzenia badania histopatologicznego nie zmienił się. Natomiast w grupie pacjentów, którym nie założono Karty DILO, czas poświęcony na diagnostykę wydłużył się o ponad 2 tygodnie ($p = 0,03$). Mediana czasu przeprowadzenia badania histopatologicznego w ich przypadku również uległa wydłużeniu (o 2 dni). Czas od uzyskania rozpoznania histopatologicznego do rozpoczęcia leczenia w zasadzie nie zmienił się istotnie po wprowadzeniu reformy DILO (ryc. 2B).

Dyskusja

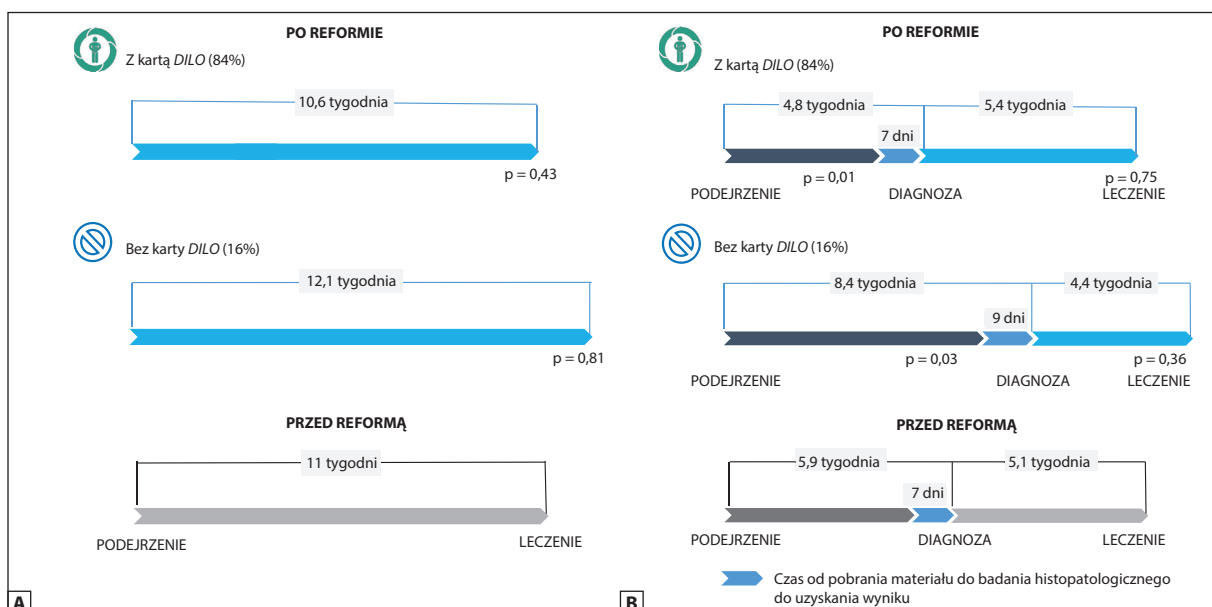
W wielu krajach funkcjonują wytyczne i regulacje określające czas oczekiwania pacjentów na leczenie onkologiczne. W Wielkiej Brytanii czas ten jest zagwarantowany ustawowo: maksymalny czas oczekiwania pacjenta na wizytę u lekarza specjalisty (po wizycie u lekarza ogólnego/rodzinnego) to 14 dni, a od zdiagnozowania choroby nowo-

Tabela I. Charakterystyka włączonych do analizy pacjentów przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu pakietu onkologicznego

Charakterystyka pacjentów	Reforma <i>DILO</i>				Test χ^2
	PRZED		PO		
	Liczba	(%)	Liczba	(%)	
	1266	100	426	100	
Wiek					
≤ 65 lat	870	(69)	253	(59)	p < 0,001
> 65 lat	396	(31)	173	(41)	
Płeć					
Kobiety	683	(54)	179	(42)	p < 0,001
Mężczyźni	583	(46)	247	(58)	
Wyściowa lokalizacja guza					
Pierś	317	(25)	64	(15)	p < 0,001
Płuco	224	(17)	73	(17)	
Jelito grube	164	(13)	60	(14)	
Gruzoł krokowy	123	(10)	69	(16)	
Okolice głowy i szyi	123	(10)	39	(9)	
Żeńskie narządy płciowe	119	(9)	34	(8)	
Układ pokarmowy (górnny odcinek)	60	(5)	27	(7)	
Układ moczowy (bez prostaty)	40	(3)	15	(4)	
Mózg	35	(3)	14	(3)	
Inne	61	(5)	31	(7)	
Powód rozpoczęcia „ścieżki pacjenta”					
Odczuwane dolegliwości/ zauważenie zmiany	993	(78)	310	(73)	p = 0,006
Badanie przesiewowe/ profilaktyczne	197	(16)	72	(17)	
Badanie kontrolne w poradni onkologicznej	76	(6)	44	(10)	
Ósrodek					
IA	386	(30)	152	(36)	p < 0,001
IB	267	(21)	101	(24)	
IC	149	(12)	109	(25)	
IIA	207	(16)	64	(15)	
IIIA	134	(11)	0	(0)	
IIIB	123	(10)	0	(0)	
Prywatne świadczenia					
Tak	281	(22)	96	(23)	p = 0,066
Nie	753	(60)	330	(77)	
Brak danych	232	(18)	0	(0)	
Metoda rozpoczynająca leczenie					
Chirurgia	609	(48)	175	(41)	p = 0,004
Radioterapia i/lub chemioterapia	604	(48)	219	(51)	
Hormonoterapia	53	(4)	32	(8)	

tworowej do rozpoczęcia leczenia — 31 dni. Maksymalny czas od wydania skierowania przez lekarza ogólnego/rodzinnego, podejrzewającego nowotwór, do rozpoczęcia leczenia — to 62 dni. Podobnie w Danii: pierwsza wizyta u specjalisty onkologa musi odbyć się w ciągu 2 tygodni od momentu wpłynięcia skierowania (skierowania do specjalisty dostarczane są drogą elektroniczną, pacjent wzywany jest na wizytę także drogą elektroniczną lub telefonicznie), a leczenie onkologiczne musi rozpocząć się nie później niż w ciągu kolejnych 2 tygodni. Oczekiwanie na uzupełniającą chemioterapię lub radioterapię nie może trwać dłużej niż 4 tygodnie od daty wpłynięcia skierowania. Dla poszczególnych nowotworów opracowane są bardzo szczegółowe zalecenia, np. dla raka piersi od skierowania pacjentki do wykonania diagnostyki obrazowej nie może upłynąć więcej niż 6 dni kalendarzowych; następnych 8 dni przeznaczonych jest na dokończenie diagnostyki, włącznie z uzyskaniem wyniku histopatologicznego, a leczenie onkologiczne rozpoczyna się nie później niż po kolejnych 13 dniach (całkowity czas od podejrzenia raka piersi do rozpoczęcia jego leczenia to w Danii 27 dni). W Norwegii skierowanie powinno dotrzeć do specjalisty i być przez niego rozważone w ciągu 5 dni roboczych, a leczenie u przynajmniej 80% pacjentów ma być rozpoczęte w ciągu 20 dni roboczych od wydania skierowania. W Czechach maksymalny czas oczekiwania na tomografię komputerową to 3 tygodnie, na rezonans magnetyczny 5 tygodni, a na mammografię — 6 tygodni [7].

W Polsce do 1 stycznia 2015 r. nie było ustalonego ustawowo maksymalnego czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne. Wprowadzona reforma szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego zakłada określone przedziały czasowe, w których powinny się odbyć poszczególne etapy diagnostyki. Ustalony ustawowo maksymalny czas diagnostyki wstępnej to 35 dni (28 dni od 2016 r.), a maksymalny czas diagnostyki pogłębionej to 28 dni. Czas od przeprowadzenia konsylium do rozpoczęcia leczenia nie może przekraczać 14 dni [8]. Niniejsza reforma nie określa natomiast maksymalnego czasu, jaki może upłynąć od wydania skierowania przez lekarza ogólnego/rodzinnego czy innego specjalistę podejrzewającego nowotwór do rozpoczęcia leczenia. Większość analizowanych pacjentów *Kartę DILO* (56%) otrzymała na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) już po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej, a zaledwie w przypadku 14% pacjentów *Karta DILO* wydana została przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Dane dotyczące realizacji pakietu onkologicznego, którymi dysponuje NFZ, są niestety niepełne i nie odzwierciedlają realnej sytuacji oczekiwania na diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych. Niniejsza analiza określa rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów na diagnozę i leczenie onkologiczne w Polsce przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu reformy pakietu onkologicznego oraz może posłużyć do



Rycina 2. Czas oczekiwania (mediana) na rozpoczęcie leczenia od podejrzenia choroby nowotworowej (A) i czas oczekiwania (mediana) na diagnozę od podejrzenia choroby i czas oczekiwania (mediana) na rozpoczęcie leczenia od diagnozy (B) przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu reformy *DILo*

oceny skuteczności wprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia działań.

Niniejsza analiza wykazała, że realny czas oczekiwania na leczenie od momentu podejrzenia choroby nowotworowej w Polsce był i jest nadal zbyt długi — u większości pacjentów przekracza 9 tygodni — mediana wyniosła około 11 tygodni zarówno przed reformą, jak i po wprowadzeniu reformy (analizując wyłącznie dane z *Kart DILo*, którymi dysponuje NFZ, mediana czasu dla tej samej grupy respondentów wyniosłaby 4 tygodnie, ale są to dane niewiarygodne, oparte na samej dokumentacji, a nie na realnej sytuacji pacjentów). Badań oceniających realny czas oczekiwania na zdiagnozowanie i leczenie chorób nowotworowych nie tylko w Polsce, ale i na świecie jest bardzo mało. Podejmowane były próby analizy czasu oczekiwania na diagnozę i leczenie chorych na najczęściej występujące nowotwory, tj. raki płuca i piersi. W 2014 roku opublikowano wyniki badania przyczyn opóźnień leczenia chorych na raka piersi wykrytego w trakcie samobadania u 260 kobiet w województwie lubelskim i wykazano, iż czas od pierwszej wizyty lekarskiej do rozpoczęcia leczenia wyniósł średnio 3,2 tygodnia [9]. W badaniu prowadzonym na grupie 300 pacjentów z rozpoznaniem raka płuca w Klinice Torakochirurgii w Lublinie od stycznia 2010 do 2011 roku, Sawicki i wsp. [10] wykazali, że mediana oczekiwania na leczenie od pierwszej wizyty u lekarza w tej grupie chorych wyniosła 12 tygodni. W Finlandii diagnostyka raka płuca jest priorytetem, a leczenie podejmowane jest z reguły bez zbędnej zwłoki. Na podstawie fińskiej bazy danych Salomaa i wsp. [11] oszacowali medianę czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia od pierwszej wizyty u lekarza ogólnego w grupie 132 pacjentów z rozpoznaniem w 2001 roku rakiem płuca — wyniosła ona 10,4 tygodnia. Yorio i wsp. [12] przepro-

wadzili retrospektywną analizę obejmującą 482 pacjentów, u których zdiagnozowano niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium zaawansowania I–III w latach 2000–2005 w Stanach Zjednoczonych, i wykazali, że mediana czasu pomiędzy pierwszym badaniem obrazowym budzącym podejrzenie zmiany nowotworowej płuca a rozpoczęciem leczenia wyniosła 8,4 tygodnia.

Niniejsza analiza wykazała, że mediana czasu oczekiwania od podejrzenia choroby do uzyskania rozpoznania histopatologicznego wyniosła 5,9 tygodnia, a po reformie uległa skróceniu o około tydzień u pacjentów z *Kartą DILo*, ale wydłużyła się o ponad 2 tygodnie u pacjentów bez wydanej karty „szybkiej ścieżki onkologicznej”. W Finlandii Salomaa i wsp. [11] wykazali, że mediana czasu oczekiwania pacjentów z rozpoznaniem raka płuca od pierwszej wizyty u lekarza ogólnego do diagnozy wyniosła 52 dni (7,4 tygodnia). Nasze badanie pokazuje, że mediana czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia od uzyskania rozpoznania histopatologicznego wyniosła 5,1 tygodnia przed wprowadzeniem reformy pakietu onkologicznego i w zasadzie nie zmieniła się istotnie po wprowadzeniu *DILo*. Mediana ta była zbliżona do ustawowo przyjętego maksymalnego czasu oczekiwania w Wielkiej Brytanii, który wynosi 31 dni [7]. Badanie przeprowadzone w USA przez Yorio i wsp. [12] pokazuje, że mediana czasu oczekiwania na leczenie od histopatologicznego potwierdzenia raka płuca wyniosła 33 dni. Na podstawie kanadyjskiej bazy danych obejmującej ponad 5000 pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem płuca, piersi i jelita grubego w latach 1992–2000 określono mediany czasu oczekiwania na radioterapię; różniły się one w zależności od rodzaju nowotworu. W przypadku raka płuca mediana czasu, jaki upłynął od zdiagnozowania do

rozpoczęcia radioterapii wyniosła 6 tygodni, a wśród osób leczonych z powodu raka piersi i raka jelita grubego wyniosła 16 tygodni [13]. Holenderskie badanie [5] wykazało, że mediana czasu oczekiwania pacjentów z rozpoznaniem nowotworów okolicy głowy i szyi od uzyskania wyniku histopatologicznego do rozpoczęcia leczenia wyniosła 37 dni.

Analiza czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne jest trudna ze względu na subiektywną ocenę daty pierwszej wizyty pacjenta u lekarza w związku z pojawieniem się objawów choroby nowotworowej. Retrospektywny charakter badania związany jest z analizą już istniejącej, czasami, niestety, niekompletnej dokumentacji medycznej. Przeprowadzone badanie jest jednak największą jak dotychczas w Polsce, pod względem liczebności próby i zasięgu geograficznego, analizą rzeczywistego czasu oczekiwania na diagnozę choroby nowotworowej i leczenie onkologiczne. Pozwala też na realną ocenę skuteczności wprowadzanych ustawowo działań publicznych. Prawdopodobnie czas ma wpływ na skuteczność terapii, czego dowodzą różne opublikowane wyniki badań, dlatego skrócenie czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne może okazać się jednym z czynników poprawiających względne przeżycia chorych na nowotwory złośliwe w Polsce.

Wnioski

1. Czas oczekiwania na leczenie od podejrzenia choroby nowotworowej w Polsce był i jest nadal zbyt długi — u większości pacjentów (60%) przekracza 9 tygodni.
2. Wprowadzenie pakietu onkologicznego nie wpłynęło istotnie na skrócenie czasu oczekiwania chorych na leczenie (−3 dni z *Karty DILO*); u pacjentów bez *Karty DILO* wydłużyło ten czas (+8 dni).
3. Sposób raportowania wizyt lekarskich na podstawie danych z *Karty DILO* nie odzwierciedla rzeczywistych czasów oczekiwania.

Podziękowania

Autorzy dziękują Fundacji Onkologia 2025 za organizację i sfinansowanie badania.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Dr n. o zdr. Karolina Osowiecka

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii
Al. Wojska Polskiego 37
10-228 Olsztyn
tel: +48 (89) 539 86 14
e-mail: k.osowiecka86@gmail.com

Otrzymano: 2 marca 2017 r.

Przyjęto do druku: 26 czerwca 2017 r.

Piśmiennictwo

1. Wojtyński B, Goryński P, Moskalewicz B. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego — Państwowy Zakład Higieny, 2012: 55–59.
2. Kalbarczyk WP, Gujski M, Brzozowski S i wsp. *Walka z nowotworami i opieka onkologiczna w Polsce wobec wyzwań demograficznych i epidemiologicznych — propozycje rozwiązań*. Warszawa: Instytut Ochrony Zdrowia, 2015: 14–41.
3. <http://eco.iarc.fr/eucan/>.
4. De Angelis R, Sant M, Coleman MP i wsp. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO CARE-5 — a population-based study. *Lancet Oncol* 2014; 15: 23–34.
5. van Harten MC, Hoebbers FJ, Kross KW i wsp. Determinants of treatment waiting times for head and neck cancer in the Netherlands and their relation to survival. *Oral Oncol* 2015; 51: 272–278.
6. Richards MA, Westcombe AM, Love SB i wsp. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353: 1119–1126.
7. *Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach*. Raport opracowany przez EY na zlecenie Fundacji Onkologia 2025. Warszawa, 2014.
8. <http://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/pakiet-onkologiczny/>.
9. Brzozowska A, Duma D, Mazurkiewicz T i wsp. Przyczyny opóźnień leczenia chorych na raka piersi wykrytego w trakcie samobadania u kobiet w województwie lubelskim. *Ginek Pol* 2014; 85: 14–17.
10. Sawicki M, Szczyrek M, Krawczyk P i wsp. Reasons for delay in diagnosis and treatment of lung cancer among patients in Lublin Voivodeship who were consulted in Thoracic Surgery Department. *Ann Agric Environ Med* 2013; 20: 72–76.
11. Salomaa ER, Sällinen S, Hiekkanen H i wsp. Delays in the diagnosis and treatment of lung cancer. *Chest* 2005; 128: 2282–2288.
12. Yorio JT, Xie Y, Yan J i wsp. Lung cancer diagnostic and treatment intervals in the United States: a health care disparity? *J Thorac Oncol* 2009; 4: 1322–1330.
13. Johnston GM, MacGarvie VL, Elliott D i wsp. Radiotherapy wait times for patients with diagnosis of invasive cancer, 1992–2000. *Clin Invest Med* 2004; 27: 142–156.