



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia w zakresie ginekologii onkologicznej (we wskazaniach: C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 nowotwór złośliwy jajnika)

Część 2. opracowania analitycznego z uwzględnieniem konsultacji z Zespołem ekspertów klinicznych

Nr: WS.4320.2.2019

Data ukończenia: 21 września 2020 r.

Aktualizacja: 12 października 2020 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone kolorem czerwonym stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz.1330 z późn. zm.) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: osoba fizyczna.

Wykaz wybranych skrótów

A	tryb ambulatoryjny
ALT	aminotransferaza alaninowa
AMH	hormon antymillerowski
AMSTAR	skala oceny jakości przeglądów systematycznych i metaanaliz (ang. <i>measurement tool to assess systematic reviews and metaanalysis</i>)
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
APD	Analiza Problemu Decyzyjnego
APTT	czas częściowej tromboplastyny po aktywacji
ASCO	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
ASDK	Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne
AST	Aminotransferaza asparaginianowa
CA 125	antygen CA 125 - glikoproteina o masie cząsteczkowej 220 kD (ang. <i>carcinoma antigen 125</i>)
CEA	Antygen karcynoembrionalny
CI	przedział ufności (ang. <i>confidence interval</i>)
CISH	Klasyczne śródpowięziowe usunięcie macicy
COI	Centrum Onkologii Instytut
CT	tomograf komputerowy
DCO	Dolnośląskie Centrum Onkologii
DiLO/DiLO	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
ESGO	<i>European Society of Gynaecological Oncology</i>
ESMO	<i>European Society for Medical Oncology</i>
FIGO	klasyfikacja zaawansowania nowotworów (ang. <i>International Federation of Gynecology and Obstetrics</i>)
GCU	Centra Kompetencji Nowotworów Ginekologicznych (ang. <i>Gynecological Cancer Unit</i>)
GROF	Zalecenia Grupy Roboczej ds. Zachowania Płodności u Chorych Onkologicznych i Chorych Hematologicznych oraz Innych Chorych Leczonych Terapiami Gonadotoksycznymi „ONCOFERTILITY”
HBI	teleradioterapia połowy ciała
HCG	Gonadotropina kosmówkowa
HIPEC	Dootrzewnowa Chemioterapia Perfuzyjna w Hipertermii (ang. <i>Hyperthermic IntraPERitoneal Chemotherapy</i>)
HIV	ludzki wirus niedoboru odporności (ang. <i>human immunodeficiency virus</i>)
HPV	wirus brodawczaka ludzkiego (ang. <i>human papilloma virus</i>)
HR	hazard względny (ang. <i>hazard ratio</i>)
ICD-10	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób
ICD-9	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych Rewizja dziewiąta
IGRT	Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem
IHC	badanie immunohistochemiczne
JGP	jednorodna grupa pacjentów
K	potas

KOS	Kompleksowa Opieka Specjalistyczna
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
KSO	Krajowa Sieć Onkologiczna
L.P.	liczba pacjentek
L.Ś	liczba świadczeń
LASH	Nadszyjkowe usunięcie macicy w asyście laparoskopowej
LBC	cytologia na podłożu płynnym (ang. <i>Liquid Based Cytology</i>)
LDH	Dehydrogenaza mleczanowa
LRVH	Laparoskopowe radykalne wycięcie macicy drogą pochwową
LRVH	Laparoskopowe radykalne wycięcie macicy drogą pochwową
LSZ	Lecznictwo Szpitalne
MDT	zespół multidyscyplinarny (ang. <i>multidisciplinary team</i>)
MPZO	Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie onkologii
MR/MRI	rezonans magnetyczny
MUS	miejsce udzielania świadczeń
MZ	Ministerstwo Zdrowia
Na	sód
NACT	neoadjuwantowa chemioterapia
NCCN	<i>The National Comprehensive Cancer Network</i>
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NGS	Sekwencjonowanie nowej generacji (ang. <i>Next Generation Sequencing</i>)
NICE	<i>The National Institute for Health and Care Excellence</i>
NMR	spektroskopia magnetycznego rezonansu jądrowego
NPZChN	Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych
NRO	Narodowa Rada Onkologii
OAiIT	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
OR	iloraz szans (ang. <i>odds ratio</i>)
OW	Oddział Wojewódzki
p	graniczny poziom istotności
PET	Pozytonowa Tomografia Emisyjna
PICOS	skrót mnemotechniczny określający elementy strategii wyszukiwania w przeglądzie systematycznym: P – populacja, w której dana interwencja będzie stosowana, I – interwencja; C – komparatory; O – efekty zdrowotne, czyli punkty końcowe, względem których oceniana będzie efektywność kliniczna; S – rodzaj włączanych badań (ang. <i>patient/population, intervention, comparison, outcome, study</i>)
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PSZ	system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej
PT	Czas protrombinowy
PTG	Polskie Towarzystwo Ginekologiczne
PTGiP	Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników
PTGO	Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej
PTIKiD	Polskie Towarzystwo Immunologii Klinicznej i Doświadczalnej

PTOK	Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
PTP	Polskie Towarzystwo Patologów
PUM	Pomorski Uniwersytet Medyczny
PUO	Polska Unia Onkologii
RCHT	jednoczasowa chemioterapia i radioterapia
RM	rezonans magnetyczny
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą
RSzM	rak szyjki macicy
RTG	zdjęcie rentgenowskie
RUM-NFZ	Rejestr Usług Medycznych - Narodowy Fundusz Zdrowia
S	tryb stacjonarny
SOK	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie
SOP	Standardowe Procedury Operacyjne (ang. <i>Standard Operating Procedur</i>)
SPECT	Tomografia emisyjna pojedynczych fotonów (ang. <i>single-photon emission computed tomography</i>)
SWD	Rozkład świadczeniodawców
SWOT	rodzaj analizy strategicznej, opierającej się na zidentyfikowaniu silnych i słabych stron danego postępowania oraz szans i zagrożeń z nim związanych (ang. <i>strengths, weaknesses, opportunities, threats</i>)
TBI	teleradioterapia całego ciała
TK	tomograf komputerowy
TMI	Teleradioterapia szpiku lub układu chłonnego całego ciała
TSH	Hormon tyreotropowy
TSI	teleradioterapia skóry całego ciała
UE	Unia Europejska
UK	Wielka Brytania
USA	Stany Zjednoczone Ameryki
USG	ultrasonografia
W	wartość
W.Ś.P.	wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę w tys. zł
WCO	Wielkopolskie Centrum Onkologii
WHO	<i>World Health Organization</i>
WOK	Wojewódzki Ośrodek Koordynujący
WZ dla NG	wartość zrealizowana dla pacjentek z rozpoznaniem właściwymi dla nowotworami ginekologicznymi
β-HCG	Gonadotropina kosmówkowa – podjednostka beta

Spis treści

1. Podstawowe informacje o zleceniu.....	8
2. Streszczenie wykonawcze	9
3. Przedmiot i historia zlecenia.....	19
4. Problem decyzyjny	25
4.1. Problem zdrowotny	25
4.2. Identyfikacja potrzeb i problemów zgłaszanych przez organizacje pacjenckie.....	31
4.3. Podsumowanie – zidentyfikowane problemy w organizacji opieki onkologicznej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi	36
5. Modele ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego	38
6. Rozwiązania międzynarodowe w zakresie organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych – wnioski.....	39
7. Analiza kliniczna	40
7.1. Opis metodyki	40
7.2. Opis badań włączonych do przeglądu	41
7.2.1. Charakterystyka badań	41
7.2.2. Wyniki.....	44
7.2.3. Wnioski.....	54
7.3. Podsumowanie i ograniczenia analizy klinicznej	58
8. Organizacja diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56) w Polsce.....	59
8.1. Analiza zasobów opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych	59
8.1.1. Personel	59
8.1.2. Sprzęt.....	60
8.1.3. Podmioty udzielające świadczeń z zakresu ginekologii onkologicznej.....	62
8.1.4. Dostępność do świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych	65
8.2. Analiza struktury realizowanych świadczeń w ramach diagnostyki i leczenia	66
8.2.1. Podstawowa opieka zdrowotna.....	67
8.2.2. Szybka terapia onkologiczna	73
8.2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	89
8.2.4. Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK)	97
8.2.5. Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK).....	104
8.2.6. Leczenie szpitalne.....	110
8.2.7. Chemioterapia	118
8.2.8. Program lekowy.....	123
8.2.9. Radioterapia	131
9. Kierunki optymalizacji modelu opieki kompelskowej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi (ICD-10: C53, C54, C56).....	141
9.1. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych	141

9.2.	Główne założenia koncepcji Krajowej Sieci Onkologicznej.....	141
9.3.	Założenia organizacyjne dla modelu kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych	144
9.4.	Kryteria definiujące ośrodki kompetentne w kompleksowej diagnostyce i leczeniu nowotworów ginekologicznych	147
9.5.	Struktura centrów narządowych – model ośrodka nowotworów ginekologicznych (GCU)	149
9.6.	Ocena potencjału wykonawczego do realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych	153
9.6.1.	Typowanie jednostek do analizy potencjału.....	153
9.6.2.	Ocena aktualnej organizacji opieki onkologicznej – badanie ankietowe świadczeniodawców	154
	Wyniki badania ankietowego – część I kliniczna	155
	Wyniki badania ankietowego – część II organizacyjna	158
	Wyniki badania ankietowego – część III pogładowa	167
	Podsumowanie ogólnych wyników badania ankietowego	171
9.6.3.	Ocena potencjału wykonawczego jednostek na podstawie danych zgłoszonych w ramach umów zawartych z NFZ na rok 2020.....	178
9.6.4.	Potencjalne podmioty spełniające wymagania GCU	191
9.7.	Warunki szczegółowe realizacji świadczeń onkologicznych dla poszczególnych poziomów opieki	193
9.7.1.	Pakiet diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej.....	194
9.7.2.	Pakiet diagnostyczny POZ	196
9.7.3.	Pakiet diagnostyczny AOS	198
9.7.4.	Pakiet diagnostyczny LSZ	202
9.7.5.	Pakiet terapeutyczny	207
9.7.6.	Pakiet monitorowania	215
9.7.7.	Rola lekarza rodzinnego (POZ) i położnej środowiskowej (POZ)	218
9.8.	Propozycja mierników oceny jakości opieki nad pacjentami	227
9.9.	Rejestr narządowy	231
9.10.	Opinie ekspertów i organizacji reprezentujących interesy pacjentów	234
10.	Analiza wpływu organizacji koordynowanej opieki onkologicznej na budżet płatnika publicznego	259
10.1.	Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia	259
10.2.	Korzyści i ryzyka płynące z wdrożenia systemu opieki kompleksowej	262
11.	Propozycja dodania wskazania zdrowotnego do założeń kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych.....	265
12.	Piśmiennictwo	279
13.	Spis wykresów	283
14.	Spis rysunków.....	285
15.	Spis tabel	287
16.	Załączniki	294

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT i znak pisma zlecającego:

14.05.2018 r. znak pisma: IK:1330238.JCM

21.05.2018 r. znak pisma: IK:1323218.JCM (2)

14.01.2020 r. znak pisma: ASG.742.4.2020.BT IK 1896724

01.06.2020 r. znak pisma: ASG.742.50.2020.KZ

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej:

Opracowanie w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej w zakresie nowotworów narządowych – ginekologii onkologicznej (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika).

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31 c ustawy o świadczeniach)
- usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31 e-f ustawy o świadczeniach)
- realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31 n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- leczenia szpitalnego
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- rehabilitacji leczniczej
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- leczenia stomatologicznego
- lecznictwa uzdrowiskowego
- ratownictwa medycznego
- opieki paliatywnej i hospicyjnej
- świadczeń wysokospecjalistycznych
- programów zdrowotnych

Wnioskodawca:

Minister Zdrowia

2. Streszczenie wykonawcze

Cel opracowania analitycznego

Niniejsze opracowanie stanowi kontynuację realizacji prac nad zleceniem Ministra Zdrowia (znak: IK 1323218.JCM) z dnia 11.05.2018 r. realizowane na podstawie art. 31n pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczącym opracowania odpowiednich rozwiązań organizacyjnych kompleksowej opieki onkologicznej w zakresie nowotworów narządowych, tj.: raka piersi, raka płuca, raka jelita grubego, raka prostaty, ginekologii onkologicznej. Celem niniejszego opracowania analitycznego jest opracowanie założeń koncepcji organizacji kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych, obejmujących następujące elementy:

- model ośrodka koordynującego, uwzględniający warunki organizacyjne dla wyspecjalizowanych jednostek typu „centra narządowe”;
- warunki realizacji dla świadczeń diagnostycznych, terapeutycznych i monitorowania;
- zestaw mierników oceny diagnostyki i leczenia (w odniesieniu do struktury, procesów i wyniku).

Problem decyzyjny

Niniejszy dokument dotyczy opracowania w drodze konsultacji z interesariuszami ochrony zdrowia kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentami z nowotworami ginekologicznymi (ICD-10: C53, C54, C56) i obejmuje zaprojektowanie modelu organizacji diagnostyki i leczenia. Zlecenie Ministra Zdrowia obejmowało opracowanie:

- analizy problemu decyzyjnego w obszarze nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56) w ramach oceny zasadności zmiany technologii medycznej wszystkich świadczeń gwarantowanych w zakresach: POZ, AOS, LSZ.
- odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi (ICD-10: C53, C54, C56).

Proces prac analitycznych nad całym zleceniem przedstawiono na schemacie poniżej. Łącznie powstały 3 odrębne dokumenty:

- **Opracowanie analityczne: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)**
- **Opracowanie analityczne: Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia w zakresie ginekologii onkologicznej (ICD-10: C53, C54, C56) – Część I**
- **Opracowanie analityczne: Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia w zakresie ginekologii onkologicznej (ICD-10: C53, C54, C56) – Część II**

Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

- Przegląd krajowych i zagranicznych zaleceń i wytycznych postępowania diagnostycznego i terapeutycznego we wskazanych nowotworach ginekologicznych.
- Opracowanie ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego z pacjentką z nowotworem szyjki macicy (C53), trzonu macicy (C54) i jajnika (C56).
- Weryfikacja procedur medycznych ujętych w rozporządzeniach koszykowych (POZ, AOS, LSZ) pod kątem zalecanych i aktualnych procedur (w oparciu o procedury zidentyfikowane w wytycznych i praktykę kliniczną).

Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia w zakresie ginekologii onkologicznej (ICD-10: C53, C54, C56) - Część I

- Zidentyfikowano świadczenia, dla których występują wskazania do wprowadzenia zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych – obszary wymagające kwalifikacji nowych procedur, usunięcia procedur niestosowanych lub aktualizacji i korekty procedur obecnie znajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Wskazano procedury/obszary, które wymagają zmian legislacyjnych lub organizacyjnych.
- Opracowanie projektu zestawu świadczeń w POZ, AOS, LSZ opisanych przez technologie medyczne i inne elementy opisu świadczenia w nowotworach C53, C54, C56 (pakiety świadczeń dla analizowanych nowotworów).
- Analiza kompleksowych rozwiązań w zakresie opieki onkologicznej dla nowotworów ginekologicznych dla 12 krajów, wskazując na kluczowe aspekty, z punktu widzenia, sposobu i jakości świadczonych usług i osiągnięcia pożądaných efektów zdrowotnych.

Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia w zakresie ginekologii onkologicznej (ICD-10: C53, C54, C56) - Część II

- Identyfikacja potrzeb i problemów systemowych w obszarze opieki onkologicznej w oparciu o badanie kwestionariuszowe wśród świadczeniodawców i organizacji reprezentujących interesy pacjentów oraz w ramach konsultacji z Zespołem ekspertów.
- Przegląd dowodów naukowych w zakresie miejsca świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych oraz personelu odpowiedzialnego za opiekę nad pacjentkami.
- Analiza zasobów opieki zdrowotnej.
- Opracowanie założeń organizacyjnych dla modelu kompleksowej opieki onkologicznej i struktura centrów narządowych.
- Ocena potencjału wykonawczego.
- Opracowanie szczegółowych warunków realizacji świadczeń (pakiety świadczeń w zakresie diagnostyki, leczenia i monitorowania).
- Przegląd i wybór mierników oceny jakości opieki.
- Analiza wpływu na budżet organizacji kompleksowej opieki onkologicznej.

Rysunek 1. Schemat procesu analitycznego

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT]

Problem zdrowotny

Nowotwory ginekologiczne zlokalizowane są w obrębie narządów rozrodczych kobiety (poddane przedmiotowej ocenie: rak szyjki macicy ICD-10: C53, rak trzonu macicy ICD-10: C54, rak jajnika ICD-10: C56) i mogą rozprzestrzenić się do okolicznych węzłów chłonnych, narządów wewnętrznych lub kości tworząc przerzuty¹.

Czynniki etiologiczne rozwoju poszczególnych nowotworów ginekologicznych różnią się pomiędzy sobą (z wyjątkiem obecności nowotworu w rodzinie oraz wieku). W etiologii raka szyjki macicy (RSzM) najważniejszą rolę odgrywa zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego – wysokoonkogennymi typami; do innych czynników można zaliczyć również wczesny wiek inicjacji seksualnej oraz wielu partnerów seksualnych, liczba porodów, status układu immunologicznego (osłabiona odporność np. wynikająca z zakażenia wirusem HIV), współistnienie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, palenie tytoniu,

¹ Kozakiewicz, B. (2003). *Malignant neoplasms of genitals*. *Nowa Medycyna* Nr 3/2003.

antykoncepcja hormonalna stosowana dłużej niż 5 lat^{2,3}. Do najważniejszych czynników etiologicznych w rozwoju raka trzonu macicy zalicza się m.in.: otyłość, nadmierne działanie estrogenów, nadciśnienie tętnicze⁴. Natomiast w przypadku raka jajnika są to m.in.: nosicielstwo mutacji genów BRCA1 i BRCA2, zespół Lyncha czy też bezdzietność.

W celu wykluczenia lub zdiagnozowania nowotworu ginekologicznego, a także ewentualnego określenia stopnia jego zaawansowania, stosuje się: wywiad lekarski i badanie fizykalne, badanie ginekologiczne oraz odpowiednie świadczenia diagnostyki laboratoryjnej oraz diagnostyki obrazowej i nieobrazowej (m.in.: podstawowe badania krwi i moczu, RTG lub TK klatki piersiowej, USG przezpochwowe, USG jamy brzusznej, biopsja)^{5,6,7,8}. Podstawą postawienia diagnozy i oceny stopnia zaawansowania nowotworu jest pobranie materiału na badanie histopatologiczne. Leczenie nowotworów ginekologicznych obejmuje: leczenie chirurgiczne, chemioterapię, radioterapię lub połączenie tych metod^{9,10,11,12,13}.

Nowotwory ginekologiczne stanowią jedne z najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet w Polsce i na świecie. W 2017 r. w Polsce najwyższą zapadalność (wśród nowotworów ginekologicznych) odnotowano w przypadku nowotworu złośliwego trzonu macicy (5 984 przypadki stanowiące ok. 7,29% wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet). Rak trzonu macicy znajdował się na czwartym miejscu pod względem liczby zachorowań na nowotwory złośliwe wśród kobiet powyżej 15 r.ż., rak jajnika na miejscu szóstym, rak szyjki macicy na miejscu ósmym.

Wybrane propozycje zmian w zakresie technologii medycznych i wnioski do decyzji MZ (z Opracowań analitycznych: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD) i Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia w zakresie ginekologii onkologicznej (ICD-10: C53, C54, C56) – Część I)

² Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2016). Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy. Pozyskano z: http://programedukacionkologicznej.pl/wp-content/uploads/2015/08/2016_PEO_CWW_rak_szyjki_macicy.pdf, dostęp z 28.01.2020

³ World Health Organization (WHO). Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice. 2nd Edition WHO 2014/ (23 January 2020). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>.

⁴ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2018). Co warto wiedzieć. Rak trzonu macicy. Pozyskano z: https://programedukacionkologicznej.pl/wp-content/uploads/2015/08/2018_PEO_CWW_rak_trzonu_macicy.pdf, dostęp z 28.01.2020

⁵ Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2013). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf, dostęp z 28.01.2020

⁶ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka trzonu macicy. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 04.02.2020

⁷ Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2013). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf, dostęp z 28.01.2020

⁸ Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej. (2017). Zalecenia dotyczące diagnostyki i leczenia raka jajnika. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 04.02.2020

⁹ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2016). Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy. Pozyskano z: <http://programedukacionkologicznej.pl/poradnik/rak-szyjki-macicy/>, dostęp z 27.01.2020

¹⁰ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka szyjki macicy. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 04.02.2020

¹¹ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka trzonu macicy. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 04.02.2020

¹² Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2013). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf, dostęp z 28.01.2020

¹³ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka jajnika. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 04.02.2020

W wyniku przeprowadzonej analizy wytycznych klinicznych, ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i monitorowania w analizowanych nowotworach oraz weryfikacji świadczeń/procedur medycznych uwzględnionych w wykazach świadczeń gwarantowanych w zakresach: POZ, AOS, LSZ, a także konsultacji z Zespołem ekspertów, zidentyfikowano obszary wymagające zmian w obecnym koszyku świadczeń gwarantowanych. Wskazano procedury/obszary, które wymagają zmian legislacyjnych lub organizacyjnych. Do decyzji i wskazania, względem których świadczeń/procedur, Minister Zdrowia zleca wydanie rekomendacji Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany poszczególnych technologii, pozostaje:

W zakresie procedur profilaktycznych:

1. Zasadność uwzględnienia w koszyku świadczeń gwarantowanych:

- szczepień przeciwko HPV;
- cytologii na podłożu płynnym jako optymalnej procedury wstępnej, dostarczającej najwyższej jakości materiału do testu HR HPV w ramach populacyjnego programu profilaktyki raka szyjki macicy.

W zakresie procedur diagnostycznych:

1. Zasadność uwzględnienia lub wyodrębnienia w rozporządzeniach procedur diagnostycznych:

- Inhibina A i B.

W zakresie procedur terapeutycznych:

1. Zasadność uwzględnienia w rozporządzeniu z zakresu leczenia szpitalnego:

- Nacięcie otrzewnej (ICD 9: 54.95) lub dwóch odrębnych: Nakłucie otrzewnej – punkcja odbarczająca (ICD 9: 54.956) oraz Nakłucie otrzewnej – pobranie materiału do analiz (ICD 9: 54.957);
- Opieka położnicza z powodu raka jajnika i raka szyjki macicy (ICD 9: O34.4 i O34.9);
- Immunoterapia przeciwnowotworowa (ICD 9: 99.281).

2. Usunięcie z koszyka procedury: nacięcie macicy (ICD 9: 68.0).

W zakresie przesunięcia/poszerzenia katalogu procedur na poziomie POZ/AOS/LSZ:

1. Zasadność uwzględnienia w rozporządzeniu z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:

- Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – badanie cytologiczne (ICD-9: 91.447) (możliwość skierowania na badanie poza programem);
- Badania z zakresu chemii klinicznej, które wykonuje się w procesie monitorowania pacjentki po leczeniu (np. CA 125, inhibina, CEA, Antygen nowotworowy HE4).

2. Zasadność uwzględnienia lub wyodrębnienia w rozporządzeniach procedur diagnostycznych:

- Badania patomorfologiczne.

3. Zasadność uwzględnienia w rozporządzeniu w zakresie leczenia szpitalnego procedur diagnostycznych:

- Badania koagulologiczne (dostęp w pozostałych profilach a nie tylko Hematologii).

4. Poszerzenie wskazań ICD-10 w Wykazie badań genetycznych w chorobach nowotworowych (zał. 7d o Zarządzenia Nr 66/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne) o rozpoznania C53 i C54.

Zidentyfikowano również **procedury, które: wymagają zmiany w zakresie nomenklatury, ujednoczenia wyceny, a także wzmocnienia pozycji w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.** Zasadne wydaje się również zdefiniowanie pakietu procedur/świadczeń mających udział w procesie monitorowania po leczeniu:

- Niepoprawne klinicznie sformułowanie procedury doszczętne wycięcie węzłów biodrowych (ICD9: 40.53) i zaproponowano zmianę na doszczętne wycięcie węzłów miedniczych;
- Konieczność wzmocnienia roli zespołu multidyscyplinarnego odpowiedzialnego za postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne z pacjentką oraz w ramach kompleksowej opieki

onkologicznej wyodrębnienie procedury wielodyscyplinarnego konsylium lekarskiego wraz z wyceną;

- Ujednolicenie wyceny świadczeń diagnostycznych realizowanych w ramach AOS i LSZ.

Kierunki optymalizacji modelu opieki koordynowanej nad pacjentkami z nowotworami C53, C54, C56.

Rozwiązania międzynarodowe

Założenia rozwiązań organizacyjnych w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych przygotowano między innymi w oparciu o analizę rozwiązań międzynarodowych. Przeanalizowano systemy opieki zdrowotnej i organizację opieki onkologicznej 12 krajów: Australii, Stanów Zjednoczonych Ameryki (USA), Wielkiej Brytanii (UK), Niemiec, Norwegii, Szwecji, Królestwa Niderlandów (Holandii), Francji, Hiszpanii, Litwy, Estonii, Węgier. Analiza wykazała, że w większości krajów rozwiązaniami, które mają wpływ na zwiększenie efektywności diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych są m. in.:

- **prowadzenie rzetelnych i kompletnych rejestrów** udzielanych świadczeń oraz rejestrów epidemiologicznych chorób nowotworowych;
- **prowadzenie diagnostyki i leczenia w wysoko wyspecjalizowanych jednostkach** posiadających odpowiednie doświadczenie w zakresie opieki nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi;
- **wprowadzenie maksymalnych czasów oczekiwania na poszczególne świadczenia** składające się na diagnostykę i leczenie onkologiczne;
- **funkcjonowanie w procesie leczenia multidyscyplinarnych zespołów** składających się z przedstawicieli różnych specjalności i zawodów medycznych, najczęściej z lekarzy specjalizujących się w ginekologii, ginekologii onkologicznej, onkologii, radioterapii onkologicznej a także chirurgów onkologicznych lub ogólnych, radiologii, patomorfologii; pielęgniarek oraz personelu o innych specjalnościach, m.in. psycholog lub psychoonkolog, gastroenterolog;
- **wprowadzenie koordynatora procesu diagnostyczno-terapeutycznego** wchodzącego w skład zespołu multidyscyplinarnego;
- **wprowadzenie skoordynowanej ścieżki pacjenta.**

Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego

Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego zostały opracowane w raporcie „*Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika)* – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD). Na podstawie analizy porównawczej wytycznych krajowych i międzynarodowych utworzono osiem modeli ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku szyjki macicy, w tym jedną ścieżkę dla subpopulacji kobiet ciężarnych, osiem modeli ścieżek postępowania w nowotworach trzonu macicy oraz pięć ścieżek w raku jajnika, w tym jedną dla subpopulacji kobiet w ciąży. Modelowe ścieżki zostały skonsultowane i zaakceptowane przez Zespół Ekspertów.

Założenia organizacyjne dla modelu kompleksowej opieki w nowotworach ginekologicznych – centra narządowe

Celem opieki w nowotworach ginekologicznych jest odpowiednia profilaktyka i wykrywanie nowotworów we wczesnych stadiach zaawansowania, postawienie możliwie szybkiego i precyzyjnego rozpoznania, właściwe kwalifikowanie chorych do określonej metody leczniczej i leczenia skojarzonego, zastosowanie optymalnych procedur terapeutycznych o kompleksowym charakterze i odpowiedniej jakości. Jednocześnie udzielane świadczenia powinny być najwyższej jakości w celu maksymalizacji efektów zdrowotnych i minimalizacji liczby powikłań, co następnie przekłada się na wydłużenie wskaźnika 5-letniego przeżycia i zmniejszenie umieralności. W kontekście zagadnień istotnych dla opracowania rozwiązań kompleksowego leczenia nowotworów narządowych w postaci tzw. „Unitów” (płuca, jelita grubego, prostaty, ginekologii onkologicznej), w których skupiona byłaby diagnostyka i leczenie nowotworów narządowych. Dokument potwierdza, potrzebę wprowadzenia takich rozwiązań w Polsce, określając je mianem **Centrów Kompetencji (Cancer Units)**.

Proponowany system organizacji kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych opiera się na:

- wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w analizowanych nowotworach stanowiących podstawę realizacji kompleksowej opieki onkologicznej;
- realizacji świadczeń onkologicznych zgodnie z założeniami obowiązujących przepisów regulujących szybką terapię onkologiczną;
- bazie istniejących szpitali zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ);
- przeglądzie międzynarodowych rozwiązań organizacyjnych w zakresie opieki w nowotworach ginekologicznych;
- przeglądzie wskaźników jakości monitorowania opieki nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi.

Model organizacji centrów kompetencji nowotworów ginekologicznych (**Gynecological Cancer Unit; GCU**) zakłada, że będą to ośrodki charakteryzujące się najwyższym poziomem referencyjności, w ramach których zostanie zapewniona opieka najwyższej jakości dla pacjentek z nowotworami ginekologicznymi. Przedmiotowy model został opracowany na podstawie szczegółowej analizy trzech nowotworów tj. raka szyjki macicy, raka trzonu macicy, raka jajnika. Zakres wskazań określający kompetencje GCU może zostać poszerzony o inne jednostki chorobowe. Ośrodki te powinny zapewniać dostęp do najnowszych metod diagnostyki i leczenia, które są rekomendowane przez wytyczne praktyki klinicznej, a także zapewniać kompleksowość opieki zarówno w zakresie diagnostyki, jak i leczenia. Jakość świadczonych usług w ośrodku powinna podlegać okresowej weryfikacji w oparciu o prospektywną ocenę wyników leczenia u pacjentek. Proponowany model GCU wpisuje się w definicję centrum kompetencji zawartą w koncepcji Krajowej Sieci Onkologicznej, ale także jest zbieżny z rozwiązaniami przyjętymi w innych krajach np. Australii, USA, Wielkiej Brytanii, Szwecji, Holandii, Niemiec, Norwegii, Francji. Zgodnie z wnioskami płynącymi z projektu systemowego Ministerstwa Zdrowia (MZ) „Mapy potrzeb zdrowotnych” a także analizy rozwiązań funkcjonujących w innych krajach wskazuje się, jak już wspomniano wyżej, na zasadność centralizacji procedur chirurgicznych oraz decentralizację chemioterapii i radioterapii. Tym samym GCU powinny współpracować z innymi ośrodkami świadczącymi chemioterapię i radioterapię w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym, co pozwoli zwiększyć dostęp do świadczeń oraz zapewnić świadczenia chemioterapii lub radioterapii bliżej miejsca zamieszkania chorego.

Proponowany model kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych (C53, C54, C56) zakłada, że ośrodki typu GCU zapewnią niezbędne wymagania organizacyjne, tj.:

- **infrastrukturę i potencjał wykonawczy** do realizacji świadczeń w zakresie: kompleksowej diagnostyki nowotworów ginekologicznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego (chirurgicznego, systemowego), programów zdrowotnych (lekowych), radioterapii/brachyterapii, opieki hospicyjnej – w ramach własnej działalności lub poprzez zawarcie umów podwykonawstwa/współpracy lub w trybie art. 132a ustawy o świadczeniach (konsorcjum świadczeniodawców);
- **możliwość wykonania wszystkich badań diagnostycznych** koniecznych w diagnostyce nowotworów ginekologicznych (w przypadku badań genetycznych/molekularnych na podstawie umowy podwykonawczej z placówką o wystarczających kompetencjach) w odpowiednim czasie;
- **koordynację procesu diagnostycznego i terapeutycznego danego pacjenta** – na potrzeby realizacji skoordynowanych działań związanych z kompleksową opieką, ośrodek wyznaczy koordynatora nadzorującego plan diagnostyki i leczenia pacjenta, do którego zadań należy będzie w szczególności: ustalanie terminów spotkań, nadzorowanie prowadzenia dokumentacji oraz monitorowanie całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego;
- **wielodyscyplinarny zespół diagnostyczno-terapeutyczny** z udziałem specjalistów w dziedzinie: ginekologii onkologicznej, radioterapii, onkologii klinicznej, radiologii, patomorfologii;
- **współpracę z innymi ośrodkami niższego szczebla** – udzielającymi świadczeń w zakresie chirurgii onkologicznej, chemioterapii lub radioterapii;

- **systematyczne monitorowanie jakości wyników leczenia oraz stanu pacjenta** po ukończeniu leczenia.

Istotną rolę w opiece nad kobietą powinien odgrywać lekarz POZ, poprzez prowadzenie wywiadu w kierunku ryzyka zachorowania na nowotwory ginekologiczne, w tym w kierunku genetycznych predyspozycji występowania nowotworów ginekologicznych, wywiadu dotyczącego występowania objawów chorobowych, promowanie i kierowanie na badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy. Na podstawie wywiadu osobniczego i rodzinnego lekarz rodzinny ustala z pacjentem strategię postępowania. Lekarz POZ również po okresie monitorowania pacjentki po przebytej chorobie w GCU, powinien kontynuować obserwację pacjentki w ramach wizyt kontrolnych w POZ. GCU prowadzące opiekę nad pacjentką, tj. leczenie oraz monitorowanie, bezpośrednio po leczeniu powinno przekazać wszelkie niezbędne informacje o przebiegu opieki nad pacjentką oraz wskazania do dalszego postępowania – niezbędne dla lekarza rodzinnego do prawidłowego prowadzenia opieki. Lekarz rodzinny powinien wyjaśniać pacjentce informacje przekazane przez specjalistów, pomagać w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia oraz współpracować ze specjalistami w zakresie stałej opieki. W przypadku wystąpienia podejrzenia nawrotu (np. podwyższone markery nowotworowe) lekarz rodzinny powinien mieć możliwość skierowania pacjentki do GCU, a także w razie potrzeby konsultacji ze specjalistami w celu ustalenia dalszej ścieżki postępowania.

Proponowane pakiety świadczeń w diagnostyce, leczeniu i monitorowaniu nowotworów C53, C54, C56

Na podstawie szczegółowego wykazu świadczeń przygotowano projekt pakietów dedykowanych w opiece nad pacjentkami z rakiem szyjki macicy, rakiem trzonu macicy i rakiem jajnika. Propozycja pakietów obejmuje 6 modułów świadczeń co przedstawia schemat poniżej. Stworzone projekty pakietów świadczeń mają na celu ujednoczenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz zwiększenie jakości i dostępności do świadczeń. Efektem tego ma być skrócenie czasu diagnostyki i zwiększenie liczby diagnoz na wczesnym etapie rozwoju nowotworu.

Moduł diagnostyczny POZ

- Obejmuje świadczenia z zakresu diagnostyki wstępnej realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Moduł diagnostyczny AOS

- Obejmuje świadczenia z zakresu diagnostyki wstępnej i pogłębionej realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Moduł diagnostyczny LSZ

- Obejmuje świadczenia z zakresu diagnostyki pogłębionej realizowane w trybie jednodniowym lub stacjonarnym

Moduł diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej

- Obejmuje świadczenia z zakresu patomorfologii i diagnostyki molekularnej realizowane w ramach AOS lub leczenia szpitalnego (LSZ)

Moduł terapeutyczny

- Obejmuje świadczenia z zakresu terapii onkologicznej, tj. procedury zabiegowe (operacyjne), terapię systemową (chemioterapię), radioterapię i brachyterapię realizowane w trybie ambulatoryjnym/jednodniowym/stacjonarnym

Moduł monitorowania

- Obejmuje świadczenia z zakresu monitorowania efektów leczenia, zarówno w zakresie skuteczności leczenia, jak i działań niepożądanych

Rysunek 2. Schemat pakietów świadczeń diagnostyczno-terapeutycznych i monitorowania dla analizowanych nowotworów ginekologicznych

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT]

Rola położnej POZ w profilaktyce nowotworów ginekologicznych i opiece nad chorą

W profilaktyce nowotworów ginekologicznych i w opiece nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi zasadne jest uwzględnienie roli położnej środowiskowej, która powinna współpracować z GCU. W tym celu zaproponowano rozszerzenie dotychczasowych kompetencji położnej środowiskowej. Położna wykonuje zadania zgodne z obowiązującym rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Zakres tych zadań proponuje się rozszerzyć, uwzględniając potrzeby kobiet z nowotworem ginekologicznym. Do zadań, które może wykonywać położna POZ na rzecz kobiet oraz pacjentek z nowotworem ginekologicznym, należą m. in.:

- zadania z zakresu wczesnego wykrywania nowotworów ginekologicznych (ocena występowania czynników ryzyka/objawów) oraz wykonywanie badań cytologicznych;
- świadczenia związane z opieką i pielęgnacją po leczeniu szpitalnym udzielane w formie wizyt domowych (np. monitorowanie i pielęgnacja rany pooperacyjnej, zarządzanie bólem);
- przekazywanie informacji o metodach leczenia wykorzystywanych w onkologii (np. chemioterapii, radioterapii);
- nauczanie o samoopiece, zachowaniach prozdrowotnych, zarządzaniu bólem, itp.;
- świadczenie usług rehabilitacyjnych;
- wykonywanie testów diagnostycznych zleconych przez lekarza POZ (np. badania krwi);
- kierowanie na określone badania (np. USG, RTG) lub wykonywanie niektórych badań przez położną (np. USG).

Wzmocnienie roli i udziału położnej w procesie diagnostyczno-terapeutycznych chorych z nowotworem ginekologicznym jest widoczne w rozwiązaniach systemowych w innych krajach, co potwierdziła wykonana analiza rozwiązań międzynarodowych. We wszystkich krajach główne zadania położnej skupiają się wokół kobiety w ciąży, w okresie połogu oraz wokół opieki nad noworodkiem. Jednak w wybranych krajach położna posiada szersze kompetencje, np. w zakresie wykonywania badań cytologicznych, sprawowania opieki nad kobietą z chorobą ginekologiczną czy możliwość wykonywania podstawowego badania ginekologicznego lub USG.

Ocena potencjału wykonawczego do realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych

Jednostki wytypowane do analizy potencjału wybrano na podstawie danych dot. zrealizowanych przez jednostki w 2017 oraz 2018 roku świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Następnie wśród tych jednostek (90 świadczeniodawców) przeprowadzono badanie kwestionariuszowe dotyczące oceny dostępnych zasobów i potencjału (odpowiedź otrzymano od 48 podmiotów). Ponadto przeprowadzono również ocenę potencjału wykonawczego jednostek na podstawie danych zgłoszonych w ramach umów zawartych przez poszczególne oddziały NFZ na rok 2020. Celem niniejszej analizy było wytypowanie jednostek świadczących usługi z zakresu diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych o najwyższym potencjale pełnienia opieki nad kobietami z nowotworami ginekologicznymi. Uwzględniając strukturę podmiotów (posiadanie odpowiednich oddziałów, poradni, pracowni, laboratorium) oraz dostępność personelu stworzono wykaz potencjalnych 20 podmiotów, spełniających wymagania założone dla ośrodka kompetencji – GCU. Jednakże celem zapobieżenia ograniczonemu dostępowi do świadczeń zdrowotnych na terenach województwa podkarpackiego, pomorskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego i powstaniu białych plam wyznaczono 5 ośrodków, które mogą pełnić rolę GCU na podstawie liczby realizowanych świadczeń w zakresie ginekologii onkologicznej oraz zgłoszonego potencjału. Dla tych pięciu jednostek należy określić okres przejściowy dostosowawczy w odniesieniu do pozostałych wymogów definiowanych dla GCU. Szczegółowy wykaz świadczeniodawców o najwyższym potencjale przedstawiono w Rozdziale *Ocena potencjału wykonawczego jednostek na podstawie danych zgłoszonych w ramach umów zawartych z NFZ na rok 2020*.

Tabela 1. Wykaz potencjalnych podmiotów, spełniających wymagania założone dla ośrodka typu GCU

OW NFZ	Liczba świadczeniodawców
Dolnośląski OW NFZ	2
Kujawsko-Pomorski OW NFZ	2
Lubelski OW NFZ	1
Lubuski OW NFZ	1
Łódzki OW NFZ	1
Małopolski OW NFZ	2
Mazowiecki OW NFZ	3
Opolski OW NFZ	1
Podlaski OW NFZ	1
Podkarpacki OW NFZ	2

Pomorski OW NFZ	2
Śląski OW NFZ	2
Świętokrzyski OW NFZ	1
Warmińsko-Mazurski OW NFZ	1
Wielkopolski OW NFZ	2
Zachodniopomorski OW NFZ	1

Wskaźniki oceny jakości opieki

Na podstawie przeglądu wskaźników międzynarodowych oraz w drodze konsensusu z Zespołem ekspertów opracowano zestaw mierników oceny jakości opieki w nowotworach ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56). Wybrane wskaźniki odnoszą się do struktury, procesu oraz wyniku w odniesieniu do każdego etapu opieki – diagnostyki, leczenia i monitorowania po leczeniu. Ponadto zaproponowano wskaźniki dotyczące efektywności kosztowej działania ośrodka GCU. Monitorowanie powyższych wskaźników może również pozwolić na opracowywanie benchmarkingów pomiędzy podmiotami pełniącymi rolę GCU.

Rejestr narządowy

Funkcjonowanie rzetelnych rejestrów onkologicznych, w tym rejestrów ginekologicznych umożliwi dokonanie oceny efektywności i leczenia onkologicznego. Gromadzenie danych z całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, w tym dane na temat progresji/nawrotu oraz wizyt kontrolnych pozwoli na sprawne monitorowanie pacjenta oraz ocenę jakości opieki onkologicznej. Na podstawie przeglądu rozwiązań międzynarodowych oraz prowadzonego w Polsce projektu „Budowa nowoczesnej platformy gromadzenia i analiza danych z Krajowego Rejestru Nowotworów oraz onkologicznych rejestrów narządowych, zintegrowanej z bazami świadczeniodawców leczących choroby onkologiczne (e-KRN+)” w ramach którego tworzony jest Polski Rejestr Onko-Hematologiczny (PROH). Rejestr Nowotworów Ginekologicznych powinien gromadzić dane prospektywnie, zgodnie z zasadami „Good Registry Practice”. Do rejestru włączeni zostaną wszyscy chorzy na nowotwory ginekologiczne kodowane w klasyfikacji ICD-10. Rejestr narządowy powinien obejmować podstawowy zakres danych, który dotychczas jest gromadzony przez KRN (tj. wiek, płeć, data zachorowania, kod choroby, stadium zaawansowania, kod morfologiczny, data zgonu) oraz dodatkowo powinien zostać poszerzony o dane m. in.: stan sprawności pacjenta przed leczeniem, choroby towarzyszące, data wykonania ostatniego badania przesiewowego (w przypadku raka szyjki macicy) i jego wynik, metody diagnostyczne/wyniki diagnostyki, stopień złośliwości, rodzaj i schemat zastosowanego leczenia, data rozpoczęcia i ewentualnego zakończenia leczenia, w tym czas oczekiwania od postawienia diagnozy do rozpoczęcia leczenia, ocena wyników/odpowiedź na leczenie, informacje o progresji, nawrocie, zgonie. W każdym ośrodku powinna zostać wyznaczona osoba odpowiedzialna za koordynowanie procesu zgłaszania danych do rejestru (koordynator rejestru). Pierwszy wpis dokonywany jest w momencie diagnozy. Rejestr Ginekologiczny jest zobowiązany do przekazywania danych do KRN.

Analiza wpływu organizacji koordynowanej opieki onkologicznej na budżet płatnika publicznego

Proponowany model opieki kompleksowej nad pacjentkami z nowotworami złośliwymi szyjki macicy, trzonu macicy oraz jajnika opiera się na aktualnie obowiązujących rozwiązaniach w zakresie udzielania oraz finansowania świadczeń ze środków publicznych. Zdefiniowane pakiety zawierają świadczenia gwarantowane dostępne w ramach obecnie obowiązujących koszyków. Oszacowanie wpływu wprowadzenia zmian w zakresie kompleksowej opieki opiera się na prognozie kosztu świadczeń udzielanych pacjentkom z przedmiotowymi nowotworami w latach 2021-2023 oraz prognozie potencjalnych kosztów wynikających z zastosowania współczynników korygujących dla świadczeniodawców pełniących rolę GCU. Przedstawione w opracowaniu koszty stanowią wartości orientacyjne. Szczegółowe oszacowanie skutków finansowych z zaproponowanego modelu możliwe będzie po wdrożeniu propozycji rozwiązań do systemu opieki zdrowotnej. Głównymi ograniczeniami analizy są m.in. brak możliwości oszacowania kosztów związanych ze zmianą struktury udzielania świadczeń związanych z funkcjonowaniem GCU, zmianami w obrębie wytycznych i standardów w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych oraz zmianami w strukturze demograficznej populacji świadczeniobiorców.

W tabeli poniżej przedstawiono szacowane koszty koordynowanej opieki onkologicznej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi w latach 2021-2023, w podziale na koszty udzielanych świadczeń oraz koszty wynikające z zastosowania współczynników korygujących dla Centrów Narządowych.

Tabela 2. Szacowane koszty kompleksowej opieki zdrowotnej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi

Zakres	2021 [zł]	2022 [zł]	2023 [zł]
Szacowane koszty świadczeń udzielanych pacjentkom	561 556 955,00	600 596 988,00	639 637 020,00
Koszty wynikające z zastosowania współczynników korygujących dla świadczeniodawców pełniących rolę GCU	35 723 586,30	38 696 213,81	41 668 841,33
Koszty łącznie	597 280 541,30	639 293 201,81	681 305 861,33

Propozycja dodania wskazania zdrowotnego do założeń kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych

Członkowie Rady Przejrzystości podczas posiedzenia Rady Przejrzystości w dniu 28.09.2020 r., jak i niektórzy eksperci kliniczni konsultujący model GCU, zaproponowali rozszerzenie działań w ramach kompleksowej opieki onkologicznej o nowe wskazanie, tj.: nowotwór złośliwy sromu (ICD-10: C51). Rak sromu charakteryzuje się niższymi wskaźnikami zapadalności i umieralności w porównaniu do nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy i nowotworu złośliwego jajnika (zajmuje czwarte miejsce w stosunku do ww. nowotworów), to jego leczenie, jak sugerują eksperci, jest złożone, trudne i wymaga kompleksowego działania. Jak wskazują dane KRN, odsetek pięcioletnich przeżyć w Polsce jest wciąż niski i wynosi we wszystkich stopniach klinicznego zaawansowania nowotworu ok. 35%. Zaawansowany rak sromu stanowi poważny problem terapeutyczny, dlatego też sugeruje się by leczenie odbywało się w ośrodkach posiadających doświadczenie w tego typu zabiegach, ponieważ istnieje możliwość osiągnięcia wysokiego odsetka wyleczeń i jednocześnie niskiego odsetka powikłań pooperacyjnych. Podobnie w wytycznych *European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO 2016) podkreśla się, że wszystkie pacjentki z rakiem sromu powinny zostać skierowane do właściwego Centrum Ginekologii Onkologicznej i poddane leczeniu przez multidyscyplinarny zespół ginekologiczno-onkologiczny.

W rozdziale dotyczącym problematyki nowotworów sromu (C51) przedstawiono zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (PTGO 2017) w zakresie diagnostyki i leczenia raka sromu, jak również uwzględniono wykaz procedur, który stanowi wstępną próbę (nieskonsultowaną z Zespołem eksperckim) określenia świadczeń stosowanych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym ww. nowotworu.

Wnioski

Wprowadzenie modelu kompleksowej i koordynowanej opieki nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi opiera się na aktualnych rozwiązaniach dotyczących organizacji ośrodka nowotworów ginekologicznych tzw. GCU, którego celem jest przede wszystkim:

- zapewnienie kompleksowej opieki obejmującej diagnostykę, leczenie i monitorowanie pacjentki;
- zwiększenie koordynacji całego procesu;
- poprawę jakości i dostępności do świadczeń gwarantowanych;
- poprawę koordynacji wszystkich udzielanych świadczeń pacjentce, w tym udzielanie świadczeń na właściwym poziomie oraz koordynacja przepływu pacjentek z ośrodków o niższej referencyjności do ośrodków o wyższej referencyjności a także na odwrót (z ośrodków o wyższej referencyjności do niższej referencyjności) oraz wyznaczenie koordynatora procesu opieki nad pacjentką;
- monitorowanie jakości udzielonych świadczeń.

Zaproponowane moduły diagnostyczne, terapeutyczne i monitorowania opracowane zostały na bazie aktualnych rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazów świadczeń gwarantowanych. Zaproponowane rozwiązania są zgodne z koncepcją Krajowej Sieci Onkologicznej, koncepcjami opieki przyjętymi w innych krajach oraz opierają się na bazie istniejących szpitali zakwalifikowanych do systemu PSZ. Należy również wskazać, że zaproponowany model organizacji opieki będzie wymagał dodatkowych relacji formalnych pomiędzy ośrodkami oraz zwiększenie finansowania świadczeniodawców, które będą pełniły rolę GCU. W pewnych sytuacjach model ten może jednak wydłużać odległość, którą pacjent musi pokonać w celu uzyskania świadczeń lepszej jakości tj. na wyższym poziomie referencyjności (w początkowej fazie wdrażania modelu).

3. Przedmiot i historia zlecenia

Przedmiot zlecenia

Przedmiotem niniejszego opracowania jest koncepcja zmian organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 nowotwór złośliwy jajnika).

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia (znak IK 132318.JCM) z dnia 11.05.2018 r. art. 31n pkt 5 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczące „*opracowania w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej w zakresie nowotworów narządowych, tj.: raka płuca, raka jelita grubego, raka prostaty, ginekologii onkologicznej*”, mając na uwadze m.in. zalecenia postępowania, opracowanie wskaźników, opracowanie projektu ośrodka koordynującego w danym obszarze, jak również projektu kompleksowego świadczenia gwarantowanego.

Celem opracowania jest przedstawienie koncepcji rozwiązań w zakresie organizacji kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych (we wskazaniach: C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 nowotwór złośliwy jajnika). Koncepcja ta zakłada zwiększenie wykrywalności nowotworu we wczesnym stadium, a także wprowadzenie jednolitych zasad postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia, w celu poprawy rokowania i jakości życia chorych. Zakres przedmiotowej koncepcji zmian został podzielony na dwie części:

Część I

- Identyfikacja aktualnych wykazów świadczeń gwarantowanych w diagnostyce i leczeniu raka: szyjki macicy, trzonu macicy i jajnika w zakresach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczeniu szpitalnym;
- Proponowane pakiety świadczeń w diagnostyce, leczeniu i monitorowaniu w zakresie przedmiotowych nowotworów;
- Propozycje zmian w zakresie technologii medycznych w obecnie obowiązującym koszyku świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczeniu szpitalnym;
- Przegląd rozwiązań międzynarodowych w zakresie organizacji kompleksowej opieki onkologicznej w obszarze nowotworów ginekologicznych;
- Kluczowe wstępne założenia koncepcji organizacji kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych, w oparciu o przegląd rozwiązań międzynarodowych i doświadczenie ekspertów klinicznych.

Wszystkie powyższe elementy zostały opracowane przez zespół analityczny we współpracy ze specjalnie powołanym w tym celu Zespołem ekspertów i przekazane do Ministerstwa Zdrowia znak WS.4320.2.2019.ZZK.NS.ŻN z dnia 30.06.2020 r.

Część II

W część II Raportu Kompleksowej Opieki Onkologicznej przedstawiono:

- Model organizacji udzielania świadczeń onkologicznych w odniesieniu do podmiotów leczniczych typu „centra narządowe” – wyspecjalizowanej jednostki typu *Gynecological Cancer Unit* (GCU), w ramach której prowadzona byłaby zarówno diagnostyka jak i terapia chorych z nowotworami złośliwymi: szyjki macicy, trzonu macicy i jajnika, co powinno przyczynić się m.in.: do optymalizacji zarówno procesów diagnostycznych jak i leczniczych;
- Określenie warunków realizacji świadczeń w ramach kompleksowej opieki onkologicznej – rozumianej jako całościowej organizacji działań nad pacjentem związanych z procesem diagnostyki, leczenia, w szczególności mającej na celu dopasowanie poziomu interwencji do problemu zdrowotnego;

- Opracowanie mierników oceny diagnostyki i leczenia – przygotowanych na podstawie zaleceń (w odniesieniu do struktury, procesów i wyników) i konsultacji z ekspertami;
- Przygotowanie propozycji wkładu merytorycznego do projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia w zakresie zapisów formalnych (treść normatywna, załączniki wraz z uzasadnieniem i oceną skutków regulacji) odnoszących się do modelu organizacji opieki kompleksowej w ginekologii onkologicznej (ICD-10: C53, C54, C56).

Całościowy materiał proponowanych rozwiązań w zakresie organizacji kompleksowej opieki onkologicznej, wraz z projektami dedykowanych świadczeń i warunkami ich realizacji, jest wynikiem prac zespołu analityków Agencji we współpracy ze specjalnie w tym celu powołanym Zespołem ekspertów oraz po konsultacjach wypracowanych rozwiązań z innymi ekspertami dziedzinowymi.

Historia korespondencji i spotkań z MZ

W dniu 14.05.2018 r. do Agencji wpłynęło pismo Ministra Zdrowia (znak: IK:1330238.JCM z dn. 11.05.2018 r.) z prośbą MZ o opracowanie przez odpowiednie stowarzyszenia zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny, propozycji zaleceń postępowania, dotyczących świadczeń w obszarze onkologii w zakresie leczenia: raka płuca, raka jelita grubego, raka prostaty oraz ginekologii onkologicznej. W dniu 21.05.2018 r. do Agencji wpłynęło kolejne pismo znak: IK:1323218.JCM(2) Ministra Zdrowia z informacją, że realizacja zlecenia z dnia 11.05.2018 r. znak: IK:1330238.JCM powinna dotyczyć wyłącznie zakresu odnoszącego się do: raka płuca, raka jelita grubego, raka prostaty oraz ginekologii onkologicznej.

W dniu 24.08.2018 r. pracownicy Agencji uczestniczyli w telekonferencji z Zastępcą Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w MZ, w sprawie prac AOTMiT w zakresie przygotowania świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach narządowych (rak płuca, rak jelita grubego, rak prostaty, ginekologia onkologiczna) w kontekście celu głównego pilotażu opisanego w programie „Koncepcji organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej”.

W dniu 10.09.2018 r. Agencja przesłała drogą elektroniczną do Departamentu Analiz i Strategii w MZ wiadomość zawierającą proponowany harmonogram realizacji prac nad zleceniem.

W dniu 14.09.2018 r. Agencja pismem znak: WS.434.4.2018.JS przekazała do Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia, informacje o zakresie i harmonogramie prac zaplanowanych do wykonania w ramach realizacji zleceń Ministra Zdrowia dotyczących wypracowania odpowiednich rozwiązań w zakresie nowotworów narządowych tj. raka płuca, raka jelita grubego, raka prostaty oraz ginekologii onkologicznej oraz oceny zasadności zmiany technologii medycznych w zakresie POZ, AOS, LSZ w obszarze onkologii.

W dniu 15.10.2018 r. Agencja zwróciła się (znak pisma: WS.434.4.2018.BT) do Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w MZ, z informacją dotyczącą zakresu i harmonogramu prac zaplanowanych do wykonania w ramach realizacji zleceń MZ, dot. wypracowania odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczeń kompleksowej opieki onkologicznej w zakresie nowotworów narządowych, tj.: raka płuca, raka jelita grubego, raka prostaty oraz ginekologii onkologicznej oraz zasadności zmiany technologii medycznych w zakresie: POZ, AOS, LSZ w obszarze onkologii.

W dniu 14.01.2020 r. do Agencji wpłynęło pismo znak: ASG.742.4.2020.BT, IK 1896724 z MZ na temat harmonogramu realizacji poszczególnych prac nad zleceniami Ministra Zdrowia. W piśmie tym określono m.in., że opracowanie odpowiednich rozwiązań organizacyjnych w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach narządowych: nowotwory ginekologiczne (ICD-10: C53, C54, C56) oraz nowotwory urologiczne (ICD-10: C64, C67), powinny być zrealizowane i przekazane Ministrowi Zdrowia w terminie do dnia 30 czerwca 2020 r.

W dniu 17.04.2020 r. Agencja pismem znak: WS.4320.4.2020.ZZK.PG przekazała opracowanie analityczne dot. zmiany technologii medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych: (1) nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53), (2) nowotwór złośliwy trzonu macicy (C54), (3) nowotwór złośliwy jajnika (C56) – Analiza Problemu Decyzyjnego. W piśmie podkreślono, że w związku ze stanem zagrożenia epidemiologicznego dotyczącego pandemii COVID-19 i zaangażowaniem ekspertów klinicznych w walkę z pandemią, przedłożone opracowanie APD nie zostało skonsultowane z Zespołem ekspertów.

W dniu 01.06.2020 r. do Agencji wpłynęło pismo znak: ASG.742.50.2020.KZ z MZ, dotyczące odpowiedzi na pisma znak: WS.4320.4.2020.ZZK.PG i WS.4320.3.2020.ZZW.AZ.DS. Mając na względzie trudną sytuację

epidemiologiczną w kraju spowodowaną pandemią COVID-19, MZ przekazało informację, że wstrzymano prace nad wdrażaniem propozycji ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych, wskazanych w opracowaniach APD zmiany technologii medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych: (1) nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53), (2) nowotwór złośliwy trzonu macicy (C54), (3) nowotwór złośliwy jajnika (C56) – w wersji bez konsultacji z ekspertami oraz zmiany technologii medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów uroonkologicznych: (1) nowotwór złośliwy nerki, (2) nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – w wersji bez konsultacji z ekspertami, do czasu wyrażenia przez ekspertów gotowości do rozpoczęcia/kontynuowania współpracy. Jednocześnie MZ zobowiązało Agencję do przekazania do dnia 30.06.2020 r. informacji na temat postępu prac w przedmiotowych zakresach.

W dniu 30.06.2020 r., przekazano do MZ pismem nr WS.4320.2.2019.ZZK.NS.ŻN, zaktualizowany Raport dot. Analizy Problemu Decyzyjnego w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56) w ramach zmiany technologii medycznych w obszarze onkologii w POZ, AOS i LSZ po przeprowadzeniu konsultacji z ekspertami oraz Raport dotyczący modelu organizacji diagnostyki i leczenia w zakresie ginekologii onkologicznej (we wskazaniach: C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 nowotwór złośliwy jajnika) z uwzględnieniem konsultacji ekspertów (część 1).

W dniu 28.09.2020 r. wyniki Raportu przedstawiono na Radzie Przejrzystości. Rada Przejrzystości zaopiniowała pozytywnie wstępną koncepcję organizacji kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych (*Gynecological Cancer Unit*; GCU) pod warunkiem uwzględnienia i poszerzenia przedmiotowego opracowania o wybrane elementy Rada Przejrzystości zasugerowała również skonsultowanie wytypowanych ośrodków, które miałyby pełnić rolę GCU z Konsultantem Krajowym w dziedzinie ginekologii onkologicznej. W związku z powyższym wystosowano pismo do MZ z dnia 1.10.2020 r. nr WS.4320.2.2019.ZZK.MKo z prośbą o wydłużenie terminu oddania Raportu w celu uwzględnienia uwag wystosowanych przez Radę Przejrzystości i ponowne przedstawienie tematu na Posiedzeniu Rady Przejrzystości.

Historia korespondencji oraz spotkań z interesariuszami

Data	Przedmiot korespondencji/spotkania
Powolywanie Zespołu eksperckiego	
17.02.2020 r.	Agencja zwróciła się pismem znak: WS.4320.4.2020.ZZK.ML z prośbą do Konsultanta Krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej prof. dr hab. n. med. Zbigniewa Kojasa z prośbą o potwierdzenie składu zespołu dedykowanego opracowaniu nowych rozwiązań związanych z kompleksowym, koordynowanym podejściem do diagnostyki i leczenia pacjentek w nowotworach ginekologicznych, tj.: nowotwory złośliwe szyjki macicy (C53), nowotwory złośliwe trzonu macicy (C54), nowotwory złośliwe jajnika (C56), odnosząc się i nawiązując jednocześnie do wcześniej wysłanego pisma znak: WS.434.4.2018.PW.BT z dnia 20.08.2018 r. Agencja wymieniła w piśmie 4 ekspertów: [redacted] i [redacted] oraz przekazała prośbę o ewentualne wskazanie innych ekspertów klinicznych, którzy mogliby się istotnie przyczynić do opracowania koncepcji organizacji udzielania świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych. Poproszono o odpowiedź do 28.02.2020 r.
12.03.2020 r.	Otrzymano odpowiedź od Konsultanta Krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej prof. dr hab. med. Zbigniewa Kojasa na pismo znak WS.4320.4.2020.ZZK.ML, który wyraził zgodę na udział w Zespole ekspertów.
09.03.2020 r. i 16.03.2020 r.	Agencja wystosowała pismo znak: WS.4320.4.2020.ZZK.MŁ z zaproszeniem do współpracy przy opracowywaniu propozycji rozwiązań w zakresie świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych, tj.: nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53), nowotwór złośliwy trzonu macicy (C54), nowotwór złośliwy jajnika (C56), 09.03.2020 r. do 12 ekspertów: [redacted]; Konsultanta Krajowego w dziedzinie patomorfologii prof. dr hab. Andrzeja Marszałka; [redacted]; Konsultanta Wojewódzkiego (woj. małopolskie) w dziedzinie ginekologii onkologicznej prof. dr hab. n. med. Kazimierza Pityńskiego; Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej prof. dr hab. n. med. Krzysztofa Składowskiego; Konsultanta Wojewódzkiego (woj. małopolskie) w dziedzinie radioterapii onkologicznej dr hab. n. med. Małgorzaty Klimek; [redacted]; Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotra Majchra; Konsultanta Wojewódzkiego (woj. małopolskie) w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości prof. dr hab. n. med. Roberta Jacha; [redacted]; Konsultanta Krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej prof. dr hab. n. med. Zbigniewa Kojasa. Dodatkowo dnia 16.03.2020 r. wysłano pismo do 3 ekspertów: Konsultanta Wojewódzkiego (woj. dolnośląskie) w dziedzinie ginekologii onkologicznej dr n. med. Barbary Rossochackiej-Rostalskiej; [redacted] oraz Członka Zarządu Głównego Polskiego

	Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej PTGO, Członka Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego PTG, Członka Europejskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej ESGO, Członka Polskiego Towarzystwa Immunologii Klinicznej i Doświadczalnej PTIKiD – [REDACTED]
17.04.2020 r.	Do dnia przekazania do MZ opracowania analitycznego APD Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 nowotwór złośliwy jajnika) otrzymano odpowiedzi od 11 ekspertów. Agencja była na etapie procedowania umów z 10 ekspertami, którzy wyrazili zgodę na współpracę (jeden z ekspertów zrezygnował z uczestnictwa w pracach Zespołu). Ze względu na dynamiczną sytuację epidemiologiczną w kraju, związaną z pandemią i rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 powodującego chorobę COVID-19 do dnia 17.04.2020 r. nie było możliwe zorganizowanie spotkania Zespołu eksperckiego. Organizację spotkań zaplanowano w dalszym etapie prac nad zleceniem, dotyczącym kompleksowej opieki specjalistycznej w nowotworach ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56).
Kwiecień/maj 2020 r.	Na przełomie kwietnia/maja br. podpisano umowy z 9 ekspertami klinicznymi. Jednocześnie określono ostateczny skład Zespołu eksperckiego: 1. prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojs; 2. prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski; 3. prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński; 4. prof. dr hab. n. med. Robert Jach; 5. [REDACTED]; 6. [REDACTED]; 7. [REDACTED]; 8. [REDACTED]; 9. prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr Majcher. Eksperti podpisali umowy współpracy z Agencją do 30 czerwca br., jednak w związku z przedłużeniem prac nad przedmiotowym zleceniem umowy te będą aneksowane.
Lipiec/wrzesień 2020 r.	Aneksowano umowy dla siedmiu ekspertów klinicznych 1. prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojs; 2. prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski; 3. prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński; 4. prof. dr hab. n. med. Robert Jach; 5. [REDACTED]; 6. [REDACTED]; 7. [REDACTED].
Spotkania i korespondencja z organizacjami reprezentującymi interesy pacjentów	
09.07.2020 r.	Agencja zwróciła się pismem znak: WS.4320.2.2019.ZZK.NS.ŻN do 9 organizacji reprezentujących interesy pacjentów: [REDACTED] [REDACTED] z prośbą o przygotowanie opinii w zakresie świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych, tj.: nowotwór złośliwy szyjki macicy (ICD-10: C53), nowotwór złośliwy trzonu macicy (ICD-10: C54), nowotwór złośliwy jajnika (ICD-10: C56) poprzez wypełnienie załączonej ankiety do dnia 17.07.2020 r.
17.07.2020 r.	Do wyznaczonego dnia przekazywania ankiet, otrzymano odpowiedzi od 5 organizacji. Jedna organizacja reprezentująca interesy pacjentów ([REDACTED]) z powodu innych obowiązków odmówiła udzielenia odpowiedzi, jedna organizacja ([REDACTED]) poinformowała, że przekaże wspólne stanowisko razem z [REDACTED] (wchodzi w skład jej członków). W sumie 3 organizacje ([REDACTED]) przesyłały uzupełnione ankiety.
Spotkania i korespondencja ze świadczeniodawcami	
15.07.2020 r.	Agencja zwróciła się do 90 placówek medycznych na terenie kraju z prośbą o wypełnienie kwestionariusza-ankiety celem zidentyfikowania potencjału podmiotów leczniczych, które mogłyby pełnić rolę ośrodków koordynujących w nowotworach ginekologicznych, tj. rak szyjki macicy (C53), rak trzonu macicy (C54), rak jajnika (C56). Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w dniach 15.07. – 04.08.2020 r.
04.08.2020 r.	Do wyznaczonego dnia przekazywania ankiet otrzymano odpowiedzi od 48 świadczeniodawców, w tym jedna z placówek przesyłała dwie uzupełniające się ankiety wypełnione przez pracowników dwóch różnych oddziałów zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów ginekologicznych.
Spotkania Zespołu eksperckiego i analitycznego	
28.05.2020 r.	W godzinach od 9:00-12:00 odbyło się pierwsze spotkanie Zespołu eksperckiego z zespołem analitycznym AOTMiT. Spotkanie zostało zorganizowane w siedzibie Zespołu Zamiejscowego AOTMiT w Krakowie, ul. XX Pijarów 5, 31-466 Kraków oraz on-line za pośrednictwem programu Zoom (dla uczestników, którzy nie mogli być obecni w siedzibie w Krakowie). W spotkaniu uczestniczyło 6 ekspertów: prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński, [REDACTED], prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski (w siedzibie AOTMiT), [REDACTED], prof. dr hab. n. med. Robert Jach (w siedzibie AOTMiT), prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojs oraz 6 analityków z AOTMiT, wraz z [REDACTED] (z Biura Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej – prof. Składowskiego). Agencję reprezentował zespół 6 analityków (4 na miejscu w siedzibie, 2 on-line). Podczas spotkania przedstawiono wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ, AOS i leczenia szpitalnego (LSZ) dedykowany nowotworom C53, C54, C56. Podczas dyskusji omówiono procedury, które są wykorzystywane w diagnostyce i leczeniu ww. nowotworów i powinny znaleźć się w pakietach im dedykowanych. W oparciu o koszyk świadczeń gwarantowanych skonsultowano, które procedury należy dodać, usunąć lub zmodyfikować. W ramach spotkania omówiono również warunki uzyskania uprawnienia do wykonywania świadczeń medycznych w zakresie C53, C54, C56 oraz warunki realizacji tych świadczeń dla proponowanych pakietów. W pierwszym planie spotkania zostało przewidziane omówienie modelowych ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, jednak ze względu na ograniczenia czasowe to zadanie nie zostało zrealizowane. Ustalono, że kwestia ta zostanie omówiona w korespondencji e-mailowej i przedstawiona oraz poddana do dyskusji na kolejnym spotkaniu eksperckim.

	Zaproponowano zorganizowanie kolejnego spotkania celem omówienia wspomnianych ścieżek postępowania oraz omówienia potencjalnych kierunków zmian w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej w C53, C54, C56.
18.06.2020 r.	<p>W godzinach od 9:00-12:00 odbyło się drugie spotkanie Zespołu eksperckiego z analitycznym zespołem AOTMiT. Spotkanie miało charakter wideokonferencji. Uczestniczyło w nim 7 członków Zespołu ekspertów, tj. prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojs; prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski; prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński; prof. dr hab. n. med. Robert Jach; [REDACTED] oraz [REDACTED]. Agencję reprezentował zespół 6 analityków (4 na miejscu w siedzibie, 2 on-line).</p> <p>Podczas spotkania omówiono ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w przedmiotowych nowotworach, skupiając się przede wszystkim na najbardziej problematycznych kwestiach. Eksperti w trakcie spotkania wskazywali też na obszary problematyczne, jakim jest np. potrzeba aktualizacji polskich wytycznych w zakresie C53, C54 i C56 (w szczególności u kobiet w ciąży).</p> <p>Następnie poddano dyskusji wątpliwe kwestie dotyczące procedur medycznych, tj. na drodze konsensusu ustalono niezbędną, z punktu widzenia diagnostyczno-terapeutycznego, liczbę spotkań multidyscyplinarnych zespołów specjalistycznych w zakresie C53, C54, C56.</p> <p>Podczas spotkania podjęto wstępną dyskusję dotyczącą ogólnej koncepcji potencjalnych kierunków zmian w zakresie tzw. „cancer units”, czyli centrów kompetencji w przypadku nowotworów ginekologicznych. Aspekt ten będzie szerzej analizowany w dalszym toku prac i będzie przedmiotem dyskusji kolejnych spotkań z Zespołem ekspertów.</p>
25.08.2020 r.	<p>W godzinach od 9:00-12:00 odbyło się trzecie spotkanie Zespołu eksperckiego z zespołem analitycznym AOTMiT. Spotkanie miało charakter wideokonferencji. Uczestniczyło w nim 5 członków Zespołu ekspertów, tj. prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojs; prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski; prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński; [REDACTED] i [REDACTED]. Agencję reprezentował zespół 5 analityków (na miejscu w siedzibie).</p> <p>Podczas spotkania omówiono wymagania organizacyjne dla ośrodków koordynujących opiekę nad kobietami z nowotworami ginekologicznymi (ICD-10: C53, C54, C56) (ang. <i>Gynecologic Cancer Unit</i>, GCU). Ustalono strukturę modelu GCU, m.in.: podstawowe oddziały szpitalne i poradnie specjalistyczne zapewniane w strukturze organizacyjnej ośrodka lub w dostępie, niezbędny personel, wymagany sprzęt i aparaturę medyczną, właściwą organizację udzielania świadczeń, kryteria jakości jakie powinien spełniać ośrodek typu GCU. Ponadto zasugerowano, że GCU powinien zajmować się wyłącznie złośliwymi nowotworami ginekologicznymi (C53, C54, C56) z uwzględnieniem centralizacji leczenia chirurgicznego i decentralizacji leczenia uzupełniającego (chemioterapia, radioterapia) wedle powszechnego trendu światowego. Natomiast fundamentem opieki kompleksowej powinny być centra kompetencji zlokalizowane, o ile istnieje taki potencjał we wszystkich województwach (1-2 na województwo) oraz ośrodki satelitarne.</p> <p>Następnie przedyskutowano wykaz mierników oceny diagnostyki i leczenia (wskaźników monitorowania jakości) ośrodków koordynujących. Droga konsensusu ustalono ich ostateczną listę, która zamieszczona została w stworzonych wcześniej pakietach diagnostycznych, terapeutycznych i monitorowania nowotworów ginekologicznych (utworzonych na podstawie pierwszego spotkania z ekspertami). W ramach spotkania podjęto również wstępną dyskusję na temat organizacji audytów GCU, sposobu ich przeprowadzania oraz częstotliwości odbywania się.</p>
Konsultacje wypracowanych rozwiązań organizacyjnych (zdalnie)	
16.07.2020 r.	W dniu 16.07.2020 r. do członków powołanego Zespołu eksperckiego przesłano drogą mailową wykaz wskaźników opracowany przez zespół analityków na podstawie przeglądu międzynarodowego oraz obowiązujących w ramach sieci onkologicznej w Polsce z prośbą o wskazanie tych mierników, które byłyby w opinii ekspertów adekwatne w systemie opieki zdrowotnej w Polsce oraz przydatne w ocenie jakości świadczonych usług w ramach Kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych. Do dnia 25 sierpnia 2020 r. otrzymano odpowiedź od 4 ekspertów.
Opracowanie ostatecznego kształtu modelu po konsultacjach	
01.09-18.09.2020	<p>W dniu 1 września 2020 r. pismem nr WS.4320.2.2019.ZZK.NS wystosowano prośbę o przygotowanie opinii eksperckiej w sprawie zasadności utworzenia centrów narządowych (tzw. GCU) realizujących świadczenia w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi (ICD-10: C53, C54, C56), do 29 ekspertów zewnętrznych. Ekspertami, do których wystosowano pisma byli: 1. prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski; 2. prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojs; 3. prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski; 4. prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jeziorski; 5. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Wallner; 6. prof. dr hab. n. med. Andrzej Kocharński; 7. prof. dr hab. n. med. Leszek Królicki; 8. prof. dr hab. n. med. Andrzej Marszałek; 9. prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski; 10. prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr Majcher; 11. prof. dr hab. n. med. Robert Jach; 12. prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński; 13. [REDACTED]; 14. [REDACTED]; 15. [REDACTED]; 16. [REDACTED]; 17. [REDACTED]; 18. [REDACTED]; 19. [REDACTED]; 20. [REDACTED]; 21. [REDACTED]; 22. [REDACTED]; 23. [REDACTED]; 24. [REDACTED]; 25. [REDACTED]; 26. [REDACTED]; 27. [REDACTED]; 28. [REDACTED]; 29. [REDACTED].</p> <p>Ponadto, w dniu 2 września 2020 r. KK w dz. ginekologii onkologicznej wskazał dodatkowych trzech ekspertów do udzielenia opinii, do których przesłano prośbę o opinię w dniu 4 września 2020 r. Wskazanymi ekspertami byli: 1. prof. dr hab. n. med. Dariusz Wydra; 2. [REDACTED]; 3. [REDACTED].</p> <p>Na dzień 18 września 2020 r. otrzymano 12 opinii ekspertów zewnętrznych (w tym trzy od Konsultantów Krajowych, jedną od Konsultanta Wojewódzkiego, jedną z NFZ, trzy od towarzystw pacjenczkich, jedną z towarzystwa naukowego i trzy od specjalistów ginekologii onkologicznej pełniących funkcje kierownicze oddziałów/klin k ginekologii onkologicznej).</p>

Uzyskanie opinii Rady Przejrzystości	
28.09.2020	Przedstawienie Raportu na Radzie Przejrzystości. Rada Przejrzystości zaopiniowała pozytywnie wstępną koncepcję organizacji kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych (<i>Gynecological Cancer Unit; GCU</i>) wskazując elementy do uzupełnienia. Rada stoi na stanowisku, że poprawiona koncepcja powinna zostać przedstawiona Radzie do ponownej oceny.
1.10.2020- 5.10.2020	W dniu 1.10.2020 r. pismem znak WS.4320.2.2019.ZZK.PG wystosowano prośbę do Konsultanta Krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej o weryfikację listy wytypowanych ośrodków, które mogą potencjalnie pełnić rolę centrów kompetencji nowotworów ginekologicznych (ang. <i>Gynecological Cancer Unit, GCU</i>) w każdym województwie celem równomiernego i zgodnego ze zobiektywizowanymi potrzebami zdrowotnymi rozmieszczenia GCU na terenie całej Polski. Odpowiedź otrzymano 5.10.2020 r. W odpowiedzi Konsultant Krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej wskazał, że proponowana liczba ośrodków jest niewystarczająca. Dotyczy to zwłaszcza województw o dużej populacji i liczbie leczonych chorych na nowotwory narządu rodowego. Konsultant zaproponował, aby w województwie mazowieckim rozważyć uwzględnienie dodatkowych 2-3 ośrodków, tj. np. Wojskowego Instytutu Medycznego, Szpitala Klinicznego im. Prof. W. Orłowskiego, Mazowieckiego Szpitala Bródnowski. Natomiast w woj. śląskim i pomorskim Konsultant zasugerował również rozszerzenie dostępności poprzez uwzględnienie Klinik Uniwersytetów Medycznych.
12.10.2020	W dniu 12.10.2020 pismem znak WS.4320.2.2019.ZZK.NS, na prośbę jednego z członków Rady Przejrzystości, wystosowano prośbę o opinię na temat proponowanego kompleksowego zakresu zadań i roli jaką powinna pełnić położna podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w profilaktyce nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56) oraz w opiece nad pacjentką z nowotworem ginekologicznym, skierowaną do Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych.

4. Problem decyzyjny

4.1. Problem zdrowotny

Nowotwory ginekologiczne, poddane przedmiotowej ocenie: rak szyjki macicy, rak trzonu macicy, rak jajnika, zlokalizowane są w obrębie narządów rodnych kobiety i mogą rozprzestrzeniać się do okolicznych węzłów chłonnych, kości lub narządów wewnętrznych tworząc przerzuty¹⁴. Klasyfikacja ICD-10 analizowanych nowotworów ginekologicznych:

C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy:

- C53.0 Błona śluzowa kanału szyjki macicy
- C53.1 Błona śluzowa zewnętrznej powierzchni szyjki macicy
- C53.8 Zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie szyjki macicy
- C53.9 Szyjka macicy, umiejscowienie nieokreślone.

C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy:

- C54.0 Cieść macicy (odcinek dolny)
- C54.1 Błona śluzowa macicy
- C54.2 Mięsień macicy
- C54.3 Dno macicy
- C54.8 Zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie trzonu macicy
- C54.9 Trzon macicy, umiejscowienie nieokreślone.

C56 Nowotwór złośliwy jajnika¹⁵.

Epidemiologia (ICD-10: C53, C54, C56)

Najczęstszym typem histologicznym raka szyjki macicy (RSzM) jest rak płaskonabłonkowy (ok. 80%)¹⁶, raka trzonu macicy – rak gruczołowy (ok. 80%)¹⁷, natomiast raka jajnika – nowotwory nabłonkowe (ok. 90%)¹⁸.

Zarówno w Polsce, jak i na świecie nowotwory ginekologiczne stanowią jedno z najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet. W Polsce najwyższą zapadalnością, wśród nowotworów ginekologicznych, charakteryzuje się C54, który w 2017 r. znajdował się na czwartym miejscu pod względem liczby zachorowań na nowotwory złośliwe wśród kobiet powyżej 15 r.ż. (5 984 przypadków zachorowań); C56 znajdował się na miejscu szóstym, C53 na miejscu ósmym. Natomiast najwyższą umieralnością, wśród nowotworów ginekologicznych, charakteryzuje się C56, stanowiąc w 2017 r. czwartą przyczynę zgonów nowotworowych u kobiet w Polsce; C54 – był ósmą, C53 – dziewiątą¹⁹.

W skali globalnej, wśród nowotworów ginekologicznych, najwyższą zapadalność odnotowano w przypadku C53 – był czwartym nowotworem u kobiet ≥ 15 r.ż. pod względem częstości zachorowań, C54 – szóstym, C53

¹⁴ Kozakiewicz B. (2003). *Malignant neoplasms of genitals*. Nowa Medycyna Nr 3/2003

¹⁵ WHO (2009). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - X Rewizja, Tom I*. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf, dostęp z 10.09.2020

¹⁶ Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2013). *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Nowotwory kobiecego układu płciowego. Tom 1. Rozdział 6*. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf, dostęp z 10.09.2020

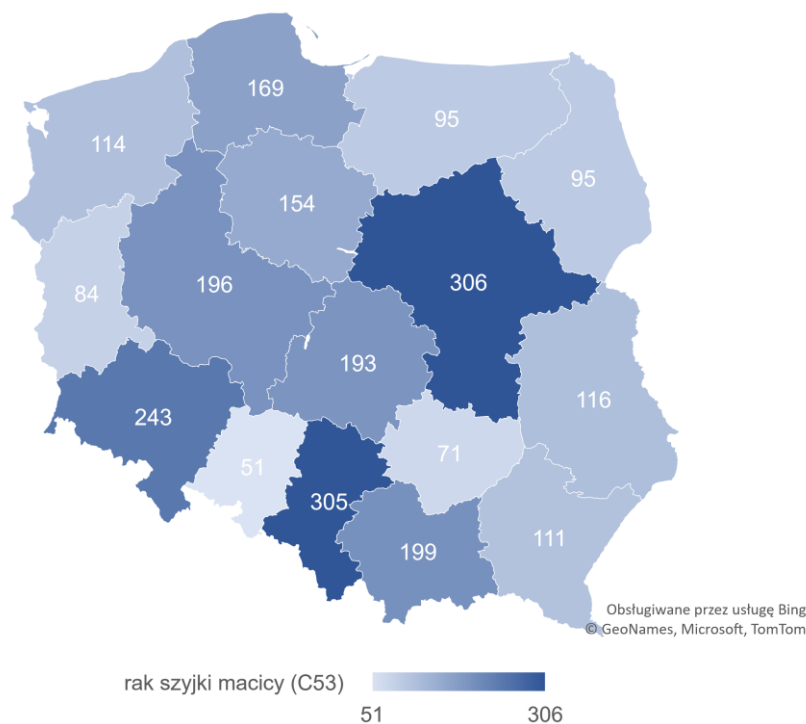
¹⁷ Krajowy Rejestr Nowotworów (2013). *Trzon macicy*. Pozyskano z: <http://onkologia.org.pl/rak-trzonu-macicy/>, dostęp z 10.09.2020

¹⁸ Krajowy Rejestr Nowotworów. (2013). *Jajnik*. Pozyskano z: <http://onkologia.org.pl/rak-jajnika/>, dostęp z 24.01.2020

¹⁹ Krajowy Rejestr Nowotworów. (2020). *Zachorowania na raka szyjki macicy w Polsce wśród kobiet pow. 15.r.ż, dane za 2017 r.* Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_nowotwor, dostęp z 10.09.2020

– ósmym, natomiast najwyższą umieralność odnotowano w przypadku C53 – stanowił czwartą przyczynę zgonów nowotworowych kobiet na świecie, C56 – ósmą, C54 – czternastą (dane z 2018 r.)²⁰.

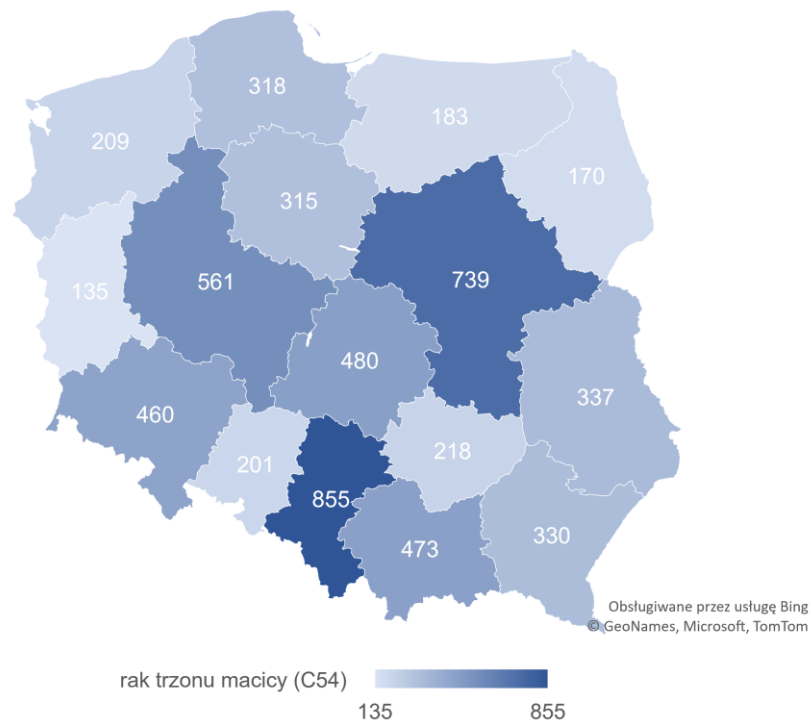
Poniżej na rysunkach przedstawiono liczbę zachorowań na nowotwory ginekologiczne (rak szyjki macicy, rak tronu macicy, rak jajnika C56) w 2017 roku w Polsce z podziałem na województwa.



Rysunek 3. Liczba zachorowań na nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53) w 2017 r. w podziale na województwa

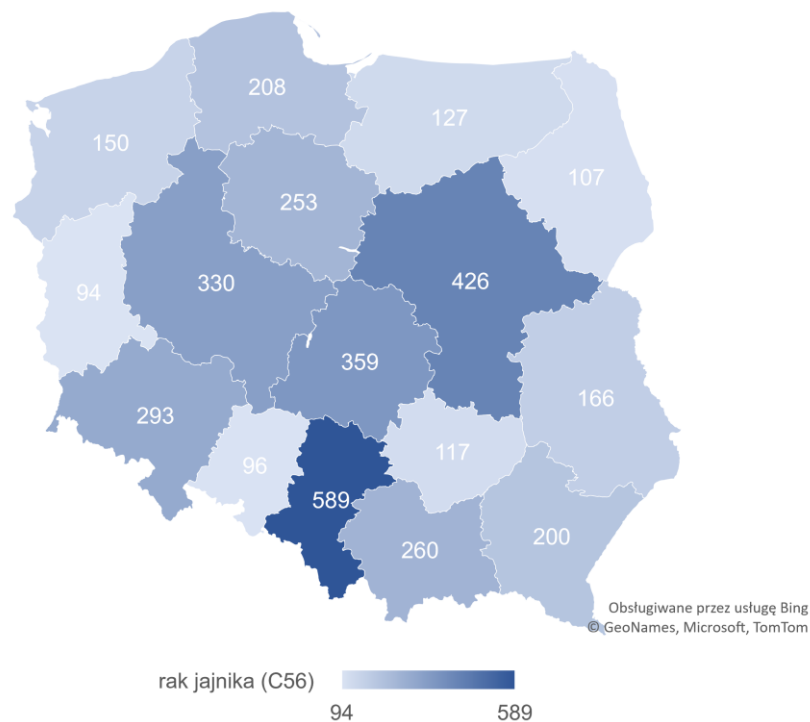
[Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów]

²⁰ International Agency for Research on Cancer. (2018). Cancer today. Pozyskano z: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=3&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1#collapse-others, dostęp z 10.09.2020



Rysunek 4. Liczba zachorowań na nowotwór złośliwy trzonu macicy (C54) w 2017 r. w podziale na województwa

[Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów]



Rysunek 5. Liczba zachorowań na nowotwór złośliwy jajnika (C56) w 2017 r. w podziale na województwa

[Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów]

Etiologia (ICD-10: C53, C54, C56)

Czynniki etiologiczne rozwoju poszczególnych nowotworów ginekologicznych różnią się pomiędzy sobą (z wyjątkiem obecności nowotworu w rodzinie oraz wieku). Do najważniejszych czynników etiologicznych w rozwoju raka szyjki macicy (RSzM) zalicza się zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (ang. *human papilloma virus*, HPV) – wysokoonkogennymi typami (głównie: HPV16 i HPV18²¹). Do innych czynników można zaliczyć również wczesny wiek inicjacji seksualnej oraz wielu partnerów seksualnych, liczbę porodów, status układu immunologicznego (osłabiona odporność np. wynikająca z zakażenia wirusem HIV (ang. *human immunodeficiency virus*)), współistnienie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, palenie tytoniu, antykoncepcja hormonalna stosowana dłużej niż 5 lat^{22,23}. Odsetek 5-letnich przeżyć ogółu chorych na C53 w Polsce wynosi ok. 55%²⁴.

Wśród czynników powodujących nowotwory trzonu macicy wymienia się przede wszystkim: otyłość, nadmierne działanie estrogenów, nadciśnienie tętnicze²⁵. Rak trzonu macicy stanowi najlepiej rokujący nowotwór złośliwy narządu płciowego kobiety, gdzie odsetek 5-letnich przeżyć ogółu pacjentek z C54 wynosi ok. 80%. Większość zachorowań występuje po 50. roku życia²⁶.

Nowotwór złośliwy jajnika jest trudnym problemem w ginekologii onkologicznej, mimo dużych wysiłków zmierzających do jego wczesnego wykrycia. Do najczęściej wymienianych przyczyn raka jajnika należą m.in.: nosicielstwo mutacji genów BRCA1 i BRCA2, zespół Lyncha czy np. bezdzietność²⁷. Rak jajnika zdiagnozowany we wczesnym stadium ma znacznie wyższy średni wskaźnik przeżycia po pięciu latach i wynosi ok. 92%. Jednakże, odsetek 5-letnich przeżyć pacjentek z C56 wynosi ok. 47% ze względu na diagnozowanie raka, na zaawansowanym etapie²⁸.

Obraz kliniczny (ICD-10: C53, C54, C56)

W większości przypadków wczesna postać nowotworu ginekologicznego nie daje żadnych dolegliwości (RSzM, rak jajnika)^{29,30} lub objawia się nietypowymi krwawieniami z pochwy (głównie rak trzonu macicy)³¹. W miarę rozwoju choroby mogą pojawić się lub nasilić nietypowe krwawienia z pochwy, plamienia lub upławy, a także inne objawy charakterystyczne dla danego nowotworu. Pozostałymi objawami charakterystycznymi dla RSzM są m.in.: krwawienia pomiędzy menstruacjami, po stosunku seksualnym, irygacji, badaniu ginekologicznym lub po menopauzie, dłuższe i bardziej obfite niż zwykle menstruacje³². W przypadku raka

²¹ National Health Service. (2020). Overview Cervical cancer. Pozyskano z: <https://www.nhs.uk/conditions/cervical-cancer/>, dostęp z 10.09.2020

²² Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2016). Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy. Pozyskano z: http://programedukacionkologicznej.pl/wp-content/uploads/2015/08/2016_PEO_CWW_rak_szyjki_macicy.pdf, dostęp z 10.09.2020

²³ World Health Organization (WHO). Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice. 2nd Edition WHO 2014/ (23 January 2020). Pozyskano z: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>, dostęp z 10.09.2020

²⁴ OECD/European Union (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en, dostęp z 10.09.2020

²⁵ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2018). Co warto wiedzieć. Rak trzonu macicy. Pozyskano z: https://programedukacionkologicznej.pl/wp-content/uploads/2015/08/2018_PEO_CWW_rak_trzonu_macicy.pdf, dostęp z 10.09.2020

²⁶ Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2013). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Nowotwory kobiecego układu płciowego. Tom 1. Rozdział 6. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf, dostęp z 10.09.2020

²⁷ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2017) Co warto wiedzieć. Rak jajnika. Pozyskano z: <http://programedukacionkologicznej.pl/poradnik/rak-jajnika/>, dostęp z 10.09.2020

²⁸ MedicineNet. (2019). Ovarian Cancer. Pozyskano z: https://www.medicinenet.com/ovarian_cancer/article.htm#what_are_ovarian_cancer_statistics, dostęp z 10.09.2020

²⁹ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2016). Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy. Pozyskano z: http://programedukacionkologicznej.pl/wp-content/uploads/2015/08/2016_PEO_CWW_rak_szyjki_macicy.pdf, dostęp z 10.09.2020

³⁰ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2017) Co warto wiedzieć. Rak jajnika. Pozyskano z: <http://programedukacionkologicznej.pl/poradnik/rak-jajnika/>, dostęp z 10.09.2020

³¹ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2018). Co warto wiedzieć. Rak trzonu macicy. Pozyskano z: https://programedukacionkologicznej.pl/wp-content/uploads/2015/08/2018_PEO_CWW_rak_trzonu_macicy.pdf, dostęp z 10.09.2020

³² Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2016). Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy. Pozyskano z: http://programedukacionkologicznej.pl/wp-content/uploads/2015/08/2016_PEO_CWW_rak_szyjki_macicy.pdf, dostęp z 10.09.2020

trzonu macicy to ból występujący podczas oddawania moczu (lub trudności przy oddawaniu moczu), podczas stosunku płciowego, w podbrzuszu³³. Z kolei, w przypadku raka jajnika, objawami są m.in.: ucisk lub ból w okolicy jamy brzusznej, miednicy, pleców lub nóg, mdłości, niestrawność, wzdęcia, zaparcia biegunki, ogólne zmęczenie³⁴.

Diagnostyka i leczenie (ICD-10: C53, C54, C56)

W celu wykluczenia lub zdiagnozowania nowotworu ginekologicznego, a także ewentualnego określenia stopnia jego zaawansowania, stosuje się: wywiad lekarski i badanie fizykalne, badanie ginekologiczne oraz odpowiednie świadczenia diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej (m.in.: podstawowe badania krwi i moczu, RTG lub TK klatki piersiowej, USG przezpochwowe, USG jamy brzusznej, biopsja)^{35,36,37,38}. Podstawą postawienia diagnozy i oceny stopnia zaawansowania nowotworu jest pobranie materiału na badanie histopatologiczne. Do oceny stopnia zaawansowania wykorzystuje się system klasyfikacji zaawansowania nowotworów opracowany przez Międzynarodową Federację Ginekologii i Położnictwa (z fr. *Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique*, FIGO). Obecnie stosuje się klasyfikację stopnia zaawansowania raka szyjki macicy z 2018 r.³⁹; klasyfikację stopnia zaawansowania raka endometrium z 2009 r.; klasyfikację stopnia zaawansowania raka jajnika z 2014 r.^{40,41,42,43} Leczenie nowotworu ginekologicznego powinno opierać się na indywidualnym planie leczenia opracowanym przez zespół opieki zdrowotnej (wielodyscyplinarne konsylium lekarskie). W procesie planowania leczenia ważne jest uwzględnienie zaawansowania choroby, ogólnego stanu pacjentki, chorób towarzyszących oraz

³³ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2018). Co warto wiedzieć. Rak trzonu macicy. Pozyskano z: https://programedukacionkologicznej.pl/wp-content/uploads/2015/08/2018_PEO_CWW_rak_trzonu_macicy.pdf, dostęp z 10.09.2020

³⁴ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2017) Co warto wiedzieć. Rak jajnika. Pozyskano z: <http://programedukacionkologicznej.pl/poradnik/rak-jajnika/>, dostęp z 10.09.2020

³⁵ Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2013). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf, dostęp z 10.09.2020

³⁶ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka trzonu macicy. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 10.09.2020

³⁷ Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2013). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf, dostęp z 10.09.2020

³⁸ Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej. (2017). Zalecenia dotyczące diagnostyki i leczenia raka jajnika. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 10.09.2020

³⁹ Piątek, S., Bidziński, M., Panek, G., Wielgoś, M., & Sobiczewski, P. (2019). Rak szyjki macicy—ocena zaawansowania choroby według kryteriów FIGO 2018. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 4(4), 149-154.

⁴⁰ Bhatla, N., Berek, J.S., Cuello Fredes, M., Denny, L.A., Grenman, S., Karunaratne, K., Kehoe, S.T., Konishi, I., Olawaiye, A.B., Prat, J. and Sankaranarayanan, R. (2019), Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynecol Obstet*, 145: 129-135. doi:10.1002/ijgo.12749, dostęp z: 10.09.2020

⁴¹ Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2013). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf dostęp z 10.09.2020

⁴² Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2013). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf dostęp z 10.09.2020

⁴³ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka szyjki macicy, <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 10.09.2020

ewentualnego planowania zajścia w ciążę. Leczenie nowotworów ginekologicznych obejmuje: leczenie chirurgiczne, chemioterapię, radioterapię lub połączenie tych metod^{44,45,46,47,48}.

Program profilaktyki raka szyjki macicy (ICD-10: C53)

Od 2006 r. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) finansuje Narodowy Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy w ramach realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych⁴⁹. Na wykonanie badania w ramach Programu nie trzeba mieć skierowania⁵⁰. Program skierowany jest do:

- kobiet w wieku 25-59 lat, które nie miały wykonanej cytologii w ciągu 3 ostatnich lat;
- kobiet w wieku 25-59 lat, które są obciążone czynnikami ryzyka (zakażenie wirusem HIV, przyjmujące leki immunosupresyjne, zakażenie wirusem HPV – typem wysokiego ryzyka) i które nie miały wykonanej cytologii w ciągu 12 ostatnich miesięcy⁵¹.

Program aktualnie składa się z trzech etapów. Pierwsze dwa etapy podstawowe, tj. etap I i II, po analizie materiału cytologicznego:

- jeśli wynik jest prawidłowy i brak jest czynników ryzyka, zaleca się ponowne zgłoszenie na badanie po trzech latach;
- jeżeli wynik jest prawidłowy, ale kobieta jest obciążona czynnikami ryzyka (zakażenie wirusem HIV, przyjmujące leki immunosupresyjne, zakażenie wirusem HPV - typem wysokiego ryzyka) – lekarz zaleci kolejne badanie za 12 miesięcy;
- jeżeli wynik cytologii jest nieprawidłowy i zostały stwierdzone zmiany o charakterze dysplastycznym, specjalista ginekolog lub ginekolog-położnik wystawia skierowanie na dalszą diagnostykę w ramach pogłębionej diagnostyki (etap III)⁵².

Etap III (tj. pogłębiona diagnostyka) obejmuje w ramach Programu:

- badanie kolposkopowe lub
- badanie kolposkopowe z pobraniem wycinka (biopsji) do badania histopatologicznego;
- ocenę histopatologiczną pobranego materiału⁵³.

Jeżeli te badania nie wykażą zmian patologicznych, pacjentka jest informowana przez lekarza o terminie następnego profilaktycznego badania cytologicznego – za 3 lata lub w uzasadnionych przypadkach po upływie 1. roku, według ww. przypadków⁵⁴. Jeżeli rozpoznano już u pacjentki raka szyjki macicy lub inne schorzenie,

⁴⁴ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2016). Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy. Pozyskano z: <http://programedukacionkologicznej.pl/poradnik/rak-szyjki-macicy/>, dostęp z 10.09.2020

⁴⁵ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka szyjki macicy. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 10.09.2020

⁴⁶ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka trzonu macicy. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 10.09.2020

⁴⁷ Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2013). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf, dostęp z 10.09.2020

⁴⁸ Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka jajnika. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 10.09.2020

⁴⁹ Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-raka-szyjki-macicy>, dostęp z 10.09.2020

⁵⁰ Pozyskano z: <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/profilaktyka-raka-szyjki-macicy>, dostęp z 10.09.2020

⁵¹ Pozyskano z: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/>, dostęp z 10.09.2020

⁵² Pozyskano z: <https://www.nfz-krakow.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/program-profilaktyki-raka-szyjki-macicy/>, dostęp z 10.09.2020

⁵³ Pozyskano z: <https://www.nfz-krakow.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/program-profilaktyki-raka-szyjki-macicy/>, dostęp z 10.09.2020

⁵⁴ Pozyskano z: <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/profilaktyka-raka-szyjki-macicy>, dostęp z 10.09.2020

zostaje ona skierowana (poza Programem) do leczenia specjalistycznego w warunkach ambulatoryjnych/szpitalnych lub na dalszą diagnostykę do placówek posiadających umowę z NFZ⁵⁵.

Niezbędnym warunkiem efektywności badań przesiewowych jest masowe uczestnictwo pacjentów, do których jest skierowany. Według szacunków 25% spadek umieralności można osiągnąć dopiero, gdy obejmie się badaniami przesiewowymi 75% populacji. Jak wskazują badania naukowe ok. 1,5-2% rozmazów cytologicznych wskazuje na nieprawidłowości wymagające dalszych procedur diagnostycznych⁵⁶.

Mimo że tylko wczesna diagnostyka pozwala na wykrycie stanów przedrakowych i podjęcie odpowiedniego postępowania⁵⁷, to zgłaszalność do programu w Polsce jest nadal dość niska – 12,7% w 2006 roku i 42,11% w 2015 r. Badania wykonywane są zarówno w ramach programu, jak i w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). W 2015 r. na badania cytologiczne w ramach programu zgłosiło się 20,03% populacji kobiet w wieku 25-59 lat, a w ramach AOS - 22,08 % kobiet⁵⁸.

4.2. Identyfikacja potrzeb i problemów zgłaszanych przez organizacje pacjenckie

W celu zebrania opinii organizacji reprezentujących interesy pacjentów dotyczących diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych takich jak rak szyjki macicy, rak trzonu macicy i rak jajnika w Polsce opracowano ankietę zawierającą pytania odnoszące się do problemów jakie identyfikują pacjentki podczas procesu diagnostyczno-terapeutycznego, zasadności uczestnictwa różnych specjalistów w procesie opieki nad pacjentką w czasie choroby czy też propozycji zmian organizacyjnych. Ankietę przesłano do 9 organizacji:

[Redacted list of 9 organizations]

Dwie organizacje odmówiły udziału w ankiecie, nie otrzymano odpowiedzi od 3. Otrzymano 3 ankiety od czterech organizacji, przy czym [Redacted]

[Redacted]

Organizacje pacjenckie wskazały na problemy, które występują w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w aspekcie nowotworów ginekologicznych. Zidentyfikowane problemy dotyczą kwestii organizacyjnych, finansowych, jak również są bezpośrednio związane z pacjentami.

Tabela 3. Problemy zidentyfikowane przez organizacje pacjenckie

Zidentyfikowane problemy	Obszar	Liczebność (liczba organizacji identyfikujących problem)	Organizacja
Brak informowania pacjentek o przebiegu choroby i dostępnych sposobach leczenia (w tym leków nierefundowanych)	Proces diagnostyki i leczenia	3	[Redacted]
Brak rzetelnych informacji na temat planowanego leczenia	Proces diagnostyki i leczenia	3	[Redacted]
Nieadekwatny poziom finansowania w nowotworach ginekologicznych	Finansowanie	3	[Redacted]
Nieadekwatny zakres koszyków świadczeń gwarantowanych (konieczność dodania nowych procedur)	Finansowanie	3	[Redacted]

⁵⁵ Pozyskano z: <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/profilaktyka-raka-szyjki-macicy>, dostęp z 10.09.2020

⁵⁶ Pozyskano z: http://nfz-szczecin.pl/6qjql_profilaktyka_raka_szyjki_macicy.htm, dostęp z 10.09.2020

⁵⁷ Pozyskano z: <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/profilaktyka-raka-szyjki-macicy>, dostęp z 10.09.2020

⁵⁸ Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-raka-szyjki-macicy>, dostęp z 10.09.2020

Brak systemów jakości/rejestrów klinicznych/ Brak informacji o jakości leczenia w poszczególnych ośrodkach (z uwzględnieniem wskaźników przeżycia).	Proces diagnostyki i leczenia – jakość	3	
Profilaktyka pierwotna i wtórna – konieczność zwiększenia świadomości pacjentek i dostępności do świadczeń (zwłaszcza na obszarach, na których brak dostępu do ginekologa)	Proces diagnostyki i leczenia	2	
Brak dostępności badania „cytologia + test DNA HPV”	Dostępność do świadczeń i finansowanie	2	
Czas oczekiwania na wyn k badania cytologicznego (czas od pobrania materiału do oceny przez cytologa) w diagnostyce raka szyjki macicy	Proces diagnostyki i leczenia	2	
Brak centrów narządowych/specjalistycznych ginekologicznych unitów		2	
Brak dostępu do najnowocześniejszych metod leczenia/Brak dostępu do leków nowej generacji	Dostępność do świadczeń i finansowanie	2	
Zbyt małe zaangażowanie fizjoterapeutów w proces leczenia i rekonwalescencji	Proces diagnostyki i leczenia	1	
Zbyt mały dostęp do programów lekowych (przypadki poszukiwania programu lekowego samodzielnie przez pacjentki)	Dostępność do świadczeń i finansowanie	1	
Brak holistycznego/wielospecjalistycznego leczenia pacjentów/występowanie problemów ze strony innych układów u pacjentek ginekologicznych	Proces diagnostyki i leczenia	1	
Niska świadomość pacjentek w zakresie profilaktyki.	Proces diagnostyki i leczenia	1	
Brak dostępu do badań genetycznych.	Dostępność do świadczeń	1	

Organizacje pacjenckie zwracają uwagę przede wszystkim na problem związany z komunikacją między pacjentką a lekarzem/koordynatorem/osobą odpowiedzialną za proces diagnostyki i/lub leczenia. Wskazując na niepełne/niejasne w opinii pacjentów przekazywanie informacji. Lekarze nie informują pacjentek o przebiegu choroby i dostępnych metodach leczenia, w tym również ewentualnych metodach terapii nieobjętych refundacją. Ponadto pacjentki nie otrzymują rzetelnej informacji o wybranym sposobie leczenia. Udzielane informacje w opinii pacjentek są lakoniczne, bez szczegółowego wyjaśnienia przebiegu poszczególnych etapów leczenia i informowania o ewentualnych powikłaniach.

Jedna z organizacji zwróciła także uwagę na występowanie u pacjentek ginekologicznych dolegliwości ze strony innych układów/narządów, które mogą mieć związek z występowaniem nowotworu a tym samym mogą wymagać konsultacji i leczenia przez innych specjalistów i zapewnienie kompleksowej opieki. Należą do nich:

- w raku szyjki macicy: problemy z jelitami, problemy z nietrzymaniem moczu, problemy neurologiczne;
- w raku trzonu macicy: problemy z jelitami, problemy z nietrzymaniem moczu;
- w raku jajnika: neuropatia, problemy z jelitami.

Dodatkowo inna z organizacji zauważa występowanie problemów natury psychologicznej u pacjentek onkologicznych i ewentualne zapewnienie wsparcia w tym obszarze. Dodatkowo u pacjentek może wystąpić też obrzęk limfatyczny kończyn dolnych, co również wymaga podjęcia adekwatnych działań.

Zwrócono również uwagę na potrzebę zwiększenia roli profilaktyki w nowotworach ginekologicznych. Organizacje zwracają uwagę, iż pacjentki mają niską wiedzę w zakresie profilaktyki. Zauważają potrzebę wprowadzenia dobrze funkcjonującego systemu profilaktyki pierwotnej i wtórnej, w tym przekazywania pacjentkom informacji na temat konieczności wykonywania regularnych wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa.

Znaczącym problemem, na który wskazują wszystkie organizacje jest również nieadekwatny poziom finansowania w nowotworach ginekologicznych. Problemem są także procedury, które nie znajdują się w wykazach świadczeń gwarantowanych i nie są finansowane ze środków publicznych. Organizacje wskazują na potrzebę uwzględnienia w koszyku świadczeń gwarantowanych procedur takich jak:

- cytologia połączona z testem DNA HPV;
- procedury pozwalające na zachowanie płodności;
- pogłębione badania genetyczne w tym metodą sekwencjonowanie następnej generacji (NGS);
- rehabilitacja onkologiczna;
- innowacyjne metody leczenia;
- dostęp do leków nowej generacji.

Świadczenia towarzyszące w procesie diagnostyczno-terapeutycznym

W procesie diagnostyczno-terapeutycznym u chorych z nowotworem szyjki macicy, trzonu macicy i jajnika oprócz świadczeń stricte związanych z leczeniem nowotworu, zauważalna jest potrzeba stosowania świadczeń towarzyszących, które bezwzględnie mogą mieć wpływ na cały proces leczenia choroby nowotworowej.

Organizacje pacjenckie wskazują na potrzebę zapewnienia dostępu chorych do opieki psychologa. Pacjentki powinny mieć dostęp do opieki psychologicznej na każdym etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Możliwość skorzystania z porady psychologa powinni mieć również bliscy osoby chorej na nowotwór.

Pacjentki z nowotworami ginekologicznymi powinny mieć również zapewniony dostęp do poradnictwa seksualnego, zwłaszcza pod koniec procesu leczenia. Zmiany, które zachodzą w organizmie kobiety po leczeniu onkologicznym wymagają profesjonalnej porady udzielonej kobiecie jak również jej partnerowi.

Z doświadczeń organizacji pacjenckich wynika, że w Polsce pomijany jest aspekt zachowania płodności u kobiet z nowotworami ginekologicznymi. Pacjentki najczęściej poszukują informacji we własnym zakresie, co pozwala wnioskować, iż jest to ważny aspekt. Leczenie zachowujące płodność powinno zatem być uwzględniane w procesie leczenia nowotworu.

Organizacje jednoznacznie wskazują również na konieczność prowadzenia edukacji pacjentów, udzielania porad dietetycznych/żywnościowych oraz prowadzenie rehabilitacji okołoperacyjnej u chorych na nowotwór szyjki macicy, trzonu macicy i jajnika.

Koordinacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego

W opinii trzech organizacji karta DiLO spełnia swoją założoną rolę. Zwrócono jednak uwagę, że skuteczność karty DiLO jest największa na etapie diagnostyki. Na późniejszym etapie, zwłaszcza w przypadku wznowy choroby nowotworowej, jej funkcjonalność jest mniejsza. Należy zatem zwrócić uwagę na aspekt funkcjonowania karty DiLO w całym procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Organizacje pacjenckie wskazują, iż koordynator procesu diagnostyczno-terapeutycznego w raku szyjki macicy, trzonu macicy i jajnika jest niezbędny. Jego rolą powinno być towarzyszenie i prowadzenie pacjentki z nowotworem ginekologicznym przez cały proces od diagnostyki do rehabilitacji. Koordynator powinien dbać o sprawny przepływ informacji pomiędzy pacjentką, a lekarzem, wyjaśniać wątpliwe kwestie, koordynować plan leczenia i informować o kolejnych etapach procesu leczenia.

Organizacje zgodnie uznały, że opieka nad pacjentką onkologiczną powinna być sprawowana przez zespół multidyscyplinarny. Organizacje wskazują, iż skład zespołu jest kwestią indywidualną, zależną od wieku i zaawansowania choroby. Liczba spotkań również powinna być uzależniona od stanu klinicznego pacjentki i odpowiadać jej potrzebom. Ponadto w spotkaniach, na których zapadają kluczowe decyzje Federacja sugeruje, aby obecna była pacjentka. W opinii jednej z organizacji – w oparciu o zebrane opinie pacjentek, powinny odbyć się 3-4 spotkania zespołu.

Organizacje zaproponowały optymalny skład zespołu multidyscyplinarnego, który został przedstawiony w tabeli poniżej.

Tabela 4. Optymalny skład zespołu multidyscyplinarnego określony przez organizacje pacjenckie

Skład zespołu multidyscyplinarnego – wykaz specjalistów	Liczebność	Organizacja
Ginekolog onkolog	3	
Ginekolog/ginekolog-położnik	2	
Chirurg ogólny	1	
Chirurg-onkolog	3	
Radioterapeuta/radioterapeuta-onkolog	3	
Genetyk	3	
Onkolog	2	
Endokrynolog/endokrynolog-ginekolog	3	
Gastroenterolog	2	
Anestezjolog	2	
Psycholog	3	
Koordinator leczenia onkologicznego	3	
Specjalista z zakresu rehabilitacji medycznej	1	
Seksuolog	1	
Dietetyk	1	
Lekarz chorób wewnętrznych	0	

W opinii wszystkich trzech organizacji w składzie zespołu multidyscyplinarnego powinien znajdować się co najmniej lekarz:

- ginekolog onkolog;
- chirurg-onkolog;
- radioterapeuta/radioterapeuta-onkolog;
- genetyk;
- endokrynolog/endokrynolog-ginekolog;
- psycholog;
- koordinator leczenia onkologicznego.

Proponowane zmiany w systemie, które w opinii organizacji poprawiłyby jakość opieki nad pacjentami

Organizacje reprezentujące interesy pacjentów zwracają uwagę na potrzebę utworzenia centrów narządowych (unitów) świadczących kompleksową opiekę w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych. Centralizacja opieki w ich opinii przyczyni się do zwiększenia jakości świadczonych usług. Zwrócono uwagę na potrzebę wykonywania badań diagnostycznych i zabiegów chirurgicznych w wyspecjalizowanych placówkach, posiadających odpowiednie certyfikaty.

Organizacje pacjenckie zwracają również szczególną uwagę na potrzebę wdrożenia systemów informatycznych, w tym rejestrów nowotworów ginekologicznych, rejestrów jakości dla ośrodków

onkologicznych oraz systemów, umożliwiających pacjentkom dotarcie do rzetelnych informacji na temat sposobów leczenia i jakości leczenia w danym ośrodku. Dodatkowo organizacje widzą potrzebę wprowadzenia wskaźników jakości oraz przeprowadzania wśród pacjentek ankiet, mających na celu monitorowanie jakości. Pozyskane w ten sposób dane, będą wiarygodnym źródłem oceniającym jakość świadczonych usług. Wymienione wyżej kwestie jednoznacznie wskazują na potrzebę wprowadzenia zmian systemowych, których zasadniczym celem jest zwiększenie jakości świadczonych usług.

Tabela 5. Propozycje zmian systemowych

Proponowane zmiany	Liczebność	Organizacja
Utworzenie centrów narządowych (unitów)	3	[REDACTED]
Wprowadzenie wskaźników jakości	2	[REDACTED]
Zabiegi chirurgiczne przeprowadzane w wyspecjalizowanych placówkach	2	[REDACTED]
Utworzenie rejestrów dla nowotworów ginekologicznych	2	[REDACTED]
Utworzenie rejestrów jakości dla ośrodków onkologicznych	2	[REDACTED]
Ocena materiału histopatologicznego w wyspecjalizowanych, certyfikowanych placówkach	1	[REDACTED]
Utworzenie systemów informatycznych z rzetelnymi danymi na temat nowotworów ginekologicznych/metodach leczenia	1	[REDACTED]
Monitorowanie satysfakcji pacjentek leczonych onkologicznie – ankiety satysfakcji pacjentek	1	[REDACTED]
Wdrożenie standardów badań diagnostycznych i leczenia	1	[REDACTED]
Zwiększenie udziału lekarza POZ na etapie profilaktyki i diagnostyki nowotworów	1	[REDACTED]

Podsumowanie

Organizacje reprezentujące interesy pacjentów, które udzieliły odpowiedzi i wyraziły swoją opinię na temat diagnostyki i leczenia analizowanych nowotworów ginekologicznych są zgodne co do zasadności zapewnienia kompleksowej opieki onkologicznej i np. utworzenia centrów narządowych (unitów) specjalizujących się w leczeniu nowotworów ginekologicznych. Wymienione organizacje zwracają uwagę na problem braku przekazywania informacji pacjentce o przebiegu choroby, etapach leczenia, możliwych sposobach leczenia. Organizacje zwracają uwagę na problem nieadekwatnego finansowania w nowotworach ginekologicznych, a także na potrzebę modyfikacji koszyków świadczeń gwarantowanych, tj. uzupełnienie o procedury niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w omawianych nowotworach. Ponadto organizacje zauważają potrzebę realizacji świadczeń towarzyszących w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, w tym w szczególności: poradnictwa żywieniowego/dietetycznego, poradnictwa seksualnego, opieki psychologa, rehabilitacji okołoperacyjnej, poradnictwa z zakresu zachowania płodności oraz edukacji. Organizacje wskazały również na niedostateczne działania występujące w zakresie profilaktyki/diagnostyki pierwotnej i wtórnej, czasu oczekiwania na wyniki badań, uwzględniania w procesie leczenia i opieki dolegliwości ze strony innych układów/narządów.

Organizacje pozytywnie oceniły działanie karty DiLO, jednak zwrócono uwagę, na konieczność usprawnienia funkcjonowania karty w całym procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Wszystkie organizacje opowiedziały się za koniecznością leczenia pacjentek przez zespół multidyscyplinarny, którego skład powinien być adekwatny do stanu zdrowia pacjentki. Podkreśliły również znaczenie roli koordynatora w procesie terapeutyczno-diagnostycznym.

Organizacje wskazały również na konieczność wprowadzenia zmian systemowych, które przede wszystkim mają związek z podnoszeniem jakości, należą do nich: wprowadzenie wskaźników jakości, utworzenie rejestrów dla nowotworów ginekologicznych i ośrodków, w których są leczone, prowadzenie analiz satysfakcji pacjentek z prowadzonego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, prowadzenie badań diagnostycznych i leczenia w wyspecjalizowanych ośrodkach. Zwrócono także uwagę na konieczność zwiększenia roli lekarza POZ w profilaktyce i diagnostyce nowotworów ginekologicznych.

Jednakże, należy zwrócić uwagę, że pomimo wskazania, przez organizacje braku dostępności do innowacyjnych metod leczenia czy też leków nowej generacji, nie wspomniano i nie wymieniono o jakie procedury i świadczenia pacjentki oczekują poszerzenia obecnego koszyka świadczeń gwarantowanych.

4.3. Podsumowanie – zidentyfikowane problemy w organizacji opieki onkologicznej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi

Poniżej przedstawiono podsumowanie głównych problemów w aktualnej opiece nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi zidentyfikowanych zarówno na podstawie konsultacji z ekspertami, organizacjami pacjentskimi jak i analizy przeglądu rozwiązań międzynarodowych.

1) W zakresie profilaktyki:

- późna zgłaszalność kobiet do specjalisty (powodem jest brak charakterystycznych objawów, głównie w raku szyjki macicy i raku jajnika, we wczesnym stadium choroby, a późne wykrywanie tych nowotworów skutkuje niższymi wskaźnikami przeżycia po leczeniu)⁵⁹;
- profilaktyka pierwotna nowotworu szyjki macicy (szczepienia przeciw HPV) – powinna obejmować nie tylko dziewczynki, ale i chłopców;
- niska zgłaszalność kobiet w populacyjnym programie profilaktyki raka szyjki macicy;
- brak jasnej ścieżki pacjentki zapewniającej regularne wizyty kontrolne u specjalisty ginekologa, zarówno w grupach niskiego, jak i wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory ginekologiczne;
- brak dostępu do świadczenia cytologii na podłożu płynnym (LBC) z uwzględnieniem testów HR HPV w ramach profilaktyki wtórnej.

2) W zakresie diagnostyki:

- brak określenia referencyjności poszczególnych etapów diagnostyki;
- niedobór kadrowy specjalistów;
- opóźnione rozpoznanie nowotworów ginekologicznych ze względu na niespecyficzne objawy.

3) W zakresie leczenia:

- brak uporządkowania referencyjności ośrodków leczących nowotwory ginekologiczne;
- brak określenia referencyjności poszczególnych działań;
- brak ciągłości opieki w procesie postępowania z pacjentką;
- u kobiet ciężarnych – brak centralizacji leczenia raka szyjki macicy;
- nieodpowiednia standaryzacja lub jej brak w procesie diagnostyczno-terapeutycznym dla zespołu wielodyscyplinarnego;
- niepełne wykorzystanie potencjału i możliwości DiLO, ze względu na niejasne określenie jak wygląda monitorowanie po leczeniu w procesie tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej.

4) W zakresie monitorowania:

- odpowiednie monitorowanie pacjentek po leczeniu onkologicznym, w celu zapewnienia optymalnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz wczesnego wykrywania progresji nowotworu, nawrotów i przerzutów;
- zbyt wczesne zamykanie karty DiLO pacjentki.

5) Inne:

- opóźnienie w aktualizowaniu danych o nowotworach w KRN;

⁵⁹ Ministerstwo Zdrowia. (2015). *Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski*. Pozyskano z: <http://mpz.mz.gov.pl/mapy-onkologiczne/#tab-2015>, dostęp z 26.06.2020

- niskie wskaźniki przeżycia po leczeniu^{60,61};
- rozproszenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego nad pacjentką na różne poziomy opieki i ośrodki.

⁶⁰ OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en, dostęp z 27.01.2020

⁶¹ MedicineNet. (2019). Ovarian Cancer. Pozyskano z: https://www.medicinenet.com/ovarian_cancer/article.htm#what_are_ovarian_cancer_statistics, dostęp z 28.01.2020

5. Modele ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego

W oparciu o analizę porównawczą wytycznych krajowych i międzynarodowych opracowano modele ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych z uwzględnieniem profilaktyki i monitorowania pacjentek po leczeniu. Przegląd wytycznych klinicznych w analizowanych nowotworach przedstawiono w raporcie *Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)* (Nr: WS.4320.4.2020). Przegląd obejmował wytyczne opublikowane przez Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK 2013) oraz Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (PTGO 2017a, PTGO 2017b, PTGO 2017c), jak również wytyczne PTG dla kobiet ciężarnych oraz wytyczne międzynarodowe ASCO i ESMO/ESGO, NCCN i NICE.

Modele ścieżek zostały opracowane dla ogólnej populacji pacjentek (C53, C54, C56) oraz dla subpopulacji kobiet w ciąży (C53, C6) stanowiącej specyficzną grupę wymagającą odrębnego postępowania.

Opracowane ścieżki mają na celu zidentyfikowanie procedur medycznych stosowanych w diagnostyce/leczeniu/monitorowaniu raka szyjki macicy, raka trzonu macicy i raka jajnika, standaryzację i optymalizację procesu oraz wyznaczenie kluczowych punktów diagnostyki i terapii. Proces diagnostyczno-terapeutyczny w wymienionych jednostkach chorobowych jest wysoce rozbudowany i wymaga ciągłego nadzoru multidyscyplinarnego zespołu.

Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego zostały skonsultowane i zaakceptowane przez Zespół ekspercki powołany ds. kompleksowej opieki onkologicznej dla C53, C54, C56 i przedstawione w Załączniku 1.

6. Rozwiązania międzynarodowe w zakresie organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych – wnioski

Szczegółowy przegląd rozwiązań międzynarodowych przedstawiono w raporcie *Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia w zakresie ginekologii onkologicznej (ICD-10: C53, C54, C56) Część I* i obejmował on 12 krajów (Australia, Stany Zjednoczone Ameryki (USA), Wielka Brytania (UK), Niemcy, Norwegia, Szwecja, Królestwo Niderlandów (Holandia), Francja, Hiszpania, Litwa, Estonia, Węgry). W niniejszym raporcie przytoczono najważniejsze rozwiązania i wnioski, które wykorzystano podczas opracowywania kompleksowej opieki w nowotworach ginekologicznych w Polsce.

Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego zostały opisane w 8 z 12 krajów. W USA, Estonii, na Węgrzech nie odnaleziono informacji na temat schematu postępowania z pacjentką z nowotworem ginekologicznym. W Wielkiej Brytanii opisano schemat postępowania z pacjentką na podstawie ogólnej ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach. Ścieżki te wskazują jakie podstawowe procedury powinny być udzielone pacjentce na poszczególnych etapach opieki tj. diagnostyki, leczenia i monitorowania po leczeniu.

W 11 z analizowanych krajów jasno wskazano ogromną rolę funkcjonowania zespołu multidyscyplinarnego (MDT). W skład analizowanych zespołów MDT wchodzi przede wszystkim: onkolog i/lub ginekolog onkolog, a także radiolog i/lub radioterapeuta-onkolog. W większości poddanych analizie państw zwraca się również uwagę na obecność lekarza patologa i/lub histopatologa. Ważną funkcję z zespołu spełnia również pielęgniarka z odpowiednim doświadczeniem/przeszkoleniem w zakresie opieki nad pacjentkami onkologicznymi. Dodatkowo, w sześciu z analizowanych państw, sugeruje się istotną rolę chirurga ogólnego i/lub chirurga specjalizującego się w ginekologii onkologicznej. Opcjonalnie wskazuje się zasadność wsparcia działań zespołu MDT przez dodatkowych specjalistów np.: rehabilitantów/fizjoterapeutów, psychologów, psychiatrów, pracowników socjalnych, gastroenterologów, dietetyków, seksuologów oraz ginekologów i innych specjalistów (w zależności od rozważanego przypadku choroby). W 1 kraju (Węgry) nie odnaleziono informacji na temat funkcjonowania zespołów multidyscyplinarnych, jednak podkreślono, że na oddziałach ginekologicznych powinien być zapewniony dostęp do specjalistów, w tym: ginekologów-onkologów, radioterapeutów, radiologów, patologów, diagnostów, chirurgów.

Na zasadność funkcjonowania koordynatora procesu diagnostyczno-terapeutycznego, wchodzącego w skład zespołu MDT wskazuje się w takich krajach jak Australia, UK, Niemcy, Norwegia, Szwecja, Holandia, Hiszpania.

W analizowanych krajach opieka onkologiczna świadczona jest zarówno przez lekarzy POZ (Szwecja, Holandia, UK), szpitale ogólne oferujące kompleksową opiekę medyczną (USA, UK, Szwecja, Holandia) oraz wyspecjalizowane centra onkologiczne (Australia, USA, UK, Szwecja, Holandia, Niemcy, Norwegia, Francja). Opieka onkologiczna jest świadczona również w ramach tzw. sieci onkologicznej. W krajach określone są minimalne wymagania z zakresu personelu i sprzętu. Zgodnie zauważono, że bardziej wyspecjalizowane zabiegi i kompleksowe leczenie powinno być świadczone w ośrodkach zapewniających opiekę dla dużej liczby pacjentek. W przypadku ośrodków przyjmujących mniejszą liczbę pacjentek rocznie należy świadczyć mniej skomplikowane i inwazyjne usługi medyczne. Limity wolumenu świadczeń i liczby pacjentek przyjmowanych w ośrodku rocznie były różne w zależności od kraju.

7. Analiza kliniczna

7.1. Opis metodyki

W celu odnalezienia badań dotyczących określenia minimalnej/optymalnej liczby zabiegów (procedur chirurgicznych) jaką powinien wykonać lekarz (chirurg) lub jednostka (unit, szpital) aby osiągnąć zdefiniowany kliniczny punkt końcowy oraz porównania zabiegów operacyjnych (histerektomii z lub bez limfadenektomii, operacji cytoredukcji) przeprowadzonych przez chirurga lub szpital, który wykonuje dużą liczbę zabiegów operacyjnych (ang. *high volume surgeon* i *high volume hospital*) lub porównanie rodzajów specjalizacji lekarskich/typów szpitali i wpływu na wyniki kliniczne, u pacjentek z nowotworami ginekologicznymi takimi jak rak szyjki macicy i/lub rak trzonu macicy i/lub rak jajnika, w porównaniu do operacji przeprowadzonych przez chirurga lub szpital, który wykonuje małą liczbę zabiegów (ang. *low volume surgeon* i *low volume hospital*), dokonano przeszukiwania w bazie Pubmed, Cochrane i Embase (Ovid). Wyszukiwanie przeprowadzono w dniach 13 i 15.07.2020 r. Zastosowane strategie wyszukiwania zostały przedstawione w załącznikach do niniejszego opracowania. Selekcji badań dokonało niezależnie od siebie dwóch analityków. W przypadku niezgodności między analitykami, prowadzono dyskusję, w przypadku braku konsensusu decyzję podejmował trzeci analityk. Selekcji badań dokonywano w oparciu o kryteria włączenia i wykluczenia zdefiniowane wg schematu PICOS. Diagram selekcji badań przedstawiono w załącznikach do Raportu.

Tabela 6. Kryteria selekcji badań

Opis	Komentarz
<u>Populacja:</u> pacjenci z rakiem szyjki macicy lub pacjenci z rakiem trzonu macicy lub pacjenci z rakiem jajnika	–
<u>Interwencje:</u> zabieg chirurgiczny wykonany przez chirurga, który przeprowadza dużą liczbę operacji (ang. <i>high volume surgeon</i>) w danej jednostce czasu zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu, w którym przeprowadza się dużą liczbę operacji (ang. <i>high volume hospital</i>) w danej jednostce czasu zabieg operacyjny przeprowadzony przez wyspecjalizowanego chirurga zabiegi chirurgiczne wykonywane przez lekarzy różnych specjalizacji zabiegi chirurgiczne wykonywane w szpitalach o różnym profilu	Wykluczano badania dotyczące diagnostyki, badań przesiewowych, radioterapii i chemioterapii.
<u>Komparator:</u> zabieg chirurgiczny wykonany przez chirurga, który przeprowadza małą liczbę operacji (ang. <i>low volume surgeon</i>) w danej jednostce czasu zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu, w którym przeprowadza się małą liczbę operacji (ang. <i>low volume hospital</i>) w danej jednostce czasu zabieg operacyjny przeprowadzony przez niewyspecjalizowanego chirurga/ stażystę	–
<u>Punkty końcowe:</u> nawrót choroby komplikacje śródoperacyjne i pooperacyjne przeżycie całkowite i/lub specyficzne dla danego nowotworu osiągnięcie całkowitej lub optymalnej cytoredukcji wybór dalszego leczenia po zabiegu chirurgicznym liczba dni pobytu w szpitalu liczba pobranych węzłów chłonnych podczas zabiegu chirurgicznego	–
<u>Rodzaj badania:</u> opracowania wtórne (przeglądy systematyczne) z lub bez metaanalizy, uwzględniające badania pierwotne	Nie włączano publikacji dostępnych wyłącznie w postaci abstraktów konferencyjnych. Włączano publikacje dostępne w języku polskim i angielskim.

Selekcję badań/publikacji prowadzono dwuetapowo, w pierwszej kolejności na podstawie tytułów i abstraktów, a następnie w oparciu o pełne teksty publikacji. W wyniku przeprowadzonego wyszukiwania w bazach medycznych odnaleziono ogółem 3 przeglądy systematyczne spełniające kryteria włączenia.

7.2. Opis badań włączonych do przeglądu

7.2.1. Charakterystyka badań

Do analizy skuteczności i bezpieczeństwa włączono 3 przeglądy systematyczne (Lee 2018, Du Bois 2009, Salicrú 2011). W poniższej tabeli zestawiono charakterystykę publikacji wraz z oceną jakości przeglądu systematycznego w skali AMSTAR 2.

Tabela 7. Charakterystyki przeglądów systematycznych włączonych do analizy klinicznej

Badanie	Kryteria selekcji	Charakterystyka
<p>Lee 2018⁶²</p> <p><u>Cel:</u> Ocena wpływu wielkości/wolumenu szpitala na wyniki leczenia chorych na raka szyjki macicy poddanych radykalnej histerektomii laparoskopowej.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji</p> <p><u>Ocena w skali AMSTAR2:</u> Krytycznie niska</p>	<p><u>Przeszukane bazy i zakres czasu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> MEDLINE/PubMed, Embase i Cochrane Library, do stycznia 2017 r. <p><u>Synteza wyników:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ilościowa <p><u>Populacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Kobiety z rakiem szyjki macicy, które przeszły radykalną histerektomię laparoskopową lub całkowitą laparoskopową radykalną histerektomię lub radykalną histerektomię pochwową wspomagana laparoskopowo. <p><u>Interwencja i komparator:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Interwencja: radykalna histerektomia laparoskopowa lub całkowitą laparoskopowa radykalna histerektomia lub radykalna histerektomia pochwoowa wspomagana laparoskopowo w szpitalu o wysokim wolumenie; Komparator: radykalna histerektomia laparoskopowa lub całkowitą laparoskopowa radykalna histerektomia lub radykalna histerektomia pochwoowa wspomagana laparoskopowo w szpitalu o niskim wolumenie. <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Wyniki operacyjne i powikłania okołoperacyjne (czas trwania operacji, utrata krwi, liczba pobranych węzłów chłonnych, liczba dni pobytu w szpitalu po operacji, odsetek powikłań śródoperacyjnych, odsetek powikłań pooperacyjnych); Czynniki prognostyczne (odsetek zajęcia przestrzeni limfatyczno-naczyniowej, odsetek przerzutów do węzłów, odsetek zajęcia przymaciczc, odsetek zajęcia marginesów chirurgicznych); Leczenie pooperacyjne (odsetek pooperacyjnej terapii adjuwantowej, odsetek pooperacyjnej radioterapii); 	<p><u>Liczba badań włączonych do przeglądu:</u> 59 badań:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wysoki wolumen szpitalny – 13 badań Niski wolumen szpitalny – 46 badań <p><u>Populacja:</u> 4367 przypadków:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wysoki wolumen szpitalny – 2227 przypadków Niski wolumen szpitalny – 2140 przypadków <p><u>Charakterystyka badań włączonych:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 40 badań retrospektywnych, 17 badań prospektywnych i 2 badania z randomizacją obejmujące; Wysoki wolumen szpitalny (13 badań, 2227 przypadków) i niski wolumen szpitalny (46 badań, 2140 przypadków); 27 badań – radykalna histerektomia laparoskopowa 16 badań – całkowita laparoskopowa radykalna histerektomia 16 badań – radykalna histerektomia pochwoowa wspomagana laparoskopowo Jedno włączone badanie, sklasyfikowane jako wysoki wolumen szpitalny⁶³, obejmowało 2% przypadków, w których pacjenci przeszli chemioterapię neoadjuwantową. Dwa badania sklasyfikowane odpowiednio jako wysoki wolumen szpitalny i niski wolumen szpitalny^{64,65} obejmowały również 6% i 3,2% przypadków raka endometrium. Trzy badania miały kilka pokrywających się przypadków z innym badaniem

⁶² Lee, B., Kim, K., Park, Y., Lim, M. C., & Bristow, R. E. (2018). Impact of hospital care volume on clinical outcomes of laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(49), e13445. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000013445>

⁶³ Lanowska, M., Brink-Spalink, V., Mangler, M., Grüttner, U., von Tucher, E., Schneider, A., & Köhler, C. (2014). Vaginal-assisted laparoscopic radical hysterectomy (VALRH) versus laparoscopic-assisted radical vaginal hysterectomy (LARVH) in the treatment of cervical cancer: surgical results and oncologic outcome. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 289(6), 1293-1300

⁶⁴ Pareja, R., Nick, A. M., Schmeler, K. M., Frumovitz, M., Soliman, P. T., Buitrago, C. A., ... & Ramirez, P. T. (2012). Quality of laparoscopic radical hysterectomy in developing countries: a comparison of surgical and oncologic outcomes between a comprehensive cancer center in the United States and a cancer center in Colombia. *Gynecologic oncology*, 125(2), 326-329

⁶⁵ Soliman, P. T., Frumovitz, M., Sun, C. C., Dos Reis, R., Schmeler, K. M., Nick, A. M., ... & Ramirez, P. T. (2011). Radical hysterectomy: a comparison of surgical approaches after adoption of robotic surgery in gynecologic oncology. *Gynecologic oncology*, 123(2), 333-336

	<ul style="list-style-type: none"> • Nawroty i przeżycie (odsetek 5-letnich nawrotów; odsetek 5-letniego przeżycia całkowitego; odsetek 5-letniego przeżycia wolnego od choroby). <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rak szyjki macicy potwierdzony histopatologicznie; • Radykalna histerektomia laparoskopowa lub całkowita laparoskopowa radykalna histerektomia lub radykalna histerektomia pochwowa wspomagana laparoskopowo; • Wyniki operacyjne, takie jak czas operacji, utrata krwi, liczba pobranych węzłów chłonnych i pooperacyjny pobyt w szpitalu; i / lub powikłania śród- i pooperacyjne; • Gdy tę samą populację pacjentów raportowano w wielu publikacjach, do metaanalizy włączano jedną z największą liczbą zdarzeń, aby uniknąć powielania informacji. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Artykuły dotyczące terapii neoadjuwantowej; • Badania z udziałem pacjentek z rakiem endometrium jako kandydatek do radykalnej histerektomii laparoskopowej; • Inne nowotwory; • Artykuły nie w języku angielskim; • Artykuły przeglądowe, redakcyjne, opisy przypadków, listy redakcyjne. <p><u>Analiza danych:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Metaanaliza. • Ważona analiza regresji liniowej średniej rocznej liczby przypadków w każdym badaniu została przeprowadzona w celu ryzyka niejednorodności w oparciu o wyodrębnienie danych z włączonych badań i oceny różnic między grupami. Wszystkie wyniki przedstawiono z 95% przedziałami ufności (95% ci) i $p < 0,05$ uznano za istotne statystycznie. Uznano, że wartość P między 0,05 a 0,1 ma tendencję do istotności statystycznej. 	<p>opublikowanym we współpracy z innym szpitalem^{66,67,68,69,70,71}. Jedno badanie uznano za 2 badania, ponieważ dostarczyło odrębnych danych na podstawie doświadczenia chirurgów z radykalną histerektomią laparoskopową.</p>
<p>Du Bois 2009⁷²</p> <p><u>Cel:</u></p>	<p><u>Przeszukane bazy i zakres czasu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • MEDLINE/PubMed (01.01.1980-31.07.2007); przeszukano również referencje oraz kontaktowano się z ekspertami. 	<p><u>Liczba badań włączonych do przeglądu:</u> 44</p> <p><u>Populacja:</u></p>

⁶⁶ Park, J. Y., & Nam, J. H. (2014). Laparotomy conversion rate of laparoscopic radical hysterectomy for early-stage cervical cancer in a consecutive series without case selection. *Annals of surgical oncology*, 21(9), 3030-3035

⁶⁷ Nam, J. H., Park, J. Y., Kim, D. Y., Kim, J. H., Kim, Y. M., & Kim, Y. T. (2012). Laparoscopic versus open radical hysterectomy in early-stage cervical cancer: long-term survival outcomes in a matched cohort study. *Annals of oncology*, 23(4), 903-911

⁶⁸ Pellegrino, A., Vizza, E., Fruscio, R., Villa, A., Corrado, G., Villa, M., ... & Vitobello, D. (2009). Total laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy in patients with Ib1 stage cervical cancer: analysis of surgical and oncological outcome. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 35(1), 98-103

⁶⁹ Pellegrino, A., Vizza, E., Fruscio, R., Villa, A., Corrado, G., Villa, M., ... & Vitobello, D. (2009). Total laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy in patients with Ib1 stage cervical cancer: analysis of surgical and oncological outcome. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 35(1), 98-103

⁷⁰ Tinelli, R., Malzoni, M., Cosentino, F., Perone, C., Fusco, A., Cicinelli, E., & Nezhat, F. (2011). Robotics versus laparoscopic radical hysterectomy with lymphadenectomy in patients with early cervical cancer: a multicenter study. *Annals of surgical oncology*, 18(9), 2622-2628

⁷¹ Malzoni, M., Tinelli, R., Cosentino, F., Fusco, A., & Malzoni, C. (2009). Total laparoscopic radical hysterectomy versus abdominal radical hysterectomy with lymphadenectomy in patients with early cervical cancer: our experience. *Annals of surgical oncology*, 16(5), 1316-1323

⁷² Du Bois A., Rochon J., Pfisterer J., & Hoskins W. (2009). Variations in institutional infrastructure, physician specialization and experience, and outcome in ovarian cancer: A systematic review. *Gynecologic Oncology*, 112(2), 422-436. doi: 10.1016/j.ygyno.2008.09.036

<p>Celem przeglądu były ocena czy istnieją czynniki/kompetencje określające ośrodek lub lekarza wpływają na lepsze przeżycie, lepsze wyniki chirurgiczne (cytoredukcję), kompletność stagingu, zgodność z postępowaniem wg wytycznych pod względem wyboru schematu chemioterapii.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji</p> <p><u>Ocena w skali AMSTAR2:</u> Krytycznie niska</p>	<p><u>Synteza wyników:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Jakościowa. <p><u>Populacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Pacjentki z nowotworem złośliwym jajnika u których przeprowadzono operację chirurgiczną. <p><u>Interwencja i komparator:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Pacjentki leczone przez lekarzy różnych specjalności: położnik/ginekolog vs chirurg ogólny, ginekolog onkolog vs położnik/ginekolog, położnik/ginekolog vs inny lekarz; Pacjentki leczone w różnych typach ośrodków: szpital niekliniczny vs kliniczny, niekliniczny vs niekliniczny ze wsparciem, szpital centralny vs inny typ szpitala, rejonowy vs centralny, rejonowy vs uniwersytecki, nieonkologiczny vs onkologiczny, chirurgiczny vs ginekologiczny, chirurgiczny vs centralny, ogólny vs szpital z radio/onkologicznym oddziałem, rejonowy vs onkologiczny/kliniczny bez ginekologii onkologicznej, rejonowy (ang. <i>Community</i>) vs szpital z ginekologią onkologiczną, oddział zamiejscowy vs centrum onkologiczne, szpital uczestniczący w badaniach klinicznych vs szpital nie uczestniczący w badaniach klinicznych). <p><u>Punkty końcowe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Pierwszorzędowe: przeżycie; Drugorzędowe: wynik chirurgiczny (odsetek całkowitej lub optymalnej cytoredukcji), kompletność oceny stopnia zaawansowania i wybór chemioterapii. <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Związek między specjalizacją lub wolumenem lekarza i/lub szpitala a przynajmniej jednym z punktów końcowych; Badania ze specjalizacjami lekarskimi musiały posiadać porównania pomiędzy ginekologami onkologami i/lub położnikami/ ginekologami i/lub ogólnymi chirurgami i/lub innymi specjalizacjami lekarskimi; Badania z charakterystykami szpitali musiały uwzględniać co najmniej jedną z następujących zmiennych: typ szpitala (np. uniwersytecki vs. ogólny), powiązanie/afiliacja z uczelnią, status rezydenta, dostępność specjalistycznych usług onkologicznych lub udział w badaniach. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Powielanie danych (włączano tylko najbardziej kompletne lub najnowsze dane). <p><u>Analiza danych:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Metaanaliza nie została przeprowadzona ze względu na znaczną niejednorodność badań i ilości danych oraz różnice w definicjach charakterystyk świadczeniodawców; W odniesieniu do przeżycia, średnie czasy przeżycia, współczynnik przeżycia i współczynniki ryzyka z 95% przedziałami ufności zostały wyodrębnione z tekstu lub z opublikowanych krzywych przeżycia lub uzyskano je w komunikacji personalnej; Jeśli przedstawiono różne kategorie współczynników ryzyka, pierwotne dane zostały ponownie obliczone w celu uzyskania tej samej linii bazowej. W każdym przypadku, gdy nie podano szacunków, obliczano jednowymiarowe ilorazy szans z 95% przedziałami ufności przy użyciu 	<ul style="list-style-type: none"> Wielkość próby wahała się od 37 do 12316 pacjentek <p><u>Liczba ośrodków:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Zakres od 1 do 904 szpitali <p><u>Liczba chirurgów:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Zakres od 94 do 2313 lekarzy <p><u>Charakterystyka badań włączonych:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 17 artykułów z Ameryki Północnej, 24 z Europy, dwa z Australii i jeden z Japonii. 28 artykułów zostało opublikowanych w 2000 roku lub później. Z wyjątkiem pięciu, wszystkie badania miały charakter retrospektywny. Wszystkie stadia zaawansowania wg FIGO zostały zawarte w 35 publikacjach; pozostałe 9 badań dotyczyło tylko wybranych stadiów choroby. W 24 artykułach omówiono wpływ specjalizacji lekarskiej, w 25 oceniano wpływ specjalizacji szpitalnej, w 9 oceniano wpływ wolumenu szpitala, a tylko w 4 oceniano wpływ liczby lekarzy. 32 badania oceniały przeżycie; 19 badań oceniało wynik chirurgiczny (odciążenie); W 10 badaniach oceniano kompletność stagingu; a 13 badań oceniało zastosowanie schematu chemioterapii.
--	---	---

	<p>analizy regresji logistycznej na podstawie opublikowanych liczb;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeśli przeprowadzono zarówno analizy jednoczynnikowe, jak i wielowymiarowe, raportowano tylko skorygowane oszacowania efektów i odpowiadające im wartości p. W związku z tym liczba analizowanych pacjentów odzwierciedla tylko pacjentów uwzględnionych w skorygowanej analizie. Za statystycznie istotne uznano dwustronne $p \leq 0,05$. 	
<p>Salicrú 2011⁷³</p> <p><u>Cel:</u> Ocena aktualnych dowodów na temat wyników chirurgicznych i śródoperacyjnych powikłań po laparoskopowej radykalnej histerektomii w leczeniu wczesnego inwazyjnego raka.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji</p> <p><u>Ocena w skali AMSTAR2:</u> Krytycznie niska</p>	<p><u>Przeszukane bazy i zakres czasu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • MEDLINE/PubMed (do stycznia 2010), przeszukano również referencje <p><u>Synteza wyników:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jakościowa. <p><u>Populacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacjentki z wczesnym inwazyjnym rakiem szyjki macicy. <p><u>Interwencja i komparator:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interwencja: radykalna histerektomia laparoskopowa; • Komparator: konwencjonalna laparotomia. <p><u>Punkty końcowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Czas trwania operacji; • Utrata krwi; • Liczba usuniętych węzłów chłonnych; • Długość pobytu w szpitalu; • Komplikacje śródoperacyjne i pooperacyjne. <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Publikacje w języku angielskim, hiszpańskim lub francuskim; • Badania z udziałem co najmniej 10 pacjentek z wczesnym inwazyjnym rakiem szyjki macicy poddanych radykalnej histerektomii laparoskopowej wykonanej laparoskopowo lub drogą pochwową. <p><u>Kryteria wykluczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nowotwór złośliwy trzonu macicy. <p><u>Analiza danych:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie raportowano. 	<p><u>Liczba badań włączonych do przeglądu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 25 <p><u>Populacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zakres 10-317, pacjentki w stadium od I do II wg FIGO <p><u>Liczba ośrodków:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie raportowano <p><u>Liczba chirurgów:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie raportowano <p><u>Charakterystyka badań włączonych:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 25 badań spełniło kryteria włączenia, w tym 15 badań dotyczyło laparoskopowej radykalnej histerektomii z limfadenektomią miednicy w leczeniu wczesnego inwazyjnego raka szyjki macicy, a 10 badań zawierało porównanie radykalnej histerektomii laparoskopowej i konwencjonalnej laparotomii. • Dodatkowo autorzy tekstu dokonali przeglądu 11 badań dotyczących radykalnej histerektomii z udziałem robota.

7.2.2. Wyniki

W poniższych tabelach przedstawiono wyniki pochodzące z włączonych przeglądów systematycznych. Jako że sposób raportowania wyników, rodzaj wyników włączonych przeglądów był zróżnicowany, niemożliwe było przedstawienie jednolicie wszystkich wyników, stąd zaprezentowano je w odrębnych tabelach. Wyniki istotne statystycznie zostały zaznaczone kolorem zielonym.

Lee 2018

⁷³ Salicrú, S., Gil-Moreno, A., Montero, A., Roure, M., Pérez-Benavente, A., & Xercavins, J. (2011). Laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy in early invasive cervical cancer. *Journal of minimally invasive gynecology*, 18(5), 555–568. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2011.05.003>

Tabela 8. Wyniki analizy ważonej regresji liniowej oceniającej różnice w nawrotach i przeżyciu w szpitalach o wysokim wolumenie (≥ 15 przypadków/na rok) w porównaniu do szpitali o niskim wolumenie (< 15 przypadków/na rok)

Wolumen szpitala	Liczba badań (wysoki wolumen ≥ 15 przypadków/na rok vs niski wolumen < 15 przypadków/na rok)	Średnia; p
5-letnie nawroty (%)	4 vs 7	11,3 vs 8,1 p=0,359
5-letnie przeżycie całkowite (%)	4 vs 5	93,1 vs 88,6 p=0,112
5-letnie przeżycie wolne od choroby (%)	4 vs 5	90,4 vs 93 p=0,164

Tabela 9. Wyniki analizy ważonej regresji liniowej oceniającej różnice w wynikach operacyjnych i powikłaniach pooperacyjnych w szpitalach o wysokim wolumenie (≥ 15 przypadków/na rok) w porównaniu do szpitali o niskim wolumenie (< 15 przypadków/na rok)

Wolumen szpitala	Liczba badań (wysoki wolumen ≥ 15 przypadków/na rok vs niski wolumen < 15 przypadków/na rok)	Średnia; p
Czas trwania operacji (w min.)	11 vs 38	224,4 vs 256,4 p=0,096
Utrata krwi (w ml)	11 vs 34	253,1 vs 322,2 p=0,080
Liczba pobranych węzłów chłonnych	10 vs 39	24,5 vs 21,1 p=0,037
Liczba dni pobytu w szpitalu po operacji	10 vs 35	6,5 vs 7 p=0,715
Odsetek powikłań śródoperacyjnych (w %)	10 vs 39	4,6 vs 6,7 p=0,166
Odsetek powikłań pooperacyjnych (w %)	10 vs 44	21 vs 23,3 p=0,691

Tabela 10. Wyniki analizy ważonej regresji liniowej oceniającej różnice w czynnikach prognostycznych (wynikach patologicznych) i leczeniu w szpitalach o wysokim wolumenie (≥ 15 przypadków/na rok) w porównaniu do szpitali o niskim wolumenie (< 15 przypadków/na rok)

Wolumen szpitala	Liczba badań (wysoki wolumen ≥ 15 przypadków/na rok vs niski wolumen < 15 przypadków/na rok)	Średnia; p
Zajęcie przestrzeni limfatyczno-naczyniowej (w %)	7 vs 20	27 vs 35,7 p=0,265
Przerzuty do węzłów (w %)	6 vs 25	14,6 vs 13,7 p=0,824
Inwazja przymaciczy (w %)	6 vs 12	7,9 vs 10 p=0,697
Dodanie marginesy chirurgicznej (w %)	6 vs 12	1,9 vs 6,2 p=0,123
Pooperacyjna terapia adjuwantowa (w %)	10 vs 32	29,9 vs 27,8 p=0,722
Pooperacyjna radioterapia (w %)	9 vs 28	28,4 vs 26 p=0,710

Du Bois 2009**Tabela 11. Wpływ wolumenu szpitala na przeżycie 3- i 5-letnie (HR; 95%CI; p-value), wyniki chirurgiczne (OR; 95% CI; p-value) oraz medianę przeżycia (miesiące)**

Wolumen szpitala	Stadium wg FIGO	Przeżycie 3-letnie (HR; 95%CI; p-value)	Przeżycie 5-letnie (HR; 95%CI; p-value)	Wyniki chirurgiczne (OR; 95% CI; p-value)	Mediana przeżycia (mies.)
Du Bois 2005	I-IV	1-11/rok vs ≥ 12 /rok,	Brak danych	Brak danych	37 (1-11/rok);

		52% vs 55%, HR=0.89 95%CI (0.65; 1.22) p=0.478			
	IIB-IV	Brak danych	Brak danych	Brak choroby resztkowej: 1-11/rok vs \geq 12/rok, 31% vs 34%, OR=1.19 95%CI (0.73; 1.94) p=0.477 Choroba resztkowa \leq 10 mm: 1-11/rok vs \geq 12/rok, 57% vs 63%, OR=1.27 95%CI (0.80; 2.01) p=0.311 Choroba resztkowa \leq 20 mm: 1-11/rok vs \geq 12/rok, 66% vs 71%, OR=1.27 95%CI (0.78; 2.06) p=0.333	Brak danych
Schrag 2006	I-II	1-12/8 lat vs 13-28/8 lat, 70% vs 80%, HR=0.73 95%CI (0.52; 1.02) p>0.05 1-12/8 lat vs 29-93/8 lat, 70% vs 80%, HR=0.73 95%CI (0.52; 1.04) p>0.05	Brak danych	Brak danych	Brak danych
	III-IV	1-12/8 lat vs 13-28/8 lat, 32% vs 37 %, HR=0.90 95%CI (0.80; 1.00) p>0.05 1-12/8 lat vs 29-93/8 lat, 32% vs 35%, HR=0.88 95%CI (0.79; 0.98) p\leq0.05	Brak danych	Brak danych	21 (1-12 przypadków/8 lat) 24 (13- 28przypadków/8 lat) 25 (29- 93przypadków/8 lat)
Elit 2002	I-IV	Brak danych	1-15/rok vs 16-99/rok, 45% vs 45%, HR=0.81, 95% CI (0.70;0.94), p>0.05 1-15/rok vs \geq 100/rok, 45% vs 37%, HR=0.85 95%CI (0.72; 1.00) p>0.05	Brak danych	57 (1-15 przypadków/rok) 58 (16-99 przypadków/rok) 34 (\geq 100/rok)
Oberaigner 2006	I-IV	Brak danych	\leq 11/rok vs 24-35/rok, HR=0.79 95%CI (0.65; 0.95) p\leq0.05	Brak danych	Brak danych
Kumpulainen 2002	I-IV	Brak danych	1/rok vs 8/rok, 42% vs 40%, HR=0.94 95%CI (0.83; 1.07) p>0.05 1/rok vs 13/rok, 42% vs 40%, HR=1.03 95%CI (0.91; 1.16) p>0.05 1/rok vs 28/rok, 42% vs 47%, HR=0.88 95%CI (0.78; 1.00) p=0.046	Brak danych	Brak danych
Ioka 2003	I-IV	Brak danych	<1/rok vs 2/rok, 22% vs 33%, HR=0.86 95%CI (0.75; 0.97) p\leq0.05 <1/rok vs 4/rok, 22% vs 45%, HR=0.67 95%CI (0.58; 0.78) p\leq0.05	Brak danych	12 (średnia <1 przypadek/rok) 21 (średnia 2 przypadki/rok) 39 (średnia 4 przypadki/rok) 75 (średnia 9przypadków/rok)

			<1/rok vs 9/rok, 22% vs 53%, HR=0.62 95%CI (0.54; 0.72) p≤0.05		
Obermair 2003	III	Brak danych	Brak danych	<p>Brak choroby resztkowej: ≤ 9/rok vs 10-19/rok, 32% vs 18%, OR=0.46 95%CI (0.28; 0.78) p=0.004</p> <p>≤ 9/rok vs ≥ 20/rok, 32% vs 27%, OR=0.78 95%CI (0.48; 1.27) p=0.313</p> <p>Choroba resztkowa ≤ 10 mm: ≤ 9/rok vs 10-19/rok, 56% vs 51%, OR=0.82 95%CI (0.53; 1.26) p=0.361</p> <p>≤ 9/rok vs ≥ 20/rok, 56% vs 40%, OR=0.53 95%CI (0.34; 0.83) p=0.006</p> <p>Choroba resztkowa ≤ 20 mm: ≤ 9/rok vs 10-19/rok, 65% vs 68%, OR=1.14 95%CI (0.72; 1.80) p=0.585</p> <p>≤ 9/rok vs ≥ 20/rok, 65% vs 61%, OR=0.85 95%CI (0.53; 1.34) p=0.473</p>	Brak danych
Olaitan 2001	I-IV	Brak danych	Brak danych	<p>Choroba resztkowa < 20 mm: ≤10/rok vs >10/rok OR=1.92 95%CI (0.02)</p>	Brak danych

Tabela 12. Wpływ wolumenu lekarza/chirurga na przeżycie 3- i 5-letnie (HR; 95%CI; p-value), wyniki chirurgiczne (OR; 95% CI; p-value) oraz medianę przeżycia (miesiące)

Wolumen lekarza	Stadium wg FIGO	Przeżycie 3-letnie (HR; 95%CI; p-value)	Przeżycie 5-letnie (HR; 95%CI; p-value)	Mediana przeżycia (mies.)
Woodman 1997	I-IV	1-5/2 lata vs ≥ 6/2 lata, 66% vs 51%, HR=1.19 95%CI (0.86; 1.65) p=0.37	Brak danych	48 (1-5 przypadków/2 lata), 38 (≥6 przypadków/2 lata);
Schrag 2006	I-II	1-3/8 lat vs 4-19/8 lat, 77% vs 82%, HR=0.88 95%CI (0.60; 1.27) p>0.05	Brak danych	Brak danych
	III-IV	1-3/8 lat vs 20-61/8 lat, 77% vs 77%, HR=1.00 95%CI (0.68; 1.48) p>0.05		
		1-3/8 lat vs 4-19/8 lat, 34% vs 37%, HR=0.93 95%CI (0.84; 1.04) p>0.05	Pomiar ciągły: p=0.062;	22 (1-3 przypadki/8 lat), 24 (4-19 przypadków/8 lat), 27 (20-61 przypadków/8 lat)
		1-3/8 lat vs 20-61/8 lat, 34% vs 40%, HR=0.87 95%CI (0.77; 0.98) p=0.03		
Elit 2002	I-IV	1-2/rok vs 3-9/rok, 48% vs 43%,	Brak danych	52 (3-9 przypadków/rok), 34 (≥10 przypadków/rok);

		HR=1.13 95%CI (0.98; 1.30) p>0.05		
		1-2/rok vs ≥ 10/rok, 48% vs 36%, HR=1.00 95%CI (0.86; 1.15) p>0.05		

Tabela 13. Wpływ typu szpitala na przeżycie 5-letnie (HR; 95%CI; p-value)

Specjalizacja szpitala	Stadium wg FIGO	Porównanie (wg typu szpitala)	Liczba pacjentów	Odsetek pacjentów, którzy przeżyli po 5-latach	Mediana czasu (mies.)	HR 95%CI, p
Gillis 1991	I-IV	Niekliniczny vs kliniczny	93 vs 77	19% vs 24%	Brak danych	0.96 95%CI (0.76; 1.20) p>0.05
Hole 1993	I-IV	Niekliniczny vs kliniczny	1632 vs 1368	Brak danych	Brak danych	0.88 95%CI (0.79; 0.99) p≤0.05
Wolfe 1997	II-IV	Niekliniczny vs niekliniczny współpracujący z inną jednostką	19 vs 44	Brak danych	Brak danych	3.85 95%CI (1.75; 8.33) p≤0.05
		Niekliniczny vs kliniczny	19 vs 29	Brak danych	Brak danych	1.23 95%CI (0.48; 3.01) p>0.05
Junor 1999	I-IV	Niekliniczny vs kliniczny	1866 łącznie	Brak danych	Brak danych	0.86 95%CI (0.76; 0.96) p≤0.05
O'Malley 2003*	IC-IV	Niekliniczny vs kliniczny	666 vs 385	Brak danych	Brak danych	P=0.05c05e
Tingulstad 2003	I-IV	Niekliniczny vs kliniczny	289 vs 281	37% vs 42%	31 vs 32	0.82 95%CI (0.67; 1.01) p=0.062
Engelen 2006	I-IV	Niekliniczny vs kliniczny	263 vs 246	41% vs 45%	Brak danych	0.88 95%CI (0.70; 1.11) p=0.29
Kumpulainen 2002	I-IV	Pozostałe vs centralny	988 vs 1470	45% vs 37%	Brak danych	1.05 95%CI (0.93; 1.16) p>0.05
		Pozostałe uniwersytecki	988 vs 1393	45% vs 45%	Brak danych	0.94 95%CI (0.85; 1.05) p=0.325
Skirnisdottir 2007	III-IV	Rejonowy (ang. community) vs centralny	121 vs 197	9% vs 20%	16 vs 21	0.74 95%CI (0.58; 0.94) p=0.012
		Rejonowy (ang. community) uniwersytecki	121 vs 124	9% vs 18%	16 vs 18	0.85 95%CI (0.65; 1.10) p=0.222
Elit 2006	I-IV (operacja, chemioterapia)	Rejonowy (ang. community) vs uniwersytecki (ang. academic)	516 vs 747	Brak danych	Brak danych	1.01 95%CI (0.87; 1.16) p>0.05
		Rejonowy (ang. community) uniwersytecki (ang. academic)	78 vs 223	Brak danych	Brak danych	1.06 95%CI (0.78; 1.44) p>0.05
		Rejonowy (ang. community) vs uniwersytecki (ang. academic)	212 vs 216	Brak danych	Brak danych	1.06 95%CI (0.86; 1.30) p>0.05
Liberati 1985	I-IV	Nieonkologiczny vs onkologiczny	71 vs 88	35% vs 36%	25 vs 33	0.95 95%CI (0.64; 1.42) p=0.26
Bertelsen 1990	III-IV	Chirurgiczny ginekologiczny	63 vs 181	24% vs 21%	29 vs 21	1.14 95%CI (0.85; 1.51) p>0.05
		Chirurgiczny centralny	63 vs 116	24% vs 21%	29 vs 26	1.12 95%CI (0.83; 1.52) p>0.05

Stockton 2000	I-IV	Ogólny vs szpital z radio/onkologicznym oddziałem	514 vs 475	Brak danych	Brak danych	0.85 95%CI (0.74; 0.99) p≤0.05
Elit 2002	I-IV	Rejonowy (ang. <i>community</i>) vs onkologiczny/kliniczny bez ginekologii onkologicznej	1732 vs 337	46% vs 45%	57 vs 58	0.81 95%CI (0.66; 1.00) p>0.05
		Rejonowy (ang. <i>community</i>) vs szpital z ginekologią onkologiczną	1732 vs 1281	46% vs 38%	57 vs 39	0.91 95%CI (0.80; 1.02) p>0.05

*Autorzy stwierdzili, że typ szpitala nie był związany z przeżyciem po uwzględnieniu innych zmiennych, jednakże nie raportowano szczegółowych danych.

Tabela 14. Wpływ typu szpitala na przeżycie 3-letnie (HR; 95%CI; p-value)

Specjalizacja szpitala	Stadium wg FIGO	Porównanie (wg. typu szpitala)	Liczba pacjentów	Odsetek pacjentów, którzy przeżyli po 3-latach	Mediana czasu (w miesiącach)	HR 95%CI, p
Paulsen 2006	IIIC	Niekliniczny vs kliniczny	90 vs 108	36% vs 47%	23 vs 35	0.59 95%CI (0.35; 0.98) p=0.040
Shylasree 2006	I-IV	Oddział zamiejscowy vs centrum onkologiczne	189 vs 44	52% vs 63%	Brak danych	0.84 95%CI (0.46; 1.54) p=0.56
Du Bois 2005	I-IV	Szpital nie biorący udziału w badaniach klinicznych vs szpital biorący udział w badaniach klinicznych	201 vs 275	51% vs 56%	37 vs brak danych	0.59 95%CI (0.44; 0.81) p=0.001

Tabela 15. Wpływ specjalizacji lekarskiej na 5-letnie przeżycie

Wolumen lekarza	Stadium wg FIGO	Porównanie (wg. specjalizacji)	Liczba pacjentów	Odsetek pacjentów, którzy przeżyli po 5-latach	Mediana czasu przeżycia (mies.)	HR 95%CI, p
Nguyen 1993	I	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	907 vs 279	90% vs 88%	96 vs 96	1,26; 95%CI (0.84; 1.90) p>0,05
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	907 vs 191	90% vs 89%	96 vs 96	1,06; 95%CI (0.63; 1,78) p>0,05
	II	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	274 vs 97	61% vs 47%	96 vs 62	1.65; 95%CI (1,17; 2,32) p≤0,05
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	274 vs 77	61% vs 63%	96 vs 84	0.88; 95%CI (0,57; 1,36) p>0,05
	III	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	656 vs 382	29% vs 17%	29 vs 21	1,32; 95%CI (1,18; 1,48) p≤0,05
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	656 vs 317	29% vs 25%	29 vs 26	1,06; 95%CI (0,94; 1,20) p>0,05
	IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	473 vs 429	17% vs 11%	19 vs 14	1,22; 95%CI (1,09; 1,36) p≤0,05
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	473 vs 178	17% vs 10%	19 vs 18	1,12; 95%CI (0,97; 1,30) p>0,05
Junor 1999	I	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	318 vs 24	78% vs 78%	Brak danych	1,01; 95%CI (0,40; 2,57) p>0,05
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	318 vs 68	78% vs 78%	Brak danych	0,83; 95%CI (0,45; 1,55) p>0,05
	II	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	119 vs 12	50% vs 49%	34 vs 8	0,67; 95%CI (0,25; 1,75] p>0,05
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	119 vs 32	50% vs 43%	34 vs 29	1,00; 95%CI (0,56; 1,80] p>0,05
	III	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	454 vs 151	20% vs 7%	13 vs 9	1,32; 95%CI (1,07; 1,63) p=0,009

		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	454 vs 192	20% vs 22%	13 vs 18	0,75; 95%CI (0,62; 0,92) p=0,005
	IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	134 vs 23	9% vs 5%	8 vs 5	1,26; 95%CI (0,78; 2,04) p>0,05
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	134 vs 54	9% vs 5%	8 vs 9	1,01; 95%CI (0,71; 1,45) p>0,05
Elit 2002	I-IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	1804 vs 270	51% vs 25%	Brak danych vs 18	1,47; 95%CI (1,21; 1,82) p≤0,05
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	1804 vs 869	51% vs 35%	Brak danych vs 34	1,15; 95%CI (0,99; 1,32) p>0,05
Grossi 2002	I-IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	156 vs 65	41% vs 12%	Brak danych	1,38; 95%CI (0,92; 2,06) p>0,05
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	156 vs 205	41% vs 31%	Brak danych	0,82; 95%CI (0,57; 1,18) p>0,05
	I-II	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	79 vs 17	Brak danych	Brak danych	3,57; 95%CI (1,41; 9,02) p≤0,05
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	79 vs 60	Brak danych	Brak danych	1,58; 95%CI (0,60; 4,17) p>0,05
	III-IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	65 vs 44	Brak danych	Brak danych	Brak danych
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	65 vs 142	Brak danych	Brak danych	Brak danych
Earle 2006	I-IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	1377 vs 673	Brak danych	36 vs 24	1,16; 95%CI (1,04; 1,29) p=0,006
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	1377 vs 1017	Brak danych	36 vs 33	0,99; 95%CI (0,90; 1,08) p=0,77
	I-II	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	409 vs 144	Brak danych	76 vs 82	1,21; 95%CI (0,93; 1,59) p=0,160
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	409 vs 198	Brak danych	76 vs 82	0,97; 95%CI (0,75; 1,24) p=0,788
	III-IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	968 vs 529	Brak danych	25 vs 20	1,16; 95%CI (1,04; 1,30) p=0,010
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	968 vs 819	Brak danych	25 vs 27	0,99; 95%CI (0,89; 1,09) p=0,833
Paulsen 2006	IIIC	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	99 vs 24	41% vs 21 %	26 vs 7	1,68; 95%CI (0,74; 3,79) p=0,220
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	99 vs 75	41% vs 49%	26 vs 49	0,47; 95%CI (0,25; 0,87) p=0,017
Shylasree 2006	I-IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	183 vs 18	Brak danych	Brak danych	1,41; 95%CI (0,71; 2,82) p=0,42
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	183 vs 32	Brak danych	Brak danych	1,00; 95%CI (0,57; 1,75) p=0,99
Skirnisdo ttir 2007	III-IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	232 vs 53	19% vs 9%	21 vs 13	1,25 95%CI (0,92; 1,71) p=0,158
		Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	232 vs 137	19% vs 17%	21 vs 19	1,03; 95%CI (0,83; 1,30) p=0,772
Engelen 2006	I-IV	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	326 vs 183	40% vs 46%	Brak danych	0,77; 95%CI (0,60; 1,00) p=0,05
	I-II	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	135 vs 64	70% vs 86%	Brak danych	0,50; 95%CI (0,26; 0,94) p=0,03
	III-IV	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	191 vs 119	13% vs 21%	15 vs 23	0,75; 95%CI (0,58; 0,96) p=0,02
Eisenkop 1992	IIIC-IVA	Inna specjalizacja ginekolog onkolog	129 vs 121	10% vs 44 %	17 vs 35	0,53; 95%CI (0,39; 0,71) p<0,001
Mayer 1992	I-II	Inna specjalizacja ginekolog onkolog	21 vs 26	48% vs 78%	58 vs Brak danych	0,52; 95%CI (0,22; 1,23) p<0,05
Puls 1997	I	Inna specjalizacja ginekolog onkolog	25 vs 29	62% vs 94%	Brak danych	0,25; 95%CI (0,07; 0,94) p=0,04
Carney 2002	I-IV	Inna specjalizacja ginekolog onkolog	438 vs 296	41% vs 37%	41 vs 41	0,73; 95%CI (0,59; 0,91) p=0,006

	I-IIh	Inna specjalizacja vs ginekolog onkolog	195 vs 124	85% vs 73%	Brak danych	1,29; 95%CI (0,69; 2,39) p=0,421
	III-IV	Inna specjalizacja vs ginekolog onkolog	243 vs 172	13 % vs 12%	15 vs 26	0,69; 95%CI (0,54; 0,87) p=0,002
Bailey 2006	III-IV	Inna specjalizacja vs ginekolog onkolog	145 vs 216	Brak danych	23 vs 23	0,98; 95%CI (0,74; 1,31) p=0,911
Chan 2007	IC-IV	Inna specjalizacja vs ginekolog onkolog	982 vs 509	30% vs 39%	28 vs 45	0,80; 95%CI (0,70; 0,91) p=0,001
	IC-II	Inna specjalizacja vs ginekolog onkolog	211 vs 100	61% vs 66%	82 vs Brak danych	0,77; 95%CI (0,53; 1,12) p=0,157
	III-IV	Inna specjalizacja vs ginekolog onkolog	692 vs 398	23% vs 31%	25 vs 37	0,77; 95%CI (0,67; 0,88) p<0,001
Kehoe 1994	I-IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	334 vs 117	36% vs 11%	29 vs 7	1,34; 95%CI (1,05; 1,71) p=0,022

Tabela 16. Wpływ specjalizacji lekarskiej na przeżycie 3-letnie

Wolumen lekarza	Stadium wg FIGO	Porównanie (wg specjalizacji)	Liczba pacjentów	Odsetek pacjentów, którzy przeżyli po 5-latach	Mediana czasu przeżycia (mies.)	HR 95%CI, p
Grant 1992	I-IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	20 vs 17	25% vs 17%	20 vs 14	1,39; 95%CI (0,68; 2,87) p>0,05
Woodman 1997	I-IV	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	596 vs 95	53% vs 20%	48 vs 7	1,58; 95%CI (1,19; 2,10) p <0,01

Tabela 17. Wpływ specjalizacji lekarskiej na wynik chirurgiczny

Specjalizacja lekarza	Stadium wg FIGO	Wynik chirurgiczny	Porównanie	Liczba pacjentów	Odsetek pacjentów, którzy uzyskali dany wynik chirurgiczny	HR 95%CI, p
Nguyen 1993	I-IV	≥75% zmniejszenie masy guza	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	5529 vs 2603	42% vs 25%	0.45 95%CI (0.41; 0.50) p<0.001
			Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	5529 vs 2562	42% vs 44%	1.08 95%CI (0.98; 1.18) p=0.126
Junor 1999	III	Choroba resztkowa <20 mm	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	432 vs 146	29% vs 12%	0.33 95%CI (0.19; 0.57) p<0.001
			Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	432 vs 190	29% vs 36%	1.42 95%CI (0.99; 2.03) p=0.059
Olaitan 2001	I-IV	Choroba resztkowa <20 mm	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	343 vs 20	72% vs 65%	0.30 p=0.18
			Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	343 vs 217	72% vs 79%	2.06 p=0.01
	III-IV	Choroba resztkowa <20 mm	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	148 vs 5	45% vs 20%	0.30 95%CI (0.03; 2.77) p=0.290
			Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	148 vs 128	45% vs 67%	2.48 95%CI (1.52; 4.04) p<0.001
Grossi 2002	III-IV	Choroba resztkowa <20 mm	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	65 vs 44	35% vs 18%	0.41 95%CI (0.16; 1.02) p=0.055
			Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	65 vs 142	35% vs 54%	2.16 95%CI (1.18; 3.97) p=0.013
Paulsen 2006	IIIC	Brak choroby resztkowej	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	99 vs 24	22% vs 25%	1.17 95%CI (0.41; 3.30) p=0.771
			Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	99 vs 75	22% vs 25%	1.19 95%CI (0.59; 2.40) p=0.632
Skylasree 2006	I-IV		Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	197 łącznie	Brak danych	Brak danych

		Choroba resztkowa <20 mm	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	197 łącznie	Brak danych	Brak danych
Skirnisdo ttir 2007	III-IV	Brak choroby resztkowej	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	233 vs 46	10% vs 0%	0.14 95%CI (0.00; 0.83) p=0.026
			Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	233 vs 137	10% vs 11%	1.12 95%CI (0.56; 2.23) p=0.742
	Choroba resztkowa <20 mm	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	233 vs 46	28% vs 4%	0.12 95%CI (0.03; 0.50) p=0.004	
			Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	233 vs 137	28% vs 36%	1.44 95%CI (0.92; 2.26) p=0.114
Chen 1985	III-IV	>95% zmniejszenie masy guza i choroba resztkowa <15 mm	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	37 vs 47	38% vs 98%	75.57 95%CI (9.35; 610.74) p<0.001
Engelen 2006	I-III	Brak choroby resztkowej	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	277 vs 163	46% vs 50%	1.18 95%CI (0.80; 1.74) p=0.406
		Choroba resztkowa <20 mm	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	277 vs 163	56% vs 63%	1.30 95%CI (0.87; 1.93) p=0.198
	III	Brak choroby resztkowej	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	142 vs 98	11% vs 22%	2.45 95%CI (1.20; 5.01) p=0.014
		Choroba resztkowa <20 mm	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	142 vs 98	26% vs 41%	1.96 95%CI (1.13; 3.39) p=0.017
Kumpulainen 2006	II-IV	Brak choroby resztkowej	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	133 vs 89	23% vs 37%	2.02 95%CI (1.12; 3.66) p=0.020
		Choroba resztkowa ≤2 mm	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	133 vs 89	52% vs 53%	1.04 95%CI (0.61; 1.78) p=0.892
	III	Brak choroby resztkowej	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	92 vs 53	14% vs 36%	3.40 95%CI (1.51; 7.65) p=0.003
		Choroba resztkowa ≤2 mm	Położn k/ginekolog vs ginekolog onkolog	92 vs 53	49% vs 57%	1.36 95%CI (0.69; 2.69) p=0.373
Eisenkop 1992	IIIC-IVA	Choroba resztkowa ≤1 mm	Inna specjalizacja vs ginekolog onkolog	137 vs 126	29% vs 82%	10.86 95%CI (6.06; 19.45) p<0.001
Grant 1992	IIB-IV	Choroba resztkowa <2 mm	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	14 vs 13	57% vs 8%	0.06 95%CI (0.01; 0.62) p=0.018
Kehoe 1994	I-IV	Brak choroby resztkowej	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	870 vs 314	32% vs 12%	0.28 95%CI (0.20; 0.41) p<0.001
		Choroba resztkowa <2 mm	Położn k/ginekolog vs chirurg ogólny	870 vs 314	41% vs 20%	0.36 95%CI (0.26; 0.49) p<0.001

Tabela 18. Wpływ specjalizacji szpitalnej na wynik chirurgiczny

Specjalizacja szpitala	Stadium wg FIGO	Definicja wyniku chirurgicznego	Porównanie	Liczba pacjentów	Odsetek pacjentów, którzy uzyskali dany wynik chirurgiczny	HR 95%CI, p
Tingulstad 2003	III-IV	Choroba resztkowa <10 mm	Niekliniczny vs kliniczny	46 vs 23	24% vs 48%	2.92 95%CI (1.01; 8.44) p=0.048
Paulsen 2006	IIIC	Brak choroby resztkowej	Niekliniczny vs kliniczny	90 vs 108	17% vs 30%	2.11 95%CI (1.06; 4.20) p=0.035

Du Bois 2001	IIB-IV	Brak choroby resztkowej	Inne vs centralny	96 vs 105	12% vs 29%	3.09 95%CI (1.45; 6.59) p=0.003
			Inne vs uniwersytecki	96 vs 103	12% vs 25%	2.61 95%CI (1.21; 5.63) p=0.015
	Choroba resztkowa ≤1 mm	Inne vs centralny	96 vs 105	45% vs 63%	2.09 95%CI (1.19; 3.67) p=0.011	
			Inne vs uniwersytecki	96 vs 103	45% vs 63%	2.11 95%CI (1.20; 3.72) p=0.010
Kumpulainen 2006	I-IV	Brak choroby resztkowej	Rejonowy (ang. <i>district</i>) vs centralny	42 vs 109	38% vs 39%	1.02 95%CI (0.49; 2.12) p=0.961
			Rejonowy (ang. <i>district</i>) vs uniwersytecki	42 vs 156	38% vs 55%	2.00 95%CI (0.99; 4.01) p=0.052
		Choroba resztkowa ≤2 mm	Rejonowy (ang. <i>district</i>) vs centralny	42 vs 109	57% vs 62%	1.24 95%CI (0.60; 2.57) p=0.554
			Rejonowy (ang. <i>district</i>) vs uniwersytecki	42 vs 156	57% vs 70%	1.74 95%CI (0.86; 3.50) p=0.121
	III	Brak choroby resztkowej	Rejonowy (ang. <i>district</i>) vs centralny	21 vs 59	19% vs 10%	0.48 95%CI (0.12; 1.91) p=0.298
			Rejonowy (ang. <i>district</i>) vs uniwersytecki	21 vs 65	19% vs 34%	2.17 95%CI (0.65; 7.25) p=0.206
		Choroba resztkowa ≤2 mm	Rejonowy (ang. <i>district</i>) vs centralny	21 vs 59	48% vs 46%	0.93 95%CI (0.34; 2.52) p=0.884
			Rejonowy (ang. <i>district</i>) vs uniwersytecki	21 vs 65	48% vs 59%	1.55 95%CI (0.58; 4.16) p=0.386
Skirnisdottir 2007	III-IV	Brak choroby resztkowej	Rejonowy (ang. <i>community</i>) vs centralny	108 vs 194	8% vs 9%	1.13 95%CI (0.49; 2.60) p= 0.783
			Rejonowy (ang. <i>community</i>) vs uniwersytecki	108 vs 118	8% vs 10%	1.25 95%CI (0.50; 3.08) p=0.635
	Choroba resztkowa <2 mm	Rejonowy (ang. <i>community</i>) vs centralny	108 vs 194	21% vs 30%	1.58 95%CI (0.91; 2.74) p=0.107	
		Rejonowy (ang. <i>community</i>) vs uniwersytecki	108 vs 118	21% vs 32%	1.76 95%CI (0.96; 3.20) p=0.067	
Bertelsen 1990	III-IV	Brak choroby resztkowej	Chirurgiczny vs ginekologiczny	63 vs 181	8% vs 10%	1.28 95%CI (0.46; 3.61) p=0.639
			Chirurgiczny vs centralny	63 vs 116	8% vs 6%	0.75 95%CI (0.23; 2.45) p=0.628
	Choroba resztkowa ≤1 mm	Chirurgiczny vs ginekologiczny	63 vs 181	14% vs 25%	1.99 95%CI (0.91; 4.34) p=0.086	
		Chirurgiczny vs centralny	63 vs 116	14% vs 30%	2.59 95%CI (1.15; 5.82) p=0.021	
Du Bois 2001	IIB-IV	Brak choroby resztkowej	Szpital nie biorący udziału w badaniach klinicznych vs szpital biorący udział w badaniach klinicznych	234 vs 89	22% vs 25%	1.18 95%CI (0.66; 2.09) p=0.575
		Choroba resztkowa ≤1 mm	Szpital nie biorący udziału w badaniach klinicznych vs szpital biorący udział w badaniach klinicznych	234 vs 89	56% vs 63%	1.33 95%CI (0.81; 2.20) p=0.260
		Choroba resztkowa ≤2 mm	Szpital nie biorący udziału w badaniach klinicznych vs szpital biorący udział w badaniach klinicznych	234 vs 89	67% vs 78%	1.69 95%CI (0.96; 2.99) p=0.069
Du Bois 2005	IIB-IV	Brak choroby resztkowej	Szpital nie biorący udziału w badaniach klinicznych vs szpital biorący udział w badaniach klinicznych	133 vs 219	32% vs 34%	1.07 95%CI (0.68; 1.69) p=0.778
		Choroba resztkowa ≤10 mm	Szpital nie biorący udziału w badaniach klinicznych vs szpital biorący udział w badaniach klinicznych	133 vs 219	54% vs 66%	1.63 95%CI (1.05; 2.53) p=0.030

	Choroba resztkowa ≤ 20 mm	Szpital nie biorący udziału w badaniach klinicznych vs szpital biorący udział w badaniach klinicznych	133 vs 219	61% vs 74%	1.87 95%CI (1.18; 2.97) p=0.008
--	--------------------------------	---	------------	------------	--

Salicru 2011

Wolumen szpitala	Interwencja i populacja (liczba pacjentów)	Czas trwania operacji (min.)	Utrata krwi (ml)	Liczba usuniętych węzłów chłonnych	Długość pobytu w szpitalu (dni)
Abu-Rustum 2003 31	Szpital kliniczny Laparoskopia N=19 Laparotomia N= 195	371 min. vs 295 p<0,01	301 vs 639 p<0,01	25,5 vs 30,7	4,5 vs 9,7 p<0,01
Frumovitz 2007 34,35	Laparoskopia N=35 Laparotomia N=44	344 vs 307 p=0,03	319 vs 548 p=0,009	14 vs 19 p=0,001	2 vs 5 p=0,001
Zakashansky 2007 32	Szpital kliniczny Laparoskopowa radykalna histerektomia z limfadenektomią miedniczą N=30 Radykalna histerektomia brzuszna N=	318,5 vs 242,5 p<0,01 Laparoskopowa radykalna histerektomia z limfadenektomią miedniczą Platau: 310 min. i czas ten nie zmniejszał się wraz z doświadczeniem lekarza	200 vs 520 p<0,01	31 vs 21,8 p<0,01	3,8 vs 5,6 p<0,01
Li 2007 33	Laparotomia N=30 Laparoskopia N=90	242.5 vs 263 p<0,01 Pierwsze 45 zabiegów: 281 min. ostatnie 45 zabiegów: 244	520 vs 370 p<0 ,01	21.8 vs 23 p<0 ,01	5,6 vs 13,9 p<0 ,01
Pomel 2003	Laparoskopowa radykalna histerektomia N=50	Pierwsze 25 zabiegów: średni czas 290 min., ostatnie 25 zabiegów 226 minut (p=0,01). U ostatnich 10 pacjentów średni czas operacji zmniejszył się do 135 min. (zakres 114–180).			

7.2.3. Wnioski

W badaniu **Lee 2018** wielkość/wolumen szpitala był czynnikiem prognostycznym dla wyników operacyjnych u chorych na raka szyjki macicy poddawanych radykalnej histerektomii laparoskopowej. Większą liczbę pobranych węzłów chłonnych, krótszy czas operacji, mniejszą utratę krwi oraz porównywalną liczbę powikłań okołoperacyjnych i wyniki przeżycia obserwowano w grupie pacjentek leczonych w szpitalach o wysokim wolumenie (≥ 15 przypadków/rok) w porównaniu do szpitali o niskim wolumenie (< 15 przypadków/rok). Należy wspomnieć, że w szpitalach o wysokim wolumenie leczono mniej przypadków w stadium IA i więcej przypadków w stadium IIA w porównaniu ze szpitalami o niskim wolumenie.

Istotnie statystycznie wyniki wykazano na korzyść szpitala o wysokim wolumenie (≥ 15 przypadków/rok) dla:

- Liczby pobranych węzłów chłonnych (24,5 vs 21,1; p=0,037)

W badaniu **du Bois 2009** porównano wyniki kliniczne pod względem:

- Specjalizacji lekarza, który wykonywał operację (18 badań włączonych, 15 badań porównywało przeżycie u pacjentek leczonych przez ginekologa onkologa z przeżyciem u pacjentek leczonych przez ginekologa położnika/ginekologa);
- Typu szpitala w którym była operowana pacjentka (szpital niekliniczny vs kliniczny, niekliniczny vs niekliniczny ze wsparciem, szpital centralny vs inny typ szpitala, rejonowy vs centralny, rejonowy vs uniwersytecki, nieonkologiczny vs onkologiczny, chirurgiczny vs ginekologiczny,

chirurgiczny vs centralny, ogólny vs szpital z radio/onkologicznym oddziałem, rejonowy vs onkologiczny/kliniczny bez ginekologii onkologicznej, rejonowy (ang. *community*) vs szpital z ginekologią onkologiczną, oddział zamiejscowy vs centrum onkologiczne, szpital uczestniczący w badaniach klinicznych vs szpital nie uczestniczący w badaniach klinicznych).

Wpływ wolumenu szpitala na przeżycie i wyniki chirurgiczne

W 6 badaniach analizowano wpływ wolumenu szpitala na przeżycie pacjentek, wskazując, że wyższe przeżycie pacjentek występuje w szpitalach charakteryzujących się większą liczbą zabiegów w porównaniu do ośrodków o mniejszym wolumenie. Również wskazano, w jednym badaniu, że osiągnięcie cytoredukcji jest bardziej prawdopodobne w szpitalu o większym wolumenie w porównaniu do szpitala o mniejszym wolumenie.

Istotne statystycznie wyniki w zależności od liczby leczonych przypadków w szpitalu na rok wykazano dla:

3-letniego przeżycia

- 1-12/8 lat vs 13-28/8 lat: 32% vs 37 %, HR=0.90 95%CI (0.80; 1.00) $p>0.05$ (Schrag 2006)
- 1-12/8 lat vs 29-93/8 lat: 32% vs 35%, HR=0.88 95%CI (0.79; 0.98) $p\leq 0.05$ (Schrag 2006)

5-letniego przeżycia

- 1-15/rok vs 16-99/rok: 45% vs 45%, HR=0.81, 95% CI (0.70;0.94), $p>0.05$ (Elit 2002)
- 1-15/rok vs ≥ 100 /rok, 45% vs 37%, HR=0.85 95%CI (0.72; 1.00) $p>0.05$ (Elit 2002)
- ≤ 11 /rok vs 24-35/rok: HR=0.79 95%CI (0.65; 0.95) $p\leq 0.05$ (Oberaigner 2006)
- <1 /rok vs 2/rok: 22% vs 33%, HR=0.86 95%CI (0.75; 0.97) $p\leq 0.05$ (Ioka 2003)
- <1 /rok vs 4/rok: 22% vs 45%, HR=0.67 95%CI (0.58; 0.78) $p\leq 0.05$ (Ioka 2003)
- <1 /rok vs 9/rok: 22% vs 53%, HR=0.62 95%CI (0.54; 0.72) $p\leq 0.05$ (Ioka 2003)

Wynik chirurgiczny: choroba resztkowa ≤ 10 mm

- ≤ 9 /rok vs ≥ 20 /rok: 56% vs 40%, OR=0.53 95%CI (0.34; 0.83) $p=0.006$ (Oberaigner 2006)

Wpływ wolumenu lekarza na przeżycie

W 3 badaniach oceniono przeżycie (3 lub 5 letnie przeżycie) w zależności od liczby zabiegów wykonywanych przez lekarza specjalistę. Tylko w jednym badaniu wynik był istotny statystycznie, wskazując, że prawdopodobieństwo 3-letniego przeżycia pacjentek z nowotworem zaawansowanym (III vs IV) było wyższe, gdy pacjentki były leczone przez lekarza charakteryzującego się wysokim wolumenem:

- 1-3/8 lat vs 20-61/8 lat: 34% vs 40%, HR=0.87 95%CI (0.77; 0.98) $p=0.03$

Wpływ typu szpitala na przeżycie

W trzech z ośmiu badań wykazano, że leczenie w szpitalu klinicznym przynosi lepsze przeżycie. Tylko jedno badanie wykazało korzyści w zakresie przeżycia w szpitalu z oddziałem onkologicznym po uwzględnieniu różnic w wieku i stopnia zaawansowania. Natomiast po uwzględnieniu ważnych czynników prognostycznych pacjenci leczeni w szpitalach klinicznych nie osiągnęli lepszego przeżycia niż pacjenci leczeni w innych szpitalach.

3-letniego przeżycia

- Szpital niekliniczny vs kliniczny
 - HR=0.59 95%CI (0.35; 0.98) $p=0.040$ (Paulsen 2006)
 - HR=0.59 95%CI (0.44; 0.81) $p=0.001$ (Du Bois 2005)

5-letniego przeżycia

- Szpital niekliniczny vs kliniczny
 - HR=0.88 95%CI (0.79; 0.99) $p\leq 0.05$ (Hole 1993)
 - HR=0.86 95%CI (0.76; 0.96) $p\leq 0.05$ (Junor 1999)

- HR=0.82 95%CI (0.67; 1.01) p=0.062 (Tingulstad 2003)
- Szpital niekliniczny vs niekliniczny współpracujący z inną jednostką
 - HR=3.85 95%CI (1.75; 8.33) p<0.05 (Wolfe 1997)
- Szpital rejonowy vs centralny
 - HR=0.74 95%CI (0.58; 0.94) p=0.012 (Skirnisdottir 2007)
- Szpital rejonowy (ang. *community*) vs onkologiczny/kliniczny bez ginekologii onkologicznej
 - HR=0.81 95%CI (0.66; 1.00) p>0.05 (Elit 2002)
- Szpital rejonowy (ang. *community*) vs szpital z ginekologią onkologiczną
 - HR=0,91 95%CI (0.80; 1.02) p>0.05 (Elit 2002)

Wpływ specjalizacji na przeżycie

W 7 z 15 badań oceniających przeżycie wykazano lepsze wyniki u pacjentek, które były pod opieką lekarza ginekologa onkologa. Wyższe przeżycie wiązało się z wyższą specjalizacją lekarza w dwóch z dziewięciu badań u pacjentek z nowotworem we wczesnym stadium zaawansowania (I-II wg. FIGO) i w 6 z 11 badań u pacjentek z zaawansowanym nowotworem (III-IV wg. FIGO), wskazując na silniejszy wpływ subspecializacji w podgrupie pacjentek o gorszym rokowaniu. W 11 badaniach porównujących wyniki w grupie pacjentek leczonych przez chirurga ogólnego w porównaniu z grupą pacjentek leczonych przez ginekologa położnika/ginekologa, w 7 wykazano gorsze wyniki przeżycia w grupie pacjentek pod opieką chirurga ogólnego (w 4 badaniach wyniki były istotne statystycznie). Istotnie statystycznie wyniki w zależności od specjalizacji lekarskiej wykazano dla:

3-letniego przeżycia

- Położnik/ginekolog vs chirurg ogólny
 - HR=1,58; 95%CI (1,19; 2,10) p <0,01 (I-IV st. zaawansowania; Woodman 1997)

5-letniego przeżycia

- Położnik/ginekolog vs chirurg ogólny
 - HR=1,32; 95%CI (1,18; 1,48) p<0,05 (III st. zaawansowania; Nguyen 1993)
 - HR=1,22; 95%CI (1,09; 1,36) p<0,05 (IV st. zaawansowania; Nguyen 1993)
 - HR=1,32; 95%CI (1,07; 1,63) p=0,009 (III st. zaawansowania; Junor 1999)
 - HR=1,47; 95%CI (1,21; 1,82) p<0,05 (I-IV st. zaawansowania; Elit 2002)
 - HR=3,57; 95%CI (1,41; 9,02) p<0,05 (I-II st. zaawansowania; Elit 2002)
 - HR=1,16; 95%CI (1,04; 1,29) p=0,006 (I-IV st. zaawansowania; Earle 2006)
 - HR=1,16; 95%CI (1,04; 1,30) p=0,010 (III-IV st. zaawansowania; Earle 2006)
 - HR=1,34; 95%CI (1,05; 1,71) p=0,022 (III-IV st. zaawansowania; Kehoe 1994)
- Położnik/ginekolog vs ginekolog onkolog
 - HR=0,75; 95%CI (0,62; 0,92) p=0,005 (III st. zaawansowania; Grossi 2002)
 - HR=0,47; 95%CI (0,25; 0,87) p=0,017 (III st. zaawansowania; Paulsen 2006)
 - HR=0,50; 95%CI (0,26; 0,94) p=0,03 (I-II st. zaawansowania; Engelen 2006)
 - HR=0,75; 95%CI (0,58; 0,96) p=0,02 (III-IV st. zaawansowania; Engelen 2006)
- Inna specjalizacja vs ginekolog onkolog
 - HR=0,53; 95%CI (0,39; 0,71) p<0,001 (IIIC-IVA st. zaawansowania; Eisenkop 1992)
 - HR=0,25; 95%CI (0,07; 0,94) p=0,04 (I st. zaawansowania; Puls 1997)
 - HR=0,73; 95%CI (0,59; 0,91) p=0,006 (I-IV st. zaawansowania; Carney 2002)
 - HR=0,69; 95%CI (0,54; 0,87) p=0,002 (III-IV st. zaawansowania; Carney 2002)
 - HR=0,80; 95%CI (0,70; 0,91) p=0,001 (IC-IV st. zaawansowania; Chan 2007)
 - HR=0,77; 95%CI (0,67; 0,88) p<0,001 (III-IV st. zaawansowania; Chan 2007)

Wpływ specjalizacji na wyniki cytoredukcji

10 badań z wyjątkiem trzech analizowało wyniki w podziale na stadia zaawansowania lub obejmowały tylko pacjentki w stadium II i wyższym wg. FIGO. W 6 z 11 badań porównujących wykonanie operacji przez ginekologa onkologa z operacjami wykonanymi przez ginekologa położnika/ginekologa wykazano istotnie lepsze wyniki (tj. osiągnięcie całkowitej resekcji bez resztkowego guza lub optymalnej cytoredukcji) w grupie pacjentek z zaawansowanym nowotworem operowanych przez ginekologa onkologa. W trzech badaniach dodatkowo oceniono również przeżycie i w dwóch HR wynosił poniżej 1, co wskazuje na prawdopodobieństwo przeżycia wyższe u pacjentek leczonych przez ginekologa onkologa w porównaniu do pacjentek leczonych przez lekarzy innych specjalności. Dziewięć badań porównywało leczenie przez chirurgów ogólnych z ginekologami. W pięciu badaniach stopień cytoredukcji był znacznie wyższy wśród pacjentek leczonych przez ginekologów położników/ginekologów.

Istotne statystycznie wyniki w zależności od specjalizacji lekarskiej przedstawiono poniżej:

- Położnik/ginekolog vs chirurg ogólny
 - HR=0.45 95%CI (0.41; 0.50) p<0.001 (≥75% zmniejszenie masy guza; I-IV st. zaawansowania; Nguyen 1993)
 - HR=0.33 95%CI (0.19; 0.57) p<0.001 (choroba resztkowa <20 mm; III st. zaawansowania; Junor 1999)
 - HR=0.14 95%CI (0.00; 0.83) p=0.026 (brak choroby resztkowej; III-IV st. zaawansowania; Skirnisdottir 2007)
 - HR=0.12 95%CI (0.03; 0.50) p=0.004 (choroba resztkowa <20 mm; III-IV st. zaawansowania; Skirnisdottir 2007)
 - HR=0.28 95%CI (0.20; 0.41) p<0.001 (brak choroby resztkowej; I-IV st. zaawansowania; Kehoe 1994)
 - HR=0.36 95%CI (0.26; 0.49) p<0.001 (choroba resztkowa <2 mm; I-IV st. zaawansowania; Kehoe 1994)
- Położnik/ginekolog vs ginekolog onkolog
 - HR=2.06 p=0.01 (choroba resztkowa <20 mm; I-IV st. zaawansowania; Olaitan 2001)
 - HR=2.48 95%CI (1.52; 4.04) p<0.001 (choroba resztkowa <20 mm; III-IV st. zaawansowania; Olaitan 2001)
 - HR=2.16 95%CI (1.18; 3.97) p=0.013 (choroba resztkowa <20 mm; III-IV st. zaawansowania; Grossi 2002)
 - HR=75.57 95%CI (9.35; 610.74) p<0.001 (>95% zmniejszenie masy guza i choroba resztkowa <15 mm; III-IV st. zaawansowania; Chen 1985)
 - HR=2.45 95%CI (1.20; 5.01) p=0.014 (brak choroby resztkowej; III st. zaawansowania; Engelen 2006)
 - HR=1.96 95%CI (1.13; 3.39) p=0.017 (choroba resztkowa <20 mm; III st. zaawansowania; Engelen 2006)
 - HR=2.02 95%CI (1.12; 3.66) p=0.020 (brak choroby resztkowej; II-IV st. zaawansowania; Kumpulainen 2006)
 - HR=3.40 95%CI (1.51; 7.65) p=0.003 (brak choroby resztkowej; III st. zaawansowania; Kumpulainen 2006)
- Inna specjalizacja vs ginekolog onkolog
 - HR=10.86 95%CI (6.06; 19.45) p<0.001 (choroba resztkowa ≤1 mm; IIIC-IVA st. zaawansowania; Eisenkop 1992)
 - HR=0.06 95%CI (0.01; 0.62) p=0.018 (choroba resztkowa <2 mm; IIB-IV st. zaawansowania; Grant 1992)

Podsumowując we wszystkich badaniach wykazano, że specjalizacja lekarza istotnie wpływa na wyniki kliniczne pacjenta, wskazując, że specjalizacje takie jak ginekolog onkolog wiążą się z lepszymi wynikami chirurgicznymi.

W badaniu **Salicrú 2011** autorzy wskazali, że brakuje ostatecznych danych na temat różnic w całkowitym czasie przeżycia, przeżyciu bez choroby i nawrotach między laparoskopią a konwencjonalną chirurgią otwartą. Jeśli chodzi o doświadczenie zespołu chirurgicznego i krzywą uczenia się dla rodzaju operacji laparoskopowych, badanie Pomel 2003, dostarcza interesujących danych. Czas operacyjny nie różnił się istotnie u pacjentów, którzy przeszli lub nie przeszli wcześniej operacji, u tych, którzy otrzymali przedoperacyjną brachyterapię, czy też według wskaźnika masy ciała. Jednak efekt krzywej uczenia się był ewidentny: w pierwszych 25 zabiegach średni czas zabiegu wyniósł 290 minut, podczas gdy w ostatnich 25 zabiegach 226 minut ($p=0,01$). Ponadto u ostatnich 10 pacjentów średni czas operacji zmniejszył się do 135 minut (zakres 114–180 minut). Badanie kliniczno-kontrolne Zakashansky 2007 przeprowadzone w szpitalu klinicznym, w którym przedstawiono krzywą czasu operacji według roku akademickiego, wykazało plateau wynoszące 310 minut, jednocześnie wskazując, że doświadczenie chirurga nie wpływa na skrócenie tego czasu. Czas trwania operacji w tym badaniu był nieco dłuższy niż w przypadku tej samej procedury wykonywanej przez chirurgów w innych badaniach, ale pokrywa się z danymi z innych badań przeprowadzonych w szpitalach klinicznych (prowadzących dydaktykę).

7.3. Podsumowanie i ograniczenia analizy klinicznej

Odnalezione przeglądy systematyczne wskazują, że wolumen świadczeń realizowanych przez lekarza oraz szpital wpływa istotnie na kliniczne wyniki u pacjentek takie jak przeżycie, nawroty, powikłania śródoperacyjne oraz pooperacyjne. Większa liczba wykonywanych zabiegów pozytywnie wpływa na wyniki kliniczne pacjentek. Ponadto wykazano, że typ szpitala oraz specjalizacja lekarska również wpływa na wyniki kliniczne takie jak przeżycie czy wynik cytoredukcji.

Ograniczenia raportowane w przeglądach systematycznych

- Niejasna i heterogenna metodologia badań pierwotnych włączonych do przeglądów;
- Zróżnicowane źródła danych (np. Rejestry nowotworów lub rejestry szpitalne);
- Zróżnicowana i niehomogenna populacja włączona do badań pierwotnych;
- Wielkość populacji analizowanej w badaniach (zakres od 37 pacjentek do kilku tysięcy);
- Zróżnicowany okres obserwacji;
- Heterogenność raportowanych wyników oraz zróżnicowane definicje i terminy odnoszące się do rodzajów specjalizacji lekarskich oraz typów szpitali.

Ograniczenia zidentyfikowane przez analityków

- **Badania włączone do przeglądów były heterogenne** pod względem:
 - Populacji (analizowano pacjentki w różnych stadiach zaawansowania choroby);
 - Punktów końcowych (stosowano różne definicje punktu końcowego odnoszącego się od cytoredukcji/minimalnej choroby resztkowej);
 - Liczebności populacji włączonej do analiz w poszczególnych badaniach pierwotnych;
- W przeglądach analizujących wolumen szpitali włączano badania, w których grupy porównawcze i określenia „mały wolumen” versus „wysoki wolumen” były bardzo zróżnicowane co utrudnia dokonywanie porównań pomiędzy badaniami oraz wyciągnięcie wniosków wskazując na wartość referencyjną/optymalną;
- Przeglądy systematyczne włączone do analizy charakteryzowały się krytycznie niską jakością wg skali AMSTAR 2 między innymi ze względu na:
 - Brak szczegółowej charakterystyki badań pierwotnych włączonych do przeglądu;
 - Brak szczegółowego opisu metodologii;
 - Brak przeprowadzenia odpowiedniego wyszukiwania badań (np. przeszukano tylko dwie bazy, selekcji i ekstrakcji nie dokonywały niezależnie dwie osoby, nie podano szczegółowej strategii wyszukiwania, nie dołączono listy badań wykluczonych);
 - Nie oceniono jakości włączonych badań oraz w interpretacji badań nie uwzględniono aspektu związanego z jakością badań.

8. Organizacja diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56) w Polsce

8.1. Analiza zasobów opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych

8.1.1. Personel

Podstawą systemu opieki zdrowotnej, gwarantującą jakość oraz dostępność do świadczeń jest personel medyczny. W polskim systemie opieki zdrowotnej, w obszarze opieki onkologicznej, obserwowany jest od wielu lat problem wzrastającego zapotrzebowania na usługi zdrowotne, przy jednoczesnym deficycie zasobów ludzkich niezbędnych do ich realizacji. W ramach analizy zasobów opieki zdrowotnej należy mieć na uwadze, że od dłuższego czasu prowadzone są działania mające na celu identyfikację i przeciwdziałanie zjawisku deficytów kadrowych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. 2020 poz. 1156) określa obszary wymagające dodatkowych działań ze strony decydentów opieki zdrowotnej. Priorytetowymi dziedzinami medycyny, związanymi z udzielaniem świadczeń z zakresu ginekologii onkologicznej, charakteryzującymi się największymi deficytami kadrowymi, są między innymi:

- chirurgia ogólna;
- chirurgia onkologiczna;
- medycyna paliatywna;
- onkologia kliniczna;
- patomorfologia.

Od roku 2018⁷⁴ lista ta **nie obejmuje** specjalizacji z ginekologii onkologicznej.

Tabela poniżej przedstawia zestawienie rejestrowanej w Naczelnej Izbie Lekarskiej liczby lekarzy wg dziedzin mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu nowotworów ginekologicznych na dzień 30.06.2020 r.

Zestawienie przedstawia dane w odniesieniu do liczby lekarzy **wykonujących zawód** oraz liczby lekarzy specjalistów przypadających na 100 tys. ludności. W przypadku ginekologii onkologicznej rejestrowana w Polsce liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód wynosi 314 (0,82 lekarza na 100 tys. ludności), z kolei liczba lekarzy chirurgów onkologicznych – 910 (2,37 lekarza na 100 tys. ludności).

Tabela 19. Zestawienie liczbowe lekarzy wykonujących zawód wg dziedziny i stopnia specjalizacji mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu nowotworów ginekologicznych na dzień 30.06.2020 roku

Dziedzina specjalizacji	Liczba specjalistów	Liczba specjalistów I st.	Razem	Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód na 100 tys. ludności ⁷⁵
Chirurgia ogólna	6 341	2 614	955	2,49
Chirurgia onkologiczna	910	0	910	2,37
Diagnostyka laboratoryjna	131	104	235	0,61
Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość	78	0	78	0,20
Genetyka kliniczna	134	0	134	0,35
Ginekologia onkologiczna	314	0	314	0,82
Medycyna paliatywna	538	0	538	1,40

⁷⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. 2018 poz. 1738)

⁷⁵ Liczbę ludności przyjęto wg danych Głównego Urzędu Statystycznego, dane wg podziału administracyjnego na dzień 31 XII 2019 r. (data ostatniej aktualizacji 2020-06-08), pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>, dostęp z 27.07.2020

Onkologia kliniczna	998	0	998	2,60
Patomorfologia	600	185	871	2,27
Położnictwo i ginekologia	6 497	1 290	787	2,05
Radiologia i diagnostyka obrazowa	3 273	537	810	2,11
Radioterapia onkologiczna	658	157	815	2,12
Rehabilitacja medyczna	1 863	178	2041	5,32
Seksuologia	205	0	205	0,53

8.1.2. Sprzęt

W Polsce leczenie napromienianiem jonizującym, radioterapia (RT), jest obok chirurgii i farmakoterapii podstawową metodą leczenia onkologicznego. Wyróżnia się dwie metody RT, ze względu na umiejscowienie źródła promieniowania w stosunku do organizmu chorego: **teleterapia** – źródło znajduje się poza organizmem oraz **brachyterapia** – źródło jest wprowadzane do wnętrza organizmu. Znajomość liczby systemów radioterapii w danym ośrodku pozwala na określenie potencjału, czyli zdolności ośrodka do napromienienia liczby pacjentów równej liczbie systemów RT. Aparatura radioterapeutyczna jest wysokorozwinięta, dlatego też dla potrzeb opracowania przyjęto nomenklaturę: uniwersalny aparat do teleterapii (UAT) oraz uniwersalny aparat do brachyterapii. Tabela poniżej przedstawia dane dotyczące liczby pacjentów leczonych metodą radioterapii (teleterapii i radioterapii), liczbę systemów RT oraz liczbę łóżek przeznaczonych dla RT w 2019 r.⁷⁶.

Tabela 20. Liczba systemów RT, liczba pacjentów i liczba łóżek do RT w 2019 r. z podziałem na województwa

Województwo	Liczba systemów RT w 2019 r.	Liczba pacjentów leczonych RT/BT	Liczba łóżek RT
Dolnośląskie	19	6230	126
Kujawsko-Pomorskie	11	6556	49
Lubelskie	14	4390	143
Lubuskie	7	2197	44
Łódzkie	13	6272	122
Małopolskie	25	7448	91
Mazowieckie	38	15871	226
Opolskie	4	1091	21
Podkarpackie	11	3355	116
Podlaskie	6	2637	69
Pomorskie	10	4252	110
Śląskie	37	17478	173
Świętokrzyskie	6	2434	82
Warmińsko-Mazurskie	8	3354	110
Wielkopolskie	21	7910	135
Zachodniopomorskie	12	5132	117
OGÓŁEM	242	96 607	1 734

W 2019 r. funkcjonowały w Polsce 242 systemy radioterapii, przy wykorzystaniu których leczono 96 607 pacjentów. Znaczna część pacjentów poddawanych RT uzyskuje świadczenie w formie ambulatoryjnej, jednak możliwe jest również uzyskanie świadczenia w trybie stacjonarnym. W 2019 r. dla pacjentów otrzymujących RT przygotowano 1 734 łóżka szpitalne. Rozkład łóżek w województwach nie jest równomierny i wynika przede wszystkim z liczby leczonych na terenie województwa pacjentów. Najwięcej łóżek do RT występuje w województwie mazowieckim i śląskim, natomiast najmniej w opolskim, kujawsko-pomorskim oraz lubuskim.

⁷⁶ Składowski K. (2020). Raport na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2019 r.

W tabeli poniżej przedstawiono liczbę aparatów do teleterapii (UAT) oraz brachyterapii (UAB) w podziale na województwa w 2019 r. oraz liczbę ludności przypadającą na 1 aparat do teleterapii oraz brachyterapii w województwie.

Tabela 21. Wykaz liczby aparatów do teleterapii i brachyterapii oraz liczba ludności przypadająca na 1 aparat w 2019 r. w podziale na województwa

Województwo	Liczba aparatów do teleterapii (UAT)	Liczba ludności na 1 UAT	Liczba aparatów do brachyterapii (UAB)	Liczba ludności na 1 UAB
Dolnośląskie	15	193 332	4	724 997
Kujawsko-Pomorskie	10	207 452	1	2 074 517
Lubelskie	10	211 222	3	704 072
Lubuskie	5	202 606	2	506 516
Łódzkie	9	273 352	2	1 230 085
Małopolskie	14	243 205	8	680 973
Mazowieckie	26	208 133	10	541 145
Opolskie	3	328 115	1	984 345
Podkarpackie	9	236 385	3	709 154
Podlaskie	4	294 858	2	589 715
Pomorskie	8	292 221	2	1 168 885
Śląskie	26	174 004	10	502 677
Świętokrzyskie	4	309 342	2	618 685
Warmińsko-Mazurskie	6	237 661	2	712 984
Wielkopolskie	13	268 882	7	873 868
Zachodniopomorskie	6	283 057	5	339 669
OGÓŁEM (w Polsce)	168	228 491	64	673 447

Największa liczba aparatów do teleterapii w 2019 r. znajdowała się w województwie mazowieckim i śląskim (po 26 aparaty UAT). Natomiast najmniejsza liczba występuje w województwie podlaskim i świętokrzyskim (po 4 aparaty UAT).

Analogicznie, największa liczba aparatów do brachyterapii również występuje w województwach mazowieckim i śląskim (po 10 aparatów UAB), natomiast najmniejsza dostępność do aparatów UAB występuje w województwach: kujawsko-pomorskim (1 UAB), opolskim (1 UAB), lubuskim, łódzkim, podlaskim, pomorskim (po 2 aparaty UAB).

Rozkład aparatów do RT jest dość równomierny, zapewniający pokrycie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Zauważalna jest dominacja dwóch województw – mazowieckiego i śląskiego, co jest związane z funkcjonowaniem na tym obszarze pełnoprofilowych ośrodków RT, zwłaszcza tych należących do Narodowego Instytutu Onkologii.

W tabeli poniżej przedstawiono liczbę pacjentów leczonych w ośrodku z podziałem na teleterapię i brachyterapię.

Tabela 22. Liczba pacjentów leczonych w ośrodku z podziałem na teleterapię i brachyterapię w 2019 r.

Liczba pacjentów leczonych w ośrodku	Liczba pacjentów leczonych – teleterapia	Liczba pacjentów leczonych – brachyterapia
95 434	82 428	13 006

W 2019 r. średni wiek większości aparatów do teleterapii nie przekroczył 10 lat (138 aparatów tj. 82%), najstarszy aparat został wyprodukowany w 2005 r. W przypadku aparatów do brachyterapii najstarsze urządzenie zostało wyprodukowane w 1995 r., a odsetek aparatów, których średni wiek nie przekroczył 10 lat wynosił niespełna 52% (28 aparatów).

Diagnostyka obrazowa z zastosowaniem tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej

Poniżej przedstawiono dane dot. dostępności zasobów sprzętowych w odniesieniu do wysokospecjalistycznego sprzętu diagnostycznego, tj. PET, rezonansu magnetyczny oraz tomografu komputerowego.

Tabela 23. Wyposażenie ośrodków onkologicznych w aparaturę do diagnostyki wysokospecjalistycznej w 2019 r. w Polsce.

Rodzaj aparatu diagnostycznego	Liczba aparatów
PET	29
Rezonans magnetyczny własny	49
Rezonans magnetyczny w dostępie	14
Tomograf komputerowy własny	89
Tomograf komputerowy w dostępie	15
SPECT/CT	22

8.1.3. Podmioty udzielające świadczeń z zakresu ginekologii onkologicznej

Na dzień 1 lipca 2020 r., zgodnie z danymi Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL), w Polsce zarejestrowanych było łącznie 1399 podmiotów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych, 1099 podmiotów udzielających świadczeń stacjonarnych całodobowych innych niż szpitalne oraz 22 738 jednostek udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Poniżej przedstawiono dane o liczbie poradni, oddziałów i pracowni mających główne zastosowanie w diagnostyce i leczeniu nowotworów ginekologicznych. W 2020 r. zarejestrowanych było 101 poradni ginekologii onkologicznej, 522 poradnie chirurgii onkologicznej oraz 5 poradni ginekologiczno-onkologicznych. Oddziały ginekologii onkologicznej zarejestrowane są w 30 podmiotach leczniczych, z kolei oddziały chirurgii onkologicznej w 93 jednostkach opieki zdrowotnej.

Tabela 24. Liczba wybranych poradni specjalistycznych, oddziałów oraz pracowni zarejestrowanych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień 1 lipca 2020 r.⁷⁷

Komórka organizacyjna	Liczba podmiotów
Poradnie specjalistyczne	
Poradnia położniczo-ginekologiczna	3489
Poradnia ginekologiczna	736
Poradnia ginekologiczna dla dziewcząt	282
Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna	171
Poradnia ginekologii onkologicznej	101
Poradnia medycyny paliatywnej	277
Poradnia onkologiczna	1131
Poradnia chirurgii ogólnej	2932
Poradnia chirurgii onkologicznej	522
Poradnia genetyczno-onkologiczna	5
Poradnia genetyczna	194
Poradnia leczenia bólu	665
Poradnia radioterapii	70
Poradnia chemioterapii	71
Oddziały szpitalne	
Oddział położniczo-ginekologiczny	375
Oddział ginekologiczny	60

⁷⁷ Zestawienie nie obejmuje podmiotów, dla których zarejestrowano ww. komórki organizacyjne dla dzieci.

Oddział ginekologii onkologicznej	30
Oddział onkologiczny	61
Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii	84
Oddział chirurgiczny ogólny	522
Oddział chirurgii onkologicznej	93
Oddział radioterapii	38
Pracownie i zakłady diagnostyczno-zabiegowe	
Pracownia genetyczna	31
Pracownia lub zakład teleradioterapii	46
Pracownia Pozytonowej tomografii emisyjnej	21
Pracownia histopatologii	127
Pracownia cytologiczna	162
Pracownia radiologii zabiegowej	188
Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej	283
Pracownia rezonansu magnetycznego	317
Pracownia tomografii komputerowej	552
Pracownia endoskopii	1042
Medyczne laboratoria diagnostyczne	1519
Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej	2617
Pracownie USG	3660

Analiza bazy łóżkowej na oddziałach ginekologii onkologicznej

Na dzień 1 lipca 2020 r. w RPWDL zarejestrowanych było 30 jednostek posiadających oddziały ginekologii onkologicznej. Poniżej przedstawiono liczbę oddziałów ginekologii onkologicznej w podziale na poszczególne organy rejestrowe wraz z dostępną w ramach tych oddziałów liczbą łóżek.

Tabela 25. Analiza bazy łóżkowej oddziałów ginekologii-onkologicznej z uwzględnieniem organu rejestrowego

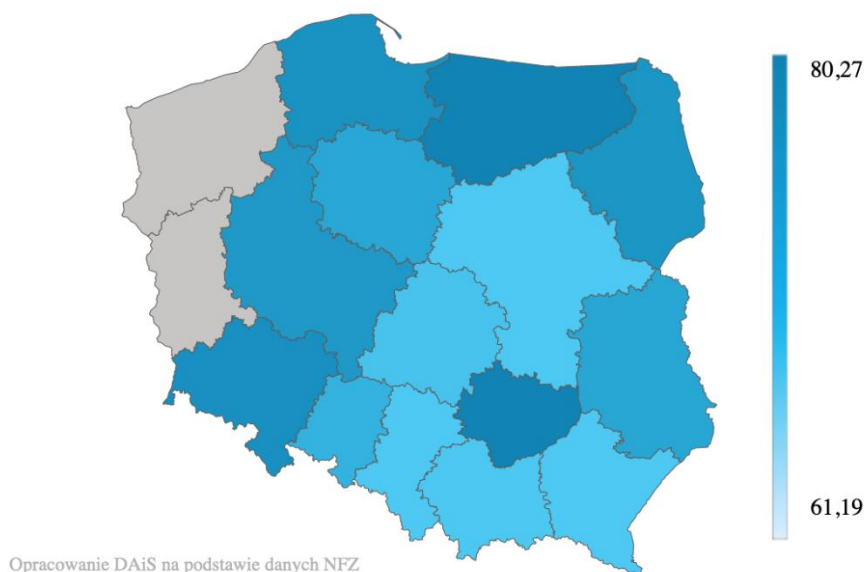
Organ rejestrowy	Podmioty i zakłady lecznicze posiadające w strukturze oddziały ginekologii onkologicznej (kod resortowy 4460)	Liczba łóżek
Wojewoda Dolnośląski	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu 53-413 Wrocław, pl. Ludwika Hirszfelda 12	27
	Multimedica S.C. Belda Piotr, Belda Anna 51-318 Wrocław, ul. Zakrzowska 19A	8
	4 Wojskowy Szpital Kliniczny Z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu 50-981 Wrocław, ul. Rudolfa Weigla 5	8
Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy 85-796 Bydgoszcz, ul. Izabeli Romanowskiej 2	24
Wojewoda Lubelski	Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana Z Dukli 20-090 Lublin, ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 7	35+20 (2 oddziały)
	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 W Lublinie 20-081 Lublin, ul. Stanisława Staszica 16	20
Wojewoda Lubuski	-	-
Wojewoda Łódzki	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii I Traumatologii Im.M.Kopernika w Łodzi 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62/1010	19
	Szpital Wojewódzki Im. Jana Pawła II W Bełchatowie 97-400 Bełchatów, ul. Czapliniecka 123	7
	Instytut "Centrum Zdrowia Matki Po ki" 93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289	0 (dwa pododdziały Onkologii Ginekologicznej – bez łóżek)
Wojewoda Małopolski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie 31-501 Kraków, ul. Mikołaja Kopernika 36	24
Wojewoda Mazowiecki	Magodent Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością 04-125 Warszawa, ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa "Nila" 40	6
	Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy ATTIS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 01-401 Warszawa, ul. Górczewska 89	10

	Instytut Matki i Dziecka 01-211 Warszawa, ul. Marcina Kasprzaka 17 A	4
	Szpital Kliniczny Im. Ks. Anny Mazowieckiej 00-315 Warszawa, ul. Karowa 2	14
	Narodowy Instytut Onkologii Im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy 02-781 Warszawa, ul. Wilhelma Konrada Roentgena 5	20+28
	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 03-242 Warszawa, ul. Ludwika Kondratowicza 8	8
	Evaclinic Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością 04-854 Warszawa, ul. Kazimierza Króla 39	1
Wojewoda Opolski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii Im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu 45-061 Opole, ul. Katowicka 66A	17
Wojewoda Podkarpacki	Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina W Rzeszowie 35-055 Rzeszów, ul. Fryderyka Szopena 2	35
Wojewoda Podlaski	Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku 15-027 Białystok, ul. Ogrodowa 12	32
Wojewoda Pomorski	Szpital Pomorskie Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością 81-519 Gdynia, ul. Powstania Styczniowego 1	20
	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne 80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7	30
Wojewoda Śląski⁷⁸	-	-
Świętokrzyskie	Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach 25-734 Kielce, ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3	26
Wojewoda Warmińsko-Mazurski	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18	4
	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych I Administracji Z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie 10-228 Olsztyn, al. Aleja Wojska Polskiego 37	10
Wojewoda Wielkopolski	Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie 64-100 Leszno, ul. Jana Kiepury 45	6
	Wielkopolskie Centrum Onkologii Im. Marii Skłodowskiej-Curie 61-866 Poznań, ul. Garbary 15	43+21
	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 61-848 Poznań, ul. Długa 1/2	27
	Ginekologiczno - Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 60-535 Poznań, ul. Polna 33	22
Wojewoda Zachodniopomorski	Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie 75-581 Koszalin, ul. Tytusa Chałubińskiego 7	16

Największą liczbę łóżek szpitalnych na oddziałach ginekologiczno-onkologicznych dysponuje województwo wielkopolskie (119) oraz mazowieckie (91). Województwa lubuskie i śląskie na dzień 1 lipca 2017 r. nie dysponowały podmiotami posiadającymi w strukturze oddziały ginekologii onkologicznej. Przy czym należy mieć na uwadze, że świadczenia szpitalne z zakresu ginekologii onkologicznej udzielane są w podmiotach opieki zdrowotnej także na oddziałach ginekologicznych, ginekologiczno-położniczych, chirurgii ogólnej i innych.

Średnie procentowe obłożenie łóżek na oddziałach ginekologii onkologicznej w 2018 r. w podziale na województwa obrazuje rysunek poniżej. Najwyższe średnie obłożenie odnotowano w województwie świętokrzyskim (175,75%), najniższe w województwie podkarpackim (19,24%).

⁷⁸ Brak oddziałów ginekologii-onkologicznej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą dla których organem rejestrowym jest Wojewoda Śląski nie jest równoznaczne z brakiem jednostek posiadających w strukturze organizacyjnej ww. oddział funkcjonujących na terenie województwa śląskiego



Rysunek 6. Średnie procentowe obłożenie łóżek na oddziałach ginekologii onkologicznej w roku 2018

[Źródło: Baza analiz systemowych i wdrożeniowych. Łóżka i obłożenie. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3404>, dostęp z 27.07.2020]

8.1.4. Dostępność do świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych

Czas oczekiwania na świadczenia medyczne przedstawiono na podstawie danych dostępnych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia. Najbardziej aktualne na dzień opracowywania raportu dane obejmowały dostępność do świadczeń na luty 2020 r. Poniżej zestawiono średni czas oczekiwania na przyjęcie do wybranych oddziałów szpitalnych. Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia poradni ginekologii onkologicznej dla przypadków stabilnych wynosi 24 dni, przy czym należy mieć na uwadze, że dostępne dane obejmują jednego świadczeniodawcę. Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia udzielane w poradni ginekologicznej i ginekologiczno-położniczej dla przypadków stabilnych wynosi odpowiednio 35 i 38 dni. W przypadku tych poradni należy mieć na uwadze, iż liczba osób oczekujących na świadczenia do tych poradni obejmuje pacjentów ze wskazanymi znacznie szerszymi niż nowotwory ginekologiczne, tym samym duża liczba oczekujących na świadczenia w tych jednostkach zmniejsza dostęp do świadczeń pacjentek wymagających diagnostyki i leczenia w kierunku raka szyjki macicy, raka trzonu macicy oraz raka jajnika.

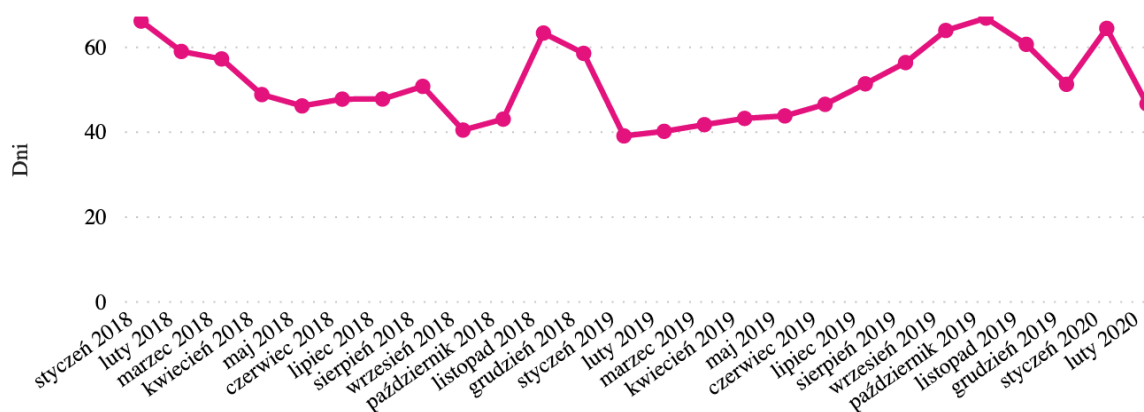
Tabela 26. Dane na temat czasu oczekiwania na świadczenia medyczne (okres sprawozdawczy – luty 2020 r.)

Komórka organizacyjna	Kategoria medyczna przypadku	Liczba osób oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania (dni)	Najkrótszy czas oczekiwani	Najdłuższy czas oczekiwania	Liczba świadczeniodawców
Oddział ginekologiczny	Pilny	267	313,84	0	331	14
	Stabilny	3673	213,62	0	1070	25
Oddział ginekologii onkologicznej	Pilny	18	11,11	0	28	9
	Stabilny	1185	46,66	0	94	20
Oddział położniczo-ginekologiczny	Pilny	749	57,80	0	271	297
	Stabilny	16407	58,01	0	452	341
Poradnia ginekologiczna	Pilny	16	16,69	0	37	100
	Stabilny	9039	34,67	0	171	148
Poradnia ginekologii onkologicznej	Pilny	-	-	-	-	-
	Stabilny	28	24,00	24	24	1
	Pilny	1259	8,93	0	152	1943

Poradnia położniczo- ginekologiczna	Stabilny	97968	38,39	0	1485	2050
---	----------	-------	-------	---	------	------

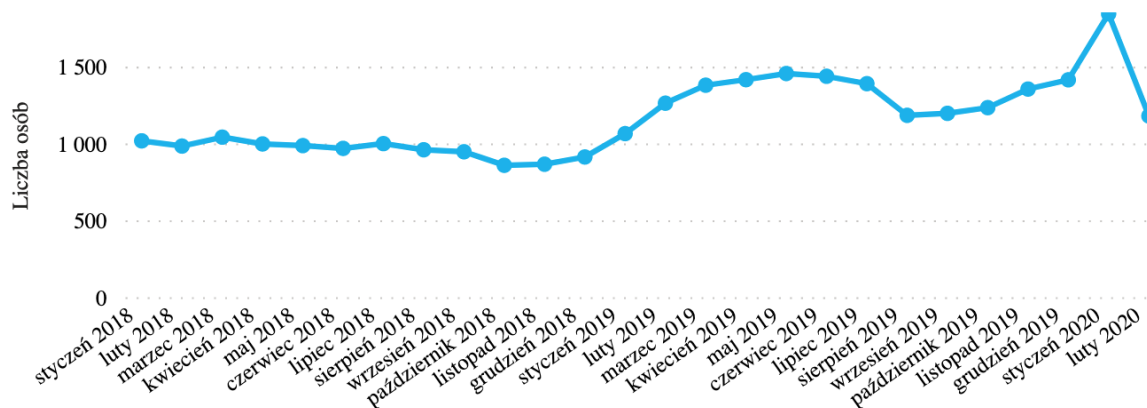
Na wykresach poniżej przedstawiono rozkład przeciętnego czasu oczekiwania (w dniach) oraz liczby osób oczekujących na świadczenia udzielane w ramach opieki na oddziale ginekologiczno-położniczym od stycznia 2018 do lutego 2020 r.

Wykres 1. Przeciętny czas oczekiwania (dni) na świadczenia udzielane na oddziale ginekologii onkologicznej



[Źródło: Baza analiz systemowych i wdrożeńiowych. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3404>, dostęp z 27.07.2020]

Wykres 2. Liczba osób oczekujących na świadczenia udzielane na oddziale ginekologii onkologicznej



[Źródło: Baza analiz systemowych i wdrożeńiowych. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3404>, dostęp z 27.07.2020]

8.2. Analiza struktury realizowanych świadczeń w ramach diagnostyki i leczenia

Poniższy rozdział przedstawia analizę świadczeń udzielonych pacjentkom z rozpoznaniami właściwymi dla wybranych nowotworów ginekologicznych i rozliczonych w ramach umów zawartych ze świadczeniodawcami. Analizowane dane pochodzą z lat 2017-2019. Podczas analizy danych należy mieć na uwadze, iż sprawozdawane przez świadczeniodawców dane podlegają wstecznej weryfikacji przez NFZ i mogą ulec zmianie. Jednocześnie należy mieć na uwadze, iż dane te są danymi raportowanymi przez świadczeniodawców i mogą nie odzwierciedlać rzeczywistej praktyki medycznej. Jednocześnie stanowią źródło informacji na temat kosztów świadczeń realizowanych, ponoszonych przez system.

8.2.1. Podstawowa opieka zdrowotna

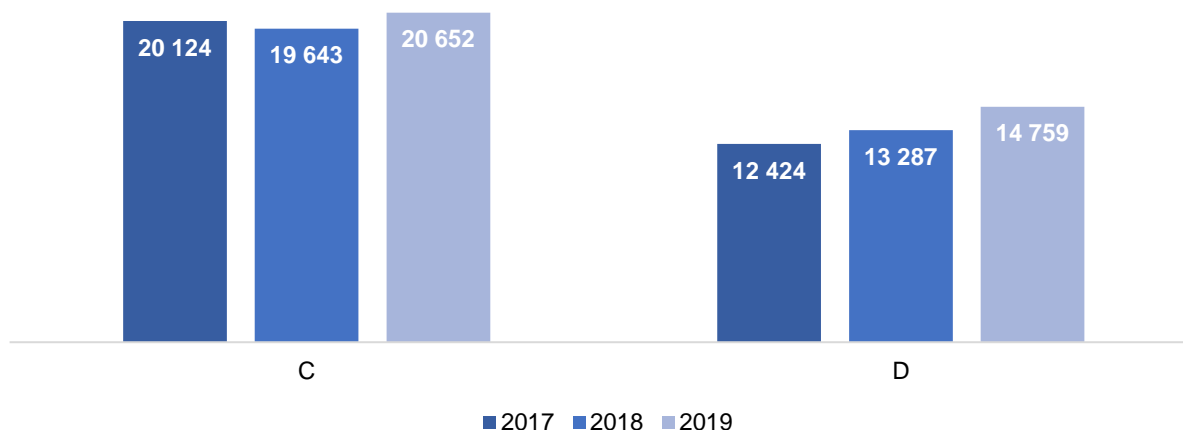
Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Analizą objęto pacjentki z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych ICD-10 z kategorii C (nowotwory złośliwe): C53, C54, C56 (wraz z rozszerzeniami) oraz z kategorii D (nowotwory in-situ): D06, D07, D25, D26, D27, D28 i D39 (wraz z rozszerzeniami), które w latach 2017–2019 otrzymały świadczenia w rodzaju POZ. Szczegółowe analizy przeprowadzono dla produktu kontraktowego: świadczenia lekarza POZ – porady związane z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (01.0010.994.01), w ramach którego był realizowany produkt rozliczeniowy: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO (5.01.00.0000001).

Łącznie w latach 2017 – 2018 świadczenia w rodzaju POZ otrzymało 55,6 tys. pacjentek. Z roku na rok liczba pacjentek rosła i w 2018 r. była o 1,04% większa niż w 2017 r. (31 926 osób w 2017 r. i 32 259 osób w 2018 r.). Najliczniejszą grupę pacjentek stanowiły kobiety z rozpoznaniem ICD-10 z kategorii C, których odsetek w 2017 r. był równy 61,8%, a w roku 2018 – 59,7%. W ujęciu rok do roku w 2018 r. nastąpił spadek liczby pacjentek z tą kategorią rozpoznań o 2,4%, czyli o 481 osób. Z kolei analizując pacjentki z rozpoznaniem z kategorii D, w roku 2018 nastąpił wzrost liczby pacjentek o 6,9%, czyli o 863 osób.

W latach objętych analizą najwięcej pacjentek zostało sprawozdanych w 2019 r. Liczba kobiet z nowotworem złośliwym (kategoria C) wyniosła 20 652. Liczebność populacji pacjentek z nowotworem in-situ (kategoria D) wyniosła 14 759. W analizowanym okresie liczba kobiet z rozpoznaniem nowotworu złośliwego utrzymywała się na równym poziomie, natomiast w przypadku kobiet z nowotworem in-situ zaobserwowano trend rosnący. Część pacjentek miała sprawozdane rozpoznania z obydwu kategorii.

Wykres 3. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które otrzymały świadczenia w rodzaju POZ w podziale na kategorie rozpoznań ICD-10 w latach 2017–2019



[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Charakterystyka pacjentek, które otrzymały świadczenia w rodzaju POZ

W 2018 r. spośród 32 259 pacjentek, 93,4% otrzymało świadczenie porada lekarska udzielona w miejscu udzielania świadczeń, przy czym odsetek pacjentek z tym produktem jednostkowym i rozpoznaniem z kategorii C był równy 58,4%, a z rozpoznaniem z kategorii D – 36,6%.

Z kolei produkt jednostkowy: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO w 2018 r. otrzymało 1 745 pacjentek, czyli 5,4% analizowanej populacji pacjentek. Produkt ten został zrealizowany dla 204 osób z rozpoznaniem z kategorii C oraz dla 1 543 osób z rozpoznaniem z kategorii D, co w ujęciu procentowym wynosi odpowiednio 0,6% i 4,8%. W 2017 r. produkt jednostkowy: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO otrzymało 1 975 pacjentek, co oznacza, że w 2018 r. nastąpił spadek liczby świadczeniobiorców o 11,6%.

Tabela 27. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które otrzymały świadczenia w rodzaju POZ w podziale na produkty rozliczeniowe w 2018 r.

Produkt rozliczeniowy	Liczba pacjentek z rozpoznaniem ICD-10 z kategorii:	
	C	D
Porada lekarska udzielona w miejscu udzielania świadczeń (wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10, porada finansowana w ramach kapitaacji)	18 839	11 801
Porada lekarska udzielona w domu pacjenta (wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10, porada finansowana w ramach kapitaacji)	1 367	166
Porada lekarska ambulatoryjna	276	87
Porada lekarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy	255	13
Porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO	204	1 543
Wizyta pielęgniarska ambulatoryjna	97	29
Wizyta pielęgniarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy	85	21
Porada lekarska udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa, ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	44	32
Wizyta w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	34	139
Porada patronażowa lekarza POZ zrealizowana w miejscu udzielania świadczeń	10	2
Porada kwalifikacyjna do transportu sanitarnego 'dalekiego' w POZ	9	0
Wizyta patronażowa pielęgniarki POZ	4	0
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – UE	3	0
Świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów pod objaśnieniami	2	3
Porada patronażowa lekarza POZ zrealizowana w domu świadczeniobiorcy	2	0
Bilans zdrowia	1	0
Świadczenie pielęgniarki POZ zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osoby uprawnionej wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowca posiadającego ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	1	0
Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 32 tygodniu ciąży do terminu rozwiązania	0	2
Świadczenie pielęgniarki POZ zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa, ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	0	3
Porada lekarska udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji	0	2
Wizyta patronażowa położnej POZ	0	3
Porada lekarska udzielona świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony uprawnionemu do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy lub wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	0	2
Liczba pacjentek ogółem	19 643	13 287

W 2019 r. najczęściej sprawozdanym świadczeniem realizowanym wśród kobiet z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych była porada lekarska udzielona w miejscu udzielania świadczeń. Łączna liczba pacjentek, które otrzymały te świadczenie wyniosła 32 472, z czego 61,0% stanowiły kobiety z nowotworem złośliwym. Poradę lekarską związaną z wydaniem karty DiLO otrzymało łącznie 1 776 pacjentek, z czego pacjentki z nowotworem in-situ stanowiły 88,3%.

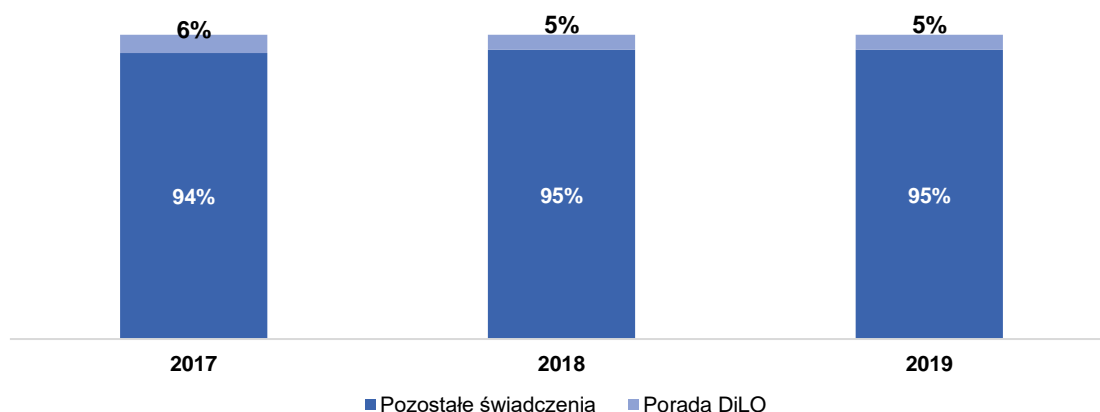
Tabela 28. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które otrzymały świadczenia w rodzaju POZ w podziale na produkty rozliczeniowe w 2019 r.

Produkt rozliczeniowy	Liczba pacjentek z rozpoznaniem ICD-10 z kategorii:	
	C	D
Porada lekarska udzielona w miejscu udzielania świadczeń (wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10, porada finansowana w ramach kapitulacji)	19 808	13 265
Porada lekarska udzielona w domu pacjenta (wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10, porada finansowana w ramach kapitulacji)	1 331	199
Porada lekarska ambulatoryjna	290	85
Porada lekarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy	266	12
Porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO	208	1 569
Wizyta pielęgniarska ambulatoryjna	101	34
Wizyta pielęgniarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy	97	19
Porada lekarska udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa, ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	50	25
Wizyta w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	41	137
Porada kwalifikacyjna do transportu sanitarnego 'dalekiego' w POZ	14	2
Porada patronażowa lekarza POZ zrealizowana w miejscu udzielania świadczeń	7	3
Świadczenie pielęgniarki POZ zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa, ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	3	0
Wizyta patronażowa położnej POZ	3	2
Świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy - z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów pod objaśnieniami	2	0
Świadczenie pielęgniarki POZ zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osoby uprawnionej wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowca posiadającego ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	1	0
Porada patronażowa lekarza POZ zrealizowana w domu świadczeniobiorcy	1	0
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - UE	1	0
Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 32 tygodniu ciąży do terminu rozwiązania	0	1
Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży	0	1
Świadczenie położnej POZ zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa, ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	0	1

Produkt rozliczeniowy	Liczba pacjentek z rozpoznaniem ICD-10 z kategorii:	
	C	D
Bilans zdrowia	0	2
Porada lekarska udzielona świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony uprawnionemu do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy lub wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	0	1
Ogółem	20 652	14 759

Na poniższym wykresie świadczenia określone jako „pozostałe świadczenia” określają produkty jednostkowe wymienione w powyższej tabeli inne niż produkt: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO. W latach objętych analizą udział kobiet, które otrzymały poradę lekarską związaną z wydaniem karty DiLO utrzymywał się na stałym poziomie. W latach 2018–2019 udział w ogólnej liczbie pacjentek wyniósł 5%.

Wykres 4. Udział liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które otrzymały świadczenie w rodzaju POZ: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO w latach 2017–2019



[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Charakterystyka pacjentek, które otrzymały świadczenie: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO

Analizie poddano pacjentki z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenie w rodzaju POZ: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO. Liczbę pacjentek scharakteryzowano pod względem wieku i rozpoznania głównego ICD-10.

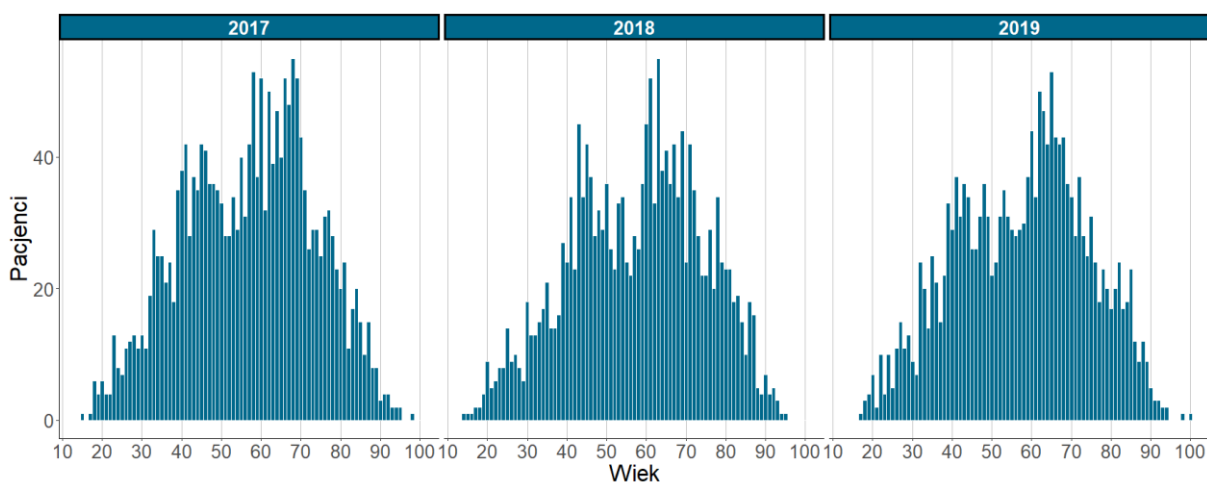
W 2017 r. liczba pacjentek, które otrzymały poradę lekarską związaną z wydaniem karty DiLO wyniosła 1 975. Najwięcej pacjentek zostało sprawozdanych w Mazowieckim OW NFZ, z kolei najmniejszą liczbę odnotowano w Podkarpackim OW NFZ. Kobiety były w wieku 15–98 lat, z czego połowa była w wieku 44–69 lat. Średnia wieku dla kraju wyniosła 57 lat przy medianie na poziomie 58 lat.

W 2018 r. pacjentkami były kobiety w wieku od 14 do 95 lat. Średnia wieku analizowanej populacji była równa 58 lat, zaś mediana wieku była na poziomie 59 lat. Najwięcej pacjentek zostało sprawozdanych w Mazowieckim (338 osób, tj. mniej o 35 osób niż w 2017 r.) i Dolnośląskim OW NFZ (323 osoby, tj. mniej o 21 osób niż w 2017 r.), a najmniej – w Opolskim (11 osób, tj. mniej o 8 osób niż w 2017 r.) i Podkarpackim OW NFZ (10 osób, tj. więcej o 1 osobę niż w 2017 r.).

W 2019 r. liczba pacjentek, które otrzymały poradę lekarską związaną z wydaniem karty DiLO wyniosła 1 776. Najwięcej pacjentek zostało sprawozdanych w Mazowieckim OW NFZ, z kolei najmniejszą liczbę sprawozdań odnotowano w Podkarpackim OW NFZ. Kobiety były w wieku 17-100 lat, z czego połowa była w wieku 44-70 lat. Średnia wieku dla kraju wyniosła 58 lat przy medianie na poziomie 59 lat.

W latach 2017 i 2018 rozkłady liczby pacjentek według wieku mają charakter zbliżony do rozkładu dwumodalnego. Dwie największe grupy pacjentek były osoby z przedziału wiekowego 60-69 lat (466 osób w 2017 r. i 418 osób w 2018 r.) i 40-49 lat (369 osób w 2017 r. i 328 osób w 2018 r.). Udział tych grup wiekowych w ogólnej populacji pacjentek, które w latach 2017-2018 otrzymały świadczenie w rodzaju POZ: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO utrzymywał się na stałym poziomie ok. 18,7% dla pacjentek w wieku 40-49 lat oraz ok. 24% dla pacjentek w wieku 60-69 lat. Jednocześnie pacjentkom z tych dwóch grup wiekowych udzielono najwięcej porad związanych z wydaniem karty DiLO, czyli 838 porad w 2017 r. i 749 porad w 2018 r., co stanowiło odpowiednio 42,3% i 42,8% wszystkich zrealizowanych porad związanych z wydaniem karty DiLO. W 2019 r. rozkład wieku kobiet był zbliżony do rozkładu z lat poprzednich. Najwięcej kobiet było w wieku 60-69 lat z największą liczebnością w wieku 65 lat.

Wykres 5. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych ze względu na wiek, które miały udzielone świadczenie w rodzaju POZ porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO w podziale na OW NFZ w latach 2017–2019



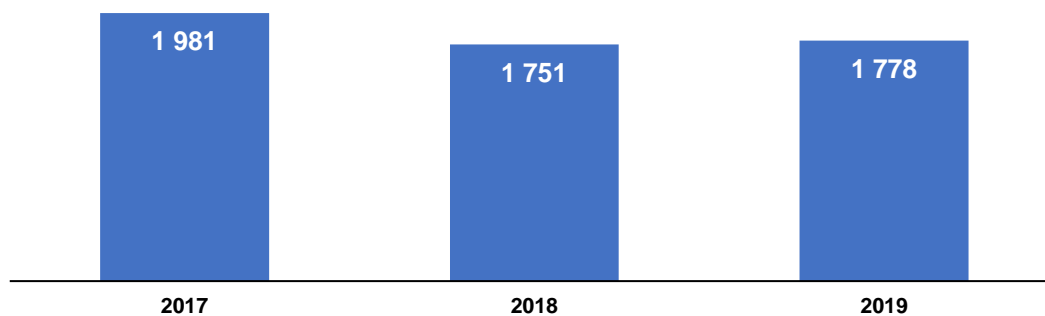
[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Charakterystyka realizacji świadczenia porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO

W latach 2017-2018 udzielono łącznie 3 732 porad lekarskich związanych z wydaniem karty DiLO. W 2017 r. udzielono 1 981 porad, a w roku 2018 – 1 751 porad, co oznacza spadek liczby porad o 11,6%.

W 2019 r. liczba porad wyniosła 1 778 i w stosunku do roku poprzedniego utrzymała się na zbliżonym poziomie.

Wykres 6. Liczba świadczeń w rodzaju POZ: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019



[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

W 2017 r. najwięcej porad lekarskich związanych z wydaniem karty DiLO zostało zrealizowanych w Mazowieckim OW NFZ (373 porad, co stanowiło 18,8% wszystkich 1 981 porad), Dolnośląskim OW NFZ

(349 porad, czyli 17,6% wszystkich porad) oraz Pomorskim OW NFZ (349 porad, czyli 17,6% wszystkich porad). Natomiast najmniej świadczeń zostało udzielonych w Podkarpackim OW NFZ (9 porad, czyli 0,45% wszystkich porad) i Podlaskim OW NFZ (10 porad, czyli 0,5% wszystkich porad).

Z kolei w 2018 r. najwięcej świadczeń zostało udzielonych w Mazowieckim OW NFZ (338 porad, co stanowiło 19,3% wszystkich 1 751 porad) oraz Dolnośląskim OW NFZ (325 porad, czyli 18,6% wszystkich porad). Najmniej świadczeń zostało udzielonych w Podkarpackim OW NFZ (10 porad, czyli 0,57% wszystkich porad) i Opolskim OW NFZ (11 porad, czyli 0,63% wszystkich porad). W roku 2018 w porównaniu do roku 2017 największy spadek w liczbie udzielonych porad lekarskich związanych z wydaniem karty DiLO odnotowano w Pomorskim OW NFZ (-44,1%), a największy wzrost – w Świętokrzyskim OW NFZ (+43,5%).

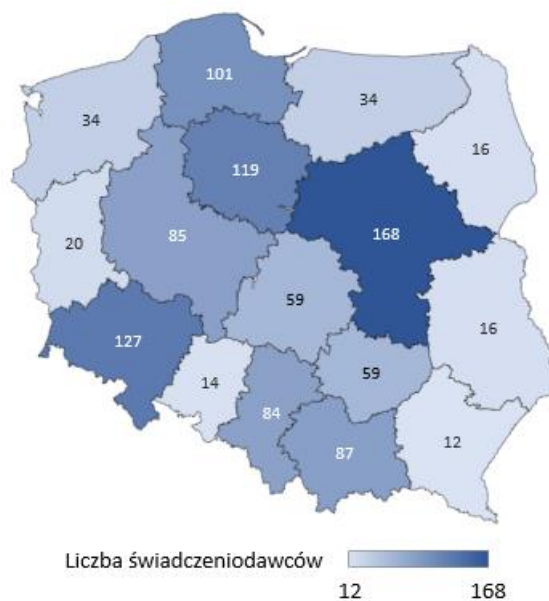
W 2019 r. najwięcej porad związanych z wydaniem karty DiLO zostało zrealizowanych w Mazowieckim OW NFZ. Najmniej porad zostało udzielonych w Podkarpackim OW NFZ.

Tabela 29. Liczba świadczeń w rodzaju POZ: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeniodawców, którzy mieli zawartą umowę na realizację świadczenia: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO w podziale OW NFZ w latach 2017-2019

OW NFZ	Liczba porad lekarskich związanych z wydaniem karty DiLO			Liczba świadczeniodawców		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Dolnośląski	349	325	255	163	154	127
Kujawsko-Pomorski	236	236	259	115	110	119
Lubelski	36	25	33	23	17	16
Lubuski	21	16	24	18	12	20
Łódzki	72	86	76	54	52	59
Małopolski	110	95	135	77	60	87
Mazowiecki	373	338	334	176	172	168
Opolski	19	11	19	15	11	14
Podkarpacki	9	10	16	8	8	12
Podlaski	10	22	17	9	14	16
Pomorski	349	195	204	120	87	101
Śląski	130	111	105	105	90	84
Świętokrzyski	62	89	102	41	51	59
Warmińsko-Mazurski	52	52	41	36	32	34
Wielkopolski	106	102	118	71	73	85
Zachodniopomorski	47	38	40	30	28	34
Ogółem	1 981	1 751	1 778	1 061	971	1 035

Świadczeniodawców z zawartą umową na realizację świadczenia porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO w rodzaju POZ w roku 2017 było 1 061, a w roku 2018 – 971, co oznacza spadek liczby podmiotów w 2018 r. o 8,5%. Najwięcej podmiotów odnotowano na terenie Mazowieckiego i Dolnośląskiego OW NFZ.

W 2019 r. ogólna liczba świadczeniodawców udzielających porad lekarskich związanych z wydaniem karty DiLO wyniosła 1 035. Porównując do roku wcześniejszego nastąpił wzrost o 64 świadczeniodawców. Najwięcej świadczeniodawców funkcjonowało na terenie Mazowieckiego OW NFZ, natomiast najmniejsza liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia we wskazanym zakresie dotyczyła Podkarpackiego OW NFZ.



Rysunek 7. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenie: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

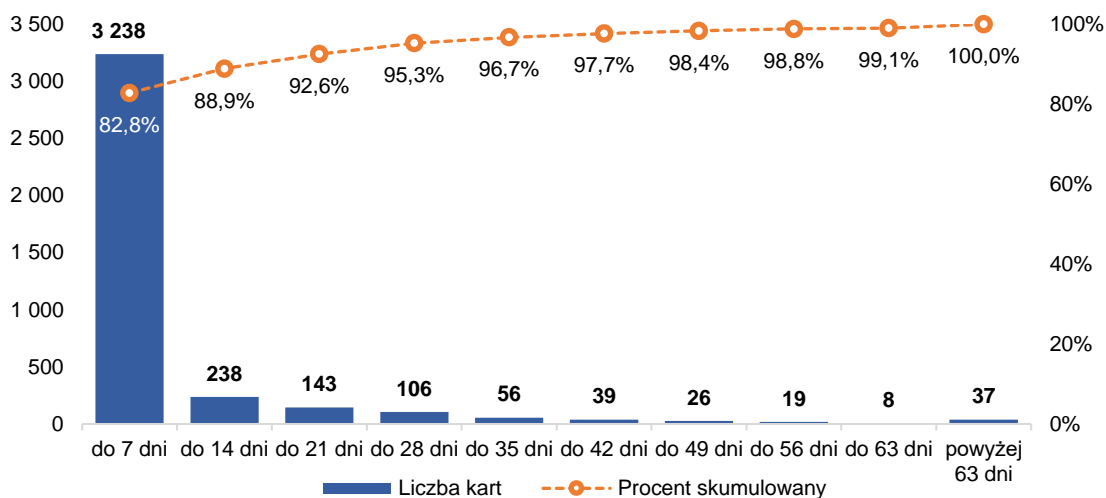
8.2.2. Szybka terapia onkologiczna

Analiza szybkiej terapii onkologicznej w zakresie realizacji świadczeń u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Analiza obejmuje pacjentki z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017–2019 miały wydaną kartę DiLO.

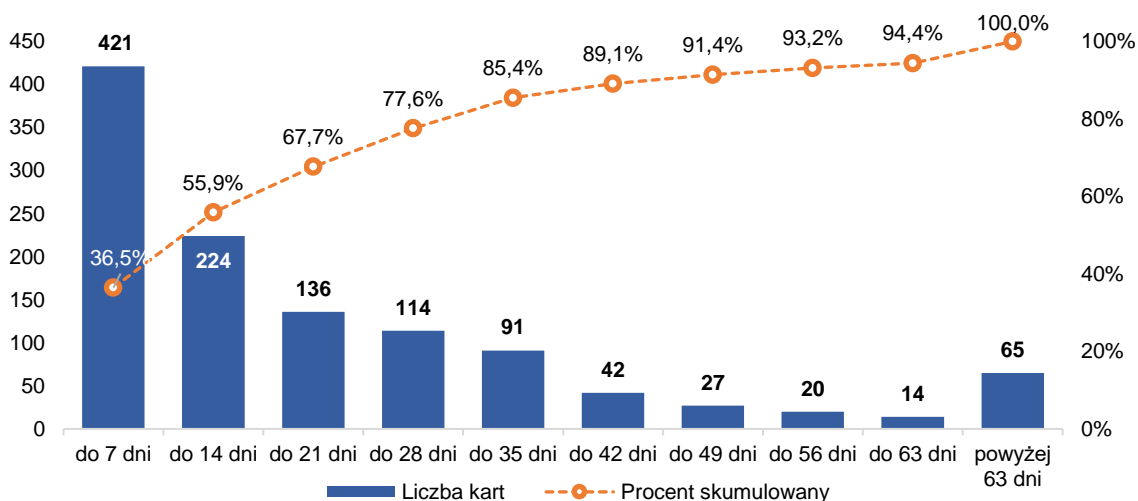
W 2017 r. wydano 13 919 kart DiLO dla 13 776 pacjentek, co oznacza, że niektóre z nich miały wydaną więcej niż 1 kartę. Z kolei w 2018 r. wydano 13 818 kart DiLO dla 13 618 pacjentek. Liczba wydanych kart w 2019 r. wyniosła 14 547 przy liczbie pacjentek na poziomie 14 306.

Etap diagnostyki wstępnej liczony był jako różnica między datą porady kończącej diagnostykę wstępną a datą wydania karty DiLO. W 2017 r. liczba kart na etapie diagnostyki wstępnej wyniosła 3 910, co stanowiło 28,1% wszystkich wydanych kart w danym roku. W ramach tych kart 82,8% pacjentek otrzymało poradę diagnostyki wstępnej w czasie do 7 dni od wydania karty DiLO. Na tym etapie 10 pacjentek miało wydaną więcej niż 1 kartę.

Wykres 7. Etap pierwszy: etap diagnostyki wstępnej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty wydania karty DiLO do daty diagnostyki wstępnej w 2017 r.

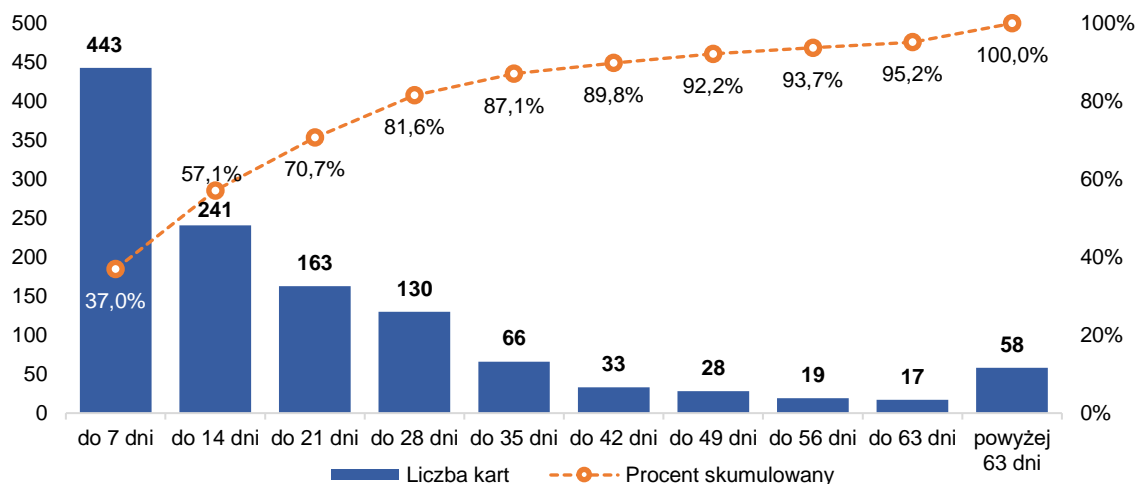
[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

W 2018 r. liczba kart na tym etapie (równa liczbie pacjentek) wyniosła 1 154, co stanowiło 8,4% wszystkich wydanych kart w danym roku. W ramach tych kart 36,5% pacjentek otrzymało poradę diagnostyki wstępnej w czasie do 7 dni od daty wydania karty DiLO.

Wykres 8. Etap pierwszy: etap diagnostyki wstępnej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty wydania karty DiLO do daty diagnostyki wstępnej w 2018 r.

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

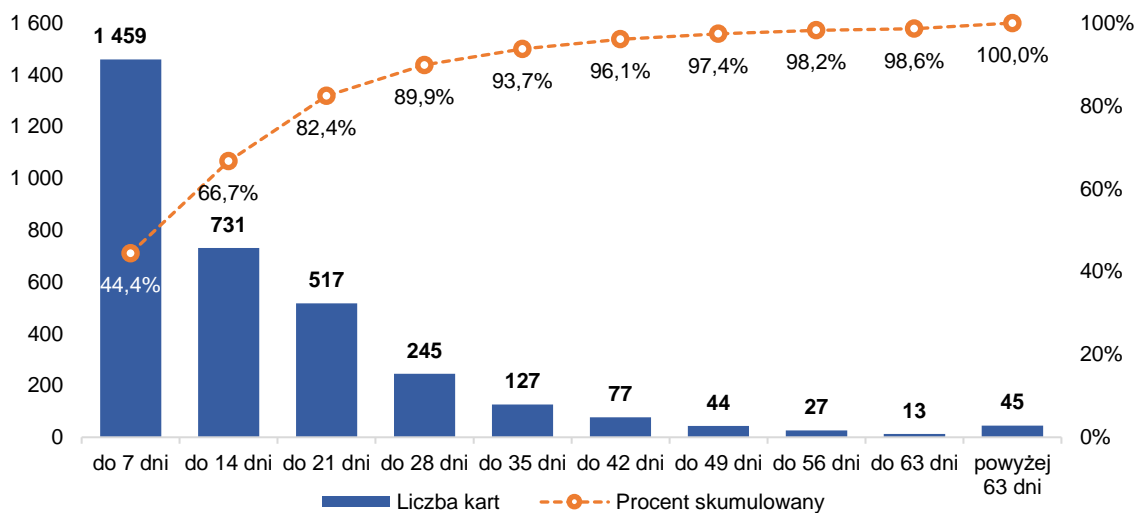
W 2019 r. łączna liczba kart wydanych na etapie diagnostyki wstępnej wyniosła 1 198 co stanowiło 8,2% wszystkich wydanych kart w danym roku. W ramach tych kart 36,5% pacjentek otrzymało poradę w czasie do 7 dni. Na tym etapie 1 pacjentka miała wydaną więcej niż 1 kartę.

Wykres 9. Etap pierwszy: etap diagnostyki wstępnej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty wydania karty DiLO do daty diagnostyki wstępnej w 2019 r.

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

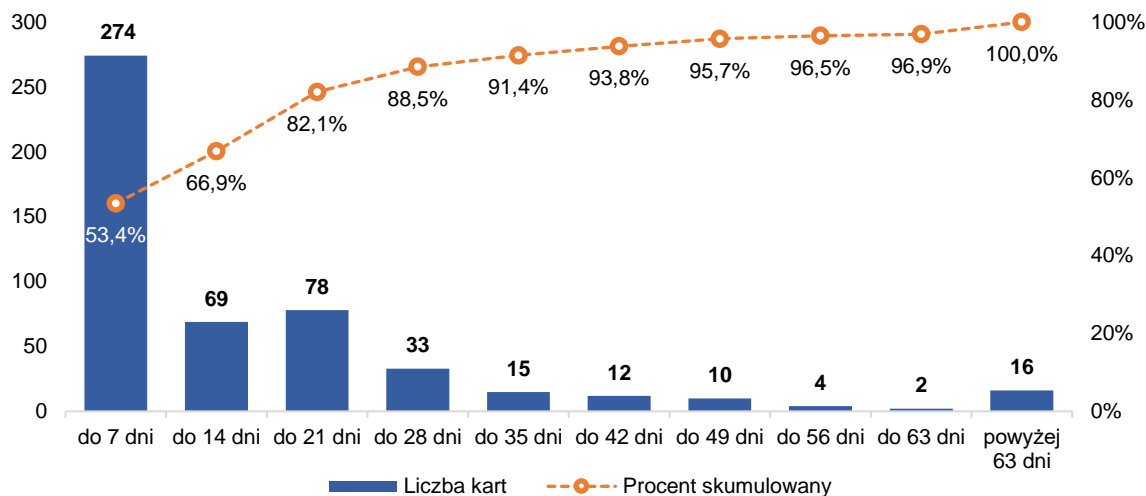
Drugi etap, czyli etap diagnostyki pogłębionej liczony był jako różnica pomiędzy datą porady kończącej diagnostykę pogłębioną, a datą kończąca diagnostykę wstępną.

W 2017 r. liczba kart na etapie diagnostyki pogłębionej wyniosła 3 284, co stanowiło 23,6% wszystkich wydanych kart w danym roku. W ramach tych kart 44,4% pacjentek otrzymało świadczenie do 7 dni od otrzymania porady diagnostyki wstępnej. Na analizowanym etapie 3 pacjentki miały wydaną więcej niż 1 kartę DiLO.

Wykres 10. Etap drugi: etap diagnostyki pogłębionej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki wstępnej do diagnostyki pogłębionej w 2017 r.

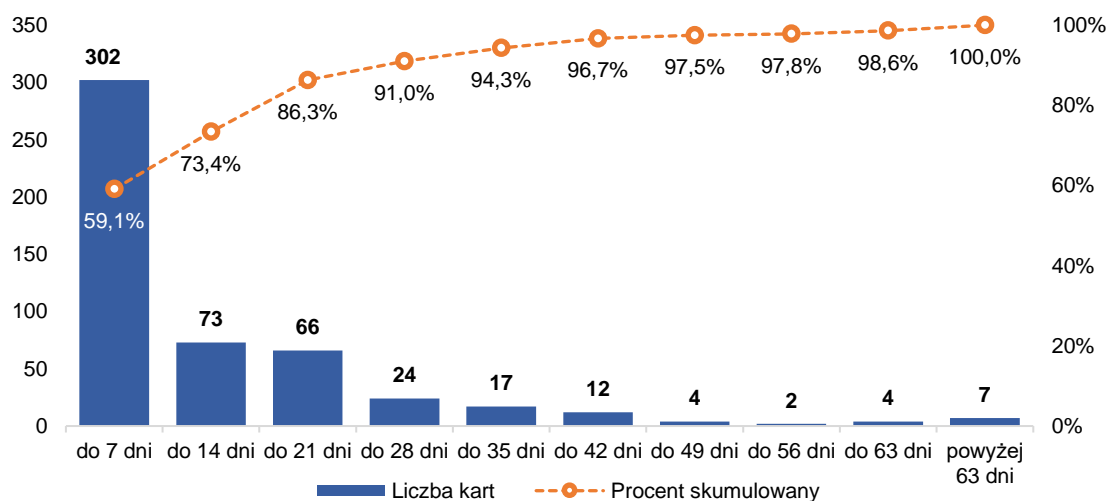
[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

W 2018 r. liczba kart (równa liczbie pacjentek) na etapie diagnostyki pogłębionej wyniosła 513, co stanowiło 3,7% wszystkich wydanych kart w danym roku. W ramach tych kart 53,4% pacjentek otrzymało świadczenie do 7 dni od otrzymania porady diagnostyki pogłębionej.

Wykres 11. Etap drugi: etap diagnostyki pogłębionej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki wstępnej do diagnostyki pogłębionej w 2018 r.

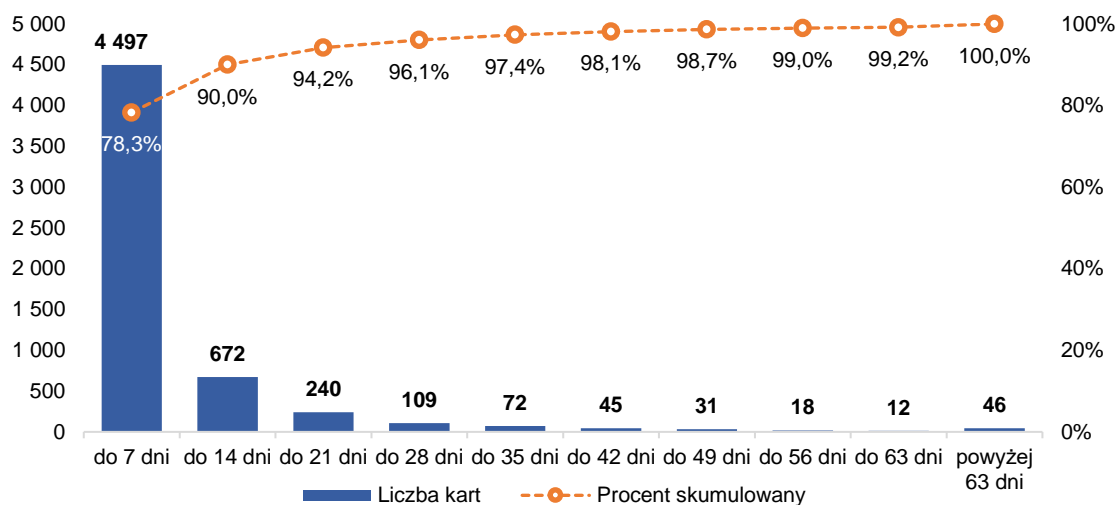
[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

W 2019 r. łączna liczba kart wydanych na etapie diagnostyki pogłębionej wyniosła 511, co stanowiło 3,5% udziału wszystkich wydanych kart w danym roku. W ramach tych kart 59,1% pacjentek otrzymało poradę w czasie do 7 dni.

Wykres 12. Etap drugi: etap diagnostyki pogłębionej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki wstępnej do diagnostyki pogłębionej w 2019 r.

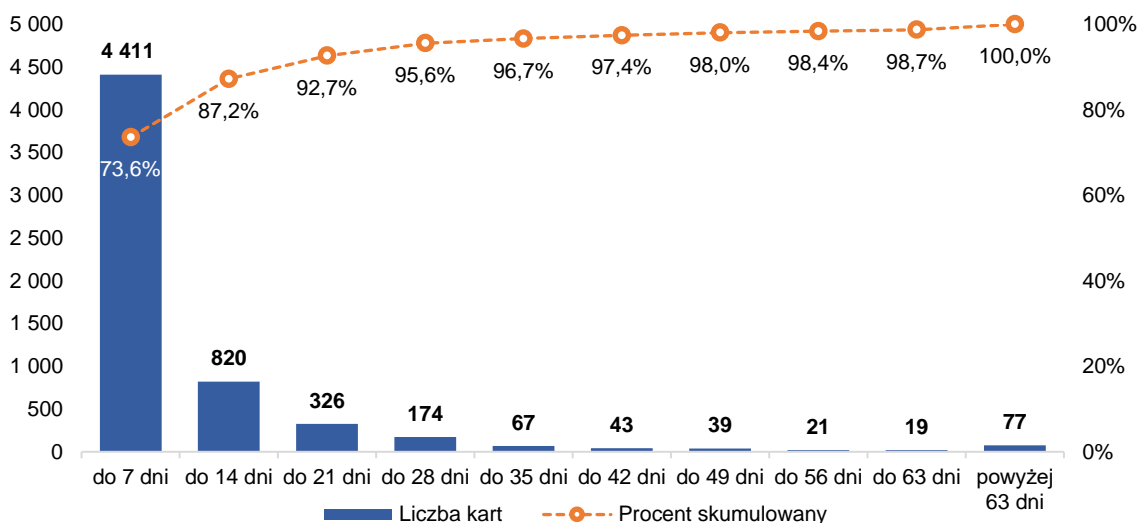
[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Etap konsylium liczony był jako różnica między datą konsylium, a datą porady kończącej diagnostykę pogłębioną. W 2017 r. liczba kart na etapie konsylium wyniosła 5 742, co stanowiło 41,3% wszystkich wydanych kart w danym roku. W ramach tych kart 78,3% pacjentek otrzymało świadczenie w czasie do 7 dni od porady związanej z diagnostyką pogłębioną. Na analizowanym etapie 78,3% pacjentek miało wydanych więcej niż 1 kartę DiLO.

Wykres 13. Etap trzeci: etap konsylium – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty konsylium w 2017 r.

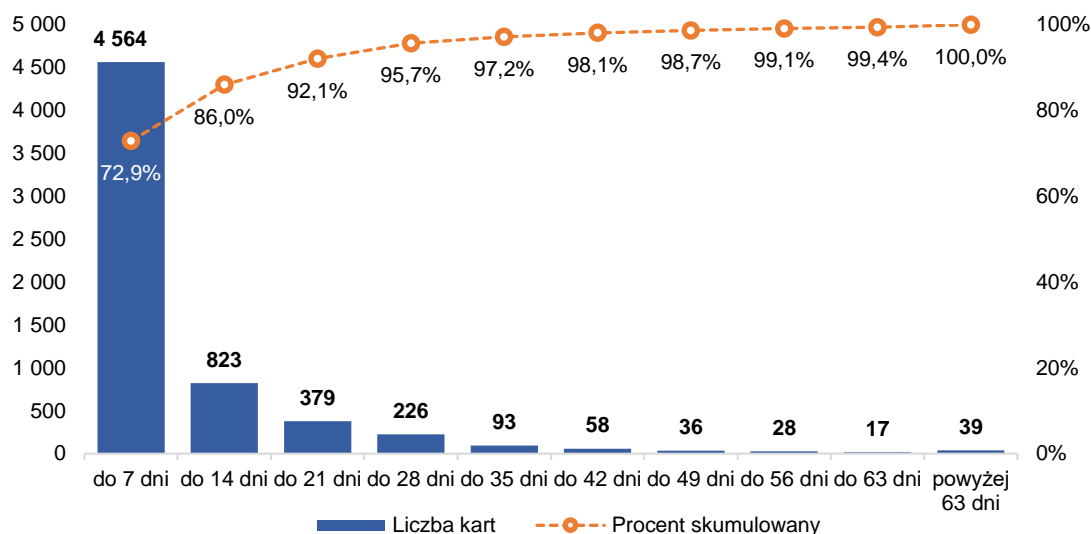
[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

W 2018 r. liczba kart na tym etapie wyniosła 5 997, co stanowiło 43,4% wszystkich wydanych kart. W ramach tych kart 73,6% pacjentek otrzymało świadczenie w czasie do 7 dni od daty porady związanej z diagnostyką pogłębioną. Na analizowanym etapie 35 pacjentek miało wydaną więcej niż 1 kartę DILO.

Wykres 14. Etap trzeci: etap konsylium – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty konsylium w 2018 r.

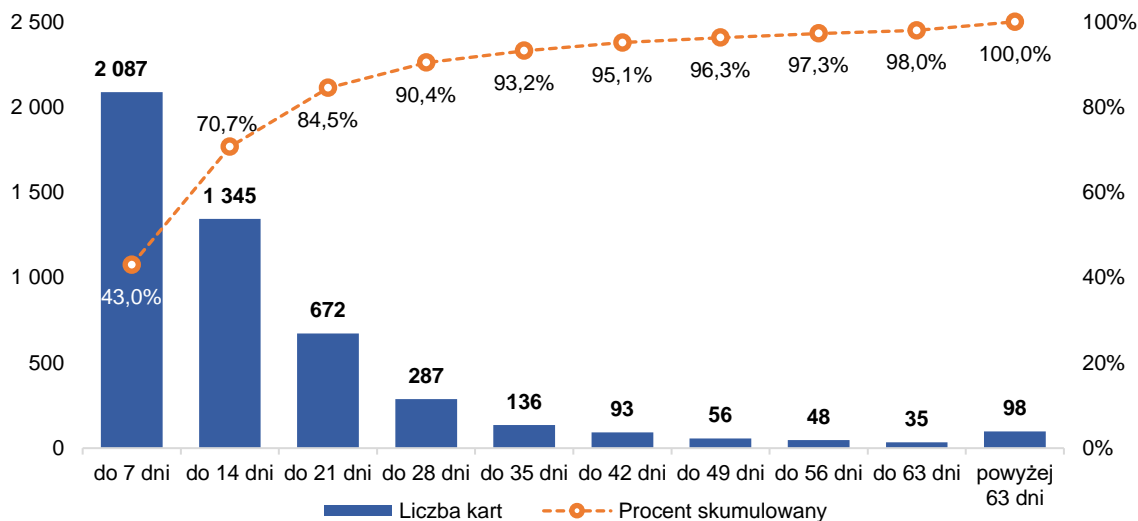
[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

W 2019 r. łączna liczba kart wydanych na etapie konsylium wyniosła 6 263, co stanowiło 43,1% wszystkich wydanych kart w 2019 r. W ramach tych kart 72,9% pacjentek otrzymało poradę w czasie do 7 dni. Na tym etapie 63 pacjentki miały wydaną więcej niż 1 kartę.

Wykres 15. Etap trzeci: etap konsylium – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty konsylium w 2019 r.

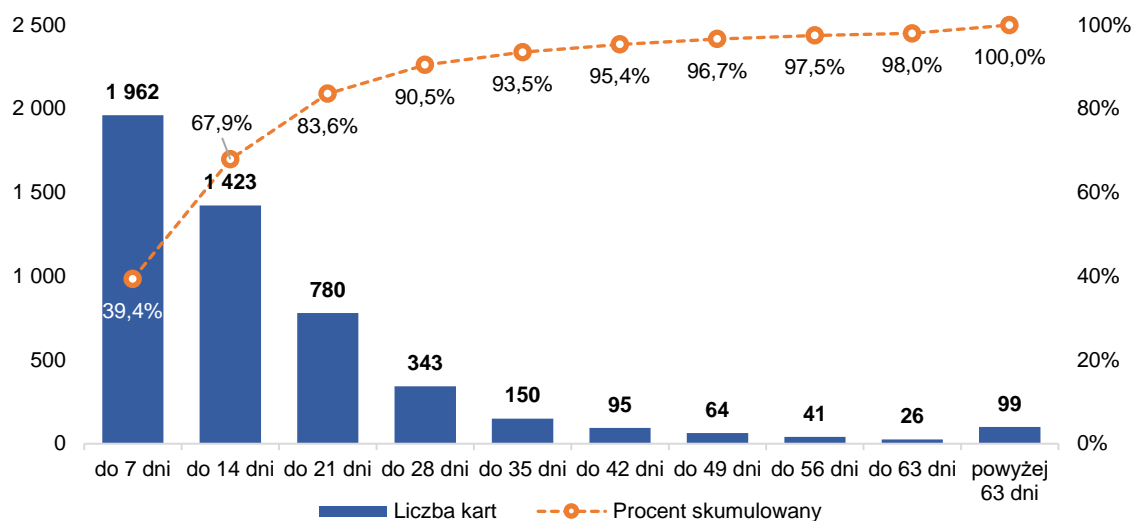
[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Ostatni etap, czyli etap leczenia liczony był jako różnica pomiędzy datą rozpoczęcia leczenia, a datą zakończenia diagnostyki pogłębionej. W 2017 r. liczba kart wyniosła 4 855, co stanowiło 34,9% wszystkich kart wydanych w 2017 r. W ramach tych kart 43,0% pacjentek otrzymało świadczenie do 7 dni od daty porady kończącej diagnostykę pogłębioną. Na tym etapie 5 pacjentek miało wydaną więcej niż 1 kartę DiLO.

Wykres 16. Etap czwarty: etap leczenia – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty rozpoczęcia leczenia w 2017 r.

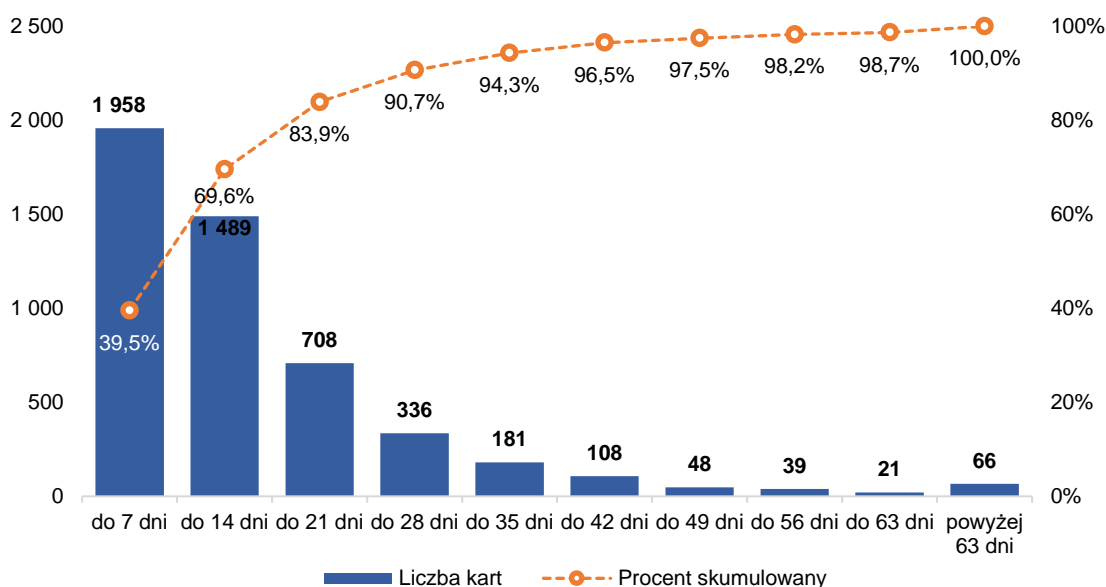
[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

W 2018 r. liczba kart na tym etapie wyniosła 4 983, co stanowiło 36,1% wszystkich kart wydanych w danym roku. W ramach tych kart 39,4% pacjentek otrzymało świadczenie do 7 dni od daty porady kończącej diagnostykę pogłębioną. Na etapie leczenia 13 pacjentek miało wydaną więcej niż 1 kartę DiLO.

Wykres 17. Etap czwarty: etap leczenia – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty rozpoczęcia leczenia w 2018 r.

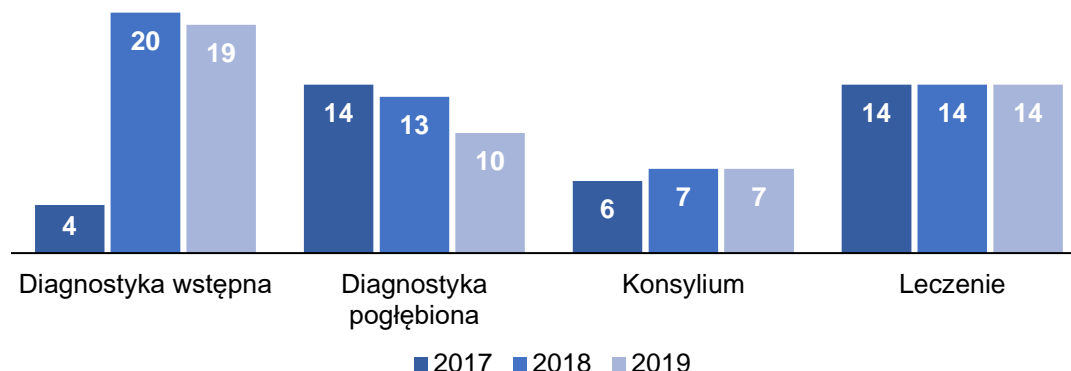
[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

W 2019 r. łączna liczba kart wydanych na etapie leczenia wyniosła 4 954, co stanowiło 34,1% wszystkich wydanych kart w 2019 r. W ramach tych kart 39,5% pacjentek otrzymało poradę w czasie do 7 dni. Na tym etapie 22 pacjentki miały wydaną więcej niż 1 kartę.

Wykres 18. Etap czwarty: etap leczenia – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty rozpoczęcia leczenia w 2019 r.

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

W 2017 r. średni czas oczekiwania na rozpoczęcie diagnostyki wstępnej wyniósł 4 dni, diagnostyki pogłębionej oraz leczenia – 14 dni, a konsylium – 6 dni. W 2018 r. średni czas oczekiwania na rozpoczęcie diagnostyki wstępnej wyniósł 20 dni, diagnostyki pogłębionej – 13 dni, konsylium – 7 dni, a rozpoczęcia leczenia – 14 dni. W 2019 r. średni czas oczekiwania na rozpoczęcie diagnostyki wstępnej wyniósł 19 dni, diagnostyki pogłębionej – 10 dni, konsylium – 7 dni, a rozpoczęcia leczenia – 14 dni.

Wykres 19. Średnia liczba dni oczekiwania na rozpoczęcie kolejnych etapów diagnostyczno-terapeutycznych w latach 2017–2019

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Analiza dotycząca realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Analizą objęto pacjentki z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych z kategorii C (nowotwory złośliwe): C53, C54, C56 (wraz z rozszerzeniami) oraz z kategorii D (nowotwory in-situ): D06, D07, D25, D26, D27, D28 i D39 (wraz z rozszerzeniami), które w latach 2017–2019 otrzymały świadczenia w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych, stanowiących załącznik nr 5c zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Analizy przeprowadzono dla produktów kontraktowych:

- Świadczenia w zakresie onkologii – diagnostyka onkologiczna (02.1240.301.02)
- Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii – diagnostyka onkologiczna (02.1450.301.02)
- Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej – diagnostyka onkologiczna (02.1540.301.02)
- Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna (02.1500.301.02)

Z analizy wyłączono statystyczny produkt rozliczeniowy WP2 porada początkowa – diagnostyka onkologiczna (5.01.28.0000002).

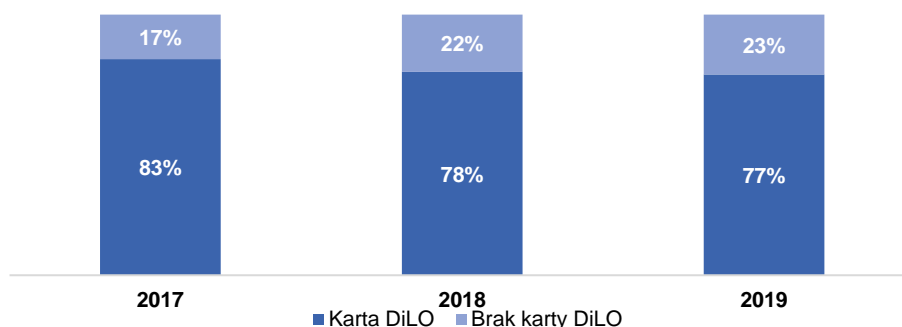
Charakterystyka pacjentek, które otrzymały świadczenia w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych

Pacjentki scharakteryzowano pod względem OW NFZ, w którym zostało sprawozdane świadczenie, wieku i rozpoznania głównego ICD-10.

Łącznie w latach 2017–2018 świadczenia w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych otrzymało ponad 11,7 tys. pacjentek. Z roku na rok liczba pacjentek rosła i w roku 2018 była o 19,3% większa niż w roku 2017 (5 364 osób w 2017 r. i 6 399 osób w 2018 r.). Z kolei w przypadku osób z wydaną kartą DiLO, w 2017 r. było 4 478 pacjentek, a w 2018 r. – 4 964, czyli o 10,85% więcej niż w 2017 r.

W 2019 r. liczba kobiet z wydaną kartą DiLO wyniosła 5 543, co oznacza 77% udziału w ogólnej liczbie pacjentek.

Wykres 20. Rozkład procentowy liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które otrzymały świadczenia w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na dwie grupy pacjentek: z wydaną kartą DiLO i bez wydanej karty DiLO



[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

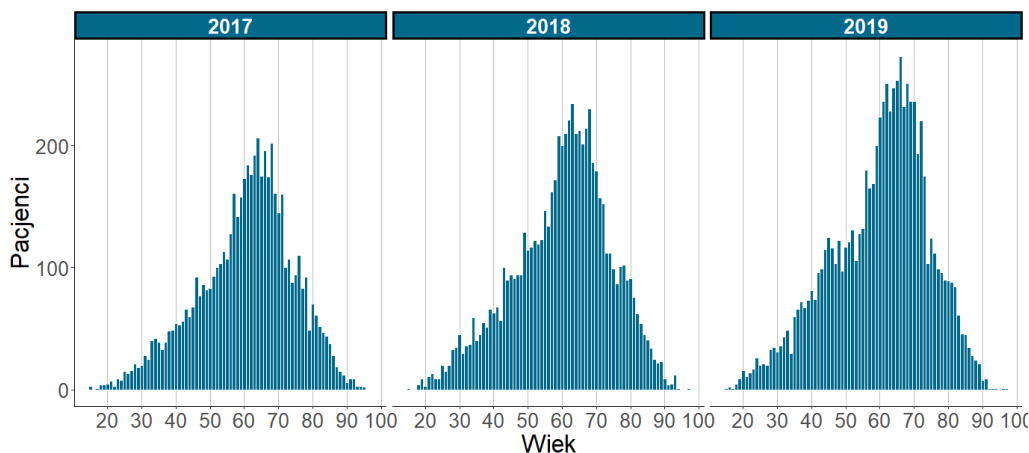
W 2017 r. łączna liczba pacjentek objętych analizą wyniosła 5 364 osoby. Najwięcej pacjentek zostało sprawozdanych w Dolnośląskim OW NFZ, z kolei najmniejszą liczbę odnotowano w Świętokrzyskim OW NFZ. Pacjentki były w wieku 15-95 lat, z czego połowa była w wieku 52-70 lat. Średnia wieku dla kraju wyniosła 61 lat przy medianie na poziomie 62 lat.

W 2018 r. pacjentkami, które otrzymały świadczenie w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych były kobiety w wieku od 15 do 97 lat. Średnia wieku analizowanej populacji była równa 60 lat, zaś mediana wieku była na poziomie 62 lat. Najwięcej kobiet, którym udzielono świadczenia w analizowanym zakresie było w Mazowieckim (1 017 osób, tj. więcej o 229 osób niż 2017 r.) i Dolnośląskim OW NFZ (1 040 osób, tj. więcej o 166 osób niż w 2017 r.), a najmniej – w Lubuskim (48 osób, tj. mniej o 21 osób niż w 2017 r.) i Świętokrzyskim OW NFZ (4 osoby w 2017 i 2018 r.).

W 2019 r. łączna liczba pacjentek objętych analizą wyniosła 7 177 osób. Najwięcej kobiet zostało sprawozdanych w Mazowieckim OW NFZ, z kolei najmniejszą liczbę odnotowano w Lubuskim OW NFZ. Kobiety były w wieku 15-97 lat, z czego połowa była w wieku 51-70 lat. Średnia wieku dla kraju wyniosła 60 lat przy medianie na poziomie 62 lat.

W latach 2017-2019 najwięcej pacjentek było w wieku 60-70 lat przy największej liczebności w wieku 66 lat. Wzrost liczebności następował po ukończeniu przez pacjenta 50 roku życia. Po ukończeniu przez pacjenta 70 roku życia następował spadek w liczbie sprawozdanych osób. W 2019 r. rozkład wieku pacjentek był zbliżony do rozkładu z lat poprzednich.

Wykres 21. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych ze względu na wiek, które miały udzielone świadczenia w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na OW NFZ w latach 2017–2019



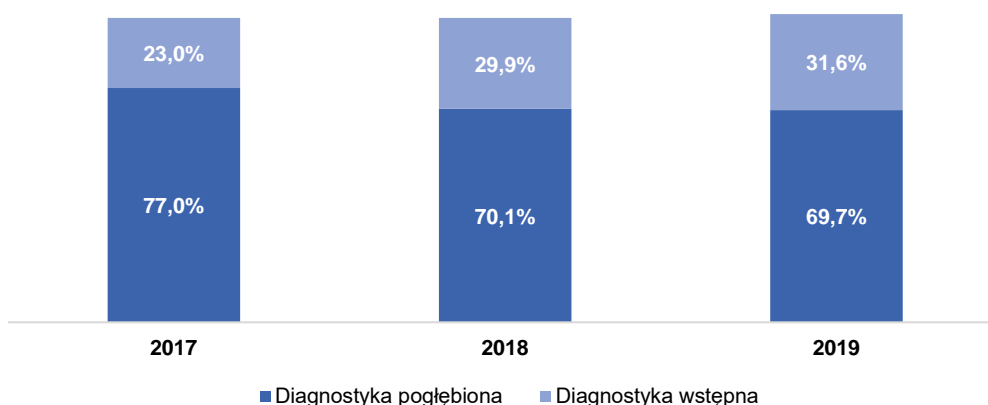
[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Charakterystyka realizacji świadczeń w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych

Analizując liczbę zrealizowanych świadczeń w latach 2017-2019 u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, w roku 2017 wykonano 5 654 świadczenia, a w 2018 r. – 6 753. Najwięcej badań wykonano w ramach diagnostyki pogłębionej. W roku 2017 zrealizowano 4 354 świadczenia diagnostyki pogłębionej, co stanowiło 77% wszystkich wykonanych świadczeń w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych. Natomiast w roku 2018 wykonano o 8,7% więcej świadczeń diagnostyki pogłębionej niż w roku 2017 i świadczenia te stanowiły 70,1% wszystkich wykonanych świadczeń w analizowanym zakresie w danym roku. Natomiast w przypadku diagnostyki wstępnej w 2017 r. zrealizowano 1 300 świadczeń, a w roku 2018 – 2 021 świadczeń, czyli o 55,5% więcej niż w 2017 r.

W 2019 r. liczba udzielonych świadczeń w ramach diagnostyki wstępnej wyniosła 2 316 przy realizacji świadczeń diagnostyki pogłębionej na poziomie 5 331, co stanowi 69,7% udziału w ogólnej liczbie udzielonych świadczeń. W latach objętych analizą zaobserwowano wzrost liczby świadczeń w obszarze diagnostyki wstępnej.

Wykres 22. Struktura realizacji świadczeń diagnostyki wstępnej i diagnostyki pogłębionej w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017–2019



[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Biorąc pod uwagę produkty jednostkowe zrealizowane w latach 2017-2018 w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych, najczęściej realizowanym świadczeniem w ramach diagnostyki wstępnej była diagnostyka wstępna – nowotwory jajników i jajowodów, która w 2017 r. stanowiła 13,2%, a w roku 2018 – 17,4% wszystkich wykonanych świadczeń w analizowanym zakresie. Z kolei analizując dynamikę zmian realizacji wskazanego produktu rozliczeniowego, w 2018 r. wykonano o 57% więcej świadczeń niż w roku 2017. Natomiast najczęściej realizowanym świadczeniem w ramach diagnostyki pogłębionej była diagnostyka pogłębiona – nowotwory macicy, szyjki macicy i inne ginekologiczne, która w 2017 r. stanowiła 76,7%, a w roku 2018 – 70% wszystkich wykonanych świadczeń w danym roku. Analizując dynamikę zmian realizacji wskazanego produktu jednostkowego, w 2018 r. wykonano o 8,9% więcej świadczeń niż w roku 2017.

W 2019 r. najczęściej realizowanym świadczeniem w ramach diagnostyki wstępnej były świadczenia w obszarze nowotworów jajników i jajowodów. W porównaniu do 2017 r. nastąpił wzrost realizacji świadczeń w ramach tego produktu. Wśród świadczeń diagnostyki pogłębionej oraz ogółem największa realizacja dotyczyła świadczeń w obszarze nowotworów macicy, szyjki macicy i innych ginekologicznych. W stosunku do lat poprzednich nastąpił wzrost realizacji świadczeń w obszarze tego produktu.

Tabela 30. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba udzielonych w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe w latach 2017-2019

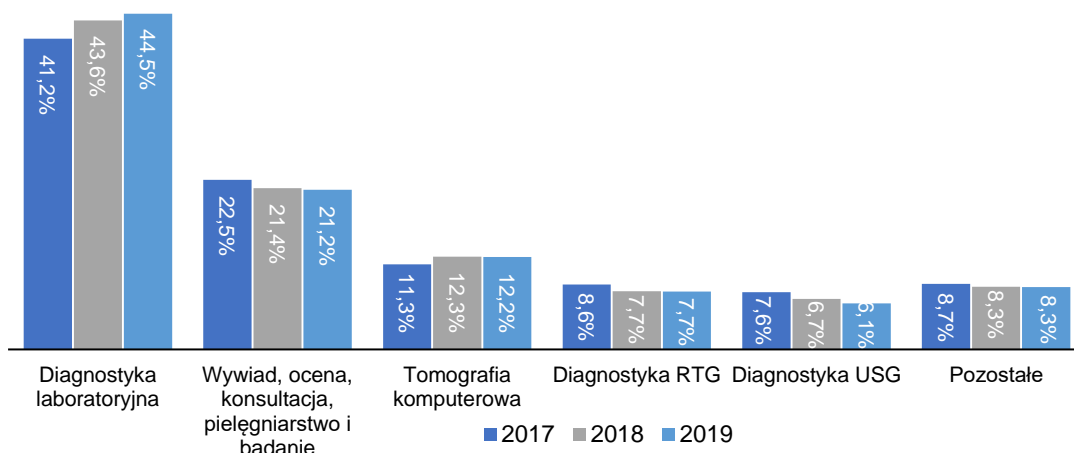
Produkt rozliczeniowy	Liczba pacjentek			Liczba świadczeń		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Diagnostyka wstępna – nowotwory jajników i jajowodów	731	1 149	1 401	748	1 174	1 423

Produkt rozliczeniowy	Liczba pacjentek			Liczba świadczeń		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Diagnostyka wstępna – nowotwory macicy, szyjki macicy i inne ginekologiczne	481	753	796	493	772	818
Diagnostyka wstępna – nowotwory piersi	39	40	44	40	40	44
Diagnostyka wstępna – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	11	22	21	11	22	22
Diagnostyka wstępna – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego – wątroby i trzustki	5	3	3	5	3	3
Diagnostyka wstępna – nowotwory nerek	1	1	1	2	1	1
Diagnostyka wstępna – nowotwory skóry – czerniak	1	2	0	1	2	0
Diagnostyka wstępna – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego	0	2	2	0	2	2
Diagnostyka wstępna – mięsaki tkanek miękkich	0	3	1	0	4	1
Diagnostyka wstępna – nowotwory klatki piersiowej	0	1	1	0	1	1
Diagnostyka wstępna - nowotwory głowy i szyi - pozostałe	0	0	1	0	0	1
Łącznie dla diagnostyki wstępnej	1 267	1 973	2 267	1 300	2 021	2 316
Diagnostyka pogłębiona – nowotwory macicy, szyjki macicy i inne ginekologiczne	4 165	4 500	4 983	4 336	4 722	5 312
Diagnostyka pogłębiona – nowotwory piersi	10	4	12	10	4	12
Diagnostyka pogłębiona – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	3	3	4	3	3	4
Diagnostyka pogłębiona – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego – wątroby i trzustki	2	0	1	2	0	1
Diagnostyka pogłębiona – nowotwory skóry – czerniak	1	1	0	1	1	0
Diagnostyka pogłębiona – mięsaki tkanek miękkich	1	0	1	1	0	1
Diagnostyka pogłębiona – nowotwory klatki piersiowej	1	0	1	1	0	1
Diagnostyka pogłębiona – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego	0	1	0	0	1	0
Diagnostyka pogłębiona – nowotwory głowy i szyi – pozostałe	0	1	0	0	1	0
Łącznie dla diagnostyki pogłębionej	4 183	4 510	5 002	4 354	4 732	5 331
Ogółem	5 364	6 399	7 177	5 654	6 753	7 657

Analiza realizacji procedur ICD-9 w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych

W latach 2017-2019 w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych najczęściej realizowano procedury z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. W 2017 r. wykonano 10 668 procedur z analizowanego zakresu, a w roku 2018 – 14 134, czyli o 32,5% więcej niż w 2017 r. Odsetek diagnostyki laboratoryjnej z roku na rok rósł i w 2017 r. był równy 41,2%, a w 2018 r. – 43,6% wszystkich wykonanych procedur u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych. Z kolei w zakresie procedur diagnostyki obrazowej, zawierającej ICD-9 dla tomografii komputerowej, diagnostyki RTG i USG, największy udział odnotowano dla tomografii komputerowej, której odsetek w 2017 r. wynosił 11,3%, a w 2018 r. 12,3%.

W 2019 r. struktura realizacji procedur zbliżona była do lat poprzednich. Wzrost realizacji dotyczył procedur w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. W 2019 r. liczba procedur w tej grupie wyniosła 16 887.

Wykres 23. Rozkład procentowy realizacji procedur ICD-9 w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na agregaty procedur w latach 2015–2019

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

W latach 2017-2018 najczęściej realizowano procedury z zakresu diagnostyki pogłębionej. W roku 2017 wykonano 20 824 procedury, a w roku 2018 – 21 704, czyli o 4,2% więcej niż w 2017 r. W przypadku diagnostyki wstępnej w 2017 r. wykonano 5 062 procedury, a w 2018 r. – 10 730, czyli o 112% więcej niż w 2017 r. Z kolei najczęściej realizowaną procedurą zarówno w ramach diagnostyki wstępnej jak i pogłębionej była porada lekarska, konsultacja, asysta (ICD-9: 89.00), którą w 2018 r. w ramach diagnostyki wstępnej zrealizowano 1 362 razy (czyli o 76,4% więcej niż w 2017), a w ramach diagnostyki pogłębionej – 3 309 razy (czyli o 3,7% więcej niż rok wcześniej).

Tabela 31. Liczba zrealizowanych procedur ICD-9 w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na procedury ICD-9 w latach 2017-2018

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Liczba ICD-9 w zakresie diagnostyki wstępnej		Liczba ICD-9 w zakresie diagnostyki pogłębionej	
		2017	2018	2017	2018
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	772	1 362	3 192	3 309
87.440	RTG klatki piersiowej	338	587	1 839	1 822
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	328	609	1 491	1 734
M37	Kreatynina	221	591	1 283	1 479
88.792	USG macicy nieciążarnej i przydatków	419	548	662	661
I41	Antygen CA 125 (CA125)	302	603	645	662
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	80	200	622	641
N13	Mocznik	137	399	618	675
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	89	182	538	503
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	16	48	527	441
O35	Sód (Na)	87	161	458	455
89.04	Opieka pielęgniarki lub położnej	23	50	458	492
N45	Potas (K)	97	218	452	365
C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów	83	160	421	394

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Liczba ICD-9 w zakresie diagnostyki wstępnej		Liczba ICD-9 w zakresie diagnostyki pogłębionej	
		2017	2018	2017	2018
89.26	Badanie ginekologiczne	40	163	399	524
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	77	110	319	278
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	77	111	312	279
L69	Hormon tyreotropowy (TSH)	50	141	307	409
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	60	214	273	465
C53	Morfologia krwi 8-parametrowa	68	177	261	374
G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	103	202	258	272
88.979	Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – RM	66	86	218	265
L43	Glukoza z krwi żyłnej	41	130	215	233
G21	Czas protrombinowy (PT)	61	178	211	275
88.764	USG transwaginalne	37	96	198	226
I53	Antygen karcynoembrionalny (CEA)	123	280	195	231
I89	Bilirubina całkowita	26	41	195	196
89.02	Porada lekarska, inne	23	26	194	217
99.999	Pozostałe procedury – inne	0	1	174	26
E65	Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh	92	258	173	290
Pozostałe		1 126	2 798	3 716	3 511
Ogółem		5 062	10 730	20 824	21 704

W 2019 r. najczęściej realizowaną procedurą ICD-9 wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów onkologicznych była porada lekarska, konsultacja, asysta, w ramach której nastąpił wzrost liczby zrealizowanych procedur.

Tabela 32. Liczba zrealizowanych procedur ICD-9 w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na procedury ICD-9 w 2019 r.

Nazwa ICD-9	Kod ICD-9	Liczba ICD-9 w zakresie diagnostyki wstępnej	Liczba ICD-9 w zakresie diagnostyki pogłębionej
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	1 472	3 655
87.440	RTG klatki piersiowej	687	2 143
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	720	2 097
M37	Kreatynina	739	1 709
N13	Moczn k	507	841
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	274	835
88.792	USG macicy nieciążarnej i przydatków	563	681
I41	Antygen CA 125 (CA125)	748	669
89.04	Opieka pielęgniarki lub położnej	144	629
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	284	579
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	177	548
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	69	506

Nazwa ICD-9	Kod ICD-9	Liczba ICD-9 w zakresie diagnostyki wstępnej	Liczba ICD-9 w zakresie diagnostyki pogłębionej
89.26	Badanie ginekologiczne	154	503
L69	Hormon tyreotropowy (TSH)	249	487
O35	Sód (Na)	177	462
C53	Morfologia krwi 8-parametrowa	235	430
G21	Czas protrombinowy (PT)	270	423
G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	261	398
N45	Potas (K)	270	396
C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów	194	373
L43	Glukoza z krwi żyłnej	228	341
E65	Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh	278	316
88.979	Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – RM	97	284
89.02	Porada lekarska, inne	94	274
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	121	252
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	120	240
Y90	Badanie histopatologiczne	119	232
88.764	USG transwaginalne	128	207
I53	Antygen karcynoembrionalny (CEA)	398	205
89.001	Konsultacja ginekologiczna	105	205
Pozostałe		3 211	3 923
Ogółem		13 093	24 843

Charakterystyka świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych

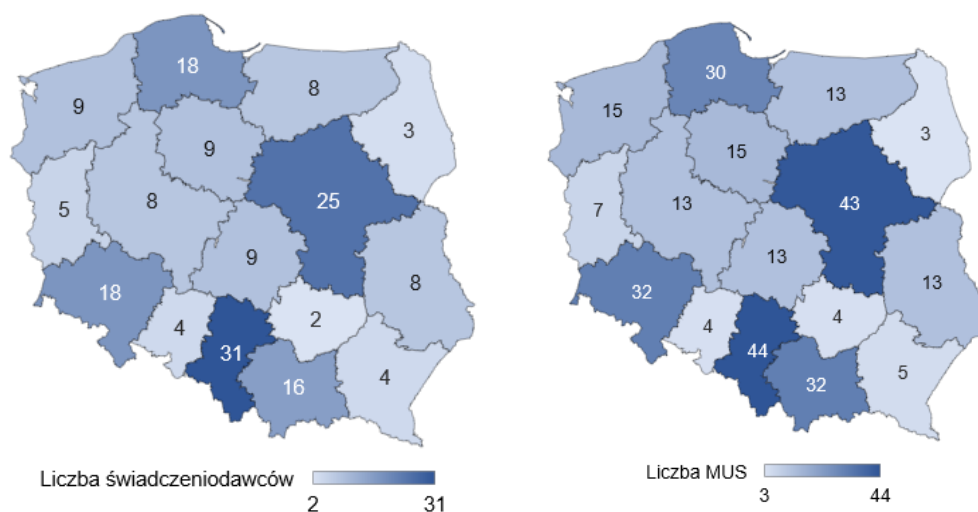
Świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w roku 2017 było 164, a w roku 2018 – 184, co oznacza wzrost liczby podmiotów o 12,2%. Z kolei analizując miejsca udzielania świadczeń (MUS-y) w roku 2017 było ich 243, a w roku 2018 – 273, co oznacza wzrost liczby MUS-ów o 12,3%. W 2018 r. najwięcej świadczeniodawców i MUS-ów odnotowano w Śląskim, Mazowieckim i Dolnośląskim OW NFZ.

Tabela 33. Liczba świadczeniodawców i liczba miejsc udzielania świadczeń (MUS) w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019

OW NFZ	Liczba świadczeniodawców			Liczba MUS		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Dolnośląski	16	22	18	25	34	32
Kujawsko-Pomorski	8	9	9	15	15	15
Lubelski	6	8	8	10	11	13
Lubuski	4	5	5	5	5	7
Łódzki	11	10	9	14	15	13
Małopolski	13	17	16	22	28	32
Mazowiecki	16	25	25	33	39	43
Opolski	2	2	4	3	4	4

OW NFZ	Liczba świadczeniodawców			Liczba MUS		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Podkarpacki	3	4	4	3	6	5
Podlaski	4	5	3	5	5	3
Pomorski	21	17	18	30	28	30
Śląski	29	29	31	38	40	44
Świętokrzyski	2	2	2	2	3	4
Warmińsko-Mazurski	9	8	8	12	14	13
Wielkopolski	7	8	8	10	10	13
Zachodniopomorski	13	13	9	16	16	15
Ogółem	164	184	177	243	273	286

W 2019 r. najwięcej świadczeniodawców oraz miejsc udzielania świadczeń funkcjonowało na terenie Śląskiego OW NFZ, w którym nastąpił wzrost w ich liczbie. Najmniejsza liczba świadczeniodawców dotyczyła Świętokrzyskiego OW NFZ. Najmniej MUS-ów funkcjonowało na terenie Podlaskiego OW NFZ.



Rysunek 8. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych oraz liczba miejsc udzielania świadczeń wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.

[Źródło: Opracowanie własne AOTMIIT na podstawie danych RUM-NFZ]

Analiza wartości umów i wartości zrealizowanej w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych

Analizą objęto aktualne wartości umów oraz wartości świadczeń zrealizowanych w ramach produktów kontraktowych włączonych do analizy, przy czym wartość zrealizowaną obliczono zarówno dla wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) jak i dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych (ICD-10 wraz z rozszerzeniami z grup: C53, C54, C56, D06, D07, D25, D26, D27, D28, D39). W latach 2017-2018 nastąpił wzrost wartości umów oraz wartości świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych. W 2018 r. wartość zrealizowanych produktów kontraktowych objętych analizą u wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) wyniosła ponad 49 mln zł, co oznacza, że była o 12,3% większa niż w 2017 r. (ok. 44 mln zł). Natomiast świadczenia zrealizowane dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2018 r. wygenerowały koszt 2,9 mln zł, czyli koszt o 16% większy niż w 2017 r. (2,5 mln zł). Pomimo widocznego wzrostu udział wartości świadczeń zrealizowanych dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) w latach 2017-2018 utrzymywał się na stałym poziomie 5,75%. W latach 2017-2018 umowy na największą wartość zostały zawarte w Mazowieckim OW NFZ. Jednocześnie w tym OW

NFZ odnotowano najwyższe koszty związane z realizacją analizowanych produktów kontraktowych dla wszystkich pacjentek i pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.

Tabela 34. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2018

OW NFZ	Wartość aktualna umowy (w mln zł)		Wartość zrealizowana dla wszystkich pacjentek (w mln zł)		Wartość zrealizowana dla pacjentek objętych analizą (w mln zł)		Udział wartości zrealizowanej dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Dolnośląski	4,2 zł	4,7 zł	3,9 zł	4,5 zł	0,37 zł	0,37 zł	9,4%	8,2%
Kujawsko-Pomorski	3,3 zł	3,7 zł	3,3 zł	3,7 zł	0,12 zł	0,15 zł	3,5%	4,0%
Lubelski	1,5 zł	1,6 zł	1,6 zł	1,6 zł	0,11 zł	0,13 zł	7,1%	8,4%
Lubuski	0,5 zł	0,5 zł	0,4 zł	0,5 zł	0,04 zł	0,02 zł	8,8%	4,2%
Łódzki	1,6 zł	1,6 zł	1,5 zł	1,5 zł	0,06 zł	0,04 zł	3,9%	2,9%
Małopolski	2,6 zł	3,0 zł	2,7 zł	2,94 zł	0,39 zł	0,40 zł	14,3%	13,5%
Mazowiecki	9,2 zł	11,0 zł	9,2 zł	11,1 zł	0,41 zł	0,50 zł	4,5%	4,5%
Opolski	1,5 zł	1,5 zł	1,4 zł	1,4 zł	0,09 zł	0,10 zł	6,2%	7,4%
Podkarpacki	1,1 zł	1,2 zł	1,1 zł	1,2 zł	0,02 zł	0,04 zł	2,2%	3,0%
Podlaski	1,1 zł	1,0 zł	1,0 zł	1,0 zł	0,07 zł	0,06 zł	6,7%	5,7%
Pomorski	4,2 zł	5,2 zł	4,1 zł	5,1 zł	0,22 zł	0,28 zł	5,4%	5,4%
Śląski	5,6 zł	5,5 zł	5,7 zł	5,4 zł	0,36 zł	0,39 zł	6,4%	7,2%
Świętokrzyski	0,7 zł	0,9 zł	0,6 zł	0,7 zł	0,001 zł	0,002 zł	0,1%	0,3%
Warmińsko-Mazurski	1,9 zł	2,6 zł	1,9 zł	2,6 zł	0,12 zł	0,15 zł	6,3%	5,9%
Wielkopolski	3,7 zł	4,1 zł	3,6 zł	4,1 zł	0,03 zł	0,07 zł	0,9%	1,8%
Zachodnio-pomorski	1,8 zł	2,0 zł	1,9 zł	2,0 zł	0,11 zł	0,15 zł	6,0%	7,3%
Ogółem	44,7 zł	50,0 zł	44,0 zł	49,4 zł	2,5 zł	2,9 zł	5,7%	5,8%

W 2019 r. wartość aktualna umowy na realizację świadczeń w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych dla kraju wyniosła 55,8 mln zł, z czego największa wartość dotyczyła świadczeniodawców mających podpisane kontrakty z Mazowieckim OW NFZ. Ogólna wartość zrealizowana świadczeń objętych analizą wyniosła 54,3 mln zł, z czego 3,6 mln zł dotyczyło świadczeń udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.

Tabela 35. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.

OW NFZ	Wartość aktualna umowy (w mln zł)	Wartość zrealizowana dla wszystkich pacjentek (w mln)	Wartość zrealizowana dla pacjentek objętych analizą (w mln zł)	Udział wartości zrealizowanej dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek
Dolnośląski	5,4	5,1	0,4	7,8%
Kujawsko-Pomorski	4	4	0,2	5,0%
Lubelski	1,8	1,8	0,2	11,1%

OW NFZ	Wartość aktualna umowy (w mln zł)	Wartość zrealizowana dla wszystkich pacjentek (w mln)	Wartość zrealizowana dla pacjentek objętych analizą (w mln zł)	Udział wartości zrealizowanej dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek
Lubuski	0,7	0,5	0	0,0%
Łódzki	1,8	1,7	0,1	5,9%
Małopolski	3,9	3,9	0,6	15,4%
Mazowiecki	12,1	12,2	0,6	4,9%
Opolski	1,3	1,3	0,1	7,7%
Podkarpacki	1	1	0	0,0%
Podlaski	1,1	1,1	0,1	9,1%
Pomorski	5,6	5,5	0,3	5,5%
Śląski	5,9	5,8	0,5	8,6%
Świętokrzyski	1	0,8	0	0,0%
Warmińsko-Mazurski	2,9	2,9	0,2	6,9%
Wielkopolski	5,3	4,7	0,2	4,3%
Zachodnio-pomorski	2	2	0,2	10,0%
Ogółem	55,8	54,3	3,6	6,6%

8.2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Analizą objęto pacjentki z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych z kategorii C, czyli C53 (wraz z rozszerzeniami) – nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 (wraz z rozszerzeniami) – nowotwór złośliwy trzonu macicy oraz C56 – nowotwór złośliwy jajnika, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiących załącznik nr 1b zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Analizy przeprowadzono dla produktów kontraktowych:

- Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej (02.1071.001.02)
- Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej – świadczenia pierwszorazowe (02.1071.401.02)
- Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej – diagnostyka poza pakietem onkologicznym (02.1071.998.02)
- Świadczenia w zakresie onkologii (02.1240.001.02)
- Świadczenia w zakresie onkologii – świadczenia pierwszorazowe (02.1240.401.02)
- Świadczenia w zakresie onkologii – diagnostyka poza pakietem onkologicznym (02.1240.998.02)
- Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (02.1450.001.02)
- Świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii – zakres skojarzony z 02.1450.001.02 (02.1450.201.02)
- Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii – diagnostyka poza pakietem onkologicznym (02.1450.998.02)

- Świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt (02.1453.001.02)
- Świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt – diagnostyka onkologiczna (02.1453.301.02)
- Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej (02.1540.001.02)
- Świadczenia zabiegowe w chirurgii onkologicznej – zakres skojarzony z 02.1540.001.02 (02.1540.101.02)
- Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej – diagnostyka poza pakietem onkologicznym (02.1540.998.02)
- Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci (02.1541.001.02)
- Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci – diagnostyka poza pakietem onkologicznym (02.1541.998.02)

Do analizy włączono statystyczny produkt rozliczeniowy WP2 porada początkowa – diagnostyka onkologiczna (5.01.28.0000002).

Charakterystyka pacjentek, które otrzymały świadczenia w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

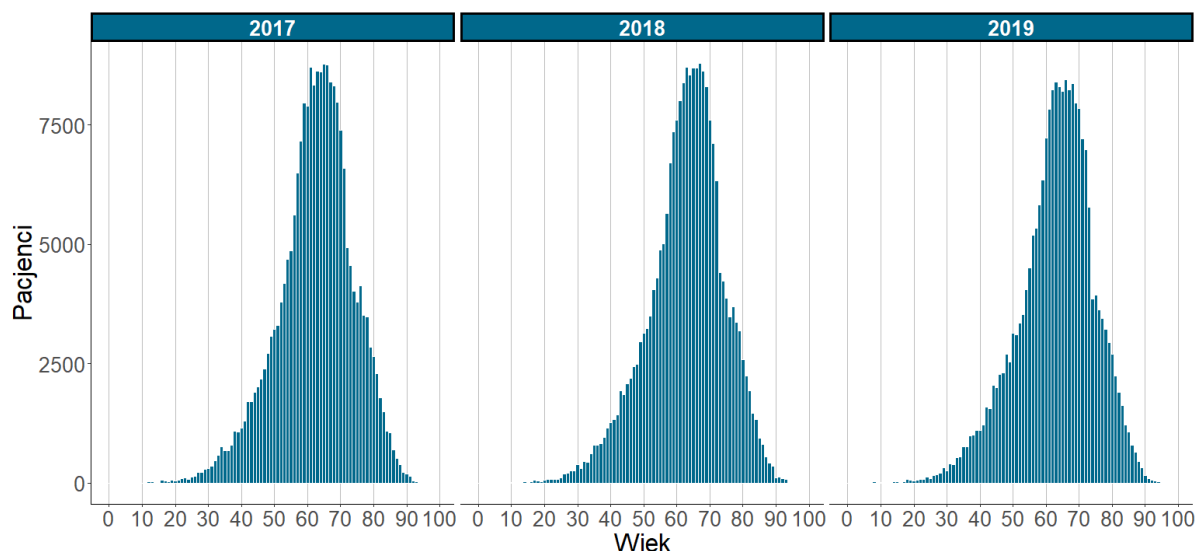
W 2017 r. liczba pacjentek, które otrzymały ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne wyniosła 72 508 osób. Najwięcej pacjentek zostało sprawozdanych w Śląskim OW NFZ. Najmniejsza liczba pacjentek dotyczyła Lubuskiego OW NFZ. Pacjentki były w wieku 2–98 lat, z czego połowa była w wieku 56–70 lat. Średnia wieku dla kraju wyniosła 62 lata przy medianie na poziomie 63 lat.

W 2018 r. pacjentki były w wieku od 0 do 97 lat. Średnia wieku analizowanej populacji była równa 63 lat, zaś mediana wieku była na poziomie 64 lat. Najwięcej osób, którym udzielono świadczenia w ramach analizowanego zakresu było w Śląskim (11 795 osób, tj. więcej o 191 osób niż w 2017 r.) i Mazowieckim OW NFZ (9 382 osób, tj. mniej o 131 osób niż w 2017 r.), a najmniej – w Opolskim (1 520 osób, tj. mniej o 70 osób niż w 2017 r.) i Lubuskim (1 288 osób, tj. mniej o 27 osób niż w 2017 r.).

W 2019 r. liczba pacjentek, które otrzymały ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne wyniosła 74 679 osób. Najwięcej pacjentek zostało sprawozdanych w Śląskim OW NFZ. Najmniejsza liczba pacjentek dotyczyła Lubuskiego OW NFZ. Pacjentki były w wieku 1-98 lat, z czego połowa była w wieku 56-71 lat. Średnia wieku dla kraju wyniosła 63 lata przy medianie na poziomie 64 lat.

W latach 2017- 2019 najliczniejszą grupę pacjentek stanowiły kobiety w wieku 60-69 lat (28 110 osób w 2017 r. i 28 147 osób w 2018 r.), przy czym udział tej grupy wiekowej w ogólnej populacji pacjentek utrzymywał się na stałym poziomie 38,7%. W 2019 r. rozkład wieku pacjentek był zbliżony do rozkładu z lat poprzednich. Najwięcej pacjentek było w wieku 60-69 lat przy największej liczebności w wieku 68 lat. Wzrost liczebności następował po ukończeniu 50 roku życia. Po ukończeniu przez kobiety 70 roku życia następował spadek w liczbie sprawozdanych osób.

Wykres 24. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych ze względu na wiek, które miały udzielone świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych w podziale na OW NFZ w latach 2017–2019



[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Charakterystyka realizacji świadczeń w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

Najwięcej świadczeń wykonano w ramach dwóch produktów kontraktowych: świadczenia w zakresie onkologii oraz świadczenia w zakresie onkologii – diagnostyka poza pakietem onkologicznym, które w 2017 r. stanowiły 75,1% wszystkich wykonanych świadczeń w analizowanym zakresie w rodzaju AOS, a w roku 2018 – 76,8%. Wzrost liczby zrealizowanych świadczeń w 2018 r. odnotowano dla świadczeń wykonywanych poza pakietem onkologicznym, czyli dla produktów kontraktowych: świadczenia w zakresie onkologii – diagnostyka poza pakietem onkologicznym, świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii – diagnostyka poza pakietem onkologicznym, świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej – diagnostyka poza pakietem onkologicznym, świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej – diagnostyka poza pakietem onkologicznym i świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci – diagnostyka poza pakietem onkologicznym. W 2017 r. świadczeń zrealizowanych poza pakietem onkologicznym było 38 831, co stanowiło 18,4% wszystkich wykonanych świadczeń w analizowanym zakresie, a w roku 2018 – 162 649, co stanowiło 77,7% wszystkich zrealizowanych świadczeń w danym roku.

Tabela 36. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na produkty kontraktowe w latach 2017-2018

Produkt kontraktowy	Liczba pacjentek		Liczba świadczeń	
	2017	2018	2017	2018
Świadczenia w zakresie onkologii	54 638	10 055	125 998	24 930
Świadczenia w zakresie onkologii - diagnostyka poza pakietem onkologicznym	25 401	54 035	32 709	135 835
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	17 681	8 703	33 691	15 178
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii - diagnostyka poza pakietem onkologicznym	4 510	12 334	5 461	23 898
Świadczenia w zakresie onkologii - świadczenia pierwszorazowe	4 487	3 054	8 828	5 824
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej	1 044	152	1 764	219
Świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii - zakres skojarzony z 02.1450.001.02	969	341	1 262	386
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej - diagnostyka poza pakietem onkologicznym	440	1 483	653	2 863
Świadczenia zabiegowe w chirurgii onkologicznej - zakres skojarzony z 02.1540.001.02	402	50	799	66

Produkt kontraktowy	Liczba pacjentek		Liczba świadczeń	
	2017	2018	2017	2018
Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej	53	43	162	114
Świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt	10	5	15	8
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci	6	3	12	4
Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej - diagnostyka poza pakietem onkologicznym	4	14	8	49
Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej - świadczenia pierwszorazowe	3	7	6	14
Świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt - diagnostyka onkologiczna	1	0	1	0
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci - diagnostyka poza pakietem onkologicznym	0	3	0	4
Ogółem	72 508	72 966	211 369	209 392

W 2019 r. świadczenia w zakresie onkologii – diagnostyka onkologiczna poza pakietem onkologicznym były najczęściej realizowaną grupą świadczeń wśród pacjentek objętych analizą. W 2018 r. nastąpił spadek realizacji świadczeń w ramach tego produktu. W pozostałych latach realizacja świadczeń była na stałym poziomie.

Tabela 37. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych (C53, C54, C56) oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na produkty kontraktowe w 2019 r.

Produkt kontraktowy	Liczba pacjentek	Liczba świadczeń
Świadczenia w zakresie onkologii-diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym	55 544	139 015
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii-diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym	13 861	27 667
Świadczenia w zakresie onkologii	9 226	22 418
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	7 979	13 004
Świadczenia w zakresie onkologii-Świadczenia pierwszorazowe	3 420	6 837
Świadczenia w zakresie onkologii-diagnostyka onkologiczna	2 705	2 966
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii-diagnostyka onkologiczna	2 310	2 436
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej-diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym	1 156	2 339
Świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii-zakres skojarzony z 02.1450.001.02	339	393
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej	149	214
Świadczenia zabiegowe w chirurgii onkologicznej -zakres skojarzony z 02.1540.001.02	54	72
Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej	38	116
Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej-diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym	23	86
Świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt	10	24
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej-diagnostyka onkologiczna	7	7
Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej-Świadczenia pierwszorazowe	5	8
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci	4	6
Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej-diagnostyka onkologiczna	2	2
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci-diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym	2	4

Produkt kontraktowy	Liczba pacjentek	Liczba świadczeń
Świadczenia w zakresie urologii-diagnostyka onkologiczna	1	1
Ogółem	74 679	217 615

Z kolei biorąc pod uwagę produkty jednostkowe zrealizowane w latach 2017-2018 w ramach analizowanych produktów kontraktowych, najczęściej realizowano świadczenie specjalistyczne 1-go typu z grupy W11, które w 2017 r. stanowiło 44,6%, a w roku 2018 – 45,1% wszystkich wykonanych świadczeń w danym roku.

Tabela 38. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe w latach 2017-2018

Produkt rozliczeniowy	Liczba pacjentek		Liczba świadczeń	
	2017	2018	2017	2018
W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	47 623	47 596	94 208	94 432
W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	29 791	29 204	46 838	44 864
W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	28 933	29 663	44 352	44 441
WP1 porada początkowa - świadczenia pierwszorazowe	4 419	4 733	4 750	5 093
W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu	4 302	4 354	4 860	4 792
W40 świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	3 872	3 991	4 129	4 243
W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	3 017	3 006	4 571	4 439
Świadczenia zabiegowe – grupa 100	1 194	1 125	1 565	1 456
Świadczenia zabiegowe - grupa 101	755	820	2 280	2 255
W41 Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu	620	610	664	655
W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	381	415	394	454
Świadczenia zabiegowe – grupa 107	304	218	337	233
W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu	302	292	306	295
Świadczenia zabiegowe - grupa 110	287	190	303	216
W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu	283	194	296	200
Pozostałe	985	861	1 516	1 324
Ogółem	72 508	72 966	211 369	209 392

W 2019 r. najwięcej udzielonych świadczeń dotyczyło świadczenia specjalistycznego 1-go typu. W latach objętych analizą nastąpił spadek liczebności pacjentek, przy jednoczesnym wzroście realizacji tego świadczenia.

Tabela 39. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe w 2019 r.

Produkt rozliczeniowy	Liczba pacjentek	Liczba świadczeń
W11 świadczenie specjalistyczne 1-go typu	47 448	95 740
W13 świadczenie specjalistyczne 3-go typu	30 869	45 469
W12 świadczenie specjalistyczne 2-go typu	28 423	44 516
WP1 porada początkowa - świadczenia pierwszorazowe	5 311	5 788
WP2 porada początkowa - diagnostyka onkologiczna	4 988	5 412
W40 świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	4 616	4 974
W15 świadczenie specjalistyczne 5-go typu	3 533	3 828
W01 świadczenie pohospitalizacyjne	2 795	4 103

Produkt rozliczeniowy	Liczba pacjentek	Liczba świadczeń
Z100 świadczenia zabiegowe - grupa 100	1228	1 674
Z101 świadczenia zabiegowe - grupa 101	873	2 335
W41 świadczenie pierwszorazowe 2-go typu	680	729,49
W14 świadczenie specjalistyczne 4-go typu	481	512,15
W42 świadczenie pierwszorazowe 3-go typu	323	329,88
Z103 świadczenia zabiegowe - grupa 103	240	263,15
Z107 świadczenia zabiegowe - grupa 107	203	213,4
Pozostałe	1 100	1 728
Ogółem	74 679	217 615

Charakterystyka świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

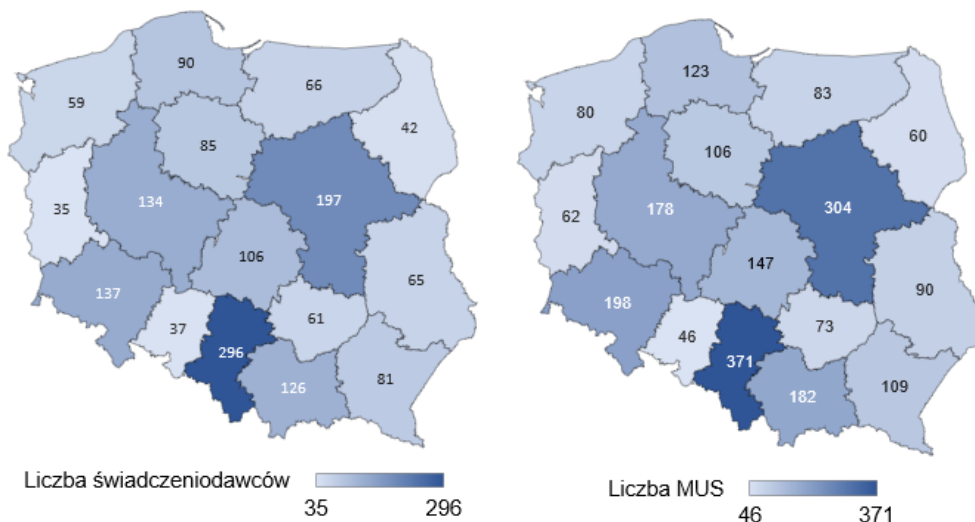
Świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w roku 2017 było 1 700, a w roku 2018 – 1 663, co oznacza spadek liczby podmiotów w 2018 r. o 2,2%. Z kolei analizując MUS-y, czyli miejsca udzielania świadczeń, w roku 2017 było 2 332 placówek realizujących świadczenia w analizowanym zakresie, a w roku 2018 – 2 274, co oznacza spadek liczby MUS-ów w 2018 r. o 2,5%. Najwięcej świadczeniodawców i MUS-ów odnotowano w Mazowieckim i Śląskim OW NFZ.

Tabela 40. Liczba świadczeniodawców i liczba miejsc udzielania świadczeń (MUS) w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019

OW NFZ	Liczba świadczeniodawców			Liczba MUS		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Dolnośląski	145	144	137	211	210	198
Kujawsko-Pomorski	92	91	85	120	111	106
Lubelski	73	75	65	99	98	90
Lubuski	36	35	35	63	59	62
Łódzki	111	112	106	156	152	147
Małopolski	129	121	126	188	186	182
Mazowiecki	205	209	197	310	308	304
Opolski	45	42	37	54	51	46
Podkarpacki	83	76	81	118	110	109
Podlaski	43	45	42	62	66	60
Pomorski	91	89	90	129	125	123
Śląski	304	293	296	373	364	372
Świętokrzyski	59	62	61	71	73	73
Warmińsko-Mazurski	67	61	66	89	79	83
Wielkopolski	148	143	134	194	192	178
Zachodniopomorski	69	65	59	95	90	80
Łącznie	1 700	1 663	1 617	2 332	2 274	2 213

W 2019 r. najwięcej świadczeniodawców oraz miejsc udzielania świadczeń funkcjonowało na terenie Śląskiego OW NFZ. Liczba świadczeniodawców wzrosła o 3 podmioty przy jednoczesnym wzroście MUS-ów

o 7 podmiotów. Najmniejsza liczba świadczeniodawców dotyczyła Lubuskiego OW NFZ, natomiast najmniej MUS-ów funkcjonowało na terenie Opolskiego OW NFZ.



Rysunek 9. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych oraz liczba miejsc udzielania świadczeń wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Analiza wartości umów i wartości zrealizowanej w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

Analizą objęto aktualne wartości umów oraz wartości świadczeń zrealizowanych w ramach produktów kontraktowych włączonych do analizy, przy czym wartość zrealizowaną obliczono zarówno dla wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) jak i dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych (ICD-10 wraz z rozszerzeniami z grup: C53, C54, C56).

W latach 2017-2018 nastąpił wzrost wartości świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych. W 2018 roku wartość zrealizowana produktów kontraktowych objętych analizą u wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) wyniosła ponad 865 mln zł, co oznacza, że była o 1,3% większa niż w 2017 r. (854,4 mln zł). Natomiast świadczenia zrealizowane dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2018 r. wygenerowały koszt 13,5 mln zł, czyli koszt o 0,7% większy niż w 2017 r. (13,4 mln zł). Pomimo wzrostu kosztu udział wartości świadczeń zrealizowanych dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) w latach 2017-2018 utrzymywał się na stałym poziomie 1,6%.

W latach 2017-2018 umowy na największą wartość zostały zawarte w Mazowieckim i Śląskim OW NFZ. Jednocześnie w tych OW NFZ odnotowano najwyższe koszty związane z realizacją analizowanych produktów kontraktowych dla pacjentek total i pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.

Tabela 41. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2018

OW NFZ	Wartość aktualna umowy (w mln zł)		Wartość zrealizowana dla wszystkich pacjentek (w mln zł)		Wartość zrealizowana dla pacjentek objętych analizą (w mln zł)		Udział wartości zrealizowanej dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Dolnośląski	67,7	59,5	71,3	73,4	0,78	0,88	1,1%	1,2%
Kujawsko-Pomorski	41,0	33,1	47,1	48,9	0,71	0,68	1,5%	1,4%
Lubelski	33,2	24,2	36,7	37,2	0,70	0,74	1,9%	2,0%
Lubuski	19,2	14,9	20,3	20,6	0,22	0,21	1,1%	1,0%
Łódzki	40,1	30,8	42,4	43,9	0,64	0,61	1,5%	1,4%
Małopolski	60,5	48,7	67,6	67,07	1,08	1,07	1,6%	1,6%
Mazowiecki	122,8	90,6	127,7	127,4	2,04	2,04	1,6%	1,6%
Opolski	20,1	15,0	21,5	21,4	0,39	0,34	1,8%	1,6%
Podkarpacki	38,0	30,7	41,2	41,9	0,74	0,75	1,8%	1,8%
Podlaski	27,7	21,9	29,9	29,7	0,42	0,45	1,4%	1,5%
Pomorski	55,5	49,7	58,1	59,8	0,81	0,84	1,4%	1,4%
Śląski	96,3	89,5	101,8	102,2	2,24	2,25	2,2%	2,2%
Świętokrzyski	23,6	21,8	24,8	25,9	0,57	0,60	2,3%	2,3%
Warmińsko-Mazurski	30,7	25,5	33,2	33,0	0,40	0,40	1,2%	1,2%
Wielkopolski	85,7	73,0	89,7	91,1	0,90	0,91	1,0%	1,0%
Zachodnio-pomorski	37,3	29,6	41,1	41,8	0,70	0,71	1,7%	1,7%
Ogółem	799,6	658,6	854,4	865,4	13,4	13,5	1,6%	1,6%

W 2019 r. wartość aktualna umowy na realizację świadczeń w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych w rodzaju AOS dla kraju wyniosła 679,7 mln zł, z czego największa wartość dotyczyła świadczeniodawców mających podpisane kontrakty z Mazowieckim OW NFZ. Ogólna wartość zrealizowana świadczeń objętych analizą wyniosła 893,1 mln zł, z czego 14,0 mln zł dotyczyło świadczeń udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.

Tabela 42. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.

OW NFZ	Wartość aktualna umowy (w mln zł)	Wartość zrealizowana dla wszystkich pacjentek (w mln)	Wartość zrealizowana dla pacjentek objętych analizą (w mln zł)	Udział wartości zrealizowanej dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek
Dolnośląski	61,2	75,3	1,0	1,3%
Kujawsko-Pomorski	33,4	48,7	0,7	1,4%
Lubelski	24,5	38,4	0,7	1,9%
Lubuski	16,0	21,2	0,2	1,1%
Łódzki	32,1	44,7	0,7	1,5%
Małopolski	49,0	69,3	1,0	1,5%

Mazowiecki	93,0	132,3	2,1	1,6%
Opolski	15,5	22,0	0,3	1,5%
Podkarpacki	33,4	44,5	0,8	1,8%
Podlaski	22,5	30,5	0,4	1,4%
Pomorski	51,3	61,6	0,9	1,4%
Śląski	90,7	105,7	2,4	2,3%
Świętokrzyski	22,1	26,8	0,6	2,3%
Warmińsko-Mazurski	25,5	33,2	0,4	1,3%
Wielkopolski	78,7	96,0	1,0	1,0%
Zachodniopomorski	30,9	43,1	0,7	1,7%
Ogółem	679,7	893,1	14,0	1,6%

8.2.4. Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK)

Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Analizą objęto pacjentki z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, czyli C53 (wraz z rozszerzeniami) – nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 (wraz z rozszerzeniami) – nowotwór złośliwy trzonu macicy oraz C56 – nowotwór złośliwy jajnika, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK), stanowiących załącznik nr 1b zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Analizy przeprowadzono dla produktów kontraktowych:

- Badania tomografii komputerowej (TK) (02.7220.072.02)
- Badania rezonansu magnetycznego (RM) (02.7250.072.02)
- Badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia (02.0000.079.02)
- Badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia (02.0000.078.02)

Charakterystyka pacjentek, które otrzymały świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju AOS-ASDK

Łącznie w latach 2017-2018 świadczenia w rodzaju AOS-ASDK otrzymało ponad 42 tys. pacjentek. Z roku na rok liczba pacjentek rosła i w roku 2018 była o 4,65% większa niż w roku 2017 (20 661 osób w 2017 r. i 21 622 osób w 2018 r.). W 2017 r. pacjentki były w wieku od 7 do 95 lat. Średnia wieku analizowanej populacji była równa 62 lata, zaś mediana wieku była na poziomie 63 lat.

Tabela 43. Charakterystyka wieku pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które miały udzielone świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w podziale na OW NFZ w 2017 r.

OW NFZ	Liczba pacjentek	Min	Kwartyl 1	Mediana	Średnia	Kwartyl 3	Max
Dolnośląski	2 515	21	56	63	62	69	92
Kujawsko-Pomorski	818	14	55	61	61	68	86
Lubelski	833	18	54	62	61	69	95
Lubuski	315	26	56	62	61	68	88
Łódzki	1 004	12	56	63	62	69	90

OW NFZ	Liczba pacjentek	Min	Kwartyl 1	Mediana	Średnia	Kwartyl 3	Max
Małopolski	1 335	7	55	63	62	69	90
Mazowiecki	2 566	9	56	64	63	70	90
Opolski	264	34	56	64	63	69	84
Podkarpacki	795	17	54	61	61	69	87
Podlaski	547	16	56	62	62	69	91
Pomorski	1 270	18	55	62	61	68	91
Śląski	5 397	18	57	64	63	70	95
Świętokrzyski	882	19	56	63	62	69	91
Warmińsko-Mazurski	559	21	56	62	61	68	89
Wielkopolski	725	12	54	62	61	68	92
Zachodniopomorski	927	16	55	63	61	69	90
Ogółem	20 661	7	56	63	62	69	95

W 2018 r. pacjentkami były kobiety w wieku od 9 do 95 lat. Średnia wieku analizowanej populacji była równa 62 lat, zaś mediana wieku była na poziomie 63 lat. Najwięcej osób, którym udzielono świadczenia w analizowanym zakresie było w Śląskim (5 535 osób, tj. więcej o 138 osób niż w 2017 r.) i Mazowieckim OW NFZ (2 722 osób, tj. więcej o 156 osób niż w 2017 r.), a najmniej – w Lubuskim (319 osób, tj. więcej o 4 osoby niż w 2017 r.) i Opolskim OW NFZ (255 osób, tj. mniej o 9 osób niż w 2017 r.).

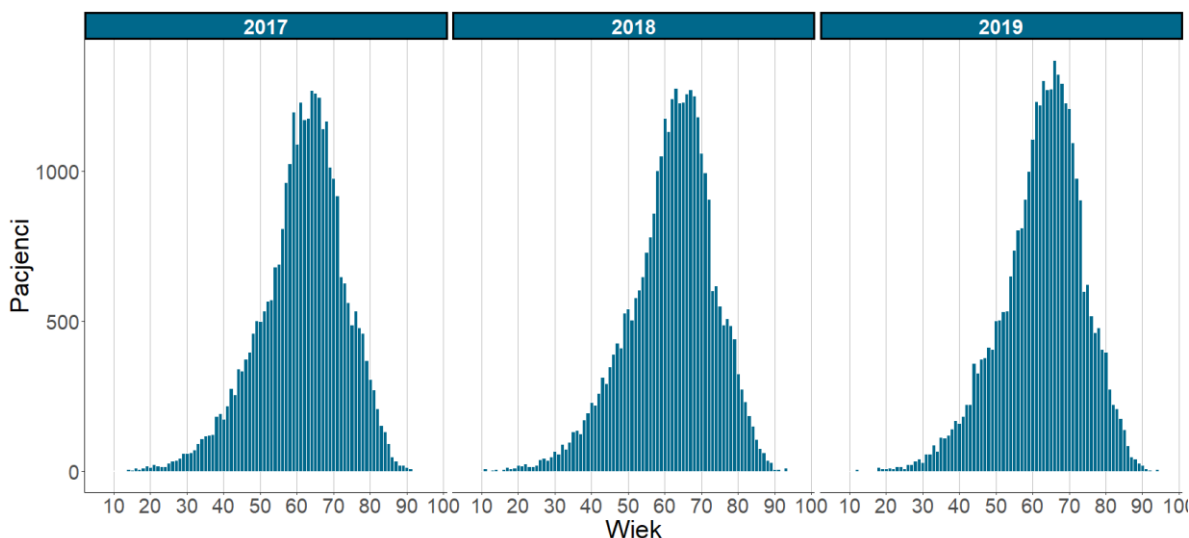
Tabela 44. Charakterystyka wieku pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które miały udzielone świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w podziale na OW NFZ w 2018 r.

OW NFZ	Liczba pacjentek	Min	Kwartyl 1	Średnia	Mediana	Kwartyl 3	Max
Dolnośląski	2 487	15	56	62	64	70	93
Kujawsko-Pomorski	872	15	55	61	62	68	89
Lubelski	929	20	53	61	62	68	89
Lubuski	319	30	55	61	62	68	89
Łódzki	1 110	13	57	63	64	70	91
Małopolski	1 476	17	55	62	62	70	91
Mazowiecki	2 722	9	56	63	64	70	93
Opolski	255	23	56	63	64	70	93
Podkarpacki	824	16	55	62	63	70	90
Podlaski	650	25	56	62	62	69	90
Pomorski	1 336	16	55	62	63	69	92
Śląski	5 535	14	57	63	64	70	95
Świętokrzyski	884	20	55	61	62	69	93
Warmińsko-Mazurski	602	13	57	62	63	69	93
Wielkopolski	810	9	54	61	62	69	89
Zachodniopomorski	921	17	56	62	64	69	89
Ogółem	21 622	9	56	62	63	70	95

W 2019 r. łączna liczba pacjentek, które otrzymały ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w rodzaju AOS wyniosła 23 123. Najwięcej pacjentek zostało sprawozdanych na terenie Śląskiego OW NFZ. Najmniejsza liczba sprawozdanych pacjentek dotyczyła Opolskiego OW NFZ. Kobiety były w wieku 8 – 96 lat, z czego połowa była w wieku 56-70 lat. Średnia dla kraju wyniosła 63 lata przy medianie na poziomie 64 lat.

W latach 2017–2019 najliczniejszą grupę pacjentek stanowiły kobiety w wieku 60 – 69 lat (7 997 osób w 2017 r. i 8 390 osób w 2018 r.), przy czym udział tej grupy wiekowej w ogólnej populacji pacjentek w danym roku utrzymywał się na stałym poziomie 38,8%. W 2019 r. rozkład wieku pacjentek był zbliżony do rozkładu z lat poprzednich. Najwięcej pacjentek było w wieku 60 – 69 lat przy największej liczebności w wieku 66 lat. Wzrost liczebności następował po ukończeniu przez pacjenta 50 roku życia. Po ukończeniu przez pacjenta 70 roku życia następował spadek w liczbie sprawozdanych osób.

Wykres 25. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych ze względu na wiek, które miały udzielone świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w podziale na OW NFZ w latach 2017–2019



[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Charakterystyka realizacji świadczeń w rodzaju AOS-ASDK

Najwięcej świadczeń wykonano w ramach tomografii komputerowej (TK). W roku 2017 świadczenia te stanowiły 85,7% wszystkich wykonanych świadczeń w rodzaju AOS-ASDK u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych. Natomiast w roku 2018 wykonano o 3,8% więcej badań tomografii komputerowej niż w roku 2017 i świadczenia te stanowiły 86,2% wszystkich wykonanych świadczeń. Spadek realizacji świadczeń w roku 2018 w porównaniu do roku 2017 odnotowano dla badań endoskopowych przewodu pokarmowego, czyli kolonoskopii (o 27 badań mniej niż w 2017 r.) i gastroskopii (o 25 badań mniej niż w 2017 r.).

W 2019 r. zaobserwowano wzrost liczby pacjentek oraz realizacji w stosunku do lat poprzednich. Najwięcej pacjentek otrzymało badania diagnostyczne w ramach tomografii komputerowej. W ramach tych badań udzielono również największą liczbę świadczeń.

Tabela 45. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w podziale na produkty kontraktowe w latach 2017-2019

Produkt kontraktowy	Liczba pacjentek			Liczba świadczeń		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Badania Tomografii Komputerowej (TK)	18 527	19 499	20 768	25 113	26 074	28 131
Badania Rezonansu Magnetycznego (RM)	3 093	3 134	3 607	3 748	3 787	4 328
Badania Endoskopowe Przewodu Pokarmowego – Kolonoskopia	292	260	342	301	274	349
Badania Endoskopowe Przewodu Pokarmowego – Gastroskopia	132	112	124	140	115	127

Produkt kontraktowy	Liczba pacjentek			Liczba świadczeń		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Ogółem	20 661	21 622	23 123	29 302	30 250	32 935

Z kolei biorąc pod uwagę produkty jednostkowe zrealizowane w latach 2017-2018 w ramach analizowanych produktów kontraktowych w rodzaju AOS-ASDK, najczęściej realizowanym świadczeniem była tomografia komputerowa dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, która w 2017 r. stanowiła 60%, a w roku 2018 – 44,7% wszystkich wykonanych świadczeń w danym roku. Analizując dynamikę zmian realizacji wskazanego produktu jednostkowego w 2018 r. wykonano o 17,6% mniej badań niż w roku 2017. Natomiast największy wzrost realizacji świadczeń odnotowano dla badania tomografii komputerowej trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, gdyż w 2018 r. wykonano o 3 754 (czyli o 380,7%) badań więcej niż w 2017 r.

Tabela 46. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztownych (ASDK) w podziale na produkty kontraktowe w latach 2017-2018

Produkt rozliczeniowy	Liczba pacjentek		Liczba świadczeń	
	2017	2018	2017	2018
TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	13 158	11 195	16 405	13 514
TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	1 825	1 123	2 289	1 422
TK: innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 658	1 620	1 898	1 872
Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – MR	1 240	1 278	1 523	1 547
MR: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych)	1 147	0	1 277	0
TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	966	705	1 118	786
TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	958	3 753	986	4 740
TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	955	780	1 009	830
TK: badanie innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	395	321	448	374
MR - badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	340	1 323	346	1 502
TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	337	330	362	355
TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	245	1 158	249	1 391
Kolonoskopia diagnostyczna	183	173	186	179
TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	175	162	179	165
MR: badanie dwóch innych okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych)	115	0	135	0
MR: badanie innej okolicy anatomicznej (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych) bez wzmocnienia kontrastowego	110	0	124	0
TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	97	452	98	555
MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych bez wzmocnienia kontrastowego	81	0	81	0
Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnione bad. hist.–pat.)	78	61	80	66
MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	72	0	73	0
Pozostałe	420	876	436	949

Produkt rozliczeniowy	Liczba pacjentek		Liczba świadczeń	
	2017	2018	2017	2018
Ogółem	20 661	21 622	29 302	30 250

W 2019 r. najczęściej realizowanym świadczeniem było badanie tomografii komputerowej dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym. Świadczenie to było najczęściej realizowanym świadczeniem w ramach ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych. W porównaniu do 2017 r. nastąpił spadek realizacji tego świadczenia.

Tabela 47. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w podziale na produkty kontraktowe w 2019 r.

Produkt rozliczeniowy	Liczba pacjentek	Liczba świadczeń
TK badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	11 569	13 977
TK badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	4 840	6 135
MR - badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 558	1 765
Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	1 506	1 822
TK innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 476	1 625
TK badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	1 376	1 703
TK badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	1 042	1 330
TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	805	857
TK badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	782	875
TK badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	502	615
TK badanie innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	369	412
TK badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	317	346
Kolonoskopia diagnostyczna	210	211
MR: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	193	229
TK badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	182	190
MR - badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	141	153
MR - badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	125	137
MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	106	107
Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnione badania hist.-pat.)	89	93
MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	58	60
Pozostałe	285	293
Ogółem	23 123	32 935

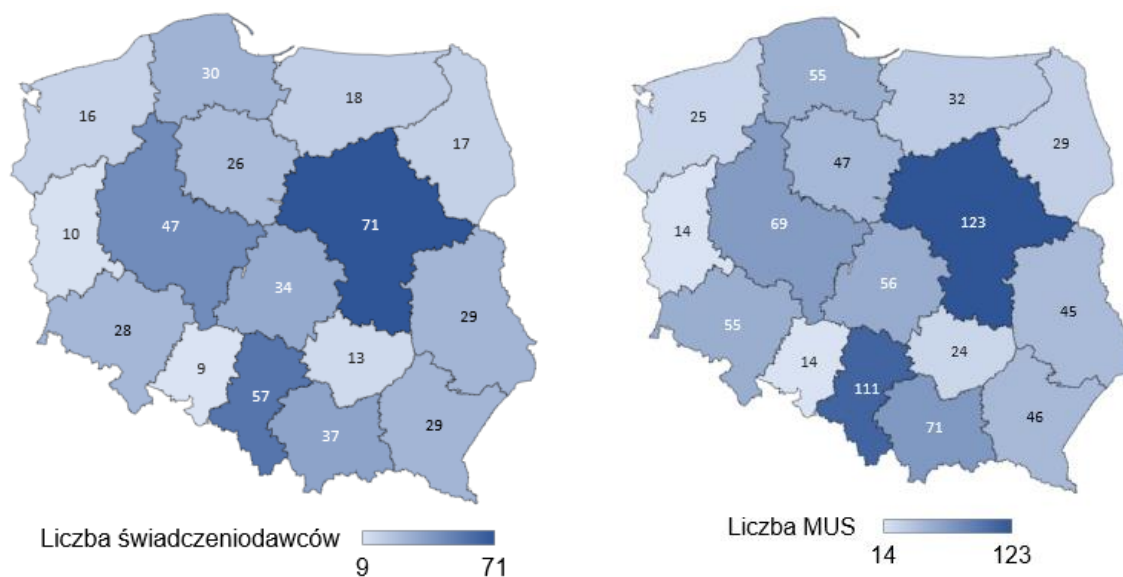
Charakterystyka świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju AOS-ASDK

Świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju AOS-ASDK u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w roku 2017 było 420, a w roku 2018 – 436, co oznacza wzrost liczby podmiotów w 2018 r. o 3,8%. Z kolei analizując MUS-y, czyli miejsca udzielania świadczeń, w roku 2017 było 683 MUS-ów, a w roku 2018 – 717, co oznacza wzrost liczby MUS-ów w 2018 r. o 5%. Najwięcej świadczeniodawców i MUS-ów odnotowano w Mazowieckim i Śląskim OW NFZ.

Tabela 48. Liczba świadczeniodawców i liczba miejsc udzielania świadczeń (MUS) w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnnych (ASDK) wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019

OW NFZ	Liczba świadczeniodawców			Liczba MUS		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Dolnośląski	26	28	28	53	51	55
Kujawsko-Pomorski	20	26	26	33	45	47
Lubelski	20	24	29	32	36	45
Lubuski	9	9	10	14	13	14
Łódzki	32	31	34	46	48	56
Małopolski	35	40	37	59	72	71
Mazowiecki	68	64	71	108	116	123
Opolski	11	12	9	16	16	14
Podkarpacki	26	26	29	42	38	46
Podlaski	14	16	17	23	28	29
Pomorski	26	25	30	48	48	55
Śląski	48	50	57	85	85	111
Świętokrzyski	11	10	13	19	17	24
Warmińsko-Mazurski	18	18	18	26	23	32
Wielkopolski	39	41	47	57	58	69
Zachodniopomorski	17	16	16	22	23	25
Łącznie	420	436	471	683	717	816

W 2019 r. najwięcej świadczeniodawców oraz miejsc udzielania świadczeń funkcjonowało na terenie Mazowieckiego OW NFZ, w którym nastąpił wzrost w ich liczbie. Najmniejsza liczba świadczeniodawców i MUS dotyczyła Opolskiego OW NFZ.



Rysunek 10. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnnych (ASDK) oraz liczba miejsc udzielania świadczeń wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM-NFZ]

Analiza wartości umów i wartości zrealizowanej w zakresie ASDK

Analizą objęto aktualne wartości umów oraz wartości świadczeń zrealizowanych w ramach produktów kontraktowych włączonych do analizy, przy czym wartość zrealizowaną obliczono zarówno dla wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) jak i dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych (ICD-10 wraz z rozszerzeniami z grup: C53, C54, C56).

W latach 2017-2018 nastąpił wzrost wartości umów oraz wartości świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie ASDK. W 2018 roku wartość zrealizowana produktów kontraktowych objętych analizą u wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) wyniosła ponad 1 087 mln zł, co oznacza, że była o 9,2% większa niż w 2017 r. (995,3 mln zł). Natomiast świadczenia zrealizowane dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017 i 2018 wygenerowały koszt po 14,9 mln zł. Jednocześnie udział wartości świadczeń zrealizowanych dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) w latach 2017-2018 utrzymywał się na stałym poziomie 1,4-1,5%. W latach 2017-2018 umowy na największą wartość zostały zawarte w Śląskim OW NFZ. Jednocześnie w tym OW NFZ odnotowano najwyższe koszty związane z realizacją analizowanych produktów kontraktowych dla pacjentek total i pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.

Tabela 49. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2018

OW NFZ	Wartość aktualna umowy (w mln zł)		Wartość zrealizowana dla wszystkich pacjentek (w mln zł)		Wartość zrealizowana dla pacjentek objętych analizą (w mln zł)		Udział wartości zrealizowanej dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Dolnośląski	81,8	84,2	80,8	84,4	2,34	2,03	2,9%	2,4%
Kujawsko-Pomorski	54,4	60,8	56,6	60,6	0,57	0,67	1,0%	1,1%
Lubelski	50,3	52,1	50,2	52,9	0,60	0,69	1,2%	1,3%
Lubuski	30,1	30,6	28,8	30,3	0,20	0,21	0,7%	0,7%
Łódzki	63,6	70,4	60,1	70,5	0,54	0,63	0,9%	0,9%
Małopolski	81,4	94,8	82,6	95,31	0,99	1,05	1,2%	1,1%
Mazowiecki	123,2	129,1	123,2	127,1	1,97	1,91	1,6%	1,5%
Opolski	23,9	25,3	23,6	25,2	0,17	0,15	0,7%	0,6%
Podkarpacki	50,2	59,7	50,2	59,7	0,55	0,60	1,1%	1,0%
Podlaski	38,3	44,8	37,9	45,1	0,42	0,50	1,1%	1,1%
Pomorski	62,2	66,7	61,9	66,5	0,80	0,80	1,3%	1,2%
Śląski	135,3	141,3	134,7	138,9	3,64	3,47	2,7%	2,5%
Świętokrzyski	37,9	46,2	37,6	45,1	0,75	0,77	2,0%	1,7%
Warmińsko-Mazurski	36,9	38,8	37,0	39,8	0,37	0,36	1,0%	0,9%
Wielkopolski	82,9	93,2	82,6	93,2	0,41	0,47	0,5%	0,5%
Zachodnio-pomorski	47,3	52,5	47,4	52,5	0,71	0,68	1,5%	1,3%
Ogółem	999,8	1 090,7	995,3	1 087,2	14,9	14,9	1,5%	1,4%

W 2019 r. wartość aktualna umowy na realizację świadczeń w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych w rodzaju AOS dla kraju wyniosła 1 335,0 mln, z czego największa wartość dotyczyła świadczeniodawców mających podpisane kontrakty ze Śląskim OW NFZ. Ogólna wartość zrealizowana świadczeń objętych analizą wyniosła 1 327,5 mln zł, z czego 16,6 mln dotyczyło świadczeń udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.

Tabela 50. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.

OW NFZ	Wartość aktualna umowy (w mln zł)	Wartość zrealizowana dla wszystkich pacjentek (w mln)	Wartość zrealizowana dla pacjentek objętych analizą (w mln zł)	Udział wartości zrealizowanej dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek
Dolnośląski	105,3	104,1	2,1	2,1%
Kujawsko-Pomorski	73,4	73,3	0,7	1,0%
Lubelski	66,1	66,1	0,8	1,1%
Lubuski	35,1	34,7	0,2	0,7%
Łódzki	87,6	84,7	0,6	0,8%
Małopolski	115,2	115,1	1,2	1,0%
Mazowiecki	155,1	155,4	2,1	1,4%
Opolski	31,2	31,3	0,2	0,6%
Podkarpacki	70,7	71,0	0,7	1,0%
Podlaski	55,7	55,7	0,5	0,9%
Pomorski	86,2	85,2	1,0	1,2%
Śląski	176,3	176,3	3,8	2,2%
Świętokrzyski	56,2	56,2	0,8	1,5%
Warmińsko-Mazurski	46,9	46,9	0,4	0,9%
Wielkopolski	114,2	111,5	0,6	0,6%
Zachodnio-pomorski	59,9	59,9	0,7	1,2%
Ogółem	1 335,0	1 327,5	16,6	1,3%

8.2.5. Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK)

Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK) udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Analizą objęto pacjentki z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56, D06, D07, D25, D26, D27, D28 i D39 (wraz z rozszerzeniami)), które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju SOK. Szczegółowe analizy przeprowadzono dla produktów kontraktowych:

- Badania izotopowe (11.0000.040.02);
- Terapia izotopowa (sok) (11.0000.043.02);
- Żywnienie pozajelitowe w warunkach domowych (11.0000.047.02);
- Żywnienie dojelitowe w warunkach domowych (11.0000.048.02);
- Badania genetyczne (11.1210.053.02);
- Pozytonowa tomografia emisyjna (pet) (11.7220.001.12).

Charakterystyka pacjentek, które otrzymały świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju SOK

W 2019 r. ze świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie korzystało ponad 3,3 tys. pacjentek, co oznacza, że w porównaniu do roku 2017 liczba pacjentek zwiększyła się o 6,7%. Zaś liczba zrealizowanych świadczeń zwiększyła się z 10 242 w 2017 r. do 13 436 w 2018 r., czyli o 27,0%. Współczynnik powtarzalności (rozumiany jako iloraz liczby świadczeń do liczby pacjentek) w 2019 r. był równy 3,9, co oznacza, że pacjentka

miała średnio udzielanych 3,9 świadczenia. Ponadto w 2019 r. najwięcej pacjentek było leczonych w Wielkopolskim OW NFZ. Z kolei największą liczbę świadczeń, czyli prawie 4,3 tys., udzielono w Łódzkim OW NFZ, a współczynnik powtarzalności wyniósł 15,9 głównie z powodu realizacji świadczenia żywienie pozajelitowe w warunkach domowych, które stanowiło 93,7% wszystkich udzielonych świadczeń w tym województwie.

Tabela 51. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych i liczba zrealizowanych świadczeń w rodzaju SOK w latach 2017-2019 w podziale na OW NFZ

OW NFZ	2017			2018			2019		
	L.P.	L.Ś.	W.P.	L.P.	L.Ś.	W.P.	L.P.	L.Ś.	W.P.
Dolnośląskie	495	1 337	2,7	433	820	1,9	487	988	2,0
Kujawsko-Pomorskie	329	667	2,0	303	818	2,7	266	501	1,9
Lubelskie	79	159	2,0	78	587	7,5	98	724	7,4
Lubuskie	4	39	9,8	12	55	4,6	14	15	1,1
Łódzkie	168	2 729	16,2	225	4 784	21,3	269	4 280	15,9
Małopolskie	222	826	3,7	235	812	3,5	253	727	2,9
Mazowieckie	246	283	1,2	280	575	2,1	244	638	2,6
Opolskie	48	50	1,0	60	63	1,1	72	76	1,1
Podkarpackie	56	106	1,9	64	256	4,0	77	222	2,9
Podlaskie	39	39	1,0	35	37	1,1	34	37	1,1
Pomorskie	168	1 883	11,2	217	1 614	7,4	179	1 694	9,5
Śląskie	474	525	1,1	509	544	1,1	467	505	1,1
Świętokrzyskie	133	145	1,1	129	150	1,2	125	143	1,1
Warmińsko-Mazurskie	63	461	7,3	71	402	5,7	106	592	5,6
Wielkopolskie	465	854	1,8	437	1 739	4,0	504	1 731	3,4
Zachodnio-pomorskie	125	139	1,1	158	180	1,1	125	135	1,1
Ogółem	3 098	10 242	3,3	3 228	13 436	4,2	3 306	13 008	3,9

L.P. – liczba pacjentek; L.Ś. liczba świadczeń; W.P. – współczynnik powtarzalności

W latach 2017-2019 najliczniejszą grupę pacjentek stanowiły kobiety w wieku 60-69 lat (1 118 osób w 2017 r., 1 171 w 2018 r., 1 165 w 2019 r.), których udział w ogólnej populacji pacjentek objętych analizą wyniósł 36,1% w 2017 r., 36,3% w 2018 r., 35,2% w 2019 r. Jednocześnie dla tej grupy pacjentek zrealizowano najwięcej świadczeń, tj. 45,6% wszystkich udzielonych świadczeń w analizowanym zakresie w 2017 r., 46,9% w roku 2018, 43,2% w roku 2019.

Tabela 52. Charakterystyka pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenie w rodzaju SOK

Grupy wiekowe	Liczba pacjentek			Liczba świadczeń		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
0-9	0	0	1	0	0	1
10-19	8	7	8	9	7	10
20-29	32	37	33	38	43	37
30-39	152	165	180	433	322	395
40-49	413	398	444	1 053	1 180	1 143
50-59	798	807	789	2 585	3 116	3 434
60-69	1 118	1 171	1 165	4 669	6 301	5 618
70-79	499	547	582	1 190	1 891	1 948
80-89	78	93	101	265	573	419
90+	0	3	3	0	3	3
Ogółem	3 098	3 228	3 306	10 242	13 436	13 008

Charakterystyka realizacji świadczeń w rodzaju SOK

Najwięcej świadczeń wykonano w ramach produktu kontraktowego: żywienie pozajelitowe w warunkach domowych. W roku 2017 świadczenia te stanowiły 67,1% wszystkich wykonanych świadczeń w rodzaju SOK. Natomiast w roku 2019 wykonano o 30,9% więcej analizowanych świadczeń niż dwa lata wcześniej i świadczenia te stanowiły 69,1% wszystkich wykonanych świadczeń w rodzaju SOK.

Drugim najczęściej realizowanym produktem kontraktowym była pozytonowa tomografia emisyjna (PET), której udział w ogólnej liczbie zrealizowanych świadczeń w analizowanym zakresie w 2017 r. był równy 29,1%, a w roku 2019 – 24,9%. Jednocześnie świadczenie to zostało wykonane u 88,5% pacjentek w 2017 r. (2 741 osób) i u 90,2% pacjentek w 2019 r. (2 983 osób). Dodatkowo, pomimo że w ujęciu krotności pozytonowa tomografia emisyjna nie była najczęściej wykonywanym świadczeniem, to w ujęciu wartości wygenerowała największy koszt spośród analizowanych produktów kontraktowych, który w 2019 r. wyniósł prawie 8,8 mln zł i stanowił 78,8% wartości wszystkich świadczeń zrealizowanych w rodzaju SOK u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.

Tabela 53. Charakterystyka ogólna produktów kontraktowych zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju SOK u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Produkt kontraktowy	2017			2018			2019		
	L.P.	L.Ś.	W. (w tys. zł)	L.P.	L.Ś.	W. (w tys. zł)	L.P.	L.Ś.	W. (w tys. zł)
Badania genetyczne	278	283	150,0 zł	310	326	192,9 zł	225	245	139,1
Badania izotopowe	20	20	107,5 zł	16	16	82,2 zł	17	18	92,8
Pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	2 741	2 976	8 047,4 zł	2 820	3 072	8 227,6 zł	2 983	3 241	8 797,0
Terapia izotopowa (SOK)	28	39	35,4 zł	35	39	27,2 zł	33	41	27,3
Żywienie dojelitowe w warunkach domowych	3	56	4,5 zł	6	513	45,2 zł	3	473	43,2
Żywienie pozajelitowe w warunkach domowych	52	6 868	1 579,1 zł	74	9 470	2 174,7 zł	68	8 990	2 062,9
Ogółem	3 098	10 242	9 923,9 zł	3 228	13 436	10 749,8 zł	3 306	13 008	11 162,3

L.P. – liczba pacjentek; L.Ś. liczba świadczeń; W - wartość

Tabela 54. Charakterystyka ogólna produktów rozliczeniowych zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju SOK u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Produkt kontraktowy	Produkt rozliczeniowe	2017		2018		2019	
		L.P.	L.Ś.	L.P.	L.Ś.	L.P.	L.Ś.
Badania genetyczne	Kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych	5	6	46	48	23	23
	Kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	273	277	269	278	203	222
Badania izotopowe	Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny	20	20	16	16	16	17
Pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	2 733	2 967	2 814	3 065	2 981	3 239
	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	9	9	7	7	2	2
Terapia izotopowa (SOK)	Synowiektomie radioizotopowe	1	1	0	0	0	0

Produkt kontraktowy	Produkt rozliczeniowe	2017		2018		2019	
		L.P.	L.Ś.	L.P.	L.Ś.	L.P.	L.Ś.
	Synowiekтомie radioizotopowe - porada kwalif kacyjna	1	1	0	0	1	1
	Terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu samaru	4	4	2	2	2	2
	Terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kontrolna	4	7	2	3	1	5
	Terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kwalif kacyjna	26	26	33	33	32	32
	Terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kwalif kacyjna	0	0	1	1	1	1
Żywnienie dojelitowe w warunkach domowych	Żywnienie dojelitowe w warunkach domowych	3	56	6	513	3	473
Żywnienie pozajelitowe w warunkach domowych	Żywnienie pozajelitowe dorosłych w warunkach domowych	52	6 868	74	9 470	68	8990
Ogółem		3 098	10 242	3 228	13 436	3 306	13 008

L.P. – liczba pacjentek; L.Ś. liczba świadczeń

Z kolei analizując realizację produktu kontraktowego: pozytonowa tomografia emisyjna (PET) na poziomie poszczególnych oddziałów NFZ, w latach 2017-2019 największa liczba świadczeń została wykonana przez świadczeniodawców funkcjonujących na obszarze Śląskiego OW NFZ (521 w 2017 r., 528 w 2018 r., 489 w 2019 r) i była ona większa niż liczba pacjentek (470 w 2017 r. i 495 w 2018 r., 454 w 2019 r.), co oznacza, że niektóre kobiety miały udzielone świadczenie więcej niż 1 raz.

Tabela 55. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie produktu kontraktowego pozytonowa tomografia emisyjna (PET) w rodzaju SOK

OW NFZ	2017			2018			2019		
	L.P.	L.Ś.	W. (w tys. zł)	L.P.	L.Ś.	W. (w tys. zł)	L.P.	L.Ś.	W. (w tys. zł)
Dolnośląski	472	504	1 359,3	394	421	1 131,2	455	482	1 315,2
Kujawsko – Pomorski	326	359	969,4	295	337	905,5	248	283	772,5
Lubelski	74	87	234,6	68	70	188,1	89	93	253,3
Lubuski	3	3	8,1	11	12	32,2	13	14	38,6
Łódzki	150	158	425,9	196	215	580,7	240	260	713,6
Małopolski	183	192	518,2	205	209	566,7	240	248	683,9
Mazowiecki	191	202	544,7	180	200	523,0	193	210	535,3
Opolski	16	17	45,8	31	34	91,4	52	55	150,3
Podkarpacki	44	45	121,4	47	53	142,9	42	43	118,3
Podlaski	25	25	67,4	22	23	62,1	27	29	80,2
Pomorski	145	153	412,4	183	201	540,1	164	175	478,3
Śląski	470	521	1 415,0	495	528	1 434,3	454	489	1 347,6
Świętokrzyski	133	145	400,2	129	136	371,9	122	131	356,7
Warmińsko – Mazurski	59	61	164,6	67	68	182,7	100	101	275,8
Wielkopolski	339	365	984,2	353	388	1 042,5	429	493	1 343,2

OW NFZ	2017			2018			2019		
	L.P.	L.Ś.	W. (w tys. zł)	L.P.	L.Ś.	W. (w tys. zł)	L.P.	L.Ś.	W. (w tys. zł)
Zachodniopomorski	125	139	376,2	155	177	432,3 zł	125	135	334,4
Ogółem	2 741	2 976	8 047,4	2 820	3 072	8 227,6	2 983	3 241	8 797,0

L.P. – liczba pacjentek; L.Ś. –liczba świadczeń; W. – wartość

Charakterystyka świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju SOK

W latach 2017-2019 liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju SOK u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych zmniejszyła się z 57 do 55, czyli o 3,5%. W 2019 r. najwięcej (tj. 6 świadczeniodawców) było w łódzkim OW NFZ, a najmniej (1) – w Zachodniopomorskim OW NFZ.

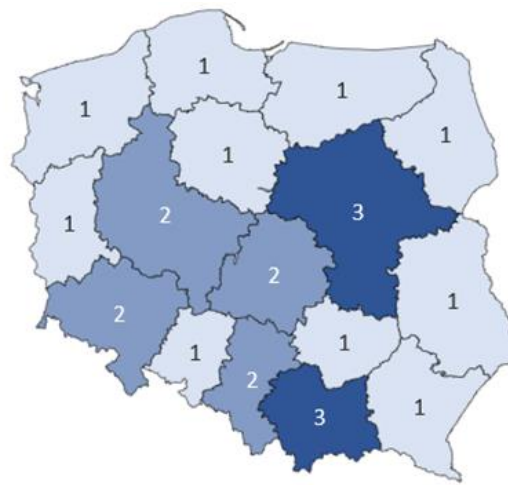
Z kolei analizując świadczeniodawców z zawartą umową na realizację produktu kontraktowego: pozytonowa tomografia emisyjna (PET) w 2019 r. funkcjonowało 24 świadczeniodawców. Najwięcej, tj. po 3 świadczeniodawców było w Mazowieckim OW NFZ i Małopolskim OW NFZ, a najmniej – po 1 w 10 OW NFZ: Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim i Zachodniopomorskim.

a)



Liczba SWD
1 6

b)



Liczba PET
1 3

Rysunek 11. Rozkład świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju SOK w 2019 r. u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych; a) liczba świadczeniodawców ogółem b) liczba świadczeniodawców realizujących pozytonową tomografię emisyjną

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ]

Szczegółowy wykaz świadczeniodawców, którzy w 2019 r. mieli zawartą umowę na realizację świadczeń w rodzaju SOK przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 56. Wykaz świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju SOK w 2019 r. u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

OW NFZ	Poziom zabezpieczenia	Świadczeniodawca	Miejscowość
Dolnośląskie	Ogólnopolski	4 Wojskowy Szpital Kliniczny Z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu*	Wrocław
	Poza PSZ	Affidea Sp. z o.o.*	Warszawa
	Onkologiczny	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	Wrocław

OW NFZ	Poziom zabezpieczenia	Świadczeniodawca	Miejscowość
	Ogólnopolski	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana M kulicza-Radeckiego we Wrocławiu	Wrocław
	III Stopień	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	Jelenia Góra
Kujawsko-Pomorskie	Ogólnopolski	Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszyka w Bydgoszczy*	Bydgoszcz
	Poza PSZ	NZOZ – Pracownia Genetyki Nowotworów Sp. z o.o.	Toruń
	Ogólnopolski	Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	Bydgoszcz
	II Stopień	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Dr E. Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy	Bydgoszcz
	Poza PSZ	Zakład Medyczny Diagmed Plus We Włocławku Utworzony Przez Zakład Medyczny Diag Med Plus Sp. z o.o.	Włocławek
Lubelskie	Poza PSZ	Laboratorium Badań Genetycznych Sp. z o.o.	Lublin
	Ogólnopolski	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie*	Lublin
	Ogólnopolski	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie	Lublin
Lubuskie	Ogólnopolski	105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach	Żary
	III Stopień	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.*	Gorzów Wielkopolski
Łódzkie	Ogólnopolski	Instytut Centrum Zdrowia Matki Po ki	Łódź
	Poza PSZ	NZOZ Genos	Łódź
	Poza PSZ	NZOZ Medyczne Centra Diagnostyczne Voxel w Łodzi*	Łódź
	Ogólnopolski	SPZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	Łódź
	III Stopień	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi	Łódź
	III Stopień	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii I Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi*	Łódź
Małopolskie	Poza PSZ	Szpital Skawina Sp. z o.o.	Skawina
	Ogólnopolski	Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie*	Kraków
	Ogólnopolski	SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie*	Kraków
	Ogólnopolski	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	Kraków
	Poza PSZ	Voxel Sp.A.*	Kraków
Mazowieckie	Poza PSZ	Affidea Sp. z o.o.*	Warszawa
	Ogólnopolski	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie*	Warszawa
	Poza PSZ	Stomed	Ostrołęka
	Ogólnopolski	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*	Warszawa
Opolskie	Onkologiczny	SPZOZ - Opolskie Centrum Onkologii im. Prof. T. Koszarowskiego	Opole
	Poza PSZ	Voxel Sp.A.*	Kraków
Podkarpackie	III Stopień	Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	Rzeszów
	Poza PSZ	NZOZ Medyczne Centra Diadnostyczne Voxel w Łańcucie*	Łańcut
	Poza PSZ	NZOZ Nutrimed Podkarpacie	Rzeszów
	Onkologiczny	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza	Brzozów
Podlaskie	Onkologiczny	Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie	Białystok
	Poza PSZ	Podlaskie Centrum Medyczne Genetics	Białystok
	Ogólnopolski	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Białystok
	Poza PSZ	Voxel Sp.A.*	Kraków

OW NFZ	Poziom zabezpieczenia	Świadczeniodawca	Miejscowość
Pomorskie	III Stopień	Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.	Gdańsk
	Ogólnopolski	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne*	Gdańsk
Śląskie	Poza PSZ	Fundacja Na Rzecz Programu Wczesnego Rozpoznawania Chorób Nowotworowych U Kobiet Godula-Hope	Ruda Śląska
	Ogólnopolski	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie*	Gliwice
	I Stopień	SPZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie*	Chorzów
Świętokrzyskie	Poza PSZ	Szpital Skawina Sp. z o.o.	Skawina
	Onkologiczny	Świętokrzyskie Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach*	Kielce
Warmińsko-Mazurskie	Poza PSZ	Affidea Sp. z o.o.*	Olsztyn
	Ogólnopolski	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	Olsztyn
	III Stopień	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Wolsztynie	Olsztyn
Wielkopolskie	Poza PSZ	Affidea	Warszawa
	Ogólnopolski	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Poznań-Stare Miasto
	III Stopień	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	Piła
	Onkologiczny	Wiekopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie*	Poznań-Stare Miasto
Zachodniopomorskie	Poza PSZ	Newmedical Sp. z o.o.*	Gdańsk

*Świadczeniodawcy realizujący pozytonową tomografię emisyjną (PET)

8.2.6. Leczenie szpitalne

Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Analiza realizacji świadczeń opieki zdrowotnej dotyczy świadczeń udzielonych w latach 2017- 2019 w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych (ICD-10 wraz z rozszerzeniami z grup: C53, C54, C56). Analizą objęto niżej wymienione zakresy świadczeń (produkty kontraktowe):

- chirurgia dziecięca – hospitalizacja: 03.4501.030.02, 03.4501.998.02
- chirurgia ogólna: 03.4500.030.02, 03.4500.930.02, 03.4500.998.02, 03.4500.031.02, 03.4500.032.02
- chirurgia onkologiczna: 03.4540.030.02, 03.4540.930.02, 03.4540.998.02, 03.4540.031.02, 03.4540.032.02
- choroby wewnętrzne: 03.4000.030.02
- gastroenterologia: 03.4050.030.02, 03.4050.930.02, 03.4050.998.02, 03.4050.031.02, 03.4050.032.02
- ginekologia: 03.4450.032.02
- ginekologia onkologiczna: 03.4250.030.02, 03.4250.930.02, 03.4250.998.02
- onkologia i hematologia dziecięca: 03.4071.030.02, 03.4071.998.02
- onkologia kliniczna: 03.4240.030.02, 03.4240.930.02, 03.4240.998.02, 03.4240.031.02
- położnictwo i ginekologia: 03.4450.040.02, 03.4450.940.02, 03.4450.998.02, 03.4450.070.02, 03.4450.050.02, 03.4450.950.02, 03.4450.988.02, 03.4450.060.02, 03.4450.960.02, 03.4450.978.02, 03.4450.031.02, 03.4450.931.02, 03.4450.071.02, 03.4450.971.02, 03.4450.970.02, 03.4450.968.02
- urologia: 03.4640.030.02, 03.4640.930.02, 03.4640.998.02, 03.4640.031.02, 03.4641.030.02

Charakterystyka pacjentek, które otrzymały świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju LSZ

W opisywanym okresie liczba pacjentek rosła i w roku 2019 była o 5,7% większa niż w roku 2017 (14 779 osób w 2017 r., 15 405 osób w 2018 r., a w 2019 r. – 15 680).

We wszystkich analizowanych latach najliczniejszą grupą pacjentek były kobiety z przedziału wiekowego 60-69 lat i jednocześnie dla tej grupy pacjentek udzielono najwięcej świadczeń. Udział tej grupy wiekowej w ogólnej populacji pacjentek w danym roku utrzymywał się na stałym poziomie 34,3-34,9%, podczas gdy udział drugiej co do liczności grupy pacjentek, czyli kobiet w wieku 70-79 lat, wzrósł od 20,1% w roku 2017 do 21,7% w roku 2019.

Tabela 57. Charakterystyka pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenie w rodzaju LSZ

Grupy wiekowe	Liczba pacjentek			Liczba zrealizowanych świadczeń		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
0 – 9	2	1	3	2	1	3
10 – 19	30	25	30	35	36	44
20 – 29	147	151	158	211	210	206
30 – 39	627	627	708	851	825	956
40 – 49	1 498	1 589	1 595	2 008	2 093	2 092
50 – 59	3 305	3 353	3 225	4 277	4 464	4 250
60 – 69	5 149	5 378	5 383	6 690	7 013	7 130
70 – 79	2 969	3 178	3 395	3 842	4 132	4 406
80 – 89	997	1 045	1 124	1 246	1 282	1 398
90+	55	58	59	62	70	66
Ogółem	14 779	15 405	15 680	19 224	20 126	20 551

Charakterystyka realizacji świadczeń w rodzaju LSZ

W analizowanym okresie największą liczbę udzielonych świadczeń odnotowano na obszarze funkcjonowania Mazowieckiego OW NFZ, tj. blisko 3,1 tys. rocznie. Dla tego OW NFZ odnotowano również najwyższą wartość udzielonych świadczeń, która zwiększyła się z 22,1 mln zł w roku 2017 do 24,3 mln zł w roku 2019. Najwyższą wartość świadczeń przypadającą na jedną pacjentkę odnotowano w 2019 r. na obszarze funkcjonowania Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ – 14,9 tys. zł.

Tabela 58. Liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę

OW NFZ	2017			2018			2019		
	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)
Dolnośląski	1 157	9,51 zł	9,71 zł	1 399	11,77 zł	10,31 zł	1 517	13,25 zł	11,30 zł
Kujawsko-Pomorski	924	9,60 zł	12,35 zł	939	11,21 zł	13,41 zł	849	11,43 zł	14,86 zł
Lubelski	1 023	6,75 zł	8,32 zł	1 096	7,07 zł	8,05 zł	1 080	8,27 zł	9,66 zł
Lubuski	422	2,77 zł	8,31 zł	457	3,07 zł	8,94 zł	482	3,29 zł	8,86 zł
Łódzki	1 224	10,92 zł	10,46 zł	1 304	10,65 zł	10,06 zł	1 418	12,01 zł	10,68 zł
Małopolski	1 695	12,42 zł	9,97 zł	1 817	13,01 zł	9,66 zł	1 729	14,86 zł	11,43 zł
Mazowiecki	3 106	22,11 zł	9,54 zł	3 116	21,92 zł	9,36 zł	3 186	24,32 zł	10,07 zł
Opolski	497	3,08 zł	8,03 zł	460	2,80 zł	7,99 zł	465	3,15 zł	8,88 zł
Podkarpacki	882	4,98 zł	7,22 zł	974	5,62 zł	7,31 zł	1 124	7,76 zł	9,52 zł
Podlaski	480	4,26 zł	10,51 zł	534	4,79 zł	10,88 zł	541	5,36 zł	11,79 zł
Pomorski	998	8,46 zł	10,09 zł	1 128	9,33 zł	10,88 zł	1 019	11,17 zł	12,77 zł
Śląski	2 449	18,30 zł	9,56 zł	2 429	18,14 zł	9,54 zł	2 565	18,78 zł	9,64 zł
Świętokrzyski	508	3,58 zł	8,26 zł	532	3,79 zł	8,72 zł	617	5,95 zł	11,95 zł
Warmińsko-Mazurski	569	3,66 zł	7,98 zł	616	4,53 zł	9,06 zł	554	4,54 zł	9,77 zł
Wielkopolski	2 311	11,26 zł	7,14 zł	2 165	10,99 zł	7,26 zł	2 204	15,00 zł	9,57 zł

OW NFZ	2017			2018			2019		
	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)
Zachodniopomorski	979	5,27 zł	7,54 zł	1 160	6,58 zł	8,01 zł	1 202	8,03 zł	9,55 zł
Ogółem	19 224	136,95 zł	9,27 zł	20 126	145,26 zł	9,43 zł	20 551	167,17 zł	10,66 zł

L.Ś. – liczba świadczeń.; W.Ś. – wartość świadczeń w zł; W.Ś.P. – wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę w tys. zł.

Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia zabiegowe w latach 2017-2018 utrzymywała się na zbliżonym poziomie, tj. 358 świadczeniodawców w 2017 r., 355 w 2018 r. a 346 w roku 2019. Wartość świadczeń zabiegowych zrealizowanych w roku 2019 wyniosła 154,11 mln zł i była o 23,7% większa niż w roku 2017. Najdroższym świadczeniem był produkt rozliczeniowy: kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez PW (produkt M11), który w 2019 r. wygenerował koszt 104,89 mln zł i stanowił 68,1% całkowitego kosztu realizacji świadczeń z analizowanego zakresu. Jednocześnie wartość tego produktu w porównaniu do roku 2017 wzrosła o 36,5%. Z kolei w ujęciu krotności analizowany produkt rozliczeniowy był wykonany 4,9 tys. razy w 2017 r. i 5,9 tys. razy w 2019 r., czyli o 19,8% więcej niż w roku bazowym.

Tabela 59. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentek, wartość i liczba świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe zabiegowe

Kod JGP	Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba świadczeniodawców			Liczba pacjentek			Liczba świadczeń			Wartość świadczeń (w tys. zł)		
		2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
M11	Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez PW	193	200	213	4 893	5 214	5 828	4 898	5 216	5 867	76 827	84 955	104 887
M20	Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z PW	90	83	91	1 304	1 134	1 118	1 304	1 134	1 121	20 740	19 082	21 660
M12	Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez PW	183	182	166	1 685	1 651	1 372	1 685	1 651	1 379	14 998	15 198	13 435
M13	Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego	220	220	215	1 304	1 410	1 428	1 319	1 424	1 457	5 090	5 577	5 834
M14	Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego	146	168	139	730	765	798	744	774	823	2 389	2 493	2 653
M21	Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z PW	50	46	50	183	157	195	183	157	195	1 843	1 634	2 214
F21	Kompleksowe zabiegi jelita cienkiego	36	43	35	56	76	68	56	77	68	592	857	807
M02	Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego	49	43	49	106	89	86	107	89	87	479	405	412
M15	Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego	140	141	139	472	582	599	483	588	610	372	470	494
M03	Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego	90	84	99	264	259	283	273	265	291	357	351	388

Kod JGP	Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba świadczeniodawców			Liczba pacjentek			Liczba świadczeń			Wartość świadczeń (w tys. zł)		
		2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Q18	Duże zabiegi na układzie limfatycznym	38	45	48	75	94	139	75	94	140	261	333	530
M04	Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego	151	167	157	439	519	485	454	529	495	221	265	252
F42	Duże zabiegi jamy brzusznej	8	14	9	14	16	12	14	16	12	87	132	83
L21	Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki	4	2	1	4	3	1	4	3	1	71	67	19
F34	Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego	26	39	37	55	70	94	55	71	96	60	78	114
F44	Diagnostyczne i lecznicze zabiegi jamy brzusznej	17	14	21	38	43	58	39	44	61	58,7	66,7	99
F22	Duże i endoskopowe zabiegi jelita cienkiego	4	6	6	5	9	7	5	9	7	36	66	56
Q19	Średnie zabiegi na układzie limfatycznym	17	18	21	19	28	22	19	29	22	39	61	50
Q20	Małe zabiegi na układzie limfatycznym	17	17	13	27	25	30	27	25	31	16	15	20
F32	Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego	2	3	1	2	3	1	2	3	1	11	18	6
L24	Zabiegi w zakresie przetok odprowadzających mocz	3	2	3	4	2	3	4	2	3	18	9	15
F43E	Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.	2	4	6	2	5	8	2	5	8	5,9	14	26
L104	Inne procedury w zakresie układu moczowo - płciowego	11	13	10	19	25	17	19	25	17	6	8	6
F43F	Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66 r.ż.	3	2	4	3	2	7	3	2	7	7	4	18
L23	Średnie otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
M18	Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0,4	0	0
Ogółem		358	355	346	11014	11385	11799	11777	12234	12805	124599	132174	154111

Z kolei liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia zachowawcze zmniejszyła się z 371 w roku 2017 do 351 w roku 2019. Wartość świadczeń zachowawczych zrealizowanych w roku 2019 wyniosła 13,05 mln zł i była o 5,7% większa niż w roku 2017. Najdroższym świadczeniem był produkt rozliczeniowy: leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez PW (produkt M29), który w 2019 r. wygenerował koszt 9,32 mln zł i stanowił 71,4% całkowitego kosztu realizacji świadczeń z analizowanego zakresu. Jednocześnie wartość tego produktu w porównaniu do roku 2017 wzrosła o 1,6%. Z kolei w ujęciu krotności analizowany produkt rozliczeniowy był wykonany 6,7 tys. razy w 2017 r. i 6,9 tys. razy w 2019 r., czyli o 3,2% więcej niż rok wcześniej.

Tabela 60. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentek, wartość i liczba świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe zachowawcze

Kod JGP	Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba świadczeniodawców			Liczba pacjentek			Liczba świadczeń			Wartość świadczeń (w tys. zł)		
		2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
M29	Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez PW	365	348	343	5 111	5 355	5 318	6 749	7 102	6 965	9 174	9 337	9 324
M28	Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	129	134	131	620	713	704	684	779	770	3 147	3 729	3 705
F46	Choroby jamy brzusznej	12	8	10	14	8	10	14	8	10	29	12	24
M27	Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0
M26	Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0,4	0,4
Ogółem		371	357	351	5 545	5 866	5 811	7 447	7 892	7 746	12 350	13 082	13 054

W przypadku świadczeń z katalogu 1b, czyli produktów odrębnych, w 2018 r. odnotowano tylko jeden produkt, czyli hospitalizację do brachyterapii i terapii izotopowej - w oddziale radioterapii/onkologii klinicznej, której wartość wyniosła 1 364 zł.

Tabela 61. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentek, wartość i liczba świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe z katalogu 1b – produkty odrębne

Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba świadczeniodawców			Liczba pacjentek			Liczba świadczeń			Wartość świadczeń		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej – w oddziale radioterapii/onkologii klinicznej	0	1	0	0	1	0	0	4	0	0	1 364	0
Ogółem	0	1	0	0	1	0	0	4	0	0	1 364	0

Natomiast w przypadku świadczeń z katalogu 1c, czyli produktów do sumowania najdroższym świadczeniem był plan leczenia onkologicznego, którego wartość wzrosła z 725 tys. zł w roku 2017 do 808 tys. zł w 2018 r.

Tabela 62. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentek, wartość i liczba świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe z katalogu 1c – produkty do sumowania

Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba świadczeniodawców			Liczba pacjentek			Liczba świadczeń			Wartość świadczeń (w tys. zł)		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Plan leczenia onkologicznego	103	106	106	2 748	2 874	2 985	2 751	2 876	2 998	725,1	775,6	807,5
Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z krwi pełnej	0	260	256	0	2 351	2 549	0	7 516	8 309	0 zł	1 351	1 543
Przetoczenie osocza świeżo mrożonego	0	165	182	0	732	866	0	1 882	2 163	0 zł	210,4	215,9
Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia	2	4	2	7	14	3	7	14	3	55,8	107,9	23,3
Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników	0	75	80	0	568	696	0	1 606	1 951	0 zł	133,3	161,9
Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu operacyjnego, diagnostycznego lub leczniczego	0	67	73	0	1 219	1 622	0	1 239	1 693	0 zł	123,4	169,3
Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy	0	23	30	0	30	45	0	72	116	0 zł	80,0	129,2
Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z aferezy	0	18	15	0	79	82	0	269	307	0 zł	70,7	80,8
Produkt leczniczy nie zawarty w kosztach świadczenia	1	2	0	3	2	0	3	2	0	20,4	14,0	0
Karencja składnika krwi	0	93	118	0	538	636	0	1 376	1 639	0	34,3	40,9
Intensywna hemodializa	13	10	10	18	12	13	55	48	34	17	15,6	11,1
Napromieniowanie krwi lub jej składników	0	30	40	0	137	174	0	494	544	0	12,8	14,1
Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych osocza świeżo mrożonego	0	21	34	0	46	73	0	98	130	0	12,1	16,0
Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych	0	7	6	0	9	12	0	19	19	0	9,6	9,6
Przetoczenie krioprecypitatu	0	5	7	0	7	9	0	47	58	0	9,2	11,3
Przetoczenie krwi pełnej konserwowanej	0	6	6	0	8	6	0	24	12	0	6,6	3,4
Rekonstytucja krwi lub jej składników	0	4	8	0	4	9	0	19	94	0	2,6	13,0
Przemywanie krwi lub jej składników	0	2	5	0	5	11	0	15	54	0	1,4	5,2
Podział krwi lub jej składników	0	2	3	0	5	18	0	12	39	0	0,5	1,8
Koszt pobytu przedstawiciela	0	0	4	0	0	4	0	0	15	0	0	0,2

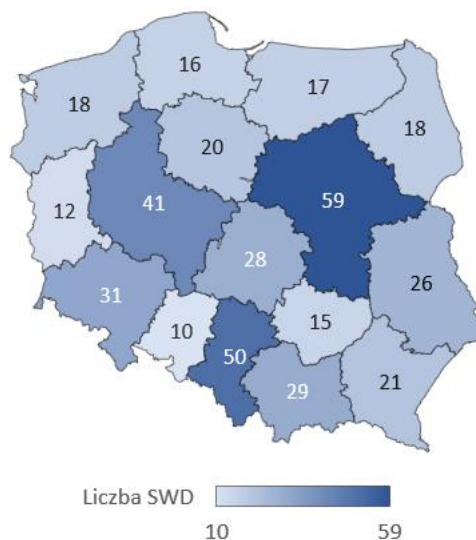
Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba świadczeniodawców			Liczba pacjentek			Liczba świadczeń			Wartość świadczeń (w tys. zł)		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
ustawowego a bo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności												
Ogółem	110	287	278	2 773	5 735	6 280	2 816	17 628	20 180	818,8	2 971	3 258

Charakterystyka świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju LSZ

Liczba świadczeniodawców, którzy mieli zawartą umowę na realizację świadczeń w rodzaju LSZ wyniosła 430 w 2017 r. i 411 w 2019 r., co oznacza spadek liczby świadczeniodawców o 4,4%, co może mieć związek z wprowadzeniem w IV kw. 2017 r. sieci szpitali. Najwięcej podmiotów odnotowano na obszarze Mazowieckiego OW NFZ.

Tabela 63. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019

OW NFZ	2017	2018	2019
Dolnośląski	34	32	31
Kujawsko - Pomorski	21	20	20
Lubelski	26	26	26
Lubuski	11	10	12
Łódzki	30	30	28
Małopolski	29	27	29
Mazowiecki	57	63	59
Podkarpacki	14	12	10
Opolski	20	23	21
Podlaski	18	17	18
Pomorski	19	16	16
Śląski	52	50	50
Świętokrzyski	13	12	15
Warmińsko - Mazurski	20	19	17
Wielkopolski	42	40	41
Zachodniopomorski	24	22	18
Ogółem	430	419	411



Rysunek 12. Rozkład świadczeniodawców realizujących świadczenia u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w rodzaju LSZ w 2019 roku

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ]

Analiza wartości zrealizowanej w rodzaju LSZ

Analiza obejmuje wartości świadczeń zrealizowanych w ramach produktów kontraktowych włączonych do analizy, przy czym wartość zrealizowaną obliczono zarówno dla wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) jak i dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych. W 2019 roku wartość zrealizowana produktów kontraktowych u wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) wyniosła ponad 4,9 mld zł, co oznacza, że była o 3,8% większa niż w 2017 r. (4,7 mld zł). Natomiast świadczenia zrealizowane dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r. wygenerowały koszt 167,2 mln zł, czyli koszt o 22,1% większy niż w 2017 r. (136,9 mln zł). Jednocześnie wraz ze wzrostem kosztu udział wartości świadczeń zrealizowanych dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) zwiększył się z 2,9% w 2017 r. do 3,4% w 2019 r. W latach 2017-2019 najwyższe koszty związane z realizacją analizowanych produktów kontraktowych dla wszystkich pacjentek i pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych odnotowano w Mazowieckim OW NFZ.

Tabela 64. Wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju LSZ u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019

OW NFZ	Wartość zrealizowana dla wszystkich pacjentek (w mln zł)			Wartość zrealizowana dla pacjentek objętych analizą (w mln zł)			Udział wartości zrealizowanej dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Dolnośląski	347,9 zł	335,7 zł	365,0 zł	9,5 zł	11,8 zł	13,2 zł	2,7%	3,5%	3,6%
Kujawsko-Pomorski	242,4 zł	240,2 zł	252,9 zł	9,6 zł	11,2 zł	11,4 zł	4,0%	4,7%	4,5%
Lubelski	278,1 zł	277,9 zł	290,5 zł	6,8 zł	7,1 zł	8,3 zł	2,4%	2,5%	2,8%
Lubuski	105,4 zł	103,4 zł	107,6 zł	2,8 zł	3,1 zł	3,3 zł	2,6%	3,0%	3,1%
Łódzki	371,8 zł	370,8 zł	397,7 zł	10,9 zł	10,7 zł	12,0 zł	2,9%	2,9%	3,0%
Małopolski	396,4 zł	375,4 zł	402,4 zł	12,4 zł	13,0 zł	14,9 zł	3,1%	3,5%	3,7%
Mazowiecki	657,8 zł	641,9 zł	695,3 zł	22,1 zł	21,9 zł	24,3 zł	3,4%	3,4%	3,5%
Opolski	129,1 zł	120,6 zł	127,0 zł	3,1 zł	2,8 zł	3,2 zł	2,4%	2,3%	2,5%
Podkarpacki	243,4 zł	232,7 zł	246,4 zł	5,0 zł	5,6 zł	7,8 zł	2,0%	2,4%	3,1%

OW NFZ	Wartość zrealizowana dla wszystkich pacjentek (w mln zł)			Wartość zrealizowana dla pacjentek objętych analizą (w mln zł)			Udział wartości zrealizowanej dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Podlaski	147,1 zł	145,7 zł	158,3 zł	4,3 zł	4,8 zł	5,4 zł	2,9%	3,3%	3,4%
Pomorski	258,4 zł	248,5 zł	269,9 zł	8,5 zł	9,3 zł	11,2 zł	3,3%	3,8%	4,1%
Śląski	543,8 zł	531,3 zł	568,5 zł	18,3 zł	18,1 zł	18,8 zł	3,4%	3,4%	3,3%
Świętokrzyski	170,6 zł	171,3 zł	183,1 zł	3,6 zł	3,8 zł	5,9 zł	2,1%	2,2%	3,2%
Warmińsko-Mazurski	182,4 zł	180,2 zł	192,9 zł	3,7 zł	4,5 zł	4,5 zł	2,0%	2,5%	2,4%
Wielkopolski	453,2 zł	434,8 zł	452,2 zł	11,3 zł	11,0 zł	15,0 zł	2,5%	2,5%	3,3%
Zachodniopomorski	211,6 zł	200,9 zł	211,4 zł	5,3 zł	6,6 zł	8,0 zł	2,5%	3,3%	3,8%
Ogółem	4 739,4 zł	4 611,3 zł	4 921,2 zł	136,9 zł	145,3 zł	167,2 zł	2,9%	3,2%	3,4%

8.2.7. Chemioterapia

Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chemioterapii udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Analizą objęto pacjentki z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56 wraz z rozszerzeniami), które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenia specjalistyczne w ramach produktów kontraktowych:

- Program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej (03.0000.087.02)
- Chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym (03.0000.111.02)
- Chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym (03.0000.112.02)
- Chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym (03.0000.113.02)
- Chemioterapia (03.0000.115.02)
- Substancje czynne w pt w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej (03.0001.087.02)
- Substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym (03.0001.111.02)
- Substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym (03.0001.112.02)
- Substancje czynne w chemioterapii - hospitalizacji z zakresem skojarzonym (03.0001.113.02)
- Substancje czynne w chemioterapii (03.0001.115.02)

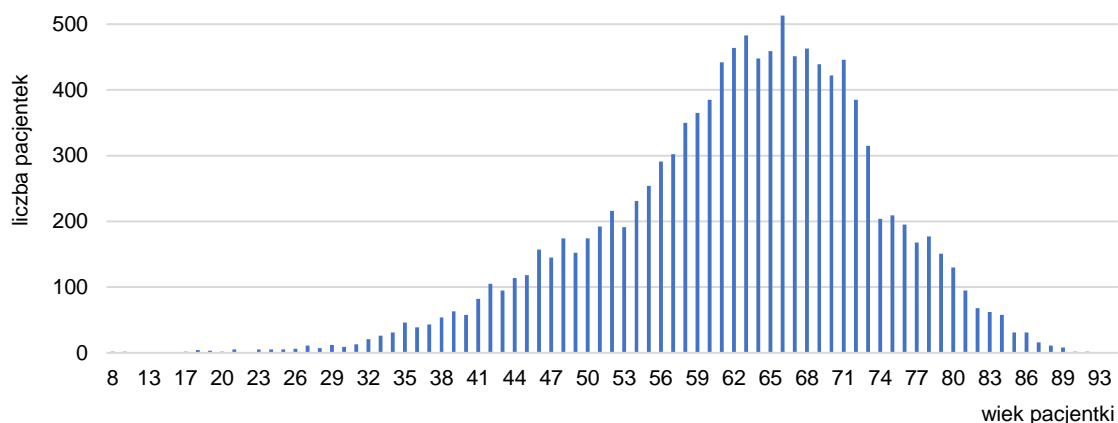
Charakterystyka pacjentek, które otrzymały świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu chemioterapii

W latach 2017-2019 najliczniejszą grupę pacjentek stanowiły osoby w wieku 60-69 lat (4 346 osób w 2017 r., 4 443 w 2018 r., 4 547 w 2019 r.), których udział w ogólnej populacji pacjentek objętych analizą był na stałym poziomie bliskim 38%. Jednocześnie dla tej grupy pacjentek zrealizowano najwięcej świadczeń, tj. 40,3% wszystkich udzielonych świadczeń w analizowanym zakresie w 2017 r. 36,9% w roku 2018 i 38,3% w 2019 r.

Tabela 65. Charakterystyka pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenie z zakresu chemioterapii

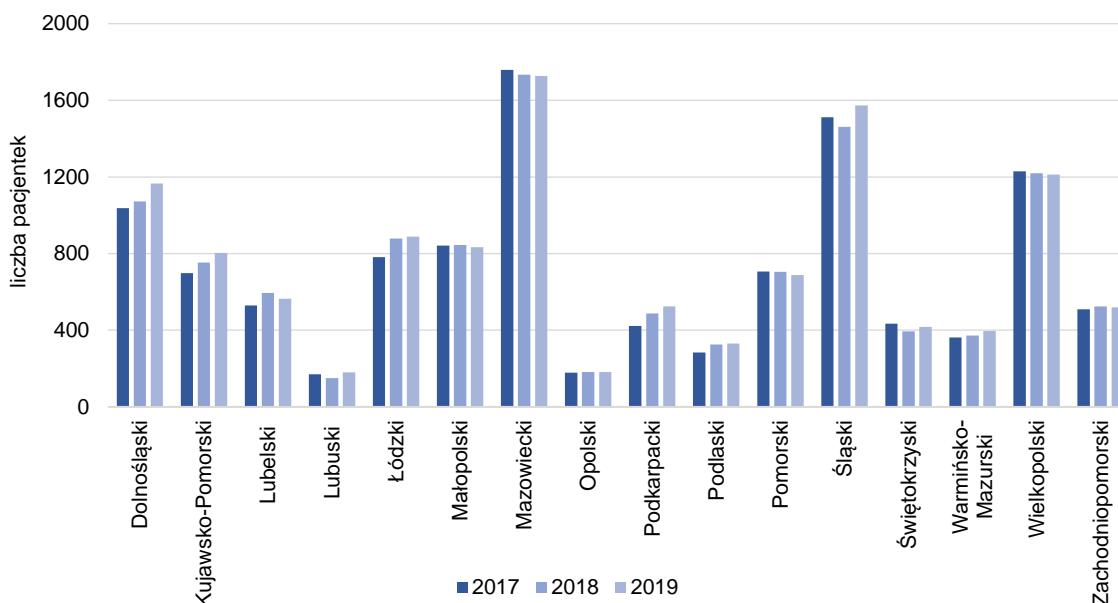
Grupy wiekowe	Liczba pacjentek			Liczba świadczeń		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
0-9	2	1	2	1 135	1 653	1 152
10-19	20	17	15	335 006	408 314	293 352
20-29	76	65	59	335 499	377 748	260 141
30-39	309	304	345	1 258 765	1 467 163	1 924 349
40-49	1 148	1 210	1 200	5 968 331	6 947 282	6 811 040
50-59	2 770	2 708	2 566	14 148 760	13 891 970	13 431 327
60-69	4 346	4 443	4 547	21 883 767	19 978 273	22 027 519
70-79	2 268	2 422	2 672	9 146 107	9 696 459	10 925 235
80-89	438	458	510	1 153 951	1 373 890	1 821 624
90+	4	7	6	4 409	5 897	6 375
Ogółem	11 381	11 635	11 922	54 235 729	54 148 651	57 502 114

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ].

Wykres 26. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w 2019 r. otrzymały świadczenia z zakresu chemioterapii

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ]

W analizowanym okresie czasu najwięcej pacjentek było leczonych na terenie Mazowieckiego OW NFZ. W 2019 r. świadczenia otrzymało 1 727, w 2018 r. 1 734, a w 2017 – 1 758 pacjentek. Z kolei na obszarze Opolskiego OW NFZ odnotowano najmniejszą liczbę pacjentek, tj. 179 w 2017 r., 182 osoby w 2018 i 2019 r.

Wykres 27. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017 – 2019 otrzymały świadczenie z zakresu chemioterapii w podziale na poszczególne OW NFZ

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ]

Charakterystyka realizacji świadczeń z zakresu chemioterapii

W analizowanym okresie największą liczbę udzielonych świadczeń sprawozdano na obszarze funkcjonowania Mazowieckiego OW NFZ z tendencją rosnącą od 8,36 mln w roku 2017 do 9,49 mln w roku 2019. Dla tego OW NFZ odnotowano również najwyższą wartość udzielonych świadczeń, która zmniejszyła się od 14,05 mln zł w roku 2017 do 13,81 mln zł w roku 2019. Z kolei najwyższą wartość świadczeń przypadającą na jedną pacjentkę w 2019 r., tj. 13,10 tys. zł, odnotowano na obszarze funkcjonowania Lubelskiego OW NFZ.

Tabela 66. Liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę

OW NFZ	2017			2018			2019		
	L. Ś. (w mln)	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)	L. Ś. (w mln)	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)	L. Ś. (w mln)	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)
Dolnośląski	4,91	9,54 zł	9,20 zł	6,55	9,55 zł	8,90 zł	6,73	10,39 zł	8,91 zł
Kujawsko-Pomorski	2,93	3,10 zł	4,45 zł	3,24	4,44 zł	5,89 zł	3,36	4,32 zł	5,38 zł
Lubelski	2,93	6,26 zł	11,82 zł	2,40	7,22 zł	12,14 zł	2,85	7,39 zł	13,10 zł
Lubuski	0,63	1,67 zł	9,78 zł	0,70	1,20 zł	8,03 zł	0,88	1,21 zł	6,68 zł
Łódzki	3,26	4,16 zł	5,33 zł	3,49	5,71 zł	6,50 zł	3,71	5,76 zł	6,48 zł
Małopolski	3,98	8,42 zł	10,02 zł	3,48	7,78 zł	9,20 zł	3,56	7,58 zł	9,09 zł
Mazowiecki	8,36	14,05 zł	7,99 zł	8,66	14,49 zł	8,35 zł	9,49	13,81 zł	8,00 zł
Opolski	0,91	2,28 zł	12,75 zł	0,75	1,77 zł	9,71 zł	0,72	1,65 zł	9,06 zł
Podkarpacki	2,44	3,72 zł	8,80 zł	2,65	4,22 zł	8,65 zł	2,29	4,11 zł	7,83 zł
Podlaski	1,33	2,37 zł	8,33 zł	1,24	2,73 zł	8,40 zł	1,81	2,42 zł	7,31 zł
Pomorski	3,27	6,86 zł	9,72 zł	3,31	7,26 zł	10,31 zł	2,91	6,54 zł	9,50 zł
Śląski	7,08	13,27 zł	8,78 zł	6,76	13,43 zł	9,19 zł	8,28	13,38 zł	8,50 zł
Świętokrzyski	2,40	4,74 zł	10,93 zł	1,98	4,31 zł	10,93 zł	1,86	4,74 zł	11,38 zł
Warmińsko-Mazurski	1,13	2,29 zł	6,32 zł	1,29	2,32 zł	6,21 zł	1,19	2,30 zł	5,81 zł
Wielkopolski	5,76	11,20 zł	9,11 zł	5,39	11,48 zł	9,41 zł	4,64	10,17 zł	8,39 zł
Zachodniopomorski	2,90	3,82 zł	7,50 zł	2,27	3,92 zł	7,47 zł	3,21	4,22 zł	8,13 zł
Ogółem	54,24	97,75 zł	8,59 zł	54,15	101,82 zł	8,75 zł	57,50	100,00 zł	8,39 zł

L.Ś. – liczba świadczeń w mln; W.Ś. – wartość świadczeń w mln zł; W.Ś.P. – wartość świadczeń przypadająca na jednego pacjentkę w tys. zł

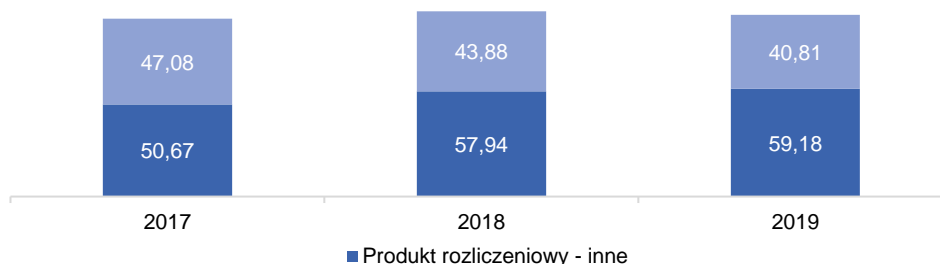
W latach 2017-2019 najwięcej świadczeń zrealizowano w ramach produktu kontraktowego: substancje czynne w chemioterapii – hospitalizacja z zakresem skojarzonym. W 2017 r. świadczenie to było wykonane ok. 31,6 mln razy, w roku 2018 – blisko 30 mln razy, czyli o 5,2% mniej niż rok wcześniej, a w 2019 r. wartość ta utrzymała się na podobnym poziomie co w roku poprzednim. Z kolei w ujęciu wartości największy koszt wygenerował produkt kontraktowy: chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym, tj. 36,78 mln zł w 2017 r. i 40,95 mln zł w roku 2018, czyli o 11,3% wyższy niż rok wcześniej, natomiast w 2019 r. osiągnął wartość o 2,1% niższą niż w roku poprzednim wynoszącą 40,07 mln zł.

Tabela 67. Liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty kontraktowe

Produkt kontraktowy	2017		2018		2019	
	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)
Chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym	53 604	36 776,1 zł	30 415	40 950,9 zł	46 896	40 066,95 zł
Substancje czynne w chemioterapii - hospitalizacja z zakresem skojarzonym	31 585 305	25 236,6 zł	29 936 032	24 039,9 zł	29 824 861	20 586,32 zł
Substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	20 057 104	19 636,1 zł	20 344 464	17 150,1 zł	22 372 149	16 959,40 zł
Chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	49 189	13 083,0 zł	42 513	15 410,1 zł	57 486	17 026,95 zł
Substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	2 330 661	2 036,4 zł	3 078 098	2 426,2 zł	4 663 661	3 026,82 zł
Chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	4 097	685,1 zł	5 941	1 174,9 zł	11 148	1 621,00 zł
Chemioterapia	215	124,3 zł	637	408,6 zł	846	469,07 zł
Substancje czynne w chemioterapii	124 272	136,5 zł	710 545	262,3 zł	525 068	241,45 zł
Substancje czynne w pt w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej	31 265	32,0 zł	3	0,03 zł	0	0 zł
Program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej	17	4,9 zł	2	0,20 zł	0	0 zł
Ogółem	54 235 729	97 750,9 zł	54 148 651	101 823,3 zł	57 502 114	99 997,96 zł

Z kolei analizując produkty rozliczeniowe zrealizowane w zakresie chemioterapii, w 2018 r. grupa świadczeń uwzględniająca hospitalizację/zakwaterowanie, poradę ambulatoryjną, procedurę podania leku, okresową ocenę skuteczności i leczenie działań niepożądanych wygenerowała koszt 57,9 mln, natomiast w 2019 r. wzrosła do poziomu 59,18 mln zł, a grupa zawierająca produkty rozliczeniowe dedykowane substancjom czynnym w ujęciu kosztowym zmalała z 47,08 mln zł w roku 2017 do 40,81 mln zł w roku 2019.

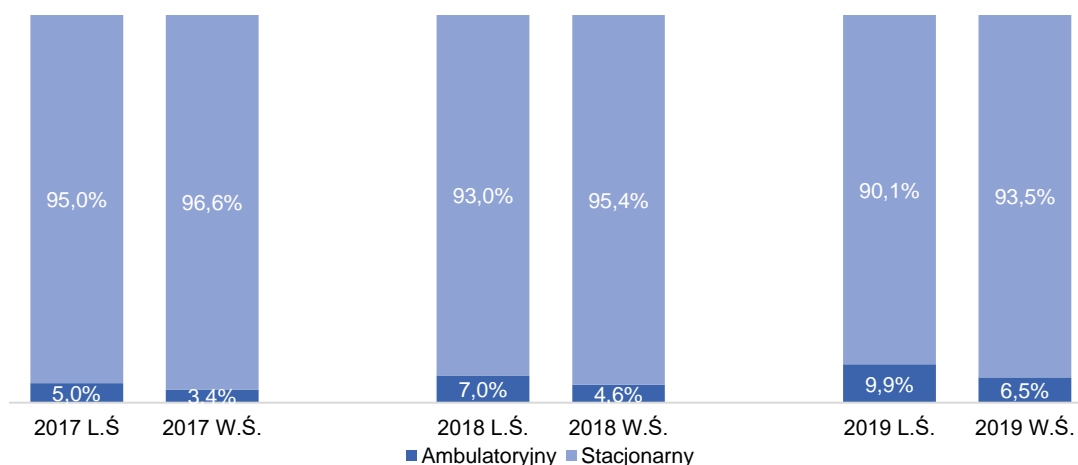
Wykres 28. Wartość świadczeń zrealizowanych (w mln zł) w latach 2017 – 2019 w poszczególnych grupach produktów rozliczeniowych z zakresu chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ | produkty rozliczeniowe – inne to: hospitalizacja/zakwaterowanie, porada ambulatoryjna, procedura podania leku, okresowa ocena skuteczności, leczenie działań niepożądanych

Biorąc pod uwagę tryb realizacji świadczeń, w latach 2017-2019 udział świadczeń udzielonych w trybie stacjonarnym w ujęciu krotności utrzymywał się na poziomie 90-95%, a w ujęciu wartości na poziomie 93-97%.

Wykres 29. Rozkład procentowy wartości zrealizowanej oraz liczby udzielonych świadczeń w latach 2017 – 2019 z zakresu chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na tryb realizacji świadczeń



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ | L.Ś. - liczba świadczeń, W.Ś. – wartość świadczeń

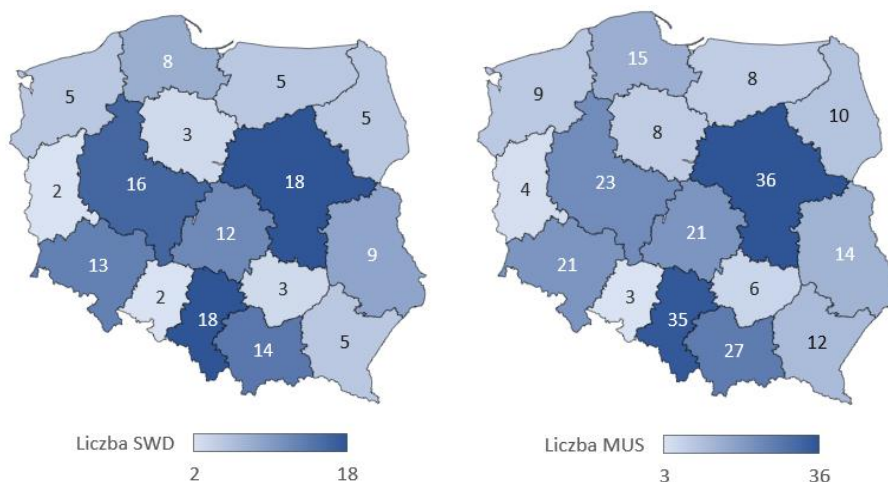
Charakterystyka świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu chemioterapii

Świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w roku 2017 było 139, w 2018 roku 144, a w roku 2019 – 138. Najwięcej świadczeniodawców w 2019 r. było w Mazowieckim OW NFZ (18), Śląskim OW NFZ (18) oraz Wielkopolskim OW NFZ (16). Z kolei analizując MUS-y, czyli miejsca udzielania świadczeń w 2017 r. było ich 234, w roku 2018 – 254, a w 2019 r. – 253, przy czym największą liczbę MUS-ów w 2019 r. odnotowano na obszarach Mazowieckiego OW NFZ (36) oraz Śląskiego OW NFZ (35).

Tabela 68. Liczba świadczeniodawców oraz liczba miejsc udzielania świadczeń (MUS), w których w latach 2017-2019 realizowano świadczenia z zakresu chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na OW NFZ

OW NFZ	Liczba świadczeniodawców			Liczba MUS		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Dolnośląski	12	12	13	22	19	21
Kujawsko-Pomorski	4	4	3	9	8	8
Lubelski	9	8	9	17	15	14

OW NFZ	Liczba świadczeniodawców			Liczba MUS		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Lubuski	2	2	2	3	2	4
Łódzki	9	11	12	14	18	21
Małopolski	14	14	14	22	23	27
Mazowiecki	18	23	18	35	48	36
Opolski	1	2	2	2	3	3
Podkarpacki	5	5	5	8	11	12
Podlaski	5	6	5	8	10	10
Pomorski	9	8	8	18	13	15
Śląski	19	18	18	33	38	35
Świętokrzyski	2	2	3	4	4	6
Warmińsko-Mazurski	8	6	5	9	10	8
Wielkopolski	17	18	16	21	23	23
Zachodniopomorski	5	5	5	9	9	9
Ogółem	139	144	138	234	254	253



Rysunek 13. Rozkład świadczeniodawców (SWD) i miejsc udzielania świadczeń (MUS), w których w roku 2019 realizowano świadczenia z zakresu chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ]

8.2.8. Program lekowy

Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programów lekowych dedykowanych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Analizy dotyczą dwóch programów lekowych, które dedykowane są: leczeniu zaawansowanego raka jajnika (B50) i leczeniu podtrzymującego olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (B80). Analizy przeprowadzono dla produktów kontraktowych:

- Program lekowy – leczenie chorych na zaawansowanego raka jajnika (03.0000.350.02)
- Leki w programie lekowym – leczenie chorych na zaawansowanego raka jajnika (03.0001.350.02)

- Program lekowy – leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (03.0000.380.02)
- Leki w programie lekowym – leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (03.0001.380.02)

Dodatkowo analizy w ramach ww. programów lekowych zostały zawężone do rozpoznań właściwych dla nowotworów ginekologicznych.

Charakterystyka pacjentek, które otrzymały świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie programów lekowych

Łącznie w latach 2017-2019 świadczenia w zakresie analizowanych dwóch programów lekowych otrzymało 2 429 pacjentek. W 2017 r. było 1 073 pacjentek, a w 2019 – 1 333, czyli więcej o 22,5%.

W przypadku programu lekowego – leczenie zaawansowanego raka jajnika w 2019 r. świadczenia otrzymało 950 pacjentek, czyli o 6,7% więcej niż w roku 2017 (890 osób). Z kolei liczba pacjentek, które zakwalifikowały się do programu lekowego – leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej w latach 2017 vs 2019 zwiększyła się z 215 do 432 osób, czyli o 100,9%.

Tabela 69. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, którym w latach 2017-2019 udzielono świadczenia w ramach programów lekowych B50 i B80

Programy lekowe	Liczba pacjentek		
	2017	2018	2019
B50: Program lekowy - leczenie zaawansowanego raka jajnika	890	924	950
B80: Program lekowy - leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej	215	314	432
Liczba pacjentek ogółem	1 073	1 198	1 382

W latach 2017-2019 program lekowy B50 – leczenie zaawansowanego raka jajnika objął pacjentki w wieku od 20 do 89 lat. W 2019 r. najliczniejszą grupą pacjentek były kobiety w wieku 60-69 lat (366 osób), które stanowiły 38,5% wszystkich pacjentek, korzystających z ww. programu lekowego. Jednocześnie dla tej grupy pacjentek udzielono najwięcej świadczeń (2 804 świadczeń), tj. 38% wszystkich udzielonych świadczeń w analizowanym zakresie.

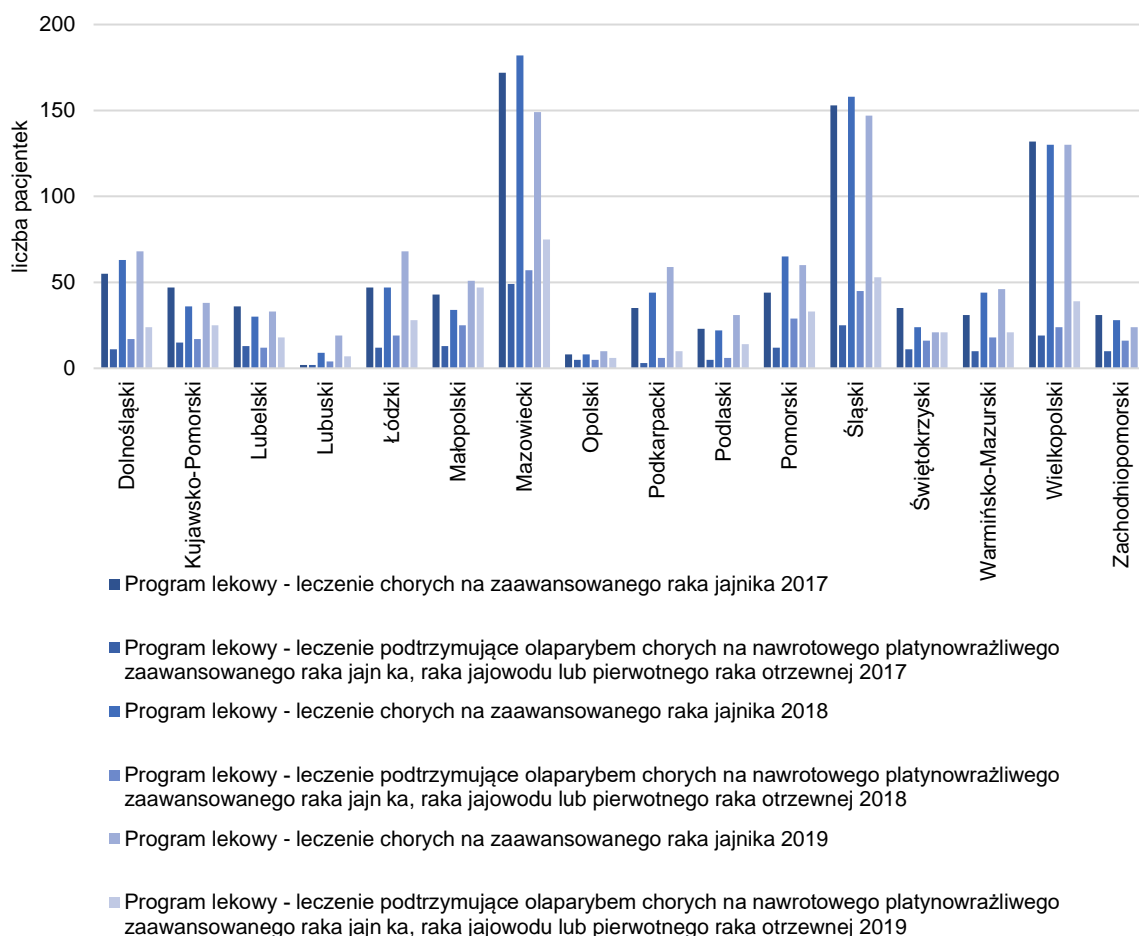
Z kolei do programu lekowego B80 – leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej w latach 2017-2019 zakwalifikowały się kobiety w wieku od 20 do 89 lat. Najliczniejszą grupą pacjentek w 2019 r. były kobiety w wieku 60-69 lat (165 osób), które stanowiły 38,2% wszystkich pacjentek, korzystających z ww. programu lekowego. Jednocześnie grupie tej udzielono najwięcej świadczeń (1 331 świadczeń), tj. 40,2% wszystkich udzielonych świadczeń w analizowanym zakresie.

Tabela 70. Charakterystyka pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenie w zakresie programów lekowych B50 i B80

Grupy wiekowe	Program lekowy B50						Program lekowy B80					
	2017		2018		2019		2017		2018		2019	
	L.P.	L.Ś	L.P.	L.Ś	L.P.	L.Ś	L.P.	L.Ś	L.P.	L.Ś	L.P.	L.Ś
20-29	5	50	2	16	5	33	0	0	0	0	1	4
30-39	23	232	23	197	21	141	4	23	3	30	9	58
40-49	125	1 230	130	1 127	123	832	50	330	62	475	67	534
50-59	252	2 301	238	2 094	267	2 316	79	496	107	773	144	1 110
60-69	349	3 438	375	3 347	366	2 804	67	368	116	933	165	1 331
70-79	129	1 132	149	1 446	154	1 136	14	93	25	214	39	246
80-89	7	87	7	99	14	124	1	1	1	17	7	31
Ogółem	890	8 469	924	8 326	950	7 387	215	1 311	314	2 443	432	3 314

L.P. – liczba pacjentek; L.Ś. – liczba świadczeń

Najwięcej pacjentek było na obszarze Mazowieckiego i Śląskiego OW NFZ, a najmniej – na obszarze Opolskiego i Lubuskiego OW NFZ.

Wykres 30. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017–2019 otrzymały świadczenia w zakresie programów lekowych B50 i B80 w podziale na poszczególne OW NFZ

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ]

Charakterystyka realizacji świadczeń w zakresie programów lekowych

W ramach programu lekowego B50 w 2019 r. zrealizowano 3 563,4 tys. świadczeń z uwzględnieniem leków, diagnostyki i hospitalizacji, co oznacza, że liczba świadczeń zwiększyła się o 5,5% w odniesieniu do świadczeń zrealizowanych w roku 2017. Jednocześnie wartość świadczeń udzielonych w 2019 r. zwiększyła się o 6,4% w stosunku do 2017 r. i wyniosła prawie 34 mln zł.

Tabela 71. Charakterystyka ogólna realizacji programu lekowego B50 – leczenie zaawansowanego raka jajnika w latach 2017-2019

Zakres		2017	2018	2019
Leki w programie lekowym - leczenie zaawansowanego raka jajnika (bevacizumabum)	Liczba świadczeń (w tys.)	3 367,9	3 343,2	3 556,0
	Wartość zrealizowana (w tys. zł)	27 268,8 zł	27 074,3 zł	28 425,8
Diagnostyka, hospitalizacja, przyjęcie	Liczba świadczeń (w tys.)	8,5	8,3	7,4
	Wartość zrealizowana (w tys. zł)	4 667,8 zł	4 993,6 zł	5 556,6
Ogółem	Liczba świadczeń (w tys.)	3 376,4	3 351,5	3 563,4
	Wartość zrealizowana (w tys. zł)	31 936,6 zł	32 067,8 zł	33 982,4

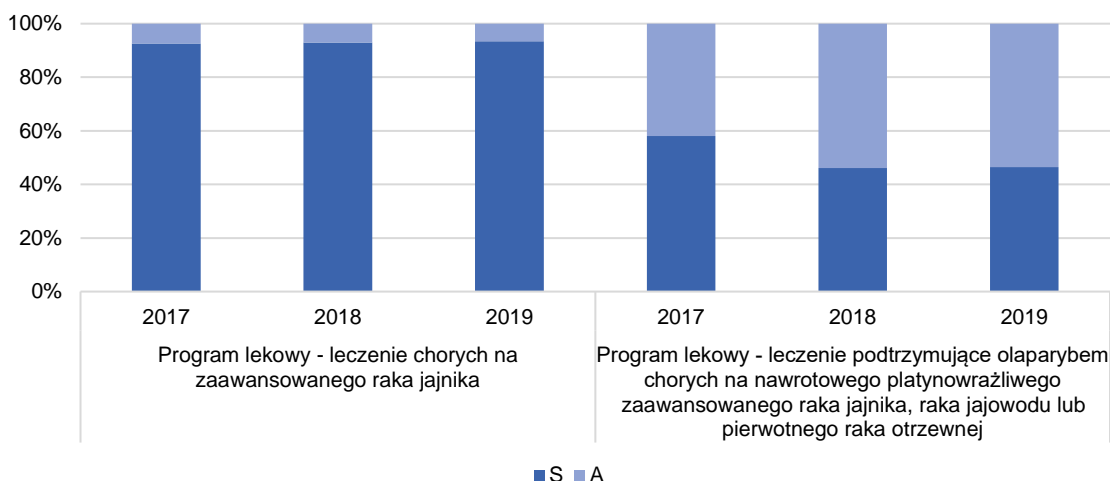
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ.

Natomiast w ramach programu lekowego B80 w 2019 r. zrealizowano 63 755,3 tys. świadczeń z uwzględnieniem leków, diagnostyki i hospitalizacji, co oznacza, że liczba świadczeń zwiększyła się o 150,8% w odniesieniu do świadczeń zrealizowanych w roku 2017. Jednocześnie wartość świadczeń udzielonych w 2019 r. zwiększyła się o 294,7% w stosunku do 2017 r. i wyniosła ponad 43,9 mln zł.

Tabela 72. Charakterystyka ogólna realizacji programu lekowego B80 – leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego płatynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej w latach 2017-2019

Zakres		2017	2018	2019
Leki w programie lekowym - leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego płatynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej	Liczba świadczeń (w tys.)	25 424,2	47 968,5	63 752,0
	Wartość zrealizowana (w tys. zł)	10 455,4 zł	28 808,7 zł	42 584,8 zł
Diagnostyka, hospitalizacja, przyjęcie	Liczba świadczeń (w tys.)	1,3	2,4	3,3
	Wartość zrealizowana (w tys. zł)	668,6 zł	1 031,6 zł	1 320,8 zł
Ogółem	Liczba świadczeń (w tys.)	25 425,5	47 970,9	63 755,3
	Wartość zrealizowana (w tys. zł)	11 124,0 zł	29 840,3 zł	43 905,6 zł

W latach objętych analizą świadczenia w ramach programów lekowych B50 i B80 były realizowane w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym. Dla programu lekowego B50 (leczenie zaawansowanego raka jajnika) w latach 2017-2019 93% pacjentek otrzymało świadczenia w trybie stacjonarnym, a 7% – w trybie ambulatoryjnym. Z kolei dla programu lekowego B80 (leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego płatynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej) w trybie stacjonarnym świadczenia otrzymało 58% w 2017 r. i po 46% w 2018 i 2019 r. Jednocześnie w latach 2017-2019 wzrósł udział pacjentek otrzymujących świadczenia w trybie ambulatoryjnym i w 2019 r. był równy 54%, czyli wzrósł o 12 punktów procentowych w odniesieniu do roku 2017.

Wykres 31. Rozkład procentowy liczby pacjentek ze względu na tryb ambulatoryjny i stacjonarny udzielania świadczeń w programach lekowych w latach 2017–2019

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ]

Analizując wartości umów programów lekowych B50 i B80, w roku 2019 zakontraktowano kwotę 80,0 mln zł, czyli wartość o 80,4% większą niż w 2017 r. (44,3 mln zł.). W analizowanych latach nastąpił wzrost wartości świadczeń zrealizowanych w ww. programach u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych z 43,0 mln zł (2017 r.) do 77,8 mln zł (2018 r.), czyli wzrost o 80,9%. W 2017 r. udział wartości świadczeń zrealizowanych u pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 wyniósł 97,0%, a w 2019 r – 97,5%.

Tabela 73. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w zakresie programów lekowych u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019

OW NFZ	2017			2018			2019		
	Wartość aktualna umowy (tys. zł)	Wartość zrealizowana (tys. zł)	WZ dla NG (w tys. zł)	Wartość aktualna umowy (tys. zł)	Wartość zrealizowana (tys. zł)	WZ dla NG (w tys. zł)	Wartość aktualna umowy (tys. zł)	Wartość zrealizowana (tys. zł)	WZ dla NG (w tys. zł)
Leki w programie lekowym - leczenie zaawansowanego raka jajnika	28 131,0	28 214,3	27 268,8	28 075,8	27 989,1	27 074,3	29 170,3	29 144,9	28 418,0
Leki w programie lekowym - leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej	10 663,4	10 709,7	10 455,4	30 909,8	29 527,1	28 808,7	43 702,3	43 376,5	42 584,8
Ogółem leki	38 794,4	38 924,0	37 724,2	58 985,6	57 516,2	55 883,0	72 872,6	72 521,4	71 002,8
Program lekowy - leczenie zaawansowanego raka jajnika	4 818,1	4 804,1	4 667,8	5 149,7	5 171,5	4 993,6	5 693,1	5 687,0	5 556,6
Program lekowy - leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej	678,4	682,1	668,6	1 045,3	1 068,3	1 031,6	1 340,5	1 343,9	1 320,8
Ogółem programy lekowe	5 496,5	5 486,2	5 336,4	6 195,0	6 239,8	6 025,2	7 033,6	7 031,0	6 877,4
Ogółem	44 290,9	44 410,2	43 060,5	65 180,6	63 756,0	61 908,1	79 906,2	79 552,4	77 880,2

WZ dla NG – wartość zrealizowana dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworami ginekologicznymi

W 2019 r. umowy na najwyższe wartości podpisano w Mazowieckim OW NFZ, Śląskim OW NFZ i Wielkopolskim OW NFZ.

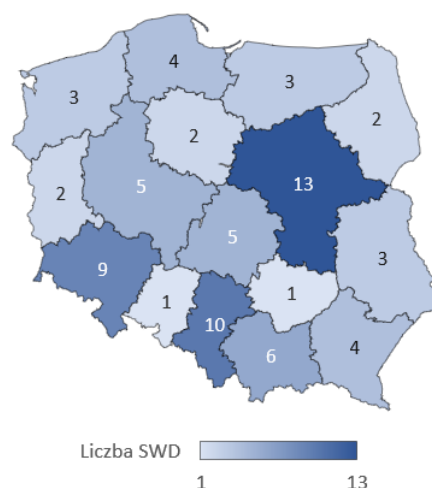
Tabela 74. Wartość umowy i wartość zrealizowana w programie lekowym w podziale na OW NFZ w latach 2017-2019 (tys. zł)

OW NFZ	2017			2018			2019		
	Wartość aktualna umowy (w tys. zł)	Wartość zrealizowana (w tys. zł)	WZ dla NG (w tys. zł)	Wartość aktualna umowy (w tys. zł)	Wartość zrealizowana (w tys. zł)	WZ dla NG (w tys. zł)	Wartość aktualna umowy (w tys. zł)	Wartość zrealizowana (w tys. zł)	WZ dla NG (w tys. zł)
Dolnośląski	2 532,8	2 546,9	2 546,9	3 979,9	4 021,7	4 021,7	4 506,2	4 506,0	4 506,0
Kujawsko-Pomorski	1 837,0	2 384,8	2 384,8	3 352,8	3 352,3	3 352,3	3 439,0	3 438,9	3 418,7
Lubelski	1 924,9	2 095,4	2 095,4	2 380,3	2 434,3	2 434,3	3 067,3	3 074,7	3 041,0
Lubuski	267,7	266,3	266,3	797,8	797,8	788,1	1 738,9	1 696,8	1 672,9
Łódzki	2 406,9	2 190,4	2 190,4	3 669,8	3 573,5	3 573,5	4 565,3	4 522,2	4 519,1
Małopolski	2 135,5	2 255,9	2 092,4	3 759,0	3 737,5	3 321,8	6 790,4	6 752,6	6 611,4
Mazowiecki	10 423,4	10 181,7	9 634,3	13 982,2	13 923,3	13 134,3	13 707,2	13 737,9	13 159,2
Opolski	802,0	823,1	823,1	1 007,5	1 006,5	1 006,5	1 379,2	1 360,3	1 282,4
Podkarpacki	2 058,0	1 873,3	1 706,4	2 783,9	2 553,1	2 472,2	3 485,9	3 481,6	3 371,1
Podlaski	1 305,8	1 268,6	1 181,2	1 665,2	1 688,2	1 569,8	2 263,3	2 263,3	2 095,0
Pomorski	1 839,1	1 838,4	1 749,2	4 693,8	4 241,9	4 204,1	7 414,8	7 338,3	7 333,3
Śląski	6 304,6	6 167,6	5 996,6	9 413,1	8 824,8	8 688,7	10 746,8	10 624,0	10 518,5
Świętokrzyski	1 742,8	1 729,9	1 704,5	1 786,7	1 718,9	1 718,9	2 064,4	2 064,4	2 064,4
Warmińsko-Mazurski	1 245,9	1 510,0	1 493,3	3 289,4	3 326,6	3 250,5	3 638,1	3 592,2	3 592,2
Wielkopolski	5 527,4	5 362,1	5 331,5	5 776,5	5 734,0	5 597,0	7 671,9	7 671,9	7 566,9
Zachodniopomorski	1 937,3	1 915,9	1 864,3	2 842,8	2 821,6	2 774,3	3 427,3	3 427,2	3 128,1
Ogółem	44 290,9	44 410,2	43 060,5	65 180,6	63 756,0	61 908,1	79 906,1	79 552,3	77 880,2

WZ dla NG – wartość zrealizowana dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworami ginekologicznymi.

Charakterystyka świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie programów lekowych

W 2019 r. funkcjonowało 73 świadczeniodawców realizujących programy lekowe B50 i B80. Najwięcej, tj. 13 świadczeniodawców było na obszarze Mazowieckiego OW NFZ, a najmniej (po 1) – w Świętokrzyskim OW NFZ i Opolskim OW NFZ.



Rysunek 14. Rozkład świadczeniodawców realizujących świadczenia w 2019 r. w zakresie programów lekowych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ]

Szczegółowy wykaz świadczeniodawców przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 75. Wykaz świadczeniodawców realizujących programy lekowe B50 i B80 w 2019 r.

OW NFZ	Nazwa świadczeniodawcy	Poziom zabezpieczenia	Miejscowość
Dolnośląski	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu	Ogólnopolski	Wrocław
	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	Ogólnopolski	Wrocław
	Miejskie Centrum Zdrowia S.A. w Lubinie	III stopień	Lubin
	SPZOZ w Świdnicy	II stopień	Świdnica
	Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego	III stopień	Wałbrzych
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	Ogólnopolski	Wrocław
	Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu	II stopień	Zgorzelec
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	III stopień	Wrocław-Psie Pole
	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	II stopień	Jelenia Góra
Kujawsko-Pomorski	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	Ogólnopolski	Bydgoszcz
	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	III stopień	Toruń
Lubelski	Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli	Onkologiczny	Lublin
	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie	Ogólnopolski	Lublin
	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	III stopień	Zamość
Lubuski	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.	III stopień	Zielona Góra
	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	III stopień	Gorzów Wielkopolski
Łódzki	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	Ogólnopolski	Łódź
	Specjalistyczny Szpital Onkologiczny NU-MED sp. z o.o.	Onkologiczny	Tomaszów Mazowiecki
	Szpital Powiatowy w Radomsku	II stopień	Radomsko
	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi	III stopień	Łódź
	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	III stopień	Łódź
Małopolski	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	Ogólnopolski	Kraków
	SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Ogólnopolski	Kraków
	Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	III stopień	Nowy Sącz
	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera W Krakowie sp. z o.o.	II stopień	Kraków
	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza W Gorlicach	II stopień	Gorlice
	Szpital Wojewódzki im. Łukasza SPZOZ w Tarnowie	II stopień	Tarnów
Mazowiecki	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	Ogólnopolski	Warszawa
	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	Ogólnopolski	Warszawa
	Europejskie Centrum Zdrowia Otrock sp. z o.o.	Onkologiczny	Warszawa
	Instytut Matki i Dziecka	Ogólnopolski	Warszawa
	Kliniki Neuroradiologiczne sp. z o.o.	Onkologiczny	Warszawa
	Magodent sp. z o.o.	Onkologiczny	Warszawa
	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie sp. z o.o.	III stopień	Warszawa
	Mazowiecki Szpital Onkologiczny sp. z o.o.	Poza PSZ	Warszawa
	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny sp. z o.o.	III stopień	Radom
	Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach sp. z o.o.	II stopień	Siedlce

OW NFZ	Nazwa świadczeniodawcy	Poziom zabezpieczenia	Miejscowość
	Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej	Ogólnopolski	Warszawa
	Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SPZOZ	I stopień	Warszawa
	Wojskowy Instytut Medyczny	Ogólnopolski	Warszawa
Opolski	Spzoz Opolskie Centrum OnkologII im. Prof. T. Koszarowskiego	Onkologiczny	Opole
Podkarpacki	Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie	II stopień	Rzeszów
	Mrukmed Lekarz Beata Madej-Mruk i Partner, sp. p.	Poza PSZ	Rzeszów
	Szpital Specjalistyczny W Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza	Onkologiczny	Brzozów
	Wojewódzki Szpital Im. Zofii Z Zamoyskich Tarnowskiej W Tarnobrzegu	II stopień	Tarnobrzeg
Podlaski	Białostockie Centrum OnkologII im. MarII Skłodowskiej - Curie	Onkologiczny	Białystok
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Ogólnopolski	Białystok
Pomorski	Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o.	III stopień	Gdańsk
	Szpital Specjalistyczny Słupsk	III stopień	Słupsk
	Szpital Pomorskie sp. z o.o.	III stopień	Gdynia
	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	Ogólnopolski	Gdańsk
Śląski	Beskidzkie Centrum OnkologII-Szpital Miejski Im.Jana Pawła II w Bielsku-Białej	Onkologiczny	Bielsko-Biała
	Centrum OnkologII - Instytut im. MarII Skłodowskiej-Curie	Ogólnopolski	Gliwice
	Katowickie Centrum OnkologII	Onkologiczny	Katowice
	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	Ogólnopolski	Katowice
	SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 W Rybniku	II stopień	Rybnik
	Specjalistyczny Szpital Onkologiczny Nu-Med sp. z o.o.	Poza PSZ	Tomaszów Mazowiecki
	SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 W Bytomiu	III stopień	Bytom
	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	Ogólnopolski	Katowice
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P.	III stopień	Częstochowa
Zagłębiowskie Centrum OnkologII Szpital Specjalistyczny Sz. Starkiewicza W Dąbrowie Górniczej	II stopień	Dąbrowa Górnicza	
Świętokrzyski	Świętokrzyskie Centrum OnkologII SPZOZ W Kielcach	Onkologiczny	Kielce
Warmińsko-Mazurski	SPZOZ MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum OnkologII w Olsztynie	Ogólnopolski	Olsztyn
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	III stopień	Olsztyn
	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	III stopień	Elbląg
Wielkopolski	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego W Poznaniu	Ogólnopolski	Poznań-Jeżyce
	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.	II stopień	Pleszew
	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM im. Karola Marcinkowskiego W Poznaniu	Ogólnopolski	Poznań-Stare Miasto
	Wielkopolskie Centrum OnkologII im. MarII Skłodowskiej-Curie	Onkologiczny	Poznań-Stare Miasto
	Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr Romana Ostrzyckiego w Koninie	III stopień	Konin

OW NFZ	Nazwa świadczeniodawcy	Poziom zabezpieczenia	Miejscowość
Zachodniopomorski	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie	Ogólnopolski	Szczecin
	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	III stopień	Koszalin
	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii	Onkologiczny	Szczecin

8.2.9. Radioterapia

Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie radioterapii udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Analizą objęto pacjentki z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56 wraz z rozszerzeniami), które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenia specjalistyczne w ramach produktów kontraktowych:

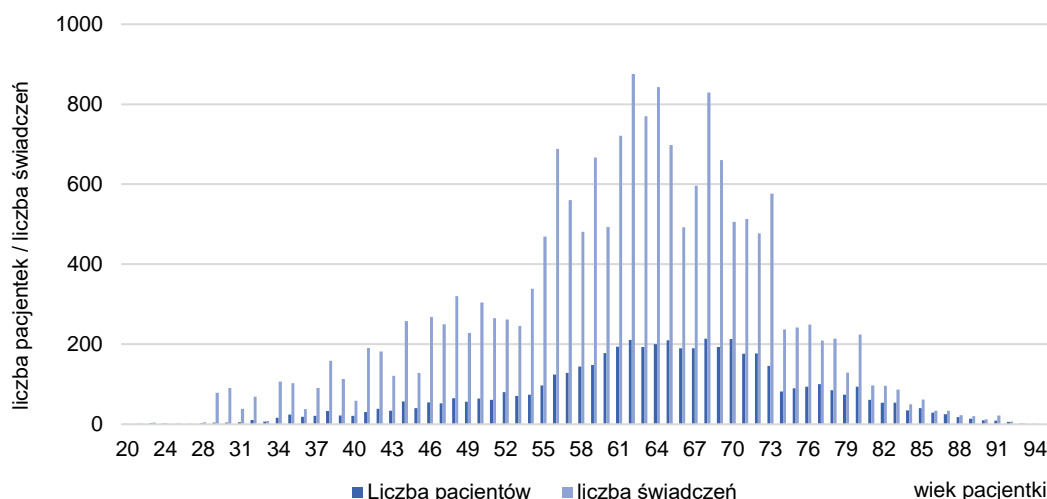
- Teleradioterapia (03.0000.103.02)
- Brachyterapia (03.0000.104.02)
- Teleradioterapia - pakiet onkologiczny (03.0000.903.02)
- Brachyterapia - pakiet onkologiczny (03.0000.904.02).

Charakterystyka pacjentek, które otrzymały świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu radioterapii

W opisywanym okresie liczba pacjentek wzrosła z 5 249 osób w 2017 r. do 5 281 osób w 2019 r. W latach 2017-2019 r. najliczniejszą grupę pacjentek stanowiły kobiety w wieku 60-69 lat (1 976 osób w 2017 i 2018 r. oraz 1 973 w 2019 r.), których udział w ogólnej populacji pacjentek objętych analizą zmalał z 37,6% w 2017 r. do 37,3% w 2019 r. Jednocześnie dla tej grupy pacjentek zrealizowano najwięcej świadczeń, tj. 38,4% wszystkich udzielonych świadczeń w analizowanym zakresie w 2017 r., 40,5% w roku 2018, a 38,1% w 2019 r.

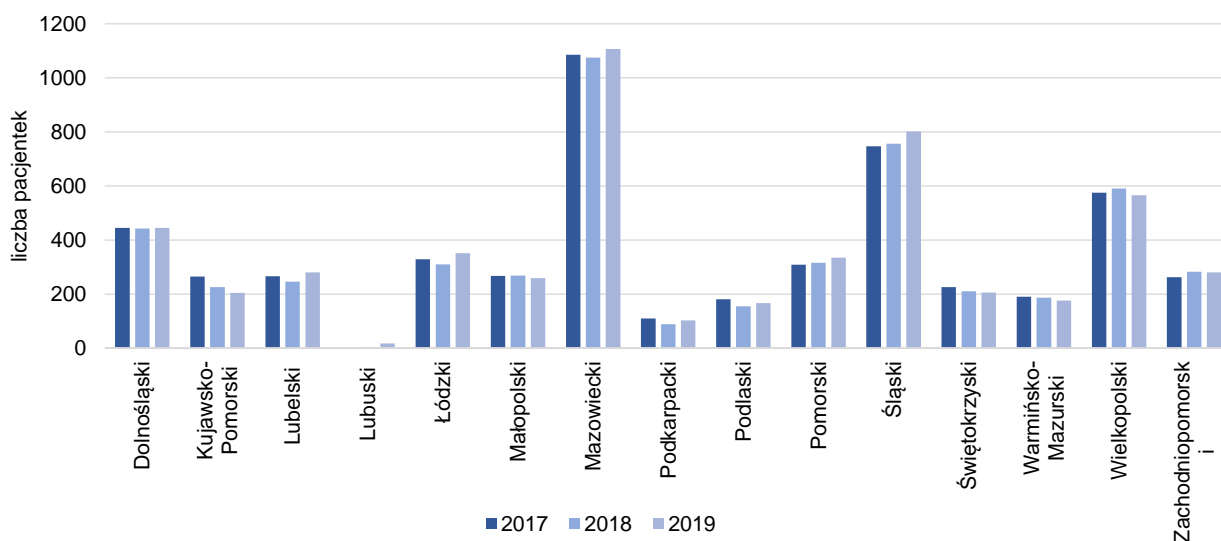
Tabela 76. Charakterystyka pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenie z zakresu radioterapii

Grupy wiekowe	Liczba pacjentek			Liczba świadczeń		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
0-9	0	0	0	0	0	0
10-19	0	1	0	0	5	0
20-29	21	18	16	52	59	96
30-39	154	137	162	784	452	818
40-49	444	400	450	1 851	1 649	2 005
50-59	1 080	1 045	991	4 241	4 228	4 281
60-69	1 976	1 976	1 973	6 413	6 987	6 980
70-79	1 178	1 150	1 237	2 631	3 148	3 352
80-89	366	391	424	681	702	727
90+	30	24	28	46	26	44
Ogółem	5 249	5 142	5 281	16 699	17 256	18 303

Wykres 32. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych wraz z rozkładem liczby świadczeń zrealizowanych w zakresie radioterapii w 2019 r.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ

W analizowanym okresie czasu najwięcej pacjentek było leczonych na terenie Mazowieckiego OW NFZ. W 2019 r. świadczenia otrzymało 1 107 pacjentek, w 2018 r. – 1 075, a w 2017 – 1 085 osób. Z kolei w Opolskim OW NFZ nie odnotowano żadnej pacjentki.

Wykres 33. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017 – 2019 otrzymały świadczenie z zakresu radioterapii w podziale na poszczególne OW NFZ

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ]

Charakterystyka realizacji świadczeń z zakresu radioterapii

W analizowanym okresie największą liczbę udzielonych świadczeń sprawozdano na obszarze funkcjonowania Mazowieckiego OW NFZ z tendencją rosnącą od 2,95 tys. w roku 2017 do 4,48 tys. w roku 2019. Dla tego OW NFZ odnotowano również najwyższą wartość udzielonych świadczeń, która zwiększyła się od 20,3 mln zł w roku 2017 do 21,8 mln zł w roku 2019. Z kolei najwyższą wartość świadczeń przypadającą na jedną pacjentkę w 2019 r., tj. 34,1 tys. zł, odnotowano na obszarze funkcjonowania Świętokrzyskiego OW NFZ.

Tabela 77. Liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę

OW NFZ	2017			2018			2019		
	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)
Dolnośląski	1 467	7,91 zł	17,8 zł	1 739	8,23 zł	18,6 zł	1 470	8,56 zł	19,23 zł
Kujawsko-Pomorski	1 537	3,79 zł	14,3 zł	1 419	3,29 zł	14,6 zł	1 232	3,04 zł	14,90 zł
Lubelski	513	3,74 zł	14,0 zł	458	3,97 zł	16,1 zł	612	4,55 zł	16,25 zł
Lubuski	0	0 zł	0 zł	3	8,44 zł	2,8 zł	59	0,19 zł	11,40 zł
Łódzki	582	5,40 zł	16,4 zł	684	4,99 zł	16,1 zł	1 168	5,36 zł	15,28 zł
Małopolski	432	3,51 zł	13,2 zł	392	3,75 zł	14,0 zł	356	3,85 zł	14,87 zł
Mazowiecki	2 945	20,27 zł	18,7 zł	3 473	21,92 zł	20,4 zł	4 475	21,77 zł	19,67 zł
Podkarpacki	118	0,98 zł	8,9 zł	95	0,97 zł	11,0 zł	110	0,96 zł	9,42 zł
Podlaski	198	2,61 zł	14,5 zł	166	2,32 zł	15,0 zł	208	2,73 zł	16,44 zł
Pomorski	829	3,82 zł	12,4 zł	1 167	4,73 zł	15,0 zł	1 134	4,69 zł	14,05 zł
Śląski	1 689	11,45 zł	15,3 zł	1 780	12,05 zł	15,9 zł	1 621	14,29 zł	17,85 zł
Świętokrzyski	632	6,56 zł	29,2 zł	637	6,97 zł	33,2 zł	650	7,00 zł	34,13 zł
Warmińsko-Mazurski	452	2,38 zł	12,5 zł	537	2,47 zł	13,2 zł	512	2,39 zł	13,56 zł
Wielkopolski	3 456	12,10 zł	21,0 zł	3 225	13,07 zł	22,1 zł	3 249	12,31 zł	21,75 zł
Zachodniopomorski	1 849	4,90 zł	18,7 zł	1 481	5,48 zł	19,4 zł	1 447	5,37 zł	19,19 zł
Ogółem	16 699	89,46 zł	17,04 zł	17 256	94,21 zł	18,32 zł	18 303	97,08 zł	18,38 zł

L.Ś. – liczba świadczeń.; W.Ś. – wartość świadczeń w mln zł; W.Ś.P. – wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę w tys. zł

Natomiast analizując świadczenia dodatkowe (produkty do sumowania i produkty odrębne) realizowane w ramach tego samego epizodu, co produkty kontraktowe dedykowane radioterapii, w 2019 r. zrealizowano 73,5 tys. świadczeń, czyli o 11,4% więcej niż w roku 2017. Jednocześnie świadczenia te w 2019 r. wygenerowały koszt 19,1 mln zł, w 2018 r. – 18,2 mln zł, a w roku 2017 – 15,93 mln zł. Z kolei najwyższą wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę w 2019 r. odnotowano w Dolnośląskim OW NFZ (15,7 tys. zł).

Tabela 78. Liczba i wartość świadczeń dodatkowych (tj. produktów odrębnych i do sumowania) zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę

OW NFZ	2017			2018			2019		
	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)	L. Ś.	W.Ś. (w mln zł)	W.Ś.P. (w tys. zł)
Dolnośląski	14 304	5,02 zł	15,11 zł	15 016	5,42 zł	17,42 zł	14 256	5,15 zł	15,71 zł
Kujawsko-Pomorski	0	0 zł	0 zł	0	0 zł	0 zł	0	0 zł	0 zł
Lubelski	3 476	0,63 zł	6,52 zł	5 372	1,41 zł	11,75 zł	5 907	1,61 zł	11,98 zł
Lubuski	0	0 zł	0 zł	19	0,003 zł	1,04 zł	124	0,03 zł	1,78 zł
Łódzki	270	0,02 zł	0,12 zł	346	0,02 zł	0,09 zł	542	0,05 zł	0,23 zł
Małopolski	2 855	0,53 zł	2,66 zł	3 056	0,65 zł	3,32 zł	4 052	0,92 zł	4,07 zł
Mazowiecki	9 459	2,01 zł	2,88 zł	9 941	2,35 zł	3,58 zł	9 598	2,17 zł	3,18 zł
Podkarpacki	1 195	0,19 zł	1,75 zł	1 319	0,21 zł	2,43 zł	1 257	0,21 zł	2,09 zł
Podlaski	2 232	0,49 zł	2,75 zł	2 234	0,48 zł	3,11 zł	2 342	0,49 zł	3,40 zł
Pomorski	3 904	0,97 zł	6,19 zł	3 607	0,86 zł	5,97 zł	3 046	0,80 zł	5,96 zł
Śląski	446	0,06 zł	0,45 zł	265	0,01 zł	0,09 zł	311	0,01 zł	0,04 zł
Świętokrzyski	3 749	0,88 zł	3,89 zł	3 977	1,00 zł	4,74 zł	5 432	1,60 zł	7,81 zł
Warmińsko-Mazurski	940	0,27 zł	1,91 zł	935	0,24 zł	1,52 zł	1 899	0,57 zł	3,76 zł
Wielkopolski	19 038	4,06 zł	12,49 zł	20 410	4,32 zł	13,88 zł	19 488	4,36 zł	14,24 zł
Zachodniopomorski	4 066	0,80 zł	3,64 zł	6 311	1,21 zł	4,87 zł	5 218	1,12 zł	4,61 zł
Ogółem	65 934	15,93 zł	5,30 zł	72 807	18,17 zł	6,13 zł	73 472	19,09 zł	6,24 zł

.Ś. – liczba świadczeń.; W.Ś. – wartość świadczeń w mln zł; W.Ś.P. – wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę w tys. zł

W latach 2017-2019 w zakresie brachyterapii najwięcej świadczeń zrealizowano w ramach produktu rozliczeniowego: brachyterapia z planowaniem 3D. W 2017 r. świadczenie to było wykonane 2,97 tys. razy, w roku 2018 – blisko 3,5 tys. razy, a 3,7 tys. razy w 2019 r. W ujęciu wartości brachyterapia z planowaniem 3D w 2017 r. wygenerowała koszt 28,1 mln zł, co stanowiło 31,5% całkowitego kosztu świadczeń zrealizowanych w danym roku w zakresie radioterapii. Natomiast w 2019 r. wartość tego produktu rozliczeniowego wzrosła do 35,9 mln zł i stanowiła 37% całkowitego kosztu realizacji świadczeń z analizowanego zakresu.

Z kolei w zakresie teleradioterapii najwięcej świadczeń zrealizowano w ramach produktu rozliczeniowego: teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki. W 2017 r. świadczenie to było wykonane 2,34 tys. razy, a w roku 2019 – 2,76 tys. razy, czyli o 17,9% więcej niż w roku bazowym. W ujęciu wartości analizowany produkt rozliczeniowy w 2017 r. wygenerował koszt 39,2 mln zł, co stanowiło 43,8% całkowitego kosztu świadczeń zrealizowanych w danym roku w zakresie radioterapii. Natomiast w 2018 r. wartość tego produktu rozliczeniowego wzrosła do 41,4 mln zł (wzrost o 5,5%) i stanowiła 43,9% całkowitego kosztu realizacji świadczeń z analizowanego zakresu, by w 2019 r. osiągnąć wartość 45,1 mln zł (wzrost o 8,9% w porównaniu do roku poprzedniego).

Tabela 79. Liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty kontraktowe i rozliczeniowe

Produkt kontraktowy grupa	Produkt rozliczeniowy nazwa	2017		2018		2019	
		Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)
Brachyterapia	Brachyterapia z planowaniem 3D	2 970	28 136,9 zł	3 495	33 896,7 zł	3 712	35 989,52 zł
	Brachyterapia z planowaniem standardowym	899	5 682,0 zł	420	2 725,8 zł	232	1 507,95 zł
Teleradioterapia	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki	2 341	39 212,2 zł	2 407	41 353,0 zł	2 760	45 063,2 zł

Produkt kontraktowy grupa	Produkt rozliczeniowy nazwa	2017		2018		2019	
		Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)
	Teleradioterapia 3D - niekoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) lub całego ciała (TBI) lub połowy ciała (HBI) lub skóry całego ciała (TSI)	476	7 292,1 zł	517	8 108,1 zł	387	5 760,0 zł
	Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)	329	3 899,4 zł	244	2 969,0 zł	199	2 300,4 zł
	Teleradioterapia paliatywna	959	2 626,8 zł	885	2 479,9 zł	789	2 213,9 zł
	Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii	8 633	1 361,5 zł	9 201	1 484,4 zł	10 048	1 618,9 zł
	Pozostałe	92	1 244,7 zł	87	1 195,7 zł	176	2 623,9 zł
Ogółem		16 699	89 455,4 zł	17 256	94 212,7 zł	18 303	97 078,0 zł

Natomiast analizując świadczenia dodatkowe realizowane w ramach tego samego epizodu, co produkty kontraktowe dedykowane radioterapii, w 2019 r. najwięcej świadczeń zrealizowano w ramach produktu rozliczeniowego: hospitalizacja do chemioradioterapii >18 r.ż. W 2017 r. świadczenie to było wykonane 16 tys. razy, w roku 2018 – 18,5 tys. razy, a w 2019 r. – 22,3 tys. razy. W ujęciu wartości analizowany produkt jednostkowy w 2017 r. wygenerował koszt 5,96 mln zł, w 2018 r. – 7 mln zł, a w roku 2019 – 8,5 mln zł, a jego wartość w opisywanym okresie wzrosła o 41,7%.

Tabela 80. Liczba i wartość świadczeń dodatkowych (tj. produktów odrębnych i do sumowania) zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe

Produkt rozliczeniowy nazwa	2017		2018		2019	
	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w tys. zł)
Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż	16 074	5 963,2 zł	18 516	7 017,4 zł	22 303	8 452,9 zł
Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.	36 126	5 708,8 zł	39 852	6 445,9 zł	36 213	5 848,0 zł
Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej - w oddziale radioterapii / onkologii klinicznej	10 167	3 761,6 zł	11 405	4 320,3 zł	11 874	4 499,0 zł
Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 3 stopień	1 219	194,5 zł	1 020	165,5 zł	1 160	188,1 zł
Pozostałe	2 348	297,2 zł	2 014	224,0 zł	1 922	99,6 zł
Ogółem	65 934	15 925,3 zł	72 807	18 173,1 zł	73 472	19 087,6 zł

Z kolei biorąc pod uwagę tryb realizacji świadczeń z zakresu radioterapii, w latach 2017-2019 udział świadczeń udzielonych w trybie ambulatoryjnym w ujęciu krotności utrzymywał się na poziomie 80-82%, a w ujęciu wartości na poziomie 59-63%.

Tabela 81. Udział liczby oraz wartości świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii w podziale na tryb realizacji świadczeń i rozpoznanie właściwe dla nowotworów ginekologicznych

Produkt kontraktowy grupa	ICD-10 (wraz z rozszerzeniami)	2017				2018				2019			
		Odsetek liczby świadczeń		Odsetek wartości świadczeń		Odsetek liczby świadczeń		Odsetek wartości świadczeń		Odsetek liczby świadczeń		Odsetek wartości świadczeń	
		A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
Brachyterapia	C53	37,2%	62,8%	35,5%	64,5%	33,8%	66,2%	32,8%	67,2%	37,3%	62,7%	36,9%	63,1%
	C54	68,2%	31,8%	66,3%	33,7%	66,8%	33,2%	66,0%	34,0%	69,1%	30,9%	68,9%	31,1%
	C56	66,7%	33,3%	66,0%	34,0%	79,4%	20,6%	78,4%	21,6%	76,0%	24,0%	78,8%	21,2%
Teleradioterapia	C53	83,4%	16,6%	56,4%	43,6%	85,3%	14,7%	56,7%	43,3%	86,0%	14,0%	60,7%	39,3%
	C54	89,3%	10,7%	67,7%	32,3%	89,7%	10,3%	66,5%	33,5%	90,9%	9,1%	70,0%	30,0%
	C56	85,1%	14,9%	74,4%	25,6%	85,1%	14,9%	69,1%	30,9%	82,8%	17,2%	76,8%	23,2%
Ogółem		79,7%	20,3%	60,0%	40,0%	80,3%	19,7%	59,2%	40,8%	81,9%	18,1%	62,9%	37,1%

A – tryb ambulatoryjny; S – tryb stacjonarny

W analizowanym okresie na terenie Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ wszystkie świadczenia zrealizowano w trybie ambulatoryjnym, natomiast na terenie Podkarpackiego OW NFZ – w trybie stacjonarnym.

Tabela 82. Udział liczby oraz wartości świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii w podziale na tryb realizacji świadczeń i OW NFZ

OW NFZ	2017				2018				2019			
	Odsetek liczby świadczeń		Odsetek wartości świadczeń		Odsetek liczby świadczeń		Odsetek wartości świadczeń		Odsetek liczby świadczeń		Odsetek wartości świadczeń	
	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
Dolnośląski	74,2%	25,8%	49,8%	50,2%	79,6%	20,4%	50,7%	49,3%	76,6%	23,4%	56,2%	43,8%
Kujawsko Pomorski	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Lubelski	72,5%	27,5%	62,8%	37,2%	62,2%	37,8%	54,7%	45,3%	70,1%	29,9%	56,4%	43,6%
Lubuski	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	88,1%	11,9%	75,8%	24,2%
Łódzki	99,7%	0,3%	99,4%	0,6%	99,0%	1,0%	98,5%	1,5%	98,7%	1,3%	97,4%	2,6%
Małopolski	63,7%	36,3%	56,4%	43,6%	61,2%	38,8%	58,2%	41,8%	45,8%	54,2%	45,9%	54,1%
Mazowiecki	68,5%	31,5%	51,1%	48,9%	71,5%	28,5%	50,7%	49,3%	81,4%	18,6%	59,1%	40,9%
Podkarpacki	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Podlaski	4,0%	96,0%	2,9%	97,1%	0,6%	99,4%	0,4%	99,6%	26,9%	73,1%	19,7%	80,3%
Pomorski	77,9%	22,1%	61,3%	38,7%	84,6%	15,4%	63,1%	36,9%	86,7%	13,3%	71,9%	28,1%
Śląski	99,6%	0,4%	99,3%	0,7%	99,8%	0,2%	99,8%	0,2%	99,7%	0,3%	99,7%	0,3%
Świętokrzyski	12,0%	88,0%	13,0%	87,0%	11,1%	88,9%	13,7%	86,3%	13,1%	86,9%	16,3%	83,7%
Warmińsko - Mazurski	90,3%	9,7%	84,8%	15,2%	93,1%	6,9%	87,8%	12,2%	86,5%	13,5%	77,0%	23,0%
Wielkopolski	84,0%	16,0%	47,4%	52,6%	83,7%	16,3%	47,8%	52,2%	83,2%	16,8%	47,6%	52,4%
Zachodnio-pomorski	93,2%	6,8%	71,2%	28,8%	89,9%	10,1%	65,5%	34,5%	90,3%	9,7%	68,2%	31,8%
Ogółem	79,7%	20,3%	60,0%	40,0%	80,3%	19,7%	59,2%	40,8%	81,9%	18,1%	62,9%	37,1%

A – tryb ambulatoryjny; S – tryb stacjonarny

W dalszej części analizy przedstawiono szczegółowy wykaz świadczeniodawców, którzy w latach 2017-2019 realizowali świadczenia obejmujące leczenie działań niepożądanych. Świadczeniodawców scharakteryzowano pod względem liczby pacjentek oraz liczby i wartości świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.

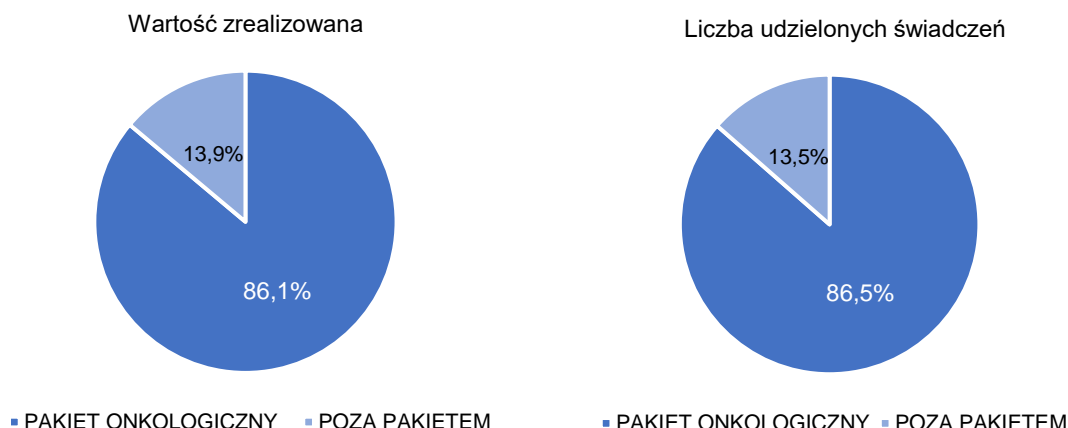
Tabela 83. Wykaz świadczeniodawców realizujących w latach 2017-2019 świadczenie leczenie działań niepożądanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

OW NFZ	Nazwa ośrodka	Miasto	2017			2018			2019		
			L. P	L. Ś.	W.Ś	L. P	L. Ś.	W.Ś	L. P	L. Ś.	W.Ś
Lubelski	Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli	Lublin	1	17	2 758 zł	3	11	1 785 zł	1	2	324 zł
Małopolski	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	Kraków	0	0	0	1	1	162 zł	0	0	0
Małopolski	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.	Kraków	0	0	0	1	16	2 596 zł	0	0	0
Mazowiecki	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	Warszawa	2	3	474 zł	2	11	1 785 zł	1	4	649 zł
Mazowiecki	Kliniki Neuroradiologii sp. z o.o.	Warszawa	1	43	6 976 zł	1	1	162 zł			
Podkarpacki	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie	Rzeszów	1	18	2 864 zł	0	0	0	0	0	0
Pomorski	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	Gdańsk	3	62	9 784 zł	4	20	3 515 zł	4	37	6 372 zł
Pomorski	Szpital Pomorski sp. z o.o.	Gdynia	2	20	3 120 zł	1	26	4 218 zł	1	13	2 700 zł
Śląski	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	Katowice	1	8	1 298 zł	0	0	0	0	0	0
Świętokrzyski	Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach	Kielce	3	18	2 824 zł	1	10	1 622 zł	0	0	0
Warmińsko-Mazurski	Nu-Med Grupa S.A.	Elbląg	4	31	4 951 zł	2	12	1 947 zł	2	10	1 622 zł
Warmińsko-Mazurski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii	Olsztyn	0	0	0	0	0	0	3	15	2 430 zł
Wielkopolski	Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie	Poznań	29	675	109 365 zł	31	621	100 913 zł	37	878	142 348 zł
Wielkopolski	Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o.	Poznań	0	0	0	0	0	0	1	10	1 620 zł
Zachodniopomorski	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii	Szczecin	12	352	56 014 zł	9	382	66 735 zł	6	209	33 878 zł
Zachodniopomorski	Affidea Onkoterapia sp. z o.o.	Koszalin	0	0	0	2	8	1 460 zł	0	0	0
Ogółem			59	1 247	200 430 zł	58	1 119	186 900 zł	56	1 178	191 944 zł

L.P. – liczba pacjentek; L.Ś. – liczba świadczeń; W.Ś. – wartość świadczeń w zł

W 2019 r. 86,5% świadczeń zostało zrealizowanych w ramach pakietu onkologicznego, co w ujęciu wartości stanowiło 86,1% całkowitej wartości świadczeń zrealizowanych w zakresie radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.

Wykres 34. Rozkład procentowy wartości zrealizowanej oraz liczby udzielonych świadczeń w 2019 r. z zakresu radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na świadczenia w pakiecie onkologicznym i świadczenia poza pakietem



[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ]

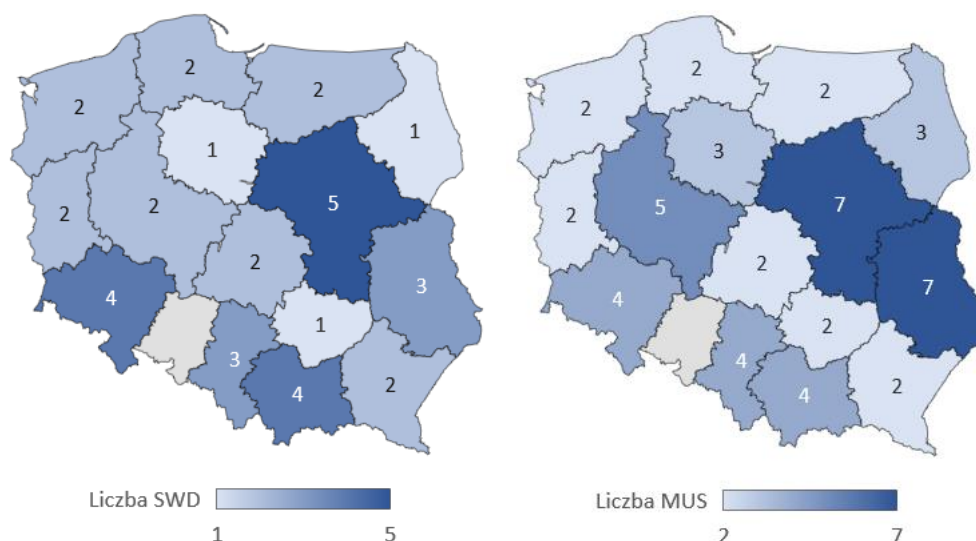
Charakterystyka świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

Świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w roku 2017 było 33, w roku 2018 – 35, a w 2019 r. – 36. Najwięcej świadczeniodawców w 2019 r. było w Mazowieckim OW NFZ (5).

Z kolei analizując MUS-y, czyli miejsca udzielania świadczeń, w roku 2017 było 45 MUS-ów, w roku 2018 – 48, a w 2019 r. – 51, przy czym największą liczbę MUS-ów w 2019 r. odnotowano na obszarach Mazowieckiego OW NFZ (7) i Lubelskiego OW NFZ (7). Natomiast na terenie Opolskiego OW NFZ nie odnotowano żadnego świadczeniodawcy i placówki udzielającej świadczenia z zakresu radioterapii.

Tabela 84. Liczba świadczeniodawców oraz liczba miejsc udzielania świadczeń (MUS), w których w latach 2017-2019 realizowano świadczenia z zakresu radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na OW NFZ

OW NFZ	Liczba świadczeniodawców			Liczba MUS		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Dolnośląski	4	4	4	4	4	4
Kujawsko-Pomorski	1	1	1	2	3	3
Lubelski	1	2	3	4	5	7
Lubuski	0	1	2	0	1	2
Łódzki	2	2	2	2	2	2
Małopolski	4	4	4	5	5	4
Mazowiecki	5	6	5	7	8	7
Opolski	0	0	0	0	0	0
Podkarpacki	2	2	2	2	2	2
Podlaski	1	1	1	3	2	3
Pomorski	2	2	2	2	2	2
Śląski	3	3	3	4	4	4
Świętokrzyski	1	1	1	2	2	2
Warmińsko-Mazurski	2	2	2	2	2	2
Wielkopolski	2	2	2	4	4	5
Zachodniopomorski	2	2	2	2	2	2
Ogółem	32	35	36	45	48	51



Rysunek 15. Rozkład świadczeniodawców (SWD) i miejsc udzielania świadczeń (MUS), w których w roku 2019 realizowano świadczenia z zakresu radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ]

Analiza wartości umów i wartości zrealizowanej w zakresie radioterapii

Analiza obejmuje wartości umów oraz wartości świadczeń zrealizowanych w ramach produktów kontraktowych włączonych do analizy, przy czym wartość zrealizowaną obliczono zarówno dla wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) jak i dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych. W 2019 roku wartość zrealizowana produktów kontraktowych objętych analizą u wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) wyniosła ponad 1,21 mld zł, co oznacza, że była o 15,9% większa niż w 2017 r. (ok. 1,05 mld zł). Natomiast świadczenia zrealizowane dla pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r. wygenerowały koszt 97,1 mln zł, czyli koszt o 8,5% większy niż w 2017 r. (ok. 89,5 mln zł). Jednocześnie wraz ze wzrostem kosztu udział wartości świadczeń zrealizowanych dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek (niezależnie od ICD-10) zmniejszył się z 8,5% w 2017 r. do 8,0% w 2019 r. W latach 2017 – 2019 umowy na największą wartość zostały zawarte w Mazowieckim OW NFZ. Jednocześnie w tym województwie odnotowano najwyższe koszty związane z realizacją analizowanych produktów kontraktowych dla pacjentek total i pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych. Z kolei w Opolskim OW NFZ nie zrealizowano żadnego świadczenia u pacjentek objętych analizą.

Tabela 85. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w zakresie radioterapii u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019

OW NFZ	Wartość aktualna umowy (w mln zł)			Wartość zrealizowana dla wszystkich pacjentek (w mln zł)			Wartość zrealizowana dla pacjentek objętych analizą (w mln zł)			Udział wartości zrealizowanej dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Dolnośląski	78,0 zł	86,3 zł	89,3 zł	78,1 zł	86,4 zł	89,2 zł	7,9 zł	8,2 zł	8,6 zł	10,1%	9,5%	9,6%
Kujawsko-Pomorski	69,3 zł	95,7 zł	71,8 zł	68,6 zł	79,0 zł	74,8 zł	3,8 zł	3,3 zł	3,0 zł	5,5%	4,2%	4,1%
Lubelski	53,3 zł	52,1 zł	58,9 zł	50,0 zł	52,4 zł	59,2 zł	3,7 zł	4,0 zł	4,6 zł	7,5%	7,6%	7,7%
Lubuski	16,2 zł	18,4 zł	21,5 zł	15,9 zł	18,4 zł	20,8 zł	0,0 zł	0,008 zł	0,2 zł	0%	0%	0,9%
Łódzki	58,0 zł	63,4 zł	71,4 zł	57,9 zł	63,4 zł	70,7 zł	5,4 zł	5,0 zł	5,4 zł	9,3%	7,9%	7,6%

OW NFZ	Wartość aktualna umowy (w mln zł)			Wartość zrealizowana dla wszystkich pacjentek (w mln zł)			Wartość zrealizowana dla pacjentek objętych analizą (w mln zł)			Udział wartości zrealizowanej dla pacjentek objętych analizą do wartości zrealizowanej dla wszystkich pacjentek		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Małopolski	78,4 zł	86,8 zł	89,7 zł	78,8 zł	87,5 zł	89,7 zł	3,5 zł	3,8 zł	3,9 zł	4,5%	4,3%	4,3%
Mazowiecki	181,6 zł	215,6 zł	219,5 zł	181,8 zł	211,9 zł	219,5 zł	20,3 zł	21,9 zł	21,8 zł	11,1%	10,3%	9,9%
Opolski	15,0 zł	16,0 zł	15,5 zł	15,0 zł	16,0 zł	15,5 zł	0,0 zł	0,0 zł	0,0 zł	0%	0%	0,0%
Podkarpacki	28,6 zł	32,8 zł	35,2 zł	28,7 zł	32,8 zł	35,2 zł	1,0 zł	1,0 zł	1,0 zł	3,4%	3,0%	2,7%
Podlaski	26,3 zł	27,3 zł	27,6 zł	25,5 zł	27,3 zł	29,2 zł	2,6 zł	2,3 zł	2,7 zł	10,2%	8,5%	9,4%
Pomorski	43,9 zł	50,6 zł	53,4 zł	43,1 zł	50,6 zł	53,4 zł	3,8 zł	4,7 zł	4,7 zł	8,9%	9,4%	8,8%
Śląski	169,5 zł	185,7 zł	204,0 zł	168,1 zł	184,9 zł	204,0 zł	11,4 zł	12,0 zł	14,3 zł	6,8%	6,5%	7,0%
Świętokrzyski	36,2 zł	39,0 zł	39,2 zł	36,2 zł	39,0 zł	39,2 zł	6,6 zł	7,0 zł	7,0 zł	18,2%	17,9%	17,9%
Warmińsko- Mazurski	38,4 zł	44,1 zł	40,8 zł	38,2 zł	43,5 zł	40,9 zł	2,4 zł	2,5 zł	2,4 zł	6,2%	5,7%	5,8%
Wielkopolski	102,1 zł	108,5 zł	108,9 zł	102,1 zł	108,6 zł	108,2 zł	12,1 zł	13,1 zł	12,3 zł	11,9%	12,0%	11,4%
Zachodnio- pomorski	59,7 zł	64,5 zł	65,7 zł	59,7 zł	64,5 zł	65,7 zł	4,9 zł	5,5 zł	5,4 zł	8,2%	8,5%	8,2%
Ogółem	1 055 zł	1 187 zł	1 212 zł	1 048 zł	1 166 zł	1 215 zł	89,5 zł	94,2 zł	97,1 zł	8,5%	8,1%	8,0%

9. Kierunki optymalizacji modelu opieki komplementarnej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi (ICD-10: C53, C54, C56)

9.1. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych⁷⁹ (NPZChN) na lata 2016-2024 jest drugą edycją programu wieloletniego. Głównym celem programu jest dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce poprzez między innymi zakup dla szpitali wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego służącego leczeniu chorób nowotworowych oraz zapobieganie chorobom nowotworowym poprzez np. promowanie zdrowego stylu życia oraz prowadzenie regularnych badań u obywateli.

W NPZChN wskazano, że 5-letnie przeżycie chorych na raka szyjki macicy wynosi 54% (wskaźnik bazowy z 2012 r.), natomiast wartość docelowa (do 2024 r.) to 62%. Również Program zakłada zwiększenie zgłaszalności na przesiewowe badania cytologiczne (wskaźnik bazowy z 2012 r. – 44,4% do 60% w 2024 r.).

W odniesieniu do analizowanych w niniejszym opracowaniu nowotworów ginekologicznych NPZChN wskazuje na:

- zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy kobiet w wieku 25–59;
- opiekę nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, w tym na raka jajnika, błony śluzowej trzonu macicy poprzez:
 - identyfikację na podstawie ankiet wśród osób zdrowych i/lub dokładnych wywiadów rodzinnych wśród chorych osób, u których występuje prawdopodobieństwo zachorowania w ciągu życia;
 - wprowadzenie do rejestru rodzin najwyższego i wysokiego ryzyka;
 - badania nosicielstwa mutacji genu, które umożliwiają ustalenie lub wykluczenie wysokiego indywidualnego ryzyka wśród zdrowych krewnych nosicieli mutacji;
 - objęcia osób z grupy wysokiego ryzyka programem corocznych badań ukierunkowanych na wczesne rozpoznanie nowotworów.
- zapewnienie zintegrowanej opieki nad pacjentami onkologicznymi i ich bliskimi.

9.2. Główne założenia koncepcji Krajowej Sieci Onkologicznej

29 czerwca 2018 r. zakończył prace zespół do spraw opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii, której efektem był dokument „Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej”. Zakłada ona wprowadzenie zmian w zakresie organizacji opieki onkologicznej, których celem jest:

- postawienie możliwie szybkiego i precyzyjnego rozpoznania,
- zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach,
- właściwe kwalifikowanie chorych do określonej metody leczniczej i leczenia skojarzonego,
- zastosowanie optymalnych procedur terapeutycznych o kompleksowym charakterze i odpowiedniej jakości,
- zmniejszenie liczby powikłań, a w konsekwencji poprawę wyników leczenia,
- wprowadzone jednolitych standardów diagnostyki i leczenia, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta w celu uzyskania poprawy rokowania i jakości życia chorych,

⁷⁹ Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą "Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" (M.P. 2015 poz 1165)

- wydłużenie 5-letnich przeżyć,
- obniżenie umieralności.

Podstawą działania pilotażu KOS jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2423), a następnie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1902). Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) rozpoczął się w lutym 2019 r. w województwie dolnośląskim i świętokrzyskim, następnie w województwie podlaskim i pomorskim. Pilotaż dotyczy nowego modelu organizacji opieki onkologicznej w pięciu typach nowotworów - piersi, płuca, jelita grubego, jajnika i gruczołu krokowego. Założenia KSO zakładają stworzenie skoordynowanej kompleksowej sieci placówek onkologicznych (KSO), z nadanymi uprawnieniami wg 3-stopniowej referencyjności z ośrodkami uniwersyteckimi, centrami kompetencji, centrami doskonałości oraz ośrodkami satelitarnymi, w podziale na lecznictwo onkologiczne dla dorosłych, hematatoonkologię dorosłych oraz hematatoonkologię dziecięcą. Jest to dwukierunkowy system opieki zdrowotnej, w którym najprostsze świadczenia medyczne realizowane są na poziomie podstawowym (I), bardziej złożone na specjalistycznym (II), a najbardziej skomplikowane na poziomie wysokospecjalistycznym (III). Referencyjność i zakres kompetencji ośrodków powinny być certyfikowane i okresowo audytowane pod kątem oceny jakościowych wskaźników struktury i procesów, a w szczególności wyposażenia i funkcjonowania danego ośrodka, wdrażania i przestrzegania zasad postępowania diagnostyczno-leczniczego, oraz obowiązujących procedur i przepisów prawa.

W kontekście zagadnień istotnych dla opracowania rozwiązań kompleksowego leczenia nowotworów narządowych w postaci tzw. „Unitów” (płuca, jelita grubego, prostaty, ginekologii onkologicznej), dokument potwierdza, potrzebę wprowadzenia takich rozwiązań w Polsce, określając je mianem **Centrów Kompetencji**, (Cancer Units), w których skupiona byłaby diagnostyka i leczenie nowotworów narządowych. Główne kryteria definiujące Centra Kompetencji to:

- możliwość wielodyscyplinarnych konsultacji z udziałem lekarzy specjalistów w dziedzinach ginekologii onkologicznej, radioterapii, onkologii klinicznej, radiologii, patomorfologii;
- możliwość wykonania śródoperacyjnego badania histopatologicznego w miejscu;
- możliwość wykonania USG (z możliwością badania śródoperacyjnego) i TK w miejscu;
- możliwość przeprowadzenia leczenia uzupełniającego (chemioterapia, radioterapia) w miejscu lub na podstawie umowy z ośrodkiem zewnętrznym;
- możliwość przeprowadzenia resekcji laparoskopowych;
- określona stosownym protokołem współpraca chirurga i patomorfologa przy ocenie preparatu po operacjach trzustki;
- możliwość prospektywnego monitorowania wskaźników takich jak:
 - odsetek powikłań chirurgicznych,
 - wskaźnik śmiertelności okołoperacyjnej,
 - odsetek miejscowych nawrotów,
 - odsetek nieszczelności zespoleń.

Natomiast **Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące** (WOK) według definicji koncepcji KOS to świadczeniodawcy realizujący najwyższy odsetek świadczeń w ramach pakietu onkologicznego obejmujących diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne, który posiada niezbędne doświadczenie i zasoby materialne i ludzkie, pozwalające na lepszą koordynację procesu udzielania świadczeń onkologicznych w celu zapewnienia wysokiej jakości tych świadczeń na obszarze konkretnego województwa. Ośrodki te powinny spełniać następujące kryteria:

- pozycja wiodąca danej jednostki uzasadniona w MPZO (pod względem zasobów oraz realizowanych procedur);
- realizacja świadczeń onkologicznych w ciągu ostatnich 2 lat;

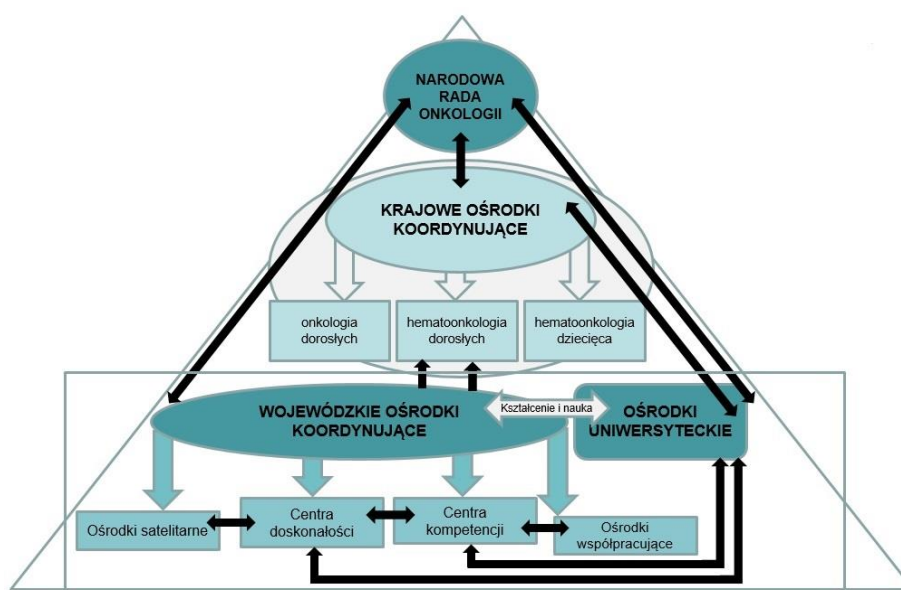
- pozycja wiodąca danej jednostki w procesie realizacji pakietu onkologicznego w danym województwie (największa liczba zrealizowanych procedur);
- odpowiednia liczba specjalistów w poszczególnych dziedzinach onkologii;
- możliwość wykonania pogłębionej diagnostyki onkologicznej w ramach zasobów świadczeniodawcy;
- możliwość wykonywania podstawowej onkologii (chirurgia onkologiczna, chemioterapia i radioterapia) w ramach zasobów świadczeniodawcy;
- odpowiednia liczba realizowanych procedur kompleksowego leczenia onkologicznego (np. w ostatnich 2 latach);
- wysoka jakość świadczonych usług – np. jakość badania patologicznego;
- odpowiednia lokalizacja centrum onkologicznego (ze wskazaniem na miasto wojewódzkie);
- posiadanie szczegółowej informacji epidemiologicznej w województwie – obowiązek prowadzenie wojewódzkiego rejestru nowotworów.

Ośrodki Współpracujące mogą tworzyć ośrodki o I lub II poziomie referencyjności. W odniesieniu do nowotworów ginekologicznych będą to oddziały onkologiczne udzielające świadczeń w trybie ambulatoryjnym lub stacjonarnym w zakresie chirurgii, onkologicznej, chemioterapii lub radioterapii, a więc nie zapewniają kompleksowej opieki w jednym miejscu, lecz jej określony zakres.

Natomiast celem **ośrodków satelitarnych** jest zwiększenie dostępu do świadczeń takich jak chemioterapia (udzielana w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym), radioterapia (udzielana w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym), chirurgia (udzielana w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym), szybka diagnostyka i monitorowanie/kontrola po leczeniu.

Ośrodki Uniwersyteckie oprócz pełnienia roli dydaktyczno-naukowej mogą również pełnić funkcję ośrodków koordynujących, centrów kompetencji, centrów doskonałości lub ośrodka współpracującego.

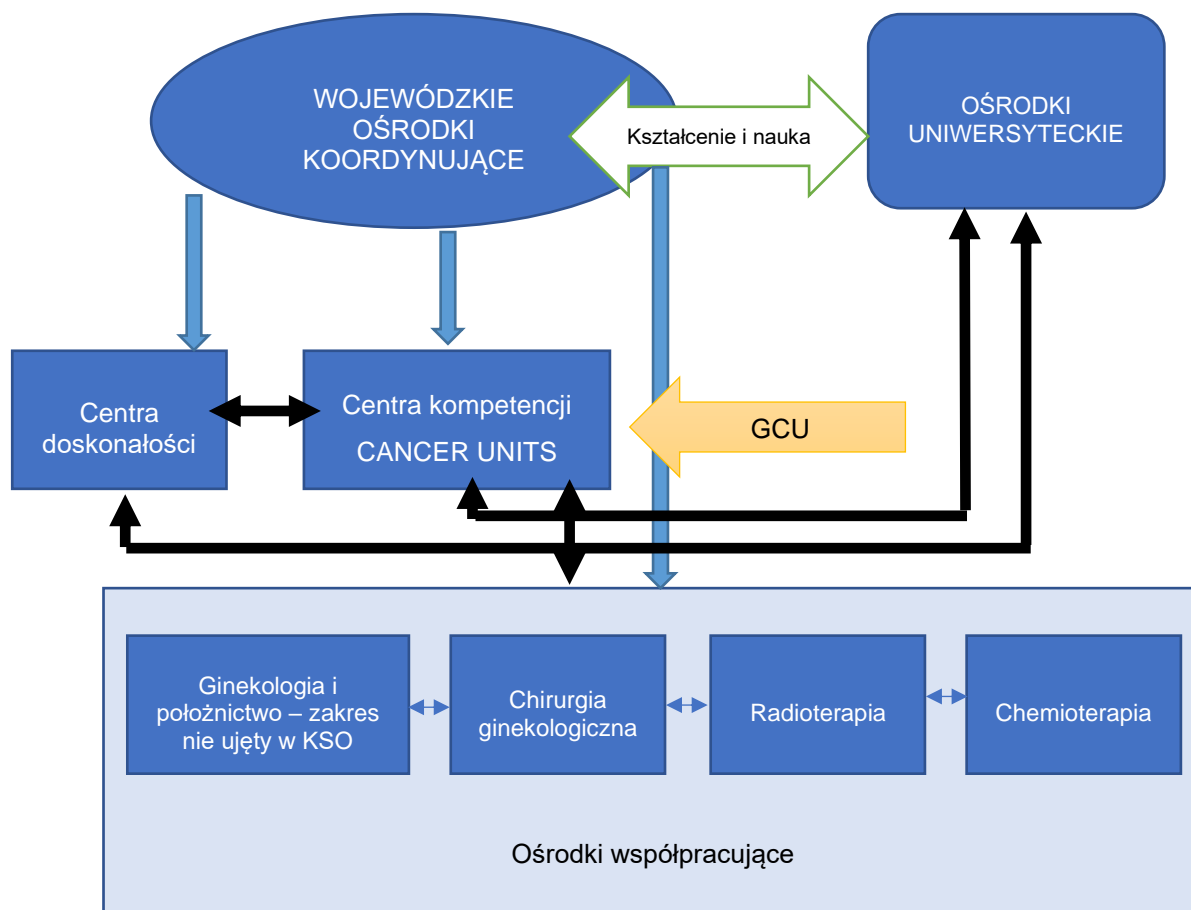
Schemat Krajowej Sieci Onkologicznej przedstawia poszczególne poziomy referencyjne. Centra kompetencji w praktyce nie będą tworzyły samodzielnych ośrodków, lecz mogą powstawać na bazie aktualnie funkcjonujących podmiotów leczniczych. Kluczowe jest, aby ośrodki spełniały określone wymagania formalne, organizacyjne oraz jakościowe. Centra Kompetencji mogą być tworzone również w ramach krajowych oraz wojewódzkich ośrodków koordynujących.



Rysunek 16. Schemat KSO

[Źródło: *Koncepcja Organizacji i Funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej Tom I. Dokument Zespołu Ministra Zdrowia ds. opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii*]

Bazując na założeniach przedstawionych w dokumencie „Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej” oraz mając na uwadze dotychczasowe funkcjonowanie opieki onkologicznej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi w Polsce wraz z Zespołem ekspertów opracowany został model kompleksowej diagnostyki i leczenia w ramach „sieci onkologicznej” zaprezentowany na schemacie poniżej.



Rysunek 17. Model kompleksowej diagnostyki i leczenia w ramach „sieci onkologicznej”

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT]

9.3. Założenia organizacyjne dla modelu kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych

Model organizacji centrów kompetencji nowotworów ginekologicznych (Gynecological Cancer Unit; GCU) zakłada, że będą to ośrodki charakteryzujące się najwyższym poziomem referencyjności, w ramach których zostanie zapewniona opieka najwyższej jakości dla pacjentek z nowotworami ginekologicznymi tj. rakiem szyjki macicy, rakiem trzonu macicy, rakiem jajnika. Ośrodki te powinny zapewniać dostęp do najnowszych metod diagnostyki i leczenia, które są rekomendowane przez wytyczne praktyki klinicznej, a także zapewniać kompleksowość opieki zarówno w zakresie diagnostyki jak i leczenia. Jakość świadczonych usług w ośrodku powinna podlegać okresowej weryfikacji w oparciu o prospektywną ocenę wyników leczenia u pacjentek. Wyniki monitorowania jakości opieki mogą stanowić podstawę do kontraktowania świadczeń dla takiego ośrodka. Tym samym, ośrodki, które nie spełniają kryteriów jakości w danym zakresie (nie osiągają zakładanych wyników nie powinny mieć możliwości zawierania umów w zakresie, w którym nie spełniają wymogów).

Liczba centrów kompetencji nowotworów ginekologicznych (Gynecological Cancer Unit; GCU) powinna odpowiadać potrzebom zdrowotnym mieszkańców na danym obszarze oraz podstawowym kryteriom jakie powinny te ośrodki spełniać, tj. m. in. posiadaniem doświadczeniu udokumentowanemu odpowiednią liczbą

leczonych chorych, wdrożeniu i przestrzeganiu zewnętrznych standardów postępowania oraz opracowaniu na ich bazie wewnętrznych procedur, a także wdrożeniu systemów monitorowania jakości procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz jego wyników, odpowiednim zasobom kadrowym, infrastrukturze i wyposażeniu. Centralizacja procedur ma na celu osiągnięcie lepszych wyników leczenia, minimalizację liczby powikłań oraz optymalizację wykorzystania kadr i innych zasobów. W przypadku leczenia nowotworów ginekologicznych, gdzie istotną rolę odgrywa zabieg chirurgiczny, kluczowe znaczenie dla powodzenia procesu terapeutycznego ma doświadczenie lekarza chirurga.

Ośrodki niższych poziomów referencyjnych, nie spełniające wymogów ośrodka koordynującego i nie posiadające odpowiedniego doświadczenia, które jest wymagane podczas leczenia pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, powinny współpracować z ośrodkami kompetentnymi w sposób zapewniający możliwość przekazania pacjenta do ośrodka wyższego poziomu a także po właściwym – głównym leczeniu zapewnić w razie potrzeby opiekę pacjentce zgodnie z posiadanymi kompetencjami (współpraca za zasadzie z ośrodka o niższym poziomie referencyjności na wyższy jak i z wyższego na niższy).

Wszystkie ośrodki będące ośrodkami kompetencji (GCU) muszą zapewnić również opiekę i właściwe postępowanie na etapie monitorowania pacjentki po zakończonym leczeniu.

Proponowany model GCU wpisuje się w definicję centrum kompetencji zawartą w koncepcji Krajowej Sieci Onkologicznej, ale także z rozwiązaniami przyjętymi w innych krajach np. Australii, USA, Wielkiej Brytanii, Szwecji, Holandii, Niemiec, Norwegii, Francji. i prowadzi współpracę z ośrodkami współpracującymi. Model zakłada, że Ośrodki kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych powstaną na bazie istniejących szpitali zakwalifikowanych do systemu PSZ.

Zgodnie z wnioskami płynącymi z projektu systemowego Ministerstwa Zdrowia, „Mapy potrzeb zdrowotnych” a także analizy rozwiązań funkcjonujących w innych krajach wskazuje się, jak już wspomniano wyżej, na zasadność centralizacji procedur chirurgicznych oraz decentralizację chemioterapii i radioterapii. Tym samym GCU powinny współpracować z innymi ośrodkami świadczącymi chemioterapię i radioterapię w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym, co pozwoli zwiększyć dostęp do świadczeń oraz zapewnić świadczenia chemioterapii lub radioterapii bliżej miejsca zamieszkania chorego.

Poniżej przedstawiono główne terminy stosowane w odniesieniu do koncepcji organizacji ośrodków typu Gynecological Cancer Unit:

GCU	Gynecological Cancer Unit; ośrodek kompetencji; świadczeniodawca, który posiada największy potencjał w zakresie personelu, sprzętu i aparatury w danym regionie/województwie, który jest wyspecjalizowany w diagnostyce i leczeniu nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56) i posiada możliwość kompleksowego leczenia oraz koordynacji procesu opieki nad pacjentem.
Jakość	Opieka onkologiczna zgodna z aktualną wiedzą medyczną i zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, spełniająca kryteria dotyczące zasobów w zakresie sprzętu medycznego, kadr i organizacji procesu udzielania świadczeń. Jakość opieki powinna być monitorowana poprzez parametry procesów i struktury.
Kompleksowość	Kompleksowa opieka jest to celowa i całościowa organizacja działań związanych z opieką nad pacjentem między dwoma lub więcej osobami/ instytucjami, przy czym jedna z nich pełni rolę koordynującą. Kompleksowa opieka obejmuje organizację pracy personelu i innych zasobów potrzebnych do wykonywania wszystkich wymaganych działań związanych z procesem diagnostyki i leczenia pacjenta. Obejmuje ona także wymianę informacji pomiędzy uczestnikami odpowiedzialnymi za różne aspekty tejże opieki. W szczególności należy oczekiwać odpowiedniego dopasowania poziomu interwencji do problemu zdrowotnego. Kompleksowe świadczenia to działania, w ramach których realizowana jest wielospecjalistyczna opieka nad pacjentem, koordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia we wszystkich trybach i zakresach realizacji w zależności od wskazań medycznych oraz różne formy rehabilitacji. Opieka ta może być świadczona w jednym lub w wielu ośrodkach.
Koordynacja	Ogólnokrajowy system zapewnienia jakości i kompleksowości w opiece onkologicznej, realizowany w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej i koordynowany przez Narodową Radę Onkologii, polegający na systematycznym gromadzeniu możliwie pełnych danych o wynikach leczenia, zdarzeniach niepożądanych i powikłaniach, danych o aktualnym i planowanym wykorzystaniu zasobów, ich analizie na poziomie poszczególnych obszarów opieki, regionów i świadczeniodawców oraz regularnym, okresowym publikowaniem informacji na ten temat. Dla prawidłowego funkcjonowania systemu koordynacji niezbędne jest wdrożenie zasad tworzenia wytycznych krajowych w zakresie profilaktyki pierwotnej, badań przesiewowych i rekomendacji diagnostyczno-terapeutycznych w poszczególnych nowotworach. Elementem koordynacji jest także kontrola (we współpracy z NFZ) i poprawa jakości szeroko rozumianej opieki onkologicznej, między innymi poprzez tworzenie kryteriów jakościowych oraz systematycznej oceny ich realizacji.

Koordynator	osoba lub osoby zatrudnione przez realizatora świadczeń onkologicznych, do koordynacji opieki nad pacjentem w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie przepływu informacji między uczestnikami procesu udzielania świadczeń, zarówno na poziomie świadczeniodawcy, jak również między świadczeniodawcą i podmiotami zewnętrznymi zaangażowanymi w proces diagnostyki i leczenia • wspieranie organizowania procesu diagnostyki i leczenia, w tym prowadzenie elektronicznego terminarza wizyt,
Dostęp	zapewnienie realizacji świadczeń onkologicznych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane
Ścieżka pacjenta	Długotrwały proces opieki onkologicznej składający się z poszczególnych etapów, za który odpowiada właściwy podmiot leczniczy. W jej ramach wyróżnia się następujące etapy opieki onkologicznej: profilaktyka pierwotna i wtórna; diagnostyka wstępna i pogłębiona; leczenie chirurgiczne (oszczędzające/radykalne/ paliatywne); radioterapia (preferowane warunki wykonania – tryb ambulatoryjny); leczenie systemowe (preferowane warunki wykonania – tryb ambulatoryjny); rehabilitacja onkologiczna – psychofizyczna (w tym edukacja zdrowotna, wsparcie psychologiczne); monitorowanie stanu pacjenta po ukończeniu terapii; opieka paliatywna i hospicyjna zapewniający pacjentowi opiekę medyczną. Pacjent objęty opieką opartą o ścieżki pacjentów jest głównym podmiotem, wokół którego podmioty lecznicze współpracując ze sobą tworzą kompleksowy system służący zapobieganiu, skutecznemu diagnozowaniu i leczeniu nowotworów oraz kontroli po wyleczeniu.
Lokalizacja	budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń.
Miejsce udzielania świadczeń	pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych.

Leczenie oszczędzające płodność

Podczas konsultacji proponowanego modelu kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentkami z rakiem szyjki macicy, rakiem trzonu macicy oraz jajnika zwrócono uwagę na istotną kwestię leczenia oszczędzającego i zachowującego płodność u pacjentek z nowotworami ginekologicznymi.

W 2017 r. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało Zalecenia Grupy Roboczej ds. Zachowania Płodności u Chorych Onkologicznych i Chorych Hematologicznych oraz Innych Chorych Leczonych Terapiami Gonadotoksycznymi „ONCOFERTILITY” (GROF), w których wskazano, że leczenie i zachowanie płodności u pacjentów onkologicznych powinno być skoordynowane przez interdyscyplinarny zespół w szczególności onkologa klinicznego, chirurga onkologicznego, ginekologa, radioterapeuty, specjalisty od rozrodczości.

W zaleceniach zwrócono uwagę, że na całym świecie istnieje tendencja do tworzenia sieci i konsorcjów skupiających ośrodki akademickie i szpitale zajmujące się oncofertility. Wymienione w ramach Zaleceń, metody zachowania płodności obejmują: mrożenie zarodków oraz oocytów, ooforopeksja (w przypadku radioterapii), operacja oszczędzająca płodność, hamowanie funkcji jajników (jednakże na podstawie dostępnych dowodów naukowych wyłącznie w przypadku raka piersi potrójnie ujemnego) oraz mrożenie tkanki jajnika na potrzeby późniejszej replantacji (jednakże wciąż uznawane za metodę eksperymentalną). Wybór metody leczenia jest przede wszystkim uzależniony od stopnia klinicznego zaawansowania nowotworu i wieku pacjentki, oceny ryzyka nawrotu procesu nowotworowego i chęci zachowania płodności.

W ramach systemu ochrony zdrowia finansowana jest niewielka grupa świadczeń z zakresu metod ochrony (zachowania) płodności. Świadczenia te obejmują głównie oszczędzające leczenie chirurgiczne (procedury operacyjne oszczędzające narząd rodny) oraz terapię hormonalną. Pozostałe świadczenia np. z zakresu krioprezewacji tkanki jajnikowej nie podlegają refundacji ze środków publicznych i mają zastosowanie głównie w innych niż ginekologiczne nowotworach złośliwych.

Obecnie w Polsce funkcjonuje Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2016-2020, którego celem jest zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności. W ramach programu mieści się również zachowanie płodności u osób dotkniętych chorobą nowotworową. W skład sieci referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności wchodzi 16 ośrodków.

Tabela 86. Podmioty lecznicze wchodzące w skład referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności

L.p.	Nazwa realizatora
1.	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Wrocławiu, ul. R. Weigla 5, 50-981 Wrocław
2.	Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, 45-066 Opole, ul. Reymonta 8
3.	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM w Poznaniu, ul. Polna 33, 60-535 Poznań
4.	Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź
5.	Instytut Matki i Dziecka, ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa
6.	Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60
7.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. dr. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa
8.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr.1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin
9.	Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej, ul. Karowa 2, 00-315 Warszawa
10.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków
11.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
12.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
13.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, 40-514 Katowice
14.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, 80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7
15.	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o., Pl. S. Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa
16.	Wojewódzki Szpital Zespolony 25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45

Podczas konsultacji Ekspertów zwracali uwagę na konieczność uwzględnienia w modelu opieki kompleksowej aspektów związanych z rozwojem oncofertility w Polsce. W odniesieniu do nowotworów ginekologicznych największe znaczenie w tej dziedzinie ma stosowanie terapii oszczędzających płodność. Dlatego też podkreślano konieczność wdrażania działań mających na celu zwiększenie świadomości dot. leczenia oszczędzającego płodność wśród pacjentów oraz poprawę koordynacji leczenia i opieki ukierunkowanego na tego typu terapię, które wpisują się w model opieki kompleksowej.

9.4. Kryteria definiujące ośrodki kompetentne w kompleksowej diagnostyce i leczeniu nowotworów ginekologicznych

Szczegółowa analiza rekomendacji klinicznych oraz przegląd rozwiązań międzynarodowych, a także wskaźników monitorowania jakości opieki nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi, wskazała na szereg elementów istotnych w opiece kompleksowej w tej grupie nowotworów. Przegląd powyższych opracowań i dokumentów wskazuje przede wszystkim na:

- Przeprowadzanie zabiegów chirurgicznych w nowotworach ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56) w specjalistycznych ośrodkach dysponujących dużym doświadczeniem w leczeniu chorych z tymi nowotworami;
- Zapewnienie opieki specjalistycznej poprzez personel posiadający odpowiednie doświadczenie w zakresie leczenia nowotworów ginekologicznych w szczególności przeprowadzania zabiegów chirurgicznych w ginekologii;
- Możliwość wielodyscyplinarnych konsultacji z udziałem lekarzy specjalistów w dziedzinie ginekologii onkologicznej, radioterapii, onkologii klinicznej, radiologii, patomorfologii.
- Możliwość wykonania śródoperacyjnego badania histopatologicznego w miejscu;
- Możliwość przeprowadzenia leczenia uzupełniającego (chemioterapia, radioterapia) w miejscu lub na podstawie umowy z ośrodkiem zewnętrznym;
- Prospektywna ocena wskaźników efektów.

Opracowanie kryteriów dla ośrodków specjalizujących się w kompleksowej opiece specjalistycznej w nowotworach ginekologicznych oparto na rozwiązaniach międzynarodowych oraz aktualnej analizie sytuacji w Polsce z uwzględnieniem zasobów, danych epidemiologicznych oraz opinii ekspertów. Poniżej

przedstawiono, wymagania odnoszące się do ośrodków oraz doświadczenia personelu w poszczególnych krajach.

Tabela 87. Wymogi dotyczące personelu i ośrodków specjalizujących się w kompleksowym leczeniu nowotworów ginekologicznych w wybranych krajach

Kraj	Personel	Ośrodek
Australia	<ul style="list-style-type: none"> co najmniej 75 nowych przypadków nowotworów ginekologicznych leczonych chirurgicznie przez ginekologa onkologa rocznie 	<ul style="list-style-type: none"> Duże ośrodki specjalistycznych (najlepiej uniwersyteckie): co najmniej 150-250 nowych, leczonych przypadków rocznie; Mniejsze ośrodki specjalistyczne (regionalne) z dostępem do ginekologa-onkologa: co najmniej 100 przypadków rocznie.
Niemcy	-	<ul style="list-style-type: none"> ≥75 przypadków nowotworów złośliwych żeńskich narządów płciowych w tym ≥ 50 pierwotnych przypadków (tj. każdy pobyt pacjenta związany z leczeniem chirurgicznym, radio- i chemioterapią) w ośrodku rocznie
Szwecja	<p>ICD-10: C53</p> <ul style="list-style-type: none"> co najmniej dwóch ginekologów/brachyterapeutów i dwóch fizyków z doświadczeniem w brachyterapii 3D (co najmniej 10 zabiegów na terapeutę na rok). co najmniej 10 radykalnych histerektomii rocznie na chirurgia rocznie 	<p>ICD-10: C53</p> <ul style="list-style-type: none"> co najmniej 20 radykalnych histerektomii na ośrodek rocznie co najmniej 15 pacjentów, u których wykonuje się brachyterapię 3D na ośrodek rocznie <p>ICD-10: C56</p> <ul style="list-style-type: none"> Duży ośrodek: co najmniej 3 do 4 ginekologów posiadających certyfikat ginekologii onkologicznej, aby móc leczyć co najmniej 100 pacjentów z rakiem jajnika rocznie; co najmniej 4 chirurgów z zakresu ginekologii z doświadczeniem w leczeniu raka jajnika.
Holandia	-	<p>ICD-10: C53</p> <ul style="list-style-type: none"> W przypadku wykonywania brachyterapii: wymóg co najmniej 10 pacjentów i 20 zabiegów rocznie Wymagane co najmniej 20 (radykalnych) interwencji chirurgicznych w przypadku raka szyjki macicy na ośrodek rocznie <p>ICD-10: C56</p> <ul style="list-style-type: none"> w ośrodkach wykonujących leczenie chirurgiczne: co najmniej 20 zabiegów rocznie,
Francja	-	<p>Minimalne wymogi dla ośrodków onkologicznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chirurgia onkologiczna – minimum 20 procedur rocznie/ośrodek; Radioterapia: co najmniej 60 leczonych pacjentów rocznie; Chemioterapia: co najmniej 80 pacjentów leczonych rocznie, w tym co najmniej 50 pacjentów w warunkach ambulatoryjnych.
Hiszpania	-	<p>Wymagania dla ośrodków onkologicznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> Szacowana liczba przyjęć: 1-1,2 tys. rocznie/500 tys. osób; w tym minimum 20-22 łóżek szpitalnych. Pomieszczenie do radioterapii z akceleratorem liniowym na 170-200 tys. mieszkańców przypadających na dany ośrodek; Pomieszczenie do brachyterapii na każde 500-700 tys. mieszkańców. Pomieszczenie do symulacji promieniowania z 2 akceleratorami liniowymi. Minimalna liczba akceleratorów na 400 tys. mieszkańców: 2 Maksymalna liczba akceleratorów na 2 mln mieszkańców: 8 Sprzęt do brachyterapii – w jednostkach radioterapii, które mają populację przekraczającą 500-700 tys. mieszkańców, przeprowadzających co najmniej 50 zabiegów rocznie.

[Opracowanie własne AOTMiT]

9.5. Struktura centrów narządowych – model ośrodka nowotworów ginekologicznych (GCU)

W poniższym rozdziale przedstawiono wypracowany przez zespół analityków AOTMiT we współpracy z ekspertami dziedzinowymi model centrum narządowego nowotworów ginekologicznych (Gynecological Cancer Unit; GCU). Punktem wyjścia dla zdefiniowania kryteriów organizacyjnych modelu ośrodka były rozwiązania międzynarodowe oraz rekomendacje kliniczne. Wstępny projekt modelu oraz pakietu świadczeń kompleksowych przesłany został również do konsultacji zewnętrznych.

Tabela 88. Model ośrodka koordynującego – centrum kompetencji nowotworów ginekologicznych (ICD10: C53, C54, C56)

Ośrodek nowotworów ginekologicznych (ICD10: C53, C54, C56)	
Tryb świadczeń	ambulatoryjny / stacjonarny
Wymagania formalne (nazwa komórki organizacyjnej)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zapewnia w lokalizacji organizacyjnej co najmniej: 2) oddział szpitalny o profilu: <ol style="list-style-type: none"> a. ginekologia onkologiczna; b. onkologia lub onkologia kliniczna / chemioterapia (w trybie ambulatoryjnym, dziennym i stacjonarnym); 3) blok operacyjny; 4) Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIIT); 5) poradnię ginekologii onkologicznej; 6) poradnię onkologiczną lub chemioterapii; 7) pracownię lub zakład diagnostyki laboratoryjnej; 8) zakład patomorfologii z gwarancją wykonania zalecanych badań immunohistochemicznych i molekularnych koniecznych do postawienia rozpoznania i ustalenia planu leczenia; 9) pracownię diagnostyki obrazowej: TK, RTG, USG; RM <p>Zapewnia co najmniej dostęp do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10) poradni chirurgii onkologicznej; 11) poradni położniczo-ginekologicznej; 12) poradni rehabilitacyjnej/fizjoterapii; 13) pracownię endoskopii zabiegowej (przewód pokarmowy); 14) poradni genetycznej; 15) pracowni lub zakładu teleradioterapii; 16) pracowni lub zakładu brachyterapii; 17) pracowni: PET; 18) pracowni genetycznej / laboratorium biologii molekularnej; 19) poradni psychologicznej; 20) poradni leczenia bólu; 21) poradni medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnego; 22) poradnictwa w zakresie zachowania płodności; 23) poradni żywieniowej; 24) poradni urologicznej; 25) poradni kardiologicznej; 26) banku krwi.
Personel	<p>Zapewnia do procesu diagnostyczno-terapeutycznego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lekarzy specjalistów w dziedzinie: <ol style="list-style-type: none"> 1) ginekologii onkologicznej – posiadających umiejętności i doświadczenie w zakresie zastosowania podstawowych i zaawansowanych technik laparoskopowych (równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista w dziedzinie ginekologii onkologicznej i równoważnik co najmniej 1 etatu – specjalista w trakcie specjalizacji z ginekologii onkologicznej);

Ośrodek nowotworów ginekologicznych (ICD10: C53, C54, C56)	
	<ol style="list-style-type: none"> 2) onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów (równoważnik co najmniej 2 etatów w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów); 3) anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii (równoważnik co najmniej 4 etatów w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii); 4) patomorfologii (zapewnienie wykonania badania i opracowanie wyniku diagnostycznego do 7 dni); 5) diagnostyki laboratoryjnej; 6) radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej; <p>2. Pozostały personel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pielęgniarki lub położne ze specjalizacją ginekologiczno-położniczą 2) Pielęgniarki/położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, lub posiadające co najmniej dwuletnie udokumentowane doświadczenie w instrumentowaniu do zabiegów (równoważnik co najmniej 2 etatów); 3) pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (równoważnik co najmniej 4 etatów); 4) w przypadku chemioterapii – pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania substancji aktywnych (równoważnik co najmniej 3 etatów); 5) w przypadku teleradioterapii – zapewnia personel zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego Lp. 18 lub 19 lub 20 lub 33 w pozycji „<i>personel</i>”; 6) w przypadku brachyterapii – zapewnia personel zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego Lp. 21 lub 22 w pozycji „<i>personel</i>”. 7) psychologów lub psychoonkologów – w wymiarze wynikającym z realizacji świadczeń 8) Koordynatorów organizacyjnych – w wymiarze zapewniającym ciągłość procesu diagnostyczno-terapeutycznego <p>3. W przypadku świadczeń zapewnianych w ramach dostępu, w zależności od zakresu realizowanych świadczeń, zapewnienie warunków realizacji zgodnych z wymaganiami określonymi w odpowiednich rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w odrębnych przepisach prawa (np. w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie wymagań/standardów organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać: medyczne laboratoria diagnostyczne, patomorfologiczne, pracownie radiologii, pracownie radiologii zabiegowej, zakład rehabilitacji leczniczej, pracownia fizjoterapii (...)).</p>
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wyposażenie w sprzęt: <ol style="list-style-type: none"> 1) kolposkop; 2) laparoskop; 3) histeroskop diagnostyczno-operacyjny; 4) aparat TK; 5) aparat MR; 6) aparat USG; 7) aparat RTG; 8) aparat EKG; 9) kardiomonitor; 10) dodatkowo w dostępie: aparat PET 2. W przypadku teleradioterapii – zapewnienie realizacji świadczeń z użyciem sprzętu zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego Lp. 18 lub 19 lub 20 lub 33, w pozycji „wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną”; 3. W przypadku brachyterapii – zapewnienie realizacji świadczeń z użyciem sprzętu, zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego Lp. 21 lub 22, w pozycji „wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną”.

Ośrodek nowotworów ginekologicznych (ICD10: C53, C54, C56)	
	<p>4. W przypadku świadczeń zapewnianych w ramach dostępu, w zależności od zakresu realizowanych świadczeń, zapewnienie warunków realizacji zgodnych z wymaganiami określonymi w odpowiednich rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w odrębnych przepisach prawa (np. w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie wymagań/standardów organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać: medyczne laboratoria diagnostyczne, patomorfologiczne, pracownie radiologii, pracownie radiologii zabiegowe, leczenie chemioterapią (...)).</p>
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ośrodek realizuje i koordynuje realizację świadczeń z zakresu kompleksowej diagnostyki i leczenia wyłącznie złośliwych nowotworów ginekologicznych. 2. Koordynacja wszystkich działań związanych z opieką nad pacjentem, w tym po zakończonym leczeniu przez okres 5 lat; 3. Ośrodek stosuje się do zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; 4. Ośrodek bierze udział w realizacji programu badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy lub posiada zawartą umowę o współpracy z ośrodkiem biorącym udział w programie; 5. Posiada procedurę postępowania w zakresie organizacji całościowej opieki nad pacjentem, zapewniającej: <ol style="list-style-type: none"> 1) diagnostykę: laboratoryjną / biochemiczną, obrazową, endoskopową, patomorfologiczną, molekularną oraz możliwość wykonania śródoperacyjnego badania histopatologicznego; 2) wielodyscyplinarne planowanie leczenia onkologicznego z udziałem specjalistów w dziedzinie: ginekologii onkologicznej, radioterapii, onkologii klinicznej, radiologii, patomorfologii, przy uwzględnieniu, że: <ul style="list-style-type: none"> – w konsylium lekarskim (poza szczególnymi przypadkami), uczestniczą lekarze specjaliści biorący udział w procesie terapeutycznym danego pacjenta; – plan leczenia pacjenta, obejmuje informacje na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich kolejności, orientacyjnych terminów oraz świadczeniodawców (ich lokalizacji) u których to leczenie będzie prowadzone - w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta dokonuje się zmian planu leczenia pacjenta; 3) postępowanie terapeutyczne zgodne ze stanem klinicznym pacjenta, ustalonym planem leczenia przez wielodyscyplinarny zespół oraz z zaleceniami postępowania terapeutycznego w raku szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika: chirurgiczne, systemowe (z uwzględnieniem programów lekowych: <i>leczenie zaawansowanego raka jajnika; leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej</i>), radioterapia; 4) w przypadku realizacji świadczeń w zakresie chemioterapia/radioterapia/brachyterapia w ramach dostępu, zapewnienie przez ośrodek współpracujący w tym zakresie leczenia działań niepożądanych w trybie ambulatoryjnym/ jednodniowym/ stacjonarnym; 5) możliwość realizacji jednoczasowej radiochemioterapii; 6) kontynuację leczenia i opieki zgodnie ze stanem klinicznym w warunkach ambulatoryjnych, w tym monitorowanie (follow-up). 6. Ośrodek zawiera porozumienia o współpracy z ośrodkiem/ośrodkami realizującym/-mi świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki, kompleksowego leczenia oraz monitorowania po zakończonym leczeniu, dotyczące sprawowania koordynowanej opieki onkologicznej oraz określające zasady w zakresie dwukierunkowego przekazywania pacjentów; 7. Ośrodek posiada współpracę z ośrodkiem realizującym zabiegi i sprawującym opiekę nad kobietą ciężarną z nowotworem ginekologicznym; 8. Ośrodek zapewnia konsultacje wielospecjalistyczne konieczne w procesie opieki nad pacjentem; 9. Ośrodek wyznacza koordynatorów organizacyjnych nadzorujących cały plan leczenia pacjenta, od momentu uzyskania potwierdzenia rozpoznania raka szyjki macicy/raka trzonu macicy/raka jajnika, do którego zadań należy w szczególności: ustalanie terminów spotkań, nadzorowanie prowadzenia dokumentacji, czuwanie nad jakością całego procesu

Ośrodek nowotworów ginekologicznych (ICD10: C53, C54, C56)	
	<p>leczenia oraz koordynacja procesu pomiędzy różnymi ośrodkami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem (nie więcej 40 pacjentów/koordynatora).</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Ośrodek zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia, w tym opiekę pooperacyjną; 11. Działania edukacyjne i wsparcie psychologiczne dla chorych na raka szyjki macicy/raka trzonu macicy/raka jajnika uwzględniające konsultacje w zakresie zdrowia seksualnego; 12. Ośrodek zapewnia transport dla pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami co do kwalifikacji; 13. Ośrodek zapewnia kontynuację procesu leczniczego przez zapewnienie procedur fizjoterapeutycznych zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta; 14. Posiada wdrożone zasady koordynacji opieki onkologicznej nad pacjentem w ramach wszystkich ośrodków współpracujących, w tym ustalone zasady współpracy z podmiotem zapewniającym opiekę hospicyjną; 15. Zapewnia możliwość telefonicznego i elektronicznego umawiania terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich lub zmiany tych terminów, w tym możliwość skorzystania z porad i konsultacji w przypadkach trudnych klinicznie; 16. Odpowiada za prowadzenie dokładnej dokumentacji medycznej (w celu monitorowania jakości) zgodnie z obowiązującymi przepisami; 17. Odpowiada za realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa; 18. Prowadzi rejestry zdarzeń niepożądanych oraz okresową analizę zgonów i poważnych zdarzeń niepożądanych; 19. Zgłasza do Krajowego Rejestru Nowotworów wszystkie przypadki nowotworów szyjki macicy, trzonu macicy, jajnika w momencie rozpoznania i ustalenia leczenia, tzn. po konsylium, a także w każdym przypadku zmiany zaplanowanego leczenia lub zmiany stanu pacjenta (postęp choroby). <p>Kryteria organizacyjne procesów diagnostycznych i leczniczych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Etapy udzielania świadczeń:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) ośrodek zapewnia realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 4 tygodnie od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia; 2) ośrodek zobowiązany jest do podjęcia leczenia w terminie określonym w § 4a ust. 1 pkt 1) lit. b rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego; 3) proces terapeutyczny rozpoczyna się po ustaleniu indywidualnego planu leczenia onkologicznego przez zespół wielodyscyplinarny. 2. <u>Obserwacja i kontrola po leczeniu nowotworu szyjki macicy, trzonu macicy, jajnika w ośrodku:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) świadczeniodawca zapewnia, że obserwacja po leczeniu jest realizowana z uwzględnieniem preferencji pacjenta; 2) świadczeniodawca zapewnia realizację wszystkich kontrolnych badań diagnostycznych; 3) świadczeniodawca przedstawia w sposób przystępny i zrozumiały informacje o zalecanym dalszym postępowaniu. 3. Ośrodek opracowuje, wdraża i stosuje sformalizowaną procedurę określającą zasady diagnostyki i leczenia we wszystkich stadiach zaawansowania (standardowe procedury postępowania).
Kryteria jakości	<p>Ośrodek spełniający kryteria jakości diagnostyki, leczenia i monitorowania pacjenta powinien spełniać następujące warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. realizacja co najmniej 50 operacji chirurgicznych z zakresu dużych zabiegów chirurgicznych szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika przez ośrodek w roku kalendarzowym; 2. realizacja co najmniej 50 badań patomorfologicznych ocenianych rocznie przez lekarza patomorfologa (dla rozpoznania: pierwotnego raka szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika u pacjentów w dowolnym wieku, we wszystkich stadiach); 3. rekrutacja do co najmniej jednego badania klinicznego pacjentek z rakiem szyjki macicy lub rakiem trzonu macicy lub rakiem jajnika;

Ośrodek nowotworów ginekologicznych (ICD10: C53, C54, C56)	
	<ol style="list-style-type: none"> 4. co najmniej 80% wyników histopatologicznych spełniający kryteria jakości onkologicznej (marginesy wycięcia oraz zakres limfadenektomii stosowny do zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego); 5. standaryzacja raportów histopatologicznych – badania histopatologiczne wg zaleceń Polskiego Towarzystwa Patologów; 6. zakład patomorfologii posiadający licencję Polskiego Towarzystwa Patologów – co najmniej II stopień referencyjności – zgodnie z kryteriami określonymi przez PTP; 7. wdraża pisemne protokoły dotyczące diagnostyki i postępowania terapeutycznego we wszystkich stadiach zaawansowania (tzw. SOP, <i>Standard Operating Procedure</i>), 8. udokumentowany proces monitorowania pacjenta leczeniu (ocena jakości leczenia przez audyt zewnętrzny) w pierwszym roku wdrożenia po 12 miesiącach, następnie po 3 latach. 9. obowiązek uczestniczenia w audycie zewnętrznym. Audyt zewnętrzny przeprowadzany wzajemnie przez ośrodki. W skład zespołu audytującego wchodzi przedstawiciele z minimum 3 ośrodków GCU wybierani przez Krajowy Ośrodek Koordynujący.

9.6. Ocena potencjału wykonawczego do realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych

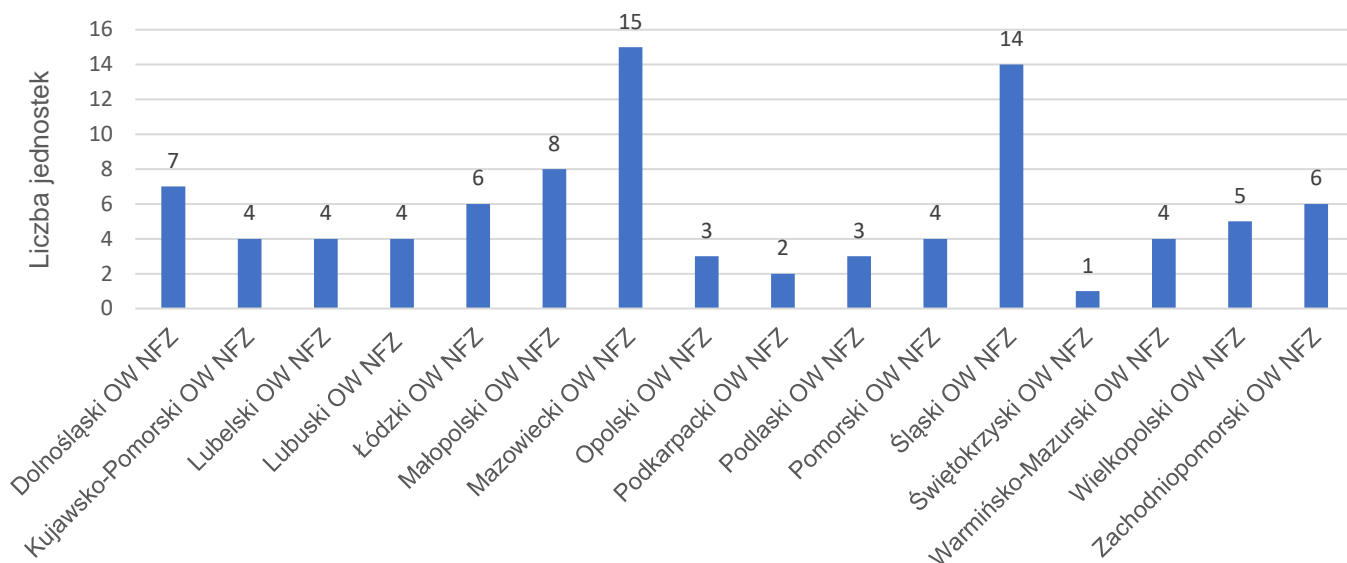
9.6.1. Typowanie jednostek do analizy potencjału

Jednostki wytypowane do analizy potencjału wybrano na podstawie danych dot. zrealizowanych przez jednostki w 2017 oraz 2018 roku świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jednostki typowano na podstawie średniej liczby udzielonych świadczeń w zakresie chemioterapii i radioterapii oraz leczenia chirurgicznego (produkty rozliczeniowe obejmujące:

- Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z powikłaniami lub schorzeniami współistniejącymi M20;
- Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez powikłań lub schorzeń współistniejących M11;
- Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez powikłań lub schorzeń współistniejących M12;
- Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z powikłaniami lub schorzeniami współistniejącymi M21;
- Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego M13;
- Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego M02.

W odniesieniu do leczenia chirurgicznego do analizy potencjału wybrano placówki, które zrealizowały 60% świadczeń w latach 2017 i 2018, z kolei w odniesieniu do radioterapii i chemioterapii wybrano placówki, które w ww. latach zrealizowały 80% świadczeń. Łącznie do analiz potencjału wybrano 90 placówek.

Na wykresie poniżej przedstawiono liczbę wytypowanych do analizy jednostek w podziale na Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia (OW NFZ).

Wykres 35. Liczba jednostek wytypowanych do analizy potencjału w podziale na właściwe OW NFZ

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ]

Ocenę potencjału wykonawczego wytypowanych ośrodków dokonano przede wszystkim w oparciu o wyniki ankiety dot. aktualnej organizacji udzielania świadczeń pacjentkom z nowotworami złośliwymi szyjki macicy, trzonu macicy oraz jajnika jak również w oparciu o dane zgłoszone przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z OW NFZ.

W rozdziałach poniżej przedstawiono ocenę aktualnej organizacji opieki onkologicznej opracowaną na podstawie badania ankietowego wśród potencjalnych świadczeniodawców wraz z oceną potencjału wykonawczego zarówno na podstawie danych pochodzących ze zgromadzonych ankiet, jak i danych OW NFZ.

9.6.2. Ocena aktualnej organizacji opieki onkologicznej – badanie ankietowe świadczeniodawców

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone wśród świadczeniodawców w dniach 15.07 – 04.08.2020 r. celem zidentyfikowania potencjału podmiotów leczniczych, które potencjalnie mogłyby pełnić rolę ośrodków koordynujących w nowotworach ginekologicznych, tj. rak szyjki macicy (C53), rak trzonu macicy (C54) oraz rak jajnika (C56). W celu określenia listy podmiotów, do których skierowana została ankieta, analitycy AOTMiT dokonali analizy świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2018 na rzecz pacjentów z ww. nowotworami.

Proces wyboru ww. jednostek został dokładnie opisany w rozdziale 9.6.1. Typowanie jednostek do analizy potencjału.

Przygotowany kwestionariusz składa się z trzech głównych części:

- I. **Klinicznej** (dot. zakresu świadczeń realizowanych w podmiocie leczniczym) – zawierającej 8 pytań w trzech blokach tematycznych: A – Badania przesiewowe, B – Diagnostyka i leczenie, C – Monitorowanie efektów leczenia (*follow-up*);
- II. **Organizacyjnej** (dot. standardu organizacji opieki onkologicznej w podmiocie leczniczym) – zawierającej 16 pytań;
- III. **Poglądowej** (dot. opinii na temat rozwiązań organizacyjnych opieki zdrowotnej) – zawierającej 8 pytań w dwóch blokach tematycznych: A – Rozwiązania organizacyjne w ośrodku, B – Systemowe rozwiązania organizacyjne.

Informacje uzyskane od świadczeniodawców, wykorzystane zostały przy opracowywaniu wymagań dla ośrodków koordynujących dla C53, C54, C56 oraz stanowią podstawę do przygotowania studium

wykonalności dla opracowywanej koncepcji zmian systemowych w zakresie koordynowanej i kompleksowej opieki nad pacjentką z nowotworem ginekologicznym (C53, C54, C56).

Kwestionariusz został wysłany do 90 respondentów. Wypełnioną ankietę przesłało 48 świadczeniodawców, leczniczych należących do 16 OW NFZ w kraju, natomiast jeden z ośrodków przesłał dwie анкеты wypełnione przez 2 różne osoby: Kierownika Oddziału Klinicznego Położnictwa Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej oraz Koordynatora Oddziału Chemioterapii Nowotworów (ankiety te wzajemnie się uzupełniają). Poniższa tabela przedstawia podział respondentów ze względu na przynależność do oddziału wojewódzkiego NFZ oraz do stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ).

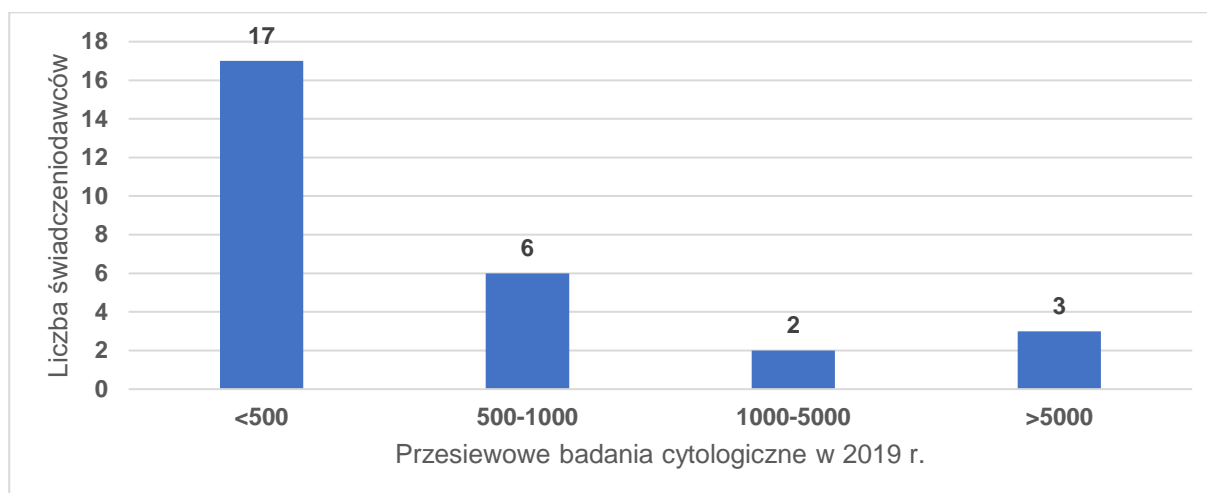
Tabela 89. Podział respondentów ze względu na przynależność do oddziału wojewódzkiego NFZ oraz do stopnia zabezpieczenia PSZ

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Stopień zabezpieczenia PSZ					
		I Stopień	II Stopień	III Stopień	Ogólnopolski	Onkologiczny	Suma
1	Dolnośląski	1	0	2	1	1	5
2	Kujawsko-Pomorski	0	0	1	0	0	1
3	Lubelski	0	0	1	0	0	1
4	Lubuski	1	0	1	1	0	3
5	Łódzki	0	1	2	1	0	4
6	Małopolski	0	3	1	1	0	5
7	Mazowiecki	0	0	0	2	2	4
8	Opolski	1	1	0	0	1	3
9	Podkarpacki	0	1	0	0	0	1
10	Podlaski	0	1	0	1	1	3
11	Pomorski	0	1	1	1	0	3
12	Śląski	2	1	1	1	2	7
13	Świętokrzyski	0	0	0	0	1	1
14	Warmińsko-Mazurski	0	0	1	1	0	2
15	Wielkopolski	0	0	0	2	1	3
16	Zachodniopomorski	0	0	0	1	1	2
Suma		5	9	11	13	10	48

Najwięcej odpowiedzi otrzymano od jednostek medycznych Śląskiego OW NFZ (15%; 7/48 świadczeniodawców), natomiast najmniej (pojedyncze odpowiedzi) z następujących OW NFZ: Kujawsko-Pomorskiego, Lubelskiego, Podkarpackiego, Świętokrzyskiego. Wedle podziału na stopień zabezpieczenia PSZ, najczęściej reprezentowane były szpitale ogólnopolskie (27%; 13/48 świadczeniodawców), z kolei najrzadziej szpitale I stopnia (około 10%; 5/48 świadczeniodawców). Wyniki analizy otrzymanych ankiet zostały przedstawione w poniższych podrozdziałach dotyczących części klinicznej, organizacyjnej oraz pogładowej.

Wyniki badania ankietowego – część I kliniczna

W grupie podmiotów leczniczych, które uczestniczyły w badaniu, blisko 64,6% (31 z 48) realizowało Program profilaktyki raka szyjki macicy finansowany ze środków publicznych (NFZ). 28 respondentów oszacowało średnią liczbę wykonanych badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Wartości liczbowe wykonanych badań cytologicznych oscylowały od 29 do 8911. Wykres poniżej przedstawia przedziały liczbowe raportowanych przez ww. respondentów badań. Najwięcej respondentów (ok. 61%, 17 z 28) zrealizowało w 2019 r. poniżej 500 badań cytologicznych. Należy dodać, że część świadczeniodawców (ok. 11%, 3 z 28) szacowała również liczbę wykonanych kolposkopii, gdzie ich liczebność była zdecydowanie niższa i oscylowała w granicach 33-209 badań kolposkopowych. Na wykresie poniżej przedstawiono zestawienie liczbowe świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie skringingu cytologicznego w 2019 r. w konkretnych przedziałach średniej liczby wykonywanych cytologii w jednostce.

Wykres 36. Skryning cytologiczny w 2019 r. wśród ankietowanych świadczeniodawców (średnia liczba badań w formie przedziałów liczbowych: poniżej 500 badań, 500-1000, 1000-5000 oraz powyżej 5000 badań)

[Źródło: Opracowanie własne na podstawie otrzymanych ankiet od świadczeniodawców]

Świadczeniodawcy biorący udział w ankiecie (48) zostali poproszeni również o wskazanie, które z podanych świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki i leczenia C53, C54 i C56 realizowane są w ramach własnej działalności/struktury ich podmiotów leczniczych lub na podstawie umów o podwykonawstwo. Uzyskane dane przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 90. Realizacja świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych w ramach struktury organizacyjnej świadczeniodawcy lub umowy podwykonawstwa

Świadczenie gwarantowane	Liczba respondentów realizujących świadczenie w ramach własnej struktury organizacyjnej	Liczba respondentów realizujących świadczenie w ramach umowy podwykonawczej
Diagnostyka laboratoryjna	41	5
Diagnostyka obrazowa	RTG	44
	TK	39
	MR	29
	PET	8
	USG	47
Diagnostyka endoskopowa	46	2
Diagnostyka patomorfologiczna	33	14
Diagnostyka genetyczna	13	32
Radioterapia	22	21
Brachyterapia	20	22
Chemioterapia w trybie ambulatoryjnym	37	8
Chemioterapia w trybie stacjonarnym	37	7
Programy lekowe	36	6
Inne	6	1

W odniesieniu do realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki i leczenia C53, C54 i C56 przez podmiot leczniczy w ramach własnej działalności, prawie wszyscy respondenci (98%, tj. 47/48 świadczeniodawców) wskazują na realizację w ramach własnej struktury diagnostyki obrazowej – USG. 96% respondentów (46/48 świadczeniodawców) potwierdza realizację diagnostyki endoskopowej a blisko 92% ankietowanych (44/48 świadczeniodawców) realizację diagnostyki obrazowej RTG. Następnie wskazano na realizację następujących świadczeń gwarantowanych w ramach własnej struktury organizacyjnej: diagnostyka laboratoryjna (85%), diagnostyka obrazowa TK (81%), chemioterapia w trybie stacjonarnym oraz w trybie ambulatoryjnym (każdorazowo po 77%), programy lekowe (75%), diagnostyka patomorfologiczna (69%), diagnostyka obrazowa MR (60%), radioterapia (46%), brachyterapia (42%). Zdecydowanie mniej respondentów (poniżej 30%) deklarowało realizację świadczeń gwarantowanych z zakresu: diagnostyki genetycznej (27%) oraz diagnostyki obrazowej PET (blisko 17%). Trzeba zaznaczyć, że ww. świadczenia

z wynikiem poniżej 30% w strukturze własnej, realizowane są głównie w ramach umów podwykonawstwa: PET (u 75% respondentów), diagnostyka genetyczna (67%), brachyterapia (46%) i radioterapia (44%).

Inne świadczenia realizowane przez świadczeniodawców wskazało 7 ankietowanych. Sześcioro świadczeniodawców wskazało na świadczenia prowadzone w ramach własnej struktury organizacyjnej. Trzech z nich potwierdziło prowadzenie badań klinicznych, natomiast pozostali świadczeniodawcy wskazywali na realizację: kolposkopii, doradztwa genetycznego, badań scyntygraficznych. Natomiast respondent wskazujący na realizację innego niż podane świadczenia z zakresu umów podwykonawstwa, nie doprecyzował rodzaju tego świadczenia.

Następnie, świadczeniodawcy zostali zapytani o ewentualne oferowanie pacjentom z C53, C54 i C56 dodatkowego zakresu świadczeń w ramach opieki kompleksowej. Poniższa tabela przedstawia zestawienie odpowiedzi jakie udzielili respondenci na zadane pytanie.

Tabela 91. Dodatkowy zakres świadczeń, jakie ośrodek oferuje pacjentom z C53, C54, C56 w ramach opieki kompleksowej

Nazwa świadczenia	Tak	Nie	Podwykonawstwo
Konsultacje psychologa/psychoonkologa	45	1	1
Terapia bólu	42	3	1
Edukacja dietetyczna	39	4	1
Rehabilitacja	33	11	2
Poradnictwo w zakresie zachowania/utrzymania płodności	31	14	1
Zakwaterowanie do chemioterapii/radioterapii	23	19	1
Poradnictwo seksuologiczne	13	28	1
Inne	3	0	0

Najwięcej, blisko 94% respondentów (45/48 świadczeniodawców) wskazuje, że w ramach własnej działalności organizacyjnej oferuje pacjentom, konsultacje psychologa lub psychoonkologa oraz terapię bólu (87,5% świadczeniodawców). Do najrzadziej oferowanych świadczeń/usług w ramach opieki kompleksowej należą natomiast zakwaterowanie do chemioterapii/radioterapii (48%) oraz poradnictwo seksuologiczne (27%). Dwóch respondentów zadeklarowało realizację świadczeń dodatkowych w ramach umowy podwykonawczej. Jeden z nich wskazał tylko na rehabilitację. Respondenci zgłaszali też inne niż wyszczególnione, świadczenia dodatkowe oferowane pacjentom z C53, C54 i C56. Trzech ankietowanych wskazało na realizację poradnictwa stomijnego, badań klinicznych II i III fazy w C53, C54 i C56, ale i oferowanie grup wsparcia dla ww. pacjentek.

Celem uzyskania informacji na temat częstości wykonywania zabiegów laparoskopowych w stosunku do chirurgii konwencjonalnej, poproszono świadczeniodawców o wskazanie procentowego udziału zabiegów wykonywanych metodą laparoskopową u pacjentów z C53, C54 i C56, w ogólnej liczbie zabiegów chirurgicznych wykonanych w placówce leczniczej w 2019 r. Deklaracje 48 respondentów zostały przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 92. Udział zabiegów wykonanych metodą laparoskopową u pacjentów z C53, C54, C56 w ogólnej liczbie zabiegów chirurgicznych wykonanych w podmiocie medycznym w 2019 r.

Udział zabiegów wykonywanych metodą laparoskopową	Liczba respondentów		
	C53	C54	C56
0-25%	40	30	40
25-50%	4	8	2
50-75%	1	4	2
>75%	0	5	1

Zdecydowana większość respondentów zadeklarowała, że zabiegi wykonywane metodą laparoskopową stanowią od 0 do 25% ogólnej liczby wszystkich zabiegów chirurgicznych (83% respondentów w przypadku C53 oraz C56 (po 40/48 odpowiedzi) oraz 62,5% w przypadku C54 (30/48 odpowiedzi)). Najmniej respondentów wskazywało udział zabiegów laparoskopowych w przedziale 50-75% i powyżej 75%. W przypadku pacjentów z nowotworem szyjki macicy, żaden z respondentów nie odnotował udziału zabiegów metodą laparoskopową powyżej 75%.

Świadczeniodawcy zostali także zapytani o prowadzenie monitorowania po zakończonym leczeniu onkologicznym u pacjentek z C53, C54 lub C56. Blisko 69% respondentów (33/48 świadczeniodawców) potwierdziło, że prowadzą proces monitorowania pacjentki po zakończonym leczeniu onkologicznym (follow-

up). Ci respondenci, którzy prowadzą follow-up zostali poproszeni o wskazanie wytycznych instytucji/towarzystw naukowych, które są podstawą do organizacji tego procesu. Poniższa tabela przedstawia rozkład odpowiedzi w omawianym zakresie.

Tabela 93. Wytyczne instytucji/towarzystw naukowych wykorzystywane do organizacji procesu monitorowania pacjentki po zakończonym leczeniu onkologicznym (follow-up) dla C53, C54, C56

Nazwa towarzystwa naukowego	Liczba respondentów
PTGO	17
ESGO	11
NCCN	9
ESMO	7
PTOK	7
ASCO	4
PTGiP (dawniej PTG)	3
Inne	5

Najwięcej, ponad 51% respondentów prowadzących monitorowanie pacjenta po leczeniu (17/33 świadczeniodawców) potwierdziło, że follow-up opiera się głównie na wytycznych PTGO, a około 33% świadczeniodawców również na wytycznych ESGO (11/33 odpowiedzi). Wśród wytycznych wykorzystywanych do organizacji monitorowania wskazywano również NCCN, ESMO, PTOK, ASCO, ale i PTGiP.

Dodatkowo, czterech respondentów określiło, ramy czasowe procesu monitorowania. Jednak ich odpowiedzi nieznacznie się różniły co do okresu obserwacji. Wskazywano m.in. potrzebę kontroli raz na 6 miesięcy; raz na 3 miesiące przez pierwsze 2 lub 3 lata po leczeniu, a następnie co 6 miesięcy do 5 roku obserwacji lub w poradni onkologicznej – co 3 miesiące w pierwszym roku, a następnie 2-5 rok co pół roku.

Wyniki badania ankietowego – część II organizacyjna

Świadczeniodawcy zostali poproszeni o wskazanie komórek organizacyjnych, do których jest zapewniony dostęp w ramach realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentów z nowotworami ginekologicznymi (C53, C54, C56). Poniższa tabela przedstawia informacje uzyskane od 48 podmiotów leczniczych biorących udział w ankiecie.

Tabela 94. Komórki organizacyjne zapewnione do realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjenta z C53, C54, C56

Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba respondentów	
Poradnia	Onkologiczna	36
	Położniczo-ginekologiczna	33
	Chirurgii ogólnej	28
	Urologiczna	28
	Chirurgii onkologicznej	25
	Ginekologii onkologicznej	24
	Kardiologiczna	24
	Chemioterapii	22
	Radioterapii	20
	Psychologiczna	19
	Diabetologiczna	18
	Ginekologiczna	18
	Leczenia bólu	18
	Rehabilitacyjna	18
	Genetyczna	17
	Medycyny paliatywnej	14
	Genetyczno-onkologiczna	13
	Patologii ciąży	11
	Ginekologiczna dla dziewcząt	9

Nazwa komórki organizacyjnej		Liczba respondentów
	Żywniowa	9
	Seksuologiczna	2
Oddział	Anestezjologii i intensywnej terapii	39
	Chirurgii onkologicznej	34
	Położniczo-ginekologiczny	30
	Onkologii klinicznej/chemioterapii	29
	Chirurgii ogólnej	29
	Ginekologii onkologicznej	28
	Onkologiczny	19
	Radioterapii	19
	Ginekologiczny	18
	Patologii ciąży	16
Blok operacyjny		45
Pracownia	Medyczne laboratorium diagnostyczne	44
	USG	44
	Endoskopii	42
	Rentgenodiagnostyki ogólnej	42
	Tomografii komputerowej	39
	Punkt pobrań materiałów do badań	32
	Rezonansu magnetycznego	31
	Zakład patomorfologii	30
	Cytologiczna	28
	Histopatologii	28
	Radiologii zabiegowej	24
	Genetyczna	12
	Pozytonowej tomografii emisyjnej	11
Pracownia lub zakład	Teleradioterapii	19
	Brachyterapii	18
Inne		3

Poradnią występującą najczęściej, u 75% respondentów, okazała się poradnia onkologiczna (36/48 odpowiedzi). Niewiele mniej (blisko 69%) respondentów zadeklarowało posiadanie w dostępie poradni położniczo-ginekologicznej (33/48 odpowiedzi). Następnie wskazane zostały następujące poradnie: chirurgii ogólnej (58%), urologiczna (58%), chirurgii onkologicznej (52%), ginekologii onkologicznej (50%), kardiologiczna (50%), chemioterapii (blisko 46%), radioterapii (blisko 42%), psychologiczna (blisko 40%), diabetologiczna (37%), ginekologiczna (37,5%), leczenia bólu (37,5%), rehabilitacyjna (37%), genetyczna (35%), medycyny paliatywnej (29%), genetyczno-onkologiczna (27%), patologii ciąży (blisko 23%). Najrzadziej (poniżej 20%) deklarowano dostępność poradni ginekologicznej dla dziewcząt (ok. 19%), żywniowej (ok. 19%) oraz seksuologicznej (nieco ponad 4% respondentów). Jeden z ankietowanych wskazał na brak umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w przypadku poradni żywniowej oraz genetycznej, zaznaczając, iż poradnia genetyczna realizuje swoje działania w ramach programu Ministerstwa Zdrowia w kwestii raka piersi i raka jajnika.

Ponad 81% świadczeniodawców (39/49 odpowiedzi) zadeklarowało, iż posiada w dostępie oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Następnie wskazano następujące oddziały szpitalne: chirurgii onkologicznej (71%), położniczo-ginekologiczny (62,5%), onkologii klinicznej/chemioterapii (60%), chirurgii ogólnej (60%), ginekologii onkologicznej (58%), onkologiczny (blisko 40%), radioterapii (blisko 40%), ginekologiczny (37,5%), patologii ciąży (33%). Natomiast blisko 94% ankietowanych (45/48 odpowiedzi) zadeklarowało posiadanie bloku operacyjnego. Jednak zgodnie z weryfikacją ww. danych przez analityka, jedna z jednostek prawdopodobnie przez omyłkę edytorską nie sprawozdała posiadania ww. bloku, natomiast drugi ze świadczeniodawców świadczy tylko usługi w zakresie radioterapii, a kolejny świadczeniodawca nie ustosunkował się do danego pytania w ankiecie. Zatem po uwzględnieniu ww. informacji, odsetek świadczeniodawców deklarujących posiadanie bloku operacyjnego może się nieznacznie różnić. Warto dodać, że jeden z respondentów zaznaczył, iż w ramach oddziału ginekologiczno-położniczego posiada następujące „pododdziały”: ginekologiczny, patologii ciąży i ginekologii onkologicznej.

Wśród pracowni diagnostycznych i zabiegowych, posiadanie w dostępie medycznego laboratorium diagnostycznego i pracowni USG, zadeklarowało 92% świadczeniodawców (w obydwu przypadkach 44/48 odpowiedzi). Następnie potwierdzono posiadanie: poradni endoskopii (87,5%), poradni rentgenodiagnostyki ogólnej (87,5%), poradni tomografii komputerowej (81%), punktu pobrań materiałów do badań (67%), poradni rezonansu magnetycznego (65%), zakładu patomorfologii (62,5%), poradni cytologicznej (58%), poradni histopatologii (58%), poradni radiologii zabiegowej (50%). Zdecydowanie mniej respondentów (poniżej 25%) deklaruje dostępność poradni genetycznej (25%) czy poradni pozytonowej tomografii emisyjnej (23%). Pracownia lub zakład teleradioterapii znajduje się u blisko 40% świadczeniodawców (19/48 odpowiedzi), natomiast pracownia lub zakład brachyterapii u 37,5% świadczeniodawców (18/48 odpowiedzi).

Trzech świadczeniodawców zadeklarowało dostęp do niektórych z poddanych analizie komórek organizacyjnych w ramach umowy podwykonawstwa. Wśród nich wskazano następujące komórki: poradnie: diabetologiczna, kardiologiczna, genetyczna, genetyczno-onkologiczna, radioterapii, rehabilitacyjna, chirurgii onkologicznej, żywieniowa; szpitalny oddział radioterapii oraz pracownie diagnostyczne i zabiegowe: genetyczna, cytologiczna, histopatologiczna, tomografii komputerowej, pozytonowej tomografii emisyjnej, rentgenodiagnostyki ogólnej, rezonansu magnetycznego, zakład patomorfologii, a także pracownie lub zakład: teleradioterapii i brachyterapii.

Ponadto trzech respondentów zadeklarowało również posiadanie oddzielnie: pracowni cytologii i histopatologii, pracowni mammografii oraz pracowni diagnostyki molekularnej wykonującej badania molekularne i genetyczne. Jak wspomniano wcześniej, jeden z respondentów nie udzielił żadnej odpowiedzi na ww. zagadnienie dotyczące dostępności komórek organizacyjnych w jednostce medycznej.

Następnie poproszono respondentów o podanie średnich czasów poszczególnych etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentów z nowotworami ginekologicznymi (C53, C54, C56). Wartości odpowiedzi udzielonych przez 48 świadczeniodawców biorących udział w badaniu ankietowym przedstawiono w poniższej tabeli. Symbol N oznacza liczbę udzielonych odpowiedzi (jeden ze świadczeniodawców przedstawia podział wartości w podziale na rozpoznanie C53, C54, C56, dlatego też w niektórych pytaniach N=50; inny świadczeniodawca określa podział wartości ze względu na drobny lub duży materiał pooperacyjny, ale kolejny nie udzielił żadnej odpowiedzi, dlatego też N=48). W wyniku analizy odpowiedzi świadczeniodawców najniższa wartość średniego czasu oczekiwania wynosiła 0 dni (realizacja bieżąca, głównie w przypadku konsultacji specjalisty), najwyższa natomiast 60 dni (czas od rozpoczęcia diagnostyki do jej zakończenia).

Tabela 95. Średni czas realizacji etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego u pacjentek z C53, C54, C56

Nazwa etapu procesu diagnostyczno-terapeutycznego	Minimalna raportowana liczba dni	Maksymalna raportowana liczba dni	Najczęściej raportowana liczba dni	Odsetek odpowiedzi raportujących średni czas poniżej 7 dni	Odsetek odpowiedzi raportujących średni czas poniżej 14 dni
Od zapisania do poradni specjalistycznej do pierwszej konsultacji specjalistycznej [N=48]	0	30	7 (N=17) 0 (N=12) 14 (N=10)	55%	88%
Oczekiwanie na wykonanie pierwszego badania diagnostycznego zakończonego pobraniem materiału do badania patomorfologicznego [N=47]	0	42	7 (N=14) 0 (N=11) 14 (N=11)	53%	79%
Od rozpoczęcia do zakończenia diagnostyki ⁸⁰ [n=49 ⁸¹]	6,5	60	14 (N=18) 21 (N=18) 15 (N=10)	18%	39%
Od zakończenia diagnostyki do rozpoczęcia leczenia [N=50 ⁸²]	0	30	7 (N=22) 14 (N=21) 5 (N=14) 10 (N=14)	43%	85%
Oczekiwanie na wynik badania hist.-pat. (diagnostyka przedoperacyjna) [N=47]	4,7	28	14 (N=18) 7 (N=14) 10 (N=13)	29%	68%

⁸⁰ Zakończenie rozumiane jako postawienie rozpoznania, wynik hist.-pat.

⁸¹ Jeden z respondentów udzielił trzech odpowiedzi – uzależnione one były rozpoznaniem wedle międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 i wynosiły odpowiednio: C53 = 13 dni, C54 = 6,5 dnia, C56 = poniżej 28 dni;

⁸² Jeden z respondentów udzielił trzech odpowiedzi – uzależnione one były rozpoznaniem wedle międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10: C53, C54, C56 i wynosiły odpowiednio: 7 dni dla C53 = 7 dni; C54 = 7 dni, C56 = poniżej 28 dni

Nazwa etapu procesu diagnostyczno-terapeutycznego	Minimalna raportowana liczba dni	Maksymalna raportowana liczba dni	Najczęściej raportowana liczba dni	Odsetek odpowiedzi raportujących średni czas poniżej 7 dni	Odsetek odpowiedzi raportujących średni czas poniżej 14 dni
Oczekiwanie na wynik badania hist.-pat. (materiał pooperacyjny) [N=48 ⁸³]	1	28	14 (N=19) 10 (N=15) 21 (N=12)	28%	65%
Hospitalizacja [N=46]	1,2	12	5 (N=13) 6 (N=12) 3 (N=11)	83%	nd

N=liczba udzielonych odpowiedzi; nd – nie dotyczy

Pierwszy z etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentów z nowotworami ginekologicznymi dotyczy średniego czasu, jaki jest odnotowywany pomiędzy zapisaniem się przez pacjenta do poradni specjalistycznej a odbyciem przez niego pierwszej konsultacji specjalistycznej. 55% respondentów wskazało, iż średni czas od zapisania się do poradni do odbycia się pierwszej konsultacji specjalistycznej wynosi poniżej 7 dni. Natomiast aż 88% świadczeniodawców oświadczyło, że konsultacje takie odbywają się w ich podmiotach leczniczych w czasie krótszym niż 14 dni. Odpowiedzi respondentów wskazywały, że średni czas od zapisania do poradni do pierwszej konsultacji specjalistycznej jest bardzo zróżnicowany. Odpowiedzi wahały się od 0 do nawet 30 dni. Najczęściej raportowana wartość średniego czasu dla tego etapu wynosiła 7 dni (17 odpowiedzi).

Kolejny etap, o jaki zapytano respondentów, dotyczył średniego czasu oczekiwania na wykonanie pierwszego badania diagnostycznego zakończonego pobraniem materiału do badania patomorfologicznego. 53% ankietowanych wskazało, że etap ten wynosi mniej niż 7 dni, a u 79% respondentów jest on krótszy niż 14 dni. Odpowiedzi, podobnie jak w przypadku poprzedniego pytania, były zróżnicowane. W niektórych przypadkach interwał czasowy oczekiwania na wynik pierwszego badania diagnostycznego wynosił np. 2-7 dni, a w niektórych czas oczekiwania wynosił nawet 28-42 dni. Warto dodać, że jeden ze świadczeniodawców zaznaczył, iż w przypadku realizacji bieżącej (0 dni) czas ten dotyczy wykonania kolposkopii. Jeden z respondentów nie ustosunkował się do odpowiedzi na dane pytanie.

Poproszono świadczeniodawców również o podanie średniego czasu, jaki upływa od rozpoczęcia do zakończenia diagnostyki i kończy się postawieniem rozpoznania w ich podmiocie medycznym. 18 % odpowiedzi respondentów deklarowało, że etap ten jest krótszy niż 7 dni. Natomiast 39% odpowiedzi wskazało na realizację w terminie poniżej 14 dni. Najkrótszy, średni czas do postawienia diagnozy wynosił 6,5 dnia, a najdłuższy nawet 54 dni. Trzeba dodać, że jeden ze świadczeniodawców udzielił trzech odpowiedzi w zależności od rozpoznania ICD-10: 6,5 dnia dla C54, 13 dni dla C53 i do 28 dni dla C56 (zabiegi diagnostyczno-lecznicze). Jeden z respondentów nie udzielił żadnej odpowiedzi na ww. temat.

Przy etapie dotyczącym średniego czasu jaki upływa od zakończenia diagnostyki do rozpoczęcia leczenia, 43% odpowiedzi respondentów deklarowało, że w ich jednostce czas ten wynosi poniżej 7 dni. Natomiast, w przypadku 85% odpowiedzi udzielonych przez respondentów średni czas tego etapu wynosi poniżej 14 dni. Wszystkie odpowiedzi oscylują od 0 do ok. 28-30 dni. Trzeba dodać, że w jednej z ankiet respondent zawarł trzy odpowiedzi w zależności od rozpoznania ICD-10: 7 dni dla C53, 7 dni dla C54 oraz do 28 dni dla C56.

W odniesieniu do etapu diagnostyczno-terapeutycznego – średni czas oczekiwania na wynik badania histologiczno-patologicznego w przypadku diagnostyki przedoperacyjnej, 29% ankietowanych zadeklarowało czas oczekiwania poniżej 7 dni, a 68% ankietowanych wskazało na poniżej 14 dni. Odpowiedzi były zróżnicowane i oscylowały od 4,7 dnia do 28 dni. Jeden z respondentów nie udzielił żadnej odpowiedzi.

Przedostatni etap o jaki zapytano respondentów dotyczy średniego czasu oczekiwania na wynik badania histologiczno-patologicznego będący materiałem pooperacyjnym. Wśród odpowiedzi udzielonych przez podmioty lecznicze biorące udział w badaniu ankietowym, 28% wskazywało, że średni czas oczekiwania na wynik badania histologiczno-patologicznego wynosi poniżej 7 dni. Natomiast, 65% odpowiedzi respondentów deklarowało liczbę poniżej 14 dni przypadającą na ten etap. Odpowiedzi były bardzo zróżnicowane i wahały się od 1 do 28 dni. W jednej z ankiet, świadczeniodawca podkreślił, że średni czas oczekiwania na wynik badania histologiczno-patologicznego zależy od wielkości materiału pooperacyjnego, sugerując, że w przypadku materiału drobnego (po biopsjach bez usunięcia narządów) czas ten oscyluje w granicach 5-7

⁸³ Jeden z respondentów udzielił dwóch odpowiedzi – uzależnione one były wielkością materiału pooperacyjnego: drobny (po biopsjach bez usunięcia narządów), duży; odpowiedzi wynosiły odpowiednio: drobny = 5-7 dni; duży = 14-20 dni

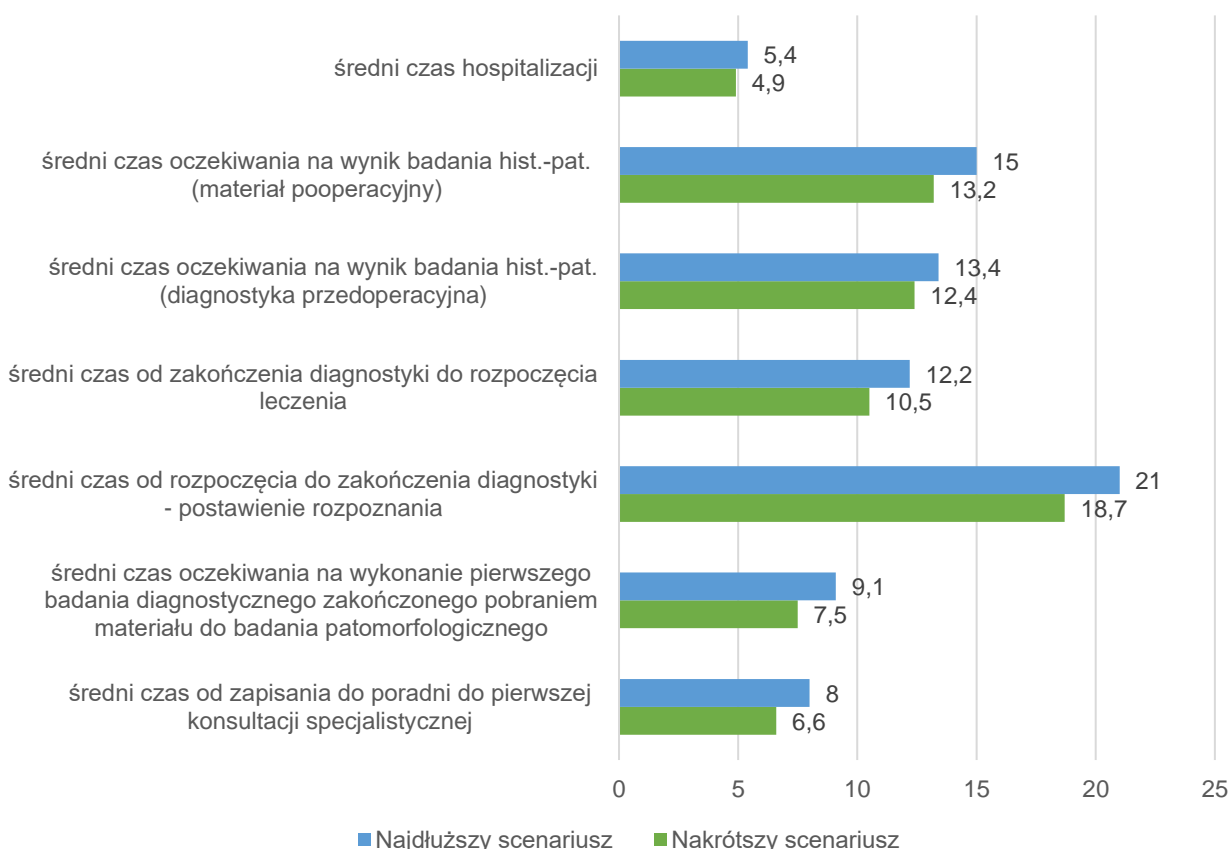
dni, natomiast przy materiale pooperacyjnym dużym – 14-20 dni. Jeden z respondentów nie odpowiedział na zadane pytanie.

Ostatni z etapów dotyczy średniego czasu hospitalizacji w danym podmiocie leczniczym. 83% respondentów zadeklarowało, że średni czas hospitalizacji pacjenta z nowotworem ginekologicznym wynosi poniżej 7 dni. Odpowiedzi różnicowały średni czas hospitalizacji od 1-2 dni do nawet 10-12 dni. Respondent deklarujący, że średni czas hospitalizacji w jego placówce wynosi 3,54 dnia, zaznacza, iż wartość ta nie uwzględnia czasów hospitalizacji pacjentek, dla których podawana jest chemioterapia w trybie jednodniowym. W przypadku danej zmiennej, dwóch świadczeniodawców nie udzieliło żadnej odpowiedzi.

Na wykresie poniżej przedstawiono analizę dwóch scenariuszy z uwzględnieniem najniższych i najwyższych średnich czasów poszczególnych etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentów z nowotworami ginekologicznymi u świadczeniodawców biorących udział w badaniu. Dane te zostały przedstawione w formie dwóch scenariuszy z uwagi na fakt przekazywania danych przez respondentów w formie przedziałów czasowych. Różnica pomiędzy uśrednionymi wymiarami czasowymi realizacji każdego z etapów w ww. scenariuszach nie przekracza 2 dni.

Zestawione dane wskazują, że hospitalizacja pacjentów z nowotworami ginekologicznymi trwa średnio 4,9 dnia (najkrótszy scenariusz) lub 5,4 dnia (najdłuższy scenariusz), co jest najniższym wymiarem czasu w analizowanych etapach omawianego procesu. Najwięcej czasu wymaga w ww. procesie postawienie rozpoznania, gdzie wartości średnie oscylują w granicach 18,7 dni (najkrótszy scenariusz) do 21 dni (najdłuższy scenariusz). Należy mieć jednak na uwadze fakt, że czas realizacji poszczególnych etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego zależy przede wszystkim od konkretnego rozpoznania, o czym wspominają świadczeniodawcy (zazwyczaj proces ten w C56 jest dłuższy niż w przypadku C53 czy C54).

Wykres 37. Analiza średnich czasów (w dniach) poszczególnych etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentów z nowotworami C53, C54, C56 u świadczeniodawców biorących udział w badaniu przedstawiona w formie scenariuszy (najkrótszy/najdłuższy)



[Źródło: Opracowanie własne na podstawie ankiet od świadczeniodawców]

Świadczeniodawcy uczestniczący w badaniu ankietowym (48 podmiotów leczniczych) zostali poproszeni o wskazanie osoby pełniącej rolę koordynatora procesu diagnostyczno-terapeutycznego w zakresie nowotworów ginekologicznych (tj. nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53), nowotwór złośliwy trzonu macicy

(C54), nowotwór złośliwy jajnika (C56)). W większości otrzymanych ankiet wskazywano na kilka zawodów pełniących rolę koordynatora procesu diagnostyczno-terapeutycznego w ww. nowotworach, często w ramach alternatyw, np. pielęgniarka/asystentka medyczna, pielęgniarka i np. rejestratorka medyczna, czy np. lekarz i sekretarka medyczna. Dlatego też trzeba mieć na uwadze, że w niektórych podmiotach leczniczych koordynacja ww. procesu odbywa się przy współpracy kilku zawodów, w dużej mierze asystentów medycznych /sekretarki medycznej, magistrów pielęgniarstwa czy lekarzy. W tabeli poniżej przedstawiono wyniki uzyskane na podstawie otrzymanych kwestionariuszy.

Tabela 96. Podział koordynatorów procesu diagnostyczno-terapeutycznego dla C53, C54, C56, ze względu na wykonywany zawód

Nazwa zawodu	Liczba respondentów
Asystent/ka medyczny/a lub sekretarka medyczna	22
Pielęgniarka/pielęgniarski (m.in. mgr pielęgniarstwa onkologicznego)	14
Lekarz (np. ginekolog, ginekolog onkolog, kierownik oddziału ginekologiczno-położniczego)	8
Koordynatorzy DiLO/ specjaliści ds. pakietu onkologicznego	6
Inne	5
Brak danych	3

Blisko 46% respondentów (22/48 świadczeniodawców) wskazuje, że koordynatorem lub współkoordynatorem procesu w ich jednostce jest osoba reprezentująca zawód asystenta medycznego czy sekretarki medycznej. W jednej z ww. ankiet zasugerowano, że rolę asystentki medycznej pełni pielęgniarka. Ponad 29% respondentów sygnalizowało, że to głównie personel pielęgniarski pełni funkcję ww. koordynatora. W dwóch ankietach zasugerowano, że rolę koordynatora mogą pełnić lub pełnią położne. Wśród najczęściej wymienianych zawodów pełniących funkcję koordynatorską przedstawiano też lekarzy, tj. u blisko 17% świadczeniodawców. W niektórych ankietach uszczegółowiono, że ww. koordynator jest lekarzem ginekologiem lub ginekologiem-onkologiem, lub też kierownikiem oddziału ginekologiczno-położniczego. Oprócz ww. zawodów, wymieniano również funkcję koordynatorów czy specjalistów pakietu onkologicznego (u ok. 12% respondentów). W jednostkowych przypadkach wskazywano inne zawody, takie jak np. rejestratorki medyczne, pracowników działu statystyki medycznej wraz z położną, specjalistę zdrowia publicznego, pracownika administracyjnego. Jedynie trzech respondentów nie udzieliło odpowiedzi na postawione pytanie (ok. 6%).

W tabeli poniżej przedstawiono główne zadania koordynatora w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w zakresie przedmiotowych nowotworów ginekologicznych, na podstawie danych uzyskanych od 48 podmiotów leczniczych.

Tabela 97. Główne zadania koordynatora procesu diagnostyczno-terapeutycznego we wskazaniach: rak szyjki macicy (C53), rak trzonu macicy (C54), rak jajnika (C56)

Nazwa zadania		Stopień wykonania zadania (liczba respondentów)			
		TAK*	NIE**	BD***	ND****
Koordynacja procesu w ramach ośrodka	Organizacja konsultacji specjalistycznych	43	2	3	0
	Organizacja badań diagnostycznych	41	5	2	0
	Koordynacja wszystkich etapów leczenia	44	2	2	0
	Organizacja wizyt i badań po zakończonym leczeniu (follow-up)	28	14	6	0
Koordynacja procesu pomiędzy różnymi ośrodkami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem		41	4	3	0
Inne		3	2	1	42

*TAK – koordynator wypełnia dane zadanie; **NIE – dane zadanie nie należy do obowiązków koordynatora; ***BD – Brak danych; ****ND – Nie dotyczy

Większość respondentów (powyżej 80%) potwierdziła, iż wymienione w treści ankiety zadania należą do zadań koordynatora w ich podmiocie leczniczym. Najczęstszym zadaniem wykonywanym przez blisko 92% koordynatorów (44/48 świadczeniodawców) okazało się koordynowanie wszystkich etapów leczenia. Organizacja konsultacji specjalistycznych wykonywana jest przez prawie 90% koordynatorów (43/48 świadczeniodawców). Blisko 85% koordynatorów procesu (41/48) zajmuje się również organizacją badań diagnostycznych oraz koordynacją procesu pomiędzy różnymi ośrodkami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem. Jedynie wśród 58% respondentów (28/48 świadczeniodawców) koordynator odpowiedzialny jest za organizację wizyt i badań po zakończonym leczeniu (follow-up). Tylko w jednej z ankiet nie udzielono

odpowiedzi dotyczącej głównych zadań koordynatora procesu diagnostyczno-terapeutycznego w C53, C54, C56.

Ankietowani mieli także możliwość określenia innych zadań wykonywanych przez ww. koordynatorów. Trzech świadczeniodawców wskazało dodatkowo następujące zadania: kontakty z innymi placówkami medycznymi kierującymi pacjentów do Centrum Onkologii na leczenie, nadzór nad całością przebiegu hospitalizacji, komunikacja z pacjentem.

Respondenci zostali również zapytani, czy w ich podmiotach leczniczych została określona maksymalna liczba pacjentów przypadających na jednego koordynatora. Czterech respondentów potwierdziło, że taka liczba jest określona, deklarując wartości: 20, 30 (w odniesieniu do nowych pacjentów w miesiącu), 40 i 60 pacjentów na jednego koordynatora. Ponadto jeden z ankietowanych wskazał, że w przypadku pacjentek zakwalifikowanych do pilotażu onkologicznego Ministerstwa Zdrowia dla nowotworu złośliwego jajnika (C56), liczba pacjentek przypadających na jednego koordynatora wynosi 40.

Kolejnym elementem analizy w przedmiotowej ankiecie skierowanej do świadczeniodawców była kwestia multidyscyplinarnych zespołów specjalistów oraz częstotliwości ich spotkań w zakresie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach ginekologicznych.

W tabeli poniżej przedstawiono informacje na temat liczby konsyliów odbywających się w tygodniu, w trakcie których omawiane są przypadki pacjentów z C53, C54, C56.

Tabela 98. Liczba odbytych w tygodniu konsyliów związanych ze wskazaniami: rak szyjki macicy (C53), rak trzonu macicy (C54), rak jajnika (C56)

Liczba konsyliów w tygodniu	Liczba respondentów
1	15
2	10
5	4
1-2	3
3	2
Inne	10
Brak danych	4

Ponad 31% respondentów (15/48 świadczeniodawców) wskazuje, że konsylia w zakresie przedmiotowych nowotworów odbywają się raz w tygodniu. Następnie, blisko 21% respondentów (10/48 świadczeniodawców) wskazało na realizację 2 konsyliów w tygodniu, ponad 8% respondentów (4/48 świadczeniodawców) – 5 konsyliów w tygodniu, ponad 6% respondentów (3/48 świadczeniodawców) – 1-2 konsylia, natomiast ok. 4% respondentów (2/48 świadczeniodawców) – 3 konsylia lekarskie w tygodniu. Dodatkowo w jednej z ankiet, gdzie wskazano na realizację 5 konsyliów tygodniowo zaznaczono, że ich zakres obejmował ok. 40 pacjentów tygodniowo. Natomiast w przypadku jednej z ankiet, gdzie realizowano trzy konsylia tygodniowo, podkreślono, że dwa z nich dotyczą ogólnie nowotworów narządów płciowych, natomiast jedno dot. problemów związanych z jajnikami.

Wśród otrzymanych ankiet udzielono też 10 odpowiedzi, które zakwalifikowano do kategorii „Inne”. Pojedyncze odpowiedzi były następujące: 0-1; minimum 2 lub więcej (w zależności od potrzeb); 2-4; 2 konsylia (+2 z udziałem specjalisty chirurgii onkologicznej); 7 (średnio); 8; 15; 20; 25 (średnio 25, w ramach karty DiLO); w zależności od potrzeb. Czterech świadczeniodawców nie udzieliło żadnej odpowiedzi w zakresie ww. pytania.

Świadczeniodawcy w badaniu ankietowym zostali również zapytani o to, czy etap terapeutyczny każdorazowo poprzedzony jest spotkaniem konsylium oraz czy po operacji odbywa się kolejne konsylium celem weryfikacji planu leczenia. Odpowiedzi zostały zaprezentowane w poniższej tabeli.

Tabela 99. Przeprowadzanie konsylium przed rozpoczęciem każdego etapu terapeutycznego oraz po operacji we wskazaniach: rak szyjki macicy (C53), rak trzonu macicy (C54), rak jajnika (C56)

Spotkanie zespołu multidyscyplinarnego przed rozpoczęciem każdego etapu terapeutycznego		Spotkanie konsylium po operacji celem weryfikacji planu leczenia				
TAK	NIE	TAK	RACZEJ TAK	NIE	RACZEJ NIE	INNE
41	7	27	10	2	7	2

Zdecydowana większość ankietowanych (ponad 85%; 41/48 świadczeniodawców) potwierdziła, iż przed rozpoczęciem etapu terapeutycznego każdorazowo odbywa się spotkanie zespołu multidyscyplinarnego.

Natomiast kolejne konsylium po operacji celem weryfikacji planu leczenia: odbywa się u ponad 52% respondentów (27/48 świadczeniodawców), „raczej odbywa się” u blisko 21% respondentów (10/48 świadczeniodawców), nie odbywa się u około 4% respondentów, „raczej nie odbywa się” u ok. 15% respondentów (7/48 świadczeniodawców). Dwóch ankietowanych udzieliło „innych”, następujących odpowiedzi: „raczej nie/nie”; „tak/nie”. Jeden z respondentów przy odpowiedzi określającej, że dane konsylium „raczej się nie odbywa”, zaznaczył, iż w przypadku wątpliwości organizowane jest tzw. rekonsylium.

W poniższej tabeli zaprezentowano przedstawicieli wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (tzw. MDT) odpowiedzialnego za proces terapeutyczny kobiet z nowotworami ginekologicznymi (C53, C54, C56).

Tabela 100. Skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (konsylium) we wskazaniach: rak szyjki macicy (C53), rak trzonu macicy (C54), rak jajnika (C56)

Przedstawiciel zespołu MDT	Liczba respondentów
Radioterapeuta	41
Onkolog kliniczny	39
Ginekolog onkolog	30
Radiolog	23
Chirurg onkolog	20
Ginekolog/ginekolog położn k	19
Chirurg ogólny/chirurg	11
Psycholog kliniczny/psycholog/psychoonkolog	10
Urolog	8
Patomorfolog	6
Chemioterapeuta	5
Fizjoterapeuta	4
Inne	22
Brak danych	4

U ponad 85% ankietowanych (41/48 świadczeniodawców) najczęściej wymienianą osobą zespołu multidyscyplinarnego okazał się radioterapeuta. Następnie wskazywano: onkologa klinicznego (ponad 81% respondentów; 39/48 świadczeniodawców), ginekologa onkologa (blisko 63% respondentów; 30/48 świadczeniodawców), radiologa (blisko 48%; 23/48 świadczeniodawców), chirurga onkologa (blisko 42%; 20/48 świadczeniodawców), ginekologa/ginekologa położnika (blisko 40%; 19/48 świadczeniodawców), chirurga ogólnego/chirurga (blisko 23%; 11/48 świadczeniodawców), psychologa klinicznego/psychologa/psychoonkologa (blisko 21%; 10/48 świadczeniodawców), urologa (blisko 17%; 8/48 świadczeniodawców), patomorfologa (ponad 12%; 6/48 świadczeniodawców), chemioterapeutę (ponad 10%; 5/48 świadczeniodawców) oraz fizjoterapeutę (ponad 8%; 4/48 świadczeniodawców).

Ponadto wskazano trzykrotnie na potrzebę zaangażowania w spotkania zespołu MDT: koordynatora, dodatkowych specjalistów w ramach indywidualnych potrzeb pacjenta/na wniosek lekarza prowadzącego, laryngologa/otolaryngologa i neurochirurga; oraz jednokrotnie: rehabilitanta medycznego, pielęgniarkę, torakochirurga, foniatrę, anestezjologa, okulistę, gastroenterologa, endokrynologa, specjalistę chorób wewnętrznych i specjalistę medycyny nuklearnej. 4 respondentów nie udzieliło żadnej odpowiedzi.

Biorąc powyższe pod uwagę, w skład zespołu konsylium najczęściej wchodzi lekarze specjaliści w dziedzinie: radioterapii, onkologii klinicznej, ginekologii onkologicznej, radiologii, chirurgii onkologicznej oraz ginekologii i położnictwa (powyżej 40% ankietowanych).

W poniższej tabeli przedstawiono dane na temat wdrożonych algorytmów postępowania (tzw. SOP – *Standard Operating Procedur*) z pacjentem onkologicznym, tj. z C53, C54, C56, na podstawie kwestionariuszy uzyskanych od 48 świadczeniodawców biorących udział w ankiecie.

Tabela 101. Stosowanie algorytmów postępowania z pacjentem onkologicznym z C53, C54, C56 (tzw. SOP)

Jednostka chorobowa (ICD-10)	Liczba respondentów
Nowotwór złośliwy jajnika (C56)	20
Nowotwór złośliwy trzonu macicy (C54)	19

Jednostka chorobowa (ICD-10)	Liczba respondentów
Nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53)	17

Wdrożenie SOP w swoim podmiocie leczniczym potwierdziło blisko 42% respondentów (20/48 świadczeniodawców) w przypadku nowotworu złośliwego jajnika (C56), około 40% respondentów (19/48 świadczeniodawców) w przypadku nowotworu złośliwego trzonu macicy (C54) oraz ponad 35% respondentów (17/48 świadczeniodawców) w przypadku nowotworu złośliwego szyjki macicy (C53). Jeden z respondentów zaznaczył, iż jego podmiot leczniczy posiada wdrożone algorytmy postępowania wyłącznie w chemioterapii (dla C53, C54, C56).

Świadczeniodawcy zostali poproszeni o wskazanie dokumentów/wytycznych towarzystw naukowych, na których opiera się proces terapeutyczny pacjenta onkologicznego z C53, C54, C56 w ich podmiocie leczniczym, w przypadku niewdrożenia SOP. Dane uzyskane od 48 świadczeniodawców zostały przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 102. Dokumenty/wytyczne towarzystw naukowych na których opiera się proces diagnostyczno-terapeutyczny we wskazaniach C53, C54, C56

Towarzystwo naukowe	Liczba respondentów
PTGiP/PTGO	37
ESMO/ESGO	23
NCCN	19
PTOK	14
ASCO	13
PUO	5
NICE	2
Inne	3

Najwięcej, 77% respondentów (37/48 świadczeniodawców), wskazało, że proces terapeutyczny w ich placówce w przypadku braku wdrożonych algorytmów postępowania, opiera się na wytycznych PTGiP lub PTGO. Zdecydowanie mniej ankietowanych wskazało wykorzystywanie danych pochodzących z ESMO/ESGO (ok. 48% świadczeniodawców), NCCN (ok. 40%), PTOK (29%), ASCO (27%), PUO (ok. 10%) czy NICE (4%). Ponadto ankietowani mieli możliwość podania innych, nieuwzględnionych w zapytaniu dokumentów/wytycznych towarzystw naukowych. Z tej możliwości skorzystało 3 z nich (6%). Podano następujące odpowiedzi: IGCS, PTO, Raporty synoptyczne w oparciu o College of American Pathologists.

Świadczeniodawcy biorący udział w ankiecie, zostali zapytani, czy posiadają wdrożone protokoły diagnostyczne z zakresu diagnostyki patomorfologicznej oraz obrazowej (TK, MR, PET). Poniższa tabela przedstawia liczbę respondentów z wdrożonymi protokołami.

Tabela 103. Wdrożone protokoły diagnostyczne we wskazaniach C53, C54, C56

Rodzaj protokołu diagnostycznego	Liczba respondentów
Diagnostyki patomorfologicznej	25
Diagnostyki obrazowej TK	20
Diagnostyki obrazowej MR	17
Diagnostyki obrazowej PET	7

Najwięcej, 52% podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu (25/48 świadczeniodawców) ma wprowadzone protokoły diagnostyczne z zakresu diagnostyki patomorfologicznej. Następnie potwierdzono posiadanie protokołów diagnostycznych z zakresu diagnostyki obrazowej, kolejno: TK (42%; 20/48 świadczeniodawców), MR (35%; 17/48 świadczeniodawców) oraz PET (15%; 7/48 świadczeniodawców).

Ankietowani zostali również zapytani czy posiadają akredytację bądź certyfikaty w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego w przedmiotowych nowotworach ginekologicznych. W przypadku odpowiedzi twierdzącej mieli wpisać, jaką posiadają akredytację lub certyfikaty. Blisko 27% poddanych badaniu świadczeniodawców (13/48) wskazało, że posiada stosowne certyfikaty/akredytacje do świadczenia usług w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego nowotworów ginekologicznych. Większość z nich wskazywała jednak posiadanie certyfikatów ISO, CMKP czy CMJ podległego MZ. Jedynie 5 świadczeniodawców przedstawiło, że posiada certyfikat *European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO), a jeden z nich zaznaczył, że certyfikat ten otrzymano dla diagnostyki i leczenia C56.

Respondenci, którzy posiadają certyfikaty zostali poproszeni o wskazanie, czy zostały określone standardy jakości z nimi związane w zakresie liczby wymaganych zabiegów na ośrodek/rok, liczby wymaganych zabiegów na lekarza/rok oraz cyklicznych szkoleń personelu. Poniższa tabela przedstawia wartości poszczególnych standardów, jakie wskazali ankietowani.

Tabela 104. Wartości standardów jakościowych związanych z posiadanymi certyfikatami

Wartość standardu	Liczba respondentów
Liczba zabiegów na ośrodek/rok	
20	1
>50	1
180	1
400	1
Liczba zabiegów na lekarza/rok	
20	1
>25	1
30	1
Liczba szkoleń	
2	1
6/rok	1
Odpowiedź twierdząca bez podania liczby	3

Tylko 8% respondentów (4/48 świadczeniodawców) potwierdziło posiadanie wymaganej liczby zabiegów na ośrodek/rok w swoim podmiocie leczniczym. Były to następujące pojedyncze odpowiedzi: 20, ponad 50, 180 i 400 zabiegów na ośrodek/rok. Z kolei, tylko trzech świadczeniodawców (6%) potwierdziło, iż podmiot leczniczy posiada wymaganą liczbę zabiegów na lekarza/rok. Były to następujące pojedyncze odpowiedzi: 20, powyżej 25 i 30 zabiegów na lekarza/rok. Około 10% respondentów (5/48 świadczeniodawców) potwierdziło, że przeprowadzane są cykliczne szkolenia personelu. Jeden z respondentów podał, że liczba szkoleń wynosi 2. Kolejny z respondentów zadeklarował odbywanie się 6 szkoleń na rok. Trzech pozostałych respondentów zaświadczyło o przeprowadzaniu takowych szkoleń, jednakże nie podało żadnych wartości liczbowych.

Wyniki badania ankietowego – część III pogładowa

W III części ankiety (poglądowej) zawarto pytania dotyczące opinii na temat rozwiązań organizacyjnych opieki zdrowotnej w nowotworach ginekologicznych takich jak rak szyjki macicy, rak trzonu macicy, rak jajnika. Odpowiedzi na tę część ankiety uzyskano od 48 świadczeniodawców, otrzymując 49 ankiet (jeden świadczeniodawca przekazał 2 ankiety, wypełnione przez 2 różne osoby: Kierownika Oddziału Klinicznego Położnictwa Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej oraz koordynatora Oddziału Chemioterapii Nowotworów).

Rozwiązania organizacyjne w ośrodku

Świadczeniodawcy zostali zapytani o wykorzystanie potencjału wykonawczego ośrodka (rozumianego jako m. in.: oddział szpitalny, poradnia specjalistyczna zakład radioterapii, pracownia diagnostyczna, w szczególności: liczba i kwalifikacje personelu medycznego, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, możliwości diagnostyczno-terapeutyczne). W opinii 31(31/49 tj. 63%) respondentów potencjał wykonawczy ośrodka, w którym pracują nie jest w pełni wykorzystany. 16 respondentów uznało, że dostępne zasoby ośrodka są w pełni wykorzystane, natomiast 2 respondentów nie wyraziło swojej opinii.

Respondenci, którzy uznali, iż potencjał nie jest w pełni wykorzystany oraz dwóch respondentów, którzy pomimo uznania, że potencjał jest optymalnie wykorzystywany lub nie odpowiedzieli na powyższe pytanie, wskazali obszary, które ich zdaniem wymagają wprowadzenia zmian.

Tabela 105. Obszar wymagający zmian, wg opinii świadczeniodawców

Obszar	Potrzeba wprowadzenia zmian (liczba odpowiedzi)		
	TAK	NIE	BRAK DANYCH
Zwiększenie liczby personelu medycznego	30	1	2
Kształcenie/kwalifikacje personelu	21	4	8
Zakup nowoczesnej aparatury medycznej	26	5	2
Modernizacja infrastruktury	21	6	6

Zmiana organizacji opieki zdrowotnej	15	10	8
Wysokość kontraktu	32	0	1

Respondenci zauważają potrzebę wprowadzenia zmian we wszystkich wymienionych wyżej obszarach. Niewielu respondentów doprecyzowało zakres kluczowych zmian/usprawnień w danym obszarze. Proponowane zmiany przedstawia tabela poniżej.

Tabela 106. Zakres kluczowych zmian – usprawnienia, wg opinii świadczeniodawców

Zakres zmian	Liczba wskazań
Zwiększenie finansowania/wyceny procedur onkologicznych/konsylium/operacji chirurgicznych/sprzętu specjalistycznego	10
Zwiększenie liczby onkologów / ginekologów onkologów / chirurgów / anestezjologów / psychologów / rehabilitantów, pielęgniarek/personelu pomocniczego/koordynatorów	8
Zakup nowoczesnego/dodatkowego sprzętu m. in.: aparatura laparoskopowa z technologią ICG, system wizualizacji podczerwi, robot, urządzenie PET, TK, MRI, USG, aparaty laparoskopowej, sprzętu do procedury HIPEC	8
Modernizacja budynku/oddziałów	3
Stworzenie Unitów/centralizacja leczenia w ośrodkach akredytowanych/zapewnienie koordynowanego leczenia pacjentów	3
Finansowanie odrębne badań patomorfologicznych	2
Szkolenia dla personelu	2
Zwiększenie instrumentarium poprzez dopasowanie do potrzeb pacjentów otyłych	1
Zwiększenie dostępu do programów lekowych	1
Wydłużenie czasu na diagnostykę – do 28 dni na diagnostykę wstępną i 35 dni na pogłębioną	1
Zwiększenie dostępności do badań patomorfologicznych i skrócenie czasu oczekiwania na wynik badania histopatologicznego	1
Zwiększenie liczby łóżek	1
Utworzenie pracowni medycyny nuklearnej	1

Świadczeniodawcy wyrazili opinie dotyczące poradni specjalistycznych realizujących chemioterapię (w trybie jednodniowym, ambulatoryjnym) oraz zakładów/pracowni radioterapii onkologicznej, na temat: opieki, konieczności zapewnienia zakwaterowania pacjentom, którym udzielane jest świadczenie. Rozkład odpowiedzi został przedstawiony w tabeli poniżej.

Tabela 107. Ocena poradni specjalistycznych realizujących chemioterapię, zakładów/pracowni radioterapii onkologicznych

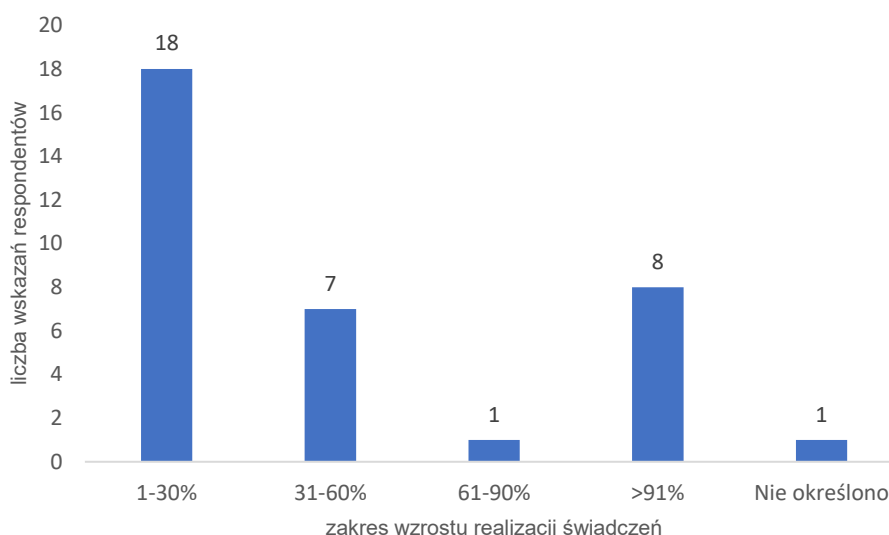
Zakres pytania	Liczba respondentów udzielająca odpowiedzi		
	TAK	NIE	BRAK DANYCH
Świadczenie usług w dogodnych dla pacjentów lokalizacjach	38	5	6
Zapewnienie pacjentom pełnego zakresu usług (np. leczenie działań niepożądanych)	39	4	6
Konieczność zapewnienia pacjentom na czas realizacji świadczenia zakwaterowania (w trybie art. 33b ust. 1 Ustawy)	25	18	6

Respondenci zgodnie uznali, iż świadczenia są realizowane w dogodnych dla pacjentów lokalizacjach (38 respondentów; 77,6%), zapewniając pacjentom pełen zakres usług (39 respondentów; 79,6%). Rozbieżne opinie występują co do konieczności zapewniania pacjentom na czas realizacji świadczenia zakwaterowania – w opinii 25 (51%) świadczeniodawców występuje taka potrzeba, natomiast 18 (36,7%) świadczeniodawców nie widzi takiej potrzeby.

Kwestia koncentracji diagnostyki i leczenia pacjentów z nowotworami ginekologicznymi (C53, C54, C56) w ośrodkach kompleksowej opieki, spełniających określone wymagania jakościowe również została poddana ocenie respondentów. W opinii zdecydowanej większości respondentów koncentracja opieki w ośrodkach wpłynie korzystnie na organizację opieki nad pacjentem z nowotworem ginekologicznym (odpowiedź „raczej tak” – 12 (24,5%) respondentów, „tak” – 27 (55,1%) respondentów). W opinii pozostałych 9 (18,4%) respondentów nie ma potrzeby koncentracji opieki w ośrodkach kompleksowej opieki (odpowiedź „raczej nie” – 6 (12,3%) respondentów, „nie” – 3 (6,1%) respondentów). Jeden z respondentów udzielił sprzecznej odpowiedzi „raczej tak” oraz „raczej nie”, co zostało uznane jako brak danych.

Dodatkowo respondenci ocenili, czy ośrodek, w którym pracują, w sytuacji skupienia opieki nad pacjentem z nowotworem ginekologicznym w ośrodkach kompleksowej opieki jest w stanie zwiększyć realizację świadczeń. W opinii 38 (77,6%) respondentów zwiększenie zakresu świadczeń w ich ośrodku jest możliwe, 9 (18,4%) respondentów stwierdza, iż nie jest w stanie zwiększyć realizacji świadczeń, 2 respondentów nie udzieliło odpowiedzi. Respondenci określili o jaki odsetek są w stanie zwiększyć realizację świadczeń w sytuacji koncentracji leczenia w ośrodkach. Najniższy wskazany odsetek wynosił 10%, a najwyższy 300%. Odpowiedzi respondentów zostały przedstawione w przedziałach na wykresie poniżej.

Wykres 38. Zakres wzrostu realizacji świadczeń przy centralizacji opieki nad pacjentem z nowotworem ginekologicznym



[Źródło: Opracowanie własne na podstawie ankiet świadczeniodawców]

Dodatkowo 3 respondenci wskazały przedziały określając możliwy wzrost realizacją świadczeń w sytuacji skupienia opieki nad pacjentem: 20-100% (1 respondent), 20-30% (1 respondent), 50-70% (1 respondent). Przedziały nie zostały ujęte na wykresie powyżej ze względu na ich szeroki zakres).

Systemowe rozwiązania organizacyjne

W opinii 42 (85,7%) respondentów zmiana sposobu finansowania koordynatorów procesu leczenia pacjenta wpłynęłaby na poprawę efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego, natomiast 6 (12,2%) respondentów nie uważa, aby sposób finansowania koordynatorów przyczynił się do poprawy efektywności. Jeden respondent nie wyraził swojej opinii.

43 z 49 (87,8%) respondentów uważa, iż system organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych (C53, C54, C56) w Polsce wymaga zmiany. Pozostałych 6 (12,2%) respondentów nie zauważa takiej potrzeby, a jeden nie wyraził swojej opinii. Respondenci wskazali kluczowe problemy oraz niezbędne/konieczne zmiany, które przedstawiono w tabelach poniżej.

Tabela 108. Kluczowe problemy polskiego systemu organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych, wg opinii świadczeniodawców

Kluczowe problemy	Liczba wskazań
Brak centralizacji leczenia w ośrodkach wysokospecjalistycznych zapewniających kompleksowe leczenie/leczenie pacjentek przez personel nie posiadający doświadczenia w nowotworach ginekologicznych	14
Niska świadomość społeczna na temat profilaktyki, niska zgłaszalność na badania profilaktyczne oraz sposób organizacji badań przesiewowych (np. uzależnienie wykonania cytologii od statusu ubezpieczenia pacjentki), brak powszechnych szczepień przeciwko HPV	9
Niewystarczająca liczba personelu medycznego, w tym koordynatorów/zbyt mała liczba miejsc specjalizacyjnych	7
Nieadekwatna wycena procedur onkologicznych (w tym konsylium), zbyt niski poziom finansowania ginekologii onkologicznej	7
Dostęp do diagnostyki w całym procesie leczenia oraz czas oczekiwania na wyniki badań diagnostycznych	6

Brak stałej koordynacji nad procesem diagnostyki, leczenia i monitorowania pacjentek, długi czas oczekiwania na procedury – brak sprawnej koordynacji	5
Niedobór sprzętu (np. do diagnostyki: TK, MRI)	3
Niewystarczająca liczba szkoleń dla lekarzy	2
Zbyt mały dostęp/zakres programów lekowych	2
Brak obligatoryjności zbiegów profilaktycznych w mutacji BRCA	1
Dedykowane 3-4 ośrodki w kraju leczące procedurą HIPEC (z przyp. <i>analitka: niedobór w kraju ośrodków leczących procedurą HIPEC</i>)	1
Zbyt krótki czas na przeprowadzenie diagnostyki wstępnej i pogłębionej – potrzeba wydłużenie czasu do 28 dni dla diagnostyki wstępnej i do 35 dni dla diagnostyki pogłębionej	1
Potrzeba odrębnego finansowania badań histopatologicznych przedoperacyjnych i pooperacyjnych	1
Brak przestrzegania zaleceń i rekomendacji w zakresie diagnostyki, terapii i nadzoru po leczeniu	1
Brak przedstawiania oceny wyników leczenia poprzez przedstawianie czasu przeżycia, odsetka migracji oraz liczby powikłań	1
Słaby dostęp do badań klinicznych – potrzeba utworzenia centrów wsparcia badań	1
Niewłaściwa logistyka szpitala	1
Zbyt mały nadzór ze strony POZ	1
Niska dostępność oddziałów ginekologii onkologicznej	1

W opinii 14 (28,6%) respondentów kluczowym problemem w systemie organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych jest decentralizacja opieki onkologicznej oraz leczenie przez personel nie posiadający dostatecznego doświadczenia w leczeniu nowotworów ginekologicznych. 9 (18,4%) respondentów wskazało również na problem niskiej świadomości społecznej w zakresie profilaktyki oraz niski udział kobiet w programach profilaktycznych. Znacznym problemem jest również niewystarczająca liczba personelu i miejsc specjalizacyjnych (7 (14,3%) respondentów), nieadekwatna wycena procedur i poziom finansowania ginekologii onkologicznej (7 (14,3%) respondentów). Świadczeniodawcy zauważają również, iż problemem jest dostęp do diagnostyki i długi czas oczekiwania na wyniki badań (6 (12,2%) respondentów) oraz brak sprawnej koordynacji procesu diagnostyczno-leczniczego (5 (10,2%) respondentów).

Wśród propozycji zmian w zakresie poprawy opieki nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi świadczeniodawcy wskazali na centralizację leczenia – utworzenie unitów/ośrodków leczenia onkologicznego, zapewniających kompleksowe leczenie i świadczenie opieki przez doświadczony personel (14 (28,6%) respondentów). Świadczeniodawcy (5 (10,2%) respondentów) zauważyli również potrzebę zwiększenia dostępu do certyfikowanych placówek diagnostyki patomorfologicznej i obrazowej oraz skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę (badania obrazowe, wyniki badań histopatologicznych). Niezbędną zmianą w opinii 4 (8,2%) respondentów jest również zwiększenie poziomu finansowania procedur onkologicznych oraz wzmocnienie działań profilaktycznych mających na celu wczesne wykrycie nowotworu. Pozostałe propozycje zmian, dot. m.in. wdrożenia wskaźników jakości opieki czy zwrócenia uwagi na nowatorskie metody leczenia, zostały wskazane przez pojedynczych świadczeniodawców.

Tabela 109. Propozycje wprowadzenia zmian w polskim systemie organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych, wg opinii świadczeniodawców

Niezbędne/konieczne zmiany	Liczba wskazań
Centralizacja leczenia – utworzenie unitów/ośrodków leczenia onkologicznego, zapewniających kompleksowe leczenie i świadczenie opieki przez doświadczony personel	14
Zwiększenie dostępu do certyfikowanych placówek diagnostyki patomorfologicznej i obrazowej, skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę (badania obrazowe, wyniki badań histopatologicznych)	5
Konieczność zwiększenia finansowania procedur z zakresu ginekologii onkologicznej i zmiana wyceny katalogów onkologicznych	4
Wzmocnienie działań profilaktycznych mających na celu wczesne wykrycie nowotworu, w tym aktualizacja i ponowna aktywizacja programu przesiewowego RSZM, oraz zwiększenie świadomości kobiet w zakresie badań profilaktycznych, wprowadzenie obowiązkowych badań cytologicznych	4
Zwiększenie liczby specjalistów (m. in. anestezjologów, ginekologów-onkologów) oraz miejsc specjalizacyjnych	3
Standaryzacja procedur, w tym ujednoczenie systemu dokumentacji medycznej	2
Poprawa dostępu do oddziału Ginekologiczno-Onkologicznego, sali operacyjnych	2

Wdrożenie wskaźników jakości (np. oceniających czas przeżycia, czas do progresji, udział chorych w dostępnych programach terapeutycznych, odsetek powikłań po operacji) oraz wprowadzenie oceny przestrzegania rekomendacji i wytycznych	1
Zapewnienie dedykowanych patomorfologów/radiologów oceniających badania z zakresu ginekologii onkologicznej	1
Wprowadzenie nowych metod leczenia dzięki wykwalifikowanemu personelowi przy wykorzystaniu wyskospecjalistycznego sprzętu	1
Powstanie zawodu koordynatora	1
Kontrakt na programy lekowe z NFZ	1
Zapewnienie centrów diagnostycznych z niezbędnymi metodami diagnostyki (pracownie TK, MR, PET-CT, pracownie diagnostyki molekularnej).	1
Poprawa w zakresie informowania pacjenta o przebiegu procesu diagnostyczno-leczniczego przy wykorzystaniu koordynatora	1
Stworzenie ogólnopolskiej bazy ośrodków zajmujących się leczeniem nowotworów ginekologicznych	1
Potrzeba zakupu nowoczesnego sprzętu.	1
Zmiana sposobu rozliczania procedur chirurgicznych	1
Zmniejszenie liczby świadczeń finansowanych przez NFZ wskaźnikiem 1,25 koniecznych do wykonania w roku dla raka jajnika i raka szyjki macicy o 20% oraz rozszerzenie katalogu grupy JPG.	1
Sprecyzowanie warunków finansowania umożliwiających kompleksową opiekę nad pacjentami	1
Prowadzenie zewnętrznej oceny szkoleń	1

W opinii respondentów modelowy przykład organizacji diagnostyki i leczenia pacjentów z rakiem szyjki macicy, rakiem trzonu macicy, rakiem jajnika, w tym opieki koordynowanej w trakcie i po leczeniu występuje w Niemczech (16 z 25 respondentów). 24 respondentów nie udzieliło odpowiedzi w ww. zakresie.

Tabela 110. Wykaz krajów z modelowym systemem organizacji diagnostyki i leczenia pacjentów z nowotworem ginekologicznym, wg opinii świadczeniodawców

Kraj	Liczba wskazań
Niemcy	16
USA	5
Włochy	4
Holandia	3
Dania	2
Finlandia	2
Belgia	1
Czechy	1
Francja	1
Hiszpania	1
Norwegia	1
Skandynawia	1
Szwecja	1

3 respondentów jako przykład modelowego ośrodka realizującego kompleksową opiekę nad pacjentami z nowotworami ginekologicznymi wskazało zlokalizowany w Niemczech, będący jednym z największych szpitali uniwersyteckich w Europie – Klinikę Ginekologii Onkologicznej oraz Europejskie Centrum Kompetencji Leczenia Raka Jajnika, Uniwersytetu Charite w Berlinie.

Podsumowanie ogólnych wyników badania ankietowego

W badaniu ankietowym wzięło udział 48 podmiotów leczniczych przynależących do 16 Oddziałów Wojewódzkich NFZ w kraju. Większość respondentów stanowiły szpitale ogólnopolskie (27%), o III poziomie referencyjności (23%) oraz onkologiczne (21%). Realizację badań w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy zadeklarowało nieco powyżej 60% respondentów, jednak u większości skryning cytologiczny nie przekraczał progu 500 wykonanych badań w 2019 r.

Prawie wszyscy respondenci wskazali na realizację w ramach własnej struktury: diagnostyki obrazowej – USG (98%), diagnostyki endoskopowej (96%) oraz diagnostyki obrazowej RTG (blisko 92%), w odniesieniu do realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki i leczenia C53, C54 i C56. W ramach umów

o podwykonawstwo najczęściej realizowano diagnostykę obrazową PET (u 75% świadczeniodawców), diagnostykę genetyczną (67%), brachyterapię (46%) i radioterapię (44%). Ponadto w kwestii dodatkowego zakresu świadczeń, jakie ośrodek oferuje pacjentkom z C53, C54, C56 w ramach opieki kompleksowej, zdecydowana większość świadczeniodawców wskazała na: konsultację psychologa lub psychoonkologa (94%), terapię bólu (87,5%) oraz edukację dietetyczną (81%).

Blisko 69% respondentów potwierdziło także prowadzenie procesu monitorowania pacjentki po zakończonym leczeniu onkologicznym (follow-up), z których ponad 51% wskazało, że proces ten opiera się na wytycznych PTGO, a u około 33% świadczeniodawców również na wytycznych ESGO.

Świadczeniodawcy zadeklarowali, że w ramach realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentek z analizowanymi nowotworami ginekologicznymi, najczęściej zapewniany jest dostęp do następujących komórek organizacyjnych:

- poradnie specjalistyczne: onkologiczna (u 75% respondentów), położniczo-ginekologiczna (blisko 69%), chirurgii ogólnej (58%) oraz urologiczna (również 58%);
- oddziały szpitalne: anestezjologii i intensywnej terapii (81%), chirurgii onkologicznej (71%), położniczo-ginekologicznej (62,5%), onkologii klinicznej/chemioterapii (60%) oraz chirurgii ogólnej (także 60%);
- blok operacyjny (blisko 94% ankietowanych, jednakże po weryfikacji wszystkich danych okazało się, że wynik ten może być wyższy);
- pracownie diagnostyczne i obrazowe: laboratorium diagnostyczne i pracownia USG (w obydwu przypadkach 92% odpowiedzi), poradnia endoskopii (87,5%), poradnia rentgenodiagnostyki ogólnej (87,5%) oraz poradnia tomografii komputerowej (81%).

Respondenci, biorący udział w badaniu, określili też średni czas poszczególnych etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentek z nowotworami ginekologicznymi (C53, C54, C56), jednakże odpowiedzi często przedstawione były w formie zróżnicowanych przedziałów czasowych. Utworzono zatem dwa scenariusze z uwzględnieniem najniższych i najwyższych średnich czasów poszczególnych etapów. Najwięcej czasu wymaga postawienie rozpoznania i średnio trwa 18,7 dnia (najkrótszy scenariusz) lub 21 dni (najdłuższy scenariusz), natomiast etapem najkrótszym okazała się hospitalizacja, która średnio trwa 4,9 dnia (najkrótszy scenariusz) lub 5,4 dnia (najdłuższy scenariusz). Ponadto wskazano, że czas realizacji poszczególnych etapów zależy również od rozpoznania jednostki chorobowej (zazwyczaj proces w C56 jest dłuższy niż w przypadku C53 czy C54).

Blisko 46% świadczeniodawców wskazało, że koordynatorem/współkoordynatorem procesu diagnostyczno-terapeutycznego dla C53, C54, C56, w ich podmiocie medycznym jest osoba reprezentująca zawód asystenta medycznego czy sekretarki medycznej. 29% ankietowanych wskazało na personel pielęgniarski a 17% na lekarzy. Następnie zadeklarowano, że koordynowanie wszystkich etapów leczenia w ww. procesie, należy do najczęstszych zadań koordynatora procesu (blisko 92% odpowiedzi). Niewiele mniej odpowiedzi uzyskały zadania: organizacja konsultacji specjalistycznych (prawie 90%) oraz organizacja badań diagnostycznych (blisko 85%). Prócz tego, świadczeniodawcy określili, że konsylia (zespół multidyscyplinarny, MDT) w zakresie przedmiotowych nowotworów odbywają się najczęściej raz w tygodniu (ponad 31% odpowiedzi) a w 85% przypadków odbywają się one przed rozpoczęciem etapu terapeutycznego. Natomiast kolejne konsylium po operacji, celem weryfikacji planu leczenia, odbywa się u ponad 52% respondentów. Świadczeniodawcy określili, że najczęściej w skład zespołu MDT wchodzi lekarze specjaliści w dziedzinie: radioterapii, onkologii klinicznej, ginekologii onkologicznej, radiologii, chirurgii onkologicznej oraz ginekologii i położnictwa (powyżej 40% ankietowanych).

Respondenci wskazali również, że w swoim podmiocie leczniczym wdrożyli stosowne algorytmy postępowania (SOP) w przypadku: C56 (blisko 42%), C54 (około 40%) i C53 (ponad 35%). Natomiast w sytuacji niewdrożenia SOP, proces terapeutyczny opiera się zazwyczaj na wytycznych PTGiP lub PTGO (77% odpowiedzi). Z protokołów diagnostycznych w zakresie diagnostyki patomorfologicznej korzysta blisko 52% ankietowanych, a z protokołów w zakresie diagnostyki obrazowej TK – blisko 42% respondentów. Co więcej, blisko 27% świadczeniodawców zadeklarowało, że posiada stosowne certyfikaty/akredytacje do świadczenia usług w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego nowotworów ginekologicznych (C53, C54, C56). Natomiast tylko 5 świadczeniodawców posiada certyfikat *European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO). W przypadku posiadania certyfikatów określone zostały standardy jakości takie jak: liczba zabiegów na ośrodek/rok (u 8% ankietowanych – zróżnicowane odpowiedzi od 20 do 400 zabiegów/rok), liczba zabiegów na lekarza/rok (u 6% respondentów – wartości od 20 do 30 zabiegów rocznie) oraz prowadzenie cyklicznych szkoleń personelu (10% ankietowanych).

Świadczeniodawcy, którzy udzielili odpowiedzi i wyrazili swoją opinię na temat diagnostyki i leczenia analizowanych nowotworów ginekologicznych, zauważają potrzebę wprowadzenia zmian w funkcjonującym obecnie systemie. Respondenci są zgodni, że zasadniczą zmianą powinno być wprowadzenie centralizacji opieki i świadczenie kompleksowej opieki nad pacjentem przez wykwalifikowany i doświadczony zespół. Wprowadzenie opieki koordynowanej w opinii świadczeniodawców pozwoliłoby na wzrost realizacji świadczeń.

W ankiecie respondenci zgodnie podkreślają potrzebę zwiększenia finansowania leczenia onkologicznego (32 (97%) respondentów) oraz potrzebę zwiększenia liczby personelu medycznego i pozamedycznego (onkologów, ginekologów onkologów, chirurgów, anestezjologów, psychologów, rehabilitantów, pielęgniarek, personelu pomocniczego, koordynatorów onkologicznych) (30 (91%) respondentów). Zwracają również uwagę na potrzebę zwiększenia roli profilaktyki w procesie diagnostyczno-leczniczym i konieczność podjęcia działań mających na celu wzrost świadomości społeczeństwa w zakresie profilaktyki. Świadczeniodawcy wskazują też na potrzebę zwiększenia dostępu do badań diagnostycznych w całym procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz skrócenie czasu oczekiwania na wyniki.

Opinie świadczeniodawców są zgodne z opiniami wyrażonymi przez organizacje reprezentujące interesy pacjentów. Zarówno świadczeniodawcy (lekarze, specjaliści), jak i pacjenci dostrzegają analogiczne ograniczenia i bariery występujące w obecnie funkcjonującym systemie.

Z uwagi na wymogi formalne zdefiniowane wspólnie z Zespołem eksperckim oraz w wyniku konsultacji zewnętrznych dla GCU, podstawowe komórki do realizacji usług w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych zapewnia w strukturze blisko 13 jednostek medycznych, które odpowiedziały na zapytanie ankietowe (dwie z woj. dolnośląskiego, trzy z woj. małopolskiego oraz po jednej z woj. mazowieckiego, podlaskiego, wielkopolskiego, zachodniopomorskiego, świętokrzyskiego, łódzkiego, opolskiego i kujawsko-pomorskiego). W przedmiotowej analizie żadna z ankietowanych jednostek w woj. lubelskim, lubuskim, podkarpackim, pomorskim, śląskim i warmińsko-mazurskim nie spełniła podstawowych wymagań w zakresie komórek niezbędnych w strukturze organizacyjnej placówki. Szczegółowe informacje zostały przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 111. Ośrodki medyczne spełniające podstawowe wymogi formalne dla GCU określone na podstawie konsultacji eksperckich

OW NFZ	Typowane jednostki medyczne do pełnienia funkcji GCU	Stopień zabezpieczenia PSZ	Ośrodek zapewnia w strukturze organizacyjnej co najmniej:									
			Oddział ginekologii onkologicznej	Oddział onkologii lub onkologii klinicznej/ chemioterapii	Blok operacyjny	OAIT	Poradnia ginekologii onkologicznej	Poradnia chirurgii onkologicznej	Poradnia onkologiczna lub chemioterapii	Pracownia lub zakład diagnostyki laboratoryjnej	Zakład patomorfologii	Pracownia diagnostyki obrazowej: TK, RTG, USG, RM
Dolnośląski	Dolnośląskie Centrum Onkologii (DCO) we Wrocławiu	Onkologiczny	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	III stopień	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Kujawsko-pomorski	Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu	III stopień	+	+	+	+	+	+	+	+	- **	+
Łódzki	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii w Łodzi	III stopień	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Małopolski	Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie	II stopień	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

OW NFZ	Typowane jednostki medyczne do pełnienia funkcji GCU	Stopień zabezpieczenia PSZ	Ośrodek zapewnia w strukturze organizacyjnej co najmniej:									
			Oddział ginekologii onkologicznej	Oddział onkologii lub onkologii klinicznej/ chemioterapii	Blok operacyjny	OAIT	Poradnia ginekologii onkologicznej	Poradnia chirurgii onkologicznej	Poradnia onkologiczna lub chemioterapii	Pracownia lub zakład diagnostyki laboratoryjnej	Zakład patomorfologii	Pracownia diagnostyki obrazowej: TK, RTG, USG, RM
	Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Krakowie	Ogólnopolski	+	+	- *	+	+	+	+	+	+	+
	Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie	II stopień	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mazowiecki	Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie	Ogólnopolski	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Podlaski	Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	Onkologiczny	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Wie kopolski	Wielkopolskie Centrum Onkologii (WCO) w Poznaniu	Onkologiczny	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Zachodnio-pomorski	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie	Ogólnopolski	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Świętokrzyski	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	Onkologiczny	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Opolski	SPZOZ – Opolskie Centrum Onkologii w Opolu	Onkologiczny	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

„+” – ośrodek potwierdza zapewnienie danej komórki w strukturze organizacyjnej placówki; „-” – brak danej komórki organizacyjnej w strukturze

*Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Krakowie – prawdopodobny błąd w wypełnianiu ankiety

**Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu – zakład patomorfologii dostępny na podstawie umowy o podwykonawstwo

Należy mieć jednak na uwadze, że wyżej wspomniane ośrodki w otrzymanych przez Agencję odpowiedziach na badanie ankietowe, diametralnie różnią się sprawozdawczością w zakresie komórek organizacyjnych, które powinny być co najmniej „w dostępie”, zgodnie z założeniami dla GCU.

Świadczeniodawcy zostali zatem poproszeni o wskazanie zarówno dostępności do poszczególnych komórek organizacyjnych, jak i zadeklarowanie, jakie świadczenia oferowane są pacjentkom z nowotworami ginekologicznymi (C53, C54, C56) w ramach procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Uzyskane odpowiedzi zostały przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 112. Dodatkowe wymogi formalne dla GCU w zakresie zapewnienia co najmniej w dostępie określonych komórek organizacyjnych na podstawie wyników ankiet

Typowane jednostki medyczne do pełnienia funkcji GCU	Ośrodek zapewnia co najmniej dostęp do następujących komórek organizacyjnych:														
	Poradnia rehabilitacyjna/fizjoterapii	Pracownia endoskopii zabiegowej	Poradnia genetyczna lub genetyczno-onkologiczna	Pracownia lub zakład teleterapii	Pracownia lub zakład brachyterapii	Pracownia PET	Pracownia genetyczna/laboratorium biologii molekularnej	Poradnia psychologiczna	Poradnia leczenia bólu	Poradnia medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne	Poradnia w zakresie zachowania płodności ***	Poradnia żywieniowa	Poradnia urologiczna	Poradnia kardiologiczna	Bank krwi ***
Dolnośląskie Centrum Onkologii (DCO) we Wrocławiu	+	+	+	+	+	+	- *	+	+	+	+	+	+	-	bd
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	bd
Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	bd
Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii I Traumatologii w Łodzi	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	bd
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	bd
Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Krakowie	-	+	+	+	+	+	-	+	+	-	-	-	+	-	bd
Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	bd
Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	bd
Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	+	+ **	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+ **	+	-	bd
Wie kopolskie Centrum Onkologii (WCO) w Poznaniu	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	bd
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	bd
Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	bd
SPZOZ – Opolskie Centrum Onkologii w Opolu	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	bd

bd – brak danych; „+” – potwierdzenie zapewnienia co najmniej w dostępie danej komórki organizacyjnej; „-” – brak komórki w dostępie

*Dolnośląskie Centrum Onkologii (DCO) we Wrocławiu – posiada pracownię diagnostyki molekularnej

**Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku – brak umowy z NFZ w przypadku poradni genetycznej (realizacja w ramach programu MZ w kwestii raka piersi i raka jajnika) oraz w przypadku poradni żywieniowej

***Agencja nie wystosowała pytania o dostępności poradni w zakresie zachowania płodności (jedynie o realizację poradnictwa jako usługi w zakresie diagnostyki i leczenia C53, C54, C56), jak i banku krwi

Uwzględniając wcześniej wspomniane wymogi formalne GCU przeanalizowano również zapewnienie odpowiedniego personelu procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentek z C53, C54, C56 wśród respondentów. Wyniki w zakresie liczebności odpowiedniego personelu były silnie zróżnicowane, dlatego też

ustosunkowano się jedynie do kwestii zapewnienia odpowiednich specjalistów na terenie jednostki. Szczegółowe informacje przedstawiono w tabeli poniżej.

Należy podkreślić, że wszystkie typowane jednostki zapewniają dostępność ginekologów-onkologów, jak i onkologów klinicznych (oprócz SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii). Z kolei, żaden z ośrodków nie odniósł się do uczestnictwa w procesie diagnostyczno-terapeutycznym nad przedmiotowymi nowotworami: lekarza anestezjologa, psychologa i dietetyka. Brak danej informacji nie wskazuje jednak, że proponowane jednostki nie dysponują ww. personelem. Jak wspomniano wcześniej, odpowiedzi w odesłanych do Agencji ankietach były bardzo zróżnicowane i część respondentów odnosiła się głównie do specjalistów, bez których proces diagnostyczno-terapeutyczny u pacjentek z nowotworami ginekologicznymi w ich opinii nie byłby możliwy.

Tabela 113. Personel medyczny w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pacjentek z C53, C54, C56 wg wymogów dla GCU na podstawie danych z ankiet

Typowane jednostki medyczne do pełnienia funkcji GCU	Personel:													
	Ginekolog Onkolog	Chirurg Onkolog	Chirurg Ogólny/ Chirurg	Ginekolog Położnik	Onkolog Kliniczny	Anestezjolog	Patomorfolog/ Histopatolog	Diagnosta Laboratoryjny	Radiolog	Radioterapeuta	Pielęgniarki/Położne	Psycholog	Fizjoterapeuta/ Rehabilitant	Dietetyk
Dolnośląskie Centrum Onkologii (DCO) we Wrocławiu	+	+*	bd	+	+	bd	+	+	+	+	+	bd	+	bd
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	+	+	bd	+	+	bd	+	bd	+	bd	+	bd	bd	bd
Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu	+	+	+	+	+	bd	Bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii I Traumatologii w Łodzi	+	+*	+	bd	+	bd	Bd	bd	bd	+	bd	bd	+	bd
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie	+	bd	+	bd	+	bd	+	bd	+	bd	bd	bd	+	bd
Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Krakowie	+	bd	bd	bd	+	bd	+	bd	+	+	bd	bd	+	bd
Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie	+	+*	+	+	+	bd	+	bd	+	+	bd	bd	+	bd
Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie	+	+	+	+	+	bd	+	bd	+	+	bd	bd	+	bd
Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	+	+	+	bd	+	bd	+	bd	+	+	bd	bd	+	bd
Wiekopolskie Centrum Onkologii (WCO) w Poznaniu	+	bd	bd	bd	+	bd	+	+	+	+	bd	bd	+	bd
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie	+	+*	+	+	+	bd	+	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	+	+*	bd	+	+	bd	+	bd	+	+	+	bd	+	bd
SPZOZ – Opolskie Centrum Onkologii w Opolu	+	bd	bd	bd	bd	bd	Bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd

bd – brak danych

*Chirurg onkolog zadeklarowany tylko w przypadku C56

Wedle wymogów formalnych GCU niezbędne jest posiadanie przez jednostkę odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej. W ankietach świadczeniodawcy wymienili rodzaj sprzętu i aparatury medycznej używanych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym u pacjentek z nowotworami ginekologicznymi (C53, C54, C56) oraz zadeklarowali jakie świadczenia gwarantowane z zakresu diagnostyki i leczenia C53, C54, C56 realizowane są w ramach własnej działalności/struktury ośrodka lub na podstawie umów o podwykonawstwo. Podobnie jak w przypadku personelu medycznego, szacowanie liczby posiadanego

sprzętu/aparatury jest bardzo utrudnione (silnie zróżnicowane wyniki lub ich brak). Informacje przedstawiono w tabeli poniżej.

Wszystkie z typowanych jednostek zadeklarowały posiadanie następującego sprzętu bądź zapewnienie świadczeń gwarantowanych związanych z jego zastosowaniem w zakresie diagnostyki i leczenia C53, C54, C56: TK, USG, RTG, PET. Warto podkreślić, że aparat PET wedle wymogów GCU powinien być co najmniej w dostępie, sześciu ankietowanych zadeklarowało posiadanie aparatu PET lub zapewnienie świadczenia we własnej strukturze a u siedmiu pozostałych PET jest dostępny w ramach umów podwykonawstwa. Posiadanie aparatu RM lub zapewnienie świadczenia we własnej strukturze potwierdziło 12 typowanych jednostek, prócz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie (sprzęt dostępny w ramach umowy podwykonawstwa). Posiadanie laparoskopu zostało zadeklarowane przez 10 typowanych jednostek, histeroskopu przez sześć oraz kolposkopu przez pięciu z typowanych świadczeniodawców. Dostępność stosownego sprzętu do chemioterapii deklarowało 10 świadczeniodawców, do radioterapii – ośmiu świadczeniodawców i do brachyterapii – siedem proponowanych placówek. Należy mieć jednak na uwadze, że nie wszystkie z typowanych jednostek realizują radioterapię, brachyterapię lub chemioterapię w ramach własnej struktury organizacyjnej.

Tabela 114. Wymogi formalne GCU – zapewnienie odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną na podstawie danych z ankiet

Typowane jednostki medyczne do pełnienia funkcji GCU	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:												
	Kolposkop	Laparoskop	Histeroskop	TK	USG	RTG	EKG	Kardiomonitor	RM	PET (co najmniej dostęp)	Sprzęt do radioterapii	Sprzęt do brachyterapii	Sprzęt do chemioterapii
Dolnośląskie Centrum Onkologii (DCO) we Wrocławiu	bd	+	+	+	+	+	bd	bd	+	+	+	+	+
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	+	+	+	+	+	+	bd	bd	+	+ **	nd	nd	+
Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu	bd	+	bd	+	+	+	bd	bd	+	+ **	nd	nd	+
Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii I Traumatologii w Łodzi	bd	+	bd	+	+	+	bd	bd	+	+	+	+	+
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie	+	bd	+	+	+	+	bd	bd	+	+ **	nd	nd	nd
Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Krakowie	bd	bd	+	+	+	+	bd	bd	+	+	+	+	+
Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie	+	+	bd	+	+	+	bd	bd	+	+ **	+	+	+
Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie	bd	+	bd	+	+	+	bd	bd	+	+	+	bd	+
Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	+	+	+	+	+	+	bd	bd	+	+ **	+	+	+
Wielkopolskie Centrum Onkologii (WCO) w Poznaniu	+	+	+	+***	+	+	bd	bd	+	+	+	+	+
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie	bd	+	bd	+	+	+	bd	bd	- **	+ **	nd	nd	nd
Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	bd	+	bd *	+	+	+	bd	bd	+	+	+	+	+
SPZOZ – Opolskie Centrum Onkologii w Opolu	bd	bd	bd	+	+	+	bd	bd	+	+ **	bd	bd	bd

bd – Brak danych; nd – Nie dotyczy

*Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach – brak danych odnośnie posiadania histeroskopu, jednakże zadeklarowano posiadanie HOHLA

**Aparat dostępny w ramach umowy o podwykonawstwo

***Wielkopolskie Centrum Onkologii (WCO) w Poznaniu posiada tomograf komputerowy do planowania

9.6.3. Ocena potencjału wykonawczego jednostek na podstawie danych zgłoszonych w ramach umów zawartych z NFZ na rok 2020

Z uwagi na fakt, iż nie wszystkie ośrodki udzieliły odpowiedzi na kwestionariusz ankiety dotyczący sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych, AOTMiT z dniem 10 lipca 2020 r. wystąpiła z pismem do 16 OW NFZ z prośbą o przekazanie danych dot. personelu oraz sprzętu zgłoszonego przez wybrane jednostki do realizacji umów we wskazanych zakresach. Typowanie jednostek do analizy ich potencjału wykonawczego zostało przedstawione w rozdziale 9.6.1 niniejszego opracowania.

Zakresy świadczeń objęte ostateczną analizą (po uwzględnieniu przesłanych przez OW NFZ danych) zostały przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 115. Zakresy świadczeń uwzględnione w analizie potencjału wybranych świadczeniodawców

Kod produktu	Nazwa produktu kontraktowego
02.1210.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GENETYKI
02.1240.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII
02.1240.001.03	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII
02.1240.001.04	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII
02.1240.001.05	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII
02.1240.001.06	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII
02.1240.001.07	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII
02.1240.001.08	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII
02.1500.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
02.1500.001.03	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
02.1540.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
02.7220.072.02	BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)
02.7250.072.02	BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (RM)
03.0000.103.02	TELERADIOTERAPIA
03.0000.103.03	TELERADIOTERAPIA
03.0000.104.02	BRACHYTERAPIA
03.0000.104.03	BRACHYTERAPIA
03.0000.111.02	CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM
03.0000.111.03	CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM
03.0000.111.04	CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM
03.0000.111.05	CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM
03.0000.111.06	CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM
03.0000.111.07	CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM
03.0000.111.08	CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM
03.0000.112.02	CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM Z ZAKRESEM SKOJARZONYM
03.0000.112.03	CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM Z ZAKRESEM SKOJARZONYM
03.0000.113.02	CHEMIOTERAPIA - HOSPITALIZACJA Z ZAKRESEM SKOJARZONYM
03.0000.350.02	PROGRAM LEKOWY - LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA
03.4240.030.02	ONKOLOGIA KLINICZNA - HOSPITALIZACJA
03.4250.030.02	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA
03.4540.030.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA
11.0000.050.12	TELERADIOTERAPIA PROTONOWA
11.1210.053.02	BADANIA GENETYCZNE
11.7220.001.12	POZYTONOWA TOMOGRAFIA EMISYJNA (PET)

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT]

Celem niniejszej analizy było wytypowanie jednostek świadczących usługi z zakresu diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych o najwyższym potencjale w odniesieniu do zgłoszonego personelu i sprzętu w wybranych zakresach świadczeń oraz oszacowanie podaży w zakresie ww. usług.

Personel

Podczas analizy zasobów kadrowych należy mieć na uwadze, że dane dot. liczby personelu zgłoszonego do realizacji danego zakresu oznaczają, iż pojedyncze osoby (personel) mogą być zgłoszone do realizacji umowy w kilku zakresach i/lub u kilku świadczeniodawców – co nie odzwierciedla realnej liczby personelu medycznego, lecz potencjał (zasoby), którymi dysponuje dana jednostka. W związku z powyższym dane dot. potencjału w poszczególnych jednostkach mogą odbiegać od liczby personelu medycznego deklarowanego w ankiecie. Ponadto wytypowane zakresy świadczeń obejmują diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych (oraz innych jak np. w przypadku chirurgii), zatem zgłoszony do realizacji umowy personel odpowiedzialny jest za realizację świadczeń nie tylko u pacjentek z rakiem szyjki macicy, trzonu macicy oraz jajnika. W celu uniknięcia powielania zgłoszonego personelu dane przedstawiono w podziale na wybrane produkty kontraktowe.

Tabela 116. Personel zgłoszony do realizacji umów w wybranych zakresach świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu nowotworów ginekologicznych – analiza obejmująca umowy świadczeniodawców wytypowanych do analizy potencjału

Zawód – dziedzina specjalizacji ⁸⁴	Liczba osób
BADANIA GENETYCZNE	175
Lekarze	36
Lekarz – specjalista genetyki klinicznej	35
Lekarz – specjalista diagnostyki laboratoryjnej	1
Pielęgniarki	1
Pozostałe pielęgniarki	1
Pozostały personel	138
Diagnosta laboratoryjny	98
Technik analityki medycznej	35
Inne	3
Laborant biochemiczny	1
Laborant chemiczny	1
BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (RM)	1288
Lekarze	800
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	791
Pozostali lekarze	9
Pielęgniarki	174
Pozostałe pielęgniarki	152
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	11
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	4
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	4
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	3
Położne	1
Pozostałe położne	1
Pozostały personel	313

⁸⁴ Obejmuje również lekarzy w trakcie specjalizacji

Zawód – dziedzina specjalizacji ^{B4}	Liczba osób
Technik elektroradiolog	263
Fizyk/fizyk medyczny	32
Elektroradiolog	14
Inne	2
Inspektor ochrony radiologicznej	1
Technik analityki medycznej	1
BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)	2121
Lekarze	1196
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	1166
Pozostali lekarze	30
Pielęgniarki	331
Pozostałe pielęgniarki	299
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	14
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	10
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	8
Położne	1
Pozostałe położne	1
Pozostały personel	593
Technik elektroradiolog	552
Elektroradiolog	25
Inne	7
Fizyk/fizyk medyczny	6
Diagnosta laboratoryjny	1
Inspektor ochrony radiologicznej	1
Technik analityki medycznej	1
BRACHYTERAPIA	1543
Lekarze	564
Lekarz – specjalista radioterapii onkologicznej	358
Pozostali lekarze	108
Lekarz – specjalista onkologii klinicznej	60
Lekarz – specjalista anestezyjologii i intensywnej terapii	20
Lekarz – specjalista ginekologii onkologicznej	5
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	5
Lekarz – specjalista położnictwa i ginekologii	4
Lekarz – specjalista chirurgii onkologicznej	2
Lekarz – specjalista chirurgii ogólnej	1
Lekarz – specjalista medycyny paliatywnej	1
Pielęgniarki	470
Pozostałe pielęgniarki	387
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	59
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	13

Zawód – dziedzina specjalizacji ^{B4}	Liczba osób
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	8
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	3
Położne	30
Pozostałe położne	26
Położna – specjalista pielęgniarstwa ginekologicznego	4
Pozostały personel	479
Technik elektroradiolog	250
Fizyk/fizyk medyczny	136
Inne	23
Inspektor ochrony radiologicznej	21
Psycholodzy i psychoonkolodzy	16
Elektroradiolog	13
Ratownik medyczny	4
Technik farmaceutyczny	4
Fizjoterapeuta	3
Farmaceuta	2
Opiekun medyczny	2
Dietetyk/specjalista ds. żywienia	1
Pomoc laboratoryjna	1
Technik dentystyczny	1
Technik elektroniki medycznej	1
Terapeuta zajęciowy	1
CHEMIOTERAPIA – HOSPITALIZACJA Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	4521
Lekarze	1702
Lekarz – specjalista onkologii klinicznej	718
Pozostali lekarze	542
Lekarz – specjalista radioterapii onkologicznej	237
Lekarz – specjalista endokrynologii	72
Lekarz – specjalista ginekologii onkologicznej	54
Lekarz – specjalista położnictwa i ginekologii	27
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	23
Lekarz – specjalista chirurgii onkologicznej	13
Lekarz – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	7
Lekarz – specjalista chirurgii ogólnej	4
Lekarz – specjalista medycyny paliatywnej	3
Lekarz – specjalista diagnostyki laboratoryjnej	1
Lekarz – specjalista patomorfologii	1
Pielęgniarki	2334
Pozostałe pielęgniarki	1707
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	551
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	44

Zawód – dziedzina specjalizacji ^{B4}	Liczba osób
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	21
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	11
Położne	121
Pozostałe położne	101
Położna – specjalista pielęgniarstwa ginekologicznego	11
Położna – specjalista pielęgniarstwa położniczego	9
Pozostały personel	364
Psycholodzy i psychoonkolodzy	100
Farmaceuta	83
Technik elektroradiolog	73
Technik farmaceutyczny	35
Diagnosta laboratoryjny	22
Fizyk/fizyk medyczny	21
Inne	7
Opiekun medyczny	6
Fizjoterapeuta	4
Ratownik medyczny	3
Technik analityki medycznej	3
Inspektor ochrony radiologicznej	2
Technik fizjoterapii	2
Dietetyk/specjalista ds. żywienia	1
Terapeuta środowiskowy	1
Terapeuta zajęciowy	1
CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	4350
Lekarze	1708
Lekarz – specjalista onkologii klinicznej	757
Pozostali lekarze	578
Lekarz – specjalista radioterapii onkologicznej	155
Lekarz – specjalista endokrynologii	100
Lekarz – specjalista ginekologii onkologicznej	43
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	23
Lekarz – specjalista położnictwa i ginekologii	22
Lekarz – specjalista chirurgii onkologicznej	16
Lekarz – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	7
Lekarz – specjalista chirurgii ogólnej	4
Lekarz – specjalista medycyny paliatywnej	2
Lekarz – specjalista patomorfologii	1
Pielęgniarki	2232
Pozostałe pielęgniarki	1622
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	528
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	48

Zawód – dziedzina specjalizacji ^{B4}	Liczba osób
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	19
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	15
Położne	97
Pozostałe położne	81
Położna – specjalista pielęgniarstwa ginekologicznego	10
Położna – specjalista pielęgniarstwa położniczego	6
Pozostały personel	313
Psycholodzy i psychoonkolodzy	101
Farmaceuta	81
Technik elektroradiolog	30
Diagnosta laboratoryjny	26
Technik farmaceutyczny	22
Ratownik medyczny	15
Inne	13
Fizyk/fizyk medyczny	6
Opiekun medyczny	4
Technik analityki medycznej	4
Fizjoterapeuta	4
Technik fizjoterapii	3
Dietetyk/specjalista ds. żywienia	2
Terapeuta środowiskowy	1
Terapeuta zajęciowy	1
CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	2387
Lekarze	1470
Lekarz – specjalista onkologii klinicznej	702
Pozostali lekarze	441
Lekarz – specjalista radioterapii onkologicznej	152
Lekarz – specjalista endokrynologii	78
Lekarz – specjalista ginekologii onkologicznej	45
Lekarz – specjalista chirurgii onkologicznej	34
Lekarz – specjalista chirurgii ogólnej	5
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	5
Lekarz – specjalista anestezyjologii i intensywnej terapii	4
Lekarz – specjalista położnictwa i ginekologii	2
Lekarz – specjalista genetyki klinicznej	1
Lekarz – specjalista medycyny paliatywnej	1
Pielęgniarki	723
Pozostałe pielęgniarki	522
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	175
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	18
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	8

Zawód – dziedzina specjalizacji ^{B4}	Liczba osób
Położne	29
Pozostałe położne	26
Położna – specjalista pielęgniarstwa położniczego	3
Pozostały personel	165
Farmaceuta	61
Psycholodzy i psychoonkolodzy	42
Technik farmaceutyczny	23
Ratownik medyczny	13
Technik elektroradiolog	11
Diagnosta laboratoryjny	6
Fizyk/fizyk medyczny	4
Technik analityki medycznej	2
Dietetyk/specjalista ds. żywienia	1
Technik fizjoterapii	1
Fizjoterapeuta	1
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA – HOSPITALIZACJA	2827
Lekarze	1058
Lekarz – specjalista chirurgii onkologicznej	401
Lekarz – specjalista chirurgii ogólnej	288
Pozostali lekarze	157
Lekarz – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	94
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	46
Lekarz – specjalista onkologii klinicznej	24
Lekarz – specjalista ginekologii onkologicznej	15
Lekarz – specjalista patomorfologii	13
Lekarz – specjalista radioterapii onkologicznej	10
Lekarz – specjalista genetyki klinicznej	4
Lekarz – specjalista położnictwa i ginekologii	3
Lekarz – specjalista endokrynologii	2
Lekarz – specjalista medycyny paliatywnej	1
Pielęgniarki	1673
Pozostałe pielęgniarki	1148
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	234
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	139
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	80
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	72
Położne	19
Pozostałe położne	15
Położna – specjalista pielęgniarstwa ginekologicznego	3
Położna – specjalista pielęgniarstwa położniczego	1
Pozostały personel	77

Zawód – dziedzina specjalizacji ^{B4}	Liczba osób
Psycholodzy i psychoonkolodzy	19
Fizjoterapeuta	15
Ratownik medyczny	12
Inne	11
Technik elektroradiolog	8
Technik fizjoterapii	5
Dietetyk/specjalista ds. żywienia	3
Opiekun medyczny	3
Elektroradiolog	1
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA – HOSPITALIZACJA	1094
Lekarze	473
Lekarz – specjalista położnictwa i ginekologii	264
Lekarz – specjalista ginekologii onkologicznej	78
Lekarz – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	48
Pozostali lekarze	41
Lekarz – specjalista onkologii klinicznej	13
Lekarz – specjalista chirurgii onkologicznej	9
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	6
Lekarz – specjalista radioterapii onkologicznej	5
Lekarz – specjalista endokrynologii	3
Lekarz – specjalista chirurgii ogólnej	2
Lekarz – specjalista genetyki klinicznej	2
Lekarz – specjalista endokrynologii ginekologicznej i rozrodczej	1
Lekarz – specjalista patomorfologii	1
Pielęgniarki	107
Pozostałe pielęgniarki	74
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	14
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	12
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	4
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	3
Położne	475
Pozostałe położne	354
Położna – specjalista pielęgniarstwa ginekologicznego	72
Położna – specjalista pielęgniarstwa położniczego	49
Pozostały personel	39
Psycholodzy i psychoonkolodzy	10
Fizjoterapeuta	10
Dietetyk/specjalista ds. żywienia	6
Technik elektroradiolog	4
Inne	3
Farmaceuta	2

Zawód – dziedzina specjalizacji ^{B4}	Liczba osób
Fizyk/fizyk medyczny	2
Diagnosta laboratoryjny	1
Technik farmaceutyczny	1
ONKOLOGIA KLINICZNA – HOSPITALIZACJA	4115
Lekarze	1530
Lekarz – specjalista onkologii klinicznej	827
Lekarz – specjalista radioterapii onkologicznej	321
Pozostali lekarze	235
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	49
Lekarz – specjalista ginekologii onkologicznej	23
Lekarz – specjalista chirurgii ogólnej	22
Lekarz – specjalista chirurgii onkologicznej	22
Lekarz – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	15
Lekarz – specjalista położnictwa i ginekologii	5
Lekarz – specjalista genetyki klinicznej	4
Lekarz – specjalista medycyny paliatywnej	4
Lekarz – specjalista endokrynologii	2
Lekarz – specjalista patomorfologii	1
Pielęgniarki	2135
Pozostałe pielęgniarki	1581
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	481
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	32
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	30
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	11
Położne	61
Pozostałe położne	52
Położna – specjalista pielęgniarstwa położniczego	6
Położna – specjalista pielęgniarstwa ginekologicznego	3
Pozostały personel	389
Technik elektroradiolog	122
Psycholodzy i psychoonkolodzy	99
Fizyk/fizyk medyczny	48
Farmaceuta	36
Inne	32
Technik farmaceutyczny	26
Fizjoterapeuta	7
Inspektor ochrony radiologicznej	5
Diagnosta laboratoryjny	3
Dietetyk/specjalista ds. żywienia	2
Opiekun medyczny	2
Ratownik medyczny	2

Zawód – dziedzina specjalizacji ^{B4}	Liczba osób
Technik fizjoterapii	2
Psychoterapeuta	1
Terapeuta środowiskowy	1
Terapeuta zajęciowy	1
POZYTONOWA TOMOGRAFIA EMISYJNA (PET)	245
Lekarze	137
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	81
Pozostali lekarze	56
Pielęgniarki	36
Pozostałe pielęgniarki	32
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	3
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	1
Pozostały personel	72
Technik elektroradiolog	51
Fizyk/fizyk medyczny	15
Inne	3
Elektroradiolog	1
Farmaceuta	1
Technik analityki medycznej	1
PROGRAM LEKOWY – LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA	130
Lekarze	39
Lekarz – specjalista onkologii klinicznej	32
Lekarz – specjalista ginekologii onkologicznej	4
Pozostali lekarze	3
Pielęgniarki	68
Pozostałe pielęgniarki	40
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	25
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	2
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	1
Położne	6
Pozostałe położne	5
Położna – specjalista pielęgniarstwa położniczego	1
Pozostały personel	17
Farmaceuta	7
Inne	4
Psycholodzy i psychoonkolodzy	4
Opiekun medyczny	1
Technik farmaceutyczny	1
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	533
Lekarze	415
Lekarz – specjalista chirurgii onkologicznej	350

Zawód – dziedzina specjalizacji ^{B4}	Liczba osób
Lekarz – specjalista chirurgii ogólnej	41
Pozostali lekarze	15
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	7
Lekarz – specjalista patomorfologii	1
Lekarz – specjalista radioterapii onkologicznej	1
Pielęgniarki	118
Pozostałe pielęgniarki	81
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	21
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	14
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	2
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GENETYKI	56
Lekarze	43
Lekarz – specjalista genetyki klinicznej	41
Lekarz – specjalista onkologii klinicznej	1
Pozostali lekarze	1
Pielęgniarki	5
Pozostałe pielęgniarki	4
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	1
Położne	2
Pozostałe położne	2
Pozostały personel	6
Diagnosta laboratoryjny	6
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII	2160
Lekarze	1815
Lekarz – specjalista onkologii klinicznej	753
Lekarz – specjalista radioterapii onkologicznej	577
Lekarz – specjalista chirurgii onkologicznej	255
Lekarz – specjalista ginekologii onkologicznej	116
Pozostali lekarze	84
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	11
Lekarz – specjalista chirurgii ogólnej	9
Lekarz – specjalista położnictwa i ginekologii	8
Lekarz – specjalista chemioterapii onkologicznej	1
Lekarz – specjalista endokrynologii	1
Pielęgniarki	306
Pozostałe pielęgniarki	235
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	58
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	8
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	3
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	2
Położne	28

Zawód – dziedzina specjalizacji ^{B4}	Liczba osób
Pozostałe położne	22
Położna – specjalista pielęgniarstwa położniczego	5
Położna – specjalista pielęgniarstwa ginekologicznego	1
Pozostały personel	11
Farmaceuta	5
Psycholodzy i psychoonkolodzy	5
Dietetyk/specjalista ds. żywienia	1
TELERADIOTERAPIA	2677
Lekarze	814
Lekarz – specjalista radioterapii onkologicznej	618
Lekarz – specjalista onkologii klinicznej	89
Pozostali lekarze	82
Lekarz – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	6
Lekarz – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	6
Lekarz – specjalista położnictwa i ginekologii	4
Lekarz – specjalista ginekologii onkologicznej	3
Lekarz – specjalista chirurgii ogólnej	2
Lekarz – specjalista chirurgii onkologicznej	2
Lekarz – specjalista medycyny paliatywnej	2
Pielęgniarki	791
Pozostałe pielęgniarki	611
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	149
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	14
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	14
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	3
Położne	27
Pozostałe położne	19
Położna – specjalista pielęgniarstwa ginekologicznego	8
Pozostały personel	1045
Technik elektroradiolog	622
Fizyk/fizyk medyczny	261
Elektroradiolog	41
Inne	41
Inspektor ochrony radiologicznej	38
Psycholodzy i psychoonkolodzy	20
Technik farmaceutyczny	4
Fizjoterapeuta	3
Dietetyk/specjalista ds. żywienia	2
Farmaceuta	2
Technik analityki medycznej	2
Technik elektroniki medycznej	2

Zawód – dziedzina specjalizacji ⁸⁴	Liczba osób
Diagnosta laboratoryjny	1
Opiekun medyczny	1
Pomoc laboratoryjna	1
Ratownik medyczny	1
Technicy elektronicy i pokrewni	1
Technik dentystyczny	1
Terapeuta zajęciowy	1
TELERADIOTERAPIA PROTONOWA	18
Lekarze	8
Pozostali lekarze	7
Lekarz – specjalista radioterapii onkologicznej	1
Pielęgniarki	5
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	3
Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	1
Pozostałe pielęgniarki	1
Pozostały personel	5
Fizyk/fizyk medyczny	4
Technik elektroradiolog	1

[Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ]

W ramach analizowanych zakresów w wytypowanych jednostkach zgłoszono 30 240 osób stanowiących personel medyczny uczestniczący w udzielaniu świadczeń z zakresu diagnostyki i terapii nowotworów ginekologicznych i innych. 46% zgłoszonego personelu stanowił personel lekarski, pielęgniarki oraz położne stanowiły odpowiednio 38% i 3%. Pozostały personel obejmujący między innymi diagnostów laboratoryjnych, dietetyków i specjalistów ds. żywienia, elektroradiologów i farmaceutów stanowił 13% zgłoszonej liczby osób.

Liczba zgłoszonych do OW NFZ lekarzy specjalistów w dziedzinie ginekologii onkologicznej w wytypowanych jednostkach wynosiła 386 osób (co stanowi jedynie 3% ogólnej liczby zgłoszonych lekarzy specjalistów⁸⁵). Spośród lekarzy specjalistów w dziedzinie ginekologii onkologicznej raportowano dane na temat stopnia specjalizacji. Odsetek lekarzy w danych stopniach specjalizacji wśród lekarzy ginekologów onkologów wynosił odpowiednio: specjalista – 148 lekarzy (38%), 17 lekarzy w trakcie specjalizacji (4%) oraz 7 lekarzy z II st. specjalizacji (2%).

W ramach realizowanych zakresów zgłoszono ponadto 1104 lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii onkologicznej, 3976 specjalistów onkologii klinicznej, 2219 lekarzy specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej oraz 2435 lekarzy specjalistów radioterapii onkologicznej.

Ogólna liczba zgłoszonych do analizowanych zakresów pielęgniarek onkologicznych wynosiła 2228 (19% wszystkich zgłoszonych w analizowanych zakresach pielęgniarek). Zgłoszona liczba pielęgniarek anestezyjologicznych wynosiła 199; z kolei pielęgniarek chirurgicznych i operacyjnych – 585 osób.

Sprzęt

W odniesieniu do analizy sprzętu zastosowanie mają również uwagi przedstawione w podrozdziale dot. personelu. Prezentowane w tabeli poniżej dane obejmują liczbę zgłoszonego sprzętu w analizowanych zakresach (produktach kontraktowych). Podczas analizy danych należy mieć na uwadze, że liczba ta nie odzwierciedla rzeczywistego wyposażenia jednostki w dany sprzęt. Ponadto z uwagi na rozbieżną formę prezentacji danych przesłanych przez OW NFZ w tabeli poniżej odstępiono od prezentacji danych dot. zgłoszonego sprzętu w podziale na sprzęt: dostępny w miejscu udzielania świadczeń, w lokalizacji oraz

⁸⁵ Należy mieć na uwadze, że analizowane zakresy obejmują między innymi produkty kontraktowe z zakresu onkologii klinicznej co zwiększa liczbę ogólną lekarzy innych specjalności zgłoszonych do umów

dostępie. W analizie danych dot. zgłoszonego sprzętu nie odnotowano danych dla dwóch wytypowanych jednostek: Mazowiecki Szpital Onkologiczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (Mazowiecki OW NFZ) oraz Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu (Dolnośląski OW NFZ).

Tabela 117. Sprzęt zgłoszony do realizacji umów w wybranych zakresach świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu nowotworów ginekologicznych – analiza obejmująca umowy świadczeniodawców wytypowanych do analizy potencjału

Rodzaj sprzętu	Minimalna liczba zgłoszona	Maksymalna liczba zgłoszona	Łączna liczba zgłoszeń
Aparat USG	1	75	1092
Kardiomonitor	1	19	936
Tomograf komputerowy	1	35	780
Aparat rentgenowski	1	15	641
EKG	1	12	484
NMR (rezonans)	1	8	193
System MR	1	4	185
Gammakamera	1	4	99
Aparat do brachyterapii	1	4	78
Laparoskop	1	4	53
Kolposkop	1	4	48
PET-TK	1	4	42
Histeroskop	1	2	31
Ultrasonograf USG A+B+ 3d (Volumetria)	1	2	30
Skaner PET-TK	1	3	21
Akcelerator protonowy przyspieszający protony do energii nie mniejszej niż 200 mev wraz z systemem transportu wiązki do stanowiska napromieniania	1	1	2

[Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ]

9.6.4. Potencjalne podmioty spełniające wymagania GCU

Na podstawie danych przesłanych przez świadczeniodawców oraz OW NFZ opracowano listę potencjalnych jednostek spełniających najważniejsze wymagania określone dla GCU (dotyczące posiadania w strukturze odpowiednich oddziałów i poradni, realizacji co najmniej jednego programu lekowego oraz prowadzenia działalności w zakresie badań klinicznych – z uwagi na brak szczegółowych informacji dotyczących toczących się badań w zakresie analizowanych nowotworów, uwzględniono ogólną informację czy szpital prowadzi lub uczestniczy w badaniach klinicznych). Analiza kliniczna, rozwiązania międzynarodowe jak i Zespół ekspertów wskazał, że głównym czynnikiem prognostycznym wyników klinicznych u pacjentek z nowotworami ginekologicznymi jest prowadzenie leczenia – w szczególności operacji – przez lekarza odpowiedniej specjalizacji tj. ginekologa onkologa. Również lekarze chirurdzy wskazali, że tym typem nowotworów powinni zajmować się głównie lekarze posiadający specjalizację z ginekologii lub ginekologii onkologicznej. Tym samym głównym kryterium jest zapewnienie odpowiedniego personelu na oddziałach lub w poradniach, który będzie odpowiadał za opiekę nad pacjentką.

Na tej podstawie wytypowano 20 ośrodków, które spełniły kryteria zdefiniowane dla GCU. W przypadku pozostałych 5 ośrodków wytypowane jednostki nie spełniały wszystkich strukturalnych wymogów określonych dla Centrów Kompetencji (dotyczy województwa podkarpackiego, pomorskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego). Celem zapobieżenia ograniczonemu dostępowi do świadczeń zdrowotnych na danym terenie wyznaczono jednostki na podstawie liczby realizowanych świadczeń w zakresie ginekologii onkologicznej oraz zgłoszonego potencjału. Dla tych pięciu jednostek należy określić okres przejściowy dostosowawczy w odniesieniu do pozostałych wymogów definiowanych dla GCU.

Tabela 118. Wykaz potencjalnych podmiotów, spełniających wymagania założone dla ośrodka GCU

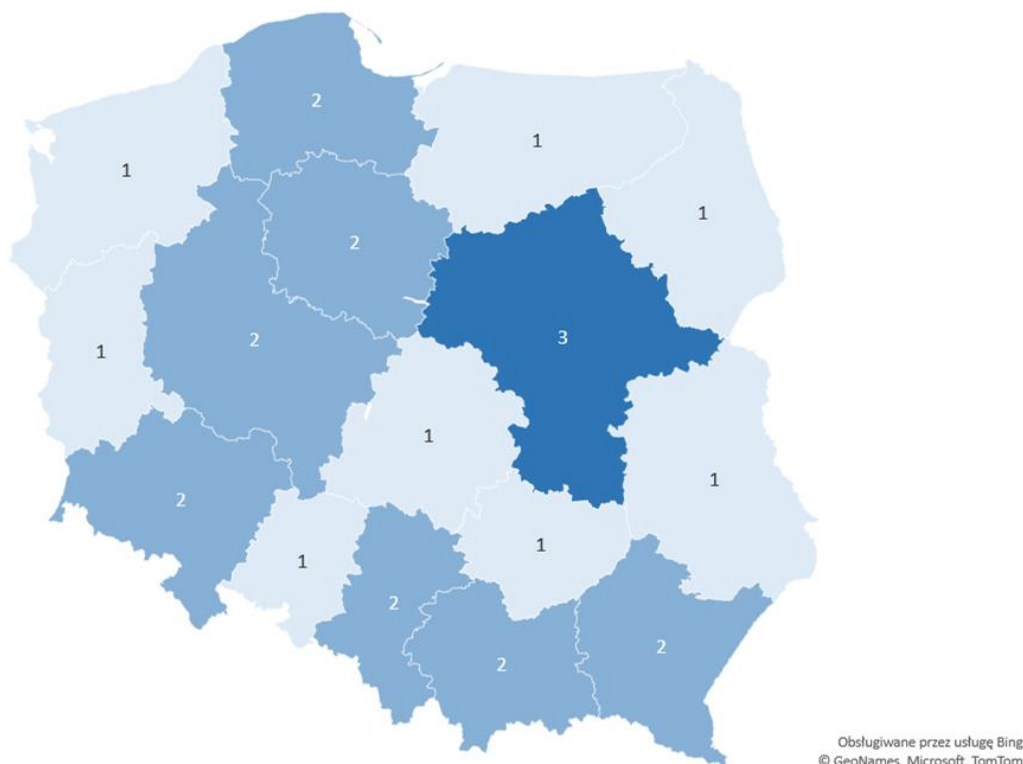
L.p.	nr OW NFZ	OW NFZ	Nazwa świadczeniodawcy	Miejscowość
1.	1	Dolnośląski OW NFZ	DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU	WROCŁAW
2.	1	Dolnośląski OW NFZ	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	WROCŁAW
3.	2	Kujawsko-Pomorski OW NFZ	CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY	BYDGOSZCZ
4.	2	Kujawsko-Pomorski OW NFZ	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU	TORUŃ
5.	3	Lubelski OW NFZ	CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ IM. ŚW. JANA Z DUKLI	LUBLIN
6.	4	Lubuski OW NFZ	SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ZIELONA GÓRA
7.	5	Łódzki OW NFZ	WOJEWÓDZKIE WIELOSPECJALISTYCZNE CENTRUM ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI	ŁÓDŹ
8.	6	Małopolski OW NFZ	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE	KRAKÓW
9.	6	Małopolski OW NFZ	NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY	KRAKÓW
10.	7	Mazowiecki OW NFZ	CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE	WARSZAWA
11.	7	Mazowiecki OW NFZ	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	WARSZAWA
12.	7	Mazowiecki OW NFZ ¹	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	WARSZAWA
13.	8	Opolski OW NFZ	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF.T. KOSZAROWSKIEGO	OPOLE
14.	9	Podkarpacki OW NFZ ²	KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 1 IM. FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE	RZESZÓW
15.	9	Podkarpacki OW NFZ	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY IM. KS. BRONISŁAWA MARKIEWICZA W BRZOSZOWIE	BRZOSZÓW
16.	10	Podlaski OW NFZ	BIĄŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE	BIĄŁYSTOK
17.	11	Pomorski OW NFZ ³	SZPITALE POMORSKIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	GDYNIA
18.	11	Pomorski OW NFZ	UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE	GDAŃSK
19.	12	Śląski OW NFZ	CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE	GLIWICE
20.	12	Śląski OW NFZ ⁴	KATOWICKIE CENTRUM ONKOLOGII	KATOWICE
21.	13	Świętokrzyski OW NFZ	ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KIELCACH	KIELCE
22.	14	Warmińsko-Mazurski OW NFZ ⁵	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE	OLSZTYN
23.	15	Wiekopolski OW NFZ	WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE	POZNAŃ
24.	15	Wiekopolski OW NFZ	SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	POZNAŃ
25.	16	Zachodniopomorski OW NFZ	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM W SZCZECINIE	SZCZECIN

¹ – nie posiada w lokalizacji poradni onkologicznej lub chemioterapii² – w ramach Kliniki Ginekologii i Położnictwa funkcjonuje onkologia ginekologiczna, nie posiada w lokalizacji poradni ginekologii onkologicznej oraz onkologicznej lub chemioterapii³ – brak w strukturze poradni ginekologiczno-onkologicznej, jednakże podmiot w ramach poradni onkologicznej udziela świadczeń z zakresu ginekologii onkologicznej poprzez współpracę z oddziałem ginekologii onkologicznej⁴ – brak w strukturze zakładu patomorfologii

⁵ – brak w strukturze oddziału onkologii lub onkologii klinicznej lub chemioterapii, jednakże na oddziale ginekologii onkologicznej wykonywana jest chemioterapia

[Źródło: opracowanie własne]

Mapa poniżej przedstawia liczbę jednostek wytypowanych w danym Oddziale Wojewódzkim NFZ.



Rysunek 18. Liczba potencjalnych jednostek GCU w poszczególnych OW NFZ.

[Źródło: Opracowanie własne]

9.7. Warunki szczegółowe realizacji świadczeń onkologicznych dla poszczególnych poziomów opieki

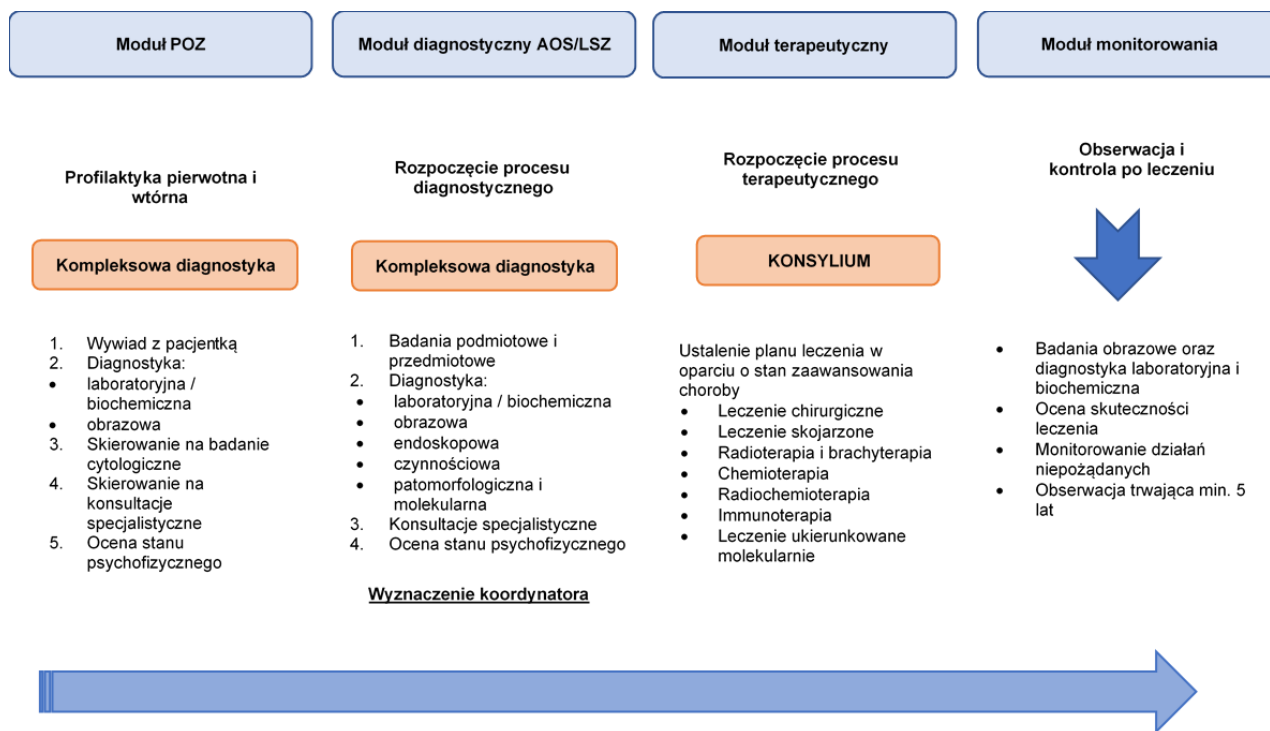
Warunki szczegółowe realizacji świadczeń opracowane zostały w toku prac zespołu analitycznego we współpracy z ekspertami dziedzinowymi w oparciu o wytyczne towarzystw naukowych oraz aktualne wykazy świadczeń gwarantowanych. Propozycja pakietów obejmuje 6 modułów świadczeń:

- Moduł diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej – obejmuje świadczenia z zakresu patomorfologii oraz medycyny molekularnej realizowane w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym.
- Moduł diagnostyczny POZ – obejmuje świadczenia z zakresu diagnostyki wstępnej realizowane w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
- Moduł diagnostyczny AOS – obejmuje świadczenia z zakresu diagnostyki wstępnej i pogłębionej realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- Moduł diagnostyczny LSZ – obejmuje świadczenia z zakresu diagnostyki pogłębionej realizowane w trybie jednodniowym lub stacjonarnym.
- Moduł terapeutyczny – obejmuje świadczenia z zakresu terapii onkologicznej, tj. procedury zabiegowe (operacyjne), terapię systemową (chemioterapię), radioterapię, brachyterapię realizowane w trybie ambulatoryjnym/jednodniowym/stacjonarnym. Obecnie w pakiecie nie znajdują się świadczenia specyficzne dla immunoterapii z uwagi na fakt, że ten rodzaj leczenia prowadzony jest aktualnie w ramach programów lekowych i regulowany jest odrębnymi przepisami prawnymi.

- Moduł monitorowania – obejmuje świadczenia z zakresu monitorowania efektów leczenia, zarówno w zakresie skuteczności jak i działań niepożądanych.

Poniżej przedstawiono model opieki kompleksowej w nowotworach ginekologicznych. Populacje docelowe, które obejmują opracowane moduły to:

- pacjentki z podejrzeniem nowotworu ginekologicznego;
- pacjentki ze zdiagnozowanym nowotworem ginekologicznym;
- pacjentki po leczeniu wymagająca monitorowania;
- pacjentki po przebytych nowotworze ginekologicznym ze wznową.



Rysunek 19. Model kompleksowej opieki w nowotworach ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56)

9.7.1. Pakiet diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej

Tabela 119. Moduł diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej w kierunku C53, C54, C56

Świadczenia z zakresu diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej	
Diagnostyka patomorfologiczna i molekularna	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
	<p>Wymogi formalne</p> <p>1) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</p> <p>1) skierowanie na wykonanie badania patomorfologicznego zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii</p> <p>Załączone badania/dokumentacja: zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii</p> <p>Pozostałe warunki: materiał do badania patomorfologicznego należy dostarczyć do zakładu patomorfologii nie później niż 24 godziny od pobrania</p>
	<p>Kryteria włączenia</p> <p>Podstawą kwalifikacji do świadczenia jest wystąpienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Z03.1 – obserwacja w kierunku podejrzanego nowotworu złośliwego; - pacjenci skierowani z poradni specjalistycznej; - pacjenci skierowani z innych oddziałów, gdzie w trakcie diagnostyki wysunięto podejrzenie choroby nowotworowej szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika;

Świadczenia z zakresu diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej		
		<ul style="list-style-type: none"> - pacjenci posiadający kartę DIL0 wystawioną przez lekarza POZ lub AOS; - pacjenci z przebyłą chorobą nowotworową szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika w przeszłości; <p>Uwaga: rozpoznanie Z03.1 stosuje się do rozpoznań wstępnych, które można wykluczyć po przeprowadzeniu badań</p>
	Kryteria wyłączenia	Nie dotyczy
	II. Zakres świadczenia	
	Wykaz procedur	<p>Świadczenia udzielane w trybie ambulatoryjnym</p> <p>Badania genetyczne: Brak kodu Klasyczne badania cytogenetyczne (techniki prążkowe – prążki GTG, CBG, Ag-NOR, QFQ, RBG i wysokiej rozdzielczości HRBT z analizą mikroskopową chromosomów) Brak kodu Cytogenetyczne badania molekularne (obejmuje analizę FISH – hybrydyzacja in situ z wykorzystaniem fluorescencji – do chromosomów metafazowych i prometafazowych oraz do jąder interfazowych z sondami molekularnymi centromerowymi, malującymi, specyficznymi, telomerowymi, Multicolor-FISH) Brak kodu Badania metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, SSCP, HD, sekwencjonowanie i inne) dobranymi w zależności od wielkości i rodzaju mutacji</p> <p>Badania materiału biologicznego: 91.447 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – badanie cytologiczne 91.891 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni</p> <p>Świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym</p> <p>91.87 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc – innego określonego narządu – badanie immunohistochemiczne Śródoperacyjne badanie histopatologiczne</p> <p>Oraz inne badania pobranego materiału biologicznego, w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w tym:</p> <p>Badania immunohistochemiczne: Badanie niestabilności mikrosatelitarnej (MSI) (dotyczy C54) Badanie markerów PTEN, PAX-2, ARID1 (dotyczy C54) Badanie mutacji genu TP53 (dotyczy C54) Badanie receptorów hormonów sterydowych (progesteronowych – C54, estrogenowych – C53, C54) Badanie markera WT-1 (dotyczy C54) Badanie białek genów naprawy błędów syntezy DNA MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 (dotyczy C54) Badanie białka p53 (dotyczy C53, C54) Badanie białka p16 (dotyczy C53, C54) Badanie antygenu rakowo-łódowego (CEA), wimentyny (dotyczy C53, C54) Badanie przeciwciał: CK7, CK20, CA125, WT1, HNF-1β, ER, PR, INH, CALRET, VIM, mucykarmin (rak jajnika)</p> <p>Badania molekularne: Badanie fuzji genów NTRK (dotyczy C53) Badanie ekspresji antygenu PD-L1 (dotyczy C53) Badanie mutacji genów MMR (dotyczy C54) Badanie niestabilności mikrosatelitarnej (MSI) (dotyczy C54) Badanie mutacji genu BRCA 1, BRCA 2 (dotyczy C56) Analiza mutacji dla FOXL2, 402C-G (dotyczy C56)</p>
	Ramy czasowe realizacji świadczenia	Badania patomorfologiczne z zastosowaniem metod immunohistochemicznych oraz oznaczeniem czynników predykcyjnych (jeśli zachodzi konieczność ich oznaczenia) wykonuje się w ciągu 14 dni od daty dostarczenia materiału (z wyjątkiem badań molekularnych, których wykonanie może trwać do 4 tygodni)

Świadczenia z zakresu diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej	
Świadczenia towarzyszące	Nie dotyczy
III. Warunki realizacji świadczenia – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich lokalizacji (w miejscu / w lokalizacji / w dostępie)	
Tryb udzielania świadczenia	Ambulatoryjny / stacjonarny
Miejsce realizacji świadczenia – wymogi formalne	W zależności od realizowanych badań: a. zakład patomorfologii posiadający licencję Polskiego Towarzystwa Patologów - co najmniej II stopień referencyjności - zgodnie z kryteriami określonymi przez PTP lub b. medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz rejestru Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka
Wyposażenie w sprzęt medyczny	– spełniające wymagania (lokalowe i wyposażenia w aparaturę medyczną dostosowaną do rodzaju wykonywanych badań) do realizacji procedur medycznych zgodnych z profilem ww. pracowni /laboratorium/ zakładu określonymi w odrębnych przepisach prawa (np. w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie wymagań/standardów organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać: medyczne laboratoria diagnostyczne, patomorfologiczne, (...))
Personel	W zależności od realizowanych badań: 1. lekarz specjalista patomorfolog lub 2. diagnosta laboratoryjny ze specjalizacją w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej w przypadku diagnostyki nabytych (somatycznych) zmian genetycznych w nowotworach.
Dodatkowe warunki	Organizacja udzielania świadczeń zgodnie z wymaganiami określonymi w: a) rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii lub b) ustawie o diagnostyce laboratoryjnej oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych 2. Realizacja czynności z zakresu patomorfologii zgodnie ze standardami określonymi przez PTP oraz konsultanta krajowego w dziedzinie patomorfologii.
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Nie dotyczy
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia	
Kryteria jakości	1. Realizacja czynności z zakresu patomorfologii zgodnie ze standardami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii, standardami raportów PTP oraz konsultanta krajowego w dziedzinie patomorfologii; 2. Diagnostyka patomorfologiczna wymaga określenia typu i podtypu raka, z wykorzystaniem w określonych sytuacjach badań IHC.
Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia	1) Odsetek pacjentek, dla których opracowano raport z badania patomorfologicznego, który zawiera wszystkie minimalne wymagane elementy.

9.7.2. Pakiet diagnostyczny POZ

Tabela 120. Moduł diagnostyki podstawowej w raku szyjki macicy, raku trzonu macicy, raku jajnika

Świadczenia lekarza POZ w zakresie podstawowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
Diagnostyka nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
	Wymogi formalne
	Wystawca skierowania: nie dotyczy
	Wymagany rodzaj i zakres skierowania: nie dotyczy
	Załączone badania/dokumentacja: nie dotyczy
	Pozostałe warunki: nie dotyczy

Świadczenia lekarza POZ w zakresie podstawowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
macicy, nowotworu złośliwego jajnika	Kryteria włączenia	Podstawą kwalifikacji do świadczenia jest wystąpienie jednego z poniższych kryteriów: – podejrzenie raka szyjki macicy – podejrzenie raka trzonu macicy – podejrzenie raka jajnika
	Kryteria wyłączenia	Nie dotyczy
	II. Zakres świadczenia	
	Wykaz procedur	Badania analityczne: Badania hematologiczne (w tym morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi; morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi) Badania biochemiczne i immunochemiczne Badania moczu Badania obrazowe: 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej 88.790 USG węzłów chłonnych 87.440 RTG klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej 88.191 RTG przeglądowe jamy brzusznej Procedury endoskopowe i badania biopsyjne: Możliwość skierowania na gastroskopię, kolonoskopię Testy czynnościowe płuc: Spirometria Możliwość realizacji Programu profilaktyki raka szyjki macicy
	Ramy czasowe realizacji świadczenia	Nie dotyczy
	Świadczenia towarzyszące	Wystawienie karty DILO
	III. Warunki realizacji świadczenia – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich lokalizacji (w miejscu / w lokalizacji / w dostępie)	
	Tryb udzielania świadczenia	Ambulatoryjny
	Miejsce realizacji świadczenia – wymogi formalne	Świadczenia są udzielane przez świadczeniodawcę, który zapewnia: 1) w dostępie: a) pracownię diagnostyki obrazowej: RTG, badania USG b) gabinet położnej POZ – w przypadku realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy
	Wyposażenie w sprzęt medyczny	– spełniająca warunki realizacji dla właściwego rodzaju komórki organizacyjnej opisane w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz w części „wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. c) medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych: badania laboratoryjne i mikrobiologiczne.
Personel	Osoby posiadające niezbędne kwalifikacje zawodowe do wykonywania poszczególnych badań.	
Dodatkowe warunki	Nie dotyczy	
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Nie dotyczy	
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia		
Kryteria jakości	Nie dotyczy	
Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa	Nie dotyczy	

Świadczenia lekarza POZ w zakresie podstawowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
	oraz skuteczności diagnostyki i leczenia

9.7.3. Pakiet diagnostyczny AOS

Tabela 121. Moduł diagnostyczny – realizacja w trybie ambulatoryjnym dla raka szyjki macicy, raka trzonu macicy, raka jajnika

Świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
Diagnostyka nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
	Wymogi formalne
	Wystawca skierowania: 1) Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego 2) Lekarz nieposiadający umowy z NFZ <i>*Skierowanie nie jest wymagane do lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii i położnictwa oraz onkologii</i>
	Wymagany rodzaj i zakres skierowania: 1) Skierowanie (<i>nie jest wymagane do lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii i położnictwa oraz onkologii</i>) lub karta DIL0 celem przeprowadzenia diagnostyki w kierunku choroby nowotworowej szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika; 2) Określenie chorób przebytych i współistniejących, informacja nt. przyjmowanych leków, innych czynników i ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie diagnostyki wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.
	Załączone badania / dokumentacja: 1) Kopia wyników badań diagnostycznych i dokumentacji dot. przeprowadzonych konsultacji, na podstawie których stwierdzono podejrzenie choroby nowotworowej szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika. 2) Kopia dokumentacji dot. dotychczasowego leczenia specjalistycznego lub szpitalnego oraz o zastosowanych metodach leczenia.
	Pozostałe warunki: 1) Ośrodek zapewnia realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 4 tygodnie od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia; 2) Świadczeniobiorcy objętemu diagnostyką wydaje się kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w przypadku pacjentów zgłoszonych na podstawie skierowania).
Kryteria włączenia	Podstawą kwalifikacji do świadczenia jest wystąpienie jednego z poniższych kryteriów: – D39 – Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze żeńskich narządów płciowych – Z03.1 – Obserwacja w kierunku podejrzanego nowotworu złośliwego – pacjenci skierowani z programu przesiewowego – pacjenci skierowani przez lekarza POZ – pacjenci skierowani z poradni specjalistycznej – pacjenci skierowani z innych oddziałów, gdzie w trakcie diagnostyki wysunięto podejrzenie choroby nowotworowej szyjki macicy/choroby nowotworowej trzonu macicy/choroby nowotworowej jajnika – pacjenci posiadający kartę DIL0 wystawioną przez lekarza POZ lub AOS – pacjenci z przebytą chorobą nowotworową szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika w przeszłości
Kryteria wyłączenia	Zakończenie etapu diagnostycznego, w wyniku, którego postawione zostało rozpoznanie inne niż nowotwór złośliwy szyjki macicy/nowotwór złośliwy trzonu macicy/nowotwór złośliwy jajnika
II. Zakres świadczenia	
Wykaz procedur	Badania analityczne, morfologia krwi i badania hematologiczne, chemia kliniczna związane z diagnostyką choroby nowotworowej i kwalifikacją do leczenia, w tym: <u>Dla C53:</u>

Świadczenia zakresie kompleksowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
	<p>I 59 Antygen raka płaskonabłonkowego (SCC)</p> <p><u>Dla C54:</u></p> <p>I41 Antygen CA 125 (CA125)</p> <p>I52 Antygen nowotworowy HE4</p> <p>I53 Antygen karcynoembrionalny (CEA)</p> <p><u>Dla C56:</u></p> <p>I41 Antygen CA 125 (CA125)</p> <p>I43 Antygen CA 15-3 (CA15-3)</p> <p>I45 Antygen CA 19-9 (CA19-9)</p> <p>I52 Antygen nowotworowy HE4</p> <p>I53 Antygen karcynoembrionalny (CEA)</p> <p>L07 α-fetoproteina (AFP)</p> <p>L47 Gonadotropina kosmówkowa (HCG)</p> <p>brak kodu Gonadotropina kosmówkowa – podjednostka beta (β-HCG)</p> <p>K33 Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)</p> <p>K99 Estradiol</p> <p>O41 Testosteron</p> <p>L68 Hormon antymillerowski (AMH)</p> <p>Badania genetyczne:</p> <p>Brak kodu Klasyczne badania cytogenetyczne</p> <p>Brak kodu Cytogenetyczne badania molekularne</p> <p>Brak kodu Badania metodami biologii molekularnej</p> <p>Brak kodu Badania biochemiczne lub enzymatyczne</p> <p>Testy czynnościowe płuc:</p> <p>89.383 Badanie spirometryczne</p> <p>Badania obrazowe:</p> <p>88.738 USG klatki piersiowej (dotyczy C56)</p> <p>88.741 USG transrektalne (dotyczy C54)</p> <p>88.752 USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego (dotyczy C56)</p> <p>88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej</p> <p>88.764 USG transwaginalne</p> <p>88.790 USG węzłów chłonnych</p> <p>88.792 USG macicy nieciążarnej i przydatków</p> <p>87.440 RTG klatki piersiowej</p> <p>88.191 RTG jamy brzusznej przeglądowe</p> <p>88.199 RTG jamy brzusznej – inne (dotyczy C56)</p> <p>87.732 Urografia z kontrastem jonowym (dotyczy C53)</p> <p>87.733 Urografia z kontrastem niejonowym (dotyczy C53)</p> <p>87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego (dotyczy C53, C56)</p> <p>87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (dotyczy C53, C56)</p> <p>87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (dotyczy C53)</p> <p>88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (dotyczy C53)</p> <p>88.305 TK – wirtualna kolonoskopia (dotyczy C56)</p> <p>88.389 Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.923 RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego (dotyczy C56)</p> <p>88.924 RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (dotyczy C56)</p> <p>88.971 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.979 Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – RM</p> <p>88.970 Spektroskopia – RM (dotyczy C53)</p> <p>87.35 Mammografia z kontrastem (dotyczy C56)</p>

Świadczenia zakresie kompleksowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
	<p>87.371 Mammografia jednej piersi (dotyczy C56) 87.372 Mammografia obu piersi (dotyczy C56)</p> <p>Badania obrazowe izotopowe:</p> <p>92.061 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych 92.062 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych 92.141 Scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów 92.142 Scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów 92.144 Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda „whole body”) z zastosowaniem fosfonianów 92.149 Scyntygrafia układu kostnego – inne 92.162 Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego (dotyczy C53) 92.169 Scyntygrafia układu limfatycznego – inne (dotyczy C53)</p> <p>Badanie materiału biologicznego:</p> <p>91.447 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – badanie cytologiczne 91.821 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy 91.831 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy wraz z identyfikacją drobnoustroju i antybiogram 91.891 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni</p> <p>Badania wirusologiczne:</p> <p>F38 Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) HPV-DNA (dotyczy C53) F90 Wirus/przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała (test potwierdzający) (dotyczy C53)</p> <p>Procedury endoskopowe i zabiegowe:</p> <p>40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych) 40.11 Biopsja układu limfatycznego (dotyczy C53, C56) 40.24 Wycięcie pachwinowego węzła chłonnego 40.291 Wycięcie torbieli limfatycznej (dotyczy C53) 40.293 Proste wycięcie węzła chłonnego 44.161 Gastroskopia diagnostyczna z testem ureazowym (dotyczy C56) 44.162 Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (dotyczy C56) 44.12 Gastroskopia przez przetokę (dotyczy C56) 44.13 Gastroskopia - inne (dotyczy C56) 45.231 Fiberokolonoskopia (dotyczy C53, C56) 45.253 Kolonoskopia z biopsją (dotyczy C53, C56) 45.239 Kolonoskopia – inne (dotyczy C53, C56) 48.23 Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem (dotyczy C53) 54.241 Zamknięta biopsja: sieci (dotyczy C54, C56) 54.29 Zabiegi diagnostyczne okolicy jamy brzusznej – inne (dotyczy C54, C56) 57.32 Cystoskopia przezcewkowa (dotyczy C53) 67.191 Kolposkopia (dotyczy C53) 67.11 Biopsja kanału szyjki macicy (dotyczy C53) 67.12 Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa) (dotyczy C53) 67.2 Konizacja szyjki macicy (dotyczy C53) 67.321 Elektrokonizacja szyjki macicy (dotyczy C53) 67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne (dotyczy C53) 68.12 Histeroskopia diagnostyczna 68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy 68.232 Histeroskopowa ablacja endometrium (dotyczy C54, C56) 69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne 69.59 Inne aspiracyjne łyżeczkowanie macicy</p>

Świadczenia zakresie kompleksowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
	<p>Inne:</p> <p>Porada specjalistyczna – genetyka Porada specjalistyczna – onkologia Porada specjalistyczna – położnictwo i ginekologia Porada specjalistyczna – chirurgia onkologiczna Porada specjalistyczna – ginekologia dla dziewcząt Porada specjalistyczna – urologia Porada specjalistyczna – chirurgia ogólna Porada specjalistyczna – kardiologia Porada specjalistyczna – diabetologia</p>
Ramy czasowe realizacji świadczenia	Zakończenie procesu diagnostycznego w terminie do 4 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.
Świadczenia towarzyszące	Wydanie karty DILO w przypadku, gdy nie została wydana na wcześniejszym etapie.
III. Warunki realizacji świadczenia – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich lokalizacji (w miejscu/w lokalizacji/w dostępie)	
Tryb udzielania świadczenia	Ambulatoryjny
Miejsce realizacji świadczenia – wymogi formalne	<p>Komórka organizacyjna w zależności od zakresu badań (odpowiednio do realizowanych badań):</p> <p>a) <u>w lokalizacji:</u></p> <p>a) poradnia ginekologiczno-położnicza lub ginekologii onkologicznej, lub chirurgii onkologicznej, lub onkologii klinicznej, b) pracownia lub zakład diagnostyki laboratoryjnej, lub c) medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych lub poradnia genetyczna lub onkologiczna poradnia genetyczna z medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, d) pracownia diagnostyki obrazowej (badania USG)</p> <p>– spełniająca warunki realizacji dla właściwego rodzaju komórki organizacyjnej (poradni/pracowni/zakładu/laboratorium diagnostycznego) opisane w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz w części „wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.</p> <p>b) <u>w dostępie:</u></p> <p>a) pracownia/zakład patomorfologii, b) pracownia mammografii, c) pracownia TK, d) pracownia RTG, e) pracownia MR, f) pracownia PET</p> <p>– spełniająca warunki realizacji dla właściwego rodzaju komórki organizacyjnej opisane w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz w części „wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.</p>
Wyposażenie w sprzęt medyczny	
Personel	<p>1) Lekarz specjalista w dziedzinie: ginekologii i położnictwa lub ginekologii onkologicznej lub chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej lub onkologii klinicznej, a) radioterapii lub radioterapii onkologicznej endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, b) genetyki klinicznej,</p> <p>2) Osoby, posiadające niezbędne kwalifikacje zawodowe do wykonywania poszczególnych badań zgodnych z profilem ww. pracowni/laboratorium (odpowiadające zakresowi badań) i poradni zgodne z wykazem kwalifikacji na poszczególnych stanowiskach pracy określonym w odrębnych przepisach prawa (np. w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie wymagań/standardów organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać: medyczne laboratoria diagnostyczne, patomorfologiczne, pracownie radiologii, pracownie radiologii zabiegowej (...)).</p>
Dodatkowe warunki	Nie dotyczy

Świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
	Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Nie dotyczy
	IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia	
	Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia	Wskaźniki ogólne (C53, C54, C56) <ol style="list-style-type: none"> 1) Odsetek pacjentek, dla których opracowano raport z badania patomorfologicznego, który zawiera wszystkie minimalne wymagane elementy. 2) Mediana czasu, który upłynie od dnia zarejestrowania pacjentki na badania diagnostyczne (obrazowe lub patomorfologiczne) do dnia uzyskania wyniku tego badania.

9.7.4. Pakiet diagnostyczny LSZ

Tabela 122. Moduł diagnostyczny – realizacja w trybie ambulatoryjnym/jednodniowym/stacjonarnym dla raka szyjki macicy, raka trzonu macicy, raka jajnika

Świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
Diagnostyka nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia	
	Wymogi formalne	Wystawca skierowania: <ol style="list-style-type: none"> 1) Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego 2) Lekarz nieposiadający umowy z NFZ
		Wymagany rodzaj i zakres skierowania: <ol style="list-style-type: none"> 1) Skierowanie lub karta DILO celem przeprowadzenia diagnostyki w kierunku choroby nowotworowej szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika; 2) Określenie chorób przebytych i współistniejących, informacja nt. przyjmowanych leków, innych czynników i ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie diagnostyki wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.
		Załączone badania / dokumentacja: <ol style="list-style-type: none"> 1) Kopia wyników badań diagnostycznych i dokumentacji dot. przeprowadzonych konsultacji, na podstawie których stwierdzono podejrzenie choroby nowotworowej szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika; 2) Kopia dokumentacji dot. dotychczasowego leczenia specjalistycznego lub szpitalnego oraz o zastosowanych metodach leczenia.
		Pozostałe warunki: <ol style="list-style-type: none"> 1) Ośrodek zapewnia realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 4 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia; 2) Świadczeniobiorcy objętemu diagnostyką wydaje się kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w przypadku pacjentów zgłoszonych na podstawie skierowania).
Kryteria włączenia	Podstawą kwalifikacji do świadczenia jest wystąpienie jednego z poniższych kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> - D39.0 – Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze żeńskich narządów płciowych - Z03.1 – Obserwacja w kierunku podejrzanego nowotworu złośliwego - pacjenci skierowani z programu przesiewowego (dotyczy C53) - pacjenci skierowani przez lekarza POZ - pacjenci skierowani z poradni specjalistycznej - pacjenci skierowani z innych oddziałów, gdzie w trakcie diagnostyki wysunięto podejrzenie choroby nowotworowej szyjki macicy - pacjenci posiadający kartę DILO wystawioną przez lekarza POZ lub AOS - pacjenci z przebytą chorobą nowotworową szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika w przeszłości 	
Kryteria wyłączenia	Zakończenie etapu diagnostycznego, w wyniku, którego postawione zostało rozpoznanie inne niż nowotwór szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika.	
II. Zakres świadczenia		
Wykaz procedur	Badania patomorfologiczne	

Świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
	<p>Badania cytofluorometryczne</p> <p>Badania cytogenetyczne</p> <p>Badania molekularne</p> <p>Badania wirusologiczne</p> <p>Badania obrazowe:</p> <p>87.35 Mammografia z kontrastem (dotyczy C56)</p> <p>87.371 Mammografia jednej piersi (dotyczy C56)</p> <p>87.372 Mammografia obu piersi (dotyczy C56)</p> <p>87.732 Urografia z kontrastem jonowym (dotyczy C53)</p> <p>87.733 Urografia z kontrastem niejonowym (dotyczy C53)</p> <p>87.76 Cystoureterografia wsteczna (dotyczy C53)</p> <p>87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>87.413 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku</p> <p>88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.02 Inna TK jamy brzusznej</p> <p>88.305 TK – wirtualna kolonoskopia (dotyczy C56)</p> <p>88.389 Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym (dotyczy C53)</p> <p>87.441 RTG płuc – inne (dotyczy C53, C56)</p> <p>88.191 RTG jamy brzusznej przeglądowe</p> <p>88.199 RTG jamy brzusznej – inne</p> <p>88.26 Zdjęcie RTG kości miednicy/ biodra – inne (dotyczy C53)</p> <p>88.738 USG klatki piersiowej</p> <p>88.749 USG przewodu pokarmowego – inne (dotyczy C56)</p> <p>88.752 USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego (dotyczy C53, C56)</p> <p>88.759 USG układu moczowego – inne (dotyczy C56)</p> <p>88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej</p> <p>88.764 USG transwaginalne</p> <p>88.769 USG brzucha – inne</p> <p>88.790 USG węzłów chłonnych</p> <p>88.791 USG wielomiejscowe (dotyczy C54, C56)</p> <p>88.792 USG macicy nieciążarnej i przydatków</p> <p>88.923 RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego (dotyczy C56)</p> <p>88.924 RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (dotyczy C56)</p> <p>88.971 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.979 Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – RM</p> <p>Badania obrazowe izotopowe:</p> <p>92.061 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych</p> <p>92.062 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych</p> <p>92.141 Scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów</p> <p>92.142 Scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów</p> <p>92.143 Scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT</p> <p>92.144 Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda „whole body”) z zastosowaniem fosfonianów</p> <p>92.149 Scyntygrafia układu kostnego – inne</p> <p>92.162 Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego (dotyczy C53)</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
	92.163	Radioizotopowa śródoperacyjna ocena położenia węzła wartowniczego
	92.169	Scyntygrafia układu limfatycznego – inne (dotyczy C53)
		Procedury endoskopowe i zabiegowe:
	00.94	Zabieg wykonany techniką endoskopową/laparoskopową (dotyczy C53)
	34.24	Biopsja opłucnej
	40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)
	40.11	Biopsja układu limfatycznego
	40.12	Wycięcie węzła wartowniczego
	40.19	Zabiegi diagnostyczne układu limfatycznego – inne
	40.22	Wycięcie węzła chłonnego z okolicy tętnicy piersiowej wewnętrznej (dotyczy C53)
	40.24	Wycięcie pachwinowego węzła chłonnego
	40.291	Wycięcie torbieli limfatycznej (dotyczy C54, C56)
	40.293	Proste wycięcie węzła chłonnego
	40.31	Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych
	40.32	Wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej
	40.51	Doszczętne wycięcie pachowych węzłów chłonnych (dotyczy C53)
	40.52	Doszczętne wycięcie przyaortalnych węzłów chłonnych
	40.53	Doszczętne wycięcie biodrowych węzłów chłonnych
	40.54	Doszczętne wycięcie węzłów chłonnych pachwinowych
	40.59	Doszczętne wycięcie węzłów chłonnych – inne
	44.11	Przezbrzuszną gastroskopia (dotyczy C56)
	44.12	Gastroskopia przez przetokę (dotyczy C56)
	44.13	Gastroskopia – inna (dotyczy C56)
	44.162	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (dotyczy C56)
	45.24	Fiberosigmoidoskopia (dotyczy C53)
	45.231	Fiberokolonoskopia (dotyczy C53, C56)
	45.239	Kolonoskopia – inne (dotyczy C53)
	45.253	Kolonoskopia z biopsją (dotyczy C53, C56)
	45.26	Otwarta biopsja jelita grubego (dotyczy C56)
	45.28	Zabiegi diagnostyczne jelita grubego – inne (dotyczy C56)
	48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem (dotyczy C53)
	54.11	Laparotomia zwiadowcza (dotyczy C54, C56)
	54.19	Laparotomia – inna (dotyczy C54)
	54.21	Laparoskopia
	54.22	Przezskórna igłowa biopsja narządów jamy brzusznej
	54.232	Biopsja sieci (dotyczy C54, C56)
	54.233	Biopsja wszczepu otrzewnowego (dotyczy C56)
	54.241	Zamknięta biopsja: sieci (dotyczy C54, C56)
	54.242	Zamknięta biopsja: wszczepu do otrzewnej (dotyczy C56)
	54.243	Zamknięta biopsja: otrzewnej (dotyczy C54, C56)
	54.25	Płukanie otrzewnej (dotyczy C56)
	54.29	Zabiegi diagnostyczne okolicy jamy brzusznej – inne
	54.4	Wycięcie/zniszczenie tkanek otrzewnowej (dotyczy C54)
	54.999	Zabiegi w zakresie jamy brzusznej – nieokreślone inaczej (dotyczy C53)
	57.31	Cystoskopia przez przetokę pęcherzową (dotyczy C53)
	57.32	Cystoskopia przezcewkowa (dotyczy C53)
	57.331	Uretrocystoskopia cystoskopem sztywnym z biopsją (dotyczy C53)
	57.332	Uretrocystoskopia cystoskopem giętkim z biopsją (dotyczy C53)
	57.36	Cystoskopia przez przetokę nadłonową wytworzoną wcześniej (dotyczy C53)
	58.231	Uretroskopia uretro- albo cystoskopem sztywnym i biopsja cewki (dotyczy C53)
	58.232	Uretroskopia uretrocystoskopem giętkim i biopsja cewki (dotyczy C53)
	65.11	Biopsja aspiracyjna jajnika (dotyczy C56)
	65.12	Biopsja jajnika – inna (dotyczy C56)
	65.13	Laparoskopowa biopsja jajnika (dotyczy C56)
	65.14	Inne laparoskopowe procedury diagnostyczne na jajnikach (dotyczy C56)

Świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
	<p>65.25 Inne laparoskopowe wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika (dotyczy C54)</p> <p>65.293 Częściowe wycięcie jajnika (dotyczy C54)</p> <p>65.91 Aspiracja płynu z jajnika (dotyczy C56)</p> <p>66.11 Biopsja jajowodu (dotyczy C56)</p> <p>66.61 Wycięcie lub zniszczenie zmiany jajowodu (dotyczy C54)</p> <p>66.69 Częściowe wycięcie jajowodu – inne (dotyczy C54)</p> <p>67.11 Biopsja kanału szyjki macicy (dotyczy C53)</p> <p>67.12 Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa) (dotyczy C53)</p> <p>67.2 Konizacja szyjki macicy (dotyczy C53)</p> <p>67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne (dotyczy C53)</p> <p>68.12 Histeroskopia diagnostyczna</p> <p>68.151 Endoskopowa (laparoskopowa) biopsja przydatków macicy z wyjątkiem jajników i jajowodów</p> <p>68.159 Endoskopowa (laparoskopowa) biopsja przydatków macicy – inne</p> <p>68.161 Endoskopowa (laparoskopowa) (histeroskopowa) biopsja macicy</p> <p>68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłożeczkowanie ścian jamy macicy</p> <p>68.232 Histeroskopowa ablacja endometrium</p> <p>68.233 Histeroskopowe zniszczenie zmiany chorobowej w macicy (dotyczy C53)</p> <p>68.234 Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy (dotyczy C53)</p> <p>69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłożeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne</p> <p>69.1 Wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki w zakresie macicy i struktur ją podtrzymujących (dotyczy C53)</p> <p>69.59 Inne aspiracyjne wyłożeczkowanie macicy</p> <p>Badania materiału biologicznego:</p> <p>91.431 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – rozmaz bakterii (dotyczy C54)</p> <p>91.432 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – posiew (dotyczy C54)</p> <p>91.433 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – posiew i antybiogram (dotyczy C54)</p> <p>91.436 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou (dotyczy C54)</p> <p>91.439 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – inne badania mikroskopowe (dotyczy C54)</p> <p>91.441 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – rozmaz bakterii (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.442 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – posiew (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.443 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – posiew i antybiogram (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.446 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.449 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – inne badania mikroskopowe (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.451 Badanie mikroskopowe materiału z macicy – rozmaz bakterii (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.452 Badanie mikroskopowe materiału z macicy – posiew (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.453 Badanie mikroskopowe materiału z macicy – posiew i antybiogram (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.456 Badanie mikroskopowe materiału z macicy – badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.459 Badanie mikroskopowe materiału z macicy – inne badania mikroskopowe (dotyczy C53, C54)</p> <p>Inne:</p> <p>89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta</p> <p>89.04 Opieka pielęgniarki lub położnej</p>
Ramy czasowe realizacji świadczenia	Zakończenie procesu diagnostycznego w terminie do 4 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
Świadczenia towarzyszące	Nie dotyczy
III. Warunki realizacji świadczenia – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich lokalizacji (w miejscu/w lokalizacji/w dostępie)	
Tryb udzielania świadczenia	Ambulatoryjny/stacjonarny
Miejsce realizacji świadczenia – wymogi formalne	Komórka organizacyjna w zależności od zakresu badań (odpowiednio do realizowanych badań): 1) <u>w lokalizacji:</u> a) oddział szpitalny o profilu: położnictwo i ginekologia lub chirurgia onkologiczna lub chirurgia ogólna lub choroby wewnętrzne lub ginekologia onkologiczna lub onkologia kliniczna, b) pracownia lub zakład diagnostyki laboratoryjnej, c) pracownia endoskopii zabiegowej, d) pracownia diagnostyki obrazowej (badania USG). 2) <u>w dostępie:</u> a) poradnia genetyczna z medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych lub medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, b) zakład patomorfologii z możliwością wykonania badań doraźnych śródoperacyjnych oraz zalecanych badań immunohistochemicznych i molekularnych koniecznych do ustalenia rozpoznania i ustalenia leczenia lub, c) pracownia diagnostyki obrazowej (TK, RTG) lub, d) pracownia PET, MR, – spełniająca wymagania (lokalowe i wyposażenia w aparaturę medyczną dostosowaną do rodzaju wykonywanych badań) do realizacji procedur medycznych zgodnych z profilem ww. pracowni /laboratorium i poradni określonymi w odrębnych przepisach prawa (np. w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie wymagań/standardów organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać: medyczne laboratoria diagnostyczne, patomorfologiczne, pracownie radiologii, pracownie radiologii zabiegowej (...))
Wyposażenie w sprzęt medyczny	
Personel	1) Lekarz specjalista w dziedzinie: a) ginekologii i położnictwa lub chirurgii onkologicznej lub ginekologii onkologicznej lub onkologii klinicznej lub chirurgii lub chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych lub gastroenterologii, b) radioterapii lub radioterapii onkologicznej; c) radiologii i diagnostyki obrazowej lub radiodiagnostyki, d) genetyki klinicznej, e) endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, 2) Osoby, posiadające niezbędne kwalifikacje zawodowe do wykonywania poszczególnych badań zgodnych z profilem ww. pracowni/laboratorium (odpowiadające zakresowi badań), zgodne z wykazem kwalifikacji na poszczególnych stanowiskach pracy określonym w odrębnych przepisach prawa (np. w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie wymagań/standardów organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać: medyczne laboratoria diagnostyczne, patomorfologiczne, pracownie radiologii, pracownie radiologii zabiegowej (...)).
Dodatkowe warunki	Nie dotyczy
Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Nie dotyczy
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia	
Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia	Wskaźniki ogólne (C53, C54, C56) 1) Mediana czasu, który upłynął od dnia zarejestrowania pacjentki na badania diagnostyczne (obrazowe lub patomorfologiczne) do dnia uzyskania wyniku tego badania. 2) Odsetek pacjentek, dla których opracowano raport z badania patomorfologicznego, który zawiera wszystkie minimalne wymagane elementy. Wskaźniki dla nowotworu złośliwego szyjki macicy (C53)

Świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
		3) Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy, u których wykonano rezonans magnetyczny miednicy przed definitywnym leczeniem. Wskaźniki dla nowotworu złośliwego trzonu macicy (C54) 1) Odsetek pacjentek z nowotworem trzonu macicy, u których wykonano badania obrazowe zgodnie z zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego przed rozpoczęciem ostatecznego leczenia. Wskaźniki dla nowotworu złośliwego jajnika (C56) 1) Odsetek pacjentek z podejrzeniem nowotworu złośliwego jajnika, u których wykonano laparoskopię zwiadowczą. 2) Wskaźnik 3-letniego przeżycia pacjentek z rakiem jajnika od postawienia diagnozy w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu

9.7.5. Pakiet terapeutyczny

Tabela 123. Moduł terapeutyczny – rak szyjki macicy, rak trzonu macicy, rak jajnika

Świadczenia w zakresie kompleksowego leczenia nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
Leczenie nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia	
	Wymogi formalne	Wystawca skierowania - karta DiLO: 1) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego 2) lekarz nieposiadający umowy z NFZ
		Wymagany rodzaj i zakres skierowania: 1) skierowanie lub karta DiLO celem objęcia kompleksowym leczeniem choroby nowotworowej szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika. 2) określenie chorób przebytych i współistniejących, informacja nt. przyjmowanych leków, innych czynników oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie diagnostyki wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.
		Załączone badania/dokumentacja: 1) kopia wyników badań, na podstawie których postawione zostało rozpoznanie raka szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika. 2) istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanych metodach leczenia.
		Pozostałe warunki: świadczeniobiorcy objętemu leczeniem wydaje się kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
Kryteria włączenia	Pacjenci z rozpoznaniem wg. ICD-10: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy C53.0 Nowotwór złośliwy (błona śluzowa szyjki macicy) C53.1 Nowotwór złośliwy (błona zewnętrzna szyjki macicy) C53.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granicę szyjki macicy) C53.9 Nowotwór złośliwy (szyjka macicy, nieokreślona) C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy C54.0 Nowotwór złośliwy (cieśń macicy) C54.1 Nowotwór złośliwy (błona śluzowa macicy) C54.2 Nowotwór złośliwy (mięśniówka macicy) C54.3 Nowotwór złośliwy (dno macicy) C54.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granicę trzonu macicy) C54.9 Nowotwór złośliwy (trzon macicy, nieokreślone) C56 Nowotwór złośliwy jajnika C57.8 Zmiana przekraczająca granicę jednego umiejscowienia w obrębie żeńskich narządów płciowych (Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych, których punkt wyjścia nie może być sklasyfikowany w kategoriach C51-C57.7, C58)	
Kryteria wyłączenia	Nie dotyczy	
II. Zakres świadczenia		
Wykaz procedur	Etapy udzielania świadczeń Etap I:	

Świadczenia w zakresie kompleksowego leczenia nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
		<ol style="list-style-type: none"> 1) Ocena kliniczna i kwalifikacja do leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny wraz z określeniem indywidualnego planu leczenia onkologicznego pacjenta. 2) Uzupelnienie diagnostyki (jeśli istnieje taka konieczność). 3) Konsultacje z lekarzami specjalistami z właściwych dziedzin medycyny biorących udział w procesie terapeutycznym nowotworu szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika, jeśli mają wpływ na planowanie lub przebieg leczenia. <p>Etap II:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Opieka lekarska i pielęgniarska, w tym koordynacja procesu terapeutycznego. 2) Postępowanie terapeutyczne zgodne z klinicznym stanem i indywidualnym planem leczenia. <p>Wykaz procedur według ICD-9</p> <p>Leczenie zabiegowe:</p> <p>00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową/laparoskopową (dotyczy C53)</p> <p>34.81 Wycięcie zmiany lub tkanki przepony (dotyczy C56)</p> <p>34.89 Operacje przepony – inne (dotyczy C56)</p> <p>40.12 Wycięcie węzła wartowniczego</p> <p>40.22 Wycięcie węzła chłonnego z okolicy tętnicy piersiowej wewnętrznej (dotyczy C53)</p> <p>40.24 Wycięcie pachwinowego węzła chłonnego</p> <p>40.291 Wycięcie torbieli limfatycznej (dotyczy C54, C56)</p> <p>40.293 Proste wycięcie węzła chłonnego</p> <p>40.31 Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych</p> <p>40.32 Wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej</p> <p>40.51 Doszczętne wycięcie pachowych węzłów chłonnych (dotyczy C53)</p> <p>40.52 Doszczętne wycięcie przyaortalnych węzłów chłonnych</p> <p>40.53 Doszczętne wycięcie biodrowych węzłów chłonnych</p> <p>40.54 Doszczętne wycięcie węzłów chłonnych pachwinowych</p> <p>40.59 Doszczętne wycięcie węzłów chłonnych – inne</p> <p>41.04 Autologiczny przeszczep komórek krwiotwórczych bez oczyszczania szpiku (dotyczy C56)</p> <p>41.07 Autologiczny przeszczep komórek krwiotwórczych z oczyszczaniem szpiku (dotyczy C56)</p> <p>41.09 Autologiczny przeszczep szpiku kostnego z oczyszczaniem szpiku (dotyczy C56)</p> <p>41.42 Wycięcie zmiany/ tkanki śledziony (dotyczy C56)</p> <p>41.43 Częściowe usunięcie śledziony (dotyczy C56)</p> <p>41.5 Całkowita splenektomia (dotyczy C56)</p> <p>41.99 Operacje śledziony – inne (dotyczy C56)</p> <p>45.621 Resekcja dwunastnicy (dotyczy C56)</p> <p>45.622 Resekcja jelita czczego (dotyczy C56)</p> <p>45.623 Resekcja jelita krętego (dotyczy C56)</p> <p>45.629 Częściowa resekcja jelita cienkiego – inna (dotyczy C56)</p> <p>45.63 Całkowite usunięcie jelita cienkiego (dotyczy C56)</p> <p>45.711 Mnogie resekcje segmentalne urazowo zmienionego jelita grubego (dotyczy C56)</p> <p>45.719 Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego – inne (dotyczy C56)</p> <p>45.721 Wycięcie kątnicy i końcowego odcinka jelita krętego (dotyczy C56)</p> <p>45.729 Wycięcie kątnicy – inne (dotyczy C56)</p> <p>45.732 Prawostronna radykalna kolektomia (dotyczy C56)</p> <p>45.733 Hemikolektomia prawostronna (dotyczy C56)</p> <p>45.75 Hemikolektomia lewostronna (dotyczy C56)</p> <p>45.76 Sigmoidektomia (dotyczy C56)</p> <p>45.791 Enterokolektomia – inna (dotyczy C56)</p> <p>45.799 Częściowe wycięcie jelita grubego – inne (dotyczy C56)</p> <p>47.01 Appendektomia laparoskopowo (dotyczy C54, C56)</p> <p>47.09 Inna appendektomia (dotyczy C54, C56)</p> <p>54.01 Drenaż ściany jamy brzusznej</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowego leczenia nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
	54.19 Laparotomia – inna (dotyczy C54, C56)
	54.21 Laparoscopia
	54.4 Wycięcie/zniszczenie tkanek otrzewnowej (dotyczy C54, C56)
	54.514 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej miednicy metodą otwartą (dotyczy C54)
	54.515 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej metodą otwartą (dotyczy C54)
	54.517 Uwolnienie zrostów otrzewnowych macicy metodą otwartą (dotyczy C54)
	54.524 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej miednicy – laparoskopowo (dotyczy C54)
	54.525 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej – laparoskopowo (dotyczy C54)
	54.527 Uwolnienie zrostów otrzewnowych macicy – laparoskopowo (dotyczy C54)
	54.59 Inne usunięcie zrostów otrzewnowych (dotyczy C54)
	54.91 Przeszkórny drenaż jamy brzusznej
	54.971 Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC)
	54.999 Zabiegi w zakresie jamy brzusznej – nieokreślone inaczej (dotyczy C53)
	56.742 Przeszczepienie moczowodu do pęcherza (ureterocystoneostomia) (dotyczy C56)
	57.713 Usunięcie pęcherza, cewki moczowej i tkanki tłuszczowej u kobiety (dotyczy C56)
	57.730 Wycięcie pęcherza radykalne wraz z całą cewką moczową, macicą, przydatkami i przednią ścianą pochwy z wytworzeniem przetok moczowodowo-skórnych (dotyczy C56)
	57.745 Wycięcie pęcherza radykalne laparoskopowo z wytworzeniem przetok moczowodowo-skórnych metodą otwartą (dotyczy C56)
	65.22 Klinowa resekcja jajnika (dotyczy C56)
	65.24 Laparoskopowa klinowa resekcja jajnika (dotyczy C54, C56)
	65.25 Inne laparoskopowe wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika (dotyczy C54, C56)
	65.26 Wyluszczenie guza jajnika jednostronne/ obustronne (dotyczy C56)
	65.292 Kauteryzacja jajnika (dotyczy C56)
	65.293 Częściowe wycięcie jajnika (dotyczy C54, C56)
	65.31 Jednostronne usunięcie jajnika laparoskopowo (dotyczy C54, C56)
	65.39 Jednostronne usunięcie jajnika – inne (dotyczy C54, C56)
	65.41 Jednostronne usunięcie jajnika i jajowodu laparoskopowo (dotyczy C54, C56)
	65.49 Jednostronne usunięcie jajnika i jajowodu – inne (dotyczy C54, C56)
	65.519 Równoczesne usunięcie obu jajników – inne (dotyczy C54, C56)
	65.52 Wycięcie pozostałego/jedynego jajnika (dotyczy C54, C56)
	65.53 Laparoskopowe usunięcie obu jajników w trakcie jednego zabiegu (dotyczy C54, C56)
	65.54 Laparoskopowe usunięcie pozostałego jajnika (dotyczy C54, C56)
	65.61 Równoczesne usunięcie obu jajników i jajowodów (dotyczy C54, C56)
	65.62 Laparoskopowe usunięcie obu jajników i jajowodów w trakcie jednego zabiegu (dotyczy C54, C56)
	65.63 Laparoskopowe usunięcie pozostałego jajnika i jajowodu (dotyczy C54, C56)
	65.69 Usunięcie pozostałego jajnika i jajowodu – inne (dotyczy C54, C56)
	66.4 Całkowite jednostronne wycięcie jajowodu (dotyczy C54, C56)
	66.51 Wycięcie obu jajowodów w czasie tej samej operacji (dotyczy C54, C56)
	66.521 Wycięcie pozostałego jajowodu (dotyczy C54, C56)
	66.61 Wycięcie lub zniszczenie zmiany jajowodu (dotyczy C54, C56)
	66.62 Wycięcie jajowodu z ciążą jajowodową (dotyczy C54, C56)
	66.69 Częściowe wycięcie jajowodu – inne (dotyczy C54, C56)
	67.2 Konizacja szyjki macicy (dotyczy C53)
	67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne (dotyczy C53)
	67.621 Zamknięcie przetoki szyjkowo-esiczej (dotyczy C53)
	68.12 Histeroscopia diagnostyczna (dotyczy C54)
	68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy
	68.232 Histeroskopowa ablacja endometrium

Świadczenia w zakresie kompleksowego leczenia nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
	68.233 Histeroskopowe zniszczenie zmiany chorobowej w macicy
	68.234 Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy
	68.24 Histerolaparoscopia lecznicza
	68.291 Usunięcie mięśniaka macicy (dotyczy C53)
	68.311 Klasyczne śródpowięziowe usunięcie macicy [CISH]
	68.312 Nadszyjkowe usunięcie macicy w asyście laparoskopowej [LASH]
	68.391 Nadszyjkowe wycięcie macicy
	68.41 Proste wycięcie macicy
	68.42 Poszerzone wycięcie macicy
	68.51 Wycięcie macicy drogą pochwową w asyście laparoskopowej (LAVH)
	68.59 Inne wycięcie macicy drogą pochwową
	68.61 Zmodyfikowane radykalne wycięcie macicy
	68.62 Operacja Wertheima
	68.71 Laparoskopowe radykalne wycięcie macicy drogą pochwową [LRVH]
	68.76 Histerokolpektomia (dotyczy C54, C56)
	68.77 Operacja Schauta
	68.8 Wytrzewienie miednicy małej
	69.01 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłożeczkowanie ścian jamy macicy w celu zakończenia ciąży (dotyczy C53)
	69.02 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłożeczkowanie ścian jamy macicy po porodzie lub poronieniu (dotyczy C53)
	69.04 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłożeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze
	69.1 Wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki w zakresie macicy i struktur ją podtrzymujących (dotyczy C53)
	69.42 Zamknięcie przetoki macicy (dotyczy C53)
	69.499 Zabieg naprawczy macicy – inny (dotyczy C53)
	69.59 Inne aspiracyjne łożeczkowanie macicy
	Leczenie radioterapią i brachyterapią:
	92.222 Teleradioterapia radykalna 2D – promieniowanie X
	92.223 Teleradioterapia paliatywna – promieniowanie X
	92.232 Teleradioterapia radykalna 2D z zastosowaniem ⁶⁰ Co – promieniowanie gamma
	92.233 Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem ⁶⁰ Co – promieniowanie gamma
	92.240 Teleradioterapia radykalna 2D – fotony
	92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – fotony
	92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) – fotony
	92.243 Teleradioterapia całego ciała (TBI) – fotony
	92.244 Teleradioterapia połowy ciała (HBI) – fotony
	92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) – fotony
	92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – fotony
	92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – fotony
	92.250 Teleradioterapia radykalna 2D – elektrony
	92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – elektrony
	92.252 Teleradioterapia 3D konformalna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) – elektrony
	92.253 Teleradioterapia całego ciała (TBI) – elektrony
	92.254 Teleradioterapia połowy ciała (HBI) – elektrony
	92.256 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – elektrony
	92.257 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – elektrony
	92.261 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna z modulacją intensywności dawki (3D-SIMRT) – fotony
	92.263 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna konformalna (3D-SCRT) – fotony
	92.27 Teleradioterapia stereotaktyczna promieniami gamma z wielu m kroźródła
	92.281 Teleradioterapia wiązką neutronów
	92.288 Teleradioterapia hadronowa wiązką protonów
	92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne – fotony

Świadczenia w zakresie kompleksowego leczenia nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
		<p>92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) – fotony</p> <p>92.31 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-ft)</p> <p>92.312 Obrazowo monitorowana stereotaktyczna i cybernetyczna m kroradioterapia (OMSCMRT)</p> <p>92.32 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x)</p> <p>92.412 Brachyterapia śródkankowa- planowanie standardowe</p> <p>92.413 Brachyterapia śródkankowa - planowanie 3D</p> <p>92.414 Brachyterapia śródkankowa - planowanie 3D pod kontrolą obrazowania</p> <p>92.421 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa - planowanie standardowe</p> <p>92.422 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa planowanie 3D</p> <p>92.423 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa - planowanie 3D pod kontrolą obrazowania</p> <p>92.431 Brachyterapia wewnątrzjamowa - planowanie standardowe</p> <p>92.432 Brachyterapia wewnątrzjamowa - planowanie 3D</p> <p>92.433 Brachyterapia wewnątrzjamowa - planowanie 3D pod kontrolą obrazowania</p> <p>92.451 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie standardowe</p> <p>92.452 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie 3D</p> <p>92.46 Brachyterapia śródoperacyjna</p> <p>92.533 Leczenie radioizotopowe innych schorzeń onkologicznych z zastosowaniem 131I -MIBG (dotyczy C53)</p> <p>92.591 Podanie radiofarmaceutyku dojamowo</p> <p>92.593 Wstrzyknięcie radiofarmaceutyku dotętniczo</p> <p>Leczenie skojarzone:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zastosowanie u pacjenta jednoczesowej chemioterapii i radioterapii (RCHT) <p>Leczenie systemowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leczenie systemowe w skojarzeniu z zabiegiem chirurgicznym - przed lub po zabiegu operacyjnym w zależności od indywidualnej sytuacji klinicznej - Leczenie w ramach programów lekowych zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - Leczenie systemowe w skojarzeniu z radioterapią – przed lub po zabiegu operacyjnym w zależności od indywidualnej sytuacji klinicznej <p>Inne:</p> <p>O34.1 Opieka położnicza z powodu guza trzonu macicy (dotyczy C54)</p> <p>89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta</p> <p>89.04 Opieka pielęgniarki lub położnej</p> <p>93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna</p> <p>99.25 Wstrzyknięcie lub wlew chemioterapeutyku przeciwnowotworowego</p> <p>99.2909 Wlew dożylny innej substancji leczniczej</p> <p>Brak kodu Podanie substancji czynnych stosowanych w chemioterapii</p> <p>Brak kodu Podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym</p>
	Ramy czasowe realizacji świadczenia	<p>1) w przypadkach, w których postawienie rozpoznania onkologicznego jest możliwe wyłącznie w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego – przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno-leczniczego oraz ustalenie planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, w okresie nie dłuższym niż 28 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.</p> <p>2) w pozostałych przypadkach – ustalenie planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny i podjęcie leczenia w okresie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.</p>
	Świadczenia towarzyszące	<p>1) Świadczenia w zakresie psychoonkologii.</p> <p>2) Świadczenia w zakresie rehabilitacji psychofizycznej.</p> <p>3) Świadczenia w zakresie poradnictwa dietetycznego.</p> <p>4) Świadczenia w zakresie zachowania płodności.</p> <p>5) Świadczenia w zakresie opieki paliatywnej.</p> <p>6) Świadczenia w zakresie leczenia bólu.</p>

Świadczenia w zakresie kompleksowego leczenia nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
		7) Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w chemioterapii i radioterapii onkologicznej powinien zapewnić, w przypadkach określonych w art. 33b ust. 2 ustawy, zakwaterowanie albo zakwaterowanie i transport świadczeniobiorcy z miejsca tego zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń.
III. Warunki realizacji świadczenia – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich lokalizacji (w miejscu/w lokalizacji/w dostępie)		
Tryb udzielania świadczenia	Ambulatoryjny/jednodniowy/stacjonarny	
Miejsce realizacji świadczenia – wymogi formalne	<p>Świadczenia są udzielane przez świadczeniodawcę, który zapewnia:</p> <p>1) <u>w lokalizacji:</u></p> <p>a) oddział szpitalny o profilu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • położnictwo i ginekologia lub chirurgia onkologiczna lub ginekologia onkologiczna lub onkologia kliniczna/chemioterapia <p>b) blok operacyjny (całodobowy dostęp),</p> <p>c) oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub stanowisko intensywnej terapii,</p> <p>d) poradnia ginekologii onkologicznej lub poradnia chirurgii onkologicznej,</p> <p>e) poradnia chemioterapii lub poradnia onkologii klinicznej,</p> <p>f) pracownia lub zakład diagnostyki laboratoryjnej (ocena markerów nowotworowych),</p> <p>g) pracownia diagnostyki obrazowej (badania USG, TK, RTG),</p> <p>h) pracownia endoskopii zabiegowej,</p> <p>– spełniająca warunki realizacji dla właściwego rodzaju komórki organizacyjnej (oddziału szpitalnego /bloku / pracowni zabiegowej opisane w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz w części „wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.</p> <p>2) <u>w dostępie:</u></p> <p>a) pracownia lub zakład teleradioterapii / brachyterapii,</p> <p>b) pracownia histopatologii lub zakład patomorfologii,</p> <p>c) pracownia PET, MRI,</p> <p>d) pracownia genetyczna (wykonująca badania molekularne i genetyczne),</p> <p>e) poradnia psychologiczna / psychoonkologii,</p> <p>f) poradnia leczenia bólu,</p> <p>g) poradnia rehabilitacyjna / pracownia fizjoterapii,</p> <p>h) oddział / poradnia medycyny paliatywnej,</p> <p>i) poradnia żywieniowa,</p> <p>– spełniająca warunki realizacji dla właściwego rodzaju komórki organizacyjnej (oddziału szpitalnego /bloku / pracowni zabiegowej opisane w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz w części „wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.</p> <p>W przypadku leczenia w ramach programu zdrowotnego (lekowego) – realizacja zgodna z warunkami określonymi dla właściwego programu lekowego w obwieszczeniu Ministra Zdrowia.</p> <p>Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w chemioterapii i radioterapii onkologicznej powinien zapewnić, w przypadkach określonych w art. 33b ust. 2 ustawy, zakwaterowanie a bo zakwaterowanie i transport świadczeniobiorcy z miejsca tego zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń.</p>	
Wyposażenie w sprzęt medyczny		
Personel	<p>Do realizacji zabiegu:</p> <p>1) Lekarze specjaliści w dziedzinie:</p> <p>a) ginekologii i położnictwa (przy asyście chirurga, ginekologa onkologa), lub ginekologii onkologicznej, lub chirurgii onkologicznej,</p> <p>b) anestezjologii i intensywnej terapii,</p> <p>2) Pielęgniarki:</p> <p>a) posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, lub posiadające co najmniej dwuletnie udokumentowane doświadczenie w instrumentowaniu do zabiegów;</p>	

Świadczenia w zakresie kompleksowego leczenia nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
		<p>b) posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub po kursie po kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.</p> <p>Do realizacji leczenia systemowego lub uzupełniającego (chemioterapia, radioterapia):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lekarze specjaliści w dziedzinie: <ol style="list-style-type: none"> a) ginekologii lub ginekologii onkologicznej b) onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów – w przypadku leczenia chemioterapią, c) radioterapii lub radioterapii onkologicznej – w przypadku leczenia radioterapią, d) medycyny paliatywnej, e) endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości. 2) Pielęgniarki, w tym pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania substancji aktywnych w chemioterapii. 3) Psycholog lub psychoonkolog, 4) Technicy elektroradiodolży – w przypadku leczenia radioterapią, 5) Osoby posiadające specjalizację z dziedziny fizyki medycznej – w przypadku leczenia radioterapią. 6) Fizjoterapeuci. <p>Do opieki przed i pooperacyjnej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lekarz specjalista w dziedzinie ginekologii – zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, 2) Pielęgniarki – zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia.
	Dodatkowe warunki	Nie dotyczy
	Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Nie dotyczy
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia		
	Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia	<p>Wskaźniki ogólne (C53, C54, C56)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Odsetek pacjentek, których przypadki zostały omówione na spotkaniu zespołu multidyscyplinarnego (po postawieniu diagnozy/ przed podjęciem leczenia). 2) Odsetek pacjentek z nowotworem szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika leczonych zgodnie z wytycznymi. 3) Liczba badań klinicznych/naukowych w ośrodku do których rekrutowane są pacjentki z nowotworem szyjki macicy lub nowotworem trzonu macicy lub nowotworem jajnika. 4) Liczba radykalnych histerektomii wykonywanych przez chirurga rocznie. 5) Liczba radykalnych histerektomii wykonywanych w szpitalu rocznie. 6) Odsetek próbek limfadenektomii miednicy, które zawierają więcej niż 11 zbadanych węzłów chłonnych. 7) Odsetek próbek limfadenektomii okołoaortalnych, które zawierają więcej niż 5 węzłów chłonnych. 8) Odsetek pacjentek, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej (w podziale na stopień zaawansowania). 9) Odsetek pacjentek, u których zastosowano neoadjuwantową chemioterapię (NACT). 10) Odsetek pacjentek, u których przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem chemioterapii neoadjuwantowej postawiono diagnozę patologiczną/histologiczną/cytologiczną. 11) Odsetek zarejestrowanych poważnych powikłań. 12) Odsetek pacjentek, u których wykonano badanie śródoperacyjne celem potwierdzenia diagnozy. <p>Wskaźniki dla nowotworu złośliwego szyjki macicy (C53)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy, u których wykonano rezonans magnetyczny miednicy przed definitywnym leczeniem. 2) Odsetek pacjentek którzy otrzymali następujące leczenie: <ol style="list-style-type: none"> a) Radiochemioterapia + Brachyterapia b) Radiochemioterapia + Brachyterapia + Zewnętrzna radioterapia

Świadczenia w zakresie kompleksowego leczenia nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
		<p>c) Zewnętrzna radioterapia d) Brachyterapia + Zewnętrzna radioterapia e) Chirurgia + Radiochemioterapia + Zewnętrzna radioterapia f) Chirurgia + radiochemioterapia g) Chemioterapia h) Chemioterapia przed właściwym/głównym leczeniem (w stadium III lub IVA) i) Chirurgia + Radiochemioterapia + Brachyterapia j) Chirurgia + Radiochemioterapia + Brachyterapia + Zewnętrzna radioterapia k) Radiochemioterapia + Zewnętrzna radioterapia l) Chirurgia + radioterapia zewnętrzna m) Neoadjuwantowa chemioterapia + radiochemioterapia + brachyterapia n) Radiochemioterapia o) Chirurgia + Chemioterapia p) Inne leczenie</p> <p>3) Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy w stadium IB1 (zgodnie z definicją radiologiczną i/lub histopatologiczną) poddawanych radykalnej histerektomii.</p> <p>4) Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy, u których marginesy chirurgiczne są wolne od guza po histerektomii.</p> <p>5) Odsetek pacjentek po pierwotnym leczeniu chirurgicznym (z wyłączeniem IA1), które mają ujemne marginesy pochwy (choroba inwazyjna) i marginesy parametryczne.</p> <p>Wskaźniki dla nowotworu złośliwego trzonu macicy (C54)</p> <p>1) Odsetek pacjentek z nowotworem trzonu macicy operowanych, u których wykonano przedoperacyjną biopsję.</p> <p>2) Odsetek pacjentek, którzy zostali poddani leczeniu chirurgicznemu i u których oceniono grading i śródoperacyjnie zaawansowanie choroby (G 1/2/3 lub T2 typ II).</p> <p>3) Odsetek pacjentek poddanych definitywnemu zabiegowi chirurgicznemu, u których zastosowano metodę laparoskopową (w podziale na stopień zaawansowania).</p> <p>4) Odsetek pacjentek z endometrialnym i śluzowym rakiem endometrium w stadium IB stopnia G1 lub G2 lub w stadium IA stopnia G3 poddanych radioterapii adjuwantowej.</p> <p>Wskaźniki dla nowotworu złośliwego jajnika (C56)</p> <p>1) Odsetek pacjentek, u których wykonano badanie śródoperacyjne potwierdzające rozpoznanie nowotworu jajnika, w czasie pierwotnego zabiegu.</p> <p>2) Liczba całkowitych cytoredukcji w nowotworze jajnika potwierdzonych wynikiem histopatologicznym i badaniami obrazowymi na ośrodek w ciągu roku.</p> <p>3) Liczba wykonanych operacji cytoredukcyjnych u pacjentek z nowotworem jajnika przez chirurga w ciągu roku.</p> <p>4) Odsetek pacjentek z zaawansowanym nowotworem jajnika, którzy przeszli operację cytoredukcyjną i którym zaoferowano minimalne badanie przedoperacyjne.</p> <p>5) Odsetek pacjentek z podejrzeniem nowotworu złośliwego jajnika, u których wykonano laparoskopię zwiadowczą.</p> <p>6) Odsetek pacjentek z nowotworem jajnika leczonych pierwotną optymalną lub suboptymalną cytoredukcją (bez pozostawienia mas resztkowych lub <1 cm).</p> <p>7) Odsetek pacjentek poddanych pierwotnej lub odroczonej operacji cytoredukcyjnej w rozsiałym raku jajnika u których uzyskano cytoredukcję całkowitą lub optymalną (<1 cm).</p> <p>8) Odsetek pacjentek z rakiem jajnika zaawansowanym miejscowo (prawdopodobnie FIGO/II u których wykonano limfadenektomię miedniczną i okołoaortalną (pełen staging chirurgiczny).</p> <p>9) Odsetek pacjentek z rakiem jajnika, którzy zostali ponownie hospitalizowani w ciągu 30 dni od zabiegu chirurgicznego (z wyłączeniem hospitalizacji celem zastosowania chemioterapii).</p> <p>10) Odsetek pacjentek z potwierdzonym rozpoznaniem rakiem jajnika hospitalizowanych w celu zastosowania chemioterapii przed upływem 30 dni od zabiegu operacyjnego.</p>

9.7.6. Pakiet monitorowania

Tabela 124. Moduł monitorowanie – rak szyjki macicy, rak trzonu macicy, rak jajnika

Świadczenia w zakresie monitorowania pacjenta po przebytych leczeniu z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
Monitorowanie pacjenta po przebytych leczeniu z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia
	Wymogi formalne
	Wystawca skierowania: Lekarz prowadzący terapię
	Wymagany rodzaj i zakres skierowania: nie dotyczy
	Załączone badania / dokumentacja: 1) Kopia wyników badań diagnostycznych i dokumentacji dot. przeprowadzonych konsultacji, na podstawie których postawiono rozpoznanie nowotworu złośliwego szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika. 2) Kopia dokumentacji dot. zastosowanych metod leczenia, przebiegu leczenia.
	Pozostałe warunki: nie dotyczy
	Kryteria włączenia
Kryteria wyłączenia	
II. Zakres świadczenia	
Wykaz procedur	
	<p>Świadczenia udzielane z zakresu AOS Badania analityczne, morfologia krwi i badania hematologiczne: Wybrane badania związane z monitorowaniem pacjentki po leczeniu (monitorowanie wskaźników i parametrów, które na etapie diagnostyki i/lub leczenia były podwyższone)</p> <p>Chemia kliniczna: I41 Antygen CA 125 (CA125) (dotyczy C54, C56) I43 Antygen CA 15-3 (CA15-3) (dotyczy C56) I45 Antygen CA 19-9 (CA19-9) (dotyczy C56) I52 Antygen nowotworowy HE4 (dotyczy C54, C56) I53 Antygen karcynoembrionalny (CEA) (dotyczy C54, C56) I 59 Antygen raka płaskonabłonkowego (SCC) L07 α-fetoproteina (AFP) (dotyczy C56) L47 Gonadotropina kosmówkowa (HCG) (dotyczy C56) L68 Hormon antymüllerowski (AMH) (dotyczy C56)</p> <p>Ocena wskaźników i parametrów, które na etapie diagnostyki i/lub leczenia były podwyższone.</p> <p>Badanie materiału biologicznego: 91.447 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – badanie cytologiczne 91.821 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy 91.831 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy wraz z identyfikacją drobnoustroju i antybiogram 91.891 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni</p> <p>Świadczenia udzielane z zakresu LSZ Badania analityczne, morfologia krwi i badania hematologiczne: Wybrane badania związane z monitorowaniem pacjentki po leczeniu (monitorowanie wskaźników i parametrów, które na etapie diagnostyki i/lub leczenia były podwyższone)</p> <p>Badania materiału biologicznego: 91.431 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – rozmaz bakterii (dotyczy C54) 91.432 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – posiew (dotyczy C54) 91.433 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – posiew i antybiogram (dotyczy C54) 91.436 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou (dotyczy C54) 91.439 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – inne badania mikroskopowe (dotyczy C54)</p>

Świadczenia w zakresie monitorowania pacjenta po przebytych leczeniu z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
	<p>91.441 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – rozmaz bakterii (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.442 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – posiew (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.443 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – posiew i antybiogram (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.446 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolau (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.449 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – inne badania mikroskopowe (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.451 Badanie mikroskopowe materiału z macicy – rozmaz bakterii (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.452 Badanie mikroskopowe materiału z macicy – posiew (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.453 Badanie mikroskopowe materiału z macicy – posiew i antybiogram (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.456 Badanie mikroskopowe materiału z macicy – badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolau (dotyczy C53, C54)</p> <p>91.459 Badanie mikroskopowe materiału z macicy – inne badania mikroskopowe (dotyczy C53, C54)</p> <p>Świadczenia udzielane z zakresu AOS i LSZ:</p> <p>Badania obrazowe:</p> <p>87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (dotyczy C53, C54)</p> <p>87.413 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku (dotyczy C54) (w LSZ)</p> <p>88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (dotyczy C53, C54)</p> <p>88.02 Inna TK jamy brzusznej (dotyczy C54) (w LSZ)</p> <p>88.389 Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.110 RTG miednicy – przeglądowe (dotyczy C54)</p> <p>88.111 RTG miednicy celowane (dotyczy C54)</p> <p>87.440 RTG klatki piersiowej (dotyczy C54, C56)</p> <p>88.191 RTG jamy brzusznej przeglądowe (dotyczy C54, C56)</p> <p>88.199 RTG jamy brzusznej – inne (dotyczy C54, C56)</p> <p>88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej (dotyczy C54, C56)</p> <p>88.752 USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego (dotyczy C54)</p> <p>88.790 USG węzłów chłonnych (dotyczy C54)</p> <p>88.738 USG klatki piersiowej (dotyczy C56)</p> <p>88.741 USG transrektalne (dotyczy C54) (w AOS)</p> <p>88.764 USG transwaginalne (dotyczy C54, C56)</p> <p>88.769 USG brzucha – inne (dotyczy C54) (w LSZ)</p> <p>88.791 USG wielomiejscowe (dotyczy C54) (w LSZ)</p> <p>88.792 USG macicy nieciążarnej i przydatków (dotyczy C54)</p> <p>88.923 RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego (dotyczy C56)</p> <p>88.924 RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (dotyczy C56)</p> <p>88.971 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.979 Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – RM</p> <p>88.970 Spektroskopia – RM (dotyczy C53)</p> <p>Badania obrazowe izotopowe:</p> <p>92.061 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych</p> <p>92.062 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych</p> <p>92.162 Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego (dotyczy C53)</p>

Świadczenia w zakresie monitorowania pacjenta po przebytych leczeniu z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika	
	92.591 Podanie radiofarmaceutyku dojamowo (dotyczy C54) (w LSZ) 92.592 Wstrzyknięcie radiofarmaceutyku dostawowo (radiosynowierza) (dotyczy C54) (w LSZ) 92.593 Wstrzyknięcie radiofarmaceutyku dotętniczo (dotyczy C54) (w LSZ) Badania biopsyjne: <u>Dla C54:</u> 40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych) 40.11 Biopsja układu limfatycznego 54.241 Zamknięta biopsja: sieci 54.29 Zabiegi diagnostyczne okolicy jamy brzusznej – inne 68.12 Histeroskopia diagnostyczna 69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłęczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne 69.59 Inne aspiracyjne łyżeczowanie macicy Inne: Porada specjalistyczna – genetyka Porada specjalistyczna – onkologia Porada specjalistyczna – położnictwo i ginekologia Porada specjalistyczna – chirurgia onkologiczna Porada specjalistyczna – ginekologia dla dziewcząt Porada specjalistyczna – urologia Porada specjalistyczna – chirurgia ogólna Porada specjalistyczna – kardiologia Porada specjalistyczna – diabetologia
Ramy czasowe realizacji świadczenia	Wizyty kontrolne: <u>Nowotwór złośliwy szyjki macicy, trzonu macicy</u> 1) do 2 lat od zakończenia leczenia: co 3-6 miesięcy (w przypadku wysokiego ryzyka nawrotu co 3 miesiące) 2) 3-5 lat od zakończenia leczenia: co 6-12 miesięcy 3) ≥ 5 lat od zakończenia leczenia: co 12 miesięcy <u>Nowotwór złośliwy jajnika</u> 1) do 2 lub do 3 lat od zakończenia leczenia: co 3 miesiące 2) powyżej 2 lub powyżej 3 lat od zakończenia leczenia do 5 lat: co 6 miesięcy 3) ≥5 lat od zakończenia leczenia: co 12 miesięcy
Świadczenia towarzyszące	Nie dotyczy
III. Warunki realizacji świadczenia – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich lokalizacji (w miejscu/w lokalizacji/w dostępie)	
Tryb udzielania świadczenia	Ambulatoryjny/stacjonarny
Miejsce realizacji świadczenia – wymogi formalne	Świadczenia w zakresie monitorowania po leczeniu z powodu nowotworu szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika są udzielane przez świadczeniodawcę, który zapewnia: <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>w lokalizacji:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) poradnia ginekologii onkologicznej lub poradnia chirurgii onkologicznej lub poradnia ginekologiczno-położnicza lub poradnia onkologiczna, b) pracownia lub zakład diagnostyki laboratoryjnej (ocena markerów nowotworowych), c) pracownia diagnostyki obrazowej (badania USG, TK, RTG), – spełniająca warunki realizacji dla właściwego rodzaju komórki organizacyjnej (oddziału szpitalnego /bloku / pracowni zabiegowej opisane w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz w części „wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. <ol style="list-style-type: none"> 2) <u>w dostępie:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) pracownia histopatologii lub zakład patomorfologii
Wyposażenie w sprzęt medyczny	

Świadczenia w zakresie monitorowania pacjenta po przebytych leczeniu z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy, nowotworu złośliwego jajnika		
		b) pracownia PET, MRI, c) pracownia lub zakład diagnostyki laboratoryjnej, d) pracownia genetyczna (wykonująca badania molekularne i genetyczne), e) poradnia psychologiczna/psychoonkologii, f) poradnia leczenia bólu, g) poradnia rehabilitacyjna pracownia fizjoterapii, h) poradnia żywieniowa, – spełniająca warunki realizacji dla właściwego rodzaju komórki organizacyjnej (pracowni/poradni opisane w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz w części „wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. U pacjentek ≥ 5 lat od zakończenia leczenia można rozważyć realizację pakietu w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
	Personel	Badania kontrolne po leczeniu nowotworu złośliwego szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika i obserwacja w kierunku późnych powikłań prowadzona jest przez: 1) lekarz specjalista w dziedzinie ginekologii i położnictwa, chirurgii onkologicznej, chorób wewnętrznych, ginekologii onkologicznej, onkologii klinicznej, lub 2) personel zgodnie z warunkami określonymi w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
	Dodatkowe warunki	Nie dotyczy
	Kryteria usieciowienia (kontraktowania)	Nie dotyczy
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia		
	Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia	Wskaźniki ogólne (C53, C54, C56) 1) Odsetek zarejestrowanych poważnych powikłań. Wskaźniki dla nowotworu złośliwego szyjki macicy (C53) 1) Wskaźnik 5-letniego przeżycia pacjentek z rakiem szyjki macicy od postawienia diagnozy w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu. Wskaźniki dla nowotworu złośliwego trzonu macicy (C54) 1) Wskaźnik 5-letniego przeżycia pacjentek z rakiem trzonu macicy od postawienia diagnozy w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu. Wskaźniki dla nowotworu złośliwego jajnika (C56) 1) Wskaźnik 3-letniego przeżycia pacjentek z rakiem jajnika od postawienia diagnozy w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu.

9.7.7. Rola lekarza rodzinnego (POZ) i położnej środowiskowej (POZ)

Rola lekarza POZ

Pacjentki z podejrzeniem nowotworu szyjki macicy, trzonu macicy, jajnika mogą zostać objęte diagnostyką w ramach POZ, AOS oraz LSZ. Pacjentki te mogą zostać skierowane na ścieżkę diagnostyczną przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza nieposiadającego umowy z NFZ a także skierowane z programu przesiewowego lub mogą to być również pacjentki z wystawioną już kartą DiLO. Należy wspomnieć, że zarządzeniem Prezesa NFZ wprowadzono między innymi odrębny produkt rozliczeniowy – porada lekarza POZ w związku z wydaniem karty DiLO, finansowanej na poziomie 50 zł za poradę.

Pacjentki po przebytych leczeniu z powodu choroby nowotworowej szyjki macicy, trzonu macicy, jajnika powinny być obserwowane (follow-up) przez okres wynikający z wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, a świadczenia udzielane są im w ramach pakietu monitorowania.

Pacjentki, u których występuje podejrzenie wznowy nowotworu mogą mieć udzielane świadczenia diagnostyczne na poziomie AOS lub LSZ. Szczegółowe ścieżki postępowania pacjenta w przypadku nawrotu choroby (określenia procedur i świadczeń do wykonania) zostały przedstawione w Aneksie zał. 1 Modele ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Istotną rolę w opiece nad kobietą może odgrywać lekarz POZ. W ramach profilaktyki rolę lekarza rodzinnego jest informowanie i kierowanie pacjentek na cykliczne badania cytologiczne. Obecnie lekarz rodzinny ma taką możliwość w ramach programu profilaktyki wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, w ramach którego położna POZ wykonuje wymaz cytologiczny. W Raporcie Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia w zakresie ginekologii onkologicznej (we wskazaniach: C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 nowotwór złośliwy jajnika) Część 1 zaproponowano rozszerzenie uprawnień lekarza rodzinnego poprzez wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej możliwości skierowania pacjentki na badanie cytologiczne przez lekarza POZ. W celu zwiększenia dostępności do badań zarówno w ramach profilaktyki, jak i na etapie monitorowania pacjentek po przebytej chorobie oraz odciążenia AOS, Zespół ekspertów wskazuje, że na podstawowe badanie jakim jest cytologia może również kierować lekarz POZ, tym samym wnioskuje się o rozszerzenie pakietu badań w POZ o procedurę: 91.447 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – badanie cytologiczne.

Lekarz rodzinny również może przeprowadzić wywiad rodzinny w kierunku genetycznych predyspozycji występowania nowotworów ginekologicznych (np. mutacja BRCA 1, BRCA 2, mutacja odpowiedzialna za rozwój zespołu Lyncha, rodzinne występowanie niepolipowatego raka okrężnicy. Na podstawie wywiadu osobniczego i rodzinnego lekarz rodzinny ustala z pacjentem strategię postępowania. W przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego lekarz POZ ma obowiązek wystawić kartę DiLO i umówić wizytę u świadczeniodawcy przeprowadzającego diagnostykę.

W Raporcie Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia w zakresie ginekologii onkologicznej (we wskazaniach: C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 nowotwór złośliwy jajnika) Część 1 wskazano również do decyzji Ministerstwa Zdrowia poszerzenie katalogu badań biochemicznych i immunochemicznych znajdujących się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Zespół ekspertów wskazał, że lekarz POZ powinien mieć możliwość skierowania pacjentki na, między innymi, takie badania jak: CA125, CEA, Antygen nowotworowy HE4, które są wykonywane m. in. w celu monitorowania pacjentek po przebytej chorobie. Zespół ekspertów wskazał na zasadność/ możliwość kontroli pacjentek po przebytej chorobie nowotworowej w ramach wizyt kontrolnych w POZ po okresie 5 lat od zakończenia leczenia. GCU prowadzące opiekę nad pacjentką, tj. leczenie oraz monitorowanie, bezpośrednio po leczeniu powinno przekazać wszelkie niezbędne informacje o przebiegu opieki nad pacjentką oraz wskazania do dalszego postępowania – niezbędne dla lekarza rodzinnego do prawidłowego prowadzenia opieki. Lekarz rodzinny powinien wyjaśniać pacjentce informacje przekazane przez specjalistów, pomagać w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia oraz współpracować ze specjalistami w zakresie stałej opieki. W przypadku wystąpienia podejrzenia nawrotu (np. podwyższone markery nowotworowe) lekarz rodzinny powinien mieć możliwość skierowania pacjentki do GCU, a także w razie potrzeby konsultacji ze specjalistami w celu ustalenia dalszej ścieżki postępowania. Mając na uwadze wytyczne międzynarodowe, rozwiązania wdrażane w innych krajach oraz uwagi ekspertów, dodanie ww. świadczeń do koszyka świadczeń gwarantowanych pozwoli na sprawne monitorowanie pacjentów onkologicznych.

Rola położnej środowiskowej (POZ) w profilaktyce nowotworów ginekologicznych i w opiece nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi – propozycja rozszerzenia kompetencji

W dniu 28 września 2020 r. Rada Przejrzystości wydając wstępnie pozytywną opinię co do zasadności wdrożenia modelu organizacji diagnostyki i leczenia w dziedzinie ginekologii onkologicznej, zaproponowała, aby uwzględnić również współpracę GCU w procesie koordynacji profilaktyki z lekarzami rodzinnymi, ale i położnymi środowiskowymi. Członkowie Rady uznali za zasadne rozszerzenie kompetencji i zwiększenie roli położnej środowiskowej w zakresie profilaktyki nowotworów ginekologicznych i opieki nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi.

Jak podkreśla Światowa Organizacja Zdrowia (WHO 2017⁸⁶), niezwykle istotna w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w nowotworach, jest transparentność opieki onkologicznej na różnych poziomach organizacji, ale i jej odpowiednia koordynacja oraz kontrola. Wskazuje się, że wraz ze wzrostem liczby zaangażowanych lekarzy w ww. proces oraz liczby etapów diagnostycznych zwiększa się ryzyko nieporozumień i braku

⁸⁶ WHO (2017). *Guide to cancer early diagnosis*. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Pozyskano z: https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/, dostęp z 09.10.2020

obserwacji istotnych wyników w zakresie planowania i leczenia pacjenta. Słaba komunikacja między świadczeniodawcami (np. między zespołem podstawowej opieki zdrowotnej a lekarzem specjalistą, czy komunikacja z patologiem w celu potwierdzenia diagnozy) oraz bariery administracyjne w dostępie do placówek leczniczych również przyczyniają się do opóźnień w diagnostyce i leczeniu raka.

Przegląd rozwiązań międzynarodowych

W celu określenia roli położnej POZ/środowiskowej w profilaktyce chorób nowotworowych narządów rodnych oraz opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56) dokonano analizy 11 krajów tj. Australii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Wielkiej Brytanii, Niemiec, Norwegii, Szwecji, Królestwa Niderlandów (Holandia), Francji, Litwy, Estonii oraz Węgier. Wyszukiwanie danych w zakresie ww. rozwiązań przeprowadzono na stronach rządowych wspomnianych krajów. Podczas wyszukiwania odnaleziono również informację o minimalnych wymaganiach jakie musi spełniać położna, określonych przez *International Confederation of Midwives*. Podczas wyszukiwania zastosowano następujące słowa kluczowe: *midwife midwives, role, competences, oncological care, gynecological cancers, health care*.

Tabela 125. Zestawienie wyników przeglądu rozwiązań międzynarodowych w zakresie roli/kompetencji położnej POZ/środowiskowej w opiece onkologicznej, w nowotworach ginekologicznych

Kraj/towarzystwo naukowe	Rola położnej
Australia	<p>Standardy praktyki położnej, stanowiące ramy dla praktyki położniczej we wszystkich aspektach informują m. in. pacjentki i ich rodziny o świadczeniach, których mogą oczekiwać od położnej.</p> <p>Wybrane standardy praktyki położniczej:</p> <ul style="list-style-type: none"> Położna promuje zdrowie i dobre samopoczucie poprzez opartą na dowodach naukowych praktykę położniczą (Evidence-Based Practice); Położna wspiera dobre samopoczucie kobiet zapewniając wysokiej jakości opiekę zdrowotną, opartą na najlepszych dostępnych dowodach naukowych i zasobach, a podstawą praktyki są zasady podstawowej opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa. <p>Położna m. in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> określa co jest ważne dla kobiety, celem promowania świadomego podejmowania decyzji przez kobietę; pozyskuje, analizuje i wykorzystuje najlepsze dostępne dowody naukowe, w tym wyniki badań, w celu zapewnienia bezpiecznej i wysokiej jakości praktyki położniczej; wykorzystuje ocenę stanu zdrowia i edukację zdrowotną w celu wspierania zdrowia okołoporodowego i reprodukcyjnego oraz minimalizowania ryzyka powikłań; wspiera rozwój, wdrażanie i ocenę inicjatyw i programów zdrowotnych opartych na dowodach; identyfikuje i promuje rolę praktyki położnej i zawodu położnej w wywieraniu wpływu na poprawę zdrowia kobiet⁸⁷. <p>Opowiadając się za zdrowiem populacji położne są zobowiązane do:</p> <ul style="list-style-type: none"> przewodzenia edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, zapobiegania i kontroli chorób oraz wykonywania badań przesiewowych, szczepień ochronnych w oparciu o najlepsze dostępne dowody naukowe⁸⁸.
Wielka Brytania	<p>Nie odnaleziono informacji związanych z rolą położnej w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych narządów rodnych oraz w procesie diagnostyczno-terapeutycznym nowotworów onkologicznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Dokument „<i>Standards of proficiency for midwife</i>” odnosi się wyłącznie do tematyki kobiet w ciąży.</p>
Szwecja	<p>Licencjonowana położna wykonuje zadania z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, okołoporodowego i seksualnego.</p> <p>Rola położnej, kompetencje zawodowe i odpowiedzialność zostały opisane w „Opis kompetencji licencjonowanej położnej (2018) (dokument w języku szwedzkim).</p> <p>Zdrowie seksualne – Położna ma kompetencje m. in. w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> przeprowadzania badania ginekologicznego i zidentyfikowania nieprawidłowości; informowania o leczeniu, wykrytych zakażeniach, prawach pacjentki, a także przepisywania leków i leczenia określonych schorzeń; informowania i doradzania w zakresie chorób ginekologicznych; zapewnienia opieki w przypadku chorób ginekologicznych (...).

⁸⁷ Pozyskano z: <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-standards/Midwife-standards-for-practice.aspx>, dostęp 29.09.2020.

⁸⁸ *Nursing and Midwifery Board of Australia (2018). Code of conduct for midwives. Pozyskano z: <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/codes-guidelines-statements/professional-standards.aspx>, dostęp 29.09.2020.*

	<p>Promocja zdrowia i profilaktyka – położna ma kompetencje m. in. w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promocji zdrowia i profilaktyki w perspektywie całego życia; • identyfikacji czynników ryzyka oraz oceny i planowania indywidualnych potrzeb w zakresie opieki w odniesieniu do historii i statusu choroby; • promowania ciągłości i udziału pacjentów w opiece; • wzmacniania zdolności pacjenta do działań na rzecz promocji zdrowia i samoopieki poprzez zaspokojenie potrzeby wiedzy i informacji; • promowania dobrych nawyków w perspektywie całego życia; • informowaniu o środkach zapobiegawczych dotyczących zakażeń przenoszonych drogą płciową; • informowania i wykonywania badania przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy (...) ⁸⁹.
Francja	<p>Zakres pracy francuskich położnych (przypis analityka: wybrane aspekty związane z tematem):</p> <ul style="list-style-type: none"> • badania profilaktyczne tj.: wymazy Pap i inne ogólne konsultacje ginekologiczne; • udzielanie porad/odpowiedzi na pytania związane z seksualnością występujące u pacjentek w każdym wieku; • zapobieganie, wykrywanie i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową; • wykonywanie corocznych badań profilaktycznych u zdrowych kobiet (badania przesiewowe); • wykonywanie USG ginekologicznego; <p>Położne oferują również dodatkowe wsparcie tj.: wsparcie emocjonalne, posiadają wiedzę o świadczeniach socjalnych – usługi, których zwykle nie może zapewnić lekarz ⁹⁰.</p>
Norwegia	<p>Zgromadzenie Narodowe Norweskiego Stowarzyszenia Położnych (nor. <i>Den norske jordmorforenings</i>, Dnjs) zdecydowało w 2005 r. o przystąpieniu do Międzynarodowego Kodeksu Etyki Położnych (ang. <i>International Code of Ethics for Midwife</i>) Międzynarodowej Konfederacji Położnych (ICM). Wytyczne zostały przetłumaczone na język norweski przez Komisję ds. Etyki Zawodowej i utworzono dokument Wytyczne etyki zawodowej dla położnych (nor. <i>Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre</i>) ⁹¹ (dokument w języku norweskim). Wytyczne dotyczą zapewniania przez położne opieki wszystkim kobietom i rodzinom, które spodziewają się lub miały dzieci.</p> <p>Zaangażowanie norweskich położnych w badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy jest ograniczone ⁹². Wymaz cytologiczny w ramach programu przesiewowego wykonuje lekarz ginekolog lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ⁹³.</p>
Litwa	<p>Położna na Litwie zapewnia niezbędny nadzór, opiekę i porady kobietom w czasie ciąży, porodu i po porodzie, jeśli przebieg ciąży jest fizjologiczny ⁹⁴.</p> <p>Ustawa o Praktyce pielęgniarek i położnych Republiki Litewskiej z 2001 r. określa obowiązki położnej określone, są to m. in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sprawowanie opieki położniczej i wsparcie dla kobiet w ramach własnych kompetencji, prowadzenie profilaktyki zdrowotnej i opieki noworodkowej oraz poradnictwa dla rodzin i kobiet; • udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjentki w trybie określonym w aktach prawnych Republiki Litewskiej; • współdziałanie ze służbą zdrowia i innymi specjalistami w zakresie świadczenia usług położniczych ⁹⁵.
USA	<p>Certyfikowane pielęgniarce-położne (ang. <i>Certified nurse-midwives</i>, CNMs) i certyfikowane położne (ang. <i>certified midwives</i>, CMs) świadczą usługi położnicze i ginekologiczne dla kobiet, w tym badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy ⁹⁶.</p>

⁸⁹ Svenska Barnmorskeförbundet (2018). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Pozyskano z: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>, dostęp 28.09.2020

⁹⁰ Brousse M. G. (2016). *Women's Health in France: Major Differences vs. US Healthcare System*. Pozyskano z: <https://advimedpro.com/wp-content/uploads/2016/09/Women-healthcare-in-France-vs-US.pdf>, dostęp 28.09.2020

⁹¹ Den norske jordmorforenings. 2016. *Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre*. Pozyskano z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jcg-V8NTmFEJ:https://www.jordmorforeningen.no/content/download/2138/19417/file/Yrkesetisker%2520retningslinjer%2520for%2520jordm%25C3%25B8dre%25202016.pdf+%&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=safari>, dostęp z 29.09.2020

⁹² Lukasse M., Pajalic Z. (2015). *Norwegian midwives' perceptions of empowerment*. [w:] *Sexual & Reproductive Healthcare* 7 (2016) 58–64, DOI: 10.1016/j.srhc.2015.11.010

⁹³ Pozyskano z: <https://www.krefregisteret.no/en/screening/cervix/> dostęp: 30.09.2020

⁹⁴ Pozyskano z: https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=regprof&id_regprof=8147&tab=general, dostęp: 29.09.2020

⁹⁵ *The Law on Nursing Practice And Midwifery Practice of The Republic Of Lithuania* (2001). 28 June 2001 No IX-413 Vilnius. Pozyskano z: <http://www.vaspvt.gov.lt/files/EN/THE%20LAW%20ON%20NURSING%20PRACTICE%20AND%20MIDWIFERY%20PRACTICE.pdf>, dostęp 29.08.2020

⁹⁶ Murphy P., Schwarz E. and Dyer J. 2008. *Cervical Cancer Screening Practices of Certified Nurse-Midwives in the United States*. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(1), pp.11-18. Pozyskano z: https://www.medscape.com/viewarticle/568835_1, dostęp z 28.09.2020

	<p>Nie są one, jednakże wymieniane w gronie specjalistów ochrony zdrowia biorących udział w opiece onkologicznej⁹⁷.</p> <p><i>American College of Nurse-Midwives (ACNM)</i> w dokumencie <i>ACNM Core Competencies for Basic Midwifery Practice</i>⁹⁸ wskazuje m.in., że położna wykazuje wiedzę, umiejętności i zdolności do zapewnienia kompleksowej opieki ginekologicznej/reprodukcyjnej/seksualnej, w tym między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> wykorzystuje narzędzia przesiewowe i testy diagnostyczne, w tym badania ukierunkowane na diagnostykę nowotworów dziedzicznych, przeprowadza badania przesiewowe i leczenie zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym również podstawową ocenę kliniczną partnera pacjentki, leczenie lub wystawia skierowanie, zgodnie ze wskazaniami.
Estonia	<p>Oprócz ginekologów badanie PAP wykonują również położne⁹⁹.</p> <p>Rozporządzenie Ministra Spraw Społecznych: <i>Wykaz dozwolonych samodzielnych usług położniczych oraz czynności w nich objętych oraz warunki i tryb udzielania pomocy przy porodzie w domu (est. Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord</i>¹⁰⁰) (dokument w języku estońskim) nie zawiera odniesienia do świadczenia usług onkologicznych.</p> <p>Położna we współczesnym rozumieniu to niezależny specjalista, który sprawuje opiekę przez cały okres płodności kobiety. Położna nadzoruje, monitoruje, opiekuje się i doradza kobietom w czasie ciąży, porodu, połogu oraz przy rozwiązywaniu problemów ginekologicznych. Położnym przysługuje ograniczone prawo do wydawania leków na receptę - prawo do przepisywania leków na receptę obejmuje ograniczoną liczbę uzgodnionych leków¹⁰¹.</p>
Holandia	<p>Nie odnaleziono informacji związanych z rolą położnej w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych narządów rodnych oraz w procesie diagnostyczno-terapeutycznym nowotworów onkologicznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Dokument „<i>Midwifery in the Netherlands</i>¹⁰²” odnosi się wyłącznie do tematyki opieki nad kobietą w ciąży.</p>
Węgry	<p>Wedle dokumentu Listy kompetencji w zakresie pracowników ochrony zdrowia (węg. <i>Hatásköri listák egészségügyi szakdolgozói területen</i>¹⁰³) (przypis analityka: wybrane aspekty; dokument w języku węgierskim) kompetencje położnej obejmują:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kompetencje społeczne, epidemiologiczne, zdrowotne i kulturowe w opiece nad matkami i noworodkami Kompetencje w zakresie opieki prenatalnej i planowania rodziny Kompetencje w opiece nad kobietą ciężarną Kompetencje podczas porodu Kompetencje w zakresie opieki poporodowej nad kobietami Kompetencje w opiece poporodowej nad noworodkiem Kompetencje w opiece ginekologicznej <ul style="list-style-type: none"> Położne zapewniają wysokiej jakości opiekę podczas opieki ginekologicznej zgodnie z zalecanymi protokołami postępowania. <p>W odniesieniu do kompetencji w opiece ginekologicznej (pkt. 7) położna zna i/lub rozumie m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> metody edukacji zdrowotnej w odniesieniu do chorób ginekologicznych; metody diagnostyki i badań ginekologicznych; zaburzenia rozwojowe narządów płciowych; dysfunkcje narządów płciowych, przyczyny, cechy, ich objawy i leczenie; choroby, przyczyny, objawy, leczenie nowotworów żeńskich narządów płciowych i zadania pielęgniarskie, działania profilaktyczne; przebieg kompleksowych badań przesiewowych w kierunku raka, pobranie wymazów do badania cytologicznego; rodzaje, przyczyny, objawy i leczenie endometriozy. <p>Posiada umiejętności i/lub zdolności m.in.:</p>

⁹⁷ American Cancer Society. 2020. *Health Professionals Associated with Cancer Care*. Pozyskano z: <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/choosing-your-treatment-team/health-professionals-associated-with-cancer-care.html>, dostęp z 28.09.2020

⁹⁸ American College of Nurse-Midwives. 2020. *ACNM Core Competencies for Basic Midwifery Practice*. Pozyskano z: https://www.midwife.org/acnm/files/acnmlibrarydata/uploadfilename/000000000050/ACNMCoreCompetenciesMar2020_final.pdf, dostęp z 29.09.2020

⁹⁹ Haigekassa. 2020. *Vähi sõeluuringud naistele*. Pozyskano z: <https://www.haigekassa.ee/soeluuring>, dostęp z 28.09.2020

¹⁰⁰ Sotsiaalminister. 2014. *Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord*. Pozyskano z: <https://www.riigiteataja.ee/akt/109072014023>, dostęp z 28.09.2020

¹⁰¹ Ministry of Social Affairs. 2017. *Nursing care and midwifery care*. Pozyskano z: <https://www.sm.ee/en/nursing-care-and-midwifery-care?fbclid=IwAR0wFe1nUY9cNNAe0oIHUvKqs2QJqj1L8USKF-ai0w-jOMyS80iPgnHo>, dostęp z 29.09.2020

¹⁰² Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (2017). *Midwifery in the Netherlands*. Pozyskano z: <https://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/members-map/knov.pdf>, dostęp z 29.09.2020

¹⁰³ Hungarian Chamber of Healthcare Professionals. *Hatásköri listák egészségügyi szakdolgozói területen*. Pozyskano z: http://www.meszk.hu/upload/meszk/document/hataskori_lista.pdf, dostęp z 29.09.2020

	<ul style="list-style-type: none"> • prowadzenia edukacji zdrowotnej kobiet w zakresie chorób ginekologicznych i możliwości ich zapobiegania, • przygotowania i pomocy w badaniach ginekologicznych, • przygotowania pacjentów oczekujących na operację według przepisanych protokołów.
Niemcy	Nie odnaleziono informacji związanych z rolą położnej w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych narządów rodnych oraz w procesie diagnostyczno-terapeutycznym nowotworów onkologicznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.
<i>International Confederation of Midwives (ICM)</i>	Międzynarodowa Konfederacja Położnych (ang. <i>International Confederation of Midwives, ICM</i>) w dokumencie <i>Essential Competencies for Midwifery Practice</i> , określa minimalny zestaw wiedzy, umiejętności i zachowań zawodowych, jakich wymaga dana osoba przy rozpoczynaniu praktyki położnej jako położnej zgodnie z definicją ICM ¹⁰⁴ . W związku z okresem przed prenatalnym kobiety, położna powinna posiadać wiedzę (opartą na dowodach naukowych) z zakresu programów przesiewowych w kierunku nowotworów dróg rodnych kobiety oraz umieć przeprowadzić badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy.

Przegląd rozwiązań międzynarodowych wskazał, że zakres kompetencji położnej w wielu krajach jest zróżnicowany co wynika między innymi z programu kształcenia. We wszystkich krajach główne zadania położnej obejmują świadczenia związane z edukacją i promocją zdrowia, profilaktyką oraz opieką nad kobietą w ciąży, w okresie połogu oraz opieką nad noworodkiem. W wybranych krajach położna posiada kompetencje w zakresie wykonywania badań cytologicznych w ramach profilaktyki raka szyjki macicy (Australia, Szwecja, Francja, Litwa, USA). Opiekę nad kobietą z chorobą ginekologiczną położna sprawuje w Szwecji, Francji, USA. Jednak należy wskazać, że w takich krajach jak Szwecja, Francja, USA, Węgry położna posiada szersze kompetencje i zakres świadczeń niż w Polsce, mając możliwość między innymi wykonywania podstawowego badania ginekologicznego, badania USG czy przeprowadzenia wstępnej diagnostyki chorób przenoszonych drogą płciową.

Propozycje rozwiązań organizacyjnych w zakresie roli położnej środowiskowej w profilaktyce nowotworów i opiece nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi

Pielęgniarki-położne pracujące na oddziałach ginekologii onkologicznej, onkologii, posiadające specjalizację w zakresie onkologii ginekologicznej odgrywają kluczową rolę podczas opieki nad pacjentką z nowotworem ginekologicznym przebywającą w szpitalu. Posiadają szerokie kompetencje w zakresie uczestnictwa w diagnostyce chorób nowotworowych narządu rodowego, interpretacji wyników badań diagnostycznych, w tym cytologii, przygotowania pacjentki do leczenia operacyjnego, postępowania w przypadku wystąpienia powikłań wynikających z leczenia, przygotowania pacjentki do chemioterapii, radioterapii, brachyterapii oraz zapobiegania skutkom ubocznym i powikłaniom.

W podstawowej opiece zdrowotnej położna środowiskowa pełni istotne funkcje sprawując kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczą i ginekologiczną nad kobietami oraz noworodkami do 2. miesiąca życia. Świadczenia gwarantowane położnej podstawowej opieki zdrowotnej obejmują wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych, w przypadkach uzasadnionych medycznie – w domu pacjentki, wizytę patronażową oraz profilaktyczną. Zgodnie z obecnie obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wizyty profilaktyczne położnej POZ obejmują: rozpoznanie problemów zdrowotnych, a także zaplanowanie i realizację, w zakresie posiadanych kompetencji, świadczeń profilaktycznych oraz świadczeń z zakresu promocji zdrowia, w tym prowadzenie edukacji kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do porodu i rodzicielstwa.

W przypadku nowotworów ginekologicznych – takich jak rak szyjki macicy, rak trzonu macicy, rak jajnika, które często dają niespecyficzne objawy – regularne badania cytologiczne oraz badanie ginekologiczne odgrywają kluczową rolę w wykrywaniu nowotworów we wczesnych stadiach zaawansowania, co daje większe szanse na wyleczenie i dłuższe przeżycie. Tym samym identyfikacja kobiet na wczesnym etapie z podejrzeniem nowotworu jest bardzo istotna. Kluczową rolę w tym procesie może odgrywać położna POZ, do której dostęp jest łatwy i najbliższy świadczeniobiorcy. Obecnie położna ma za zadanie promowanie udziału w programie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Posiada także możliwość wykonywania wymazu cytologicznego z szyjki macicy w ramach programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

¹⁰⁴ *International Confederation of Midwives. 2019. Essential Competencies for Midwifery Practice. Pozyskano z: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf, dostęp z 28.09.2020*

oraz sprawuje opiekę nad kobietami ze schorzeniami ginekologicznymi^{105,106}. Jednakże uznaje się za zasadne rozszerzenie oraz wzmocnienie roli położnej POZ.

Świadczenia związane z opieką i pielęgnacją po leczeniu szpitalnym mogą być udzielane u pacjentki w formie wizyt domowych (np. monitorowanie i pielęgnacja rany pooperacyjnej) lub też w gabinecie położnej POZ. W tym celu lekarz specjalista zobowiązany jest wystawić skierowanie w momencie, gdy pacjentka jest wypisywana z ośrodka do domu. Wizyty domowe położnej środowiskowej obejmują okres od momentu wypisu ze szpitala do całkowitego zagojenia się ran pooperacyjnych. Ośrodek wypisujący skierowanie (GCU) powinien zawrzeć wszystkie niezbędne informacje o stanie pacjentki, które pozwolą położnej środowiskowej pełnić należytą opiekę nad pacjentką.

Położna POZ powinna współpracować z lekarzem POZ, jak i lekarzem ginekologiem. Poniżej przedstawiono proponowany zakres zadań położnej POZ w ramach wczesnego wykrywania nowotworów ginekologicznych oraz w opiece nad pacjentką z nowotworem ginekologicznym.

Na podstawie niesystematycznego przeglądu literatury, rozwiązań międzynarodowych oraz analizy rozporządzeń MZ właściwych dla zadań i kompetencji położnej POZ, zaproponowano szczegółowy wykaz zadań, które mogłyby być realizowane przez położną POZ w celu zapewnienia właściwej opieki blisko kobiety. Wprowadzenie nowych zadań/kompetencji dla położnej wymaga przeprowadzenia systematycznego przeglądu literatury i analizy ekonomicznej czy też oceny wprowadzenia nowego świadczenia (np. wykonywanie cytologii przez położną POZ lub wystawianie skierowań na wybrane badania).

Propozycja zadań położnej POZ/położnej środowiskowej w obszarze profilaktyki oraz opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych							
Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów ginekologicznych oraz opieka nad pacjentkami w nowotworach ginekologicznych	I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia						
	<table border="1"> <tr> <td>Kryteria włączenia</td> <td> Podstawą kwalifikacji do świadczenia jest wystąpienie jednego z poniższych kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> – Kobiety zdrowe – Kobiety z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na nowotwory – podejrzenie raka szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika – podejrzenie raka trzonu macicy – podejrzenie raka jajnika – W trakcie lub przebyte leczenie nowotworu złośliwego szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika </td> </tr> </table>	Kryteria włączenia	Podstawą kwalifikacji do świadczenia jest wystąpienie jednego z poniższych kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> – Kobiety zdrowe – Kobiety z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na nowotwory – podejrzenie raka szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika – podejrzenie raka trzonu macicy – podejrzenie raka jajnika – W trakcie lub przebyte leczenie nowotworu złośliwego szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika 				
	Kryteria włączenia	Podstawą kwalifikacji do świadczenia jest wystąpienie jednego z poniższych kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> – Kobiety zdrowe – Kobiety z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na nowotwory – podejrzenie raka szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika – podejrzenie raka trzonu macicy – podejrzenie raka jajnika – W trakcie lub przebyte leczenie nowotworu złośliwego szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika 					
II. Zakres zadań							
	<ul style="list-style-type: none"> • ocena statusu zdrowotnego pacjentki¹⁰⁷ z wykorzystaniem stosownych, wystandaryzowanych narzędzi do oceny, w tym badania przedmiotowego i podmiotowego z wykorzystaniem techniki wywiadu motywującego¹⁰⁸ z kobietą w kierunku potencjalnych czynników ryzyka (typowe objawy i oznaki, które mogą sugerować podejrzenie nowotworu¹⁰⁹ – w tabeli poniżej) oraz często wykorzystywaną techniką komunikacji „Elicit-Provide-Elicit”¹¹⁰. <p>Tabela 126. Typowe objawy i oznaki, które mogą sugerować podejrzenie choroby nowotworowej z uwzględnieniem umiejscowienia nowotworu</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Umiejscowienie nowotworu</th> <th>Główne objawy</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Piersi</td> <td>guz w piersi, asymetria, retrakcja skóry, retrakcja brodawki, wydzielina z brodawki poplamiona krwią, wypryskowe zmiany w otocze</td> </tr> <tr> <td>Szyjka macicy</td> <td>krwawienie po stosunku, nadmierna wydzielina z pochwy</td> </tr> </tbody> </table>	Umiejscowienie nowotworu	Główne objawy	Piersi	guz w piersi, asymetria, retrakcja skóry, retrakcja brodawki, wydzielina z brodawki poplamiona krwią, wypryskowe zmiany w otocze	Szyjka macicy	krwawienie po stosunku, nadmierna wydzielina z pochwy
Umiejscowienie nowotworu	Główne objawy						
Piersi	guz w piersi, asymetria, retrakcja skóry, retrakcja brodawki, wydzielina z brodawki poplamiona krwią, wypryskowe zmiany w otocze						
Szyjka macicy	krwawienie po stosunku, nadmierna wydzielina z pochwy						

¹⁰⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z późniejszymi zmianami Dz. U. 2020 poz. 1255.

¹⁰⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej Dz. U. 2016 poz. 1567

¹⁰⁷ RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person- and Family-Centred Care*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Pozyskano z: https://mao.ca/sites/mao-ca/files/FINAL_Web_Version_1.pdf, dostęp z 09.10.2020

¹⁰⁸ Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). *Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis*. *British journal of general practice*, 55(513), 305-312. Pozyskano z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15826439/>, dostęp z 09.10.2020

¹⁰⁹ WHO (2017). *Guide to cancer early diagnosis*. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Pozyskano z: https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/, dostęp z 09.10.2020

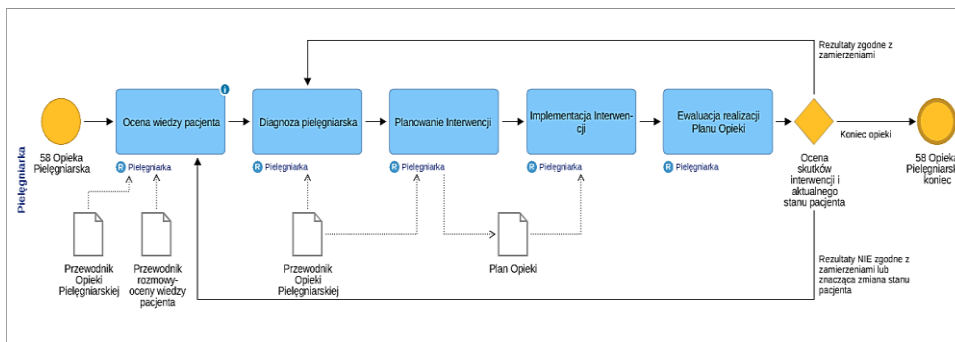
¹¹⁰ model elicit–provide–elicit (tj. pytaj – słuchaj - informuj) stosowany celem dopasowania przekazywanych informacji do danego pacjenta (ustala się co pacjent chce wiedzieć, przekazuje pożądane informacje i pyta pacjenta, w jaki sposób może je wykorzystać dla własnych korzyści)

Propozycja zadań położnej POZ/położnej środowiskowej w obszarze profilaktyki oraz opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych

Okreźnica i odybnyca	Zmiana rytmu wypróżnień, niewyjaśniona utrata masy ciała, niedokrwistość, krew w stolcu (rak odybnycy)
Jama ustna	Leukoplakia lub erytroplakia, narośl lub owrzodzenie jamy ustnej
Nosogardziel	Krwawienie z nosa, trwałe zatknięty nos, głuchota, węzły w górnej części szyi
Krtkań	Uporczywa/stała chrypka w głosie
Żołądek	Ból w nadbrzuszu, niestrawność, utrata masy ciała
Czerniak skóry	Brązowa zmiana, która rośnie z nieregularnymi brzegami lub obszarami o niejednorodnym zabarwieniu, które mogą swędzieć lub krwawić
Inny nowotwór skóry	Uszkodzenie lub ból skóry, który nie goi się
Pęcherz moczowy	Ból, częste i krępujące oddawanie moczu, krew w moczu
Gruzoł krokowy	Trudności (długotrwałe) w oddawaniu moczu, częste oddawanie moczu w nocy
Siatkówczak	Biała plama w źrenicy, zez zbieżny (u dziecka)
Jądra	Obrzęk jednego jądra (asymetria)

[Źródło: Opracowanie na podstawie danych WHO 2017]

- ocena występowania objawów świadczących o zagrożeniu nowotworem i dolegliwości;
- uzyskanie informacji w zakresie ostatniego badania cytologicznego i ginekologicznego;
- identyfikacja kobiet z obciążeniem rodzinnym występowania nowotworów ginekologicznych (wywiad rodowodowo-kliniczny);
- skryning w kierunku depresji z wykorzystaniem aktualnie rekomendowanych, wystandaryzowanych narzędzi do oceny stanu depresyjnego po wcześniejszym przeszkoleniu w zakresie ich stosowania (rekomendowane przez towarzystwa amerykańskie USPSTF 2016¹¹¹ – kwestionariusze PHQ-2, PHQ-9);
- ocena gotowości do uczenia¹¹² (kod interwencji według Międzynarodowej Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP113: 10002781);
- przygotowanie wraz z kobietą interprofesjonalnego (zgodnie ze ścieżką kliniczną), skoncentrowanego na osobie, planu opieki/edukacji kobiety i rodziny z wykorzystaniem rekomendowanych klasyfikacji (np. ICF, ICD; ICNP) i narzędzi, oraz ustalanie celów do osiągnięcia w zakresie danego problemu zdrowotnego¹¹⁴ (kod ICNP: 10035915);
- Na rysunku poniżej przedstawiono proces pielęgnowania w praktyce pielęgniarki/położnej, zgodny z procesem Business Process Model and Notation (BPMN):



Rysunek 20. Ścieżka kliniczna BPMN- proces pielęgnowania

[Źródło: BPMN oprac. Kamiński M., Kilańska D., Lipiński C., Librowska B., Szydłowska-Pawlak P., Dział Rozwoju Systemów Opieki Zdrowotnej, ADONIS, UMED 2020]

- implementacja planu opieki zgodnie ze strategią 5 A (ang. Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange), w tym informowanie o profilaktyce w zakresie nowotworów ginekologicznych (zgodnie z kodyfikacją ICNP szeroki zakres poradnictwa dotyczącego; a alkoholu, stosowania tytoniu, nadużywania specyfików, dotyczące karmienia piersią; poradnictwo dotyczące strachu; stresu duchowego; poradnictwo genetyczne; jak również przeprowadzenie wymazu cytologicznego w celu wczesnego

¹¹¹ USPSTF (2016). Final Recommendation Statement - Depression in Adults: Screening Pozyskano z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/depression-in-adults-screening>, dostęp z 09.10.2020

¹¹² Ocena „gotowości do zmiany” jest integralnym elementem zapewniania wsparcia w zakresie samzarządzania zdrowiem i chorobą

¹¹³ Przypisane kody pochodzą z Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP, która jest rekomendowana przez Ministerstwo Zdrowia oraz CSIOZ klasyfikacją praktyki pielęgniarskiej. ICNP pozwoliłaby na jednolite raportowanie procedur wykonanych przez pielęgniarki/położne oraz ocenę efektywności podejmowanych działań.

¹¹⁴ Registered Nurses' Association of Ontario (2012). Facilitating Client Centered Learning. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario

Propozycja zadań położnej POZ/położnej środowiskowej w obszarze profilaktyki oraz opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych	
	<p>wykrywania raka szyjki macicy; nauczanie w zakresie stylu życia, czynników ryzyka, objawach choroby, przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, samobadaniu piersi, zgłaszaniu się do lekarza;</p> <ul style="list-style-type: none"> • zakres interwencji możliwych do wdrożenia wskazywanych przez wytyczne RNAO 2015¹¹⁵ jest bardzo szeroki. Do najważniejszych, skoncentrowanych na profilaktyce, diagnostyce nowotworów ginekologicznych oraz opiece nad kobietą z nowotworem ginekologicznym można wymienić: informowanie o hospitalizacji; nauczanie o obrzęku; nauczanie o chemoterapii, radioterapii, o chorobie, reżimie terapii, nauczanie o leku i efektach ubocznych leku, nauczanie o funkcji układu moczowego, nauczanie o pielęgnacji i gojeniu si rany, higienie, higienie pochwy i pielęgnacji krocza, nauczanie o hospicjum, nauczanie o irygacji pęcherza moczowego, nauczanie o nadużywaniu alkoholu, innych substancji, używaniu tytoniu i rzucaniu palenia, nauczanie o narażeniu na bierne palenie, nauczanie o niepłodności, planowaniu rodziny; nauczanie o samoopiece, nauczanie o zachowaniach prozdrowotnych, nauczanie o zachowaniach seksualnych, nauczanie o zarządzaniu nietrzymaniem moczu i samodzielnego cewnikowania, nauczanie o zarządzaniu bólem, nauczanie opiekuna i rodziny o chorobie i zachowaniach prozdrowotnych, zachęcanie kobiet do korzystania z metod monitorowania (np. dzienników, osobistej dokumentacji medycznej) w celu monitorowania i śledzenia ich statusu zdrowotnego; • ewaluacja planu opieki i wyników, a w sytuacji wystąpienia nieprawidłowości skierowanie do właściwego specjalisty – lekarza POZ/ ginekologa/psychologa/dietetyka celem wykonania pogłębionej diagnostyki, ewaluacja wiedzy pacjentki; • dodatkowe zadania w ramach planu opieki onkologicznej to: <ul style="list-style-type: none"> ○ zarządzanie raną, w tym: ocenianie rany, ocenianie wiedzy o gojeniu rany, nauczanie o pielęgnacji rany, pielęgnacja rany otwartej, pielęgnacja rany złośliwej (niegojącej się), pielęgnacja rany zamkniętej, administrowanie lekiem, przepisanie leku, nauczanie o samoopiece skóry (kod ICNP: 10033029); ○ zarządzanie reżimem leku (kod ICNP: 10023888), w tym: nauczanie o efektach ubocznych leku (kod ICNP: 10044614), nauczanie o leku (kod ICNP: 10019470), nauczanie o podawaniu leku (kod ICNP: 10040712), zarządzanie efektem ubocznym leku (kod ICNP: 10021837), konsultowanie efektów ubocznych leku z usługodawcą usług zdrowotnych (lekarz) (kod ICNP: 10043233) ○ nauczanie o samoopiece (kod ICNP: 10045014); ocenianie samoopieki (kod ICNP: 10021844) za pomocą zdefiniowanych narzędzi¹¹⁶; promowanie samoopieki 10026347; asystowanie w samoopiece (kod ICNP: 10035763); (przygotowywanie i aktywizowanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie); ○ zarządzanie bólem, w tym: ocenianie bólu (kod ICNP: 10026119); monitorowanie bólu (kod ICNP: 10038929); ewaluacja odpowiedzi na zarządzanie bólem (kod ICNP: 10034053); ocenianie bólu (kod ICNP: 10026119); nauczanie o bólu (kod ICNP: 10039115). ○ świadczenia rehabilitacyjne (implementacja reżimu (planu) rehabilitacji (kod ICNP: 10051351), obejmujące: rehabilitację przyłóżkową w celu zapobiegania powikłaniom, usprawnianie ruchowe, ćwiczenia ogólnousprawniające, w tym: nauczanie o rehabilitacji (kod ICNP: 10033017), kierowanie do usługodawcy usług zdrowotnych (kod ICNP: 10032567), fizjoterapeuta (kod ICNP: 10032567); ○ wykonywanie testów diagnostycznych zleconych przez lekarza POZ (np. badania krwi w ramach monitorowania pacjentki po leczeniu), kierowanie na badania diagnostyczne (kod ICNP: 10031140). Należy rozważyć rozszerzenie uprawnień położnej POZ lub pielęgniarki POZ o kierowanie na określone badania (RTG, USG) lub wykonywanie wybranych badań przez położną (np. USG); ○ możliwość skierowania pacjentki w razie konieczności do pracownika społecznego; na fizjoterapię; terapię zajęciową; dietetyka¹¹⁷.
III. Warunki realizacji świadczenia – struktura organizacyjna i zasoby świadczeniodawcy z określeniem ich lokalizacji (w miejscu / w lokalizacji / w dostępie)	
Tryb udzielania świadczenia	Ambulatoryjny (gabinet położnej/wizyty domowe)
Miejsce realizacji świadczenia – wymogi formalne	Świadczenia są udzielane przez świadczeniodawcę, spełniającego warunki realizacji dla właściwego rodzaju komórki organizacyjnej opisane w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz w części „wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
Wyposażenie w sprzęt medyczny	
IV. Warunki monitorowania efektu świadczenia	

¹¹⁵ RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). Person- and Family-Centred Care. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Pozyskano z: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_1.pdf, dostęp z 09.10.2020

¹¹⁶ Pozykano z https://cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/2015jan_chobic-phase2-final-report.pdf?la=en&hash=F857EFEFDB59BDE71130CAE5BA713DEAE45DC724 dostęp 9.10.2020

¹¹⁷ Registered Nurses' Association of Ontario (2014). Care Transitions. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Pozyskano z: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf, dostęp z 09.10.2020

Propozycja zadań położnej POZ/położnej środowiskowej w obszarze profilaktyki oraz opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych	
	<p>Opieka świadczona przez położną POZ powinna być poddana monitorowaniu i ocenie jakości podobnie jak świadczenia udzielane przez lekarzy specjalistów co pozwoli na poprawę jakości tejże opieki nad kobietami:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odsetek pacjentek skierowanych do programu przesiewowego. • Odsetek pacjentek u których położna wykonała badanie cytologiczne. • Odsetek prawidłowo pobranych wymazów cytologicznych. • Odsetek kobiet z interprofesjonalnym planem opieki. • Odsetek kobiet u których dokonano oceny ryzyka wystąpienia nowotworu. • Odsetek kobiet skierowanych do lekarza POZ lub specjalisty. <p>Zakres wskaźników powinien zostać określony przez zespół ekspertów w drodze konsensusu, po ostatecznym ustaleniu zakresu zadań położnej POZ.</p>

9.8. Propozycja mierników oceny jakości opieki nad pacjentami

W ramach przedmiotu zlecenia została opracowana propozycja mierników oceny jakości diagnostyki i leczenia. Mierniki te można podzielić na trzy główne grupy (według teorii Donabediana):

- struktury;
- procesu;
- wyników (efektów).

Propozycja zestawu mierników oceny jakości została opracowana na podstawie obowiązujących aktów prawnych oraz przeglądu danych naukowych oraz skonsultowana z Zespołem ekspertów.

Obowiązujące mierniki oceny jakości

W ramach sieci onkologicznej określone zostały mierniki oceny opieki nad pacjentem, które obowiązują na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia^{118,119}. W rozporządzeniu, o którym mowa opublikowanych zostało 35 mierników dla pięciu jednostek chorobowych (rak jelita grubego, płuca, piersi, jajnika, gruczołu krokowego). Wśród nich wyróżnić można mierniki uniwersalne dla wszystkich nowotworów oraz szczegółowe dostosowane do specyfiki danego nowotworu. W przypadku monitorowania diagnostyki i leczenia i raka jajnika wskazać można poniższe mierniki:

- Odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu.
- Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu.
- Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia chemioterapii, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu.
- Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia radioterapii paliatywnej, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu.
- Odsetek świadczeniobiorców wymagających ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym.
- Odsetek świadczeniobiorców wymagających ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii onkologicznej.
- Odsetek świadczeniobiorców wymagających ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym.
- Odsetek świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej.
- Odsetek świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu.

¹¹⁸ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U. 2018 poz. 2423)

¹¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U. 2019 poz. 1902)

- Ocena kompletności badania patologicznego.
- Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetycznych i molekularnych czynników predykcyjnych.
- Odsetka zabiegów operacyjnych wykonanych metodą małoinwazyjną.
- Mediany czasu, który upłynął od dnia zarejestrowania świadczeniobiorcy na badania diagnostyczne (obrazowe lub patomorfologiczne) do dnia uzyskania wyniku tego badania.
- Odsetek badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa, endoscopia, biopsja, ocena patomorfologiczna, ocena molekularna), wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania.
- Odsetek limfadenektomii miednicznych wykonanych z podziałem materiału histopatologicznego według zakresów anatomicznych.
- Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych pierwotną optymalną lub suboptymalną cytoredukcją (bez pozostawienia mas resztkowych lub < 1 cm).
- Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których zastosowano neoadjuwantową chemioterapię (NACT).
- Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano laparotomię zwiadowczą.

Przegląd mierników oceny jakości

W celu odnalezienia proponowanych lub obowiązujących mierników oceny jakości w zakresie opieki onkologicznej w nowotworach C53, C54 i C56 przeprowadzono niesystematyczny przegląd danych na stronach rządowych różnych krajów (Wielkiej Brytanii, Francji, Belgii, Szkocji, Szwecji, Polski, Japonii), jak również stronach organizacji/towarzystw naukowych (ESGO, ESMO, WHO) zajmujących się problematyką nowotworów ginekologicznych.

Szczegółowy wykaz odnalezionych mierników oceny jakości w poszczególnych krajach lub z literatury wraz z definicjami i wartościami docelowymi/referencyjnymi (o ile podano) oraz referencjami przedstawiono w Aneksie Zał 5.

Na podstawie przeglądu wskaźników międzynarodowych opracowano zestaw mierników do konsultacji z ekspertami część wskaźników jest uniwersalna dla wszystkich trzech nowotworów (ICD-10: C53, C54, C56), natomiast część została wydzielona dla poszczególnych nowotworów.

Tabela 127 Mierniki oceny diagnostyki i leczenia

Miernik	Sposób obliczania	Oczekiwana wartość	Kategoria miernika *
UNIERSALNE (dla C53, C54, C56)			
Wskaźnik 5-letniego przeżycia pacjentek z rakiem szyjki macicy lub rakiem trzonu macicy od postawienia diagnozy w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu.	Liczba pacjentek, które żyją po 5 latach od daty postawienia diagnozy/liczba wszystkich pacjentek zdiagnozowanych w danym czasie		W
Wskaźnik 3-letniego przeżycia pacjentek z rakiem jajnika od postawienia diagnozy w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu.	Liczba pacjentek, które żyją po 3 latach od daty postawienia diagnozy/liczba wszystkich pacjentek zdiagnozowanych w danym czasie		W
Odsetek pacjentek, których przypadki zostały omówione na spotkaniu zespołu multidyscyplinarnego (po postawieniu diagnozy/ przed podjęciem leczenia).	Liczba pacjentek których przypadki zostały omówione na spotkaniu zespołu multidyscyplinarnego/ Liczba wszystkich pacjentek zdiagnozowanych	100%	P
Odsetek pacjentek, dla których opracowano raport z badania patomorfologicznego, który zawiera wszystkie minimalne wymagane elementy.		100%	P
Odsetek pacjentek z nowotworem szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika leczonych zgodnie z wytycznymi.	Uwaga: wskaźnik sugerowany w sytuacji obowiązywania krajowych wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego	100%	P

Miernik	Sposób obliczania	Oczekiwana wartość	Kategoria miernika *
Mediana czasu, który upłynął od dnia zarejestrowania pacjentki na badania diagnostyczne (obrazowe lub patomorfologiczne) do dnia uzyskania wyników tego badania.		<7 dni oczekiwania na wynik	P
Liczba badań klinicznych/naukowych w ośrodku do których rekrutowane są pacjentki z nowotworem szyjki macicy lub nowotworem trzonu macicy lub nowotworem jajnika.		Zalecane ≥ 1	S
Liczba radykalnych histerektomii wykonywanych przez chirurga rocznie.		≥ 10	S
Liczba radykalnych histerektomii wykonywanych w szpitalu rocznie.		≥ 50	S
Odsetek próbek limfadenektomii miednicy, które zawierają więcej niż 11 zbadanych węzłów chłonnych.		$\geq 90\%$	P
Odsetek próbek limfadenektomii okołoaortalnych, które zawierają więcej niż 5 węzłów chłonnych.		$\geq 85\%$	P
Odsetek pacjentek, które otrzymały chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej (w podziale na stopień zaawansowania).		Nie zdefiniowano	P
Odsetek pacjentek, u których zastosowano neoadjuwantową chemioterapię (NACT).		Nie zdefiniowano	P
Odsetek pacjentek, u których przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem chemioterapii neoadjuwantowej postawiono diagnozę atologiczną/histologiczną/cytologiczną.		100%	P
Odsetek zarejestrowanych poważnych powikłań.		Rak szyjki macicy, rak trzonu macicy <3% Rak jajnika <10%	W
RAK JAJNIKA			
Liczba całkowitych cytoredukcji w nowotworze jajnika potwierdzonych wynikiem histopatologicznym i badaniami obrazowymi na ośrodek w ciągu roku		Nie zdefiniowano	P
Liczba wykonanych operacji cytoredukcyjnych u pacjentek z nowotworem jajnika przez chirurga w ciągu roku.		$\geq 95\%$	P
Odsetek pacjentek z zaawansowanym nowotworem jajnika, którzy przeszli operację cytoredukcyjną i którym zaoferowano minimalne badanie przedoperacyjne	Liczba pacjentek z zaawansowanym nowotworem jajnika, u których wykonano operację cytoredukcyjną i którym zaoferowano minimalne badanie przedoperacyjne (np. obrazowe, ocena poziomu CA 125 i CEA, biopsja pod kontrolą radiologiczną lub laparoskopową) /wszystkie pacjentki z podejrzeniem zaawansowanego raka jajnika, u których wykonano operację cytoredukcyjną	100%	P
Odsetek pacjentek z podejrzeniem nowotworu złośliwego jajnika, u których wykonano laparoskopię zwiadowczą.	Nie zdefiniowano	100%	P
Odsetek pacjentek z nowotworem jajnika leczonych pierwotną optymalną lub suboptymalną cytoredukcją (bez pozostawienia mas resztkowych lub <1 cm).	Nie zdefiniowano	Nie zdefiniowano	P
Odsetek pacjentek poddanych pierwotnej lub odroczonej operacji cytoredukcyjnej w rozsiały raku jajnika u których uzyskano cytoredukcję całkowitą lub optymalną (<1 cm)	Nie zdefiniowano	Nie zdefiniowano	P
Odsetek pacjentek z rakiem jajnika zaawansowanym miejscowo (prawdopodobnie FIGO/II u których wykonano limfadenektomię miedniczną i okołoaortalną (pełen staging chirurgiczny)	Nie zdefiniowano	Nie zdefiniowano	P

Miernik	Sposób obliczania	Oczekiwana wartość	Kategoria miernika *
Odsetek pacjentek z rakiem jajnika, którzy zostali ponownie hospitalizowani w ciągu 30 dni od zabiegu chirurgicznego.	Nie zdefiniowano	Nie zdefiniowano	W
RAK TRZONU MACICY			
Odsetek pacjentek z nowotworem trzonu macicy, u których wykonano badania obrazowe zgodnie z zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego przed rozpoczęciem ostatecznego leczenia.	Nie zdefiniowano	100%	P
Odsetek pacjentek z nowotworem trzonu macicy operowanych, u których wykonano przedoperacyjną biopsję.	Nie zdefiniowano	≥99%	P
Odsetek pacjentek, które zostały poddane leczeniu chirurgicznemu i u których oceniono grading i śródoperacyjnie zaawansowanie choroby (G 1/2/3 lub T2 typ II).	Nie zdefiniowano	Nie zdefiniowano	P
Odsetek pacjentek poddanych definitywnemu zabiegowi chirurgicznemu, u których zastosowano metodę laparoskopową (w podziale na stopień zaawansowania).	Nie zdefiniowano	70%	P
Odsetek pacjentek z endometrialnym i śluzowym rakiem endometrium w stadium IB stopnia G1 lub G2 lub w stadium IA stopnia G3 poddanych radioterapii adjuwantowej.	Nie zdefiniowano	Nie zdefiniowano	P
RAK SZYJKI MACICY			
Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy, u których wykonano rezonans magnetyczny miednicy przed definitywnym leczeniem.	Nie zdefiniowano	100%	P
Odsetek pacjentek którzy otrzymali następujące leczenie: <ul style="list-style-type: none"> • Radiochemioterapia + Brachyterapia • Radiochemioterapia + Brachyterapia + Zewnętrzna radioterapia • Zewnętrzna radioterapia • Brachyterapia + Zewnętrzna radioterapia • Chirurgia + Radiochemioterapia + Zewnętrzna radioterapia • Chirurgia + radiochemioterapia • Chemioterapia • Chemioterapia przed właściwym/głównym leczeniem (w stadium III lub IVA) • Chirurgia + Radiochemioterapia + Brachyterapia • Chirurgia + Radiochemioterapia + Brachyterapia + Zewnętrzna radioterapia • Radiochemioterapia + Zewnętrzna radioterapia • Chirurgia + radioterapia zewnętrzna • Neoadjuwantowa chemioterapia + radiochemioterapia + brachyterapia • Radiochemioterapia • Chirurgia + Chemioterapia • Inne leczenie 	Nie zdefiniowano	Nie zdefiniowano	P
Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy w stadium IB1 (zgodnie z definicją radiologiczną i/lub histopatologiczną) poddawanych radykalnej histerektomii.	Nie zdefiniowano	Nie zdefiniowano	P
Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy, u których marginesy chirurgiczne są wolne od guza po histerektomii.	Nie zdefiniowano	95%	P
Odsetek pacjentek po pierwotnym leczeniu chirurgicznym (z wyłączeniem IA1), które mają ujemne marginesy pochwy (choroba inwazyjna) i marginesy parametryczne.	Nie zdefiniowano	Nie zdefiniowano	W

* gdzie "W" oznacza miernik wyniku, "P" miernik procesu, „S” miernik struktury

Przeprowadzono również przegląd wskaźników dotyczących efektywności kosztowej działania ośrodka GCU. W przedmiotowym temacie nie odnaleziono danych na temat stosowanych w innych krajach wskaźników, w związku z powyższym celem monitorowania efektywności kosztowej ośrodków zaproponowano wskaźniki oceniające koszty bezpośrednie realizacji poszczególnych etapów diagnostyki i leczenia oraz inkrementalny wskaźnik efektywności kosztów uzyskania dodatkowego roku życia pacjenta. Wybrane wskaźniki przedstawione zostały poniżej:

- Średni koszt hospitalizacji w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- Średni koszt hospitalizacji jednego dnia w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- Średni koszt leczenia ambulatoryjnego w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- Średni koszt badań diagnostycznych laboratoryjnych w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- Średni koszt badań diagnostycznych obrazowych w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- Średni koszt zastosowanej farmakoterapii (koszty zastosowanych leków, koszty przygotowania cytostatyków, leków osłonowych, płynów infuzyjnych leków przeciwbólowych, innych) w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- Średni koszt leczenia działań niepożądanych i powikłań w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- Średni koszt radioterapii w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- Średni koszt konsultacji lekarskich w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- Średni, całkowity koszt leczenia w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- Inkrementalny wskaźnik efektywności kosztów uzyskania dodatkowego roku życia pacjenta (przedłużenia życia pacjenta o jeden rok).

Monitorowanie powyższych wskaźników może również pozwolić na opracowywanie benchmarkingów pomiędzy podmiotami pełniącymi rolę GCU.

Ewaluacji zostaną również poddane wydatki NFZ na realizację świadczenia kompleksowej opieki względem świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom z nowotworem szyjki macicy (ICD-10: C53), nowotworem trzonu macicy (ICD-10: C54) lub nowotworem jajnika (ICD-10: C56) nie objętym opieką kompleksową a związanych z diagnostyką i leczeniem w związku z chorobą nowotworową.

9.9. Rejestr narządowy

Przegląd rozwiązań międzynarodowych 12 krajów (Australii, Stanów Zjednoczonych Ameryki (USA), Wielkiej Brytanii, Niemiec, Norwegii, Szwecji, Królestwa Niderlandów (Holandia), Francji, Hiszpanii, Litwy, Estonii oraz Węgier) wskazał, że prowadzenie rejestrów onkologicznych w wybranych krajach jest popularnym narzędziem, zapewniającym jakość świadczonych usług w zakresie onkologii. W krajach prowadzone są ogólne rejestry onkologiczne, w których gromadzone są dane m. in. dotyczące diagnostyki, cech guza (stadium zaawansowania, typ histologiczny), rodzaju leczenia, przeżywalności. ogólne rejestry onkologiczne występują w: USA, Wielkiej Brytanii, Norwegii, Szwecji, Holandii, Francji, Hiszpanii, Estonii, Litwie, Węgrzech.

Oprócz ogólnych rejestrów w 3 z 12 krajów funkcjonują równolegle rejestry ginekologiczne (specjalistyczne rejestry), w których zbierane są dane na temat poszczególnych nowotworów. Takie rozwiązanie funkcjonuje w Norwegii, Szwecji, Francji. Gromadzone w rejestrach specjalistycznych dane dotyczą przebiegu leczenia i zastosowanych procedur, m. in: wykonane badania diagnostyczne, informacje o miejscu leczenia pacjenta, informacje o podjętych metodach leczenia (planie leczenia), informacje o okresie oczekiwania na

świadczenia, informacje z zakresu wyników leczenia (np. wyniki operacji, przeżycie, przyczyna śmierci), informacje o powikłaniach, reoperacjach, wizytach kontrolnych. Zakres gromadzonych danych ulega regularnym aktualizacjom. Dodatkowo w Australii i Estonii działa również Rejestr Badań Przesiewowych (w zakresie raka szyjki macicy).

W Niemczech działalność rejestrów jest w fazie rozwoju, od 2013 r. nałożono na kraj obowiązek zorganizowania rejestru onkologicznego.

Funkcjonowanie rzetelnych rejestrów onkologicznych, w tym rejestrów ginekologicznych umożliwia dokonanie oceny efektywności i leczenia onkologicznego. Dostęp do kompletnych danych daje możliwość wygenerowania wartości wskaźników oceniających jakość opieki onkologicznej.

W Polsce funkcjonuje Krajowy Rejestr Nowotworów, konieczne jest jednak ciągłe podejmowanie działań, mających wpływ na podnoszenie jakości i efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Osiągnąć to można poprzez udoskonalanie rozwiązań już istniejących oraz wdrażanie nowych.

Wprowadzenie Kompleksowej Opieki Onkologicznej (we wskazaniach C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 nowotwór złośliwy jajnika) jest przykładem działania mającego na celu podniesienie jakości i efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Źródłem wskaźników monitorujących jakość udzielnych świadczeń kompleksowej diagnostyki i leczenia onkologicznego powinien być rejestr narządowy, tj. rejestr ginekologiczny. Stworzenie rejestru narządowego pozwoli na konsolidację informacji na temat ww. nowotworów w Polsce, przyczyni się do poprawy pracy, monitorowania jakości i pozwoli na identyfikację słabych stron w procesie diagnozowania, leczenia i monitorowania pacjenta. Gromadzone w rejestrze dane zapewnią możliwość porównań wyników leczenia na poziomie regionalnym, krajowym i międzynarodowym.

Potrzeba usprawnienia w zakresie gromadzenia danych jest zauważalna, co przejawia się wdrożeniem projektu „Budowa nowoczesnej platformy gromadzenia i analiza danych z Krajowego Rejestru Nowotworów oraz onkologicznych rejestrów narządowych, zintegrowanej z bazami świadczeniodawców leczących choroby onkologiczne (e-KRN+)”. Celem projektu jest usprawnienie funkcjonowania administracji poprzez cyfryzację procesów i procedur dotyczących gromadzenia i analizy danych o chorobach nowotworowych poprzez modernizację istniejącego systemu KRN. Zmiany mają umożliwić bezpośrednią integrację baz szpitalnych z systemem KRN. Nowa platforma informatyczna będzie łączyła zmodernizowany KRN oraz rejestry narządowe, które mają powstać w ramach projektu. Pierwszym Rejestrem utworzonym na platformie będzie Polski Rejestr Onko-Hematologiczny (PROH). Jednym z założeń projektu jest również utworzenie Generators Rejestrów, który umożliwi tworzenie kolejnych rejestrów narządowych¹²⁰.

W oparciu o projekt stworzenia Polskiego Rejestru Onko-Hematologicznego zaproponowano ramowe założenia rejestru ginekologicznego.

Ramowe założenia dla powstania Rejestru Ginekologicznego

Choroby objęte rejestracją: do rejestru włączeni zostaną wszyscy chorzy na nowotwory ginekologiczne kodowane w klasyfikacji ICD-10 (m.in. C53, C54, C56).

Zakres gromadzonych danych: informacje: o stanie pacjenta przed leczeniem, z zakresu diagnostyki (wykonane procedury), o metodach leczenia w całym przebiegu choroby, wynikach leczenia.

Źródła danych: ośrodki leczące nowotwory ginekologiczne, w tym GCU

Rejestr Nowotworów Ginekologicznych będzie gromadził dane prospektywnie, będzie prowadzony zgodnie z zasadami „Good Registry Practice”¹²¹.

Podstawy prawne: Rejestr Nowotworów Ginekologicznych będzie działał w myśl obowiązujących przepisów dotyczących rejestrów medycznych oraz zasad gromadzenia, przetwarzania i zapewniania bezpieczeństwa

¹²⁰ Pozyskano z:

<https://www.gov.pl/web/popcwsparcie/budowa-nowoczesnej-platformy-gromadzenia-i-analiza-danych-z-krajowego-rejestru-nowotworow-oraz-onkologicznych-rejestrow-narzadowych-zintegrowanej-z-bazami-swiadczeniodawcow-leczacych-choroby-onkologiczne-e-krn>, dostęp 06.10.2020.

¹²¹ Pozyskano z: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/patient_registries_guidelines_en.pdf, dostęp 05.10.2020 r.

danych wrażliwych. Zgodnie z legislacją, narządowy rejestr medyczny powinien zostać powołany odrębnym rozporządzeniem przez Ministra Zdrowia.

Zakres gromadzonych danych:

Podstawowy zakres danych, który dotychczas jest gromadzony przez KRN (tj. wiek, płeć, data zachorowania, kod choroby, stadium zaawansowania, kod morfologiczny, data zgonu) poszerzony o dane m. in.:

- stan sprawności pacjenta przed leczeniem (wg. ogólnie przyjętych do stosowania skal sprawności);
- choroby towarzyszące;
- data wykonania ostatniego badania przesiewowego (w przypadku raka szyjki macicy) i jego wynik;
- metody diagnostyczne/wyniki diagnostyki;
- stopień złośliwości;
- rodzaj i schemat zastosowanego leczenia;
- data rozpoczęcia (leczenie chirurgiczne/chemioterapia/radioterapia/chemioradioterapia), w tym czas oczekiwania od postawienia diagnozy do rozpoczęcia leczenia;
- data (ewentualnego) zakończenia leczenia (chemioterapia/radioterapia/chemioradioterapia);
- powód (ewentualnego) zakończenia leczenia (chemioterapia/radioterapia/chemioradioterapia);
- ocena wyników/odpowiedź na leczenie (wg. zastosowanej metody leczenia);
- data progresji/nawrotu;
- działania niepożądane;
- daty wizyt kontrolnych;
- data zgonu.

Struktura organizacyjna i źródła danych:

W myśli Kompleksowej Opieki Onkologicznej (we wskazaniach ICD-10: C53, C54, C56) nowotwory ginekologiczne będą leczone w Polsce w ośrodkach pełniących rolę GCU oraz w ośrodkach współpracujących, które będą podstawowym źródłem danych do rejestru. W każdym ośrodku powinna zostać wyznaczona osoba odpowiedzialna za koordynowanie procesu zgłaszania danych do rejestru (koordynator rejestru).

Dane wprowadzane są bezpośrednio do Rejestru Ginekologicznego – podrejestru raka szyjki macicy, raka trzonu macicy, raka jajnika. Pierwszy wpis dokonywany jest w momencie diagnozy. Jeśli leczenie jest prowadzone przez kilka ośrodków (np. w zakresie chemioterapii, radioterapii) ośrodek, który wykonuje ostatni etap ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej musi wprowadzić dane do systemu na temat leczenia danego pacjenta. W tej sytuacji konieczne jest, aby ośrodek rozpoczynający wprowadzanie danych wskazał ośrodek, w którym kontynuowane będzie leczenie pacjenta. Częściowo wypełniony formularz powinien zostać przekazany w systemie i ośrodek kontynuujący leczenie pacjenta zobowiązany jest do uzupełnienia formularza w zakresie adekwatnym do wykonanych procedur¹²².

Rejestr Ginekologiczny jest zobowiązany do przekazywania danych do KRN. Pozostałe dane, w tym wskaźniki jakości są gromadzone, przechowywane, przetwarzane i analizowane przez Rejestr Ginekologiczny.

Wnioski/korzyści:

Na podstawie gromadzonych w rejestrze ginekologicznym danych ośrodki świadczące kompleksową opiekę ginekologiczną mogą współpracować w celu ciągłego doskonalenia profilaktyki i opieki. Mogą także łączyć komparatystycznie dane z innych rejestrów międzynarodowych, a tym samym amplifikować wnioski zarówno o charakterze klinicznym jak i organizacyjno-kontrolnym.

¹²² Pozyskano z: https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/kvalitetsregister/sqrgc_arsrapport_2019.pdf, dostęp 05.10.2020.

Wdrożenie rejestru ginekologicznego wpłynie na poprawę jakości i kompletności zbieranych danych w rejestrze KRN wykorzystywanych przez instytucje ochrony zdrowia do podejmowania strategicznych decyzji z zakresu rozwiązań systemowych. Prospektywne zbieranie zapewni szybki dostęp do bieżących danych.

Gromadzenie danych z całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, w tym dane na temat progresji/nawrotu oraz wizyt kontrolnych pozwoli na sprawne monitorowanie pacjenta i zapobiegnie wypadnięciu pacjenta z systemu i wydłużeniu czasu na otrzymanie odpowiedniego świadczenia.

Wprowadzenie rejestru ginekologicznego niewątpliwie wpłynie na jakość świadczonych usług i poprawę wyników leczenia.

9.10. Opinie ekspertów i organizacji reprezentujących interesy pacjentów

Przedstawione w niniejszym rozdziale opinie ekspertów zostały przygotowane bezpłatnie, zgodnie z aktualnymi przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania przez Agencję na zlecenie Ministra Zdrowia oceny technologii medycznych.

Ocena zasadności organizacji Ośrodków Nowotworów Ginekologicznych (GCU) realizujących świadczenia gwarantowane w zakresie „Kompleksowej diagnostyki i leczenia onkologicznego nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56)” oraz szczegółowych warunków realizacji świadczeń w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotwór ginekologicznych oraz w zakresie monitorowania pacjenta po przebytej chorobie.

Wymagania dla ośrodka koordynującego oraz projekt kompleksowego świadczenia gwarantowanego wypracowane zostały w oparciu o badanie opinii eksperckich. Analitycy Agencji w dniu 2 września br. przekazali formularz oceny łącznie do 29 ekspertów oraz 4 września br. do 3 ekspertów stanowiących główną grupę interesariuszy w przedmiotowej kwestii. Do grona ekspertów zaliczono:

Lp.	Imię i nazwisko eksperta	Afiliacja
1.	Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski	Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii
2.	Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojs	Konsultant Krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej
3.	Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski	Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej
4.	Prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jeziorski	Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej
5.	Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Wallner	Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej
6.	Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kocharński	Konsultant Krajowy dziedzinie genetyki klinicznej
7.	Prof. dr hab. n. med. Leszek Królicki	Konsultant Krajowy medycyny nuklearnej
8.	Prof. dr hab. n. med. Andrzej Marszałek	Konsultant Krajowy patomorfologii
9.	Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski	Konsultant Krajowy radioterapii onkologicznej
10.	Prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy rehabilitacji medycznej
11.	Prof. dr hab. n. med. Robert Jach	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej
12.	Prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ginekologii onkologicznej
13.	Filip Nowak, MBA	p.o. Prezesa NFZ
14.	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE]
15.	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE]
16.	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE]
17.	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE]
18.	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE]
19.	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE]
20.	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE]
21.	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE]
22.	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE]
23.	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE]

24.	[REDACTED]	[REDACTED]
25.	[REDACTED]	[REDACTED]
26.	[REDACTED]	[REDACTED]
27.	[REDACTED]	[REDACTED]
28.	[REDACTED]	[REDACTED]
29.	[REDACTED]	[REDACTED]
30.	Prof. dr hab. n. med. Dariusz Wydra	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ginekologii onkologicznej (pomorskie)
31.	[REDACTED]	[REDACTED]
32.	[REDACTED]	[REDACTED]

Odpowiedzi na przesłany formularz uwag udzieliło łącznie 12 ekspertów/przedstawicieli instytucji, z tymże jedna z nich dotyczy wspólnego stanowiska obu organizacji pacjentów, tj. [REDACTED].

Formularz oceny zawierał 3 pytania, które dotyczyły:

- zasadności wprowadzenia zmian systemowych w zakresie organizacji „Ośrodków Nowotworów Ginekologicznych” (*Gynecological Cancer Unit* (GCU) wraz z uzasadnieniem;
- wyrażenia opinii na temat zaproponowanego modelu organizacji Ośrodka Nowotworów Ginekologicznych wraz z uzasadnieniem;
- wyrażenia opinii na temat przygotowanych modułów: MDPiM – moduł diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej; MD 1 – moduł diagnostyczny w POZ; MD 2 – moduł diagnostyczny w AOS; MD 3 – moduł diagnostyczny w LSZ; MT – moduł terapeutyczny; MM – moduł monitorowania

Wyniki indywidualnych rekomendacji ekspertów/przedstawicieli instytucji w przedmiotowym zakresie prezentują poniższe zestawienia tabelaryczne.

Tabela 128. Stanowisko w sprawie zasadności wdrożenia modelu kompleksowej opieki onkologicznej w zakresie organizacji diagnostyki i leczenia (ICD-10: C53, C54, C56) *Gynecological Cancer Unit* (GCU)


Ekspert - funkcja	Stanowisko eksperckie w sprawie <i>Gynecological Cancer Unit</i> (GCU) dla C53, C54, C56	
	Czy wprowadzenie GCU jest zasadne?	Uzasadnienie
Prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński - KW w dz. ginekologii onkologicznej dla woj. małopolskiego	TAK	Ekspert podkreśla, że utworzenie tzw. GCU umożliwiłoby: <ul style="list-style-type: none"> • koncentrację wysoko wykwalifikowanych pracowników medycznych oraz specjalistycznego sprzętu, • ujednoczenie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, postępowanie z aktualną wiedzą medyczną oraz zaleceniami, • poprawę możliwości prowadzenia badań naukowych i programów terapeutycznych, • poprawę dostępności do specjalistycznych procedur medycznych, • a w konsekwencji - poprawę wyników leczenia nowotworów ginekologicznych.
Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojas KK w dz. ginekologii onkologicznej	TAK	Brak uwag. Stanowisko eksperta jest tożsame z wypracowanym przez Agencję i Zespół ekspercki do którego Profesor należy.



[REDACTED]	TAK	Ekspert podkreśla, że tylko utworzenie centrów może podnieść jakość leczenia, szczególnie operacyjnego, oraz związaną z tym poprawę 5-letnich przeżyć chorych.
[REDACTED]	TAK	Ekspert podkreśla, że jest to konieczność kompleksowego leczenia.
[REDACTED]	TAK	Ekspert podkreśla, że utworzenie GCU to: <ul style="list-style-type: none"> • możliwość świadczenia wyspecjalizowanej, kompleksowej, koordynowanej opieki medycznej; • zapewnienie kompleksowej diagnostyki i indywidualnego procesu leczenia; • możliwość leczenia pacjentek we wszystkich stadiach choroby - z uwagi na posiadane doświadczenie ośrodków/specjalistów; • leczenie chirurgiczne przeprowadzane przez najlepiej przygotowany zespół medyczny z dużym doświadczeniem (doświadczeni chirurdzy, wolumen wykonanych zabiegów); • ośrodki kompetencji zwiększą szansę przeżycia pacjentek z małych miast/miasteczek/wsi; • możliwość prowadzenia niestandardowego leczenia, prowadzenia nowatorskich terapii; • wielodyscyplinarność - możliwość konsultacji z wieloma specjalistami z różnych dziedzin; • zapewnienie dostępu do wielu poradni (w tym rehabilitacyjnej/fizjoterapii – właściwy dobór fizjoterapii może wpłynąć na tzw. oszczędzający tryb życia, ale i poprawę stanu psychosomatycznego); • możliwość monitorowania wyników, jakości leczenia i toksyczności leczenia.
[REDACTED]	TAK	Brak podanego uzasadnienia.
[REDACTED]	Brak informacji.	Ekspert skomentował dokument wymogów dot. GCU i modułów. Uwagi nie zostały przesłane w formie przesłanego przez AOTMiT formularza opinii.
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kochański – KK w dz. genetyki klinicznej	Brak informacji.	Ekspert ustosunkował się jedynie do kwestii dotyczących obszaru genetyki klinicznej.
Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)	TAK	Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia stoi na stanowisku, że tworzenie wysokospecjalistycznych centrów kompetencji nowotworów ginekologicznych, które wytyczają standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną z uwzględnieniem funkcjonującego obecnie w Polsce systemu opieki zdrowotnej jest uzasadnione. Jednocześnie wobec przedstawionej propozycji wprowadzenia zmian systemowych w zakresie organizacji udzielania świadczeń przez świadczeniodawców realizujących świadczenia gwarantowane kompleksowej diagnostyki i leczenia onkologicznego nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56) – <i>Gynecological Cancer Unit</i> (GCU) poniżej przedstawiono następujące uwagi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Przedstawiony dotychczas przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji sposób realizacji opieki kompleksowej dla nowotworów złośliwych odmiennych okolic anatomicznych (np. rak pęcherza moczowego i nowotworów ginekologicznych) różni się od siebie w sposób istotny. Nie wypracowano dotychczas, przy uwzględnieniu specyfiki poszczególnych typów nowotworów, jednolitego


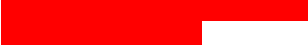

		<p>sposobu zasad współpracy pomiędzy centrami kompetencji nowotworów, a świadczeniodawcami współpracującymi z tymi podmiotami, zasad diagnostyki, leczenia i monitorowania terapii;</p> <p>2. Zasadniczymi zadaniami realizowanymi przez centra kompetencji nowotworów ginekologicznych jest ustalanie jednolitych standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną, organizacja współpracy z ośrodkami współpracującymi w celu zapewnienia kompleksowej opieki nad pacjentami i sprawowanie nadzoru nad jakością udzielonych świadczeń oraz monitorowanie procesu leczenia. Biorąc pod uwagę powyższe w ocenie NFZ projekt powinien zasadniczo zawierać wymagania dotyczące głównie ww. obszarów oraz określać szczegółowo warunki dotyczące kwalifikacji świadczeniodawców jako centrów kompetencji nowotworów ginekologicznych (ICD10: C53, C54, C56) (GYNECOLOGICAL CANCER UNIT).</p> <p>3. Natomiast istotną część projektu stanowią warunki szczegółowe realizacji świadczeń onkologicznych, w tym wymagania w zakresie personelu, sprzętu oraz wykaz procedur możliwych do realizacji przez świadczeniodawców współpracujących z GCU. W tym miejscu należy wskazać, że rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych szczegółowo określają wymagania dla świadczeniodawców realizujących świadczenia w poszczególnych zakresach. Ponadto zawierają one szczegółowy wykaz procedur możliwych do wykonania jako świadczeń gwarantowanych. Wobec powyższego wydaje się, że tworzenie odrębnych wykazów możliwych do realizacji procedur, które de facto zostały już określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych nie znajduje uzasadnienia. Kluczowe natomiast w opiece kompleksowej są zasady współpracy pomiędzy GCU, a świadczeniodawcami współpracującymi z tymi ośrodkami.</p>
	TAK	<p>Ekspert podkreśla, że ogólnie koncepcja GCU jest dobra, chociaż w proponowanej wersji może znacząco utrudnić dostęp chorej do leczenia, ale jednocześnie powinna podnieść jakość leczenia chirurgicznego.</p> <p>Zgodnie z opinią eksperta „system powinien podlegać MZIOS a nie być agendą Centrum Onkologii w Warszawie”.</p>
	TAK	<p>Ekspert proponuje jednak: „utworzenie GCU na zasadach konsorcjum skupiającego ośrodek akademicki i/lub regionalny ośrodek onkologiczny jako organ nadzorujący oraz kilka ośrodków współpracujących (inne szpitale posiadające odpowiednią bazę, wykształcony personel i współpracę z ośrodkami onkologicznymi prowadzącym radio- i chemioterapię)”.</p>
<p>Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski KK w dz. położnictwa i ginekologii</p>	Brak informacji.	<p>Ekspert nie udzielił odpowiedzi w formie przesłanego formularza. Nie przedstawił swojego stanowiska w zakresie tworzenia GCU.</p>

Tabela 129. Stanowisko eksperckie w sprawie modelu organizacji diagnostyki i leczenia koordynującego w ramach Gynecological Cancer Unit (GCU) dla C53, C54, C56

	Model organizacji diagnostyki i leczenia ośrodka koordynującego - GCU
Ekspert - funkcja	Uwagi eksperta
<p>Prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński - KW w dz. ginekologii onkologicznej dla woj. małopolskiego</p>	<p><u>Dot. wymogów formalnych:</u> „Wymieniona w strukturze organizacyjnej poradnia chirurgii onkologicznej (pkt 6) powinna być umieszczona podobnie jak inne poradnie np. urologiczna w miejscu zapewnienia dostępu”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> „Spektrum diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych nie wymaga, aby poradnia chirurgii onkologicznej była niezbędnym elementem GCU. Podstawowe zadania powinny należeć do poradni ginekologii onkologicznej, a ośrodek powinien mieć dostęp do konsultacji w poradni chirurgii onkologicznej”.</p> <p><u>Dot. personelu:</u> „Punkt 1. podpunkt 2) powinien zostać wykreślony”. (z przyp. <i>analitka</i>: „2) chirurgii onkologicznej — posiadających umiejętności i doświadczenie w zakresie zastosowania</p>

	<p>podstawowych i zaawansowanych technik laparoskopowych (równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie chirurgii onkologicznej)).</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Chirurg onkologiczny nie jest niezbędny i konieczny do zapewnienia prawidłowego procesu diagnostyczno-terapeutycznego w GCU. Taką rolę i w tym celu jest szkolony specjalista ginekologii onkologicznej. Podobnie jak w chirurgii onkologicznej może być potrzeba angażowania do zespołu ginekologa-onkologa tak samo w ginekologii onkologicznej może istnieć w niektórych sytuacjach klinicznych potrzeba uczestniczenia w zespole chirurga onkologicznego, urologa bądź innego specjalisty”.</p>
<p>Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojs</p> <p>KK w dz. ginekologii onkologicznej</p>	<p>Brak uwag.</p>
	<p><u>Dot. wymogów formalnych:</u></p> <p>„Pkt.1.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Powinno być: oddział szpitalny ginekologia onkologiczna z pododdziałem chemioterapii nowotworów narządów płciowych - konieczna poradnia ginekologii onkologicznej - dostęp do wszystkich pozostałych”. <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Tylko taki oddział zapewnia ciągłość i kompleksowość leczenia. Prowadzę taki oddział (a pracuje w takim od 30 lat). W praktyce każde przejście chorej z jednego oddziału na kolejny wiąże się z opóźnieniem leczenia! Lekarz specjalista ginekolog onkolog ma w swoich kompetencjach prowadzenie chemioterapii nowotworów narządów płciowych, więc może takie leczenie prowadzić. Chemioterapia nowotworów narządów płciowych jest wystandaryzowana i raczej nieskomplikowana.</p> <p>Wymieniono kilka poradni: do jakiej poradni chora na raka jajnika ma się udać po skończonym leczeniu? Do Chirurga? Do chemioterapeuty? Podobnie jak wskazałam powyżej – lekarz ginekolog onkolog ma w swoich kompetencjach kontrolę chorych po operacji, chemioterapii i radioterapii, ma też rozpoznawać nawroty. Nikt inny nie jest konieczny”.</p> <p><u>Dot. personelu:</u></p> <p>„Onkolog kliniczny nie jest konieczny.</p> <p>Chirurg onkolog nie jest konieczny – w zupełności wystarczy chirurg, najlepiej będący członkiem zespołu razem z ginekologami onkologami”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Centra nie będą operować raków jelita grubego ani wątroby. Doświadczony chirurg dokona bez problemu wycięcia śledziony czy esicy, założy stomię. Należy pamiętać, że chirurgów onkologów nie mamy w Polsce w nadmiarze, a „uwiązanie” takiego na oddziale ginekologii onkologicznej, gdzie będzie potrzebny może 2x w tygodniu jest całkowicie niezasadne”.</p> <p><u>Dot. wyposażenia i sprzętu:</u></p> <p>„Pkt. 2 – powinno być: laparoskop z obrazowaniem ICG</p> <p>Pkt. 4 i 5 uwzględniłam, że albo TK albo MR, ze wskazaniem na MR – jest bardziej uniwersalny, szczególnie u ciężarnych z podejrzeniem nowotworu”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Procedura węzła wartowniczego z użyciem ICG jest pomocna przy operacjach nisko zaawansowanego raka endometrium i powinien to być już standard”.</p> <p><u>Dot. organizacji udzielenia świadczeń:</u></p> <p>„Pkt.2. – pierwsze i drugie postanowienia sobie przeczą!</p> <p>Albo wielodyscyplinarny zespół albo lekarze specjaliści biorący udział w procesie leczenia!</p> <p>Pkt.4. – zaprzeczenie pktu 1. w wymaganiach formalnych – podana jest chemioterapia „w ramach dostępu”</p> <p>SIEDM tygodni na diagnostykę onkologiczną jest zdecydowanie za długo – powinno być 2 tygodnie”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Jestem za: specjalistami biorącymi udział w procesie leczenia. Histopatolog na ogół nie ma pojęcia o leczeniu onkologicznym – ma napisać rozpoznanie i tyle. Nie jest potrzebny w zespole –</p>

	<p>każdy kolejny członek zespołu zmniejsza szansę na zebranie konsylium w krótkim czasie i opóźnia to leczenie</p> <p>Każdą chorą na nowotwór narządów płciowych można zdiagnozować w ciągu 5 dni. Rak szyjki macicy – biopsja, za 2 dni jest wynik, w tym czasie po badaniu ginekologicznym już wiadomo, czy chora kwalifikuje się do leczenia operacyjnego, czy do radiochemioterapii; jeśli planujemy operację, to w ciągu tych dwóch dni oczekiwania na wynik histologiczny ma zrobiony rezonans i za dwa dni jest konsylium decyduje, czy operacja, czy radiochemio. Rak endometrium – podobnie. Rak jajnika – przy ewidentnych cechach procesu nowotworowego – rezonans lub tomografia, za dwa dni laparoscopia – indeks Fagotti i operacja cytoredukcyjna lub chemioterapii neoadjuwantowa. W obecnych warunkach proces diagnostyczny trwa około 7-10 dni, ponieważ wszystkie chore są testowane na COVID.</p> <p>Aby zrealizować szybki proces diagnostyczny i zaplanować leczenie, konsylium powinno być dostępne codziennie.</p> <p>Wszystkie procedury diagnostyczne – biopsje, badania obrazowe powinny być ułatwione w czasie jednego pobytu chorej w szpitalu, ale procedury powinny się sumować do wyceny całego procesu leczenia; dziś przyjmuje się chore do każdego badania oddzielnie, bo wtedy szpital lepiej zarabia.</p> <p>Należy dążyć do tego, aby lekarze ginekolodzy z ambulatoriów kontaktowali się bezpośrednio z oddziałami onkologii ginekologicznej, przesyłali skany badań USG, wyniki markerów i opisy badania ginekologicznego – jest to ułatwienie dla chorych, nie muszą jeździć wielokrotnie czasem wiele kilometrów na kolejne badania i czekać na decyzję”.</p> <p><u>Dot. kryteriów jakości:</u></p> <p>„Audyt zewnętrzny przeprowadzony wzajemnie” Powinno być: audyt zewnętrzny przeprowadzany przez specjalistę krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej i niezależnego audytora NFZ.</p> <p>Nie jest konieczny Krajowy Ośrodek Koordynujący leczenie nowotworów narządów płciowych – historia pokazała, że taki ośrodek w zakresie cytologii też nie był konieczny”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Dobrze opłacany specjalista z NFZ może wymusić dobre wyniki; za źle wykonane badania i operacje oraz długi czas oczekiwania na świadczenie po prostu nie należy płacić!</p> <p>Konieczne jest utworzenie Krajowego Rejestru Nowotworów Ginekologicznych (ponieważ Krajowy Rejestr Nowotworów po prostu nie działa dobrze – wyniki są po 3 latach! W dobie Internetu!!!) z podłączeniem do niego pracowni histopatologicznych – wtedy czas od wyniku do leczenia będzie widoczny doskonale”.</p>
	<p><u>Dot. wymogów formalnych:</u></p> <p>„Pkt. A i B lub TYLKO A! bo chemioterapia może być podawana też na ginekologii”.</p> <p><u>Dot. personelu:</u></p> <p>Nie ma konieczności zatrudnienia bezwzględnie onkologów klinicznych, bo ginekolog onkolog ma uprawnienia do stosowania chemioterapii (czyli mogą być 2 dodatkowe etaty ginekologa onkologa!)</p> <p><u>Dot. wyposażenia i sprzętu:</u></p> <p>Brak uwag.</p> <p><u>Dot. organizacji udzielania świadczeń:</u></p> <p>„Brak możliwości organizacyjnych, aby w konsyliach uczestniczył lekarz prowadzący danego pacjenta – organizacyjnie niemożliwe”.</p> <p><u>Dot. kryteriów jakości:</u></p> <p>„50 raków jajnika, 50 raków trzonu macicy, 50 raków szyjki macicy”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„50 rocznie to zaledwie jedna operacja tygodniowo – to chyba zbyt mało jak na GCU!”</p>
	<p>Brak uwag.</p>

 	<p><u>Dot. organizacji udzielania świadczeń:</u></p> <p>1. „Koordynacja wszystkich działań związanych z opieką nad pacjentem, w tym monitorowanie po leczeniu przez min. 2 lata”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>Zapis w projekcie – min. 1 rok jest zbyt krótki, pacjentki mogą odczuwać wiele dolegliwości, których źródło jest trudno określić. Z uwagi na możliwość wznowy – wskazane obowiązkowe kontrole przez min. 2 lata od zakończenia leczenia.</p> <p>2. „Ośrodek zapewnia realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 4 tyg. Od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na świadczenie.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>Realizacja diagnostyki powinna być w terminie nie dłuższym niż 4 tyg. od zapisu na listę oczekujących na świadczenie – im wcześniej postawione rozpoznanie i podjęte leczenie, tym wyższa szansa skuteczności terapii.</p> <p>3. „Włączyć - poradnictwo dot. prokreacji”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>Ze względu na szczególny rodzaj nowotworu, pacjentki mają szereg wątpliwości z zakresu prokreacji, profesjonalna porada będzie pomocna w podejmowaniu właściwych decyzji.</p> <hr/> <p><u>Dot. kryteriów jakości:</u></p> <p>„Włączenie ankiet satysfakcji pacjentów”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>Przeprowadzanie ankiet min. 2-krotnie (po pierwszym etapie leczenia i na zakończenie leczenia). Publikacja ankiet w formie raportów i upublicznienie. Cel: troska o jakość świadczonych usług i ich weryfikacja.</p> <p>Przeprowadzanie ankiet satysfakcji na etapie diagnostyki – analiza trudności pojawiających się na tym etapie.</p>
	<p><u>Dot. wymogów formalnych:</u></p> <p>Uwaga do punktu „9) zakład patomorfologii z gwarancją wykonania zalecanych badań immunohistochemicznych i molekularnych koniecznych do postawienia rozpoznania i ustalenia planu leczenia”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Powinien być dostęp do badania śródoperacyjnego, ponieważ od tego bardzo wiele zależy podczas operacji onkologicznych zwłaszcza w zakresie raka jajnika”.</p> <hr/> <p><u>Dot. personelu:</u></p> <p>Uwaga dot. Pkt 2, podpunkt 8) Koordynatorów organizacyjnych – w wymiarze zapewniającym ciągłość procesu diagnostyczno-terapeutycznego”:</p> <p>„Zamienić Koordynatorów organizacyjnych na Koordynatorów pacjenta”.</p> <hr/> <p><u>Dot. wyposażenia i sprzętu:</u></p> <p>„Dodać Mammograf - rak jajnika łączy się często z zespołem raka piersi /raka jajnika”</p> <hr/> <p><u>Dot. organizacji udzielania świadczeń:</u></p> <p>Uwaga dot. pkt 4 „Ośrodek bierze udział w realizacji programu badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy...” należy dodać:</p> <p>„i badań genetycznych w kierunku dziedzicznych rodzinie nowotworów raka jajnika i zespołu raka jajnika i raka piersi”.</p> <p>Uwaga dot. pkt. 9 „Ośrodek wyznacza koordynatorów organizacyjnych...” zamienić na:</p> <p>„Ośrodek wyznacza koordynatorów pacjenta...”</p> <p>Uwaga dot. pkt. 13 „Ośrodek zapewnia kontynuację procesu leczniczego przez zapewnienie procedur fizjoterapeutycznych zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta” dodać:</p> <p>„także w okresie przedoperacyjnym w ramach edukacji o postępowaniu po zabiegu po wystąpieniu działań niepożądanych (obrzęk limfatyczny)”.</p>
<p>Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kocharński – KK w dz. genetyki klinicznej</p>	<p><u>Dot. personelu:</u></p> <p>„Nie znalazłem specjalisty genetyka klinicznego i specjalisty laboratoryjnej genetyki medycznej - w procesie diagnostycznym są to specjaliści kluczowi”</p>


Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)	<p><u>Dot. wymogów formalnych:</u></p> <p>„1. Propozycja zmiany sformułowania: Zapewnia w strukturze organizacyjnej (...), na: Zapewnia się w lokalizacji</p> <p>2. Nie wskazano poradni położniczo-ginekologicznej.</p> <p>3. Wskazując warunek zapewnienia poradni „lub chemioterapii” dopuszcza się możliwość utworzenia ośrodka bez zaplecza do wykonywania chemioterapii.</p> <p>4. Wskazuje się na obowiązek dostępu do poradni rehabilitacyjnej/ fizjoterapii – jednak w dalszej części dokumentu nie określono zakresu koniecznych do zapewnienia świadczeń”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„1. W strukturze organizacyjnej Świadczeniodawców poszczególne komórki organizacyjne mogą funkcjonować w różnych lokalizacjach (czasem odległych). Uzasadnione jest, aby zasadnicze komórki organizacyjne, w których jest prowadzona kompleksowa opieka onkologiczna były usytuowane w tej samej lokalizacji.</p> <p>2. Przedmiotowa poradnia jest wskazana w module diagnostycznym z błędną nazwą.</p> <p>3. i 4. Ryzyko braku zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń”.</p>
	<p><u>Dot. personelu:</u></p> <p>„1. Uwaga techniczna - Pkt 2 ppkt 5 Pozostały personel: propozycja zmiany sformułowania „w przypadku radioterapii” na „w przypadku teleradioterapii”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>Wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, o których mowa w projekcie, odnoszą się do teleradioterapii, która jest pojęciem węższym niż radioterapia.</p>
	<p><u>Dot. wyposażenia i sprzętu:</u></p> <p>„Wskazanie „mobilnego aparatu RTG” jest wymogiem zbyt liberalnym w kontekście tworzenia nowego świadczenia kompleksowego, które w założeniu powinno gwarantować wyższą jakość i kompleksowość udzielanych świadczeń”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Konieczne wskazanie pracowni RTG”</p>
	<p><u>Dot. organizacji udzielania świadczeń:</u></p> <p>„1. Wskazanie warunku: „2. Koordinacja wszystkich działań związanych z opieką nad pacjentem, w tym po zakończonym leczeniu przez okres minimum 1 roku” wymaga modyfikacji, ujednolicenia.</p> <p>2. Wskazuje się na obowiązek „zapewnienia kontynuacji procesu leczniczego przez zapewnienie procedur fizjoterapeutycznych zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta” nie wskazując zakresu koniecznych do zapewnienia świadczeń.</p> <p>3. Uzasadnione jest doprecyzowanie zasad współpracy GCU z innymi świadczeniodawcami</p> <p>4. W kryteriach organizacyjnych procesów diagnostycznych i leczniczych - pkt 1 ppkt 2 odwołano się do przepisu: „ośrodek zobowiązany jest do podjęcia leczenia w terminie określonym w § 4a ust. 1 pkt 1) lit. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego - przepis jest niekompletny, nie wskazano pełnego odniesienia do aktu prawnego, tzn. nie wskazano litery „b”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„1. Wskazany warunek jest niespójny z założeniami modułu monitorowania, który zakłada okres po 12 miesiącach, następnie po 3 latach oraz powyżej 5 lat.</p> <p>2. Ryzyko braku zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń.</p> <p>3. W dużych aglomeracjach wymagania określone dla Centrum Kompetencji Nowotworów Ginekologicznych (GCU) mogą być spełnione u więcej niż jednego świadczeniodawcy. Projekt nie odnosi się do zasad nawiązywania współpracy między GCU, a świadczeniodawcami współpracującymi na danym obszarze. np. w sytuacji, gdy w danym województwie będą funkcjonowały co najmniej 2 ośrodki spełniające standardy określone dla GCU, współpracujące z tym samym świadczeniodawcą. Nie jest oczywiste, który z GCU będzie wówczas ustalał standardowe procedury postępowania określające zasady diagnostyki i leczenia we wszystkich stadiach zaawansowania dla danego ośrodka współpracującego”.</p>


	<p><u>Dot. kryteriów jakości:</u></p> <p>„Jednym z warunków jest rekrutacja do co najmniej jednego badania klinicznego pacjentek z rakiem szyjki macicy lub rakiem trzonu macicy lub rakiem jajnika”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>W ocenie NFZ wskazane wymaganie nie powinno warunkować kwalifikacji świadczeniodawcy jako Ośrodka Koordynującego – Centrum Kompetencji Nowotworów Ginekologicznych. Badania kliniczne w przeważającej większości mają charakter komercyjny i są realizowane poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Miarodajnym wskaźnikiem jakości mogłaby być natomiast np. liczba publikacji naukowych z zakresu nowotworów ginekologicznych.</p>
[REDACTED]	<p><u>Dot. wymagań formalnych:</u></p> <p>„Radioterapia, PET oraz diagnostyka genetyczna możliwa na podstawie umowy z zakładem zewnętrznym”.</p>
	<p><u>Dot. kryteriów jakości:</u></p> <p>„System kontroli powinien być niezależny od jakiegokolwiek ośrodka onkologicznego, powoływany przez Ministra Zdrowia z grupy ekspertów PTGO w porozumieniu z Konsultantem Krajowym”.</p>
[REDACTED]	<p><u>Dot. personelu:</u></p> <p>Punkt 1 podpunkt 1 „Równoważnik co najmniej 2 etatów specjalisty ginekologii onkologicznej w klinice akademickiej lub/i oddziale onkologii ginekologicznej centrum regionalnego onkologii. Równoważnik 1-2 etatów specjalisty ginekologii onkologicznej w ośrodkach współpracujących w ramach konsorcjum”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Posiadanie specjalizacji z ginekologii onkologicznej przez nawet 1 osobę decyzyjną (kierownik, koordynator, stały konsultant) gwarantuje prawidłowość świadczeń pod warunkiem dobrego wykształcenia operacyjnego reszty personelu oraz możliwości stałej współpracy w ramach ośrodka z chirurgiem/ urologiem (szpital wielospecjalistyczny, chirurg/ urolog na etacie lub stały kontrakt)”.</p>
	<p><u>Dot. organizacji udzielania świadczeń:</u></p> <p>„Punkt 1 – w tym raka sromu C.51 o którym zapomniano w dokumencie opisującym zasady działania GCU</p> <p>Punkt 3 – oraz rekomendacji krajowych (międzynarodowych?) towarzystw naukowych i branżowych stosownych dla dziedziny onkologii ginekologicznej</p> <p>Etapy udzielania świadczeń podpunkt 1. Okres oczekiwania na wdrożenie diagnostyki wynoszący do 7 tygodni jest stanowczo zbyt długi”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Rak sromu jest najrzadziej występującym nowotworem złośliwym narządów płciowych, tym niemniej jego leczenie jest trudne i kompleksowe</p> <p>Na przykład rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (PTGO), Europejskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (ESGO). Rekomendacje są aktualizowane na podstawie <i>Evidence Based Medicine</i>, czyli badań randomizowanych o wysokim wskaźniku wiarygodności.</p> <p>Współpraca między ośrodkami w ramach konsorcjum może skrócić czas oczekiwania zarówno na diagnostykę jak i leczenie”.</p>
	<p><u>Dot. kryteriów jakości:</u></p> <p>„Punkt 1. Realizacja co najmniej 50 dużych zabiegów w ośrodku akademickim i/lub regionalnym ośrodku onkologicznym, lub co najmniej 30 dużych zabiegów w ośrodku należącym do konsorcjum</p> <p>Punkt 2. Warunek trudny do spełnienia dla wielu ośrodków”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Obecnie zaledwie pojedyncze ośrodki rekrutują pacjentki do badań klinicznych w ginekologii operacyjnej. O wiele łatwiejsza jest rekrutacja chorych do programów lekowych w chemioterapii i terapii celowanej”.</p>
	<p><u>Dot. wymogów formalnych:</u></p> <p>Punkt dotyczący poradni chirurgii onkologicznej powinien zostać przeniesiony do „Zapewnia co najmniej dostęp do...”.</p>
Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski	





KK w dz. położnictwa i ginekologii	<p><u>Dot. organizacji udzielania świadczeń:</u></p> <p><u>„4. Ośrodek bierze udział w realizacji programu badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy lub posiada zawartą umowę o współpracy z ośrodkiem biorącym udział w programie”</u></p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Uważam, że ośrodki onkologiczne powinny zajmować się leczeniem nowotworów i monitorowaniem efektywności leczenia. Badania przesiewowe to zadanie POZ lub AOS”</p>
------------------------------------	--

Tabela 130. Stanowisko eksperckie dotyczące treści przygotowanych modułów: MDPiM – moduł diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej; MD 1 – moduł diagnostyczny w POZ; MD 2 – moduł diagnostyczny w AOS; MD 3 – moduł diagnostyczny w LSZ; MT – moduł terapeutyczny; MM – moduł monitorowania

Ekspert - funkcja	Opinia dot. oceny zapisów modułu diagnostycznego (MDPiM / MD 1 / MD 2 / MD 3), terapeutycznego (MT) oraz monitorowania (MM) wraz z uzasadnieniem
	Uwagi eksperta
Prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński - KW w dz. ginekologii onkologicznej dla woj. małopolskiego	<p><u>Dot. MDPiM</u></p> <p>Brak uwag.</p>
	<p><u>Dot. MD 1</u></p> <p>Brak uwag.</p>
	<p><u>Dot. MD 2</u></p> <p><u>Wystawca skierowania:</u></p> <p>„Uzyskanie uprawnień do świadczenia bez skierowania przez lekarza posiadającego i nieposiadającego umowy z NFZ”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Istnieje pewna grupa kobiet, które wykonują badania we własnym zakresie i w razie nieprawidłowych wyników powinny mieć możliwość uzyskania porady specjalistycznej”.</p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych:</u></p> <p>dodać oznaczenie markera SCC dla C53 oraz inhibiny B</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Ma znaczenie w przypadku podejrzenia wznowy raka szyjki macicy i monitorowania ziarniszczaka jajnika”.</p> <p><u>Miejsce realizacji świadczenia - wymogi formalne:</u></p> <p>Poradnia ginekologii onkologicznej ewentualnie także onkologii klinicznej</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Specjalistyczną opiekę nad pacjentkami z podejrzeniem i rozpoznaniem nowotworu narządu rodowego powinien sprawować ginekolog onkolog”.</p> <p><u>Personel:</u></p> <p>„zmiana kolejności specjalistów”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Powinny być promowane jednostki, w których opiekę na pacjentem sprawuje w pierwszej kolejności ginekolog onkolog”.</p>
	<p><u>Dot. MD 3</u></p> <p>Brak uwag.</p>
	<p><u>Dot. MT</u></p> <p><u>Miejsce realizacji świadczenia - wymogi formalne:</u></p> <p>„Procedury zabiegowe na tym etapie powinny odbywać się tylko w oddziałach ginekologii onkologicznej”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Ginekologia onkologiczna jest specjalizacją ustanowioną do leczenia nowotworów kobiecego narządu rodowego. Wieloletnie obserwacje pokazują, że wyniki leczenia tych nowotworów są znacznie lepsze, jeżeli procedury operacyjne były wykonywane przez ginekologa onkologa”.</p> <p><u>Personel:</u></p>

	<p>„1. Specjalista chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej jako asysta do zabiegu w wybranych sytuacjach klinicznych 2. W realizacji leczenia systemowego lub uzupełniającego nie jest konieczne uczestnictwo ani ginekologa-położnika ani specjalisty endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„1. Specjalistą, który przeprowadza zabieg operacyjny powinien być ginekolog onkolog, w razie potrzeby w zabiegu może uczestniczyć chirurg lub urolog.</p> <p>2. W tym procesie ze strony ginekologiczno-położniczej wystarczy ginekolog-onkolog”.</p> <p><u>Warunki monitorowania efektu świadczenia:</u></p> <p>„1. Lekarzami wykonującymi zabiegi powinny być ginekolodzy-onkolodzy lub specjalizujący się w ginekologii onkologicznej, ale w asyście ginekologa-onkologa”. <u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Specjalizacją dedykowaną do leczenia nowotworów żeńskiego narządu płciowego jest ginekologia onkologiczna”.</p> <p><u>Dot. MM</u></p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych:</u></p> <p>dodać oznaczenie markera SCC oraz inhibiny B</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Monitorowanie odpowiednio raka szyjki macicy i ziarniszczaka”.</p> <p><u>Inne uwagi:</u></p> <p>„W związku z aktualną liczbą specjalistów z ginekologii onkologicznej w Polsce oraz istniejącymi ustaleniami wskazującym na lepsze wyniki leczenia nowotworów ginekologicznych, jeżeli zabiegi operacyjne zostały przeprowadzane przez specjalistę ginekologii onkologicznej, procedury operacyjne powinny być wykonywane przez specjalistę z ginekologii onkologicznej lub rezydenta z ginekologii onkologicznej w asyście specjalisty z ginekologii onkologicznej”.</p>
<p>Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojs</p> <p>KK w dz. ginekologii onkologicznej</p>	<p>Brak uwag do poszczególnych modułów.</p> <p><u>Inne uwagi:</u></p> <p>„Propozycje dotyczące kompleksowej opieki na nowotwory ginekologiczne (GCU) zostały uzgodnione w drodze konsensusu eksperckiego przez zespół ekspertów, w skład którego wchodziłem”.</p>
	<p><u>Dot. MDPiM</u></p> <p><u>Kryteria usieciowienia (kontraktowania)</u></p> <p>„Histopatologia powinna być kontraktowana oddzielnie jak badania obrazowe”</p> <p><u>Warunki monitorowania efektu świadczenia</u></p> <p>„Powinny zostać stworzone standardy (ilościowe – ile preparatów i jakich?) dla badań patomorfologicznych nowotworów narządów płciowych”.</p> <p><u>Dot. MD 1</u></p> <p>„Ten moduł w całości nie jest potrzebny.</p> <p>Nigdy lekarz POZ nie skierował żadnej pacjentki z podejrzeniem nowotworu narządów płciowych ani do poradni, ani do szpitala – oni nie mają takiej wiedzy”.</p> <p><u>Dot. MD 2</u></p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych</u></p> <p>„Badania genetyczne z podpunktami należy doprecyzować – czego i z czego te badania? Wielu wymienionych procedur zabiegowych nie da się zrealizować w trybie ambulatoryjnym, chore na nowotwory są zwykle starsze z chorobami współistniejącymi i wymagają znieczulenia ogólnego wykonania wielu procedur”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Do dyskusji z ekspertami”.</p> <p><u>Ramy czasowe realizacji świadczenia</u></p> <p>„7 tygodni – to jest za dużo!”</p> <p><u>Dot. MD 3</u></p> <p><u>Pozostałe warunki</u></p>

	<p>„7 tygodni to jest za dużo! 2 tygodnie”</p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych</u></p> <p>„Za dużo”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Do dyskusji z ekspertami”.</p>
	<p><u>Dot. MT</u></p> <p><u>Kryteria włączenia</u></p> <p>„Należy dodać C57 – rak kosmówki.</p> <p>Należy dodać w/w rozpoznania u kobiet ciężarnych”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Jest to rzadka choroba, należy stworzyć dwa, trzy ośrodki w Polsce celem leczenia choroby trofoblastycznej. Należy utworzyć dwa, trzy ośrodki w Polsce dedykowane leczeniu kobiet ciężarnych z nowotworami narządów płciowych”.</p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych</u></p> <p>„Wiele nietrafionych i niestosowanych, np. 68.24 – histerolaparoskopia lecznicza.</p> <p>Brak procedury chemioterapii dootrzewnowej i procedury HIPEC”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Do dyskusji z ekspertami. Zakładając nowoczesne leczenie chorych na raka jajnika - takie procedury powinny być uwzględnione i odpowiednio wyceniane”.</p> <p><u>Ramy czasowe realizacji świadczenia</u></p> <p>„28 dni to jest za długo. 7 dni!”</p> <p><u>Miejsce realizacji świadczenia - wymogi formalne</u></p> <p>„Należy sprecyzować, jaki oddział ma wykonywać świadczenia, brakuje „a bo”, „lub”, „i”. Nieprecyzyjne określenia. Wg mojej opinii tylko ginekologia onkologiczna z pododdziałem chemioterapii”.</p> <p><u>Personel</u></p> <p>„Ginekolog onkolog i chirurg (czasem)”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>W Polsce jest już wystarczająca ilość ginekologów onkologów, aby ginekolodzy i położnicy nie musieli operować nowotworów narządów płciowych; na przykładzie szpitala, w którym pracuję mogę stwierdzić, że robią to niezbyt dobrze.</p> <p><u>Warunki monitorowania efektu świadczenia:</u></p> <p>„Powinno być 100 raków endometrium i 20 raków szyjki. Oraz co najmniej 100 raków jajnika”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>Mamy utworzyć centra dobrego leczenia! Wykonanie 4 operacji tygodniowo dla zespołu 3 lekarzy specjalistów onkologów ginekologów (w tym jeden specjalizujący się, wg wstępnych założeń tego projektu) to naprawdę nie jest nadmiernym obciążeniem pracą.</p> <p>W 2017 r. wg KRN (tak, tak, to najnowszy raport!) było 2502 zachorowania na C53 – z czego ok. 20% nadaje się do operacji, czyli łącznie w Polsce należy zoperować około 500 chorych na C53. C54 -5984 chore – 80% jest operacyjnych, czyli 4800. C56 – 3775 chorych, i tutaj jest największy problem, ponieważ są to najtrudniejsze operacje i właściwie prawie wszystkie chore powinny być zoperowane, operacje są z udziałem chirurga i długo trwają czasowo”.</p>
	<p><u>Dot. MM</u></p> <p>Brak uwag.</p>
	<p>Inne uwagi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. „Należy dążyć do tego, aby chore mogły być kompleksowo leczone w jednym ośrodku; lekarz operujący musi uczestniczyć w późniejszym leczeniu chemioterapią i radioterapią. 2. Należy gdzieś w projekcie a potem w pakiecie umieścić ciężarne chore na nowotwory narządów płciowych i zadedykować im odpowiednie centra, czyli warunki leczenia. Ta grupa chorych została pominięta”.
	<p><u>Dot. MDPiM</u></p> <p>Brak uwag.</p>

	<p><u>Dot. MD 1</u> Brak uwag.</p> <p><u>Dot. MD 2</u> <u>Miejsce realizacji świadczenia – wymogi formalne:</u> „Nie musi być bezwzględnie onkologia kliniczna w GCU (MOŻE – NIE MUSI!)”. <u>Uzasadnienie:</u> „Wszystkie uprawnienia ma ginekolog onkolog”. <u>Personel:</u> „Opcjonalnie onkolog kliniczny, wystarczy ginekolog-onkolog”</p> <p><u>Dot. MD 3</u> <u>Personel:</u> „Skoro poradnie radioterapii w dostępie to lekarz radioterapeuta też w dostępie! (bez endokrynologii ginekologicznej)”. <u>Warunki monitorowania efektu świadczenia:</u> „Dlaczego tutaj tylko trzon macicy?”</p> <p><u>Dot. MT</u> <u>Kryteria włączenia:</u> „Nie nie! GCU będzie też leczyło raka sromu, raka pochwy i tutaj też musi być też dopuszczalne D39.0 i Z03.1 Nie zawsze ambulatoryjnie się wszystko uda zdiagnozować!”. <u>Miejsce realizacji świadczenia – wymogi formalne:</u> „Ginekologia onkologiczna; Chirurgia onkologiczna – bez Onkologii klinicznej i bez Ginekologii i położnictwa”</p> <p><u>Dot. MM</u> Brak uwag.</p> <p>Inne uwagi: Brak uwag.</p>
	<p>Brak uwag.</p>
	<p><u>Dot. MDPiM:</u> <u>Wykaz procedur diagnostycznych:</u> „W C56 - włączyć obligatoryjnie diagnostykę molekularną metodą sekwencjonowania najnowszej generacji (NGS) u każdej pacjentki”. <u>Uzasadnienie:</u> Biomarkery pozwolą na optymalne dopasowanie terapii do potrzeb pacjentki.</p>
	<p><u>Dot. MT:</u> <u>Warunki monitorowania efektu świadczenia:</u> Uwaga do Kryteriów jakości pkt. 2: „Wszędzie się pisze o łącznie 50 zabiegach dla raka szyjki, trzonu i jajnika a tu trzeba aż 100 zabiegów pierwotnych dla raka jajnika. Powyżej z kolei jest ty ko 50 dla łącznie raków szyjki i trzonów. 50 to jest wystarczający parametr. Dla pacjentek może to oznaczać, że będą musiały jeździć daleko poza swoje województwo na operację”. <u>Wskaźniki monitorowania bezpieczeństwa oraz skuteczności diagnostyki i leczenia:</u> <u>Wskaźniki ogólne (C53, C54, C56)</u> Uwagi edytorskie: Pkt 4, 9, 10 – literówki w słowach „radykalnych”, „neoadjuwantowa”, „patologiczną” <u>Wskaźniki dla nowotworu złośliwego szyjki macicy (C53)</u> Uwaga do pkt 2 b)</p>

	<p>„Zwykle teleradioterapię (czyli radioterapię z pól zewnętrznych) kojarzy się z chemioterapią a tutaj jest stosowana jako osobny miernik”.</p> <p>Inne uwagi: W zakresie opisu punktu dotyczącego modułu terapeutycznego, ekspert dodaje potrzebę uwzględnienia: „leczenia wspierającego terapię konwencjonalną (tk), szeroko pojętej rehabilitacji: medycznej, psychicznej i socjalnej”.</p>
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kochański – KK w dz. genetyki klinicznej	<p><u>Dot. MDPiM:</u> „Świadczenia z zakresu diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej; wykaz procedur diagnostycznych, w mojej opinii badania molekularne i genetyczne zostały opisane nieprecyzyjnie, raz jako badania mutacji, innym razem jako „badanie BRCA1/2” Co znaczy określenie „BRCA1/2”?? jakimi metodami? W jakim zakresie? Opis wyposażenia w sprzęt medyczny pracowni molekularnej jest niewystarczający i bardzo nieprecyzyjny, np. system do wizualizacji (czego?); system do elektroforezy (czego? jakiej?)”</p> <p><u>Dot. MD2:</u> „Wykaz procedur: badania genetyczne opisano żargonem: „klasyczne badania cytogenetyczne”, etc.”</p> <p><u>Dot. MD3:</u> „Wykaz procedur: tym razem nieprecyzyjne określenia „Badania cytogenetyczne – jakie?; badania molekularne – jakie?”</p> <p><u>Dot. MM:</u> „Należy doprecyzować zadania poradni genetycznej w zakresie monitorowania, identyfikacji rodzin ryzyka genetycznego, możliwości poszerzenia badań genetycznych, etc.”</p> <p><u>Inne uwagi:</u> Podsumowując, sporządzona przeze mnie opinia dotyczy wyłącznie części dokumentu związanej z genetyką kliniczną i laboratoryjną genetyką medyczną. W tej części dokument nie jest jednoznaczny, został przygotowany bez należytej staranności i wymaga gruntownej korekty. Należy precyzyjnie opisać rolę genetyka klinicznego i specjalisty laboratoryjnej genetyki medycznej w procesie diagnostycznym.</p>
Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)	<p><u>Dot. MDPiM</u> <u>Wystawca skierowania:</u> „Niezrozumiałe jest wskazanie lekarza nieposiadającego umowy z NFZ - pkt 2 „lekarz nieposiadający umowy z NFZ” – należy usunąć ten zapis”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> „W obowiązującym systemie finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych koszty wykonania badań patomorfologicznych są realizowane na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego”.</p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych:</u> „1. Konieczna modyfikacja (doprecyzowanie) „koszyka” AOS w części badań genetycznych. Z badań immunohistochemicznych w „koszyku” wymienione są jedynie 3, tj: antygen carcinoembrionalny (CEA), antygen CA-125 oraz badanie ER (jeżeli piszący ma na myśli receptory estrogenowe, przy czym w „koszyku” jest pozycja O23 - Receptory hormonów sterydowych). 2. Nazwy procedur/badań muszą być podane w pełnej wersji (nie tylko potoczny skrótami), aby nie było wątpliwości czy badanie PR to skrót od receptorów progesteronowych czy <i>per rectum</i>. 3. Konieczna wycena poszczególnych badań genetycznych przez AOTMiT.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> „1,2. Większość ze wskazanych w module diagnostycznym mutacji genowych oraz badań wskazanych jako immunohistochemiczne nie jest literalnie wymieniona w koszyku. 3. Na podstawie bardzo ogólnego „koszyka” AOS Fundusz finansuje w ramach rodzaju Świadczenia Odrębnie Kontraktowane (SOK) świadczenie „kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych” wycenione na 532,51 pkt (przy cenie punktu pkt. 1 zł), Nie da się zastosować tej wyceny do pakietu badań wymienionych w przedstawionym projekcie”.</p> <p><u>Warunki monitorowania efektu świadczenia:</u> „Wskazując obowiązek sprawozdawania wskaźników konieczne jest określenie: - do kogo te wskaźniki są raportowane oraz - szczegółowych zasad i sposobu sprawozdawania tych danych w sposób ujednoczony w całym kraju.</p>

	<p>Bez dokonania takiego ujednoczenia dane w kraju będą nieporównywalne.</p> <p>Niezależnie od powyższego, wątpliwość budzi dopuszczenie możliwości realizacji badań patomorfologicznych niezawierających wszystkich minimalnych wymaganych elementów”.</p> <p><u>Dot. MD 1</u></p> <p><u>Miejsce realizacji świadczenia - wymogi formalne:</u></p> <p>„Wskazana realizacja programu profilaktyki raka szyjki macicy, jeśli w strukturze POZ jest położna”</p> <p><u>Dot. MD 2</u></p> <p><u>Wystawca skierowania</u></p> <p>„Niezrozumiałe jest wskazanie lekarza nieposiadającego umowy z NFZ”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Zlecenie na diagnostykę wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizowanego świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej”.</p> <p><u>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</u></p> <p>„Skierowanie nie jest wymagane do lekarza ginekologa, onkologa”</p> <p><u>Pozostałe warunki:</u></p> <p>„Skierowanie nie jest wymagane do lekarza ginekologa, onkologa”</p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych:</u></p> <p>„1. Wskazanie procedur dot. badań analitycznych, morfologii krwi i bad. hematologicznych, czy chemii klinicznej poprzez wyrażenie „wybrane podstawowe badania” jest nieprecyzyjne.</p> <p>2. Błędnie wskazano kod albo nazwę procedury:</p> <p>„F87 <i>Wirus/przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała (test potwierdzający)</i>”.</p> <p>3. Wykaz procedur w części „Chemia kliniczna” jest niespójny z wykazem w części modułu monitorowanie.</p> <p>4. Wykaz procedur w części „Badanie materiału biologicznego” jest niespójny z wykazem w części modułu monitorowanie”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>1. Konieczne doprecyzowanie procedur</p> <p>2. Konieczne poprawienie kodu albo nazwy właściwej procedury.</p> <p><u>Miejsce realizacji świadczenia - wymogi formalne</u></p> <p>„1. Wskazanie po przecinku wszystkich czterech poradni – czy oznacza obowiązek posiadania przez realizatora modułu diagnostycznego wszystkich czterech poradni?</p> <p>2. Czy celowym jest określenie posiadania własnego medycznego laboratorium diagnostycznego?</p> <p>3. Wskazując komórki organizacyjne należy przywoływać ich nazwy w oparciu o literalne brzemienne stosowego rozporządzenia Ministra Zdrowia”.</p> <p><u>Wyposażenie w sprzęt medyczny:</u></p> <p>„1. Dopuszczenie możliwości zapewnienia jedynie dostępu do pracowni RTG, mammografii jest wymogiem zbyt liberalnym w kontekście tworzenia nowego świadczenia kompleksowego, które w założeniu powinno gwarantować wyższą jakość i kompleksowość udzielanych świadczeń.</p> <p>2. Brakuje wskazania pracowni USG”.</p> <p><u>Personel:</u></p> <p>„1. Jaka jest rola wskazania lekarza specjalisty chorób wewnętrznych przy jednoczesnym wskazaniu specjalisty gastroenterologii?</p> <p>2. W części dot. procedur wskazano:</p> <p>„Porada specjalistyczna – kardiologia</p> <p>Porada specjalistyczna – diabetologia” nie wskazując jednocześnie personelu realizującego te świadczenia.</p> <p>3. Czy wskazanie lekarzy specjalistów w 9 punktach od a) do i) oznacza obowiązek zapewnienia wszystkich tych lekarzy ze wskazanych dziedzin medycyny? Czy każdy realizator modułu diagnostycznego musi mieć zatrudnionego lekarza: ginekologii i położnictwa oraz ginekologii onkologicznej oraz endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości?”</p> <p><u>Warunki monitorowania efektu świadczenia:</u></p> <p>1. Czy warunek:</p>
--	--

	<p>„co najmniej 50 badań patomorfologicznych ocenianych rocznie przez lekarza patomorfologa (dla każdego z rozpoznań: pierwotnego raka szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika u pacjentów w dowolnym wieku, we wszystkich stadiach)”</p> <p>jest wymogiem formalnym koniecznym do spełnienia przed przystąpieniem do realizacji umowy czy też warunkiem koniecznym do spełnienia w każdym roku realizacji modułu diagnostycznego w ramach świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej?</p> <p>2. Wskazując obowiązek sprawozdawania wskaźn ków konieczne jest określenie:</p> <p>- komu te wskaźniki są raportowane oraz - szczegółowych zasad i sposobu sprawozdawania tych danych w sposób ujednoczony w całym kraju. Bez dokonania takiego ujednoczenia dane w kraju będą nieporównywalne”.</p> <p><u>Dot. MD 3</u></p> <p><u>Wystawca skierowania:</u></p> <p>„Niezrozumiałe jest wskazanie lekarza nieposiadającego umowy z NFZ”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>Zlecenie na badania diagnostyczne wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizowanego świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej.</p> <p><u>Pozostałe warunki:</u></p> <p>„Pkt 1 „Ośrodek zapewnia realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia rejestracji świadczeniobiorcy” - należy doprecyzować to sformułowanie – jaki rodzaj rejestracji pacjenta ma miejsce – na liście oczekujących na uzyskanie świadczenia”.</p> <p><u>Miejsce realizacji świadczenia - wymogi formalne:</u></p> <p>„Pkt 1 - Propozycja zmiany sformułowania: „W strukturze organizacyjnej (...), na: „W lokalizacji”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>W strukturze organizacyjnej Świadczeniodawców poszczególne komórki organizacyjne mogą funkcjonować w różnych lokalizacjach (czasami odległych). W ocenie NFZ uzasadnione jest, aby zasadnicze komórki organizacyjne, w których jest prowadzona kompleksowa opieka onkologiczna były usytuowane w tej samej lokalizacji”.</p> <p><u>Personel:</u></p> <p>„Pkt 1) „Lekarz specjalista w dziedzinie: a) ginekologii i położnictwa, b) chirurgii onkologicznej, c) chorób wewnętrznych, d) ginekologii onkologicznej, e) radioterapii lub radioterapii onkologicznej, f) genetyki klinicznej, g) onkologii klinicznej, h) endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, i) gastroenterologii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z ww. dziedzin” – należy usunąć zapis „lub lekarz w trakcie specjalizacji z ww. dziedzin”;</p> <p>2. Czy wskazanie lekarzy specjalistów różnych dziedzin do realizacji świadczeń oznacza obowiązek zapewnienia wszystkich lekarzy ze wskazanych dziedzin medycyny, czy też każdy z realizatorów modułu powinien zapewnić zatrudnienie minimum jednego z wymienionych lekarzy specjalistów?</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„1. Alternatywna możliwość wykazania lekarza w trakcie specjalizacji zamiast lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny nie odpowiada wymogom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych dotyczących realizacji świadczeń w poszczególnych zakresach. W ocenie NFZ nie ma uzasadnia doprecyzowywanie jakie czynności medyczne może wykonywać lekarz bez specjalizacji w ramach świadczeń realizowanych w danym zakresie. Określenie wymagań minimalnych dotyczących kwalifikacji personelu w danym zakresie świadczeń oraz przy wykonywaniu wybranych wysokospecjalistycznych procedur wydaje się wystarczające”.</p> <p><u>Warunki monitorowania efektu świadczenia:</u></p> <p>„1.Czy warunek: „co najmniej 50 badań patomorfologicznych ocenianych rocznie przez lekarza patomorfologa (dla każdego z rozpoznań: pierwotnego raka szyjki macicy/trzonu macicy/jajnika u pacjentów w dowolnym wieku, we wszystkich stadiach)” jest wymogiem formalnym koniecznym do spełnienia przed przystąpieniem do realizacji umowy czy też warunkiem koniecznym do spełnienia w każdym roku realizacji modułu diagnostycznego w ramach świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej?</p> <p>2. Wskazując obowiązek sprawozdawania wskaźników konieczne jest określenie: - do kogo te wskaźniki są raportowane oraz - szczegółowych zasad i sposobu sprawozdawania tych danych w sposób ujednoczony w całym kraju. Bez dokonania takiego ujednoczenia dane w kraju będą nieporównywalne.</p> <p>3. W projekcie określono wskaźnik jedynie dla jednego typu nowotworu, gdy opieka kompleksowa dotyczy trzech typów nowotworów”.</p> <p><u>Dot. MT</u></p>
--	--

	<p><u>Wystawca skierowania:</u></p> <p>„Wystawca skierowania - karta DiLO: 1) (...) 2) lekarz nieposiadający umowy z NFZ” – pkt 2 należy usunąć”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Lekarz realizujący świadczenia poza systemem ubezpieczenia może wystawić skierowanie do szpitala, a nie kartę DiLO. Zgodnie z obowiązującymi przepisami karta DiLO wystawiana jest w systemie ubezpieczenia zdrowotnego”.</p> <p><u>Wymagany rodzaj i zakres skierowania:</u></p> <p>„Pkt 1 „skierowanie lub karta DiLO celem objęcia kompleksowym leczeniem choroby nowotworowej szyjki macicy” – należy uzupełnić jednostki chorobowe”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Pomimo, że moduł dotyczy leczenia raka szyjki macicy, raka trzonu macicy, raka jajnika w projekcie uwzględniono jedynie nowotwór szyjki macicy”.</p> <p><u>Załączone badania / dokumentacja:</u></p> <p>„Pkt 1 „kopia wyników badań, na podstawie, których postawione zostało rozpoznanie raka szyjki macicy” - należy uzupełnić jednostki chorobowe”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Pomimo, że moduł dotyczy leczenia raka szyjki macicy, raka trzonu macicy, raka jajnika w projekcie uwzględniono jedynie nowotwór szyjki macicy”.</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <p>„Dodanie kodu rozpoznania wg ICD-10 C55 Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Propozycja dodania kodu wg ICD-10 C55 Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy – dotyczy sytuacji, w których nie ma możliwości jednoznacznego ustalenia miejsca ogniska pierwotnego nowotworu”.</p> <p><u>Personel:</u></p> <p>„1. Pkt 1. „Do opieki przed i pooperacyjnej: „Lekarz specjalista w dziedzinie ginekologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie ginekologii” – do usunięcia sformułowanie „lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie ginekologii”;</p> <p>2. Czy wskazanie lekarzy specjalistów różnych dziedzin do realizacji zabiegu albo do realizacji leczenia systemowego lub uzupełniającego (chemioterapia, radioterapia) oznacza obowiązek zapewnienia wszystkich lekarzy ze wskazanych dziedzin medycyny, czy też każdy z realizatorów modułu powinien zapewnić zatrudnienie minimum jednego z wymienionych lekarzy specjalistów?”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„1. Alternatywna możliwość wykazania lekarza w trakcie specjalizacji zamiast lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny nie odpowiada wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych dotyczących realizacji świadczeń w poszczególnych zakresach. W ocenie NFZ nie ma uzasadnienia doprecyzowywanie jakie czynności medyczne może wykonywać lekarz bez specjalizacji w ramach świadczeń realizowanych w danym zakresie. Określenie wymagań minimalnych dotyczących kwalifikacji personelu w danym zakresie świadczeń oraz przy wykonywaniu wybranych wysokospecjalistycznych procedur wydaje się wystarczające”.</p> <p><u>Warunki monitorowania efektu świadczenia:</u></p> <p>„Wskazując obowiązek sprawozdawania wskaźników konieczne jest określenie: - do kogo te wskaźniki są raportowane oraz - szczegółowych zasad i sposobu sprawozdawania tych danych w sposób ujednoczony w całym kraju. Bez dokonania takiego ujednoczenia dane w kraju będą nieporównywalne”.</p> <p><u>Dot. MM</u></p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych:</u></p> <p>„1. Wykaz procedur w części „Chemia kliniczna” jest niespójny z wykazem w części modułu diagnostycznego.</p> <p>2. Wykaz procedur w części „Badanie materiału biologicznego” jest niespójny z wykazem w części modułu diagnostycznego.</p> <p>3. Brak w „koszyku” AOS procedur 91.436, 91.446, 91.456. Powinno się dopisać je do „koszyka” lub zastąpić tymi, które w „koszyku” są.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„3. Procedury wymienione w „koszyku” w części „Badania materiału biologicznego” obejmują: 91.891 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego - preparat bezpośredni; 91.447 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego - badanie cytologiczne; 91.821 Badanie materiału biologicznego - posiew jakościowy i ilościowy; 91.831 Badanie materiału biologicznego - posiew</p>
--	--

	<p>jakościowy wraz z identyfikacją drobnoustroju i antybiogram; 91.841 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – parazytologia”.</p> <p><u>Ramy czasowe realizacji świadczenia:</u></p> <p>„Nowotwór złośliwy jajnika</p> <p>1) do 2/3 lat od zakończenia leczenia: co 3 miesiące</p> <p>2) powyżej 2/3 lat od zakończenia leczenia do 5 lat: co 6 miesięcy</p> <p>Czy to oznacza 2/3 roku, czyli 8 miesięcy? Czy okres 2 do 3 lat? Jeśli okres od 2 do 3 lat, to wskazana częstotliwość kontroli w obu punktach klóci się ze sobą”.</p> <p><u>Tryb udzielania świadczenia:</u></p> <p>„„Ambulatoryjny” – należy uwzględnić również stacjonarny tryb realizacji świadczenia”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>Uzasadnione jest umożliwienie monitorowania leczenia w różnych trybach realizacji świadczeń. Z uwagi na stan zdrowia pacjentki mogą wymagać hospitalizacji również w celu monitorowania leczenia.</p> <p><u>Miejsce realizacji świadczenia - wymogi formalne:</u></p> <p>„1. Wskazanie w trzech punktach od a) do c) wszystkich trzech poradni – czy oznacza obowiązek posiadania przez realizatora modułu diagnostycznego wszystkich trzech poradni?</p> <p>2. W tym module wskazuje się poradnię ginekologiczną, podczas gdy w module diagnostycznym wskazuje się poradnię położniczo-ginekologiczną.</p> <p>3. W rozp. Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania nie ma poradni dietetyki”.</p> <p><u>Wyposażenie w sprzęt medyczny:</u></p> <p>„Wskazuje się na obowiązek dostępu do poradni rehabilitacji/ fizjoterapii nie wskazując zakresu koniecznych do zapewnienia świadczeń”.</p> <p><u>Warunki monitorowania efektu świadczenia:</u></p> <p>„1. Propozycja uzupełnienia wskaźników dotyczących 3 lub 5-letniego przeżycia od daty postawienia rozpoznania nie tylko w zależności od stopnia zaawansowania choroby, ale również od zastosowanej metody leczenia;</p> <p>2. Wskazując obowiązek sprawozdawania wskaźników konieczne jest określenie: - do kogo te wskaźniki są raportowane oraz - szczegółowych zasad i sposobu sprawozdawania tych danych w sposób ujednoczony w całym kraju. Bez dokonania takiego ujednoczenia dane w kraju będą nieporównywalne”.</p>
Inne uwagi:	Brak uwag.
Bez uwag.	
Dot. MDPiM Wystawca skierowania	<p>„Skierowanie na badania powinien wystawić specjalista z ginekologii onkologicznej lub onkolog w ramach AOS”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Pacjentki z wystawioną kartą DILO przez lekarza POZ lub z niepotwierdzonym przez ośrodek specjalistyczny podejrzeniem nowotworu nie powinny być diagnozowane tak szczegółowo, ponieważ obciąża to system finansowo. Zaledwie część podejrzeń sformułowanych w ramach POZ potwierdzi się w opiece specjalistycznej.</p> <p>Dlatego skierowania powinien wystawiać specjalista a nie lekarz rodzinny w ramach POZ”.</p> <p><u>Kryteria włączenia</u></p> <p>„Kogo dotyczy moduł – pacjentów z podejrzeniem nowotworów? Na to wskazuje zawartość parametru „Kryteria włączenia” oraz ambulatoryjny charakter świadczenia, natomiast wykaz procedur sugeruje raczej, że moduł dotyczy pacjentów dopiero co operowanych. Istnieje tutaj pewna nieścisłość lub nie zrozumiałem intencji piszącego propozycję.</p> <p>Kryterium leczenia ambulatoryjnego wskazuje na to, że grupą docelową pacjentek są pacjentki z grup ryzyka rodzinnego (mutacje predysponujące) oraz pacjentki z podejrzeniem raka (markery nowotworowe)</p>

	<p>Drugą grupę stanowią pacjentki dopiero co operowane, u których badania materiału pooperacyjnego stanowią wymagany element diagnostyki i rokowania, ale one trafiają do modułu po leczeniu operacyjnym stacjonarnym w ośrodkach GCU".</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> „Badania immunohistochemiczne i molekularne dotyczą w przeważającej większości materiału pooperacyjnego. Badania ambulatoryjne mogą dotyczyć mutacji np. BRCA u chorej i członków rodziny”.</p> <hr/> <p><u>Dot. MD 1</u></p> <p><u>Kryteria włączenia</u> „Punkt II Zakres świadczenia, podpunkt „Wykaz procedur” – testy czynnościowe płuc – spirometria – nie rozumiem czemu włączono to badanie do panelu badań diagnostycznych u pacjentek onkologicznych w zakresie C51, C53, C54 i C56”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> „Spirometria nie jest badaniem wskazywanym jako konieczne z powodu podejrzenia (a nawet faktu istnienia) nowotworu złośliwego narządów płciowych”.</p> <p><u>Warunki monitorowania efektu świadczenia:</u> „Diagności USG wykonujący badanie narządów płciowych transwaginalne w ramach modułu stosują w opisie zmian w jajniku model IOTA SR lub ADNEX”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> „Proste modele pozwalające na obiektywizację obrazów ultrasonograficznych zmian w przydatkach w postaci liczbowego poziomu ryzyka, że widoczna w USG zmiana jajnika ma charakter podejrzany o złośliwość”.</p> <hr/> <p><u>Dot. MD 2</u></p> <p><u>Pozostałe warunki</u> „Oczekiwanie w module diagnostycznym a AOS na włączenie diagnostyki onkologicznej do 7 tygodni to stanowczo za długo”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> „Współpraca kilku ośrodków w ramach konsorcjum może skrócić czas oczekiwania zarówno na diagnostykę jak i leczenie”.</p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych</u> „Badanie cytogenetyczne i molekularne wyłącznie u chorych z grup ryzyka oraz u chorych w okresie monitorowania po leczeniu operacyjnym. Ponownie badanie spirometryczne płuc – czemu?! Wykonywanie tych wszystkich procedur ambulatoryjnie w ramach AOS prawdopodobnie „zatka” system i wydłuży oczekiwanie na hospitalizację”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> „Nie ma uzasadnienia do powszechnego wykonywania takich badań u pacjentów w ramach szeroko pojętej diagnostyki przedoperacyjnej. Spirometria nie jest badaniem wskazywanym jako konieczne z powodu podejrzenia (a nawet faktu istnienia) nowotworu złośliwego narządów płciowych. Być może procedury inwazyjne i czasochłonne przekazać do systemu 1-dniowej hospitalizacji i dofinansować ten dział”.</p> <p><u>Ramy czasowe realizacji świadczenia</u> „Oczekiwanie w module diagnostycznym a AOS na włączenie diagnostyki onkologicznej do 7 tygodni to stanowczo za długo”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> „Współpraca kilku ośrodków w ramach konsorcjum może skrócić czas oczekiwania zarówno na diagnostykę jak i leczenie”.</p> <hr/> <p><u>Dot. MD 3</u></p> <p><u>Wystawca skierowania</u> „Do diagnostyki ambulatoryjnej w poradni przyszpitalnej może kierować lekarz POZ. Natomiast do diagnostyki 1-dniowej i/lub stacjonarnej powinien kierować lekarz ze specjalizacją ginekolog onkolog, onkolog, ginekolog, chirurg”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> „Kierowanie do poszerzonej diagnostyki w ramach leczenia stacjonarnego w specjalistycznym oddziale powinno mieć miejsce po potwierdzeniu podejrzenia nowotworu w AOS. W innym wypadku oddziały zostaną „zasypane” pacjentkami kierowanymi z POZ z łagodnymi zmianami przydatków lub niewyjaśnionymi krwawieniami z dróg rodnych, z założoną kartą DILO. Obstrukcja systemu i koszty!”.</p>
--	---

	<p><u>Pozostałe warunki</u></p> <p>„Oczekiwanie w module LZS na leczenie onkologiczne do 7 tygodni to stanowczo za długo”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Współpraca kilku ośrodków w ramach konsorcjum może skrócić czas oczekiwania zarówno na diagnostykę jak i leczenie”.</p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych</u></p> <p>„Niektóre z wykazanych procedur to „de facto” nie jest diagnostyka tylko leczenie np. 40.12, 40.291, 40.31, 40.32, 40.51 (nie dotyczy C53), 40.52, 40.53, 40.54, 40.59, 54.4, 54.999, 54.25 itd.”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Należy przenieść te procedury do modułu terapeutycznego”.</p> <p><u>Świadczenia towarzyszące</u></p> <p>„Przygotowanie do planowanego zabiegu operacyjnego po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu w ramach opieki ambulatoryjnej w poradni przyszpitalnej konsultacja anestezjologa, konsultacja dietetyka, zaplanowanie aktywności ruchowej, konsultacja psychologa”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Przygotowanie pacjentki do dużych zabiegów operacyjnych według protokołu ERAS”.</p> <p><u>Warunki monitorowania efektu świadczenia</u></p> <p>„Dlaczego wskaźniki monitorowania jakości wyłącznie dla raka trzonu macicy?”</p> <hr/> <p><u>Dot. MT</u></p> <p><u>Wystawca skierowania</u></p> <p>„Tylko lekarze specjaliści ginekolog onkolog, ginekolog, onkolog, chirurg”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Kierowanie do leczenia operacyjnego w ramach leczenia stacjonarnego w specjalistycznym oddziale powinno mieć miejsce po potwierdzeniu podejrzenia nowotworu w AOS. W innym wypadku oddziały zostaną „zasypane” pacjentkami kierowanymi z POZ z łagodnymi zmianami przydatków lub niewyjaśnionymi krwawieniami z dróg rodnych, z założoną kartą DILO. Obstrukcja systemu i koszty!”</p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych</u></p> <p>„Uzupełnienie wykazu o duże i bardzo duże zabiegi sromu C.51 wraz z procedurami naprawczymi po rozległych operacjach sromu (przeszczepianie płatów skórno-mięśniowych). Procedury naprawcze sromu oraz chirurgiczne w leczeniu zaawansowanych nowotworów zwłaszcza jajnika (resekcje jelit, zespolenia, usunięcie śledziony, usunięcie fragmentów wątroby) powinny być wycenione osobno (obok zasadniczej procedury ginekologicznej) z możliwością sumowania punktów. Podobnie procedury onkologiczne oszczędzające płodność u młodych kobiet lub u ciężarnych powinny być wycenione jak procedury onkologiczne”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Przykład: operacja cytoredukcji w lokalnie zaawansowanym lub granicznym raku jajnika u młodocianej lub ciężarnej (z pozostawieniem macicy i drugiego jajnika) nie może w obecnej chwili być rozliczona jako procedura onkologiczna bardzo duża, ponieważ warunkiem rozliczenia jest w zasadzie usunięcie macicy. Tak nie powinno być. Organizacja CGU jest okazją do zmiany tych niezrozumiałych wycen procedur”.</p> <p><u>Warunki monitorowania efektu świadczenia:</u></p> <p>„Kryteria jakości punkt 1.</p> <p>Lub 30 dużych operacji /ośrodek w ramach konsorcjum</p> <p>Wymóg 100 operacji cytoredukcyjnych pierwotnych / lekarza specjalistę/ rok jest nierealny</p> <p>W związku z obserwowanym zmniejszeniem występowania raka szyjki macicy (skuteczne programy przesiewowe) wymóg oparcia wskaźnika jakości na liczbie radykalnych hysterektomii wydaje się mniej zasadny niż oparcia na jakości ich wykonania</p> <p>Do wskaźników jakości należy moim zdaniem dodać liczbę chorych w okresie rozrodczym leczonych technikami oszczędzającymi płodność („fertility-sparing”) w raku szyjki macicy i jajnika. Należy także uwzględnić odsetek powikłań (zdarzeń niepożądanych)”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Biorąc pod uwagę istnienie CGU w każdym województwie, liczba chorych na raka jajnika kwalifikowanych do cytoredukcji pierwotnej w całym kraju/ rok nie wystarcza do spełnienia tego warunku.</p> <p>Ocena szerokości usuniętych przymoczków w poszczególnych klasach hysterektomii radykalnej wraz z liczbą węzłów chłonnych – informacje uzyskane z badania hist.-patol. Mogą być alternatywą do liczby zabiegów w ocenie jakości operacji w raku szyjki macicy.</p>
--	---

	<p>Uzasadnieniem jest rosnący odsetek nowotworów u kobiet podejmujących starania o ciążę (ze względu na przesuwanie się okresu zajścia w 1 ciążę po 30-34 roku życia)".</p> <p><u>Dot. MM</u></p> <p><u>Wykaz procedur diagnostycznych</u></p> <p>„W module powinny znaleźć się badania cytogenetyczne, badania markerów, badania ekspresji genów i obecności mutacji (a więc część badań z modułu patomorfologii i badań molekularnych)".</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Służą one do monitorowania przebiegu choroby, oceny ryzyka rodzinnego, oceny rokowania, oceny wskazań do włączenia terapii celowanej (np. Olapar bu)".</p> <p>Inne uwagi:</p> <p>„Wolne rubryki (bez uwag) oznaczają, że w pełni zgadzam się z propozycjami zawartymi w załączn ku.</p> <p>W projekcie pominięto nowotwory sromu (C.51), których leczenie powinno odbywać się w ramach CGU ze względu na swoją złożoność. Moim zdaniem powinno się to uzupełnić.</p> <p>W planowaniu koncepcji leczenia nowotworów narządów płciowych przeważają w mojej opinii dwa przeciwstawne poglądy. Zgodnie z jednym opiekę powinno się oprzeć na ki ku zcentralizowanych ośrodkach dysponujących wysoko kwalifikowaną kadrą i możliwościami sprzętowymi. W założeniu takiego podejścia leży przeświadczenie, że chore leczone w takich centrach otrzymają najbardziej skuteczną opiekę w zakresie ginekologii onkologicznej, zwłaszcza na polu jakości leczenia operacyjnego. Jest to poniekąd prawda, jednak centralizacja leczenia ma także swoje skutki negatywne. Należą do nich w szczególności okres oczekiwania na diagnostykę i leczenie w niewielkiej liczbie wysoce specjalistycznych centrów. Poza tym nie ma gwarancji, że w centrach tych znajdują się wyłącznie osoby uzdolnione w operatywie onkologicznej. Nie każdy lekarz pracujący w ośrodku ginekologii operacyjnej/ onkologicznej równie dobrze spełnia się „przy stole operacyjnym”. Adwersarze centralizacji opieki onkologicznej uważają, że dobrze jest tak jak jest w tej chwili i nie ma potrzeby wprowadzania żadnych zmian.</p> <p>W mojej ocenie obydwie stanowiska są zbyt radykalne. Propozycja stworzenia konsorcjów o nazwie CGU składających się z ośrodka nadzorującego oraz wyselekcjonowanych ośrodków współpracujących wydaje się łączyć plusey obu stanowisk i pozwala na uniknięcie negatywnych skutków. Po pierwsze pozwala na skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie. Po drugie ułatwia dostęp do opieki onkologicznej bliżej miejsca zamieszkania (w Polsce u wielu chorych obserwujemy zaawansowane raki szyjki macicy i sromu spowodowane trudnością w dostępie do kwalifikowanej opieki w regionach małych miast i wsi). Po trzecie utworzenie konsorcjów pozwoli na odpowiednie „spożytkowanie” licznych kadr specjalistów ginekologii onkologicznej, których corocznie egzaminujemy i dopuszczamy do wykonywania pracy. Oczywiście dopuszczenie do konsorcjum ośrodków współpracujących musi być obwarowane warunkami, z których najważniejszym jest jakość wykonywania operacyjnych procedur onkologicznych. Jest to łatwe do sprawdzenia podczas kontroli badania histopatologicznego materiału pooperacyjnego, gdyż w badaniu tym mamy obiektywny obraz zakresu usuniętych zmian narządowych i liczby węzłów chłonnych.</p> <p>Zasadą naczelną opieki onkologicznej powinna być szybka i tania diagnostyka ambulatoryjna pacjentek podejrzanych o obecność nowotworu. O kierowaniu pacjentek na badania specjalistyczne (w założeniu drogie) lub do leczenia stacjonarnego powinni decydować specjaliści onkologii, ginekologii onkologicznej, chirurgii i ginekologii. Kierowanie do szpitali całej rzeszy „podejrzanych” chorych bezpośrednio z POZ, z całym szacunkiem dla pracujących tam lekarzy, jest niepotrzebne i zbyt drogie. Dlatego dostępność ośrodków w ramach konsorcjum dysponujących poradniami AOS oraz możliwościami hospitalizacji 1-dniowej powinna zdecydowanie poprawić sytuację i dostępność lekarzy kwalif kowanych dla pacjentek, oraz skrócić czas oczekiwania, przy oszczędności pieniędzy".</p>
<p>Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski</p> <p>KK w dz. położnictwa i ginekologii</p>	<p><u>Dot. MD1</u></p> <p><u>Zakres świadczenia – wykaz procedur:</u></p> <p>Należy dodać „Badanie markerów nowotworowych".</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Bez tego podpunktu może pojawić się nadrozpoznawalność liczby kobiet podejrzanych o nowotwór jajnika".</p> <p><u>Dot. MD2:</u></p> <p><u>Personel</u></p> <p>„W takim zestawie na terenie Polski nie ma oddziału zatrudniającego wszystkich wymienianych specjalistów. Uważam, że należy dopisać – w przypadku specjalności w pkt c, f, g, h, i, „w dostępie".</p>

	<p><u>Dot. MD3:</u></p> <p><u>Warunki realizacji świadczenia</u></p> <p>Dodać do pkt 2b: „zakład patomorfologii z możliwością wykonania badań doraźnych śródoperacyjnych oraz zalecanych badań immunohistemicznych i molekularnych koniecznych do ustalenia rozpoznania i ustalenia leczenia”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Właściwy zakres operacji w raku jajnika ma podstawowe znaczenie dla szans pacjentki. Jeśli w danym ośrodku nie wykonuje się badań śródoperacyjnych to rozpoznanie jest znane po około 3 tygodniach i zwykle guz jest większy niż przy pierwotnej operacji”.</p> <p><u>Dot. warunków monitorowania / kryteria jakości</u></p> <p><u>Dot. warunków monitorowania / kryteria jakości</u></p> <p>Wskaźnik nr 1.</p> <p>„Proponuję wykreślić każdego – jeśli w danym ośrodku będzie 48 raków szyjki to oznacza niską jakość??”</p> <p>Propozycja dodania wskaźnika nr 2: „Co najmniej 50% badań śródoperacyjnych w rozpoznaniu raka jajnika”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>Patrz uzasadnienie do Warunków realizacji świadczenia w MD3.</p> <p><u>Dot. MT:</u></p> <p><u>Personel i warunki monitorowania</u></p> <p>Wykreślić lekarzy specjalistów w dziedzinie: chirurgii ogólnej. Podobna uwaga do warunków monitorowania.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Uważam, że chirurg ogólny nie powinien operować raków narządu rodnego. To tak sami jak napisać odsetek raków jelita lub żołądka operowanych przez położną ginekologa”.</p> <p><u>Wskaźniki monitorowania</u></p> <p><u>Wskaźniki ogólne:</u></p> <p>Dodać: „5) Odsetek pacjentek u których wykonano badanie śródoperacyjne celem potwierdzenia diagnozy”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Ośrodek nie wykonujący takich badań lub wykonujący je sporadycznie nie powinien operować kobiet z podejrzeniem raka jajnika”.</p> <p><u>Wskaźniki dla nowotworu złośliwego szyjki macicy:</u></p> <p>Wskaźnik nr 4 – dodać: „Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy, u których marginesy chirurgiczne są wolne od guza w materiale tkankowym pobranym podczas histerektomii”</p> <p><u>Wskaźniki dla nowotworu złośliwego trzonu macicy:</u></p> <p>Wykasować wskaźnik nr 1. 1) Odsetek pacjentek z nowotworem trzonu macicy operowanych, u których wykonano przedoperacyjną biopsję</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„To zalecenie nie ma sensu. Aby postawić rozpoznanie trzeba wykonać biopsję endometrium. Brak biopsji oznacza, że nie było rozpoznania przed operacją”.</p> <p>Wskaźnik nr 2 – uwaga: „Grading powinien być określony w wyniku badania biopsji diagnostycznej. Brak gradingu w takim badaniu świadczy o miernej jakości badania histopatologicznego materiału z biopsji”.</p> <p><u>Wskaźniki dla nowotworu złośliwego jajnika:</u></p> <p>Dodać: „1) Odsetek pacjentek u których wykonano badanie śródoperacyjne potwierdzające rozpoznanie nowotworu jajnika w czasie pierwotnego zabiegu”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Kobiety z podejrzeniem raka jajnika w ogóle nie powinny być operowane w ośrodkach nie wykonujących badań śródoperacyjnych”.</p> <p>Wskaźnik nr 9 – dodać: „Odsetek pacjentek z rakiem jajnika, którzy zostali ponownie hospitalizowani w ciągu 30 dni od zabiegu chirurgicznego z wyłączeniem hospitalizacji celem zastosowania chemioterapii”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„W ten sposób możliwe będzie monitorowanie powikłań pooperacyjnych”</p>
--	--

	<p>Dodać wskaźnik nr 10: „Odsetek pacjentek z potwierdzonym rozpoznaniem raka jajnika hospitalizowanych w celu zastosowania chemioterapii przed upływem 30 dni od zabiegu operacyjnego”</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p> <p>„Chemioterapia powinna zostać podjęta jak najszybciej po postawieniu rozpoznania. W przeciwnym wypadku szanse pacjentki są mniejsze”.</p>
--	---

Podsumowanie

Zdecydowana większość ekspertów (9 z 12 odpowiedzi) potwierdziła zasadność wdrożenia modelu kompleksowej opieki onkologicznej w zakresie organizacji diagnostyki i leczenia (ICD-10: C53, C54, C56) *Gynecological Cancer Unit* (GCU). Trzech ekspertów nie odniosło się do zasadności wprowadzenia GCU. Eksperti uzasadniają, że utworzenie tego rodzaju centrów może podnieść jakość leczenia (dzięki doświadczonemu personelowi i dostępności specjalistycznego sprzętu) oraz poprawę wyników terapii (jak np. poprawę 5-letnich przeżyć pacjentek). Tworzenie wysokospecjalistycznych centrów kompetencji nowotworów ginekologicznych, które wytyczają standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną z uwzględnieniem funkcjonującego obecnie w Polsce systemu opieki zdrowotnej jest w opinii grona eksperckiego koniecznością. Jednak jak wskazują przedstawiciele NFZ, należy pamiętać, aby nowe rozwiązania organizacyjne w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej (przy uwzględnieniu konkretnej specyfikacji nowotworów) określały jednolity sposób zasad współpracy pomiędzy centrami kompetencji nowotworów, a świadczeniodawcami współpracującymi z tymi podmiotami, zasad diagnostyki, leczenia czy monitorowania po leczeniu.

Ponadto eksperci zostali poproszeni o wyrażenie opinii na temat zaproponowanego modelu organizacji Ośrodka Nowotworów Ginekologicznych (GCU). Do przesłanego dokumentu nie wskazało uwag dwóch ekspertów.

W zakresie wymogów formalnych GCU (w tym personelu), wśród opinii eksperckich najczęściej podkreślano, że kwestia angażowania chirurgów onkologicznych w proces diagnostyczno-terapeutyczny w ramach GCU nie jest koniecznością, natomiast główną rolę w tym procesie powinien odgrywać szkoleny specjalista ginekologii onkologicznej. Jak wskazuje jeden z ekspertów, lekarz ginekolog onkolog posiada również kompetencje do: kontroli chorych po leczeniu chirurgicznym, chemioterapii czy radioterapii, ale i rozpoznawania nawrotów choroby. Natomiast inny ekspert przyznaje, że posiadanie specjalizacji z ginekologii onkologicznej przez nawet jedną osobę decyzyjną (jak np. kierownik czy koordynator) może gwarantować prawidłowość świadczeń pod warunkiem dobrego wykształcenia operacyjnego reszty personelu i możliwości stałej współpracy w ramach ośrodka z chirurgiem lub urologiem. Trzeba dodać, że część z ekspertów stwierdza, iż onkolodzy kliniczni nie są również wymogiem koniecznym w GCU. Konsultant Krajowy w dz. genetyki klinicznej zaznacza natomiast potrzebę uwzględnienia specjalisty genetyka klinicznego czy laboratoryjnej genetyki medycznej.

W zakresie ww. wymogów formalnych jeden z ekspertów wskazuje, że zasadnym jest uwzględnienie również poradni położniczo-ginekologicznej w ramach GCU, natomiast w wyniku prac Zespołu eksperckiego ds. Kompleksowej opieki onkologicznej dla C53, C54, C56 stwierdzono, że nie jest to wymóg konieczny w strukturze organizacyjnej ośrodka, natomiast niezbędne jest posiadanie poradni ginekologii onkologicznej.

Najmniej uwag dotyczyło kwestii wymaganego wyposażenia, aparatury medycznej i sprzętu w GCU. Jeden z ekspertów sugeruje uwzględnienie dostępności do mammografu z powodu powiązania zachorowań na raka jajnika z rakiem piersi, natomiast inny ekspert zaznacza, że należy dodać wymóg laparoskopu z obrazowaniem fluorescencyjnym ICG. Jednakże w propozycjach wymogów wpisano nazwę „laparoskop” zgodnie z zapisami rozporządzeń MZ.

W zakresie organizacji udzielania świadczeń, większość ekspertów zwróciło uwagę na zbyt długi interwał czasowy poświęcony na diagnostykę onkologiczną, w ich opinii proces ten powinien trwać co najwyżej do 2-4 tygodni od momentu zapisu na listę oczekujących na świadczenie. Skrócenie tego okresu może wpłynąć znacząco na skuteczność terapii pacjentek. Zasugerowano też, że konieczna jest przejrzysta i szybka komunikacji między lekarzami ginekologami w ramach opieki ambulatoryjnej a specjalistami ginekologii onkologicznej w ramach lecznictwa szpitalnego. Proces ten może zdecydowanie skrócić postawienie stosownego rozpoznania. Eksperti podkreślają też, że okres monitorowania pacjentki po leczeniu w ramach GCU powinien być znacznie dłuższy niż rok (wśród propozycji wymienia się min. 2 lata obserwacji po zakończeniu leczenia). Z kolei wytyczne praktyki klinicznej sugerują, że optymalne jest poddanie obserwacji pacjentki z C53, C54 lub C56 w okresie 2-5 lat. Trzeba też dodać, że trzech ekspertów podkreśla zasadność kompleksowej diagnostyki i leczenia raka sromu (ICD-10: C51) w ramach GCU, wskazując, że nowotwór ten

jest najrzadziej występującym nowotworem złośliwym narządów płciowych, ale jego leczenie jest trudne i kompleksowe.

Niezbędna w zakresie podtrzymania jakości świadczenia usług w ramach GCU jest niezależna ocena danych ośrodków (audyt). Powołany Zespół ekspertów ds. Kompleksowej opieki onkologicznej dla C53, C54, C56 zaproponował wdrożenie tzw. audytów wzajemnych między potencjalnymi ośrodkami GCU. Jednak w trakcie konsultacji zewnętrznych zaproponowano również inny sposób przeprowadzania audytu GCU, mianowicie audyt zewnętrzny przeprowadzany przez Konsultanta Krajowego (KK) w dz. ginekologii onkologicznej oraz niezależnego audytora NFZ lub przez stosowny Zespół powoływany przez MZ złożony z członków Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (PTGO) w porozumieniu z ww. KK. Jeden z ekspertów podkreśla też potrzebę stworzenia Krajowego Rejestru dedykowanego nowotworom ginekologicznym z uwzględnieniem wyników pracowni histopatologicznych. W zakresie kryteriów jakości GCU, dwóch ekspertów podkreśliło wątpliwości, co do jednego wskaźnika, jakim jest „rekrutacja do co najmniej jednego badania klinicznego pacjentek z rakiem szyjki macicy lub rakiem trzonu macicy lub rakiem jajnika”. Ekspersi sugerują, że obecnie zaledwie pojedyncze ośrodki rekrutują pacjentki do badań klinicznych w ginekologii operacyjnej, a większość tych badań ma charakter komercyjny. Ponadto dwóch inny ekspertów zaznacza, że należy zwiększyć wymagany wolumen realizowanych operacji chirurgicznych w GCU, gdyż 50 w ich opinii to stanowczo za mało jak na tego rodzaju ośrodek (propozycja co najmniej 100 zabiegów). Z kolei, inni eksperci sugerują, że dla niektórych ośrodków nawet ww. wartość zrealizowanych usług w ciągu roku kalendarzowego może nie być osiągalna. Jednakże zaproponowany przez Zespół ekspertów wskaźnik został oparty na przeglądzie wskaźników monitorowania jakości jak i przy uwzględnieniu epidemiologii analizowanych nowotworów w poszczególnych województwach.

Kolejnym aspektem poddanym opinii ekspertów zewnętrznych była treść modułów diagnostycznych, terapeutycznych i monitorowania. Trzeba jednak podkreślić, że postępowanie z pacjentem powinno być zgodne z aktualnymi wytycznymi praktyki klinicznej a proponowane przez Agencję (w wyniku konsultacji eksperckich) moduły (pakiety) wskazują możliwe opcje/procedury w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Zarówno powołany przez Agencję Zespół ekspercki, jak i konsultanci zewnętrzni podkreślają istotną rolę badań patomorfologicznych w diagnostyce nowotworów ginekologicznych. Należy podkreślić, że aktualnie Wydział Taryfikacji AOTMiT przekazał MZ opracowany projekt nowego zakresu świadczeń patomorfologicznych wraz z propozycją korekty pakietów i wartości tariff. Na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji¹²³, został zamieszczony projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato (MZ 1007). Projekt ten jest obecnie na etapie konsultacji publicznych.

Trzeba dodać, że jeden z konsultantów zaznacza, że istotne w kontekście diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych (a w szczególności nowotworów jajnika) jest uwzględnienie możliwości wykonania badań doraźnych śródoperacyjnych. Podkreśla, że właściwy zakres operacji w raku jajnika ma podstawowe znaczenie dla szans pacjentki, a gdy w danym ośrodku/jednostce nie wykonuje się ww. badań to rozpoznanie jest znane po ok. 3 tygodniach i zwykle guz jest większy niż przy pierwotnej operacji.

Część ekspertów (w tym KK w dz. genetyki klinicznej i NFZ) podkreśla, że konieczne jest doprecyzowanie badań genetycznych/molekularnych i metod, jednak trzeba mieć na uwadze, że w proponowanych przez Agencję pakietach opierano się na obowiązujących aktach prawnych MZ, w których diagnostyka genetyczna nie posiada ściśle określonych kodów ICD-9. Nie jest więc możliwe precyzyjne określenie jej obecnego zakresu. Ponadto warunki realizacji i wskazania są wspólne dla wszystkich badań. Niezbędne jest zatem usystematyzowanie koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu badań genetycznych, natomiast ekspert z NFZ wskazuje na potrzebę wyceny ww. badań przez AOTMiT.

W zakresie pakietu diagnostycznego w LSZ, podobnie jak w zakresie uwag do modelu GCU i innych pakietów diagnostycznych, eksperci podkreślają zbyt długi okres diagnostyki onkologicznej, proces ten nie powinien przekraczać 2-4 tygodni, natomiast wdrożenie kompleksowej opieki onkologicznej powinno wpłynąć na jego znaczne skrócenie. Jeden z ekspertów sugeruje, żeby w ramach świadczeń towarzyszących w danym pakiecie uwzględnić: przygotowanie pacjentki do dużych zabiegów operacyjnych według protokołu ERAS (tj. konsultacji anestezjologa, dietetyka, psychologa i zaplanowanie odpowiedniej aktywności ruchowej). Ten sam ekspert wskazuje też, że kierowanie do poszerzonej diagnostyki w ramach leczenia stacjonarnego powinno mieć

¹²³ Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato. Pozyskano z: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12336753/katalog/12705023#12705023>, dostęp z 17.09.2020

miejsce po potwierdzeniu podejrzenia nowotworu w AOS (celem uniknięcia pacjentek kierowanych bezpośrednio z POZ z łagodnymi zmianami przydatków czy niewyjaśnionymi krwawieniami z dróg rodnych, z założoną kartą DILO). Zaznacza również, że powinni o tym decydować specjaliści onkologii, ginekologii onkologicznej, chirurgii i ginekologii.

W kontekście modułu (pakietu) terapeutycznego część ekspertów podkreśla, świadczenia terapeutyczne dla pacjentek z C53, C54, C56 powinny być realizowane w ramach ginekologii onkologicznej, gdyż jest ona specjalizacją ustanowioną do leczenia nowotworów kobiecego narządu rodneho. Niemniej jednak ww. ginekologodzy onkolodzy powinni mieć możliwość dostępu do lekarzy innych specjalności np. lekarza chirurga czy urologa. Podobnie jak w przypadku wymogów wobec GCU, część ekspertów ma wątpliwości co do uwzględnienia w miejscach realizacji świadczeń terapeutycznych oddziałów onkologii klinicznej czy też ginekologii i położnictwa. Inni eksperci sugerują natomiast, że celem utrzymania odpowiedniej jakości leczenia pacjentek z nowotworami ginekologicznymi, chirurg ogólny nie powinien operować ww. nowotworów narządu rodneho. Jeden z ekspertów zauważa brak uwzględnionych procedur terapeutycznych, jakimi są chemioterapia dootrzewnowa i HIPEC, która została ostatecznie uwzględniona w pakiecie.

W zakresie modułu monitorowania eksperci mają wątpliwość, co do spójności uwzględnionych w nim procedur z pakietem diagnostycznym. Należy jednak podkreślić, że nie wszystkie badania diagnostyczne muszą być uwzględnione w ramach monitorowania pacjentki po leczeniu, które zostały wykonane na etapie diagnostycznym. Ponadto moduł monitorowania może być realizowany zarówno ambulatoryjnie, jak i stacjonarnie (zgodnie z uwagą NFZ). Jeden z ekspertów zewnętrznych sugeruje, żeby w ramach monitorowania po leczeniu znalazły się jednak badania cytogenetyczne, badania markerów, badania ekspresji genów i obecności mutacji. Z kolei, jeden z KW w dz. ginekologii onkologicznej uznaje za zasadne dodanie do monitorowania, ale i diagnostyki w AOS oznaczenie markera SCC (uwzględniono) oraz inhibiny B (ta nie znajduje się jednak w wykazach rozporządzenia MZ).

Reasumując, eksperci wydają się być zgodni co do wprowadzenia kompleksowej opieki onkologicznej dla nowotworów ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56), a tym samym stworzenia ośrodków koordynujących ww. opieką (tzw. GCU). Trzeba jednak wspomnieć o propozycji jednego ze specjalistów ginekologii onkologicznej, który wskazuje, że być może optymalnym rozwiązaniem w kontekście opieki onkologicznej byłoby stworzenie tzw. konsorcjów składających się z ośrodka nadzorującego oraz wyselekcjonowanych ośrodków współpracujących, które pozwolą na skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie, ułatwią dostęp do opieki onkologicznej bliżej miejsca zamieszkania pacjentek i umożliwią odpowiednie uwzględnienie specjalistów ginekologii onkologicznej.

10. Analiza wpływu organizacji koordynowanej opieki onkologicznej na budżet płatnika publicznego

10.1. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

Podstawowe koszty udzielania świadczeń pacjentkom z nowotworami ginekologicznymi w ramach kompleksowej opieki onkologicznej.

Cel: Celem analizy jest oszacowanie przewidywanych wydatków płatnika publicznego na świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia pacjentek z rozpoznaniem właściwym C53, C54 oraz C56 przy uwzględnieniu proponowanych założeń organizacji kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych.

Populacja: Pacjentki z następującymi nowotworami ginekologicznymi: nowotwór złośliwy szyjki macicy, nowotwór złośliwy trzonu macicy oraz nowotwór złośliwy jajnika (ICD-10: C53, C54 oraz C56 wraz z rozszerzeniami), którym będą udzielane świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia finansowane ze środków publicznych w ramach kompleksowej opieki zdrowotnej.

Perspektywa: Analizę przeprowadzono z perspektywy płatnika publicznego.

Horyzont czasowy: 3 lata.

Założenia:

- Proponowane moduły kompleksowej opieki w nowotworach ginekologicznych opierają się na świadczeniach gwarantowanych dostępnych w ramach obecnie obowiązujących koszyków świadczeń. Koszt udzielanych świadczeń zależny będzie zatem w głównej mierze od wzrostu kosztów poszczególnych świadczeń oraz liczby pacjentów, którym świadczenia będą udzielane. Analiza nie uwzględnia kosztu świadczeń nie uwzględnionych jeszcze w ramach wykazów świadczeń finansowanych ze środków publicznych (proponowanych do wprowadzenia lub wymagających modyfikacji).
- Prognoza kosztów nie obejmuje kosztów świadczeń udzielanych pacjentkom w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Moduł diagnostyczny POZ obejmuje badania diagnostyczne dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych na podstawie rocznych stawek kapitałowych, w oparciu o listy świadczeniobiorców (pacjentów) objętych opieką przez wybranego świadczeniodawcę.
- Wprowadzenie KOS będzie wymagało dodatkowych nakładów finansowych dla jednostek koordynujących proces diagnostyczno-terapeutyczny pomiędzy ośrodkami (aktywny nadzór nad jednostkami, monitorowanie jakości świadczonych usług). Zakłada się, że monitorowanie przez ośrodki nadzorujące jakości realizowanych świadczeń w ramach kompleksowej opieki ginekologiczno-onkologicznej będzie finansowane w oparciu o współczynniki korygujące.
- Wdrożenie KOS nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi będzie wymagało weryfikacji mechanizmu finansowania niektórych świadczeń diagnostycznych (diagnostyka patomorfologiczna i molekularna).

Koszty:

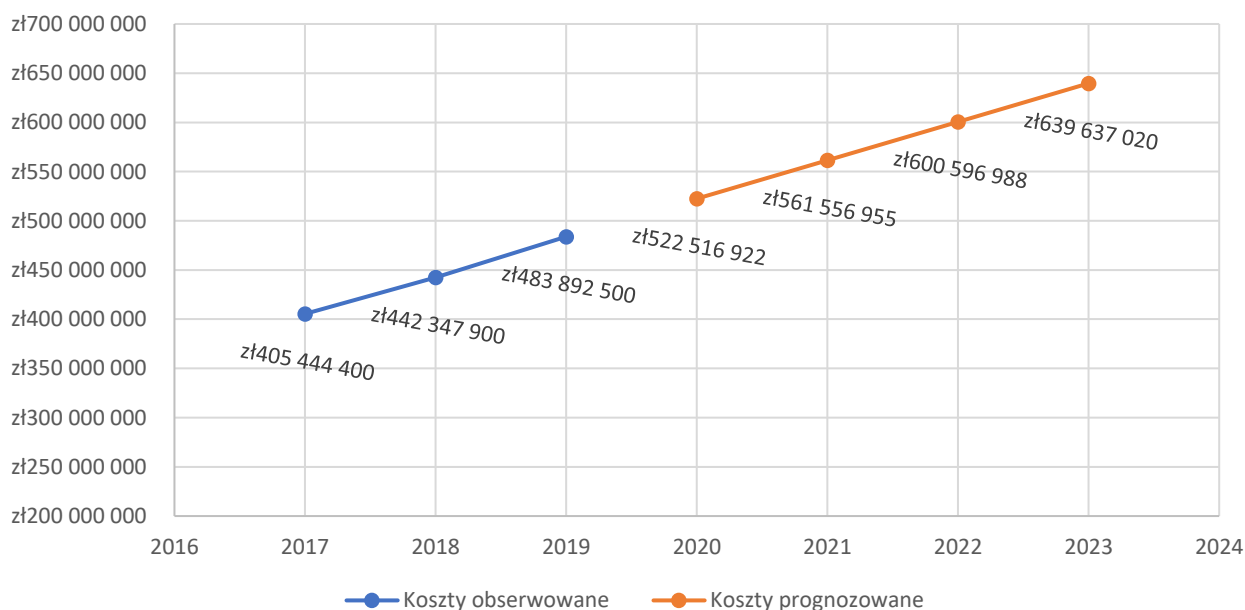
Koszty świadczeń udzielanych pacjentkom z nowotworami złośliwymi

W celu oszacowania przyszłych wydatków płatnika publicznego na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane pacjentkom z rozpoznaniem złośliwego nowotworu szyjki macicy, trzonu oraz jajnika posłużono się analizą trendu kosztów świadczeń udzielanych w latach 2017-2019. Raportowane dane są rzeczywistymi kosztami poniesionymi przez płatnika publicznego w danym roku. Szacowanie kosztów na podstawie analizy trendu odzwierciedla zmiany kosztu wynikające zarówno ze zmiany populacji (wzrost liczby pacjentów, którym udzielane są świadczenia jak i wzrost kosztów poszczególnych świadczeń wynikający między innymi ze zmianą wyceny świadczeń). Zestawienie dla poszczególnych lat przedstawiono w tabeli poniżej:

Tabela 131. Zestawienie dot. kosztów [zł] udzielanych świadczeń pacjentkom z rozpoznaniem głównym C53, C54 oraz C56 w latach 2017-2019

Zakres	2017		2018		2019	
	Koszt całkowity	Średni koszt na pacjentkę	Koszt całkowity	Średni koszt na pacjentkę	Koszt całkowity	Średni koszt na pacjentkę
Ambulatoryjne grupy świadczeń specjalistycznych	13 400 000	185	13 500 000	185	14 000 000	187
Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	14 900 000	721	14 900 000	689	16 600 000	718
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	9 923 900	3 203	10 749 800	3 330	11 162 300	3 376
Leczenie szpitalne	136 950 000	9 267	145 260 000	9 429	167 170 000	10 661
Chemioterapia	97 750 000	8 589	101 820 000	8 751	100 000 000	8 388
Programy lekowe	43 060 500	40 131	61 908 100	51 676	77 880 200	56 353
Radioterapia	89 460 000	17 043	94 210 000	18 322	97 080 000	18 383
Koszty łącznie	405 444 400	5 200	442 347 900	5 626	483 892 500	6 077

Na wykresie poniżej przedstawiono prognozowane na podstawie analizy trendu szacowane koszty świadczeń udzielanych pacjentkom z rozpoznaniem nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy oraz nowotworu złośliwego jajnika.

Wykres 39. Obserwowane oraz szacowane koszty świadczeń udzielanych pacjentkom z nowotworami złośliwymi szyjki macicy, trzonu macicy oraz jajnika

[Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ]

Koszty wynikające ze współczynników korygujących

W przyjętej analizie założono współczynnik korygujący dla 16 jednostek koordynujący (GCU) na poziomie 1,3 oraz dla 9 jednostek na poziomie 1,175 (stałe w latach 2021-2023). Na potrzeby niniejszej analizy przyjęto również, iż współczynnik korygujący został zastosowany dla kosztów następujących świadczeń:

Tabela 132. Produkty rozliczeniowe dla których przyjęto współczynnik korygujący

Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego
5.08.05.0000171	HOSPITALIZACJA ONKOLOGICZNA U DOROSŁYCH / ZAKWATEROWANIE
5.08.05.0000172	KOMPLEKSOWA PORADA AMBULATORYJNA DOTYCZĄCA CHEMIOTERAPII
5.08.05.0000173	PODSTAWOWA PORADA AMBULATORYJNA DOTYCZĄCA CHEMIOTERAPII

5.08.05.0000175	HOSPITALIZACJA JEDNEGO DNIA Z PODANIEM LEKU Z CZĘŚCI A KATALOGU LEKÓW ZWIĄZANA
5.08.05.0000176	HOSPITALIZACJA JEDNEGO DNIA W POZOSTAŁYCH PRZYPADKACH
5.52.01.0001440	HOSPITALIZACJA DO TELERADIOTERAPII / TERAPII PROTONOWEJ NOWOTWORÓW ZLOKALIZOWANYCH POZA NARZĄDEM WZROKU > 17 R.Ż.
5.52.01.0001470	HOSPITALIZACJA DO BRACHYTERAPII I TERAPII IZOTOPOWEJ - W ODDZIALE RADIOTERAPII / ONKOLOGII KLINICZNEJ
5.52.01.0001504	HOSPITALIZACJA DO CHEMIORADIOTERAPII > 18 R.Ż.
5.52.01.0001424	HOSPITALIZACJA DO BRACHYTERAPII I TERAPII IZOTOPOWEJ
5.51.01.0012002	DUŻE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO
5.51.01.0012003	ŚREDNIE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO
5.51.01.0012004	MAŁE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO
5.51.01.0012011	KOMPLEKSOWE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO BEZ PW
5.51.01.0012012	BARDZO DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO BEZ PW
5.51.01.0012013	DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO
5.51.01.0012014	ŚREDNIE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO
5.51.01.0012015	MAŁE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO
5.51.01.0012020	KOMPLEKSOWE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO Z PW
5.51.01.0012021	BARDZO DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO Z PW

W tabeli poniżej przedstawiono szacowane średnie koszty świadczeń dla jednostek typowanych jako GCU. Szacowany średni koszt wybranych świadczeń wynosi w roku 2021, 2022 oraz 2023 odpowiednio: 5 603 699,81 zł, 6 069 994,32 zł oraz 6 536 288,84 zł. Łączny szacowany koszt wybranych świadczeń realizowanych przez 25 jednostek spełniających wymogi GCU po uwzględnieniu współczynników korygujących będzie wynosił w roku 2021 – 175 816 081,59 zł, w roku 2022 – 190 446 071,90 zł oraz w roku 2023 – 205 076 062,22 zł. Szacowane koszty wynikające wyłącznie z zastosowania współczynników korygujących wynoszą odpowiednio w latach 2021-2023: 35 723 586,30 zł, 38 696 213,81 zł oraz 41 668 841,33 zł.

Tabela 133. Szacowane koszty świadczeń z uwzględnieniem współczynników korygujących

	2021	2022	2023
Średni koszt świadczeń realizowanych trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej z zakresu leczenia szpitalnego w potencjalnych jednostkach GCU	5 603 699,81	6 069 994,32	6 536 288,84
Łączny prognozowany koszt świadczeń realizowanych trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej z zakresu leczenia szpitalnego w potencjalnych jednostkach GCU	140 092 495,29	151 749 858,09	163 407 220,89
Łączny koszt świadczeń realizowanych trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej z zakresu leczenia szpitalnego w potencjalnych jednostkach po uwzględnieniu współczynników korygujących	175 816 081,59	190 446 071,90	205 076 062,22
Wzrost kosztów wynikający z zastosowania współczynników korygujących	35 723 586,30	38 696 213,81	41 668 841,33

Podsumowanie:

Łączne koszty udzielania świadczeń pacjentkom z rozpoznaniem głównym C53, C54 oraz C56 przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 134. Łączne szacowane koszty kompleksowej opieki zdrowotnej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi

Zakres	2021	2022	2023
Koszty świadczeń [zł]	561 556 955	600 596 988	639 637 020
Koszty wynikające z zastosowania współczynników korygujących [zł]	35 723 586,30	38 696 213,81	41 668 841,33
Koszty łącznie [zł]	597 280 541,30	639 293 201,81	681 305 861,33

Zgodnie z przedstawionymi założeniami, wdrożenie proponowanych rozwiązań kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi, może skutkować wzrostem wydatków odpowiednio w:

- 2021 r. o 35 723 586,30 zł,
- 2022 r. o 38 696 213,81 zł,
- 2023 r. o 41 668 841,33 zł.

Koszt ten wynikać będzie z zastosowania współczynników korygujących dedykowanych jednostkom GCU koordynującym leczenie pacjentek z rakiem szyjki macicy, rakiem trzonu macicy oraz raka jajnika. Łączny koszt udzielania świadczeń ww. pacjentkom szacowany jest w okresie 2021 do 2023 w granicach od 597 mln do 681 mln zł.

Ograniczenia analizy:

- Proponowany model nie zakłada (w porównaniu do stanu obecnego) zmian (wzrostu/spadku) w liczbie pacjentek „wchodzących” do systemu w związku z wprowadzeniem opieki koordynowanej. Jednym z możliwych, jednakże trudnym do oszacowania na obecnym etapie, scenariuszem jest spodziewany skrócony czas oczekiwania na diagnostykę i leczenie skutkujący poprawą wyników leczenia, a tym samym zmniejszeniem kosztów. Ponadto, w związku z wprowadzeniem KOS możemy obserwować zmianę struktury (a co za tym idzie zmianę łącznego kosztu) udzielanych świadczeń zarówno w zakresie diagnostyki, jak i leczenia. Dodatkowym czynnikiem, nieuwzględnionym w analizie, mogącym wpływać na strukturę udzielanych świadczeń są zmieniające się wytyczne i standardy diagnostyki i leczenia.
- W analizie nie uwzględniono wpływu wprowadzenia pakietu diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej na zmianę kosztów diagnostyki pacjentek z nowotworami ginekologicznymi.
- Analiza nie uwzględnia potencjalnych zmian kosztów wynikających ze zmianą struktury leczonych pacjentek (ewentualne zmiany wieku rozpoznawania, wskaźników przeżycia i ponownych rehospitalizacji).

10.2. Korzyści i ryzyka płynące z wdrożenia systemu opieki kompleksowej

Wskazanie wpływu/skutków proponowanego rozwiązania na sytuację

1) Świadczeniobiorców:

- Poprawa rokowania przeżycia i zmniejszenie śmiertelności poprzez wcześniejsze leczenie radykalne.
- Kompleksowa diagnostyka u jednego, odpowiedzialnego za to świadczeniodawcę.
- Poprawa jakości i dostępności do świadczeń gwarantowanych.
- Poprawa koordynacji wszystkich udzielanych świadczeń pacjentowi, w tym udzielanie świadczeń na właściwym poziomie oraz koordynacja przepływu pacjentów z ośrodków o niższej referencyjności do ośrodków o wyższej referencyjności a także „z góry na dół” oraz wyznaczenie koordynatora procesu opieki nad pacjentem.

2) Świadczeniodawców:

- Optymalizacja kosztów realizacji świadczeń gwarantowanych i poprawa rentowności.
- Zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych.
- Monitorowanie jakości udzielonych świadczeń.
- Zwiększenie koordynacji całego procesu diagnostyki pacjenta, zwiększenie przepływu informacji z jednoczesnym zmniejszeniem liczby wizyt.
- Realny wpływ na miejsce wykonywania zleconych świadczeń poprzez zawarcie umów podwykonawczych.

3) Wskazanie wstępnych skutków finansowych dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych:

- Narodowego Funduszu Zdrowia:

Zwiększenie wycen świadczeń diagnostycznych przy jednoczesnej kwalifikacji pacjentów z niższym ryzykiem raka do leczenia w dłuższej perspektywie może przełożyć się na zmniejszone nakłady finansowe ze strony NFZ. Jednak z uwagi na szeroki zakres oceny, na obecnym etapie przewidzenie ostatecznych skutków finansowych nie jest możliwe.

- Ministra Zdrowia (budżetu państwa):

Skutki finansowe związane z realizacją przedmiotowego świadczenia nie będą miały wpływu na budżet Ministra Zdrowia.

Skutek prawny

Skutkiem realizacji przedmiotowego zlecenia będzie nowelizacja rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu:

- podstawowa opieka zdrowotna,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- leczenie szpitalne.
- wprowadzenie obowiązku przekazywania danych kontaktowych pacjenta ośrodkom realizującym leczenie radykalne w celu umówienia wizyty i warunków jego przyjęcia.

Analiza SWOT

Analiza SWOT jest podstawową heurystyczną metodą analizy strategicznej. Metoda ta pozwala zgromadzić i posegregować posiadane informacje w cztery główne obszary: mocne i słabe strony, szanse i zagrożenia. Możliwości wdrożenia koncepcji kompleksowej opieki specjalistycznej w nowotworach ginekologicznych w obecnym systemie opieki zdrowotnej przedstawionej w niniejszym opracowaniu przedstawiono na matrycy SWOT. Należy podkreślić, że proponowane rozwiązanie organizacyjne stanowi uzupełnienie dla aktualnie obowiązujących rozwiązań takich jak pakiet onkologiczny, system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń oraz koncepcji krajowej sieci onkologicznej. Cechami charakterystycznymi zaproponowanego modelu opieki kompleksowej i skoordynowanej jest wzajemna współpraca pomiędzy ośrodkami z referencyjnym ośrodkiem koordynującym, który wdraża standardy postępowania, podejście oparte o indywidualną ścieżkę pacjenta i wyznaczenie koordynatora może prowadzić do poprawy efektów leczenia oraz zapewnienie dostępu do odpowiedniego leczenia w sytuacji zaawansowanych przypadków. Podmioty współpracujące natomiast mają możliwość korzystania z porad i konsultacji w przypadkach trudnych klinicznie, a w przypadkach uzasadnionych stanem klinicznym również do przekazania pacjenta, do ośrodka koordynującego. Transfer pacjentów między ośrodkami odbywać się może dwukierunkowo, nie tylko z ośrodka współpracującego do koordynującego, ale również w kierunku z ośrodka koordynującego do ośrodka współpracującego. Ponadto, implementacja prospektywnego monitorowania efektów leczenia w dłuższym horyzoncie czasu pozwoli na dokonane oceny funkcjonujących rozwiązań organizacyjnych oraz wprowadzenie ewentualnych modyfikacji. Do negatywnych czynników można zaliczyć konieczność wprowadzenia formalnego uregulowania współpracy pomiędzy ośrodkami (umowy o współpracy), w początkowej fazie implementacji rozwiązań istnieje ryzyko wydłużenia odległości pacjentów od ośrodków referencyjnych, a także w pierwszych latach wprowadzenia monitorowania pacjenta po leczeniu popyt na świadczenia może być większy (zakładając w modelu, że procesem monitorowania mogą zostać objęci również ci pacjenci, którzy zakończyli leczenie, ale przed wdrożeniem proponowanych zmian). Poniżej przedstawiono analizę SWOT na matrycy.

Tabela 135. Analiza SWOT

	POZYTYWNE	NEGATYWNE
WEWNĘTRZNE	<p>S (Strengths) – mocne strony</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koncentracja opieki medycznej w ośrodkach posiadających odpowiednie kompetencje; 2. Zapewnienie leczenia przez doświadczony personel medyczny; 3. Podejście oparte o ścieżkę pacjenta (indywidualny plan pacjenta) i wyznaczenie koordynatora procesu co pozwala na zapewnienie ciągłości leczenia; 4. Skoordynowana opieka poprzez podział na ośrodki koordynujące i współpracujące; 5. Zapewnienie badań patomorfologicznych odpowiedniej jakości – wydzielenie finansowania z grup JGP; 6. Stymulowanie transferu wiedzy pomiędzy ośrodkami posiadającymi zróżnicowane kompetencje; 7. Ocena jakości udzielanych świadczeń według predefiniowanych, jednolitych kryteriów (mierniki jakości); 8. Zapewnienie pacjentom opieki i monitorowania po zakończonym leczeniu; 	<p>W (Weaknesses) – słabe strony</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zaproponowany model organizacji opieki będzie wymagał dodatkowych relacji formalnych pomiędzy ośrodkami; 2. W pewnych sytuacjach może wydłużać odległość którą pacjent musi pokonać w celu uzyskania świadczeń lepszej jakości tj. na wyższym poziomie referencyjności (w początkowej fazie wdrażania modelu); 3. W pierwszych latach wprowadzenia follow-up dla pacjentów leczonych przed wprowadzeniem modelu może prowadzić do zwiększonego popytu na świadczenia; 4. Może wymagać rozbudowy potencjału w wybranych ośrodkach koordynujących i współpracujących w celu zapewnienia optymalizacji procesu opieki nad pacjentem;
ZEWNĘTRZNE	<p>O (Opportunities) – szanse</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Model zgodny z koncepcją Krajowej Sieci Onkologicznej; 2. Model zgodny z koncepcjami opieki przyjętymi w innych krajach; 3. Poprawa efektów leczenia oraz maksymalizacja bezpieczeństwa pacjenta (zmniejszenie ryzyka); 4. Zwiększenie zachorowalności, niskie wskaźniki przeżycia, wykrywanie nowotworów w późnym stadium wskazuje na zasadność zmiany organizacji opieki; 5. Względna łatwość implementacji zaproponowanych zmian w ramach trwającego programu pilotażowego. 	<p>T (Threats) – zagrożenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stworzenie wyspecjalizowanych ośrodków w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych może prowadzić do ograniczenia dostępności do innych świadczeń; 2. Ograniczona dostępność wybranych typów specjalistów lub lekarzy specjalistów z odpowiednim doświadczeniem (np. patomorfologów); 3. Brak chęci współpracy z ośrodkami koordynującymi ze strony ośrodków, które nie spełniają pełnych wymagań jakościowych, aby być ośrodkami koordynującymi;

11. Propozycja dodania wskazania zdrowotnego do założeń kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych

W dniu 28 września 2020 r. Rada Przejrzystości wydała wstępnie pozytywną opinię uznając za zasadne wdrożenie do realizacji opracowanego w ramach prac analitycznych modelu organizacji diagnostyki i leczenia w dziedzinie ginekologii onkologicznej, pod warunkiem uwzględnienia uwag w Raporcie oraz koncepcji. Rada uznała za zasadne rozszerzenie ww. działań o nowe wskazanie, tj.: nowotwór złośliwy sromu (ICD-10: C51). Należy jednak podkreślić, że przedmiotem dotychczasowej analizy były trzy nowotwory (nowotwór złośliwy szyjki macicy (ICD-10: C53), trzonu macicy (ICD-10: C54), jajnika (ICD-10: C56)). Uwzględnienie w obecnej koncepcji dodatkowego nowotworu skutkuje koniecznością podjęcia analiz *de novo* dla nowego wskazania, takich jak przegląd wytycznych międzynarodowych i krajowych, opracowanie modelowych ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, analizę procedur znajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych, wskazanie ewentualnych zmian technologii, analiza struktury świadczeń realizowanych na rzecz raka sromu w ostatnich latach, konsultacje z ekspertami, poszerzenie proponowanych modułów i wymogów GCU o dodatkowe elementy (m.in. procedury) dedykowane nowotworowi sromu. Poszerzenie zakresu wskazań wymaga odrębnego zlecenia Ministerstwa Zdrowia.

Ponadto, trzech ekspertów klinicznych, do których zwrócono się o opinię w zakresie zasadności tworzenia potencjalnych ośrodków GCU, również zaproponowało uwzględnienie w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach ginekologicznych raka sromu (ICD-10: C51). Mimo że nowotwór ten jest jednym z najrzadziej występujących nowotworów złośliwych narządów płciowych, to jego leczenie, jak sugerują eksperci, jest złożone, trudne i wymaga kompleksowego działania.

Na podstawie niesystematycznego przeglądu literatury naukowej zauważono, że zaawansowany rak sromu stanowi poważny problem terapeutyczny¹²⁴. Często miejscowe zaawansowanie guza uniemożliwia radykalne jego wycięcie, a pacjentki narażone są na okaleczające zabiegi chirurgiczne, na które nie wyrażają zgody, albo nie kwalifikują się do rozległych zabiegów chirurgicznych ze względu na upośledzony stan ogólny¹²⁵. Dlatego też sugeruje się by leczenie odbywało się w ośrodkach posiadających doświadczenie w tego typu zabiegach, ponieważ istnieje możliwość osiągnięcia wysokiego odsetka wyleczeń i jednocześnie niskiego odsetka powikłań pooperacyjnych¹²⁶.

W poniższym rozdziale przedstawiono podstawowe informacje dotyczące problematyki nowotworu złośliwego sromu (ICD-10: C51) w oparciu o aktualne wytyczne praktyki klinicznej Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (PTGO 2017¹²⁷), jak również dostępne dane epidemiologiczne, akty prawne obowiązujące w Polsce i sugestie ekspertów klinicznych w przedmiotowym temacie.

Nowotwór złośliwy sromu (ICD-10: C51) – opis problemu zdrowotnego

Klasyfikacja ICD-10:

C51 Nowotwór złośliwy sromu:

- C51.0 Warga sromowa większa (gruczoły Bartholina (przedsionkowe większe))
- C51.1 Warga sromowa mniejsza
- C51.2 Łechtaczka

¹²⁴ Urbański B. (2015). Radioterapia w leczeniu raka sromu. *Zeszyty Naukowe WCO, Letters In Oncology Science*, 12(4), 77-80. Pozyskano z: https://www.researchgate.net/publication/285747783_Radioterapia_w_leczeniu_raka_sromu, dostęp z 08.10.2020

¹²⁵ Gawrychowski K., Małecki M., Szewczyk G., Panek G., Śmiercka W., & Hajdukowicz K. (2010). Terapia genowa miejscowo zaawansowanego raka sromu konstruktem psFLT. *Współczesna Onkologia*. vol. 14; 1 (11–14). Pozyskano z: http://farmacjamolekularna.wum.edu.pl/sites/farmacjamolekularna.wum.edu.pl/files/terapia_genowa.pdf, dostęp z 08.10.2020

¹²⁶ Mituś J., Wysocka J., Kojs-Pasińska E., Kenig J., Komorowski A., Wysocki W., & Kojs Z. (2016). Usunięcie węzłów chłonnych pachwinowych w przypadku raka sromu – punkt widzenia chirurga i patomorfologa. *Current Gynecologic Oncology*, 14(1), 23-29. Pozyskano z: <http://psjd.icm.edu.pl/psjd/element/bwmeta1.element.psjd-29dc3b76-db67-4af8-97e7-89cfb9f5bf3f>, dostęp z 08.10.2020

¹²⁷ Sznurkowski J., Bodnar L., Bidziński M., Bienkiewicz A., Blecharz P., Kojs Z., & Jach R. et al. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka sromu. *Current Gynecologic Oncology*, 15(1), 45-53. Doi: 10.15557/cgo.2017.0004. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 05.10.2020

- C51.8 Zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie sromu
- C51.9 Srom, umiejscowienie nieokreślone¹²⁸.

Dane epidemiologiczne i czynniki etiologiczne

Rak sromu jest rzadką chorobą i stanowi 2,5-5% wszystkich złośliwych nowotworów narządów płciowych u kobiet. Głównymi czynnikami predysponującymi do wystąpienia nowotworu sromu są choroby infekcyjne przenoszone drogą płciową (związane przede wszystkim z zakażeniem HPV), osłabienie bądź zahamowanie reakcji immunologicznych (jak np. choroba autoimmunologiczna, cukrzyca, ciąża), ale i palenie tytoniu czy niski status ekonomiczny¹²⁹.

Najczęstszym typem morfologicznym nowotworu złośliwego sromu jest rak płaskonabłonkowy (ponad 90% przypadków), natomiast nabłonkowe typy nowotworów złośliwych występują niezwykle rzadko¹³⁰.

Obecnie wyróżnia się dwie główne grupy raka płaskonabłonkowego sromu (*squamous cell carcinoma*, SCC), zróżnicowane pod względem etiologii, modelu epidemiologicznego, patogenezy i obrazu morfologiczno-klinicznego:

1. Nowotwór złośliwy sromu związany z infekcją HPV (*HPV-linked SCC*), który rozwija się w wyniku progresji śródnabłonkowej neoplazji sromu (*vulvar intraepithelial neoplasia*, VIN) tworząc nieodróżnioną postać VIN. Dotyczy on głównie młodych kobiet, charakteryzuje się wyraźną symptomatologią, brakiem zwiększonej ekspresji p53, typem histologicznym *papulosis bowenoidalis*¹³¹, występuje w postaci ostro odgraniczonych grudek i plam wystających nad poziom skóry niezmiętej.

Istnieje małe prawdopodobieństwo (3-4%) progresji nieodróżnionego VIN do inwazyjnego raka sromu SCC, jednakże ze względu na wzrost częstości przypadków nieodróżnionego VIN zauważalny jest również wzrost częstości zachorowań na SCC sromu.

2. Nowotwór złośliwy sromu niezwiązany z infekcją HPV (*non-HPV-linked SCC*), który rozwija się w wyniku progresji VIN zróżnicowanego stanowiąc tzw. VIN typu prostego (*simplex-type VIN*). Dotyczy on starszych kobiet i często towarzyszy liszajowi twardzinowemu oraz hiperplazji płaskonabłonkowej. Komórki wykazują znaczną ekspresję p53 i aneuploidię DNA. Charakteryzuje się słabo wyrażoną symptomatologią, typem histologicznym rogowaciejącym oraz występuje w postaci pojedynczych dużych ognisk.

Istnieje 10-40% prawdopodobieństwo progresji zróżnicowanego VIN do inwazyjnego raka sromu, jednakże udział egzo- i endogennych karcynogenów nie jest do końca znany¹³².

Nowotwór złośliwy sromu charakteryzuje się niższymi wskaźnikami zapadalności i umieralności w porównaniu do nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy i nowotworu złośliwego jajnika (znajduje się na czwartym miejscu).

Wg danych KRN z 2017 r., nowotwór złośliwy sromu znajdował się na 25. miejscu pod względem liczby zachorowań na nowotwory złośliwe wśród kobiet powyżej 15 r.ż. (539 przypadków) oraz na miejscu 23. w odniesieniu do przyczyn zgonów nowotworowych u kobiet (315 przypadków)¹³³.

¹²⁸ WHO. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf, dostęp z 05.10.2020

¹²⁹ Alkatout, I., Schubert, M., Garbrecht, N., Weigel, M. T., Jonat, W., Mundhenke, C., & Günther, V. (2015). Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options. *International journal of women's health*, 7, 305. Pozyskano z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374790/>, dostęp z 05.10.2020

¹³⁰ Krajowy Rejestr Nowotworów. (2020). Srom. Pozyskano z: <http://onkologia.org.pl/rak-sromu/>, dostęp z 05.10.2020

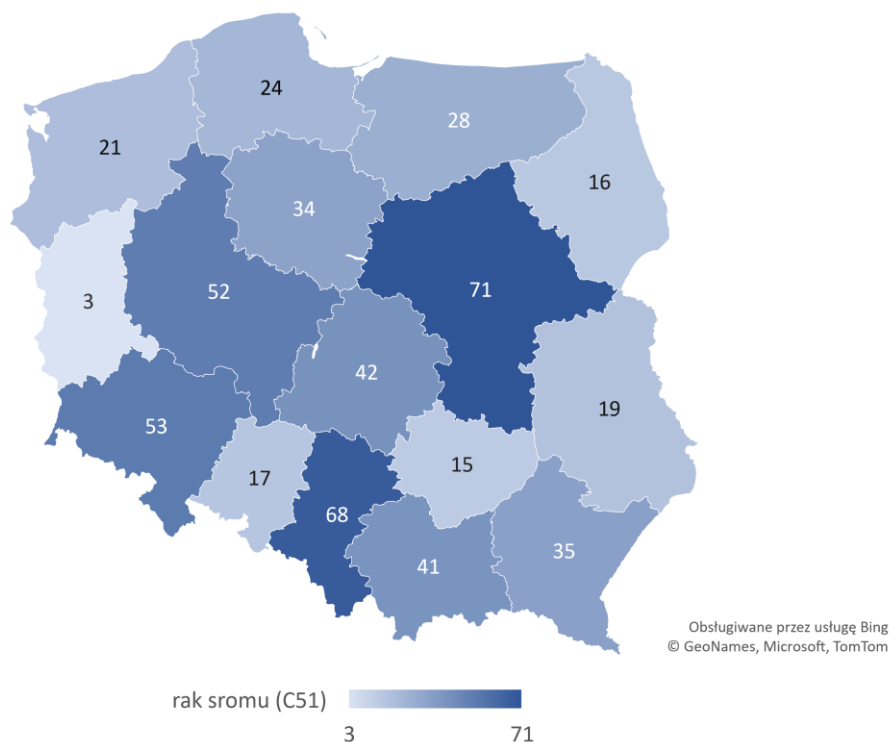
¹³¹ Grudkowatość bowenoidalna – choroba błon śluzowych narządów płciowych związana z zakażeniem HPV

¹³² Sznurkowski J., Bodnar L., Bidziński M., Bienkiewicz A., Blecharz P., Kojs Z., & Jach R. et al. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka sromu. *Current Gynecologic Oncology*, 15(1), 45-53. Doi: 10.15557/cgo.2017.0004. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 05.10.2020

¹³³ Krajowy Rejestr Nowotworów. (2020). Zachorowania, zgony na nowotwory złośliwe w Polsce wśród kobiet pow. 15.r.ż, dane za 2017 r. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_nowotwor, dostęp z 05.10.2020

Ryzyko zachorowania na raka sromu zwiększa się znacząco wraz z wiekiem i występuje najczęściej u kobiet po 65 roku życia. Proporcjonalny wzrost średniego wieku w populacji ogólnej może stać się przyczyną wzrostu liczby zachorowań na nowotwory złośliwe sromu w przyszłości.

Dodatkowo na rycinie poniżej przedstawiono liczbę zachorowań na nowotwory złośliwe sromu w 2017 roku w Polsce z podziałem na województwa¹³⁴. Najwięcej zachorowań odnotowano w województwie mazowieckim (71/539 przypadków) i śląskim (68/539), najmniej natomiast w woj. lubuskim (3/539 przypadków).



Rysunek 21. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe sromu w Polsce w 2017 roku z podziałem na województwa

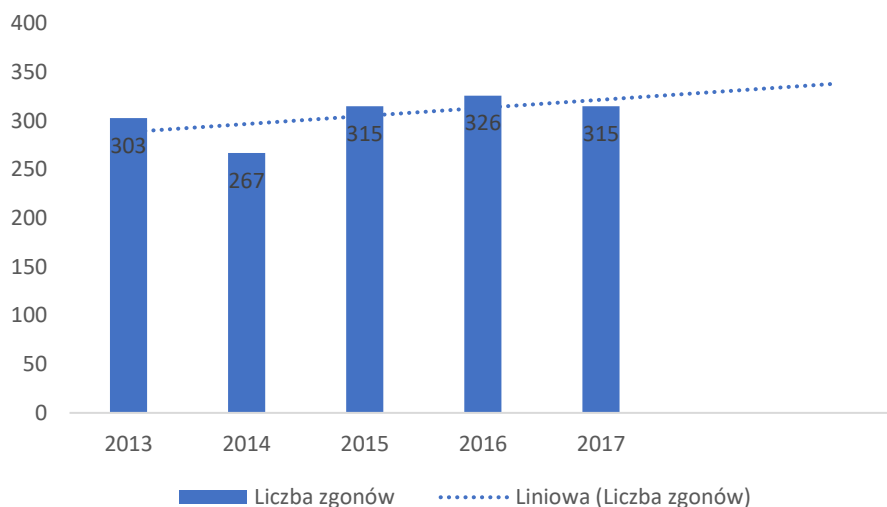
[Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN]

W 2017 r. odnotowano 315 zgonów z powodu nowotworu złośliwego sromu. Standaryzowany współczynnik umieralności (względem populacji europejskiej) wynosił 1,12/100 tys. i jest najniższy w porównaniu do pozostałych analizowanych nowotworów ginekologicznych u kobiet (ICD-10: C51, C53, C54, C56)¹³⁵. Na wykresie poniżej przedstawiono liczebność potwierdzonych zgonów z powodu raka sromu w Polsce, w latach 2013-2017 oraz prognozowaną linię trendu ww. zgonów. Należy jednak dodać, że współczynnik umieralności (standaryzowany do populacji europejskiej) oscylował od 1,00 do 1,17 na 100 tys. osób w ww. okresie, przy czym najwyższą wartość odnotowano w roku 2015¹³⁶.

¹³⁴ Krajowy Rejestr Nowotworów. (2020). Zachorowania, zgony na nowotwory złośliwe sromu w Polsce (województwo, liczba) wśród kobiet, dane za 2017 r. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/raporty/##tabela_województwa, dostęp z 05.10.2020

¹³⁵ KRN. (2020). Zestawienie typów nowotworów złośliwych u kobiet w wieku powyżej 15 r.ż. z uwzględnieniem liczby zgonów w Polsce w roku 2017. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/raporty/##tabela_nowotwor, dostęp z 06.10.2020

¹³⁶ KRN. (2020). Zestawienie typów nowotworów złośliwych u kobiet w wieku powyżej 15 r.ż. z uwzględnieniem liczby zgonów w Polsce w roku 2017. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/raporty/##tabela_nowotwor, dostęp z 06.10.2020

Wykres 40. Liczba zgonów z powodu raka sromu (C51) w populacji kobiet powyżej 15 r.ż. w Polsce, w latach 2013-2017

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRNJ

Obraz kliniczny

W większości badanych przypadków, objawy kliniczne raka sromu są podobne, zazwyczaj stwierdza się jednoogniskową zmianę w obrębie sromu, w postaci zgrubienia lub wrzodu (najczęściej na wargach sromowych mniejszych i większych lub kroczu, rzadziej w obrębie łechtaczki lub wzgórka łonowego). Często towarzyszy temu dyskomfort, świąd i pieczenie. Zmiany wieloogniskowe stwierdzane są u około 5% pacjentek, natomiast u 10% pacjentek ciężko jest ustalić punkt wyjścia nowotworu ze względu na zbyt dużą zmianę¹³⁷.

Diagnostyka i leczenie

W celu wykluczenia lub zdiagnozowania nowotworu złośliwego sromu oraz ewentualnego potwierdzenia stopnia zaawansowania choroby wykorzystuje się przede wszystkim badanie ginekologiczne oraz biopsję klinową podejrzanej zmiany na sromie. Ponadto wykonuje się: podstawowe badania obrazowe (co najmniej TK miednicy i jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej), badanie cytologiczne, kolposkopię lub wulwoskopię, ocenę endometrium (USG i/lub biopsją), rutynowe przedoperacyjne badania krwi oraz przedoperacyjne posiewy bakteriologiczne z guza (aby dobrać celowaną antybiotykoterapię okołoperacyjną).

Postawienie diagnozy i ocena stopnia zaawansowania choroby opiera się na badaniu histopatologicznym, natomiast do oceny stopnia zaawansowania w raku sromu wykorzystuje się klasyfikację FIGO oraz TNM¹³⁸.

Leczenie nowotworu złośliwego sromu obejmuje chirurgię, radioterapię, radiochemioterapię oraz chemioterapię. Udział poszczególnych metod leczenia zgodnie z medycyną opartą na dowodach przedstawia się następująco: leczenie chirurgiczne – 89,3%; radioterapia – 39%; chemioterapia – 6,4%¹³⁹. Radioterapia może zostać zastosowana zarówno przed leczeniem chirurgicznym, jak i po nim. Chemioterapia stosowana jest głównie w przypadku rozsiewu choroby (FIGO IVB) lub jako element radiochemioterapii.

¹³⁷ Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2013). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf, dostęp z 05.10.2020

¹³⁸ Sznurkowski J., Bodnar L., Bidziński M., Bieńkiewicz A., Blecharz P., Kojs Z., & Jach R. et al. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka sromu. *Current Gynecologic Oncology*, 15(1), 45-53. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 05.10.2020

¹³⁹ Sznurkowski J., Bodnar L., Bidziński M., Bieńkiewicz A., Blecharz P., Kojs Z., & Jach R. et al. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka sromu. *Current Gynecologic Oncology*, 15(1), 45-53. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 05.10.2020

W przypadku nawrotu w pierwszej kolejności należy rozważyć metody leczenia miejscowego, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjentki (np. szerokie wycięcie nawrotu z lub bez uzupełniającego napromieniania, radykalne wycięcie sromu, egzenteracja i chemioterapia z lub bez leczenia operacyjnego).

Monitorowanie pacjentki po leczeniu zaleca się w ośrodku, który przeprowadził/wdrożył postępowanie terapeutyczne.

Prognoza/wskaźniki przeżycia

Przeżycie pacjentek z rakiem sromu jest dobre, ale tylko gdy odpowiednio szybko ustalone jest wdrożenie właściwej terapii (tuż po rozpoznaniu)¹⁴⁰. Zajęcie węzłów pachwinowych i/lub udowych wydaje się najważniejszym czynnikiem prognostycznym przeżycia. W jednej z analiz wieloczynnikowych chore z przerzutami w pachwinowych węzłach chłonnych cechowały się ponad 15-krotnie większym ryzykiem zgonu niż chore bez przerzutów¹⁴¹. Jednak jak wskazują dane KRN, odsetek pięcioletnich przeżyć w Polsce jest niski i wynosi we wszystkich stopniach klinicznego zaawansowania nowotworu ok. 35%¹⁴². Z kolei mając na uwadze dane dotyczące przeżycia z *American Society of Clinical Oncology*¹⁴³ (ASCO), należy podkreślić, że wskaźniki 5-letniego przeżycia w przypadku raka sromu są najwyższe dla pacjentek, u których rak nie rozprzestrzenił się poza srom (blisko 86%). W przypadku przerzutów do otaczających tkanek, narządów i/lub regionalnych węzłów chłonnych, wskaźnik 5-letniego przeżycia jest niższy i wynosi 53%. Natomiast w przypadku odległych przerzutów zmniejsza się do prawie 23%.

Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne dla pacjentek z nowotworem złośliwym sromu (C51)

W rozdziale poniżej przedstawiono najważniejsze założenia pochodzące z wytycznych praktyki klinicznej dotyczących diagnostyki i leczenia raka sromu Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (PTGO 2017¹⁴⁴). Zalecenia te są zbieżne z rekomendacjami *European Society of Gynaecological Oncology* z 2016 r. (ESGO 2016¹⁴⁵). Jednakże wytyczne ESGO sugerują, że wszystkie pacjentki z rakiem sromu powinny zostać skierowane do właściwego Centrum Ginekologii Onkologicznej i poddane leczeniu przez multidyscyplinarny zespół ginekologiczno-onkologiczny. W szczególności pacjentki w zaawansowanym stadium powinny być badane przez multidyscyplinarny zespół, aby określić optymalny wybór, ale i kolejność metod leczenia raka sromu. Warto dodać, że w wytycznych ESGO podkreśla się znaczenie umiejętności lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii rekonstrukcyjnej w ramach zespołu multidyscyplinarnego (na każdym stadium choroby).

W rozdziale poniżej przedstawiono najważniejsze założenia pochodzące z wytycznych praktyki klinicznej dotyczących diagnostyki i leczenia raka sromu Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (PTGO 2017¹⁴⁶). Zalecenia te są zbieżne z rekomendacjami *European Society of Gynaecological Oncology* z 2016 r. (ESGO 2016¹⁴⁷). Jednakże wytyczne ESGO sugerują, że wszystkie pacjentki z rakiem sromu powinny zostać skierowane do właściwego Centrum Ginekologii Onkologicznej i poddane leczeniu przez multidyscyplinarny zespół ginekologiczno-onkologiczny. W szczególności pacjentki w zaawansowanym stadium powinny być

¹⁴⁰ Alkatout, I., Schubert, M., Garbrecht, N., Weigel, M. T., Jonat, W., Mundhenke, C., & Günther, V. (2015). Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options. *International journal of women's health*, 7, 305. Pozyskano z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374790/>, dostęp z 05.10.2020

¹⁴¹ Koryga-Wszolek, S., Wojas, P., Iwańska, E., Janeczek, M., Karolewski, K., Szatkowski, W., & Blecharz, P. (2017). Ocena czynników prognostycznych raka sromu ze szczególnym uwzględnieniem klasyfikacji zaawansowania według FIGO 2009–wyniki własne i przegląd piśmiennictwa. *Current Gynecologic Oncology*, 15(3).

¹⁴² Krajowy Rejestr Nowotworów (2017). Pozyskano z: <http://onkologia.org.pl/rak-sromu/>, dostęp z 06.10.2020

¹⁴³ ASCO (2020). Vulvar Cancer: Statistics. Pozyskano z: <https://www.cancer.net/cancer-types/vulvar-cancer/statistics>, dostęp z 08.10.2020

¹⁴⁴ Sznurkowski J., Bodnar L., Bidziński M., Bieńkiewicz A., Blecharz P., Kojs Z., & Jach R. et al. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka sromu. *Current Gynecologic Oncology*, 15(1), 45-53. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 05.10.2020

¹⁴⁵ European Society of Gynaecological Oncology (2016). ESGO Guidelines for the Management of Patients With Vulvar Cancer. Pozyskano z: https://guidelines.esgo.org/media/2016/08/European_Society_of_Gynaecological_Oncology.-Vulvar-cancer-article.pdf, dostęp z 08.10.2020

¹⁴⁶ Sznurkowski J., Bodnar L., Bidziński M., Bieńkiewicz A., Blecharz P., Kojs Z., & Jach R. et al. (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka sromu. *Current Gynecologic Oncology*, 15(1), 45-53. Pozyskano z: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/>, dostęp z 05.10.2020

¹⁴⁷ European Society of Gynaecological Oncology (2016). ESGO Guidelines for the Management of Patients With Vulvar Cancer. Pozyskano z: https://guidelines.esgo.org/media/2016/08/European_Society_of_Gynaecological_Oncology.-Vulvar-cancer-article.pdf, dostęp z 08.10.2020

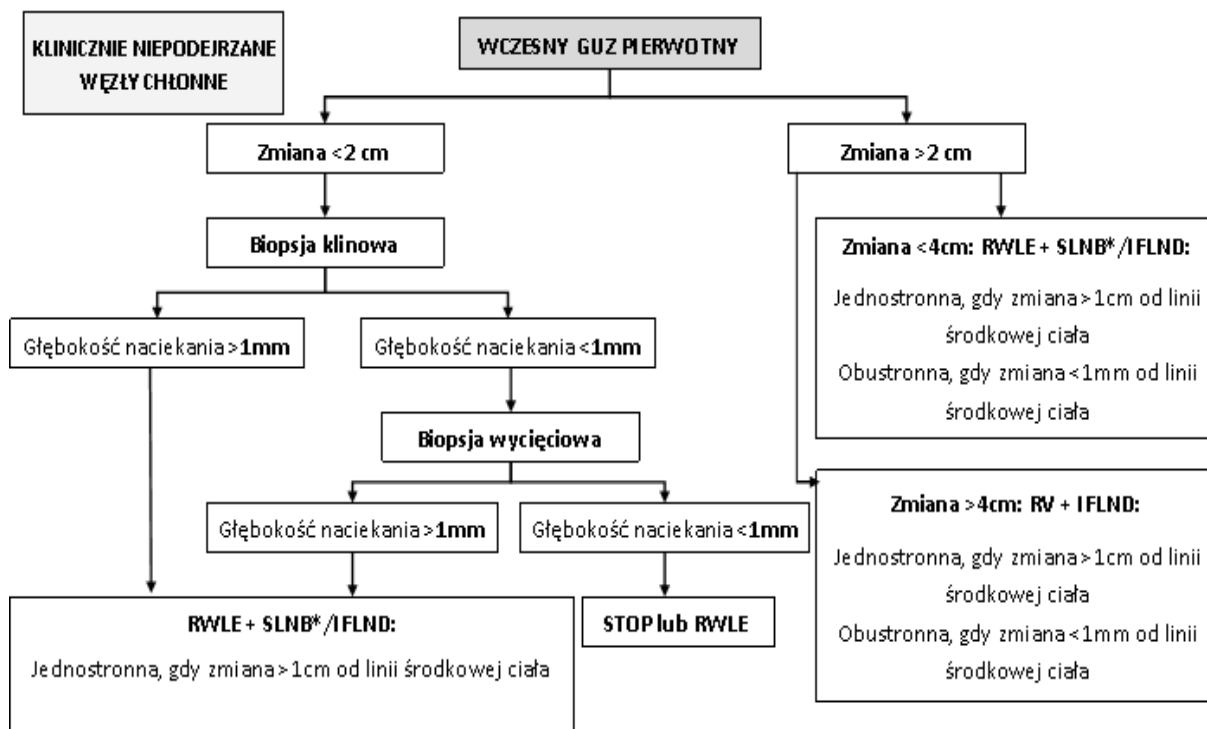
badane przez multidyscyplinarny zespół, aby określić optymalny wybór, ale i kolejność metod leczenia raka sromu. Warto dodać, że w wytycznych ESGO podkreśla się znaczenie umiejętności lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii rekonstrukcyjnej w ramach zespołu multidyscyplinarnego (na każdym stadium choroby).

Zakres	Zalecenia PTGO 2017																								
Profilaktyka/badania przesiewowe	<ul style="list-style-type: none"> Nie ma zastosowania dla badań przesiewowych w kierunku raka sromu. Obecnie trudno ocenić, czy szczepienia profilaktyczne przeciwko CIN 2+ wywołanej onkogennymi typami wirusów HPV wpływają na zachorowalność na raka płaskonabłonkowego sromu (<i>squamous cell carcinoma, SCC</i>). 																								
Diagnostyka pacjenta (ocena przed leczeniem)	<ul style="list-style-type: none"> Należy wykonać biopsję klinową każdej podejrzonej zmiany na sromie. W przypadku rozpoznania raka należy przeprowadzić badania obrazowe w celu wykluczenia rozsiewu choroby i/lub podejrzanym radiologicznie węzłom chłonnym miednicznym i/lub pachwinowym (wpływ na decyzje o biopsji węzła wartowniczego - <i>sentinel lymph node biopsy, SLNB</i>). Zaleca się wykonanie co najmniej: tomografii komputerowej (TK) miednicy i jamy brzusznej oraz przeglądowego zdjęcia klatki piersiowej. Dodatkowe badania jakie rekomenduje się podczas diagnostyki to: <ul style="list-style-type: none"> cytologia szyjki macicy; kolposkopia lub wulwoskopia; ocena endometrium: USG i/lub biopsja; rutynowe przedoperacyjne badania krwi. Przy zakwalifikowaniu chorej do leczenia operacyjnego dla zmian >2 cm zaleca się wykonanie przed zabiegiem posiewów bakteriologicznych z guza w celu doboru celowanej antybiotykoterapii okołoperacyjnej. 																								
Rozpoznanie	<ul style="list-style-type: none"> Diagnozę można postawić tylko na podstawie badania histopatologicznego – metodą adekwatną jest głęboka biopsja klinowa guza (bioptat powinien zawierać fragment guza wraz z podścieliskiem). Wynk powinien zawierać co najmniej informację o typie histologicznym nowotworu i głębokości jego naciekania. Jeśli zmiana na sromie ma średnicę ≤2 cm, a głębokość naciekania w bioptacie klinowym nie przekracza 1 mm, to zmianę można usunąć z zewnętrznym 10-milimetrowym marginesem tkanek zdrowych (biopsja wycięciowa) i wysłać do śródoperacyjnej oceny histopatologicznej w celu weryfikacji. Potwierdzenie braku inwazji >1 mm na całej powierzchni guza zwalnia od obowiązku oceny statusu regionalnych węzłów chłonnych. 																								
Staging	<ul style="list-style-type: none"> Zaawansowanie w raku sromu określa się w stopniach chirurgiczno-patomorfologicznych, zgodnie z klasyfikacją FIGO w powiązaniu z aktualnym systemem TNM. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">FIGO 2009</th> <th style="width: 40%;">TNM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>guz ograniczony do sromu lub krocza bez przerzutów w węzłach chłonnych</td> </tr> <tr> <td>IA</td> <td>zmiana o średnicy <2 cm z inwazją podścieliska ≤1,0 mm</td> </tr> <tr> <td>IB</td> <td>zmiana o średnicy >2 cm z inwazją podścieliska >1,0 mm</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>guz bez względu na wielkość z naciekiem obejmującym dolną część cewki moczowej i/lub pochwy czy odbytu, bez przerzutów w węzłach chłonnych</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>guz bez względu na wielkość z lub bez naciekiem obejmującego 1/3 dolną część cewki moczowej i/lub 1/3 dolną część pochwy czy odbytu [T1B], [T2], z przerzutami do węzłów chłonnych pachwinowo-udowych [N1], [N2]</td> </tr> <tr> <td>IIIA</td> <td>N1a – jeden przerzut do węzła chłonnego ≥5 mm N1b – 1–2 przerzuty do węzłów chłonnych <5 mm</td> </tr> <tr> <td>IIIB</td> <td>N2a – dwa lub więcej przerzutów do węzłów chłonnych ≥5 mm N2b – trzy lub więcej przerzutów do węzłów chłonnych <5 mm</td> </tr> <tr> <td>IIIC</td> <td>N2c – zajęty węzeł z rozsiewem pozatorebkowym</td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>guz naciekający inne miejscowe struktury (2/3 górnej części cewki moczowej, 2/3 górnej pochwy, błonę śluzową pęcherza, błonę śluzową odbytnicy, kości miednicy [T3] i/lub nieruchomy, owrzodziały węzeł chłonny pachwinowo-udowy, i/lub przerzuty odległe [M])</td> </tr> <tr> <td>IVA</td> <td>N3 – nieruchomy lub owrzodziały węzeł pachwinowo-udowy</td> </tr> <tr> <td>IVB</td> <td>M1 – każdy odległy przerzut łącznie z przerzutami do węzłów chłonnych w obrębie miednicy</td> </tr> </tbody> </table> <p>Głębokość inwazji podścieliska określa się jako wymiar guza mierzony od granicy nabłonka i podścieliska w przylegającej najbardziej powierzchownej brodawce do najgłębszego punktu inwazji.</p>	FIGO 2009	TNM	I	guz ograniczony do sromu lub krocza bez przerzutów w węzłach chłonnych	IA	zmiana o średnicy <2 cm z inwazją podścieliska ≤1,0 mm	IB	zmiana o średnicy >2 cm z inwazją podścieliska >1,0 mm	II	guz bez względu na wielkość z naciekiem obejmującym dolną część cewki moczowej i/lub pochwy czy odbytu, bez przerzutów w węzłach chłonnych	III	guz bez względu na wielkość z lub bez naciekiem obejmującego 1/3 dolną część cewki moczowej i/lub 1/3 dolną część pochwy czy odbytu [T1B], [T2], z przerzutami do węzłów chłonnych pachwinowo-udowych [N1], [N2]	IIIA	N1a – jeden przerzut do węzła chłonnego ≥5 mm N1b – 1–2 przerzuty do węzłów chłonnych <5 mm	IIIB	N2a – dwa lub więcej przerzutów do węzłów chłonnych ≥5 mm N2b – trzy lub więcej przerzutów do węzłów chłonnych <5 mm	IIIC	N2c – zajęty węzeł z rozsiewem pozatorebkowym	IV	guz naciekający inne miejscowe struktury (2/3 górnej części cewki moczowej, 2/3 górnej pochwy, błonę śluzową pęcherza, błonę śluzową odbytnicy, kości miednicy [T3] i/lub nieruchomy, owrzodziały węzeł chłonny pachwinowo-udowy, i/lub przerzuty odległe [M])	IVA	N3 – nieruchomy lub owrzodziały węzeł pachwinowo-udowy	IVB	M1 – każdy odległy przerzut łącznie z przerzutami do węzłów chłonnych w obrębie miednicy
FIGO 2009	TNM																								
I	guz ograniczony do sromu lub krocza bez przerzutów w węzłach chłonnych																								
IA	zmiana o średnicy <2 cm z inwazją podścieliska ≤1,0 mm																								
IB	zmiana o średnicy >2 cm z inwazją podścieliska >1,0 mm																								
II	guz bez względu na wielkość z naciekiem obejmującym dolną część cewki moczowej i/lub pochwy czy odbytu, bez przerzutów w węzłach chłonnych																								
III	guz bez względu na wielkość z lub bez naciekiem obejmującego 1/3 dolną część cewki moczowej i/lub 1/3 dolną część pochwy czy odbytu [T1B], [T2], z przerzutami do węzłów chłonnych pachwinowo-udowych [N1], [N2]																								
IIIA	N1a – jeden przerzut do węzła chłonnego ≥5 mm N1b – 1–2 przerzuty do węzłów chłonnych <5 mm																								
IIIB	N2a – dwa lub więcej przerzutów do węzłów chłonnych ≥5 mm N2b – trzy lub więcej przerzutów do węzłów chłonnych <5 mm																								
IIIC	N2c – zajęty węzeł z rozsiewem pozatorebkowym																								
IV	guz naciekający inne miejscowe struktury (2/3 górnej części cewki moczowej, 2/3 górnej pochwy, błonę śluzową pęcherza, błonę śluzową odbytnicy, kości miednicy [T3] i/lub nieruchomy, owrzodziały węzeł chłonny pachwinowo-udowy, i/lub przerzuty odległe [M])																								
IVA	N3 – nieruchomy lub owrzodziały węzeł pachwinowo-udowy																								
IVB	M1 – każdy odległy przerzut łącznie z przerzutami do węzłów chłonnych w obrębie miednicy																								
Leczenie	<ul style="list-style-type: none"> Leczenie raka sromu obejmuje przede wszystkim chirurgię i radioterapię, ale i radiochemioterapię oraz chemioterapię. 																								

	<ul style="list-style-type: none"> • Podstawowe schematy skojarzonego leczenia raka sromu w zależności od stopnia zaawansowania wg FIGO: • Dla IA: szerokie miejscowe wycięcie zmiany z 1 cm marginesem; • Dla IB (zmiana bocznie): radykalna wulwektomia z limfadenektomią pachwinową po stronie zmiany, a gdy pozytywne marginesy i/lub pozytywne węzły chłonne – leczenie uzupełniające; • Dla IB (zmiana centralnie): radykalna wulwektomia z obustronną limfadenektomią pachwinową, a gdy pozytywne marginesy i/lub pozytywne węzły chłonne – leczenie uzupełniające; • Dla II-IVA: leczenie rozpatrywane indywidualnie – tj.: <ul style="list-style-type: none"> ○ pierwotne leczenie chirurgiczne i następnie leczenie uzupełniające; lub ○ pierwotna chemioradioterapia (z cotygodniową dawką cisplatyny); lub ○ neoadjuwantowa chemioterapia (NACT), a następnie leczenie chirurgiczne lub chemioradioterapia. • Dla IVB: chemioterapia
Leczenie chirurgiczne	<ul style="list-style-type: none"> • Zabieg operacyjny polega na miejscowym wycięciu zmiany lub radykalnym usunięciu sromu w celu uzyskania adekwatnego marginesu tkanek zdrowych. • W zależności od sytuacji klinicznej konieczne może być wykonanie zabiegów na układzie chłonnym, jak np.: <ul style="list-style-type: none"> ○ biopsja węzła wartowniczego; ○ systematyczna limfadenektomia pachwinowo-udowa; ○ selektywna limfadenektomia pachwinowo-udowa. • O udziale chirurgii w procesie leczenia (wraz z jej zakresem) decydują cztery przedoperacyjne warianty kliniczne choroby: <ul style="list-style-type: none"> ○ Zmiana pierwotna ograniczona wyłącznie do sromu bez podejrzanych klinicznie i radiologicznie węzłów chłonnych (tj. wczesna postać raka). ○ Zmiana pierwotna ograniczona wyłącznie do sromu z podejrzany klinicznie i radiologicznie węzłami chłonnymi (późna postać raka). ○ Zmiana pierwotna przekraczająca granice sromu bez podejrzanych klinicznie i radiologicznie węzłów chłonnych (wczesna postać raka). ○ Zmiana pierwotna przekraczająca granice sromu z podejrzany klinicznie i radiologicznie węzłami chłonnymi (późna postać raka). <p>Ścieżki danego postępowania terapeutycznego dla każdego z ww. wariantów zostały załączone w formie schematów poniżej tabeli.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Do zabiegu wytrzewienia można zakwalifikować chore: w dobrym stanie ogólnym; bez przerzutów do węzłów chłonnych okołoaortalnych (ocena laparoskopowa); bez przerzutów odległych (tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej); z nowotworem ograniczonym do miednicy mniejszej, bez naciekania jej ścian; wyrażające zgodę na zabieg operacyjny. • Biopsja węzła wartowniczego jest zależna od doświadczenia chirurga, dlatego staje się wiarygodna dopiero po minimum 10-krotnym wcześniejszym wykonaniu. • Pracownia histopatologiczna powinna wykonywać rutynowo śródoperacyjnie ultrastaging pobranych węzłów chłonnych.
Radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia pooperacyjna powinna być stosowana u pacjentek, u których na podstawie wyników badania histopatologicznego stwierdzono nieradykalne usunięcie guza pierwotnego i/lub obecność przerzutów w węzłach chłonnych pachwinowych, biodrowych lub zaślonowych. W sytuacji zajęcia >2 węzłów chłonnych lub w przypadku rozsiewu podtorebkowego raka w pojedynczym węzle chłonnym zaleca się naświetlanie obszaru węzłów chłonnych pachwinowo-udowych dawką 50 Gy, na głębokość 3–6 cm poniżej powierzchni. • Radioterapię przedoperacyjną należy rozważyć u chorych w zaawansowanym stadium raka sromu (T3 i T4), tj. zastosowanie radioterapii w dawce 45–50 Gy w okresie 5–6 tygodni przed planowanym zabiegiem operacyjnym co może doprowadzić do zmniejszenia masy nowotworu i pozwolić na radykalne i mniej okaleczające leczenie chirurgiczne.
Chemioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapię należy stosować w przypadkach uogólnionego rozsiewu choroby (tj. FIGO IVB). • Może być też wykorzystana jako element radiochemioterapii w pierwotnym leczeniu miejscowo zaawansowanych postaci raka sromu (w stopniu klinicznym wg FIGO III–IVA), a także w leczeniu wznów tej choroby. • Chemioterapię można dodatkowo zastosować jako adiuwantowe leczenie pooperacyjne w połączeniu z radioterapią (radiochemioterapia pooperacyjna) lub bez radioterapii w nieoperacyjnych nawrotach choroby.
Monitorowanie leczenia po	<ul style="list-style-type: none"> • Badania kontrolne obejmują badania podmiotowe i przedmiotowe, pełne badanie ginekologiczne oraz badanie cytologiczne. • Badanie należy wykonywać co 3 miesiące w pierwszych 2 latach obserwacji, co 6 miesięcy do 5 lat, a następnie raz na rok. • Zaleca się badania w ośrodku, który przeprowadził leczenie.

Leczenie wznowy	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie powinno być w pełni zindywidualizowane. • Postępowanie zależy od sekwencji leczenia pierwotnego. • Obejmuje szerokie wycięcie nawrotu z lub bez uzupełniającego napromieniania, radykalne wycięcie sromu, egzenterację oraz chemioterapię z lub bez leczenia operacyjnego.
------------------------	---

Ryciny poniżej przedstawiają rekomendowane przez PTGO algorytmy postępowania w przypadku wczesnej postaci choroby (wczesny guz pierwotny), choroby zaawansowanej miejscowo, pacjentek z klinicznie podejrzanymi węzłami chłonnymi oraz pacjentek w późnym stadium choroby.



Uwagi: *Jeżeli SLNB jest dodatnia, należy bezwzględnie wykonać IFLND; RWLE – radykalne szerokie miejscowe wycięcie zmiany (ang. radical wide local excision); SLNB – biopsja węzła wartowniczego (ang. sentinel lymph node biopsy); IFLND – limfadenektomia pachwinowo-udowa (ang. inguino-femoral lymph nodes dissection); RV – radykalna wulwektomia (ang. radical vulvectomy); STOP – koniec postępowania

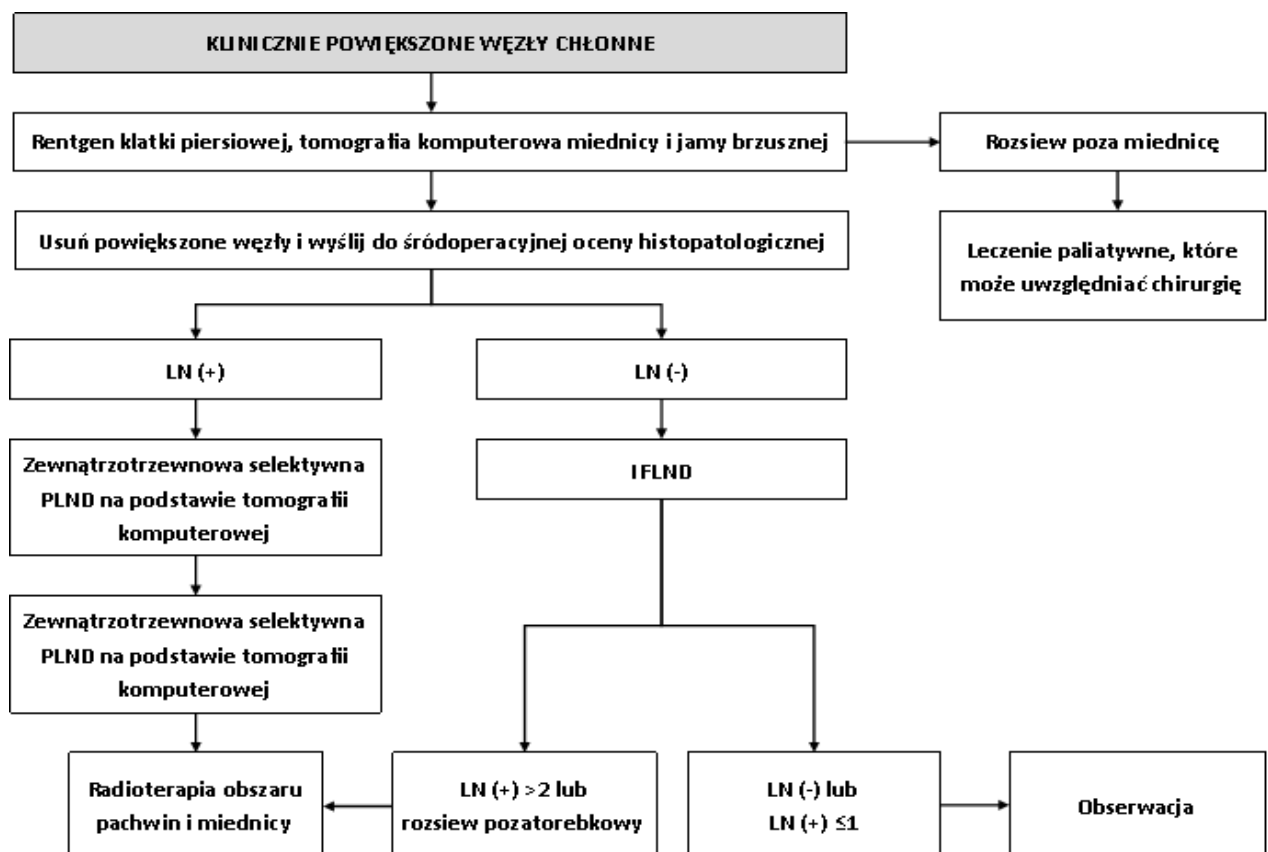
Rysunek 22. Algorytm postępowania we wczesnej postaci nowotworu sromu (bez klinicznie podejrzanых węzłów chłonnych)

[Źródło: Opracowanie własne na podstawie zaleceń PTGO 2017]



Rysunek 23. Algorytm postępowania w chorobie zaawansowanej miejscowo (C51)

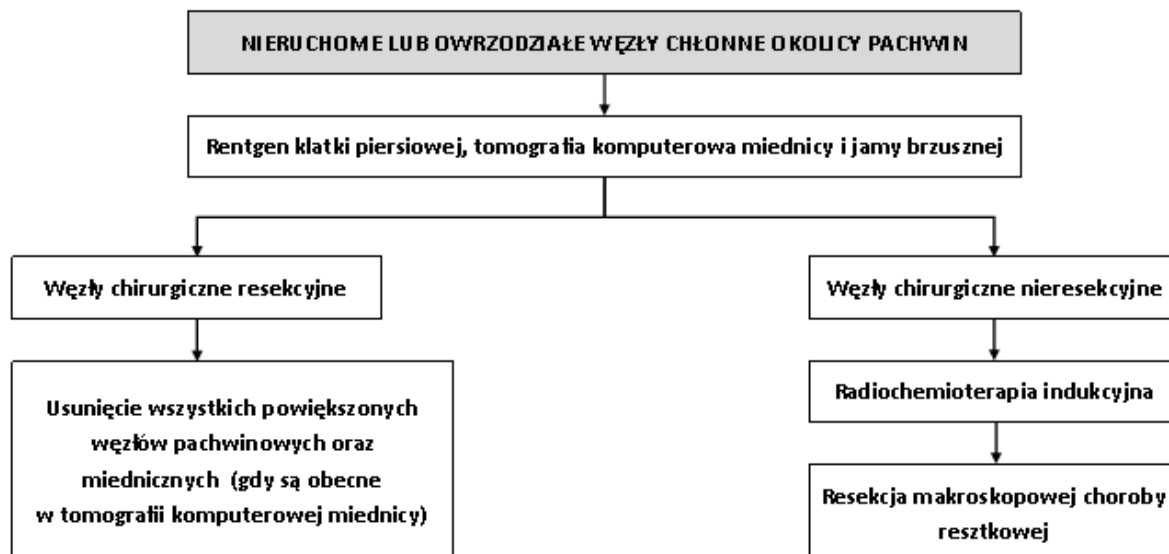
[Źródło: Opracowanie własne na podstawie zaleceń PTGO 2017]



Uwagi: LN – przerzuty do węzłów chłonnych; PLND – limfadenektomia miedniczna (ang. pelvic lymph nodes dissection); IFLND – limfadenektomia pachwinowo-udowa (ang. inguino-femoral lymph nodes dissection)

Rysunek 24. Algorytm postępowania w przypadku pacjentów z C51, z klinicznie podejrzanymi węzłami chłonnymi

[Źródło: Opracowanie własne na podstawie zaleceń PTGO 2017]



Rysunek 25. Algorytm postępowania w późnym stadium choroby pacjentek z C51

[Źródło: Opracowanie własne na podstawie zaleceń PTGO 2017]

Świadczenia gwarantowane w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego sromu (C51)

Tabela poniżej przedstawia zestawienie świadczeń gwarantowanych w wykazach uwzględnionych w aktualnych rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz leczenia szpitalnego (LSZ).

Należy podkreślić, że wykaz przedstawionych procedur stanowi wstępną próbę określenia procedur stosowanych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym raka sromu. Wykaz został przygotowany na podstawie wstępnego (niepełnego) przeglądu rekomendacji i wytycznych klinicznych międzynarodowych oraz nie został skonsultowany z Zespołem Ekspertów ds. nowotworów ginekologicznych. Wykaz ten może ulec zmianie po dokonaniu dogłębnej i pełnej analizy.

Tabela 136. Zestawienie wytypowanych procedur w wykazach świadczeń gwarantowanych, w Polsce, adekwatnych dla diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego sromu (C51)

Świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego sromu (C51)	
Poziom opieki	Wykaz procedur
POZ	<p>Badania analityczne: Badania hematologiczne (w tym morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi; morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi) Badania biochemiczne i immunochemiczne</p> <p>Badania obrazowe: 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej 88.790 USG węzłów chłonnych 87.440 RTG klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej</p> <p>Procedury endoskopowe i biopsyjne: Możliwość skierowania na kolonoskopię</p>
AOS	<p>Badania analityczne, morfologia krwi i badania hematologiczne, chemia kliniczna związane z diagnostyką choroby nowotworowej i kwalifikacją do leczenia</p> <p>Procedury endoskopowe i zabiegowe: 40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych) 40.11 Biopsja układu limfatycznego 40.24 Wycięcie pachwinowego węzła chłonnego 40.291 Wycięcie torbieli limfatycznej 40.293 Proste wycięcie węzła chłonnego 49.21 Anoskopia</p>

	<p>49.29 Zabiegi diagnostyczne odbytu lub tkanek odbytniczych – inne</p> <p>45.253 Kolonoskopia z biopsją</p> <p>54.241 Zamknięta biopsja: sieci</p> <p>57.32 Cystoskopia przezcewkowa</p> <p>67.191 Kolposkopia (z <i>przyp. analityka</i>: lub wulwoskopia - polegająca na oglądaniu pod powiększeniem przedsionka pochwy/sromu)</p> <p>68.12 Histeroskopia diagnostyczna</p> <p>71.099 Nacięcie sromu/krocza – inne</p> <p>71.11 Biopsja sromu71.3 Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza</p> <p>97.26 Wymiana tamponady lub drenu pochwy lub sromu</p> <p>Badania obrazowe</p> <p>87.440 RTG klatki piersiowej</p> <p>87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.389 Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej</p> <p>88.764 USG transwaginalne</p> <p>88.790 USG węzłów chłonnych</p> <p>88.971 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym88.979 badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – RM</p> <p>Badania obrazowe izotopowe:</p> <p>92.162 Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego</p> <p>92.169 Scyntygrafia układu limfatycznego – inne</p> <p>92.061 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych</p> <p>92.062 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych</p> <p>Badanie materiału biologicznego:</p> <p>91.447 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – badanie cytologiczne</p> <p>91.821 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy</p> <p>91.831 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy wraz z identyfikacją drobnoustrojów i antybiogram</p> <p>91.891 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni</p> <p>Badania wirusologiczne:</p> <p>F38 Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) HPV-DNA</p> <p>F90 Wirus/przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała (test potwierdzający)</p> <p>Inne:</p> <p>Porada specjalistyczna – onkologia</p> <p>Porada specjalistyczna – położnictwo i ginekologia</p> <p>Porada specjalistyczna – chirurgia onkologiczna</p> <p>Porada specjalistyczna – ginekologia dla dziewcząt</p> <p>Porada specjalistyczna – urologia</p> <p>Porada specjalistyczna – chirurgia ogólna</p>
LSZ	<p>Badania laboratoryjne (biochemiczne i morfologiczne; rutynowe przedoperacyjne badania krwi)</p> <p>Badania patomorfologiczne</p> <p>Badania wirusologiczne</p> <p>Badania obrazowe</p> <p>87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>87.441 RTG płuc – inne</p> <p>88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego</p> <p>88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym</p>

88.02	Inna TK jamy brzusznej
88.389	Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
88.769	USG brzucha – inne
88.764	USG transwaginalne
88.790	USG węzłów chłonnych
88.923	RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.971	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.979	badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – RM
Badania izotopowe	
92.141	Scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
92.142	Scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
92.143	Scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT
92.144	Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda „whole body”) z zastosowaniem fosfonianów
92.149	Scyntygrafia układu kostnego – inne
92.162	Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego
92.163	Radioizotopowa śródoperacyjna ocena położenia węzła wartowniczego
92.169	Scyntygrafia układu limfatycznego – inne
92.061	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych
92.062	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych
Procedury endoskopowe i zabiegowe:	
00.94	Zabieg wykonany techniką endoskopową/laparoskopową
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)
40.11	Biopsja układu limfatycznego
40.12	Wycięcie węzła wartowniczego
40.19	Zabiegi diagnostyczne układu limfatycznego – inne
40.24	Wycięcie pachwinowego węzła chłonnego
40.291	Wycięcie torbieli limfatycznej
40.293	Proste wycięcie węzła chłonnego
40.31	Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych
40.32	Wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej
40.51	Doszczętne wycięcie pachowych węzłów chłonnych
40.52	Doszczętne wycięcie przyaortalnych węzłów chłonnych
40.53	Doszczętne wycięcie biodrowych węzłów chłonnych
40.54	Doszczętne wycięcie węzłów chłonnych pachwinowych
40.59	Doszczętne wycięcie węzłów chłonnych – inne
46.011	Ileostomia pętlowa
46.032	Kolostomia pętlowa
46.11	Czasowa kolostomia
46.13	Stała kolostomia
46.14	Odłożone otwarcie kolostomii
46.19	Kolostomia – inne
59.82	Wprowadzenie cewnika moczowodowego
59.931	Wymiana cewnika w ureterostomii
59.932	Ponowne wprowadzenie cewnika do ureterostomii
59.99	Zabiegi i operacje w zakresie układu moczowego – inne
45.253	Kolonoskopia z biopsją
54.21	Laparoskopia
54.22	Przezskórna igłowa biopsja narządów jamy brzusznej
54.232	Biopsja sieci
54.241	Zamknięta biopsja: sieci
68.161	Endoskopowa (laparoskopowa) (histeroskopowa) biopsja macicy
71.099	Nacięcie sromu/krocza – inne
71.11	Biopsja sromu
71.3	Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza
71.41	Amputacja łechtaczki
71.5	Radykalne wycięcie sromu

71.61	Jednostronne proste wycięcie sromu
71.62	Obustronne proste wycięcie sromu
71.71	Szycie pęknięcia sromu lub krocza
71.72	Operacja przetoki sromu lub krocza
75.691	Zeszycie sromu i krocza
75.695	Zabieg naprawczy sromu
97.75	Usunięcie tamponady pochwy/ sromu
Procedury naprawcze po rozległych zabiegach sromu:	
83.43	Wycięcie mięśnia/powięzi do przeszczepu
83.82	Przeszczep mięśnia/powięzi
86.601	Przeszczep skóry pośredniej grubości
86.602	Przeszczep skóry pełnej grubości
86.603	Przeszczep skórno-tłuszczowy
86.609	Przeszczep wolny skóry – inny
86.63	Przeszczep pełnej grubości skóry na inne miejsce
86.69	Inny przeszczep skóry – inne miejsce
86.91	Wycięcie skóry do przeszczepu
Badania materiału biologicznego:	
91.431	Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – rozmaz bakterii
91.432	Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – posiew
91.433	Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – posiew i antybiogram
91.436	Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou
91.439	Badanie mikroskopowe materiału z pochwy – inne badania mikroskopowe
91.441	Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – rozmaz bakterii
91.442	Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – posiew
91.443	Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – posiew i antybiogram
91.446	Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou
91.449	Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – inne badania mikroskopowe
91.451	Badanie mikroskopowe materiału z macicy – rozmaz bakterii
91.452	Badanie mikroskopowe materiału z macicy – posiew
91.453	Badanie mikroskopowe materiału z macicy – posiew i antybiogram
91.456	Badanie mikroskopowe materiału z macicy – badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou
91.459	Badanie mikroskopowe materiału z macicy – inne badania mikroskopowe
Leczenie radioterapią	
92.222	Teleradioterapia radykalna 2D – promieniowanie X
92.223	Teleradioterapia paliatywna – promieniowanie X
92.232	Teleradioterapia radykalna 2D z zastosowaniem ⁶⁰ Co – promieniowanie gamma
92.233	Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem ⁶⁰ Co – promieniowanie gamma
92.240	Teleradioterapia radykalna 2D – fotony
92.241	Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – fotony
92.242	Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) – fotony
92.243	Teleradioterapia całego ciała (TBI) – fotony
92.244	Teleradioterapia połowy ciała (HBI) – fotony
92.246	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) – fotony
92.247	Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – fotony
92.248	Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – fotony
92.250	Teleradioterapia radykalna 2D – elektrony
92.251	Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – elektrony
92.252	Teleradioterapia 3D konformalna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) – elektrony
92.253	Teleradioterapia całego ciała (TBI) – elektrony
92.254	Teleradioterapia połowy ciała (HBI) – elektrony
92.256	Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – elektrony
92.257	Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – elektrony
92.261	Teleradioterapia 3D stereotaktyczna z modulacją intensywności dawki (3D-SIMRT) – fotony
92.263	Teleradioterapia 3D stereotaktyczna konformalna (3D-SCRT) – fotony
92.27	Teleradioterapia stereotaktyczna promieniami gamma z wielu mikroźródeł
92.281	Teleradioterapia wiązką neutronów
92.288	Teleradioterapia hadronowa wiązką protonów
92.291	Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne – fotony

92.292	Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) – fotony
92.31	Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-ft)
92.312	Obrazowo monitorowana stereotaktyczna i cybernetyczna mikroradioterapia (OMSCMRT)
92.32	Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x)
92.591	Podanie radiofarmaceutyku dojamowo
92.593	Wstrzyknięcie radiofarmaceutyku dotętniczo
92.413	Brachyterapia śródkankowa – planowanie 3D
92.414	Brachyterapia śródkankowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania
92.421	Brachyterapia wewnętrzprzewodowa – planowanie standardowe
92.422	Brachyterapia wewnętrzprzewodowa – planowanie 3D
92.423	Brachyterapia wewnętrzprzewodowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania
92.431	Brachyterapia wewnętrzjamowa – planowanie standardowe
92.432	Brachyterapia wewnętrzjamowa – planowanie 3D
92.433	Brachyterapia wewnętrzjamowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania
92.46	Brachyterapia śródoperacyjna
92.451	Brachyterapia powierzchniowa – planowanie standardowe
92.452	Brachyterapia powierzchniowa – planowanie 3D
Leczenie skojarzone:	
–	Zastosowanie u pacjenta jednoczesowej chemioterapii i radioterapii (RCHT)
Leczenie systemowe:	
–	Leczenie systemowe w skojarzeniu z zabiegiem chirurgicznym – przed lub po zabiegu operacyjnym w zależności od indywidualnej sytuacji klinicznej
–	Leczenie w ramach programów lekowych zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych
–	Leczenie systemowe w skojarzeniu z radioterapią – przed lub po zabiegu operacyjnym w zależności od indywidualnej sytuacji klinicznej
Inne:	
O034.8	Opieka położnicza z powodu innych nieprawidłowości narządów miednicy
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta
89.04	Opieka pielęgniarki lub położnej
93.86	Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna
99.25	Wstrzyknięcie lub wlew chemioterapeutyku przeciwnowotworowego
99.2909	Wlew dożylny innej substancji leczniczej Z43.2 Opieka nad pacjentami z ileostomią
Z43.6	Opieka nad pacjentami z innymi sztucznymi otworami w układzie moczowym
Z93.3	Kolostomia
Brak kodu	Podanie substancji czynnych stosowanych w chemioterapii
Brak kodu	Podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym

12. Piśmiennictwo

Badania wtórne	
Du Bois 2009	Du Bois A., Rochon J., Pfisterer J., & Hoskins W. (2009). Variations in institutional infrastructure, physician specialization and experience, and outcome in ovarian cancer: A systematic review. <i>Gynecologic Oncology</i> , 112(2), 422-436. doi: 10.1016/j.ygyno.2008.09.036
Lee 2018	Lee, B., Kim, K., Park, Y., Lim, M. C., & Bristow, R. E. (2018). Impact of hospital care volume on clinical outcomes of laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. <i>Medicine</i> , 97(49), e13445. https://doi.org/10.1097/MD.00000000000013445
Salicrú 2011	Salicrú, S., Gil-Moreno, A., Montero, A., Roure, M., Pérez-Benavente, A., & Xercavins, J. (2011). Laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy in early invasive cervical cancer. <i>Journal of minimally invasive gynecology</i> , 18(5), 555–568. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2011.05.003
Akty prawne	
Dz. U. 2018 poz. 2423 z późn. zm. (Dz. U.2019 poz. 1902)	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, Dz.U. 2018 poz. 2423, z późniejszymi zmianami Dz.U. 2019 poz. 1902.
Dz. U. 2018 poz. 1738	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny
Dz.U. 2017 poz. 2435	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii.
Dz. U. 2016 poz. 1567	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej Dz. U. 2016 poz. 1567
Dz.U. 2013 poz. 1413 z późn. zm. (Dz. U. 2020 poz. 612)	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z późniejszymi zmianami Dz. U. 2020 poz. 612.
Dz.U. 2013 poz. 1248 z późn. zm. (Dz. U. 2020 poz. 1255.)	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z późniejszymi zmianami Dz. U. 2020 poz. 1255.
Dz.U. 2013 poz. 1520 z późn. zm. (Dz.U. 2020 poz. 466)	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, z późniejszymi zmianami Dz.U. 2020 poz. 466.
Sotsiaalminister 2014 (Estonia)	Sotsiaalminister. 2014. Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord. Pozyskano z: https://www.riigiteataja.ee/akt/109072014023 , dostęp z 28.09.2020
The Law on Nursing Practice And Midwifery Practice 2001 (Litwa)	The Law on Nursing Practice And Midwifery Practice of The Republic Of Lithuania (2001). 28 June 2001 No IX-413 Vilnius. Pozyskano z: http://www.vaspvt.gov.lt/files/EN/THE%20LAW%20ON%20NURSING%20PRACTICE%20AND%20MIDWIFERY%20PRACTICE.pdf , dostęp 29.08.2020
Pozostałe publikacje	
ACNM 2020	American College of Nurse-Midwives. 2020. ACNM Core Competencies for Basic Midwifery Practice. Pozyskano z: https://www.midwife.org/acnm/files/acnm1brarydata/uploadfilename/0000000000050/ACNMCoreCompetenciesMar2020_final.pdf , dostęp z 29.09.2020
Alkatout 2015	A katout, I., Schubert, M., Garbrecht, N., Weigel, M. T., Jonat, W., Mundhenke, C., & Günther, V. (2015). Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options. <i>International journal of women's health</i> , 7, 305. Pozyskano z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374790/ , dostęp z 05.10.2020
ASCO 2020	American Society of Clinical Oncology. (2020). Vulvar Cancer: Statistics. Pozyskano z: https://www.cancer.net/cancer-types/vulvar-cancer/statistics , dostęp z 08.10.2020
Bhatla 2019	Bhatla, N., Berek, J.S., Cuello Fredes, M., Denny, L.A., Grenman, S., Karunaratne, K., Kehoe, S.T., Konishi, I., Olawaiye, A.B., Prat, J. and Sankaranarayanan, R. (2019), Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. <i>Int J Gynecol Obstet</i> , 145: 129-135. doi:10.1002/ijgo.12749, dostęp: 10.09.2020
Brousse 2016	Brousse M. G. (2016). Women's Health in France: Major Differences vs. US Healthcare System. Pozyskano z: https://advimedpro.com/wp-content/uploads/2016/09/Women-healthcare-in-France-vs-US.pdf , dostęp z 28.09.2020

Den norske jordmorforenings 2016	Den norske jordmorforenings. 2016. Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre. Pozyskano z: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jcg-V8NTmFEJ:https://www.jordmorforeningen.no/content/download/2138/19417/file/Yrkesetisker%2520retningslinjer%2520for%2520jordm%25C3%25B8dre%25202016.pdf+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=safari , dostęp z 29.09.2020
ESGO 2016	European Society of Gynaecological Oncology (2016). ESGO Guidelines for the Management of Patients With Vulvar Cancer. Pozyskano z: https://guidelines.esgo.org/media/2016/08/European_Society_of_Gynaecological_Oncology.-Vulvar-cancer-article.pdf , dostęp z 08.10.2020
Gawrychowski 2015	Gawrychowski K., Małeck M., Szewczyk G., Panek G., Śmiertka W., & Hajdukowicz K. (2010). Terapia genowa miejscowo zaawansowanego raka sromu konstruktem psFLT. Współczesna Onkologia. vol. 14; 1 (11–14). Pozyskano z: http://farmacjamolekularna.wum.edu.pl/sites/farmacjamolekularna.wum.edu.pl/files/terapia_genowa.pdf , dostęp z 08.10.2020
Hungarian Chamber of Healthcare Professionals	Hungarian Chamber of Healthcare Professionals. Hatásköri listák egészségügyi szakdolgozói területen. Pozyskano z: http://www.meszk.hu/upload/meszk/document/hataskori_lista.pdf , dostęp z 29.09.2020
International Agency for Research on Cancer 2018	International Agency for Research on Cancer (2018). Cancer today. Pozyskano z: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=3&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1#collapse-others , dostęp z 10.09.2020
International Confederation of Midwives 2019	International Confederation of Midwives. 2019. Essential Competencies for Midwifery Practice. Pozyskano z: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf , dostęp z 28.09.2020
KNOV 2017	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (2017). Midwifery in the Netherlands. Pozyskano z: https://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/members-map/knov.pdf , dostęp: 29.09.2020
Koryga-Wszolek 2017	Koryga-Wszolek, S., Wojas, P., Iwańska, E., Janeczek, M., Karolewski, K., Szatkowski, W., & Blecharz, P. (2017). Ocena czynników prognostycznych raka sromu ze szczególnym uwzględnieniem klasyfikacji zaawansowania według FIGO 2009–wyniki własne i przegląd piśmiennictwa. <i>Current Gynecologic Oncology</i> , 15(3)
Kozakiewicz z 2003	Kozakiewicz, B. (2003). Malignant neoplasms of genitals. <i>Nowa Medycyna</i> Nr 3/2003.
KRN 2013	Krajowy Rejestr Nowotworów (2013). Trzon macicy. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/rak-trzonu-macicy/ , dostęp z 10.09.2020
KRN 2013	Krajowy Rejestr Nowotworów (2013). Jajnik. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/rak-jajnika/ , dostęp z 24.01.2020
KRN 2020	Krajowy Rejestru Nowotworów. (2020) Zachorowania na raka szyjki macicy w Polsce wśród kobiet pow. 15.r.ż, dane za 2017 r. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_nowotwor , dostęp z 10.09.2020
KRN 2020	Krajowy Rejestr Nowotworów. (2020). Zachorowania, zgony na nowotwory złośliwe w Polsce wśród kobiet pow. 15.r.ż, dane za 2017 r. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_nowotwor , dostęp z 05.10.2020
KRN 2020	Krajowy Rejestr Nowotworów. (2020). Zachorowania, zgony na nowotwory złośliwe sromu w Polsce (województwo, liczba) wśród kobiet, dane za 2017 r. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_województwa , dostęp z 05.10.2020
KRN 2020	Krajowy Rejestr Nowotworów. (2020). Zestawienie typów nowotworów złośliwych u kobiet w wieku powyżej 15 r.ż. z uwzględnieniem liczby zgonów w Polsce w roku 2017. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_nowotwor , dostęp z 06.10.2020
KRN 2020	Krajowy Rejestr Nowotworów. (2020). Srom. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/rak-sromu/ , dostęp z 05.10.2020
Lanowska 2014	Lanowska, M., Brink-Spalink, V., Mangler, M., Grittner, U., von Tucher, E., Schneider, A., & Köhler, C. (2014). Vaginal-assisted laparoscopic radical hysterectomy (VALRH) versus laparoscopic-assisted radical vaginal hysterectomy (LARVH) in the treatment of cervical cancer: surgical results and oncologic outcome. <i>Archives of Gynecology and Obstetrics</i> , 289(6), 1293-1300.
Lukasse 2015	Lukasse M., Pajalic Z. (2015). Norwegian midwives' perceptions of empowerment. [w]: <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i> 7 (2016) 58–64, DOI: 10.1016/j.srhc.2015.11.010
Malzoni 2009	Malzoni, M., Tinelli, R., Cosentino, F., Fusco, A., & Malzoni, C. (2009). Total laparoscopic radical hysterectomy versus abdominal radical hysterectomy with lymphadenectomy in patients with early cervical cancer: our experience. <i>Annals of surgical oncology</i> , 16(5), 1316-1323.
MedicineNet 2019	MedicineNet (2019). Ovarian Cancer. Pozyskano z: https://www.medicinenet.com/ovarian_cancer/article.htm#what_are_ovarian_cancer_statistics , dostęp z 10.09.2020
Mituś 2016	Mituś J., Wysocka J., Kojs-Pasińska E., Kenig J., Komorowski A., Wysocki W., & Kojs Z. (2016). Usunięcie węzłów chłonnych pachwinowych w przypadku raka sromu – punkt widzenia chirurga i patomorfologa. <i>Current Gynecologic Oncology</i> , 14(1), 23-29. Pozyskano z: http://psjd.icm.edu.pl/psjd/element/bwmeta1.element.psjd-29dc3b76-db67-4af8-97e7-89cfb9f5bf3f , dostęp z 08.10.2020
Murphy 2008	Murphy P., Schwarz E. and Dyer J. (2008). Cervical Cancer Screening Practices of Certified Nurse-Midwives in the United States. <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i> , 53(1), pp.11-18. Pozyskano z: https://www.medscape.com/viewarticle/568835_1 , dostęp z 28.09.2020

MZ 2015	Ministerstwo Zdrowia (2015). Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/mapy-onkologiczne/#tab-2015 , dostęp z 26.06.2020 r.
Nam 2012	Nam, J. H., Park, J. Y., Kim, D. Y., Kim, J. H., Kim, Y. M., & Kim, Y. T. (2012). Laparoscopic versus open radical hysterectomy in early-stage cervical cancer: long-term survival outcomes in a matched cohort study. <i>Annals of oncology</i> , 23(4), 903-911.
NHS 2020	National Health Service (2020). Overview Cervical cancer. Pozyskano z: https://www.nhs.uk/conditions/cervical-cancer/ , dostęp z 10.09.2020
Nursing and Midwifery Board 2018	Nursing and Midwifery Board of Australia (2018). Midwife standards for practice. Pozyskano z: https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-standards/Midwife-standards-for-practice.aspx , dostęp z 29.09.2020
Nursing and Midwifery Board 2018	Nursing and Midwifery Board of Australia (2018). Code of conduct for midwives. Pozyskano z: https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/codes-guidelines-statements/professional-standards.aspx , dostęp z 29.09.2020
OECD 2018	OECD/European Union (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en , dostęp z 10.09.2020
Pareja 2012	Pareja, R., Nick, A. M., Schmeler, K. M., Frumovitz, M., Soliman, P. T., Buitrago, C. A., ... & Ramirez, P. T. (2012). Quality of laparoscopic radical hysterectomy in developing countries: a comparison of surgical and oncologic outcomes between a comprehensive cancer center in the United States and a cancer center in Colombia. <i>Gynecologic oncology</i> , 125(2), 326-329.
Park 2014	Park, J. Y., & Nam, J. H. (2014). Laparotomy conversion rate of laparoscopic radical hysterectomy for early-stage cervical cancer in a consecutive series without case selection. <i>Annals of surgical oncology</i> , 21(9), 3030-3035.
Pellegrino 2009	Pellegrino, A., Vizza, E., Fruscio, R., Villa, A., Corrado, G., Villa, M., ... & Vitobello, D. (2009). Total laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy in patients with lb1 stage cervical cancer: analysis of surgical and oncological outcome. <i>European Journal of Surgical Oncology (EJSO)</i> , 35(1), 98-103.
Piątek 2019	Piątek, S., Bidziński, M., Panek, G., Wielgoś, M., & Sobiczewski, P. (2019). Rak szyjki macicy—ocena zaawansowania choroby według kryteriów FIGO 2018. <i>Ginekologia i Perinatologia Praktyczna</i> , 4(4), 149-154.
PTGO 2016	Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (2016). Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy. Pozyskano z: http://programedukacionkologicznej.pl/wp-content/uploads/2015/08/2016_PEO_CWW_rak_szyjki_macicy.pdf , dostęp z 28.01.2020
PTGO 2017	Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (2017) Co warto wiedzieć. Rak jajnika. Pozyskano z: http://programedukacionkologicznej.pl/poradnik/rak-jajnika/ , dostęp z 10.09.2020
PTGO 2017	Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (2016). Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy. Pozyskano z: http://programedukacionkologicznej.pl/wp-content/uploads/2015/08/2016_PEO_CWW_rak_szyjki_macicy.pdf , dostęp z 10.09.2020
PTGO 2017	Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (2017). Zalecenia dotyczące diagnostyki i leczenia raka jajnika. Pozyskano z: http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/ , dostęp z 04.02.2020
PTGO 2017	Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka szyjki macicy. Pozyskano z: http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/ , dostęp z 04.02.2020
PTGO 2017	Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka trzonu macicy. Pozyskano z: http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/ , dostęp z 04.02.2020
PTGO 2017	Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (2017). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka sromu. <i>Current Gynecologic Oncology</i> , 15(1), 45-53. Doi: 10.15557/cgo.2017.0004. Pozyskano z: http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/ , dostęp z 05.10.2020
PTGO 2018	Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (2018). Co warto wiedzieć. Rak trzonu macicy. Pozyskano z: https://programedukacionkologicznej.pl/wp-content/uploads/2015/08/2018_PEO_CWW_rak_trzonu_macicy.pdf , dostęp z 28.01.2020
PTOK 2013	Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (2013). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOk_tom1_06_Nowotwory_kobiecego_ukladu_plciowego_20130301.pdf , dostęp z 28.01.2020
RNAO 2012	Registered Nurses' Association of Ontario (2012). Facilitating Client Centered Learning. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario
RNAO 2014	Registered Nurses' Association of Ontario (2014). Care Transitions. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Pozyskano z: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf , dostęp z 09.10.2020
RNAO 2015	RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). Person- and Family-Centred Care. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Pozyskano z: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_1.pdf , dostęp z 09.10.2020
Rubak 2005	Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. <i>British journal of general practice</i> , 55(513), 305-312. Pozyskano z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15826439/ , dostęp z 09.10.2020
Rządowe Centrum Legislacji	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato. Pozyskano z: https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12336753/katalog/12705023#12705023 , dostęp z 17.09.2020

Składowski 2020	Składowski K. (2020). Raport na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2019
Soliman 2011	Soliman, P. T., Frumovitz, M., Sun, C. C., Dos Reis, R., Schmeler, K. M., Nick, A. M., ... & Ramirez, P. T. (2011). Radical hysterectomy: a comparison of surgical approaches after adoption of robotic surgery in gynecologic oncology. <i>Gynecologic oncology</i> , 123(2), 333-336.
Svenska Barnmorsk eförbundet 2018	Svenska Barnmorskeförbundet (2018). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Pozyskano z: https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf , dostęp 28.09.2020
Tinelli 2011	Tinelli, R., Malzoni, M., Cosentino, F., Perone, C., Fusco, A., Cicinelli, E., & Nezhat, F. (2011). Robotics versus laparoscopic radical hysterectomy with lymphadenectomy in patients with early cervical cancer: a multicenter study. <i>Annals of surgical oncology</i> , 18(9), 2622-2628
Urbański 2015	Urbański B. (2015). Radioterapia w leczeniu raka sromu. <i>Zeszyty Naukowe WCO, Letters In Oncology Science</i> , 12(4), 77-80. Pozyskano z: https://www.researchgate.net/publication/285747783_Radioterapia_w_leczeniu_raka_sromu , dostęp z 08.10.2020
USPSTF 2016	USPSTF (2016). Final Recommendation Statement - Depression in Adults: Screening Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/depression-in-adults-screening , dostęp z 09.10.2020
WHO 2009	World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf , dostęp z 10.09.2020
WHO 2014	World Health Organization. (2014). Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice - Second edition. Pozyskano z: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/
WHO 2017	World Health Organization. (2017). Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Pozyskano z: https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/ , dostęp z 09.10.2020

13. Spis wykresów

Wykres 1. Przeciętny czas oczekiwania (dni) na świadczenia udzielane na oddziale ginekologii onkologicznej	66
Wykres 2. Liczba osób oczekujących na świadczenia udzielane na oddziale ginekologii onkologicznej	66
Wykres 3. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które otrzymały świadczenia w rodzaju POZ w podziale na kategorie rozpoznań ICD-10 w latach 2017–2019	67
Wykres 4. Udział liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które otrzymały świadczenie w rodzaju POZ: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO w latach 2017–2019	70
Wykres 5. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych ze względu na wiek, które miały udzielone świadczenia świadczenie w rodzaju POZ porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO w podziale na OW NFZ w latach 2017–2019	71
Wykres 6. Liczba świadczeń w rodzaju POZ: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019	71
Wykres 7. Etap pierwszy: etap diagnostyki wstępnej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty wydania karty DiLO do daty diagnostyki wstępnej w 2017 r.	74
Wykres 8. Etap pierwszy: etap diagnostyki wstępnej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty wydania karty DiLO do daty diagnostyki wstępnej w 2018 r.	74
Wykres 9. Etap pierwszy: etap diagnostyki wstępnej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty wydania karty DiLO do daty diagnostyki wstępnej w 2019 r.	75
Wykres 10. Etap drugi: etap diagnostyki pogłębionej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki wstępnej do diagnostyki pogłębionej w 2017 r.	75
Wykres 11. Etap drugi: etap diagnostyki pogłębionej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki wstępnej do diagnostyki pogłębionej w 2018 r.	76
Wykres 12. Etap drugi: etap diagnostyki pogłębionej – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki wstępnej do diagnostyki pogłębionej w 2019 r.	76
Wykres 13. Etap trzeci: etap konsylium – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty konsylium w 2017 r.	77
Wykres 14. Etap trzeci: etap konsylium – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty konsylium w 2018 r.	77
Wykres 15. Etap trzeci: etap konsylium – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty konsylium w 2019 r.	78
Wykres 16. Etap czwarty: etap leczenia – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty rozpoczęcia leczenia w 2017 r.	78
Wykres 17. Etap czwarty: etap leczenia – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty rozpoczęcia leczenia w 2018 r.	79
Wykres 18. Etap czwarty: etap leczenia – rozkład liczby wydanych kart ze względu na liczbę dni od daty diagnostyki pogłębionej do daty rozpoczęcia leczenia w 2019 r.	79
Wykres 19. Średnia liczba dni oczekiwania na rozpoczęcie kolejnych etapów diagnostyczno-terapeutycznych w latach 2017–2019	80
Wykres 20. Rozkład procentowy liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które otrzymały świadczenia w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na dwie grupy pacjentek: z wydaną kartą DiLO i bez wydanej karty DiLO	81
Wykres 21. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych ze względu na wiek, które miały udzielone świadczenia w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na OW NFZ w latach 2017–2019	81

Wykres 22. Struktura realizacji świadczeń diagnostyki wstępnej i diagnostyki pogłębionej w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017–2019	82
Wykres 23. Rozkład procentowy realizacji procedur ICD-9 w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na agregaty procedur w latach 2015–2019	84
Wykres 24. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych ze względu na wiek, które miały udzielone świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych w podziale na OW NFZ w latach 2017–2019	91
Wykres 25. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych ze względu na wiek, które miały udzielone świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w podziale na OW NFZ w latach 2017–2019	99
Wykres 26. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w 2019 r. otrzymały świadczenia z zakresu chemioterapii	119
Wykres 27. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017 – 2019 otrzymały świadczenie z zakresu chemioterapii w podziale na poszczególne OW NFZ	120
Wykres 28. Wartość świadczeń zrealizowanych (w mln zł) w latach 2017 – 2019 w poszczególnych grupach produktów rozliczeniowych z zakresu chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych	122
Wykres 29. Rozkład procentowy wartości zrealizowanej oraz liczby udzielonych świadczeń w latach 2017 – 2019 z zakresu chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na tryb realizacji świadczeń	122
Wykres 30. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017–2019 otrzymały świadczenia w zakresie programów lekowych B50 i B80 w podziale na poszczególne OW NFZ	125
Wykres 31. Rozkład procentowy liczby pacjentek ze względu na tryb ambulatoryjny i stacjonarny udzielania świadczeń w programach lekowych w latach 2017–2019	127
Wykres 32. Rozkład liczby pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych wraz z rozkładem liczby świadczeń zrealizowanych w zakresie radioterapii w 2019 r.	132
Wykres 33. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017 – 2019 otrzymały świadczenie z zakresu radioterapii w podziale na poszczególne OW NFZ	132
Wykres 34. Rozkład procentowy wartości zrealizowanej oraz liczby udzielonych świadczeń w 2019 r. z zakresu radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na świadczenia w pakiecie onkologicznym i świadczenia poza pakietem	138
Wykres 35. Liczba jednostek wytypowanych do analizy potencjału w podziale na właściwe OW NFZ	154
Wykres 36. Skrining cytologiczny w 2019 r. wśród ankietowanych świadczeniodawców (średnia liczba badań w formie przedziałów liczbowych: poniżej 500 badań, 500-1000, 1000-5000 oraz powyżej 5000 badań)	156
Wykres 37. Analiza średnich czasów (w dniach) poszczególnych etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentów z nowotworami C53, C54, C56 u świadczeniodawców biorących udział w badaniu przedstawiona w formie scenariuszy (najkrótszy/najdłuższy)	162
Wykres 38. Zakres wzrostu realizacji świadczeń przy centralizacji opieki nad pacjentem z nowotworem ginekologicznym	169
Wykres 39. Obserwowane oraz szacowane koszty świadczeń udzielanych pacjentkom z nowotworami złośliwymi szyjki macicy, trzonu macicy oraz jajnika	260
Wykres 40. Liczba zgonów z powodu raka sromu (C51) w populacji kobiet powyżej 15 r.ż. w Polsce, w latach 2013-2017	268

14. Spis rysunków

Rysunek 1. Schemat procesu analitycznego	10
Rysunek 2. Schemat pakietów świadczeń diagnostyczno-terapeutycznych i monitorowania dla analizowanych nowotworów ginekologicznych	15
Rysunek 3. Liczba zachorowań na nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53) w 2017 r. w podziale na województwa	26
Rysunek 4. Liczba zachorowań na nowotwór złośliwy trzonu macicy (C54) w 2017 r. w podziale na województwa	27
Rysunek 5. Liczba zachorowań na nowotwór złośliwy jajnika (C56) w 2017 r. w podziale na województwa	27
Rysunek 6. Średnie procentowe obłożenie łóżek na oddziałach ginekologii onkologicznej w roku 2018	65
Rysunek 7. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenie: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.	73
Rysunek 8. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych oraz liczba miejsc udzielania świadczeń wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.	87
Rysunek 9. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych oraz liczba miejsc udzielania świadczeń wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.	95
Rysunek 10. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) oraz liczba miejsc udzielania świadczeń wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych	102
Rysunek 11. Rozkład świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju SOK w 2019 r. u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych; a) liczba świadczeniodawców ogółem b) liczba świadczeniodawców realizujących pozytonową tomografię emisyjną	108
Rysunek 12. Rozkład świadczeniodawców realizujących świadczenia u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w rodzaju LSZ w 2019 roku	117
Rysunek 13. Rozkład świadczeniodawców (SWD) i miejsc udzielania świadczeń (MUS), w których w roku 2019 realizowano świadczenia z zakresu chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych	123
Rysunek 14. Rozkład świadczeniodawców realizujących świadczenia w 2019 r. w zakresie programów lekowych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych	128
Rysunek 15. Rozkład świadczeniodawców (SWD) i miejsc udzielania świadczeń (MUS), w których w roku 2019 realizowano świadczenia z zakresu radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych	139
Rysunek 16. Schemat KSO	143
Rysunek 17. Model kompleksowej diagnostyki i leczenia w ramach „sieci onkologicznej”	144
Rysunek 18. Liczba potencjalnych jednostek GCU w poszczególnych OW NFZ	193
Rysunek 19. Model kompleksowej opieki w nowotworach ginekologicznych (ICD-10: C53, C54, C56)	194
Rysunek 20. Ścieżka kliniczna BPMN- proces pielęgnowania.....	225
Rysunek 21. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe sromu w Polsce w 2017 roku z podziałem na województwa	267
Rysunek 22. Algorytm postępowania we wczesnej postaci nowotworu sromu (bez klinicznie podejrzanych węzłów chłonnych).....	272
Rysunek 23. Algorytm postępowania w chorobie zaawansowanej miejscowo (C51).....	273
Rysunek 24. Algorytm postępowania w przypadku pacjentów z C51, z klinicznie podejrzаныmi węzłami chłonnymi.....	273

Rysunek 25. Algorytm postępowania w późnym stadium choroby pacjentek z C51	274
Rysunek 26. Model ścieżki profilaktycznej w kierunku RSzM.	294
Rysunek 27. Model ścieżki diagnostycznej pacjenta objawowego (lub jako kontynuacja skriningu) w kierunku RSzM.	295
Rysunek 28. Model ścieżki terapeutycznej dla RSzM: stadium IA (z zachowaniem płodności i bez).	296
Rysunek 29. Model ścieżki terapeutycznej w kierunku RSzM FIGO IB-IIA.	297
Rysunek 30. Model ścieżki terapeutycznej w kierunku RSzM FIGO IIB-IV.	298
Rysunek 31. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia nawrotów RSzM.	299
Rysunek 32. Model ścieżki terapeutycznej dla monitorowania pacjentek z RSzM.	300
Rysunek 33. Model ścieżki diagnostycznej dla kobiet ciężarnych z podejrzeniem RSzM.	300
Rysunek 34. Model ścieżki terapeutycznej dla kobiet ciężarnych z podejrzeniem RSzM.	301
Rysunek 35. Model ścieżki profilaktycznej w kierunku raka trzonu macicy.	302
Rysunek 36. Model ścieżki diagnostycznej w kierunku raka trzonu macicy.	303
Rysunek 37. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia raka trzonu macicy – typ nieendometroidalny.	304
Rysunek 38. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia raka trzonu macicy – typ endometroidalny.	305
Rysunek 39. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia uzupełniającego raka trzonu macicy – typ endometroidalny (FIGO I).	306
Rysunek 40. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia zaawansowanego raka trzonu macicy – typ endometroidalny.	307
Rysunek 41. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia uzupełniającego zaawansowanego raka trzonu macicy – typ endometroidalny.	308
Rysunek 42. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia nawrotów/wznów raka trzonu macicy.	309
Rysunek 43. Model ścieżki diagnostycznej w kierunku raka jajnika.	310
Rysunek 44. Model ścieżki terapeutycznej pacjentki z rakiem jajnika.	311
Rysunek 45. Model ścieżki postępowania po leczeniu pierwotnym/monitorowanie w raku jajnika.	312
Rysunek 46. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia nawrotów w raku jajnika.	313

15. Spis tabel

Tabela 1. Wykaz potencjalnych podmiotów, spełniających wymagania założone dla ośrodka typu GCU	16
Tabela 2. Szacowane koszty kompleksowej opieki zdrowotnej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi	18
Tabela 3. Problemy zidentyfikowane przez organizacje pacjenckie	31
Tabela 4. Optymalny skład zespołu multidyscyplinarnego określony przez organizacje pacjenckie	34
Tabela 5. Propozycje zmian systemowych.....	35
Tabela 6. Kryteria selekcji badań	40
Tabela 7. Charakterystyki przeglądów systematycznych włączonych do analizy klinicznej	41
Tabela 8. Wyniki analizy ważonej regresji liniowej oceniającej różnice w nawrotach i przeżyciu w szpitalach o wysokim wolumenie (≥ 15 przypadków/na rok) w porównaniu do szpitali o niskim wolumenie (< 15 przypadków/na rok)	45
Tabela 9. Wyniki analizy ważonej regresji liniowej oceniającej różnice w wynikach operacyjnych i powikłaniach pooperacyjnych w szpitalach o wysokim wolumenie (≥ 15 przypadków/na rok) w porównaniu do szpitali o niskim wolumenie (< 15 przypadków/na rok)	45
Tabela 10. Wyniki analizy ważonej regresji liniowej oceniającej różnice w czynnikach prognostycznych (wynikach patologicznych) i leczeniu w szpitalach o wysokim wolumenie (≥ 15 przypadków/na rok) w porównaniu do szpitali o niskim wolumenie (< 15 przypadków/na rok).....	45
Tabela 11. Wpływ wolumenu szpitala na przeżycie 3- i 5-letnie (HR; 95%CI; p-value), wyniki chirurgiczne (OR; 95% CI; p-value) oraz medianę przeżycia (miesiące)	45
Tabela 12. Wpływ wolumenu lekarza/chirurga na przeżycie 3- i 5-letnie (HR; 95%CI; p-value), wyniki chirurgiczne (OR; 95% CI; p-value) oraz medianę przeżycia (miesiące).....	47
Tabela 13. Wpływ typu szpitala na przeżycie 5-letnie (HR; 95%CI; p-value)	48
Tabela 14. Wpływ typu szpitala na przeżycie 3-letnie (HR; 95%CI; p-value)	49
Tabela 15. Wpływ specjalizacji lekarskiej na 5-letnie przeżycie.....	49
Tabela 16. Wpływ specjalizacji lekarskiej na przeżycie 3-letnie.....	51
Tabela 17. Wpływ specjalizacji lekarskiej na wynik chirurgiczny	51
Tabela 18. Wpływ specjalizacji szpitalnej na wynik chirurgiczny	52
Tabela 19. Zestawienie liczbowe lekarzy wykonujących zawód wg dziedziny i stopnia specjalizacji mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu nowotworów ginekologicznych na dzień 30.06.2020 roku	59
Tabela 20. Liczba systemów RT, liczba pacjentów i liczba łóżek do RT w 2019 r. z podziałem na województwa	60
Tabela 21. Wykaz liczby aparatów do teleterapii i brachyterapii oraz liczba ludności przypadająca na 1 aparat w 2019 r. w podziale na województwa	61
Tabela 22. Liczba pacjentów leczonych w ośrodku z podziałem na teleterapię i brachyterapię w 2019 r.	61
Tabela 23. Wyposażenie ośrodków onkologicznych w aparaturę do diagnostyki wysokospecjalistycznej w 2019 r. w Polsce.	62
Tabela 24. Liczba wybranych poradni specjalistycznych, oddziałów oraz pracowni zarejestrowanych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień 1 lipca 2020 r.	62
Tabela 25. Analiza bazy łóżkowej oddziałów ginekologii-onkologicznej z uwzględnieniem organu rejestrowego	63
Tabela 26. Dane na temat czasu oczekiwania na świadczenia medyczne (okres sprawozdawczy – luty 2020 r.).....	65
Tabela 27. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które otrzymały świadczenia w rodzaju POZ w podziale na produkty rozliczeniowe w 2018 r.....	68

Tabela 28. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które otrzymały świadczenia w rodzaju POZ w podziale na produkty rozliczeniowe w 2019 r.....	69
Tabela 29. Liczba świadczeń w rodzaju POZ: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO udzielonych pacjentkom z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeniodawców, którzy mieli zawartą umowę na realizację świadczenia: porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO w podziale OW NFZ w latach 2017-2019.....	72
Tabela 30. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba udzielonych w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe w latach 2017-2019.....	82
Tabela 31. Liczba zrealizowanych procedur ICD-9 w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na procedury ICD-9 w latach 2017-2018.....	84
Tabela 32. Liczba zrealizowanych procedur ICD-9 w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na procedury ICD-9 w 2019 r.	85
Tabela 33. Liczba świadczeniodawców i liczba miejsc udzielania świadczeń (MUS) w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019.....	86
Tabela 34. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2018	88
Tabela 35. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.	88
Tabela 36. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na produkty kontraktowe w latach 2017-2018.....	91
Tabela 37. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych (C53, C54, C56) oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na produkty kontraktowe w 2019 r.....	92
Tabela 38. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe w latach 2017-2018.....	93
Tabela 39. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe w 2019 r.	93
Tabela 40. Liczba świadczeniodawców i liczba miejsc udzielania świadczeń (MUS) w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019.....	94
Tabela 41. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2018.....	96
Tabela 42. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.	96
Tabela 43. Charakterystyka wieku pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które miały udzielone świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w podziale na OW NFZ w 2017 r.....	97

Tabela 44. Charakterystyka wieku pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które miały udzielone świadczenia w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w podziale na OW NFZ w 2018 r.....	98
Tabela 45. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w podziale na produkty kontraktowe w latach 2017-2019.....	99
Tabela 46. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w podziale na produkty kontraktowe w latach 2017-2018.....	100
Tabela 47. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba świadczeń w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w podziale na produkty kontraktowe w 2019 r.	101
Tabela 48. Liczba świadczeniodawców i liczba miejsc udzielania świadczeń (MUS) w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) wśród pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019.....	102
Tabela 49. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2018.....	103
Tabela 50. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w 2019 r.	104
Tabela 51. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych i liczba zrealizowanych świadczeń w rodzaju SOK w latach 2017-2019 w podziale na OW NFZ	105
Tabela 52. Charakterystyka pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenie w rodzaju SOK.....	105
Tabela 53. Charakterystyka ogólna produktów kontraktowych zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju SOK u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych	106
Tabela 54. Charakterystyka ogólna produktów rozliczeniowych zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju SOK u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.....	106
Tabela 55. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie produktu kontraktowego pozytonowa tomografia emisyjna (PET) w rodzaju SOK.....	107
Tabela 56. Wykaz świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju SOK w 2019 r. u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.....	108
Tabela 57. Charakterystyka pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenie w rodzaju LSZ.....	111
Tabela 58. Liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę.....	111
Tabela 59. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentek, wartość i liczba świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe zabiegowe	112
Tabela 60. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentek, wartość i liczba świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe zachowawcze	114
Tabela 61. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentek, wartość i liczba świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe z katalogu 1b – produkty odrębne.....	114

Tabela 62. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentek, wartość i liczba świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe z katalogu 1c – produkty do sumowania	115
Tabela 63. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju LSZ u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019	116
Tabela 64. Wartość świadczeń zrealizowanych w rodzaju LSZ u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019	117
Tabela 65. Charakterystyka pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenie z zakresu chemioterapii	119
Tabela 66. Liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę	120
Tabela 67. Liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty kontraktowe	121
Tabela 68. Liczba świadczeniodawców oraz liczba miejsc udzielania świadczeń (MUS), w których w latach 2017-2019 realizowano świadczenia z zakresu chemioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na OW NFZ	122
Tabela 69. Liczba pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, którym w latach 2017-2019 udzielono świadczenia w ramach programów lekowych B50 i B80	124
Tabela 70. Charakterystyka pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenie w zakresie programów lekowych B50 i B80	125
Tabela 71. Charakterystyka ogólna realizacji programu lekowego B50 – leczenie zaawansowanego raka jajnika w latach 2017-2019	126
Tabela 72. Charakterystyka ogólna realizacji programu lekowego B80 – leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej w latach 2017-2019	126
Tabela 73. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w zakresie programów lekowych u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019	127
Tabela 74. Wartość umowy i wartość zrealizowana w programie lekowym w podziale na OW NFZ w latach 2017-2019 (tys. zł)	128
Tabela 75. Wykaz świadczeniodawców realizujących programy lekowe B50 i B80 w 2019 r.	129
Tabela 76. Charakterystyka pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych, które w latach 2017-2019 otrzymały świadczenie z zakresu radioterapii.....	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
Tabela 77. Liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę	133
Tabela 78. Liczba i wartość świadczeń dodatkowych (tj. produktów odrębnych i do sumowania) zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych oraz wartość świadczeń przypadająca na jedną pacjentkę	134
Tabela 79. Liczba i wartość świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty kontraktowe i rozliczeniowe	134
Tabela 80. Liczba i wartość świadczeń dodatkowych (tj. produktów odrębnych i do sumowania) zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na produkty rozliczeniowe	135
Tabela 81. Udział liczby oraz wartości świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii w podziale na tryb realizacji świadczeń i rozpoznanie właściwe dla nowotworów ginekologicznych	136

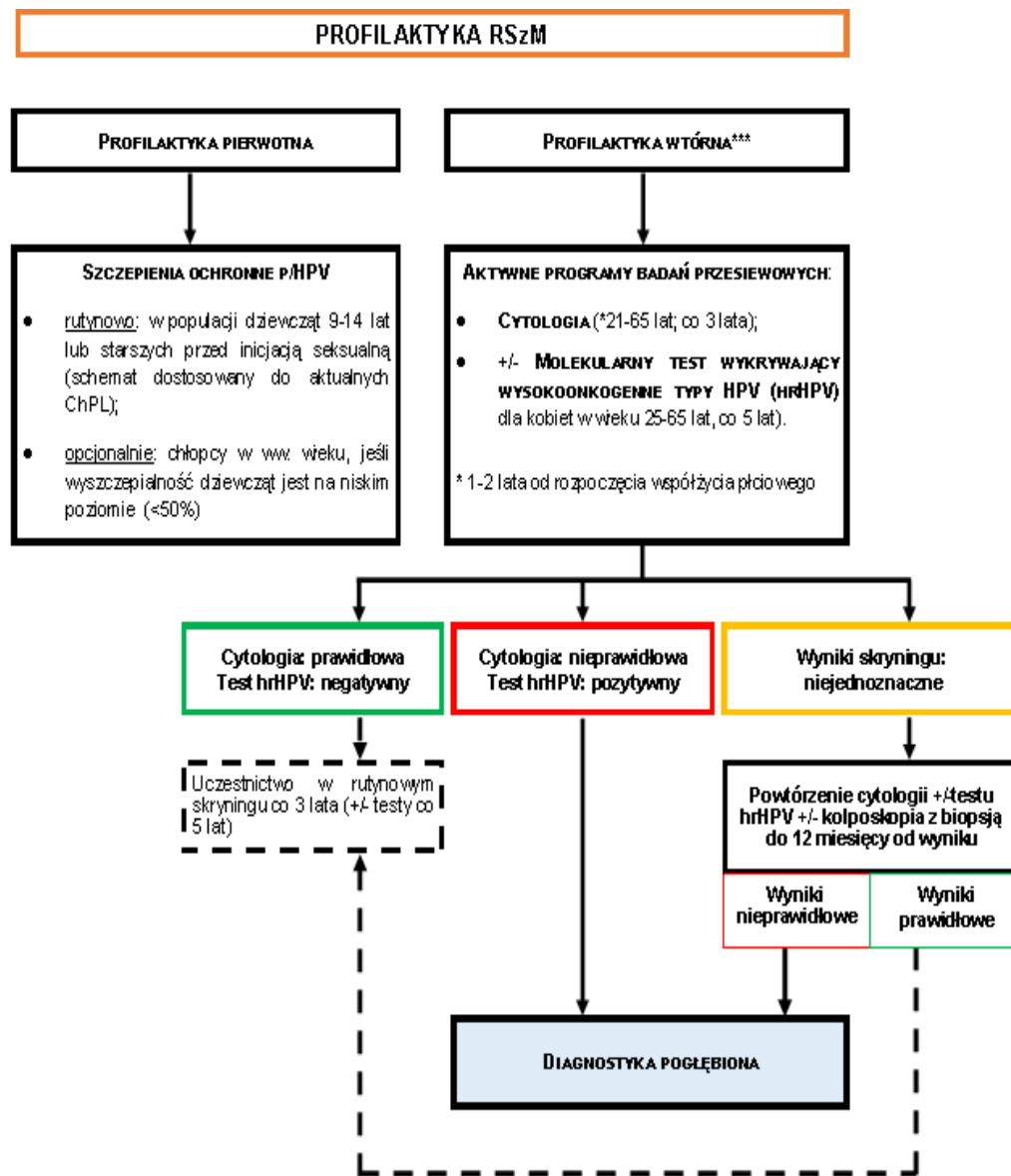
Tabela 82. Udział liczby oraz wartości świadczeń zrealizowanych w latach 2017-2019 w zakresie radioterapii w podziale na tryb realizacji świadczeń i OW NFZ.....	136
Tabela 83. Wykaz świadczeniodawców realizujących w latach 2017-2019 świadczenie leczenie działań niepożądanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych.....	137
Tabela 84. Liczba świadczeniodawców oraz liczba miejsc udzielania świadczeń (MUS), w których w latach 2017-2019 realizowano świadczenia z zakresu radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w podziale na OW NFZ	138
Tabela 85. Wartość aktualna umowy, wartość świadczeń zrealizowanych w zakresie radioterapii u wszystkich pacjentek niezależnie od ICD-10 oraz wartość świadczeń zrealizowanych u pacjentek z rozpoznaniem właściwym dla nowotworów ginekologicznych w latach 2017-2019	139
Tabela 86. Podmioty lecznicze wchodzące w skład referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności	147
Tabela 87. Wymogi dotyczące personelu i ośrodków specjalizujących się w kompleksowym leczeniu nowotworów ginekologicznych w wybranych krajach.....	148
Tabela 88. Model ośrodka koordynującego – centrum kompetencji nowotworów ginekologicznych (ICD10: C53, C54, C56)	149
Tabela 89. Podział respondentów ze względu na przynależność do oddziału wojewódzkiego NFZ oraz do stopnia zabezpieczenia PSZ	155
Tabela 90. Realizacja świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych w ramach struktury organizacyjnej świadczeniodawcy lub umowy podwykonawstwa	156
Tabela 91. Dodatkowy zakres świadczeń, jakie ośrodek oferuje pacjentom z C53, C54, C56 w ramach opieki kompleksowej	157
Tabela 92. Udział zabiegów wykonanych metodą laparoskopową u pacjentów z C53, C54, C56 w ogólnej liczbie zabiegów chirurgicznych wykonanych w podmiocie medycznym w 2019 r.	157
Tabela 93. Wytyczne instytucji/towarzystw naukowych wykorzystywane do organizacji procesu monitorowania pacjentki po zakończonym leczeniu onkologicznym (follow-up) dla C53, C54, C56	158
Tabela 94. Komórki organizacyjne zapewnione do realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjenta z C53, C54, C56.....	158
Tabela 95. Średni czas realizacji etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego u pacjentek z C53, C54, C56	160
Tabela 96. Podział koordynatorów procesu diagnostyczno-terapeutycznego dla C53, C54, C56, ze względu na wykonywany zawód	163
Tabela 97. Główne zadania koordynatora procesu diagnostyczno-terapeutycznego we wskazaniach: rak szyjki macicy (C53), rak trzonu macicy (C54), rak jajnika (C56)	163
Tabela 98. Liczba odbytych w tygodniu konsyliów związanych ze wskazaniem: rak szyjki macicy (C53), rak trzonu macicy (C54), rak jajnika (C56)	164
Tabela 99. Przeprowadzanie konsylium przed rozpoczęciem każdego etapu terapeutycznego oraz po operacji we wskazaniach: rak szyjki macicy (C53), rak trzonu macicy (C54), rak jajnika (C56)	164
Tabela 100. Skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (konsylium) we wskazaniach: rak szyjki macicy (C53), rak trzonu macicy (C54), rak jajnika (C56)	165
Tabela 101. Stosowanie algorytmów postępowania z pacjentem onkologicznym z C53, C54, C56 (tzw. SOP)	165
Tabela 102. Dokumenty/wytyczne towarzystw naukowych na których opiera się proces diagnostyczno-terapeutyczny we wskazaniach C53, C54, C56	166
Tabela 103. Wdrożone protokoły diagnostyczne we wskazaniach C53, C54, C56	166
Tabela 104. Wartości standardów jakościowych związanych z posiadanymi certyfikatami	167
Tabela 105. Obszar wymagający zmian, wg opinii świadczeniodawców	167
Tabela 106. Zakres kluczowych zmian – usprawnienia, wg opinii świadczeniodawców	168

Tabela 107. Ocena poradni specjalistycznych realizujących chemioterapię, zakładów/pracowni radioterapii onkologicznych	168
Tabela 108. Kluczowe problemy polskiego systemu organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych, wg opinii świadczeniodawców	169
Tabela 109. Propozycje wprowadzenia zmian w polskim systemie organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów ginekologicznych, wg opinii świadczeniodawców	170
Tabela 110. Wykaz krajów z modelowym systemem organizacji diagnostyki i leczenia pacjentów z nowotworem ginekologicznym, wg opinii świadczeniodawców	171
Tabela 111. Ośrodki medyczne spełniające podstawowe wymogi formalne dla GCU określone na podstawie konsultacji eksperckich	173
Tabela 112. Dodatkowe wymogi formalne dla GCU w zakresie zapewnienia co najmniej w dostępie określonych komórek organizacyjnych na podstawie wyników ankiet	175
Tabela 113. Personel medyczny w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pacjentek z C53, C54, C56 wg wymogów dla GCU na podstawie danych z ankiet	176
Tabela 114. Wymogi formalne GCU – zapewnienie odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną na podstawie danych z ankiet	177
Tabela 115. Zakresy świadczeń uwzględnione w analizie potencjału wybranych świadczeniodawców	178
Tabela 116. Personel zgłoszony do realizacji umów w wybranych zakresach świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu nowotworów ginekologicznych – analiza obejmująca umowy świadczeniodawców wytypowanych do analizy potencjału	179
Tabela 117. Sprzęt zgłoszony do realizacji umów w wybranych zakresach świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu nowotworów ginekologicznych – analiza obejmująca umowy świadczeniodawców wytypowanych do analizy potencjału	191
Tabela 118. Wykaz potencjalnych podmiotów, spełniających wymagania założone dla ośrodka GCU	192
Tabela 119. Moduł diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej w kierunku C53, C54, C56	194
Tabela 120. Moduł diagnostyki podstawowej w raku szyjki macicy, raku trzonu macicy, raku jajnika	196
Tabela 121. Moduł diagnostyczny – realizacja w trybie ambulatoryjnym dla raka szyjki macicy, raka trzonu macicy, raka jajnika	198
Tabela 122. Moduł diagnostyczny – realizacja w trybie ambulatoryjnym/jednodniowym/stacjonarnym dla raka szyjki macicy, raka trzonu macicy, raka jajnika	202
Tabela 123. Moduł terapeutyczny – rak szyjki macicy, rak trzonu macicy, rak jajnika.....	207
Tabela 124. Moduł monitorowanie – rak szyjki macicy, rak trzonu macicy, rak jajnika	215
Tabela 125. Zestawienie wyników przeglądu rozwiązań międzynarodowych w zakresie roli/kompetencji położnej POZ/środowiskowej w opiece onkologicznej, w nowotworach ginekologicznych.....	220
Tabela 126. Typowe objawy i oznaki, które mogą sugerować podejrzenie choroby nowotworowej z uwzględnieniem umiejscowienia nowotworu	224
Tabela 127. Mierniki oceny diagnostyki i leczenia	228
Tabela 128. Stanowisko w sprawie zasadności wdrożenia modelu kompleksowej opieki onkologicznej w zakresie organizacji diagnostyki i leczenia (ICD-10: C53, C54, C56) <i>Gynecological Cancer Unit</i> (GCU)....	235
Tabela 129. Stanowisko eksperckie w sprawie modelu organizacji diagnostyki i leczenia koordynującego w ramach <i>Gynecological Cancer Unit</i> (GCU) dla C53, C54, C56.....	237
Tabela 130. Stanowisko eksperckie dotyczące treści przygotowanych modułów: MDPiM – moduł diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej; MD 1 – moduł diagnostyczny w POZ; MD 2 – moduł diagnostyczny w AOS; MD 3 – moduł diagnostyczny w LSZ; MT – moduł terapeutyczny; MM – moduł monitorowania	243
Tabela 131. Zestawienie dot. kosztów [zł] udzielanych świadczeń pacjentkom z rozpoznaniem głównym C53, C54 oraz C56 w latach 2017-2019	260
Tabela 132. Produkty rozliczeniowe dla których przyjęto współczynnik korygujący	260

Tabela 133. Szacowane koszty świadczeń z uwzględnieniem współczynników korygujących	261
Tabela 134. Łączne szacowane koszty kompleksowej opieki zdrowotnej nad pacjentkami z nowotworami ginekologicznymi	261
Tabela 135. Analiza SWOT	264
Tabela 136. Zestawienie wytypowanych procedur w wykazach świadczeń gwarantowanych, w Polsce, adekwatnych dla diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego sromu (C51)	274
Tabela 137. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via Pubmed (data ostatniego wyszukiwania 13.07.2020 r.)	314
Tabela 138. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania 15.07.2020 r.)	315
Tabela 139. Strategia wyszukiwania w bazie Cochrane (data ostatniego wyszukiwania 14.07.2020 r.)	316

16. Załączniki

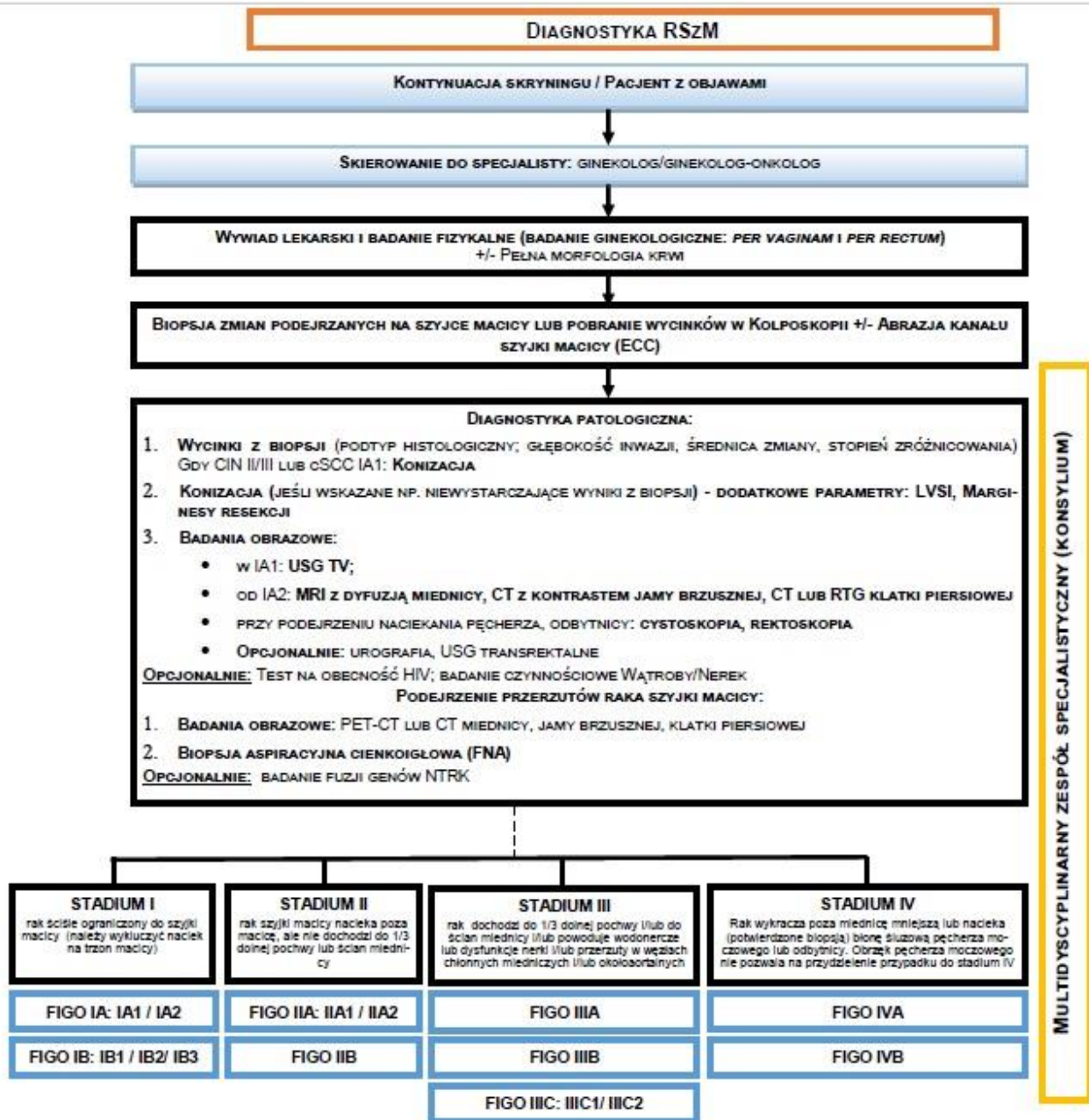
Zal 1 Modele ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego Nowotwór szyjki macicy (C53)



*** Wymaz w kierunku 14 wysokoonkogennych typów HPV (HRHPV14) jest pierwotnym testem skryningowym z wyboru w prewencji wtórnej RSzM i nie znajduje aktualnie alternatywy w polskich warunkach. **Eksperti rekomendują standaryzowane pobranie materiału z szyjki macicy na podłoże płynne jako optymalną procedurę wstępną, dostarczającą najwyższej jakości materiału do testu HRHPV14**, a w przypadku dodatniego wyniku, do następowych testów w selekcji ryzyka histologicznego HSIL: cytologii na podłożu płynnym (ang. *liquid-based cytology/LBC*); immunocytochemicznego testu p16/Ki67; czy innych w miarę ich walidacji klinicznej i potwierdzenia użyteczności diagnostycznej.

Rysunek 26. Model ścieżki profilaktycznej w kierunku RSzM.

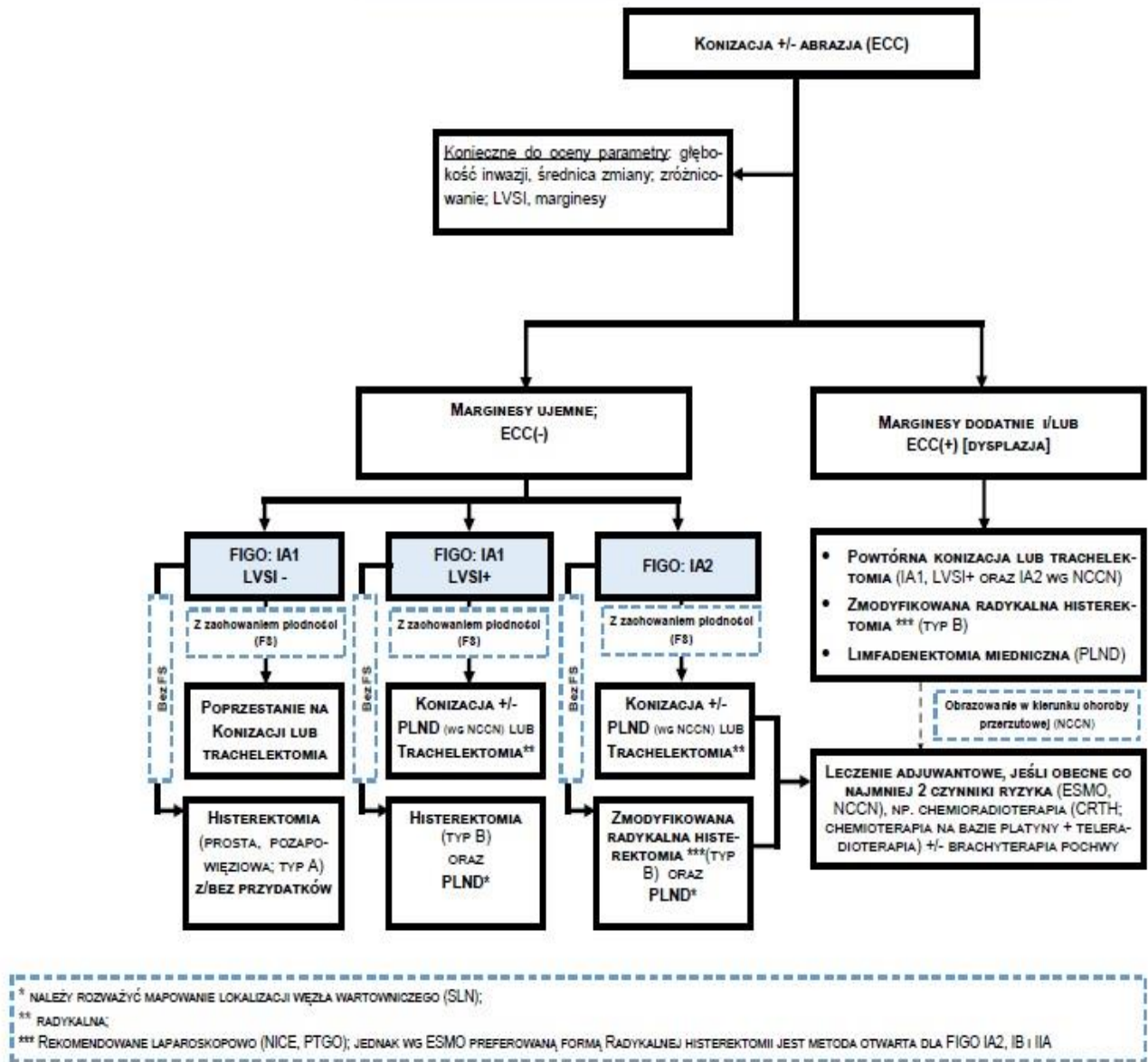
Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)



Rysunek 27. Model ścieżki diagnostycznej pacjenta objawowego (lub jako kontynuacja skryningu) w kierunku RSzM.

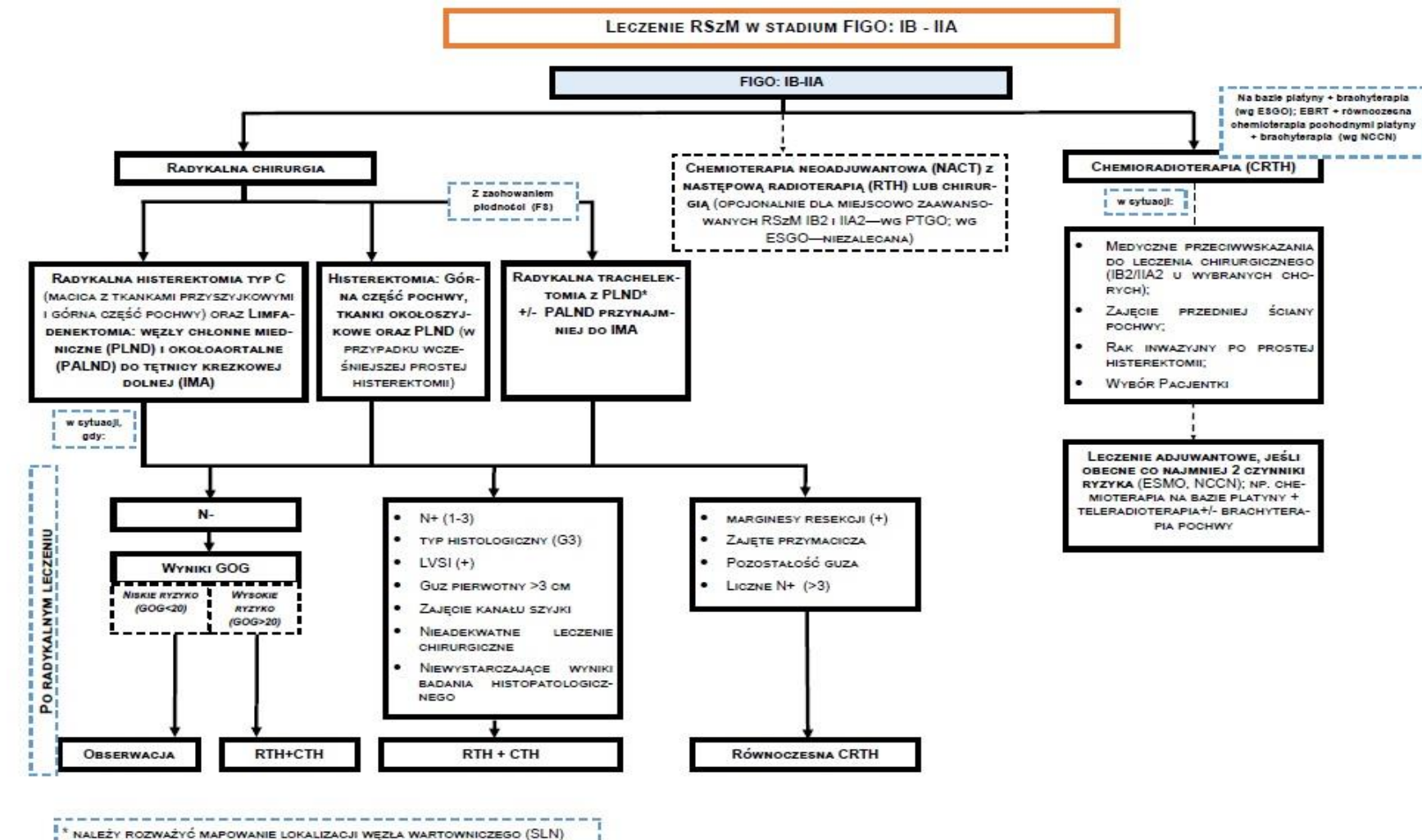
Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD). Uwaga: w przypadku zdiagnozowania HSIL rekomendowaną formą leczenia jest konizacja

LECZENIE RSzM W STADIUM FIGO: IA1, IA2



Rysunek 28. Model ścieżki terapeutycznej dla RSzM: stadium IA (z zachowaniem płodności i bez).

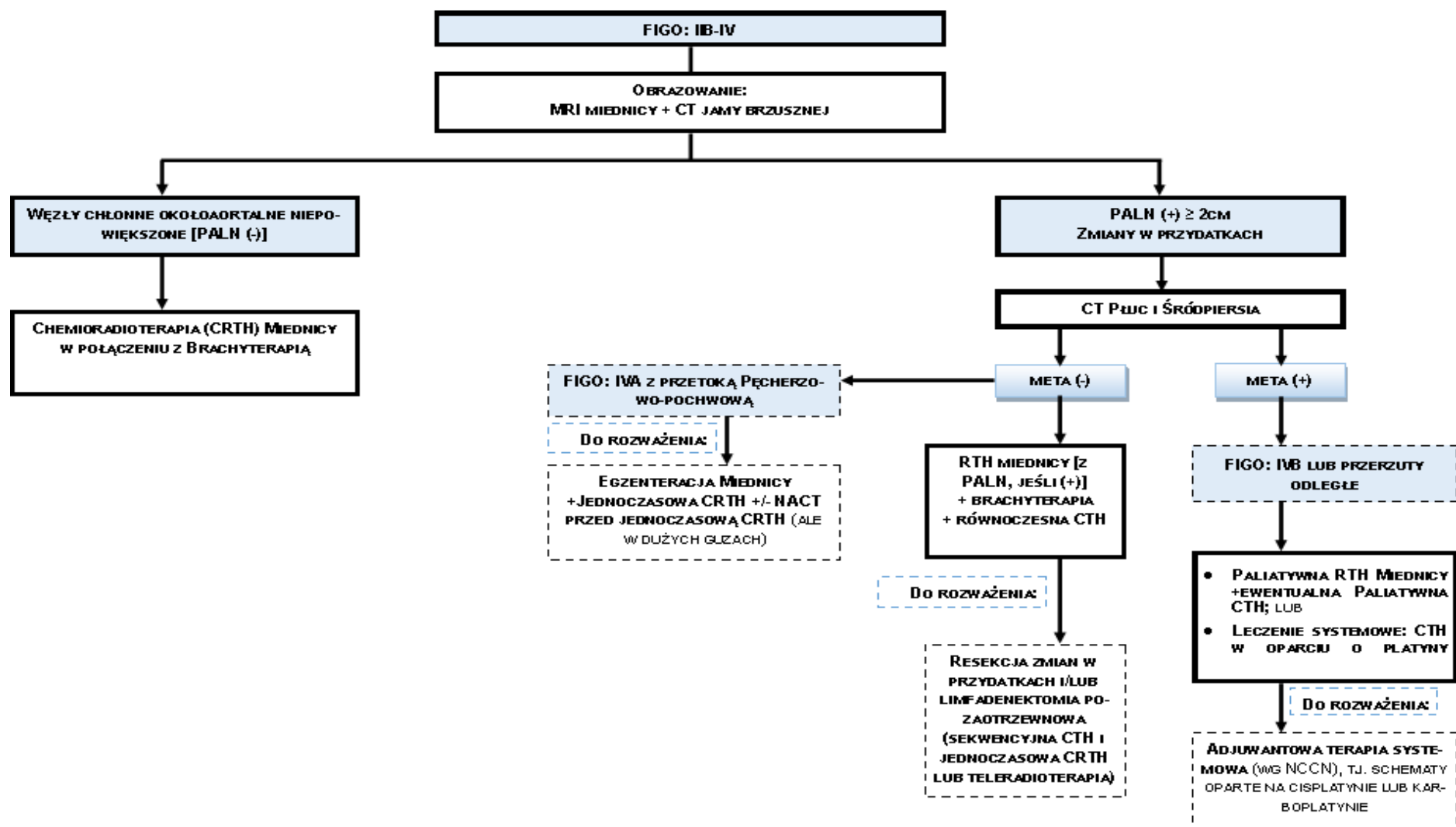
Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)



Rysunek 29. Model ścieżki terapeutycznej w kierunku RSzM FIGO IB-IIA.

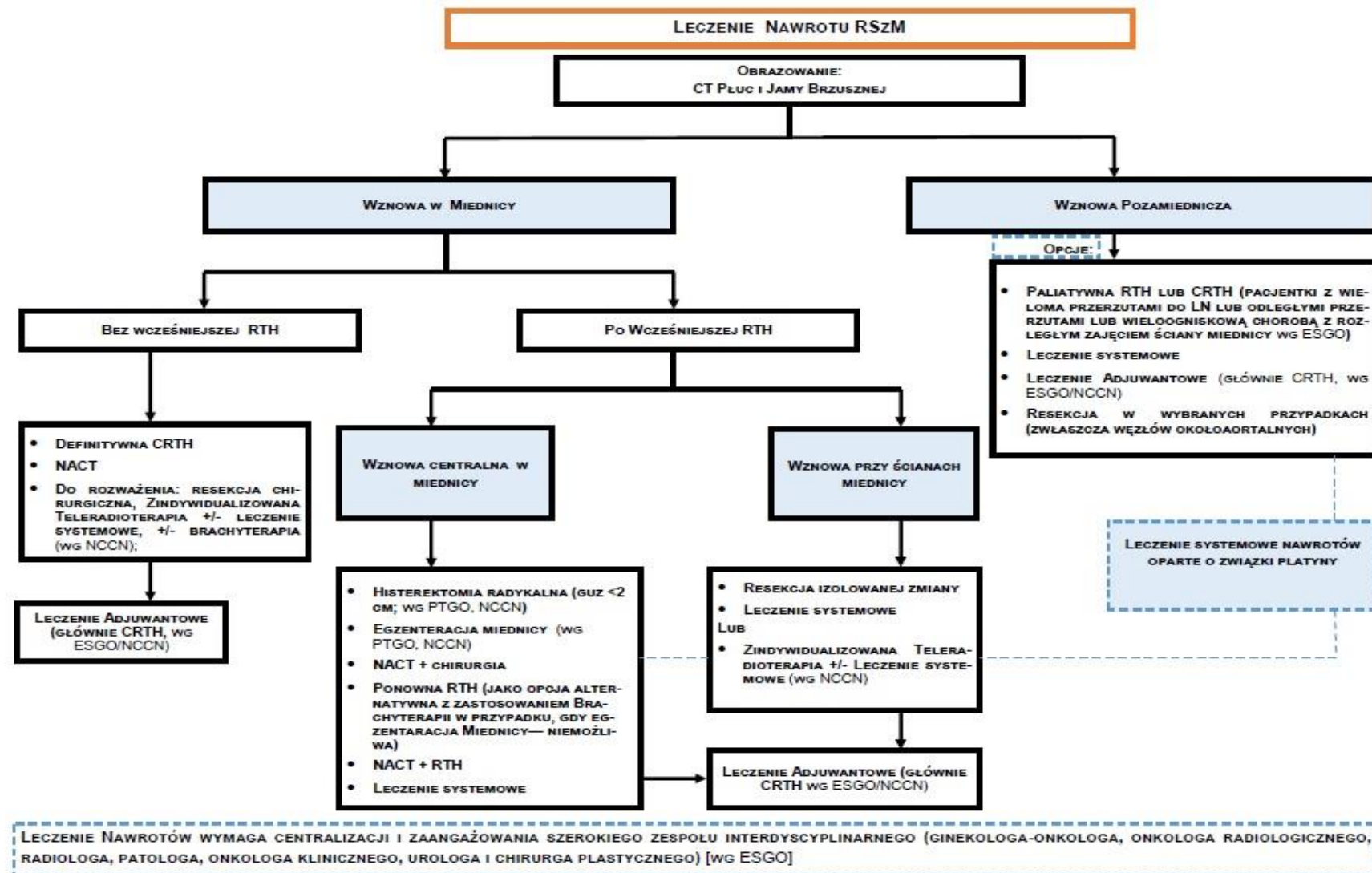
Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

LECZENIE MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEGO RSZM W STADIUM FIGO: IIB - IV



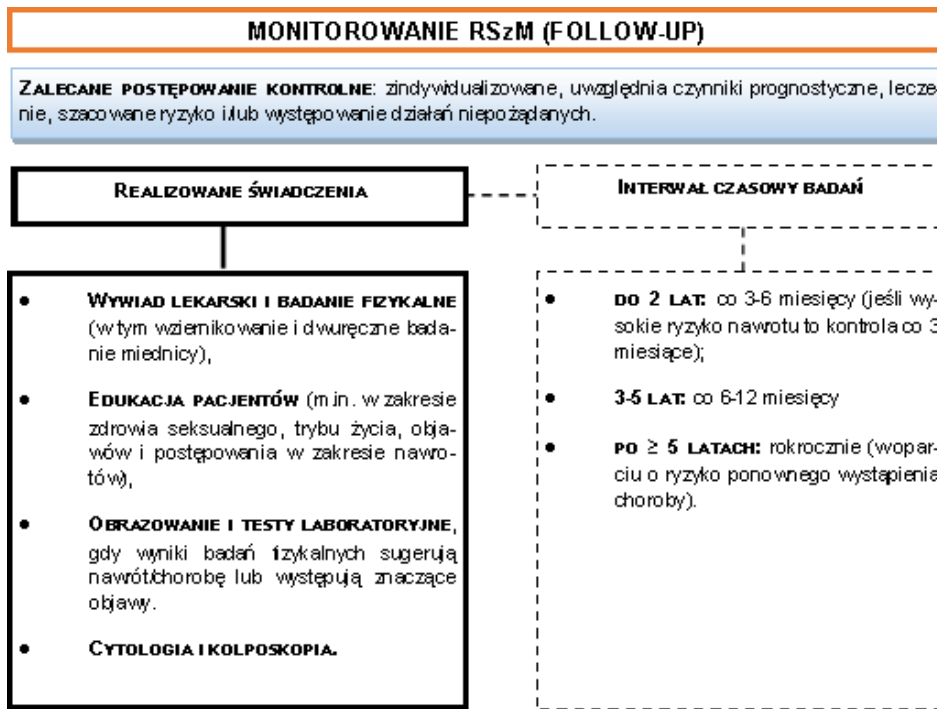
Rysunek 30. Model ścieżki terapeutycznej w kierunku RSzM FIGO IIB-IV.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)



Rysunek 31. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia nawrotów RSzM.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)



Rysunek 32. Model ścieżki terapeutycznej dla monitorowania pacjentek z RSzM.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)



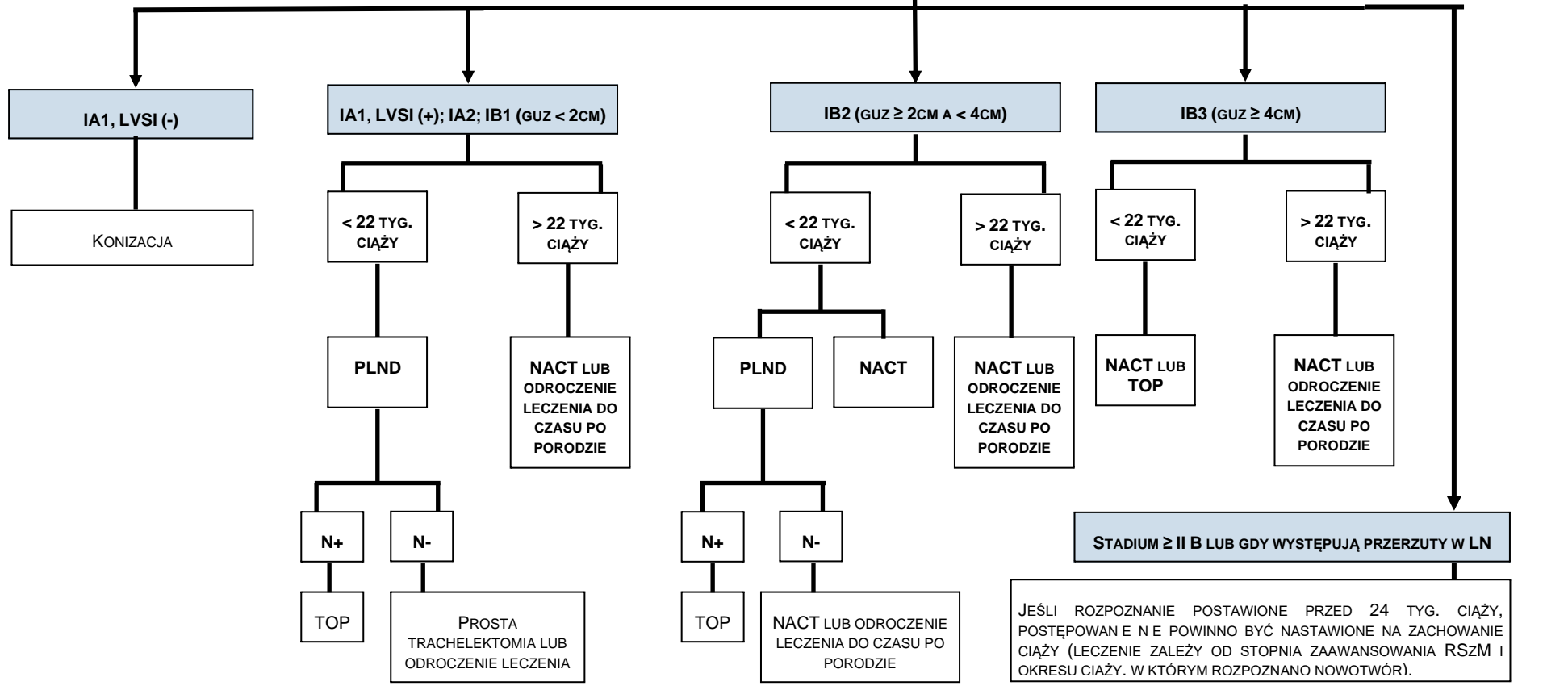
Rysunek 33. Model ścieżki diagnostycznej dla kobiet ciężarnych z podejrzeniem RSzM.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

W PRZYPADKACH WCZESNEGO RAKA SZYJKI MACICY CIĄŻA NIE POGARSZA ROKOWANIA, W ZWIĄZKU Z TYM, NALEŻY W PIERWSZEJ KOLEJNOŚCI ROZWAŻYĆ POSTĘPOWANIE, KTÓRE W ZAŁOŻENIU POZWALA NA ZACHOWANIE I ROZWÓJ CIĄŻY.

LECZENIE PACJENTKI Z RSzM W CIĄŻY
(POSTĘPOWANIE ZALEŻNE OD DECYZJI PACJENTKI, STADIUM NOWOTWORU, WIEKU CIĄŻY W MOMENCIE ROZPOZNANIA)

MULTIDYSCYPLINARNY ZESPÓL SPECJALISTÓW

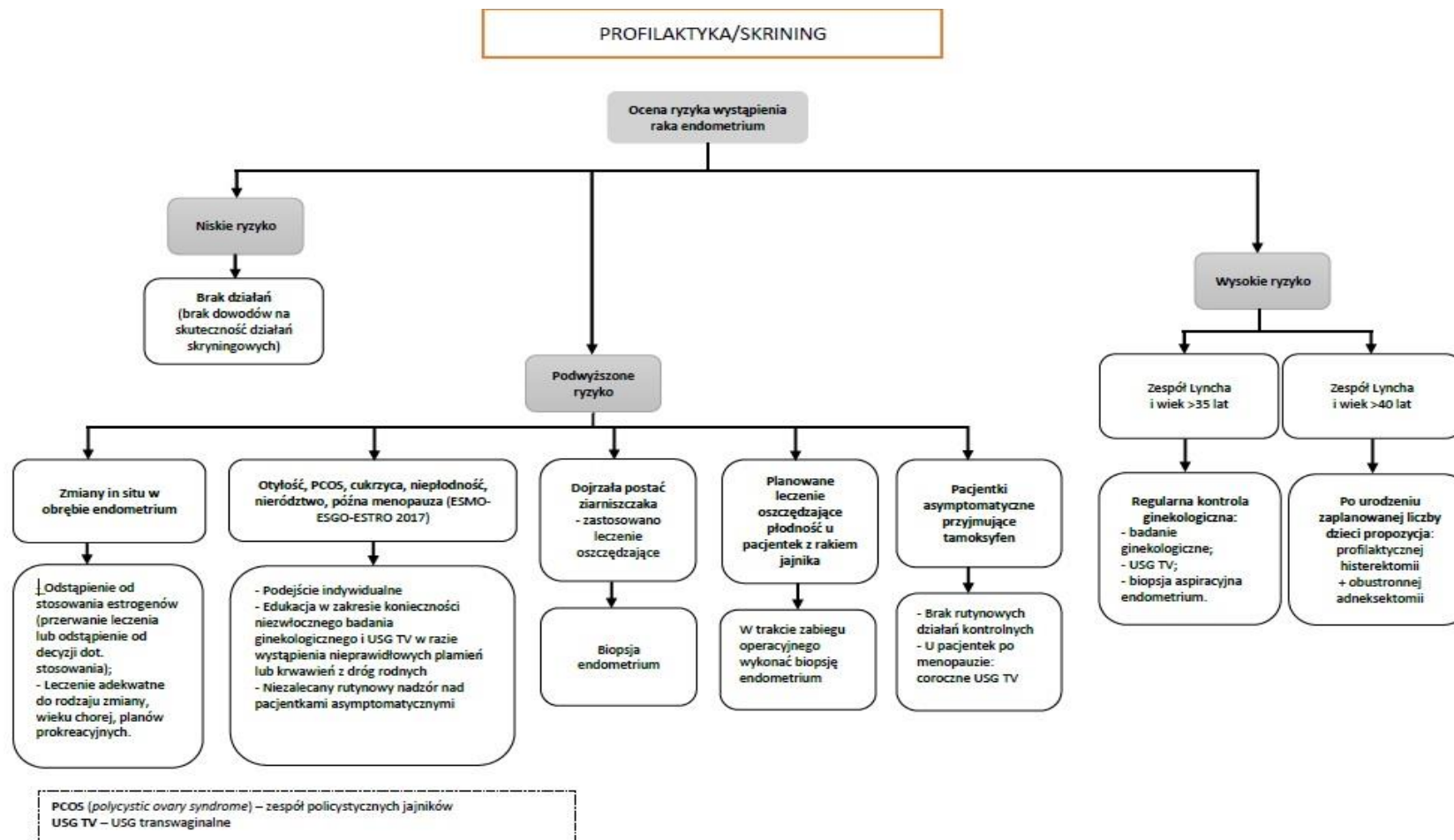


PLND (ANG. PELVIC LYMPH NODE DISSECTION), LIMFADENEKTOMIA MIEDNICZA; NACT (ANG. NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY), CHEMIOTERAPIA NEOADJUVANTOWA; TOP (ANG. TERMINATION OF PREGNANCY), TERMINACJA CIĄŻY; LVSI (ANG. LYMPHOVASCULAR SPACE INVASION), NACIEKANIE PRZESTRZENI LIMFATYCZNO-NACZYNIOWYCH

Rysunek 34. Model ścieżki terapeutycznej dla kobiet ciężarnych z podejrzeniem RSzM.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

Nowotwór trzonu macicy (C54)



Rysunek 35. Model ścieżki profilaktycznej w kierunku raka trzonu macicy.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

DIAGNOSTYKA W KIERUNKU RAKA ENDOMETRIUM

I etap: Postawienie diagnozy

Rozpoznanie patomorfologiczne na podstawie materiału uzyskanego z:

- ślepa biopsja endometrium: zabieg łyżeczkowania jamy macicy / biopsja aspiracyjna
- celowana biopsja endometrium: histeroskopia

II etap: Wstępna ocena zaawansowania (ocena kliniczna i radiologiczna)

Radiologiczno-kliniczny stopień zaawansowania wg FIGO*

- wywiad i badanie fizykalne (w tym ocena węzłów pachwinowych)
- podstawowe badania laboratoryjne krwi i moczu (morfologia krwi wraz z płytkami)
- badanie ginekologiczne (badanie dwuręczne *per vaginam i per rectum*) z wziernikowaniem pochwy
- USG jamy brzusznej
- dla *adenocarcinoma endometroides* G1: eksperckie USG TV z oceną naciekania mięśniówki (MI > 50% lub MI < 50% grubości ściany)
- w przypadku wskazań USG transrektalne
- ocena ryzyka wystąpienia zespołu Lyncha
- RTG klatki piersiowej
- należy rozważyć ocenę genetyczną**
- należy rozważyć ocenę funkcji wątroby/testy czynnościowe nerek/profil chemiczny
- dla *adenocarcinoma endometroides* G2/G3 lub raka surowiczego: CT miednicy i jamy brzusznej
- PET-CT lub FDG-PET / CT (podejrzenie przerzutów odległych)
- ocena markera CA-125 i HE4

Ostateczna ocena zaawansowania (ocena chirurgiczno- patomorfologiczna)

Chirurgiczno-patomorfologiczny stopień zaawansowania wg FIGO 2009

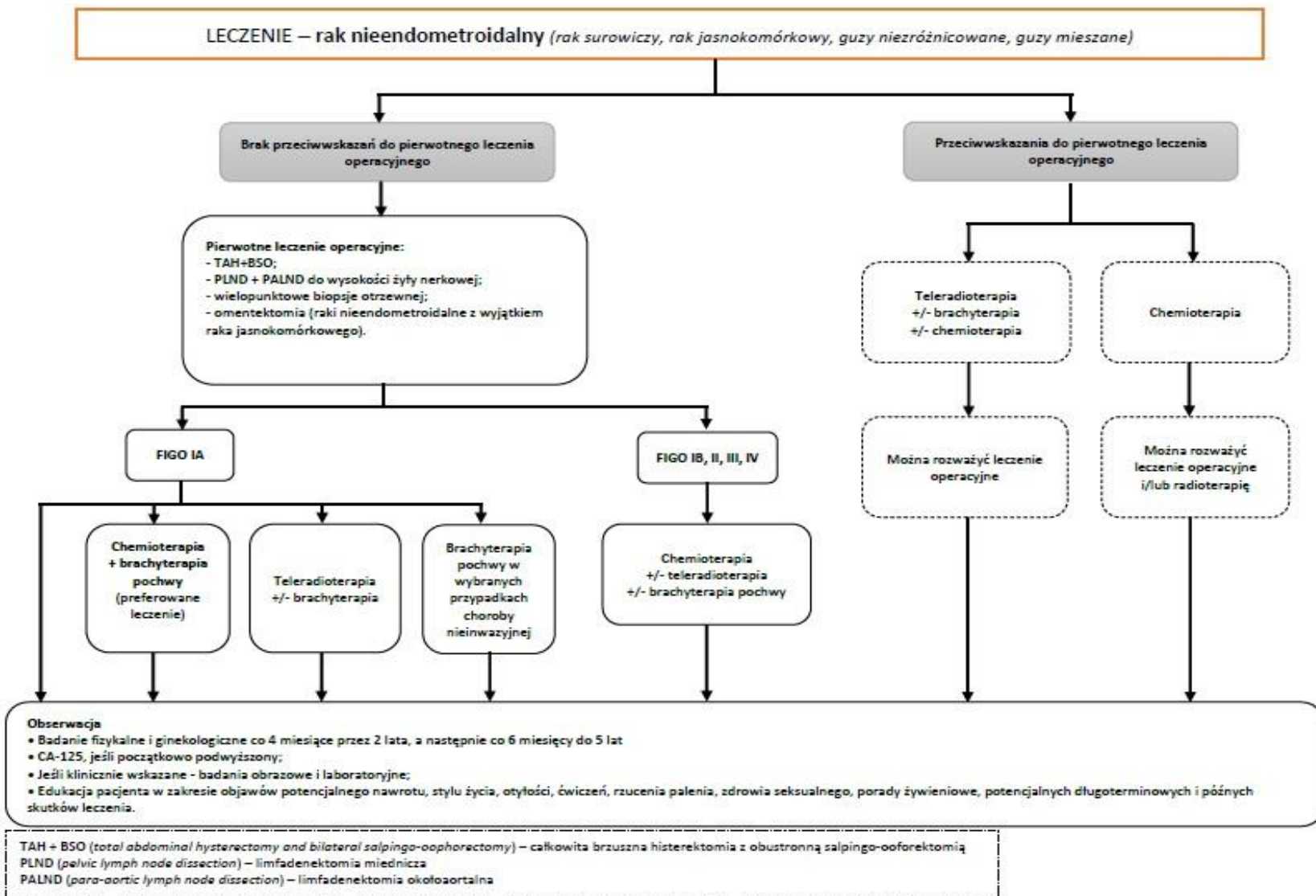
- Ostateczna ocena materiału tkankowego po zabiegu operacyjnym obejmująca: typ histopatologiczny raka, stopień zróżnicowania (*grading*), LVSI, zaawansowanie według TNM
- badanie receptorów estrogenowych (zalecane w przypadku guzów w stopniu III lub IV)

* We wczesnych postaciach raka endometrium typu endometrioidalnego (prawdopodobny stopień FIGO I, typ I) w ośrodku, w którym nie jest możliwe przeprowadzenie śródoperacyjnej oceny histopatologicznej głębokości naciekania mięśniówki trzonu macicy (myometrial invasion, MI) oraz zajęcia podścieliska kanału szyjki (T2), należy przed podjęciem decyzji o limfadenektomii wykonać eksperckie USG TV lub MRI miednicy mniejszej w celu radiologicznej oceny obu tych cech niezbędne do określenia przynależności do grupy ryzyka przerzutów do węzłów chłonnych).

** rozpoznanie mutacji genów MMR oraz niestabilności mikrosatelitarnej (MSI) w następujących przypadkach: a) rozważane leczenie oszczędzające jajniki u pacjentów z obciążającym onkologicznie wywiadem rodzinnym w kierunku raka jajnika; b) u pacjentów z rakiem endometrium i/lub rakiem jelita grubego w wywiadzie rodzinnym.

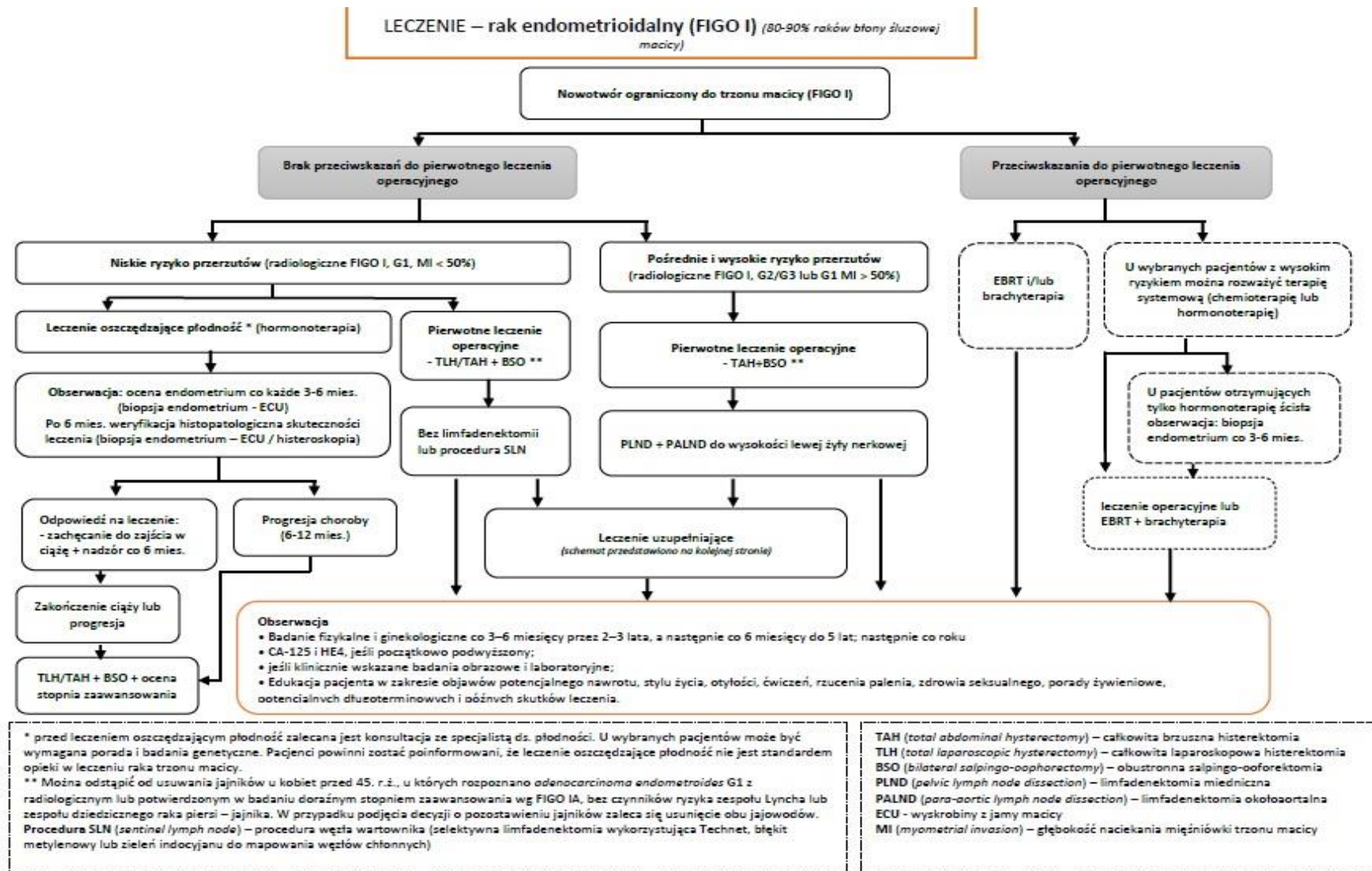
Rysunek 36. Model ścieżki diagnostycznej w kierunku raka trzonu macicy.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)



Rysunek 37. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia raka trzonu macicy – typ nieendometroidalny.

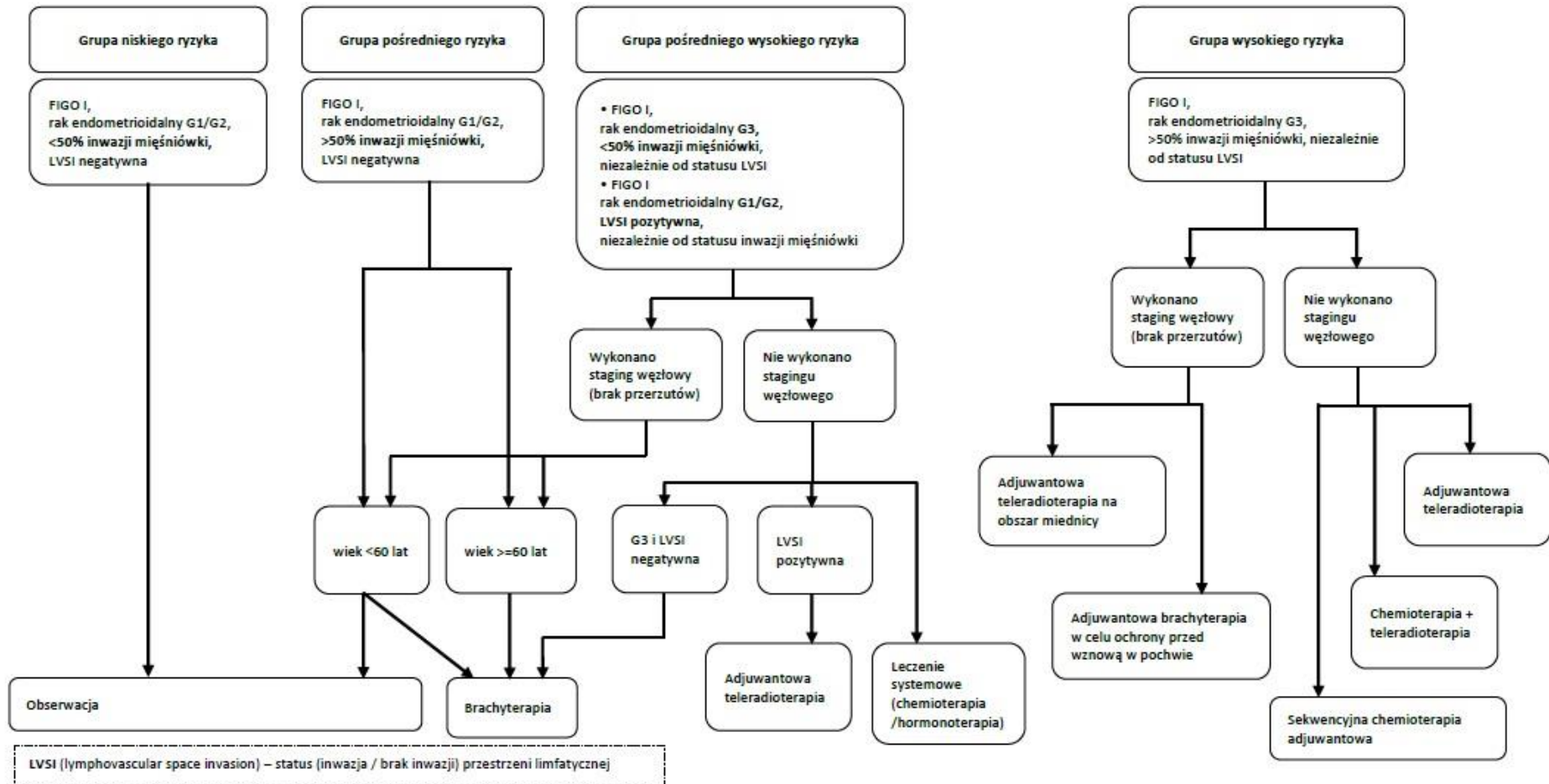
Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)



Rysunek 38. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia raka trzonu macicy – typ endometrioidalny.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

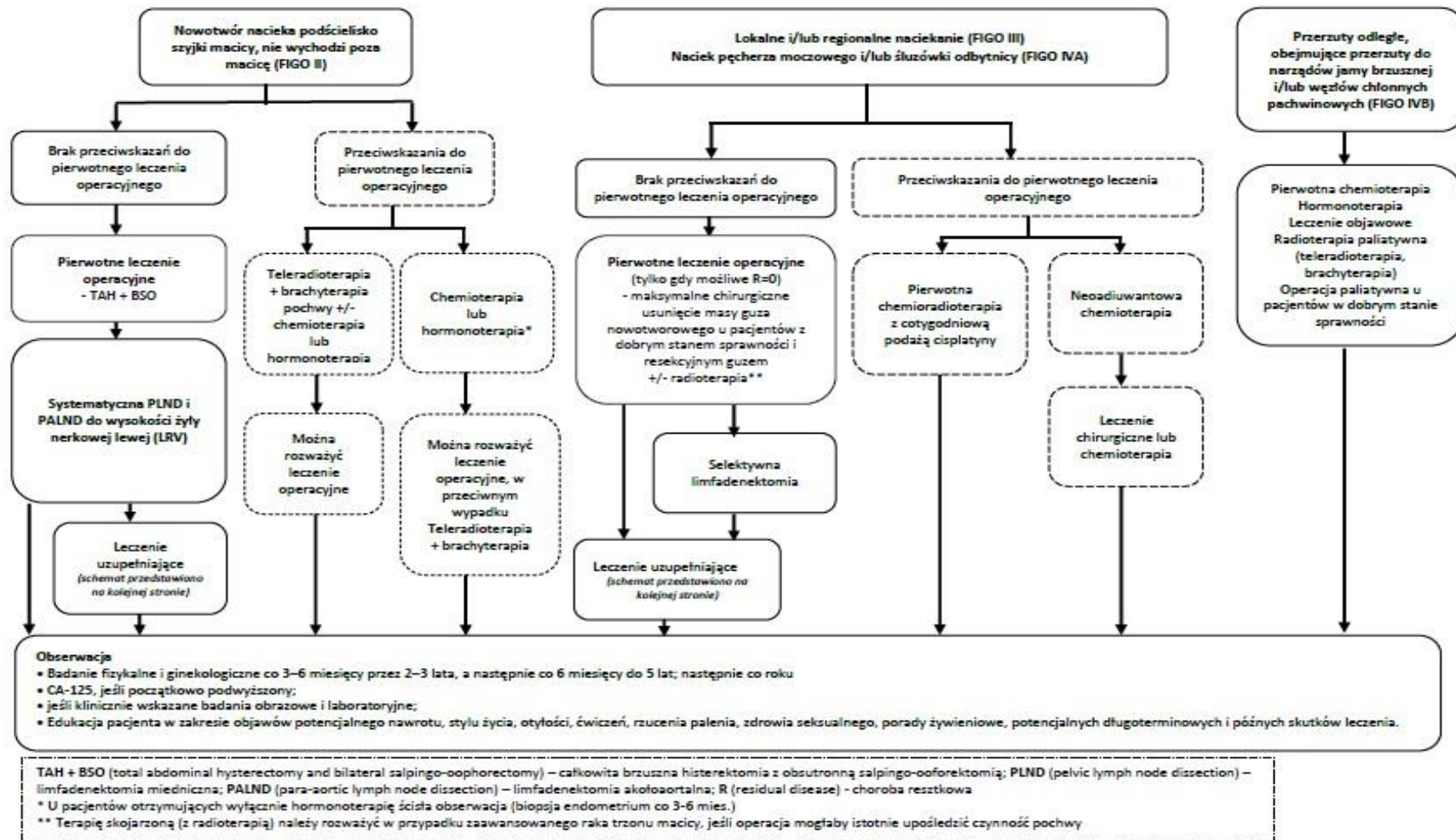
Rak endometrioidalny ograniczony do trzonu macicy (FIGO I) - LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE



Rysunek 39. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia uzupełniającego raka trzonu macicy – typ endometrioidalny (FIGO I).

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

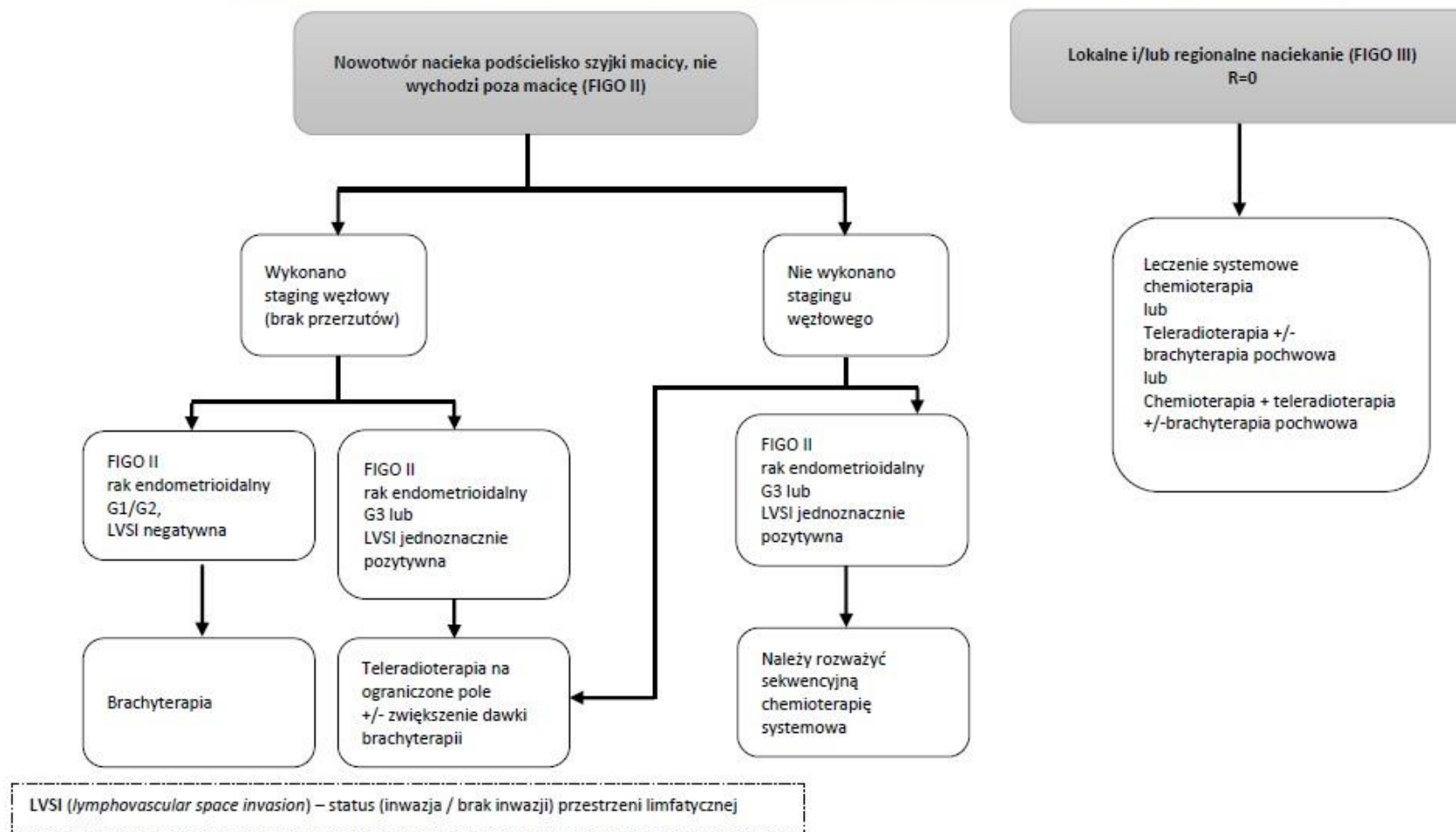
LECZENIE – rak endometrioidalny (FIGO II,III,IV)



Rysunek 40. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia zaawansowanego raka trzonu macicy – typ endometrioidalny.

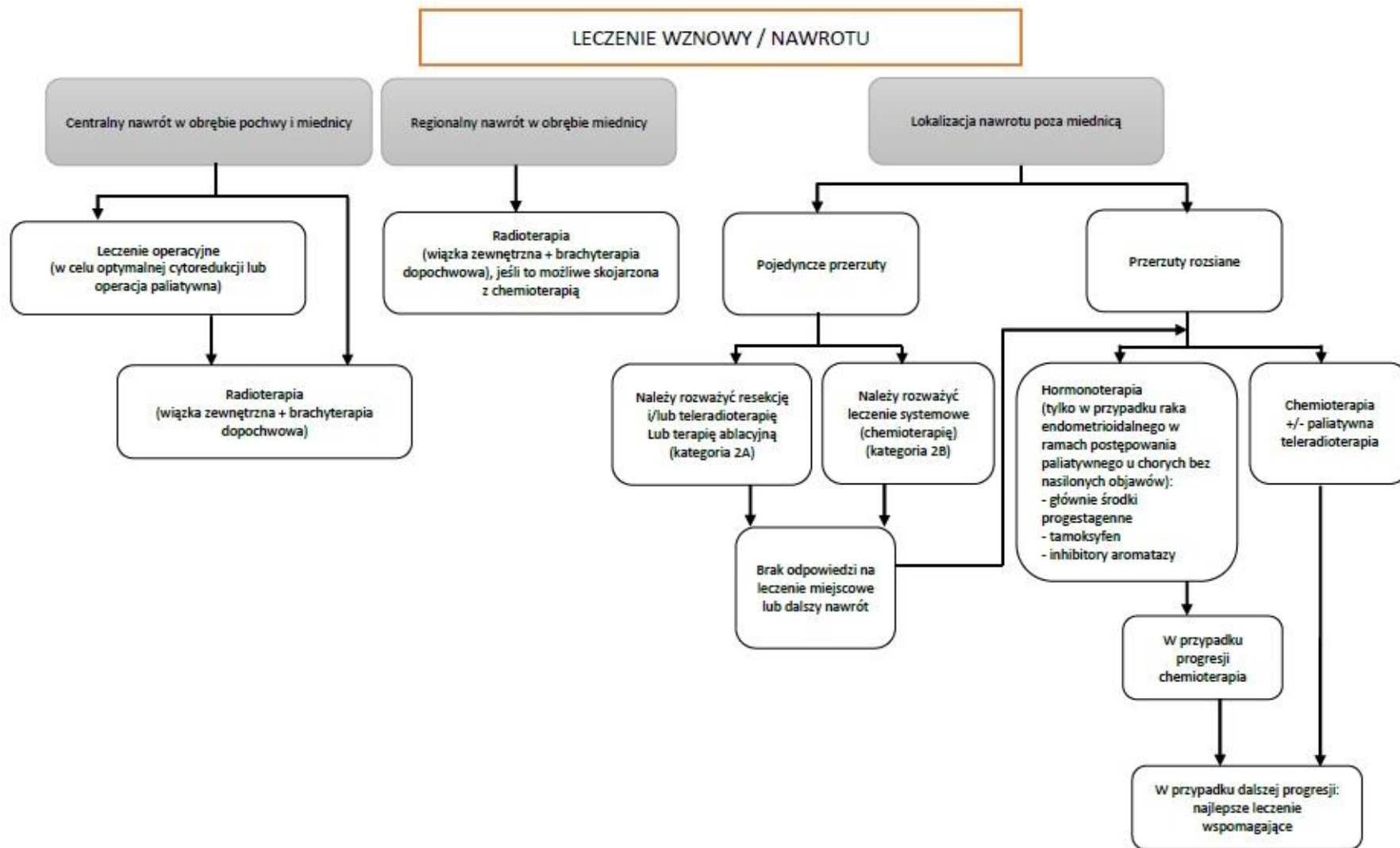
Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

Rak endometrioidalny FIGO II i FIGO III - LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE



Rysunek 41. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia uzupełniającego zaawansowanego raka trzonu macicy – typ endometrioidalny.

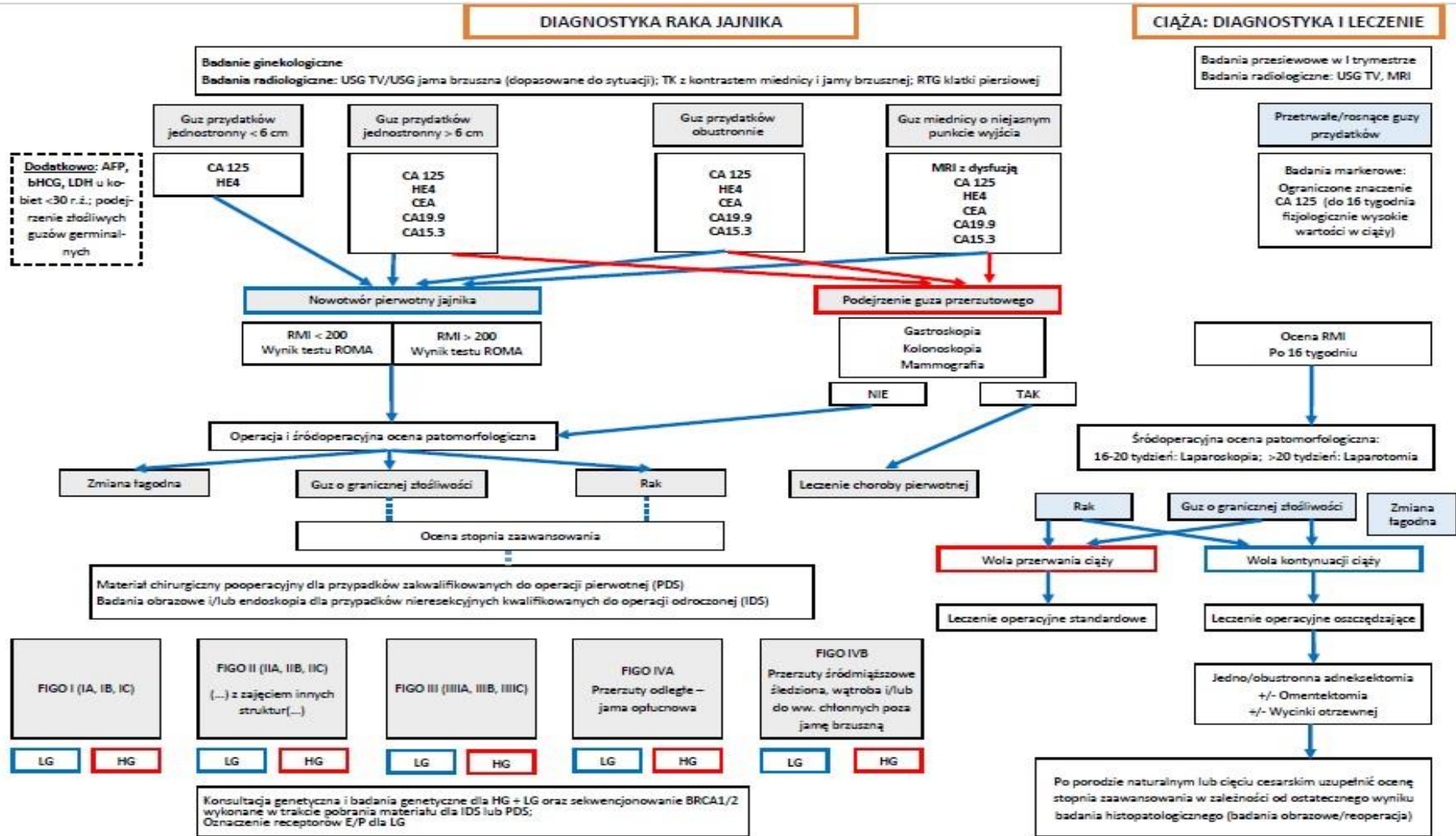
Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)



Rysunek 42. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia nawrotów/wznów raka trzonu macicy.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

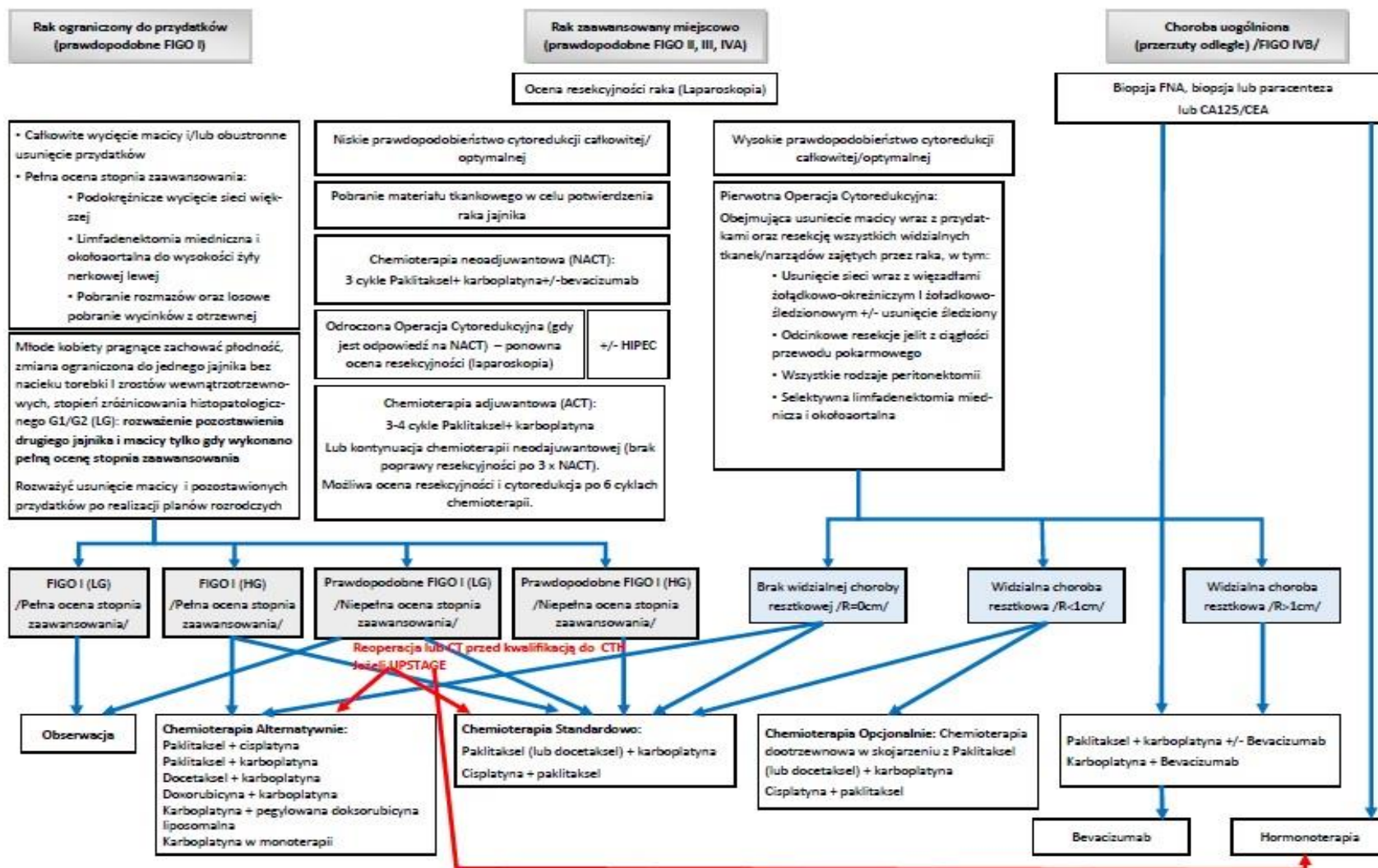
Nowotwór jajnika (C56)



Rysunek 43. Model ścieżki diagnostycznej w kierunku raka jajnika.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

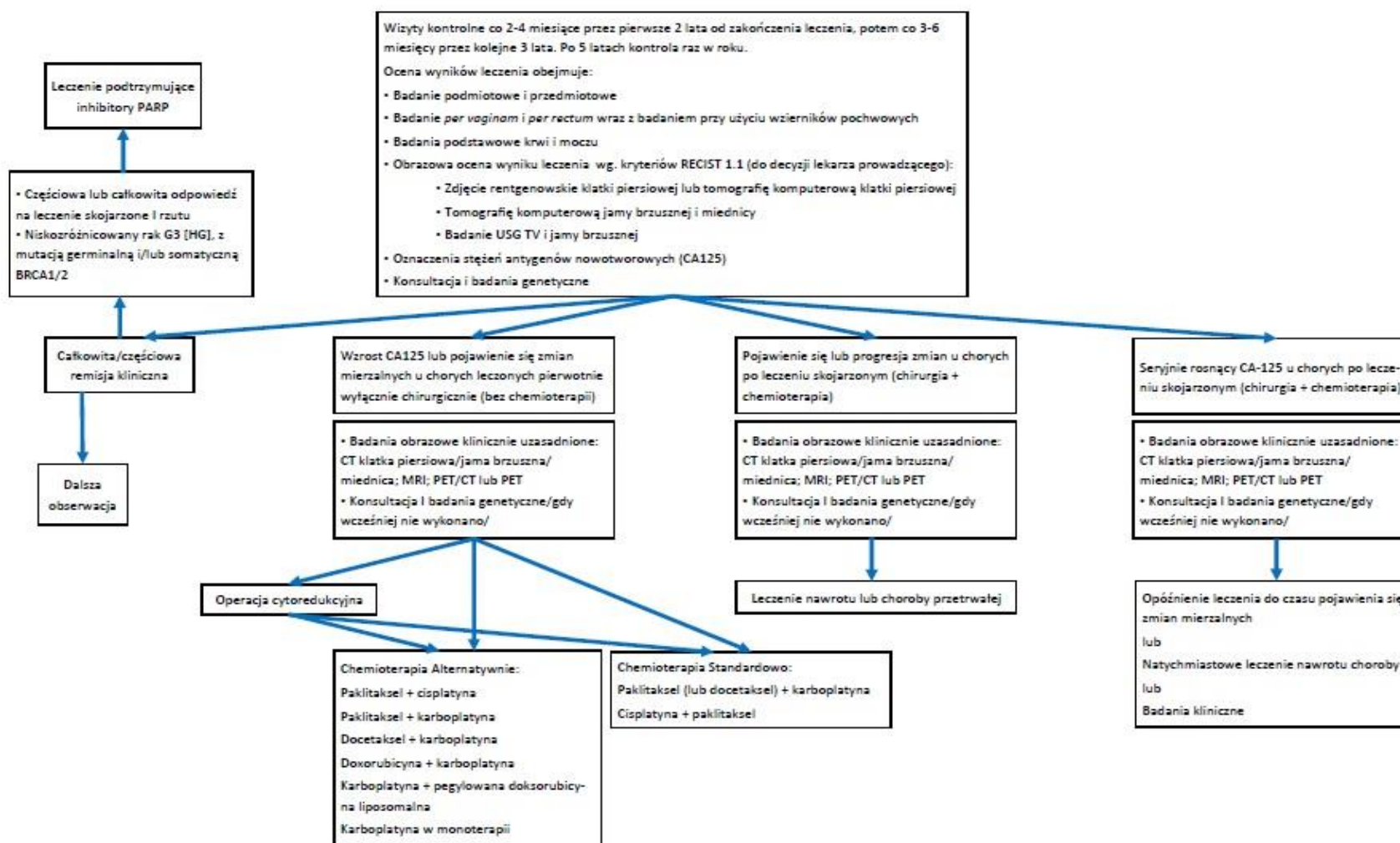
LECZENIE RAKA JAJNIKA



Rysunek 44. Model ścieżki terapeutycznej pacjentki z rakiem jajnika.

- Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

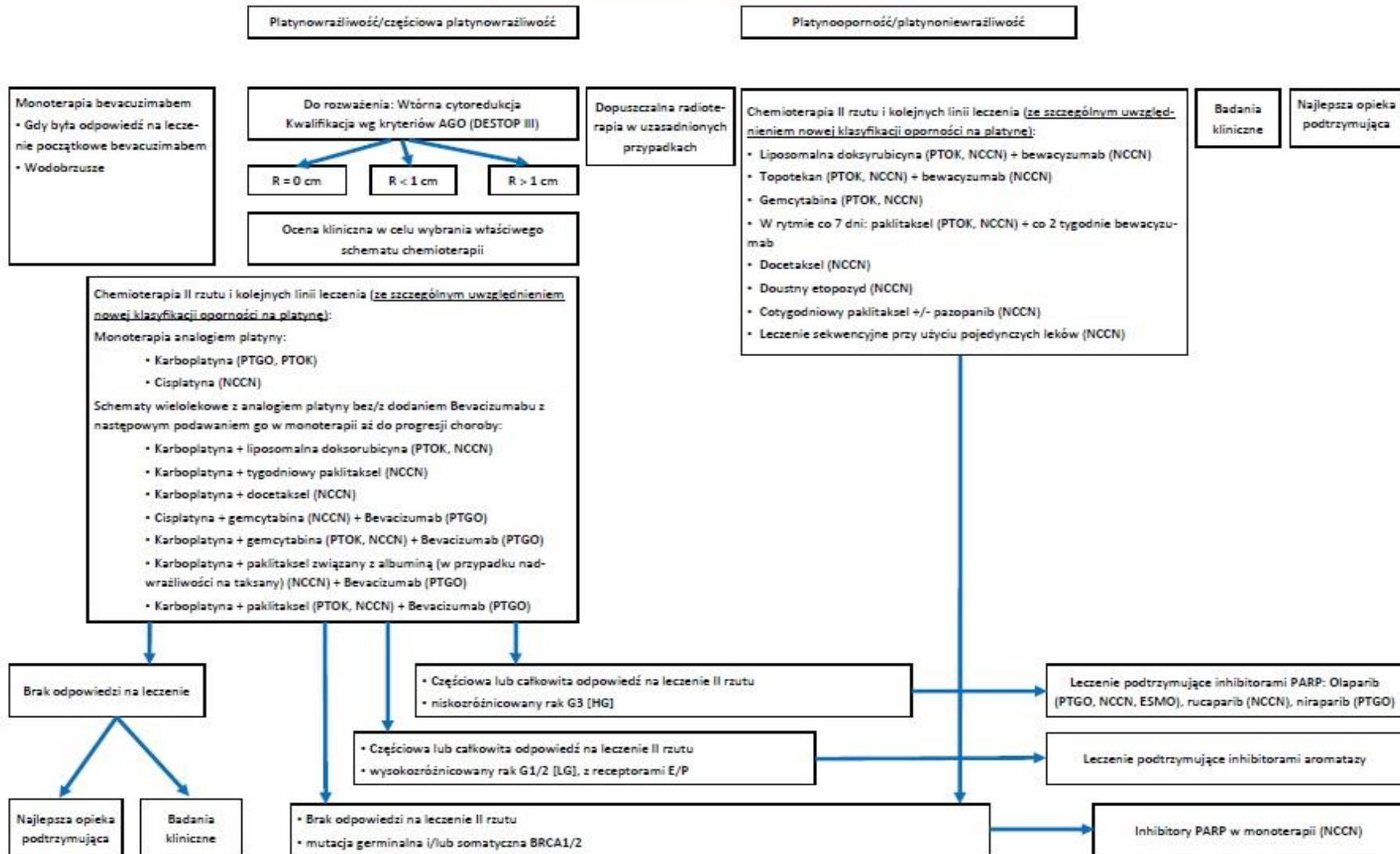
OCENA WYNIKÓW PO LECZENIU PIERWOTNYM (FIGO I-IV)/ MONITOROWANIE



Rysunek 45. Model ścieżki postępowania po leczeniu pierwotnym/monitorowanie w raku jajnika.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

LECZENIE NAWROTU LUB CHOROBY PRZETRWAŁEJ



Rysunek 46. Model ścieżki terapeutycznej dla leczenia nawrotów w raku jajnika.

Opracowanie własne na podstawie przeglądu wytycznych i konsultacji z Zespołem ekspertów. Źródło: Zmiana technologii medycznych w obszarze nowotworów ginekologicznych (we wskazaniach: C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 Nowotwór złośliwy jajnika) – Analiza Problemu Decyzyjnego (APD)

Załącznik 2 Strategie wyszukiwania badań dot. krzywych uczenia się w chirurgii ginekologicznej

Tabela 137. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via Pubmed (data ostatniego wyszukiwania 13.07.2020 r.)

Numer	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	Search: "Genital Neoplasms, Female"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR "Endometrial Neoplasms"[Mesh] OR "Ovarian Neoplasms"[Mesh] OR "Uterine Neoplasms"[Mesh]	103 614
#2	Search: "gynecologic cancer"[Title/Abstract] OR "cervical cancer"[Title/Abstract] OR "endometrial cancer"[Title/Abstract] OR "ovarian cancer"[Title/Abstract] OR "uterine cancer"[Title/Abstract]	305 136
#3	Search: (("Neoplasms"[Mesh]) OR (carcinomas[Title/Abstract] OR carcinoma[Title/Abstract] OR cancers[Title/Abstract] OR cancer[Title/Abstract] OR tumours[Title/Abstract] OR tumour[Title/Abstract] OR tumors[Title/Abstract] OR tumor[Title/Abstract] OR neoplasms[Title/Abstract] OR neoplasm[Title/Abstract] OR neoplasias[Title/Abstract] OR neoplasia[Title/Abstract])) AND (gynecologic[Title/Abstract] OR endometrial[Title/Abstract] OR endometrium[Title/Abstract] OR cervical[Title/Abstract] OR cervix [Title/Abstract] OR ovarian[Title/Abstract] OR ovary[Title/Abstract] OR uterine[Title/Abstract] OR uterus[Title/Abstract])	353 876
#4	Search: (("Genital Neoplasms, Female"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR "Endometrial Neoplasms"[Mesh] OR "Ovarian Neoplasms"[Mesh] OR "Uterine Neoplasms"[Mesh]) OR ("gynecologic cancer"[Title/Abstract] OR "cervical cancer"[Title/Abstract] OR "endometrial cancer"[Title/Abstract] OR "ovarian cancer"[Title/Abstract] OR "uterine cancer"[Title/Abstract])) OR (((("Neoplasms"[Mesh]) OR (carcinomas[Title/Abstract] OR carcinoma[Title/Abstract] OR cancers[Title/Abstract] OR cancer[Title/Abstract] OR tumours[Title/Abstract] OR tumour[Title/Abstract] OR tumors[Title/Abstract] OR tumor[Title/Abstract] OR neoplasms[Title/Abstract] OR neoplasm[Title/Abstract] OR neoplasias[Title/Abstract] OR neoplasia[Title/Abstract])) AND (gynecologic[Title/Abstract] OR endometrial[Title/Abstract] OR endometrium[Title/Abstract] OR cervical[Title/Abstract] OR cervix [Title/Abstract] OR ovarian[Title/Abstract] OR ovary[Title/Abstract] OR uterine[Title/Abstract] OR uterus[Title/Abstract]))	3 183
#5	Search: "Learning Curve"[Mesh]	10 835
#6	Search: "learning curve"[Title/Abstract]	1 532
#7	Search: "learning curves"[Title/Abstract]	1 734
#8	Search: (learning[Title/Abstract] AND (curve*[Title/Abstract]))	21 307
#9	Search: "Workload"[Mesh]	25 049
#10	Search: workload[Title/Abstract]	4 249
#11	Search: work-load[Title/Abstract]	4 249
#12	Search: "work load"[Title/Abstract]	3 948
#13	Search: caseload*[Title/Abstract]	1 068
#14	Search: "volume standards"[Title/Abstract] OR "volume standard"[Title/Abstract] OR "volume outcomes"[Title/Abstract] OR "volume outcome"[Title/Abstract]	4 819
#15	Search: ("Workload"[Mesh]) OR (workload[Title/Abstract]) OR (work-load[Title/Abstract]) OR ("work load"[Title/Abstract]) OR (caseload*[Title/Abstract]) OR ("volume standards"[Title/Abstract]) OR ("volume standard"[Title/Abstract]) OR ("volume outcomes"[Title/Abstract]) OR ("volume outcome"[Title/Abstract])	4 676 015
#16	Search: (operative[Title/Abstract] OR (provider*[Title/Abstract]) OR (procedural[Title/Abstract] OR (surgical[Title/Abstract] OR (surger*[Title/Abstract] OR (surgeon*[Title/Abstract] OR (operator*[Title/Abstract] OR (physician*[Title/Abstract] OR (doctor*[Title/Abstract] OR ("medical practitioner"[Title/Abstract] OR ("medical practitioners"[Title/Abstract] OR (individual[Title/Abstract] OR (personal[Title/Abstract] OR (private[Title/Abstract] OR (hospital*[Title/Abstract] OR (unite*[Title/Abstract]))	21 623
#17	Search: ((operative[Title/Abstract] OR (provider*[Title/Abstract]) OR (procedural[Title/Abstract] OR (surgical[Title/Abstract] OR (surger*[Title/Abstract] OR (surgeon*[Title/Abstract] OR (operator*[Title/Abstract] OR (physician*[Title/Abstract] OR (doctor*[Title/Abstract] OR ("medical practitioner"[Title/Abstract] OR ("medical practitioners"[Title/Abstract] OR (individual[Title/Abstract] OR (personal[Title/Abstract] OR (private[Title/Abstract] OR (hospital*[Title/Abstract] OR (unite*[Title/Abstract])) AND ((("Workload"[Mesh]) OR (workload[Title/Abstract]) OR (work-load[Title/Abstract]) OR ("work load"[Title/Abstract]) OR (caseload*[Title/Abstract]) OR ("volume standards"[Title/Abstract]) OR ("volume standard"[Title/Abstract]) OR ("volume outcomes"[Title/Abstract]) OR ("volume outcome"[Title/Abstract]))	4 576
#18	Search: ("operative volume*[Title/Abstract]) OR ("provider volume*[Title/Abstract]) OR ("procedural volume*[Title/Abstract]) OR ("surgical volume*[Title/Abstract]) OR ("surgery volume*[Title/Abstract]) OR ("surgeon volume*[Title/Abstract]) OR ("operator volume*[Title/Abstract]) OR ("physician volume*[Title/Abstract]) OR ("doctor volume*[Title/Abstract]) OR ("medical practitioner volume*[Title/Abstract]) OR ("individual volume*[Title/Abstract]) OR ("personal volume*[Title/Abstract]) OR ("private volume*[Title/Abstract]) OR ("hospital volume*[Title/Abstract]) OR ("unite volume*[Title/Abstract])	17 363

#19	Search: ("Learning Curve"[Mesh]) OR ("learning curve"[Title/Abstract]) OR ("learning curves"[Title/Abstract]) OR (learning[Title/Abstract]) AND (curve*[Title/Abstract])	42 482
#20	Search: (((("Learning Curve"[Mesh]) OR ("learning curve"[Title/Abstract]) OR ("learning curves"[Title/Abstract]) OR (learning[Title/Abstract]) AND (curve*[Title/Abstract])) OR (("operative volume*[Title/Abstract]) OR ("provider volume*[Title/Abstract]) OR ("procedural volume*[Title/Abstract]) OR ("surgical volume*[Title/Abstract]) OR ("surgery volume*[Title/Abstract]) OR ("surgeon volume*[Title/Abstract]) OR ("operator volume*[Title/Abstract]) OR ("physician volume*[Title/Abstract]) OR ("doctor volume*[Title/Abstract]) OR ("medical practitioner volume*[Title/Abstract]) OR ("individual volume*[Title/Abstract]) OR ("personal volume*[Title/Abstract]) OR ("private volume*[Title/Abstract]) OR ("hospital volume*[Title/Abstract]) OR ("unite volume*[Title/Abstract])) OR (((operative[Title/Abstract]) OR (provider*[Title/Abstract]) OR (procedural[Title/Abstract]) OR (surgical[Title/Abstract]) OR (surge*[Title/Abstract]) OR (surgeon*[Title/Abstract]) OR (operator*[Title/Abstract]) OR (physician*[Title/Abstract]) OR (doctor*[Title/Abstract]) OR ("medical practitioner"[Title/Abstract]) OR ("medical practitioners"[Title/Abstract]) OR (individual[Title/Abstract]) OR (personal[Title/Abstract]) OR (private[Title/Abstract]) OR (hospital*[Title/Abstract]) OR (unite*[Title/Abstract])) AND (("Workload"[Mesh]) OR (workload[Title/Abstract]) OR (work-load[Title/Abstract]) OR ("work load"[Title/Abstract]) OR (caseload*[Title/Abstract]) OR ("volume standards"[Title/Abstract]) OR ("volume standard"[Title/Abstract]) OR ("volume outcomes"[Title/Abstract]) OR ("volume outcome"[Title/Abstract]))))	42 673
#21	Search: (((("Learning Curve"[Mesh]) OR ("learning curve"[Title/Abstract]) OR ("learning curves"[Title/Abstract]) OR (learning[Title/Abstract]) AND (curve*[Title/Abstract])) OR (("operative volume*[Title/Abstract]) OR ("provider volume*[Title/Abstract]) OR ("procedural volume*[Title/Abstract]) OR ("surgical volume*[Title/Abstract]) OR ("surgery volume*[Title/Abstract]) OR ("surgeon volume*[Title/Abstract]) OR ("operator volume*[Title/Abstract]) OR ("physician volume*[Title/Abstract]) OR ("doctor volume*[Title/Abstract]) OR ("medical practitioner volume*[Title/Abstract]) OR ("individual volume*[Title/Abstract]) OR ("personal volume*[Title/Abstract]) OR ("private volume*[Title/Abstract]) OR ("hospital volume*[Title/Abstract]) OR ("unite volume*[Title/Abstract])) OR (((operative[Title/Abstract]) OR (provider*[Title/Abstract]) OR (procedural[Title/Abstract]) OR (surgical[Title/Abstract]) OR (surge*[Title/Abstract]) OR (surgeon*[Title/Abstract]) OR (operator*[Title/Abstract]) OR (physician*[Title/Abstract]) OR (doctor*[Title/Abstract]) OR ("medical practitioner"[Title/Abstract]) OR ("medical practitioners"[Title/Abstract]) OR (individual[Title/Abstract]) OR (personal[Title/Abstract]) OR (private[Title/Abstract]) OR (hospital*[Title/Abstract]) OR (unite*[Title/Abstract])) AND (("Workload"[Mesh]) OR (workload[Title/Abstract]) OR (work-load[Title/Abstract]) OR ("work load"[Title/Abstract]) OR (caseload*[Title/Abstract]) OR ("volume standards"[Title/Abstract]) OR ("volume standard"[Title/Abstract]) OR ("volume outcomes"[Title/Abstract]) OR ("volume outcome"[Title/Abstract])))) AND (((("Genital Neoplasms, Female"[Mesh]) OR "Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR "Endometrial Neoplasms"[Mesh] OR "Ovarian Neoplasms"[Mesh] OR "Uterine Neoplasms"[Mesh] OR ("gynecologic cancer"[Title/Abstract]) OR "cervical cancer"[Title/Abstract] OR "endometrial cancer"[Title/Abstract] OR "ovarian cancer"[Title/Abstract] OR "uterine cancer"[Title/Abstract])) OR (((("Neoplasms"[Mesh]) OR (carcinomas[Title/Abstract] OR carcinoma[Title/Abstract] OR cancers[Title/Abstract] OR cancer[Title/Abstract] OR tumours[Title/Abstract] OR tumour[Title/Abstract] OR tumors[Title/Abstract] OR tumor[Title/Abstract] OR neoplasms[Title/Abstract] OR neoplasia[Title/Abstract] OR neoplasias[Title/Abstract] OR neoplasia[Title/Abstract])) AND (gynecologic[Title/Abstract] OR endometrial[Title/Abstract] OR endometrium[Title/Abstract] OR cervical[Title/Abstract] OR cervix [Title/Abstract] OR ovarian[Title/Abstract] OR ovary[Title/Abstract] OR uterine[Title/Abstract] OR uterus[Title/Abstract]))))	493

Tabela 138. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania 15.07.2020 r.)

Numer	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	gynecologic cancer.mp. or exp female genital tract cancer/	268205
#2	cervical cancer.mp. or exp uterine cervix cancer/	112439
#3	exp endometrium carcinoma/ or endometrial cancer.mp. or exp endometrium tumor/	64030
#4	ovarian cancer.mp. or exp ovary cancer/	133484
#5	uterine cancer.mp. or exp uterus cancer/	155128
#6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	310003
#7	cancer.mp. or exp malignant neoplasm/	4417686
#8	(carcinomas or carcinoma or cancers or cancer or tumours or tumour or tumors or tumor or neoplasms or neoplasm or neoplasias or neoplasia).ab,kw,ti.	4090216
#9	7 or 8	5070993
#10	(gynecologic or endometrial or endometrium or cervical or cervix or ovarian or ovary or uterine or uterus).ab,kw,ti.	789796
#11	9 and 10	362955
#12	6 or 11	425524
#13	Learning Curve.mp. or exp learning curve/	21457
#14	(learning and curve*).ab,kw,ti.	28470

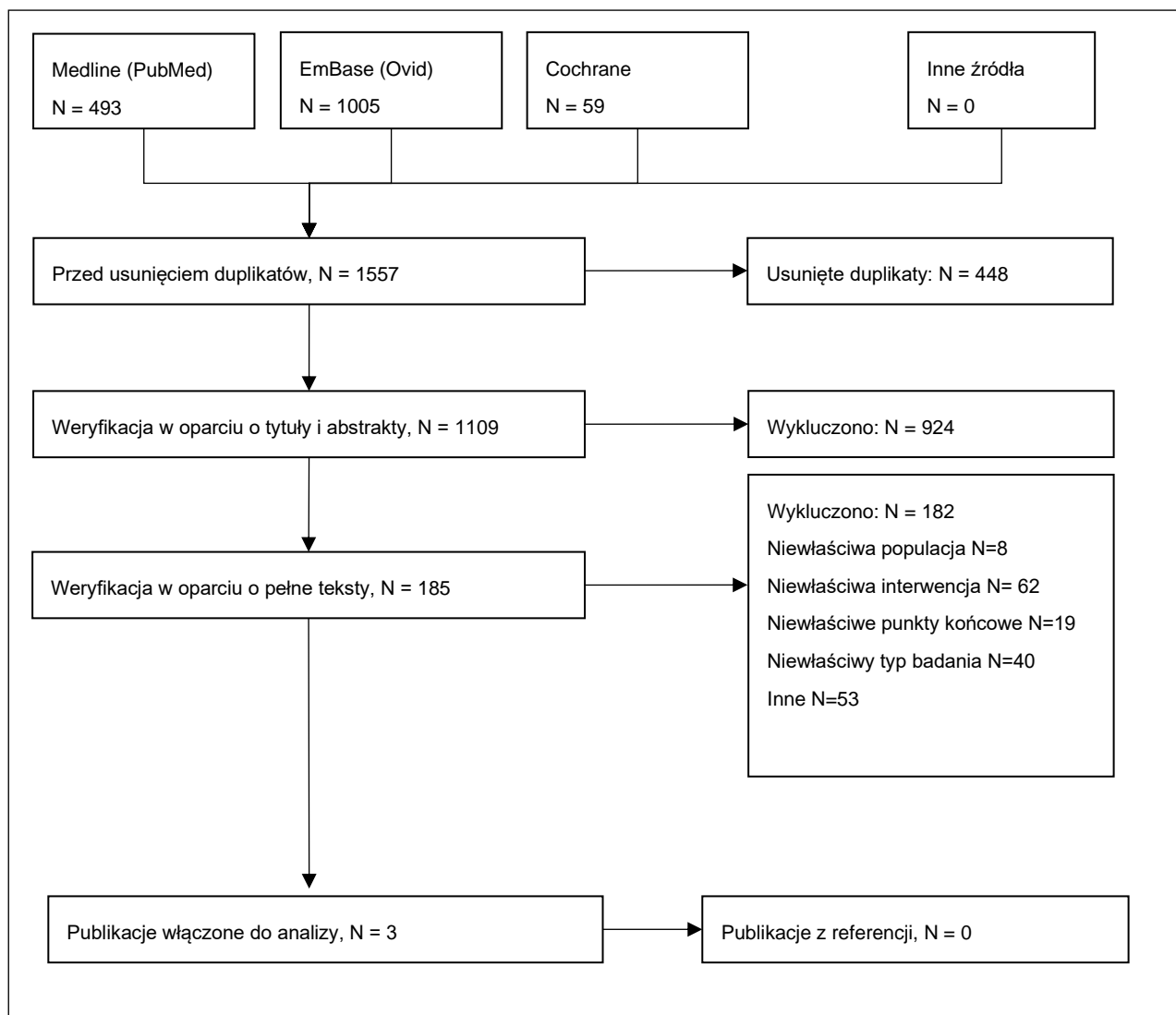
#15	13 or 14	30378
#16	Workload.mp. or exp workload/	58008
#17	(workload or work-load or "work load").ab,kw,ti.	40315
#18	"caseload*".ab,kw,ti.	5037
#19	("volume standards" or "volume standard" or "volume outcomes" or "volume outcome").ab,kw,ti.	1514
#20	16 or 17 or 18 or 19	67246
#21	(operative or provider* or procedural or surgical or surger* or surgeon* or operator* or physician* or doctor* or "medical practitioner" or "medical practitioners" or individual or personal or private or hospital* or unite*).ab,kw,ti.	6167207
#22	20 and 21	29234
#23	("operative volume" or "operative volumes" or "provider volume" or "provider volumes" or "procedural volume" or "procedural volumes" or "surgical volume" or "surgical volumes" or "surgery volume" or "surgery volumes" or "surgeon volume" or "surgeon volumes" or "operator volume" or "operator volumes" or "physician volume" or "physician volumes" or "doctor volume" or "doctor volumes" or "medical practitioner volume" or "medical practitioner volumes" or "individual volume" or "individual volumes" or "personal volume" or "personal volumes" or "private volume" or "private volumes" or "hospital volume" or "hospital volumes" or "unite volume" or "unite volumes").ab,kw,ti.	6979
#24	15 or 22 or 23	65196
#25	12 and 24	1005

Tabela 139. Strategia wyszukiwania w bazie Cochrane (data ostatniego wyszukiwania 14.07.2020 r.)

Numer	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	MeSH descriptor: [Genital Neoplasms, Female] explode all trees	5444
#2	MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees	2032
#3	MeSH descriptor: [Endometrial Neoplasms] explode all trees	611
#4	MeSH descriptor: [Ovarian Neoplasms] explode all trees	1944
#5	MeSH descriptor: [Uterine Neoplasms] explode all trees	3247
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	5444
#7	("gynecologic cancer"):ti,ab,kw	487
#8	("cervical cancer"):ti,ab,kw	3185
#9	("endometrial cancer"):ti,ab,kw	0
#10	("ovarian cancer"):ti,ab,kw	4958
#11	("uterine cancer"):ti,ab,kw	144
#12	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	8515
#13	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	77765
#14	(carcinomas OR carcinoma OR cancers OR cancer OR tumours OR tumour OR tumors OR tumor OR neoplasms OR neoplasm OR neoplasias OR neoplasia):ti,ab,kw	202214
#15	#13 OR #14	211650
#16	(gynecologic OR endometrial OR endometrium OR cervical OR cervix OR ovarian OR ovary OR uterine OR uterus):ti,ab,kw	53862
#17	#15 AND #16	19432
#18	#6 OR #12 OR #17	19636
#19	MeSH descriptor: [Learning Curve] explode all trees	171
#20	("learning curve"):ti,ab,kw	1113
#21	("learning curves"):ti,ab,kw	229
#22	(learning AND curve*):ti,ab,kw	1683
#23	#19 OR #20 OR #21 OR #22	1683
#24	MeSH descriptor: [Workload] explode all trees	377
#25	(workload):ti,ab,kw	3395
#26	(work-load):ti,ab,kw	601
#27	("work load"):ti,ab,kw	601
#28	(caseload*):ti,ab,kw	272
#29	("volume standards" OR "volume standard" OR "volume outcomes" OR "volume outcome"):ti,ab,kw	42

#30	#24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29	4138
#31	(operative OR provider* OR procedural OR surgical OR surger* OR surgeon* OR operator* OR physician* OR doctor* OR "medical practitioner" OR "medical practitioners" OR individual OR personal OR private OR hospital* OR unite*):ti,ab,kw	487957
#32	#30 AND #31	1613
#33	("operative volume" OR "operative volumes"):ti,ab,kw	22
#34	("provider volume" OR "provider volumes"):ti,ab,kw	4
#35	("procedural volume" OR "procedural volumes"):ti,ab,kw	16
#36	("surgical volume" OR "surgical volumes"):ti,ab,kw	35
#37	("surgery volume" OR "surgery volumes"):ti,ab,kw	33
#38	("surgeon volume" OR "surgeon volumes"):ti,ab,kw	25
#39	("operator volume" OR "operator volumes"):ti,ab,kw	3
#40	("physician volume" OR "physician volumes"):ti,ab,kw	1
#41	("doctor volume" OR "doctor volumes"):ti,ab,kw	0
#42	("medical practitioner volume" OR "medical practitioner volumes"):ti,ab,kw	0
#43	("individual volume" OR "individual volumes"):ti,ab,kw	10
#44	("personal volume" OR "personal volumes"):ti,ab,kw	0
#45	("private volume" OR "private volumes"):ti,ab,kw	0
#46	("hospital volume" OR "hospital volumes"):ti,ab,kw	38
#47	("unite volume" OR "unite volumes"):ti,ab,kw	0
#48	#33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47	172
#49	#23 OR #32 OR #48	3417
#50	#18 AND #49	59

Zal 3 Diagram selekcji badań do przeglądu



Zal 4 Publikacje wykluczone z przeglądu

Publikacja	Przyczyna wykluczenia	Komentarz
1. Aiko, K., Kanno, K., Yanai, S., Masuda, S., Yasui, M., Ichikawa, F., . . . Andou, M. (2020). Short-term outcomes of robot-assisted versus conventional laparoscopic surgery for early-stage endometrial cancer: A retrospective, single-center study. <i>J Obstet Gynaecol Res</i> , 46(7), 1157-1164. doi:10.1111/jog.14293	O	Niewłaściwe punkty końcowe
2. Altgassen, C., Bends, R., Kelling, K., Hornung, D., Friedrich, M., Salehin, D., . . . Kavallaris, A. (2012). Retromesenteric para-aortic lymphadenectomy in gynecologic malignancy. <i>Eur J Gynaecol Oncol</i> , 33(6), 574-578.	I	Niewłaściwa interwencja
3. Aranda, M. A., McGory, M., Sekeris, E., Maggard, M., Ko, C., & Zingmond, D. S. (2008). Do racial/ethnic disparities exist in the utilization of high-volume surgeons for women with ovarian cancer? <i>Gynecol Oncol</i> , 111(2), 166-172. doi:10.1016/j.ygyno.2008.08.009	Inne	Niewłaściwy cel
4. Arora, V., & Somashekhar, S. P. (2018). Essential surgical skills for a gynecologic oncologist. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> , 143 Suppl 2, 118-130. doi:10.1002/ijgo.12619	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
5. Aviki, E. M., Chen, L., Dessources, K., Leitao, M. M., Jr., & Wright, J. D. (2020). Impact of hospital volume on surgical management and outcomes for early-stage cervical cancer. <i>Gynecol Oncol</i> , 157(2), 508-513. doi:10.1016/j.ygyno.2020.02.029	I	Niewłaściwa interwencja

6. Avondstondt, A. M., Wallenstein, M., D'Adamo, C. R., & Ehsanipoor, R. M. (2018). Change in cost after 5 years of experience with robotic-assisted hysterectomy for the treatment of endometrial cancer. <i>J Robot Surg</i> , 12(1), 93-96. doi:10.1007/s11701-017-0700-6	I	Niewłaściwa interwencja
7. Baeten, I. G. T., Hoogendam, J. P., Schreuder, H. W. R., Jürgenliemk-Schulz, I. M., Verheijen, R. H. M., Zweemer, R. P., & Gerestein, C. G. (2020). The influence of learning curve of robot-assisted laparoscopy on oncological outcomes in early stage cervical cancer: an observational cohort study. <i>BJOG</i> . doi:10.1111/1471-0528.16399	I	Niewłaściwa interwencja
8. Barnes, H., Harrison, R., Huffman, L., Medlin, E., Spencer, R., & Al-Niaimi, A. (2017). The Adoption of Single-port Laparoscopy for Full Staging of Endometrial Cancer: Surgical and Oncology Outcomes and Evaluation of the Learning Curve. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 24(6), 1029-1036. doi:10.1016/j.jmig.2017.06.017	I	Niewłaściwa interwencja
9. Barnes, H., Spencer, R., Uppal, S., Rice, L., & Al-Niaimi, A. (2015). The Adoption of Single-Port Laparoscopic Full Staging for Endometrial Cancer: Safety, Learning Curve and Surgical Outcome. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 22(6S), S49-S50. doi:10.1016/j.jmig.2015.08.136	I	Niewłaściwa interwencja
10. Barnett, J. C., Phippen, N. T., & Leath, C. A., 3rd. (2013). Trends in hospital volume and patterns of referral for women with gynecologic cancers: adherence to treatment guidelines for ovarian cancer as a measure of quality care. <i>Obstet Gynecol</i> , 122(4), 905-906. doi:10.1097/AOG.0b013e3182a79fd0	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
11. Barton, D. P., Adib, T., & Butler, J. (2013). Surgical practice of UK gynaecological oncologists in the treatment of primary advanced epithelial ovarian cancer (PAEOC): a questionnaire survey. <i>Gynecol Oncol</i> , 131(2), 347-351. doi:10.1016/j.ygyno.2013.08.007	Inne	Niewłaściwy cel
12. Becker, J. H., Ezendam, N. P., Boll, D., van der Aa, M., & Pijnenborg, J. M. (2015). Effects of surgical volumes on the survival of endometrial carcinoma. <i>Gynecol Oncol</i> , 139(2), 306-311. doi:10.1016/j.ygyno.2015.09.003	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
13. Beitler, J. J. (2003). Let's accelerate the PET learning curve. <i>Int J Radiat Oncol Biol Phys</i> , 55(1), 281; author reply 282. doi:10.1016/s0360-3016(02)03825-7	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
14. Benjamin, I., Dalton, H., Qiu, Y., Cayco, L., Johnson, W. G., & Balducci, J. (2011). Endometrial cancer surgery in Arizona: a statewide analysis of access to care. <i>Gynecol Oncol</i> , 121(1), 83-86. doi:10.1016/j.ygyno.2010.11.028	O	Niewłaściwy punkt końcowy
15. Bhatt, A., Mehta, S., Seshadri, R. A., Sethna, K., Zaveri, S., Rajan, F., . . . Sugarbaker, P. H. (2016). The Initial Indian Experience with Cytoreductive Surgery and HIPEC in the Treatment of Peritoneal Metastases. <i>Indian J Surg Oncol</i> , 7(2), 160-165. doi:10.1007/s13193-016-0500-x	I	Niewłaściwa interwencja
16. Blache, G., Jauffret, C., Mathis, J., Knight, S., Houvenaeghel, G., & Lambaudie, E. (2018). Can we use robotic surgery for the treatment of pelvic recurrence and locally advanced tumors in gynecological surgery? <i>J Gynecol Obstet Hum Reprod</i> , 47(9), 431-435. doi:10.1016/j.jogoh.2018.08.008	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
17. Bocca, S., Stadtmayer, L., & Oehninger, S. (2007). Current status of robotically assisted laparoscopic surgery in reproductive medicine and gynaecology. <i>Reprod Biomed Online</i> , 14(6), 765-772. doi:10.1016/s1472-6483(10)60680-3	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
18. Bojahr, B., Tchartchian, G., & Ohlinger, R. (2009). Laparoscopic supracervical hysterectomy: a retrospective analysis of 1000 cases. <i>JSLs</i> , 13(2), 129-134.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
19. Bolla, D., Deseö, N., Sturm, A., Schöning, A., & Leimgruber, C. (2012). Minilaparotomy a good option in specific cases: a case report of bilateral ovarian germ cell tumor. <i>Case Rep Obstet Gynecol</i> , 2012, 589568. doi:10.1155/2012/589568	Inne	Niewłaściwy cel
20. Bretschneider, C. E., Frazzini Padilla, P., Das, D., Jelovsek, J. E., & Unger, C. A. (2018). The impact of surgeon volume on perioperative adverse events in women undergoing minimally invasive hysterectomy for the large uterus. <i>Am J Obstet Gynecol</i> , 219(5), 490.e491-490.e498. doi:10.1016/j.ajog.2018.09.003	P	Niewłaściwa populacja
21. Buckley de Meritens, A., Kim, J., Dinkelspiel, H., Chapman-Davis, E., Caputo, T., & Holcomb, K. M. (2017). Feasibility and Learning Curve of Robotic Laparoendoscopic Single-Site Surgery in Gynecology. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 24(2), 323-328. doi:10.1016/j.jmig.2016.11.007	I	Niewłaściwa interwencja
22. Buskwofie, A., Huang, Y., Tergas, A. I., Hou, J. Y., Ananth, C. V., Neugut, A. I., . . . Wright, J. D. (2018). Impact of hospital volume on racial disparities and outcomes for endometrial cancer. <i>Gynecol Oncol</i> , 149(2), 329-336. doi:10.1016/j.ygyno.2018.02.019	Inne	Niewłaściwy cel
23. Butler, J., Gildea, C., Poole, J., Meechan, D., & Nordin, A. (2015). Specialist surgery for ovarian cancer in England. <i>Gynecol Oncol</i> , 138(3), 700-706. doi:10.1016/j.ygyno.2015.03.003	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
24. Cao, L., Xu, H., Chen, Y., Pan, K., & Liang, Z. (2015). A Detailed Analysis of the Learning Curve: Da Vinci Robot-Assisted Radical Hysterectomy in Cervical Cancer. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 22(6S), S228-S229. doi:10.1016/j.jmig.2015.08.805	I	Niewłaściwa interwencja
25. Capmas, P., Bats, A. S., Bensaid, C., Bady, J., & Lécuru, F. (2012). [Robotic surgery in endometrial cancer: a review]. <i>J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)</i> , 41(3), 219-226. doi:10.1016/j.jgyn.2012.02.003	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
26. Casarin, J., Multinu, F., Tortorella, L., Cappuccio, S., Weaver, A. L., Ghezzi, F., . . . Mariani, A. (2020). Sentinel lymph node biopsy for robotic-assisted endometrial cancer staging: further	I	Niewłaściwa interwencja

improvement of perioperative outcomes. <i>Int J Gynecol Cancer</i> , 30(1), 41-47. doi:10.1136/ijgc-2019-000672		
27. Chao, X., Li, L., Wu, M., Ma, S., Tan, X., Zhong, S., . . . Li, W. (2019). Efficacy of different surgical approaches in the clinical and survival outcomes of patients with early-stage cervical cancer: protocol of a phase III multicentre randomised controlled trial in China. <i>BMJ Open</i> , 9(7), e029055. doi:10.1136/bmjopen-2019-029055	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
28. Chen, Y., Xu, H., Li, Y., Wang, D., Li, J., Yuan, J., & Liang, Z. (2008). The outcome of laparoscopic radical hysterectomy and lymphadenectomy for cervical cancer: a prospective analysis of 295 patients. <i>Ann Surg Oncol</i> , 15(10), 2847-2855. doi:10.1245/s10434-008-0063-3	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
29. Chong, G. O., Lee, Y. H., Hong, D. G., Cho, Y. L., Park, I. S., & Lee, Y. S. (2013). Robot versus laparoscopic nerve-sparing radical hysterectomy for cervical cancer: a comparison of the intraoperative and perioperative results of a single surgeon's initial experience. <i>Int J Gynecol Cancer</i> , 23(6), 1145-1149. doi:10.1097/IGC.0b013e31829a5db0	I	Niewłaściwa interwencja
30. Cowan, R. A., O'Carbhaill, R. E., Gardner, G. J., Levine, D. A., Roche, K. L., Sonoda, Y., . . . Chi, D. S. (2016). Is It Time to Centralize Ovarian Cancer Care in the United States? <i>Ann Surg Oncol</i> , 23(3), 989-993. doi:10.1245/s10434-015-4938-9	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
31. Cusimano, M. C., Baxter, N. N., Gien, L. T., Moineddin, R., Liu, N., Dossa, F., . . . Ferguson, S. E. (2019). Impact of surgical approach on oncologic outcomes in women undergoing radical hysterectomy for cervical cancer. <i>Am J Obstet Gynecol</i> , 221(6), 619.e611-619.e624. doi:10.1016/j.ajog.2019.07.009	O	Niewłaściwe punkty końcowe
32. Dargent, D. F. (2001). Laparoscopic surgery in gynecologic oncology. <i>Surg Clin North Am</i> , 81(4), 949-964. doi:10.1016/s0039-6109(05)70175-4	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
33. Davila, G. W., & Estape, R. (2001). Gynecologic laparoscopy. <i>Surg Oncol Clin N Am</i> , 10(3), 557-569.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
34. Dodge, J. E. (2007). Epithelial ovarian cancer surgical staging by Ontario gynaecologic surgeons: is there a gap between current practice and the Canadian clinical practice guidelines? <i>J Obstet Gynaecol Can</i> , 29(8), 653-663. doi:10.1016/s1701-2163(16)32550-6	Inne	Niewłaściwy cel
35. Doll, K. M., Meng, K., Gehrig, P. A., Brewster, W. R., & Meyer, A. M. (2016). Referral patterns between high- and low-volume centers and associations with uterine cancer treatment and survival: a population-based study of Medicare, Medicaid, and privately insured women. <i>Am J Obstet Gynecol</i> , 215(4), 447.e441-447.e413. doi:10.1016/j.ajog.2016.04.020	Inne	Niewłaściwy cel
36. Eddy, G. L., Ural, S. H., Strumpf, K. B., Wojtowycz, M. A., Piraino, P. S., & Mazur, M. T. (1997). Incidence of atypical glandular cells of uncertain significance in cervical cytology following introduction of the Bethesda System. <i>Gynecol Oncol</i> , 67(1), 51-55. doi:10.1006/gyno.1997.4837	I	Niewłaściwa interwencja
37. Elit, L., Bondy, S. J., Paszat, L., Przybysz, R., & Levine, M. (2002). Outcomes in surgery for ovarian cancer. <i>Gynecol Oncol</i> , 87(3), 260-267. doi:10.1006/gyno.2002.6834	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
38. Elit, L., Chartier, C., Oza, A., Hirte, H., Levine, M., & Paszat, L. (2006). Outcomes for systemic therapy in women with ovarian cancer. <i>Gynecol Oncol</i> , 103(2), 554-558. doi:10.1016/j.ygyno.2006.03.052	Inne	Niewłaściwy cel
39. Eoh, K. J., Lee, J. Y., Nam, E. J., Kim, S., Kim, S. W., & Kim, Y. T. (2020). The institutional learning curve is associated with survival outcomes of robotic radical hysterectomy for early-stage cervical cancer-a retrospective study. <i>BMC Cancer</i> , 20(1), 152. doi:10.1186/s12885-020-6660-7	I	Niewłaściwa interwencja
40. Fagotti, A., Vizzielli, G., Costantini, B., Lecca, A., Gallotta, V., Gagliardi, M. L., . . . Fanfani, F. (2011). Learning curve and pitfalls of a laparoscopic score to describe peritoneal carcinosis in advanced ovarian cancer. <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> , 90(10), 1126-1131. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01227.x	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
41. Feuer, G., Benigno, B., Krige, L., & Alvarez, P. (2009). Comparison of a novel surgical approach for radical hysterectomy: robotic assistance versus open surgery. <i>J Robot Surg</i> , 3(3), 179. doi:10.1007/s11701-009-0159-1	I	Niewłaściwa interwencja
42. Fichez, A., Lamblin, G., & Mathevet, P. (2007). [Left extraperitoneal laparoscopic para-aortic lymphadenectomy: morbidity and learning curve of the technique]. <i>Gynecol Obstet Fertil</i> , 35(10), 990-996. doi:10.1016/j.gyobfe.2007.08.011	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
43. Foote, J. R., Gaillard, S., Broadwater, G., Sosa, J. A., Davidson, B., Adam, M. A., . . . Havrilesky, L. J. (2017). Disparities in the surgical staging of high-grade endometrial cancer in the United States. <i>Gynecol Oncol Res Pract</i> , 4, 1. doi:10.1186/s40661-016-0036-3	O	Niewłaściwe punkty końcowe
44. Frey, M. K., Lin, J. F., Stewart, L. E., Makaroun, L., Panico, V. J., & Holcomb, K. (2015). Comparison of two minimally invasive approaches to endometrial cancer staging: a single-surgeon experience. <i>J Reprod Med</i> , 60(3-4), 127-134.	O	Niewłaściwe punkty końcowe
45. Gala, R. B., Margulies, R., Steinberg, A., Murphy, M., Lukban, J., Jeppson, P., . . . Sung, V. (2014). Systematic review of robotic surgery in gynecology: robotic techniques compared with laparoscopy and laparotomy. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 21(3), 353-361. doi:10.1016/j.jmig.2013.11.010	O	Niewłaściwe punkty końcowe
46. Gareer, W., Gad, Z., & Gareer, H. (2011). Needle oophorepexy: a new simple technique for ovarian transposition prior to pelvic irradiation. <i>Surg Endosc</i> , 25(7), 2241-2246. doi:10.1007/s00464-010-1541-9	P	Niewłaściwa populacja

47. Goff, B. A., Matthews, B. J., Wynn, M., Muntz, H. G., Lishner, D. M., & Baldwin, L. M. (2006). Ovarian cancer: patterns of surgical care across the United States. <i>Gynecol Oncol</i> , 103(2), 383-390. doi:10.1016/j.ygyno.2006.08.010	Inne	Niewłaściwy cel
48. Grimes, D. A. (1986). Declining surgical case-load of the obstetrician-gynecologist. <i>Obstet Gynecol</i> , 67(6), 760-762. doi:10.1097/00006250-198606000-00002	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
49. Guedea, F., Ventura, M., Londres, B., Pinillos, L., Poitevin, A., Ospino, R., . . . Kovacs, G. (2011). Overview of brachytherapy resources in Latin America: a patterns-of-care survey. <i>Brachytherapy</i> , 10(5), 363-368. doi:10.1016/j.brachy.2010.12.003	I	Niewłaściwa interwencja
50. Gunderson, C. C., Tergas, A. I., Fleury, A. C., Diaz-Montes, T. P., & Giuntoli, R. L., 2nd. (2013). Primary uterine cancer in Maryland: impact of distance on access to surgical care at high-volume hospitals. <i>Int J Gynecol Cancer</i> , 23(7), 1244-1251. doi:10.1097/IGC.0b013e31829ea002	Inne	Niewłaściwy cel
51. Hall, E. F., Raker, C. A., & Hampton, B. S. (2020). Variability in gynecologic case volume of obstetrician-gynecologist residents graduating from 2009 to 2017. <i>Am J Obstet Gynecol</i> , 222(6), 617.e611-617.e618. doi:10.1016/j.ajog.2019.11.1258	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
52. Haneuse, S., Dominici, F., Normand, S. L., & Schrag, D. (2018). Assessment of Between-Hospital Variation in Readmission and Mortality After Cancer Surgical Procedures. <i>JAMA Netw Open</i> , 1(6), e183038. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.3038	O	Niewłaściwe punkty końcowe
53. Harkenrider, M. M., Surucu, M., Harmon, G., Mysz, M. L., Shea, S. M., Yacoub, J., . . . Small, W., Jr. (2018). Early outcomes and impact of a hybrid IC/IS applicator for a new MRI-based cervical brachytherapy program. <i>Brachytherapy</i> , 17(1), 187-193. doi:10.1016/j.brachy.2017.09.010	Inne	Niewłaściwy cel
54. Hattori, M., Fujita, M., Nakamura, Y., & Ioka, A. (2010). [Estimation of the effects of centralization of cancer treatment on mortality reduction by in Fukui Prefecture]. <i>Nihon Koshu Eisei Zasshi</i> , 57(4), 263-270.	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
55. Heo, Y. J., Kim, S., Min, K. J., Lee, S., Hong, J. H., Lee, J. K., . . . Song, J. Y. (2018). The comparison of surgical outcomes and learning curves of radical hysterectomy by laparoscopy and robotic system for cervical cancer: an experience of a single surgeon. <i>Obstet Gynecol Sci</i> , 61(4), 468-476. doi:10.5468/ogs.2018.61.4.468	Inne	Niewłaściwy cel
56. Hoekstra, A. V., Jairam-Thodla, A., Rademaker, A., Singh, D. K., Buttin, B. M., Lurain, J. R., . . . Lowe, M. P. (2009). The impact of robotics on practice management of endometrial cancer: transitioning from traditional surgery. <i>Int J Med Robot</i> , 5(4), 392-397. doi:10.1002/rcs.268	Inne	Niewłaściwy cel
57. Hopkins, M. P. (2000). The myths of laparoscopic surgery. <i>Am J Obstet Gynecol</i> , 183(1), 1-5. doi:10.1067/mob.2000.106053	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
58. Huang, Y. T., Yang, L. Y., Pan, Y. B., Huang, H. Y., Wu, K. Y., Wang, C. J., & Weng, C. H. (2020). Learning Curve Analysis of Transvaginal Natural Orifice Adnexal Surgery. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 27(2), 489-497. doi:10.1016/j.jmig.2019.04.009	P	Niewłaściwa populacja
59. Huguet, M., Perrier, L., Bally, O., Benayoun, D., De Saint Hilaire, P., Beal Ardisson, D., . . . Ray-Coquard, I. (2018). Being treated in higher volume hospitals leads to longer progression-free survival for epithelial ovarian carcinoma patients in the Rhone-Alpes region of France. <i>BMC Health Serv Res</i> , 18(1), 3. doi:10.1186/s12913-017-2802-	P	Niewłaściwa populacja
60. Jackson, K. S., Das, N., Naik, R., Lopes, A. D., Godfrey, K. A., Hatem, M. H., & Monaghan, J. M. (2004). Laparoscopically assisted radical vaginal hysterectomy vs. radical abdominal hysterectomy for cervical cancer: a match controlled study. <i>Gynecol Oncol</i> , 95(3), 655-661. doi:10.1016/j.ygyno.2004.07.055	O	Niewłaściwe punkty końcowe
61. Jaturasrivilai, P. (2007). A comparative study between laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy. <i>J Med Assoc Thai</i> , 90(5), 837-843.	Inne	Niewłaściwy cel
62. Jiang, X., Li, J., Kan, Y., Yu, T., Chang, S., Sha, X., . . . Wang, S. (2020). MRI Based Radiomics Approach with Deep Learning for Prediction of Vessel Invasion in Early-Stage Cervical Cancer. <i>IEEE/ACM Trans Comput Biol Bioinform</i> . doi:10.1109/TCBB.2019.2963867	I	Niewłaściwa interwencja
63. Jolly, K., Parry, J., Rouse, A., & Stevens, A. (2001). Volumes of cancer surgery for breast, colorectal and ovarian cancer 1992-97: Is there evidence of increasing sub-specialization by surgeons? <i>Br J Cancer</i> , 84(10), 1308-1313. doi:10.1054/bjoc.2001.1794	Inne	Niewłaściwy cel
64. Juillard, C., Lashoher, A., Sewell, C. A., Uddin, S., Griffith, J. G., & Chang, D. C. (2009). A national analysis of the relationship between hospital volume, academic center status, and surgical outcomes for abdominal hysterectomy done for leiomyoma. <i>J Am Coll Surg</i> , 208(4), 599-606. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2009.01.003	P	Niewłaściwa populacja
65. Jung, H., Gonzalez, Y., Shen, C., Klages, P., Albuquerque, K., & Jia, X. (2019). Deep-learning-assisted automatic digitization of applicators in 3D CT image-based high-dose-rate brachytherapy of gynecological cancer. <i>Brachytherapy</i> , 18(6), 841-851. doi:10.1016/j.brachy.2019.06.003	I	Niewłaściwa interwencja
66. Karanigaokar, V. C., Wright, J. T., Murphy, D. J., & Mann, C. H. (2012). Laparoscopic pelvic lymphadenectomy: experience of a Gynaecological Cancer Centre in the UK. <i>Arch Gynecol Obstet</i> , 285(4), 1133-1138. doi:10.1007/s00404-011-2103-7	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji

67. Kim, S., Min, K. J., Lee, S., Hong, J. H., Song, J. Y., Lee, J. K., & Lee, N. W. (2020). Learning curve could affect oncologic outcome of minimally invasive radical hysterectomy for cervical cancer. <i>Asian J Surg</i> . doi:10.1016/j.asjsur.2020.05.006	I	Niewłaściwa interwencja
68. Kim, Y. B., Suh, D. H., Kim, K., & No, J. H. (2015). Case Selection Is a Fundamental Prerequisite to the Successful Surmounting of Learning Curve of Laparoscopic Radical Hysterectomy in Early-Stage Cervical Cancer: A Matched-Case Comparison in a Single Institution. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 22(6S), S97. doi:10.1016/j.jmig.2015.08.261	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
69. Kislring, K., Cardenas, C., Anderson, B. M., Zhang, L., Jhingran, A., Simonds, H., . . . Court, L. (2020). Automatic Verification of Beam Apertures for Cervical Cancer Radiation Therapy. <i>Pract Radiat Oncol</i> . doi:10.1016/j.prr.2020.05.001	I	Niewłaściwa interwencja
70. Knisely, A., Huang, Y., Melamed, A., Tergas, A. I., St Clair, C. M., Hou, J. Y., . . . Wright, J. D. (2020). Effect of regionalization of endometrial cancer care on site of care and patient travel. <i>Am J Obstet Gynecol</i> , 222(1), 58.e51-58.e10. doi:10.1016/j.ajog.2019.07.026	Inne	Niewłaściwy cel
71. Knisely, A., Huang, Y., Melamed, A., Tergas, A. I., St Clair, C. M., Hou, J. Y., . . . Wright, J. D. (2020). Travel distance, hospital volume and their association with ovarian cancer short- and long-term outcomes. <i>Gynecol Oncol</i> . doi:10.1016/j.ygyno.2020.05.017	Inne	Niewłaściwy cel
72. Kobayashi, E., Kakuda, M., Tanaka, Y., Morimoto, A., Egawa-Takata, T., Matsuzaki, S., . . . Kimura, T. (2016). Utility of an Internal Retractor (EndoGrab) for the Management of the Vesicouterine Ligament during Laparoscopic Radical Hysterectomy. <i>Gynecol Obstet Invest</i> , 81(4), 363-366. doi:10.1159/000443392	Inne	Niewłaściwy cel
73. Krujdenberg, C. B., van den Einden, L. C., Hendriks, J. C., Zusterzeel, P. L., & Bekkers, R. L. (2011). Robot-assisted versus total laparoscopic radical hysterectomy in early cervical cancer, a review. <i>Gynecol Oncol</i> , 120(3), 334-339. doi:10.1016/j.ygyno.2010.12.342	O	Niewłaściwe punkty końcowe
74. Kumar, A., Wallace, S. A., Cliby, W. A., Glaser, G. E., Mariani, A., Leitao, M. M., . . . Langstraat, C. L. (2019). Impact of Sentinel Node Approach in Gynecologic Cancer on Training Needs. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 26(4), 727-732. doi:10.1016/j.jmig.2018.08.006	Inne	Niewłaściwy cel
75. Lagergren, J., Mattsson, F., & Lagergren, P. (2017). Prognosis following cancer surgery during holiday periods. <i>Int J Cancer</i> , 141(10), 1971-1980. doi:10.1002/ijc.30899	Inne	Niewłaściwy cel
76. Lambaudie, E., Collinet, P., Narducci, F., Sonoda, Y., Papageorgiou, T., Carpentier, P., . . . Querleu, D. (2003). Laparoscopic identification of sentinel lymph nodes in early stage cervical cancer: prospective study using a combination of patent blue dye injection and technetium radiocolloid injection. <i>Gynecol Oncol</i> , 89(1), 84-87. doi:10.1016/s0090-8258(03)00059-3	Inne	Niewłaściwy cel
77. Lécuru, F., & Taurelle, R. (1998). Transperitoneal laparoscopic pelvic lymphadenectomy for gynecologic malignancies (I). Technique and results. <i>Surg Endosc</i> , 12(1), 1-6. doi:10.1007/s004649900582	Inne	Niewłaściwy cel
78. Lee, H. J., Kim, J. Y., Kim, S. K., Lee, J. R., Suh, C. S., & Kim, S. H. (2015). Learning Curve Analysis and Surgical Outcomes of Single-port Laparoscopic Myomectomy. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 22(4), 607-611. doi:10.1016/j.jmig.2015.01.009	P	Niewłaściwa populacja
79. Lee, M. S., Tsai, S. J., Lee, C. C., Su, Y. C., Chiou, W. Y., Lin, H. Y., & Hung, S. K. (2014). Higher caseload improves cervical cancer survival in patients treated with brachytherapy. <i>Radiat Oncol</i> , 9, 234. doi:10.1186/s13014-014-0234-2	I	Niewłaściwa interwencja
80. Leitao, M. M., Jr., Briscoe, G., Santos, K., Winder, A., Jewell, E. L., Hoskins, W. J., . . . Gardner, G. J. (2012). Introduction of a computer-based surgical platform in the surgical care of patients with newly diagnosed uterine cancer: outcomes and impact on approach. <i>Gynecol Oncol</i> , 125(2), 394-399. doi:10.1016/j.ygyno.2012.01.046	Inne	Niewłaściwy cel
81. Leung, Y., Salfinger, S., & Mercer, A. (2015). The positive impact of structured teaching in the operating room. <i>Aust N Z J Obstet Gynaecol</i> , 55(6), 601-605. doi:10.1111/ajo.12392	Inne	Niewłaściwy cel
82. Li, X. L., Du, D. F., & Jiang, H. (2016). The learning curves of robotic and three-dimensional laparoscopic surgery in cervical cancer. <i>J Cancer</i> , 7(15), 2304-2308. doi:10.7150/jca.16653	I	Niewłaściwa interwencja
83. Lim, C. S., Mowers, E. L., Mahnert, N., Skinner, B. D., Kamdar, N., Morgan, D. M., & As-Sanie, S. (2016). Risk Factors and Outcomes for Conversion to Laparotomy of Laparoscopic Hysterectomy in Benign Gynecology. <i>Obstet Gynecol</i> , 128(6), 1295-1305. doi:10.1097/AOG.0000000000001743	O	Niewłaściwe punkty końcowe
84. Lim, P. C., Kang, E., & Park, D. H. (2010). Learning curve and surgical outcome for robotic-assisted hysterectomy with lymphadenectomy: case-matched controlled comparison with laparoscopy and laparotomy for treatment of endometrial cancer. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 17(6), 739-748. doi:10.1016/j.jmig.2010.07.008	I	Niewłaściwa interwencja
85. Lin, P. S., Wakabayashi, M. T., & Han, E. S. (2009). Role of robotic surgery in endometrial cancer. <i>Curr Treat Options Oncol</i> , 10(1-2), 33-43. doi:10.1007/s11864-009-0086-4	I	Niewłaściwa interwencja
86. Lönnerfors, C., & Persson, J. (2013). Implementation and applications of robotic surgery within gynecologic oncology and gynecology; analysis of the first thousand cases. <i>Ceska Gynkol</i> , 78(1), 12-19.	I	Niewłaściwa interwencja
87. Lowe, M. P., Bahador, A., Muderspach, L. I., Burnett, A., Santos, L., Caffrey, A., . . . Morrow, C. P. (2006). Feasibility of laparoscopic extraperitoneal surgical staging for locally advanced	Inne	Niewłaściwy cel

cervical carcinoma in a gynecologic oncology fellowship training program. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 13(5), 391-397. doi:10.1016/j.jmig.2006.04.007		
88. Lowe, M. P., Johnson, P. R., Kamelle, S. A., Kumar, S., Chamberlain, D. H., & Tillmanns, T. D. (2009). A multiinstitutional experience with robotic-assisted hysterectomy with staging for endometrial cancer. <i>Obstet Gynecol</i> , 114(2 Pt 1), 236-243. doi:10.1097/AOG.0b013e3181af2a74	Inne	Niewłaściwy cel
89. Luo, Y., Mei, D., Gong, J., Zuo, M., & Guo, X. (2020). Multiparametric MRI-Based Radiomics Nomogram for Predicting Lymphovascular Space Invasion in Endometrial Carcinoma. <i>J Magn Reson Imaging</i> . doi:10.1002/jmri.27142	I	Niewłaściwa interwencja
90. Ma, Y., Xu, T., Huang, X., Wang, X., Li, C., Jerwick, J., . . . Zhou, C. (2019). Computer-Aided Diagnosis of Label-Free 3-D Optical Coherence Microscopy Images of Human Cervical Tissue. <i>IEEE Trans Biomed Eng</i> , 66(9), 2447-2456. doi:10.1109/TBME.2018.2890167	I	Niewłaściwa interwencja
91. Madhuri, T. K., Hamzawala, I., Taylor, A., & Butler-Manuel, S. (2012). Robot assisted surgery in gynaecologic oncology - starting a program and initial learning curve from a UK tertiary referral centre: the Guildford perspective. <i>Int J Med Robot</i> , 8(4), 496-503. doi:10.1002/rcs.1461	I	Niewłaściwa interwencja
92. Mäenpää, M., Nieminen, K., Tomás, E., Luukkaala, T., & Mäenpää, J. U. (2015). Implementing robotic surgery to gynecologic oncology: the first 300 operations performed at a tertiary hospital. <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> , 94(5), 482-488. doi:10.1111/aogs.12620	I	Niewłaściwa interwencja
93. Mäenpää, M. M., Nieminen, K., Tomás, E. I., Luukkaala, T. H., & Mäenpää, J. U. (2018). Robotic-Assisted Infrarenal Para-aortic Lymphadenectomy in Gynecological Cancers: Technique and Surgical Outcomes. <i>Int J Gynecol Cancer</i> , 28(5), 951-958. doi:10.1097/IGC.0000000000001249	I	Niewłaściwa interwencja
94. Mahantshetty, U., Shrivastava, S., Kalyani, N., Banerjee, S., Engineer, R., & Chopra, S. (2014). Template-based high-dose-rate interstitial brachytherapy in gynecologic cancers: a single institutional experience. <i>Brachytherapy</i> , 13(4), 337-342. doi:10.1016/j.brachy.2013.09.009	I	Niewłaściwa interwencja
95. Maimela, G., Nene, X., Mvundla, N., Sawry, S., Smith, T., Rees, H., . . . Chersich, M. (2019). The impact of decentralising colposcopy services from tertiary-level to primary-level care in inner-city Johannesburg, South Africa: a before and after study. <i>BMJ Open</i> , 9(3), e024726. doi:10.1136/bmjopen-2018-024726	Inne	Niewłaściwy cel
96. Matsuo, K., Matsuzaki, S., Mandebaum, R. S., Chang, E. J., Klar, M., Matsushima, K., . . . Wright, J. D. (2020). Minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cervical cancer: Volume-outcome relationship in the early experience period. <i>Gynecol Oncol</i> . doi:10.1016/j.ygyno.2020.05.009	Inne	Brak dostępu do pełnego tekstu
97. Miyagi, Y., Takehara, K., Nagayasu, Y., & Miyake, T. (2020). Application of deep learning to the classification of uterine cervical squamous epithelial lesion from colposcopy images combined with HPV types. <i>Oncol Lett</i> , 19(2), 1602-1610. doi:10.3892/ol.2019.11214	I	Niewłaściwa interwencja
98. Morelli, M., Caruso, M., Noia, R., Chiodo, D., Cosco, C., Lucia, E., . . . Zullo, F. (2007). [Total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy: a prospective randomized trial]. <i>Minerva Ginecol</i> , 59(2), 99-105.	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
99. Moss, E. L., Owen, G., Jones, P. W., Sarhanis, P., Nordin, A., Luesley, D., & Redman, C. W. (2010). The British Gynaecological Cancer Society Delphi consultation exercise on expected standards of practice for doctors specializing in the area of gynecological oncology. <i>Int J Gynecol Cancer</i> , 20(4), 488-491. doi:10.1111/IGC.0b013e3181a835a3	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
100. Murdoch, J. B., Weeks, J. F., Howe, K., Smith, J., Kirkpatrick, A., & McCrum, A. (2000). The surgical management of cervical carcinoma within the South West of England: progress through an audit loop. Gynaecology Tumour Panel. <i>BJOG</i> , 107(3), 308-315. doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb13223.x	Inne	Niewłaściwy cel
101. Murmu, D., Bhatla, N., Bhargava, V. L., Mittal, S., Kinra, G., Singh, M. K., & Rao, R. C. (1998). Correlation of radiological and pathological assessment of tumour volume with lymph node involvement in cancer cervix. <i>Indian J Cancer</i> , 35(1), 27-32.	Inne	Brak dostępu do pełnego tekstu
102. Nezhat, F. (2008). Minimally invasive surgery in gynecologic oncology: laparoscopy versus robotics. <i>Gynecol Oncol</i> , 111(2 Suppl), S29-32. doi:10.1016/j.ygyno.2008.07.025	I	Niewłaściwa interwencja
103. Ng, J. S., Fong, Y. F., Tong, P. S., Yong, E. L., & Low, J. J. (2011). Gynaecologic robot-assisted cancer and endoscopic surgery (GRACES) in a tertiary referral centre. <i>Ann Acad Med Singapore</i> , 40(5), 208-212.	I	Niewłaściwa interwencja
104. Ngô, C., Cornou, C., Rossi, L., Bats, A. S., Bensaid, C., Frati, A., . . . Lécuru, F. (2016). Evidence for the use of robotically assisted surgery in gynecologic cancers. <i>Curr Opin Oncol</i> , 28(5), 398-403. doi:10.1097/CCO.0000000000000315	I	Niewłaściwa interwencja
105. Nicklin, J. (2017). The future of robotic-assisted laparoscopic gynaecologic surgery in Australia - A time and a place for everything. <i>Aust N Z J Obstet Gynaecol</i> , 57(5), 493-498. doi:10.1111/ajo.12688	I	Niewłaściwa interwencja
106. Oladokun, A., Morhason-Bello, I. O., Bello, F. A., & Adewole, I. F. (2010). The learning curve of radical hysterectomy for early cervical carcinoma. <i>Afr J Med Med Sci</i> , 39(4), 329-332.	Inne	Brak dostępu do pełnego tekstu
107. Olaitan, A., & McCormack, M. (2007). Centralisation of services for the management of ovarian cancer: arguments for. <i>BJOG</i> , 114(10), 1188-1190. doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01460.x	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji

108. Oyama, K., Kanno, K., Kojima, R., Shirane, A., Yanai, S., Ota, Y., & Andou, M. (2019). Short-term outcomes of robotic-assisted versus conventional laparoscopic radical hysterectomy for early-stage cervical cancer: A single-center study. <i>J Obstet Gynaecol Res</i> , 45(2), 405-411. doi:10.1111/jog.13858	O	Niewłaściwe punkty końcowe
109. Palaia, I., Di Donato, V., Musella, A., Di Pinto, A., Santangelo, G., Petriglia, G., & Benedetti Panici, P. (2019). Value of Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography/Computed Tomography and Sentinel Lymph Node Biopsy in Endometrial Cancer Patients: A Prospective Study. <i>J Invest Surg</i> , 1-5. doi:10.1080/08941939.2019.1675822	I	Niewłaściwa interwencja
110. Pergialiotis, V., Rodolakis, A., Christakis, D., Thomakos, N., Vlachos, G., & Antsaklis, A. (2013). Laparoscopically assisted vaginal radical hysterectomy: systematic review of the literature. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 20(6), 745-753. doi:10.1016/j.jmig.2013.04.021	Inne	Niewłaściwy cel
111. Pilka, R., Marek, R., Dzvinčuk, P., Kudela, M., & Neubert, D. (2013). ["Learning curve" robotic radical hysterectomy compared to standardized laparoscopy assisted radical vaginal and open radical hysterectomy]. <i>Ceska Gynekol</i> , 78(1), 20-27.	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
1112. Pilka, R., Marek, R., Táborská, S., & Dzvincuk, P. (2011). [Robot assisted laparoscopic staging of endometrial cancer--comparison with standard laparotomy]. <i>Ceska Gynekol</i> , 76(6), 462-468.	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
113. Ponce, J., Barahona, M., Pla, M. J., Rovira, J., Garcia-Tejedor, A., Gil-Ibanez, B., . . . Marti, L. (2016). Robotic Transperitoneal Infrarenal Para-Aortic Lymphadenectomy With Double Docking: Technique, Learning Curve, and Perioperative Outcomes. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 23(4), 622-627. doi:10.1016/j.jmig.2016.02.005	I	Niewłaściwa interwencja
114. Pozzar, R. A., & Berry, D. L. (2017). Patient-centered research priorities in ovarian cancer: A systematic review of potential determinants of guideline care. <i>Gynecol Oncol</i> , 147(3), 714-722. doi:10.1016/j.ygyno.2017.10.004	Inne	Niewłaściwy cel
115. Querleu, D., Meurette, J., Daraï, E., Morice, P., & Planchamp, F. (2016). [Surgical management of ovarian cancer: Trends in clinical practice]. <i>Bull Cancer</i> , 103(11), 935-940. doi:10.1016/j.bulcan.2016.09.013	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
116. Querleu, D., & Narducci, F. (2009). [Quality control criteria in the surgical management of advanced ovarian cancers]. <i>Bull Cancer</i> , 96(12), 1255-1262. doi:10.1684/bdc.2009.0990	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
117. Querleu, D., Planchamp, F., Chiva, L., Fotopoulou, C., Barton, D., Cibula, D., . . . du Bois, A. (2016). European Society of Gynaecologic Oncology Quality Indicators for Advanced Ovarian Cancer Surgery. <i>Int J Gynecol Cancer</i> , 26(7), 1354-1363. doi:10.1097/IGC.0000000000000767	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
118. Rajadurai, V. A., Tan, J., Salfinger, S. G., & Cohen, P. A. (2018). Outcomes in women undergoing robotic-assisted laparoscopic hysterectomy compared to conventional laparoscopic hysterectomy at a tertiary hospital in Western Australia. <i>Aust N Z J Obstet Gynaecol</i> , 58(4), 443-448. doi:10.1111/ajo.12749	O	Niewłaściwe punkty końcowe
119. Rajanbabu, A., Patel, V., Anandita, A., Burde, K., & Appukuttan, A. (2020). An analysis of operating time over the years for robotic-assisted surgery in gynecology and gynecologic oncology. <i>J Robot Surg</i> . doi:10.1007/s11701-020-01094-3	I	Niewłaściwa interwencja
120. Rao, G. G. (2019). Surgical Volume and Survival in Cervical Cancer: Bigger Is Better. <i>Obstet Gynecol</i> , 133(6), 1084-1085. doi:10.1097/AOG.0000000000003293	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
121. Raza, A., Mould, T., Wilson, M., Burnell, M., & Bernhardt, L. (2010). Increasing the effectiveness of referral of ovarian masses from cancer unit to cancer center by using a higher referral value of the risk of malignancy index. <i>Int J Gynecol Cancer</i> , 20(4), 552-554. doi:10.1111/IGC.0b013e3181b8289b	I	Niewłaściwa interwencja
122. Reijnen, C., Gogou, E., Visser, N. C. M., Engerud, H., Ramjith, J., van der Putten, L. J. M., . . . P jnenborg, J. M. A. (2020). Preoperative risk stratification in endometrial cancer (ENDORISK) by a Bayesian network model: A development and validation study. <i>PLoS Med</i> , 17(5), e1003111. doi:10.1371/journal.pmed.1003111	Inne	Niewłaściwy cel
123. Ribeiro, I., Janssen, H., De Brabandere, M., Nulens, A., De Bal, D., Vergote, I., & Van Limbergen, E. (2016). Long term experience with 3D image guided brachytherapy and clinical outcome in cervical cancer patients. <i>Radiother Oncol</i> , 120(3), 447-454. doi:10.1016/j.radonc.2016.04.016	I	Niewłaściwa interwencja
124. Rocconi, R. P., Meredith, C., & Finan, M. A. (2011). Evaluation of the learning curve of total robotic hysterectomy with or without lymphadenectomy for a gynecologic oncology service. <i>J Robot Surg</i> , 5(3), 189-193. doi:10.1007/s11701-011-0258-7	I	Niewłaściwa interwencja
125. Rusch, P., Kimmig, R., Lecuru, F., Persson, J., Ponce, J., Deguelde, M., & Verheijen, R. (2018). The Society of European Robotic Gynaecological Surgery (SERGS) Pilot Curriculum for robot assisted gynecological surgery. <i>Arch Gynecol Obstet</i> , 297(2), 415-420. doi:10.1007/s00404-017-4612-5	I	Niewłaściwa interwencja
126. Sandadi, S., Gadzinski, J. A., Lee, S., Chi, D. S., Sonoda, Y., Jewell, E. L., . . . Leitao, M. M., Jr. (2014). Fellowship learning curve associated with completing a robotic assisted total laparoscopic hysterectomy. <i>Gynecol Oncol</i> , 132(1), 102-106. doi:10.1016/j.ygyno.2013.11.017	I	Niewłaściwa interwencja

127. Schneider, A., Krause, N., Kühne-Heid, R., Kamprath, S., Endisch, U., Merker, A., & Nöschel, H. (1996). [Laparoscopic para-aortic and pelvic lymph node excision--initial experiences and development of a technique]. <i>Zentralbl Gynakol</i> , 118(9), 498-504.	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
128. Schreuder, H. W., Zweemer, R. P., van Baal, W. M., van de Lande, J., Dijkstra, J. C., & Verheijen, R. H. (2010). From open radical hysterectomy to robot-assisted laparoscopic radical hysterectomy for early stage cervical cancer: aspects of a single institution learning curve. <i>Gynecol Surg</i> , 7(3), 253-258. doi:10.1007/s10397-010-0572-5	I	Niewłaściwa interwencja
129. Seamon, L. G., Cohn, D. E., Richardson, D. L., Valmadre, S., Carlson, M. J., Phillips, G. S., & Fowler, J. M. (2008). Robotic hysterectomy and pelvic-aortic lymphadenectomy for endometrial cancer. <i>Obstet Gynecol</i> , 112(6), 1207-1213. doi:10.1097/AOG.0b013e31818e4416	Inne	Niewłaściwy cel
130. Seamon, L. G., Fowler, J. M., Richardson, D. L., Carlson, M. J., Valmadre, S., Phillips, G. S., & Cohn, D. E. (2009). A detailed analysis of the learning curve: robotic hysterectomy and pelvic-aortic lymphadenectomy for endometrial cancer. <i>Gynecol Oncol</i> , 114(2), 162-167. doi:10.1016/j.ygyno.2009.04.017	I	Niewłaściwa interwencja
131. Selby, P., Gillis, C., & Haward, R. (1996). Benefits from specialised cancer care. <i>Lancet</i> , 348(9023), 313-318. doi:10.1016/s0140-6736(96)02482-8	Inne	Niewłaściwy cel
132. Sgarbură, O., Tomulescu, V., Blajut, C., & Popescu, I. (2013). A 5-year perspective over robotic general surgery: indications, risk factors and learning curves. <i>Chirurgia (Bucur)</i> , 108(5), 599-610.	I	Niewłaściwa interwencja
133. Sharma, R., Bailey, J., Anderson, R., & Murdoch, J. (2006). Laparoscopically assisted radical vaginal hysterectomy (Coelio-Schauta): A comparison with open Wertheim/Meigs hysterectomy. <i>Int J Gynecol Cancer</i> , 16(5), 1927-1932. doi:10.1111/j.1525-1438.2006.00661.x	O	Niewłaściwe punkty końcowe
134. Shen, R. N., Hicks, D. A., & Cruickshank, M. E. (1996). Colposcopy services provided by Genito-Urinary Medicine clinics in the United Kingdom--British Society for Colposcopy and Cervical Pathology/National Co-ordinating Network Survey, 1993. <i>Int J STD AIDS</i> , 7(2), 98-101. doi:10.1258/0956462961917456	I	Niewłaściwa interwencja
135. Smorgick, N. (2017). Robotic-assisted hysterectomy: patient selection and perspectives. <i>Int J Womens Health</i> , 9, 157-161. doi:10.2147/IJWH.S99993	I	Niewłaściwa interwencja
136. Soleymani Majd, H., Ferrari, F., Gubbala, K., Campanile, R. G., & Tozzi, R. (2015). Latest developments and techniques in gynaecological oncology surgery. <i>Curr Opin Obstet Gynecol</i> , 27(4), 291-296. doi:10.1097/GCO.0000000000000186	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
137. Soliman, P. T., Iglesias, D., Munsell, M. F., Frumovitz, M., Westin, S. N., Nick, A. M., . . . Ramirez, P. T. (2013). Successful incorporation of robotic surgery into gynecologic oncology fellowship training. <i>Gynecol Oncol</i> , 131(3), 730-733. doi:10.1016/j.ygyno.2013.08.039	I	Niewłaściwa interwencja
138. Stockton, D., & Davies, T. (2000). Multiple cancer site comparison of adjusted survival by hospital of treatment: an East Anglian study. <i>Br J Cancer</i> , 82(1), 208-212. doi:10.1054/bjoc.1999.0901	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
139. Tapper, A. M., Hannola, M., Zeitlin, R., Isojärvi, J., Sintonen, H., & Ikonen, T. S. (2014). A systematic review and cost analysis of robot-assisted hysterectomy in malignant and benign conditions. <i>Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol</i> , 177, 1-10. doi:10.1016/j.ejogrb.2014.03.010	I	Niewłaściwa interwencja
140. Thomaier, L., Jager, L., Stone, R., Wethington, S., Fader, A., & Tanner, E. J. (2019). Risk of empty lymph node packets in sentinel lymph node mapping for endometrial cancer using indocyanine green. <i>Int J Gynecol Cancer</i> , 29(3), 513-517. doi:10.1136/jgc-2019-000215	Inne	Brak dostępu do pełnego tekstu
141. Tian, Z., Yen, A., Zhou, Z., Shen, C., Albuquerque, K., & Hrycushko, B. (2019). A machine-learning-based prediction model of fistula formation after interstitial brachytherapy for locally advanced gynecological malignancies. <i>Brachytherapy</i> , 18(4), 530-538. doi:10.1016/j.brachy.2019.04.004	I	Niewłaściwa interwencja
142. Todd, R. W., Wilson, S., Etherington, I., & Luesley, D. (2002). Effect of nurse colposcopists on a hospital-based service. <i>Hosp Med</i> , 63(4), 218-223. doi:10.12968/hosp.2002.63.4.2040	Inne	Niewłaściwy cel
143. Trimbos, J. B., Hellebrekers, B. W., Kenter, G. G., Peters, L. A., & Zwiderman, K. H. (2000). The long learning curve of gynaecological cancer surgery: an argument for centralisation. <i>BJOG</i> , 107(1), 19-23. doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb11573.x	O	Niewłaściwe punkty końcowe
144. Uppal, S., Del Carmen, M. G., Rice, L. W., Reynolds, R. K., Jolly, S., Bregar, A., . . . Rauh-Hain, J. A. (2016). Variation in care in concurrent chemotherapy administration during radiation for locally advanced cervical cancer. <i>Gynecol Oncol</i> , 142(2), 286-292. doi:10.1016/j.ygyno.2016.05.026	I	Niewłaściwa interwencja
145. Uzel, R., & Cepicky, P. (1990). [Is tubal sterilization harmful to the health of women?]. <i>Cesk Gynkol</i> , 55(5), 385-389.	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
146. Vaickus, L. J., & Tambouret, R. (2014). A simplified method for assessing cytotechnologist workload. <i>Cancer Cytopathol</i> , 122(1), 15-22. doi:10.1002/cncy.21364	Inne	Niewłaściwy cel
147. Van Boxel, G. I., Kingma, B. F., & Ruurda, J. P. (2020). Formal assessment of the learning curve for minimally invasive methods is vital in retrospective cohort studies. <i>Am J Obstet Gynecol</i> , 222(1), 95-96. doi:10.1016/j.ajog.2019.09.016	Inne	Niewłaściwy cel

148. Vasilev, S. A., & McGonigle, K. F. (1995). Extraperitoneal laparoscopic paraaortic lymph node dissection: development of a technique. <i>J Laparoendosc Surg</i> , 5(2), 85-90. doi:10.1089/lps.1995.5.85	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
149. Votanopoulos, K. I., Newman, N. A., Russell, G., Ithemelandu, C., Shen, P., Stewart, J. H., & Levine, E. A. (2013). Outcomes of Cytoreductive Surgery (CRS) with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) in patients older than 70 years; survival benefit at considerable morbidity and mortality. <i>Ann Surg Oncol</i> , 20(11), 3497-3503. doi:10.1245/s10434-013-3053-z	I	Niewłaściwa interwencja
150. Wallin, E., Flöter Rådestad, A., & Falconer, H. (2017). Introduction of robot-assisted radical hysterectomy for early stage cervical cancer: impact on complications, costs and oncologic outcome. <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> , 96(5), 536-542. doi:10.1111/aogs.13112	I	Niewłaściwa interwencja
151. Wattiez, A., Cohen, S. B., & Selvaggi, L. (2002). Laparoscopic hysterectomy. <i>Curr Opin Obstet Gynecol</i> , 14(4), 417-422. doi:10.1097/00001703-200208000-00009	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
152. Wattiez, A., Soriano, D., Cohen, S. B., Nervo, P., Canis, M., Botchorishvili, R., . . . Bruhat, M. A. (2002). The learning curve of total laparoscopic hysterectomy: comparative analysis of 1647 cases. <i>J Am Assoc Gynecol Laparosc</i> , 9(3), 339-345. doi:10.1016/s1074-3804(05)60414-8	O	Niewłaściwe punkty końcowe
153. Willows, K., Kupets, R., Diong, C., Vicus, D., Covens, A., & Gien, L. T. (2019). Rates over time and regional variation of radical minimally invasive surgery for cervical cancer: A population based study. <i>Gynecol Oncol</i> , 154(2), 338-344. doi:10.1016/j.ygyno.2019.05.019	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
154. Wolfe, C. D., Tilling, K., Bourne, H. M., & Raju, K. S. (1996). Variations in the screening history and appropriateness of management of cervical cancer in South East England. <i>Eur J Cancer</i> , 32A(7), 1198-1204. doi:10.1016/0959-8049(96)00038-x	Inne	Niewłaściwy cel
155. Wright, J. D., Ananth, C. V., Tergas, A. I., Herzog, T. J., Burke, W. M., Lewin, S. N., . . . Hershman, D. L. (2014). An economic analysis of robotically assisted hysterectomy. <i>Obstet Gynecol</i> , 123(5), 1038-1048. doi:10.1097/AOG.0000000000000244	I	Niewłaściwa interwencja
156. Wright, J. D., Herzog, T. J., Siddiq, Z., Arend, R., Neugut, A. I., Burke, W. M., . . . Hershman, D. L. (2012). Failure to rescue as a source of variation in hospital mortality for ovarian cancer. <i>J Clin Oncol</i> , 30(32), 3976-3982. doi:10.1200/JCO.2012.43.2906	Inne	Niewłaściwy cel
157. Wright, J. D., Huang, Y., Ananth, C. V., Tergas, A. I., Duffy, C., Deutsch, I., . . . Hershman, D. L. (2015). Influence of treatment center and hospital volume on survival for locally advanced cervical cancer. <i>Gynecol Oncol</i> , 139(3), 506-512. doi:10.1016/j.ygyno.2015.07.015	I	Niewłaściwa interwencja
158. Wright, J. D., Lewin, S. N., Deutsch, I., Burke, W. M., Sun, X., & Herzog, T. J. (2011). The influence of surgical volume on morbidity and mortality of radical hysterectomy for cervical cancer. <i>Am J Obstet Gynecol</i> , 205(3), 225.e221-227. doi:10.1016/j.ajog.2011.04.014	O	Niewłaściwe punkty końcowe
159. Yaribakht, S., Guillemin, F., Harter, V., Malartic, C., & Marchal, F. (2015). [New approach of learning curve for robotic-assisted gynecologic oncology surgery]. <i>Gynecol Obstet Fertil</i> , 43(5), 348-355. doi:10.1016/j.gyobfe.2015.02.004	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
160. Yim, G. W., Kim, S. W., Nam, E. J., Kim, S., & Kim, Y. T. (2013). Learning curve analysis of robot-assisted radical hysterectomy for cervical cancer: initial experience at a single institution. <i>J Gynecol Oncol</i> , 24(4), 303-312. doi:10.3802/jgo.2013.24.4.303	I	Niewłaściwa interwencja
161. Yuen, P. M., & Rogers, M. S. (1994). Laparoscopic management of ovarian masses: the initial experience and learning curve. <i>Aust N Z J Obstet Gynaecol</i> , 34(2), 191-194. doi:10.1111/j.1479-828x.1994.tb02689.x	I	Niewłaściwa interwencja
162. Zanagnolo, V., Achilarré, M. T., Maruccio, M., & Garbi, A. (2018). Might robotic-assisted surgery become commonplace in endometrial cancer treatment? <i>Expert Rev Anticancer Ther</i> , 18(6), 507-509. doi:10.1080/14737140.2018.1469981	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
163. Zanagnolo, V., Garbi, A., Achilarré, M. T., & Minig, L. (2017). Robot-assisted Surgery in Gynecologic Cancers. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> , 24(3), 379-396. doi:10.1016/j.jmig.2017.01.006	I	Niewłaściwa interwencja
164. Zapico, A., Grassa, A., Martínez, E., Menéndez, M., & Cortés Prieto, J. (2005). Endometrial resection and preoperative LH-RH agonists: a prospective 5-year trial. <i>Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol</i> , 119(1), 114-118. doi:10.1016/j.ejogrb.2004.07.017	P	Niewłaściwa populacja
165. Bush, S. H., & Apte, S. M. Robotic-assisted surgery in gynecological oncology. <i>Cancer Control</i> , 22(3), 307-313.	I	Niewłaściwa interwencja
166. Cheung, K. W., & Pun, T. C. Vaginal hysterectomies in patients without uterine prolapse: Ten-year experience. <i>Hong Kong Medical Journal</i> , 19(4), 323-327.	O	Niewłaściwe punkty końcowe
167. Kho, R. M. Comparison of robotic-assisted laparoscopy versus conventional laparoscopy on skill acquisition and performance. <i>Clinical Obstetrics and Gynecology</i> , 54(3), 376-381.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
168. Koskas, M., Ouldamer, L., Bourdel, N., Gauthier, T., Brun, J. L., & Huchon, C. Impact of surgical case volume on the accuracy of preoperative staging and compliance with the guidelines for the management of endometrial cancer. <i>Anticancer Research</i> , 35(5), 2887-2892.	I	Niewłaściwa interwencja
169. Kostov, P., Lanz, S., Gunthert, A., & Mueller, M. Single-port laparoscopy: When is it indicated? <i>Gynecological Surgery</i> , 1, S201.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji

170. Kr, A., Sp, S., & Kumar, R. C. Predictors of morbidity & mortality after CRS + HIPEC for patients with ovarian cancer: Indian study. <i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i> , 143, 447.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
171. Kruijdenberg, C. B. M., Van Den Einden, L. C. G., Hendriks, J. C. M., Zusterzeel, P. L. M., & Bekkers, R. L. M. Robot-assisted versus total laparoscopic radical hysterectomy in early cervical cancer, a review. <i>Gynecologic Oncology</i> , 120(3), 334-339.	I	Niewłaściwa interwencja
172. La Russa, M., Akrios, N., Turnbull, H., Nieto, J., Duncan, T., Cheong, E., . . . Burbos, N. Learning curve for gynaecological oncologists in performing upper abdominal surgery for patients with ovarian, fallopian tube and primary peritoneal cancer. <i>International Journal of Gynecological Cancer</i> , 28, 17.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
173. Leigh, N. L., Solomon, D., Feingold, D., Magge, D. R., Golas, B. J., Sarpel, U., & Labow, D. M. Improved Survival with Experience: A 10-Year Learning Curve in Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy and Cytoreductive Surgery. <i>Annals of Surgical Oncology</i> , 27(1), 222-231.	P	Niewłaściwa populacja
174. Leitao, M. M., Barakat, R. R., Abu-Rustum, N. R., Brown, C. L., Chi, D. S., Sonoda, Y., . . . Gardner, G. J. Comparison of robotically assisted and standard laparoscopic procedures in patients with endometrial cancer in a well-established minimally invasive surgical program. <i>Gynecologic Oncology</i> , 1, S167.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
175. Li, L. Y., Kim, S. W., Lee, J. Y., Nam, E. J., Kim, S., & Kim, J. W. Survival outcomes between minimal invasive surgery and open surgery for consecutive patients with early stage cervical cancer. <i>Gynecologic Oncology</i> , 154, 261-262.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
176. Manzhura, O., Kharchenko, K., Vakulenko, G., Vereshako, R., Mitskevych, V., Klevetenko, M., . . . Kornienko, V. The influence of surgery volume on recurrence emergence of borderline ovarian tumors. <i>International Journal of Gynecological Cancer</i> , 1, 1404.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
177. Martinez Diaz, E., Aller De Pace, L., & Mora Ruiz-Moyano, R. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy and lymphadenectomy in patients with early stage endometrial cancer: Complications and clinical evolution. <i>Gynecological Surgery</i> , 1, S33-S34.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
178. Mukhopadhyay, A., Siddiquee, N., Chakraborti, B., Ghosh, A., & Bhaumik, J. Identifying barriers and implementing quality indicators for cytoreductive surgery in ovarian cancer: Experience from a tertiary referral center in Eastern India. <i>BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> , 123, 15.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji
179. Querleu, D., Meurette, J., Darai, E., Morice, P., & Planchamp, F. Surgical management of ovarian cancer: Trends in clinical practice. <i>Bulletin du Cancer</i> , 103(11), 935-940.	Inne	Niewłaściwy język (artykuł w innym języku niż angielski)
180. Wallin, E., Floter Radestad, A., & Falconer, H. Introduction of robot-assisted radical hysterectomy for early stage cervical cancer: impact on complications, costs and oncologic outcome. <i>Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica</i> , 96(5), 536-542.	O	Niewłaściwe punkty końcowe
181. Yan, X., Li, G., Shang, H., Wang, G., Chen, L., & Han, Y. Complications of laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy-experience of 117 patients. <i>International Journal of Gynecological Cancer</i> , 19(5), 963-967.	O	Niewłaściwe punkty końcowe
182. You, Y., Lee, S., & Yoon, J. Operator experience. <i>International Journal of Gynecological Cancer</i> , 3, E1065.	S	Niewłaściwy rodzaj badania/publikacji

Załącznik 5 Przegląd mierników oceny jakości

Kraj	Wskaźnik	Uwagi/Komentarz
Rak trzonu macicy		
Australia ¹⁴⁸	Wskaźnik 5-letniego przeżycia – pacjenci z rakiem trzonu macicy.	Wskaźnik skuteczności
	Liczba pacjentów, którzy otrzymali konsultacje zespołu multidyscyplinarnego po postawieniu diagnozy.	Wskaźnik skuteczności
	Liczba pacjentów, którzy zostali poddani leczeniu chirurgicznemu w ciągu 30 dni od diagnozy.	Wskaźnik skuteczności
	Liczba pacjentów, którzy zostali poddani radioterapii w ciągu 30 dni od diagnozy.	Wskaźnik skuteczności
	Liczba pacjentów, którzy zostali poddani leczeniu systemowemu w ciągu 30 dni od diagnozy.	Wskaźnik skuteczności
	Długość pobytu w szpitalu – mediana czasu pobytu pacjenta w szpitalu (wyrażona w dniach od dnia przyjęcia do szpitala do dnia wypisu).	Wskaźnik efektywności
	Umieralność szpitalna (odsetek pacjentów, którzy zmarli w szpitalu po leczeniu chirurgicznym).	Wskaźnik bezpieczeństwa
	Umieralność 30-dniowa po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy zmarli w szpitalu ≤30 dni po leczeniu chirurgicznym).	Wskaźnik bezpieczeństwa
	Umieralność 90-dniowa po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy zmarli w szpitalu ≤90 dni po leczeniu chirurgicznym).	Wskaźnik bezpieczeństwa
	Wskaźnik 1-letniego przeżycia po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy żyją po roku od leczenia chirurgicznego).	Wskaźnik bezpieczeństwa
	Wskaźnik 2-letniego przeżycia po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy żyją po dwóch latach od leczenia chirurgicznego).	Wskaźnik bezpieczeństwa
	Czas do otrzymania pierwszego leczenia (odsetek pacjentów u których czas od diagnozy do rozpoczęcia leczenia wyniósł ≤30 dni).	Wskaźnik dostępności
	Terminowość leczenia raka w ośrodkach publicznych i prywatnych.	Wskaźnik dostępności
	Terminowość leczenia pacjentów z obszarów wiejskich i odległych (odsetek pacjentów, którzy otrzymali leczenie).	Wskaźnik dostępności
	Odsetek pacjentów w wieku powyżej 75. lat, którzy otrzymali leczenie w ciągu 30 dni od diagnozy.	Wskaźnik sprawiedliwego dostępu
	Odsetek krajowych pacjentów, którzy otrzymali leczenie w ciągu 30 dni od diagnozy.	Wskaźnik sprawiedliwego dostępu
Odsetek pacjentów w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej, którzy otrzymali w ciągu 30 dni od diagnozy.	Wskaźnik sprawiedliwego dostępu	
Szkocja ¹⁴⁹	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, u których wykonano badanie MRI i/lub TK jamy brzusznej i miednicy przed ostatecznym leczeniem.	<p>LICZNIK: liczba pacjentów z rakiem endometrium, u których wykonano MRI lub TK jamy brzusznej i miednicy przed ostatecznym leczeniem;</p> <p>MIANOWNIK: wszyscy pacjenci z rakiem endometrium</p> <p>WYŁĄCZENIA: pacjenci z rakiem endometrium ze stadium (grade) 1 lub rakiem śluzowym w biopsji przedoperacyjnej</p> <p>CEL: 90%</p> <p>ZAKRES TOLERANCJI: sytuację, w których pacjenci wymagają natychmiastowego leczenia lub jeśli rak endometrium jest wykryty przypadkowo podczas histerektomii. Dotyczy to również pacjentów, u których nie możliwe jest wykonanie tych badań.</p>
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, których przypadek został omówiony przez zespół multidyscyplinarny (MDT) przed ostatecznym leczeniem.	LICZNIK: liczba pacjentów z rakiem endometrium omawiana przez MDT przed ostatecznym leczeniem

¹⁴⁸ Euan T, et al. (2019). Development and Implementation of a Cancer Quality Index in Queensland, Australia: A Tool for Monitoring Cancer Care. Pozyskano z: <https://cancerallianceqld.health.qld.gov.au/media/1790/development-and-implementation-of-a-cancer-quality-index-in-queensland-australia-a-tool-for-monitoring-cancer-care.pdf>, dostęp: 07.05.2020.

¹⁴⁹ NHS Scotland. Scottish Cancer Taskforce National Cancer Quality Steering Group (2018). Endometrial Cancer Clinical Quality Performance Indicators.

		<p>MIANOWNIK: wszyscy pacjenci z rakiem endometrium</p> <p>WYŁĄCZENIA: pacjenci z nietypowym rozrostem podczas biopsji przedoperacyjnej oraz pacjenci, którzy zmarli przed pierwszym leczeniem.</p> <p>CEL: 95%</p> <p>ZAKRES TOLERANCJI: pacjenci wymagają natychmiastowego leczenia lub gdy rak endometrium jest przypadkowym odkryciem po histerektomii.</p>
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, którzy zostali poddani całkowitej histerektomii (TH)/obustronnej salpingooforektomii (BSO).	<p>LICZNIK: liczba pacjentów z rakiem endometrium, którzy przeszli TH/BSO</p> <p>MIANOWNIK: wszyscy pacjenci z rakiem endometrium.</p> <p>WYŁĄCZENIA: pacjenci z chorobą w stadium IV według FIGO, pacjenci, którzy odmawiają leczenia chirurgicznego, pacjenci poddawani chemioterapii neoadjuwantowej.</p> <p>CEL: 85%</p> <p>ZAKRES TOLERANCJI: pacjenci, u których nie można przeprowadzić leczenia chirurgicznego; pacjenci, którzy chcą zachować płodność.</p>
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium poddanych definitywnemu zabiegowi chirurgicznemu (ang. definitive surgery), u których powinno wykonać się operację metodą laparoskopową, jeśli istnieje kliniczne wskazanie.	<p>LICZNIK: liczba pacjentów z rakiem endometrium poddanych definitywnemu zabiegowi chirurgicznemu metodą laparoskopową</p> <p>MIANOWNIK: wszyscy pacjenci z rakiem endometrium, u których wykonano definitywny zabieg chirurgiczny</p> <p>WYKLUCZENIA: brak</p> <p>CEL: 70%</p> <p>ZAKRES TOLERANCJI: u niektórych pacjentów operacja laparoskopowa może nie być odpowiednia (ze względów klinicznych).</p>
	Odsetek pacjentów z endometrialnym i śluzowym rakiem endometrium w stadium IB stopnia 1 lub 2 lub w stadium IA stopnia 3 poddanych radioterapii adjuwantowej.	<p>LICZNIK: liczba pacjentów z endometrialnym i śluzowym rakiem endometrium w stadium zaawansowania IB, stopnia 1 lub 2 lub IA stopnia 3 otrzymujących radioterapię adjuwantową</p> <p>MIANOWNIK: wszyscy pacjenci z endometrialnym i śluzowym rakiem endometrium w stadium zaawansowania IB, stopnia 1 lub 2 lub IA stopnia 3</p> <p>WYŁĄCZENIA: pacjenci odmawiający radioterapii</p> <p>CEL: 90%</p> <p>ZAKRES TOLERANCJI: pacjenci, którzy nie kwalifikują się do radioterapii</p>
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium w stadium IV otrzymujących systemowe leczenie przeciwnowotworowe lub terapię hormonalną.	<p>LICZNIK: liczba pacjentów z rakiem endometrium w stadium IV otrzymujących systemowe leczenie przeciwnowotworowe lub terapię hormonalną</p> <p>MIANOWNIK: Wszyscy pacjenci z rakiem endometrium w stadium IV.</p> <p>WYŁĄCZENIA: pacjenci odmawiający przyjmowania systemowego leczenia przeciwnowotworowego lub hormonoterapii</p> <p>CEL: 75%</p>

		ZAKRES TOLERANCJI: pacjenci, którzy nie kwalifikują się do leczenia systemowego z powodu statusu sprawności i chorób współistniejących.
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, którzy zmarli w ciągu 30 dni po leczeniu chirurgicznym z powodu raka endometrium.	LICZNIK: liczba pacjentów z rakiem endometrium, którzy zmarli w ciągu 30 dni od operacji MIANOWNIK: wszyscy pacjenci z rakiem endometrium po zabiegu chirurgicznym. WYŁĄCZENIA: brak CEL: <5%
	Odsetek pacjentów, u których zdiagnozowano raka endometrium, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu klinicznym/badaniu naukowym.	LICZNIK: liczba pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem endometrium, którzy zgodzili się na badanie kliniczne/badanie naukowe. MIANOWNIK: wszyscy pacjenci ze zdiagnozowanym rakiem endometrium. WYŁĄCZENIA: brak CEL: 15%
Przegląd wskaźników Bonte 2018 ¹⁵⁰	Odsetek pacjentów, u których wykonano MRI i/lub TK w celu oceny stopnia zaawansowania choroby przed pierwszym leczeniem.	
	Odsetek pacjentów poddanych całkowitej histerektomii (TH) i obustronnej salpingooforektomii (BSO).	
	Odsetek pacjentów poddanych definitywnemu zabiegowi chirurgicznemu, u których zastosowano metodę laparoskopową.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium w stadium IB (stopień 1 lub 2) lub w stadium IA (stopień 3 endometrioidalny lub śluzowy), którzy zostali poddani adjuwantowej brachyterapii dopochwowej.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium w stadium IV, którzy otrzymali chemioterapię.	
	Odsetek pacjentów, u których zastosowano klasyfikację/skalę American Society of Anesthesiologists (ASA) i/lub World Health Organization (WHO).	
	Odsetek pacjentów dla których opracowano raport operacyjny zawierający wszystkie minimalnie wymagane elementy.	
	Odsetek pacjentów dla których opracowano raport dotyczący patologii, który zawiera wszystkie minimalne wymagane elementy.	
	Odsetek zarejestrowanych poważnych powikłań lub zgonów pooperacyjnych.	
	Wskaźnik 1–rocznego/3–letniego/5–letniego przeżycia od diagnozy.	
Dania ¹⁵¹	Liczba pacjentów z rakiem trzonu macicy niskiego ryzyka w stadium I wg FIGO u których nie wykonano limfadenektomii.	Standard: ≥85%
	U węzłów chłonnych miednicy u pacjentów z rakiem błony śluzowej macicy średniego i wysokiego ryzyka w stadium I lub II – III wg FIGO	Standard ≥80%
Szwecja ¹⁵²	Odsetek pacjentów z rakiem trzonu macicy zarejestrowanych w krajowym rejestrze jakości.	CEL: odsetek zarejestrowanych >95% w ciągu 2 lat.
	Wskaźnik 5-letniego przeżycia pacjentów z rakiem trzonu macicy.	CEL: >84% (wszystkie stadia)
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, których przypadek omawiany był na spotkaniu zespołu multidyscyplinarnego zgodnie z narodowym programem opieki.	CEL: >50%
	Czas od diagnozy do rozpoczęcia niechirurgicznego leczenia pacjentów po pierwotnej operacji.	CEL: mediana <75 dni
	Odsetek pacjentów operowanych przez doświadczonego chirurga onkologicznego.	CEL: 100% dla raka endometrium wysokiego ryzyka

¹⁵⁰ Bonte, A.-S., Luyckx, A., Wyckmans, L., Trinh, X. B., & van Dam, P. A. (2018). Quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer. *European Journal of Surgical Oncology*. doi:10.1016/j.ejso.2018.10.051

¹⁵¹ Sørensen S. M., et al. (2016). Danish Gynecological Cancer Database.[w]: "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5094526/2016; 8: 485–490. Pozyskano z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5094526/#b3-clep-8-485> dostęp: 08.05.2020

¹⁵² Pozyskano z: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/livmoderkroppscancer/vardprogram/kvalitetsindikatorer-och-malnivaer/> dostęp:12.05.2020

	Odsetek diagnoz patomorfologicznych (pathological anatomical diagnosis) postawionych przez referencyjnego patologa.	CEL: >50%
	Czas oczekiwania na wynik od pobrania próbki do wyniku opracowanego przez patologa.	CEL: <17 dni
	Odsetek pacjentów, u których planowane jest leczenie w ramach badania klinicznego.	CEL: >2%
	Odsetek pacjentów, którzy zmarli z powodu pow kłai po leczeniu.	CEL: <3%
	Odsetek pacjentów z wysokim ryzykiem prognostycznym raka endometrium, u których usunięto miednicze i przyaortalne węzły chłonne.	CEL: odpowiednio >90% i 80%
Przeгляд wskaźników 2020 ¹⁵³	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, u których wykonano badanie MRI i/lub TK w celu oceny stopnia zaawansowania choroby przed pierwszym leczeniem.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, u których wykonano całkowitą histerektomię (TH) i obustronną salpingooforektomię (BSO).	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium poddanych definitywnemu zabiegowi chirurgicznemu, u których zastosowano metodę laparoskopową.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium w stadium IB (stopień 1 lub 2) lub w stadium IA (stopień 3 endometrioidalny lub śluzowy), którzy zostali poddani adjuwantowej brachyterapii douchwowej.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium w stadium IV otrzymujących chemioterapię.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, którzy są leczeni przez chirurga wykonującego dużą liczbę zabiegów (>10 przypadków/rok) w szpitalu o dużej liczbie przypadków (>20 przypadków/rok).	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium leczonych zgodnie z wytycznymi.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium skierowanych do ośrodka trzeciego stopnia referencyjności.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, leczonych przez ginekologa onkologa (zamiast ginekologa).	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, których przypadki omawiane były na spotkaniu zespołu multidyscyplinarnego.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, którzy żyją 1/3/5 lat po diagnozie.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, u których zastosowano klasyfikację/skalę American Society of Anesthesiologists (ASA) i/lub WHO.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium, dla których opracowano raport operacyjny zawierający wszystkie minimalnie wymagane elementy.	
	Odsetek pacjentów z rakiem endometrium dla których opracowano raport patologiczny zawierający wszystkie minimalnie wymagane elementy.	
	Odsetek zarejestrowanych poważnych powikłai pooperacyjnych lub zgonów.	
Belgia ¹⁵⁴	Odsetek pacjentów, którzy przynajmniej raz skorzystali z multidyscyplinarnej konsultacji onkologicznej podczas leczenia	
	Odsetek pacjentów operowanych, u których wykonano przedoperacyjną biopsję.	
	Odsetek pacjentów w I stadium klinicznym którzy zostali poddani leczeniu chirurgicznemu, w tym co najmniej całkowitej histerektomii.	
	Odsetek pacjentów, którzy zostali poddani leczeniu chirurgicznemu, u których nie dokonano oceny histologicznej według klasyfikacji WHO.	

¹⁵³ Annemie L., et al. (2020). Acceptability of Quality Indicators for the Management of Endometrial, Cervical and Ovarian Cancer: Results. Online Survey. y. J Gynecol Oncol. 2020; 3(1): 1023. Pozyskano z: http://www.remedypublications.com/open-access/acceptability-of-quality-indicators-for-the-management-of-endometrial-cervical-5662.pdf?fbclid=IwAR0_uDe6PRvjYEAxueqYs0y1A7DOH8RZBXChWoUwW_PxQWAWxI5oiVJil, dostęp: 11.05.2020.

¹⁵⁴ Rare cancers of the female genital system. Preferred model of care and criteria for reference centres. Pozyskano z: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_219_proposal_cancer_female_genital_system.pdf dostęp: 11.05.2020.

Odsetek pacjentów, u których wykonano limfadenektomię miedniczą, i możliwe jest określenie liczby usuniętych węzłów chłonnych.	
Odsetek pacjentów po leczeniu chirurgicznym otrzymujących kolejne leczenie adjuwantowe z maksymalnym czasem oczekiwania między multidyscyplinarną konsultacją onkologiczną a pierwszą radioterapią lub chemioterapią wynoszącym mniej niż 45 dni.	
Odsetek pacjentów, którzy otrzymali radioterapię zewnętrzną jako leczenie uzupełniające, u których zastosowano technikę IMRT lub 3DCRT.	
Odsetek pacjentów, którzy otrzymali pooperacyjną chemioterapię adjuwantową, u których schemat obejmował leki na bazie platyny.	
Odsetek operowanych pacjentów, którzy zmarli 30 dni po operacji.	
Odsetek pacjentów z rakiem endometrium w I stadium zaawansowania, którzy byli operowani endoskopowo (laparoskopowo lub z wykorzystaniem robota).	
Odsetek pacjentów z klinicznym stadium I i guzami stopnia 3, u których wykonano co najmniej limfadenektomię miednicy.	
Odsetek pacjentów z rakiem endometrium poddawanych zabiegom chirurgicznym, u których inwazję myometrium oceniono półilościowo lub ilościowo.	
Odsetek pacjentów którzy zostali poddani leczeniu chirurgicznemu i u których oceniono zaawansowanie (1/2/3 lub typ II) .	
Liczba radykalnych histerektomii wykonywanych przez chirurga rocznie.	Wskaźn k strukturalny Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥10
Liczba radykalnych histerektomii wykonywanych w szpitalu rocznie.	Wskaźn k strukturalny Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥20
Odsetek pacjentów, u których wystąpiły krótkotrwałe powikłania po radykalnej histerektomii: a. Umieralność pooperacyjna (post-operative mortality) b. Krwotok pooperacyjny c. Uszkodzenie dróg moczowych d. Niedrożność jelit e. Zakrzepica żył głębokich.	Wskaźn k wyn ków a. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤1% b. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤1% c. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lata ≤1% d. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤1% e. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤3%
Odsetek pacjentów z długotrwałymi powikłaniami po radykalnej histerektomii: a. Objawowe limfocysty b. Zwężenie cewki moczowej c. Przepuklina w bliźnie pooperacyjnej d. Przetoka (pęcherzowo-pochwowa, moczowo-pochwowa lub odbytniczo-pochwowa) wymagająca operacji.	Wskaźn k wyn ków a. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤5% b. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤3% c. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤3% d. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤3%
Odsetek próbek po radykalnej histerektomii z dodatnimi marginesami resekcji guza.	Wskaźn k wyn ków Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤5%
Odsetek przygotowanych raportów chirurgicznych zawierających informacje o trybie dostępu, radykalności poszczególnych etapów operacji i kompletności limfadenektomii.	Wskaźn k procesu Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥95%
Odsetek próbek z limfadenektomii miednicy, które zawierają więcej niż 11 zbadanych węzłów chłonnych.	Wskaźn k procesu Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥90%
Odsetek próbek limfadenektomii miednicy, które zawierają co najmniej 1 badany węzeł chłonny w każdym wspólnym obszarze biodrowym, węzeł chłonny zewnętrzny i wewnętrzny biodrowy i zasłonowy.	Wskaźn k procesu Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥95%
Odsetek radykalnej histerektomii wykonanej bez zamknięcia otrzewnej i drenażu zaotrzewnowego.	Wskaźn k procesu Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥95%

	Odsetek pacjentów, u których wykonano radykalną histerektomię, którzy otrzymali odpowiednie antybiotyki okołoperacyjne.	Wskaźnik procesu Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥95%
Rak szyjki macicy		
Anglia ¹⁵⁵	Odsetek kobiet w wieku 25–49 lat, u których wykonano badanie przesiewowe w ciągu ostatnich 3,5 roku	LICZNIK: całkowita liczba kobiet w wieku 25-49 lat kwalifikujących się do badań przesiewowych u których wykonano badanie w ciągu ostatniego 3,5 roku MIANOWNIK: całkowita liczba populacji w wieku 25-49 lat kwalifikująca się do badań przesiewowych X 100
	Odsetek kobiet w wieku 50-64 lata, u których wykonano badanie przesiewowe w ciągu ostatnich 5,5 roku	LICZNIK: całkowita liczba kobiet w wieku 50–64 lat kwalifikujących się do badań przesiewowych u których wykonano badanie w ciągu ostatnich 5,5 roku MIANOWNIK: całkowita liczba populacji w wieku 50-64 lata kwalifikująca się do badań przesiewowych X 100
	Odsetek kobiet w populacji kwalifikujących się do badań przesiewowych w kierunku szyjki macicy, u których wykonano badanie w ciągu ostatnich 3,5 roku lub 5,5 roku, w zależności od wieku (3,5 roku dla kobiet w wieku 25–49 lat i 5,5 lat dla kobiet w wieku 50–64 lat)	LICZNIK: całkowita liczba kobiet w wieku 25–49 lat kwalifikujących się do badania przesiewowego u których wykonano badanie w ciągu ostatnich 3,5 roku plus całkowita liczba kobiet w wieku 50-64 lata kwalifikujących się do badania przesiewowego u których wykonano badanie w ciągu ostatnich 5,5 roku MIANOWNIK: całkowita liczba kobiet w wieku 25-64 lata kwalifikująca się do badań przesiewowych X 100
	Odsetek kobiet w wieku 25–64 lata kwalifikujących się do badań przesiewowych szyjki macicy, u których wykonano badanie w ciągu ostatnich 5 lat.	LICZNIK: całkowita liczba kobiet w wieku 25-64 lata, u których wykonano badanie przesiewowe w ciągu ostatnich 5 lat MIANOWNIK: całkowita liczba kobiet w wieku 25-64 lata kwalifikująca się do badań przesiewowych X 100
Szkocja ^{156,157}	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy, u których wykonano MRI miednicy przed definitywnym leczeniem.	LICZNIK: liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy, u których wykonano MRI miednicy przed definitywnym leczeniem. MIANOWNIK: wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy. WYKLUCZENIA: <ul style="list-style-type: none"> • Pacjentki z histopatologiczną chorobą stadium IA wg. FIGO. • Pacjentki leczone tylko przez LLETZ (ang. <i>large loop of the excision zone</i>).

¹⁵⁵ NHS. (2016). Resources: Cervical Screening Programme, England - 2015-16: Report [1.24MB]. Pozyskano z: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20180328133632/http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB22414>, dostęp z 06.05.2020

¹⁵⁶ NHS Scotland. (2018). Cervical Cancer. Clinical Quality Performance Indicators. Pozyskano z: https://consult.gov.scot/nhs/cervical-cancer-quality-performance-indicators/supporting_documents/Cervical%20Cancer%20QPIs%20Engagement%20Document.pdf, dostęp z 12.05.2020

¹⁵⁷ Healthcare Improvement Scotland. (2016). Cervical Cancer. Clinical Quality Performance Indicators. Pozyskano z: http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/cancer_care_improvement/cancer_qpis/quality_performance_indicators.aspx, dostęp z 12.05.2020

		<ul style="list-style-type: none"> • Pacjentki u których nie można wykonać MRI z powodu przeciwwskazań. • Pacjentki z histopatologiczną chorobą w stadium IVB wg. FIGO. • Pacjentki, które odmawiają badania MRI. <p>CEL: 95%; Tolerancja w ramach tego celu uwzględnia sytuacje, w których pacjentki wymagają natychmiastowego leczenia przed wykonaniem obrazowania lub gdy rak szyjki macicy został zdiagnozowany przypadkowo podczas operacji.</p>
	<p>Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy, u których pierwotnym leczeniem definitywnym jest radykalna radioterapia i u których wykonano badanie PET/TK.</p>	<p>LICZNIK: liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy poddawanych pierwotnej radykalnej radioterapii, u których wykonano obrazowanie PET/TK przed rozpoczęciem leczenia.</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy poddawane pierwotnej radykalnej radioterapii.</p> <p>WYKLUCZENIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacjentki, które odmawiają wykonania badania PET/TK. <p>CEL: 95%; Tolerancja w obrębie tego celu obejmuje pacjentki, u których nie można wykonać PET/TK oraz pacjentki ze źle kontrolowaną cukrzycą.</p>
	<p>Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy, których przypadki zostały omówione na spotkaniu zespołu multidyscyplinarnego przed leczeniem definitywnym.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy omawianych na zespole multidyscyplinarnym przed leczeniem definitywnym.</p> <p>MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy.</p> <p>WYKLUCZENIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacjentki z histopatologiczną chorobą IA1 w stadium FIGO. • Pacjentki leczone tyko przez LLETZ. • Pacjentki, które zmarły przed pierwszym leczeniem. <p>CEL: 95%; Tolerancja w ramach tego celu uwzględnia sytuacje, w których pacjentki wymagają natychmiastowego leczenia lub gdy rak szyjki macicy został przypadkowo zdiagnozowany podczas operacji.</p>
	<p>Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy w stadium IB1 (zgodnie z definicją radiologiczną i/lub histopatologiczną) poddawanych radykalnej histerektomii.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy w stadium FIGO IB1 poddawanych radykalnej histerektomii.</p> <p>MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy w stadium IB1 wg. FIGO.</p> <p>WYKLUCZENIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacjentki, które odmawiają operacji. • Pacjentki, u których stosuje się leczenie oszczędzające płodność. • Pacjentki poddawane chemioterapii neoadjuwantowej. • Pacjentki zakwalifikowane do badań chirurgicznych.

		<p>CEL: 85%; Tolerancja w ramach tego celu pozwala na sytuacje, w których operacja nie jest odpowiednia, na przykład, gdy pacjentki mają znaczące choroby współistniejące. Dotyczy to również pacjentek, u których rak szyjki macicy był przypadkowym odkryciem podczas operacji.</p>
	<p>Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy, u których marginesy chirurgiczne są wolne od guza po histerektomii.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy, które przechodzą operację, w której marginesy chirurgiczne są wolne od guza.</p> <p>MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy, które przechodzą operację.</p> <p>WYKLUCZENIA: Brak</p> <p>CEL: 95%; Tolerancja dla tego celu pozwala na przypadki, w których klinicznie nie jest możliwe uzyskanie wyraźnego marginesu chirurgicznego pomimo pełnego zaawansowania radiologicznego.</p>
	<p>Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy poddanych radykalnej radioterapii, których całkowity czas leczenia od początku do końca leczenia nie przekracza 56 dni.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy poddanych radykalnej radioterapii (wiązka zewnętrzna lub brachyterapia), których całkowity czas leczenia od początku do końca leczenia nie przekracza 56 dni.</p> <p>MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy poddawane radykalnej radioterapii (wiązka zewnętrzna lub brachyterapia).</p> <p>WYKLUCZENIA: Brak</p> <p>CEL: 90%; Tolerancja w ramach tego celu zawiera pacjentki, które zaniedbały wybór leczenia.</p>
	<p>Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy poddanych radykalnej radioterapii, które otrzymują jednocześnie chemioterapię.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy poddanych radykalnej radioterapii, które otrzymują jednocześnie chemioterapię.</p> <p>MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy poddawane radykalnej radioterapii.</p> <p>WYKLUCZENIA: Brak.</p> <p>CEL: 70%; Tolerancja w ramach tego celu zawiera pacjentki, u których chemioterapia jest przeciwwskazana, na przykład, gdy pacjentki mają znaczące choroby współistniejące lub poziomy sprawności, które wykluczają chemioterapię.</p>
	<p>Odsetek pacjentek, u których zdiagnozowano raka szyjki macicy, które uzyskały zgodę na udział w badaniach klinicznych/badaniach naukowych.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem szyjki macicy, która zgodziła się na udział w badaniu klinicznym / badaniu naukowym.</p> <p>MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki ze zdiagnozowanym rakiem szyjki macicy.</p> <p>WYKLUCZENIA: Brak.</p> <p>CEL: 15%.</p>
	<p>Odsetek kobiet u których wykryto raka szyjki macicy w wieku 25-60 lat.</p>	

Wielka Brytania ¹⁵⁸	Odsetek kobiet w wieku 25-60 lat z pełną historią badań przesiewowych.	
Artykuł naukowy w: European Journal of Surgical Oncology 2018 ¹⁵⁹	Odsetek pacjentek, u których stopień zaawansowania choroby oceniono za pomocą rezonansu magnetycznego (ang. <i>magnetic resonance imaging</i> , MRI) przed pierwszym leczeniem.	WYKLUCZENIA: <ul style="list-style-type: none"> Przeciwwskazania do wykonania MRI. Pacjentki leczone tyko przez LLETZ. Pacjentki w stadium IA1 wg. FIGO. CEL: 95%, tolerancja 5% w ramach tego celu uwzględnia przypadki, w których pacjentki wymagają natychmiastowego leczenia przed wykonaniem MRI.
	Odsetek pacjentek, u których pierwotne definitywne leczenie chirurgiczne nie jest możliwe i u których wykonano badanie PET-CT.	CEL: 95%; tolerancja w obrębie tego celu zawiera pacjentki, które nie mogą znieść procedury obrazowania PET/CT oraz pacjentki ze źle kontrolowaną cukrzycą.
	Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy w stopniu IB1, które zostały poddane radykalnej histerektomii.	WYKLUCZENIA: <ul style="list-style-type: none"> Leczenie zachowujące płodność, Leczenie chemioterapią neoadjuwantową Włączenie do badań chirurgicznych (ang. <i>surgicaltrials</i>). CEL: 70-74%
	Odsetek pacjentek z chirurgicznie leczonym rakiem szyjki macicy, które mają wyraźne marginesy resekcji.	WYKLUCZENIA: leczenie chemioterapią neoadjuwantową. CEL: 95%
	Odsetek pacjentek z próbkami z limfadenektomii miednicy, które zawierają co najmniej jeden badany węzeł chłonny w każdym wspólnym obszarze biodrowym, zewnętrznym i wewnętrznym obszarze zasłaniaczy ¹⁶⁰ lub odsetek pacjentek, u których pomyślnie wykonano dwustronną identyfikację węzłów wartowniczych po zabiegu węzła wartowniczego.	CEL: 95%
	Odsetek pacjentek z nawrotem w miednicy po radykalnej histerektomii z powodu raka szyjki macicy.	CEL: <15%
	Odsetek pacjentek poddanych radykalnej radioterapii, których czas leczenia nie przekracza 56 dni.	CEL: 90%
	Odsetek pacjentek poddanych radykalnej radioterapii, które otrzymują jednocześnie chemioterapię opartą na platynie.	WYKLUCZENIA: wyjątek obejmuje pacjentki, które posiadają przeciwwskazania do chemioterapii. CEL: 70%
	Odsetek pacjentek z miejscowo zaawansowanym rakiem szyjki macicy, u których do leczenia włączono brachyterapię dożylną.	
	Odsetek pacjentek, u których odnotowano wynik ASA (ang. <i>American Society of Anesthesiologists</i>) i/lub WHO (ang. <i>World Health Organization</i>) ¹⁶¹ .	CEL: 100%
	Odsetek pacjentek, które posiadają raport operacyjny zawierający wszystkie minimalne wymagane elementy.	
	Odsetek pacjentek, które posiadają raport patologiczny zawierający wszystkie minimalnie wymagane elementy.	

¹⁵⁸ United Kingdom and Ireland Association of Cancer Registries. (2020). Performance Indicators. Cervical cancer screening completeness (%). Pozyskano z: <http://www.ukiacr.org/kpis>, dostęp z 11.05.2020

¹⁵⁹ Bonte, A., Luyckx, A., Wyckmans, L., Trinh, X., & van Dam, P. (2018). Quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer. *European Journal of Surgical Oncology*, 45(4), 528-537. doi: 10.1016/j.ejso.2018.10.051. Pozyskano z: <https://www.researchgate.net/publication/328255784> Quality indicators for the management of endometrial cervical and ovarian cancer, dostęp z 08.05.2020

¹⁶⁰ Zasłaniacz (ang. obturator) – mięsień wchodzący w skład grupy mięśni brzusznych obręczy miednicy

¹⁶¹ Zaleca się, aby wynik ASA i/lub WHO podać dla każdego pacjenta; dzięki temu lekarz wie, czy wykonać dodatkowe badania przedoperacyjne

	Odsetek zarejestrowanych poważnych powikłań pooperacyjnych lub zgonów.	
	Wskaźnik 1-letniego/3-letniego/5-letniego przeżycia od diagnozy.	
Szwecja ^{162,163}	Mediana czasu oczekiwania od otrzymania skierowania do rozpoczęcia leczenia.	
	Odsetek pacjentek ocenianych przez zespół multidyscyplinarny.	
	Wskaźnik przeżycia względnego 1-letniego/5-letniego pacjentek z rakiem szyjki macicy z podziałem na regiony.	
	Wskaźnik przeżycia względnego 1-letniego/5-letniego pacjentek z rakiem szyjki macicy z podziałem na stadia wg. FIGO.	
	Mediana wieku kobiet z rozpoznaniem rakiem szyjki macicy.	
	Odsetek pacjentek biorących udział w badaniach klinicznych.	
	Odsetek pacjentek, które otrzymały konkretny rodzaj leczenia z podziałem na regiony.	<p>Rodzaje leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operacja • Radiochemioterapia + Brachyterapia • Radiochemioterapia + Brachyterapia + Zewnętrzna radioterapia • Inne leczenie • Zewnętrzna radioterapia • Brachyterapia + Zewnętrzna radioterapia • Chirurgia + Radiochemioterapia + Zewnętrzna radioterapia • Chirurgia + radiochemioterapia • Inna chemioterapia • Chirurgia + Radiochemioterapia + Brachyterapia • Chirurgia + Radiochemioterapia + Brachyterapia + Zewnętrzna radioterapia • Radiochemioterapia + Zewnętrzna radioterapia • Chirurgia + radioterapia zewnętrzna • Neoadjuwantowa chemioterapia + radiochemioterapia + brachyterapia • Radiochemioterapia + Zewnętrzna radioterapia + Brachyterapia • Chirurgia + inna chemioterapia <p>Procent i liczba pacjentek, które otrzymały konkretne leczenie.</p>
Odsetek pacjentek, które otrzymały konkretny rodzaj leczenia z podziałem na stadium nowotworu.	<p>Rodzaje leczenia: j.w.</p> <p>Procent i liczba pacjentek, które otrzymały konkretne leczenie</p>	
Odsetek zastosowanej techniki chirurgicznej w leczeniu raka szyjki macicy z podziałem na regiony.	<p>Rodzaje technik chirurgicznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operacja laparoskopowa wspomagana robotem • Operacja otwarta • Tylko operacja pochwy 	

¹⁶² Regionala Cancercentrum i Samverkan. (2019). Kvalitetsindikatorer. Pozyskano z: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/gynekologi/kvalitetsregister/kvalitetsindikatorer/>, dostęp z 11.05.2020

¹⁶³ Regionalt Cancercentrum Va'st. (2018). Gynekologisk cancer, Nationell kvalitetsrapport fra'n Svenska Kvalitetsregistret fo'r Gynekologisk Cancer (SQRGC). Pozyskano z: <https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/kvalitetsregister/nationell-kvalitetsrapport-gynekologisk-cancer-2018.pdf>, dostęp z 15.05.2020

		<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia laparoskopowa • Połączona chirurgia pochwy i laparoskopii • Konwersja z operacji mechanicznie wspomaganą robotem do operacji otwartej • Konwersja z operacji laparoskopowej do operacji otwartej • Konwersja z chirurgii pochwowej i laposkopowej na operację otwartą • Konwersja z chirurgii pochwowej na operację otwartą <p>Procent i liczba zastosowanej techniki chirurgicznej</p>
	Odsetek zastosowanej techniki chirurgicznej w leczeniu raka szyjki macicy z podziałem na stadium nowotworu.	Rodzaje technik chirurgicznych: j.w. Procent i liczba zastosowanej techniki chirurgicznej
	Odsetek operacji z udziałem doświadczonego chirurga (co najmniej 25 operacji Wertheima lub ze specjalizacją w chirurgii nowotworu ginekologicznego) z podziałem na region i wiek pacjentki w którym zdiagnozowano u niej raka szyjki macicy.	
	Odsetek zastosowanej metody obrazowania w określeniu obszarów docelowych dla radioterapii zewnętrznej z podziałem na region.	Metody obrazowania: TK, PET/TK, MRI
	Odsetek zastosowanej metody obrazowania w określeniu obszarów docelowych dla radioterapii zewnętrznej z podziałem na lata.	Metody obrazowania: TK, PET/ TK, MRI
	Odsetek zastosowanej metody obrazowania w zaplanowaniu dawek w brachyterapii z podziałem na region	Metody obrazowania: MRI z /bez aplikatorów, TK z /bez aplikatorów, RTG z /bez aplikatorów, PET/ TK z /bez aplikatorów, USG bez aplikatorów
	Odsetek zastosowanej metody obrazowania w zaplanowaniu dawek w brachyterapii z podziałem na lata	Metody obrazowania: MRI z /bez aplikatorów, TK z /bez aplikatorów, RTG z /bez aplikatorów, PET/ TK z /bez aplikatorów, USG bez aplikatorów
Japonia ¹⁶⁴	Odsetek pacjentów które nie ukończyły 43 lat po całkowitej histerektomii bez konizacji.	LICZNIK: pacjentki po całkowitej histerektomii bez konizacji MIANOWNIK: pacjentki z CIN3, które nie ukończyły 43 lat
	Odsetek pacjentów z gruczolakorakiem in situ > 44 lat, po całkowitej histerektomii jako ostatnie leczenie.	LICZNIK: pacjentki, u których wykonano całkowitą histerektomię jako ostatnie leczenie MIANOWNIK: pacjentki, które miały gruczolakoraka in situ w wieku > 44 lat
	Odsetek pacjentów z gruczolakorakiem II stopnia u których wykonano radykalną histerektomię	LICZNIK: pacjentki po radykalnej histerektomii MIANOWNIK: pacjentki z gruczolakorakiem II stopnia ogółem
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy w stadium III lub IVA, które jako leczenie pierwszego rzutu otrzymały jednoczesną chemioterapię i radioterapię.	LICZNIK: pacjentki, które otrzymały chemioterapię i radioterapię jako leczenie pierwszego rzutu MIANOWNIK: pacjentki w stadium III lub IVA
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy w stadium III lub IVA, u których zastosowano chemioradioterapię na bazie cisplatinu.	LICZNIK: pacjentki, które otrzymały radioterapię i chemioterapię na bazie cisplatinu

¹⁶⁴ Journal of Gynecologic Oncology. (2018). Quality indicators for cervical cancer care in Japan. Pozyskano z: <https://www.ejgo.org/DOIx.php?id=10.3802/jgo.2018.29.e83>, dostęp z 11.05.2020

		MIANOWNIK: pacjentki w stadium III lub IVA, leczone chemioradioterapią
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy w stadium III lub IVA, które otrzymały chemioterapię przed właściwym/głównym leczeniem.	LICZNIK: pacjentki poddanie chemioterapii przed głównym leczeniem MIANOWNIK: pacjentki w stadium III lub IVA, u których zastosowano radioterapię leczniczą lub jednoczesną chemioterapię i radioterapię jako leczenie główne
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy w stadium IVB, które otrzymały chemioterapię opartą na platynie.	LICZNIK: pacjentki poddane chemioterapii opartej na platynie MIANOWNIK: pacjentki w stadium IVB poddane chemioterapii
	Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy w stadium IVA, u których wykonano cystoskopię lub rektoskopię.	LICZNIK: pacjentki, u których wykonano cystoskopię lub rektoskopię przed leczeniem MIANOWNIK: pacjentki w stadium IVA
	Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy u których zastosowano brachyterapię.	LICZNIK: pacjentki poddane brachyterapii MIANOWNIK: pacjentki poddane radioterapii leczniczej bez operacji
	Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy w stadium I lub II, u których zastosowano doustną chemioterapię.	LICZNIK: pacjentki, które stosowały doustną chemioterapię MIANOWNIK: pacjentki w stadium I lub II, u których przeprowadzono zabieg chirurgiczny, radioterapię lub chemioradioterapię jako leczenie pierwszej linii.
European Society of Gynaecological Oncology 2020 ¹⁶⁵	Liczba radykalnych procedur (parametrektomii) w raku szyjki macicy wykonywanych przez centrum rocznie.	LICZNIK: liczba (podanych w opisie) radykalnych procedur w centrum MIANOWNIK: Nie dotyczy Wskaźnik strukturalny OPIS: Radykalna procedura jest zdefiniowana jako obejmująca parametrektomię (np. radykalna histerektomia, radykalna trachelektomia, parametrektomia) CEL: <ul style="list-style-type: none"> • Optymalny: ≥30 • Minimalny wymagany: ≥15
	Operacja wykonana lub nadzorowana przez certyfikowanego onkologa ginekologicznego lub przeszkolonego chirurga posiadającego doświadczenie w leczeniu nowotworów ginekologicznych.	LICZNIK: liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy operowanych przez specjalistę chirurga (jak zdefiniowano w opisie) MIANOWNIK: liczba pacjentek poddawanych operacjom raka szyjki macicy Wskaźnik procesu OPIS: Operacja jest wykonywana lub nadzorowana przez certyfikowanego onkologa ginekologicznego lub przeszkolonego chirurga zajmującego się rakiem ginekologicznym (stanowiącym ponad 80% jego praktyki) lub z ukończonym stypendium akredytowanym przez ESGO CEL: 100%

¹⁶⁵ International Journal of Gynecological Cancer. (2020). European Society of Gynaecological Oncology quality indicators for surgical treatment of cervical cancer. Pozyskano z: <https://ijgc.bmj.com/content/30/1/3.info>, dostęp z 12.05.2020

	Centrum uczestniczące w trwających badaniach klinicznych nad rakiem ginekologicznym.	<p>LICZNIK: liczba trwających badań klinicznych nad rakiem ginekologicznym (nie ogranicza się tylko do operacji)</p> <p>MIANOWNIK: Nie dotyczy</p> <p>Wskaźnik strukturalny</p> <p>OPIS: Centrum aktywnie gromadzi pacjentki w trwających badaniach klinicznych (nie ograniczonych do operacji) w raku ginekologicznym</p> <p>CEL: ≥1</p>
	Odsetek pacjentów, których leczenie omówiono na zebraniu zespołu multidyscyplinarnego.	<p>LICZNIK: liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy, dla których decyzja o postępowaniu terapeutycznym została podjęta przez multidyscyplinarny zespół</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy</p> <p>Wskaźnik procesu</p> <p>OPIS: Decyzję o każdej interwencji terapeutycznej (z wyłączeniem jakiegokolwiek procedury diagnostycznej – to znaczy biopsji lub konizacji przeprowadzonej z zamiarem diagnostycznym) podjął zespół interdyscyplinarny, w tym przynajmniej onkolog ginekologiczny lub chirurg specjalnie przeszkolony w kierunku raka ginekologicznego, zgodnie z definicją powyżej (wskaźnik jakości 2), radiolog, radiolog onkolog, onkolog medyczny lub kliniczny oraz patolog</p> <p>CEL: 100%</p>
	Odsetek pacjentów u których wykonano wymagane badanie przedoperacyjne.	<p>LICZNIK: liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy, u których planowana jest operacja, u których wykonano badanie przedoperacyjne zgodnie z wytycznymi ESGO-ESTRO-ESP</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy, u których planowana jest operacja</p> <p>Wskaźnik procesu</p> <p>OPIS: Wymagane badanie przedoperacyjne jest określone zgodnie z wytycznymi ESGO-ESTRO-ESP^{166,167,168}</p> <p>CEL: 100%; Należy określić, czy wymagane badanie przedoperacyjne, określone zgodnie z wytycznymi ESGO-ESTRO-ESP nie jest przestrzegane</p>
	Odsetek pacjentów, dla których opracowano raport chirurgiczny zawierający minimalne wymagane elementy w raportach chirurgicznych.	<p>LICZNIK: liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy poddawanych operacji, dla których opracowano pełny raport chirurgiczny zawierający wszystkie wymagane elementy, jak zdefiniowano w opisie</p>

¹⁶⁶ Cibula D, Pötter R, Planchamp F, et al. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology guidelines for the management of patients with cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2018;28:641–55. doi:10.1097/IGC.0000000000001216

¹⁶⁷ Cibula D, Pötter R, Planchamp F, et al. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology guidelines for the management of patients with cervical cancer. *Radiother Oncol* 2018;127:404–16. doi:10.1016/j.radonc.2018.03.003

¹⁶⁸ Cibula D, Pötter R, Planchamp F, et al. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology guidelines for the management of patients with cervical cancer. *Virchows Arch* 2018;472:919–36. doi:10.1007/s00428-018-2362-9

		<p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy przechodzące operację</p> <p>Wskaźn k procesu</p> <p>OPIS: Wymagany raport chirurgiczny, oparty na wytycznych ESGO-ESTRO-ESP (określone w wskaźniku 5), zawiera co najmniej takie elementy jak: raporty chirurgiczne, raporty patologiczne, rejestracja powikłań pooperacyjnych</p> <p>CEL: 100%</p>
	<p>Odsetek pacjentek, dla których opracowano raport patologiczny zawierający minimalne wymagane elementy w patologii i raportach patologicznych.</p>	<p>LICZNIK: liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy poddawanych operacji, dla których zareportowano wszystkie minimalne wymagane elementy określone w opisie</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy przechodzące operację</p> <p>Wskaźn k procesu</p> <p>OPIS: Minimalne wymagane elementy w patologii i w raportach patologicznych, oparte na wytycznych ESGO-ESTRO-ESP, obejmują co najmniej elementy wymienione w „Minimalne wymagania dla raportu o patologii raka szyjki macicy”</p> <p>CEL: ≥90%; Tolerancja dla tego celu odzwierciedla sytuacje, w których nie można opisać wszystkich elementów z powodu złej jakości próbeki</p>
	<p>Ustrukturyzowane raportowanie prospektywne dotyczące obserwacji i 30-dniowej zachorowalności pooperacyjnej.</p>	<p>LICZNIK: liczba pacjentek z rakiem szyjki macicy, które przeszły operację i dla których dostępne są uporządkowane prospektywne raporty z obserwacji i 30-dniowej zachorowalności pooperacyjnej</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy przechodzące operację</p> <p>Wskaźn k wyn ków</p> <p>Opis: Ustrukturyzowane prospektywne raportowanie obserwacji i 30-dniowej zachorowalności pooperacyjnej z wykorzystaniem sprawdzonego systemu punktacji pow kłań chirurgicznych</p> <p>CEL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optymalny: ≥90% • Minimalny wymagany: wybrane przypadki są omawiane na konferencjach dotyczących zachorowalności i umieralności
	<p>Wskaźnik przetoki urologicznej w ciągu 30 dni po operacji po radykalnej parametrektomii.</p>	<p>LICZNIK: liczba pacjentek leczonych w ciągu ostatnich 3 lat, u których wystąpiły przetoki urologiczne lub pęcherza w ciągu 30 dni po operacji</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki z rakiem szyjki macicy poddawane zabiegowi obejmującemu radykalną parametrektomię w ostatnich 3 latach</p> <p>Wskaźn k wyn ków</p> <p>Opis: Wszelkie pęcherze lub przetoki urologiczne zdiagnozowane po zabiegu, w tym po radykalnej parametrektomii.</p>

		<p>Wskaźnik przetoki należy obliczyć na podstawie danych z poprzednich 3 lat. Radykalne parametrektomie obejmują radykalne histerektomie, radykalne trachelektomie i parametrektomie.</p> <p>CEL: ≤3%</p>
	<p>Odsetek pacjentek po pierwotnym leczeniu chirurgicznym, które mają wyraźne marginesy pochwy (choroba inwazyjna) i marginesy parametryczne.</p>	<p>LICZNIK: liczba pacjentek po pierwotnym leczeniu chirurgicznym, które mają wyraźne marginesy chirurgiczne dla choroby inwazyjnej w ciągu ostatnich 3 lat</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki, które zostały poddane pierwotnemu leczeniu chirurgicznemu w ciągu ostatnich 3 lat</p> <p>Wskaźnik wyników</p> <p>OPIS: Wyraźne marginesy chirurgiczne dotyczą zarówno marginesów dopochwowych, jak i parametrycznych. Stosując odpowiednią ocenę kliniczną z nowoczesnym obrazowaniem i staranną przedoperacyjną ocenę pochwy, zgodnie z wytycznymi ESGO-ESTRO-ESP, należy unikać dodatknych marginesów chirurgicznych po radykalnej histerektomii lub trachelektomii</p> <p>CEL: ≥97%</p>
	<p>Odsetek pacjentek z chorobą w stadium T1b, u których po operacji oceniono stadium zaawansowania T jako wyższe.</p>	<p>LICZNIK: liczba pacjentek ze stopniem zaawansowania T1b, u których po operacji zmieniono klasyfikację T-na wyższe stadium, jak zdefiniowano w opisie</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki ze stopniem T1b, które przeszły operację</p> <p>Wskaźnik wyników</p> <p>Opis: Podwyższenie stopnia zaawansowania T rozumiane jako wykrycie większego zajęcia lub zajęcia pochwy w oparciu o badanie patologiczne, które przed zabiegiem chirurgicznym nie było znane, lub zmiana stadium zaawansowania z T1b1 do T1b2 lub wyższej, w wyniku oceny pooperacyjnej. Wykrywanie dodatknych węzłów chłonnych (ang. <i>lymph node</i>, LN) nie jest uwzględnione</p> <p>CEL: <10%</p>
	<p>Wskaźnik nawrotów po 2 latach u pacjentek w stadium pT1b1 z ujemnymi LN po pierwotnym leczeniu chirurgicznym.</p>	<p>LICZNIK: pacjentki z ujemnym węzłem chłonny w stadium pT1b1, których z nawrotem choroby w ciągu 2 lat po pierwotnym leczeniu chirurgicznym, niezależnie od strategii leczenia uzupełniającego, z co najmniej 2-letnim okresem obserwacji.</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki z ujemnym węzłem chłonny w stadium pT1b1 po pierwotnym leczeniu chirurgicznym, niezależnie od strategii leczenia uzupełniającego, z co najmniej 2-letnim okresem obserwacji.</p> <p>Wskaźnik wyników</p> <p>OPIS: Ten wskaźnik jakości dotyczy powszechnych rodzajów nowotworów (płaskonabłonkowych i zwykłych rodzajów gruczolakoraka) oraz zarówno</p>

		<p>miejscowych, jak i odległych nawrotów, niezależnie od strategii leczenia uzupełniającego</p> <p>CEL: <10%</p>
	<p>Odsetek pacjentek w stadium T1 u których przeprowadzono pierwotny zabieg chirurgiczny, które przeszły staging węzłowy zgodnie z wytycznymi ESGO-ESTRO-ESP.</p>	<p>LICZNIK: liczba pacjentek ze stadium T1, które przeszły staging węzłów chłonnych zgodnie z wytycznymi ESGO-ESTRO-ESP</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki ze stopniem zaawansowania T1 u których przeprowadzono pierwotny zabieg chirurgiczny</p> <p>Wskaźn k wyn ku</p> <p>OPIS: Określanie stopnia zaawansowania węzłów chłonnych jest zgodne z wytycznymi ESGO-ESTRO-ESP</p> <p>CEL: ≥98%</p>
	<p>Odsetek kobiet, które otrzymały poradnictwo w zakresie możliwości wykonania leczenia oszczędzającego płodność (ang. <i>fertility-sparing treatment</i>, FST).</p>	<p>LICZNIK: liczba pacjentek z chorobą w stadium T1b1 ≤2 cm, będące potencjalne kandydatkami do leczenia oszczędzającego płodność, które otrzymały poradnictwo zgodnie z wytycznymi ESGO-ESTRO-ESP</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjenci z chorobą w stadium T1b1 ≤2 cm, będące potencjalne kandydatkami do leczenia oszczędzającego płodność</p> <p>Wskaźn k strukturalny</p> <p>Opis: Poradnictwo dla pacjentek z chorobą w stadium T1b1 ≤2 cm, potencjalne kandydatki do leczenia oszczędzającego płodność, opisano w wytycznych ESGO-ESTRO-ESP. Wszystkie kwalifikujące się pacjentki należy odpowiednio poinformować o możliwości zastosowania FST. FST należy podejmować wyłącznie w ośrodkach posiadających kompleksową wiedzę fachową w tym zakresie</p> <p>CEL: 100%</p>
	<p>Odsetek pacjentek otrzymujących uzupełniającą chemioradioterapię po pierwotnym leczeniu chirurgicznym w stadium choroby pT1b1 pN0.</p>	<p>LICZNIK: liczba pacjentek otrzymujących chemioradioterapię uzupełniającą po pierwotnym leczeniu chirurgicznym w stadium choroby pT1b1 pN0, zgodnie z wytycznymi ESGO-ESTRO-ESP</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie pacjentki poddawane pierwotnemu leczeniu chirurgicznemu w stadium choroby pT1b1 pN0</p> <p>Wskaźn k strukturalny</p> <p>Opis: Postępowanie z chorą po leczeniu chirurgicznym w stadium choroby pT1b1 pN0 zdefiniowane zgodnie z wytycznymi ESGO-ESTRO-ESP</p> <p>CEL: <15%</p>
WHO 2013 ¹⁶⁹	<p>Odsetek kobiet w wieku 30–49 lat, które po raz pierwszy uczestniczyły w badaniu przesiewowym polegającym na ocenie wzrokowej przy</p>	<p>Wskaźn k efektywności</p>

¹⁶⁹ WHO. (2013). *Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes.* Pozyskano z:

	użyciu kwasu octowego (ang. <i>visual inspection with acetic acid</i> , VIA) w okresie 12 miesięcy.	<p>LICZNIK: liczba kobiet w wieku 30–49 lat, które po raz pierwszy zostały przebadane za pomocą VIA w okresie 12 miesięcy</p> <p>MIANOWNIK: liczba kobiet w wieku 30–49 lat w populacji</p> <p>Proponowany cel: Menedżerowie programu muszą ustalić realistyczne cele na 12 miesięcy w oparciu o liczbę świadczeniodawców i dostępne godziny pracy w ośrodkach badań przesiewowych oraz powinni ustalić priorytet przedziału wiekowego zalecanego przez program krajowy i kobiet, które nigdy nie były badane.</p>
	Odsetek kobiet poddanych badaniu VIA w wieku 30–49 lat z wynikiem dodatnim.	<p>Wskaźnik efektywności</p> <p>LICZNIK: liczba kobiet w wieku 30–49 lat z dodatnim wynikiem VIA w okresie 12 miesięcy</p> <p>MIANOWNIK: łączona liczba kobiet w wieku 30–49 lat poddanych badaniom przesiewowym w okresie 12 miesięcy</p>
	Odsetek kobiet z pozytywnym wynikiem VIA, które otrzymały leczenie w danym roku.	<p>Wskaźnik efektywności</p> <p>LICZNIK: liczba kobiet z pozytywnym wynikiem VIA w wieku 30–49 lat kończących odpowiednie leczenie w okresie 12 miesięcy</p> <p>MIANOWNIK: liczba kobiet z pozytywnym wynikiem VIA w okresie 12 miesięcy</p> <p>Proponowany cel: najmniej 90% wykrytych zmian i inwazyjnych nowotworów z wynikiem pozytywnym VIA otrzyma leczenie.</p>
	Odsetek kobiet w wieku 30–49 lat, które zostały przebadane za pomocą VIA lub innej metody przynajmniej raz w wieku od 30-49 lat.	<p>Wskaźnik rezultatu</p> <p>LICZNIK: wszystkie kobiety w wieku 30–49 lat, które odpowiedziały „TAK” na pytanie w ankiecie</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie kobiety w wieku 30–49 lat, które odpowiedziały na pytanie w ankiecie</p> <p>Częstotliwość: WHO zaleca, aby kraje przeprowadzały ankiety co około 5 lat.</p> <p>Wskaźnik ten mierzy skuteczność programu badań przesiewowych w dotarciu do populacji docelowej przynajmniej raz (wskaźnik oparty o badanie ankietowe)</p>
	Liczba nowych przypadków raka szyjki macicy w populacji docelowej bez choroby w określonym czasie.	<p>Wskaźnik wpływu</p> <p>LICZNIK: liczba przypadków w danej grupie wiekowej</p> <p>MIANOWNIK: liczba kobiet w danej grupie wiekowej (1 osoba rocznie na osobę, jeśli jest to miara roczna)</p>
	Odsetek kobiet z pozytywnym wynikiem VIA ze zmianami kwalifikującymi się do krioterapii leczonych podczas tej samej wizyty.	<p>Wskaźnik wpływu</p> <p>LICZNIK: liczba kobiet z pozytywnym wynikiem VIA ze zmianami kwalifikującymi się do krioterapii</p>

		<p>leczonych podczas tej samej wizyty x 100</p> <p>MIANOWNIK: liczba kobiet z pozytywnym wynikiem VIA ze zmianami kwalifikującymi się do krioterapii.</p>
	<p>Odsetek kobiet z pozytywnym wynikiem VIA ze zmianami niekwalifikującymi się do krioterapii, które zostały skierowane na kolposkopię, które ukończyły odpowiednie leczenie.</p>	<p>Wskaźnik wpływu</p> <p>LICZNIK: liczba kobiet z pozytywnym wynikiem VIA ze zmianami niekwalifikującymi się do krioterapii, które zostały skierowane na kolposkopię i które ukończyły odpowiednie leczenie x 100</p> <p>MIANOWNIK: liczba kobiet z pozytywnym wynikiem VIA ze zmianami niekwalifikującymi się do krioterapii.</p>
	<p>Odsetek kobiet z podejrzeniem raka inwazyjnego poddanych VIA, które ukończyły odpowiednie leczenie lub kontynuowały obserwację.</p>	<p>LICZNIK: liczba kobiet z podejrzeniem raka inwazyjnego wykrytym w badaniu VIA, które ukończyły odpowiednie leczenie lub obserwację x 100</p> <p>MIANOWNIK: liczba kobiet z podejrzeniem raka inwazyjnego wykrytym w badaniu VIA.</p> <p>Wskaźnik wpływu</p>
<p>European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2010¹⁷⁰</p>	<p>Odsetek kobiet korzystających z programu przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy w danym regionie lub w całym kraju.</p>	<p>LICZNIK: liczba kobiet w docelowej populacji obszaru aktywnie obsługiwanego przez program</p> <p>MIANOWNIK: liczba kobiet w populacji docelowej z całego regionu lub kraju</p> <p>CEL: 100%</p>
	<p>Odsetek wysłanych zaproszeń do programu przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy.</p>	<p>LICZNIK: liczba kobiet zaproszonych do programu przesiewowego w zdefiniowanym okresie (3 lub 5 lat)</p> <p>MIANOWNIK: liczba kobiet mieszkających w populacji docelowej</p>
	<p>Odsetek wykonanych testów PAP w programie przesiewowym szyjki macicy.</p>	<p>LICZNIK: liczba kobiet, u których wykonano test PAP co najmniej raz w określonym przedziale czasu (3 lub 5 lat)</p> <p>MIANOWNIK: liczba kobiet mieszkających w populacji docelowej</p> <p>Zaleca się obliczenie wskaźnika osobno dla podgrup kobiet zdefiniowanych przez:</p> <p>1) status zaproszenia: otrzymane zaproszenie; brak zaproszenia; brak informacji</p> <p>2) status programu, tj. wykonany test PAP: w ramach zorganizowanego programu przesiewowego; poza zorganizowanym programem przesiewowym; brak informacji</p>
	<p>Odsetek kobiet, które skorzystały z programu przesiewowego w czasie zaleconym w zaproszeniu .</p>	<p>LICZNIK: liczba zaproszonych kobiet w danym okresie, które wzięły udział w badaniach przesiewowych</p> <p>MIANOWNIK: Liczba wszystkich zaproszonych kobiet w danym okresie</p>
	<p>Odsetek kobiet z nieprawidłowymi wynikami cytologicznymi biorącymi udział w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy.</p>	<p>LICZNIK: liczba kobiet z nieprawidłowymi wynikami</p>

¹⁷⁰ International Agency for Research on Cancer. (2010). *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document*. Pozyskano z: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)38317-6/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)38317-6/fulltext), dostęp z 15.05.2020

		cytologicznymi w badaniach przesiewowych MIANOWNIK: liczba kobiet biorących udział w badaniach przesiewowych
	Odsetek kobiet biorących udział w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, które otrzymały skierowanie na kolposkopię.	LICZNIK: liczba kobiet, która otrzymała skierowanie na kolposkopię MIANOWNIK: liczba kobiet biorących udział w badaniach przesiewowych
	Odsetek kobiet z potwierdzonym CIN+ po wykonanej kolposkopii.	LICZNIK: liczba kobiet, u których wykonano kolposkopię z potwierdzonym histologicznie CIN+ MIANOWNIK: liczba badanych kobiet poddanych kolposkopii
	Odsetek kobiet, które wykonały kolposkopię po otrzymaniu skierowania w programie badań przesiewowych.	LICZNIK: liczba kobiet poddanych badaniu przesiewowemu faktycznie oraz poddawanych kolposkopii MIANOWNIK: liczba kobiet biorących udział w badaniach przesiewowych i skierowanych na kolposkopię
	Odsetek kobiet, które otrzymały leczenie zmian śród nabłonkowych wysokiego stopnia (ang. <i>high-grade intraepithelial lesions</i>).	LICZNIK: liczba kobiet leczonych CIN2 lub CIN3 wykrytym w badaniu przesiewowym MIANOWNIK: liczba kobiet z wykrytym CIN2 lub CIN3 w badaniu przesiewowym
	Odsetek kobiet po histerektomii w związku z wykrytymi zmianami śród nabłonkowymi w badaniu przesiewowym.	LICZNIK: Liczba kobiet poddanych histerektomii na podstawie badania przesiewowego MIANOWNIK: liczba kobiet w badaniu przesiewowym z zdiagnozowanym histologicznym CIN
	Odsetek kobiet leczonych z rozpoznaniem CIN1.	LICZNIK: liczba kobiet poddanych leczeniu CIN1 wykrytego w badaniu przesiewowym MIANOWNIK: liczba kobiet w badaniu przesiewowym z zdiagnozowanym CIN1
Belgia 2014 ¹⁷¹	Liczba radykalnych histerektomii wykonywanych przez chirurga rocznie.	Wskaźn k strukturalny Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥10
	Liczba radykalnych histerektomii wykonywanych w szpitalu rocznie.	Wskaźn k strukturalny Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥20
	Wskaźnik 5-letnich przeżycia pacjentów z rakiem szyjki macicy, u których wykonano zabieg radykalnej histerektomii (FIGO stadium I-IIa).	Wskaźn k wyn ków Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥80
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy, u których wystąpił nawrót choroby w obrębie miednicy po radykalnej histerektomii.	Wskaźn k wyn ków Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤ 15%
	Odsetek pacjentów, u których wystąpiły krótkotrwałe powikłania po radykalnej histerektomii: f. Umieralność pooperacyjna (post-operative mortality) g. Krwotok pooperacyjny h. Uszkodzenie dróg moczowych i. Niedrożność jelit j. Zakrzepica żył głębokich.	Wskaźn k wyn ków f. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤1% g. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤1% h. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lata ≤1% i. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤1% Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤3%

¹⁷¹ Rare cancers of the female genital system. Preferred model of care and criteria for reference centres. Pozyskano z: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_219_proposal_cancer_female_genital_system.pdf dostęp z 11.05.2020

	<p>Odsetek pacjentów z długotrwałymi powikłaniami po radykalnej histerektomii:</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Objawowe limfocysty f. Zwężenie cewki moczowej g. Przepuklina w bliźnie pooperacyjnej <p>Przetoka (pęcherzowo-pochwowa, moczowo-pochwowa lub odbytniczo-pochwowa) wymagająca operacji.</p>	<p>Wskaźnik wyników</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤5% f. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤3% g. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤3% h. Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤3% <p>Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤3%</p>
	Odsetek próbek po radykalnej histerektomii z dodatnimi marginesami resekcji guza.	Wskaźnik wyników Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≤5%
	Odsetek przygotowanych raportów chirurgicznych zawierających informacje o trybie dostępu, radykalności poszczególnych etapów operacji i kompletności limfadenektomii.	Wskaźnik procesu Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥95%
	Odsetek próbek limfadenektomii miednicy, które zawierają więcej niż 11 zbadanych węzłów chłonnych.	Wskaźnik procesu Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥90%
	Odsetek próbek limfadenektomii miednicy, które zawierają co najmniej 1 badany węzeł chłonny w każdym wspólnym obszarze biodrowym, węzeł chłonny zewnętrzny i wewnętrzny biodrowy i zasłonowy.	Wskaźnik procesu Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥95%
	Odsetek radykalnej histerektomii wykonanej bez zamknięcia otrzewnej i drenażu zaotrzewnowego.	Wskaźnik procesu Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥95%
	Odsetek pacjentów, u których wykonano radykalną histerektomię, którzy otrzymali odpowiednie antybiotyki okołoperacyjne.	Wskaźnik procesu Akceptowalny standard – średnio w okresie 3 lat: ≥95%
Australia ^{172,173}	Wskaźnik 10-letniego przeżycia względnego w momencie rozpoznania (ang. <i>10-year survival at diagnosis</i>).	LICZNIK: Liczba osób, które nadal żyją po 10 latach od rozpoznania raka (obserwowane przeżycie) MIANOWNIK: Liczba osób w populacji, które prawdopodobnie przeżyją ten sam przedział czasu (oczekiwane przeżycie) po dopasowaniu według wieku, płci i roku kalendarzowego.
	Wskaźnik 5-letniego przeżycia względnego w momencie rozpoznania (ang. <i>5-year survival at diagnosis</i>).	LICZNIK: Liczba osób, które nadal żyją po 5 latach od rozpoznania raka (obserwowane przeżycie) MIANOWNIK: Liczba osób w populacji, które przeżyły ten sam przedział czasu (oczekiwane przeżycie)
	Odsetek wykonywanych radioterapii z podziałem na radioterapię wiązką wewnętrzną i zewnętrzną w leczeniu raka szyjki macicy.	
	Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy korzystających z leczenia systemowego.	
	Wskaźnik 5-letniego przeżycia – pacjenci z rakiem szyjki macicy.	
	Liczba pacjentów, którzy otrzymali konsultacje zespołu multidyscyplinarnego po postawieniu diagnozy.	
	Liczba pacjentów, którzy zostali poddani leczeniu chirurgicznemu w ciągu 30 dni od diagnozy.	
	Liczba pacjentów, którzy zostali poddani radioterapii w ciągu 30 dni od diagnozy.	
	Liczba pacjentów, którzy zostali poddani leczeniu systemowemu w ciągu 30 dni od diagnozy.	

¹⁷² Cancer Australia. (2020). *National Cancer Control Indicators. Cervical Cancer*. Pozyskano z: <https://ncci.canceraustralia.gov.au/cancer-types/cervical-cancer>, dostęp z 12.05.2020

¹⁷³ Euan T, et al. (2019). *Development and Implementation of a Cancer Quality Index in Queensland, Australia: A Tool for Monitoring Cancer Care*. Pozyskano z: <https://cancerallianceqld.health.qld.gov.au/media/1790/development-and-implementation-of-a-cancer-quality-index-in-queensland-australia-a-tool-for-monitoring-cancer-care.pdf>, dostęp: 07.05.2020

	Długość pobytu w szpitalu – mediana czasu pobytu pacjenta w szpitalu (wyrażona w dniach od dnia przyjęcia do szpitala do dnia wypisu).	
	Umieralność szpitalna (odsetek pacjentów, którzy zmarli w szpitalu po leczeniu chirurgicznym).	
	Umieralność 30-dniowa po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy zmarli w szpitalu ≤ 30 dni po leczeniu chirurgicznym).	
	Umieralność 90-dniowa po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy zmarli w szpitalu ≤ 90 dni po leczeniu chirurgicznym).	
	Wskaźnik 1-letniego przeżycia po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy żyją po roku od leczenia chirurgicznego).	
	Wskaźnik 2-letniego przeżycia po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy żyją po dwóch latach od leczenia chirurgicznego).	
	Czas do otrzymania pierwszego leczenia (odsetek pacjentów, u których czas od diagnozy do rozpoczęcia leczenia wyniósł ≤ 30 dni).	
	Terminowość leczenia raka szyjki macicy w ośrodkach publicznych i prywatnych.	
	Terminowość leczenia pacjentów z obszarów wiejskich i odległych (odsetek pacjentów, którzy otrzymali leczenie).	
	Odsetek pacjentów w wieku powyżej 75 lat, którzy otrzymali leczenie w ciągu 30 dni od diagnozy.	
	Odsetek krajowych (miejscowych) pacjentów, którzy otrzymali leczenie w ciągu 30 dni od diagnozy.	
	Odsetek pacjentów w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej, którzy otrzymali w ciągu 30 dni od diagnozy.	
Przegląd wskaźników 2020 ¹⁷⁴	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy, leczonych ap przez chirurga wykonującego dużą liczbę zabiegów (>10 przypadków/rok) w szpitalu o dużej liczbie przypadków (>20 przypadków/rok).	
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy leczonych zgodnie z wytycznymi.	
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy skierowanych do ośrodka trzeciego stopnia referencyjności.	
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy leczonych przez ginekologa onkologa (zamiast ginekologa).	
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy, których przypadki omawiane były na spotkaniu zespołu multidyscyplinarnego.	
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy, którzy żyją 1/3/5 lat po diagnozie.	
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy, u których zastosowano klasyfikację/skalę American Society of Anesthesiologists (ASA) i / lub WHO.	
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy, dla których opracowano raport operacyjny zawierający wszystkie minimalnie wymagane elementy.	
	Odsetek pacjentów z rakiem szyjki macicy, dla których opracowano raport patologiczny zawierający wszystkie minimalnie wymagane elementy.	
	Odsetek zarejestrowanych poważnych powikłań pooperacyjnych lub zgonów.	
Rak jajnika		
Dania ^{175,176}	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika w stadium IIIC–IV wg FIGO u których przeprowadzono pierwotny radykalny zabieg chirurgiczny .	Cel: ≥60%

¹⁷⁴ Annemie L., et al. (2020). Acceptability of Quality Indicators for the Management of Endometrial, Cervical and Ovarian Cancer: Results. Online Survey. y. J Gynecol Oncol. 2020; 3(1): 1023. Pozyskano z: http://www.remedypublications.com/open-access/acceptability-of-quality-indicators-for-the-management-of-endometrial-cervical-5662.pdf?fbclid=IwAR0_uDe6PRvjYEAcXueqdyS0y1A7DOH8RZBChWoUwW_PxQWAWxl5oiVJil, dostęp: 11.05.2020

¹⁷⁵ Pozyskano z: <https://www.rkkp-dokumentation.dk/Public/IndikatorSpecifikation.aspx?db=8&version=3>, dostęp 08.05.2020 r.

¹⁷⁶ Sørensen, S. M., Bjørn, S. F., Jochumsen, K. M., Jensen, P. T., Thranov, I. R., Hare-Bruun, H., ... & Høgdall, C. (2016). Danish gynecological cancer database. Clinical epidemiology, 8, 485

	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika w stadium IIIC–IV wg FIGO u których przeprowadzono pierwotny radykalny zabieg chirurgiczny po chemioterapii neoadjuwantowej .	Cel: ≥60%
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika w stadium IA–IIIA wg FIGO u których przeprowadzono radykalną limfadenektomię.	Cel: ≥80%
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika w stadium IIIB–IV wg FIGO u których przeprowadzono radykalną limfadenektomię.	Cel: ≥80%
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika w stadium IIIC–IV wg FIGO, u których czas hospitalizacji pooperacyjnej wynosi ≤ 8 dni po pierwotnej operacji.	Cel: ≥80%
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika w stadium IIIC–IV wg FIGO u których czas hospitalizacji wynosi ≤ 8 dni od operacji po chemioterapii adjuwantowej.	Cel: ≥80%
Belgia ^{177,178,179}	Odsetek pacjentów, wobec których zastosowano formalne podejście multidyscyplinarne przed podjęciem decyzji o laparotomii lub chemioterapii neoadjuwantowej.	
	Odsetek pacjentów z ustrukturyzowanym opisem początkowych zmian i, jeśli dotyczy, resztkowych zmian chorobowych w raporcie z operacji.	
	Odsetek pacjentów u których pobrano preparaty mrożakowe (<i>cryosection/frozen section procedure</i>) w czasie zabiegu chirurgicznego z powodu podejrzenia wczesnego stadium raka jajnika.	
	Odsetek wykonanych laparotomii w celu oceny stadium zaawansowania, które obejmują wszystkie następujące zabiegi: histerektomię całkowitą, salpingo-ooforektomię obustronną, cytologię jamy otrzewnej, omentektomię (<i>ang. infracolic omentectomy</i>) , biopsje losowe otrzewnej oraz systematyczną limfadenektomię miednicy i limfadenektomię paraaortalną w przypadku cech średniego lub wysokiego ryzyka.	
	Odsetek raportów z operacji mających na celu ocenę stadium zaawansowania z udokumentowaną obecnością lub brakiem pęknięcia torbieli przed lub w trakcie operacji.	
	Odsetek operacji cytoredukcji w zaawansowanym raku jajnika, po zakończeniu których osiągnięto całkowitą cytoredukcję, zdefiniowaną jako brak makroskopowej choroby resztkowej po zakończeniu operacji.	
	Wskaźniki jakościowe do oceny stopnia zaawansowania przy wykonywaniu laparotomii w przypadku inwazyjnego raka jajnika znacznie ograniczonego do miednicy	
	Odsetek pacjentek z podejrzaną masą jajnika poddanych laparotomii w celu oceny stopnia zaawansowania w ciągu 1 miesiąca od podjęcia decyzji o leczeniu lub udokumentowanym opóźnieniem klinicznym lub wynikającym po stronie pacjenta.	
	Odsetek wykonanych laparotomii poprzez nacięcie pionowe w celu oceny stopnia zaawansowania masy jajnika podejrzananej o złośliwość.	
	Odsetek wykonanych laparotomii w celu oceny stopnia zaawansowania, które obejmują wszystkie następujące zabiegi: histerektomię całkowitą, salpingoooforektomię obustronną, cytologię jamy otrzewnej, omentektomię (<i>ang. infracolic omentectomy</i>) , biopsje losowe otrzewnej oraz systematyczną limfadenektomię miednicy i limfadenektomię paraaortalną w przypadku cech średniego lub wysokiego ryzyka.	
	Odsetek raportów z operacji z udokumentowaną obecnością lub brakiem pęknięcia torbieli przed lub w trakcie operacji.	
	Odsetek raportów z operacji z udokumentowaną obecnością lub brakiem gęstych zrostów.	
	Odsetek gęstych zrostów poddanych biopsji.	

¹⁷⁷ Vergote, I., Vlayen, J., & Heus, P. (2016). *Ovarian cancer: diagnosis, treatment and follow-up. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 268. D/2016/10.273/49. Pozyskano z: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_268Cs_Ovarian_cancer_summary.pdf, dostęp 11.05.2020 r.*

¹⁷⁸ Vergote, I., Baurain, J.F., Colpaert, C. et al. (2014). *Rare cancers of the female genital system preferred model of care and criteria for reference centres. KCE Reports 219. Pozyskano z: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_219_proposal_cancer_female_genital_system.pdf, dostęp 14.05.2020 r.*

¹⁷⁹ Vergote, I., Baurain, J.F., Colpaert, C. et al. (2014). *Rare cancers of the female genital system preferred model of care and criteria for reference centres. KCE Reports 219. Pozyskano z: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_219_proposal_cancer_female_genital_system.pdf, dostęp 14.05.2020 r.*

Proponowane wskaźniki jakości EORTC – GCG dla pierwotnej operacji usuwania masy guza nowotworowego w raku nabłonkowym jajnika w stadium III – IV	
Odsetek pacjentek z zaawansowanym rakiem jajnika poddanych usuwaniu masy guza nowotworowego poprzez laparotomię w ciągu 31 dni od podjęcia decyzji o leczeniu lub udokumentowanym opóźnieniem klinicznym lub po stronie pacjenta.	
Odsetek pacjentów poddawanych operacji usuwania masy guza nowotworowego z rozprzestrzeniającą się chorobą w pełni oceniona pod względem możliwości zabiegu chirurgicznego na początku operacji i wstępnymi ustaleniami udokumentowanymi w raportach z operacji.	
Odsetek operacji usuwania masy guza nowotworowego, w tym histerektomii, obustronnej salpingo-ooforektomii i omentektomii (<i>ang. infracolic omentectomy</i>), gdy chirurg uzna, że możliwa jest optymalna cytoredukcja.	
Odsetek operacji usuwania masy guza nowotworowego w przypadku zaawansowanego raka jajnika, po zakończeniu których osiągnięto całkowitą cytoredukcję, zdefiniowaną jako brak makroskopowej choroby resztkowej po zakończeniu operacji.	
Odsetek operacji usuwania masy guza nowotworowego, w przypadku których wielkość i lokalizacja choroby resztkowej na koniec operacji są udokumentowane.	
Wskaźniki jakości dla histerektomii radykalnej (Wertheim-Meigs)	
Liczba radykalnych histerektomii przezchirurga rocznie.	Wskaźn k struktury Akceptowany standard - średni odsetek w okresie 3 lat: ≥ 10
Liczba radykalnych histerektomii wykonanych w danym ośrodku w ciągu roku.	Wskaźn k struktury Akceptowany standard - średni odsetek w okresie 3 lat: ≥ 20
Odsetek pacjentów z krótkotrwałymi powikłaniami po radykalnej histerektomii.	Wskaźn k wyn ku Akceptowany standard - średni odsetek w okresie 3 lat: 3) śmiertelność pooperacyjna 4) krwotok pooperacyjny $\leq 1\%$ 5) uszkodzenie dróg moczowych $\leq 1\%$ 6) niedrożność jelit $\leq 1\%$ 7) zakrzepica żył głębokich $\leq 1\%$
Odsetek pacjentów z długotrwałymi powikłaniami po radykalnej histerektomii.	Wskaźn k wyn ku Akceptowany standard - średni odsetek w okresie 3 lat: 8) orbiel limfatyczna (<i>symptomatic lymphocysts</i>) $\leq 5\%$ 9) zwężenie cewki moczowej (<i>ureteral stenosis</i>) $\leq 3\%$ 10) przepuklina rozetną (<i>incisional hernia</i>) $\leq 3\%$ 11) przetoka wymagająca operacji (pęcherzowo-moczowodowej lub odbytniczo-pochwowej) (<i>fistula requiring surgery (vesico-, uretero- or recto-vaginal)</i>) $\leq 3\%$
Odsetek próbek po radykalnej histerektomii z dodatnim marginesem resekcji guza .	Wskaźn k wyn ku Akceptowany standard - średni odsetek w okresie 3 lat $\leq 5\%$
Odsetek raportów z operacji, które zawierają informacje o sposobie dostępu, radykalności poszczególnych etapów operacji i kompletności limfadenektomii.	Wskaźn k procesu Akceptowany standard - średni odsetek w okresie 3 lat $\geq 95\%$
Odsetek próbek limfadenektomii miednicy, które zawierają więcej niż 11 próbek badań.	Wskaźn k procesu Akceptowany standard - średni odsetek w okresie 3 lat $\geq 90\%$

	Odsetek próbek limfadenektomii miednicy, które zawierają co najmniej 1 badany węzeł chłonny w każdym wspólnym obszarze biodrowym, węzeł zewnętrzny i wewnętrzny biodrowy i węzeł zasłonowy.	Wskaźnik procesu Akceptowany standard - średni odsetek w okresie 3 lat $\geq 95\%$
	Odsetek radykalnych histerektomii bez zamknięcia otrzewnej i drenażu zaotrzewnowego.	Wskaźnik procesu Akceptowany standard - średni odsetek w okresie 3 lat $\geq 95\%$
	Odsetek pacjentów poddawanych radykalnej histerektomii, którzy otrzymują odpowiednie dawki antybiotyków w okresie okołoperacyjnym.	Wskaźnik procesu Akceptowany standard - średni odsetek w okresie 3 lat $\geq 95\%$
	Odsetek pacjentów rozpoczynających standardową dietę w 1. dniu po radykalnej histerektomii.	Wskaźnik procesu Akceptowany standard - średni odsetek w okresie 3 lat $\geq 90\%$
Francja ¹⁸⁰	Zespół składający się z co najmniej dwóch chirurgów przeszkolonych w zakresie chirurgii brzucha i miednicy; którzy wykonują co najmniej dziesięć operacji cytoredukcyjnych rocznie w leczeniu chirurgicznym (pełna cytoredukcja) pacjentem z zaawansowanym rakiem jajnika w stadium III C–IV wg FIGO.	Wskaźnik struktury Definicja: jest to liczba nowotworów jajnika w stadium III C lub IV, które są leczone chirurgicznie przed (operacja wstępna) lub po chemioterapii neoadjuwantowej (chirurgia interwałowa). Endoskopie rozpoznawcze, laparotomie rozpoznawcze, lub operacje ograniczone do biopsji tkanek, lub operacje, które nie obejmują co najmniej obustronnej salpingooforektomii, histerektomii (jeśli dotyczy), oraz kompleksowej oceny stopnia zaawansowania otrzewnowego, w tym omentektomii, nie są uwzględnione. Cel: 10 procedur na chirurga rocznie i 20 interwencji na instytucję rocznie.
	Sformalizowana współpraca zespołu chirurgicznego z onkologiem klinicznym.	Wskaźnik struktury Cel: 100% instytucji nieposiadających usług onkologii klinicznej lub bez stałej obecności onkologa klinicznego na miejscu powinno nawiązać formalną współpracę z zespołem onkologii klinicznej.
	Uczestnictwo ośrodka w co najmniej jednym badaniu klinicznym dotyczącym raka jajnika.	Wskaźnik struktury Cel: Multidyscyplinarna Rada ds. Nowotworów składa propozycję uczestnictwa w zarejestrowanym badaniu co najmniej 10% pacjentów. Jest to cel ustalony w planie walki z rakiem na lata 2009–2013.
	Badania przedoperacyjne powinny obejmować co najmniej tomografię komputerową oraz pomiar markera CA 125.	Wskaźnik procesu Definicja: Tomografia komputerowa oceniająca okolice miednicy, brzucha i klatki piersiowej musi być wykonany zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Radiologów (<i>European Society of Radiologists</i>) przed operacją. Badanie markerów nowotworowych musi obejmować co najmniej oznaczenie CA 125. Ocena może obejmować również laparoskopię. Cel: 100% dokumentacji pacjenta będzie zawierało tę informację.
	Formalne podejście multidyscyplinarne przed podjęciem decyzji o laparotomii lub neoadjuwantowej chemioterapii. Jeżeli proponowana jest chemioterapia neoadjuwantowa, obowiązkowa jest biopsja pod kontrolą radiologiczną lub laparoskopową.	Wskaźnik procesu Definicja: wstępna decyzja o natychmiastowym zabiegu chirurgicznym lub chemioterapii neoadjuwantowej powinna być podjęta wspólnie przez co najmniej chirurga i onkologa klinicznego podczas

¹⁸⁰ Querleu, D., Ray-Coquard, I., Classe, J. M., Aucoeur, J. S., Bonnet, F., Bonnier, P., ... & Haie-Meder, C. (2013). Quality indicators in ovarian cancer surgery: report from the french society of gynecologic oncology (Société Française d'Oncologie Gynécologique, SFOG). *Annals of oncology*, 24(11), 2732-2739.

		formalnego wielodyscyplinarnego posiedzenia zespołu ds. leczenia nowotworów. Jeśli przeprowadzana jest operacja pierwotna, wskazane jest drugie spotkanie zespołu. W jednym z tych spotkań musi wziąć udział również patolog i radiolog. Cel: 100% pacjentów zostanie omówionych przed podjęciem decyzji.
	Postępowanie anestezyjologiczne (ze środkami znieczulającymi) przed-, śród- i pooperacyjne u pacjentek z rakiem jajnika w III C i IV stadium zaawansowania wg FIGO: 12) Ocena i optymalizacja żywienia z min. 7-dniową suplementacją dojelitową w przypadku raka otrzewnej 13) Profilaktyczna antybiotykoterapia śródoperacyjna przez zabiegiem monitorowanie hemodynamiczne oraz podawanie co najmniej dwóch różnych klas leków przeciwwymiotnych 14) Profilaktyka przeciwzakrzepowa z użyciem heparyny drobnocząsteczkowej przez co najmniej 4 tygodnie w okresie pooperacyjnym 15) Zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego przed zabiegiem	Wskaźnik procesu Cel: 100% opieki chirurgicznej w przypadku raka jajnika w stadium III C i IV będzie zgodne z tymi zaleceniami
	Odsetek laparotomii z nacięciem w linii środkowej (od wyrostka miedzykrowatego do spojenia łonowego).	Wskaźnik procesu Cel: 0% laparotomii poprzecznej lub dolnej linii środkowej
	Przeprowadzenie limfadenektomii miednicowej i paraaortalnej w przypadku całkowitej cytoredukcji u pacjentek we wczesnych stadiach z wyjątkiem nowotworu typu śluzowego oraz wszystkie zaawansowane nowotwory, w których osiągnięto całkowitą cytoredukcję i w których ogólny stan pacjenta na to pozwala.	Wskaźnik procesu Cel: 100%
	Analityczny opis początkowych zmian otrzewnowych i zmian resztkowych we wszystkich segmentach brzucha.	Wskaźnik procesu Cel: 100% raportów
	Możliwość wykonania mrożenia pobranego materiału w czasie interwencji chirurgicznej.	Wskaźnik procesu Cel: 100%
	Spełnienie minimalnych wymaganych elementów w raportach patologicznych	Wskaźnik procesu Cel: 100% raportów
	Wskaźnik całkowitej resekcji chirurgicznej przy pierwszym zabiegu chirurgicznym lub po chemioterapii neoadjuwantowej.	Wskaźnik wyników Definicja: brak pozostałych zmian makroskopowych we wszystkich kwadrantach po dokładnym zbadaniu brzucha. Cel: Cel całkowitej resekcji 100% dla stadium I do III B i 70% stadium III C i IV A.
	Ustrukturyzowane prospektywne zgłaszanie powikłań, które wystąpiły do 30 dni po operacji.	Wskaźnik wyników Definicja: dane, które należy zarejestrować to ponowne operacje, radiologia interwencyjna, ponowne przyjęcie do szpitala, przedłużona hospitalizacja, przeniesienie na oddział intensywnej terapii oraz zgonu. Cel: 100%
Szwecja ¹⁸¹	Odsetek pacjentów, których przypadek był oceniany na spotkaniach zespołu multidyscyplinarnego.	
	Odsetek pacjentów uczestniczących w badaniach klinicznych.	
	Odsetek nowotworów, które zostały ocenione przez referencyjnego patologa.	

¹⁸¹ Regionala Cancercentrum i Samverkan (2018). Gynekologisk cancer. Nationell kvalitetsrapport från Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer (SQRGC). Diagnosar: 2014-Juni 2018. Regionalt cancercentrum väst, Västmanlands län, Örebro län, Östergötlands län, Södermanlands län, Västernorrlands län, Västergötlands län, Västerbottens län, Åreträskregionen. KAPITEL 2 OVARIAL. Pozyskano z: <https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/kvalitetsregister/nationell-kvalitetsrapport-gynekologisk-cancer-2018.pdf>, dostęp 11.05.2020 r.

	Odsetek operacji z intencją wyleczenia, które zostały przeprowadzone przez doświadczonego chirurga specjalizującego się w leczeniu nowotworów u pacjentów z rakiem jajnika w stadium I i II–IV.	Doświadczony chirurg – co najmniej 25 operacji Wertheim lub innych z zakresy chirurgii ginekologicznej.
	Odsetek pacjentów, którzy przeszli zabieg chirurgiczny celem osiągnięcia braku makroskopowych resztek choroby u pacjentek z nabłonkowym rakiem jajnika, pierwotnym i w stadium IIIC wg FIGO.	Wskaźnik w podziale na region lub roczny wskaźnik.
	Wskaźnik przeżycia pacjentów z rakiem jajnika.	
Szkocja ¹⁸²	Wskaźnik ryzyka złośliwości (RMI) zapisany w karcie pacjenta u pacjentek z nabłonkowym rakiem jajnika stopnia 1 wg FIGO.	LICZNIK: Liczba pacjentek z nabłonkowym rakiem jajnika stopnia 1 wg FIGO, u których przed ostateczną interwencją chirurgiczną odnotowano punktację RMI w karcie. MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki z rakiem nabłonkowym jajnika stopnia 1 wg FIGO poddawane są ostatecznej interwencji chirurgicznej. WYKLUCZENIA: Pacjenci zgłaszający się na operację jako nagły przypadek. Pacjenci u których nie wykonano USG. CEL: 90%
	Odsetek pacjentek z nabłonkowym rakiem jajnika, u których przed rozpoczęciem leczenia wykonano tomografię komputerową lub MRI brzucha i miednicy.	LICZNIK: Liczba pacjentek z nabłonkowym rakiem jajnika, u których przed rozpoczęciem leczenia wykonano TK lub MRI brzucha i miednicy. MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki z nabłonkowym rakiem jajnika. WYKLUCZENIA: Pacjenci, którzy odmawiają poddania się badaniu. Pacjenci zgłaszający się do operacji w nagłych wypadkach. CEL: 90%
	Odsetek pacjentek z nabłonkowym rakiem jajnika, których przypadek był omawiany na spotkaniu zespołu multidyscyplinarnego przed podjęciem leczenia.	LICZNIK: Liczba pacjentek z nabłonkowym rakiem jajnika których przypadek był omawiany na spotkaniu zespołu multidyscyplinarnego przed podjęciem leczenia MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki z nabłonkowym rakiem jajnika WYKLUCZENIA: Pacjenci, którzy zmarli przed pierwszym leczeniem. CEL: 95%
	Odsetek pacjentek z wczesnym stadium (I wg FIGO) raka jajnika u których wykonano prawidłową chirurgiczną ocenę stopnia zaawansowania.	LICZNIK: Liczba pacjentek we wczesnym stadium (I wg FIGO) z nabłonkowym rakiem jajnika, u których wykonano operację pierwotną metodą całkowitej histerektomii brzucha (<i>total abdominal hysterectomy, TAH</i>), obustronnej salpingo-ooforektomii (<i>bilateral salpingo-oophorectomy, BSO</i>), omentektomii i płukania MIANOWNIK: Wszyscy pacjenci z nabłonkowym rakiem jajnika we wczesnym stadium (I wg FIGO) poddawani pierwotnej operacji. WYKLUCZENIA: Pacjenci, u których wykonano operację oszczędzającą płodność. Pacjenci z ryzykiem wskaźnika złośliwości (RMI) <200. Pacjenci zgłaszający się do operacji w nagłych wypadkach. CEL: 95%

¹⁸² NHS National Services Scotland (2018). Ovarian Cancer Quality Performance Indicators. Patients diagnosed between October 2013 and September 2016. ISD Scotland. An Official Statistics publication for Scotland. Pozyskano z: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Quality-Indicators/Publications/2018-02-20/2018-02-20-Ovarian-QPI-Report.pdf>, dostęp 11.05.2020 r.

	<p>Odsetek pacjentek we wczesnym stadium (1 wg FIGO) nabłonkowego raka jajnika u których przeprowadzono prawidłową chirurgiczną ocenę stopnia zaawansowania operowanych przez ginekologa onkologa.</p>	<p>LICZNIK: Liczba chorych we wczesnym stadium (1 wg FIGO) z nabłonkowym rakiem jajnika, u których wykonano operację pierwotną: TAH, BSO, omentektomii i płukania</p> <p>MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki we wczesnym stadium (1 wg FIGO) raka nabłonkowego jajnika operowane przez ginekologa onkologa.</p> <p>WYKLUCZENIA: Pacjenci z operacją oszczędzającą płodność.</p> <p>Pacjenci z ryzykiem wskaźnika złośliwości (RMI) <200.</p> <p>Pacjenci zgłaszający się do operacji w nagłych wypadkach.</p> <p>CEL: 95%</p>
	<p>Odsetek pacjentek z zaawansowanym nabłonkowym rakiem jajnika (w stadium 2 lub wyższym wg FIGO) bez makroskopowej choroby resztkowej po operacji.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentów z zaawansowanym nabłonkowym rakiem jajnika (stadium 2 lub wyższym wg FIGO) bez makroskopowej choroby resztkowej po operacji.</p> <p>MIANOWNIK: Wszyscy pacjenci z zaawansowanym nabłonkowym rakiem jajnika (w stadium 2 lub wyższym wg FIGO) u których wykonano operację.</p> <p>WYKLUCZENIA: Pacjenci z chorobą w stadium 4 według FIGO.</p> <p>CEL: 30%</p>
	<p>Odsetek pacjentek z zaawansowanym nabłonkowym rakiem jajnika (w stadium 2 lub wyższym wg FIGO) u których po zabiegu chirurgicznym choroba resztkowa wynosi <1 cm.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentek z zaawansowanym nabłonkowym rakiem jajnika (w stadium 2 lub wyższym wg FIGO) operowanych z makroskopową chorobą resztkową < 1cm.</p> <p>MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki z zaawansowanym nabłonkowym rakiem jajnika (w stadium 2 lub wyższym wg FIGO) u których wykonano operację.</p> <p>WYKLUCZENIA: Pacjenci z chorobą stadium 4 wg FIGO.</p> <p>CEL: 60%</p>
	<p>Odsetek pacjentek z nabłonkowym rakiem jajnika dla których dostępny jest pełny raport histopatologiczny w celu wspierania decyzji klinicznych.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentek z nabłonkowym rakiem jajnika poddanych ostatecznej operacji cytoredukcyjnej, które mają pełny raport patologiczny, zawierający wszystkie dane określone przez Royal College of Pathologists.</p> <p>MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki z nabłonkowym rakiem jajnika, u których przeprowadzono ostateczną operację cytoredukcyjną</p> <p>WYKLUCZENIA: Brak</p> <p>CEL: 90%</p>
	<p>Odsetek pacjentek z diagnozą histologiczną/ cytologiczną nabłonkowego raka jajnika przed rozpoczęciem chemioterapii neoadjuwantowej.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentów, u których dokonano rozpoznania histologicznego/ cytologicznego nabłonkowego raka jajnika przed rozpoczęciem chemioterapii.</p> <p>MIANOWNIK: Wszyscy pacjenci z nabłonkowym rakiem jajnika poddawani chemioterapii neoadjuwantowej.</p> <p>WYKLUCZENIA: Pacjenci, u których wykonano paracentezę brzuszną, biopsję obrazową lub laparoskopię.</p> <p>CEL: 100%</p>
	<p>Odsetek pacjentek z diagnozą histologiczną/ cytologiczną uzyskana poprzez przezskórną biopsję obrazową lub laparoskopię nabłonkowego raka jajnika przed rozpoczęciem chemioterapii neoadjuwantowej.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentów u których dokonano rozpoznania histologicznego/ cytologicznego przed rozpoczęciem chemioterapii.</p>

		<p>MIANOWNIK: Wszystkie pacjentki z nabłonkowym rakiem jajnika, u których przed rozpoczęciem chemioterapii neoadjuwantowej odnotowano rozpoznanie histologiczne/ cytologiczne.</p> <p>WYKLUCZENIA: Brak</p> <p>CEL: 80%</p>
	<p>Odsetek pacjentów z nabłonkowym rakiem jajnika w stadium 3C lub 4 wg FIGO u których wykonano odroczonej pierwotny zabieg chirurgiczny po chemioterapii neoadjuwantowej u których osiągnięto optymalną cytoredukcję (<1 cm).</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentów z m nabłonkowym rakiem jajnika w stadium 3C lub 4 wg FIGO poddawanych odroczonej operacji pierwotnej po chemioterapii neoadjuwantowej.</p> <p>MIANOWNIK: Wszyscy pacjenci z nabłonkowym rakiem jajnika w stadium 3C lub 4 wg FIGO którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową.</p> <p>WYKLUCZENIA: Brak</p> <p>CEL: 75%</p>
	<p>Odsetek pacjentów z nabłonkowym rakiem jajnika w stadium 3C lub 4 wg FIGO u których wykonano odroczonej pierwotny zabieg chirurgiczny po chemioterapii neoadjuwantowej z chorobą resztkową <1 cm.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentów z nabłonkowym rakiem jajnika w stadium 3C lub 4 wg FIGO z odroczonej operacją pierwotną po chemioterapii neoadjuwantowej z chorobą resztkową <1 cm</p> <p>MIANOWNIK: Wszyscy pacjenci z nabłonkowym rakiem jajnika w stadium 3C lub 4 według FIGO) u których wykonano pierwotną operację odroczonej po chemioterapii neoadjuwantowej.</p> <p>WYKLUCZENIA: Brak</p> <p>CEL: 65%</p>
	<p>Odsetek pacjentów z nabłonkowym rakiem jajnika, którzy otrzymali chemioterapię pierwszego rzutu obejmującą paklitaksel w połączeniu ze związkiem opartym na platynie, lub tylko karboplatynę.</p>	<p>LICZNIK: Liczba pacjentów z nabłonkowym rakiem jajnika, którzy otrzymują chemioterapię obejmującą paklitaksel w połączeniu ze związkiem opartym na platynie, albo tylko karboplatynę.</p> <p>MIANOWNIK: Wszyscy pacjenci z nabłonkowym rakiem jajnika.</p> <p>WYKLUCZENIA: Pacjenci z surowicznym rakiem jajnika niskiego stopnia. Pacjenci z chorobą niskiego stopnia (G1) w skali FIGO w stadium 1A lub 1B. Pacjenci z nowotworami jasnokomórkowymi w stadium 1A. Pacjenci, którzy odmawiają chemioterapii.</p> <p>CEL: 90%</p>
Polska ¹⁸³	<p>Odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu.</p>	<p>W tekście zmieniającym jest zapis:</p> <p>„c) pkt 31 otrzymuje brzmienie: „31) odsetka badań diagnostycznych wymagających ponownego opisu bądź ponownej weryfikacji materiału w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa, endoskopia, biopsja, ocena patomorfologiczna, ocena molekularna), wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania;”</p> <p>Natomiast w podstawie prawnej punkt 31 brzmi:</p> <p>„31) odsetka świadczeniobiorców z nowotworem nienaciekającym o średnicy nie większej niż 2 cm (po wykluczeniu pacjentów z mutacjami</p>

¹⁸³ Rozporządzenie MZ z dnia 13 grudnia 2018 w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, Dz.U. 2018 poz. 2423183, z późniejszymi zmianami Dz.U. 2019 poz. 1902.

		BRCA1 i BRCA2) poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy;” <i>Przypis analityka: Prawdopodobnie jest mowa o pkt 14:</i> 14) odsetka badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa, endoskopia, biopsja, ocena patomorfologiczna, ocena molekularna), wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania;
	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu.	
	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia chemioterapii, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu.	
	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia radioterapii paliatywnej, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu.	
	Odsetek świadczeniobiorców wymagających ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym.	
	Odsetek świadczeniobiorców wymagających ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii onkologicznej.	
	Odsetek świadczeniobiorców wymagających ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym.	
	Odsetek świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej.	
	Odsetek świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu.	
	Ocena kompletności badania patologicznego.	
	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetycznych i molekularnych czynników predykcyjnych.	
	Odsetka zabiegów operacyjnych wykonanych metodą małoinwazyjną.	
	Mediany czasu, który upłynął od dnia zarejestrowania świadczeniobiorcy na badania diagnostyczne (obrazowe lub patomorfologiczne) do dnia uzyskania wyników tego badania.	
	Odsetek badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa, endoskopia, biopsja, ocena patomorfologiczna, ocena molekularna), wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania.	
	Odsetek limfadenektomii miednicznych wykonanych z podziałem materiału histopatologicznego według zakresów anatomicznych.	
	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych pierwotną optymalną lub suboptymalną cytoredukcją (bez pozostawienia masy resztkowych lub < 1 cm).	
	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których zastosowano neoadjuwantową chemioterapię (NACT).	
	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano laparotomię zwiadowczą.	
Przegląd wskaźników Annemie 2020¹⁸⁴	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, którzy otrzymali wymagane przedoperacyjne badanie lekarskie.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, u których dokonano dokładnej oceny stopnia zaawansowania z oceną otrzewnową i zaotrzewnową wczesnych stadiów choroby.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, u których przed rozpoczęciem chemioterapii neoadjuwantowej postawiono diagnozę histologiczną/cytologiczną.	

¹⁸⁴ Annemie L., et al. (2020). Acceptability of Quality Indicators for the Management of Endometrial, Cervical and Ovarian Cancer: Results. Online Survey. y. J Gynecol Oncol. 2020; 3(1): 1023. Pozyskano z: http://www.remedypublications.com/open-access/acceptability-of-quality-indicators-for-the-management-of-endometrial-cervical-5662.pdf?fbclid=IwAR0_uDe6PRvjYEAxXueqdYS0y1A7DOH8RZBXChWoUwW_PxQWAWxI5oiVJil, dostęp: 11.05.2020.

	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, którzy przeszli odpowiednią ocenę chirurgiczną.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, którzy przeszli całkowitą resekcję chirurgiczną.	
	Odsetek przeprowadzenia ocen stadium zaawansowania choroby za pomocą laparoskopii, w których uwzględniono procedury: całkowita histerektomia, obustronna salpingooforektomia, cytologia jamy otrzewnej, omentektomia podokrężnicza, losowe biopsje otrzewnowe oraz systemowa limfadenektomia miedniczna i para-aortalna, jeśli występują cechy średniego lub wysokiego ryzyka.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika poddanych histerektomii, obustronnej salpingooforektomii i omentektomii podokrężniczej, gdy uznano, że możliwe jest optymalna cytoredukcja (<i>Proportion of patients with ovarian cancer having hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy and infracolic omentectomy when optimal debulking was considered feasible</i>).	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika doświadczających znacznej chorobowości w ciągu pierwszych 28 dni po operacji.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, którzy zostali ponownie przyjęci do szpitala w ciągu 30 dni od zabiegu chirurgicznego.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, którzy otrzymali pooperacyjną chemioterapię opartą na platynie (3 cykle do 6 cykli platyny / karboplatyny i paklitakselu).	
	Odsetek pacjentów z inwazyjnym rakiem jajnika IC-IV stopień 3, którym podano platynę lub taksany w ciągu 42 dni po cytoredukcji.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, u których zastosowano dożylną profilaktykę choroby zakrzepowo-zatorowej w ciągu 24 godzin od cytoredukcji.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, którzy są leczeni przez chirurga wykonującego dużą liczbę zabiegów (>10 przypadków/rok) w szpitalu o dużej liczbie przypadków (>20 przypadków/rok).	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika leczonych zgodnie z wytycznymi.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, skierowanych do ośrodka trzeciego stopnia referencyjności.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, leczonych przez ginekologa onkologa (zamiast ginekologa).	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, których przypadki omawiane były na spotkaniu zespołu multidyscyplinarnego.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, którzy żyją 1/3/5 lat po diagnozie.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, u których zastosowano klasyfikację/skalę American Society of Anesthesiologists (ASA) i / lub WHO.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, dla których opracowano raport operacyjny zawierający wszystkie minimalnie wymagane elementy.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, dla których opracowano raport patologiczny zawierający wszystkie minimalnie wymagane elementy.	
	Odsetek zarejestrowanych poważnych powikłań pooperacyjnych lub zgonów.	
Przegląd wskaźników Bonte 2019¹⁸⁵	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali wymagane badania przedoperacyjne.	
	Odsetek pacjentów, u których dokonano dokładnej oceny stopnia zaawansowania z oceną otrzewnową i zaotrzewnową wczesnych stadiów choroby.	
	Odsetek pacjentów, u których przed rozpoczęciem chemioterapii neoadjuwantowej postawiono diagnozę histologiczną/cytologiczną.	
	Odsetek pacjentów, którzy przeszli odpowiednią chirurgiczną ocenę stopnia zaawansowania.	
	Odsetek pacjentów po całkowitej resekcji chirurgicznej.	

¹⁸⁵ Bonte, A. S., Luyckx, A., Wyckmans, L., Trinh, X. B., & Van Dam, P. A. (2019). Quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer. *European Journal of Surgical Oncology*, 45(4), 528-537.

	Odsetek wykonanych laparotomii w celu określenia stopnia zaawansowania, w których uwzględniono wszystkie następujące procedury: całkowita histerektomia, obustronna salpingo-ooforektomia, cytologia jamy otrzewnowej, omentektomia podookrężnicza, losowe biopsje otrzewnowe oraz systemowa limfadenektomia miednicy i para-aortalna, jeśli średnie lub wysokie cechy ryzyka.	
	Odsetek pacjentów po histerektomii, obustronnej salpingo-ooforektomii i omentektomii podokrężniczej, gdy uznano, że możliwe jest optymalne usunięcie masy guza nowotworowego.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika doświadczających znacznej chorobowości w ciągu pierwszych 28 dni po operacji.	
	Odsetek pacjentów, którzy mają nawrót choroby w ciągu 30 dni od zabiegu chirurgicznego.	
	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika, którzy otrzymali pooperacyjną chemioterapię opartą na platynie (3 do 6 cykli platyny/karboplatyny i paklitakselu).	
	Odsetek pacjentów z inwazyjnymi stadiami I (stopień 3), stadiami IC-IV raka jajnika, jajowodu lub raka otrzewnej, którym podano platynę lub taksany w ciągu 42 dni po cytoredukcji.	
	Odsetek pacjentów z inwazyjnym rakiem jajnika, jajowodu lub otrzewnej, którzy otrzymali profilaktykę żyłnej choroby zakrzepowozatorowej w ciągu 24 godzin od cytoredukcji.	
	Odsetek pacjentów, u których odnotowano wynik ASA i/lub WHO.	
	Odsetek pacjentów, którzy mają raport operacyjny zawierający wszystkie wymagane minimalne elementy.	
	Odsetek pacjentów, którzy mają raport patologiczny, który zawiera wszystkie minimalne wymagane elementy.	
	Odsetek zarejestrowanych poważnych powikłań pooperacyjnych lub zgonów.	
	Odsetek 1-letnich, 3/5-letniego przeżycia.	
Przegląd wskaźników ESGO 2016 / aktualizacja ESGO 2020¹⁸⁶	<p>Wskaźnik całkowitej resekcji chirurgicznej:</p> <p>16) Odsetek pacjentów z zaawansowanym rakiem jajnika u których wykonano całkowitą resekcję chirurgiczną.</p> <p>17) Odsetek pacjentów w stadium III-IV u których wykonano pierwotny zabieg chirurgiczny</p>	<p>Wskaźnik wyników</p> <p>Całkowity wskaźnik cytoredukcji:</p> <p>18) Licznik: liczba pacjentów z zaawansowanym rakiem jajnika u których wykonano całkowitą resekcję chirurgiczną.</p> <p>19) Mianownik: wszyscy pacjenci z zaawansowanym rakiem jajnika skierowani do ośrodka.</p> <p>Wskaźnik pacjentów w stadium III-IV u których wykonano operację pierwotną (upfront surgery):</p> <p>20) Licznik: pacjenci w stadium III-IV, poddawani pierwotnej operacji cytoredukcyjnej.</p> <p>21) Mianownik: wszyscy pacjenci wcześniej nieleczeni.</p> <p>CEL:</p> <p>Całkowity wskaźnik cytoredukcji:</p> <p>22) Optymalny cel: > 65%.</p> <p>23) Minimalny wymagany cel: > 50%.</p>

¹⁸⁶ European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) (2016). Advanced (stage III-IV) ovarian cancer surgery. Quality Indicators. Complete report. Pozyskano z: <https://www.esgo.org/media/2016/10/Advanced-stage-III-IV-ovarian-cancer-surgery-Quality-indicators-Complete-report-1.pdf>, dostęp 08.05.2020 r. zaktualizowany o informacje z: Fotopoulou, C., Concin, N., Planchamp, F., Morice, P., Vergote, I., du Bois, A., & Querleu, D. (2020). Quality indicators for advanced ovarian cancer surgery from the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO): 2020 update. International Journal of Gynecologic Cancer, ijc-2020. Pozyskano z: <https://www.esgo.org/media/2020/03/Article-QI-OC-ijgc-2020-updated.pdf>, dostęp 12.05.2020 r.

		Odsetek pierwotnych zabiegów usuwania masy guza nowotworu dla pacjentów w stadium III-IV: >50%
	Liczba wykonanych operacji cytoredukcyjnych na ośrodek i na chirurga w ciągu roku.	Wskaźnik struktury/ Wskaźnik procesu (liczba operacji na chirurga w roku). CEL: Liczba operacji przeprowadzonych na ośrodek rocznie: 24) Optymalny cel: $N \geq 100$. 25) Cel pośredni: $N \geq 50$. 26) Minimalny wymagany cel: $N \geq 20$ $\geq 95\%$ operacji jest przeprowadzanych lub nadzorowanych przez chirurgów operujących co najmniej 20 pacjentów rocznie.
	Odsetek zabiegów chirurgicznych wykonanych przez ginekologa-onkologa lub wyszkolonego chirurga specjalizującego się w leczeniu nowotworów ginekologicznych.	Wskaźnik procesu LICZNIK: liczba pacjentów z zaawansowanym rakiem jajnika operowana przez specjalistę, dyplomowanego ginekologa onkologa lub, w krajach, w których nie jest organizowana certyfikacja, przez przeszkolonego chirurga zajmującego się leczeniem nowotworów ginekologicznych, stanowiącego ponad 50% jego praktyki lub posiadającego akredytację ESGO MIANOWNIK: wszyscy pacjenci poddawani operacji z powodu zaawansowanego raka jajnika. CEL: $\geq 90\%$
	Uczestnictwo ośrodka w badaniach klinicznych z zakresu ginekologii onkologicznej.	Wskaźnik struktury
	Odsetek pacjentów zaawansowanym rakiem jajnika, których plan leczenia został oceniony podczas multidyscyplinarnego spotkania zespołu.	Wskaźnik procesu LICZNIK: liczba pacjentek z zaawansowanym rakiem jajnika, u których decyzja o interwencji terapeutycznej została podjęta przez MDT. MIANOWNIK: wszystkie pacjentki z zaawansowanym rakiem jajnika, u których podjęto decyzję o interwencji terapeutycznej. CEL: $\geq 95\%$
	Odsetek pacjentów z zaawansowanym rakiem jajnika u których przeprowadzono badania przedoperacyjne.	Wskaźnik procesu OPIS: Nieresekcyjne przerzuty mięsiste zostały wykluczone przez obrazowanie. Nowotwory jajnika i otrzewnej wtórne do raka żołądka i jelit zostały wykluczone za pomocą odpowiednich metod, np. poziomu CA 125 i CEA w osoczu i/lub poprzez biopsję pod kontrolą radiologiczną lub laparoskopową. LICZNIK: liczba pacjentów z zaawansowanym rakiem jajnika, którzy przeszli operację cytoredukcyjną i którym zaoferowano minimalne badanie przedoperacyjne, jak zdefiniowano powyżej. MIANOWNIK: wszyscy pacjenci z podejrzeniem zaawansowanego raka jajnika, którzy przeszli operację cytoredukcyjną. CEL: $\geq 95\%$
	Zarządzanie przed, w trakcie i po operacji.	Wskaźnik struktury OPIS: Minimalne wymagania są następujące: (1) pośredni ośrodek opieki (<i>intermediate care facility</i>) i dostęp do

		<p>oddziału intensywnej terapii w ośrodku, (2) ustanowiono aktywne programy zarządzania w okresie okołoperacyjnym</p>
	Minimalne wymagane elementy w raportach operacyjnych.	<p>Wskaźnik procesu</p> <p>OPIS: Raport operacyjny ma określoną strukturę. Należy opisać wiekość i lokalizację choroby na początku operacji, wszystkie obszary jamy brzusznej. W stosownych przypadkach należy podać rozmiar i lokalizację choroby resztkowej pod koniec operacji oraz powody nieosiągnięcia pełnej cytoredukcji.</p> <p>LICZNIK: liczba pacjentów z zaawansowanym rakiem jajnika przechodzących operację cytoredukcyjną, którzy mają pełny raport operacyjny zawierający wszystkie wymagane elementy, jak zdefiniowano powyżej.</p> <p>MIANOWNIK: wszyscy pacjenci z zaawansowanym rakiem jajnika przechodzący operację cytoredukcyjną.</p> <p>CEL: 90%.</p>
	Minimalne wymagane elementy w raportach patologicznych.	<p>Wskaźnik procesu</p> <p>LICZNIK: liczba pacjentów z zaawansowanym rakiem jajnika poddawanych operacjom cytoredukcyjnym, którzy mają pełny raport patologii, który zawiera wszystkie wymagane elementy, zgodnie z definicją w Międzynarodowej Współpracy w Zakresie Raportowania Histopatologicznego (<i>International Collaboration on Cancer Reporting, ICCR</i>).</p> <p>MIANOWNIK: wszyscy pacjenci z zaawansowanym rakiem jajnika przechodzący operację cytoredukcyjną.</p> <p>CEL: >90%. Tolerancja w ramach tego celu odzwierciedla sytuacje, w których nie jest możliwe przedstawienie wszystkich składników zestawu danych ze względu na niską jakość próbki</p>
	Ustrukturyzowane prospektywne raportowanie powikłań pooperacyjnych.	<p>Wskaźnik wyników</p> <p>OPIS: Dane, które mają być rejestrowane, to reoperacje, radiologia interwencyjna, przyjęcia powtórne z powodu nawrotu choroby, wtórne transfery do oddziałów pośrednich lub intensywnej terapii (<i>secondary transfers to intermediate or intensive care units</i>), oraz zgony.</p> <p>LICZNIK: liczba odnotowanych poważnych powikłań pooperacyjnych lub zgonów wśród pacjentek z zaawansowanym rakiem jajnika, które poddano cytoredukcji.</p> <p>MIANOWNIK: wszystkie powikłania, które wystąpiły u pacjentek z zaawansowanym rakiem jajnika, które poddano cytoredukcji.</p> <p>CEL:</p> <p>27) Optymalny cel: 100% powikłań jest prospektywnie rejestrowanych.</p> <p>28) Minimalny wymagany cel: wybrane przypadki są omawiane na</p>

		konferencjach dotyczących chorobowości i umieralności.
Przegląd wskaźników Esmo 2017 ¹⁸⁷	Wskaźnik optymalnej cytoredukcji w chirurgii pierwotnej.	Szkocja, Australia, ESGO
	Konsultacja zespołu multidyscyplinarnego.	Szkocja, Australia, ESGO
	Minimalne wymagania dotyczące raportowania z zakresu patologii.	Szkocja, ESGO
	Prospektywne zgłaszanie powikłań w trakcie i po operacji.	Szkocja, Australia
	Odpowiednia ocena stopnia zaawansowania we wczesnym stadium choroby.	Szkocja, Australia
	Diagnoza patologiczna przed leczeniem z zastosowaniem neoadjuwantowej chemioterapii.	Szkocja, Australia
	Wskaźnik optymalnej cytoredukcji z interwałową cytoredukcją.	Szkocja, Australia
	Odsetek pacjentów otrzymujących chemioterapię opartą na platynie.	Szkocja, Australia
	Udokumentowany wskaźnik ryzyka złośliwości w I stadium zaawansowania.	Szkocja
	Operacje cytoredukcyjne wykonywane na ośrodek i chirurga/rok.	ESGO
	Operacje przeprowadzane przez ginekologa onkologa.	ESGO
	Udział w badaniach klinicznych.	ESGO
	Odpowiedni sprzęt i wymogi organizacyjne niezbędne w czasie okołoperacyjnym operacji.	ESGO
	Minimalne wymagania dla raportu operacyjnego.	ESGO
	Australia ^{188,189}	Wskaźnik 5-letniego przeżycia – pacjenci z rakiem jajnika.
Liczba pacjentów, którzy otrzymali konsultacje zespołu multidyscyplinarnego po postawieniu diagnozy.		Wskaźnik skuteczności
Liczba pacjentów, którzy zostali poddani leczeniu chirurgicznemu w ciągu 30 dni od diagnozy.		Wskaźnik skuteczności
Liczba pacjentów, którzy zostali poddani radioterapii w ciągu 30 dni od diagnozy.		Wskaźnik skuteczności
Liczba pacjentów, którzy zostali poddani leczeniu systemowemu w ciągu 30 dni od diagnozy.		Wskaźnik skuteczności
Mediana czasu pobytu pacjenta w szpitalu (wyrażona w dniach od dnia przyjęcia do szpitala do dnia wypisu).		Wskaźnik efektywności (wydajności)
Umieralność 30-dniowa po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy zmarli w szpitalu ≤ 30 dni po leczeniu chirurgicznym).		Wskaźnik bezpieczeństwa
Umieralność 90-dniowa po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy zmarli w szpitalu ≤ 90 dni po leczeniu chirurgicznym).		Wskaźnik bezpieczeństwa
Wskaźnik 1-letniego przeżycia po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy żyją po roku od leczenia chirurgicznego).		Wskaźnik bezpieczeństwa
Wskaźnik 2-letniego przeżycia po leczeniu chirurgicznym (odsetek pacjentów, którzy żyją po dwóch latach od leczenia chirurgicznego).		Wskaźnik bezpieczeństwa
Czas do otrzymania pierwszego leczenia (odsetek pacjentów, u których czas od diagnozy do rozpoczęcia leczenia wyniósł ≤ 30 dni).		Wskaźnik dostępności
Terminowość leczenia raka w ośrodkach publicznych i prywatnych.		Wskaźnik dostępności
Terminowość leczenia pacjentów z obszarów wiejskich i odległych (odsetek pacjentów, którzy otrzymali leczenie).		Wskaźnik dostępności
Odsetek pacjentów w wieku powyżej 75 lat, którzy otrzymali leczenie w ciągu 30 dni od diagnozy.		Wskaźnik sprawiedliwości (<i>Equitable</i>)
Odsetek krajowych (miejscowych) pacjentów, którzy otrzymali w ciągu 30 dni od diagnozy.		Wskaźnik sprawiedliwości (<i>Equitable</i>)

¹⁸⁷ Brand, A. H., DiSilvestro, P. A., Sehouli, J., & Berek, J. S. (2017). Cytoreductive surgery for ovarian cancer: quality assessment. *Annals of Oncology*, 28(suppl_8), viii25-viii29. Pozyskano z: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(20\)34659-7/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(20)34659-7/fulltext), dostęp 12.05.2020 r.

¹⁸⁸ Euan T, et al. (2019). *Development and Implementation of a Cancer Quality Index in Queensland, Australia: A Tool for Monitoring Cancer Care*. Pozyskano z: <https://cancerallianceqld.health.qld.gov.au/media/1790/development-and-implementation-of-a-cancer-quality-index-in-queensland-australia-a-tool-for-monitoring-cancer-care.pdf>, dostęp: 07.05.2020.

¹⁸⁹ Queensland Government. (2017). *Queensland Cancer Quality Index: Indicators of safe, quality cancer care. Cancer care in Public and Private Hospitals 2005-2014*. Queensland Health, Brisbane. Pozyskano z: <https://cancerallianceqld.health.qld.gov.au/media/1479/qcqi-2005-2014.pdf>, dostęp 07.05.2020 r.

	Odsetek pacjentów w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej, którzy otrzymali leczenie w ciągu 30 dni od diagnozy.	Wskaźnik sprawiedliwości (<i>Equitable</i>)
--	--	---