



EFEKTYWNE DZIAŁANIE PRZEZ MAPOWANIE
KARDIOLOGIA I ONKOLOGIA



Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa wielkopolskiego

Podsumowanie

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY Z EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO KAPITAŁ LUDZKI



Człowiek – najlepsza inwestycja

www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl



Spis treści

Informacje wstępne	3
I Aspekty demograficzne i epidemiologiczne	3
Struktura ludności	3
Demografia powiatów województwa wielkopolskiego	3
Zachorowania na nowotwory złośliwe	3
Zgony z powodu chorób onkologicznych	4
II Analizy stanu i wykorzystania zasobów	5
Lecznictwo szpitalne	5
1 Szpitale udzielające świadczenia onkologiczne	5
2 Analiza świadczeń szpitalnych	6
3 Analiza świadczeń chemioterapeutycznych	7
4 Analiza świadczeń radioterapeutycznych	8
Obszar Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej	9
Obszar Podstawowej Opieki Zdrowotnej	9
III Prognozy potrzeb zdrowotnych	9
Prognoza demograficzna	9
1 Prognozowana struktura ludności	9
2 Prognozowane zmiany w demografii powiatów województwa wielkopolskiego	10
Prognoza liczby chorych	10
1 Prognoza zachorowalności	10
2 Prognoza 5-letniej chorobowości	10
Prognoza świadczeń	10
1 Zakres szpitalny	10
2 Prognoza świadczeń Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET)	11
3 Zakres chemioterapia	11
4 Zakres radioterapia	11



Informacje wstępne

1. W niniejszym dokumencie uwzględniono rozpoznania onkologiczne z zakresu nowotworów złośliwych z wyjątkiem nieczerniakowych nowotworów skóry oraz nowotworów układu chłonnego i krwiotwórczego (kody: C00-C43, C45-C80, D05 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta)
2. W celu określenia liczby nowo zdiagnozowanych pacjentów onkologicznych w latach 2010-2012 wykorzystano dane Krajowego Rejestru Nowotworów oraz dodatkowo uzupełniono je o informacje sprawozdawcze Narodowego Funduszu Zdrowia, przy czym działanie to nie polegało na bezkrytycznym połączeniu ww. zbiorów. Z bazy KRN ujęci zostali ci pacjenci, którzy mimo wpisu pierwszorazowego zostali, na podstawie udzielonych im świadczeń zakwalifikowani jako pacjenci rozpoznani w latach wcześniejszych (tzw. follow-up). Natomiast z bazy NFZ zostali ujęci pacjenci, którzy zostali sprawozdani z innym nowotworem niż w bazie KRN (nadrzędność bazy KRN nad bazą NFZ) oraz którzy – mimo wpisu pierwszorazowego – zostali na podstawie udzielonych im świadczeń zakwalifikowani jako pacjenci follow-up, jak również pacjenci, których ścieżka leczenia nie wskazywała na leczenie onkologiczne. Informacje o ścieżce leczenia (obejmującej okres 365 dni od pierwszej daty pojawienia się w systemie oraz uwzględniającej informację o sprawozdanych procedurach wg ICD-9, sprawozdanych świadczeń chemioterapii i radioterapii oraz informacji o zgonie pacjenta) posłużyły również do oszacowania stadium zaawansowania nowotworu dla pacjentów, dla których nie było ono określone w bazie KRN.
3. Mając tak przygotowaną informację o pacjentach, świadczenia szpitalne sprawozdane z rozpoznaniem D37-D48 związane z leczeniem zachowawczym lub zabiegowym zostały przekwalifikowane na odpowiednie grupy rozpoznań onkologicznych.

Część I

Aspekty demograficzne i epidemiologiczne

Struktura ludności

W 2014 roku województwo wielkopolskie zamieszkiwało 3,5 mln osób, co stanowi około 9% ludności kraju. Było to 3. pod względem liczby ludności województwo w Polsce. Populacja województwa wielkopolskiego była, w demograficznym sensie, nieco młodsza niż populacja Polski.

Demografia powiatów województwa wielkopolskiego

1. Największą populacją cechował się powiat miasto Poznań (546 tys., 15,7% populacji województwa). Natomiast najmniejsza liczba ludności (37 tys., 1,1% populacji województwa) zamieszkiwała powiat międzychodzki.
2. Jeśli chodzi o zaawansowanie procesu starzenia się ludności w powiatach województwa wielkopolskiego to największe udziały osób w wieku 65 lat i więcej odnotowano w powiatach: miasto Kalisz (18%), miasto Poznań (17,8%) i miasto Konin (17,3%), zaś najmniejsze w powiatach: poznańskim (11%), grodziskim (11,5%) i leszczyńskim (11,8%).

Zachorowania na nowotwory złośliwe

1. W 2012 roku w woj. wielkopolskim zdiagnozowano 14 136 nowych przypadków nowotworów złośliwych, co było 3. wartością w kraju. W przeliczeniu na 100 tys. ludności było to 408 osób – 11.



najwyższa wartość w kraju.

2. Najczęściej rozpoznawanymi nowotworami były nowotwory płuc (2 095 przypadków), nowotwory piersi (1 750), nowotwory jelita grubego (1 317), gruczołu krokowego (1 222) oraz górnego układu pokarmowego (671). Stanowiły one blisko 50% zachorowań na nowotwory złośliwe w woj. wielkopolskim w 2012 roku. Ich udział w strukturze zachorowań nie różnił się znacząco od struktury w Polsce.

Zgony z powodu chorób onkologicznych

1. Nowotwory są drugą co do częstości przyczyną zgonów mieszkańców woj. wielkopolskiego (podobnie jak w przypadku wszystkich pozostałych województw). W latach 2011-2013 były one odpowiedzialne za 25,7% ogółu zgonów mieszkańców województwa (27,3% w przypadku mężczyzn, 24% w przypadku kobiet) i są to wartości nieznacznie wyższe niż wartości odnotowane dla Polski (odpowiednio 24,5%, 26% i 22,8%). Współczynnik rzeczywisty zgonów z powodu nowotworów mieszkańców województwa wielkopolskiego (234,5 na 100 tys. ludności) jest niższy od ogólnopolskiego o 3,6%, przy czym różnica jest mniejsza w przypadku kobiet (2,6%) niż mężczyzn (4,5%). Część tej różnicy wynika z korzystnej struktury wieku ludności województwa wielkopolskiego, gdyż po standaryzacji współczynników względem wieku (wartości SMR) wystąpiła nadwyżka umieralności mieszkańców województwa w stosunku do poziomu w całym kraju i wyniosła 4,1% (dla kobiet 5,1% a dla mężczyzn 3,1%).
2. W województwie wielkopolskim nowotwory złośliwe płuc były najczęstszą przyczyną zgonów wśród nowotworów (23,3%). Wartość wskaźnika SMR dla nowotworu płuc w województwie wielkopolskim jest równa poziomowi krajowemu, przy czym najwyższe wartości odnotowywane były w powiecie średzkim, pilskim, a najniższe w powiecie m. Leszno.
3. Nowotwór złośliwy piersi był odpowiedzialny za 13,7% zgonów kobiet z województwa wielkopolskiego spowodowanych nowotworem. Wartość SMR dla województwa jest nieznacznie wyższa niż w kraju, a wartości tego wskaźnika dla nowotworu piersi w poszczególnych powiatach wskazują, że zagrażały one szczególnie życiu mieszkanki powiatów: krotoszyńskiego, pleszewskiego, ostrowskiego, gnieźnieńskiego i miasta Konin. Najniższe wartości współczynnika odnotowane zostały w powiecie średzkim.
4. Nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego stanowiły w latach 2011-2013 przyczynę 12,4% zgonów z powodu nowotworów złośliwych mieszkańców województwa wielkopolskiego. Odsetek ten jest wyższy od wartości ogólnopolskich o 0,6%. Wartość wskaźnika SMR dla nowotworów dolnego odcinka układu pokarmowego jest nieznacznie wyższa niż w Polsce. W przypadku nowotworów o tym umiejscowieniu najwyższe wartości współczynnika SMR charakteryzują powiaty wrzesiński i krotoszyński – wartość o około 40% wyższa niż wartość dla całego kraju.
5. Kolejnym nowotworem, będącym najczęstszą przyczyną zgonów wśród nowotworów był nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (8% zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród mężczyzn). Udział ten jest dokładnie równy udziałowi ogólnopolskiemu. Wartość wskaźnika SMR jest wyższa niż w Polsce, a najwyższe wartości dla nowotworu gruczołu krokowego występowały w powiatach: nowotomskim, wągrowieckim i leszczyńskim (wartości o ponad 50% wyższe niż w kraju). Korzystna sytuacja występuje w powiatach rawickim i kolskim, gdzie zarówno poziom umieralności jak i niezależne od wieku zagrożenie życia z powodu raka prostaty są o ponad połowę mniejsze od przeciętnych dla całego kraju.
6. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego odpowiadał w województwie wielkopolskim za 3,4% zgonów spowodowanych nowotworami. Wartość współczynnika SMR dla tego nowotworu jest nieznacznie wyższa dla województwa wielkopolskiego niż wartość dla całego kraju. Najwyższe wartości współczynnika SMR występują w powiecie słupeckim i szamotulskim – o ponad 50% wyższe niż w Polsce. Z kolei najniższe wartości współczynnika dla nowotworu pęcherza występują w powiecie grodziskim i kaliskim – wartości o ok 50% niższe niż wartości dla Polski.



Część II

Analiza stanu i wykorzystania zasobów

Lecznictwo szpitalne

1 Szpitale udzielające świadczenia onkologiczne

1. W 2012 roku w Polsce 806 szpitali udzielało świadczeń onkologicznych, z czego 68 znajdowało się na terenie woj. wielkopolskiego. Co trzeci świadczeniodawca był zlokalizowany w mieście na prawach powiatu z czego większość w Poznaniu.
2. Leczenie onkologiczne w Polsce jest dość scentralizowane – 98 świadczeniodawców udzieliło świadczeń onkologicznych 80% pacjentów. Wśród tych jednostek 8 świadczeniodawców zlokalizowanych było na terenie woj. wielkopolskiego. Były to:
 - Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie,
 - Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów,
 - Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o. NZOZ Centrum Medyczne Hcp Lecznictwo Stacjonarne,
 - Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
 - Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie
 - Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
 - Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SPZOZ,
 - Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.
3. Najwięcej pacjentów przyjęło Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie (5,7 tys.; 24,9% pacjentów leczonych w województwie). Kolejna placówka, Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów, hospitalizowała 2 tys. pacjentów (8,7% pacjentów leczonych w województwie), a w Centrum Medycznym HCP Sp. z o.o. leczono 1,7 tys. pacjentów (7,5% pacjentów leczonych w województwie). Spośród 17 świadczeniodawców, którzy leczyli ponad 2% pacjentów w skali województwa, ponad połowa znajdowała się w Poznaniu (9 szpitali).
4. 90% pacjentów hospitalizowanych w woj. wielkopolskim pochodziła z tego województwa. Spośród osób mieszkających poza woj. wielkopolskim a leczących się w tym województwie 1,3 tys. pochodziło z woj. lubuskiego, zaś 0,5 tys. z woj. zachodniopomorskiego. Świadczeniodawcą udzielającym najwięcej świadczeń pacjentom spoza województwa był Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (310 pacjentów, 20,8% udział wśród wszystkich leczonych pacjentów z chorobą nowotworową). Analizując przepływy pacjentów wewnątrz woj. wielkopolskiego należy stwierdzić, iż najwięcej pacjentów migruje do miasta Poznań, nawet z najbardziej oddalonych powiatów tj. kępińskiego, złotowskiego lub kolskiego.
5. Średnio na 1 pacjenta w woj. wielkopolskim przypadało 2,32 hospitalizacji. Najwyższe wartości tej statystyki zaobserwowano dla Pleszewskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. (3,37). Średnio ponad 3 hospitalizacje na pacjenta zaobserwowano jeszcze w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (3,15). Szpital, który w 2012 roku przyjął najwięcej pacjentów onkologicznych, a więc Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie charakteryzowany był przez dziesiątą najwyższą wartość tej statystyki (1,9).
6. W woj. wielkopolskim pacjenci onkologiczni byli najczęściej hospitalizowani na oddziale urologicznym (3,4 tys. pacjentów), onkologicznym (3,3 tys. pacjentów) oraz na oddziale onkologii klinicznej/chemioterapii (2,9 tys. pacjentów). Ponadto w 11 szpitalach pacjenci onkologiczni byli hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych, a w 10 na oddziałach chirurgii ogólnej.



7. W szpitalach, które leczyły ponad 2% pacjentów w skali województwa, najwięcej pacjentów było hospitalizowanych w zakresie onkologii klinicznej (5,5 tys.), chemioterapii (5 tys.), chirurgii onkologicznej (3,7 tys.) oraz urologii (3,5 tys.). Znacząca liczba pacjentów była hospitalizowana także w zakresie choroby płuc (1,6 tys.) oraz chirurgia ogólna (1,5 tys.).
8. Znaczna koncentracja świadczeń w jednym zakresie została zaobserwowana w Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu - 99% pacjentów leczonych było w zakresie urologii. W tym samym zakresie leczono pacjentów w NZOZ "Szpital w Puszczykowie im. Prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego" (82%) i Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym (59%). W Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy K. Kalisza 80% pacjentów onkologicznych było leczonych w zakresie chorób płuc. W Ars Medical Sp. z o.o. 68% pacjentów było hospitalizowanych w zakresie onkologii klinicznej.
9. Ponad 3/4 pacjentów onkologicznych w woj. wielkopolskim została przyjęta w trybie planowym na podstawie skierowania (największy udział 100% planowych pacjentów było w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k. Kalisza). Co piąty pacjent był przyjęty w trybie nagłym, ale nie poprzez przekazanie przez zespół ratownictwa medycznego. Przyjęcia nagłe dominowały w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu.
10. W woj. wielkopolskim największą liczbę pacjentów leczonych w trybie szpitalnym stanowili pacjenci z nowotworem złośliwym płuc (4,6 tys.) oraz nowotworem złośliwym piersi (3,4 tys.). Najmniej odnotowano przypadków nowotworów złośliwych jądra (0,3 tys.). W Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów oraz w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k. Kalisza ponad 85% pacjentów z nowotworami stanowili pacjenci z nowotworami płuc. Z kolei Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 94% pacjentów leczył na nowotwory żeńskich narządów płciowych (szyjki macicy, trzony macicy i jajnika). Warto zwrócić uwagę na stosunkowo wysoki odsetek pacjentów z nowotworem tarczycy w Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (38%).
11. Najliczniejszą grupą pacjentów onkologicznych w woj. wielkopolskim w latach 2010-2012 stanowili chorzy z nowotworem złośliwym płuc. Ponad połowa tych pacjentów była leczona w Poznaniu, z czego większość w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów. W 17 szpitalach o największej liczbie hospitalizowanych pacjentów dominującym stadium nowotworu płuc było stadium IV. W większości szpitali pacjenci z rozpoznaniem nowotworu w stadium I i II stanowili mniej niż 20% nowych przypadków. Na tym tle wyróżnia się Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, gdzie pacjenci Ci stanowili aż 25%.
12. W przypadku nowotworów złośliwych piersi oraz dolnego odcinka układu pokarmowego zdecydowana większość pacjentów leczona była w Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego leczone były natomiast głównie w Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, a nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym.

2 Analiza świadczeń szpitalnych

1. W 2012 roku świadczeniodawcy w woj. wielkopolskim sprawozdali 13,2 tys. JGP zabiegowych oraz ponad 11 tys. JGP zachowawczych. W województwie tym dominowali świadczeniodawcy sprawozdający stosunkowo małą liczbę hospitalizacji – do 600 hospitalizacji onkologicznych (z wyłączeniem hospitalizacji do chemio- i radioterapii). 11 świadczeniodawców sprawozdało ponad 600 takich hospitalizacji. Wśród tych świadczeniodawców 1 sprawozdawał głównie świadczenia zachowawcze. Stosunek świadczeń zachowawczych do zabiegowych wynosił w jego przypadku 2,5:1. Przy założeniu, że struktura pacjentów względem typu nowotworu i stadium zaawansowania jest zgodna ze strukturą wojewódzką jedynie 3 spośród 11 największych świadczeniodawców sprawozdawałoby świadczenia zabiegowe i zachowawcze w stosunku wyższym niż 2:1.



2. Duże placówki (sprawozdające powyżej 1 tys. JGP zabiegowych) o korzystnej relacji JGP zabiegowych do zachowawczych (tj. równej lub wyższej niż relacja wojewódzka) zlokalizowane były w Poznaniu. Większość pozostałych placówek sprawozdawało stosunkowo mało świadczeń zabiegowych lub cechowało się niekorzystnym stosunkiem liczby sprawozdanych JGP zachowawczych do zabiegowych. Co więcej, wiele z nich było stosunkowo małych (mniej niż 250 JGP zabiegowych rocznie) oraz były zlokalizowane w niewielkiej odległości od pozostałych placówek.
3. Liczba JGP zabiegowych, w ramach których sprawozdano procedury radykalne w analizowanym województwie wyniosła w 2012 roku około 7 tys. Spośród świadczeniodawców sprawozdających JGP zabiegowe 82% sprawozdało mniej niż 200 zabiegów radykalnych w 2012 roku. Oznacza to, że świadczeniodawcy ci wykonali średnio mniej niż 1 zabieg radykalny dziennie. Obserwacja ta świadczy o znacznym rozproszeniu miejsca wykonywania świadczeń z zakresu chirurgii radykalnej w województwie wielkopolskim.
4. Zależność pomiędzy liczbą zabiegów chirurgicznych wykonywanych rocznie w szpitalu a efektywnością tych zabiegów była tematem licznych opracowań medycznych i statystycznych w ostatnim XX-leciu. Ogólnym wnioskiem płynącym z tych prac jest dodatnia zależność pomiędzy liczbą pacjentów, którzy w danym ośrodku poddani byli konkretnemu typowi zabiegu chirurgicznego, a jakością leczenia. Zakładając minimalną liczbę zabiegów z zakresu chirurgii radykalnej na poziomie 60 zabiegów rocznie¹, to w woj. wielkopolskim tylko 5 świadczeniodawców spełniało ww. kryterium w przypadku leczenia nowotworów dolnego odcinka układu pokarmowego. Pozostałych 40 świadczeniodawców sprawozdało łącznie 666 tego typu zabiegów, co pozwoliłoby na funkcjonowanie maksymalnie 11 dodatkowych świadczeniodawców spełniających średnio ww. kryterium (zmniejszenie o 29 ośrodków). W przypadku chirurgii piersi jedynie 4 z 18 świadczeniodawców spełniło to kryterium. Koncentracja pozostałych rozproszonych zabiegów (łącznie 154) umożliwiłaby spełnienie rozważanego kryterium jedynie 2 dodatkowym świadczeniodawcom (zmniejszenie o 12). W przypadku nowotworów gruczołu krokowego żaden z 14 świadczeniodawców nie sprawozdał powyżej 60 zabiegów radykalnych (łącznie 173), a ich koncentracja pozwoliłaby na funkcjonowanie 3 świadczeniodawców (zmniejszenie o 11).
5. Wymiarem pod kątem którego przeprowadzono analizę JGP zachowawczych sprawozdawanych przez świadczeniodawców jest średni czas pobytu. Wśród świadczeniodawców sprawozdających co najmniej 400 JGP zachowawczych 4 charakteryzowało się przez wartość tej statystyki na poziomie 2,5 - 4 dni. Dla pozostałych 3 świadczeniodawców z tej grupy, wartość analizowanej statystyki przekroczyła ALOS dla województwa i osiągnęła poziom od 5 do 8 dni.
6. W 2012 roku w województwie wielkopolskim 64 świadczeniodawców sprawozdawało JGP zachowawcze i zabiegowe w ramach świadczeń onkologicznych. Świadczeniodawcy ci sprawozdali około 13,2 tys. JGP zabiegowych oraz 11 tys. JGP zachowawczych. Zaobserwowano silne rozproszenie wykonywanych operacji (o charakterze radykalnym i pozostałych) – 82% świadczeniodawców sprawozdało mniej niż 200 operacji rocznie, dla wszystkich analizowanych grup nowotworów. Co więcej wykazano, wiele małych placówek (poniżej 250 JGP radykalnych rocznie) oraz tych o niekorzystnym stosunku JGP zabiegowych do zachowawczych jest zlokalizowanych w bliskiej odległości od innych placówek (przy analizie wyeliminowano wpływ struktury typu i stadium nowotworu).
7. Zgodnie z literaturą liczba operacji może wpływać negatywnie na jakość i bezpieczeństwo świadczeń. W przypadku nowotworu dolnego odcinka układu pokarmowego 40 świadczeniodawców sprawozdało mniej niż 60 zabiegów radykalnych w analizowanym okresie. W przypadku nowotworu piersi liczba ta wyniosła 14 natomiast w przypadku nowotworu gruczołu krokowego nie odnotowano świadczeniodawcy, który osiągnął tę wartość. Istnieje więc pole do potencjalnego polepszenia jakości i bezpieczeństwa świadczeń poprzez koncentrację rozproszonych świadczeń.

3 Analiza świadczeń chemioterapeutycznych

1. W roku 2012 w województwie wielkopolskim funkcjonowało 23 placówki realizujące świadczenia chemioterapii i posiadające umowę na realizację tych świadczeń z płatnikiem publicznym. Aż 10 z nich znajdowało się w Poznaniu.

¹W pełnej treści Mapy dla województwa wielkopolskiego rozważono również scenariusze zakładające minimalną liczbę zabiegów na poziomie 150 oraz 250.



2. W województwie wielkopolskim przeważały świadczenia chemioterapii w trybie jednodniowym.
3. Wojewódzka relacja liczby pacjentów, którym została podana chemioterapia w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym do liczby pacjentów hospitalizowanych była bliska 1,5:1. Z kolei biorąc pod uwagę liczbę osobodni, to w województwie wielkopolskim zdecydowanie przeważały te udzielane w trybie hospitalizacji - na każdy osobodzień hospitalizacji w trybie ambulatoryjnym przypadają ponad trzy osobodni w trybie hospitalizacyjnym. Rozmieszczenie świadczeń tego typu w poszczególnych powiatach okazało się, że nie jest zależne w znacznym stopniu od struktury grup nowotworów i stadiów ich zaawansowania. Standaryzacja liczby chemioterapii na 1 000 pacjentów w poszczególnych trybach wskazuje, iż struktura grup nowotworów i ich stadium zaawansowania nie były jedynymi czynnikami wpływającymi na liczbę świadczeń chemioterapii w tych trybach przypadającą na 1 000 pacjentów. Najmniejszy udział świadczeń chemioterapii udzielanej w trybie innym niż hospitalizacja zaobserwowano w przypadku pacjentów pochodzących z miasta Konin oraz powiatów konińskiego i kolskiego.

4 Analiza świadczeń radioterapeutycznych

1. W woj. wielkopolskim w 2012 roku 4 ośrodki udzielały świadczeń z zakresu radioterapii. Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie sprawozdało świadczenia z zakresu teleradioterapii 4,2 tys. pacjentom, a zakresu brachyterapii 0,74 tys. pacjentom. Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o. przyjęło 1,15 tys. pacjentów w zakresie teleradioterapii oraz 0,43 tys. pacjentów w zakresie brachyterapii. Z kolei Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego sprawozdał wyłącznie brachyterapię u 4 pacjentów. Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego jako jedyne w województwie wielkopolskim leczyło pacjentów terapią izotopową (645 osób). Pacjentom z tego województwa rozliczono ponad 3,5 tys. świadczeń teleradioterapii radykalnej oraz prawie 2,1 tys. świadczeń teleradioterapii paliatywnej.
2. Pacjenci z poszczególnych powiatów korzystali z tych świadczeń w zróżnicowanym stopniu (wyniki te potwierdzają również dane eliminujące wpływ rodzaju nowotworu oraz jego stadium). W skali województwa na 100 pacjentów onkologicznych przypadało 14,6 świadczeń w zakresie teleradioterapii radykalnej. Najczęściej korzystali z nich pacjenci mieszkający w powiatach: m. Leszno, m. Kalisz, ostrzeszowskim, kościańskim, wągrowieckim, jarocińskim, tureckim, obornickim oraz międzychodzkiem. Najniższą liczbę świadczeń teleradioterapii na pacjenta odnotowano w powiatach kępińskim, kaliskim, pleszewskim, słupeckim, kolskim, chodzieskim i śremskim. Mediana dla powiatów województwa wielkopolskiego wyniosła 14,3 świadczenia w zakresie teleradioterapii radykalnej na 100 pacjentów onkologicznych.
3. Należy zaznaczyć, że zjawisko spadku liczby świadczeń wraz ze wzrostem odległości od najbliższego ośrodka z akceleratorem jest w województwie wielkopolskim nasilone w podobnym stopniu jak w skali całego kraju. Wskazują na to zbliżone wartości współczynników korelacji liniowej pomiędzy liczbą świadczeń teleradioterapii na 100 pacjentów onkologicznych, a odległością od najbliższego ośrodka wyposażonego w akcelerator liniowy. W skali kraju współczynnik ten wyniósł -0,38, natomiast dla powiatów województwa wielkopolskiego -0,4.
4. Podsumowując województwo wielkopolskie charakteryzowało się średnią w skali kraju dostępnością do świadczeń teleterapii - było ósmym z najwyższym, standaryzowanym między województwami, współczynnikiem wykorzystania teleterapii (24,5 świadczenia na 100 pacjentów onkologicznych). Było też piątym województwem w Polsce z najwyższą wartością standaryzowanego współczynnika wykorzystania hospitalizacji do teleterapii (12,9 osobodnia hospitalizacji do teleterapii na pacjenta leczonego w tym zakresie). W województwie wielkopolskim wyraźnie widoczne są zależności między odległością powiatu od najbliższego ośrodka z zainstalowanym przyspieszaczem liniowym, a współczynnikami wykorzystania teleterapii i hospitalizacji do teleterapii. Przyjmując porządek ustalony przez współczynnik korelacji Pearsona należy stwierdzić, że zależności te w województwie wielkopolskim mają podobne nasilenie do tych zaobserwowanych w skali całego kraju.



Obszar Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej

Świadczeniodawcy udzielający świadczenia onkologiczne

1. W roku 2012 na terenie kraju znajdowało się 4 603 podmioty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w których realizowano świadczenia onkologiczne, z czego świadczenia onkologiczne realizowane były przez 505 podmiotów w województwie wielkopolskim. W analizowanym okresie prawie 1/4 podmiotów znajdowała się w Poznaniu (118).
2. Pod względem liczby mieszkańców przypadających na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na 1. pozycji znajduje się powiat kaliski (20,6 tys.). Kolejne miejsca zajmują powiaty międzychodzki (18,6 tys.) oraz koniński (18,3 tys.). Najmniejsza wartość tego wskaźnika cechuje Konin (2,8 tys. osób na podmiot), Leszno (3,8 tys. osób na podmiot) oraz powiat ostrzeszowski (4,3 tys. osób na podmiot).
3. Najwięcej pacjentów onkologicznych przyjęto w Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Było ich 25 815, co stanowiło 45% wszystkich unikalnych pacjentów przyjmowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w woj. wielkopolskim.

Obszar Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Świadczeniodawcy POZ

W maju 2015 roku w woj. wielkopolskim zarejestrowane były 647 podmioty świadczące świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Na 1 podmiot podstawowej opieki zdrowotnej w woj. wielkopolskim przypada 5,4 tys. mieszkańców. Najwięcej mieszkańców na 1 podmiot POZ przypadało w powiecie gnieźnieńskim (8,7 tys.), obornickim (8,6) oraz w Lesznie (8,2). Przeciętnie liczba świadczeń przypadająca na jednego mieszkańca woj. wielkopolskiego wynosi 4,11, przy czym częściej ze świadczeń korzystają kobiety (4,59) niż mężczyźni (3,61). Rozkład świadczeń w przeliczeniu na mieszkańca nie wykazuje dużego zróżnicowania pomiędzy powiatami. Największa liczba świadczeń na 1 podmiot POZ cechuje miasto Kalisz (88,9 tys.), powiaty obornicki (40 tys.) oraz nowotomyski (34,3).

Część III

Prognozy potrzeb zdrowotnych

Prognoza demograficzna

1 Prognozowana struktura ludności

1. Prognozuje się, że w okresie 2014-2029 liczba mieszkańców woj. wielkopolskiego wzrośnie o 3,7 tys. osób, czyli 0,1%, przy czym w tym okresie ludność Polski ogółem spadnie o 3%.
2. Struktura wieku i płci woj. wielkopolskiego będzie zmieniać się podobnie jak struktura średnia w Polsce. Nadal pozostanie ono województwem o nieznacznie młodszej strukturze.



2 Prognozowane zmiany w demografii powiatów województwa wielkopolskiego

1. Oczekuje się, że do 2029 liczba mieszkańców części powiatów woj. wielkopolskiego będzie ulegała zmniejszeniu (nawet o -15% w m. Konin), ale w części wzrośnie (do 26% w powiecie poznańskim).
2. Zmiany struktury demograficznej powiatów woj. wielkopolskiego będą przebiegać podobnie jak dla całego województwa, a największych zmian w udziałach poszczególnych grup wieku należy spodziewać się w Kaliszu, Koninie i Lesznie.

Prognoza liczby chorych

1 Prognoza zachorowalności

1. Uwzględniając wyłącznie procesy demograficzne szacuje się, że w okresie 2016-2029 liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych wzrośnie z poziomu 15,5 tys. do 18,9 tys. (+3,4 tys.; +22,3%). Pod względem dynamiki wzrostu liczby nowych przypadków województwo to jest na miejscu 1. w Polsce.
2. W analizowanej perspektywie nowe przypadki nowotworów płuc (+0,5 tys.; +21%), nowotwory piersi (+0,29 tys., +17%), jelita grubego (+0,36 tys., +28%) i gruczołu krokowego (+0,47 tys., +34%) będą nadal dominującymi grupami nowotworów.

2 Prognoza 5-letniej chorobowości

1. Prognozowana 5-letnia chorobowość onkologiczna wzrośnie w latach 2016-2029 o 8 tys. przypadków (tj. z poziomu 41 tys. do 49 tys.; +18%).
2. Największa chorobowość 5-letnia w województwie wielkopolskim będzie dotyczyć nowotworów złośliwych piersi i będzie wynosić 7 328 osób. Drugim typem nowotworu o największej 5-letniej chorobowości będą nowotwory gruczołu krokowego - 5 222 osób. Te same dwie grupy nowotworów będą odznaczać się najwyższą chorobowością w roku 2029 - dla nowotworu piersi będzie to 8 152 osób, a dla nowotworu gruczołu krokowego 7 048 osób.

Prognoza świadczeń

1 Zakres szpitalny

Przeprowadzone analizy (uwzględniając jedynie zmiany demograficzne, *ceteris paribus*) wskazują, że łączne zapotrzebowanie na hospitalizacje celem wykonania zabiegów chirurgicznych uznane jako radykalne wzrośnie z poziomu ok. 6,6 tys. w roku 2016 do poziomu ok. 7,7 tys. w 2029 r. (+17%).

Jednak maksymalna liczba umów na udzielanie świadczeń w zakresie skojarzony "pakiet onkologiczny" w 2016 r. powinna być zmniejszona w niektórych zakresach stosunku do roku 2015 i nie powinna być większa niż: 19 – w zakresie chirurgia ogólna - zakres skojarzony pakiet onkologiczny, 11 – w zakresie urologia - zakres skojarzony pakiet onkologiczny, 8 – w zakresie położnictwo i ginekologia - zakres skojarzony pakiet onkologiczny, 7 – otolaryngologia - zakres skojarzony pakiet onkologiczny, 2 – neurochirurgia - zakres skojarzony pakiet onkologiczny. Powyższe wartości wynikają z konieczności centralizacji radykalnego leczenia chirurgicznego, które jest niezbędne do zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa pacjenta.



2 Prognoza świadczeń Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET)

W woj. wielkopolskim prognozowane na 2029 rok zapotrzebowanie na świadczenia PET dla mieszkańców województwa (na bazie obecnej realizacji, uwzględniając świadczenia udzielone w innych województwach) nie mieści się w obecnie (2014) raportowanej liczbie wykonanych badań PET w województwie (3908). Dodatkowo, liczba ta mieści się w obecnym potencjale, wyliczonym na podstawie raportu na temat stanu radioterapii w Polsce (na dzień 31.12.2014 r., liczba urządzeń: 2).

3 Zakres chemioterapia

1. W scenariuszu maksymalnym, w badanym horyzoncie czasowym szacuje się nieznaczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia w zakresie chemioterapii (hospitalizacja, jednodniowa, ambulatoryjna) z 103,6 tys. osobodni w roku 2016 do 115,8 tys. osobodni w roku 2029 (+ 11,8%).
2. W scenariuszu minimalnym, w badanym horyzoncie czasowym szacuje się nieznaczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia w zakresie chemioterapii (hospitalizacja, jednodniowa, ambulatoryjna) z 45,7 tys. osobodni w roku 2016 do 51,6 tys. osobodni w roku 2029 (+12,9%).
3. Przeprowadzona analiza wskazuje, że w województwie wielkopolskim optymalna liczba ośrodków realizujących świadczenia chemioterapii w scenariuszu minimalnym nie zmieni się, a w wariantcie maksymalnym pojawi się zapotrzebowanie na jeden nowy ośrodek.

4 Zakres radioterapia

1. W woj. wielkopolskim w 2014 roku znajdowało się 12 akceleratorów liniowych do teleradioterapii. Dziesięć znajdowało się w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu (w tym jeden wyłącznie do teleterapii śródoperacyjnej), a dwa w Euromedic Onkoterapia w Poznaniu. Na 1 akcelerator przypadało 315 tys. ludności, przez co nie zostały spełnione wymogi zaleceń ESTRO z 2005 roku (1 akcelerator na 250 tys. ludności), ani IAEA z 2010 roku (1 akcelerator na 180 tys. ludności). Pod względem ludności na 1 akcelerator woj. wielkopolskie znajdowało się na 10. miejscu w Polsce.
2. W 2014 roku liczba pacjentów, którym udzielano świadczeń teleradioterapii wyniosła 5,7 tys., co oznacza że na 1 akcelerator przypadało średnio 518 pacjentów (nie spełnione zalecenia IAEA z 2010 roku rekomendujące 450 pacjentów na akcelerator).
3. Średni wiek akceleratora w woj. wielkopolskim wynosił 7 lat. Analizowane województwo w 2014 charakteryzowało się trzecim najwyższym średnim wiekiem akceleratora. W woj. wielkopolskim 3 akceleratory nie spełniały kryterium wieku, ustalonego na poziomie 10 lat.
4. Prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu teleterapii na 2025 rok wyniosło w województwie wielkopolskim 7,9 tys.
5. W województwie wielkopolskim w 2015 roku zainstalowane było 10 przyspieszaczy liniowych (wszystkie w Poznaniu - bez aparatury do teleterapii śródoperacyjnej oraz bez cyberknife). Zgodnie z modelem optymalizacji lokalizacji przyspieszaczy liniowych na w roku 2025 w województwie wielkopolskim powinno być zainstalowanych 19 przyspieszaczy liniowych (10 w Poznaniu, 3 w Kaliszu i po 2 w Lesznie, Pile i Koninie).