



IOOZ | INSTYTUT ORGANIZACJI OCHRONY
ZDROWIA UCZELNI ŁAZARSKIEGO

**ANALIZA DOSTĘPNOŚCI DO LECZENIA
ONKOLOGICZNEGO ORAZ FINANSOWANIA
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU
CHEMIOTERAPII W 2012 ROKU**

ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM NOWYCH
TERAPII ONKOLOGICZNYCH

PROJEKT BADAWCZY ZREALIZOWANY DZIĘKI WSPARCIU PFIZER POLSKA
Warszawa, Styczeń 2013



AUTORZY - ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Magdalena Wiciak-Obrębska

Jakub Gierczyński

Jerzy Gryglewicz

Anna Drapała

Tomasz Parol

REDAKCJA NAUKOWA

Małgorzata Gałązka-Sobotka

OPRACOWANIE GRAFICZNE I SKŁAD DTP

Laboratorium Artystyczne

www.laboratoriumartystyczne.pl

© Copyright by Uczelnia Łazarskiego

Warszawa 2013

ISBN 978-83-64054-12-9

WYDAWCA

Uczelnia Łazarskiego

ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa Polska

+ 48 /22/ 54-35-450, + 48 /22/ 54-35-410

wydawnictwo@lazarski.edu.pl

www.lazarski.pl

SPIS TREŚCI

1. Wstęp	5
2. Podstawy prawne związane z realizacją świadczeń z zakresu chemioterapii	6
3. Proces refundacyjny dotyczący leków onkologicznych	9
4. Finansowanie świadczeń z zakresu chemioterapii w 2012 r.	11
4.1. Finansowanie chemioterapii – hospitalizacja z zakresem skojarzonym	12
4.2. Finansowanie chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	14
4.3. Finansowanie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	17
5. Finansowanie świadczeń z zakresu programów lekowych w onkologii w 2012 r.	20
5.1. Finansowanie leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)	21
5.2. Finansowanie leczenia zaawansowanego raka jelita grubego	24
5.3. Finansowanie leczenia raka wątrobokomórkowego	27
5.4. Finansowanie leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca	29
5.5. Finansowanie leczenia zaawansowanego włókniakomięsaka guzowatego skóry (DFSP)	31
5.6. Finansowanie leczenia mięsaków tkanek miękkich	34
5.7. Finansowanie leczenia raka piersi	36
5.8. Finansowanie leczenia raka nerki	39
5.9. Finansowanie leczenia glejaków mózgu	41
5.10. Finansowanie leczenia chłoniaków złośliwych	43
5.11. Finansowanie leczenia opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytozy	46
5.12. Finansowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej	48
6. Finansowanie świadczeń z zakresu chemioterapii niestandardowej w 2012 r.	51
7. Analiza dostępności pacjentów do świadczeń onkologicznych w poszczególnych województwach	54

8. Ograniczenia w dostępie do nowych terapii onkologicznych z perspektywy pacjentów, świadczeniodawców, płatnika oraz producentów	79
9. Nowe cząsteczki w leczeniu nowotworów zarejestrowane przez EMA w 2012 r.	82
10. Nowe molekuly stosowane w onkologii na etapie badań klinicznych	84
11. Sprzedaż leków onkologicznych w Europie	86
12. Przykłady rozwiązań umożliwiających pacjentom dostęp do nowych terapii onkologicznych z uwzględnieniem modyfikacji aktualnie finansowanych świadczeń	87
12.1. Modyfikacja terapeutycznego programu zdrowotnego „świadczenie chemioterapia niestandardowa”	88
12.2. Wprowadzenie centralnej kwalifikacji do leczenia w ramach świadczenia chemioterapia niestandardowa przez zespół koordynacyjny	89
12.3. Wyodrębnienie w umowach na realizację chemioterapii środków przeznaczonych na finansowanie leków spoza katalogu chemioterapii oraz katalogu substancji czynnych finansowanych w ramach programów lekowych	91
12.4. Wprowadzenie możliwości rozliczenia nowych terapii onkologicznych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne	92
13. Wnioski i rekomendacje	94
14. Recenzja raportu sporządzona przez prof. dr hab. med. Macieja Krzakowskiego, krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii klinicznej	96
15. Spis tabel	99
16. Spis wykresów	101

1. WSTĘP

Uczelnia Łazarskiego w Warszawie zrealizowała projekt badawczy pt. Analiza dostępności do leczenia onkologicznego oraz finansowania świadczeń z zakresu chemioterapii ze szczególnym uwzględnieniem nowych terapii onkologicznych.

Raport zawiera między innymi szczegółowe dane dotyczące świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia, programy lekowe dedykowane leczeniu schorzeń onkologicznych oraz terapeutyczny program zdrowotny „świadczenie chemioterapia niestandardowa” w 2012 roku.

W opracowaniu przeprowadzono analizy dla poszczególnych województw uwzględniające zarówno aktualny potencjał świadczeniodawców, jak i zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu chemioterapii, onkologicznych programów lekowych oraz chemioterapii niestandardowej. Przedstawiono także strukturę wydatków na świadczenia onkologiczne w poszczególnych województwach, a także poziom ich finansowania *per capita*.

Jednym z celów projektu była identyfikacja barier w dostępie do nowych technologii lekowych, stosowanych w onkologii finansowanych ze środków publicznych, oraz przegląd nowych produktów leczniczych, które zostały dopuszczone do obrotu na terenie Unii Europejskiej we wskazaniach onkologicznych w 2012 r. i w latach poprzednich.

Ze względu na fakt, że świadczenie chemioterapia niestandardowa będzie realizowane tylko do końca 2013 r., w ramach projektu opracowano propozycje rozwiązań systemowych, umożliwiających polskim pacjentom dostęp do nowych terapii onkologicznych, od rejestracji produktu leczniczego w Unii Europejskiej do wydania dla leku pierwszej decyzji refundacyjnej przez ministra zdrowia.

Rozwiązania te zostały zaprojektowane jako świadczenia opieki zdrowotnej, możliwe do implementacji w ramach obecnie funkcjonujących aplikacji rozliczeniowych publicznego płatnika lub alternatywne rozwiązania, których wdrożenie będzie wymagało jedynie niewielkich zmian obowiązujących aktów prawnych regulujących obszar refundacji leków.

Każde zaproponowane rozwiązanie uwzględnia potrzebę stałej kontroli wydatków publicznych związanych z finansowaniem nowych terapii onkologicznych oraz konieczność przeprowadzenia pełnego procesu refundacyjnego i oceny technologii medycznej dla każdego nowego leku, który docelowo powinien być finansowany zgodnie z zasadami opisanymi w ustawie refundacyjnej.

2. PODSTAWY PRAWNE ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU CHEMIOTERAPII

Do podstawowych aktów regulujących w polskim systemie prawnym zasady finansowania leków onkologicznych ze środków publicznych należą:

1. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), zwana dalej ustawą refundacyjną;
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. Nr 164, poz. 1027), zwana dalej ustawą o świadczeniach;
3. Rozporządzenie z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.), zwane dalej rozporządzeniem;
4. Obwieszczenia wykazów leków refundowanych wydawane na podstawie art. 37 ustawy refundacji, zwane dalej obwieszczeniem;
5. Zarządzenie Nr 26/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, zmienione zarządzeniem Nr 41/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lipca 2012 r., zarządzeniem Nr 43/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r., zarządzeniem Nr 61/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 października 2012 r. oraz zarządzeniem Nr 92/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2012 r. oraz zarządzeniem Nr 102/2012 z dnia 21 grudnia 2012 r.;
6. Zarządzenie Nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), zmienione zarządzeniem Nr 42/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lipca 2012 r. oraz zarządzeniem Nr 66/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 października 2012 r. oraz zarządzeniem Nr 95/2012 z dnia 18 grudnia 2012 r.

Zgodnie z ustawą refundacyjną leki onkologiczne są objęte finansowaniem ze środków publicznych, w przypadku gdy uzyskają refundację na podstawie decyzji administracyjnej ministra zdrowia lub są przedmiotem świadczenia opieki zdrowotnej udzielanego w ramach systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Decyzja o refundacji leków ze środków publicznych może zostać wydana na wniosek¹ lub z urzędu².

Dodatkowo leki onkologiczne, jeżeli nie są przedmiotem decyzji o refundacji, mogą być finansowane ze środków publicznych, jeżeli stanowią składową kosztową świadczenia udzielanego np. w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów lub świadczenia - chemioterapia niestandardowa.

Leki onkologiczne mogą być refundowane w następujących kategoriach dostępności refundacyjnej³:

1. Lek dostępny w aptece na receptę:
 - w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń,

1 Art. 24 ustawy o refundacji.

2 Art. 40 ustawy o refundacji.

3 Art. 6 ust. 1 ustawy o refundacji.



- we wskazaniu określonym stanem klinicznym.
2. Lek stosowany w ramach programu lekowego.
 3. Lek stosowany w ramach chemioterapii:
 - w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń,
 - we wskazaniu określonym stanem klinicznym.
 4. Lek stosowany w ramach udzielania świadczeń gwarantowanych, innych niż wymienione w pkt 1-3 (np.: świadczenia udzielane w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów).

Sposób finansowania leków onkologicznych jest różny i zależy od kategorii dostępności refundacyjnej.

Produkty lecznicze, objęte kategorią dostępności refundacyjnej określoną w pkt 1., są refundowane do wysokości ustalonego limitu ceny i są nabywane w aptece ogólnodostępnej na podstawie recepty. W zależności od ustalonej odpłatności leku i wysokości limitu jego ceny, pacjent otrzymuje z apteki lek bezpłatnie, za opłatą ryczałtową bądź określoną odpłatnością⁴.

Produkty lecznicze, objęte kategorią dostępności refundacyjnej określoną w pkt 2., są dostępne bezpłatnie⁵ dla pacjentów objętych danym programem lekowym. Koszty tych leków są pokrywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu⁶ (umowa w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie programy zdrowotne (lekowe), której zasady realizacji określa zarządzenie Nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z późn. zm.).

Tożsama jest sytuacja w przypadku leków onkologicznych, objętych kategorią dostępności refundacyjnej, określonej w punkcie 3. Produkty te są również dostępne dla pacjenta bezpłatnie⁷, a ich koszt pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach finansowania kontraktów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej (umowa w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie - chemioterapia, której sposób realizacji określa zarządzenie Nr 26/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z późn. zm.).

W odniesieniu do leków, o których mowa w punkcie 4., urzędowa cena leku może być ustalona na wniosek lub z urzędu, w przypadku gdy koszty tego leku stanowią istotną składową kosztową świadczeń gwarantowanych⁸ (np. świadczenia udzielanego w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów lub świadczenia - chemioterapia niestandardowa).

Obecnie funkcjonuje jeszcze dodatkowy mechanizm refundowania kosztów terapii lekami onkologicznymi. Został on uregulowany w art. 70 ustawy o refundacji i jest pozostałością po systemie prawnym refundacji leków, funkcjonującym przed 1 stycznia 2012 r. Zgodnie z powyższym artykułem pacjent ma prawo do refundacji ze środków publicznych świadczenia realizowanego w ramach świadczenia chemioterapia niestandardowa, które stanowiło przedmiot umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne, pod warunkiem, że świadczenie to było refundowane przed dniem 1 stycznia 2012 r., czyli przed zmianą zasad refundacji leków w polskim systemie prawnym. Świadczenia określone w art. 70 ustawy refundacyjnej mogą być realizowane na zasadach obowiązujących przed 1 stycznia 2012 r., nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2013 r. Dodatkowo, w okresie 2 lat, począwszy od dnia 1 stycznia 2012 r., mogą być kierowane do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wnioski świadczeniodawcy dotyczące rozpoczęcia realizacji świadczeń chemioterapii niestandardowej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w brzmieniu tej ustawy obowiązującym przed dniem 1 stycznia 2012 r. Wnioski takie są rozpatrywane na podstawie poprzedniego systemu prawnego. Świadczenia chemioterapii niestandardowej, wykonywane na podstawie tych wniosków, są realizowane na zasadach obowiązujących przed 1 stycznia 2012 r. Zasady, o których mowa w zdaniu poprzednim, mają również zastosowanie do kontynuacji u świadczeniobiorcy chemioterapii niestandardowej danym lekiem w danym wskazaniu.

4 Art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji.

5 Art. 6 ust. 8 ustawy o refundacji.

6 Art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

7 Art. 6 ust. 8 ustawy o refundacji.

8 Art. 9 ust. 3 ustawy o refundacji.



Powyższe wskazuje, że obecnie mamy do czynienia z dualizmem systemu prawnego, obowiązującego w refundacji leków onkologicznych. Z uwagi na powołany powyżej art. 70 ustawy o refundacji do dnia 31 grudnia 2013 r. świadczeniobiorcy będą mogli otrzymywać finansowanie leków, które nie uzyskały decyzji ministra zdrowia o objęciu refundacją.

Art. 70 ust. 4 ustawy ograniczył także zakres stosowania świadczenia - chemioterapia niestandardowa, ponieważ od 1 stycznia 2012 r. nie może być ono realizowane przy wykorzystaniu leku, który został dopuszczony do obrotu, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne po dniu 31 grudnia 2011 r. W wyniku funkcjonowania powyższego zapisu nowe cząsteczki zarejestrowane we wskazaniach onkologicznych nie mogą być finansowane w ramach świadczenia - chemioterapia niestandardowa, natomiast nowe wskazania produktów leczniczych, zarejestrowane w roku 2012 i później, które jednak uzyskały dopuszczenie do obrotu w latach poprzednich w innych wskazaniach onkologicznych, nie podlegają wyłączeniu ze świadczenia i aktualnie są finansowane w ramach chemioterapii niestandardowej ze środków publicznych.

Analiza zagadnienia wskazuje, że z powodu ograniczenia ustawowego w zakresie czasu i zakresu stosowania postanowień art. 70 ustawy refundacyjnej, istnieje pilna potrzeba uregulowania sposobu finansowania ze środków publicznych leków w ramach świadczenia - chemioterapia niestandardowa i być może wprowadzenia nowego świadczenia, które umożliwiłoby pacjentom wczesny dostęp do nowych terapii onkologicznych w okresie od rejestracji w Unii Europejskiej do wydania przez ministra zdrowia decyzji refundacyjnej.



3. PROCES REFUNDACYJNY DOTYCZĄCY LEKÓW ONKOLOGICZNYCH

Ze względu na brak możliwości finansowania przez NFZ w ramach świadczenia chemioterapia - niestandardowa nowych leków onkologicznych, dopuszczonych do obrotu po 31 stycznia 2011 r., kluczowy dla pacjentów, lekarzy oraz wnioskodawców stał się problem szybkiego procedowania procesów refundacyjnych, aby okres, w którym polscy pacjenci nie mają żadnego dostępu do nowych, zarejestrowanych w Unii Europejskiej, terapii onkologicznych był jak najkrótszy. Do końca 2012 r. do refundacji nie wszedł żaden nowy lek onkologiczny, który został dopuszczony do obrotu w 2012 r.

Ustawa refundacyjna nie przewiduje specjalnego trybu procedowania dla wniosków refundacyjnych, których przedmiotem są leki stosowane w onkologii. Zgodnie z art. 24 ust. 1 wnioskodawca może złożyć do ministra właściwego do spraw zdrowia wniosek o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu. Dla każdej dawki i wielkości opakowania leku wnioskodawca musi złożyć odrębny wniosek.

Dla leku, który nie ma odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu, wnioskodawca musi dołączyć do wniosku refundacyjnego uzasadnienie zawierające analizę kliniczną (sporządzoną na podstawie przeglądu systematycznego w porównaniu z innymi możliwymi do zastosowania w danym stanie klinicznym procedurami medycznymi we wnioskowanym wskazaniu, w tym, o ile występują, finansowanymi ze środków publicznych); analizę ekonomiczną (sporządzoną z perspektywy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz świadczeniobiorcy); analizę wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz analizę racjonalizacyjną, przedkładaną w przypadku, gdy analiza wpływu na budżet wykazuje wzrost kosztów refundacji. W przypadku nowych kosztochłonnych terapii onkologicznych, które mogą być dostępne tylko w ramach programów lekowych, wnioskodawca załącza do wniosku refundacyjnego także projekt opisu programu.

Zgodnie z zapisami ustawy refundacyjnej proces refundacyjny powinien trwać maksymalnie 180 dni, jednak w przypadku leków finansowanych w ramach programów lekowych procedura wydłuża się o 60 dni, które regulator zarezerwował na ustalenie z wnioskodawcą treści programu lekowego. Zatem 240 dni to minimalny okres procedowania wniosku refundacyjnego dla nowego leku onkologicznego w idealnym środowisku, w którym nie dochodzi do żadnych opóźnień.

Podkreślenia wymaga fakt, że moment złożenia wniosku refundacyjnego opóźnia się o kilka miesięcy od rejestracji leku, ponieważ wniosek może zostać złożony dopiero wówczas, gdy lek znajduje się w obrocie na polskim rynku. W przypadku leków onkologicznych techniczne procedury związane z zamówieniem, produkcją i sprowadzaniem leków trwają ok. 3 miesiące od dnia rejestracji produktu. Podmiot odpowiedzialny (firma farmaceutyczna) musi zamówić i sprowadzić drogą jednostkowo leki, na które nie ma w Polsce zbytu na rynku komercyjnym, ponieważ jest to warunek konieczny do złożenia wniosku refundacyjnego.

Aby możliwe było skrócenie procesu refundacyjnego dla leków onkologicznych, należałoby rozważyć wprowadzenie następujących zmian:

- 1) zniesienie obowiązku posiadania na rynku leku, dla którego wnioskodawca składa wniosek refundacyjny i przedstawienia dowodu występowania leku w obrocie;
- 2) możliwość uzgadniania z resortem zdrowia treści programu lekowego zaraz po uzyskaniu przez lek pozytywnej opinii Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP), działającym przy Europejskiej Agencji (EMA), ale przed uzyskaniem rejestracji (na podstawie art. 31 pkt 12 ustawy refundacyjnej);
- 3) zniesienie 60 dni na uzgodnienie treści programu w procesie refundacyjnym dla leków, dla których programy zostały już uzgodnione przed złożeniem wniosku refundacyjnego w trybie art. 31 pkt 12 i uzyskały pozytywną opinię ministra zdrowia.

Każdy proces refundacyjny kończy się decyzją ministra zdrowia. Zgodnie z art. 12 ustawy refundacyjnej minister podejmuje decyzję, która powinna przynieść jak najlepsze efekty zdrowotne w ramach dostępnych środków publicznych, biorąc pod uwagę 13





różnych kryteriów – stanowisko Komisji Ekonomicznej, rekomendację prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych, istotność stanu klinicznego, w który stosuje się lek, skuteczność kliniczną i praktyczną, bezpieczeństwo stosowania, relacje korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania, stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, konkurencyjności cenowej, wpływ na wydatki publicznego płatnika, konkurencyjność cenową, wiarygodność i precyzję oszacowań przedstawianych do oceny, priorytety zdrowotne oraz wysokość progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto (obecnie jest to 105 801 zł).

W przypadku nowych leków onkologicznych koszt uzyskania dodatkowego roku życia, skorygowanego o jakość, jest co najmniej kilka razy wyższy niż 105 801 zł, zatem już na początku procesu refundacyjnego leki onkologiczne znajdują się w niezwykle trudnej sytuacji, ponieważ często nie są w stanie spełnić warunku opisanego w ustawie.

Wprawdzie minister zdrowia nie musi brać pod uwagę wszystkich 13 kryteriów opisanych w art. 12, jednak wydaje się zasadne rozważenie, czy w przypadku oceny nowych leków onkologicznych, dla których próg efektywności kosztowej na poziomie 105 801 zł jest nieosiągalny, ten warunek refundacyjny nie powinien być wyłączony.

4. FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU CHEMIOTERAPII W 2012 R.

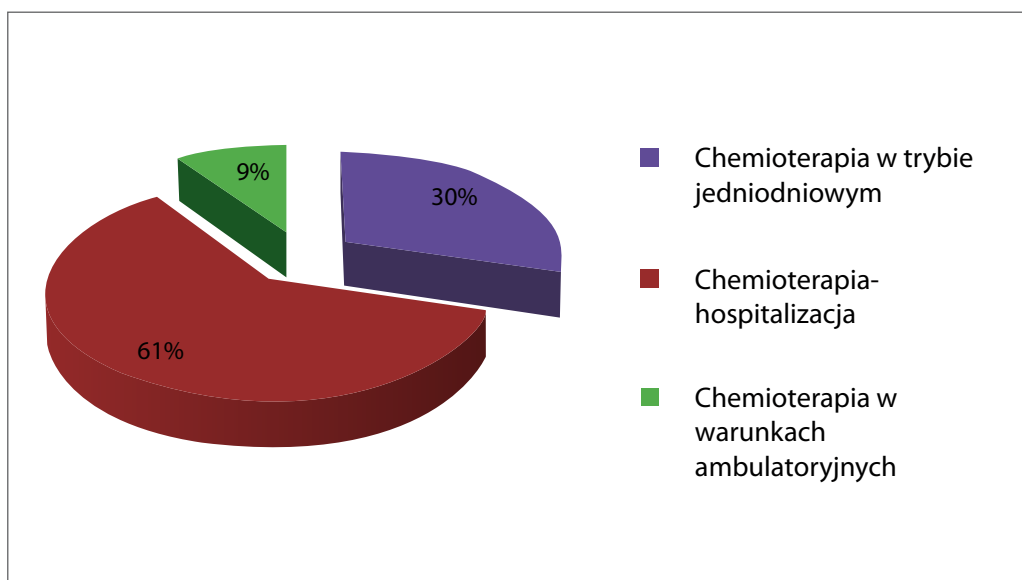
Chemioterapia jest finansowana przez NFZ w ramach umowy zawieranej ze świadczeniodawcami w rodzaju - leczenie szpitalne.

Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie chemioterapii w 2012 r. finansował trzy produkty kontraktowe (zakresy świadczeń), dedykowane rozliczaniu leków ujętych w katalogu chemioterapii:

- chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym,
- chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym,
- chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym.

W 2012 r. NFZ zakontraktował świadczenia w zakresie chemioterapii łącznie w wysokości 1 242 mln zł, w tym 61% to chemioterapia-hospitalizacja z zakresem skojarzonym.

Wykres 1. Narodowy Fundusz Zdrowia - struktura wartości kontraktów wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych od dnia 1 lipca 2012 r. zostały wprowadzone nowe zasady finansowania i rozliczania terapii lekowych przez NFZ.

W rezultacie świadczeniodawcy z dniem 1 lipca 2012 r. aneksowali dotychczasowe umowy lub podpisali nowe na realizację świadczeń z zakresu chemioterapii, uwzględniające m.in. nowe ceny leków oraz inne elementy związane nową polityką lekową państwa.

4.1. Finansowanie chemioterapii – hospitalizacja z zakresem skojarzonym

Zgodnie z definicją NFZ świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji to całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitala do chwili jego wypisu albo zgonu.

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. (stan na 31 grudnia 2012 r.) zawarł umowy na świadczenia w ramach chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym z 158 świadczeniodawcami. Najwięcej zawarto umów w województwach: śląskim (33), mazowieckim (22) i wielkopolskim (16), najmniej w lubuskim (3), podkarpackim (3) oraz świętokrzyskim (2).

Tabela 1. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy w zakresie chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców
01	Dolnośląski	13
02	Kujawsko-Pomorski	10
03	Lubelski	10
04	Lubuski	3
05	Łódzki	8
06	Małopolski	8
07	Mazowiecki	22
08	Opolski	6
09	Podkarpacki	3
10	Podlaski	7
11	Pomorski	4
12	Śląski	33
13	Świętokrzyski	2
14	Warmińsko-Mazurski	6
15	Wielkopolski	16
16	Zachodniopomorski	7
Razem		158

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w 2012 r. wyniosła ponad 755 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (132 mln zł), śląskim (99 mln zł) oraz dolnośląskim (77 mln zł), natomiast o najniższej wartości zostały zawarte w województwach: lubuskim (19 mln zł), opolskim (17 mln zł) oraz warmińsko-mazurskim (17 mln zł).

Tabela 2. Wartość umów w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii - hospitalizacja z zakresem skojarzonym, w tym substancje czynne (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów
01	Dolnośląski	77 268 746,00
02	Kujawsko-Pomorski	37 402 821,65
03	Lubelski	45 658 019,78
04	Lubuski	19 244 462,00
05	Łódzki	56 235 836,00
06	Małopolski	57 643 201,00
07	Mazowiecki	131 692 508,14
08	Opolski	16 709 570,00
09	Podkarpacki	24 859 318,00
10	Podlaski	26 001 759,00
11	Pomorski	26 849 302,94
12	Śląski	98 635 637,89
13	Świętokrzyski	24 527 062,00
14	Warmińsko-Mazurski	16 967 470,46
15	Wielkopolski	68 314 905,00
16	Zachodniopomorski	27 560 591,00
	Razem	755 571 210,86

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości umów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. M. KOPERNIKA w Łodzi – 42,3 mln zł, tj. 5,6% łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie;
- CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Warszawie – 29,6 mln zł, tj. 3,91% łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie;
- ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII w Kielcach – 22, 5 mln zł, tj. 2,98% łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu - chemioterapia w oddziale onkologicznym istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika najlepsza dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: dolnośląskim (26,51 zł), mazowieckim (25,00 zł) oraz łódzkim (22,15 zł), zaś najmniejsza w pomorskim (11,80 zł), podkarpackim (11,69 zł) i warmińsko-mazurskim (11,68 zł).

W zdecydowanej większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy; jednak w 40 przypadkach (na 158 umów) świadczeniodawcy zawarli umowy z niższą niż „ogólnopolska” ceną (52 zł) punktu rozliczeniowego - dotyczy to umów zawartych ze wszystkimi świadczeniodawcami województw: mazowieckiego i pomorskiego oraz niektórych świadczeniodawców z województw: śląskiego i wielkopolskiego.

Tabela 3. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym, w tym substancje czynne (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów	Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	77 268 746,00	2 915 200,00	26,51
02	Kujawsko-Pomorski	37 402 821,65	2 097 600,00	17,83
03	Lubelski	45 658 019,78	2 175 700,00	20,99
04	Lubuski	19 244 462,00	1 022 800,00	18,82
05	Łódzki	56 235 836,00	2 538 700,00	22,15
06	Małopolski	57 643 201,00	3 337 500,00	17,27
07	Mazowiecki	131 692 508,14	5 268 700,00	25,00
08	Opolski	16 709 570,00	1 016 200,00	16,44
09	Podkarpacki	24 859 318,00	2 127 300,00	11,69
10	Podlaski	26 001 759,00	1 202 400,00	21,62
11	Pomorski	26 849 302,94	2 276 200,00	11,80
12	Śląski	98 635 637,89	4 630 400,00	21,30
13	Świętokrzyski	24 527 062,00	1 280 700,00	19,15
14	Warmińsko-Mazurski	16 967 470,46	1 452 100,00	11,68
15	Wielkopolski	68 314 905,00	3 447 400,00	19,82
16	Zachodniopomorski	27 560 591,00	1 722 900,00	16,00
	Razem	755 571 210,86	38 511 800,00	19,62

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS⁹.

4.2. Finansowanie chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym

Zgodnie z definicją NFZ świadczenia wykonywane w trybie jednodniowym to udzielanie świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcy z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. (stan na 31 grudnia 2012 r.) zawarł umowy na świadczenia w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym z 163 świadczeniodawcami. Najwięcej umów zawarto w województwach: śląskim (34), mazowieckim (22) i wielkopolskim (19), najmniej w lubuskim (3), opolskim (1) oraz świętokrzyskim (1).

Tabela 4. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowy w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców
01	Dolnośląski	9
02	Kujawsko-Pomorski	10
03	Lubelski	8
04	Lubuski	3
05	Łódzki	7
06	Małopolski	12
07	Mazowiecki	22
08	Opolski	1
09	Podkarpacki	5
10	Podlaski	9
11	Pomorski	9
12	Śląski	34
13	Świętokrzyski	1
14	Warmińsko-Mazurski	7
15	Wielkopolski	19
16	Zachodniopomorski	7
Razem		163

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w 2012 roku wyniosła ponad 367 mln zł.

Oddziały wojewódzkie NFZ zawarły umowy o największej wartości ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (92 mln zł), śląskim (45 mln zł), oraz wielkopolskim (34 mln zł), natomiast o najniższej wartości w łódzkim (5,6 mln zł), lubuskim (5,0 mln zł) i opolskim (2,9 mln zł).

Tabela 5. Wartość umów OW NFZ w 2012 r. w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym, w tym substancje czynne (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów
01	Dolnośląski	21 090 152,00
02	Kujawsko-Pomorski	16 440 734,68
03	Lubelski	19 471 546,21
04	Lubuski	4 974 780,00
05	Łódzki	5 605 256,00
06	Małopolski	26 161 763,00
07	Mazowiecki	91 762 038,74
08	Opolski	2 894 600,00
09	Podkarpacki	21 791 406,00
10	Podlaski	10 768 356,00
11	Pomorski	30 609 062,46
12	Śląski	44 532 521,87
13	Świętokrzyski	15 170 479,00
14	Warmińsko-Mazurski	11 117 247,59
15	Wielkopolski	33 957 343,00
16	Zachodniopomorski	11 509 788,00
Razem		367 857 074,55

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Warszawie – 50, 2 mln zł, tj. 13,66% łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie;
- ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII w Kielcach – 15,2 mln zł, tj. 4,12% łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie;
- WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Poznaniu – 13,3 mln zł, tj. 3,60% łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu - chemioterapia w trybie jednodniowym istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: mazowieckim (17,42 zł), pomorskim (13,45 zł) i świętokrzyskim (11,85 zł), zaś najmniejsza w lubuskim (4,86 zł), opolskim (2,85 zł) i łódzkim (2,21 zł).

Tabela 6. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii jednodniowej z zakresem skojarzonym, w tym substancje czynne (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów	Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	21 090 152,00	2 915 200,00	7,23
02	Kujawsko-Pomorski	16 440 734,68	2 097 600,00	7,84
03	Lubelski	19 471 546,21	2 175 700,00	8,95
04	Lubuski	4 974 780,00	1 022 800,00	4,86
05	Łódzki	5 605 256,00	2 538 700,00	2,21
06	Małopolski	26 161 763,00	3 337 500,00	7,84
07	Mazowiecki	91 762 038,74	5 268 700,00	17,42
08	Opolski	2 894 600,00	1 016 200,00	2,85
09	Podkarpacki	21 791 406,00	2 127 300,00	10,24
10	Podlaski	10 768 356,00	1 202 400,00	8,96
11	Pomorski	30 609 062,46	2 276 200,00	13,45
12	Śląski	44 532 521,87	4 630 400,00	9,62
13	Świętokrzyski	15 170 479,00	1 280 700,00	11,85
14	Warmińsko-Mazurski	11 117 247,59	1 452 100,00	7,66
15	Wielkopolski	33 957 343,00	3 447 400,00	9,85
16	Zachodniopomorski	11 509 788,00	1 722 900,00	6,68
	Razem	367 857 074,55	38 511 800,00	9,55

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS¹⁰.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy.

Jednak w 37 przypadkach (na 163 umowy) świadczeniodawcy zawarli umowy z niższą niż „ogólnopolska” ceną (52 zł) punktu rozliczeniowego - dotyczy to umów zawartych ze wszystkimi świadczeniodawcami województw: mazowieckiego i pomorskiego oraz niektórych świadczeniodawców z województw: śląskiego, wielkopolskiego, podlaskiego oraz warmińsko-mazurskiego.

4.3. Finansowanie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym

Finansowanie chemioterapii – w trybie ambulatoryjnym zgodnie z definicją NFZ oznacza, że świadczenia mogą być realizowane w ramach porady ambulatoryjnej związanej z chemioterapią.

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. (stan na 31 grudnia 2012 r.) zawarł umowy na świadczenia z chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym z 172 świadczeniodawcami. Najwięcej zawarto umów w województwach: śląskim (30), mazowieckim (21) i wielkopolskim (17), najmniej w opolskim (4), lubuskim (2) oraz świętokrzyskim (1).

Tabela 7. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowy w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców
01	Dolnośląski	12
02	Kujawsko-Pomorski	10
03	Lubelski	9
04	Lubuski	2
05	Łódzki	13
06	Małopolski	12
07	Mazowiecki	21
08	Opolski	4
09	Podkarpacki	5
10	Podlaski	10
11	Pomorski	8
12	Śląski	30
13	Świętokrzyski	2
14	Warmińsko-Mazurski	8
15	Wielkopolski	17
16	Zachodniopomorski	9
Razem		172

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w 2012 r. wyniosła ponad 118 mln zł.

Oddziały wojewódzkie NFZ zawarły umowy o największej wartości ze świadczeniodawcami w województwach: kujawsko-pomorskim (17,0 mln zł), śląskim (16,6 mln zł) oraz wielkopolskim (12,3 mln zł). Umowy o najniższej wartości zostały zawarte w województwach: warmińsko-mazurskim (2,1 mln zł), opolskim (0,9 mln zł) oraz lubuskim (0,2 mln zł).

Tabela 8. Wartość umów OW NFZ w 2012 r. w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów
01	Dolnośląski	8 828 558,00
02	Kujawsko-Pomorski	17 043 140,95
03	Lubelski	9 111 410,06
04	Lubuski	246 678,00
05	Łódzki	6 591 161,00
06	Małopolski	6 868 416,00
07	Mazowiecki	12 261 381,73
08	Opolski	997 118,00
09	Podkarpacki	4 197 270,00
10	Podlaski	2 888 000,00
11	Pomorski	10 629 783,93
12	Śląski	16 648 478,00
13	Świętokrzyski	3 808 668,00
14	Warmińsko-Mazurski	2 121 021,44
15	Wielkopolski	10 203 280,00
16	Zachodniopomorski	5 812 254,66
Razem		118 256 619,77

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA w Bydgoszczy – 11, 5 mln zł, tj. 9,73% łącznej wartości wszystkich umów w tym zakresie;
- WOJEWÓDZKIE CENTRUM ONKOLOGII w Gdańsku – 5,9 mln zł, tj. 4,96% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- CENTRUM ONKOLOGII-INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE ODDZIAŁ w Gliwicach – 5,7 mln zł, tj. 4,80% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: kujawsko-pomorskim (8,13 zł), pomorskim (4,67 zł) i lubelskim (4,19 zł), najmniejsza w warmińsko-mazurskim (1,46 zł), opolskim (0,98 zł) oraz lubuskim (0,24 zł).

Tabela 9. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym, w tym substancje czynne (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów	Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	8 828 558,00	2 915 200,00	3,03
02	Kujawsko-Pomorski	17 043 140,95	2 097 600,00	8,13
03	Lubelski	9 111 410,06	2 175 700,00	4,19
04	Lubuski	246 678,00	1 022 800,00	0,24
05	Łódzki	6 591 161,00	2 538 700,00	2,60
06	Małopolski	6 868 416,00	3 337 500,00	2,06
07	Mazowiecki	12 261 381,73	5 268 700,00	2,33
08	Opolski	997 118,00	1 016 200,00	0,98
09	Podkarpacki	4 197 270,00	2 127 300,00	1,97
10	Podlaski	2 888 000,00	1 202 400,00	2,40
11	Pomorski	10 629 783,93	2 276 200,00	4,67
12	Śląski	16 648 478,00	4 630 400,00	3,60
13	Świętokrzyski	3 808 668,00	1 280 700,00	2,97
14	Warmińsko-Mazurski	2 121 021,44	1 452 100,00	1,46
15	Wielkopolski	10 203 280,00	3 447 400,00	2,96
16	Zachodniopomorski	5 812 254,66	1 722 900,00	3,37
	Razem	118 256 619,77	38 511 800,00	3,07

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS¹¹.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy. Jednak w 38 przypadkach (na 172 umowy) świadczeniodawcy zawarli umowy z niższą niż „ogólnopolska” ceną (52 zł) punktu rozliczeniowego - dotyczy to umów zawartych ze wszystkimi świadczeniodawcami województw: mazowieckiego i pomorskiego oraz niektórymi świadczeniodawcami z województw: łódzkiego, śląskiego, wielkopolskiego, podlaskiego oraz warmińsko-mazurskiego.

11 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

5. FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PROGRAMÓW LEKOWYCH W ONKOLOGII W 2012 R.

Narodowy Fundusz Zdrowia w rodzaju lecznictwo szpitalne w 2012 r. finansował 12 programów lekowych dedykowanych leczeniu schorzeń onkologicznych:

- leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST),
- leczenie zaawansowanego raka jelita grubego,
- leczenie raka wątrobokomórkowego,
- leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca,
- leczenie zaawansowanego włókniakomięsa guzowego skóry (DFSP),
- leczenie mięsaków tkanek miękkich,
- leczenie raka piersi,
- leczenie raka nerki,
- leczenie glejaków mózgu,
- leczenie chłoniaków złośliwych,
- leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytowego,
- leczenie przewlekłej białaczki szpikowej.

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych od dnia 1 lipca 2012 r. wprowadzono nowe formy finansowania i rozliczania terapii lekowych przez NFZ (programy lekowe).

Świadczeniodawcy z dniem 1 lipca 2012 r. podpisali nowe umowy na realizację świadczeń z zakresu programów lekowych, uwzględniające m. in. nowe ceny leków.

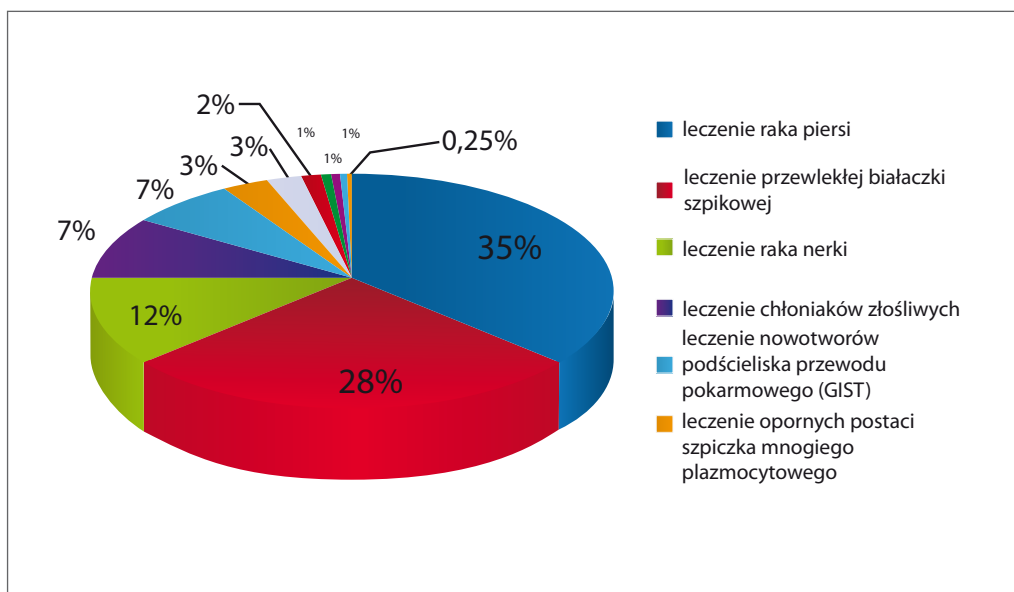
Tabela 10. Wartości umów na poszczególne programy w 2012 r.

Program	Wartość umów NFZ
leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)	53 999 160,56
leczenie zaawansowanego raka jelita grubego	26 029 271,62
leczenie raka wątrobokomórkowego	7 019 556,97
leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca	20 002 616,44
leczenie zaawansowanego włókniakomięsa guzowego skóry (DFSP)	2 071 308,81
leczenie mięsaków tkanek miękkich	4 898 887,49
leczenie raka piersi	295 728 575,40
leczenie raka nerki	96 571 550,43
leczenie glejaków mózgu	10 028 502,88
leczenie chłoniaków złośliwych	61 145 369,47
leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytozy	28 414 302,11
leczenie przewlekłej białaczki szpikowej	235 987 674,47
Razem	841 896 776,65

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Łącznie w zakresie programów w onkologii NFZ w 2012 r. zawarł umowy o wartości ok 842 mln zł, w tym 75% wartości umów stanowią umowy dla trzech programów lekowych dotyczących leczenia raka piersi, przewlekłej białaczki szpikowej oraz raka nerki.

Wykres 2. Struktura wydatków na programy w 2012 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

5.1. Finansowanie leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na świadczenia w ramach leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) z 39 świadczeniodawcami, w tym: w I półroczu w ramach programu terapeutycznego (PT) z 32 świadczeniodawcami, w II półroczu w ramach programów lekowych (PL) przybyło 7 świadczeniodawców - najwięcej w województwach: mazowieckim i śląskim (po 2).

Tabela 11. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na program leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w I półroczu 2012 r. (PT)	Liczba świadczeniodawców w II półroczu 2012 r. (PL)
01	Dolnośląski	3	3
02	Kujawsko-Pomorski	2	2
03	Lubelski	1	1
04	Lubuski	2	2
05	Łódzki	2	2
06	Małopolski	3	3
07	Mazowiecki	2	4
08	Opolski	1	1
09	Podkarpacki	2	4
10	Podlaski	1	2
11	Pomorski	3	3
12	Śląski	3	5
13	Świętokrzyski	1	1
14	Warmińsko-Mazurski	2	2
15	Wielkopolski	2	2
16	Zachodniopomorski	2	2
Razem		32	39

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Ogólna wartość umów zawartych na rok 2012 na leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) wynosi prawie 54 mln zł. W drugim półroczu wartość umów wzrosła o 2,3 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (18,5 mln zł), śląskim (5,9 mln zł) oraz małopolskim (4,9 mln zł), natomiast o najniższej wartości w kujawsko-pomorskim (1,2 mln zł), opolskim (1,1), podlaskim (0,8 mln zł) i lubuskim (0,7 mln zł).

Tabela 12. Wartość umów w 2012 r. na leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów		Razem PT i PL
		w I półroczu 2012 r. w ramach PT	w II półroczu 2012 r. w ramach PL	
01	Dolnośląski	1 601 188,00	1 467 736,00	3 068 924,00
02	Kujawsko-Pomorski	650 963,65	542 008,00	1 192 971,65
03	Lubelski	1 535 965,00	1 713 900,00	3 249 865,00
04	Lubuski	306 084,00	398 029,00	704 113,00
05	Łódzki	958 366,00	1 010 230,00	1 968 596,00
06	Małopolski	2 516 200,00	2 461 983,00	4 978 183,00
07	Mazowiecki	9 079 131,08	9 420 958,00	18 500 089,08
08	Opolski	488 880,00	611 960,00	1 100 840,00
09	Podkarpacki	683 402,00	754 780,00	1 438 182,00
10	Podlaski	371 972,00	389 546,00	761 518,00
11	Pomorski	1 132 566,00	1 308 892,23	2 441 458,23
12	Śląski	2 631 185,00	3 288 429,40	5 919 614,40
13	Świętokrzyski	708 602,00	764 324,00	1 472 926,00
14	Warmińsko-Mazurski	347 747,20	905 476,00	1 253 223,20
15	Wielkopolski	1 813 052,00	2 037 979,00	3 851 031,00
16	Zachodniopomorski	1 020 472,00	1 077 154,00	2 097 626,00
	Razem	25 845 775,93	28 153 384,63	53 999 160,56

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze :

- CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Warszawie – 18,1 mln zł, tj. 33,59% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI w Krakowie – 4,4 mln zł, tj. 8,21% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- CENTRUM ONKOLOGII-INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE ODDZIAŁ w Gliwicach – 3,7 mln zł, tj. 6,78% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu programu lekowego ma wpływ ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: mazowieckim (3,51 zł), lubelskim (1,49 zł) i małopolskim (1,49 zł), zaś najmniejsza w podkarpackim (0,68 zł), podlaskim (0,63 zł) i kujawsko-pomorskim (0,57 zł).

Tabela 13. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Razem PT i PL	Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	3 068 924,00	2 915 200,00	1,05
02	Kujawsko-Pomorski	1 192 971,65	2 097 600,00	0,57
03	Lubelski	3 249 865,00	2 175 700,00	1,49
04	Lubuski	704 113,00	1 022 800,00	0,69
05	Łódzki	1 968 596,00	2 538 700,00	0,78
06	Małopolski	4 978 183,00	3 337 500,00	1,49
07	Mazowiecki	18 500 089,08	5 268 700,00	3,51
08	Opolski	1 100 840,00	1 016 200,00	1,08
09	Podkarpacki	1 438 182,00	2 127 300,00	0,68
10	Podlaski	761 518,00	1 202 400,00	0,63
11	Pomorski	2 441 458,23	2 276 200,00	1,07
12	Śląski	5 919 614,40	4 630 400,00	1,28
13	Świętokrzyski	1 472 926,00	1 280 700,00	1,15
14	Warmińsko-Mazurski	1 253 223,20	1 452 100,00	0,86
15	Wielkopolski	3 851 031,00	3 447 400,00	1,12
16	Zachodniopomorski	2 097 626,00	1 722 900,00	1,22
	Razem	53 999 160,56	38 511 800,00	1,40

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS¹².

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast w przypadku wszystkich świadczeniodawców z województw: mazowieckiego, pomorskiego oraz 2 świadczeniodawców z województwa śląskiego program lekowy został zakontraktowany poniżej tej wartości.

5.2. Finansowanie leczenia zaawansowanego raka jelita grubego

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na świadczenia w ramach leczenia zaawansowanego raka jelita grubego w II półroczu - z 73 świadczeniodawcami w ramach programów lekowych (PL). W I półroczu 2012 r. program ten nie był finansowany przez NFZ. Najwięcej umów zawarto w województwach: śląskim (10), mazowieckim (10), dolnośląskim (9), najmniej zawarto w województwach: łódzkim (1) i świętokrzyskim (1).

12 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

Tabela 14. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie zaawansowanego raka jelita grubego

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców PL
01	Dolnośląski	9
02	Kujawsko-Pomorski	2
03	Lubelski	2
04	Lubuski	2
05	Łódzki	1
06	Małopolski	4
07	Mazowiecki	10
08	Opolski	8
09	Podkarpacki	4
10	Podlaski	3
11	Pomorski	4
12	Śląski	10
13	Świętokrzyski	1
14	Warmińsko-Mazurski	3
15	Wielkopolski	7
16	Zachodniopomorski	3
Razem		73

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w 2012 roku wyniosła ponad 26 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (4,8 mln zł), śląskim (4,0 mln zł) oraz małopolskim (2,4 mln zł), natomiast o najniższej wartości w województwach: podlaskim (0,5 mln zł), lubuskim (0,5 mln zł), warmińsko-mazurskim (0,3 mln zł).

Tabela 15. Wartość umów w 2012 r. na leczenie zaawansowanego raka jelita grubego (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów PL
01	Dolnośląski	1 633 203,00
02	Kujawsko-Pomorski	944 600,00
03	Lubelski	804 551,00
04	Lubuski	540 578,00
05	Łódzki	1 621 982,00
06	Małopolski	2 420 473,00
07	Mazowiecki	4 835 548,00
08	Opolski	604 400,00
09	Podkarpacki	1 895 802,00
10	Podlaski	532 972,00
11	Pomorski	1 229 293,62
12	Śląski	4 037 464,00
13	Świętokrzyski	730 515,00
14	Warmińsko-Mazurski	332 854,00
15	Wielkopolski	2 303 446,00
16	Zachodniopomorski	1 561 590,00
Razem		26 029 271,62

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Warszawie – 2,4 mln zł, tj. 6,23% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. M. KOPERNIKA w Łodzi – 1,6 mln zł, tj. 4,96% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII w Szczecinie – 1,3 mln zł, tj. 4,10% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu programu lekowego istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: mazowieckim (0,92 zł), zachodniopomorskim (0,91 zł), podkarpackim (0,89 zł), zaś najmniejsza w podlaskim (0,44 zł), lubelskim (0,37 zł) i warmińsko-mazurskim (0,23 zł).

Tabela 16. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie zaawansowanego raka jelita grubego (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów	Liczba ludności 2011	Wartość kontraktu
		PL	- GUS	<i>per capita</i>
01	Dolnośląski	1 633 203,00	2 915 200,00	0,56
02	Kujawsko-Pomorski	944 600,00	2 097 600,00	0,45
03	Lubelski	804 551,00	2 175 700,00	0,37
04	Lubuski	540 578,00	1 022 800,00	0,53
05	Łódzki	1 621 982,00	2 538 700,00	0,64
06	Małopolski	2 420 473,00	3 337 500,00	0,73
07	Mazowiecki	4 835 548,00	5 268 700,00	0,92
08	Opolski	604 400,00	1 016 200,00	0,59
09	Podkarpacki	1 895 802,00	2 127 300,00	0,89
10	Podlaski	532 972,00	1 202 400,00	0,44
11	Pomorski	1 229 293,62	2 276 200,00	0,54
12	Śląski	4 037 464,00	4 630 400,00	0,87
13	Świętokrzyski	730 515,00	1 280 700,00	0,57
14	Warmińsko-Mazurski	332 854,00	1 452 100,00	0,23
15	Wielkopolski	2 303 446,00	3 447 400,00	0,67
16	Zachodniopomorski	1 561 590,00	1 722 900,00	0,91
	Razem	26 029 271,62	38 511 800,00	0,68

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS¹³.

Uwaga: przy analizie wskaźnika per capita w tym programie należy uwzględnić półroczny okres kontraktowania programu lekowego.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast w przypadku wszystkich świadczeniodawców z województw: mazowieckiego, pomorskiego oraz z jednym świadczeniodawcą z województwa śląskiego program lekowy został zakontraktowany poniżej tej wartości.

13 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

5.3. Finansowanie leczenia raka wątrobowokomórkowego

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na świadczenia w ramach leczenia raka wątrobowokomórkowego z 54 świadczeniodawcami, w tym w I półroczu w ramach programu terapeutycznego (PT) z 35 świadczeniodawcami, w II półroczu przybyło 19 świadczeniodawców – najwięcej w województwach: wielkopolskim i śląskim (po 3).

Najwięcej umów zawarto w województwach: śląskim (8), mazowieckim (7), dolnośląskim (7), najmniej zawarto w województwach: świętokrzyskim (1), opolskim (1), podlaskim (1).

Tabela 17. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie raka wątrobowokomórkowego

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba	
		świadczeniodawców PT	świadczeniodawców PL
01	Dolnośląski	5	7
02	Kujawsko-Pomorski	2	2
03	Lubelski	1	2
04	Lubuski	1	2
05	Łódzki	2	2
06	Małopolski	3	4
07	Mazowiecki	5	7
08	Opolski	1	1
09	Podkarpacki	2	4
10	Podlaski	1	1
11	Pomorski	1	2
12	Śląski	5	8
13	Świętokrzyski	0	1
14	Warmińsko-Mazurski	0	2
15	Wielkopolski	3	6
16	Zachodniopomorski	3	3
Razem		35	54

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez OW NFZ ze świadczeniodawcami w 2012 roku wyniosła ponad 7 mln zł - w drugim półroczu nastąpił wzrost finansowania o prawie 1,9 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (1,3 mln zł), śląskim (0,7 mln zł) oraz dolnośląskim (0,7 mln zł), natomiast o najniższej w województwach: opolskim (0,2 mln zł), podlaskim (0,1 mln zł), świętokrzyskim (0,001 mln zł).

Tabela 18. Wartość umów w 2012 r. na leczenie raka wątrobokomórkowego (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów		Razem PT i PL
		PT	PL	
01	Dolnośląski	286 674,00	429 278,00	715 952,00
02	Kujawsko-Pomorski	140 468,00	173 576,00	314 044,00
03	Lubelski	278 310,88	314 373,00	592 683,88
04	Lubuski	84 994,00	157 290,00	242 284,00
05	Łódzki	187 746,00	281 762,00	469 508,00
06	Małopolski	265 460,00	208 177,00	473 637,00
07	Mazowiecki	376 168,00	948 102,00	1 324 270,00
08	Opolski	27 728,00	137 600,00	165 328,00
09	Podkarpacki	96 536,00	165 752,00	262 288,00
10	Podlaski	37 312,00	78 578,00	115 890,00
11	Pomorski	159 574,00	274 262,09	433 836,09
12	Śląski	170 459,00	564 269,00	734 728,00
13	Świętokrzyski	0,00	159,00	159,00
14	Warmińsko-Mazurski	0,00	218 096,00	218 096,00
15	Wielkopolski	151 250,00	203 376,00	354 626,00
16	Zachodniopomorski	311 654,00	290 573,00	602 227,00
Razem		2 574 333,88	4 445 223,09	7 019 556,97

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty:

- CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ w Lublinie – 0,5 mln zł, tj. 7,43% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSWIA w Warszawie – 0,4 mln zł, tj. 5,92% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- CENTRUM ONKOLOGII-INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE ODDZIAŁ w Gliwicach – 0,4 mln zł tj. 5,77% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu programu lekowego istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: zachodniopomorskim (0,35 zł), lubelskim (0,27 zł), dolnośląskim (0,25 zł), zaś najmniejsza w województwach: podlaskim (0,10 zł), wielkopolskim (0,10 zł) i świętokrzyskim (0,00 zł).

Tabela 19. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie raka wątrobokomórkowego (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Razem PT i PL	Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	715 952,00	2 915 200,00	0,25
02	Kujawsko-Pomorski	314 044,00	2 097 600,00	0,15
03	Lubelski	592 683,88	2 175 700,00	0,27
04	Lubuski	242 284,00	1 022 800,00	0,24
05	Łódzki	469 508,00	2 538 700,00	0,18
06	Małopolski	473 637,00	3 337 500,00	0,14
07	Mazowiecki	1 324 270,00	5 268 700,00	0,25
08	Opolski	165 328,00	1 016 200,00	0,16
09	Podkarpacki	262 288,00	2 127 300,00	0,12
10	Podlaski	115 890,00	1 202 400,00	0,10
11	Pomorski	433 836,09	2 276 200,00	0,19
12	Śląski	734 728,00	4 630 400,00	0,16
13	Świętokrzyski	159,00	1 280 700,00	0,00
14	Warmińsko-Mazurski	218 096,00	1 452 100,00	0,15
15	Wielkopolski	354 626,00	3 447 400,00	0,10
16	Zachodniopomorski	602 227,00	1 722 900,00	0,35
	Razem	7 019 556,97	38 511 800,00	0,18

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS¹⁴.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast w przypadku wszystkich świadczeniodawców z województw: mazowieckiego, pomorskiego oraz jednego świadczeniodawcy z województwa śląskiego program został zakontraktowany poniżej tej wartości.

5.4. Finansowanie leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na świadczenia realizowane w ramach programu lekowego leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca, w II półroczu 2012 r. - z 95 świadczeniodawcami. W I półroczu 2012 r. program nie był finansowany przez NFZ.

Najwięcej umów zawarto w województwach: śląskim (17), mazowieckim (15), dolnośląskim (9), najmniej w województwie świętokrzyskim (1). Program, może być realizowany także w ramach oddziału pulmonologicznego.

14 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

Tabela 20. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców PL
01	Dolnośląski	9
02	Kujawsko-Pomorski	3
03	Lubelski	6
04	Lubuski	3
05	Łódzki	3
06	Małopolski	7
07	Mazowiecki	15
08	Opolski	4
09	Podkarpacki	5
10	Podlaski	5
11	Pomorski	4
12	Śląski	17
13	Świętokrzyski	1
14	Warmińsko-Mazurski	3
15	Wielkopolski	7
16	Zachodniopomorski	3
Razem		95

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Ogólna wartość umów zawartych na rok 2012 na leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca wynosi ponad 20 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (4,1 mln zł), małopolskim (3,1 mln zł), śląskim (2,8 mln zł) oraz dolnośląskim (0,7 mln zł), natomiast o najniższej - w województwach: warmińsko-mazurskim (0,5 mln zł), podlaskim (0,5 mln zł), lubuskim (0,4 mln zł).

Tabela 21. Wartość umów w 2012 r. na leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów PL
01	Dolnośląski	830 454,00
02	Kujawsko-Pomorski	1 399 936,00
03	Lubelski	726 638,00
04	Lubuski	362 125,00
05	Łódzki	940 570,00
06	Małopolski	3 103 954,00
07	Mazowiecki	4 054 503,38
08	Opolski	512 500,00
09	Podkarpacki	834 312,00
10	Podlaski	452 106,64
11	Pomorski	1 077 375,42
12	Śląski	2 792 062,00
13	Świętokrzyski	1 060 517,00
14	Warmińsko-Mazurski	499 482,00
15	Wielkopolski	826 429,00
16	Zachodniopomorski	529 652,00
Razem		20 002 616,44

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty:

- CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Warszawie – 1,4 mln zł, tj. 7,22% łącznej

wartości umów w tym zakresie;

- KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II w Krakowie – 1,1 mln zł, tj. 5,45% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII w Kielcach – 1,0 mln zł, tj. 5,30% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu programu lekowego istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: małopolskim (0,93 zł), świętokrzyskim (0,83 zł), mazowieckim (0,77 zł), zaś najmniejsza w zachodniopomorskim (0,31 zł), dolnośląskim (0,28 zł) i wielkopolskim (0,24 zł).

Tabela 22. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów		Wartość kontraktu <i>per capita</i>
		PL	Liczba ludności 2011 - GUS	
01	Dolnośląski	830 454,00	2 915 200,00	0,28
02	Kujawsko-Pomorski	1 399 936,00	2 097 600,00	0,67
03	Lubelski	726 638,00	2 175 700,00	0,33
04	Lubuski	362 125,00	1 022 800,00	0,35
05	Łódzki	940 570,00	2 538 700,00	0,37
06	Małopolski	3 103 954,00	3 337 500,00	0,93
07	Mazowiecki	4 054 503,38	5 268 700,00	0,77
08	Opolski	512 500,00	1 016 200,00	0,50
09	Podkarpacki	834 312,00	2 127 300,00	0,39
10	Podlaski	452 106,64	1 202 400,00	0,38
11	Pomorski	1 077 375,42	2 276 200,00	0,47
12	Śląski	2 792 062,00	4 630 400,00	0,60
13	Świętokrzyski	1 060 517,00	1 280 700,00	0,83
14	Warmińsko-Mazurski	499 482,00	1 452 100,00	0,34
15	Wielkopolski	826 429,00	3 447 400,00	0,24
16	Zachodniopomorski	529 652,00	1 722 900,00	0,31
	Razem	20 002 616,44	38 511 800,00	0,52

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS¹⁵.

Uwaga: przy analizie wskaźnika per capita w tym programie należy uwzględnić półroczny okres kontraktowania programu lekowego.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast w przypadku wszystkich świadczeniodawców z województwa pomorskiego oraz jednego świadczeniodawcy z województwa śląskiego program został zakontraktowany poniżej tej wartości.

5.5. Finansowanie leczenia zaawansowanego włókniakomięsa guzowatego skóry (DFSP)

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na leczenie zaawansowanego włókniakomięsa guzowatego skóry (DFSP) w II półroczu 2012 r. - z 22 świadczeniodawcami w ramach programów lekowych (PL). W I półroczu 2012 r. program nie był finansowany przez NFZ.

Najwięcej umów zawarto w województwach: mazowieckim (3), podkarpackim (3) i dolnośląskim (3). Natomiast w województwach: opolskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim nie podpisano żadnej umowy.

15 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

Tabela 23. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie zaawansowanego włókniakomięsa guzowatego skóry (DFSP)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców PL
01	Dolnośląski	3
02	Kujawsko-Pomorski	1
03	Lubelski	1
04	Lubuski	2
05	Łódzki	1
06	Małopolski	1
07	Mazowiecki	3
08	Opolski	0
09	Podkarpacki	3
10	Podlaski	1
11	Pomorski	1
12	Śląski	2
13	Świętokrzyski	1
14	Warmińsko-Mazurski	0
15	Wielkopolski	0
16	Zachodniopomorski	2
Razem		22

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Ogólna wartość umów zawartych na rok 2012 na leczenie zaawansowanego włókniakomięsa guzowatego skóry (DFSP) wynosi ponad 2 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (1,0 mln zł), śląskim (0,2 mln zł).

Tabela 24. Wartość umów w 2012 r. na leczenie zaawansowanego włókniakomięsa guzowatego skóry (DFSP) (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów PL
01	Dolnośląski	1 488,00
02	Kujawsko-Pomorski	139 360,00
03	Lubelski	118 680,00
04	Lubuski	51 352,00
05	Łódzki	59 406,00
06	Małopolski	111 352,00
07	Mazowiecki	1 075 876,00
08	Opolski	0,00
09	Podkarpacki	61 998,00
10	Podlaski	54 243,00
11	Pomorski	50 578,81
12	Śląski	168 544,00
13	Świętokrzyski	87 648,00
14	Warmińsko-Mazurski	0,00
15	Wielkopolski	0,00
16	Zachodniopomorski	90 783,00
Razem		2 071 308,81

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Warszawie – 0,8 mln zł, tj. 38,38% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSWIA w Warszawie – 0,15 mln zł, tj. 7,24% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA w Bydgoszczy – 0,14 zł, tj. 6,73% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu programu lekowego istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: mazowieckim (0,20 zł), świętokrzyskim (0,07 zł) i kujawsko-pomorskim (0,07 zł), natomiast najmniejsza (brak dostępności) w województwach: opolskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim.

Tabela 25. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie zaawansowanego włókniakomięsaka guzowatego skóry (DFSP) (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów		Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
		PL	- GUS		
01	Dolnośląski	1 488,00	2 915 200,00	0,01	
02	Kujawsko-Pomorski	139 360,00	2 097 600,00	0,07	
03	Lubelski	118 680,00	2 175 700,00	0,05	
04	Lubuski	51 352,00	1 022 800,00	0,05	
05	Łódzki	59 406,00	2 538 700,00	0,02	
06	Małopolski	111 352,00	3 337 500,00	0,03	
07	Mazowiecki	1 075 876,00	5 268 700,00	0,20	
08	Opolski	0,00	-	0,00	
09	Podkarpacki	61 998,00	2 127 300,00	0,03	
10	Podlaski	54 243,00	1 202 400,00	0,05	
11	Pomorski	50 578,81	2 276 200,00	0,02	
12	Śląski	168 544,00	4 630 400,00	0,04	
13	Świętokrzyski	87 648,00	1 280 700,00	0,07	
14	Warmińsko-Mazurski	0,00	-	0,00	
15	Wielkopolski	0,00	-	0,00	
16	Zachodniopomorski	90 783,00	1 722 900,00	0,05	
	Razem	2 071 308,81	38 511 800,00	0,05	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS¹⁶.

Uwaga: przy analizie wskaźnika per capita w tym programie należy uwzględnić półroczny okres kontraktowania programu lekowego.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast w przypadku wszystkich świadczeniodawców z województw: mazowieckiego i pomorskiego program został zakontraktowany poniżej tej wartości.

5.6. Finansowanie leczenia mięsaków tkanek miękkich

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na leczenie mięsaków tkanek miękkich w II półroczu 2012 r. - z 39 świadczeniodawcami w ramach programów lekowych (PL). W I półroczu 2012 r. program nie był finansowany przez NFZ.

Najwięcej umów zawarto w województwach: dolnośląskim (6) i wielkopolskim (5), najmniej zawarto w województwach: lubelskim (1), lubuskim (1), łódzkim (1), opolskim (1), podlaskim (1), pomorskim (1), świętokrzyskim (1).

Tabela 26. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie mięsaków tkanek miękkich

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców PL
01	Dolnośląski	6
02	Kujawsko-Pomorski	2
03	Lubelski	1
04	Lubuski	1
05	Łódzki	1
06	Małopolski	4
07	Mazowiecki	4
08	Opolski	1
09	Podkarpacki	3
10	Podlaski	1
11	Pomorski	1
12	Śląski	4
13	Świętokrzyski	1
14	Warmińsko-Mazurski	2
15	Wielkopolski	5
16	Zachodniopomorski	2
Razem		39

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Ogólna wartość umów zawartych na rok 2012 na leczenie mięsaków tkanek miękkich wynosi ponad 4,8 mln zł. Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (1,1 mln zł), śląskim (0,8 mln zł) oraz kujawsko-pomorskim (0,4 mln zł), natomiast o najniższej w województwach: pomorskim (0,04 mln zł), lubuskim (0,03 mln zł).

Tabela 27. Wartość umów w 2012 r. na leczenie mięsaków tkanek miękkich (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów PL
01	Dolnośląski	462 408,00
02	Kujawsko-Pomorski	524 600,00
03	Lubelski	411 956,00
04	Lubuski	35 206,00
05	Łódzki	86 726,00
06	Małopolski	397 702,00
07	Mazowiecki	1 072 352,00
08	Opolski	155 200,00
09	Podkarpacki	145 734,00
10	Podlaski	13 374,00
11	Pomorski	47 359,49
12	Śląski	786 327,00
13	Świętokrzyski	157 719,00
14	Warmińsko-Mazurski	258 032,00
15	Wielkopolski	266 938,00
16	Zachodniopomorski	77 254,00
Razem		4 898 887,49

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Warszawie – 0,82 mln zł, tj. 16,74% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- SZPITAL IM. STANISŁAWA LESZCZYŃSKIEGO w Katowicach – 0,49 mln zł, tj. 9,99% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII we Wrocławiu – 0,46 mln zł, tj. 9,40% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu programu lekowego istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: kujawsko-pomorskim (0,25 zł), mazowieckim (0,20 zł), warmińsko-mazurskim (0,18 zł), zaś najmniejsza w łódzkim (0,03 zł), pomorskim (0,02 zł), podlaskim (0,01 zł).

Tabela 28. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie mięsaków tkanek miękkich (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów		Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
		PL			
01	Dolnośląski	462 408,00		2 915 200,00	0,16
02	Kujawsko-Pomorski	524 600,00		2 097 600,00	0,25
03	Lubelski	411 956,00		2 175 700,00	0,19
04	Lubuski	35 206,00		1 022 800,00	0,03
05	Łódzki	86 726,00		2 538 700,00	0,03
06	Małopolski	397 702,00		3 337 500,00	0,12
07	Mazowiecki	1 072 352,00		5 268 700,00	0,20
08	Opolski	155 200,00		1 016 200,00	0,15
09	Podkarpacki	145 734,00		2 127 300,00	0,07
10	Podlaski	13 374,00		1 202 400,00	0,01
11	Pomorski	47 359,49		2 276 200,00	0,02
12	Śląski	786 327,00		4 630 400,00	0,17
13	Świętokrzyski	157 719,00		1 280 700,00	0,12
14	Warmińsko-Mazurski	258 032,00		1 452 100,00	0,18
15	Wielkopolski	266 938,00		3 447 400,00	0,08
16	Zachodniopomorski	77 254,00		1 722 900,00	0,04
	Razem	4 898 887,49		38 511 800,00	0,13

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS¹⁷.

Uwaga: przy analizie wskaźnika per capita w tym programie należy uwzględnić półroczny okres kontraktowania programu lekowego.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast w przypadku wszystkich świadczeniodawców z województw: mazowieckiego i pomorskiego oraz jednego świadczeniodawcy z województwa śląskiego program został zakontraktowany poniżej tej wartości.

5.7. Finansowanie leczenia raka piersi

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na leczenie raka piersi z 66 świadczeniodawcami, w tym: w I półroczu w ramach programu terapeutycznego (PT) - z 57 świadczeniodawcami, w II półroczu przybyło 9 świadczeniodawców – najczęściej w województwach: wielkopolskim i dolnośląskim (po 2).

Najwięcej umów zawarto w województwach: śląskim (11), mazowieckim (9), dolnośląskim (9), najmniej zawarto w województwach: świętokrzyskim (1), opolskim (1).

17 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

Tabela 29. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie raka piersi

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba	
		świadczeniodawców PT	świadczeniodawców PL
01	Dolnośląski	7	9
02	Kujawsko-Pomorski	2	2
03	Lubelski	1	2
04	Lubuski	2	2
05	Łódzki	2	2
06	Małopolski	4	4
07	Mazowiecki	8	9
08	Opolski	1	1
09	Podkarpacki	3	4
10	Podlaski	3	3
11	Pomorski	3	4
12	Śląski	10	11
13	Świętokrzyski	1	1
14	Warmińsko-Mazurski	2	2
15	Wielkopolski	6	8
16	Zachodniopomorski	2	2
Razem		57	66

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Ogólna wartość umów zawartych na rok 2012 na leczenie raka piersi wynosi blisko 296 mln zł. W drugim półroczu wartość kontraktów wzrosła o blisko 5 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (67 mln zł), śląskim (31 mln zł) oraz wielkopolskim (25 mln zł), natomiast o najniższej w województwach: warmińsko-mazurskim (9,7 mln zł), lubuskim (7,2 mln zł), opolskim (4,5 mln zł).

Tabela 30. Wartość umów w 2012 r. na leczenie raka piersi (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów		Razem PT i PL
		PT	PL	
01	Dolnośląski	10 531 876,00	10 167 334,00	20 699 210,00
02	Kujawsko-Pomorski	9 709 152,14	7 504 600,00	17 213 752,14
03	Lubelski	10 117 101,29	9 680 580,00	19 797 681,29
04	Lubuski	3 390 484,00	3 826 270,00	7 216 754,00
05	Łódzki	7 786 740,00	8 343 016,00	16 129 756,00
06	Małopolski	7 842 856,00	7 716 076,00	15 558 932,00
07	Mazowiecki	32 239 541,47	34 970 338,32	67 209 879,79
08	Opolski	2 172 108,00	2 290 880,00	4 462 988,00
09	Podkarpacki	5 378 166,00	5 445 404,00	10 823 570,00
10	Podlaski	6 134 260,00	5 442 850,00	11 577 110,00
11	Pomorski	7 766 662,58	7 961 170,03	15 727 832,61
12	Śląski	14 988 814,20	16 239 587,80	31 228 402,00
13	Świętokrzyski	5 101 744,00	5 215 850,00	10 317 594,00
14	Warmińsko-Mazurski	3 497 413,57	6 247 906,00	9 745 319,57
15	Wielkopolski	12 367 150,00	12 758 599,00	25 125 749,00
16	Zachodniopomorski	6 356 014,00	6 538 031,00	12 894 045,00
Razem		145 380 083,25	150 348 492,15	295 728 575,40

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Warszawie – 57,9 mln zł , tj. 19,61% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ w Lublinie – 19,6 mln zł , tj. 6,61% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA w Bydgoszczy – 15, 5 mln zł, tj. 5,25% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu programu lekowego istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: mazowieckim (12,76 zł), podlaskim (9,63 zł), lubelskim (9,10 zł) oraz małopolskim (1,49 zł), zaś najmniejsza w podkarpackim (5,09 zł), małopolskim (4,66 zł) i opolskim (4,39 zł).

Tabela 31. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie raka piersi (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Razem PT i PL	Liczba ludności 2011 – GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	20 699 210,00	2 915 200,00	7,10
02	Kujawsko-Pomorski	17 213 752,14	2 097 600,00	8,21
03	Lubelski	19 797 681,29	2 175 700,00	9,10
04	Lubuski	7 216 754,00	1 022 800,00	7,06
05	Łódzki	16 129 756,00	2 538 700,00	6,35
06	Małopolski	15 558 932,00	3 337 500,00	4,66
07	Mazowiecki	67 209 879,79	5 268 700,00	12,76
08	Opolski	4 462 988,00	1 016 200,00	4,39
09	Podkarpacki	10 823 570,00	2 127 300,00	5,09
10	Podlaski	11 577 110,00	1 202 400,00	9,63
11	Pomorski	15 727 832,61	2 276 200,00	6,91
12	Śląski	31 228 402,00	4 630 400,00	6,74
13	Świętokrzyski	10 317 594,00	1 280 700,00	8,06
14	Warmińsko-Mazurski	9 745 319,57	1 452 100,00	6,71
15	Wielkopolski	25 125 749,00	3 447 400,00	7,29
16	Zachodniopomorski	12 894 045,00	1 722 900,00	7,48
	Razem	295 728 575,40	38 511 800,00	7,68

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS¹⁸.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast przypadku wszystkich świadczeniodawców z województw: mazowieckiego i pomorskiego oraz jednego świadczeniodawcy z województwa śląskiego program został zakontraktowany poniżej tej wartości.

18 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

5.8. Finansowanie leczenia raka nerki

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na leczenie raka nerki z 60 świadczeniodawcami, w tym: w I półroczu w ramach programu terapeutycznego (PT) - z 51 świadczeniodawcami, w II półroczu przybyło 9 świadczeniodawców – najwięcej w województwach: wielkopolskim i dolnośląskim (po 3).

Najwięcej umów zawarto w województwach: śląskim (9), mazowieckim (9), dolnośląskim (9), najmniej zawarto w województwach: lubelskim (1), opolskim (1), podlaskim (1), świętokrzyskim (1).

Tabela 32. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie raka nerki

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców PT	Liczba świadczeniodawców PL
01	Dolnośląski	6	9
02	Kujawsko-Pomorski	2	2
03	Lubelski	1	1
04	Lubuski	2	2
05	Łódzki	2	2
06	Małopolski	4	4
07	Mazowiecki	8	9
08	Opolski	1	1
09	Podkarpacki	3	4
10	Podlaski	1	1
11	Pomorski	4	4
12	Śląski	8	9
13	Świętokrzyski	1	1
14	Warmińsko-Mazurski	2	2
15	Wielkopolski	3	6
16	Zachodniopomorski	3	3
Razem		51	60

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Ogólna wartość umów zawartych na rok 2012 na leczenie raka nerki wynosi ok. 97 mln zł. W drugim półroczu zwiększyła się o blisko 13 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (20,3 mln zł), śląskim (14,7 mln zł) oraz wielkopolskim (14,3 mln zł), natomiast o najniższej wartości w województwach: podlaskim (1,9 mln zł), opolskim (1,2 mln zł), lubuskim (1,2 mln zł).

Tabela 33. Wartość umów w 2012 r. na leczenie raka nerki (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów PT	Wartości kontraktów PL	Razem PT i PL
01	Dolnośląski	2 400 514,00	2 604 482,00	5 004 996,00
02	Kujawsko-Pomorski	2 715 053,56	1 816 000,00	4 531 053,56
03	Lubelski	1 877 971,35	1 606 354,00	3 484 325,35
04	Lubuski	552 162,00	658 858,00	1 211 020,00
05	Łódzki	2 353 452,00	3 082 672,00	5 436 124,00
06	Małopolski	3 043 630,00	2 293 349,00	5 336 979,00
07	Mazowiecki	9 160 101,96	11 163 562,00	20 323 663,96
08	Opolski	626 940,00	617 640,00	1 244 580,00
09	Podkarpacki	2 019 774,00	1 889 580,00	3 909 354,00
10	Podlaski	800 966,00	1 155 606,00	1 956 572,00
11	Pomorski	1 939 062,15	2 696 075,94	4 635 138,09
12	Śląski	6 231 608,00	8 487 293,00	14 718 901,00
13	Świętokrzyski	1 781 964,00	2 471 421,00	4 253 385,00
14	Warmińsko-Mazurski	1 075 776,47	1 805 016,00	2 880 792,47
15	Wielkopolski	3 842 150,00	10 486 526,00	14 328 676,00
16	Zachodniopomorski	1 452 272,00	1 863 718,00	3 315 990,00
	Razem	41 873 397,49	54 698 152,94	96 571 550,43

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO w Poznaniu – 12,9 mln zł, tj. 13,40% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY w Warszawie – 10,5 mln zł, tj. 10,85% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- SZPITAL IM. STANISŁAWA LESZCZYŃSKIEGO w Katowicach – 6,6 mln zł, tj. 6,83% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu programu lekowego istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: wielkopolskim (4,16 zł), mazowieckim (3,86 zł), świętokrzyskim (3,32 zł), zaś najmniejsza w lubelskim i małopolskim (1,60 zł), opolskim (1,22 zł) i lubuskim (1,18 zł).

Tabela 34. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie raka nerki (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Razem PT i PL	Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	5 004 996,00	2 915 200,00	1,72
02	Kujawsko-Pomorski	4 531 053,56	2 097 600,00	2,16
03	Lubelski	3 484 325,35	2 175 700,00	1,60
04	Lubuski	1 211 020,00	1 022 800,00	1,18
05	Łódzki	5 436 124,00	2 538 700,00	2,14
06	Małopolski	5 336 979,00	3 337 500,00	1,60
07	Mazowiecki	20 323 663,96	5 268 700,00	3,86
08	Opolski	1 244 580,00	1 016 200,00	1,22
09	Podkarpacki	3 909 354,00	2 127 300,00	1,84
10	Podlaski	1 956 572,00	1 202 400,00	1,63
11	Pomorski	4 635 138,09	2 276 200,00	2,04
12	Śląski	14 718 901,00	4 630 400,00	3,18
13	Świętokrzyski	4 253 385,00	1 280 700,00	3,32
14	Warmińsko-Mazurski	2 880 792,47	1 452 100,00	1,98
15	Wielkopolski	14 328 676,00	3 447 400,00	4,16
16	Zachodniopomorski	3 315 990,00	1 722 900,00	1,92
	Razem	96 571 550,43	38 511 800,00	2,51

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS¹⁹.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast w przypadku wszystkich świadczeniodawców z województw: mazowieckiego i pomorskiego program został zakontraktowany poniżej tej wartości.

5.9. Finansowanie leczenia glejaków mózgu

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na leczenie glejaków mózgu z 50 świadczeniodawcami, w tym w I półroczu w ramach programu terapeutycznego (PT) z 39 świadczeniodawcami, w II półroczu przybyło 11 świadczeniodawców – najwięcej w województwach: dolnośląskim (4) i wielkopolskim (3).

Najwięcej umów zawarto w województwach: śląskim (7), mazowieckim (7) dolnośląskim (7), najmniej w województwach: lubelskim (1), opolskim (1), podlaskim (1), świętokrzyskim (1).

19 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

Tabela 35. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie glejaków mózgu

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba	
		świadczeniodawców PT	świadczeniodawców PL
01	Dolnośląski	3	7
02	Kujawsko-Pomorski	2	2
03	Lubelski	1	1
04	Lubuski	2	2
05	Łódzki	2	2
06	Małopolski	4	5
07	Mazowiecki	5	7
08	Opolski	1	1
09	Podkarpacki	2	2
10	Podlaski	1	1
11	Pomorski	3	4
12	Śląski	7	7
13	Świętokrzyski	1	1
14	Warmińsko-Mazurski	2	2
15	Wielkopolski	1	4
16	Zachodniopomorski	2	2
	Razem	39	50

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w 2012 r. wyniosła ponad 9,7 mln zł. W II półroczu uległa zmniejszeniu o ponad 0,6 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: lubelskim (1,2 mln zł), śląskim (1,1 mln zł), małopolskim (0,97 mln zł), natomiast o najniższej wartości w województwach: podlaskim (0,18 mln zł), podkarpackim (0,16 mln zł), lubuskim (0,12 mln zł).

Tabela 36. Wartość umów w 2012 r. na leczenie glejaków mózgu (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów		Razem PT i PL
		PT	PL	
01	Dolnośląski	328 038,00	348 334,00	1 004 410,00
02	Kujawsko-Pomorski	321 715,50	265 704,00	587 419,50
03	Lubelski	593 492,12	582 146,00	1 175 638,12
04	Lubuski	67 068,00	49 310,00	116 378,00
05	Łódzki	359 588,00	231 040,00	590 628,00
06	Małopolski	549 096,00	424 708,00	973 804,00
07	Mazowiecki	415 911,90	403 596,00	819 507,90
08	Opolski	95 640,00	123 480,00	219 120,00
09	Podkarpacki	85 614,00	77 048,00	162 662,00
10	Podlaski	89 074,00	93 538,00	182 612,00
11	Pomorski	325 080,18	265 953,42	591 033,60
12	Śląski	621 946,00	497 282,85	1 119 228,85
13	Świętokrzyski	389 342,00	287 452,00	676 794,00
14	Warmińsko-Mazurski	142 243,91	272 482,00	414 725,91
15	Wielkopolski	353 820,00	247 631,00	601 451,00
16	Zachodniopomorski	434 240,00	358 850,00	793 090,00
	Razem	5 171 909,61	4 528 555,27	9 700 464,88

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ w Lublinie – 1,18 mln zł, tj. 12,12% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- CENTRUM ONKOLOGII-INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE ODDZIAŁ w Gliwicach – 0,8 mln zł, tj. 8,24% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII w Kielcach – 0,68 mln zł, tj. 6,98% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń dotyczących programu lekowego istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do takich świadczeń występuje w województwach: lubelskim (0,54 zł), świętokrzyskim (0,53 zł), zachodniopomorskim (0,46 zł), zaś najmniejsza w mazowieckim (0,16 zł), podlaskim (0,15 zł), lubuskim (0,11 zł).

Tabela 37. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie glejaków mózgu (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Razem PT i PL	Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	1 004 410,00	2 915 200,00	0,34
02	Kujawsko-Pomorski	587 419,50	2 097 600,00	0,28
03	Lubelski	1 175 638,12	2 175 700,00	0,54
04	Lubuski	116 378,00	1 022 800,00	0,11
05	Łódzki	590 628,00	2 538 700,00	0,23
06	Małopolski	973 804,00	3 337 500,00	0,29
07	Mazowiecki	819 507,90	5 268 700,00	0,16
08	Opolski	219 120,00	1 016 200,00	0,22
09	Podkarpacki	162 662,00	2 127 300,00	0,08
10	Podlaski	182 612,00	1 202 400,00	0,15
11	Pomorski	591 033,60	2 276 200,00	0,26
12	Śląski	1 119 228,85	4 630 400,00	0,24
13	Świętokrzyski	676 794,00	1 280 700,00	0,53
14	Warmińsko-Mazurski	414 725,91	1 452 100,00	0,29
15	Wielkopolski	601 451,00	3 447 400,00	0,17
16	Zachodniopomorski	793 090,00	1 722 900,00	0,46
	Razem	9 700 464,88	38 511 800,00	0,25

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS²⁰.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast w przypadku wszystkich świadczeniodawców z województw: mazowieckiego i pomorskiego program został zakontraktowany poniżej wartości 52 zł za 1 punkt.

5.10. Finansowanie leczenia chłoniaków złośliwych

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na leczenie chłoniaków złośliwych z 78 świadczeniodawcami, w tym w I półroczu w ramach programu terapeutycznego (PT) - z 66 świadczeniodawcami, w II półroczu przybyło 12 świadczeniodawców – najwięcej w województwach: śląskim (3), wielkopolskim (2), dolnośląskim (2), podkarpackim (2).

Najwięcej umów zawarto w województwach: śląskim (14), dolnośląskim (11), mazowieckim (8), najmniej w województwach: łódzkim (1), opolskim (1), świętokrzyskim (1).

20 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

Tabela 38. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie chłoniaków złośliwych

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba	
		świadczeniodawców PT	świadczeniodawców PL
01	Dolnośląski	9	11
02	Kujawsko-Pomorski	3	3
03	Lubelski	5	5
04	Lubuski	2	2
05	Łódzki	1	1
06	Małopolski	4	4
07	Mazowiecki	8	8
08	Opolski	1	1
09	Podkarpacki	3	5
10	Podlaski	3	4
11	Pomorski	3	4
12	Śląski	11	14
13	Świętokrzyski	1	1
14	Warmińsko-Mazurski	3	3
15	Wielkopolski	7	9
16	Zachodniopomorski	2	3
	Razem	66	78

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w 2012 roku wyniosła ponad 61 mln zł. W II półroczu wzrosła o ponad 2, 4 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (11 mln zł), śląskim (8,2 mln zł), wielkopolskim (5,6 mln zł), natomiast o najniższej w lubuskim (1,2 mln zł), podlaskim (1,3 mln zł), warmińsko-mazurskim (1,5 mln zł).

Tabela 39. Wartość umów w 2012 r. na leczenie chłoniaków złośliwych (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów		Razem PT i PL
		PT	PL	
01	Dolnośląski	1 698 048,00	1 654 844,00	3 352 892,00
02	Kujawsko-Pomorski	1 935 647,20	1 883 824,00	3 819 471,20
03	Lubelski	1 653 431,05	1 451 336,00	3 104 767,05
04	Lubuski	541 708,00	622 468,00	1 164 176,00
05	Łódzki	1 973 034,00	2 174 497,00	4 147 531,00
06	Małopolski	1 987 098,00	2 069 231,00	4 056 329,00
07	Mazowiecki	5 177 772,12	5 853 047,00	11 030 819,12
08	Opolski	821 350,00	938 000,00	1 759 350,00
09	Podkarpacki	1 297 782,00	1 191 240,00	2 489 022,00
10	Podlaski	741 664,00	559 697,00	1 301 361,00
11	Pomorski	2 294 187,06	2 300 821,08	4 595 008,14
12	Śląski	3 768 730,00	4 393 568,89	8 162 298,89
13	Świętokrzyski	936 710,00	955 711,00	1 892 421,00
14	Warmińsko-Mazurski	452 246,07	1 052 022,00	1 504 268,07
15	Wielkopolski	2 426 693,00	3 168 667,00	5 595 360,00
16	Zachodniopomorski	1 661 144,00	1 509 151,00	3 170 295,00
	Razem	29 367 244,50	31 778 124,97	61 145 369,47

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Warszawie – 6,3 mln zł, tj. 10,34% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. M. KOPERNIKA w Łodzi – 4,1 mln zł, tj. 6,78% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA w Bydgoszczy – 3,2 mln zł, tj. 5,18% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu programu lekowego istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: mazowieckim (2,09 zł), pomorskim (2,02 zł), zachodniopomorskim (1,84 zł), zaś najmniejsza w lubuskim (1,14 zł), podlaskim (1,08 zł) i warmińsko-mazurskim (1,04 zł).

Tabela 40. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie chłoniaków złośliwych (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Razem PT i PL	Liczba ludności 2011 – GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	3 352 892,00	2 915 200,00	1,15
02	Kujawsko-Pomorski	3 819 471,20	2 097 600,00	1,82
03	Lubelski	3 104 767,05	2 175 700,00	1,43
04	Lubuski	1 164 176,00	1 022 800,00	1,14
05	Łódzki	4 147 531,00	2 538 700,00	1,63
06	Małopolski	4 056 329,00	3 337 500,00	1,22
07	Mazowiecki	11 030 819,12	5 268 700,00	2,09
08	Opolski	1 759 350,00	1 016 200,00	1,73
09	Podkarpacki	2 489 022,00	2 127 300,00	1,17
10	Podlaski	1 301 361,00	1 202 400,00	1,08
11	Pomorski	4 595 008,14	2 276 200,00	2,02
12	Śląski	8 162 298,89	4 630 400,00	1,76
13	Świętokrzyski	1 892 421,00	1 280 700,00	1,48
14	Warmińsko-Mazurski	1 504 268,07	1 452 100,00	1,04
15	Wielkopolski	5 595 360,00	3 447 400,00	1,62
16	Zachodniopomorski	3 170 295,00	1 722 900,00	1,84
	Razem	61 145 369,47	38 511 800,00	1,59

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS²¹.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast w przypadku wszystkich świadczeniodawców z województw: mazowieckiego i pomorskiego oraz z niektórymi świadczeniodawcami z województw: podlaskiego, śląskiego i wielkopolskiego program został zakontraktowany poniżej tej wartości.

21 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

5.11. Finansowanie leczenia opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytozowego

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytozowego z 36 świadczeniodawcami, w tym: w I półroczu w ramach programu terapeutycznego (PT) - z 30 świadczeniodawcami, w II półroczu przybyło 6 świadczeniodawców – najwięcej w województwie wielkopolskim (2) .

Najwięcej umów zawarto w województwach: mazowieckim (6), dolnośląskim (4), wielkopolskim (4), najmniej w województwach: łódzkim (1), opolskim (1), podlaskim (1), świętokrzyskim (1), warmińsko-mazurskim (1), zachodniopomorskim (1).

Tabela 41. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytozowego

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba	
		świadczeniodawców PT	świadczeniodawców PL
01	Dolnośląski	3	4
02	Kujawsko-Pomorski	2	2
03	Lubelski	2	2
04	Lubuski	2	2
05	Łódzki	1	1
06	Małopolski	2	2
07	Mazowiecki	5	6
08	Opolski	1	1
09	Podkarpacki	2	3
10	Podlaski	1	1
11	Pomorski	1	2
12	Śląski	3	3
13	Świętokrzyski	1	1
14	Warmińsko-Mazurski	1	1
15	Wielkopolski	2	4
16	Zachodniopomorski	1	1
	Razem	30	36

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w 2012 roku wyniosła ponad 28 mln zł. W II półroczu wzrosła o ponad 1,3 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (5,3 mln zł), dolnośląskim (2,8 mln zł), kujawsko-pomorskim (2,8 mln zł).

Umowy o najniższej wartości zastały zawarte w województwach: podlaskim (0,5 mln zł), warmińsko-mazurskim (0,6 mln zł), świętokrzyskim (0,7 mln zł).

Tabela 42. Wartość umów w 2012 r. na leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytowego (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów		Razem PT i PL
		PT	PL	
01	Dolnośląski	1 524 490,00	1 308 769,00	2 833 259,00
02	Kujawsko-Pomorski	1 131 155,50	1 657 628,00	2 788 783,50
03	Lubelski	1 083 161,77	896 279,00	1 979 440,77
04	Lubuski	370 216,00	444 333,00	814 549,00
05	Łódzki	628 360,00	448 670,00	1 077 030,00
06	Małopolski	1 144 904,00	1 305 410,00	2 450 314,00
07	Mazowiecki	2 299 051,65	3 046 025,00	5 345 076,65
08	Opolski	465 518,00	381 740,00	847 258,00
09	Podkarpacki	746 540,00	678 736,00	1 425 276,00
10	Podlaski	212 474,00	335 837,00	548 311,00
11	Pomorski	545 779,28	608 364,27	1 154 143,55
12	Śląski	1 294 586,00	1 166 078,00	2 460 664,00
13	Świętokrzyski	379 228,00	301 650,00	680 878,00
14	Warmińsko-Mazurski	269 747,64	288 592,00	558 339,64
15	Wielkopolski	871 803,00	1 302 843,00	2 174 646,00
16	Zachodniopomorski	579 214,00	697 119,00	1 276 333,00
	Razem	13 546 228,84	14 868 073,27	28 414 302,11

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII w Warszawie – 2,3 mln zł, tj. 8,07% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 we Wrocławiu – 1,8 mln zł, tj. 6,41% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI w Krakowie – 1,7 mln zł, tj. 6,05% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu programu lekowego istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: kujawsko-pomorskim (1,33 zł), mazowieckim (1,01 zł), dolnośląskim (0,97 zł), zaś najmniejsza w podlaskim (0,46 zł), łódzkim (0,42 zł), warmińsko-mazurskim (0,38 zł).

Tabela 43. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytowego (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Razem PT i PL	Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	2 833 259,00	2 915 200,00	0,97
02	Kujawsko-Pomorski	2 788 783,50	2 097 600,00	1,33
03	Lubelski	1 979 440,77	2 175 700,00	0,91
04	Lubuski	814 549,00	1 022 800,00	0,80
05	Łódzki	1 077 030,00	2 538 700,00	0,42
06	Małopolski	2 450 314,00	3 337 500,00	0,73
07	Mazowiecki	5 345 076,65	5 268 700,00	1,01
08	Opolski	847 258,00	1 016 200,00	0,83
09	Podkarpacki	1 425 276,00	2 127 300,00	0,67
10	Podlaski	548 311,00	1 202 400,00	0,46
11	Pomorski	1 154 143,55	2 276 200,00	0,51
12	Śląski	2 460 664,00	4 630 400,00	0,53
13	Świętokrzyski	680 878,00	1 280 700,00	0,53
14	Warmińsko-Mazurski	558 339,64	1 452 100,00	0,38
15	Wielkopolski	2 174 646,00	3 447 400,00	0,63
16	Zachodniopomorski	1 276 333,00	1 722 900,00	0,74
	Razem	28 414 302,11	38 511 800,00	0,74

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS²².

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast w przypadku wszystkich świadczeniodawców z województw: mazowieckiego i pomorskiego oraz niektórymi świadczeniodawcami z województw: śląskiego i wielkopolskiego program został zakontraktowany poniżej tej wartości.

5.12. Finansowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r. zawarł umowy na leczenie przewlekłej białaczki szpikowej z 41 świadczeniodawcami, w tym: w I półroczu - w ramach programu terapeutycznego (PT) z 36 świadczeniodawcami, w II półroczu przybyło 5 świadczeniodawców – najwięcej w województwach: małopolskim (2), mazowieckim (2).

Najwięcej umów zawarto w województwach: małopolskim (6), mazowieckim (6), śląskim (4), najmniej w województwach: łódzkim (1), opolskim (1), warmińsko-mazurskim (1), zachodniopomorskim (1).

Tabela 44. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie przewlekłej białaczki szpikowej

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba	
		świadczeniodawców PT	świadczeniodawców PL
01	Dolnośląski	3	3
02	Kujawsko-Pomorski	3	3
03	Lubelski	2	2
04	Lubuski	2	2
05	Łódzki	1	1
06	Małopolski	4	6
07	Mazowiecki	4	6
08	Opolski	1	1
09	Podkarpacki	2	2
10	Podlaski	1	2
11	Pomorski	2	2
12	Śląski	4	4
13	Świętokrzyski	2	2
14	Warmińsko-Mazurski	1	1
15	Wielkopolski	3	3
16	Zachodniopomorski	1	1
	Razem	36	41

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w 2012 roku wyniosła ponad 235 mln zł. W II półroczu wzrosła o ponad 4 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarty ze świadczeniodawcami w województwach: śląskim (41 mln zł), mazowieckim (30 mln zł), małopolskim (26 mln zł), natomiast o najniższej wartości: w lubuskim (5 mln zł), warmińsko-mazurskim (6,4 mln zł), podlaskim (7 mln zł).

Tabela 45. Wartość umów w 2012 r. na leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów		Razem PT i PL
		PT	PL	
01	Dolnośląski	9 190 630,00	8 966 761,00	18 157 391,00
02	Kujawsko-Pomorski	4 599 040,00	4 969 392,10	9 568 432,10
03	Lubelski	5 398 943,71	5 631 443,00	11 030 386,71
04	Lubuski	2 427 986,00	2 646 428,00	5 074 414,00
05	Łódzki	6 393 176,00	6 169 448,00	12 562 624,00
06	Małopolski	12 983 240,00	13 380 320,00	26 363 560,00
07	Mazowiecki	14 684 562,45	15 470 575,00	30 155 137,45
08	Opolski	3 462 102,00	3 946 924,00	7 409 026,00
09	Podkarpacki	4 874 962,00	4 872 200,00	9 747 162,00
10	Podlaski	3 553 288,00	3 559 061,00	7 112 349,00
11	Pomorski	6 632 605,70	6 471 587,91	13 104 193,61
12	Śląski	20 253 816,00	20 356 726,00	40 610 542,00
13	Świętokrzyski	3 739 118,00	3 940 648,00	7 679 766,00
14	Warmińsko-Mazurski	3 282 293,60	3 169 482,00	6 451 775,60
15	Wielkopolski	9 481 791,00	10 134 660,00	19 616 451,00
16	Zachodniopomorski	4 967 370,00	6 377 094,00	11 344 464,00
	Razem	115 924 924,46	120 062 750,01	235 987 674,47

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze (świadczeniodawcy):

- SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIEŁĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO w Katowicach – 37,8 mln zł, tj. 16,05% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI w Krakowie – 21,8 mln zł, tj. 9,23% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO w Poznaniu – 15,8 mln zł, tj. 6,73% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń dotyczących programu lekowego istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: śląskim (8,77 zł), małopolskim (7,90 zł), opolskim (7,29 zł), zaś najmniejsza w podkarpackim (4,58 zł), kujawsko-pomorskim (4,56 zł) i warmińsko-mazurskim (4,44 zł).

Tabela 46. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Razem PT i PL	Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	18 157 391,00	2 915 200,00	6,23
02	Kujawsko-Pomorski	9 568 432,10	2 097 600,00	4,56
03	Lubelski	11 030 386,71	2 175 700,00	5,07
04	Lubuski	5 074 414,00	1 022 800,00	4,96
05	Łódzki	12 562 624,00	2 538 700,00	4,95
06	Małopolski	26 363 560,00	3 337 500,00	7,90
07	Mazowiecki	30 155 137,45	5 268 700,00	5,72
08	Opolski	7 409 026,00	1 016 200,00	7,29
09	Podkarpacki	9 747 162,00	2 127 300,00	4,58
10	Podlaski	7 112 349,00	1 202 400,00	5,92
11	Pomorski	13 104 193,61	2 276 200,00	5,76
12	Śląski	40 610 542,00	4 630 400,00	8,77
13	Świętokrzyski	7 679 766,00	1 280 700,00	6,00
14	Warmińsko-Mazurski	6 451 775,60	1 452 100,00	4,44
15	Wielkopolski	19 616 451,00	3 447 400,00	5,69
16	Zachodniopomorski	11 344 464,00	1 722 900,00	6,58
	Razem	235 987 674,47	38 511 800,00	6,13

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS²³.

W większości przypadków świadczenia te zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za 1 punkt rozliczeniowy, natomiast w przypadku wszystkich świadczeniodawców z województw: mazowieckiego i pomorskiego oraz 1 z województwa wielkopolskiego program został zakontraktowany poniżej tej wartości.

6. FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU CHEMIOTERAPII NIESTANDARDOWEJ W 2012 R.

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2012 r., na realizację świadczeń z zakresu chemioterapii niestandardowej, zawarł umowy na terapeutyczny program zdrowotny „świadczenie chemioterapia niestandardowa” z 136 świadczeniodawcami.

Oddziały wojewódzkie NFZ, które zawarły umowy z największą liczbą świadczeniodawców to: śląski (24), mazowiecki (20), wielkopolski (16). Natomiast z najmniejszą liczbą świadczeniodawców podpisały umowy następujące oddziały: lubuski (3), opolski (3) i świętokrzyski (2).

Tabela 47. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców
01	Dolnośląski	13
02	Kujawsko-Pomorski	5
03	Lubelski	7
04	Lubuski	3
05	Łódzki	5
06	Małopolski	8
07	Mazowiecki	20
08	Opolski	3
09	Podkarpacki	5
10	Podlaski	8
11	Pomorski	5
12	Śląski	24
13	Świętokrzyski	2
14	Warmińsko-Mazurski	7
15	Wielkopolski	16
16	Zachodniopomorski	5
Razem		136

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w 2012 roku wyniosła ponad 146 mln zł.

Umowy o największej wartości oddziały wojewódzkie NFZ zawarły ze świadczeniodawcami w województwach: mazowieckim (41 mln zł), śląskim (18 mln zł) oraz dolnośląskim (16 mln zł), natomiast o najniższej wartości w opolskim (2,8 mln zł), zachodniopomorskim (2,6 mln zł), lubuskim (1,3 mln zł).

Tabela 48. Wartość umów w 2012 r. na świadczenia w zakresie programu leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów
01	Dolnośląski	16 143 742,00
02	Kujawsko-Pomorski	4 331 666,19
03	Lubelski	6 220 819,23
04	Lubuski	1 301 012,00
05	Łódzki	6 757 746,00
06	Małopolski	10 075 074,00
07	Mazowiecki	41 161 294,92
08	Opolski	2 896 864,00
09	Podkarpacki	2 955 734,00
10	Podlaski	8 408 772,50
11	Pomorski	7 486 420,51
12	Śląski	17 794 101,06
13	Świętokrzyski	4 826 174,00
14	Warmińsko-Mazurski	6 026 118,35
15	Wielkopolski	7 926 578,00
16	Zachodniopomorski	2 558 407,00
Razem		146 870 523,76

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższe wartości kontraktów w kraju w tym zakresie posiadają następujące podmioty lecznicze:

- CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Warszawie – 13,9 mln zł, tj. 9,51% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY w Warszawie – 9,8 mln zł, tj. 6,72% łącznej wartości umów w tym zakresie;
- SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 we Wrocławiu – 7,4 mln zł, tj. 5,02% łącznej wartości umów w tym zakresie.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu chemioterapii niestandardowej istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*). Na podstawie tego wskaźnika największa dostępność pacjentów do świadczeń z tego zakresu występuje w województwach: mazowieckim (7,81 zł), podlaskim (6,99 zł) oraz dolnośląskim (5,54 zł), zaś najmniejsza w zachodniopomorskim (1,48 zł), podkarpackim (1,39 zł) i lubuskim (1,27 zł).

Tabela 49. Wartość umów *per capita* w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii niestandardowej, w tym substancje czynne (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartości kontraktów	Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	16 143 742,00	2 915 200,00	5,54
02	Kujawsko-Pomorski	4 331 666,19	2 097 600,00	2,07
03	Lubelski	6 220 819,23	2 175 700,00	2,86
04	Lubuski	1 301 012,00	1 022 800,00	1,27
05	Łódzki	6 757 746,00	2 538 700,00	2,66
06	Małopolski	10 075 074,00	3 337 500,00	3,02
07	Mazowiecki	41 161 294,92	5 268 700,00	7,81
08	Opolski	2 896 864,00	1 016 200,00	2,85
09	Podkarpacki	2 955 734,00	2 127 300,00	1,39
10	Podlaski	8 408 772,50	1 202 400,00	6,99
11	Pomorski	7 486 420,51	2 276 200,00	3,29
12	Śląski	17 794 101,06	4 630 400,00	3,84
13	Świętokrzyski	4 826 174,00	1 280 700,00	3,77
14	Warmińsko-Mazurski	6 026 118,35	1 452 100,00	4,15
15	Wielkopolski	7 926 578,00	3 447 400,00	2,30
16	Zachodniopomorski	2 558 407,00	1 722 900,00	1,48
	Razem	146 870 523,76	38 511 800,00	3,81

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS²⁴.

W większości przypadków świadczenia chemioterapii niestandardowej zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej 52,00 zł za punkt rozliczeniowy.

Substancje czynne w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej w przypadku świadczeniodawców z województw: dolnośląskiego, lubelskiego, lubuskiego, małopolskiego, mazowieckiego, opolskiego, podkarpackiego, pomorskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego zostały zakontraktowane w cenie jednostkowej - 10 zł.

W przypadku kujawsko-pomorskiego, łódzkiego, śląskiego, zachodniopomorskiego ceny jednostkowe za substancje czynne w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej od 01.07.2012 r. zostały zmniejszone do 1 zł.

Jednak ze względu na brak katalogu substancji czynnych w chemioterapii niestandardowej z wyceną punktową obie wartości punktowe nie wpływały na faktyczną wycenę świadczeń w złotych.

W 38 przypadkach (na 136 umów) świadczeniodawcy zawarli umowy z niższą niż „ogólnopolska” ceną 52 zł za punkt rozliczeniowy.

Ta sytuacja dotyczy umów zawartych ze wszystkimi świadczeniodawcami województw: mazowieckiego i pomorskiego oraz niektórych świadczeniodawców z województw: śląskiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego.

24 http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm

7. ANALIZA DOSTĘPNOŚCI PACJENTÓW DO ŚWIADCZEŃ ONKOLOGICZNYCH W POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTWACH

Dostępność do świadczeń jest definiowana jako zespół czynników decydujących o możliwości uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w danym czasie i miejscu.

Na ocenę dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu onkologii istotny wpływ ma ilość środków przeznaczonych przez oddział wojewódzki NFZ na jednego ubezpieczonego w danym województwie (tzw. wartość *per capita*).

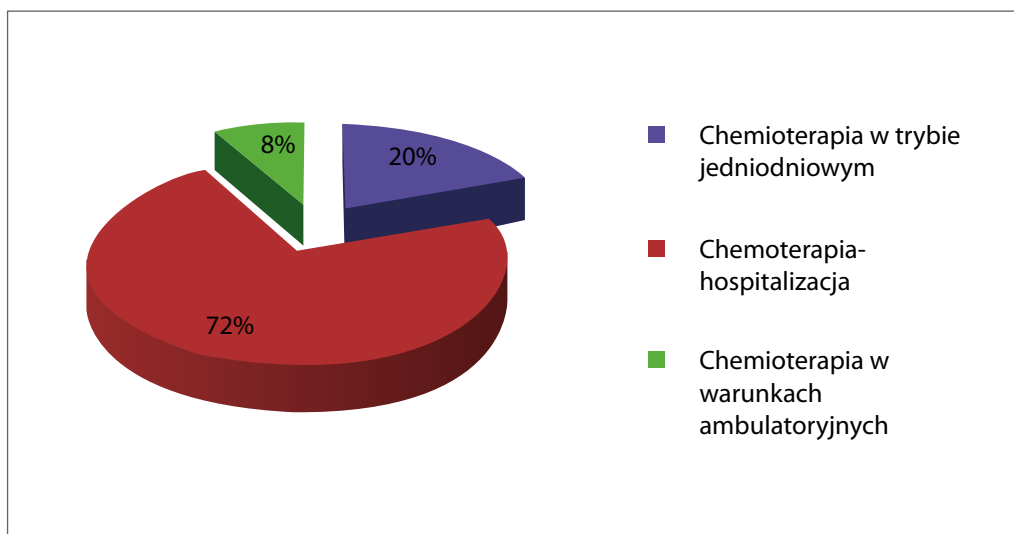
Poniżej przedstawiono strukturę wydatków na onkologię oraz dostępność do świadczeń onkologicznych w poszczególnych województwach obejmujących trzy tryby w chemioterapii, trzy których programów lekowych wartości umów stanowią 75% planowanych wydatków NFZ (leczenie raka piersi, leczenie przewlekłej białaczki szpikowej, leczenie raka nerki) oraz chemioterapii niestandardowej.

Województwo dolnośląskie

Charakterystyka województwa:

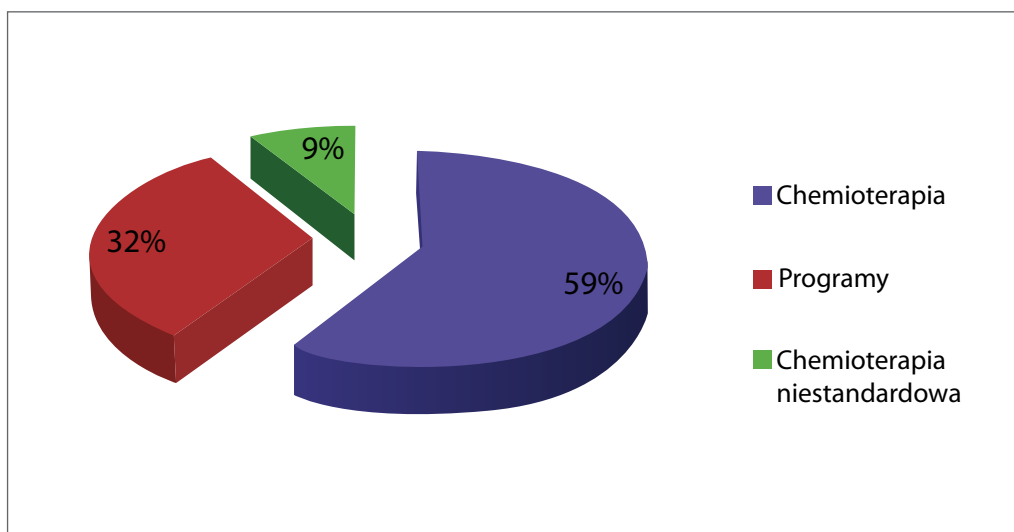
1. Wysoki poziom finansowania chemioterapii w warunkach szpitalnych - 3 miejsce w Polsce (77 mln zł).
2. Największa liczba świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach szpitalnych (13) i mniejsza liczba świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach jednodniowych (9) oraz ambulatoryjnych (12).
3. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 we Wrocławiu posiada w województwie dolnośląskim kontrakt o największej wartości w zakresie chemioterapii hospitalizacja (16,6 mln zł), Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym (11,0 mln zł), a Miedziowe Centrum Zdrowia w Lubinie w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (2,7 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (26,51 zł) powyżej średniej krajowej 19,62 zł (pierwsze miejsce w Polsce).
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (7,23 zł) poniżej średniej krajowej 9,55 zł (dwunaste miejsce w Polsce).
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (3,03 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (szóste miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (7,10 zł) poniżej średniej krajowej 7,68 zł (ósmo miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (6,23 zł) powyżej średniej krajowej 6,13 zł (piąte miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (1,72 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (jedenaste miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (5,54 zł) powyżej średniej krajowej 3,81 zł (drugie miejsce w Polsce).

Wykres 3. Dolnośląski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 4. Dolnośląski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

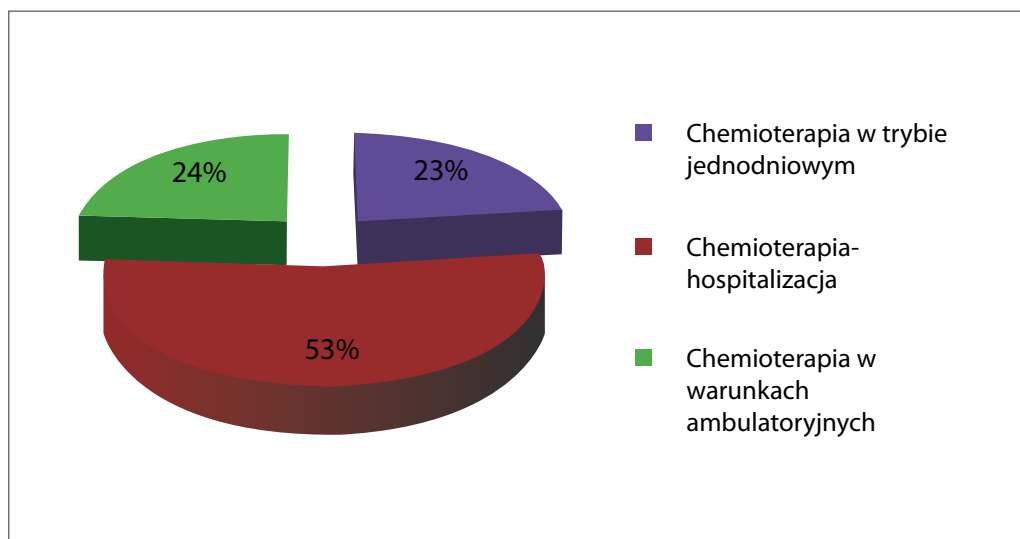
Województwo kujawsko-pomorskie

Charakterystyka województwa:

1. Tylko połowa świadczeń z zakresu chemioterapii jest realizowana w warunkach szpitalnych (hospitalizacja).
2. Najwyższy poziom finansowania chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych - pierwsze miejsce w Polsce (17 mln zł).
3. Centrum Onkologii w Bydgoszczy posiada w województwie kujawsko-pomorskim kontrakty o największej wartości w zakresie chemioterapii hospitalizacja (17,8 mln zł), chemioterapii w trybie jednodniowym (10,5 mln zł) oraz największy kontrakt w Polsce dla świadczeniodawcy na realizację chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (11,5 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (17,83 zł) poniżej średniej krajowej 19,62 zł (dziesiąte miejsce w Polsce).
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (7,84 zł) poniżej średniej krajowej 9,55 zł (dziewiąte miejsce w Polsce).

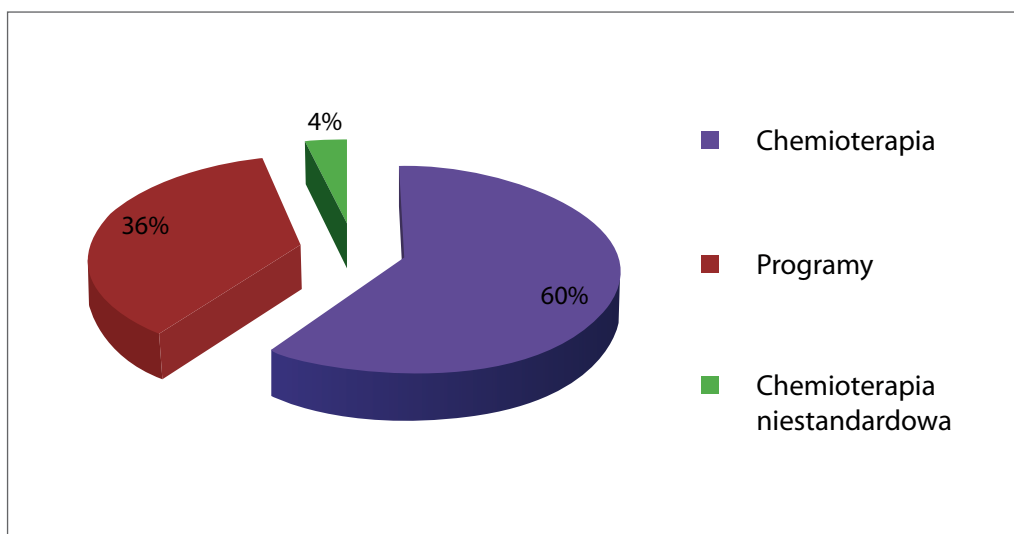
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (8,13 zł) powyżej średniej krajowej 3,07 zł (pierwsze miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (8,21 zł) powyżej średniej krajowej 7,68 zł (czwarte miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (4,56 zł) poniżej średniej krajowej 6,13 zł (piętnaste miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (2,16 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (piąte miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (2,07 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (trzynaste miejsce w Polsce).

Wykres 5. Kujawsko-Pomorski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 6. Kujawsko-Pomorski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



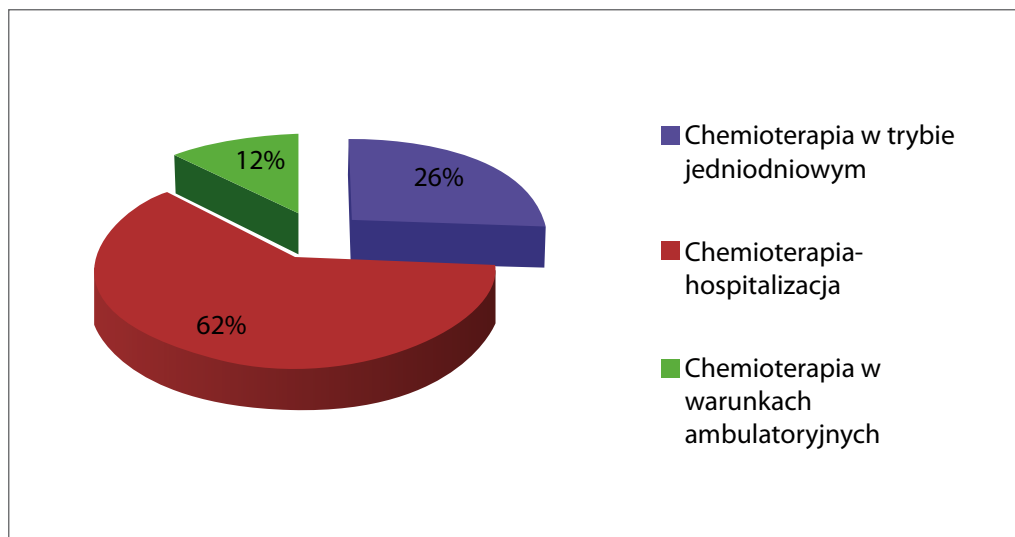
Zródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Województwo lubelskie

Charakterystyka województwa:

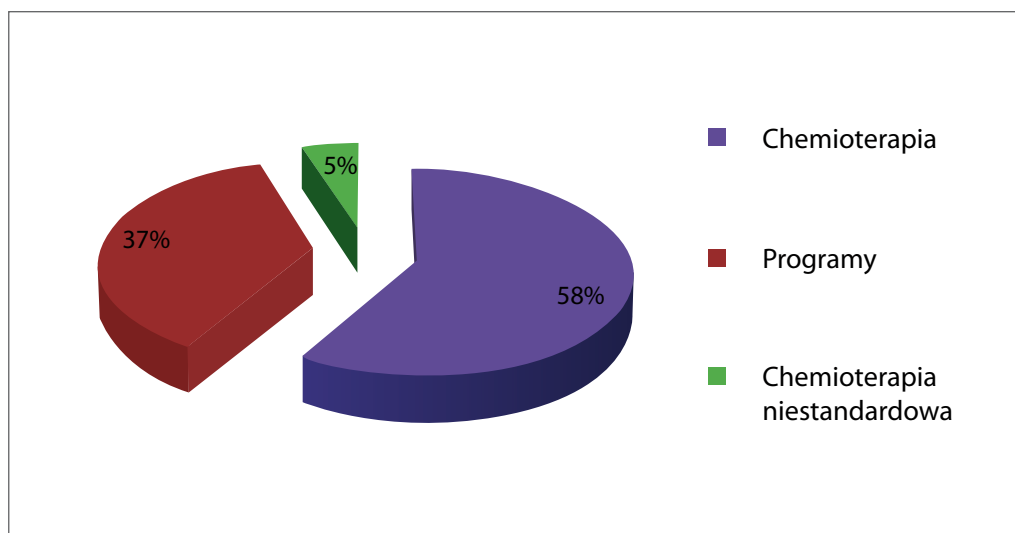
1. Zdecydowana większość (62%) świadczeń z zakresu chemioterapii finansowana jest w warunkach szpitalnych.
2. Największa liczba świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach szpitalnych (10) i mniejsza liczba świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach jednodniowych (8) oraz ambulatoryjnych (9).
3. Centrum Onkologii w Lublinie posiada w województwie lubelskim kontrakty o największej wartości w zakresie chemioterapii hospitalizacja (15,4 mln zł), chemioterapii w trybie jednodniowym (8,6 mln zł), chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (4,5 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii hospitalizacja (20,99 zł) powyżej średniej krajowej 19,62 zł (szóste miejsce w Polsce).
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (8,95 zł) poniżej średniej krajowej 9,55 zł (ósme miejsce w Polsce).
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (4,19 zł) powyżej średniej krajowej 3,07 zł (trzecie miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (9,10 zł) powyżej średniej krajowej 7,68 zł (trzecie miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (5,07 zł) poniżej średniej krajowej 6,13 zł (jedenaste miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (1,60 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (czternaste miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (2,86 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (dziewiąte miejsce w Polsce).

Wykres 7. Lubelski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 8. Lubelski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Województwo lubuskie

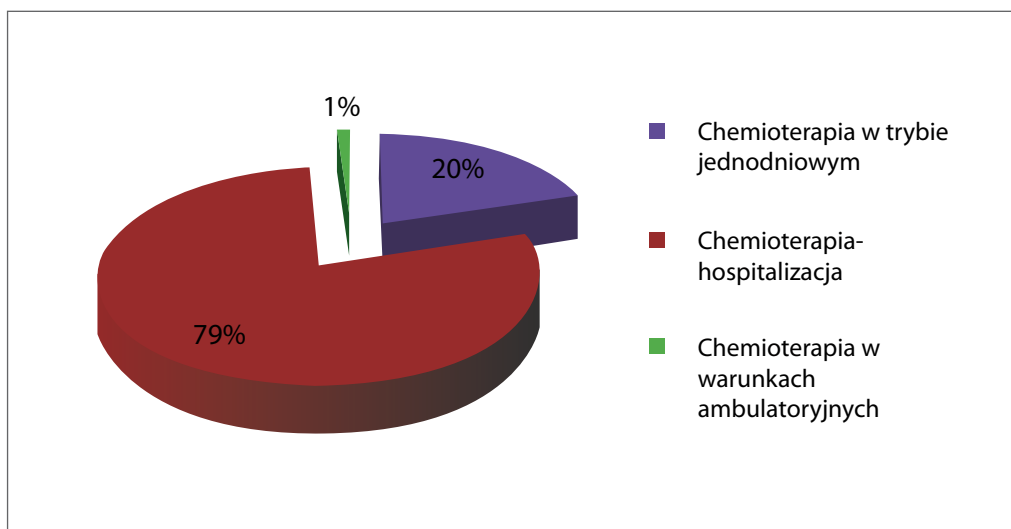
Charakterystyka województwa:

1. Zdecydowana większość świadczeń (79%) z zakresu chemioterapii finansowana jest w warunkach szpitalnych (hospitalizacja).
2. Najniższy (zaledwie 1%) w Polsce udział finansowania chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (0,2 mln zł).
3. Szpital Wojewódzki w Zielonej Górze posiada w województwie lubuskim kontrakty o największej wartości w zakresie chemioterapii hospitalizacja (10,2 mln zł), zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym (2,8 mln zł), chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (zaledwie 0,2 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (18,82 zł) poniżej średniej krajowej 19,62 zł (dziewiąte miejsce w Polsce).
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (4,86 zł) poniżej średniej

krajowej 9,55 zł (czternaste miejsce w Polsce).

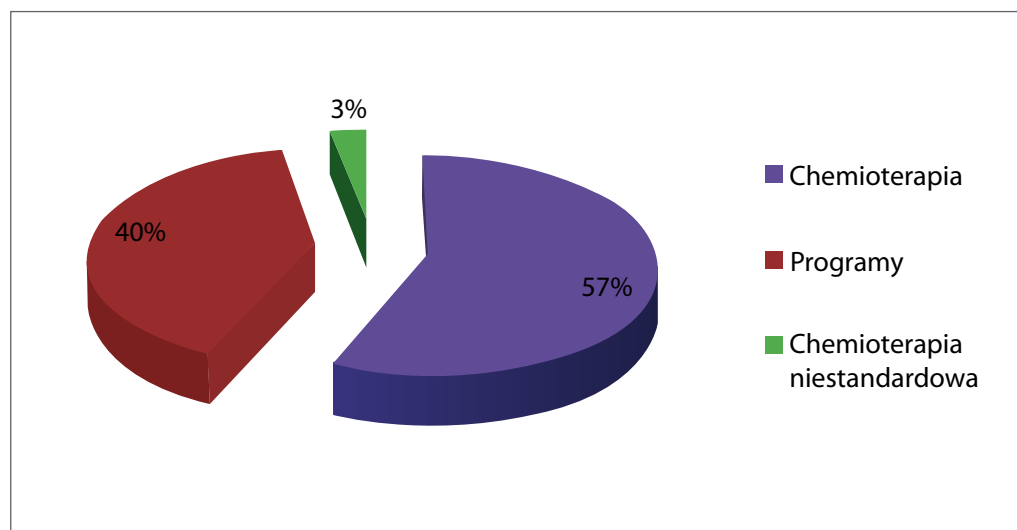
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (0,24 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (szesnaste miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (7,06 zł) poniżej średniej krajowej 7,68 zł (dziewiąte miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (4,96 zł) poniżej średniej krajowej 6,13 zł (dwunaste miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (1,18 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (szesnaste miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (1,27 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (szesnaste miejsce w Polsce).

Wykres 9. Lubuski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 10. Lubuski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



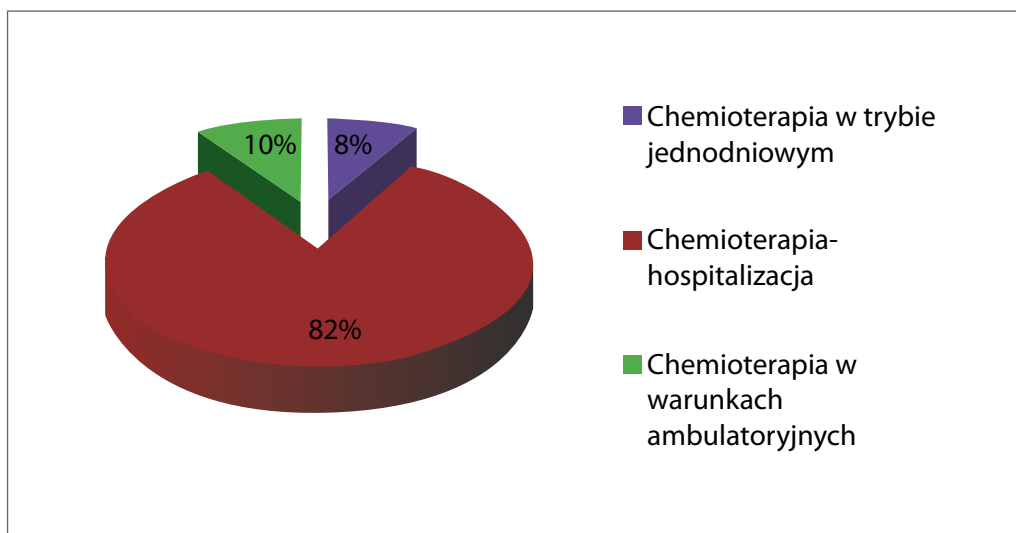
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Województwo łódzkie

Charakterystyka województwa:

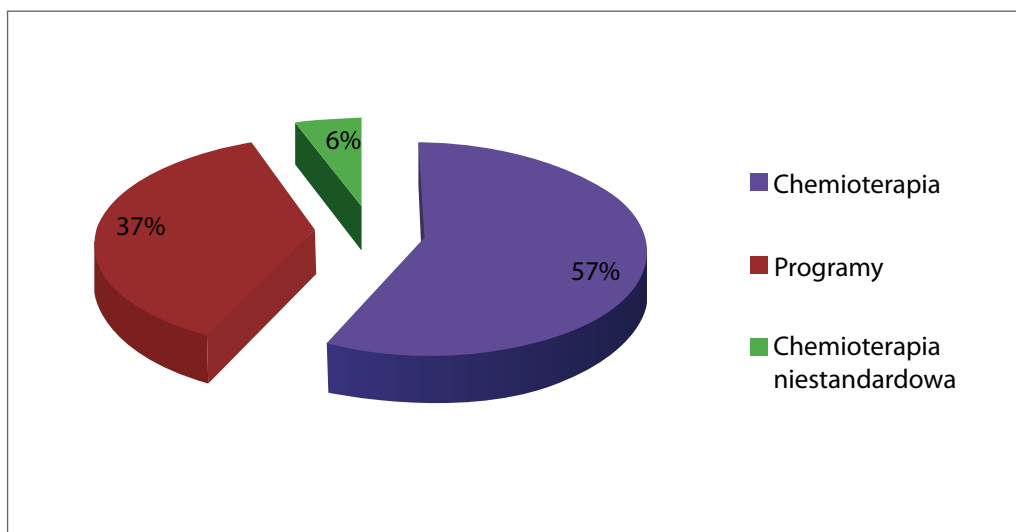
1. Największy w Polsce odsetek świadczeń (82%) z zakresu chemioterapii realizowanych i finansowanych w warunkach szpitalnych (hospitalizacja).
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Łodzi posiada kontrakt o największej wartości w Polsce (42,2 mln zł) z zakresu chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja).
3. Szpital Powiatowy w Radomsku posiada w województwie łódzkim kontrakt o największej wartości w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym (1,5 mln zł), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Łodzi posiada kontrakt o największej wartości w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (5,4 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (22,15 zł) powyżej średniej krajowej 19,62 zł (trzecie miejsce w Polsce).
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (2,21 zł) poniżej średniej krajowej 9,55 zł (szesnaste miejsce w Polsce).
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (2,60 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (dziewiąte miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (6,35 zł) poniżej średniej krajowej 7,68 zł (trzynaste miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (4,95 zł) poniżej średniej krajowej 6,13 zł (trzynaste miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (2,14 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (szóste miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (2,66 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (jedenaste miejsce w Polsce).

Wykres 11. Łódzki OW NFZ – struktura wydatków wg typów chemioterapii



Zródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 12. Łódzki OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



Zródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Województwo małopolskie

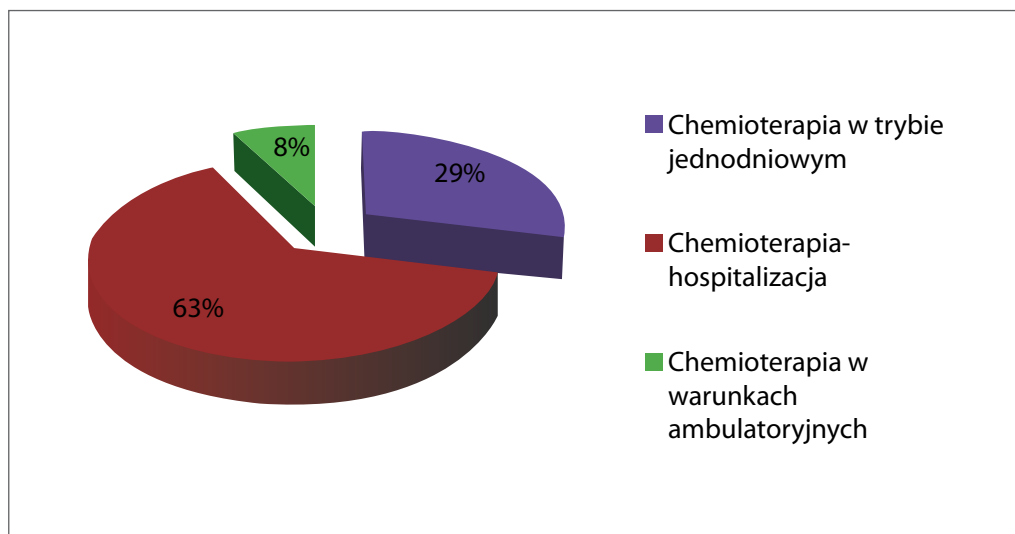
Charakterystyka województwa:

- Większość świadczeń (63%) z zakresu chemioterapii jest finansowana w warunkach szpitalnych (hospitalizacja).
- Centrum Onkologii w Krakowie posiada dopiero trzeci co do wysokości w województwie małopolskim kontrakt w zakresie chemioterapia-hospitalizacja.
- Szpital Uniwersytecki w Krakowie posiada w województwie małopolskim kontrakty o największej wartości (15,5 mln zł) w zakresie chemioterapia-hospitalizacja, chemioterapii w trybie jednodniowym (10,2 mln zł) oraz chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (2,1 mln zł).
- Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (17,27 zł) poniżej średniej krajowej 19,62 zł (jedenaste miejsce w Polsce).
- Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (7,84 zł) poniżej średniej

krajowej 9,55 zł (dziewiąte miejsce w Polsce).

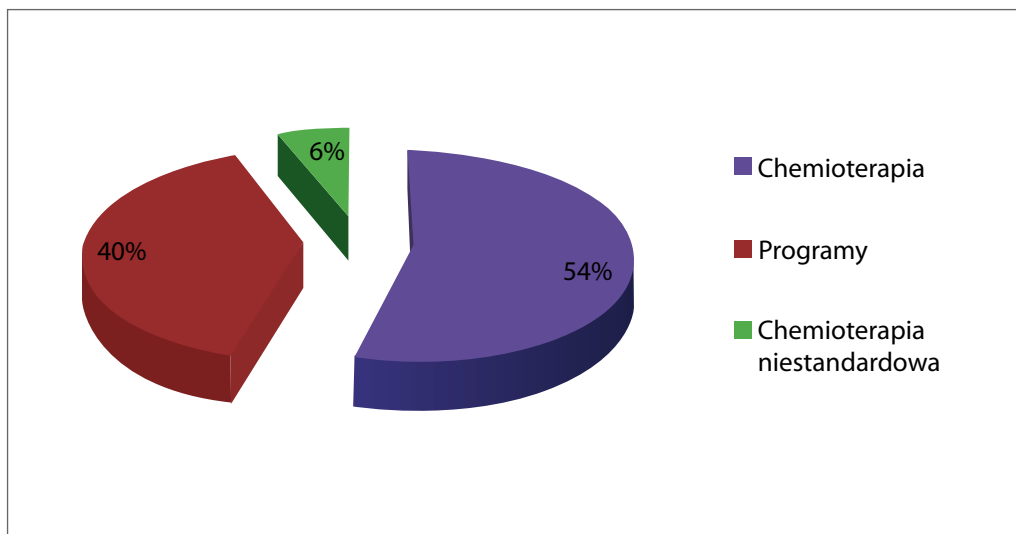
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (2,06 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (dwunaste miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (4,66 zł) poniżej średniej krajowej 7,68 zł (piętnaste miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (7,90 zł) powyżej średniej krajowej 6,13 zł (drugie miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (1,602 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (czternaste miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (3,02 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (ósmo miejsce w Polsce).

Wykres 13. Małopolski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 14. Małopolski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



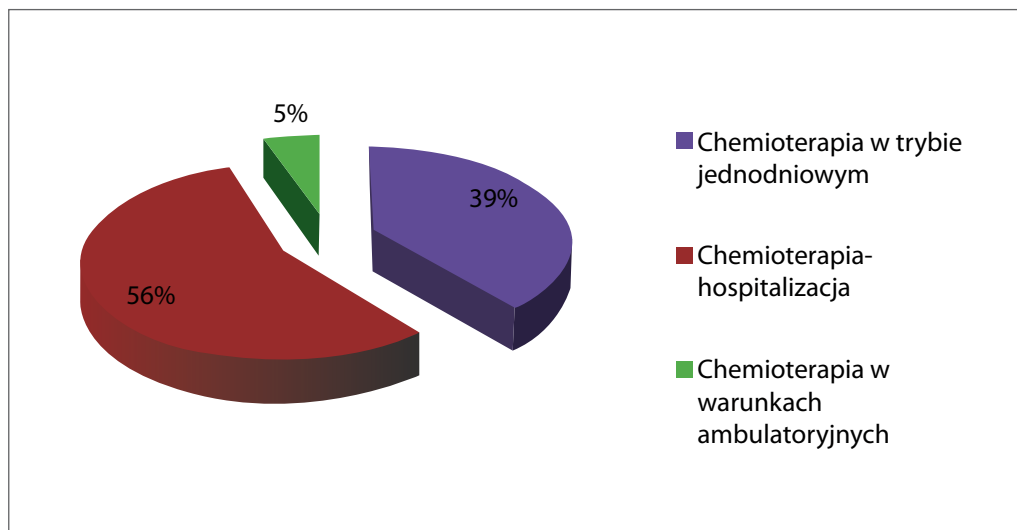
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Województwo mazowieckie

Charakterystyka województwa:

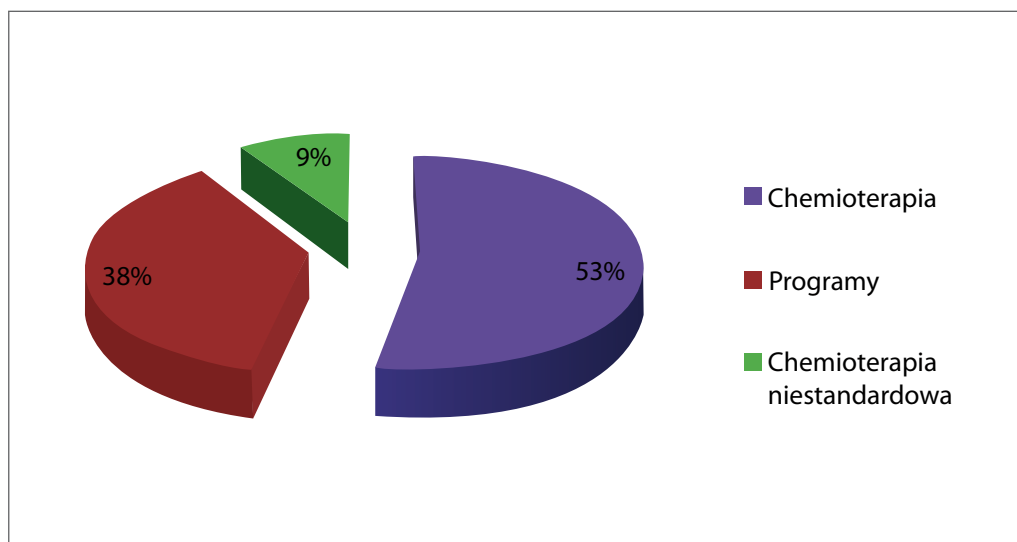
1. Bardzo duży odsetek 39% świadczeń z zakresu chemioterapii realizowany w trybie jednodniowym.
2. Najwyższa wartość w Polsce umów zawieranych z podmiotami niepublicznymi w zakresie chemioterapii.
3. Centrum Onkologii w Warszawie posiada w województwie mazowieckim kontrakty o największej wartości w zakresie: chemioterapii w warunkach szpitalnych (29,5 mln zł), chemioterapii w trybie jednodniowym (50,2 mln zł) i chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (2,1 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (25,00 zł) powyżej średniej krajowej 19,62 zł (drugie miejsce w Polsce).
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (17,42 zł) powyżej średniej krajowej 9,55 zł (pierwsze miejsce w Polsce).
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (2,33 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (jedenaste miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (12,76 zł) powyżej średniej krajowej 7,68 zł (pierwsze miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (5,72 zł) poniżej średniej krajowej 6,13 zł (dziewiąte miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (3,86 zł) powyżej średniej krajowej 2,51 zł (drugie miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (7,81 zł) powyżej średniej krajowej 3,81 zł (pierwsze miejsce w Polsce).

Wykres 15. Mazowiecki OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 16. Mazowiecki OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

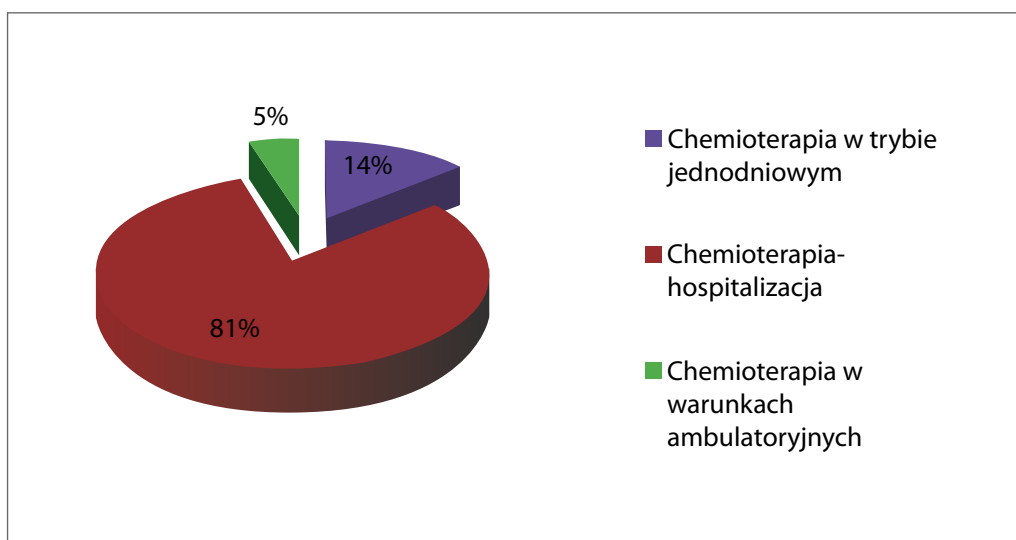
Województwo opolskie

Charakterystyka województwa:

1. Bardzo duży odsetek świadczeń (81%) z zakresu chemioterapii jest realizowany w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) - 2 miejsce w Polsce.
2. Duża liczba świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach szpitalnych (6), przy stosunkowo małej liczbie świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach jednodniowych (1) oraz ambulatoryjnych (4).
3. Centrum Onkologii w Opolu posiada w województwie opolskim kontrakty o największej wartości w zakresie: chemioterapii w warunkach szpitalnych (8,5 mln zł) i chemioterapii w trybie jednodniowym (2,9 mln zł), natomiast Szpital Wojewódzki w Opolu kontrakt o największej wartości w zakresie chemioterapii, w warunkach ambulatoryjnych (0,5 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (16,44 zł) poniżej średniej krajowej 19,62 zł (dwunaste miejsce w Polsce).

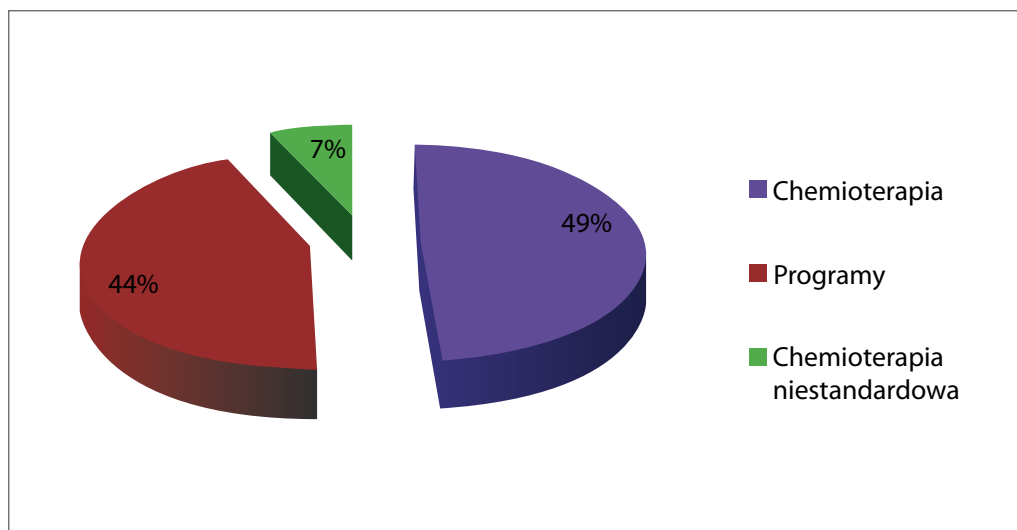
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (2,85 zł) poniżej średniej krajowej 9,55 zł (piętnaste miejsce w Polsce).
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (0,98 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (piętnaste miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (4,39 zł) poniżej średniej krajowej 7,68 zł (szesnaste miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (7,29 zł) powyżej średniej krajowej 6,13 zł (trzecie miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (1,22 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (piętnaste miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (2,85 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (dziesiąte miejsce w Polsce).

Wykres 17. Opolski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 18. Opolski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



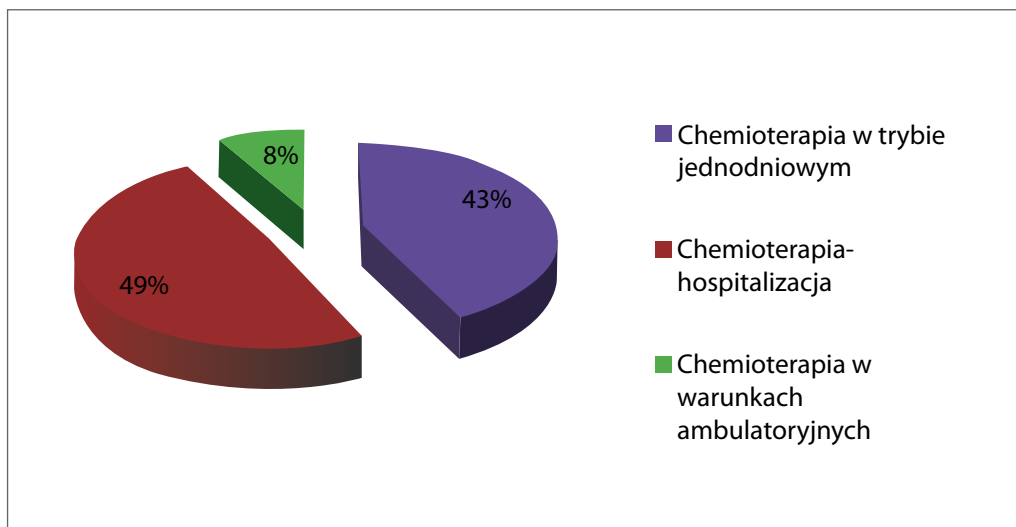
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Województwo podkarpackie

Charakterystyka województwa:

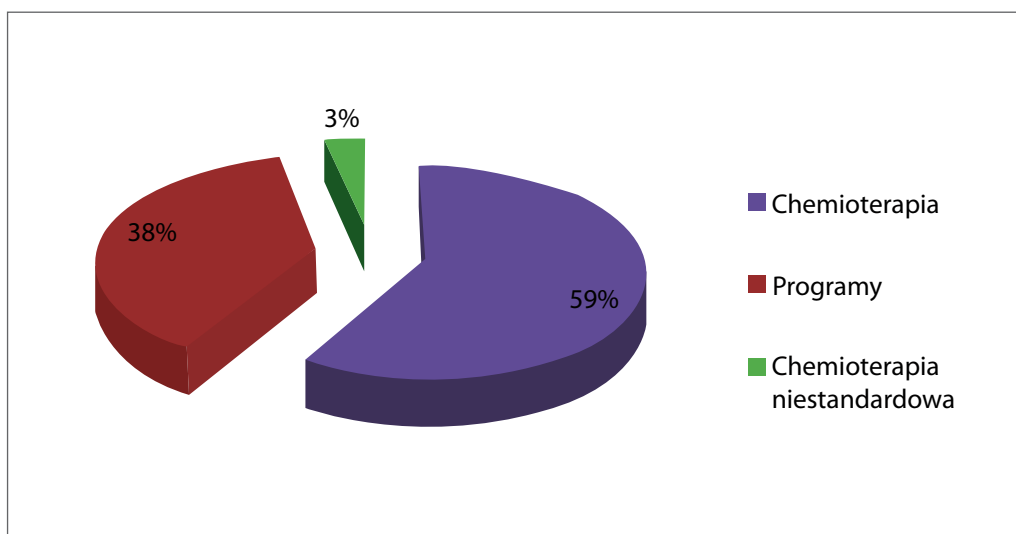
1. Bardzo mały odsetek świadczeń (49%) z zakresu chemioterapii jest realizowany warunkach szpitalnych (hospitalizacja) i niska dostępność do świadczeń w tym zakresie (15 miejsce w Polsce).
2. Mała liczba świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach szpitalnych (3), przy stosunkowo dużej liczbie świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach jednodniowych (5) oraz ambulatoryjnych (5).
3. Szpital Specjalistyczny w Brzozowie posiada w województwie podkarpackim kontrakty o największej wartości (15,5 mln zł) w zakresie chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) i chemioterapii w trybie jednodniowym (7,3 mln zł), natomiast Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Rzeszowie w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (2,3 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (11,69 zł) poniżej średniej krajowej 19,62 zł (czternaste miejsce w Polsce).
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (10,24 zł) poniżej średniej krajowej 9,55 zł (czwarte miejsce w Polsce).
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (1,97 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (trzynaste miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (5,09 zł) poniżej średniej krajowej 7,68 zł (czternaste miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (4,58 zł) poniżej średniej krajowej 6,13 zł (czternaste miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (1,84 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (dziesiąte miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (1,39 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (piętnaste miejsce w Polsce).

Wykres 19. Podkarpacki OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 20. Podkarpacki OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Województwo podlaskie

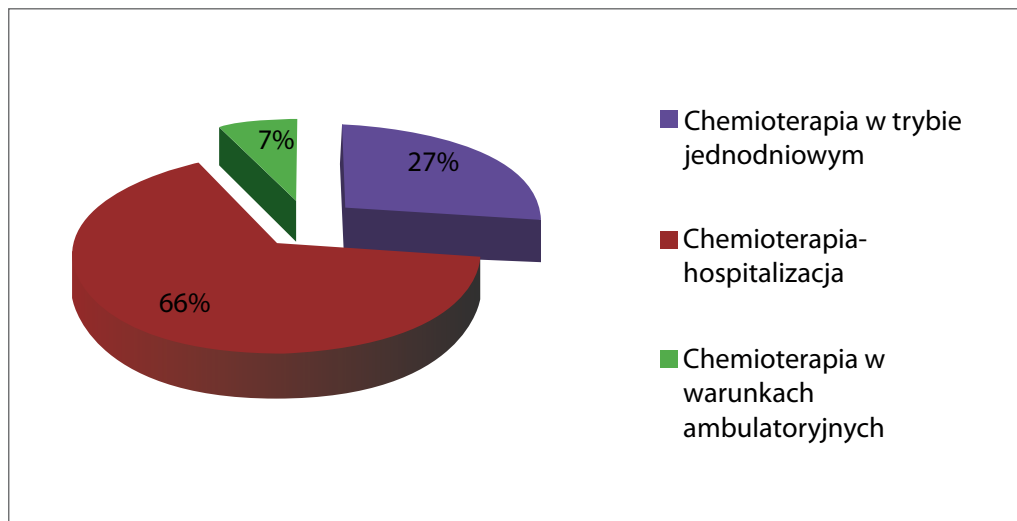
Charakterystyka województwa:

1. Wycena wartości świadczeń (punktu) przez Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ jest różna i niższa niż 52 zł w umowach z niektórymi świadczeniodawcami we wszystkich zakresach chemioterapii.
2. Duży odsetek świadczeń (66%) z zakresu chemioterapii jest realizowany w warunkach szpitalnych (hospitalizacja).
3. Białostockie Centrum Onkologii w Białymstoku posiada w województwie podlaskim kontrakty o największej wartości (9,5 mln zł) w zakresie chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja), w trybie jednodniowym (7,5 mln zł) oraz chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (1,6 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (21,62 zł) powyżej średniej krajowej 19,62 zł (czwarte miejsce w Polsce).
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (8,96 zł) poniżej średniej

krajowej 9,55 zł (siódme miejsce w Polsce).

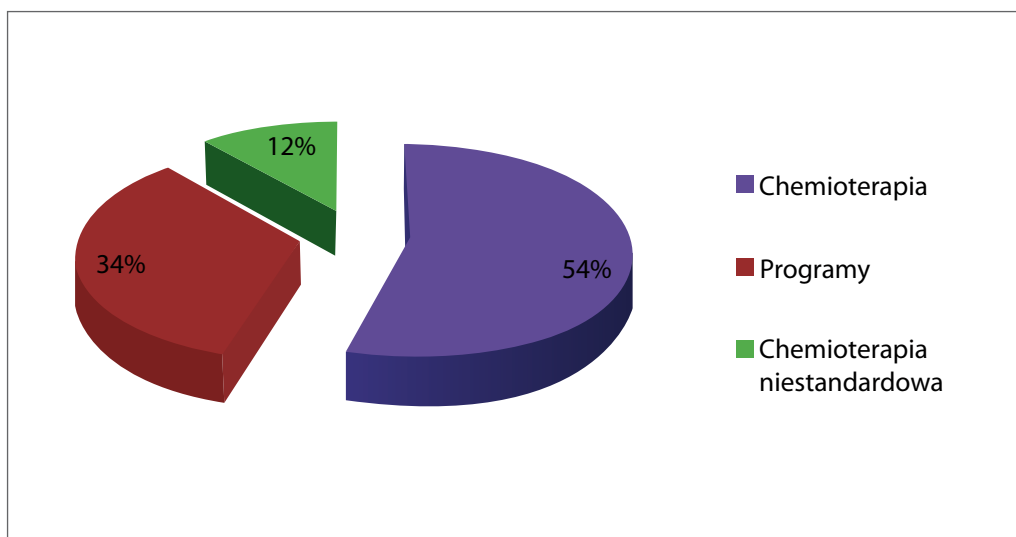
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (2,40 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (dziesiąte miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (9,63 zł) powyżej średniej krajowej 7,68 zł (drugie miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (5,92 zł) poniżej średniej krajowej 6,13 zł (siódme miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (1,63 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (dwunaste miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (6,99 zł) powyżej średniej krajowej 3,81 zł (trzecie miejsce w Polsce).

Wykres 21. Podlaski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 22. Podlaski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



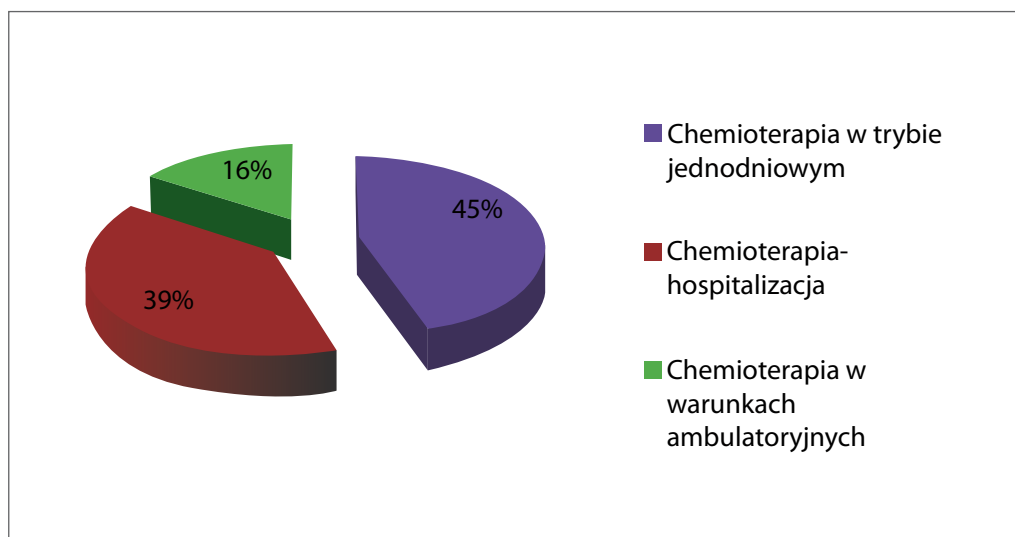
Zródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Województwo pomorskie

Charakterystyka województwa:

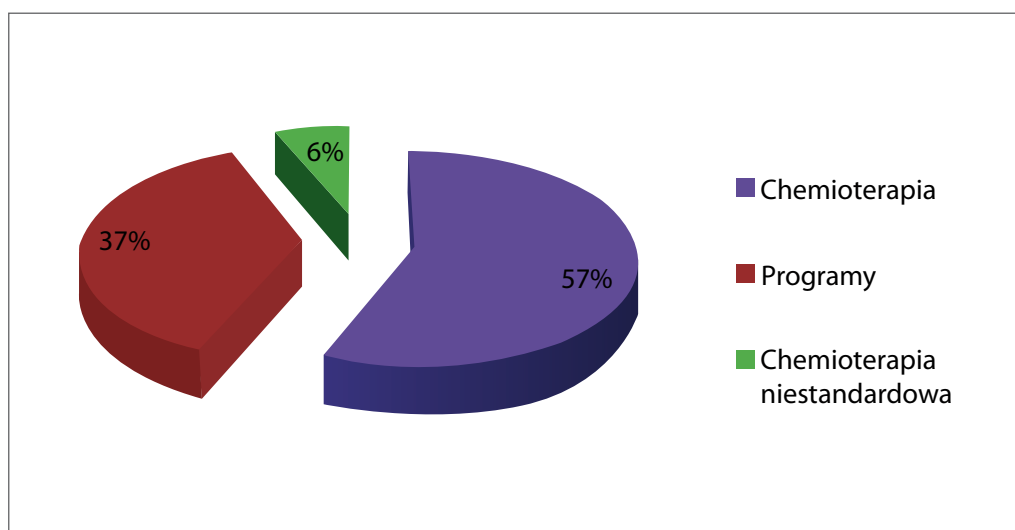
1. Najniższy w Polsce odsetek świadczeń (zaledwie 39%) z zakresu chemioterapii realizowany w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) i niska dostępność do świadczeń w tym zakresie (14 miejsce w Polsce).
2. Mała liczba świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach szpitalnych (4), przy stosunkowo dużej liczbie świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach jednodniowych (9) oraz ambulatoryjnych (8).
3. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku posiada w województwie pomorskim kontrakt o największej wartości (13,8 mln zł) w zakresie chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja), natomiast Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku posiada kontrakty o największej wartości w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym (10,1 mln zł) i chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (5,8 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (11,80 zł) poniżej średniej krajowej 19,62 zł (czternaste miejsce w Polsce).
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (13,45 zł) powyżej średniej krajowej 9,55 zł (drugie miejsce w Polsce).
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (4,67 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (drugie miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (6,91 zł) poniżej średniej krajowej 7,68 zł (dziesiąte miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (5,76 zł) poniżej średniej krajowej 6,13 zł (ósmie miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (2,04 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (siódme miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (3,29 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (siódme miejsce w Polsce).

Wykres 23. Pomorski OW NFZ – struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 24. Pomorski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

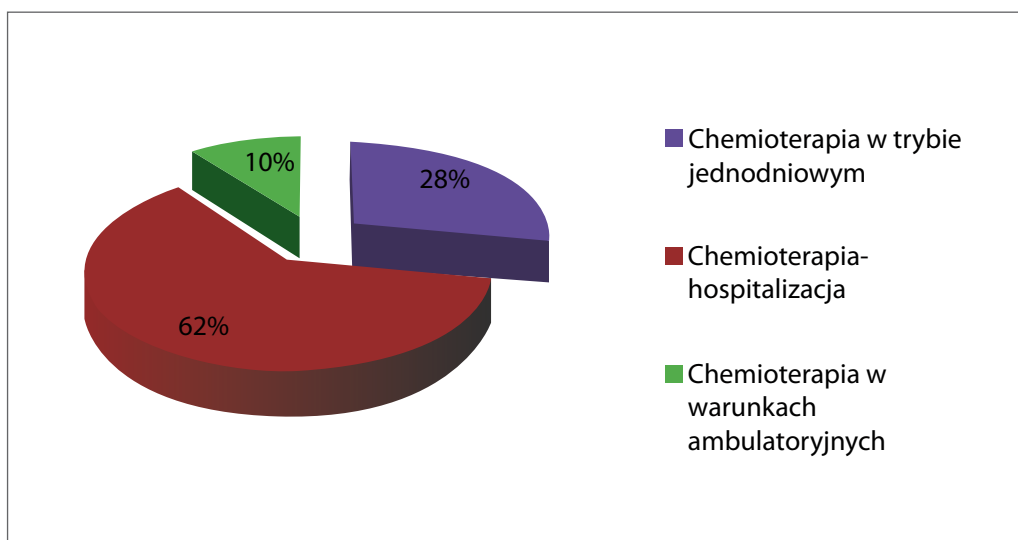
Województwo śląskie

Charakterystyka województwa:

1. Największa w Polsce liczba świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach: szpitalnych (33), jednodniowych (33) oraz ambulatoryjnych (30).
2. Wycena wartości świadczeń (punktu) przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ jest różna i niższa niż 52 zł w umowach z niektórymi świadczeniodawcami we wszystkich zakresach chemioterapii.
3. SPSK w Katowicach posiada w województwie śląskim kontrakt o największej wartości (20,3 mln zł) w zakresie chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja), Szpital im. S. Leszczyńskiego w Katowicach w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym (9,4 mln zł), natomiast Centrum Onkologii w Gliwicach w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (5,7 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (21,30 zł) powyżej średniej krajowej 19,62 zł (piąte miejsce w Polsce).

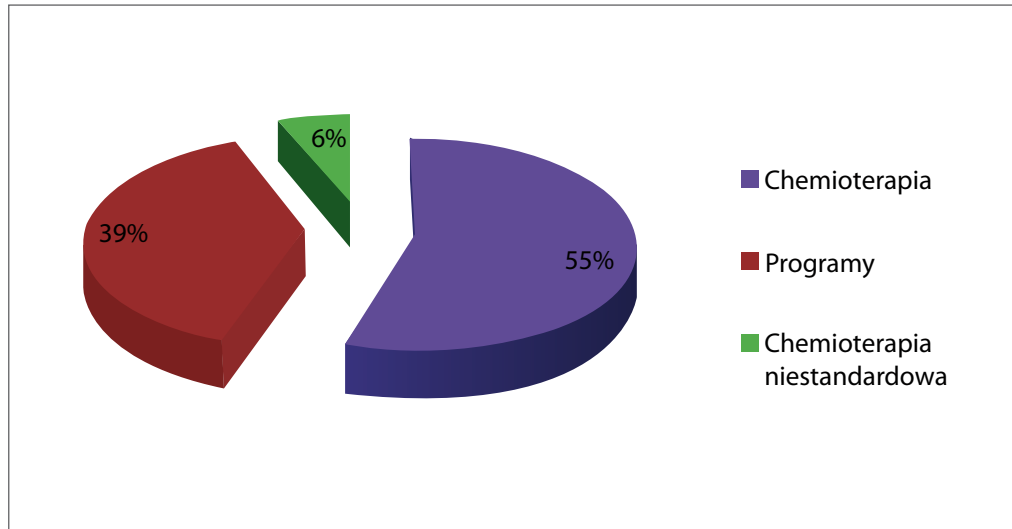
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (9,62 zł) powyżej średniej krajowej 9,55 zł (szóste miejsce w Polsce).
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (3,60 zł) powyżej średniej krajowej 3,07 zł (czwarte miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (6,74 zł) poniżej średniej krajowej 7,68 zł (jedenaste miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (8,77 zł) powyżej średniej krajowej 6,13 zł (pierwsze miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (3,18 zł) powyżej średniej krajowej 2,51 zł (czwarte miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (3,84 zł) powyżej średniej krajowej 3,81 zł (piąte miejsce w Polsce).

Wykres 25. Śląski OW NFZ – struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 26. Śląski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



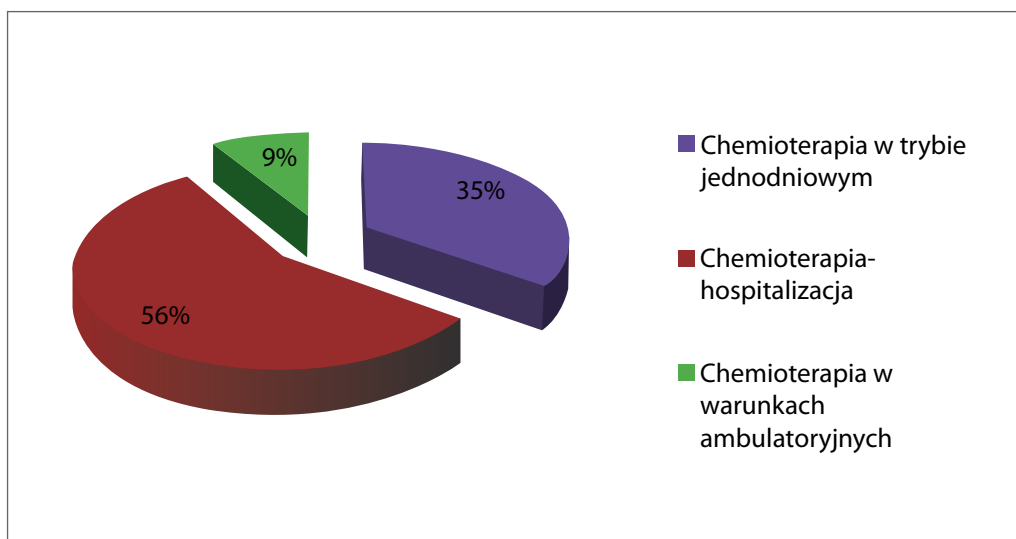
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Województwo świętokrzyskie

Charakterystyka województwa:

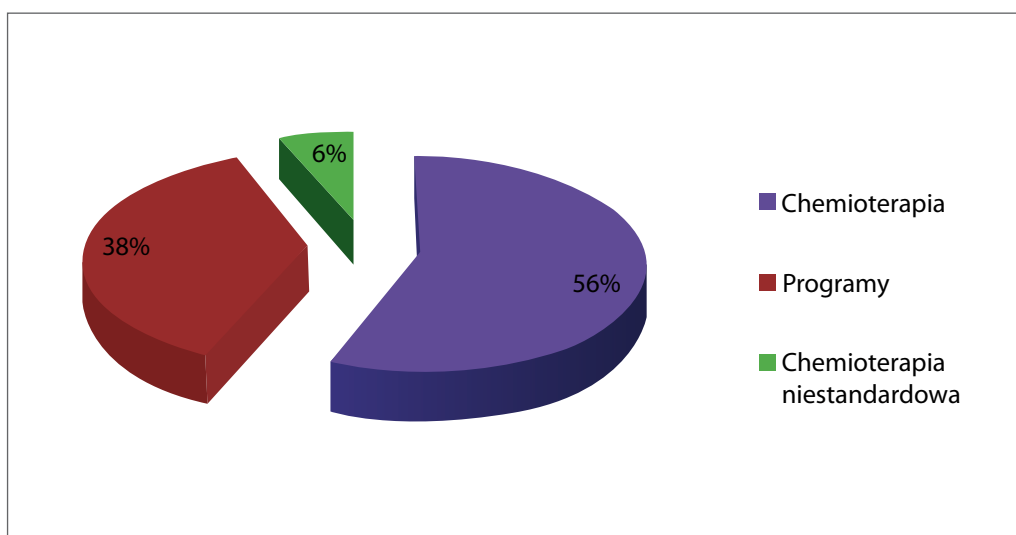
1. Bardzo mała liczba świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach szpitalnych (2), jednodniowych (1) oraz ambulatoryjnych (2).
2. Duży odsetek realizacji świadczeń z zakresu chemioterapii w trybie jednodniowym (35%).
3. Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach posiada w województwie świętokrzyskim kontrakty o największej wartości (22,5 mln zł) w zakresie: chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja), chemioterapii w trybie jednodniowym (po 15,2 mln zł) oraz chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (3,8 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (19,15 zł) poniżej średniej krajowej 19,62 zł (ósmie miejsce w Polsce).
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (11,85 zł) poniżej średniej krajowej 9,55 zł (trzecie miejsce w Polsce).
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (2,97 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (siódme miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (8,06 zł) powyżej średniej krajowej 7,68 zł (piąte miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (6,00 zł) poniżej średniej krajowej 6,13 zł (szóste miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (3,32 zł) powyżej średniej krajowej 2,51 zł (trzecie miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (3,77 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (szóste miejsce w Polsce).

Wykres 27. Świętokrzyski OW NFZ – struktura wydatków wg typów chemioterapii



Zródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 28. Świętokrzyski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



Zródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

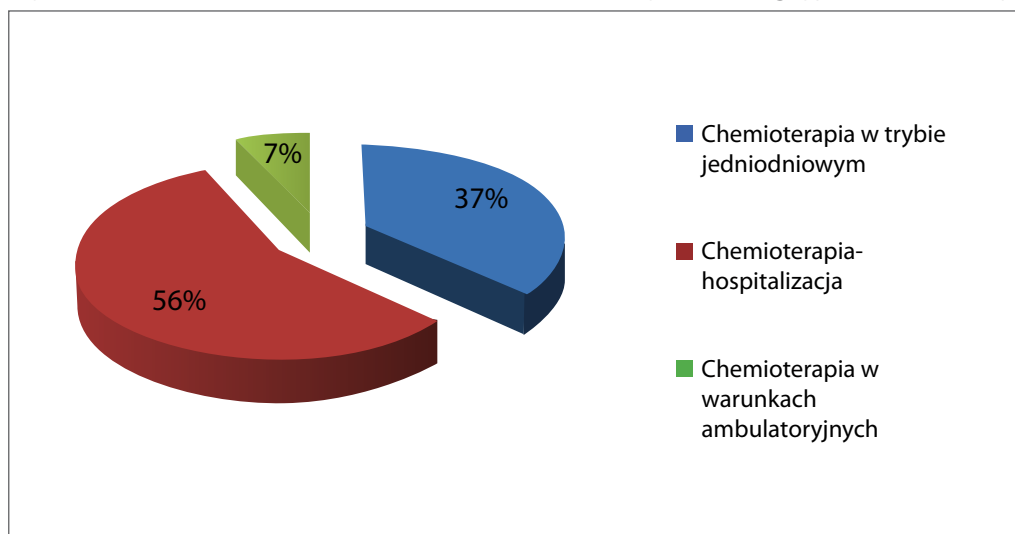
Województwo warmińsko-mazurskie

Charakterystyka województwa:

1. Bardzo duży odsetek wydatków na chemioterapię niestandardową (10%) w stosunku do wydatków na chemioterapię.
2. Niska dostępność do chemioterapii w warunkach szpitalnych hospitalizacja (szesnaste miejsce w Polsce) oraz w warunkach ambulatoryjnych (czternaste miejsce w kraju).
3. Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu posiada w województwie warmińsko-mazurskim kontrakt o największej wartości (5,7 mln zł) w zakresie chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja), Centrum Onkologii w Olsztynie kontrakt o największej wartości (4,6 mln zł) w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym, natomiast Olsztyński Ośrodek Onkologiczny Kopernik w Olsztynie kontrakt o największej wartości (3,8 mln zł) w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych.
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (11,68 zł) poniżej średniej krajowej 19,62 zł (szesnaste miejsce w Polsce).

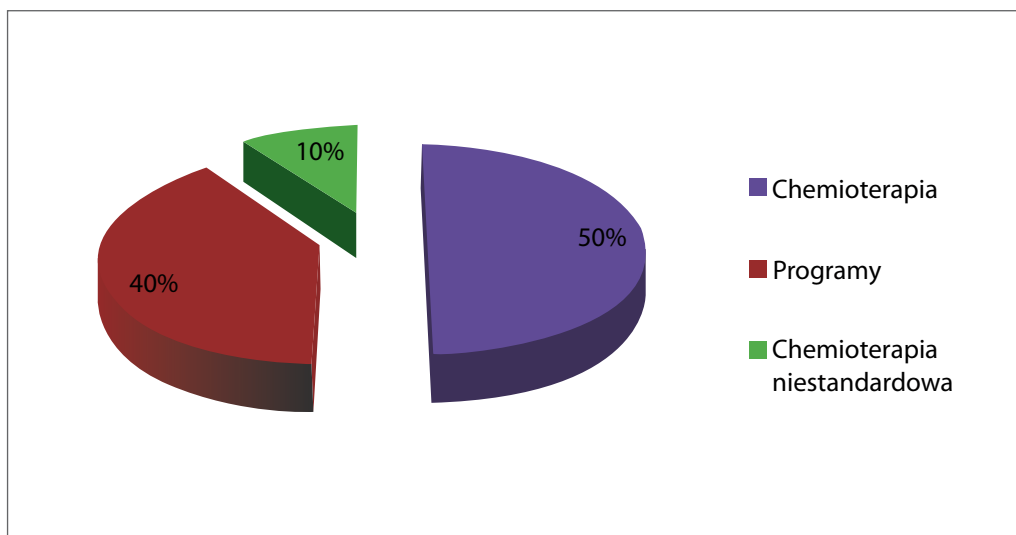
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (7,66 zł) poniżej średniej krajowej 9,55 zł (11 miejsce w Polsce)
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (1,46 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (czternaste miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (6,71 zł) poniżej średniej krajowej 7,68 zł (dwunaste miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (4,44 zł) poniżej średniej krajowej 6,13 zł (szesnaste miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (1,98 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (ósmo miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (4,15 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (czwarte miejsce w Polsce).

Wykres 29. Warmińsko-Mazurski OW NFZ – struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 30. Warmińsko-Mazurski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



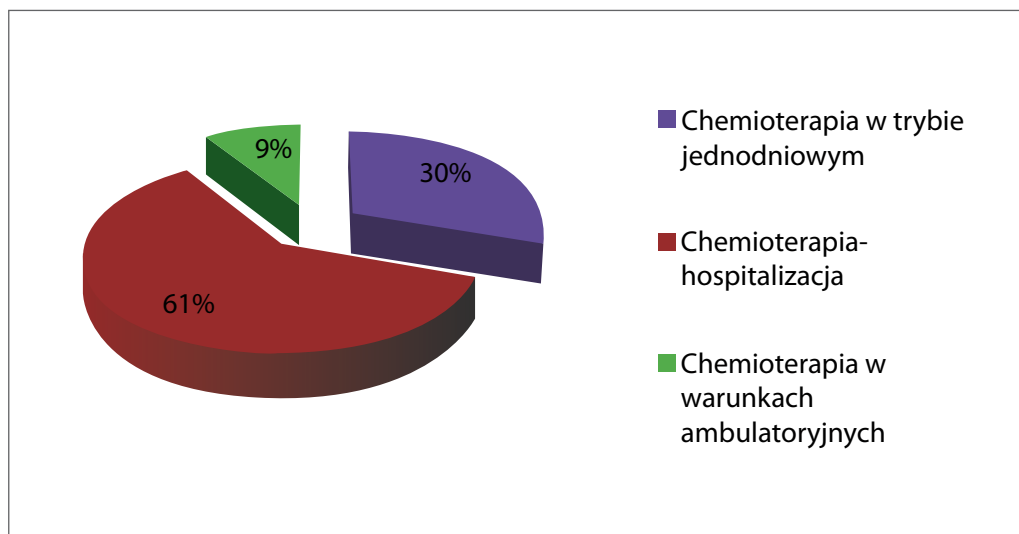
Zródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Województwo wielkopolskie

Charakterystyka województwa:

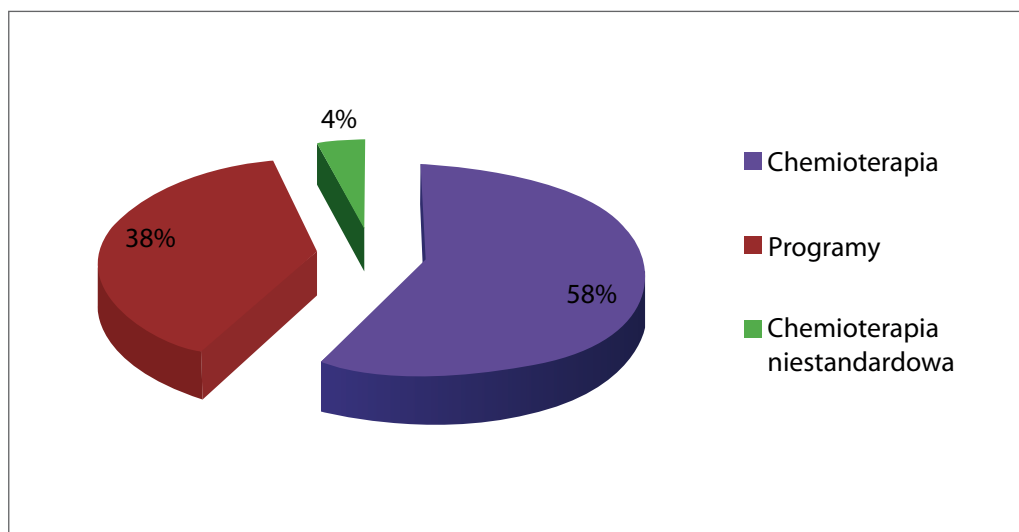
1. Wycena wartości świadczeń (punktu) przez Wielkopolski OW NFZ różna i niższa niż 52 zł w umowach z niektórymi świadczeniodawcami we wszystkich zakresach chemioterapii.
2. Duża liczba świadczeniodawców realizujących chemioterapię w warunkach szpitalnych (16), jednodniowych (19) oraz ambulatoryjnych (17).
3. Szpital Kliniczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu posiada w województwie wielkopolskim kontrakt o największej wartości (17,2 mln zł) w zakresie chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja), natomiast Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu posiada kontrakt o największej wartości (13,2 mln zł) w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym oraz chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (2,2 mln zł).
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (19,82 zł) powyżej średniej krajowej 19,62 zł (siódme miejsce w Polsce).
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (9,85 zł) powyżej średniej krajowej 9,55 zł (piąte miejsce w Polsce).
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (2,96 zł) poniżej średniej krajowej 3,07 zł (ósmie miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (7,29 zł) poniżej średniej krajowej 7,68 zł (siódme miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (5,69 zł) poniżej średniej krajowej 6,13 zł (dziesiąte miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (4,16 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (pierwsze miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (2,30 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (dwunaste miejsce w Polsce).

Wykres 31. Wielkopolski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 32. Wielkopolski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

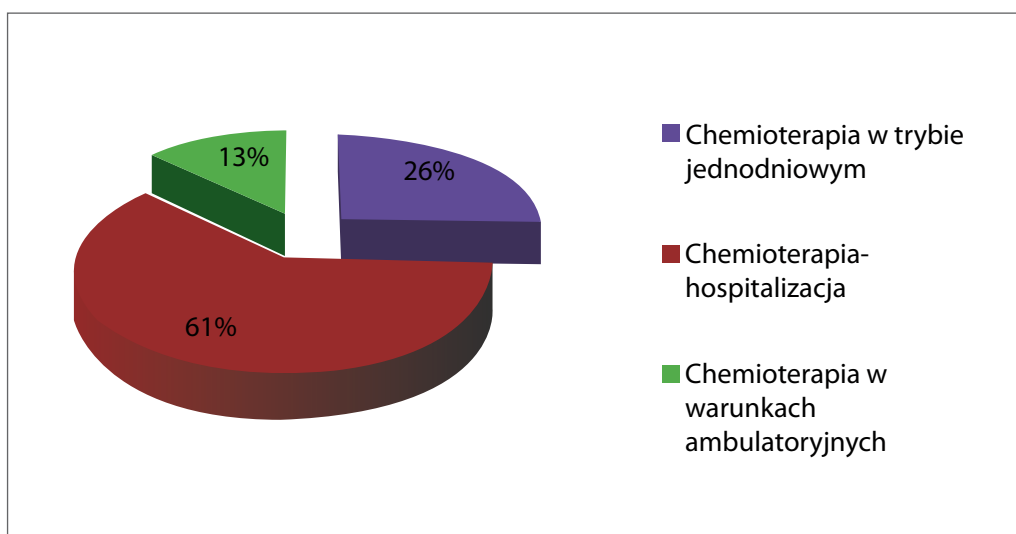
Województwo zachodniopomorskie

Charakterystyka województwa:

1. Bardzo niewielki odsetek wydatków na chemioterapię niestandardową (3%) w stosunku do wydatków na programy lekowe i chemioterapię.
2. Stosunkowo duży odsetek świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych (13%).
3. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny w Szczecinie posiada w województwie zachodniopomorskim kontrakt o największej wartości (8,6 mln zł) w zakresie chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja), Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie kontrakt o największej wartości (5,5 mln zł) w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym, natomiast Szpital Wojewódzki w Koszalinie kontrakt o największej wartości (2,2 mln zł) w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych.
4. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) (16,00 zł) poniżej średniej krajowej 19,62 zł (trzynaste miejsce w Polsce).

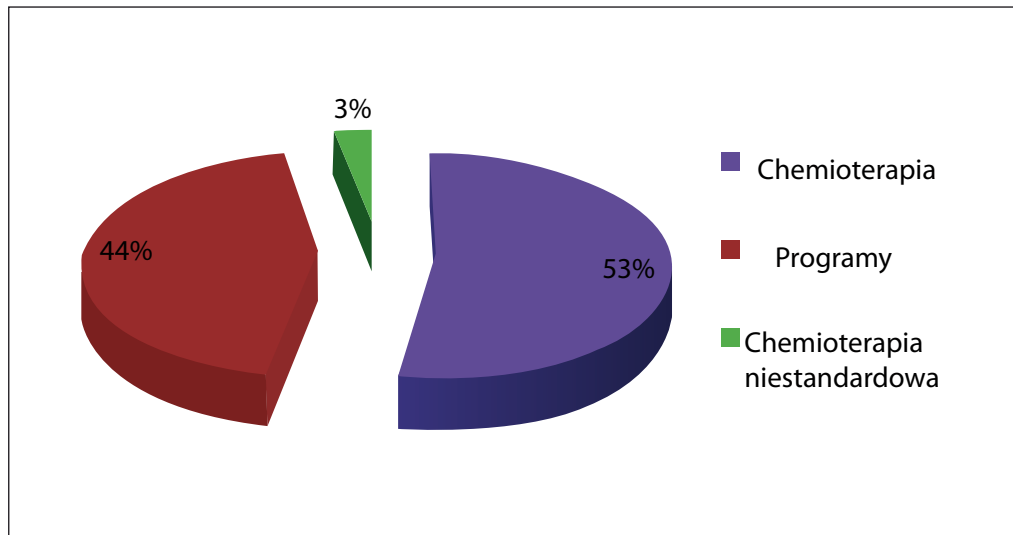
5. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w trybie jednodniowym (6,68 zł) poniżej średniej krajowej 9,55 zł (trzynaste miejsce w Polsce).
6. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych (3,37 zł) powyżej średniej krajowej 3,07 zł (piąte miejsce w Polsce).
7. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka piersi (7,48 zł) poniżej średniej krajowej 7,68 zł (szóste miejsce w Polsce).
8. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (6,58 zł) powyżej średniej krajowej 6,13 zł (czwarte miejsce w Polsce).
9. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach programu lekowego leczenie raka nerki (1,92 zł) poniżej średniej krajowej 2,51 zł (dziewiąte miejsce w Polsce).
10. Wskaźnik dostępności *per capita* do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej (1,48 zł) poniżej średniej krajowej 3,81 zł (czternaste miejsce w Polsce).

Wykres 33. Zachodniopomorski OW NFZ – struktura wydatków wg typów chemioterapii



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wykres 34. Zachodniopomorski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię



Zródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



8. OGRANICZENIA W DOSTĘPIE DO NOWYCH TERAPII ONKOLOGICZNYCH Z PERSPEKTYWY PACJENTÓW, ŚWIADCZENIODAWCÓW, PŁATNIKA ORAZ PRODUCENTÓW

Świadczeniodawcy

W ciągu ostatnich pięciu lat wydatki publiczne związane z realizacją wszystkich świadczeń z zakresu onkologii wzrosły ponad dwukrotnie, jednak w opinii ekspertów zarówno wyniki leczenia nowotworów, jak i dostępność to tego leczenia są niezadowolające. Jest to szczególnie niepokojące jeśli porównać Polskę do krajów o podobnym poziomie rozwoju gospodarczego.

Według Profesora Macieja Krzakowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej „strategicznym celem powinna być konsolidacja, integracja i koordynacja wszystkich działań dla poprawy wyników leczenia nowotworów w Polsce, poprzez wprowadzenie racjonalnych i efektywnych rozwiązań zbliżających skuteczność systemu do średniego poziomu europejskiego”²⁵.

Profesor Jacek Jassem, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, uważa, że „konieczna jest głęboka zmiana systemowa w polskiej opiece onkologicznej”. Jego zdaniem, przede wszystkim „zbyt długi jest czas, jaki zwykle mija od podejrzenia do rozpoznania i rozpoczęcia leczenia raka. Brakuje wyspecjalizowanych ośrodków wielodyscyplinarnego leczenia najczęstszych nowotworów. Ograniczony i nierówny jest dostęp do nowoczesnych terapii”²⁶.

Także konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej²⁷ Profesor Krzysztof Herman uważa, że „jak najszybciej należy zlikwidować limity w zakresie niskokosztowych procedur onkologicznych. W wyniku tych ograniczeń chorzy czekają na dostęp do świadczenia medycznego z powodów ekonomicznych ograniczeń. Lekarze podkreślają także utrudniony dostęp do nowoczesnych i droższych leków onkologicznych”²⁸.

Następnym problemem polskiej onkologii jest brak pełnej i aktualnej wiedzy na temat sytuacji epidemiologicznej chorób nowotworowych. Krajowy Rejestr Chorób Nowotworowych w Polsce, stanowiący podstawowe źródło danych epidemiologicznych o chorobach nowotworowych, jest - zdaniem ekspertów - źródłem niepełnej informacji w tej dziedzinie, przede wszystkim z uwagi na zaniedbywanie obowiązku zgłaszania chorób nowotworowych przez placówki medyczne w kraju. Takim źródłem mogą być przede wszystkim rejestry kliniczne poszczególnych nowotworów prowadzone przez towarzystwa naukowe lub ośrodki naukowo-badawcze, jednak ich funkcjonowanie w Polsce nie jest jeszcze w pełni rozwinięte.

Płatnik

Głównym problemem płatnika publicznego jest fakt, że środki pozostające w dyspozycji NFZ są ograniczone i określone wysokością spływu składek na ubezpieczenia zdrowotne. Prognozy gospodarcze przewidują w najbliższym czasie niewielki wzrost gospodarczy, co spowoduje brak możliwości znaczącego zwiększenia finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy zatem założyć brak możliwości sfinansowania przez płatnika wszystkich zrealizowanych świadczeń (tzw. nadwykonań)²⁹ oraz utrudnienia w dostępie dla pacjentów, w tym wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie. Wprawdzie onkologia jest priorytetem zdrowotnym, niemniej jednak należy się spodziewać, że również w tej dziedzinie mogą nasilić się niekorzystne

25 <http://www.eonkologia.pl/List-onkologow-do-ministra-Arlukowicza,7331-2303.html>

26 <http://www.pkopo.pl/aktualnosci/2012/92>

27 <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/O-leczeniu-onkologicznym-podczas-VIII-Forum-Rynku-Zdrowia-rozne-osrodki-rozne-wyniki,124889,1013.html>

28 <http://www.rynekzdrowia.pl/Konferencje/Onkolodzy-ograniczony-dostep-do-nowoczesnych-lekow-duze-potrzeby-w-zderzeniu-z-budzetem,106118.html>

29 Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z upoważnienia ministra na interpelację nr 3634 w sprawie finansowania procedur w onkologii dziecięcej, Warszawa, 25 maja 2012 r.



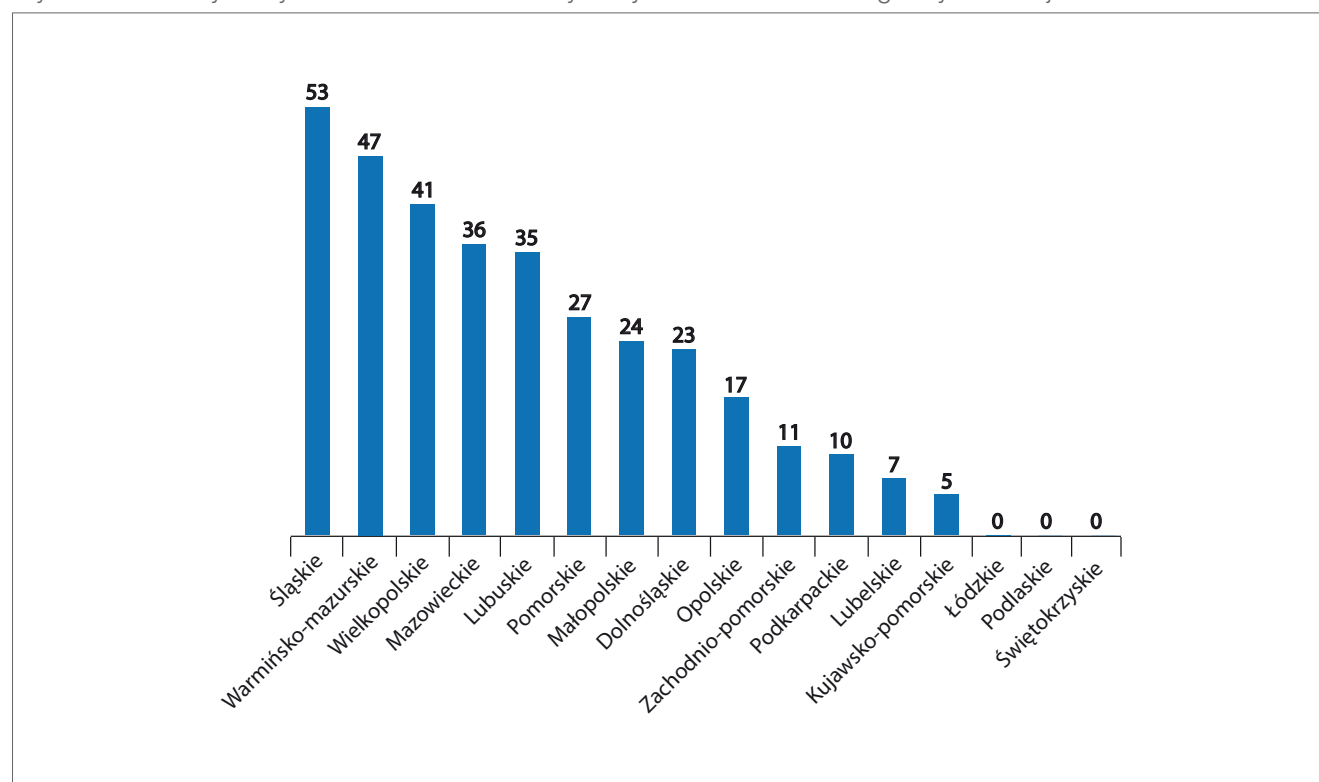
zjawiska. Dodatkowym problemem Ministerstwa Zdrowia i NFZ jest zabezpieczenie ciągłości dostaw leków onkologicznych. Taka sytuacja zaistniała w pierwszej połowie 2012 roku, gdy kilka firm farmaceutycznych miało problemy z produkcją i ciągłością dostaw cytostatyków na rynek polski.

Pacjenci

Środowisko pacjentów onkologicznych zabiega o wprowadzenie rozwiązań, które pozwolą na szybką diagnostykę i leczenie chorych na raka oraz potraktowanie tego leczenia przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ, jako ratującego życie, a co za tym idzie zniesienie limitów środków publicznych na leczenie nowotworów³⁰. Obecnie 68% Polaków uważa, że leczenie raka powinno mieć priorytetowe znaczenie w systemie ochrony zdrowia, a 71% chce wzrostu nakładów na onkologię³¹. Natomiast tylko 20% z 1200 respondentów badania IPSOS oceniła skuteczności leczenia nowotworów w Polsce na dobrą, 33% badanych uznało ją za złą lub bardzo złą. Aż 43% badanych uważało, że państwo nie zapewnia dobrej opieki onkologicznej. Pełnego dostępu do wszystkich nowoczesnych metod leczenia raka, jakie zostały zarejestrowane w innych krajach Unii Europejskiej, domaga się 84% respondentów.

Problemem dla pacjentów jest czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Statystyki NFZ³² wykazują, że okres oczekiwania na uzyskanie świadczenia medycznego w zakresie onkologii wynosi - w zależności od placówki - np. na oddziale onkologii maksymalnie 53 dni w jednym z ośrodków w woj. śląskim, 47 dni w województwie warmińsko-mazurskim i 41 dni w województwie wielkopolskim.

Wykres 35. Maksymalny czas oczekiwania dla wybranych ośrodków onkologicznych w województwach



Źródło: NFZ, Listy oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, Aktualizacja 5.11.2012. Stan na 31.10.2012, <http://nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=2&dzialnr=1&artnr=1156>

30 <http://www.pkopo.pl/aktualnosci/2012/119>

31 Badanie przeprowadzone przez IPSOS Polska wykonano na zlecenie Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych w lutym, 2012 roku <http://www.pkopo.pl/aktualnosci/2012/92>

32 <http://nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=2&dzialnr=1&artnr=1156>, dostęp 15.12.2012.

W Polsce leki onkologiczne są dostępne dla pacjentów w zakresie finansowania ze środków publicznych, w ramach programów lekowych, katalogu chemioterapii i chemioterapii niestandardowej. Wszystkie mechanizmy dostępności do najnowszych technologii lekowych są jednak obciążone złożonymi procedurami administracyjnymi, znacznie obniżającymi dostępność pacjentów do nowoczesnej terapii³³. Negatywna rekomendacja Agencji Oceny Technologii Medycznych, a następnie decyzja ministra zdrowia, oznacza dla pacjentów całkowity brak dostępu do terapii. W przypadku zbyt długiego oczekiwania na terapię polski pacjent nie ma również prawnej możliwości sfinansowania leczenia onkologicznego dla siebie samego (może to zrobić jedynie poprzez fundację lub inną organizację charytatywną). Niektóre opinie prawne zawierają tezę, że chory ma prawo do leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną, a szpital nie może odmówić terapii, tłumacząc się wysokimi jej kosztami. Pacjenci w oparciu o te opinie mogą występować na drogę sądową przeciwko NFZ i Skarbowi Państwa za niezgodne z prawem wykonywanie władzy publicznej, udowadniając, że sposób finansowania leczenia onkologicznego zmusza lekarzy do złej praktyki klinicznej³⁴.

Producenci

Producenci leków stosowanych w onkologii podkreślają duże utrudnienia formalno-czasowe dotyczące wprowadzania nowych terapii do systemu refundacji publicznej w Polsce³⁵. Rosnące koszty przygotowania raportów HTA oraz opłat manipulacyjnych w urzędach państwowych (MZ, AOTM, URPL), wieloetapowe i czasochłonne negocjacje cenowe, wydłużający się czas oczekiwania na decyzje regulatora, brak wiarygodnych danych epidemiologiczno-statystycznych i rejestrów klinicznych oraz zbyt małe grupy chorych i ośrodków zakwalifikowanych do leczenia - to główne utrudnienia dla producentów leków onkologicznych w Polsce.

33 Raport grupy roboczej na rzecz innowacji w opiece zdrowotnej 2010. Zwiększanie dostępu do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce, http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/RAPORT%20Grupa_Robocza_na_Rzecz_Innowacji_2010.pdf

34 <http://pulsmedycyny.pl/2614463,2739,onkologia-na-zakrecie>

35 http://infarma.pl/index.php?id=15&tx_newsext_pi1%5BshowUid%5D=11&cHash=4c307c3f470c5c26e2c02ed72960fb06

9. NOWE CZĄSTECZKI W LECZENIU NOWOTWORÓW ZAREJESTROWANE PRZEZ EMA W 2012 R.

W przeciągu 12 lat (2000-2011) w Unii Europejskiej zarejestrowano 30 nowych molekuł onkologicznych. Średnio co roku na rynek medyczny wchodziły więc dwa nowe leki stosowane w onkologii.

Liczba leków onkologicznych rejestrowanych i wchodzących na rynek medyczny

W raporcie przygotowanym przez Tufts Center for the Study of Drug Development stwierdza się, że w latach 2000-2011, US Food and Drug Administration (FDA) zatwierdziła 40 nowych leków onkologicznych. W tym samym okresie Europejska Agencja Leków (EMA) zarejestrowała 30 nowych molekuł stosowanych w onkologii. Średnia wyniosła więc dla Europy mniej niż 3 zarejestrowane leki onkologiczne rocznie.

Według raportu pt. „A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs”³⁶, 29 z 56 leków onkologicznych (52%) w 19 krajach europejskich wprowadzono przed 1993 r. (zdefiniowany jako dzień pierwszego do wprowadzenia w każdym z wymienionych krajów), 15 (27%) wprowadzono w latach 1993-1998, a 12 (21%) w latach 1999-2004. W ciągu ostatnich 12 lat wprowadzano na rynek onkologiczny średnio 2 nowe leki przeciwnowotworowe rocznie. Powyższe dane potwierdzają analizy IMS³⁷ na przykładzie leków onkologicznych, rejestrowanych w latach 1998-2008. Średnio rocznie na rynek medyczny wchodziło mniej niż 2 leki onkologiczne. Pokazuje to tabela 50.

Tabela 50. Liczba wchodzących na rynek molekuł onkologicznych w zakresie terapii celowanych w latach 1998-2008

Rok	Liczba wchodzących na rynek molekuł onkologicznych w zakresie terapii celowanych	Molekuła, nazwa handlowa, producent
2008	2	Denosumab (Xgeva, Prolia, Amgen), Cediranib (Recentin, AstraZeneca)
2007	3	Nilotinib (Tasigna, Novartis), Temsirolimus (Torisel, Wyeth), Lapatinib (Tykerb, GSK)
2006	3	Sunitinib (Sutent, Pfizer), Dasatinib (Sprycel, BMS), Panitumumab (Vectibix, Amgen)
2005	2	Lenalidomide (Revlimid, Celgene), Sorafenib (Nexavar, Bayer)
2004	2	Bevacizumab (Avastin, Roche), Erlotinib (Tarceva, Roche)
2003	2	Cetuximab (Erbix, Merck KGaA), Bortezomib (Velcade, Janssen-Cilag)
2002	1	Gefitinib (Iressa, AstraZeneca)
2001	1	Imatinib (Glivec, Novartis)
2000	0	-
1999	0	-
1998	1	Trastuzumab (Herceptin, Roche)

Źródło: Oncology Pipeline: Maturing, Competitive and Growing? ONCOLOGY BUSINESS REVIEW, 09.2008.

Według danych Komisji Europejskiej, w latach 2009-2011 wprowadzono poprzez centralną rejestrację siedem nowych molekuł onkologicznych (patrz tabela 51).

36 http://ki.se/content/1/c4/33/16/Cancer_Report.pdf

37 Oncology Pipeline: Maturing, Competitive and Growing? ONCOLOGY BUSINESS REVIEW, 09.2008.http://www.oncbiz.com/documents/OBR_sept08_OP.pdf

Tabela 51. Liczba wchodzących na rynek molekuł onkologicznych w latach 2009-2011

Rok	Liczba wchodzących na rynek molekuł onkologicznych	Molekuła, nazwa handlowa, producent
2011	4	Vandetanib (Caprelsa, AstraZeneca), Abiraterone (Zytiga, Janssen-Cilag), Belimumab (Benlysta, GSK), Ipilimumab (Yervoy, BMS)
2010	1	Pazopanib (Votrient, GSK)
2009	2	Vinflunine ditartrate (Javlor, Pierre Fabre Medicament), Everolimus (Afinitor, Novartis)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Community register of medicinal products for human use, <http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/register.htm>, 24.01.2013

W 2012 r. Europejska Agencja Leków (EMA) wydała cztery pozytywne rekomendacje dla nowych molekuł onkologicznych. Pokazuje to tabela 52.

Tabela 52. Pozytywne rekomendacje (positive opinion) dla nowych molekuł onkologicznych w Unii Europejskiej w 2012 r., Europejska Agencja Leków

Nowa molekuła	Nazwa handlowa	Data	Producent	Wskazanie
Pertuzumab	Perjeta	13.12.2012 ⁴⁰	Roche	Rak piersi
Aflibercept	Zaltrap	15.11.2012 ⁴¹	Sanofi	Rak jelita grubego
Crizotinib	Xalkori	19.07.2012 ⁴²	Pfizer	Rak płuca
Axitinib	Inlyta	24.05.2012 ⁴³	Pfizer	Rak nerki

Źródło. EMA, 24.01.2013, http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/about_us/general/general_content_000508.jsp&mid=WC0b01ac0580028d2a

Komisja Europejska w 2012 roku zatwierdziła trzy centralne rejestracje nowych molekuł onkologicznych: Zelboraf, Inlyta oraz Xalkori (patrz tabela 53).

Tabela 53. Rejestracje centralne (centralised authorisation) dla nowych molekuł onkologicznych w Unii Europejskiej w 2012 r., Komisja Europejska

Nowa molekuła	Nazwa handlowa	Data	Producent	Wskazanie
Crizotinib	Xalkori	23.10.2012 ⁴⁴	Pfizer	Rak płuca
Axitinib	Inlyta	03.09.2012 ⁴⁵	Pfizer	Rak nerki
Vemurafenib	Zelboraf	17.02.2012 ⁴⁶	Roche	Czerniak

Źródło: European Commission - Health and Consumers Directorate General – Pharmaceuticals Community register of medicinal products for human use, 24/01/2013.

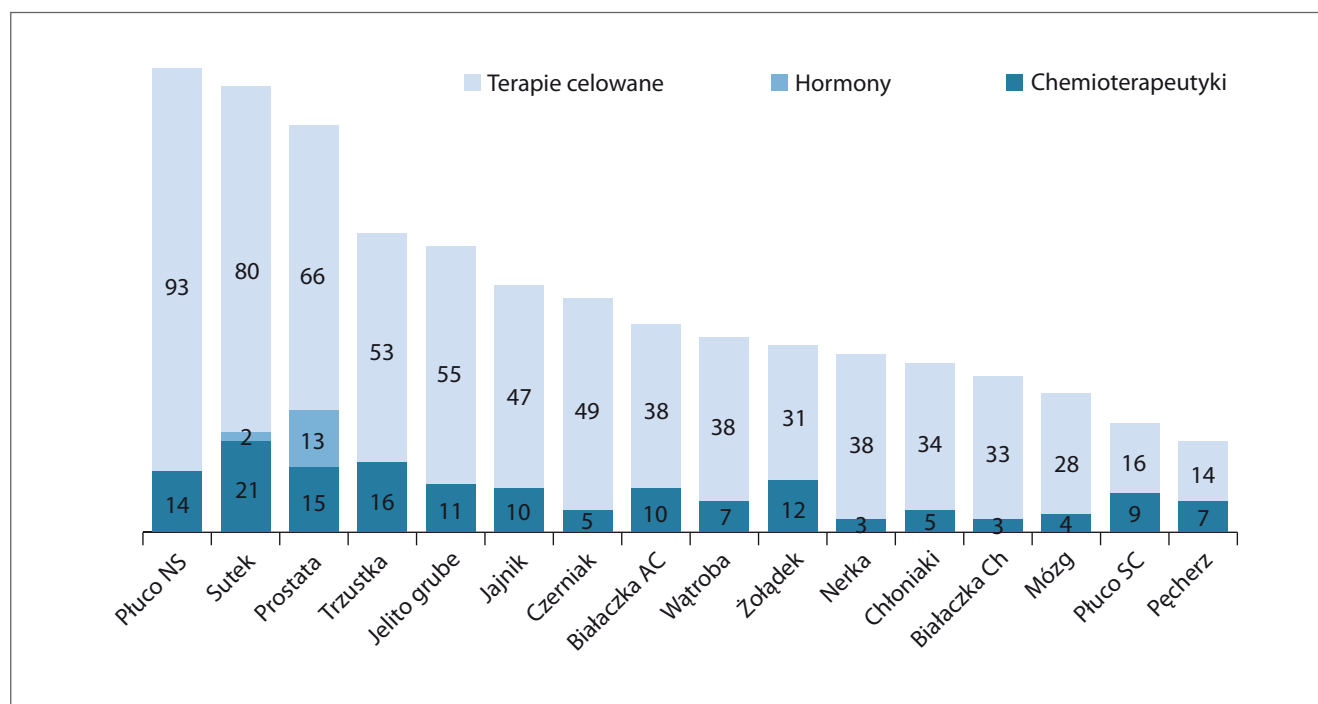
- 38 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion_-_Initial_authorisation/human/002547/WC500136257.pdf
- 39 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion_-_Initial_authorisation/human/002532/WC500134834.pdf
- 40 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion_-_Initial_authorisation/human/002489/WC500130138.pdf
- 41 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion_-_Initial_authorisation/human/002406/WC500127761.pdf
- 42 <http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h793.htm>
- 43 <http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h777.htm>
- 44 <http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h751.htm>

10. NOWE MOLEKUŁY STOSOWANE W ONKOLOGII NA ETAPIE BADAŃ KLINICZNYCH

Obecnie we wszystkich fazach badań klinicznych znajduje się od 440 do 981 molekuł mogących mieć zastosowanie w onkologii. Pomimo relatywnie dużej ich liczby, tylko nieliczne z nich wejdą na rynek medyczny.

Według analiz IMS⁴⁵, onkologia utrzymuje pozycję lidera pod względem liczby nowych cząsteczek w badaniach klinicznych (fazie II, III, rejestracji wstępnej i rejestracji, w tym rozszerzenia linii produktów wprowadzanych do obrotu). W marcu 2012 r. we wszystkich fazach R&D znajdowało się 437 molekuł do stosowania w onkologii (następne są immunologia -172 molekuły oraz szczepionki -107 molekuł). W dziedzinie badań nad nowymi lekami onkologicznymi wszystkie wskazania terapeutyczne zdominowały terapie celowane. Substancje te wyprzedziły leki hormonalne oraz chemioterapeutyki. Przedstawia to wykres 36.

Wykres 36. Liczba i wskazania w kategorii typu nowotworu nowych leków onkologicznych w badaniach klinicznych



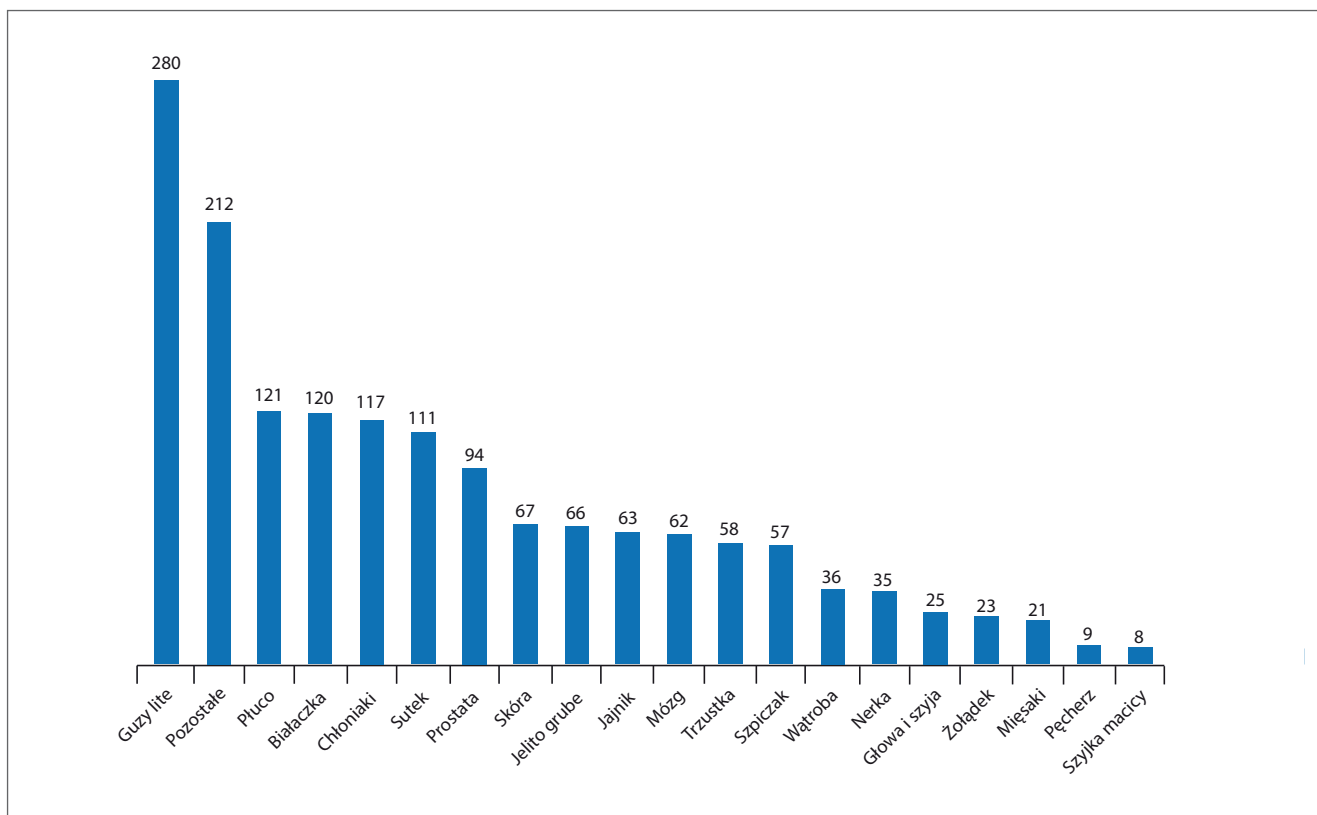
Źródło: IMS R&D Focus, czerwiec 2012.

Amerykańskie Stowarzyszenie Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych (PhRMA) w raporcie „Medicines in Development for Cancer-2012 Report”⁴⁶ informuje, że obecnie trwają prace badawcze nad 981 szczepionkami i lekami na nowotwory. Są to cząsteczki, będące w różnych fazach badań klinicznych lub czekające na ocenę Agencji ds. Żywności i Leków (FDA). Najwięcej preparatów jest badanych w potencjalnym wskazaniu na guzy łagodne – 280, 120 na białaczkę, 121 na raka płuca, 117 na chłoniaki i oraz 91 na raka piersi. Ze wszystkich badanych substancji tylko część będzie dopuszczona na rynki medyczne.

45 Drug Therapy of Oncological Diseases in Europe, IMS R&D Focus, June 2012.

46 <http://www.phrma.org/sites/default/files/1000/phrmamedicinesindevelopmentcancer2012.pdf>

Wykres 37. Liczba i wskazania w kategorii typu nowotworu nowych leków onkologicznych w badaniach klinicznych



Uwaga: Niektóre molekuly zostały przyporządkowane do kilku typów nowotworów.

Źródło: PhRMA, Medicines in Development for Cancer-2012 Report.

Należy podkreślić, że wskaźnik sukcesu badań klinicznych dla molekuł badanych we wskazaniach onkologicznych jest najniższy ze wszystkich obszarów terapeutycznych. Według badań amerykańskich analityków, szansa dotarcia substancji czynnej od fazy I badań klinicznych do rejestracji przez FDA dla onkologii wynosiła 6,7%, w porównaniu z 12,1% dla wszystkich innych połączonych razem dziedzin terapeutycznych⁴⁷. Innymi słowy, nowy lek onkologiczny wchodzący na rynek medyczny to jedna na czternaście badanych substancji mogących mieć zastosowanie w terapii nowotworów. Biorąc więc pod uwagę około 400-900 substancji onkohematologicznych w badaniach klinicznych, na rynek medyczny ma szansę wejść w kilkunastu następnych latach tylko 28-64 leków stosowanych w onkohematologii.

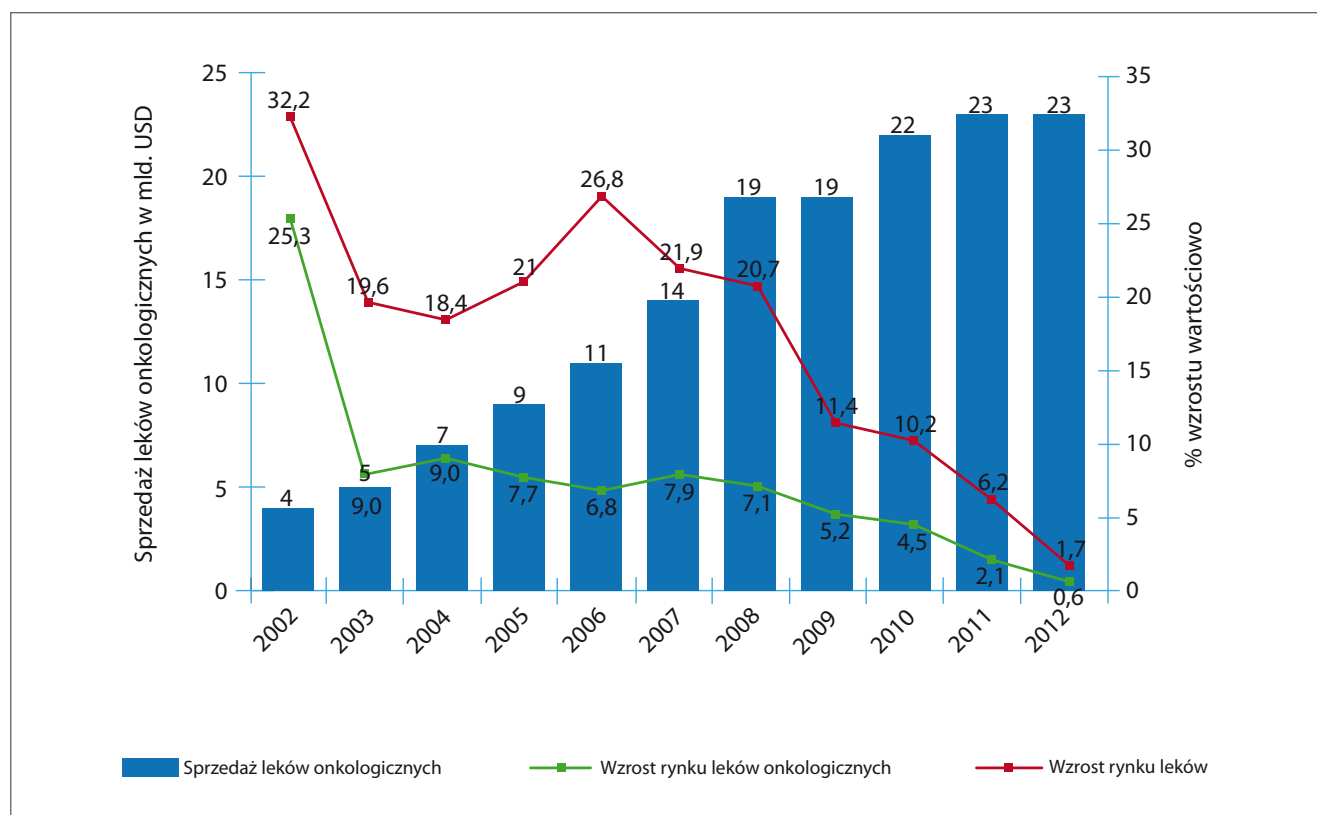
47 <http://www.biotech-now.org/business-and-investments/2012/02/oncology-clinical-trials-secrets-of-success>

11. SPRZEDAŻ LEKÓW ONKOLOGICZNYCH W EUROPIE

Sprzedaż leków onkologicznych w Europie w ostatnich latach notuje coraz niższą dynamikę wzrostu. Wynika ona z wielu czynników, takich jak: wysokie wymagania rejestracyjne oraz refundacyjne, obniżanie efektywnej ceny sprzedaży, spadku wolumenu sprzedaży, substytucji leków odtwórczych i biopodobnych oraz deficytu specjalistów i ośrodków mogących stosować nowe terapie.

Sprzedaż leków onkologicznych w latach 2002-2008 rosła co roku o średnio 20%. Od 2009 r. dynamika sprzedaży leków onkologicznych spada. W roku 2009 i 2010 oscylowała w granicach 10%, natomiast w 2011 r. przybrała wartość 6%. Rok 2012 zanotuje prawdopodobnie najniższą dynamikę wzrostu sprzedaży leków onkologicznych od 10 lat - 1,7%. Pokazuje to wykres 38.

Wykres 38. Sprzedaż leków onkologicznych w Europie, dynamika wzrostu na tle całego rynku leków



Źródło. IMS Health, MIDAS®, MAT June 2012.

Spadek dynamiki sprzedaży leków onkologicznych w Unii Europejskiej spowodowany jest głównie:

- wysokimi wymaganiami rejestracyjnymi oraz refundacyjnymi (HTA, złożonością i wieloetapowością procesu podejmowania decyzji przez regulatora i płatnika);
- obniżaniem efektywnej ceny sprzedaży poprzez cykliczne negocjacje cen, podział ryzyka, zakupy grupowe;
- wchodzeniem na rynek leków odtwórczych i biopodobnych;
- spadkiem wolumenu sprzedaży poprzez zawężanie wskazań, specjalne programy lekowe dla wyselekcjonowanych pacjentów, ograniczanie liczby specjalistów i ośrodków specjalistycznych mogących stosować leczenie onkologiczne, kolejki do świadczeń.

12. PRZYKŁADY ROZWIĄZAŃ UMOŻLIWIAJĄCYCH PACJENTOM DOSTĘP DO NOWYCH TERAPII ONKOLOGICZNYCH Z UWZGLĘDNIENIEM MODYFIKACJI AKTUALNIE FINANSOWANYCH ŚWIADCZEŃ

Obecny model finansowania nowych terapii onkologicznych, które nie uzyskały jeszcze decyzji refundacyjnej ministra zdrowia, został uregulowany w art. 70 ustawy o refundacji i jest pozostałością po systemie prawnym refundacji leków funkcjonującym m.in. na podstawie ustawy o finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych przed 1 stycznia 2012 r.

Pacjenci posiadają prawo do leczenia w ramach terapeutycznego programu zdrowotnego „Świadczenie chemioterapia niestandardowa”, które jest finansowane na podstawie umów oddziałów wojewódzkich NFZ zawieranych ze szpitalami w rodzaju leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne. Chemioterapia niestandardowa, jako odrębny produkt kontraktowy, ma wydzielony budżet. Świadczenie to nie jest programem lekowym, a substancje czynne finansowane w ramach jego realizacji nie posiadają decyzji refundacyjnych w związku z tym koszty ponoszone przez płatnika na leki w ramach chemioterapii niestandardowej nie są składową 17% budżetu refundacyjnego.

Produkty lecznicze finansowane w ramach świadczenia - chemioterapia niestandardowa zgodnie z art. 6 ustawy refundacyjnej należą do kategorii refundacyjnej nr 4 - lek stosowany w ramach udzielania świadczeń gwarantowanych innych niż wymienione w pkt. 1-3.

Art. 70 ust. 4 ustawy ograniczył także zakres stosowania świadczenia - chemioterapia niestandardowa, ponieważ od 1 stycznia 2012 r. nie może ono być realizowane przy wykorzystaniu leku, który został dopuszczony do obrotu zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne po dniu 31 grudnia 2011 r. W rezultacie funkcjonowania tego zapisu po 31 grudnia 2011 r. nowe cząsteczki zarejestrowane we wskazaniach onkologicznych nie mogą być finansowane w ramach świadczenia chemioterapia niestandardowa.

NFZ uznał za właściwą interpretację, według której nowe wskazania - zarejestrowane w roku 2012 i później - produktów leczniczych, które uzyskały dopuszczenia do obrotu w latach poprzednich w innych wskazaniach, nie podlegają wyłączeniu ze świadczenia na podstawie art. 70 ust. 4 i aktualnie są finansowane w ramach chemioterapii niestandardowej ze środków publicznych.

Ustawodawca określił, że model finansowania i rozliczania świadczeń w ramach chemioterapii niestandardowej funkcjonować będzie tylko do dnia 31 grudnia 2013 r. Do chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia nie przedstawiło żadnego rozwiązania, które gwarantowałoby pacjentom dostęp do nowych terapii onkologicznych. Przedstawiciele resortu w oficjalnych wypowiedziach podkreślają, że świadczenie - chemioterapia niestandardowa generuje wysokie koszty po stronie płatnika, a dostęp do terapii jest nierówny, ponieważ jest uzależniony od praktyki przyjętej przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ, a szczególności od indywidualnych decyzji ich dyrektorów.

W ramach niniejszego projektu badawczego zostały opracowane rozwiązania, których implementacja zapewniłaby czasowy dostęp do nowych terapii lekowych, które nie uzyskały jeszcze decyzji refundacyjnych dla wąskiej grupy pacjentów, którzy ze względów klinicznych nie mogą być leczeni aktualnie refundowanymi lekami.

Rozwiązania te zostały zaprojektowane jako świadczenia opieki zdrowotnej, możliwe do implementacji w ramach obecnie funkcjonujących aplikacji rozliczeniowych publicznego płatnika lub alternatywne rozwiązania, których wdrożenie będzie wymagało jedynie niewielkich zmian obowiązujących aktów prawnych regulujących obszar refundacji leków.

Założeniem podstawowym każdego z zaproponowanych scenariuszy jest zapewnienie pacjentom, dla których nowa terapia jest jedyną możliwą do zastosowania, czasowego dostępu do nowych terapii onkologicznych, które:

- są (i będą w przyszłości) rejestrowane w procedurze centralnej w Unii Europejskiej,
- są dostępne na polskim rynku, ale nie uzyskały jeszcze decyzji refundacyjnej ministra zdrowia.

Projekt zakłada, że warunkiem obligatoryjnym, którego spełnienie umożliwiłoby czasowe finansowanie leku onkologicznego, będzie złożenie przez podmiot odpowiedzialny do ministra zdrowia wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla tego produktu. Zaprojektowane rozwiązania mają stanowić systemową alternatywę dla pacjentów, którzy ze względów klinicznych nie mogą czekać na leczenie onkologiczne kilka miesięcy. Docelowo każdy z leków onkologicznych finansowanych przejściowo – zarówno nowe cząsteczki, jak i nowe wskazania onkologiczne leków zarejestrowanych wcześniej - musi przejść pełną procedurę refundacyjną wraz z oceną efektywności klinicznej i kosztowej przeprowadzaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych.

Cena zaproponowana we wniosku funkcjonowałaby jako cena maksymalna dla szpitali do czasu wydania przez ministra zdrowia pierwszej decyzji refundacyjnej. W ten sposób minister zdrowia uzyskałby gwarancję, że szpitale będą kupowały produkt w cenie nie wyższej niż ta zaproponowana we wniosku refundacyjnym.

W każdym przedstawionym scenariuszu finansowanie leku onkologicznego zapewniające pacjentom wczesny dostęp do terapii kończy się wraz z podjęciem przez ministra zdrowia pierwszej decyzji refundacyjnej.

Jeśli decyzja jest pozytywna, lek będzie refundowany w ramach otwartej refundacji aptecznej, programu lekowego lub katalogu chemioterapii. Jeśli minister zdrowia wyda decyzję negatywną dla produktu, pacjenci w trakcie leczenia kontynuują je, natomiast nowi pacjenci nie mogą już rozpocząć terapii, ponieważ publiczny płatnik nie będzie mógł ich sfinansować.

12.1. Modyfikacja terapeutycznego programu zdrowotnego „świadczenie chemioterapia niestandardowa”

Istotą tego rozwiązania jest modyfikacja aktualnie obowiązującego modelu finansowania świadczenia - chemioterapia niestandardowa, aby osiągnąć dwa podstawowe cele: kontrolę nad cenami leków stosowanymi w ramach świadczenia oraz możliwość finansowania leków dopuszczonych do obrotu po 31 grudnia 2011 r.

Kluczowym elementem jest zmiana art. 70 ust. 1 ustawy o refundacji polegająca na usunięciu daty 31 grudnia 2013 roku jako ostatecznego terminu realizacji świadczenia chemioterapii niestandardowej lub dokonanie zmiany polegającej na jego wydłużeniu, np. do 31 grudnia 2015 r.

Aby umożliwić rozliczanie w ramach chemioterapii niestandardowej leków zarejestrowanych po 31 grudnia 2011 r., należy jedynie uchylić ust. 4 art. 70. Optymalnym rozwiązaniem jest zmiana ustawy przed 1 lipca 2013 r., ponieważ nowelizacja w terminie późniejszym utrudni planowanie zakupu świadczeń przez oddziały wojewódzkie NFZ oraz proces kontraktowania świadczeń w tym zakresie.

Zgodnie z podstawowymi założeniami projektu w ramach zmodyfikowanego świadczenia - chemioterapia niestandardowa mogłyby być finansowane tylko te leki, które są dostępne na polskim rynku, a podmioty odpowiedzialne złożyły do ministra zdrowia wnioski o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla tych produktów. Cena z wniosku refundacyjnego pełniłaby funkcję ceny maksymalnej dla szpitali, które realizują świadczenie. Finansowanie produktów w ramach chemioterapii niestandardowej kończyłoby się w momencie wydania dla nich decyzji refundacyjnych przez ministra zdrowia.

Zalety:

- brak konieczności wdrażania nowych skomplikowanych dla szpitali rozwiązań;
- zmiana ustawy ograniczająca się do modyfikacji art. 70;
- zapewnienie pacjentom dostępu do nowych terapii onkologicznych dopuszczonych do obrotu po 31 grudnia 2011 r. pod warunkiem, że zostały dla nich złożone wnioski refundacyjne;
- utrzymanie przez płatnika obecnego poziomu finansowania świadczeń;
- jednolite ceny leków w każdym województwie oparte na cenach maksymalnych zaproponowanych we wnioskach refundacyjnych;
- kontrola budżetów wydzielonych na realizację świadczenia jako odrębnego produktu kontraktowego.

Wady:

- utrzymanie obecnego modelu polegającego na indywidualnych decyzjach podejmowanych przez Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich NFZ;
- utrzymanie długiego procesu podejmowania decyzji związanej z refundacją świadczenia;
- utrzymanie bardzo dużej liczby świadczeniodawców (obecnie 136) realizujących program.

12.2. Wprowadzenie centralnej kwalifikacji do leczenia w ramach świadczenia chemioterapia niestandardowa przez zespół koordynacyjny

Zaprezentowane poniżej rozwiązanie to połączenie zmodyfikowanego świadczenia - chemioterapia niestandardowa i rozwiązań wprowadzanych z powodzeniem od kilku lat przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W celu wzmocnienia nadzoru nad prawidłowością kwalifikacji pacjentów do leczenia w ramach realizacji kilku programów lekowych, m.in. w obszarze chorób rzadkich i reumatycznych, minister zdrowia w porozumieniu z płatnikiem zdecydował o powołaniu zespołów koordynacyjnych, których zadania zostały określone w opisach programów lekowych publikowanych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia.

Zespół koordynacyjny, powoływany przez prezesa NFZ, jest ciałem kolegialnym, złożonym ze specjalistów z określonej dziedziny medycyny, który podejmuje ostateczną decyzję o kwalifikacji pacjentów do określonej terapii lekowej w ramach programu lekowego. Jego zadaniem jest centralna weryfikacja zasadności decyzji terapeutycznych podejmowanych przez lekarzy prowadzących pacjentów w ośrodkach regionalnych.

Proces kwalifikacji pacjentów do programu lekowego obejmuje kilka etapów. Pierwszym jest decyzja lekarza prowadzącego o rozpoczęciu kwalifikacji pacjenta do terapii lekowej, finansowanej w ramach programu lekowego. Po sprawdzeniu, czy pacjent spełnia kryteria kwalifikacji opisane w programie lekowym, lekarz prowadzący wpisuje dane pacjenta (bez danych osobowych – pacjent jest nieidentyfikowalny) do specjalnej aplikacji udostępnionej przez NFZ i przesyła je do weryfikacji zespołu koordynacyjnego. Kwalifikacje standardowe są potwierdzane przez zespół drogą elektroniczną. Natomiast przypadki nietypowe, niemieszczące się w ramach aktualnie obowiązujących programów lekowych, są omawiane na posiedzeniach zespołu, które odbywają się cyklicznie, np. w przypadku programów reumatycznych raz w miesiącu, a decyzje są podejmowane w formie uchwał zespołu.

Kwalifikacja pacjentów do programów lekowych stanowi odrębne świadczenie, wycenione w punktach i kontraktowane przez oddział wojewódzki NFZ (najczęściej mazowiecki) na podstawie konkursu ofert lub rokowań.

Dobrą praktykę związaną z funkcjonowaniem zespołów koordynacyjnych z powodzeniem można zastosować w przypadku realizacji świadczenia - chemioterapia niestandardowa.

Do centralnej kwalifikacji pacjentów, którzy mieliby być leczeni w ramach - opisanego w scenariuszu nr 1 - zmodyfikowanego świadczenia chemioterapii niestandardowej, powinien zostać powołany przez prezesa NFZ zespół koordynacyjny ds. chemioterapii niestandardowej. Decyzje zespołu zastąpiłyby decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, które z natury są obciążone wysokim stopniem subiektywizmu. W pracach zespołu uczestniczyliby specjaliści w dziedzinie onkologii, zaproponowani przez krajowego konsultanta ds. onkologii klinicznej, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, NFZ oraz pacjentów.

Zespół koordynacyjny podejmowałby decyzje na podstawie wniosków składanych przez lekarzy prowadzących pacjentów w ośrodkach regionalnych, w formie elektronicznej, opierając się na istniejącym systemie informatycznym NFZ, podobnie jak to się obecnie odbywa w przypadku kwalifikacji pacjentów z chorobami reumatycznymi do leczenia biologicznego w ramach programów lekowych. Kwalifikacja pacjentów do leczenia przez zespół koordynacyjny ds. chemioterapii niestandardowej stanowiłaby odrębne świadczenie, wycenione w punktach i kontraktowane przez oddział wojewódzki NFZ na podstawie konkursu ofert lub rokowań.

Zaakceptowane wnioski oraz dodatkowe informacje merytoryczne byłyby podstawą do utworzenia rejestru chemioterapii niestandardowej i mogłyby stanowić niezwykle cenne źródło informacji dla konsultanta krajowego, Agencji Oceny Technologii Medycznych, ministra zdrowia oraz płatnika o lokalnej polskiej praktyce klinicznej oraz efektywności klinicznej i kosztowej nowych terapii onkologicznych.

Podobnie jak w scenariuszu nr 1, w ramach zaproponowanego świadczenia mogłyby być finansowane tylko te leki, które są dostępne na polskim rynku, a podmioty odpowiedzialne złożyły do ministra zdrowia wnioski o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla tych produktów. Cena z wniosku refundacyjnego pełniłaby funkcję ceny maksymalnej dla szpitali, które realizują świadczenie. Finansowanie produktów w zaproponowanej formule kończyłoby się w momencie wydania dla nich decyzji refundacyjnych przez ministra zdrowia.

Zalety:

- równy dostęp pacjentów do nowych terapii na terenie całego kraju;
- bieżąca kontrola nad poziomem finansowania świadczenia przez płatnika;
- niewielkie zmiany przepisów na poziomie ustawy refundacyjnej;
- aktualizacja przepisów prawnych głównie na podstawie zarządzeń prezesa NFZ;
- zwiększenie samodzielności w podejmowaniu decyzji terapeutycznych przez lekarzy i szybka weryfikacja poprawności tych decyzji przez zespół wybitnych specjalistów w dziedzinie onkologii;
- wprowadzenie transparentnego sposobu podejmowania decyzji o finansowaniu nowych terapii;
- możliwość zgromadzenia unikatowych polskich danych dotyczących aktualnej praktyki klinicznej i efektywności nowych terapii lekowych;
- zmniejszenie ryzyka związanego z kontrolą płatnika u świadczeniodawcy;
- zmniejszenie obciążeń biurowych związanych podejmowaniem indywidualnych decyzji przez płatnika;
- możliwość wprowadzenia skutecznych narzędzi do monitorowania efektów leczenia.

Wady:

- dodatkowy koszt związany z finansowaniem prac zespołu koordynacyjnego;
- trudności z uzyskaniem akceptacji przez część środowiska onkologicznego.

Uwzględniając oczekiwania płatnika i regulatora, tak zaprojektowane świadczenie mogłoby z powodzeniem zastąpić aktualnie realizowane świadczenie chemioterapii niestandardowej. W zaproponowanym scenariuszu wyeliminowano bowiem ewidentne mankamenty obecnie finansowanego świadczenia (brak kontroli nad cenami, subiektywne decyzje dyrektorów OW NFZ, długi

proces decyzyjny), zachowano te elementy, które się sprawdziły (odrębny budżet, indywidualne wnioskowanie o terapię, wysokie wymagania merytoryczne wobec realizatorów świadczenia) i wprowadza nowe rozwiązanie w postaci zespołu koordynacyjnego, który podejmuje transparentne, obiektywne decyzje i dodatkowo gromadzi cenne dane dotyczące praktyki klinicznej oraz efektywności nowych terapii onkologicznych.

12.3. Wyodrębnienie w umowach na realizację chemioterapii środków przeznaczonych na finansowanie leków spoza katalogu chemioterapii oraz katalogu substancji czynnych finansowanych w ramach programów lekowych

Scenariusz nr 3 to *de facto* powrót do rozwiązania, w ramach którego finansowano chemioterapię niestandardową do końca 2009 r., uzupełniony o założenia wspólne dla wszystkich zaprojektowanych rozwiązań - finansowanie tylko tych leków, które są dostępne na polskim rynku, dla których podmioty odpowiedzialne złożyły do ministra zdrowia wnioski o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu; cena z wniosku refundacyjnego pełni funkcję ceny maksymalnej dla szpitali, a finansowanie produktów w zaproponowanej formule kończy się w momencie wydania dla nich decyzji refundacyjnych.

Trzecia propozycja świadczenia, w ramach którego pacjenci mogliby być leczeni nowymi lekami onkologicznymi, to wprowadzenie zmiany polegającej na możliwości wykorzystania w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne - chemioterapia maksymalnie 20% środków finansowych na leczenie chorób nowotworowych nowymi lekami onkologicznymi, które nie uzyskały jeszcze decyzji refundacyjnej.

Możliwość stosowania takich terapii i tego sposobu rozliczeń byłaby możliwa tylko w ośrodkach wysokospecjalistycznych, określonych na podstawie merytorycznych kryteriów, opracowanych przez NFZ i nadzór merytoryczny.

Produkty lecznicze byłyby rozliczane na podstawie faktury zakupu leku, którego cena nie mogłaby być wyższa niż ta zaproponowana we wniosku refundacyjnym.

Zalety:

- zapewnienie pacjentom równego dostępu do nowych terapii;
- brak konieczności oddzielnego kontraktowania nowego świadczenia;
- utrzymanie przez płatnika obecnego poziomu finansowania świadczeń poprzez połączenie obecnych wydatków na chemioterapię i chemioterapię niestandardową;
- zwiększenie samodzielności w podejmowaniu decyzji terapeutycznych przez lekarzy;
- wyeliminowanie indywidualnych decyzji dyrektorów OW NFZ dotyczących finansowania terapii;
- podniesienie jakości i efektywności leczenia poprzez umożliwienie stosowania innowacyjnego leczenia tylko w ośrodkach referencyjnych.

Wady:

- konieczność wprowadzenia zmian w ustawie refundacyjnej szerszych niż tylko modyfikacja art. 70;
- ograniczenie liczby ośrodków, w których możliwe byłoby leczenie nowymi terapiami onkologicznymi, skutkujące ograniczeniem dostępu pacjentów do świadczenia z użyciem nowego leku;
- konieczność wprowadzenia stałej kontroli i zarządzania realizacją kontraktu przez kadrę zarządzającą szpitali;

- konieczność prowadzenia stałej kontroli prawidłowości realizacji świadczeń przez płatnika;
- ryzyko leczenia niezgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną.

12.4. Wprowadzenie możliwości rozliczenia nowych terapii onkologicznych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne

Ostatni, zaproponowany w opracowaniu, model finansowania leczenia onkologicznego nowymi lekami, które nie uzyskały jeszcze decyzji refundacyjnej, oparty został na doświadczeniach związanych z finansowaniem świadczeń w ramach tzw. świadczenia za zgodą płatnika oraz katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów, w ramach realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Podobnie jak w alternatywnych scenariuszach, w ramach proponowanego modelu mogłyby być finansowane wyłącznie nowe leki onkologiczne, dostępne na polskim rynku, dla których złożono do ministra zdrowia wnioski o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla tych produktów. Cena z wniosku refundacyjnego pełniłaby funkcję ceny maksymalnej dla szpitali, a finansowanie produktów w zaproponowanej formule kończyłoby się w momencie wydania dla nich decyzji refundacyjnych.

Należy rozważyć finansowanie nowych terapii onkologicznych w ramach zmodyfikowanego świadczenia, za zgodą płatnika usytuowanego w katalogu świadczeń odrębnych (1b). Rozliczenie terapii mogłoby się odbywać nie tylko na podstawie szczegółowej specyfikacji kosztów leczenia pacjenta (jak to ma miejsce aktualnie w przypadku rozliczeń za zgodą płatnika), lecz także musiałyby być uzupełnione o indywidualny wniosek z opisem sytuacji klinicznej, jaki składa się aktualnie w świadczeniu - chemioterapia niestandardowa. Wdrożenie takiego rozwiązania wymagałoby wprowadzenia kilku zmian na poziomie materiałów szczegółowych NFZ, natomiast z punktu widzenia regulatora wprowadzenie modelu wymagałoby jedynie niewielkich modyfikacji obowiązujących aktów prawnych. Być może celowe byłoby wprowadzenie do katalogu 1b świadczenia za zgodą płatnika dedykowanego wyłącznie leczeniu nowymi lekami onkologicznymi i opisanie go w odrębnej definicji w zarządzeniu prezesa NFZ dotyczącym leczenia szpitalnego.

Innym wariantem rozliczeniowym dla nowych leków onkologicznych byłoby utworzenie w ramach katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (1a) nowej grupy pod roboczą nazwą „Choroba onkologiczna wymagająca niestandardowego leczenia”. Grupę mogłyby realizować wyłącznie specjalności onkologiczne (oddziały onkologii klinicznej, hematologii dla dorosłych i dzieci) w ośrodkach referencyjnych, wyznaczonych przez nadzór merytoryczny w porozumieniu z płatnikiem i regulatorem. Opis grupy zawierałby jako warunek konieczny sprawozdanie procedury podania nowych leków onkologicznych wraz z opisem indywidualnej sytuacji klinicznej, a wartość punktowa grupy powinna zostać wyliczona z uwzględnieniem średnich kosztów leków stosowanych w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej.

W obu opisanych wariantach środki aktualnie przeznaczone na świadczenie -chemioterapia niestandardowa powinny w przyszłości zasilić pulę środków przeznaczonych na leczenie szpitalne.

Zalety:

- zapewnienie dostępu pacjentów do nowych terapii lekowych w onkologii;
- brak konieczności oddzielnego kontraktowania nowego świadczenia;
- presja świadczeniodawców na producentów leku na obniżenie ceny zakupu leku – poniżej ceny maksymalnej z wniosku refundacyjnego;
- zwiększenie samodzielności w podejmowaniu decyzji terapeutycznych przez lekarzy;
- zmiana wymagająca niewielkich modyfikacji ustawy refundacyjnej;
- zmiana możliwa do wprowadzenia po modyfikacjach materiałów szczegółowych NFZ.



Wady:

- wiązanie dostępu do leczenia nowymi lekami onkologicznymi z hospitalizacją w oddziale onkologicznym;
- zmniejszenie dostępu do leków znacząco droższych niż wartość finansowania procedury przez NFZ (w wariacie, kiedy leczenie jest rozliczane w ramach wycenionej w punktach grupy JGP);
- brak skutecznych narzędzi związanych z monitorowaniem efektów leczenia;
- brak skutecznych narzędzi związanych z wprowadzaniem jednolitych standardów leczenia.



13. WNIOSKI I REKOMENDACJE

Wnioski:

- Ogólna wartość świadczeń związanych z finansowaniem leczenia lekami onkologicznymi (chemioterapia, programy lekowe oraz chemioterapia niestandardowa) wynosi 2230 mln zł. W raporcie stwierdzono duże zróżnicowania związane z wartością środków finansowych, przeznaczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ na leczenie onkologiczne. Największa dostępność do leczenia na podstawie wskaźnika *per capita* występuje w województwach: mazowieckim (84,01 zł), śląskim (62,71 zł) i dolnośląskim (62,12 zł), najmniejsza w warmińsko-mazurskim (41,56 zł), opolskim (41,31 zł) i podkarpackim (40,90 zł).

Tabela 54. Wartość umów w 2012 r. na świadczenia onkologiczne oraz wartość tych świadczeń w przeliczeniu na 1 mieszkańca (dane w zł)

Nr OW NFZ	Nazwa OW NFZ	Wartość kontraktów	Liczba ludności 2011 - GUS	Wartość kontraktu <i>per capita</i>
01	Dolnośląski	181 095 785,00	2 915 200,00	62,12
02	Kujawsko-Pomorski	118 242 787,12	2 097 600,00	56,37
03	Lubelski	126 938 408,45	2 175 700,00	58,34
04	Lubuski	43 299 881,00	1 022 800,00	42,33
05	Łódzki	120 280 480,00	2 538 700,00	47,38
06	Małopolski	166 973 673,00	3 337 500,00	50,03
07	Mazowiecki	442 623 946,86	5 268 700,00	84,01
08	Opolski	41 978 742,00	1 016 200,00	41,31
09	Podkarpacki	86 999 090,00	2 127 300,00	40,90
10	Podlaski	72 675 306,14	1 202 400,00	60,44
11	Pomorski	120 661 821,10	2 276 200,00	53,01
12	Śląski	290 349 514,96	4 630 400,00	62,71
13	Świętokrzyski	77 342 705,00	1 280 700,00	60,39
14	Warmińsko-Mazurski	60 348 766,30	1 452 100,00	41,56
15	Wielkopolski	195 446 909,00	3 447 400,00	56,69
16	Zachodniopomorski	85 194 389,66	1 722 900,00	49,45
Razem		2 230 452 205,59	38 511 800,00	57,92

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

- Występują duże różnice między województwami związane z trybem udzielania świadczeń dotyczących chemioterapii. Największy odsetek świadczeń jest finansowany w zakresie chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) w województwach: łódzkim (82%) i opolskim (81%), najmniejszy - w pomorskim (39%).
- Zmiana finansowania i realizacji świadczeń z programów terapeutycznych na programy lekowe z dniem 1 lipca 2012 r. spowodowała znaczące poprawienie dostępności do leczenia drogiymi terapiami dla pacjentów onkologicznych. Liczba umów na wszystkie programy terapeutyczne wyniosła 345, natomiast liczba umów na programy lekowe wyniosła 652. Wartość umów na realizację świadczeń z zakresu programów terapeutycznych wyniosła 380 mln zł, zaś w programach lekowych 462 mln zł.
- Oddziały wojewódzkie NFZ zawarły aż 136 umów dotyczących chemioterapii niestandardowej, często ze świadczeniodawcami realizującymi niewielkie pod względem wartości umowy w zakresie chemioterapii. Występują duże różnice między województwami związane z finansowaniem tych świadczeń. Największy odsetek świadczeń jest finansowany w zakresie chemioterapii niestandardowej w stosunku do wszystkich świadczeń (chemioterapia,

programy lekowe i chemioterapia niestandardowa) w województwach: podlaskim (12%) i warmińsko-mazurskim (10%), najmniejszy w lubuskim (3%), podkarpackim (3%), zachodniopomorskim (3%).

5. Oddziały wojewódzkie NFZ zawierają coraz więcej umów dotyczących leczenia onkologicznego ze świadczeniodawcami niepublicznymi (prywatnymi). Szczególnie dużo niepublicznych świadczeniodawców (29 na 172 umowy ogółem) podpisało umowy na realizację świadczeń z zakresu chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych, najwięcej w województwach: wielkopolskim (9 umów), śląskim (7) i mazowieckim (5). Także w zakresie chemioterapii niestandardowej NFZ zawiera umowy z niepublicznymi świadczeniodawcami (21 na 136 umów), najwięcej w województwach: wielkopolskim (6), mazowieckim (5) i śląskim (3).

Rekomendacje:

Autorzy raportu rekomendują:

1. Zwiększenie finansowania i realizacji świadczeń z zakresu chemioterapii w warunkach jednodniowych i ambulatoryjnych, kosztem obecnie realizowanych świadczeń w warunkach szpitalnych, związanych z hospitalizacją poprzez odpowiednie zmiany wyceny punktowej poszczególnych procedur przez prezesa NFZ.
2. Realizację świadczeń dotyczących niektórych programów lekowych i chemioterapii niestandardowej wyłącznie w ośrodkach wysokospecjalistycznych, realizujących kompleksowe świadczenia i wysoką jakość udzielanych świadczeń z zakresu onkologii, potwierdzoną oceną nadzoru merytorycznego (akredytacja).
3. Opracowanie przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ planu rozwoju opieki onkologicznej uwzględniające aktualne dane dotyczące liczby świadczeniodawców i wysokości finansowania świadczeń w poszczególnych województwach. Aby wyrównać dostępność pacjentów do świadczeń, należy opracować plan zawierający specjalne warunki finansowe i organizacyjne dla potencjalnych świadczeniodawców, w szczególności w województwach warmińsko-mazurskim, opolskim i podkarpackim.
4. W celu skrócenia procesu refundacyjnego dla leków onkologicznych należałoby rozważyć zniesienie obowiązku posiadania na rynku leku, dla którego wnioskodawca składa wniosek refundacyjny, i przedstawienia dowodu występowania leku w obrocie oraz możliwości uzgadniania z resortem zdrowia treści programu lekowego zaraz po uzyskaniu przez lek pozytywnej opinii Europejskiej Agencji (EMA), ale przed uzyskaniem rejestracji (na podstawie art. 31 pkt 12 ustawy refundacyjnej).
5. Aby zapewnić czasowy dostęp do nowych terapii lekowych, które nie uzyskały jeszcze decyzji refundacyjnych, należy wprowadzić - dla wąskiej grupy pacjentów, którzy ze względów klinicznych nie mogą być leczeni aktualnie refundowanymi lekami - nowe rozwiązania, które zastąpią obecne procedury stosowane w ramach chemioterapii niestandardowej.

14. RECENZJA RAPORTU SPORZĄDZONA PRZEZ PROF. DR HAB. MED. MACIEJA KRZAKOWSKIEGO, KRAJOWEGO KONSULTANTA W DZIEDZINIE ONKOLOGII KLINICZNEJ

Przedstawiony do oceny raport zawiera wyniki badań przeprowadzonych przez zespół pracowników Uczelni Łazarskiego oraz analizę i podsumowanie uzyskanych informacji na temat dostępności do leczenia przeciwnowotworowego i finansowania świadczeń z zakresu chemioterapii ze szczególnym uwzględnieniem nowych metod. Raport obejmuje 301 stron maszynopisu (w tym – 324 tabele i 37 wykresów). Informacje, które są przedmiotem analizy, pochodzą z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), co podnosi wartość opracowania. Odpowiednie kwalifikacje autorów raportu oraz zastosowanie prawidłowych metod badawczych i zasad oceny wyników stanowią o wysokiej wartości raportu. Istotnym uzasadnieniem wysokiej wartości raportu jest podjęcie trudnego tematu, jakim jest potrzeba zmniejszenia ograniczeń oraz zróżnicowania dotyczące możliwości prowadzenia właściwego pod względem medycznym i ekonomicznym leczenia chorych na nowotwory złośliwe w Polsce (szczególnie wobec wprowadzania nowych leków o różnych wartościach medycznych i wysokich kosztach). Wyniki raportu wskazują – na podstawie analizy sytuacji w poszczególnych województwach i ośrodkach – wiele uwarunkowań dostępności i możliwości finansowania świadczeń z zakresu onkologii oraz zawierają uzasadnione wnioski w formie zaleceń, które mogą być wykorzystane w procesach optymalizacji funkcjonowania systemu opieki nad chorymi na nowotwory w Polsce. Wysoka wartość raportu jest również związana z uwzględnieniem w badaniach zarówno ośrodków publicznych, jak i niepublicznych. Istotne jest odniesienie wyników analizy do uwarunkowań prawnych oraz zasad refundowania i finansowania przeciwnowotworowego leczenia, które obowiązują w Polsce.

Szczególną wartość poznawczą oraz praktyczną mają – wśród wymienionych wyników badań – obserwacje, które obejmują:

1. Zróżnicowanie pod względem ogólnej struktury wartości kontraktów na udzielanie świadczeń z zakresu chemioterapii w Polsce, a szczególnie znacząca przewaga kontraktowania produktu „chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym” (61%) wobec produktów „chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym” i „chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym” (odpowiednio – 9% i 30%).

Komentarz

Znaczna przewaga kontraktowania chemioterapii w warunkach hospitalizacji nie znajduje uzasadnienia merytorycznego (większość chorych może i powinna być poddawana chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych lub w trybie jednodniowym, co jest właściwe zarówno pod względem medycznym i ekonomicznym, jak i z uwagi na uwarunkowania społeczne).

2. Zróżnicowanie pod względem liczby świadczeniodawców, którzy zawierają kontrakty na realizację świadczeń z zakresu chemioterapii w poszczególnych województwach, jak również zróżnicowanie pod względem wartości kontraktów (obie sytuacje – niecałkowite uzasadnienie populacyjne).

Komentarz

Zastrzeżenia dotyczą niewielkiej liczby ośrodków i niskiej wartości zawieranych kontraktów w niektórych województwach o stosunkowo dużej liczbie mieszkańców (np. województwa: łódzkie, małopolskie, pomorskie), co może mieć znaczący wpływ na dostępność do świadczeń.

3. Zróżnicowanie wartości kontraktów w części województw pod względem koncentracji w jednym ośrodku, co może być uzasadnione jedynie w województwach o stosunkowo niewielkich obszarach i liczbie mieszkańców (sytuacja nieuzasadniona w dużych terytorialnie i populacyjnie województwach).

Komentarz

Kontraktowanie większości świadczeń w jednym – centralnym – ośrodku może niekorzystnie wpływać na dostępność do świadczeń w przypadku województw dużych terytorialnie i populacyjnie (np. województwo łódzkie – 75% ogólnej wartości kontraktu w jednym ośrodku).



4. Zróżnicowanie wartości kontraktów w przeliczeniu na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach (skrajne wartości – 26,51 PLN w województwie dolnośląskim i 11,69 PLN w województwie podkarpackim).

Komentarz

Zróżnicowanie wysokości kontraktów w przeliczeniu na jednego mieszkańca i obniżenie poniżej średniej wartości dla Polski (19,62 PLN) może przyczynić się do ograniczenia zakresu możliwości leczenia w ośmiu województwach (województwa: kujawsko-pomorskie, lubuskie, małopolskie, opolskie, podkarpackie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie).

5. Zawieranie przez część (40/158 umów) świadczeniodawców kontraktów z niższą niż „ogólnopolska” wartością punktu rozliczeniowego (52 PLN).

Komentarz

Zróżnicowanie wartości punktu rozliczeniowego może być uzasadnione jedynie odmiennościami pod względem możliwości udzielania świadczeń, co jednak nie znajduje odzwierciedlenia w stanie faktycznym i może przyczynić się do ograniczenia możliwości leczenia chorych.

6. Zróżnicowanie pod względem częstości kontraktów dotyczących poszczególnych produktów („chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym”, „chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym” i „chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym”) – najczęściej świadczenia realizowane w trybie jednodniowym i ambulatoryjnym są kontraktowane w tzw. referencyjnych ośrodkach.

Komentarz

Zjawisko znacznie częstszego prowadzenia leczenia w warunkach hospitalizacji przez część świadczeniodawców (przede wszystkim niewielkie ośrodki) oraz w niektórych województwach (np. województwo lubelskie) nie jest uzasadnione medycznie i ekonomicznie.

7. Zróżnicowanie pod względem wysokości kontraktów na programy lekowe w poszczególnych województwach wobec liczby mieszkańców (niska wartość, np. województwo łódzkie) oraz zróżnicowanie pod względem liczby ośrodków udzielających świadczeń w ramach lekowych programów (wyłącznie w jednym ośrodku, np. województwo lubelskie).

Komentarz

Zróżnicowanie pod względem wysokości kontraktów na programy lekowe i liczby ośrodków w poszczególnych województwach stanowić może przyczynę ograniczenia dostępności do świadczeń w przypadku nowotworów o wysokiej zachorowalności (np. rak piersi lub niedrobnokomórkowy rak płuca). Problem w mniejszym stopniu dotyczy tzw. rzadkich nowotworów (np. mięsak podścieliska przewodu pokarmowego), których leczenie ze względu na stopień trudności powinno być realizowane jedynie w wyspospecjalistycznych ośrodkach.

8. Zróżnicowanie pod względem liczby ośrodków realizujących świadczenia z zakresu chemioterapii niestandardowej oraz zróżnicowanie pod względem wartości umów z zakresu chemioterapii niestandardowej w przeliczeniu na jednego mieszkańca (skrajne wartości – 7,81 PLN w województwie mazowieckim i 1,27 PLN w województwie lubuskim).

Komentarz

Występowanie znacznych różnic w zakresie wysokości kontraktów na chemioterapię niestandardową jest jedną z przyczyn nierównej dostępności do świadczeń. W jedenastu województwach (województwa: kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, łódzkie, małopolskie, opolskie, podkarpackie, pomorskie, świętokrzyskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie) wysokość kontraktów jest niższa od średniej dla Polski (3,81 PLN). Zastanawia bardzo wysoka wartość kontraktów z zakresu chemioterapii niestandardowej w przeliczeniu na jednego mieszkańca w niektórych województwach (np. województwo podlaskie) i niektórych ośrodkach (np. Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie), co nie znajduje uzasadnienia epidemiologicznego lub pod względem posiadanych możliwości i liczby chorych leczonych w ośrodku.

9. Zawieranie w części województw (np. województwa mazowieckie i wielkopolskie) wysokich kontraktów na udzielanie świadczeń z zakresu chemioterapii przez niepubliczne ośrodki, które nie posiadają możliwości skojarzonego, kompleksowego leczenia chorych.

Komentarz

Zawieranie kontraktów przez niepubliczne ośrodki, które nie posiadają możliwości prowadzenia skojarzonego leczenia „w lokalizacji”, może być przyczyną obniżenia jakości udzielanych świadczeń przez zaniechanie stosowania postępowania z udziałem kilku metod i prowadzić do pogorszenia rokowania chorych.



W części końcowej raportu autorzy opracowania podsumowują obecne problemy dotyczące dostępności do współczesnych metod przeciwnowotworowego leczenia z perspektywy wszystkich stron (chorzy, lekarze i instytucje odpowiedzialne za zarządzanie systemem i finansowanie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego). Analiza problemów – w zestawieniu z opisem sytuacji dotyczące rynku leków w Polsce i Europie – stanowi wstęp do przedstawienia wartościowych rozwiązań, których celem jest zwiększenie dostępności do leczenia oraz racjonalne wykorzystanie posiadanych środków finansowych.

Według recenzenta, sytuacja dotycząca systemowego leczenia (chemioterapia, hormonoterapia i leczenie ukierunkowane molekularnie) chorych na złośliwe nowotwory wymaga istotnych zmian. Obecny system jest nadmiernie rozproszony, stąd jest konieczna integracja oraz koordynacja (w tym określenie rzeczywistych potrzeb, opracowanie wytycznych postępowania, nadzorowanie prawidłowości postępowania i monitorowanie wyników leczenia). Należy stworzyć warunki prowadzenia skojarzonego leczenia przez ośrodki odpowiednio przygotowane (zatrudnienie i wyposażenie). Wskazane jest skoncentrowanie świadczeń wysokospecjalistycznych w wybranych ośrodkach. Konieczne jest ograniczenie liczby świadczeń udzielanych w ramach hospitalizacji z przesunięciem w kierunku leczenia ambulatoryjnego lub prowadzonego w warunkach jednodniowych hospitalizacji.

Proponowana przez autorów raportu modyfikacja programu „chemioterapia niestandardowa” (wydłużenie okresu do zakończenia możliwości realizacji świadczenia oraz objęcie finansowaniem leków dostępnych w Polsce i zgłoszonych do rozważenia refundacji) w połączeniu z tzw. centralną kwalifikacją przez zespoły koordynujące, powoływane przez prezesa NFZ, może stanowić rozwiązanie obecnych problemów. Istotnym elementem proponowanych zmian jest postulat wyodrębnienia finansowych środków przeznaczonych na stosowanie leków, które nie są umieszczone w katalogu chemioterapii i katalogu substancji czynnych finansowanych w ramach lekowych programów. Przedstawione propozycje mogą zasadniczo wpłynąć na efektywne wykorzystanie posiadanych środków finansowych i jednocześnie zapewnić dostępność do leczenia chorym na nowotwory złośliwe.

Reasumując, należy podkreślić kompleksowość opracowania ANALIZA DOSTĘPNOŚCI DO LECZENIA ONKOLOGICZNEGO ORAZ FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU CHEMIOTERAPII W 2012 ROKU, a także wartość szczegółowej oceny sytuacji w zakresie dostępności do przeciwnowotworowego leczenia oraz potencjalnie wysokie znaczenie proponowanych rozwiązań.

15. SPIS TABEL

Tabela 1. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy w zakresie chemioterapii – hospitalizacja z zakresem skojarzonym	12
Tabela 2. Wartość umów w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii - hospitalizacja z zakresem skojarzonym, w tym substancje czynne (dane w zł)	13
Tabela 3. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii - hospitalizacja z zakresem skojarzonym, w tym substancje czynne (dane w zł)	14
Tabela 4. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowy w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	15
Tabela 5. Wartość umów OW NFZ w 2012 r. w zakresie chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym, w tym substancje czynne (dane w zł)	15
Tabela 6. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii jednodniowej z zakresem skojarzonym, w tym substancje czynne (dane w zł)	16
Tabela 7. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowy w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	17
Tabela 8. Wartość umów OW NFZ w 2012 r. w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	18
Tabela 9. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym, w tym substancje czynne (dane w zł)	19
Tabela 10. Wartości umów na poszczególne programy w 2012 r.	21
Tabela 11. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na program leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)	22
Tabela 12. Wartość umów w 2012 r. na leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) (dane w zł)	23
Tabela 13. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) (dane w zł)	24
Tabela 14. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie zaawansowanego raka jelita grubego	25
Tabela 15. Wartość umów w 2012 r. na leczenie zaawansowanego raka jelita grubego (dane w zł)	25
Tabela 16. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie zaawansowanego raka jelita grubego (dane w zł)	26
Tabela 17. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie raka wątrobowokomórkowego	27
Tabela 18. Wartość umów w 2012 r. na leczenie raka wątrobowokomórkowego (dane w zł)	28
Tabela 19. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie raka wątrobowokomórkowego (dane w zł)	29
Tabela 20. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca	30
Tabela 21. Wartość umów w 2012 r. na leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca (dane w zł)	30
Tabela 22. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca (dane w zł)	31
Tabela 23. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie zaawansowanego włókniakomięsaka guzowatego skóry (DFSP)	32
Tabela 24. Wartość umów w 2012 r. na leczenie zaawansowanego włókniakomięsaka guzowatego skóry (DFSP) (dane w zł)	32
Tabela 25. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie zaawansowanego włókniakomięsaka guzowatego skóry (DFSP) (dane w zł)	33

Tabela 26. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie mięsaków tkanek miękkich	34
Tabela 27. Wartość umów w 2012 r. na leczenie mięsaków tkanek miękkich (dane w zł)	35
Tabela 28. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie mięsaków tkanek miękkich (dane w zł)	36
Tabela 29. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie raka piersi	37
Tabela 30. Wartość umów w 2012 r. na leczenie raka piersi (dane w zł)	37
Tabela 31. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie raka piersi (dane w zł)	38
Tabela 32. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie raka nerki	39
Tabela 33. Wartość umów w 2012 r. na leczenie raka nerki (dane w zł)	40
Tabela 34. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie raka nerki (dane w zł)	41
Tabela 35. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie glejaków mózgu	42
Tabela 36. Wartość umów w 2012 r. na leczenie glejaków mózgu (dane w zł)	42
Tabela 37. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie glejaków mózgu (dane w zł)	43
Tabela 38. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie chłoniaków złośliwych	44
Tabela 39. Wartość umów w 2012 r. na leczenie chłoniaków złośliwych (dane w zł)	44
Tabela 40. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie chłoniaków złośliwych (dane w zł)	45
Tabela 41. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytoowego	46
Tabela 42. Wartość umów w 2012 r. na leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytoowego (dane w zł)	47
Tabela 43. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego plazmocytoowego (dane w zł)	48
Tabela 44. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na leczenie przewlekłej białaczki szpikowej	49
Tabela 45. Wartość umów w 2012 r. na leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (dane w zł)	49
Tabela 46. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (dane w zł)	50
Tabela 47. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali w 2012 r. umowy na program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej	51
Tabela 48. Wartość umów w 2012 r. na świadczenia w zakresie programu leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej (dane w zł)	52
Tabela 49. Wartość umów <i>per capita</i> w 2012 r. na świadczenia w zakresie chemioterapii niestandardowej, w tym substancje czynne (dane w zł)	53
Tabela 50. Liczba wchodzących na rynek molekuł onkologicznych w zakresie terapii celowanych w latach 1998-2008	82
Tabela 51. Liczba wchodzących na rynek molekuł onkologicznych w latach 2009-2011	83
Tabela 52. Pozytywne rekomendacje (positive opinion) dla nowych molekuł onkologicznych w Unii Europejskiej w 2012 r., Europejska Agencja Leków	83
Tabela 53. Rejestracje centralne (centralised authorisation) dla nowych molekuł onkologicznych w Unii Europejskiej w 2012 r., Komisja Europejska	83
Tabela 54. Wartość umów w 2012 r. na świadczenia onkologiczne oraz wartość tych świadczeń w przeliczeniu na 1 mieszkańca (dane w zł)	94



16. SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Narodowy Fundusz Zdrowia - struktura wartości kontraktów wg typów chemioterapii	11
Wykres 2. Struktura wydatków na programy w 2012 r.	21
Wykres 3. Dolnośląski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	55
Wykres 4. Dolnośląski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	55
Wykres 5. Kujawsko-Pomorski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	56
Wykres 6. Kujawsko-Pomorski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	57
Wykres 7. Lubelski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	58
Wykres 8. Lubelski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	58
Wykres 9. Lubuski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	59
Wykres 10. Lubuski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	60
Wykres 11. Łódzki OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	61
Wykres 12. Łódzki OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	61
Wykres 13. Małopolski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	62
Wykres 14. Małopolski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	63
Wykres 15. Mazowiecki OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	64
Wykres 16. Mazowiecki OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	64
Wykres 17. Opolski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	65
Wykres 18. Opolski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	66
Wykres 19. Podkarpacki OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	67
Wykres 20. Podkarpacki OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	67
Wykres 21. Podlaski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	68
Wykres 22. Podlaski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	69
Wykres 23. Pomorski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	70
Wykres 24. Pomorski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	70
Wykres 25. Śląski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	71
Wykres 26. Śląski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	72
Wykres 27. Świętokrzyski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	73
Wykres 28. Świętokrzyski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	73
Wykres 29. Warmińsko-Mazurski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	74
Wykres 30. Warmińsko-Mazurski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	75
Wykres 31. Wielkopolski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	76
Wykres 32. Wielkopolski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	76
Wykres 33. Zachodniopomorski OW NFZ - struktura wydatków wg typów chemioterapii	77
Wykres 34. Zachodniopomorski OW NFZ - struktura wydatków na onkologię	78





Wykres 35. Maksymalny czas oczekiwania dla wybranych ośrodków onkologicznych w województwach	80
Wykres 36. Liczba i wskazania w kategorii typu nowotworu nowych leków onkologicznych w badaniach klinicznych	84
Wykres 37. Liczba i wskazania w kategorii typu nowotworu nowych leków onkologicznych w badaniach klinicznych	85
Wykres 38. Sprzedaż leków onkologicznych w Europie, dynamika wzrostu na tle całego rynku leków	86