

## Klucz do jakości w onkologii - TNM i stopień zaawansowania

- Stopień zaawansowania jest podstawową informacją warunkującą zdolność monitorowania jakości leczenia onkologicznego – bez niej niemożliwe jest efektywne wprowadzenie wytycznych dotyczących schematów leczenia czy wskaźników jakościowych
- Stopień zaawansowania choroby nowotworowej nie ma odpowiedniej rangi w systemie raportowania świadczeń medycznych w Polsce
- Stadium zaawansowania, powinno być elementem sprawozdania z wykonanych świadczeń składanego do NFZ w ramach rozliczeń finansowych; raportowanym w oparciu o powszechnie stosowaną kliniczną klasyfikację TNM, premiowanym wyłącznie za jakość samej sprawozdawczości

### 1. Znaczenie stopnia zaawansowania

Niewiele jest dziedzin medycyny, w których stopień zaawansowania choroby tak istotnie różnicowałby pacjentów jak w onkologii. Z punktu widzenia systemu dwóch pacjentów z tym samym typem choroby nowotworowej, ale w różnym stopniu zaawansowania, to niemal dwa kompletnie różne przypadki. Różne są rokowania dla pacjentów z tym samym rozpoznaniem, ale innym stopniem zaawansowania. Różne są metody leczenia. Różne są związane z nimi koszty.

<i>Przeżycia wg stopnia zaawansowania mierzone wskaźnikiem 5-letnich przeżyć dla chorych z rakiem piersi:</i>	
<b>Stopień zaawansowania 0 (DCIS)</b> Stan przednowotworowy lub bardzo wczesna postać raka.	<b>Przeżywalność 5 lat sięga 100%.</b>
<b>Stopień zaawansowania 1</b> Bardzo wczesne stadium choroby, rak ograniczony jest wyłącznie do piersi.	<b>Przeżywalność 5 letnia sięga 98%</b>
<b>Stopień zaawansowania 2</b> Wczesne stadium choroby, guz nadal może być ograniczony do samej piersi lub rozprzestrzenić się do węzłów chłonnych pachowych.	<b>Przeżywalność 5 lat na poziomie 76-88% lub więcej</b>
<b>Stopień zaawansowania 3</b> Rak ograniczony do samej piersi i węzłów chłonnych pachy.	<b>Przeżywalność 5-letnia w granicach 50-56%</b>
<b>Stopień zaawansowania 4</b> Najbardziej zaawansowane stadium choroby, przerzuty do innych organów. Terapia ma na celu opóźnić rozwój choroby, poprawić jakość życia pacjenta.	<b>Wyleczenie jest bardzo trudne lub niemożliwe</b>

Wybór metody leczenia i rokowania dla pacjentów w stadium 1 będzie kompletnie inne niż dla pacjenta w stadium 3. Ma to istotne znaczenie dla kosztów związanych z terapią oraz planowania zasobów niezbędnych do sprostania zapotrzebowaniu na konkretne leczenie.

<i>Uproszczony schemat postępowania klinicznego wg stopnia zaawansowania</i>			
<b>Rak piersi (C50)</b>	<b>Chirurgia radykalna</b>	<b>Chemioterapia</b>	<b>Radioterapia</b>
Stadium 1 → Prosta mastektomia → 0-3 węzły	✓	brak	brak
Stadium 3 → Reakcja na chemioterapię/hormonoterapię	✓	✓	✓

**W praktyce dokładne określenie stopnia zaawansowania choroby nowotworowej jest równie istotne, jak samo potwierdzenie jej zaistnienia i lokalizacji choroby.**



**Medycznie** – bez wiedzy o stopniu zaawansowania lekarz nie rozpoczyna leczenia.

**Systemowo** – bez wiedzy o stopniu zaawansowania w populacji chorych nie sposób zweryfikować, prognozować ani zaplanować potrzeb związanych z opieką onkologiczną. Nie można efektywnie ocenić skuteczności leczenia. Nie można też zweryfikować adekwatności doboru metody leczenia do potrzeb pacjenta.

## 2. Co widzi system?

Z trzech elementów składających się na proces diagnozowania choroby i planowania leczenia, które stanowią zarazem komplet informacji o pacjencie, system pozyskuje tylko dwa.

Rozliczenie płatnika ze świadczeniodawcami odbywa się w oparciu o raporty zawierające informacje o: pacjencie, rozpoznaniu i wyborze metody leczenia. Nie pobierając informacji o stopniu zaawansowania regulator pozbawia się kluczowych danych, które łączą diagnozę z metodą leczenia.

LEKARZ 	Pacjent 	Rozpoznanie → 	Stopień zaawansowania → <del>  </del>	Leczenie 
SYSTEM 	PESEL	ICD-10	BRAK	ICD-9/JGP

**Na poziomie swojej wiedzy o onkologii system nie różnicuje pacjenta, który wymaga wyłącznie zabiegu chirurgicznego od pacjenta wymagającego terapii, na którą składa się kombinacja 2-3 metod leczenia – jak w opisanym powyżej przypadku raka piersi i większości innych rozpoznań onkologicznych.**

Tymczasem pacjent np. w 3. stopniu zaawansowania raka płuc – z punktu widzenia systemu, a więc rodzaju świadczeń i kosztów z nimi związanych – może mieć więcej wspólnego z pacjentem w tym samym stopniu zaawansowania raka piersi, niż ze swoim odpowiednikiem w 1. stopniu zaawansowania.

System nie jest w stanie logicznie powiązać informacji o rozpoznaniu (ICD-10) ze świadczeniem (ICD-9/JPG). Na swoim poziomie może tylko odtworzyć, że dany pacjent (grupa pacjentów) jest leczona określoną metodą – o jej adekwatności do potrzeb jest w stanie powiedzieć bardzo niewiele.

Ma to określone konsekwencje dla zdolności planowania zasobów. Ale przede wszystkim dla monitorowania jakości leczenia. Tej możliwości w onkologii w tej chwili nie ma. Pierwszym i najważniejszym powodem jest brak informacji o stopniu zaawansowania choroby.

**Brak tej danej w systemie jest jedną z przyczyn, dla których nie jesteśmy w stanie potwierdzić, czy środki przeznaczone na onkologię są wydawane adekwatnie do potrzeb. Wiemy, ile wydajemy. Wiemy, na jakie procedury. Ale nie wiemy, czy zgodnie z potrzebami – czy pacjent otrzymuje takie leczenie i opiekę, jaka jest odpowiednia do jego choroby i czy środki przeznaczone na leczenie trafiają tam, gdzie trzeba.**

**Zakładając, że system zacząłby analizować efektywność leczenia onkologicznego na poziomie regionu lub ośrodka, nie będzie w stanie dokonać oceny, nie wiedząc, JAKICH pacjentów (z jak późnym rozpoznaniem) leczono.**

Dyskusja publiczna na temat onkologii odzwierciedla tę sytuację – można stwierdzić, że wyleczalność w Polsce jest niższa od średniej europejskiej, ale nie można: jednoznacznie zdiagnozować przyczyny, dokonać porównań, wyłonić dobrych praktyk, przeanalizować różnic na poziomie ośrodków.

### **3. Jak określa się zaawansowanie choroby – uniwersalna klasyfikacja TNM i ogólny stopień zaawansowania choroby nowotworowej**

Do oceny zaawansowania procesu nowotworowego stosuje się uniwersalną klasyfikację TNM Międzynarodowej Unii do Walki z Rakiem (UICC). Obecnie obowiązuje 8. edycja klasyfikacji z 2016 roku. System ten jest dobrze znany i powszechnie stosowany przez onkologów i patomorfologów.

System TNM opiera się na trzech składowych:

- cechy **T** (tumor) — oceniającej zasięg guza pierwotnego uwzględniający jego wielkość i stosunek do otaczających struktur (Tx, T0, Tis, T1, T2, T3, T4);
- cechy **N** (nodus) — oceniającej zajęcie regionalnych węzłów chłonnych (Nx, N0, N1, N2, N3, N4);
- cechy **M** (metastases) — oceniającej obecność przerzutów odległych (Mx, M0, M1, M2).

Istnieje kilka klasyfikacji TNM, z których cztery – używane na różnych etapach rozpoznania i leczenia – można uznać za podstawowe:

- **kliniczna** (cTNM, *clinical TNM*), tworzona przed rozpoczęciem leczenia na podstawie informacji uzyskanych w badaniu fizykalnym, badaniach obrazowych – przede wszystkim tomografii komputerowej, MR, PET – badaniach endoskopowych, biopsji a także chirurgicznych zabiegów zwiadowczych i innych (wynik badania histopatologicznego);
- **patologiczna** (pTNM, *pathological TNM*) — oparta na danych: zebranych przed rozpoczęciem leczenia uzupełnionych lub zmodyfikowanych o informacje z zabiegu

operacyjnego i badania histopatologicznego, dostarczająca najbardziej dokładnych danych do oceny rokowania;

- w momencie **nawrotu** (rTNM, *recurrent cancer TNM*);
- **śródooperacyjna** (sTNM, *surgical TNM*) — na podstawie klasyfikacji klinicznej i oceny w trakcie zabiegu operacyjnego.

W oparciu o te same parametry oznaczane w klasyfikacji TNM (zasięg guza, zajęcie węzłów, obecność przerzutów) oraz dodatkowe czynniki rokownicze określa się **ogólny stopień zaawansowania choroby nowotworowej**. Jest on oznaczany w czterostopniowej skali (I, II, III, IV) z modalnościami (a, b, c) zależnymi od szczegółowych wytycznych w danym rozpoznaniu.

Klasyfikacja TNM wraz z ogólnym stopniem zaawansowania stanowi komplet podstawowych informacji o stadium choroby nowotworowej.

Przykładowy zapis dla pacjenta z rozpoznaniem raka piersi wygląda następująco:

**T2N1M0 IIB**

I jest on równoważny z opisem:

***„Guz pierwotny o wielkości 2 do 5 cm, przerzuty w regionalnych węzłach pachowych 1- 3, brak przerzutów odległych. Stopień zaawansowania choroby IIB”***

Zastosowanie takiego schematu oznacza, że szczegółowe i bardzo zróżnicowane informacje składające się na stopień zaawansowania choroby można skodyfikować w postaci jednolicie stosowanego przez specjalistów krótkiego zapisu.

To oznacza praktyczną łatwość zapisu w systemach komputerowych – stworzenia prostego słownika wraz z czterema polami wyboru (T, N, M i klasyfikacja).

To oznacza również łatwość posługiwania się nim w gromadzeniu dużej ilości danych w oparciu o jednolite kryteria.

#### 4. Gdzie są dane o stopniu zaawansowania?

##### ***Systemy szpitalne:***

Stopień zaawansowania choroby jest punktem wyjścia do wyboru metody leczenia, zatem informacja na ten temat jest absolutnie podstawową częścią historii choroby.

Również z punktu widzenia prawa – zgodnie z przepisami obowiązującymi od czasu wejścia w życie pakietu onkologicznego – opis stadium zaawansowania choroby (w klasyfikacji TNM, FIGO, Ann Arbor) jest obowiązkowym elementem historii choroby pacjenta onkologicznego.

Ze względu na powszechność i uniwersalność klasyfikacji TNM stopień zaawansowania choroby jest oznaczany przez lekarzy według opisanego powyżej schematu. Jest to jednak informacja traktowana obecnie jako dane czysto medyczne. Zazwyczaj znajdują się w opisowej części historii choroby. Ośrodki, które korzystają z systemów pozwalających na podanie TNM i stopnia zaawansowania jako odrębnej informacji, są w stanie automatycznie wygenerować zestawienie na ten temat.

**Niezależnie jednak od formy prowadzenia dokumentacji medycznej i używanego systemu informatycznego ze względu na dobrą praktykę kliniczną taka informacja powinna znajdować się w historii choroby każdego pacjenta.**

### **Rejestry:**

Zgodnie z przepisami istnieje obowiązek zgłoszenia każdego przypadku choroby nowotworowej do rejestru populacyjnego (Krajowy Rejestr Nowotworów). Karta zgłoszenia nowotworu zawiera również pole dotyczące stopnia zaawansowania choroby. Teoretycznie informacje na ten temat powinny być więc dostępne w bazie KRN. Obowiązek zgłoszeń, choć obwarowany sankcjami, nie jest jednak wykonywany. W 2015 roku niekompletność danych gromadzonych w KRN została ostatecznie potwierdzona. W rejestrze za 2012 rok nie pojawiło się kilkadziesiąt tysięcy nowo zdiagnozowanych przypadków (16-40% zależnie od rozpoznania). A braki dotyczące stopnia zaawansowania okazały się jeszcze większe – dane na ten temat były dostępne dla zaledwie 5% zgłoszonych przypadków w stadium I, 79% w stadium II, 64% w stadium III, 41% w stadium IV. Co więcej, jak wynika z informacji medialnych – w związku z zawirowaniami wokół wejścia w życie pakietu onkologicznego, poziom zgłoszeń do KRN spadł, co oznacza, że luka w danych się powiększa i zmniejsza się ich wiarygodność.

**W obszarze rejestru populacyjnego, mimo wysokiej rangi przepisów, bieżące gromadzenie wiarygodnych i użytecznych dla regulatora informacji na temat epidemiologii chorób nowotworowych nie działa.**

Zgodnie z obwieszczeniem ministra zdrowia (z dnia 28 października 2015 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne) dokumentacja medyczna pacjentów powinna być „prowadzona poprawnie” i zawierać również „ocenę zaawansowania choroby w wybranej skali”. Zgodnie z tym dokumentem kompletność danych jest oceniana w skali punktowej.

Co więcej podmioty, których dotyczy obwieszczenie, są zobowiązane do prowadzenia rejestru pacjentów uwzględniającego stopień zaawansowania choroby – jako jednej ze zmiennych potrzebnych do oceny skuteczności leczenia. Co oznacza, że dane na ten temat powinny być gromadzone w sposób umożliwiający porównania.

Podobnie jak w przypadku raportowania do KRN pojawia się pytanie, na ile wymogi te są spełniane?

**Stopień zaawansowania choroby nowotworowej, choć jest informacją kluczową dla regulatora, nie ma odpowiedniej rangi w systemie raportowania.**

## **5. Stopień zaawansowania jako element raportu do NFZ**

Stadium zaawansowania choroby powinno więc być elementem raportu z wykonanych świadczeń składanego do NFZ w ramach rozliczeń finansowych. Informacja na ten temat jest tak kluczowa, że powinna zyskać odpowiednią rangę w systemie sprawozdawczości. Ze wszystkich raportów sprawozdawanych do rejestrów centralnych, najbardziej kompletne, starannie prowadzone, regularnie raportowane i na bieżąco przedstawiane są raporty służące do rozliczeń z NFZ. I tam właśnie powinna znaleźć się informacja o stopniu zaawansowania jako element diagnozy, którego znaczenie jest równorzędne z rozpoznaniem ICD-10. Konsekwencją tego, że medycznie nie można podjąć leczenia bez znajomości stopnia, jest to, że dane na ten temat są już dostępne w systemach szpitalnych.

Jedynym miejscem, które gwarantuje właściwą uwagę świadczeniodawców przy wprowadzaniu danych, jest obligatoryjny zestaw informacji przekazywanych do NFZ pod rygorem odrzucenia zestawienia w części lub całości.

**Proponowana forma raportowania:**  
**kliniczna klasyfikacja (c)TNM i ogólny stopień zaawansowania**  
**(czyli zgodnie z przykładem: cT2N1M0 IIB)**

Uzasadnienie:

- Kliniczny stopień zaawansowania choroby jest określany na ostatnim etapie diagnozy i służy do zaplanowania leczenia. Jest określany dla każdego pacjenta i dostępny przed rozpoczęciem leczenia
- Informacja na jego temat jest dostępna na etapie sprawozdawania świadczeń do NFZ
- Określanie stadium zaawansowania według powszechnie obowiązującej klasyfikacji należy do dobrej praktyki klinicznej i jest wymagane zgodnie z zaleceniami polskimi, międzynarodowymi oraz przepisami prawnymi jako element procesu diagnostyczno-terapeutycznego
- Do jego upowszechnienia przyczyniła się karta DiLO oraz wymóg planowania leczenia przez konsylium (wprowadzone wraz z pakietem onkologicznym) – w prawidłowo i kompletnie wypełnianych kartach DiLO powinna znajdować się informacja o TNM; jej uzupełnienie jest obowiązkowe
- Klasyfikacja TNM jest dobrze znana i powszechnie stosowana – nie wymaga dodatkowego raportowania po stronie lekarzy
- Kliniczna klasyfikacja (c)TNM ma status „diagnozy głównej”
- Na etapie sprawozdawczości istnieje możliwość integracji z systemami szpitalnymi i automatycznego pobierania danych
- Niektóre szpitale już na obecnym etapie mają możliwość automatycznego pobierania danych na temat stopnia zaawansowania (w ostatnich latach niektóre ośrodki w procesach przetargowych jako jedno z kryteriów podawały wręcz możliwość odrębnego zapisu stopnia zaawansowania oraz integrację systemów)
- Sprawozdawanie stopnia zaawansowania poprawi też ogólną jakość dokumentacji medycznej (jednolitość stosowania metody oraz formy zapisu)
- Zważywszy na prace nad wprowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej ważne jest już na obecnym etapie nadanie odpowiedniej rangi w dokumentacji medycznej informacji o stopniu zaawansowania.

Informacja o stopniu zaawansowania ma charakter służebny – jest bazą do stworzenia, pozyskania, zestawienia i porównania wskaźników jakości. Aby spełnić swoją funkcję, musi być zatem kompletna i rzetelna. Premia dla ośrodka za sprawozdawczość w tym obszarze powinna być zatem powiązana z samym zaraportowaniem – oceniana jest kompletność i jakość danych.

Jednocześnie proponujemy, by wdrożenie raportowania stopnia zaawansowania odbywało się stopniowo – przyjmując minimalny odsetek zaraportowanych przypadków w kolejnych latach (np. 70% raportów uwzględniających stopień zaawansowania w pierwszym roku, 80% w kolejnym itd.). W ten sposób świadczeniodawcy będą mieli możliwość i czas na dostosowanie swoich systemów do nowego wymogu.



## 6. Przydatność informacji na temat stopnia zaawansowania i jej wykorzystanie

Wraz z informacją o stopniu zaawansowania w bazach NFZ pojawia się komplet informacji o diagnozie i **powiązanym z nim** zrealizowanym schemacie leczenia.

To otwiera nowe możliwości w trzech kluczowych obszarach:

1. planowania zasobów w oparciu o wiarygodne, bezpośrednio sprawozdawane dane
2. wprowadzania i monitorowania wskaźników jakości, dla których stopień zaawansowania choroby jest istotną zmienną
3. monitoringu i poprawy jakości leczenia poprzez mechanizm wymiany informacji i *benchmarkingu*

### **Ad. 1 Planowanie zasobów**

Dotychczas jakiegokolwiek planowanie zasobów odbywało się w oparciu o wskaźniki populacyjne (np. liczba świadczeń/ośrodków/sprzętu na 100 000 mieszkańców), które nie zawsze adekwatnie oddają skalę potrzeb.

Najbardziej wiarygodne analizy i kompleksowe prognozy – wypracowane w ramach projektu map potrzeb zdrowotnych – są oparte na szacunkach.

Kompletne dane pozwolą na:

- zweryfikowanie map potrzeb i prognoz na temat zapotrzebowania na opiekę onkologiczną w oparciu o dane z NFZ
- użycie wypracowanych już w ramach prac nad mapami innowacyjnych narzędzi i metod do przyszłych analiz (zasilenie ich danymi populacyjnymi)

Analiza epidemiologiczna jest punktem wyjścia do map potrzeb – to bardzo istotne, że na ich potrzeby nie wykorzystano danych, co do których istniały uzasadnione podejrzenia, że są niekompletne. **Wysiłek włożony w odtworzenie epidemiologii na potrzeby map był ogromny i paradoksalnie potwierdził potrzebę uzupełnienia bazy NFZ o stopień zaawansowania.** Niekompletność danych KRN oraz brak informacji o stopniu zaawansowania spowodował konieczność dokonania analizy wstecz: wnioskowania w oparciu o wykonane świadczenia zaraportowane w NFZ co do rozpoznania i zaawansowania choroby. Dlatego też dane na ten temat w mapach potrzeb są szacunkowe. Pracę tę wykonano we współpracy z lekarzami w oparciu o stosowane w poszczególnych rozpoznaniach schematy leczenia. Dopiero wtedy – mając bardziej wiarygodne, choć szacunkowe, analizy epidemiologiczne stworzono mapy potrzeb.

**Analizę epidemiologiczną wykonano dla 2012 roku, ale narzędzie, które w jego efekcie powstało może i powinno być wykorzystywane na bieżąco. Można powtarzać tę samą procedurę analityczną i odtwarzać epidemiologię dla lat kolejnych, ale jest to proces żmudny i długotrwały. Lepiej byłoby dostarczać do analizy kompletne, bieżące dane uwzględniające stopień zaawansowania z samego NFZ. To znacznie przyspieszyłoby proces i umożliwiło bieżące aktualizowanie prognoz.**

- dokonanie oceny skuteczności programów przesiewowych poprzez zestawienie prognozy zachorowań w poszczególnych stopniach zaawansowania z raportowanymi. Celem jest zmiana proporcji – zwiększenie odsetka przypadków wychwyconych na wczesnym etapie choroby (obecnie do oceny programów używa się tylko metod pośrednich, np. liczba odpowiedzi na zaproszenie do udziału w badaniu).

#### **Ad.2 Wskaźniki jakości**

- zestawienie informacji na temat liczby pacjentów w poszczególnych rozpoznaniach i stopniach zaawansowania na poziomie ośrodków.  
Już sama informacja o liczbie pacjentów w poszczególnych rozpoznaniach wskazuje na doświadczenie danego ośrodka w leczeniu danego typu choroby. Liczba wykonywanych procedur danego typu jest jednym z mierników jakościowych stosowanych np. w chirurgii onkologicznej. Jest to szczególnie istotne w przypadku nowotworów rzadkich.

Rozróżnienie na poziomie stopnia zaawansowania jest istotnym uzupełnieniem – grupy pacjentów stają się porównywalne. Można zacząć mówić o doświadczeniu ośrodka w leczeniu pacjentów „trudnych”. Do chwili obecnej nie można zweryfikować obiegowych informacji na ten temat. Nawet ujawnienie struktury pacjentów przez pojedyncze ośrodki, które deklarują doświadczenie i dobre wyniki w leczeniu i zależy im na udowodnieniu swoich kompetencji – nie wystarcza. Potrzebny jest kompletny obraz stworzony w oparciu o jednolitą metodologię. Stąd kluczowa rola regulatora, który mając dane o stopniu zaawansowani może już wiarygodnie takie zestawienie przedstawić.

- Informacja o stopniu zaawansowania jest punktem wyjścia do oceny skuteczności leczenia. Dysponując informacjami o stopniu zaawansowania można dokonać zestawień efektów klinicznych na porównywalnych grupach pacjentów. W połączeniu z danymi na temat np. hospitalizacji, liczby powikłań, liczby powtórnych operacji etc. powstaje podstawa do tworzenia wskaźników (np. maksymalnej dopuszczalnej liczby powikłań, powtórnych operacji)
- Na najbardziej podstawowym poziomie jakość leczenia rozumiana jest jako adekwatność doboru metody do rozpoznania. Dysponując z jednej strony danymi na temat stosowanych w praktyce schematów leczenia w danych diagnozach, z drugiej zalecanymi schematami postępowania można dokonać tego rodzaju analizy. Zalecenia kliniczne, choć nie mają obecnie umocowania prawnego, powinny być opracowywane i aktualizowane przez ekspertów środowiska medycznego. Dostępne są również zalecenia towarzystw międzynarodowych. Na potrzeby map potrzeb również zaadaptowano schematy postępowania do analizy w zestawieniu z epidemiologią. Są więc one dostępne i możliwe do wykorzystania.

Liczba wykonywanych procedur danego typu – dla danego rozpoznania (np. odsetek operacji oszczędzających w stadium zaawansowania I i II raka piersi) - jest jednym z mierników jakościowych stosowanych np. w chirurgii onkologicznej. Takie mierniki tworzone są m.in. przez towarzystwa naukowe certyfikujące jednostki wyspecjalizowane w leczeniu danego typu choroby (np. *breast cancer units*).

W ocenie tak pozyskanych danych i tworzeniu mierników powinni uczestniczyć specjaliści (patrz punkt 3).



Trzeba bardzo wyraźnie podkreślić, że wprowadzenie jakichkolwiek wytycznych dotyczących schematów leczenia czy wskaźników jakości – nawet umocowanych prawnie – bez możliwości wiarygodnego zweryfikowania ich stosowania w oparciu o **porównywalne dane** (czyli uwzględniające stopień zaawansowania), będzie miało się z celem.

### **Ad. 3 Benchmarking i standardy leczenia**

Dane na temat schematów leczenia zastosowanych w danym rozpoznaniu jest przede wszystkim materiałem do porównań między ośrodkami. Sama jawność i udostępnienie tych informacji w oparciu o jednolitą metodykę jest mechanizmem tworzącym otoczenie sprzyjające wymianie doświadczeń i oddolnego monitoringu standardów leczenia.

Rolą regulatora jest stworzenie ram dla systemu opartego na jakości, w którym kluczowym narzędziem jest właśnie benchmarking. W samym procesie regulator występuje jako dysponent danych, który świadomie, w celu zwiększenia transparentności systemu, upublicznia je regularnie i nieuchronnie, na określonych zasadach na potrzeby otwartej dyskusji o modelowych, najskuteczniejszych metodach leczenia.

Dane o stopniu zaawansowania służą usprawnieniu wymiany informacji i doświadczeń pomiędzy poszczególnymi ośrodkami oraz ułatwiają ich zastosowanie w badaniach naukowych.

Ze względu na kompleksowość tego zagadnienia wydaje nam się niemożliwe na obecnym etapie powiązanie finansowania z realizacją leczenia zgodnie z zaleceniami klinicznymi. Regulator powinien jednak mieć możliwość rewizji warunków kontraktów/przeprowadzenia audytu/wdrożenia kontroli z udziałem konsultanta w wypadku stwierdzenia istotnego odstępstwa od zalecanych schematów postępowania.

W opisaney koncepcji wprowadzenie raportowania stopnia zaawansowania, czy nawet mierników jakościowych (odsetek pacjentów w danym rozpoznaniu leczonych według zaleceń klinicznych), nie ogranicza autonomii lekarza w doborze najlepszej możliwej terapii dla danego pacjenta. Podstawowym mechanizmem sprzyjającym poprawie jakości leczenia jest jawność danych dotyczących schematów leczenia analizowanych na bazie zagregowanych grup pacjentów oraz wymiana wiedzy. Tak skonstruowany system z góry zakłada istnienie odstępstw wynikających z indywidualnych potrzeb poszczególnych pacjentów oraz postępu naukowego. Jest to zarazem system sprzyjający uczeniu się i szybkiemu wdrażaniu do ogólnodostępnej praktyki medycznej nowych, potwierdzonych zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach (EBM) metod leczenia.

Standaryzacja metod leczenia oraz ich ocena nie jest również sprzeczna z tzw. medycyną spersonalizowaną – zastosowanie przypisanych do niej metod jest uwzględnione w zaleceniach klinicznych dla rozpoznań, w których zostały one potwierdzone naukowo.

Warszawa, sierpień 2016 r.  
Aktualizacja: kwiecień 2018 r.



**Opracował:**

Zespół Fundacji Onkologia 2025

**Więcej informacji:**

Anna Andrzejczak

Fundacja Onkologia 2025

+48 608 68 10 78

[anna.andrzejczak@onkologia2025.pl](mailto:anna.andrzejczak@onkologia2025.pl)