



SKUTECZNA ONKOLOGIA TU I TERAZ

**Ewolucja systemu opieki onkologicznej
w Polsce 2015-16**

TEZY DO DYSKUSJI



Szanowni Państwo,

W Polsce co roku na choroby nowotworowe zapada około **160 tysięcy osób**. Zdiagnozowanie i rozpoczęcie leczenia zajmuje około **77 dni**. Rocznie koszty związane z leczeniem onkologicznym pochłaniają **6,5 mld złotych**, z czego co najmniej **1 mld złotych** można by użyć bardziej efektywnie do leczenia pacjentów czekających w kolejkach.

Rok 2015 jest czasem niepowtarzalnej szansy na stworzenie systemu opieki onkologicznej w Polsce na światowym poziomie. Szansa ta została stworzona przez szeroką debatę publiczną dotyczącą polskiej onkologii w 2014 oraz wprowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia „pakietu onkologicznego” od 1 stycznia 2015 roku.

Problemy związane z wdrożeniem „pakietu” pokazują dobitnie, że wszelkie zmiany w systemie opieki onkologicznej w Polsce powinny mieć charakter ewolucyjny i być wprowadzane w oparciu o plan uwzględniający: ocenę sytuacji sprzed zmiany, jasno określone cele zmian, mierniki sukcesu i wskaźniki monitorujące postęp.

W perspektywie 2015 roku, ewolucyjne zmiany w systemie opieki onkologicznej mogą zostać wprowadzone na trzy sposoby:

- Poprzez modyfikacje do rozporządzeń Ministra Zdrowia dotyczących „pakietu onkologicznego”. Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało zarówno wprowadzenia takich zmian do połowy 2015 r, jak również poprawki do samej ustawy;
- W ramach ustawy o Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) na lata 2016-25. Ministerstwo Zdrowia rozpoczyna właśnie prace nad tą ustawą;
- W ramach ustawy o zdrowiu publicznym. Ministerstwo Zdrowia skierowało projekt tej ustawy do konsultacji społecznych.

Niniejszy dokument jest zestawem tez do debaty publicznej. Celem tej debaty winno być uzgodnienie sposobów przebudowy systemu, które doprowadziłyby do radykalnej poprawy skuteczności opieki onkologicznej w Polsce w horyzoncie czasowym najbliższych 12-24 miesięcy, a także określenie, w oparciu o jakie mierzalne kryteria definiowany będzie sukces w tym obszarze.

Znaczna część przykładów przytoczonych w tym dokumencie dotyczy radioterapii. Wynika to przede wszystkim z tego, że baza ekspercka Think-tanku Onkologia 2025 jest najsilniejsza w tym obszarze. Ponadto radioterapia jest najbardziej kapitałochłonną częścią onkologii, a doświadczenia międzynarodowe wskazują, że zmiany w tym obszarze powinny być traktowane priorytetowo, ponieważ relokacja zasobów w radioterapii wymaga najwięcej czasu.

Mirosław Stachowicz

Prezes Fundacji Onkologia 2025

PODSUMOWANIE

9 kluczowych czynników decyduje o niskiej efektywności opieki onkologicznej w Polsce. Traktujemy je jako najważniejsze wyzwania, z jakimi w najbliższych latach będzie musiał zmierzyć się system, aby sprostać rosnącej liczbie zachorowań w onkologii:

1. Długi czas oczekiwania na diagnozę i leczenie	<ul style="list-style-type: none">• Przed wejściem w życie pakietu onkologicznego czas oczekiwania od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia – 77 dni• Tylko 39% pacjentów mieściło się w przedziale 9 tygodni
2. Brak powszechnie funkcjonujących standardów medycznych opartych na dowodach (EBM – <i>evidence based medicine</i>)	<ul style="list-style-type: none">• Brak obowiązku stosowania standardów klinicznych opartych na EBM• Czynniki pozamedyczne jako potencjalnie decydujące o wyborze terapii
3. Brak publicznego dostępu do kluczowych danych statystycznych w onkologii oraz niekompletność danych na temat stadium zaawansowania oraz efektywności leczenia	<ul style="list-style-type: none">• Wykluczenie interesariuszy z pełnienia funkcji kontrolnej i wspierającej z powodu braku dostępu do danych• Niekompletność i brak wskaźników dotyczących efektywności i jakości leczenia
4. Niefektywność systemu zakupów sprzętu wysokokosztowego ze środków publicznych	<ul style="list-style-type: none">• Niedobory sprzętu i wynikająca z tego ograniczona dostępność do radioterapii• Niefektywność zakupów realizowanych dotychczas w ramach NPZChN
5. Rozproszenie chirurgii nowotworów przy jednoczesnym scentralizowaniu radioterapii i chemioterapii – odwrócenie	<ul style="list-style-type: none">• Ograniczony dostęp do programów lekowych i radioterapii• Potencjalnie niższa efektywność chirurgii

proporcji w konstrukcji systemu	jako rezultat konstrukcji systemu
<p>6. Nieefektywne wykorzystanie zasobów w onkologii i wysoki odsetek hospitalizacji wynikające z odwrócenia proporcji w konstrukcji systemu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wysoki odsetek hospitalizacji do radioterapii i chemioterapii w Polsce • Wymogi formalne nie wpływające na jakość leczenia oraz złe wyceny świadczeń jako źródło nieefektywności
<p>7. Mierzenie i kontrolowania zasobów a nie efektów leczenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zasoby kadrowe i sprzętowe a nie jakość i efektywność leczenia jako kryterium oceny płatnika • Brak zachęt do doskonalenia jakości i do zwiększenia opieki ambulatoryjnej
<p>8. Zagubienie pacjenta w systemie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brak koordynacji opieki nad pacjentem, dublowanie procedur • Brak zainteresowania satysfakcją pacjenta
<p>9. Niskie wydatki per capita na onkologię wskazujące na niedofinansowanie systemu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trudności w oszacowaniu rzeczywistych potrzeb finansowych – jakość danych • Niedofinansowanie jako jedno z głównych wyzwań na najbliższe lata

Nie sposób tych problemów rozwiązać w ciągu jednego roku. Jest jednak szereg działań, które można podjąć w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy, aby zmienić priorytety działania systemu opieki onkologicznej, lepiej wykorzystać jego istniejący potencjał i zainicjować proces zmian. Najważniejsze z nich to:

<p>1. Ustanowienie celów, monitoring i upublicznianie informacji o czasach oczekiwania na diagnozę, rozpoczęcie i kolejne etapy leczenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cykliczna publikacja informacji o czasach oczekiwania w oparciu o pakiet onkologiczny według jasnej metodologii • Zmiana definicji czasu oczekiwania i ustanowienie celów dla etapów leczenia
<p>2. Wdrożenie jednolitych standardów diagnostycznych i terapeutycznych opartych na EBM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refundacja przy dochowaniu standardów opartych na EBM i zatwierdzonych przez konsylia multidyscyplinarne
<p>3. Społeczna kontrola poprzez dostęp do informacji i poprawienie jakości zbierania oraz wykorzystania danych</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niezależny KRN • Publicznie dostępne analizy na bazie danych z KRN i NFZ • Wykorzystanie nowoczesnych narzędzi analitycznych
<p>4. Zmiana sposobu finansowania sprzętu wysokokosztowego</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Finansowanie zakupu nowego sprzętu w oparciu o system promes NFZ • Centralna agencja zakupu sprzętów • Ograniczenie zakupów sprzętu z NPZChN
<p>5. Zwiększenie dostępności do radioterapii i chemioterapii w oparciu o limit czasu dojazdu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ustanowienie 60-minutowego limitu czasu dojazdu do ośrodka, docelowo 45 minut • Kryterium rozproszenia geograficznego i mapy potrzeb jako warunek przyznania promesy NFZ

	<ul style="list-style-type: none"> • Transparentność planowania inwestycji i proces odwoławczy • Szybka decentralizacja radioterapii, chemioterapii, programów lekowych i diagnostyki
<p>6. Ograniczenie kosztów związanych z nadmierną hospitalizacją i dublowaniem procedur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wzmocnienie infrastruktury informatycznej Karty DiLO • Wsparcie publicznymi środkami i upowszechnienie użycia istniejących systemów: Onkoline, Kolejkoskop
<p>7. Mierzenie efektywności leczenia i efektywności kosztowej w onkologii</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wprowadzenie miar efektywności (lista KPI) w miejsce kryteriów wejścia • Powiązanie finansowania z raportowaniem efektów oraz stagingu • Monitoring i wdrażanie wniosków pokontrolnych przez NFZ • Zmiana kryteriów przyznawania kontraktów NFZ, by odpowiadały potrzebom terapeutycznym • Przegląd wycen zabiegów chirurgii nowotworów
<p>8. Budowanie systemu opieki onkologicznej wokół potrzeb pacjenta – włączenie satysfakcji pacjenta do listy wskaźników mierzących efektywność działania ośrodka</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wprowadzenie miar jakości opartych na satysfakcji pacjenta
<p>9. Zwiększenie finansowania w obszarze wczesnej diagnozy</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Podwyższenie składki zdrowotnej – tylko dla podatników unikających badań przesiewowych i szczepień.

9 NAJWAŻNIEJSZYCH CZYNNIKÓW DECYDUJĄCYCH O NIEEFEKTYWNOŚCI SYSTEMU OPIEKI ONKOLOGICZNEJ W POLSCE

1. DŁUGI CZAS OCZEKIWANIA NA DIAGNOZĘ I LECZENIE

Przed wprowadzeniem Karty DiLO nie było w ramach systemu danych pokazujących, jak długi był czas oczekiwania od podejrzenia choroby nowotworowej do diagnozy, a także od diagnozy do rozpoczęcia leczenia i kolejnych jego etapów. Badanie Fundacji Onkologia 2025 przeprowadzone w końcu 2014 pod kierownictwem prof. Sergiusza Nawrockiego na grupie około 1300 pacjentów¹ pokazało, że:

- Od momentu pojawienia się podejrzenia choroby onkologicznej do rozpoczęcia leczenia pacjent w Polsce czekał **około 77 dni**
- Przed wejściem w życie pakietu onkologicznego zaledwie **39% pacjentów** mieściło się w przedziale **9 tygodni** od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia.

Skracanie czasu oczekiwania na diagnozę i leczenie nie było dotąd priorytetem działania systemu opieki onkologicznej w Polsce. Jednocześnie medycyna oparta na dowodach (*evidence based medicine* - EBM) jednoznacznie wskazuje na ogromne znaczenie czasu dla sukcesu w leczeniu onkologicznym. Leczenie pacjentów we wcześniejszych stadiach choroby jest nie tylko efektywniejsze z medycznego punktu widzenia – jest również tańsze dla systemu.

2. BRAK POWSZECHNIE FUNKCJONUJĄCYCH STANDARDÓW MEDYCZNYCH OPARTYCH NA DOWODACH (EBM – *evidence based medicine*)

Standardy kliniczne wynikające z EBM, uzależniające wybór terapii od szczegółowych wskazań medycznych nie mają silnego umocowania w Polsce i nie są w żaden sposób

¹ Badanie „Analiza czasu oczekiwania pacjentów na diagnozę i leczenie chorób nowotworowych w Polsce”

powiązane z finansowaniem świadczeń medycznych. Regulator nie narzuca obowiązku stosowania standardu postępowania klinicznego, ani też nie monitoruje, czy wybór terapii wynika z EBM. To oznacza również, że na poziomie regulatora oraz płatnika nie zbiera się informacji na temat efektu leczenia w zestawieniu z terapią wybraną dla pacjenta.

Przy pominięciu standardów medycznych pojawia się ryzyko, że wpływ na wybór terapii będą miały takie czynniki jak rodzaj świadczeń opłacanych przez NFZ i ich wycena lub preferencje lekarzy prowadzących leczenie.

Część środowiska onkologicznego jest zwolennikiem pełnej dowolności w decydowaniu o sposobie leczenia pacjentów, ze względu na konieczność dostosowania leczenia do indywidualnej historii choroby i nietypowych przypadków (tzw. spersonalizowana opieka). Jednak doświadczenia wielu krajów wskazują, że takie indywidualne podejście powinno być zarezerwowane dla mniejszości nietypowych przypadków, podczas gdy dla większości nowotworów stosowanie standardów leczenia opartych o EBM prowadzi do radykalnego polepszenia skuteczności i jakości opieki przy znacznym obniżeniu kosztów funkcjonowania całego systemu opieki onkologicznej.

3. BRAK PUBLICZNEGO DOSTĘPU DO KLUCZOWYCH DANYCH STATYSTYCZNYCH W ONKOLOGII ORAZ NIEKOMPLETNOŚĆ DANYCH NA TEMAT STADIUM ZAAWANSOWANIA ORAZ EFEKTYWNOŚCI LECZENIA

Polski system opieki onkologicznej ma wielu interesariuszy, którzy starają się aktywnie wpływać na sposób jego działania. Najaktywniejsi nawet interesariusze nie mają jednak dostępu do danych NFZ i Ministerstwa Zdrowia dotyczących systemu opieki onkologicznej. W samym systemie informacji o zachorowaniach na choroby nowotworowe i ich leczeniu istnieją poważne luki. W efekcie dyskusja publiczna cechuje się deficytem faktów i korespondującym z nim nadmiarem emocji. Niemożliwe jest także właściwe spełnianie funkcji kontrolnej przez stowarzyszenia: profesjonalne, świadczeniodawców, pacjenckie oraz przez media.

Problem zakresu i jakości raportowania w Polsce sprowadza się do trzech najważniejszych kwestii:

- Kompleksowość zbieranych informacji i skala wymogów raportowania nałożona na lekarzy i ośrodki jest duża; nic nie wskazuje jednak na to, aby informacje te

w szerszym zakresie wykorzystywane były do zarządzania systemem i wprowadzania ulepszeń

- Mimo rozległości obowiązków raportowania, w systemie brakuje informacji i wskaźników istotnych z punktu widzenia efektywności i jakości leczenia
- System nie tylko nie wykorzystuje w pełni dostępnych danych, ale też w niewielkim zakresie udostępnia je publicznie.

Najsukuteczniej działające systemy opieki onkologicznej dysponują scentralizowanymi, szczegółowymi, wiarygodnymi i przekrojowymi informacjami dotyczącymi epidemiologii i leczenia. Tworzą również własne systemy monitoringu i zbierania danych. Tymczasem w Polsce istnieją co najmniej dwie bazy zbierające dane o epidemiologii i leczeniu onkologicznym – baza NFZ i KRN, które nie są w pełni wykorzystane.

Zakres informacji zbieranych w ramach systemu jest duży, służą one jednak przede wszystkim do bieżących rozliczeń finansowych. Brakuje natomiast wskaźników istotnych z punktu widzenia efektywności i jakości leczenia, a nawet podstawowych danych na temat liczby leczonych pacjentów.

Informacją niezbędną do oceny skuteczności leczenia jest zaawansowanie choroby (ang. *staging*). W przestrzeni publicznej funkcjonuje rozpowszechniona opinia o dużym odsetku chorych zgłaszających się do ośrodków w zaawansowanym stadium choroby. Brak jest jednak kompleksowych, systemowo gromadzonych danych, które jednoznacznie by to potwierdziły. Brak takich informacji oznacza również, że sugestie co do wyższej jakości leczenia prowadzonego w niektórych ośrodkach nie znajdują oparcia w faktach i mogą być traktowane jak próba wprowadzenia w błąd pacjentów i uczestników systemu.

Brak monitoringu wskaźników jakości leczenia i brak jawności oznacza, że system nie tworzy żadnych zachęt do poprawiania efektywności i konkutowania w oparciu o jakość. Taka sytuacja działa na niekorzyść pacjenta i ośrodków, których standardy i jakość opieki zapewnianej pacjentowi jest wysoka.

4. NIEEFEKTYWNOŚĆ SYSTEMU ZAKUPÓW SPRZĘTU WYSOKOKOSZTOWEGO ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Ogromny postęp w wyposażeniu w wysokokosztowy sprzęt został poczyniony dzięki Narodowemu Programowi Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN) na lata 2005-2015. Jednak raport NIK z 2014 roku zwraca uwagę, że mimo znaczącego wzrostu liczby

urządzeń do radioterapii nie udało się osiągnąć zalecanej przez WHO liczby aparatów na 250 tys. mieszkańców, a „*decyzje o dofinansowanie zakupu nowego sprzętu lub modernizację starego zapadały bez odpowiedniego rozeznania rynku i cen oferowanych przez dostawców*”. Symulacje przeprowadzone przez Fundację Onkologia 2025 na „Modelu przewidywania potrzeb w onkologii na lata 2016-2015” wskazują, że nawet regiony o największej koncentracji urządzeń do diagnostyki i leczenia (np. aglomeracja śląska) nie osiągają średniego europejskiego wskaźnika wysycenia sprzętem wysokokosztowym, takim jak akceleratory liniowe. Tym bardziej inwestycje wymagane są w pozostałej części kraju włączając w to regiony o dużej liczbie chorych, takie jak centrum kraju (woj. mazowieckie i łódzkie) czy Trójmiasto.

Interwencja finansowa Skarbu Państwa w finansowanie sprzętu poprzez NPZChN 2005-15 była uzasadniona istniejącymi wówczas ogromnymi zapóźnieniami w wyposażeniu w sprzęt i brakiem innych realnie dostępnych źródeł finansowania. Obecnie finansowanie sprzętu ze źródeł niepublicznych jest powszechnie dostępne zarówno dla publicznych jak i prywatnych świadczeniodawców. Zatem przyszłe finansowanie nowych centrów opieki onkologicznej z publicznych środków, w tym z NPZChN, nie ma uzasadnienia ekonomicznego dla Skarbu Państwa. Wynika to z faktu, że NFZ płaci tyle samo za procedury wykonywane na urządzeniach zakupionych za pieniądze z budżetu państwa, jak i sfinansowane z innych źródeł. W efekcie, w przypadku sprzętu finansowanego ze środków publicznych, Skarb Państwa płaci niejako dwa razy za to samo.

Co do zasady, wydatkowanie publicznych środków na sprzęt diagnostyczny (TK, PET itd.) oraz leczniczy (akceleratory liniowe) nie znajduje więc uzasadnienia, jeśli instytucje finansowe gotowe są finansować zakup sprzętu oraz tworzenie ośrodków diagnostycznych. Wyjątkiem od powyższej reguły powinien być całkowicie zamortyzowany wysokokosztowy sprzęt diagnostyczny i leczniczy użytkowany przez świadczeniodawców, których nadmierne zadłużenie nie pozwala na uzyskanie finansowania z innych źródeł, niż publiczne. Wynika to z nadrzędności dobra pacjentów nad kwestiami finansowymi. Dobrym przykładem może tu być stan wyposażenia w przyspieszacze liniowe w Polsce. Około 20 z obecnie funkcjonujących 130 akceleratorów linowych w Polsce jest już całkowicie wyeksploatowanych i powinno być wymienione na nowe. Użytkowane są one w dużej mierze przez świadczeniodawców, których kondycja finansowa nie pozwala na uzyskanie finansowania komercyjnego przy obecnym stanie prawnym. Jednak każde z tych urządzeń służy leczeniu średnio ok. 400 pacjentów rocznie i wycofanie ich z użycia może efektywnie oznaczać ograniczenie dostępu do terapii dla znacznej części z tych ludzi. Przy obecnym

stanie prawnym nie ma więc realnej alternatywy do finansowania zakupu tych urządzeń ze źródeł publicznych.

5. ROZPROSZENIE CHIRURGII NOWOTWORÓW PRZY JEDNOCZESNYM SCENTRALIZOWANIU RADIOTERAPII I CHEMIOTERAPII – ODWRÓCENIE PROPORCJI W KONSTRUKCJI SYSTEMU

Polski system opieki opiera się na rozproszonej chirurgii nowotworów przy jednoczesnym scentralizowaniu radioterapii i chemioterapii. Stoi to w opozycji do międzynarodowej praktyki stosowanej w krajach mających najlepsze efekty w leczeniu chorób nowotworowych. Rezultatem takiego kształtu systemu jest słabszy dostęp do chemioterapii i radioterapii, nadmierna hospitalizacja oraz potencjalnie niższa efektywność leczenia chirurgicznego.

Porównanie świadczeń zakontraktowanych przez największe ośrodki onkologiczne w Polsce i wszystkie pozostałe ośrodki pokazuje, że najbardziej scentralizowana w Polsce jest radioterapia – 70% świadczeń zakontraktowano w 16 największych ośrodkach opieki onkologicznej. W ekstremalnym przypadku 7 regionów ma do dyspozycji jeden ośrodek. Analiza regionalnej dostępności do radioterapii przeprowadzona przez Think-tank Onkologia 2025, za pomocą „Modelu przewidywania potrzeb w onkologii na lata 2016-2025”, wskazuje na to, że w Polsce brakuje obecnie około 60-70 przyspieszaczy liniowych rozmieszczonych w 20-30 nowych peryferyjnych ośrodkach, tak aby dostępność geograficzna została zwiększona. Dopiero bowiem po zwiększeniu liczby akceleratorów z obecnych około 130 do około 190-200 i ich odpowiednim rozlokowaniu na terenie kraju, będziemy osiągać średni europejski poziom dostępności do radioterapii.

Podobnie dzieje się w przypadku programów lekowych w onkologii, które może stosować niewielu świadczeniodawców. Natomiast chirurgia nowotworów realizowana jest w zdecydowanej większości poza siecią dużych ośrodków wyspecjalizowanych w onkologii².

² „Przegląd rynku świadczeń onkologicznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia” Dane-i-Analizy, luty 2014; Raport „Analiza dostępności do leczenia onkologicznego oraz finansowania świadczeń z zakresu chemioterapii w 2012 roku”, Uczelnia Łazarskiego

Ma to negatywne konsekwencje dla czasu oczekiwania na leczenie, jakości leczenia i efektywności kosztowej systemu. Scentralizowanie radioterapii, programów lekowych oraz chemioterapii oznacza mniejszą dostępność leczenia dla pacjentów, dłuższy czas oczekiwania na rozpoczęcie terapii i większe koszty dla systemu związane z hospitalizacją. Oznacza to również, że leczenie onkologiczne – które zazwyczaj jest rozłożone w czasie i długotrwałe – nie jest dostępne w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta i wymaga albo dojazdów albo hospitalizacji. W obu przypadkach pacjenci onkologiczni narażeni są na dodatkowe konsekwencje dla zdrowia.

Występujące w Polsce rozproszenie niektórych typów chirurgii może mieć negatywne konsekwencje dla jakości leczenia. Skomplikowane zabiegi chirurgiczne lub leczenie pewnych typów nowotworów, wymagające doświadczenia i regularnej praktyki od zespołu lekarskiego, powinny być prowadzone w wyspecjalizowanych ośrodkach przez zespoły w tych zabiegach doświadczone, które stale podnoszą swoje kwalifikacje. Wymogi międzynarodowych organizacji certyfikujących ośrodki w danej dziedzinie onkologicznej określają wręcz minimalną liczbę operacji danego typu, jaką powinien realizować rocznie chirurg odpowiedniej specjalności.

6. NIEEFEKTYWNE WYKORZYSTANIE ZASOBÓW W ONKOLOGII I WYSOKI ODSETEK HOSPITALIZACJI WYNIKAJĄCE Z ODWRÓCENIA PROPORCJI W KONSTRUKCJI SYSTEMU

Poza Polską prowadzenie chemioterapii (łącznie z programami lekowymi) i radioterapii w trybie ambulatoryjnym jest tak oczywiste, że w większości międzynarodowych analiz kosztowych z góry zakłada się, że odbywają się one w trybie ambulatoryjnym. Warto też zwrócić uwagę na fakt, że w literaturze nie odnotowuje się wysokiego odsetka powikłań po radioterapii. Jednocześnie w niektórych wypowiedziach w krajowych mediach powikłania przytaczane są jako powód dla utrzymywania rozbudowanej bazy łóżkowej dla ośrodków radioterapii.

Według opinii ekspertów i praktyków medycyny współpracujących z Fundacją Onkologia 2025 odsetek chorych leczonych radioterapią wymagających hospitalizacji ze względów medycznych – przy istniejącym systemie organizacji opieki onkologicznej w Polsce – wynosi obecnie od 15% do 20%. Odsetek ten opiera się na doświadczeniach prywatnych

świadczeniodawców, których model operacyjny zakłada ograniczenie hospitalizacji pacjentów i maksymalizację świadczeń ambulatoryjnych.

W Polsce wysoki odsetek hospitalizacji do radioterapii wynika w znacznej mierze z centralizacji świadczeń. Prowadzi to do ograniczonej dostępności i konieczności prowadzenia dużej części chorych daleko od miejsca zamieszkania. Dodatkowym czynnikiem jest fakt, że szeregu procedur nie można rozliczyć bez hospitalizacji. Co więcej, oddział szpitalny jest niezbędny do zarejestrowania działalności leczniczej – nawet jeśli zabiegi realizowane w jej ramach mogą być prowadzone w trybie ambulatoryjnym. Czyni to z hospitalizacji niepotrzebne obciążenie kosztowe dla ośrodków działających przede wszystkim w trybie ambulatoryjnym. Mogłyby one w trybie kontraktowym zagwarantować w razie konieczności dostęp do tego typu świadczeń.

W przyszłości, wraz ze zwiększeniem efektywności całego systemu opieki onkologicznej w Polsce, odsetek ten powinien się zmniejszać, zmierzając do osiągnięcia standardów międzynarodowych. W ośrodkach onkologicznych w wiodących krajach radioterapia jest ustawowo świadczeniem ambulatoryjnym, natomiast chemioterapia wymagająca hospitalizacji nie przekracza 10% przypadków³.

Analiza wydatków NFZ pokazuje, że w Polsce na hospitalizację towarzyszącą chemioterapii wydano 500 mln złotych, a kolejne 230 mln na hospitalizację przy radioterapii.⁴ Kolejnym obszarem nieefektywności jest zbędna hospitalizacja pacjentów poddawanych diagnostyce. Jak wynika z danych NFZ⁵, około 300 mln złotych rocznie wydawane jest na hospitalizację przy diagnostyce, która mogłaby być przeprowadzona ambulatoryjnie dla zdecydowanej większości⁶ pacjentów, co pozwoliłoby ograniczyć koszty do 15-25% tej kwoty⁷.

Przyjmując, że całościowe wydatki na onkologię wynoszą 6,5 mld złotych szacujemy, że co najmniej 15% tej kwoty, czyli około 1 mld złotych nie przekłada się w żaden sposób na efekt w wymiarze jakości lub skuteczności leczenia, natomiast jest istotne ze względu na zaniżoną

³ Raport „Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach”; dane Australijskiego Instytutu Zdrowia i Opieki Społecznej (Australian Institute of Health and Welfare) oraz francuskiego Krajowego Instytutu Raka (Institut National du Cancer); analizy własne ekspertów Fundacji Onkologia 2025.

⁴ Raporty „Analiza dostępności do leczenia onkologicznego oraz finansowania świadczeń z zakresu chemioterapii w 2012 roku”, „Finansowanie świadczeń z zakresu radioterapii w latach 2011-2013”, Uczelnia Łazarskiego

⁵ Analiza własna na podstawie danych NFZ

⁶ Analiza własna; hospitalizacja finansowana na podstawie rozliczenia świadczeń według kodów JGP: D28,D04, D05 F36, F26, F16 i in,

⁷ Największą pozycję kosztową stanowi kod D28 – diagnostyka raka płuca obejmująca tomografię komputerową i bronchoskopię. Koszt związany z tym świadczeniem wynosi około 800 złotych (wg szacunków sektora prywatnego) w porównaniu do 5000 złotych przy uwzględnieniu hospitalizacji.

wycenę niektórych świadczeń zdrowotnych powodującą, że ośrodki zmuszone są do szukania innych źródeł przychodów. Obniżenie wyceny hospitalizacji może poprawić efektywność systemu, ale nie rozwiązuje szerszego problemu wyceny procedur, niskiej efektywności oraz niedofinansowania części świadczeniodawców publicznych.

7. MIERZENIE I KONTROLOWANIE ZASOBÓW A NIE EFEKTÓW LECZENIA

Problem efektywności leczenia wiąże się ściśle z rolą, jaką regulator pełni w polskim systemie opieki onkologicznej. Rola ta sprowadza się obecnie do określenia, kto ma prawo leczyć w oparciu niemal wyłącznie o tzw. kryteria wejścia czyli zasoby kadrowe i sprzętowe. System w naszym kraju nie weryfikuje jakości i skuteczności leczenia. Jednakowe wynagrodzenie otrzymuje ośrodek, który osiąga świetne rezultaty, jak i ten, którego efekty są gorsze. Do czasu wprowadzenia karty DiLO, w systemie opieki onkologicznej jedynie nadwykonania były mechanizmem, który mógł powodować zwiększanie kontraktu dla dobrego ośrodka, który przyciąga więcej pacjentów. Jest to jednak mechanizm ryzykowny finansowo dla świadczeniodawców i dostępny praktycznie jedynie dla świadczeniodawców mających kontrakt z NFZ oraz posiadających wystarczający standing finansów pozwalający na oczekiwanie na odroczoną płatność za świadczenia wykonywane w ramach nadwykonań.

Co więcej, ze względu na ograniczenia budżetowe, kryteria wejścia stosowane przez NFZ pełnią często rolę bariery wejścia ograniczającej liczbę świadczeń lub świadczeniodawców. Jednak formalna konstrukcja wymogów stosowanych przez NFZ nie odzwierciedla rzeczywistych potrzeb. Porównania przeprowadzone przez ekspertów Fundacji Onkologia 2025 pokazują, że wiodące ośrodki radioterapeutyczne we Francji, Wielkiej Brytanii, Australii, nie spełniają wymogów dotyczących infrastruktury i zatrudnienia narzucanych polskiemu ośrodkom przez NFZ i nie otrzymałyby w Polsce kontraktu. Jednocześnie same podlegają ocenie pod względem kryteriów jakościowych, których w Polsce się nie mierzy ani nie bierze pod uwagę. Taka konstrukcja systemu ma oczywisty wpływ na jakość i efektywność leczenia. Motywacją dla polskiego ośrodka jest „dostać się do systemu” i spełnić kryteria wejścia. Nie ma żadnych zachęt ze strony regulatora do doskonalenia jakości i efektywności.

8. ZAGUBIENIE PACJENTA W SYSTEMIE

W ramach diagnozy i leczenia onkologicznego pacjent przekazywany jest z rąk do rąk między ośrodkami i specjalistami i nierzadko „gubi się” w tym procesie. W zeszłorocznych badaniach sondażowych oceny dla służby zdrowia wypadły wyjątkowo nisko⁸. Istotną zmianę w tym obszarze ma przynieść pakiet onkologiczny zakładający między innymi stworzenie funkcji koordynatora dla pacjenta, który ma zapewniać sprawne przeprowadzenie pacjenta przez ścieżkę diagnostyczną i terapeutyczną.

Jednak komfort i poziom satysfakcji pacjenta w procesie leczenia nadal nie są na liście priorytetów dla systemu. Wskaźniki te nie są monitorowane ani tym bardziej analizowane przez świadczeniodawców i regulatora systemu. Brak zainteresowania ze strony NFZ i MZ powoduje, że nie ma powodów by świadczeniodawcy interesowali się w sposób systematyczny poziomem satysfakcji pacjentów. W rezultacie, przeprowadzone w 2014 przez Alivię – Fundację Onkologiczną Osób Młodych pionierskie badanie satysfakcji pacjentów w ramach projektu Onkomapa, zostało w dużej mierze zignorowane przez największych świadczeniodawców.

9. NISKIE WYDATKI PER CAPITA NA ONKOLOGIĘ WSKAZUJĄCE NA NIEDOFINANSOWANIE SYSTEMU

Niskie wydatki per capita na onkologię mogą wskazywać na niedofinansowanie systemu, ale w obliczu braku danych (punkt 3) oraz nieefektywności finansowej (punkt 4 i 6) niemożliwe jest oszacowanie, w jakim zakresie potrzebne jest dodatkowe finansowanie w onkologii oraz do jakiego obszaru powinno być skierowane.

Jak dotąd nierozstrzygniętą kwestią pozostaje, jakie są rzeczywiste wydatki na opiekę onkologiczną. Eksperti Fundacji Onkologia 2025 szacują je na 6,5 mld złotych w 2012 roku⁹. Ze względów historycznych wydatki na onkologię szacowane są w oparciu o tzw. zakresy onkologiczne (które na dodatek mogą obejmować pacjentów nieonkologicznych). Te wydatki nie uwzględniają kosztów ponoszonych na oddziałach nieonkologicznych takich jak chirurgia ogólna, urologia, ginekologia, laryngologia, neurochirurgia, pulmonologia, endokrynologia, choroby wewnętrzne i inne.

⁸ „Profilaktyka chorób nowotworowych – diagnostyka i rola lekarzy rodzinnych” Badanie Millward Brown, Listopad 2014

⁹ Najbardziej aktualne dane dostępne na marzec 2015 roku

Zważywszy więc na to, że brakuje wiarygodnych danych na temat całościowych kosztów ponoszonych na onkologię, które powinny być liczone niezależnie od tego, na jakim oddziale prowadzone było leczenie, a także danych na temat liczby pacjentów onkologicznych (nowych i wszystkich), trudno jest dokładnie oszacować wydatki na opiekę onkologiczną.

Jednak wyniki symulacji przeprowadzonych przez Think-tank Onkologia 2025 za pomocą „Modelu przewidywania potrzeb w onkologii na lata 2016-2025” wskazują, że niezależnie od potrzeby zmian organizacyjnych i zmiany priorytetów w opiece onkologicznej, niedofinansowanie będzie jednym z kluczowych problemów, z którymi system będzie musiał się zmierzyć w najbliższych latach.

PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ

Poniżej proponujemy szereg działań, które w perspektywie następnych 12-24 miesięcy mają szansę przyspieszyć proces ewolucji systemu opieki onkologicznej w Polsce w kierunku, w którym podążają wiodące systemy opieki onkologicznej na świecie.

1. USTANOWIENIE CELÓW, MONITORING I UPUBLICZNIANIE INFORMACJI O CZASACH OCZEKIWANIA NA DIAGNOZĘ, ROZPOCZĘCIE I KOLEJNE ETAPY LECZENIA

Publiczny dostęp do danych o czasach oczekiwania

Pakiet onkologiczny po raz pierwszy zdefiniował maksymalne czasy oczekiwania na diagnozę i rozpoczęcie leczenia. Uważamy, że dane na temat czasów oczekiwania powinny być publicznie dostępne dla pacjentów i interesariuszy i prezentowane w oparciu o jasno określoną metodologię. Należy jednocześnie poprawić definicje czasu oczekiwania, by dotyczyły one rzeczywistego czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia, a nie czasu oczekiwania na posiedzenie zespołu interdyscyplinarnego lub na procedury przygotowawcze takie jak planowanie leczenia radioterapeutycznego.

Limity czasów oczekiwania na poszczególne etapy leczenia

Wzorem innych krajów, np. Wielkiej Brytanii, postulujemy także ustanowienie celów dotyczących etapów leczenia po zakończeniu diagnozy¹⁰.

2. WDROŻENIE JEDNOLITYCH STANDARDÓW DIAGNOSTYCZNYCH I TERAPEUTYCZNYCH OPARTYCH NA EBM

Podkreślić należy, że standardy, których przyjęcie postulujemy w niniejszym opracowaniu muszą być standardami opartymi o EBM. Standardy te powinny także brać pod uwagę zasadę maksymalizacji efektów leczenia w stosunku do zaangażowanych środków, to jest spośród

¹⁰ Raport „Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach” EY, 2014

możliwych sposobów postępowania preferować te, które realizować można skutecznie przy najmniejszym koszcie.

Refundacja przy dochowaniu standardów

Proponujemy, aby NFZ refundowało leczenie onkologiczne tylko w dwóch, łącznie spełnionych przypadkach:

- kiedy oparte są na EBM, spójne ze standardami międzynarodowymi i odzwierciedlone w polskich standardach – zgodnie z wymogami prawa
- kiedy zostały zatwierdzone przez konsylium multidyscyplinarne dostosowane do stanu klinicznego danego pacjenta.

W przypadku terapii prowadzonej poza standardem, pacjent powinien otrzymać informację na ten temat i wyrazić zgodę na takie leczenie. Do ustalenia jest kwestia sposobów refundacji kosztów terapii eksperymentalnych prowadzonych przez ośrodki o profilu naukowym. Terapie te powinny dotyczyć tylko nieznacznego procenta przypadków.

3. SPOŁECZNA KONTROLA POPRZEZ DOSTĘP DO INFORMACJI I POPRAWIENIE JAKOŚCI ZBIERANIA ORAZ WYKORZYSTANIA DANYCH

Niezależny KRN

Postulujemy aby KRN, na wzór najlepszych praktyk międzynarodowych, stało się instytucją niezależną, niepowiązaną z żadnym świadczeniodawcą w onkologii. KRN powinien być autonomiczny, finansowany przez Ministerstwo Zdrowia, a jego bazy danych powinny być prowadzone w ramach PZH lub CSIOZ – w zgodzie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych.

Publicznie dostępne analizy

Ministerstwo Zdrowia jako główny regulator powinien prowadzić analizy krzyżowe w oparciu o dane KRN i NFZ. A następnie publikować tego rodzaju analizy wraz z informacją o zastosowanej metodologii, tak by wszelkie wyniki, dane o celach i wskaźnikach ich

realizacji były transparentne i weryfikowalne. Wzorem mogą być standardy publicznego dostępu do danych stosowane np. przez NHS w Wielkiej Brytanii.

Wykorzystywanie nowoczesnych narzędzi zbierania i analizy danych

Wzmocnienie funkcji zbierania i analizy danych możliwe jest przez użycie nowoczesnych modeli planistycznych i metod zbierania danych. Przykładem może być zaawansowany „Model przewidywania potrzeb w onkologii na lata 2016-2025” zbudowany przez ekspertów Fundacji Onkologia 2025, uwzględniający zweryfikowane informacje na temat epidemiologii, a także różnice wynikające z zaawansowania w różnych typach chorób nowotworowych.

Innym przykładem jest pozyskiwanie informacji bezpośrednio z oprogramowania akceleratorów liniowych. Tak zebrane dane były w Wielkiej Brytanii podstawą do dyskusji w środowisku naukowym nad schematami leczenia pacjentów. Doprowadziły one do ujednoczenia standardów między ośrodkami i pozwoliły na długoterminowe planowanie zaplecza radioterapii.¹¹.

4. ZMIANA SPOSOBU FINANSOWANIA SPRZĘTU WYSOKOKOSZTOWEGO

Finansowanie zakupu sprzętu przez świadczeniodawców publicznych i prywatnych w oparciu o system promes NFZ

Postulujemy zastąpienie finansowania zakupu sprzętu dla nowych ośrodków przez państwo systemem promes wydawanych przez NFZ, które oparte byłyby o wyliczenie zapotrzebowania na świadczenia w ramach map potrzeb. To umożliwiłoby znacznie tańsze finansowanie zakupów sprzętu ze źródeł komercyjnych takich jak banki, producenci sprzętu czy inwestorzy branżowi. Tego rodzaju mechanizmy finansowania zakupów sprzętu wysokokosztowego stosują na polskim rynku prywatni inwestorzy. Są one również dostępne dla ośrodków publicznych.

¹¹ RTDS (National Radiotherapy Dataset), NRAG (The National Radiotherapy Advisory Group) – planowanie radioterapii dla Anglii, planowanie radioterapii dla Szkocji

Warunkiem koniecznym zwiększającym dostępność tego rodzaju finansowania dla ośrodków publicznych i prywatnych byłoby wprowadzenie systemu promes NFZ. Promesy nie stanowiłyby dodatkowego obciążenia budżetu NFZ, ponieważ dotyczyłyby świadczeń, które objęte byłyby budżetem NFZ. Jednocześnie promesy zmniejszyłyby koszty finansowania poprzez obniżenie ryzyka inwestycji. Na podstawie projekcji przepływów gotówkowych zagwarantowanych promesą NFZ możliwe byłoby dokonanie zakupu sprzętu przy kosztach kapitału znacząco niższych od obecnie ponoszonych przez Skarb Państwa.

Należy wypracować modele finansowania zakupów sprzętu i budowy nowych ośrodków przy wykorzystaniu finansowania dłużnego dla ośrodków publicznych (gdzie zabezpieczeniem byłyby przychody z kontraktu lub promesy NFZ), a także modele współpracy sektora publicznego oraz prywatnego przy tworzeniu wspólnych przedsięwzięć. Wzory takich modeli dostępne są w szeregu krajów OECD.

Ograniczenie finansowania zakupów dodatkowego sprzętu medycznego z NPZChN 2016-25

W związku z powyższym proponujemy ograniczenie finansowania zakupów dodatkowego sprzętu medycznego w ramach ustawy o NPZChN na lata 2016-25. Wsparcia z budżetu Państwa przy zakupie sprzętu wymagałyby jedynie te deficytowe ośrodki, które nie mogłyby pozyskać finansowania na warunkach rynkowych, gdzie jednocześnie wymiana lub zakup aparatury byłaby niezbędna ze względu na zapewnienie dostępności do leczenia, zgodnie z wytycznymi wynikającymi z regionalnych map potrzeb zdrowotnych.

Centralne zakupy sprzętu wysokokosztowego ze środków publicznych

Postulujemy powołanie centralnej agencji do spraw zakupów sprzętu wysokokosztowego z wykorzystaniem środków z NPZChN celem zwiększenia efektywności i transparentości procesu zakupów z publicznych środków. Dzięki temu urządzenia o podobnej charakterystyce kupowane dla różnych świadczeniodawców będą miały podobne ceny. Doświadczenia międzynarodowe pokazują, że wyeliminuje to obecnie występujące drastyczne różnice w kosztach nabycia sprzętu i wygeneruje znaczne oszczędności. Istotne jest też powiązanie zakupów sprzętu z ustaleniem stałych na wiele lat cen serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego sprzętu. Koszty serwisu stanowią bowiem istotną część całkowitego kosztu zakupu i utrzymywania sprzętu w horyzoncie 5 i 10 lat.

5. ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI DO RADIOTERAPII I CHEMIOTERAPII W OPARCIU O LIMIT CZASU DOJAZDU

Kryterium czasu dojazdu do ośrodka radioterapii i chemioterapii

Proponujemy restrukturyzację organizacji świadczeń radioterapii i chemioterapii, tak by zwiększyć liczbę ośrodków na obszarach o niskiej dostępności. W międzynarodowych rozwiązaniach wprowadzano limity czasu dojazdu do ośrodka dla pacjenta. W fazie początkowej Polska mogłaby ustanowić limit 60 minut, zakładając dojazd do 45 minut w kolejnych 2-3 latach.

Obszary takie byłyby zdefiniowane poprzez stworzenie „map zdrowotnych” przez Ministerstwo Zdrowia. Dla lokalizacji, w których zidentyfikowano luki w dostępności świadczeń władze publiczne mogłyby przeprowadzać konkursy na zapewnienie świadczeń. Uważamy, że jeśli zwycięzca takiego konkursu będzie mieć zagwarantowany kontrakt z NFZ, możliwe będzie wypełnienie luk w świadczeniach bez angażowania środków publicznych na inwestycje w budowę nowych ośrodków lub przeprofilowanie istniejących.

Kryterium rozproszenia geograficznego a promesy NFZ

Podstawowym elementem rozpatrywanym każdorazowo w ramach oceny, czy dane przedsięwzięcie może być wsparte zobowiązaniem do zawarcia kontraktu przez NFZ (jako zabezpieczeniem dla finansowania), winny być wytyczne dotyczące rozproszenia geograficznego dla wysokokosztowego sprzętu medycznego. Wytyczne te powinny być oparte na doświadczeniach międzynarodowych zakładających nie tylko minimalną, ale także maksymalną liczbę aparatów. Międzynarodowe doświadczenia wskazują bowiem, że nadmiernie rozbudowane ośrodki onkologiczne nie zapewniają optymalnego dostępu dla pacjentów, a także są nieefektywne kosztowo.¹²

Promesy NFZ – transparentność procesu i procedura odwoławcza

Postulujemy, aby planowanie inwestycji w onkologii i proces przyznawania promes NFZ realizowane było na wzór planowania przestrzennego – tworzone w oparciu o jednoznaczne kryteria, przejrzysty i transparentny proces oraz nadzór sądów administracyjnych. Zapewni to najkorzystniejszy dla publicznego płatnika sposób realizacji świadczeń zdrowotnych i pełną transparentność procesu dla wszystkich interesariuszy.

¹² W Anglii istniejące już centra onkologii nie mogą zwiększać liczby akceleratorów liniowych, ale mogą tworzyć lub współpracować z ośrodkami satelitarnymi.

Szybka decentralizacja systemu świadczeń radioterapii, chemioterapii, programów lekowych oraz diagnostyki

System promes NFZ wydawanych na obszary zdefiniowane w ramach „mapy potrzeb” jako białe plamy umożliwi szybką decentralizację systemu świadczeń radioterapii, chemioterapii, programów lekowych oraz diagnostyki. Budowa nowego ośrodka chemio- i radioterapii oraz diagnostyki w jednym z miast powiatowych otwartego w 2014 trwała mniej niż 12 miesięcy od uzyskania pozwolenia na budowę. W innym ośrodku ukończonym w 2012 roku – 7 miesięcy. W skali kraju realne jest więc znaczące zwiększenie dostępności do radioterapii, chemioterapii, programów lekowych i diagnostyki w horyzoncie 12-24 miesięcy.

6. OGRANICZENIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z NADMIERNĄ HOSPITALIZACJĄ I DUBLOWANIEM PROCEDUR

Wzmocnienie infrastruktury informatycznej Karty DiLO

Uważamy, że skuteczne wdrożenie trzech mechanizmów „pakietu onkologicznego” tzn. koordynatora pacjenta, konsylium multidyscyplinarnego i maksymalnego czasu pomiędzy podejrzeniem a diagnozą znacząco zmniejszy chęć pacjentów do szukania wielokrotnego potwierdzenia opinii specjalistów. Zmniejszy to także notorycznie występujące dublowanie procedur.

Jednak dotychczasowe doświadczenia z systemem informatycznym dającym dostęp lekarzom do Karty DiLO pokazują, że nie jest on wystarczająco wydajny, aby dać wgląd do danych w czasie rzeczywistym i stanowić alternatywę dla papierowej wersji Karty. Proponujemy wzmocnienie infrastruktury informatycznej Karty DiLO, aby umożliwić jej użycie w czasie rzeczywistym i docelowo wyeliminować formę papierową.

Proponujemy także wprowadzenie do systemu eWUŚ specjalnego oznaczenia dla pacjentów, którym wydano Kartę DiLO, w celu wyeliminowania przypadków wydawania takich kart wielokrotnie i dalszego ograniczenia wielokrotnych wizyt u tego samego rodzaju specjalistów z różnych ośrodków.

Wykorzystanie istniejących systemów

Proponujemy przeznaczenie funduszy publicznych na wzmocnienie i upowszechnienie funkcjonalności istniejących systemów optymalizujących przepływ pacjentów onkologicznych takich, jak Onkoline (Rada Dyrektorów Publicznych Centrów Onkologii) czy Kolejkoskop (Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych). Po dofinansowaniu ze źródeł

publicznych, systemy te powinny zostać wprowadzone jako obowiązkowe przez NFZ dla wszystkich świadczeniodawców, co zaowocuje szybkim polepszeniem efektywności całej ścieżki pacjenta onkologicznego.

7. MIERZENIE EFEKTYWNOŚCI LECZENIA I EFEKTYWNOŚCI KOSZTOWEJ W ONKOLOGII

Wprowadzenie miar efektywności w miejsce kryteriów wejścia

Proponujemy, aby miary efektywności (KPI) procesów leczenia zastąpiły kryteria oceny świadczeniodawców obecnie stosowane przez NFZ. Postulowane przez część środowiska onkologicznego wprowadzenie kryterium „referencyjności” ośrodków obarczone jest tym samym błędem, ponieważ koncentruje się na mierzeniu wymogów wejściowych dla świadczeniodawcy a nie efektów („inputs” w stosunku do „outputs”).

Lista KPI

Proponujemy stworzenie listy KPI w oparciu o funkcjonującą i sprawdzoną listę, którą posługuje się NHS w Wielkiej Brytanii. Lista ta liczy ponad sto wskaźników, co na warunki polskie jest zbyt obszerne, ale może być dobrą podstawą do skompletowania listy KPI dla NFZ. Ekspertzy NHS mogą być także źródłem doświadczeń dla NFZ co do procesu wprowadzania poszczególnych KPI.

Powiązanie finansowania z raportowaniem stadium zaawansowania klinicznego nowotworu

Proponujemy powiązanie finansowania świadczenia przez NFZ z odpowiednią jakością realizowania obowiązków sprawozdawczych obejmujących kompletną informację o stanie pacjenta i efektach leczenia.

Wynika to z faktu, że podstawą do stworzenia efektywnej listy KPI jest zapewnienie jednolitych standardów informowania o stanie pacjenta w chwili rozpoczęcia leczenia i jego efektach. Kluczową informacją w tym obszarze jest stadium zaawansowania klinicznego nowotworu. Dotychczas mimo obowiązku raportowania nałożonego przepisami prawnymi jakość informacji na temat *stagingu* jest bardzo niska.

Monitoring i wdrażanie wniosków pokontrolnych

Proponujemy przeznaczenie przez NFZ odpowiednich środków na stworzenie skutecznego systemu monitorowania, analizowania oraz egzekwowania KPI. Doświadczenia z porównywalnych organizacji komercyjnych wskazują, że całkowity zwrot na inwestycji (pay-back) związanej ze stworzeniem systemu monitorowania KPI przez NFZ nastąpi w okresie 6-12 miesięcy od wdrożenia.

Zmiana kryteriów przyznawania kontraktów NFZ, które obecnie nie odpowiadają rzeczywistym potrzebom terapeutycznym

Istotnym problemem w szybkim zwiększeniu wydolności polskiego systemu opieki onkologicznej może okazać się zbyt mała liczba radioterapeutów oraz innych specjalistów takich jak patomorfolodzy. Rozwiązaniem możliwym do szybkiego wprowadzenia jest zmiana regulacji i kryteriów otrzymania kontraktu, które nie odpowiadają rzeczywistym potrzebom terapeutycznym. Produktywność kadry medycznej w radioterapii w Polsce należy z tego powodu do jednej z najniższych w Europie, co oznacza, że jej potencjał nie jest właściwie wykorzystany¹³. Za właściwe kryteria dotyczące liczby radioterapeutów na ośrodek można przyjąć te funkcjonujące od lat z powodzeniem np. w Wielkiej Brytanii lub Francji. Stworzenie elastycznych mierników efektywności zamiast sztywnych kryteriów wejścia, pozwoliłoby również na większą swobodę i lepsze wykorzystanie ograniczonej liczby specjalistów. Umożliwiłoby również skorzystanie ze wsparcia personelu administracyjnego i personelu medycznego średniego szczebla oraz upowszechniłoby także korzystanie z telemedycyny i automatyzacji.

Restrukturyzacja świadczeń chirurgii nowotworów w oparciu o mapy regionalnych potrzeb oraz ustanowienie kryteriów oceny wyników

Proponujemy zrestrukturyzowanie świadczeń chirurgii nowotworów w oparciu o mapy regionalnych potrzeb oraz ustanowienie kryteriów oceny wyników opartych na dobrych praktykach międzynarodowych, w oparciu o które wskazywano by oddziały spełniające te wymogi i dzięki temu mogące prowadzić chirurgię nowotworów. Decyzja o wyborze tych świadczeniodawców byłaby podejmowana przez MZ oraz płatnika (NFZ) na podstawie rekomendacji właściwych towarzystw naukowych, które zdefiniowałyby minimalną

¹³ Badanie ESTRO HERO dotyczące zasobów ludzkich w radioterapii w Europie Radiotherapy staffing in the European countries: Final results from the ESTRO-HERO survey <http://dx.doi.org/10.1016/j.radonc.2014.08.034>

wymaganą liczbę zabiegów oraz inne kryteria stworzone w oparciu o dobre praktyki międzynarodowe, na przykład: liczbę powikłań pooperacyjnych, śmiertelność 30-dniową, zakażenia wewnątrzszpitalne, wskaźnik ponownych przyjęć. Wstępem do tego typu zmian byłaby analiza określająca, które odziały spełniają kryteria na obecnym etapie z uwzględnieniem typów operacji (laparoskopowe, zachowawcze, etc).

Docelowo zasadą powinno być, że onkologiczne zabiegi planowe wykonuje wyłącznie chirurg specjalista posiadający wystarczające doświadczenie i dobre wyniki leczenia. W okresie przejściowym ze względu na zbyt małą liczbę kontraktów NFZ – warunkiem powinna być przynajmniej obecność odpowiedniego chirurga specjalisty oraz spełnienie kryteriów (takich jak dopuszczalny odsetek powikłań, śmiertelność operacyjna, zadowolenie pacjentów, dotrzymanie standardów i inne).

Doświadczenia wiodących krajów wskazują, że w przypadku wysoko wyspecjalizowanej chirurgii lub leczenia specyficznych grup nowotworów (np. nowotworów rzadkich zgodnie z definicją EAARC¹⁴, mięsaków, nowotworów u dzieci) system powinien zmierzać w kierunku centrów doskonałości.

Przegląd wyceny zabiegów chirurgii nowotworów

Konieczny jest przegląd wycen zabiegów chirurgii oparty na międzynarodowych punktach odniesienia w celu zapewnienia, że skomplikowane zabiegi chirurgiczne będą miały realną wycenę ekonomiczną.

Dzięki urealnieniu wycen zabiegów chirurgii nowotworów ośrodki prowadzące chirurgię nowotworów nie musiałyby subsydiować tych procedur poprzez świadczenie innych świadczeń onkologicznych lub towarzyszącej im nadal hospitalizacji.

Ponadto obecnie funkcjonujące wyceny często nie są wystarczającą zachętą dla wysokiej klasy specjalistów do pracy w macierzystym ośrodku. Wynika to z faktu, że dochody takich specjalistów są de facto subsydiowane przez pacjentów poza systemem NFZ, poprzez prywatne praktyki. Nowe wyceny zabiegów winny uwzględnić rzeczywisty koszt czasu pracy takich specjalistów, aby doprowadzić do zmniejszenia rozmiaru dofinansowania przez pacjentów.

¹⁴ European Action Against Rare Cancer (EAARC) www.rarecancers.eu

8. BUDOWANIE SYSTEMU OPIEKI ONKOLOGICZNEJ WOKÓŁ POTRZEB PACJENTA – WŁĄCZENIE SATYSFAKCJI PACJENTA DO LISTY WSKAŹNIKÓW MIERZĄCYCH EFEKTYWNOŚĆ DZIAŁANIA OŚRODKA

Wprowadzenie PROMs

Postulujemy wprowadzenie tzw. PROMs (patient reported outcome measures) do listy KPIs oceniających jakość opieki onkologicznej. PROMs opierają się z reguły na informacjach pochodzących bezpośrednio od pacjentów. Zbierane są w oparciu o ankiety z uzgodnionym i dostosowanym do typu choroby kwestionariuszem.

Tego rodzaju ankiety powinny prowadzić i zbierać niezależne instytucje. W Polsce próbę stworzenia rankingu ośrodków w oparciu o wyniki satysfakcji pacjenta podjęła Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych w ramach projektu Onkomapa. Wsparcie instytucjonalne i finansowe ze strony MZ pozwoliłoby wykorzystać istniejący w ramach tego projektu potencjał i zbudowanie systemu zbierania opinii od pacjentów.

9. ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA W OBSZARZE WCZESNEJ DIAGNOZY POPRZEZ ZWIĘKSZENIE SKŁADKI DLA PACJENTÓW UNIKAJĄCYCH WYPEŁNIENIA WYMOGÓW PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ

Postulujemy podwyższenie składki zdrowotnej dla wszystkich podatników, którzy nie zgłoszą się na obowiązkowe badania przesiewowe i szczepienia. Wierzymy, że ten mechanizm, znacząco zwiększy skuteczność badań przesiewowych i obniży koszty leczenia onkologicznego. Jednocześnie, poprzez uzależnienie go od osobistego udziału w badaniach wydaje się, że może nie być postrzegany jako podwyżka podatków i jako taki być akceptowalny społecznie.

Warszawa, marzec 2015



Dokument ten powstał jako wkład do debaty o przyszłości onkologii w Polsce. Będziemy wdzięczni za Państwa uwagi i komentarze do przedstawionych przez nas tez. Zachęcamy do kontaktu z nami i dzielenia się Państwa opiniami.

Think-tank Onkologia 2025

ul. Tytusa Chałubińskiego 8

00-613 Warszawa

Skrytka pocztowa 24

Mirosław Stachowicz

miroslaw.stachowicz@onkologia2025.pl

Anna Andrzejczak

anna.andrzejczak@onkologia2025.pl