



SYSTEMY OPIEKI ONKOLOGICZNEJ W WYBRANYCH KRAJACH



SPRAWNE PAŃSTWO
PROGRAM EY

Kwiecień 2014

Raport opracowany przez EY na zlecenie Fundacji Onkologia 2025



SYSTEMY OPIEKI ONKOLOGICZNEJ W WYBRANYCH KRAJACH



SPRAWNE PAŃSTWO
PROGRAM EY

Kwiecień 2014

Raport opracowany przez EY na zlecenie Fundacji Onkologia 2025



Warszawa, 29 kwietnia 2014

Oddajemy w Państwa ręce raport przedstawiający przegląd dobrych praktyk w wybranych systemach opieki onkologicznej. W opisanych krajach dojście do obecnego modelu opieki zajęło lata, ale w efekcie pojawiły się rozwiązania, dzięki którym dostępność i jakość opieki onkologicznej jest na najwyższym poziomie lub zanotowano znaczącą poprawę w tym obszarze. Znając rozwiązania,

jakie zastosowano w opisanych systemach, widząc jak się sprawdziły, mamy szansę skorzystać z nich bez konieczności mozolnego dochodzenia do skutecznego modelu metodą prób i błędów oraz kosztem czasu, który dla pacjentów chorych na raka jest szczególnie cenny.

Kraje, które zostały wybrane do analizy różnią się między sobą pod wieloma względami, lecz łączy je wysoka skuteczność systemów opieki onkologicznej. Porównanie pozwoliło na wysnucie ciekawych wniosków. Okazuje się, że dobrze leczyć raka można zarówno w systemie, w którym dominują publiczni świadczeniodawcy, jak i w systemie z dużym udziałem ośrodków prywatnych. Geografia ma ogromne znaczenie i powinna zdecydować o kształcie systemu – duże kraje, ze względu na potrzebę zwiększania dostępności, idą w kierunku decentralizacji, mniejsze – mogą pozwolić sobie na organizację opieki w kilkunastu dużych ośrodkach i dochować przy tym limitów maksymalnego czasu dojazdu dla pacjenta.

Mimo różnych doświadczeń i punktów wyjścia, modele opieki nad chorymi zmierzają obecnie w podobnym kierunku i można znaleźć w nich punkty wspólne. Podstawowym jest zbudowanie systemu wokół potrzeb pacjenta. Rak jest chorobą wymagającą kompleksowego, angażującego lekarzy różnych specjalności podejścia – pacjent w toku terapii jest przekazywany z rąk do rąk, w ramach systemu składającego się z wielu różnych podmiotów, które nie muszą być zlokalizowane pod jednym dachem. W krajach o rozproszeniu populacji podobnym do Polski uwaga skupia się obecnie na tym, jak zorganizować sprawne, szybkie i skoordynowane przejście pacjenta przez ścieżkę leczenia, jednocześnie minimalizując niedogodności związane z hospitalizacją i podróżami. Kluczowa jest rola diagnostyki – szybkiej, zlokalizowanej blisko miejsca zamieszkania pacjenta. Ograniczanie hospitalizacji wyłącznie do przypadków pacjentów, którzy jej potrzebują, zostało docenione zarówno ze względów ekonomicznych, jak i medycznych.

Raport uwidacznia lukę istniejącą pomiędzy Polską a wiodącymi krajami w poziomie finansowania onkologicznej służby zdrowia. Jednak kwestia wielkości wydatków nie jest głównym tematem raportu, ponieważ nawet najbogatsze kraje świata borykają się z niemożnością sfinansowania wszystkich swoich potrzeb onkologicznych. Istotną wartością raportu jest natomiast pokazanie mechanizmów służących zwiększeniu efektywności użycia dostępnych środków. Warto zwrócić uwagę na dwa takie mechanizmy: dostępność do danych onkologicznych i wycenę świadczeń.

Wszystkie opisane w raporcie kraje albo korzystają z mechanizmów zbierania i analizowania danych, albo intensywnie pracują na stworzeniu takich mechanizmów. Brytyjczycy mają dziś dogłębną wiedzę na temat niemal 100% przypadków chorych onkologicznie. Chroniąc wrażliwe dane osobowe pacjentów, jednocześnie analizują efektywność systemu i skuteczność leczenia, a także zapewniają badaczom dostęp do

szczegółów dotyczących chorób, trybu i jakości opieki zapewnianej przez poszczególne ośrodki. Norwegia swój system zbierania danych buduje od lat 50.

Zważywszy na ograniczenia budżetowe, wydaje się tym bardziej konieczne, aby Polska szczególnie dokładnie monitorowała i audytowała swój system ochrony zdrowia. Nie stać nas bowiem na rozwiązania, które nie działają efektywnie. Tymczasem, mimo istnienia co najmniej dwóch przekrojowych baz danych – prowadzonych przez KRN i NFZ, nie mamy dziś pewności: ilu pacjentów jest diagnozowanych oraz leczonych, w jaki sposób prowadzona jest terapia, jak wygląda ścieżka pacjenta, czy leczenie jest odpowiednie dla danego typu i stopnia zaawansowania choroby, jaka jest jakość oraz efektywność leczenia dostarczanego przez poszczególne ośrodki.

W Polsce często postuluje się różnicowanie wyceny świadczeń lub nawet nielimitowany dostęp do finansowania dla wybranych ośrodków w zależności od tzw. referencyjności. Miałoby to służyć lepszemu dofinansowaniu wiodących ośrodków onkologicznych, które w założeniu zapewniałyby utrzymanie wysokiej jakości leczenia i dawało możliwość leczenia najtrudniejszych przypadków przez najlepszych specjalistów. Niniejszy raport pokazuje, że żaden z wiodących krajów nie stosuje takich preferencji. Zamiast tego rozgranicza się działalność naukową i leczenie rzadkich przypadków od leczenia rzesz pacjentów prowadzonego według wystandaryzowanych procedur gwarantujących utrzymanie najwyższego poziomu jakości. Dzięki temu osiągnięto znaczne obniżenie kosztu standardowych procedur i upowszechnienie dostępu do wysokiej jakości leczenia dla wszystkich obywateli blisko ich miejsca zamieszkania. Jednocześnie zapewniono rozwój badań naukowych i wysoko specjalistycznych procedur medycznych poprzez dofinansowanie danego konkretnego celu w ramach publicznych grantów badawczych lub wsparcie ze strony instytucji zewnętrznych. Taki system gwarantuje również, że wycena leczenia standardowych przypadków nie jest zafałszowana wyższymi kosztami związanymi z leczeniem pacjentów wymagających specjalnych terapii.

Gdy EY rozpoczynał prace nad raportem, w Polsce dopiero rozwijała się dyskusja o potrzebie głębokich zmian w opiece onkologicznej. W ostatnich tygodniach marca 2014 roku, ta dyskusja przybrała formę konkretnych propozycji ze strony rządu. Widzimy, że wiele zaproponowanych rozwiązań stosują kraje, które odnoszą sukcesy w leczeniu raka. Mamy nadzieję, że nasz raport będzie miał istotny wkład w toczącą się dyskusję i pozwoli przestawić ją na nieco inne tory – może dzięki niemu zaczniemy rozmawiać nie o tym, czy zaproponowane zmiany się powiodą, ale o tym, jak wprowadzić je szybko i skutecznie.



Mirosław Stachowicz

Prezes

Think-tank Onkologia 2025

Raport powstał dzięki grantowi Think-tanku Onkologia 2025. Wybór krajów podyktowany był przede wszystkim jakością i efektywnością rozwiązań zastosowanych w opiece onkologicznej przy zachowaniu różnorodności systemów opieki zdrowotnej, uwarunkowań ekonomicznych i demograficznych.

Spis treści

1.	Wstęp	6
2.	Główne wnioski z raportu	7
3.	Porównanie systemów onkologicznych	10
4.	Opieka onkologiczna w wybranych krajach	24
4.1	Systemy opieki zdrowotnej i wydatki na opiekę onkologiczną	24
5.	System opieki onkologicznej w Wielkiej Brytanii	30
5.1	Podmioty systemu opieki onkologicznej	30
5.2	Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych	35
5.3	Systemy i rejestry danych onkologicznych	36
5.4	Finansowanie systemu opieki onkologicznej	37
5.5	Rola świadczeniodawców prywatnych	39
5.6	Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców	41
5.7	Kompleksowość opieki onkologicznej	43
6.	System opieki onkologicznej w Norwegii	50
6.1	Podmioty systemu opieki onkologicznej	50
6.2	Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych	54
6.3	Systemy i rejestry danych onkologicznych	56
6.4	Finansowanie systemu opieki onkologicznej	58
6.5	Rola świadczeniodawców prywatnych	63
6.6	Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców	63
6.7	Kompleksowość opieki onkologicznej	65
7.	System opieki onkologicznej we Francji	72
7.1	Podmioty systemu opieki onkologicznej	72
7.2	Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych	75
7.3	Finansowanie systemu opieki onkologicznej	77
7.4	Rola świadczeniodawców prywatnych	81
7.5	Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców	82
7.6	Kompleksowość opieki onkologicznej	83
8.	System opieki onkologicznej w Czechach	88
8.1	Podmioty systemu opieki onkologicznej	88
8.2	Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych	91
8.3	Systemy i rejestry danych onkologicznych	93

8.4	Finansowanie systemu opieki onkologicznej	94
8.5	Rola świadczeniodawców prywatnych	98
8.6	Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców	99
8.7	Kompleksowość opieki onkologicznej	100
9.	System opieki onkologicznej w USA	102
9.1	Podmioty systemu opieki onkologicznej	102
9.2	Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych	109
9.3	Systemy i rejestry danych onkologicznych	111
9.4	Finansowanie systemu opieki onkologicznej	113
9.5	Rola świadczeniodawców prywatnych	117
9.6	Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców	118
9.7	Kompleksowość opieki onkologicznej	123

1. Wstęp

Niniejszy raport stanowi analizę systemów opieki onkologicznej w wybranych pięciu krajach: Wielkiej Brytanii (na podstawie Anglii), Norwegii, Francji, Czechach i Stanach Zjednoczonych. Raport sporządzony został w celu przedstawienia sposobu działania systemów opieki onkologicznej w tych krajach, a zwłaszcza mechanizmów, które wspierają dostępność i efektywność leczenia. Wyniki analizy oraz wnioski z raportu mogą stanowić merytoryczne wsparcie dla toczącej się obecnie debaty na temat przyszłości polskiego systemu opieki onkologicznej, a także dla prac nad nowym Narodowym Planem Zwalczania Chorób Nowotworowych oraz wypracowania systemu współpracy regulatora, koordynatora i świadczeniodawców.

Do analizy wybrano kraje, o podobnym do polskiego systemie opieki zdrowotnej lub te, których system jest rozważany jako docelowy po wprowadzeniu dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń dodatkowych. Przykładami krajów posiadających najbardziej zbliżony do polskiego system opieki zdrowotnej są Wielka Brytania i Norwegia. Kraje, których system opieki zdrowotnej rozpatrywany jest jako docelowy, po upowszechnieniu dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń dodatkowych, to Francja i Czechy. Dodatkowo, analizę dopełnia opis systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, ponieważ system ten często wykorzystywany jest jako pozytywny przykład w debacie dotyczącej systemu leczenia onkologicznego.

Zakres analizy obejmuje przede wszystkim systemy opieki zdrowotnej finansowane ze źródeł publicznych, tj. budżetu państwa lub powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, które funkcjonują na różnych zasadach w zależności od analizowanego kraju. Systemy leczenia pacjentów prywatnych (w ramach dobrowolnego prywatnego ubezpieczenia dodatkowego lub wydatków bezpośrednich pacjentów - typu *out-of-pocket*) nie zostały uwzględnione w niniejszym raporcie, ponieważ dotyczą mniejszości pacjentów onkologicznych, a w Polsce, ze względu na wysokie koszty takiego leczenia, rozwiązania tego typu miałyby ograniczone zastosowanie.

2. Główne wnioski z raportu

Rosnące wydatki na opiekę zdrowotną, spowodowane m.in. zmianami demograficznymi oraz wzrostem zachorowań na choroby cywilizacyjne, to obecnie jedno z największych wyzwań systemów opieki zdrowotnej. Koszty leczenia onkologicznego należą do największych i najszybciej rosnących wydatków zdrowotnych (obecnie stanowią do ok. 8% wydatków na ochronę zdrowia w analizowanych krajach). Jest to przedmiotem debat naukowych i politycznych na całym świecie, również w Polsce. Poszczególne kraje starają się znaleźć odpowiedź na pytanie, w jaki sposób zwiększyć efektywność wykorzystania dostępnych środków i uzyskać lepsze efekty leczenia (health outcomes), nie doprowadzając przy tym do znacznego podwyższenia jego kosztów. W ostatnich latach w wielu krajach przeprowadzono szereg reform, które mają na celu usprawnienie działania publicznego systemu opieki zdrowia (w tym także opieki onkologicznej) oraz racjonalizację wydatków. Przykładem może być zakończony w 2013 roku w Wielkiej Brytanii cykl reform, który ma zapewnić podwyższenie jakości świadczeń zdrowotnych oraz poprawę wyników leczenia pacjentów onkologicznych (obecnie wyniki te są niższe niż wyniki osiągnięte w innych porównywalnych krajach, np. we Francji).

Choć systemy opieki zdrowotnej w analizowanych krajach znacznie się różnią, łączą je jednak: ograniczony budżet na wydatki zdrowotne oraz różnorodne mechanizmy kontroli tych wydatków. W Wielkiej Brytanii i w Norwegii, tak jak Polsce, system oparty jest na centralnym płatniku publicznym. Lekarze pierwszego kontaktu w tych krajach są punktem referencyjnym dla usług specjalistycznych. W Anglii brak jest limitów świadczeń dla wybranych obszarów leczenia w tym w onkologii, a kontrola wydatków odbywa się za pomocą zaawansowanego systemu monitorowania przebiegu i jakości leczenia. Ograniczenia ilościowe świadczeń nie występują również w Czechach, gdzie podstawą systemu są regionalne fundusze ubezpieczeniowe. We Francji obowiązkowe ubezpieczenie publiczne pokrywa tylko część kosztów leczenia, a pozostałą znaczną część wydatków ponoszą pacjenci bezpośrednio z własnych środków albo pokrywają ją dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. W USA funkcjonuje zupełnie odrębny system oparty na mechanizmach rynkowych, złożony z wielu płatników i świadczeniodawców prywatnych, którzy współpracują zgodnie z indywidualnie ustalonymi warunkami.

W trzech z analizowanych krajów, tj. w Anglii, Czechach i Norwegii, funkcjonują wytyczne i regulacje określające czas oczekiwania pacjentów na leczenie. W Anglii, ustawowo, pacjent onkologiczny czeka do 14 dni na wizytę u specjalisty. W Czechach maksymalny czas oczekiwania na tomografię komputerową to 3 tygodnie, a czas dojazdu pacjenta do onkologicznego punktu ambulatoryjnego w założeniu nie może trwać dłużej niż 90 minut. W Norwegii założono z kolei, że leczenie 80% pacjentów rozpocznie się w ciągu maksymalnie 20 dni od otrzymania przez nich skierowania. We Francji i Stanach Zjednoczonych takie regulacje nie występują.

W każdym z analizowanych krajów istnieją podmioty, które odpowiadają za certyfikację świadczeniodawców oraz podmioty pełniące funkcję koordynującą

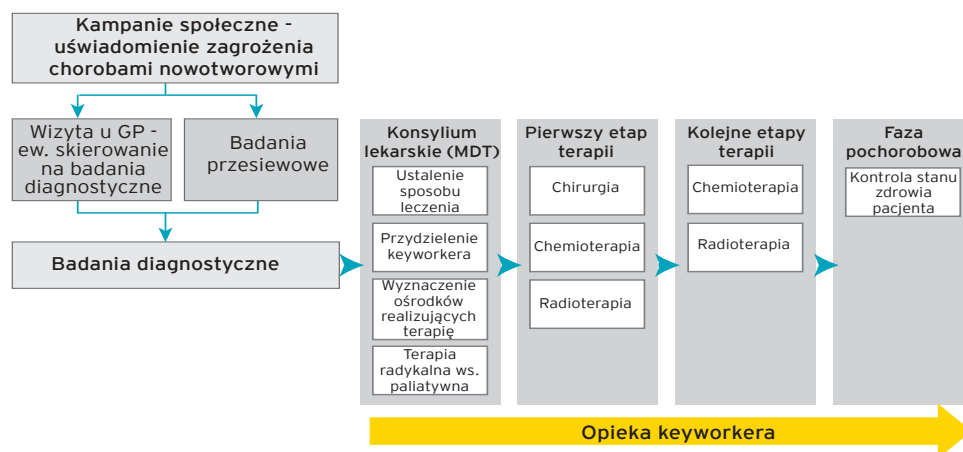
w systemie opieki onkologicznej. Należy zaznaczyć, że poza niektórymi wyjątkami w Stanach Zjednoczonych, funkcje regulatora i świadczeniodawcy są rozdzielone. Instytucje koordynujące są niezależne i nie świadczą bezpośrednio usług medycznych. Wymagania certyfikacji są takie same dla podmiotów prywatnych i publicznych, jednak w większości krajów głównie podmioty publiczne zajmują się leczeniem pacjentów onkologicznych. Wynika to zazwyczaj z uwarunkowań historycznych dotyczących np. własności szpitali. Podmioty prywatne są natomiast przeważnie aktywne w badaniach profilaktycznych i diagnostycznych. Tak jest w Czechach, Norwegii i Anglii (choć w Anglii dąży się do zwiększenia zakresu działania świadczeniodawców prywatnych, w celu wspierania konkurencji na rynku usług medycznych i poprawy ich jakości). Inaczej jest we Francji i w Stanach Zjednoczonych, gdzie świadczeniodawcy prywatni są aktywni również w innych obszarach terapeutycznych.

Systemy opieki onkologicznej muszą więc sprostać zadaniu dostarczenia wysokiej jakości świadczeń przy jednoczesnym efektywnym wykorzystaniu ograniczonych środków finansowych przeznaczonych na leczenie. W odpowiedzi na to wyzwanie w analizowanych krajach europejskich stworzono wiele mechanizmów, które mają na celu poprawę efektywności leczenia. Należą do nich m.in.:

1. **optymalizacja kosztów leczenia poprzez częściowe zastąpienie leczenia szpitalnego opieką ambulatoryjną, dzienną i domową** - Norwegia, Anglia (udział leczenia szpitalnego w wydatkach na opiekę onkologiczną w tych krajach to odpowiednio 59% i 58%);
2. **działanie wyspecjalizowanych centrów onkologicznych**, które w zależności od kraju, zajmują się prowadzeniem badań naukowych i klinicznych, leczeniem nowotworów rzadkich lub stosowaniem najdroższych technologii terapeutycznych, przy czym w żadnym kraju nie występuje zróżnicowanie stawki za usługę w zależności od poziomu referencyjności świadczeniodawcy - Francja, Anglia, Czechy i Norwegia;
3. **funkcjonowanie multidyscyplinarnych zespołów specjalistów** w ramach jednego podmiotu lub sieci świadczeniodawców. Zespoły te składają się z radioterapeutów, chemioterapeutów oraz chirurgów onkologów, jak również lekarzy diagnostów (radiologów i patologów), które określają proces leczenia pacjenta i są konsultowane w trakcie leczenia - Francja, Anglia i Norwegia;
4. **wprowadzenie skoordynowanej ścieżki pacjenta** onkologicznego, w której centralne miejsce zajmuje osoba poddawana leczeniu i jej potrzeby zdrowotne. Ścieżka uwzględnia współpracę wszystkich elementów systemu opieki onkologicznej (od profilaktyki poprzez diagnostykę i leczenie, aż po opiekę po zakończeniu leczenia) oraz procedury dla wszystkich etapów terapii, integrując współpracę wielu podmiotów - np. Anglia;
5. **powołanie koordynatorów**, będących osobami kontaktowymi dla pacjentów onkologicznych i prowadzący ich w procesie leczenia - Francja, Anglia i Norwegia.

Szczególnie aktywna we tworzeniu mechanizmów poprawiających efektywność leczenia jest Anglia. Większość z działających obecnie na terenie tego kraju rozwiązań jest wynikiem reform przeprowadzonych w ostatnich latach. Przykładem zmian jest wprowadzenie instytucji Monitora, multidyscyplinarnych zespołów specjalistów oraz przedstawionej poniżej modelowej ścieżki pacjenta.

Rysunek 1. Skoordynowana ścieżka pacjenta z udziałem konsylium lekarskiego oraz opieką keyworker'a (koordynatora) w systemie opieki onkologicznej w Anglii



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: NHS Clinical paper, *a model of cancer care for cancer services*, Op. Cit., str. 26.

Wśród analizowanych krajów szczególnym przypadkiem są Stany Zjednoczone, gdzie wydatki na onkologię są największe (333 EUR per capita rocznie vs. 85 -178 EUR w pozostałych analizowanych krajach europejskich oraz 42 EUR w Polsce).

Obecnie w Stanach Zjednoczonych pracuje się nad wprowadzeniem **nowych modeli płatności** za opiekę onkologiczną: m.in. (1) **płatność łączona**, czyli płatność za cały etap leczenia składający się z pakietu świadczeń udzielanych przez różnych świadczeniodawców, (2) **płatność za efekt**, czyli płatność uzależniona od określonych wskaźników, oraz (3) **płatność za koordynację**, czyli płatność za działania koordynacyjne, integrujące opiekę pomiędzy świadczeniodawcami. W ramach szukania możliwości obniżenia kosztów leczenia funkcjonują programy takie jak *Survivorship Care*, w którym pacjenci, którzy nie wymagają aktywnej opieki **przenoszeni są do ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej**.

W Anglii oraz Stanach Zjednoczonych funkcjonują też jedne z **najbardziej rozwiniętych systemów informacji medycznej**. Innowacyjność angielskiego systemu *National Cancer Intelligence Network (NCIN)* polega na połączeniu danych o ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeniach medycznych oraz rejestru onkologicznego, którego kompletność szacowana jest na 98%. Amerykańska *National Cancer Database*, która jest w posiadaniu danych o 70% zdiagnozowanych przypadków zachorowań na raka, dostarcza dane umożliwiające analizę i ocenę przebiegu oraz wyników leczenia poszczególnych pacjentów i dokonanie porównań między świadczeniodawcami, jak również różnymi terapiami. Baza jest wykorzystywana do zarządzania systemem opieki zdrowotnej, w szczególności do oceny jakości świadczeń oraz do ustalania standardów leczenia (ścieżek klinicznych oraz najlepszych praktyk). W 2010 r. ok. 15% przypadków leczonych było z wykorzystaniem ścieżek klinicznych, obecnie prowadzone są prace nad wdrożeniem ścieżek obejmujących większy zakres nowotworów.

Wdrożenie mechanizmów zwiększających efektywność opieki onkologicznej będzie w przyszłości kluczowe dla zaspokojenia rosnących potrzeb i oczekiwań pacjentów onkologicznych, płatników i świadczeniodawców. Nie należy również zapominać o znaczeniu promowania zdrowego stylu życia oraz odpowiedniej profilaktyki, które odgrywają ważną rolę w ograniczaniu rozprzestrzeniania się chorób nowotworowych.

3. Porównanie systemów onkologicznych

Zgodnie z klasyfikacją OECD Polska, Wielka Brytania i Norwegia posiadają ten sam typ systemu opieki zdrowotnej oparty na publicznym ubezpieczeniu zdrowotnym ze sztywnym ograniczeniem budżetowym. W Anglii odpowiednikiem polskiego NFZ jest NHS¹, a w Norwegii NIS². W tych krajach lekarze pierwszego kontaktu są punktem referencyjnym dla dalszych świadczeń, a pacjenci mają wolny wybór świadczeniodawców, przy czym większość z nich jest publiczna. Francja i Czechy należą do krajów, w których rozpowszechnione są dodatkowe ubezpieczenia, a publiczne ubezpieczenie pokrywa podstawowy zakres świadczeń. We Francji funkcjonuje system wielu ubezpieczycieli publicznych, który jest uzupełniany przez rozwiniętą sieć dobrowolnych komplementarnych ubezpieczeń dodatkowych oraz towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. W Czechach ubezpieczenia publiczne są oferowane przez regionalne fundusze ubezpieczeniowe, a dodatkowe ubezpieczenia prywatne mają niewielki udział w rynku. w Stanach Zjednoczonych nie ma powszechnego obowiązku posiadania ubezpieczenia zdrowotnego i około 17% populacji takiego ubezpieczenia nie posiada. System opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych jest oparty na wielu prywatnych i publicznych płatnikach i świadczeniodawcach, którzy indywidualnie ustalają zasady świadczenia usług opieki zdrowotnej. Ten kraj, jako jedyny z analizowanych, nie został ujęty w klasyfikacji OECD.

W każdym z analizowanych krajów istnieje podmiot, który zajmuje się regulacją systemu opieki zdrowotnej. W Anglii powołano do tego celu specjalną instytucję Monitora. W Stanach Zjednoczonych rynek jest regulowany przez wiele podmiotów: władze rządowe na poziomie centralnym (m.in. przez Departament Zdrowia i Spraw Społecznych, FDA, CDC, NCI), władze rządowe na poziomie stanowym i lokalnym oraz podmioty prywatne - m.in. CoC, CSA. We wszystkich innych krajach bezpośrednim regulatorem jest Ministerstwo Zdrowia (lub jego odpowiednik). W obszarze onkologii w wielu krajach funkcjonuje instytucja koordynująca. W Anglii jest to narodowa *Comissioning Board* oraz podległe jej regionalne sieci *Cancer Strategic Clinical Networks*, które mają za zadanie podniesienie skuteczności opieki onkologicznej poprzez koordynowanie działań różnych podmiotów na rynku. We Francji państwową agencją odpowiedzialną za koordynację walki z nowotworami jest Narodowy Instytut Onkologiczny (INCa), który m.in. wydaje rekomendacje dobrych praktyk oraz monitoruje wdrażanie Narodowego Planu Zwalczania Chorób Nowotworowych. W skład rady zarządzającej INCa wchodzi przedstawiciele świadczeniodawców, jednak sam instytut nie świadczy usług medycznych. W Norwegii i Czechach brak jest jednoznacznie określonej instytucji koordynującej, istnieją jedynie podmioty częściowo pełniące tę funkcję. W Norwegii są to Norweski Rejestr Nowotworów oraz Dyrektoriat Zdrowia, w Czechach - Czeskie Stowarzyszenie Onkologii. Oba te podmioty nie świadczą bezpośrednio usług medycznych. We wszystkich krajach, poza wyjątkami w Stanach Zjednoczonych, funkcje regulatora i świadczeniodawcy są rozdzielone.

1 Ang. *National Health Service*.

2 Ang. *National Insurance Scheme*.

Zarządzanie systemem opieki zdrowia w analizowanych krajach wspierane jest przez systemy i bazy danych różnego typu. Po pierwsze, są to rejestry chorób nowotworowych, które funkcjonują we wszystkich krajach, lecz różnią się poziomem kompletności i jakości danych. Tam gdzie istnieje i egzekwowany jest obowiązek raportowania danych, czyli np. w Anglii i w Norwegii, jakość danych rejestru jest bardzo wysoka. Rejestry są nie tylko kompletne, ale również zawierają dodatkowe informacje, np. dotyczące stadium rozwoju choroby. Także w Czechach świadczeniodawcy raz w roku mają obowiązek dostarczania danych do Narodowego Rejestru Onkologicznego. We Francji publiczny rejestr onkologiczny jest obecnie w budowie. W Stanach Zjednoczonych funkcjonuje wiele regionalnych i lokalnych rejestrów, jak również Narodowy Program Rejestrów Onkologicznych i Narodowa Baza Danych dotyczących nowotworów. Po drugie, w każdym kraju funkcjonuje rejestr zdarzeń medycznych, który służy do rozliczeń wykonanych usług medycznych między świadczeniodawcami a płatnikami. Dane z tych rejestrów są częściowo dostępne publicznie i mogą służyć do analizy sposobów leczenia ogółu pacjentów oraz aktywności poszczególnych świadczeniodawców. We Francji np. publicznie dostępne są dane o liczbie wykonanych operacji chirurgicznych dla poszczególnych podmiotów. Po trzecie, istnieją rejestry danych umożliwiające analizę i ocenę wyników leczenia, które mają największe znaczenie dla zarządzania systemem opieki zdrowotnej, ponieważ umożliwiają wybór najbardziej skutecznych i efektywnych kosztowo terapii, jak również ocenę jakości i efektywności leczenia poszczególnych świadczeniodawców. Takie systemy są wykorzystywane w Anglii, Norwegii, Francji i Stanach Zjednoczonych.

W Wielkiej Brytanii i Czechach koszt leczenia onkologicznego pokrywany jest praktycznie w pełni przez powszechne ubezpieczenia zdrowotne. W Wielkiej Brytanii brak jest dopłat pacjentów do leczenia, a w Czechach są one minimalne. W Norwegii pacjenci dopłacają za wizyty u lekarzy ogólnych i specjalistów oraz za świadczenia ambulatoryjne i szpitalne. Rola współpłacenia pacjentów jest dość istotna we Francji, gdzie kasy chorych pokrywają tylko 70-80% kosztów leczenia, a pozostałą część ponoszą pacjenci. W Stanach Zjednoczonych współpłacenie pacjentów występuje zarówno w systemie publicznym, jak i prywatnym i różni się w zależności od ubezpieczyciela i pakietu ubezpieczeniowego.

Świadczeniodawcy publiczni i prywatni we wszystkich krajach rozliczani są na takich samych zasadach. W przypadku szpitalnego leczenia onkologicznego podstawą do określenia wynagrodzenia za świadczenia medyczne są przede wszystkim Jednorodne Grupy Pacjentów. w Anglii stawki JGP są modyfikowane za pomocą wskaźników regionalnych i w efekcie podmioty działające w rejonach słabiej rozwiniętych mają wyższą wycenę świadczeń, niż te w lepiej rozwiniętych, np. w Londynie. Założeniem takiego dostosowania stawek jest zapewnienie lepszej opieki pacjentom o niższym statusie socjoekonomicznym, którzy mogą wymagać dodatkowego wsparcia w procesie leczenia. W poszczególnych krajach występują mechanizmy rozliczeń stosowane dodatkowo do systemu JGP, takie jak: indywidualne kontrakty w Norwegii i w Czechach oraz innowacyjne płatności za efekt i płatności łączone w Stanach Zjednoczonych.

Pomimo tego, że podmioty prywatne i publiczne działają na tych samych zasadach, w większości krajów to głównie podmioty publiczne zajmują się leczeniem pacjentów onkologicznych. Wynika to zazwyczaj z uwarunkowań historycznych dotyczących

np. własności szpitali. W Czechach wszystkie Kompleksowe Centra Onkologiczne (CCC) są publiczne, ale najbardziej nowoczesne w Europie prywatne centrum terapii protonowej w Pradze nie ma kontraktu z żadnym funduszem ubezpieczeń i świadczy usługi jedynie dla pacjentów prywatnych. Również w Norwegii i Wielkiej Brytanii system oparty jest na świadczeniodawcach publicznych. Podmioty prywatne są najbardziej aktywne w obszarze badań profilaktycznych i diagnostycznych. W Norwegii tylko 2% łóżek szpitalnych przypada na podmioty prywatne. W Anglii jedynie 5,6 % wydatków NHS trafia do świadczeniodawców prywatnych. Należy jednak zaznaczyć, że w tym kraju dąży się do zwiększenia udziału świadczeniodawców prywatnych w celu wspierania konkurencji i jakości świadczonych usług. Inaczej jest we Francji i w Stanach Zjednoczonych, gdzie systemy opieki zdrowotnej z założenia w większym stopniu opierają się na świadczeniodawcach prywatnych, którzy również w onkologii są aktywni w takich obszarach terapeutycznych jak chirurgia oraz radio- i chemioterapia.

Dostępność usług medycznych dla pacjentów jest determinowana m.in. poprzez geograficzne rozmieszczenie świadczeniodawców oraz gęstość zaludnienia i geograficzne uwarunkowania danego kraju. W mniejszych krajach można zauważyć tendencję do centralizacji ośrodków onkologicznych. Przykładem mogą być Czechy, gdzie działa 13 Kompleksowych Centrów Onkologicznych (CCC) rozlokowanych w największych miastach. Natomiast w dużych krajach zapewnienie odpowiedniego dostępu pacjentów z różnych obszarów do usług onkologicznych wymaga większej decentralizacji tych usług, w szczególności chemio- i radioterapii. W Anglii w ramach struktury NHS diagnostyka i leczenie radioterapeutyczne świadczone są przez 50 NHS trust-ów zlokalizowanych w 58 szpitalach. Określony jest również ustawowy maksymalny czas dojazdu pacjentów na radioterapię - 45 min. We Francji działa 21 Centrów Walki z Nowotworami, sieć ośrodków leczenia nowotworów rzadkich oraz około 90 ośrodków praktykujących wszystkie 3 rodzaje terapii (radioterapię, chemioterapię i chirurgię). w największym i najbardziej rozproszonym z analizowanych krajów, Stanach Zjednoczonych, funkcjonuje 1.500 podmiotów leczenia onkologicznego akredytowanych przez CoC, 68 centrów desygnowanych przez NCI oraz 21 ośrodków w programie NCCCP. Dostępność usług onkologicznych jest bardzo zróżnicowana geograficznie. Brak jest również krajowych standardów dojazdu pacjentów do świadczeniodawców. Specyficznym przypadkiem jest Norwegia, w której funkcjonuje tylko 6 wyspecjalizowanych uniwersyteckich centrów onkologii. Jest to jednak kraj o wyjątkowo niskiej gęstości zaludnienia i dużej rozpiętości geograficznej.

Wszystkie centra onkologiczne z założenia mają dostarczać najwyższy poziom usług, jakości i wyników leczenia, co jest monitorowane za pomocą ilościowych i jakościowych wskaźników np. w Anglii. Należy zaznaczyć, że ośrodki te nie działają w systemie referencyjnym rozumianym jako zróżnicowanie stawki za usługę, w zależności od poziomu specjalizacji świadczeniodawcy. W Anglii stawki za usługi medyczne zależą od lokalizacji i warunków socjalno-ekonomicznych regionu, lecz nie od poziomu specjalizacji. Natomiast w Stanach Zjednoczonych stawki za poszczególne usługi medyczne zależą od warunków wynegocjowanych w indywidualnych kontraktach.

Funkcjonowanie wyspecjalizowanych centrów onkologicznych to jeden ze sposobów na zwiększanie efektywności leczenia. W takich centrach możliwe jest zazwyczaj

stosowanie leczenia skojarzonego, tj. połączenia terapii chirurgicznej, chemioterapii i radioterapii, łatwiejsza jest również koordynacja procesu terapeutycznego.

W analizowanych krajach występują też inne mechanizmy, które mają na celu poprawienie koordynacji procesu leczenia, w celu osiągnięcia jak najlepszego efektu przy zachowaniu efektywności kosztowej. W Anglii, Francji i Stanach Zjednoczonych tworzone są sieci świadczeniodawców onkologicznych. To rozwiązanie ze względu na mniejszą centralizację daje pacjentom lepszy dostęp do leczenia, a jednocześnie umożliwia koordynację procesu diagnozy i leczenia. W Anglii, dla przykładu, istnieje modelowa ścieżka pacjenta, określająca przebieg leczenia od rozpoznania choroby aż do fazy pochorobowej. Ponadto spersonalizowany plan leczenia w tym kraju przygotowujący jest przez interdyscyplinarny zespół lekarzy (MDT) i koordynowany przez tzw. keyworker'a. Modelowa ścieżka leczenia wraz z konsultacjami zespołów interdyscyplinarnych funkcjonuje również w Norwegii i we Francji. W Stanach Zjednoczonych trwają obecnie prace nad wprowadzeniem indywidualnej ścieżki pacjenta.

W celu poprawy jakości leczenia onkologicznego niektóre kraje wprowadziły systemy płacenia uzależnione od spełnienia ustalonych kryteriów jakościowych. W Stanach Zjednoczonych pilotażowo wprowadzane są mechanizmy płacenia za efekt leczenia. W Anglii monitorowana jest jakość usług, w szczególności czas oczekiwania na poszczególne usługi. Ośrodki niespełniające standardów muszą wprowadzić środki naprawcze, w przeciwnym razie mogą utracić finansowanie NHS. Wytyczne i regulacje określające czas oczekiwania pacjentów na leczenie funkcjonują też w Czechach i Norwegii. W Czechach ustawowo określone są czasy oczekiwania (np. 3 tygodnie na tomografię komputerową). W Norwegii krajowe wytyczne zakładają, że leczenie 80% pacjentów rozpocznie się w ciągu maksymalnie 20 dni od otrzymania przez nich skierowania. We Francji i Stanach Zjednoczonych takie regulacje nie występują.

Poniżej w zbiorczym zestawieniu tabelarycznym przedstawiono główne informacje dotyczące systemu opieki zdrowotnej (Tabela 1) oraz mechanizmów zarządzania efektywnością (Tabela 2) dla każdego z analizowanych krajów.

Szczegółowe informacje dotyczące poszczególnych krajów zostały zawarte w dalszych rozdziałach raportu.

Tabela 1. Porównanie systemów opieki onkologicznej w analizowanych krajach.

	Polska	Wielka Brytania (na podstawie Anglii)	Norwegia	
Typ systemu	1. Dominacja publicznych świadczeniodawców i ubezpieczeń, 2. Dostęp do specjalistycznych świadczeń medycznych wymaga skierowania od lekarza pierwszego kontaktu, 3. Szeroki wybór świadczeniodawców i sztywne ograniczenia budżetowe.	1. Dominacja publicznych świadczeniodawców i ubezpieczeń, 2. Dostęp do specjalistycznych świadczeń medycznych wymaga skierowania od lekarza pierwszego kontaktu, 3. Szeroki wybór świadczeniodawców i sztywne ograniczenia budżetowe, 4. Brak limitów w onkologii, określone obszary priorytetowe.	1. Dominacja publicznych świadczeniodawców i ubezpieczeń, 2. Dostęp do specjalistycznych świadczeń medycznych wymaga skierowania od lekarza pierwszego kontaktu, 3. Szeroki wybór świadczeniodawców, 4. Sztywne ograniczenia budżetowe.	
Płatnik opieki onkologicznej	1. Narodowy system obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych - Narodowy Fundusz Zdrowia.	1. <i>National Health Service</i> 2. 40% budżetu NHS (głównie na usługi specjalistyczne, w tym onkologia) dystrybuowane poprzez <i>National Commissioning Board</i> (CB).	1. Podatki centralne i lokalne, 2. System Ubezpieczenia Społecznego (NIS).	
Regulator opieki onkologicznej	1. Ministerstwo Zdrowia.	1. Niezależna instytucja: Monitor.	1. Ministerstwo Zdrowia i Usług Opieki, 2. Krajowa Rada Nadzoru Zdrowotnego.	
Instytucja koordynująca w onkologii	Brak jednoznacznie wyznaczonej instytucji koordynującej.	1. <i>Comissioning Board</i> oraz podległy jej Krajowy Dyrektor Kliniczny, Dyrektor Programu "Nowotwory i krew" i regionalnie <i>Cancer Strategic Clinical Networks</i>, 2. <i>Health & Wellbeing Boards</i>.	Brak jednoznacznie wyznaczonej instytucji koordynującej. Częściowo funkcja koordynująca: Norweski Rejestr Nowotworów oraz Dyktoriat Zdrowia (podległy Ministerstwu).	
Rozdzielenie funkcji regulatora i świadczeniodawcy	Funkcje regulatora i świadczeniodawcy są rozdzielone, jednak nieliczne szpitale (instytuty) są własnością Ministerstwa Zdrowia.	Funkcje regulatora i świadczeniodawcy są rozdzielone.	Funkcje regulatora i świadczeniodawcy są rozdzielone, jednak część szpitali jest pośrednio własnością regulatorów. Podległe Ministerstwu Zdrowia Regionalne Izby Zdrowia są właścicielami 27 trustów szpitalnych.	

	Francja	Czechy	Stany Zjednoczone
	1. Dominacja mechanizmów rynkowych, 2. Częściowo dostęp do specjalistycznych świadczeń medycznych wymaga skierowania od lekarza pierwszego kontaktu, 3. Istotna rola komplementarnych ubezpieczeń prywatnych i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.	1. Dominacja mechanizmów rynkowych, 2. Publiczne ubezpieczenie pokrywa podstawowy zakres świadczeń, 3. Niewielki udział komplementarnych, prywatnych ubezpieczeń oraz brak ograniczeń w dostępie do świadczeń.	1. Dominacja mechanizmów rynkowych, 2. Szeroki wybór płatników i świadczeniodawców prywatnych i publicznych, 3. Ograniczenia w dostępie do świadczeń ustalane w indywidualnych kontraktach.
	1. Obowiązek ubezpieczenia u jednego z kilkunastu ubezpieczycieli publicznych, 2. Wiele systemów obowiązkowych ubezpieczeń dla poszczególnych kategorii zawodowych, 3. Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych oraz dobrowolne komplementarne ubezpieczenia zdrowotne.	1. Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne w regionalnych funduszach ubezpieczeniowych.	1. Płatnicy publiczni, m.in. Mediacare, Medicaid, CHIP, 2. Duża liczba prywatnych ubezpieczycieli. Dowolność wyboru ubezpieczyciela, do 2014 r. brak obowiązku posiadania ubezpieczenia zdrowotnego.
	1. Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia, 2. Regionalne Agencje Zdrowia.	1. Ministerstwo Zdrowia, 2. Władze Regionalne ds. Zdrowia Publicznego, 3. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.	1. Podmioty rządowe na poziomach: federalnym (m.in. Departament Zdrowia i Spraw Społecznych, FDA, CDC, NCI), stanowych i lokalnych, 2. Podmioty prywatne, m.in. CoC, CSA.
	1. Narodowy Instytut Onkologiczny.	Brak jednoznacznie wyznaczonej instytucji koordynującej. Częściowo funkcję koordynującą pełni Czeskie Stowarzyszenie Onkologii (CSO).	1. <i>National Cancer Institute</i>, 2. Częściowo: <i>National Cancer Policy Forum</i>.
	Funkcje regulatora i świadczeniodawcy są rozdzielone.	Funkcje regulatora i świadczeniodawcy są rozdzielone, jednak część szpitali (publiczne) jest własnością Ministerstwa Zdrowia oraz Regionalnych Władz ds. Zdrowia Publicznego.	Funkcje regulatora i świadczeniodawcy przenikają się. Jedna instytucja może być zarówno świadczeniodawcą, jak i pełnić funkcje regulatora.

Porównanie systemów onkologicznych

	Polska	Wielka Brytania (na podstawie Anglii)	Norwegia
Rejestr chorób nowotworowych	1. Krajowy Rejestr Nowotworowy Niski stopień kompletności spowodowany brakiem egzekwowania obowiązku dostarczania danych przez świadczeniodawców.	1. 11 zrzeszonych regionalnych rejestrów współpracujących z Krajowym biurem ds. statystyki (ONS), 2. <i>National Cancer Data Repository</i> , 98% kompletności, 3. <i>National Cancer Registration Service</i> . Obowiązek dostarczania danych przez świadczeniodawców, który jest ściśle egzekwowany.	1. Norweski Rejestr Chorób Nowotworowych (jeden z najstarszych i najbardziej kompletnych na świecie - zawiera m.in. dane na temat nowotworów zdiagnozowanych na poszczególnych stadiach rozwoju choroby). Obowiązek dostarczania danych przez świadczeniodawców.
Rejestr świadczeń medycznych	1. Rejestr Narodowego Funduszu Zdrowia (publicznie dostępne informacje o wartości kontraktów dla świadczeniodawców, brak informacji o liczbie leczonych pacjentów).	1. <i>Hospital Episode Statistics</i> : opieka szpitalna według HRG, ICD-10 i specjalności, opieka ambulatoryjna, opieka w nagłych przypadkach, usługi medyczne związane z macierzyństwem.	Rolę tę pełni głównie Norweski Rejestr Pacjentów prowadzony przez podległy Ministerstwu Dyrektoriat Zdrowia. Zawiera dane dla opieki szpitalnej, ambulatoryjnej i leczenia uzależnień.
Rejestry danych dotyczących monitorowania, dostępności i efektywności świadczenia usług onkologicznych	Brak, system informacji o zdarzeniach medycznych w opracowaniu.	1. NCIN zbierane dane z rejestru świadczeń medycznych (HES) oraz rejestrów onkologicznych, a także pozostałych specjalistycznych baz danych dot. chemioterapii, radioterapii, wyników badań i audytów.	8 powiązanych z Norweskim Rejestrem Chorób Nowotworowych oraz ze sobą nawzajem rejestrów jakościowych, zawierających dane o ocenach diagnostycznych i leczeniu oraz ich konsekwencjach.
Udział wydatków prywatnych i publicznych na opiekę onkologiczną	Większość wydatków na opiekę onkologiczną finansowana jest ze źródeł publicznych.	Większość wydatków na opiekę onkologiczną finansowana jest ze źródeł publicznych. Udział wydatków prywatnych w całości wydatków na opiekę medyczną w 2011 r. wyniósł 17,2%.	Większość wydatków na opiekę onkologiczną finansowana jest ze źródeł publicznych. Udział wydatków prywatnych w całości wydatków na opiekę medyczną w 2012 r. wyniósł 14,9%.
System współpłacenia pacjenta za opiekę onkologiczną	Brak współpłacenia za świadczenia onkologiczne.	W ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej nie występuje współpłacenie pacjentów za świadczenia.	Usługi lekarzy ogólnych i ambulatoryjne wizyty u specjalistów wymagają liniowego współpłacenia na poziomie odpowiednio: 24 EUR i 41 EUR w 2012 r. Jednakowy dla wszystkich roczny limit współpłacenia w 2013 r. wyniósł ok. 250 EUR na osobę. Ponadto zależna od dochodu opłata za opiekę domową, szpitalną dla osób starszych i niepełnosprawnych oraz nierefundowane leki na receptę.

Francja	Czechy	Stany Zjednoczone
Publiczny rejestr nowotworów w budowie (nie odnosi się do danych dotyczących aktywności medycznej) - sieć rejestrów nowotworowych składała się w 2013 r. z 16 rejestrów ogólnych, 9 rejestrów specjalistycznych dla poszczególnych organów, 2 rejestrów onkopediacyjnych i 1 ogólnonarodowego multicentrycznego. Sieć obejmuje dotychczas jedynie 20% populacji.	1. Narodowy Rejestr Onkologiczny, 2. Obowiązek dostarczania danych przez świadczeniodawców.	Publiczne i prywatne systemy szpitalne i populacyjne, m.in.: 1. SEER prowadzony przez NCI, obejmuje 28% populacji, 2. Narodowy Program Rejestrów Onkologicznych (NPCR), obejmuje 96% populacji, 3. Narodowa Baza Danych dotyczących Nowotworów (NCDB), obowiązek dla ośrodków biorących udział w programie akredytacyjnym CoC.
Częściowo rolę tę spełnia Program Medyzacji Systemów Informacyjnych oraz baza danych największej Kasy Chorych Dostępne są dane o liczbie wykonanych świadczeń przez poszczególne podmioty).	1. Rejestry regionalnych funduszy ubezpieczeniowych.	Częściowo: <i>National Cancer Data Base</i> , zbierający dane z rejestrów szpitali akredytowanych przez CoC & ACS. Brak ogólnonarodowego rejestru zdarzeń medycznych obejmującego wszystkie typy opieki medycznej.
Dane zagregowane pochodzą z różnych źródeł: częściowo rolę tę spełnia Program Medyzacji Systemów Informacyjnych oraz bazy danych Kas Chorych.	Rejestr tylko dla wykorzystania leków biologicznych.	Dobrowolne uczestnictwo w poniższych programach: 1. Narodowa Baza Danych dot. Nowotworów (NCDB), 2. Inicjatywa dotycząca jakości w opiece onkologicznej (QUOPI), 3. Narodowe Forum Jakości (NQF).
Udział wydatków prywatnych w całości wydatków na opiekę medyczną w 2012 r. wyniósł 23%.	Większość wydatków na opiekę onkologiczną finansowana jest ze źródeł publicznych.	Dane na podstawie badania regresyjnego z 2004-2008 na poziomie stanowym: 1. Udział prywatnych ubezpieczycieli 36% - 50%, 2. Udział Medicaid & Medicare 26% - 41%.
Rola współpłacenia za diagnozę i zabiegi chirurgiczne jest bardzo istotna. Kasa chorych zwraca pacjentowi w ramach określonej przez siebie taryfy ok. 70% kosztów wizyty u lekarza oraz ok. 80% kosztów hospitalizacji. Pozostałe koszty są zwykle pokrywane ze środków własnych pacjenta oraz przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.	Praktycznie brak współpłacenia za świadczenia onkologiczne. W ogólnym systemie istnieją jedynie niewielkie stałe opłaty np. ok. 1 EUR za wizytę u lekarza.	System współpłacenia pacjenta za opiekę uzależniony jest od wyboru konkretnego planu opieki medycznej i ubezpieczyciela. Zarówno w segmencie prywatnym, jak i publicznym, występuje system współpłacenia.

Porównanie systemów onkologicznych

	Polska	Wielka Brytania (na podstawie Anglii)	Norwegia
Rozliczanie świadczeniodawców onkologicznych publicznych i prywatnych	W oparciu o JGP, programy lekowe i terapeutyczne oraz świadczenia odrębnie kontraktowane.	Krajowo ustalone stawki za faktycznie zrealizowane usługi (HRG), modyfikowane o wskaźniki regionalne (HRG + MFF). Wynagrodzenie lekarzy, to połączenie płatności za podstawowe usługi oraz dodatki za pracę po godzinach oraz spełnienie ustalonych standardów jakości (QOF).	Połączenie systemu JGP, grantów blokowych, kontraktów indywidualnych oraz opłat za usługę.
Udział świadczeniodawców prywatnych i publicznych w opiece onkologicznej	Głównie świadczeniodawcy publiczni.	Głównie świadczeniodawcy publiczni. Tylko ok. 5,6% całkowitych wydatków NHS stanowiły kontrakty ze świadczeniodawcami prywatnymi. Na terenie Anglii funkcjonują prywatni świadczeniodawcy, którzy oferują świadczenia onkologiczne od diagnostyki, po chirurgię, radio- i chemioterapię.	Zaangażowanie podmiotów sektora prywatnego w świadczenie komercyjnych usług opieki onkologicznej jest w Norwegii bardzo ograniczone. Większość szpitali to placówki publiczne, a mniej niż 2% łóżek szpitalnych przypada na komercyjne ośrodki prywatne
Równomierne przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców	W każdym województwie jest przynajmniej jeden wyspecjalizowany ośrodek leczenia onkologicznego, który podlega albo Ministerstwu Zdrowia, MSWiA albo JST. Centra onkologiczne zlokalizowane tylko w największych miastach.	Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców w Wielkiej Brytanii jest dość równomierne. Utrudniony dostęp do świadczeń mogą odczuwać pacjenci w północnej Anglii i Szkocji. Maksymalny czas dojazdu pacjenta do świadczeniodawcy radioterapeutycznego nie powinien przekroczyć 45 minut.	Jako kraj o dużej powierzchni i rozciągłości południkowej, a małej populacji skupionej na południu kraju, gdzie klimat jest łagodniejszy, Norwegię cechują duże dysproporcje w fizycznym dostępie do świadczeń. Opieka jest skoncentrowana w najgęściej zaludnionych obszarach miejskich.
Centra Onkologiczne*	- 16 regionalnych ośrodków onkologii**, samodzielnych bądź funkcjonujących jako wydzielona część szpitali wielospecjalistycznych, - 2 ośrodki akademickie w Gdańsku i Katowicach.	Istnieją nieliczne centra onkologiczne (m.in. <i>Royal Marsden Specialist</i> oraz <i>Mount Vernon Cancer Centre</i>). Opieka onkologiczna świadczona głównie przez szpitale ogólne, które oferują nie tylko usługi onkologiczne, ale także pozostałe rodzaje opieki finansowane przez NHS. Powstają ponadregionalne centra dla rzadkich typów nowotworów. Świadczenia onkopediatriczne oferowane są oddzielnie.	Najbardziej skomplikowane świadczenia są oferowane przez 6 wyspecjalizowanych i dobrze wyposażonych uniwersyteckich centrów onkologii. Każdy region posiada przynajmniej 1 szpital uniwersytecki ulokowany w dużym ośrodku akademickim. Nowotwory dziecięce są leczone w specjalistycznych centrach onkopediatricznych.

* Centra onkologiczne rozumiane jako ośrodki zajmujące się wyłącznie opieką nad pacjentami onkologicznymi

** Lokalizacje: Białystok, Bielsko-Biała, Bydgoszcz, Gdynia, Gliwice, Kielce, Kraków, Lublin, Łódź, Olsztyn, Opole, Poznań, Rzeszów, Szczecin, Warszawa, Wrocław,

Francja	Czechy	Stany Zjednoczone
Co do zasady JGP w opiece szpitalnej. System od lat ewoluuje w kierunku wyceny w oparciu o liczbę rzeczywiście zrealizowanych świadczeń. Odrębny system wyceny m.in. dla komercyjnej prywatnej radioterapii zewnętrznej czy badań diagnostycznych.	Połączenie systemu JGP, kontraktów indywidualnych, globalnych budżetów oraz opłat za usługę.	Warunki rozliczania zależą od indywidualnych kontraktów między płatnikiem a świadczeniodawcą. Możliwe mechanizmy to m.in. JGP, opłaty za usługę, stawki dzienne, płatności za efekt, płatności łączone.
Bardzo istotna rola podmiotów prywatnych, które pod względem liczby leczonych pacjentów, wykonywanych terapii oraz zabiegów stanowią ok. połowę rynku opieki onkologicznej, a w zakresie chirurgii onkologicznej nawet 60%.	Głównie świadczeniodawcy publiczni, wszystkie CCC są publiczne. Podmioty prywatne aktywne w diagnostyce.	Duży udział podmiotów prywatnych w świadczeniu opieki medycznej, w tym opieki onkologicznej. Dla zobrazowania skali: tylko ok. 20% szpitali regionalnych jest szpitalami publicznymi. Podmioty prywatne oferują pełną gamę usług onkologicznych od diagnostyki, przez chirurgię po radioi chemioterapię.
Model licznych i często małych centrów radioterapeutycznych. Aktualne równomierne rozmieszczenie przestrzenne ośrodków, sprzętu i lekarzy uznaje się za satysfakcjonujące na bazie kryteriów bliskości ośrodka terapeutycznego oraz minimalizacji kosztów transportu, a także w świetle zobowiązania państwa do zapewnienia pacjentom równego dostępu do zaawansowanych technik terapeutycznych.	Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców w Czechach jest bardzo równomierne. Istnieje 13 CCC rozmieszczonych równomiernie geograficznie. Ustawowe maksymalne czasy dojazdów dla pacjentów: - leczenie onkologiczne ambulatoryjne: 90 min (radioterapeutyczne - 120 min); - leczenie onkologiczne szpitalne: 120 min (radioterapeutyczne - 180 min).	Dostępność usług onkologicznych jest bardzo zróżnicowana między obszarami miejskimi i wiejskimi. Dodatkowo, można zaobserwować niższą koncentrację ośrodków onkologicznych w centralnej i zachodniej części kraju. Brak jest krajowych standardów dojazdu pacjentów do świadczeniodawców.
- 21 Centrów Walki z Nowotworami (niekomercyjnych prywatnych instytutów) prowadzących badania naukowe, świadczących usługi opieki onkologicznej i kształcących kadry. - Sieć ośrodków leczenia nowotworów rzadkich, świadczących usługi niestandardowe, polegających na uznanych specjalistycznych zespołach i metodach badawczych oraz współpracujących w ramach klastrów z regionalnymi centrami doskonałości.	- 13 Kompleksowych Centrów Onkologicznych (CCC) funkcjonujących w większych miastach, - 6 Centrów Hematologicznych, - 2 Centra Onkologii Dziecięcej (ChCC).	M.in.: 68 centrów onkologicznych desygnowanych przez NCI, świadczących kompleksowe usługi opieki onkologicznej oraz badania naukowe; każdy stan o gęstości zaludnienia pow. 94 osób na km kw. powinien posiadać jedno desygnowane centrum. 21 wysoce wyspecjalizowanych centrów onkologicznych zrzeszonych w NCCCP, zajmujących się także badaniami naukowymi i poprawą jakości opieki onkologicznej.

Tabela 2. Mechanizmy zarządzania efektywnością w analizowanych krajach.

	Polska	Wielka Brytania (na podstawie Anglii)	Norwegia
Referencyjność świadczeniodawców w onkologii	Brak	Nie występuje ogólnonarodowy system referencyjności. Ustalana jest tabela ze stawkami za usługi medyczne, modyfikowane w zależności od położenia geograficznego i warunków socjalno-ekonomicznych regionu (wyższe stawki dla „potrzebujących regionów”). Brak limitów świadczeń na leczenie onkologiczne.	W Norwegii nie funkcjonuje system referencyjny polegający na dyskryminacyjnym finansowaniu usług wykonywanych w ośrodkach, którym przyznano niższy stopień referencyjności.
Skojarzone leczenie onkologiczne	Dostępne są jedynie niesformalizowane formy leczenia skojarzonego.	- 58 ośrodków, oferujących 3 rodzaje terapii. - Obowiązkowe tworzenie zintegrowanych systemów profesjonalnej opieki onkologicznej (MDT) w sieciach świadczących pełną gamę usług onkologicznych. - Brak konieczności posiadania wszystkich typów usług w jednym centrum, ale określona ścieżka pacjenta definiuje jego dostęp do poszczególnych usług, a każdy świadczeniodawca określa najlepszy sposób zapewnienia realizacji usług.	Istnieją ośrodki, w których możliwe jest stosowanie różnych metod terapeutycznych.
Procedury medyczne i standardy leczenia onkologicznego	Brak ogólnie ustalonych procedur na poziomie narodowym, ale występują rekomendacje dobrych praktyk.	Istnieją standardy dotyczące poszczególnych rodzajów terapii w leczeniu onkologicznym, które są regularnie i obowiązkowo audytowane. Informacje o wyniku audytu są publicznie dostępne.	Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2013-2017 przewiduje wytyczne dla skierowań na usługi specjalistyczne, standaryzację procesów diagnozy, ich opis i integrację z narodowymi programami działań. Rozpowszechnia je Dyrektoriat Zdrowia. Nie są one jednak prawnie wiążące, lecz stanowią jedynie normatywne wskazówki rekomendowanych działań.
Ścieżka pacjenta	Nie istnieje modelowa ścieżka leczenia pacjenta onkologicznego.	Została stworzona modelowa ścieżka leczenia pacjenta onkologicznego - od diagnozy do fazy pochorobowej. Interdyscyplinarny zespół (MDT) przygotowuje spersonalizowany plan leczenia, uwzględniający preferencje pacjenta.	Istnieje modelowa ścieżka leczenia pacjenta onkologicznego - od diagnozy do fazy pochorobowej.

	Francja	Czechy	Stany Zjednoczone
	We Francji nie wprowadzono modelu referencyjnych ośrodków onkologicznych polegającego na różnicowaniu stawek płaconych ośrodkom świadczącym usługi onkologiczne na różnych poziomach referencyjności.	Częściowo: Kompleksowe Centra Onkologiczne (CCC), które mają wyłączność na świadczenie usług z użyciem najdroższych leków oraz najnowocześniejszych technologii w celu zapewnienia efektywności.	Nie występuje ogólnonarodowy system referencyjności. Stawki za poszczególne procedury zależą od negocjacji z płatnikiem, mogą różnić się między świadczeniodawcami w zależności od kompleksowości oferowanych usług i położenia geograficznego. Występują wyspecjalizowane centra leczenia onkologicznego otrzymujące dodatkowe dotacje na badania naukowe.
	913 ośrodków autoryzowanych do świadczenia usług opieki onkologicznej, z czego 89 ośrodków świadczy 3 rodzaje terapii.	Częściowo: Kompleksowe Centra Onkologiczne (CCC), w których możliwe jest stosowanie różnych metod terapeutycznych.	Istnieją wysoce wyspecjalizowane ośrodki oferujące wszystkie typy terapii onkologicznej.
	INCa wydaje rekomendacje dobrych praktyk onkologicznych.	Obecnie w opracowaniu przez CSO.	Instytucje publiczne i prywatne przygotowują rekomendowane ścieżki leczenia poszczególnych nowotworów, (m.in. ASCO, NCCN, ASTRO) oraz zbiory dobrych praktyk, klinicznych wytycznych, a także standardy jakościowe dla poszczególnych usług (ASCO, NCF).
	Istnieje modelowa spersonalizowana ścieżka leczenia pacjenta onkologicznego - od diagnozy do fazy pochorobowej.	Nie ma modelowej ścieżki leczenia pacjenta onkologicznego.	Istnieją szczegółowe opisujące kolejność i czas poszczególnych elementów terapii ścieżki kliniczne przygotowywane przez organizacje publiczne i prywatne (m.in. NCCN, U.S. Oncology). Mają miejsce próby wprowadzania zindywidualizowanej ścieżki pacjenta, uwzględniającej jego preferencje.

	Polska	Wielka Brytania (na podstawie Anglii)	Norwegia
Zespoły interdyscyplinarne	Brak	Wielodyscyplinarne konsylium lekarskie (MDT) tworzone jest obowiązkowo dla każdego pacjenta. Zespół ustala sposób leczenia, układa plan, nadzoruje przebieg oraz służy pacjentowi wsparciem (informacje, wsparcie psychologiczne).	Pacjent jest poddawany konsultacjom interdyscyplinarnym - najczęściej spotyka jednego lub dwóch specjalistów z zespołu, ale spotkanie z całym zespołem także jest możliwe, z uwagi na cel włączania pacjentów i ich krewnych w proces decyzyjny.
Mechanizmy płacenia za efekt	W mechanizmach finansowania brak płatności za efekt.	Częściowo: monitorowanie czasów oczekiwania na poszczególne procedury medyczne.	W mechanizmach finansowania brak płatności za efekt.
Mechanizmy płacenia za jakość	W mechanizmach finansowania brak płatności skorelowanych ze spełnianiem standardów jakościowych.	Częściowo: - dodatki do wynagrodzenia lekarza ogólnego, w zależności od spełnienia określonych standardów jakościowych, - monitorowanie świadczeniodawców w czasie rzeczywistym, z kwartalnymi uaktualnieniami, - dodatkowe audyty i środki naprawcze dla ośrodków odstających od standardów, - możliwa częściowa utrata finansowania w przypadku nie spełniania standardów.	W mechanizmach finansowania brak płatności skorelowanych ze spełnianiem standardów jakościowych.
Ustawowy maksymalny czas oczekiwania	Brak ustalonego ustawowego maksymalnego czasu oczekiwania.	14 dni między wizytą u lekarza ogólnego a wizytą u specjalisty, 31 dni między diagnozą a rozpoczęciem leczenia, 62 dni między wizytą u lekarza ogólnego a rozpoczęciem leczenia, 31 dni na drugi lub kolejny zabieg/transzę leczenia.	Krajowe wytyczne i Plan stanowią, iż: - skierowanie powinno zostać rozważone w ciągu 5 dni roboczych, - ocena powinna rozpocząć się w ciągu 10 dni, - leczenie przynajmniej 80% pacjentów ma być wdrożone w ciągu 20 dni roboczych od wystawienia skierowania.

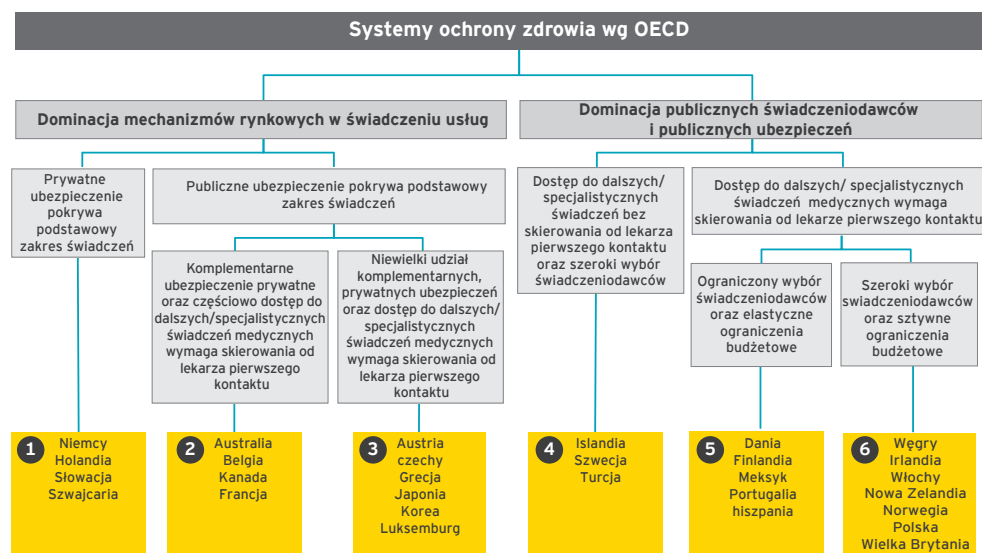
	Francja	Czechy	Stany Zjednoczone
	INCa w drodze uchwalenia kryteriów akredytacji ośrodków onkologicznych nakazał konsultacje interdyscyplinarne w każdym przypadku nie wymagającym pilnej interwencji.	Brak jest zdefiniowanych zespołów interdyscyplinarnych oraz zasad ich działania.	Szereg inicjatyw mających umożliwić tworzenie się zespołów interdyscyplinarnych (m.in. płatności łączone, elektroniczne rejestry danych).
	W mechanizmach finansowania brak płatności za efekt.	W mechanizmach finansowania brak płatności za efekt.	Pilotażowo wprowadzane przez niektórych płatników, zarówno z sektora publicznego, jak i prywatnego.
	W mechanizmach finansowania brak płatności skorelowanych ze spełnianiem standardów jakościowych.	W mechanizmach finansowania brak płatności skorelowanych ze spełnianiem standardów jakościowych.	Wymóg spełnienia pewnych standardów, by otrzymać zwrot kosztów od konkretnego ubezpieczyciela, np. Medicare.
	Brak ustalonego ustawowego maksymalnego czasu oczekiwania, ale wdrażane mają być programy pilotażowe w tym zakresie.	Ustawowy maksymalny czas oczekiwania dla niektórych usług, w onkologii to: - dla CT - 3 tyg., - dla MRI - 5 tyg., - dla mammografii - 6 tyg.	Brak ustalonego ustawowego maksymalnego czasu oczekiwania.

4. Opieka onkologiczna w wybranych krajach

4.1 Systemy opieki zdrowotnej i wydatki na opiekę onkologiczną

OECD wyróżnia 6 grup krajów, które charakteryzuje podobny system opieki zdrowotnej. Przykłady krajów OECD reprezentujących poszczególne typy systemów przedstawia Rysunek 2³.

Rysunek 2. Przykłady krajów o podobnych uwarunkowaniach instytucjonalnych ochrony zdrowia.



Źródło: OECD 2010.

Sam typ systemu opieki zdrowotnej nie implikuje przewag lub słabości wobec innych systemów, tzn. nie można wykazać, że niektóre rozwiązania systemowe są obiektywnie lepsze od innych. Porównanie działania systemów w jednej grupie pozwala jednak na identyfikację mocnych i słabych stron rozwiązań stosowanych w danym kraju. Polska, Wielka Brytania i Norwegia należą do ostatniej grupy, która charakteryzuje się wysokim stopniem regulacji oraz mechanizmami ograniczającymi dostęp do opieki specjalistycznej i przeznaczonym na nią budżetem.

Poniższa Tabela 3 przedstawia międzynarodowe zestawienie struktury wydatków na ochronę zdrowia i opiekę onkologiczną jako % PKB oraz per capita w poszczególnych krajach, z uwzględnieniem także parytetu siły nabywczej (PPP). Wynika z niej, iż w porównaniu do pozostałych analizowanych krajów, zarówno wydatki na ochronę zdrowia, jak i na opiekę onkologiczną w Polsce - jako % PKB i per capita (w tym w PPP) - są najniższe.

3 Opracowanie własne na podstawie: *Health care systems: efficiency and policy settings*, OECD 2010, dostępny na stronie: <http://www.oecd.org/eco/healthcaresystemsefficiencyandpolicysettings.htm>. Rysunek nie obejmuje jednak wszystkich państw członkowskich OECD, w tym Stanów Zjednoczonych, reprezentujących odrębny od przedstawionych typ systemu ochrony zdrowia.

Tabela 3. Wydatki na ochronę zdrowia i opiekę onkologiczną w wybranych krajach – porównanie międzynarodowe

Kraj/Rodzaj świadczeń	PKB per capita EUR ^a	PKB per capita (EUR PPP) ^a	Wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB ^b	Wydatki na ochronę zdrowia per capita (EUR)	Wydatki na ochronę zdrowia per capita (EUR PPP)	Wydatki na onkologię jako % wydatków na zdrowie ^c	Wydatki na onkologię per capita (EUR)	Wydatki na onkologię per capita (EUR PPP)
Polska	10 100	17 100	6,9	697	1 180	6,0	42	70
Wielka Brytania	29 800	26 800	9,4	2 801	2 519	6,1	171	154
Norwegia	75 700	49 700	9,4	7 116	4 672	2,5	178	117
Francja	31 300	27 700	11,6	3 631	3 213	4,3	156	138
Czechy	14 200	20 700	7,5	1 065	1 553	8,0	85	124
Stany Zjednoczone	40 000	38 800	17,7	7 080	6 868	4,7	333	323

Źródło: a) Dane Eurostat za rok 2013 lub 2012 (w przypadku danych uwzględniających siłę nabywczą), b) Dane OECD za rok 2011 (2012 dla Francji i Norwegii), c) Dane dla Polski i Czech za 2011 r., dla USA i Wielkiej Brytanii za 2010 r., dla Norwegii za 2007 r., a dla Francji średnia z wartości z różnych źródeł z lat 2009-2013. Opracowanie własne na podstawie: Cancer Research UK, Cancer Service: Reverse, Pause or Progress, December 2012, Institute for Fiscal Studies, Public payment and private provision, Nuffield Trust, Maj 2013, R. Luengo-Fernandez et al., Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis, University of Oxford, October 2013, The National Cancer Institute, Cancer Trends Progress Report – 2011/2012 Update, NIH, DHHS, Bethesda, MD, August 2012, <http://progressreport.cancer.gov>, SINTEF, Costs of cancer in the Nordic countries – a comparative study of health care costs and public income loss compensation payments related to cancer in the Nordic countries in 2007; Société Française de Radiothérapie Oncologique: Livre blanc de la radiothérapie en France, 2013; INCa (red.), Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances, Boulogne-Billancourt Cedex, Styczeń 2014 oraz CNAMTS, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses: propositions de l'Assurance Maladie Rapport au ministre chargé de la sécurité Sociale et au parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004) pour 2014 oraz Economic information on health care, Zdravotnická statistika ČR 2012, www.uzis.cz.

Skuteczność systemów onkologicznych Współczynnik względnej szansy przeżycia⁴ uznawany jest za jedną z najlepszych miar obrazujących skuteczność systemu opieki onkologicznej w danym kraju⁵. Współczynnik ten wskazuje proporcję liczby osób w danym wieku chorujących na nowotwory, które przeżyją dany okres (najczęściej 5 lat), w stosunku do liczby osób w danym wieku niechorujących na raka, przeżywających ten sam okres⁶. Tym samym uwzględnia dwa podstawowe elementy:

- ▶ na jakim etapie choroba nowotworowa została zdiagnozowana – im wcześniej, tym większa szansa przeżycia,
- ▶ jak skuteczny jest system leczenia chorób nowotworowych – im skuteczniejszy, tym większa szansa przeżycia.

Im ten współczynnik jest wyższy, tym system opieki onkologicznej uznawany jest za bardziej efektywny. Poniższe wykresy przedstawiają wartości, jakie osiągnął współczynnik względnej standaryzowanej 5-letniej przeżywalności dla lat 2000-07

4 Ang. relative survival rate.

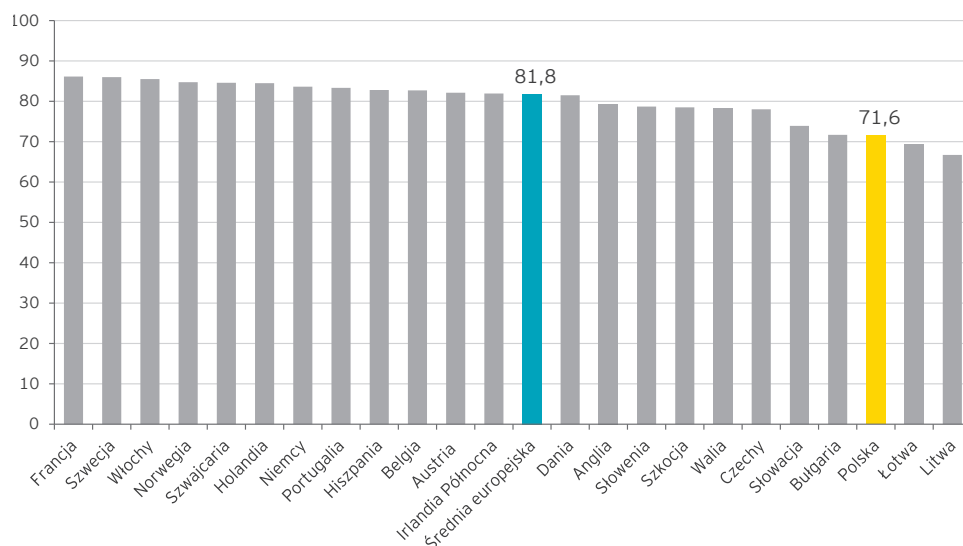
5 OECD (2013), *Cancer Care: Assuring quality to improve survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

6 Biała Księga: *Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich – analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces*, 2011.

dorosłych pacjentów w wybranych krajach europejskich w przypadku najczęściej występujących chorób nowotworowych, tj. nowotworów: piersi, jelita grubego, prostaty i płuc⁷.

Jedynie w przypadku i tak najniższej na tle pozostałych nowotworów przeżywalności chorych na nowotwór płuc, wartość dla Polski nieznacznie przekracza średnią europejską. Należy jednak zauważyć, że w przypadku raka płuc, wyniki w najmniejszym stopniu zależą od jakości leczenia (większość chorych jest diagnozowana w nieuleczalnej, rozsianej fazie choroby) i w większości krajów są one złe niezależnie od sposobu leczenia i poziomu opieki onkologicznej. W przypadku pozostałych trzech chorób jest ona jedną z najniższych, co świadczyć może o relatywnie niskiej skuteczności polskiego systemu opieki onkologicznej. Spośród grupy analizowanych w niniejszym raporcie krajów, Czechy i Wielka Brytania⁸ także osiągają relatywnie słabe wyniki, pomimo iż przeznaczają najwyższy odsetek swoich całkowitych wydatków na ochronę zdrowia na świadczenia z zakresu opieki onkologicznej (por. Tabela 3). Poniższe dane oraz dane dla grupy krajów OECD⁹ pozwalają natomiast stwierdzić, iż najlepsze w analizowanej w niniejszym raporcie grupie krajów wyniki osiągają Stany Zjednoczone¹⁰, Norwegia¹¹ i Francja. Ponadto przeżywalność pacjentów nowotworowych w krajach OECD i wybranych krajach europejskich istotnie się poprawia.

Wykres 1. Względna standaryzowana 5-letnia przeżywalność dorosłych kobiet z nowotworem piersi zdiagnozowanym w latach 2000-2007 w wybranych krajach w %.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: R. DeAngelis et al., *Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5—a population-based study*, Published online December 5, 2013.

⁷ W przypadku nowotworu piersi wyłącznie kobiet.

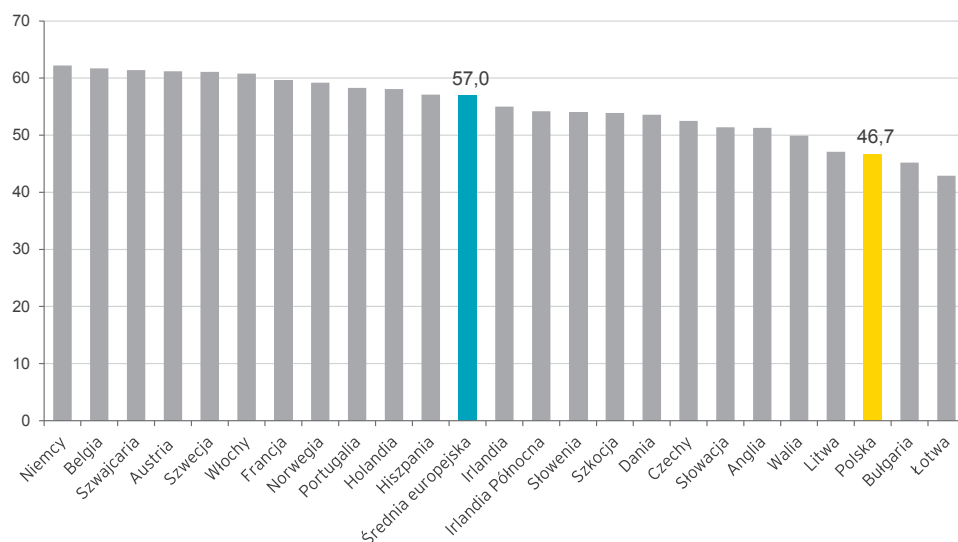
⁸ Na wykresach w rozbiu na Anglię, Irlandię Północną, Szkocję i Walię.

⁹ OECD (2013), *Cancer Care: Assuring quality to improve survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

¹⁰ Kraj ten osiąga m.in. najlepsze na świecie wyniki leczenia nowotworów piersi.

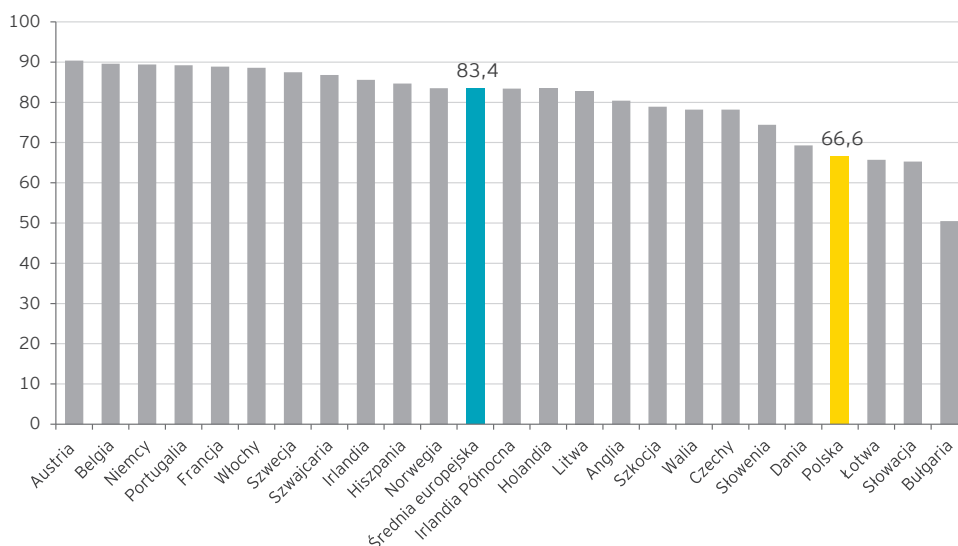
¹¹ Kraj ten osiąga m.in. najlepsze na świecie wyniki leczenia nowotworów szyjki macicy.

Wykres 2. Względna standaryzowana 5-letnia przeżywalność dorosłych pacjentów z nowotworem jelita grubego zdiagnozowanym w latach 2000-2007 w wybranych krajach w %.



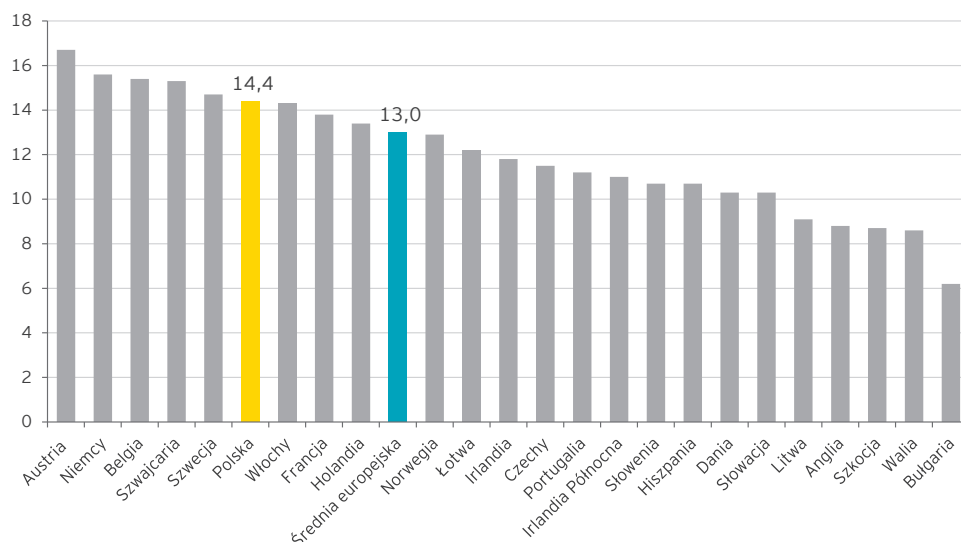
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: R. DeAngelis et al., *Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5-a population-based study*, Published online December 5, 2013.

Wykres 3. Względna standaryzowana 5-letnia przeżywalność dorosłych pacjentów z nowotworem prostaty zdiagnozowanym w latach 2000-2007 w wybranych krajach w %.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: R. DeAngelis et al., *Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5-a population-based study*, Published online December 5, 2013.

Wykres 4. Względna standaryzowana 5-letnia przeżywalność dorosłych pacjentów z nowotworem płuc zdiagnozowanym w latach 2000-2007 w wybranych krajach w %.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: R. DeAngelis et al., *Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5—a population-based study*, Published online December 5, 2013.

Tabela 4 przedstawia natomiast strukturę wydatków onkologicznych w poszczególnych kategoriach świadczeń w wybranych krajach. Spośród analizowanych krajów w Polsce wciąż najwięcej wydaje się na relatywnie drogą opiekę szpitalną, podczas gdy w analizach międzynarodowych podkreśla się często, iż dobrze rozwinięty sektor opieki ambulatoryjnej jest warunkiem koniecznym dla osiągnięcia wyższej efektywności kosztowej leczenia w wielu krajach, w tym w Polsce¹². Politykę częściowej substytucji hospitalizacji onkologicznych tańszymi formami opieki (np. opieką ambulatoryjną, dzienną i domową) w celu optymalizacji kosztów leczenia realizuje od wielu lat np. Norwegia.

12 Por. np. OECD 2010, *Health care systems: Getting more value for money*, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2.

Tabela 4. Wydatki na opiekę onkologiczną w poszczególnych kategoriach jako % całkowitych wydatków na onkologię [%]

Kraj/Kategoria świadczeń	Leczenie szpitalne	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	Inne kategorie	Suma
Polska^a	85	6	9	100
Wielka Brytania ^b	58	13	29	100
Norwegia ^c	59	15	26	100
Francja ^d	74	3	23	100
Czechy ^d	66	13	21	100
Stany Zjednoczone ^e	42	44	14	100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: a) NFZ, *Realizacja świadczeń onkologicznych 2009 - 2011* (dane obejmują także nowotwory in situ oraz nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze); b) H. Featherstone, L. Whitham, *The cost of cancer, Policy exchange, research note, February 2010* [za:] *Cancer Reform Strategy 2007* (założono, iż wartość wydatków na leki onkologiczne dzieli się równomiernie pomiędzy leczenie szpitalne oraz inne kategorie, wartość wydatków na radioterapię przypisano w całości ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a wartość wydatków na chirurgię onkologiczną w całości leczeniu szpitalnemu); c) SINTEF, *Costs of cancer in the Nordic countries - a comparative study of health care costs and public income loss compensation payments related to cancer in the Nordic countries in 2007*; d) R. Luengo-Fernandez et al., *Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis*, University of Oxford, October 2013 (założono, iż wartość wydatków na leki onkologiczne dzieli się równomiernie pomiędzy leczenie szpitalne oraz inne kategorie); e) T. Rice et al., *USA - Health system review, Health Systems in Transition*, 2013.

5. System opieki onkologicznej w Wielkiej Brytanii

Typ systemu:

- ▶ Dominacja publicznych świadczeniodawców i ubezpieczeń
- ▶ Dostęp do specjalistycznych świadczeń medycznych wymaga skierowania od lekarza pierwszego kontaktu
- ▶ Szeroki wybór świadczeniodawców i sztywne ograniczenia budżetowe
- ▶ Brak limitów dla wybranych obszarów leczenia, w tym w onkologii

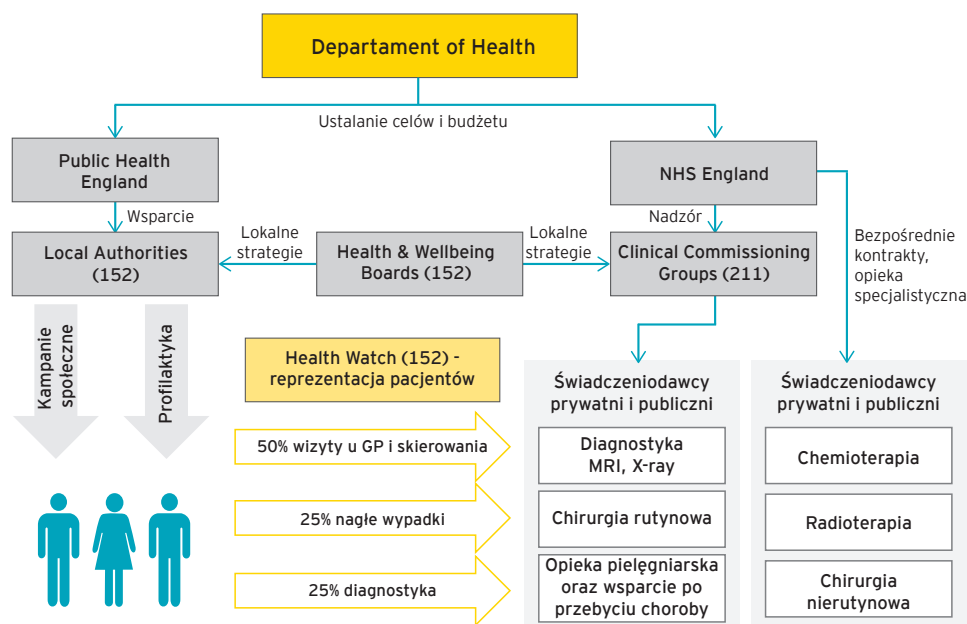
Publiczny system opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii - w tym także opieki onkologicznej - na przestrzeni ostatnich lat poddawany był licznym zmianom regulacyjnym. Głównym powodem tych zmian była niezadowalająca jakość świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez ten system oraz niezadowalające efekty leczenia pacjentów. Wejście w życie z dniem 1 kwietnia 2013 roku ustawy Health and Social Care Act zakończyło cykl reform strukturalnych wprowadzanych w ostatnich latach.

System opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii składa się z czterech systemów: angielskiego, szkockiego, walijskiego i północno-irlandzkiego. W związku ze znacznym poziomem autonomii poszczególnych systemów, możemy mówić o czterech różnych systemach opieki zdrowotnej, posiadających wspólne elementy. System ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii został przedstawiony na podstawie systemu w Anglii. Jeżeli dane rozwiązanie regulacyjne lub system funkcjonowania będzie dotyczył całej Wielkiej Brytanii lub tylko Anglii, to informacja ta będzie w tekście zaznaczona.

5.1 Podmioty systemu opieki onkologicznej

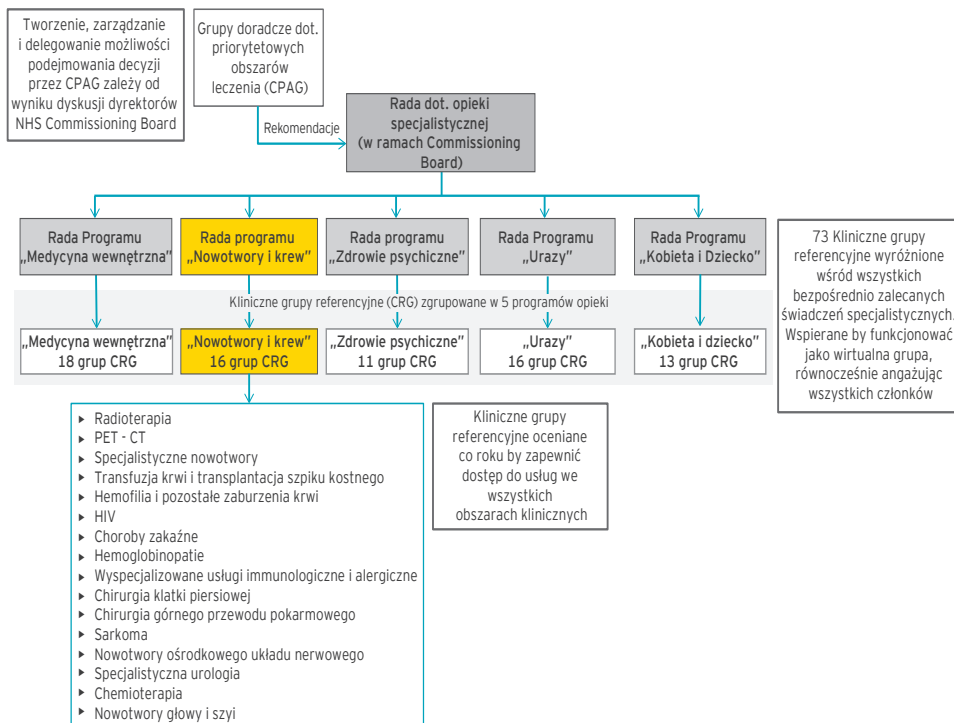
Poniższy rysunek przedstawia schemat publicznego systemu opieki onkologicznej w Anglii. W kolejnych podrozdziałach opisane zostaną główne podmioty tworzące ten system oraz relacje regulacyjne między tymi podmiotami.

Rysunek 3. Schemat publicznej opieki zdrowotnej w Anglii



Źródło: Cancer Research UK.

Rysunek 4. Opieka specjalistyczna w Anglii



Źródło: Dzięki uprzejmości Prof. Nicka Slevina, The Christie NHS Foundation Trust.

Cała chirurgia onkologiczna i inne usługi specjalistyczne, tj. PET, radioterapia i chemioterapia są zlecane bezpośrednio świadczeniodawcom i finansowane przez Rady Zlecające (CB¹³) NHS¹⁴ wraz z ich regionalnymi oddziałami.

13 Ang. Commissioning Boards.

14 Ang. National Health Service.

Dodatkowo utworzone zostały Strategiczne Sieci Kliniczne (SCN¹⁵), które we współpracy z lokalnymi Radami ds. Zdrowia i Dobrego Samopoczucia (HWB¹⁶) mają gwarantować, że usługi specjalistyczne odpowiadają krajowym standardom jakości oraz dostępności. W praktyce ok. 40% budżetu NHS przeznaczane jest na finansowanie usług specjalistycznych. CB działa pod nadzorem Krajowego Dyrektora Klinicznego¹⁷, równolegle z dyrektoriatem operacyjnym oraz pięcioma krajowymi programami. Jeden z programów dotyczy leczenia onkologicznego. Usługi są zlecane i finansowane przy użyciu krajowych taryf i produktów.

5.1.1 Funkcja płatnika

W Anglii publiczny system opieki onkologicznej – podobnie jak cały publiczny system opieki zdrowotnej – finansowany jest bezpośrednio z budżetu państwa poprzez budżet Ministerstwa Zdrowia. Środki pieniężne z budżetu państwa przekazywane są do NHS, który zapewnia diagnostykę oraz leczenie onkologiczne. NHS jest głównym płatnikiem w systemie opieki onkologicznej.

NHS część budżetu przeznaczonego na specjalistyczną, w tym onkologiczną, opiekę przekazuje Radzie Zlecającej NHS (CB) (ok. 40% budżetu), która także kontraktuje świadczenia onkologiczne. Część budżetu CB (ok. 60%) dystrybuowana jest poprzez regionalne Clinical Commissioning Groups¹⁸ (szerzej por. podrozdział 5.4).

5.1.2 Funkcja regulatora

Jedną z najważniejszych reform Health and Social Care Act jest powołanie Monitora jako regulatora rynku opieki zdrowotnej w Anglii, w tym także opieki onkologicznej. Monitor jest instytucją niezależną od innych podmiotów sektora opieki zdrowotnej – odpowiada bezpośrednio przed Parlamentem.

Misją Monitora jest zapewnienie pacjentom możliwie najwyższej jakości usług medycznych finansowanych z publicznych źródeł. Monitor przeciwdziała próbom stosowania praktyk antykonkurencyjnych przez świadczeniodawców, ale jednocześnie działa w kierunku lepszej integracji systemu tak, aby pacjenci mieli do niego łatwiejszy dostęp.

Podstawowe zadania Monitora:

- ▶ wyznacza normy, które muszą spełnić dostawcy usług medycznych, aby uzyskać licencję,
- ▶ przyznaje licencje świadczeniodawcom, którzy się o nią ubiegają,
- ▶ kontroluje jakość usług udzielanych przez świadczeniodawców, którzy posiadają licencję, jeśli jakość jest nieodpowiednia Monitor może odebrać przyznaną wcześniej licencję,
- ▶ ustala (wraz z NHS) ceny kontraktowania poszczególnych świadczeń medycznych.

15 Ang. Strategic Clinical Network.

16 Ang. Health and Well-being Board.

17 Ang. National Clinical Director.

18 Dzięki uprzejmości dr. Mike'a Peake'a: NCIN.

Jednocześnie, poprzez system ustalania cen, Monitor ma zachęcać do stosowania nowych metod w dostarczaniu opieki medycznej i/lub stosowania innowacyjnych technologii medycznych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami każdy dostawca świadczeń medycznych finansowanych z publicznych środków musi posiadać licencję przyznaną przez Monitor¹⁹. Zasada ta dotyczy zarówno świadczeniodawców publicznych (działających w ramach struktur NHS), jak i świadczeniodawców prywatnych. Ustalane przez Monitora normy są identyczne dla świadczeniodawców publicznych, jak i prywatnych.

Co warto podkreślić, Monitor, jako regulator rynku opieki zdrowotnej nie jest płatnikiem, ani świadczeniodawcą usług medycznych.

5.1.3 Instytucje koordynujące

Jak wskazano powyżej NHS jest zarówno płatnikiem, jak i świadczeniodawcą w publicznym systemie opieki zdrowotnej w Anglii. W celu lepszej koordynacji tych dwóch funkcji w ramach NHS, począwszy od 2000 roku, zaczęto tworzyć sieci opieki onkologicznej²⁰, których celem była poprawa efektywności całego systemu opieki onkologicznej.

Efekty działania sieci są wysoko oceniane²¹ dlatego na ich bazie, w ramach reformy Health and Social Care Act, stworzono Strategiczne Sieci Kliniczne dotyczące nowotworów (CSCN²²). Założeniem reformy jest sytuacja, w której kontraktowany świadczeniodawca oferujący usługi specjalistyczne powinien pokryć populację ponad miliona osób²³. Koordynacja opieki onkologicznej na poziomie krajowym pozostaje w gestii organów nadzorujących sieci: CB, Krajowego Dyrektora Klinicznego oraz Dyrektora Krajowego Programu „Nowotwory i krew”²⁴.

CSCN-y, powstające w regionach, nie posiadają osobowości prawnej i funkcjonują w ramach struktur NHS. Ich głównym zadaniem jest regionalne koordynowanie działań płatników i świadczeniodawców tak, by podnieść skuteczność opieki onkologicznej w ramach systemu finansowanego ze źródeł publicznych. CSCN-y współpracując z Radami ds. Zdrowia i Dobrego Samopoczucia mają pomóc m.in. w prawidłowym określeniu potrzeb zdrowotnych pacjentów, a tym samym wesprzeć decyzje dotyczące optymalnej alokacji środków pieniężnych w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Obecnie na terenie Anglii funkcjonuje 12 CSCN-ów, które odpowiadają za koordynację systemu na właściwym dla siebie obszarze. Szczegóły podziału administracyjnego przedstawia Mapa 1.

19 Świadczeniodawcy publiczni musieli uzyskać licencję do 1 kwietnia 2013 roku, natomiast świadczeniodawcy prywatni mają czas do 1 kwietnia 2014 roku.

20 Ang. Cancer Networks.

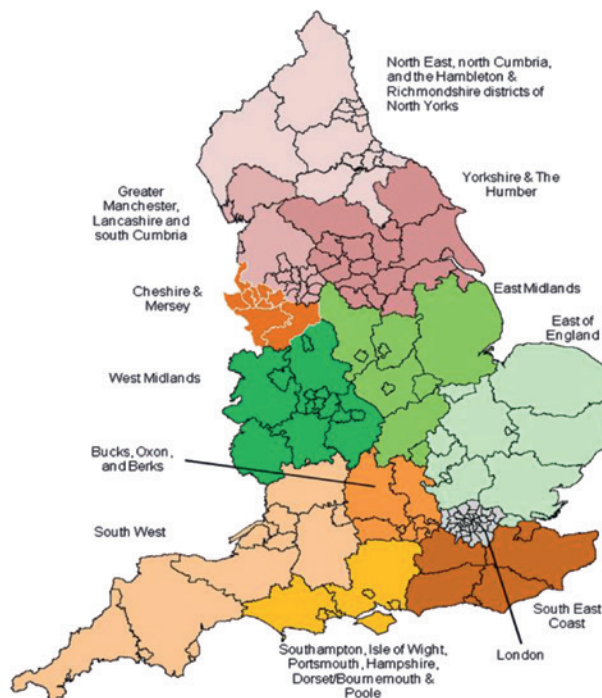
21 NHS, *The Way Forward: Strategic Clinical Networks*, 2012, s. 1.

22 Ang. Cancer Strategic Clinical Networks.

23 NHS, *Securing equity and excellence in commissioning specialized services*, 2012, s. 6.

24 Informacje pochodzące z pogłębionych wywiadów przeprowadzonych z ekspertami oraz dzięki uprzejmości dr. Mike'a Peake'a: NCIN.

Mapa 1. Przestrzenne rozmieszczenie CSCN-ów w Anglii



Źródło: Strategic Clinical Networks, single operating framework, NHS, listopad 2012, str. 7.

5.1.4 Świadczeniodawcy

Za leczenie onkologiczne w publicznym systemie opieki onkologicznej odpowiada NHS, który zapewnia świadczenia onkologiczne poprzez własne placówki tzw. *NHS foundation trusts* lub *NHS trusts*, a także kontraktując je ze świadczeniodawcami prywatnymi. Aby dany świadczeniodawca mógł korzystać z publicznego finansowania, musi spełnić wymogi licencyjne określone przez regulatora rynku opieki zdrowotnej. Wymogi te podzielić można na pięć głównych części²⁵:

- ▶ ogólne - świadczeniodawcy zobowiązani są m.in. do składania regulatorowi cyklicznych sprawozdań oraz rejestracji w Komisja ds. jakości opieki²⁶,
- ▶ zapewniające wybór i konkurencję - zakaz praktyk ograniczających konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami, obowiązek informowania pacjenta o usługach innych świadczeniodawców,
- ▶ cenowe - zakaz stosowania cen świadczeń zdrowotnych innych niż ustalone przez płatnika; wszystkich świadczeniodawców, którzy kontraktują świadczenia finansowane z systemu publicznego obowiązują te same wyceny kontraktu,
- ▶ zapewniające współpracę pomiędzy świadczeniodawcami - zakaz ograniczania współpracy pomiędzy świadczeniodawcami,
- ▶ zapewniające ciągłość opieki w razie kłopotów finansowych świadczeniodawcy - posiadanie odpowiednich procedur np. umowa z innym świadczeniodawcą, który przejmie leczenie pacjentów w sytuacji kłopotów finansowych.

²⁵ Monitor, *The New NHS provider license*, 2013, s. 2-6.

²⁶ Ang. Care Quality Commission.

Wszyscy świadczeniodawcy opieki onkologicznej, zarówno publiczni, jak i prywatni, którzy finansowani są z publicznych pieniędzy muszą spełnić te same normy określone przez regulatora rynku, czyli Monitora.

5.2 Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych

Pierwszy Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych (dalej Plan) w Anglii uchwalony został w 2000 roku i miał obowiązywać przez 10 lat. W 2011 roku uchwalono nowy Plan, który był kontynuacją swojego poprzednika.

Zarówno cele Planu z 2000 roku, jak i Planu z 2011 roku określone były na ogólnym poziomie i dotyczyły: poprawy skuteczności całego systemu opieki onkologicznej, zapewniania świadczeń zgodnie z najlepszymi praktykami oraz optymalnego wykorzystania zasobów.

Powyższe cele miały zostać zrealizowane m.in. poprzez działania w następujących obszarach:

- ▶ profilaktyka pierwotna i wtórna – kampanie skutecznie zniechęcające do palenia papierosów i nadużywania alkoholu, jednocześnie propagujące zdrową dietę oraz walkę z otyłością; dodatkowo realizowanie na szeroką skalę badań przesiewowych mających na celu wykrycie chorób nowotworowych w możliwie jak najwcześniejszym stadium,
- ▶ określenie maksymalnego czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia onkologiczne,
- ▶ zwiększenie zasobów w systemie opieki onkologicznej poprzez zwiększenie liczby lekarzy onkologów i inwestycje w aparaturę onkologiczną,
- ▶ likwidacja nierówności w dostępie do opieki onkologicznej – zarówno w znaczeniu geograficznym, jak i demograficznym np. przeciwdziałanie wykluczeniu osób starszych,
- ▶ poprawa jakości i dostępności danych w systemie opieki onkologicznej – zgodnie z założeniami Planu z 2011 roku Centrum Informacji dotyczących Zdrowia i Opieki społecznej (HSCIC²⁷) odpowiadać ma za koordynację zbierania danych oraz ich upublicznienie. Zbierane i publikowane dane mają być wykorzystywane przez podmioty tworzące system ochrony zdrowia (płatnik, regulator, świadczeniodawcy), tak by zasoby systemu (pieniądze, aparatura, kapitał ludzki) były wykorzystane w sposób optymalny oraz tak by pacjent, posiadał lepszą wiedzę na temat systemu opieki onkologicznej,
- ▶ rozwój badań onkologicznych.

5.3 Systemy i rejestry danych onkologicznych

Wielka Brytania posiada jedną z najbardziej kompletnych baz danych dotyczących chorób nowotworowych na świecie. W Wielkiej Brytanii funkcjonuje 11 regionalnych rejestrów onkologicznych opartych na populacji, które razem z Biurem Statystyki Krajowej (ONS²⁸) dostarczają informacji dotyczących zachorowalności, wskaźników śmiertelności oraz względnej przeżywalności 1-5 letniej w podziale na placówkę pierwszego kontaktu, wiek i region. Dodatkowo, prowadzone są rejestry aktywności opieki medycznej, zawierające informacje dotyczące całego leczenia szpitalnego dostarczanego przez NHS, opieki ambulatoryjnej oraz pomocy w nagłych wypadkach, skategoryzowane wg specjalności, głównej diagnozy, procedur, świadczeniodawcy lub regionu geograficznego. Na danych z wyżej wymienionych źródeł bazuje Krajowe Repozytorium Danych Onkologicznych (NCDR²⁹), obecnie zawierające ok. 8,5 miliona rekordów dotyczących opieki onkologicznej (98% kompletności danych)³⁰.

Dodatkowo, dane dotyczące czasu oczekiwania na konkretne procedury w konkretnych ośrodkach leczenia są publikowane przez Ministerstwo Zdrowia i publicznie dostępne. Świadczeniodawcy mają obowiązek publikować dane dotyczące czasów oczekiwania i sposobu wydatkowania środków NHS. HSCIC posiada szereg narzędzi umożliwiających porównanie jakości usług medycznych świadczonych w poszczególnych ośrodkach (m.in. NHS Comparators, Quality Outcomes Framework, Indicator Portal).

Poniższy rysunek pokazuje pełny obraz źródeł danych wpływających do systemu ENCORE³¹, który ma być jednym, kompleksowym systemem, zbierającym wszystkie dostępne dane dotyczące chorób nowotworowych w Anglii. Kolorem szarym zostały wyróżnione dane przesyłane bezpośrednio do systemu przez każdego świadczeniodawcę z zaufaniem, pochodzące z: systemów monitorowania opieki nowotworowej przez interdyscyplinarne zespoły specjalistów, raportów z systemów patologicznych, informacji proceduralnych z systemów administracyjnych dotyczących pacjentów oraz systemów radioterapeutycznych. Źródła danych oznaczonych na pomarańczowo, pochodzą z krajowych systemów baz danych. Są to bazy danych dotyczące radio- i chemioterapii (RDTS i SACT) oraz Krajowego Rejestru Czasów Oczekiwania (CWT³²). Kolor żółty wyróżnia informacje dotyczące zgonów z ONS oraz dane z Nowotworowych Programów Screeningowych (nowotwory piersi, jelita grubego, szyjki macicy). Dane dotyczące zgonów z powodu raka pochodzą od pacjentów, którzy mają chorobę nowotworową wpisaną w akt zgonu, pozostałe dane dotyczą zgonów pacjentów, którzy w akcie zgonu mają wpisaną przyczynę inną niż choroba nowotworowa, ale wcześniej zostali zgłoszeni do ONS, jako pacjenci z rakiem. Wielka Brytania jako pierwszy kraj połączyła dane z rejestru zdarzeń medycznych (HES³³) oraz krajowych statystyk chorób nowotworowych. NCIN jest obecnie naśladowany w innych krajach, np. Australii i Kanadzie.

28 Ang. Office for National Statistics.

29 Ang. National Cancer Data Repository.

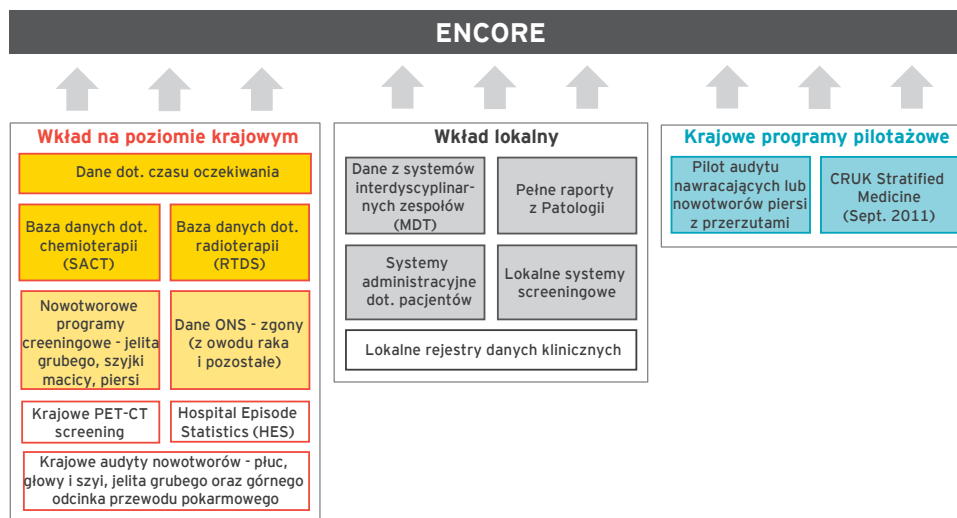
30 M. Galińska, S. Nawrocki, *Improving cancer outcomes through better cancer data in Poland*, OncoReview Nr 3/2013.

31 Ang. English National Cancer Online Registration Environment.

32 Ang. Cancer Waiting Times.

33 Ang. Hospital Episodes Statistics.

Rysunek 5. Źródła danych dotyczących nowotworów w Wielkiej Brytanii



Źródło: Dzięki uprzejmości dr. Mike'a Peake'a: NCIN

5.4 Finansowanie systemu opieki onkologicznej

System opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii oparty jest w głównej mierze na finansowaniu ze źródeł publicznych. W 2000 roku wydatki zdrowotne finansowane ze źródeł publicznych stanowiły 79,2% całkowitych wydatków na zdrowie. W 2011 roku relacja ta wzrosła do 82,8%³⁴. W 2011 roku prywatne wydatki na opiekę zdrowotną stanowiły 17,2% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną, z czego 10 pkt. proc. stanowiły wydatki bezpośrednie typu *out-of-pocket*, a 3 pkt. proc. prywatne ubezpieczenia³⁵. W przypadku Anglii NHS na diagnostykę i leczenie onkologiczne wydał 5,64 mld funtów w roku 2010/11³⁶, co stanowiło 6,1% całkowitych wydatków NHS.

Tabela 5. Roczne wydatki na opiekę onkologiczną w Anglii.

Rodzaj wydatków	GBP mld	Świadczeniodawcy publiczni	Świadczeniodawcy prywatni
Całkowite wydatki publiczne na ochronę zdrowia w ramach NHS	92,4	91%	9%
Całkowite wydatki publiczne na opiekę onkologiczną w ramach NHS	5,6	100%	0%*
Wydatki na radioterapię**	0,3	100%	0%*

*dodatkowe wyjaśnienia w podrozdziale 5.5.

** na podstawie informacji z *Radiotherapy Service in England in 2012*, Department of Health str. 12

34 Dane OECD.

35 Dane OECD.

36 Rok budżetowy w Anglii - podobnie jak w całej Wlk. Brytanii - nie pokrywa się z rokiem kalendarzowym i trwa od 1 kwietnia do 31 marca następnego roku. W związku z tym także wyniki finansowe NHS raportowane są dla analogicznych przedziałów czasowych. Dlatego w przypadku Anglii nie zawsze możliwe będzie podawanie danych finansowych dla lat kalendarzowych. Pojawiające się oznaczenia np. 2010/11 - dotyczą okresu od 1 kwietnia 2010 roku do 31 marca 2011 roku.

Źródło: Cancer Research UK, *Cancer Service: Reverse, Pause or Progress*, December 2012, str. 23, Institute for Fiscal Studies, *Public payment and private provision*, Nuffield Trust, Maj 2013, str. 14.

W przypadku Anglii środki pieniężne przeznaczone na opiekę onkologiczną, którymi dysponuje Ministerstwo Zdrowia, dzielone są na dwa główne strumienie skierowane do:

- ▶ Public Health England (PHE) - odpowiedzialne za profilaktykę oraz budowanie świadomości antyrakowej w społeczeństwie,
- ▶ National Health Service (NHS) - odpowiedzialne za diagnostykę i leczenie.

PHE finansuje i odpowiada za kampanie społeczne mające na celu podniesienie świadomości społecznej związanej z:

- ▶ zagrożeniem chorobami nowotworowymi,
- ▶ stosowaniem profilaktyki pierwotnej np. rzucenie palenia, ograniczanie spożycia alkoholu, stosowanie odpowiedniej diety oraz utrzymanie aktywności fizycznej,
- ▶ stosowaniem profilaktyki wtórnej np. wykonywaniem badań przesiewowych.

NHS podpisuje bezpośrednio kontrakty ze świadczeniodawcami opieki onkologicznej (świadczeniodawcy publiczni działający w ramach struktur NHS oraz świadczeniodawcy prywatni traktowani są na takich samych zasadach) w zakresie następujących świadczeń:

- ▶ chemioterapia,
- ▶ radioterapia,
- ▶ chirurgia nerutowa (nie dotyczy nowotworów: piersi, płuc, jelita grubego oraz prostaty).

Jednocześnie NHS kontraktuje bezpośrednio lekarzy pierwszego kontaktu (ang. *general practitioner GP* - jest ich ok. 8 tys.), którzy kierują pacjentów z podejrzeniami choroby nowotworowej na badania diagnostyczne lub do lekarzy specjalistów.

Około 40% budżetu NHS przeznaczone jest poprzez Radę Zlecającą (CB) na specjalistyczną opiekę medyczną. CB funkcjonujące w ramach struktur NHS, nadzoruje i koordynuje pracę stworzonych w ramach Health and Social Care Act 211 Clinical Commissioning Groups (CCGs), składających się głównie z lekarzy pierwszego kontaktu (GPs). CCGs dysponują częścią budżetu NHS i podpisują kontrakty ze świadczeniodawcami (świadczeniodawcy publiczni działający w ramach struktur NHS oraz świadczeniodawcy prywatni traktowani są na takich samych zasadach) w następującym zakresie:

- ▶ diagnostyka (MRI, badania RTG i TK),
- ▶ chirurgia rutynowa (dotyczy nowotworów: piersi, płuc, jelita grubego oraz prostaty),
- ▶ usługi pielęgniarskie świadczone pacjentom w trakcie i po przebyciu choroby nowotworowej.

Określone kwoty pieniężne przekazywane są z NHS do poszczególnych NHS foundation trusts i NHS trusts, które z kolei zarządzają posiadanym budżetem, starając się zaspokoić potrzeby zdrowotne pacjentów. Jeżeli, przykładowo, w danym

okresie budżetowym zgłasza się więcej pacjentów z chorobami nowotworowymi, a mniej z chorobami układu krążenia, niż pierwotnie planowano, to z części pieniędzy pierwotnie przeznaczonych na kardiologię, finansowane są świadczenia onkologiczne³⁷. Powyższy mechanizm finansowania świadczeń medycznych nie oznacza jednak, że system opieki zdrowotnej finansowany jest bez ograniczeń. Podobnie jak systemy opieki zdrowotnej w innych krajach, również system brytyjski cierpi na niedobory - rozumiane jako brak możliwości zaspokojenia w odpowiednio krótkim czasie wszystkich potrzeb zdrowotnych zgłaszanych przez pacjentów. W przypadku brytyjskiego systemu niedobory równoważone są czasem oczekiwania na poszczególne świadczenia zdrowotne (poza obszarami priorytetowymi).

W brytyjskim systemie opieki zdrowotnej finansowanym ze źródeł publicznych występują obszary priorytetowe ustalone przez Ministerstwo Zdrowia, w których nie ma żadnych limitów wydatków na leczenie (z wyłączeniem nowatorskich leków, których finansowanie dobywa się poprzez rekomendacje NICE³⁸). Do takich obszarów należą m.in. onkologia, macierzyństwo, pediatria, zawały i udary. Dla procedur w przypadkach nie zagrażających życiu ogólnie zostały wprowadzone limity, których rezultatem są listy oczekujących.

W ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej w Anglii nie występuje współpłacenie pacjentów za świadczenia zdrowotne, dotyczy to także opieki onkologicznej.

5.5 Rola świadczeniodawców prywatnych

W roku 2011/12 jedynie 8% (ok. 8,7 mld funtów) całkowitych wydatków angielskiego NHS zostało przeznaczone na kontrakty ze świadczeniodawcami niewchodzącymi w strukturę NHS³⁹. Z kontraktów wartych 8,7 mld funtów ok. 70% (ok. 5,8 mld funtów) trafiło do świadczeniodawców prywatnych, a reszta do świadczeniodawców publicznych (por. Wykres 5).

Niestety, nie są dostępne dane, na podstawie których precyzyjnie można określić wartość kontraktów na świadczenia onkologiczne zawierane przez angielski NHS ze świadczeniodawcami prywatnymi. Na podstawie częściowych danych można stwierdzić, że obecnie kontraktowanie świadczeń onkologicznych przez angielski NHS ze świadczeniodawcami prywatnymi - jeśli w ogóle ma miejsce - jest marginalne⁴⁰.

Jeśli chodzi o świadczenia radioterapeutyczne finansowane ze źródeł publicznych to w Anglii oferowane są one przez publicznych świadczeniodawców wchodzących w strukturę NHS (stan na sierpień 2010 roku⁴¹), a także w małym stopniu przez świadczeniodawców prywatnych⁴².

37 Informacje pochodzące z pogłębionych wywiadów przeprowadzonych z ekspertami.

38 Ang. National Institute for Health and Care Excellence.

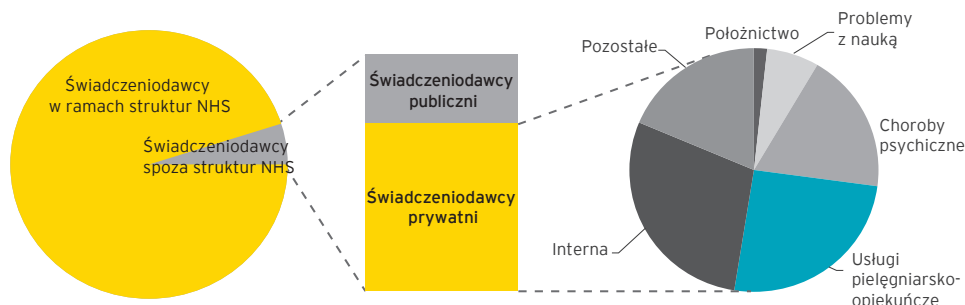
39 We wcześniejszych latach NHS w Anglii przeznaczał jeszcze mniejszą część swoich wydatków na kontrakty ze świadczeniodawcami spoza własnych struktur.

40 Kategorie: położnictwo, *problem z nauką*, *choroby psychiczne*, *usługi pielęgniarstwo-opiekuńcze*, *interna* nie wiążą się ze świadczeniami onkologicznymi. Nie można jednoznacznie stwierdzić, że kategoria „pozostałe” nie uwzględnia świadczeń onkologicznych.

41 NHS Clinical paper, A model of cancer care for cancer services, 2010, s. 65.

42 Świadczeniodawcy prywatni mający w swym portfolio usługi radioterapeutyczne to m.in. trzy prywatne szpitale zlokalizowane w Londynie oraz 6 ośrodków w południowo-wschodniej Anglii,

Wykres 5. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez angielski NHS ze świadczeniodawcami niewchodzącymi w strukturę NHS



Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Public payment and private provision*, Institute for Fiscal Studies, Nuffield Trust, maj 2013, str. 12-16.

Według stanowiska Rządu The Health and Social Care Act 2012 sugeruje zwiększenie kontraktowania prywatnych świadczeniodawców w ramach publicznie finansowanego systemu opieki zdrowotnej w celu zwiększenia konkurencyjności pomiędzy świadczeniodawcami⁴³. Stworzenie warunków do większej konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami opieki zdrowotnej finansowanej ze źródeł publicznych, a tym samym do poprawy jakości świadczeń oferowanych pacjentom jest jednym z celów tego aktu⁴⁴.

Jednocześnie już teraz na terenie Anglii funkcjonują prywatni świadczeniodawcy, którzy oferują świadczenia onkologiczne – od diagnostyki po leczenie chirurgiczne, chemioterapeutyczne, radioterapeutyczne np. Bupa Cromwell Hospital, Harley Street Clinic w Londynie i inne.

Świadczenia onkologiczne przez nich oferowane finansowane są z⁴⁵:

- ▶ prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych – dany ubezpieczyciel musi akredytować danego świadczeniodawcę, zakres ubezpieczenia, jak i jego suma muszą być adekwatne do planowanego leczenia onkologicznego,
- ▶ jednorazowych wydatków pacjenta (*out-of-pocket*) – w tej sytuacji pacjent przed rozpoczęciem leczenia zmuszony jest do złożenia depozytu, który będzie gwarancją dla przyszłych roszczeń finansowych świadczeniodawcy względem pacjenta,
- ▶ świadczeniodawcy leczą także pacjentów zagranicznych jeżeli otrzymają pisemne poręczenie od odpowiednich ambasad.

centrum Spire w Bristolu, trzy szpitale partnerstwa publiczno-prywatnego w Londynie oraz prywatna część szpitala Royal Marsden.

43 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/138269/C4.-Factsheet-Choice-and-competition-270412.pdf.

44 The Health and Social Care Act 2012, Choice and competition chapter.

45 Na podstawie informacji uzyskanych ze stron internetowych wymienionych prywatnych świadczeniodawców:

- ▶ <http://www.bupacromwellhospital.com/for-patients/organising-payment/>,
- ▶ <http://www.spirehealthcare.com/bushey/paying-for-treatment/>.

5.6 Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców

Obecnie w Anglii w ramach struktury NHS diagnostyka i leczenie radioterapeutyczne świadczone są przez 50 NHS trust-ów zlokalizowanych w 58 szpitalach⁴⁶.

Mapa 2 obrazuje przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców radioterapeutycznych na terenie Anglii. Mapa uwzględnia publiczne placówki -- już funkcjonujące w ramach struktur NHS oraz te, których otwarcie jest planowane, a także sieć prywatnych zakładów radioterapeutycznych, pozwala stwierdzić, że sieć świadczeniodawców radioterapeutycznych rozmieszczona jest równomiernie na terenie kraju.

Zgodnie z zaleceniami Krajowej Rady Doradczej ds. Radioterapii (NRAG⁴⁷) sieć świadczeniodawców usług radioterapeutycznych w Anglii powinna być tak rozlokowana, żeby czas podróży do najbliższego punktu oferującego takie usługi dla większości pacjentów nie był dłuższy niż 45 minut. Przyjęte założenia są jednak trudne do zrealizowania i czas dojazdu niektórych pacjentów na radioterapię jest dłuższy niż zakładane 45 minut. Problem z dotrzymaniem powyższych standardów może być zauważony szczególnie na północy Anglii, gdzie występuje mniejsza liczba centrów radioterapii.

W związku z tym, że świadczenia radioterapeutyczne udzielane są w trybie ambulatoryjnym, pacjentom na czas zabiegów oferowana jest pomoc w zakwaterowaniu i/lub pomoc w zorganizowaniu transportu.

Mapa 3 obrazuje liczbę pacjentów objętych chemioterapią w poszczególnych regionach Anglii oraz geograficzne rozmieszczenie szpitali świadczących chemioterapię udostępniających/ nieudostępniających danych. Dane zbierane są od wszystkich instytucji świadczących chemioterapię finansowaną ze źródeł NHS i dotyczą wszystkich kategorii pacjentów i terapii.

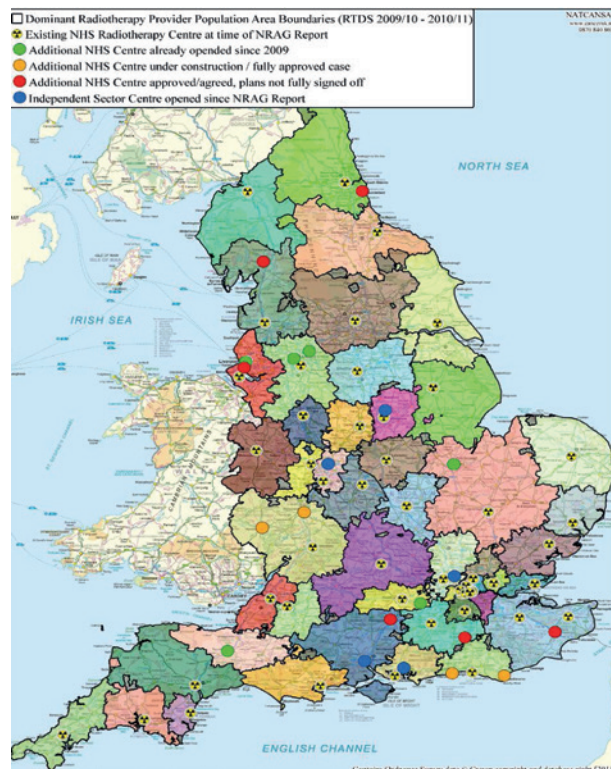
Mapa 3 pozwala zauważyć koncentrację szpitali świadczących chemioterapię wokół dużych ośrodków miejskich (Londyn, Manchester, Liverpool, Birmingham). Rozmieszczenie geograficzne pacjentów objętych chemioterapią jest w miarę równomierne na terenie całego kraju.

W przygotowaniu znajduje się raport pt. *Evaluation of cancer surgery service in UK*, realizowany na zlecenie Cancer Research UK przez HSMC University of Birmingham i GHK Consulting, który ma być gotowy w pierwszym kwartale 2014 roku. Raport ma na celu ocenę sposobu zarządzania instytucjami świadczącymi chirurgię onkologiczną w Wielkiej Brytanii.

46 2012/2013 NHS Standard Contract for Radiotherapy - Section B Part 1 - Service Specifications, NHS, 2012, s. 11.

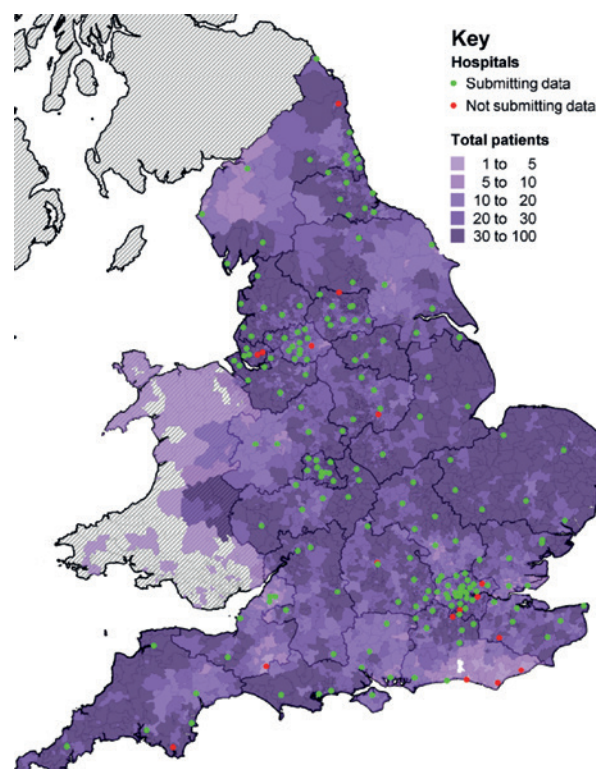
47 Ang. National Radiotherapy Advisory Group.

Mapa 2. Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców radioterapeutycznych



Źródło: Department of Health, *Radiotherapy Services In England 2012*, s. 26.

Mapa 3. Przestrzenne rozmieszczenie pacjentów objętych chemioterapią



Źródło: Chemotherapy Intelligence Unit., *Systemic Anti-Cancer Therapy Chemotherapy Dataset- December 2013 update*.

5.7 Kompleksowość opieki onkologicznej

5.7.1 Mechanizmy motywujące do stosowania skojarzonych metod leczenia

W ramach NHS decyzja o stosowaniu radioterapii, chemioterapii i chirurgii onkologicznej musi być zatwierdzona przez konsylium lekarskie (ang. *multi-disciplinary team* MDT) złożone m.in. z radioterapeuty, chirurga onkologa, chemioterapeuty. Zespół ten nadzoruje także leczenie pacjenta⁴⁸.

5.7.2 Regulacje motywujące do efektywnego modelu leczenia

Czas odgrywa istotną rolę w skutecznym leczeniu chorób nowotworowych. Im szybciej nowotwór zostanie zdiagnozowany i im szybciej rozpocznie się leczenie, tym większe prawdopodobieństwo, że terapia będzie skuteczna. Dlatego w publicznym systemie opieki onkologicznej w Anglii stosuje się zasadę maksymalnego czasu oczekiwania na poszczególne elementy leczenia onkologicznego.

Szczególnie istotne są dwa założenia. Po pierwsze pacjent ze zdiagnozowanym nowotworem nie powinien czekać dłużej niż 31 dni do momentu rozpoczęcia terapii, po drugie przy podejrzeniu nowotworu czas pomiędzy skierowaniem od GPs na badania, a ewentualnym, rozpoczęciem terapii nie powinien przekraczać 62 dni.

Tabela 6. Maksymalny czas oczekiwania na poszczególne świadczenia onkologiczne w ramach systemu publicznego w przypadku Anglii.

Czego dotyczy oczekiwanie	Czas	Rodzaj nowotworu
Pomiędzy wizytą u GP a wizytą u specjalisty	14 dni	Każdy rodzaj nowotworu
Pomiędzy zdiagnozowaniem nowotworu a rozpoczęciem leczenia	31 dni	Każdy rodzaj nowotworu
Na wizytę u specjalisty z symptomami raka ale bez diagnozy medycznej	2 tygodnie	Rak piersi
Pomiędzy skierowaniem od GPs z podejrzeniem raka a ewentualnym rozpoczęciem leczenia	62 dni	Każdy rodzaj nowotworu
Pomiędzy skierowaniem będącym efektem badań screeningowych w ramach programu NHS a ewentualnym rozpoczęciem leczenia	62 dni	Każdy rodzaj nowotworu
Na drugi lub kolejny zabieg chirurgiczny - w sytuacji gdy jest taka konieczność	31 dni	Każdy rodzaj nowotworu
Na drugą lub kolejną chemioterapię - w sytuacji gdy jest taka konieczność	31 dni	Każdy rodzaj nowotworu
Na drugi lub kolejny zabieg radioterapeutyczny - w sytuacji gdy jest taka konieczność	31 dni	Każdy rodzaj nowotworu

Źródło: OECD (2013), Cancer Care: Assuring quality to improve survival, Op. Cit., s.26-29.

48 NHS England, NHS standard contracts for radiotherapy, s. 7;
NHS England, NHS standard contracts for chemotherapy, s. 3;
NHS Clinical paper, A model of cancer care for cancer services, 2010, s. 67.

NCIN⁴⁹ gromadzi i upublicznia szczegółowe dane nt. czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia onkologiczne. Zgodnie z dostępnymi danymi za 2011/12 rok ok. 98% świadczeń radioterapeutycznych udzielana była z zachowaniem powyższych maksymalnych czasów oczekiwania⁵⁰.

Jeżeli przez dwa kwartały dany świadczeniodawca nie wywiązuje się z „limitów czasowych”, to NHS przeprowadza u niego szczegółową kontrolę. Konsekwencją kontroli jest zazwyczaj wymóg wprowadzenia procedur naprawczych, które uchroniłyby pacjenta przed oczekiwaniem na świadczenia onkologiczne przekraczającym przyjęte w/w standardy⁵¹.

Dodatkowo, radioterapia pomimo tego, że jest udzielana w szpitalach, to jest świadczona w trybie ambulatoryjnym, a nie zamkniętym. Pacjentom, którzy nie mogą dojeżdżać na zabiegi, szpitale refinansują pobyt w hostelach na czas świadczonej terapii lub organizują transport. Jest to efektywne kosztowo, ponieważ dobowe koszty zakwaterowania w szpitalach są wyższe niż w hostelach.

49 Ang. National Cancer Intelligence Network.

50 Department of Health, *Radiotherapy Services in England 2012*, Op. Cit., s.34-35.

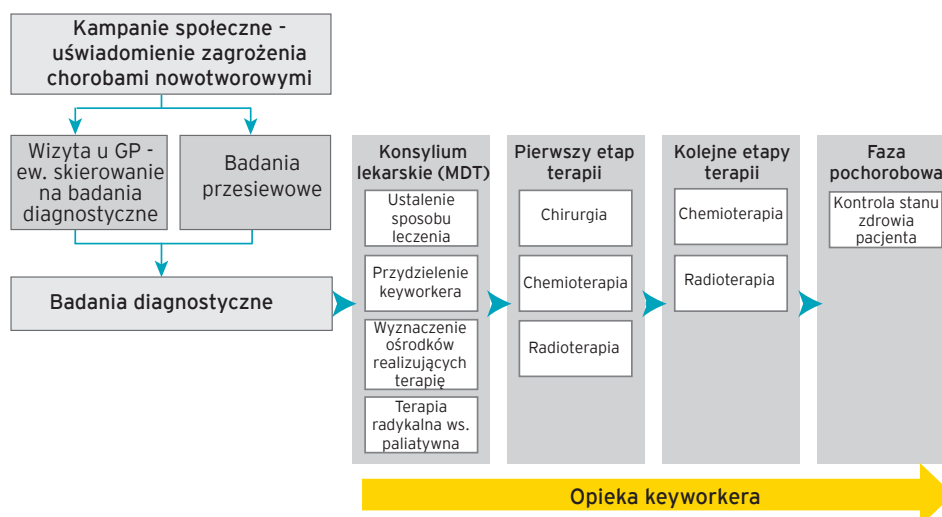
51 Informacje pochodzące z pogłębionych wywiadów przeprowadzonych z ekspertami.

5.7.3 Stosowanie zasad koordynowanej opieki zdrowotnej w onkologii

Rysunek 6 przedstawia modelową ścieżkę pacjenta angielskiego korzystającego z publicznej opieki onkologicznej stworzona jest na podstawowych zasadach zintegrowanej opieki medycznej:

- ▶ regule, według której centralnym punktem jest pacjent i jego potrzeby zdrowotne,
- ▶ współpracy wszystkich elementów systemu opieki onkologicznej od profilaktyki poprzez diagnostykę i leczenie aż po opiekę po zakończeniu leczenia.

Rysunek 6. Ścieżka pacjenta w systemie opieki onkologicznej w Anglii



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: NHS Clinical paper, a model of cancer care for cancer services, Op. Cit., str. 26.

The Health and Social Care Act zakłada, że jednym z kluczowych elementów skutecznego systemu opieki onkologicznej jest profilaktyka: pierwotna (odpowiedni styl życia pacjentów) oraz wtórna (testy przesiewowe i badania diagnostyczne). Profilaktyka z jednej strony ogranicza rozwój chorób nowotworowych, z drugiej zaś prowadzi do wykrycia choroby nowotworowej na jej wczesnym etapie, czyli wtedy gdy prawdopodobieństwo jej wyleczenia jest największe.

W przypadku diagnostycznego potwierdzenia choroby nowotworowej rozpoczyna się leczenie. Pacjent trafia pod opiekę wielodyscyplinarnego konsylium lekarskiego (ang. *multidisciplinary team* MDT) składającego się m. in. z radioterapeuty, chemioterapeuty i chirurga onkologa. MDT ustala sposób leczenia pacjenta, planuje ścieżkę leczenia, nadzoruje całość leczenia i jest za to leczenie odpowiedzialny⁵². Oczywiście rodzaj terapii ustalany przez MDT dostosowany jest do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta - uwzględnia jego ogólny stan zdrowia oraz zaawansowanie choroby nowotworowej.

W skład MDT wchodzi także osoba prowadząca pacjenta (ang. *keyworker*). Jej obowiązkiem jest przekazywanie pacjentowi wszystkich istotnych informacji dotyczących terapii, uzyskanie od zgody na zrealizowanie proponowanej terapii, wspieranie chorego oraz jego bliskich. Rola *keyworkera* jest szczególnie istotna gdy

52 MDT ustala czy w przypadku konkretnego pacjenta stosowany będzie zabieg chirurgiczny, radioterapia, chemioterapia, czy terapia łączona.

pacjent kończy leczenie specjalistyczne i rozpoczyna się faza pochorobowa, w której kontroluje się stan zdrowia pacjenta pod kątem nawrotów.

Jednocześnie w trakcie całego leczenia stosowane są ściśle procedury, które dzieli się na trzy części:

1. Procedury przed rozpoczęciem leczenia:

- rejestracja pacjenta,
- zebranie i zarządzanie klinicznymi oraz administracyjnymi danymi,
- wyznaczenie terminów i miejsca terapii,
- przekazanie pacjentowi wszystkich istotnych informacji dotyczących terapii,
- uzyskanie zgody pacjenta.

2. Procedury w trakcie leczenia:

- leczenie zgodne ze: standardami jakości, najlepszymi praktykami, bezpieczeństwem pacjenta,
- zabiegi wykonywane przez wykwalifikowanych specjalistów, w sposób bezpieczny dla pacjenta, pracowników i innych osób przebywających na terenie świadczeniodawcy,
- określenie awaryjnego sposobu leczenia na wypadek komplikacji lub wystąpienia efektów ubocznych.

3. Procedury po zakończeniu leczenia:

- przekazanie pacjentowi informacji dotyczących wizyt kontrolnych lub sposobu postępowania na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia,
- przekazanie kompletnej dokumentacji medycznej do GP, któremu podlega pacjent.

Co istotne, nie ma obowiązku, by cała terapia onkologiczna była świadczona przez jednego świadczeniodawcę - np. w miejscu gdzie pracuje MDT odpowiedzialny za danego pacjenta. Wręcz przeciwnie, poszczególne elementy terapii mogą być zapewniane przez różnych świadczeniodawców. Oczywiście, każdy świadczeniodawca bierze odpowiedzialność za poprawność wykonanego przez siebie świadczenia onkologicznego, zatwierdzonego wcześniej przez MDT.

Przykładami regionalnie prowadzonych programów pilotażowych, dzięki którym Wielka Brytania dąży do poprawy koordynacji kompleksowej opieki onkologicznej są programy: London Cancer oraz London Cancer Alliance, w ramach których zebrano świadczeniodawców onkologicznych z kilku dzielnic miasta w jedną sieć (klaster).

London Cancer i London Cancer Alliance

London Cancer jest zintegrowanym systemem profesjonalnej opieki onkologicznej stworzonym w celu poprawienia wyników leczenia i satysfakcji pacjentów onkologicznych w zamieszkiwanej przez ok. 3,5 mln⁵³ ludzi północno-środkowej i północno-wschodniej części Londynu oraz w zachodnim Essex. Program skupia lekarzy ogólnych oraz specjalistów onkologicznych w ramach formalnej struktury zarządczej, wykorzystując także ekspertyzy wiodących naukowców, przedstawicieli pacjentów onkologicznych i organizacji charytatywnych.

Partnerstwo koncentruje się na potrzebach pacjenta w sposób, niemożliwy w tradycyjnym modelu opieki, który nader często zapewnia jedynie częściową pomoc. Program oferuje współpracę klinicystów z lokalnych szpitali z innymi specjalistami, w celu koordynacji kompleksowej ścieżki klinicznej każdego pacjenta.

London Cancer ma 4 główne cele:

- ▶ zapewnienie opieki zorientowanej na pacjenta. Elementy tego celu to analizowanie potrzeb, komunikacja, zaangażowanie, informowanie, edukacja, wolność wyboru i spersonalizowana ścieżkę opieki,
- ▶ optymalizację opieki, czyli koordynację ścieżki leczenia pacjenta od wczesnej diagnozy po opiekę pochorobową, lokalne podejście, oraz wspieranie samodzielności pacjenta,
- ▶ prowadzenie badań dla opieki spersonalizowanej, równy dostęp do badań, odkrywanie nowych metod leczenia i ocena nowych sposobów współpracy z pacjentami,
- ▶ zwiększanie wartości poprzez wzrost efektywności wykorzystania środków finansowych na leczenie.

3 krótkoterminowe cele do osiągnięcia do 2015 r. to:

- ▶ poprawa przeżywalności jednorocznej pacjentów, jako miara skuteczności wczesnej diagnozy,
- ▶ poprawa oceny opieki na podstawie doświadczeń pacjentów,
- ▶ zwiększenie udziału pacjentów biorących udział w badaniach klinicznych do 1/3 wszystkich pacjentów.

London Cancer skupia wszystkich 12 świadczeniodawców w regionie w jedną formalną strukturę zarządczą, a pacjenci mają możliwość oceny otrzymanej opieki. Inni partnerzy projektu to lekarze ogólni, hospicja i świadczeniodawcy opieki paliatywnej oraz liczni partnerzy akademicki i organizacje charytatywne. Klaster udostępnia też zebrane w zrzeszonych szpitalach dane nt. stadiów rozwoju choroby nowotworowej w momencie jej zdiagnozowania. Na stronie internetowej klastra publikowane jest podsumowanie statystyk dotyczących diagnozowania nowotworów na różnych stadiach rozwoju choroby. Pomaga to w zwiększeniu wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach oraz w skuteczniejszym monitorowaniu efektów leczenia.

53 Uważa się bowiem, że warunkiem sprawnego funkcjonowania i realizacji celów takiej inicjatywy jest objęcie nią pewnej minimalnej populacji pacjentów.

Pacjenci z powszechnymi nowotworami korzystają z wysokich standardów opieki i rehabilitacji w pobliżu ich miejsca zamieszkania, a ci z rzadszymi lub wymagający specjalistycznej chirurgii mają dostęp do pełnego zakresu innowacyjnych opcji leczenia w specjalistycznych ośrodkach onkologicznych. Wiodący eksperci świadczą opiekę bądź to w ośrodku, bądź w placówkach samopomocowych w lokalnych szpitalach.

Taka organizacja opieki jest odpowiedzią na krytykę Londynu, który pomimo posiadania wielu znakomitych klinicystów i centrów onkologicznych, osiągał jedne z gorszych wyników leczenia w kraju, głównie ze względu na późną diagnozę oraz niedostateczną społeczną świadomość onkologicznych sygnałów ostrzegawczych. Klaster ma także adresować zająć się stwierdzonym na podstawie wyników Krajowej Ankiety Doświadczeń Pacjentów Onkologicznych problemem niskiej satysfakcji pacjentów nowotworowych w stolicy. . Autorami takiego modelu usług onkologicznych jest 45 wiodących klinicystów wspieranych przez Krajowego Klinicznego Dyrektora Onkologii. W rozwój programu zaangażowani są pacjenci, lekarze ogólni oraz lokalni interesariusze i organizacje charytatywne.

London Cancer docenia rolę przedstawicieli pacjentów i wkład ich doświadczeń w dyskusję na temat poprawy jakości usług i funkcjonowania klastra. Są oni reprezentowani na wszystkich poziomach struktury zarządczej i dbają, by zdanie pacjentów i ich rodzin było brane pod uwagę podczas dyskusji prowadzących do podjęcia decyzji dotyczących opieki nad chorymi. London Cancer dąży także do zaangażowania świadczeniobiorców w kreowanie ścieżki klinicznej, proces podejmowania decyzji i propagowanie najlepszych praktyk. Klaster otwarty jest na informację zwrotną ze strony przedstawicieli pacjentów, pozwala pacjentom na współuczestniczenie w procesie podejmowania decyzji oraz uznaje przedstawicieli pacjentów za pełnoprawnych uczestników spotkań, na które są zapraszani i które są dostosowywane do ich potrzeb.

Klaster ma także liczne eksperckie grupy konsultacyjne wspierające jego działalność i dostarczające wiedzy i umiejętności oraz porad i wskazówek w obszarach: chemioterapii, opieki pielęgniarskiej, radioterapii i wsparcia psychospołecznego. Klinicyści w lokalnych szpitalach współpracują z lekarzami rodzinnymi i kolegami z całego systemu, w celu stworzenia kompleksowej i płynnej ścieżki leczenia każdego pacjenta. Kierownicy ścieżki wspierają świadczeniodawców w poprawianiu dostępu do badań screeningowych i diagnostycznych tak, aby leczenie mogło odbywać się jak najwcześniej i zgodnie z najlepszymi międzynarodowymi praktykami. Klaster stwarza lekarzom pierwszego kontaktu możliwości dalszego rozwoju edukacyjnego i badawczego w obszarze opieki onkologicznej. Zarząd klastra jest niezależnym ciałem klinicznym, które odpowiada m.in. za strategię generalną oraz wydaje komisarzom rekomendacje nt. potencjalnych zmian w usługach onkologicznych i ścieżkach leczenia. Zarząd wspiera Dyrektora Medycznego w egzekwowaniu odpowiedzialności zrzeszonych świadczeniodawców.

Starszy lekarz kliniczny przypisany jest do każdej ze ścieżek nowotworowych (mózg i centralny układ nerwowy, piersi, jelito grube, ginekologia, głowa i szyja, hematologia, wątroba, trzustka i drogi żółciowe, płuca, skóra, górny układ trawienny, urologia) i wspiera świadczeniodawców w poprawianiu dostępu do badań screeningowych i diagnostyki, tak aby leczenie mogło rozpocząć się jak

najwcześniej. Dyrektorzy Medyczni dbają także o dostosowanie systemu do międzynarodowych najlepszych praktyk medycznych. Dwie specjalistyczne rady w ramach klastra odpowiadają za projektowanie i prowadzenie ścieżek klinicznych dla mięsaków oraz nowotworów dzieci i młodzieży.

Analogiczny klaster powstał także w 2011 r. w południowych i zachodnich dzielnicach miasta i funkcjonuje pod nazwą London Cancer Alliance. Podobny do londyńskich system funkcjonował już wcześniej w Bostonie. Nadzór nad londyńskimi programami sprawują komisarze, wspierani przez Londyńskie Programy Zdrowotne.

Źródło: <http://www.londoncancer.org/> oraz London Cancer North and East, *London Cancer – Annual Review 2012/13 – Excellent care through partnership*, June 2013.

5.7.4 Referencyjność ośrodków onkologicznych

Jeżeli przez system referencyjności rozumie się podział świadczeniodawców opieki onkologicznej według np. trzystopniowej skali – odpowiednio poziom 1, 2 i 3 – i wynagradzanie tych świadczeniodawców według innych stawek ze względu na posiadany poziom referencyjności za te same świadczenia onkologiczne, to taki system referencyjności w Wielkiej Brytanii nie istnieje. Nie ma też planów dotyczących wprowadzenia takiego systemu. Wszyscy świadczeniodawcy wykonujący te same świadczenia onkologiczne wynagradzani są według tych samych stawek⁵⁴. Stawki za poszczególne usługi mogą być modyfikowane w zależności od różnic w rozwoju opieki medycznej w poszczególnych regionach – szpitale ponoszące wyższe koszty stałe lub szpitale mniej rozwinięte, w uboższych regionach mogą dostawać wyższą stawkę za te same usługi, jako stymulację do rozwoju i zrównania jakości świadczonych usług z krajowymi standardami. Modyfikacji stawek dokonuje się za pomocą indeksu sił rynkowych⁵⁵ ustalanego indywidualnie dla każdej placówki. Maksymalny poziom podniesienia ustalonych тариф w okresie 2013/2014 wynosi 29%⁵⁶. Przykładem może być tutaj Royal Marsden Hospital w Londynie, który często otrzymuje niższe taryfy niż ośrodki zlokalizowane w północnej Anglii, na tak zwanych „wykluczonych obszarach”⁵⁷.

54 Seán Boyle, *United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition*, 2011, s. 114

55 Ang. Market Forces Factor.

56 NHS, *PbR and the Market Forces Factor (MFF) in 2013-14*, 2013, s.5.

57 Ang. deprivation area.

6. System opieki onkologicznej w Norwegii

Typ systemu:

- Dominacja publicznych świadczeniodawców i ubezpieczeń
- Dostęp do specjalistycznych świadczeń medycznych wymaga skierowania od lekarza pierwszego kontaktu
- Szeroki wybór świadczeniodawców i sztywne ograniczenia budżetowe

6.1 Podmioty systemu opieki onkologicznej

System norweski funkcjonuje na kilku poziomach: centralnym, regionalnym⁵⁸, okręgowym i gminnym. Jest więc częściowo zdecentralizowany. Odpowiedzialność za opiekę onkologiczną ponosi państwo poprzez 4 Regionalne Izby Zdrowia (RIZ), będące niezależnie zarządzanymi podmiotami prawnymi. Szpitale zorganizowano w formie trustów, a zarządzanie nimi leży w gestii prezesa i zarządu. Niemniej jednak pewne obowiązki pozostają w domenie szczebla centralnego np. zapewnienie równego dostępu do świadczeń realizowanych ze środków publicznych, jako że system opieki zdrowotnej jest powszechny i oparty o zasadę równości w dostępie obywateli do świadczeń, niezależnie od ich społeczno-ekonomicznego⁵⁹ statusu, przynależności etnicznej czy zamieszkania.

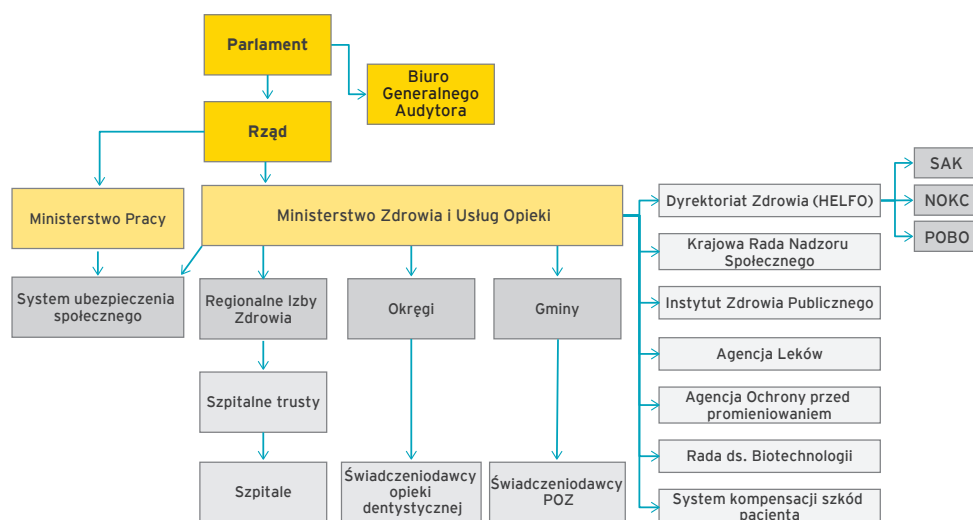
Gminy są odpowiedzialne za Podstawową Opiekę Zdrowotną (POZ), rehabilitację, fizjoterapię, pielęgniarstwo, pomoc w nagłych przypadkach, przychodnie matki i dziecka, pielęgniarstwo szkolne, opiekę nad chorym w domu, całodobową, położniczą, domy opieki i szeroki zakres realizacji misji zdrowia publicznego oraz profilaktyki. Cieszą się przy tym znaczną autonomią w zakresie organizowania usług na swoim terytorium, włączając w to decyzję o zatrudnianiu lekarzy ogólnych lub zawarciu kontraktu z podmiotami prywatnymi, a także mają prawo ściągania podatków. Rola 19 okręgów (średni szczebel administracji) w świadczeniu usług medycznych jest natomiast ograniczona do bazowej opieki stomatologicznej i pewnych elementów zdrowia publicznego.

Relacje pomiędzy głównymi podmiotami i instytucjami rynku ochrony zdrowia w Norwegii przedstawia Rysunek 7.

⁵⁸ Regiony nie są jednostkami administracyjnego podziału kraju.

⁵⁹ Zwłaszcza, że niski dochód jest skorelowany z częstszymi problemami zdrowotnymi.

Rysunek 7. Organizacja systemu opieki medycznej w Norwegii



Źródło: Norwegian Knowledge Centre for Health Services, Norway - health system review, *Health Systems in Transition*, Vol. 15 No. 8 2013.

6.1.1 Funkcja płatnika

Parlament określa zakres oferowanego ubezpieczenia bazowego oraz kryteria i limity współpłacenia. W praktyce ubezpieczenie bazowe pokrywa POZ (w tym opiekę domową), opiekę szpitalną, ambulatoryjną, leki z listy refundowanych, opiekę stomatologiczną dla dzieci i przepisaną fizjoterapię dla innych uprzywilejowanych grup. Nie pokrywa natomiast niemedycznej opieki okulistycznej. Lekarz musi zalecić niektóre zabiegi, jak np. chirurgię plastyczną, aby kwalifikowały się do pełnej refundacji.

Kluczowym płatnikiem trzeciej strony jest System Ubezpieczenia Społecznego (NIS⁶⁰), który w części dotyczącej ochrony zdrowia leży w gestii Ministra Zdrowia i jest zarządzany przez Dyrektoriat Zdrowia. Każdy pracujący musi kontrybuować poprzez system podatków dochodowych do NIS. Ubezpieczeni otrzymują kartę zdrowotną i są uprawnieni do zarejestrowania się w systemie wyboru lekarzy ogólnych. Nie ma możliwości wyboru pakietu świadczeń oferowanych w systemie bazowym. Istnieje natomiast możliwość uczestniczenia pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia.

Cechą charakterystyczną norweskiego systemu są zintegrowane relacje między płatnikami a świadczeniodawcami. Dla przykładu, placówki opieki długoterminowej są własnością gmin, które zatrudniają personel w nich pracujący, a trusty szpitalne są własnością RIZ. Pomimo że rozdział płatnika i świadczeniodawcy jest dozwolony, system faworyzuje model zintegrowany ze względu na dyspersję przestrzenną populacji oraz obawy o koszty i brak doświadczenia w delegowaniu usług.

Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne nie odgrywają istotnej roli, choć liczba ubezpieczonych w ten sposób rośnie. Jako, że ubezpieczenie bazowe pokrywa niemal całą populację, większość z nich to ubezpieczenia suplementarne oferujące np. krótsze czasy oczekiwania na dostępne już w systemie bazowym

usługi. Polisy takie pokrywają też dostęp do opieki ambulatoryjnej w półprywatnych lub prywatnych szpitalach. Prywatni ubezpieczyciele nie są zintegrowani ze świadczeniodawcami usług medycznych, odpowiadają za mniej niż 1% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną, a polisy są kupowane głównie przez pracodawców pracowników.

6.1.2 Funkcja regulatora

Ministerstwo Zdrowia i Usług Opieki (Ministerstwo) pełni funkcję regulacyjną i nadzorczą, zapewniając, by usługi były świadczone zgodnie z ogólnokrajowymi regulacjami, aczkolwiek realizacja wielu zadań została oddelegowana podległym resortowi agencjom. Ministerstwo kontroluje aktywność tych agencji poprzez bezpośrednie zarządzanie, uzgodnienia własnościowe oraz instrumenty legislacyjne i finansowe w przypadku okręgów administracyjnych czy gmin. Ministerstwo ustala też ogólne kierunki polityki zdrowotnej, przygotowuje i nadzoruje legislację oraz decyduje o alokacji środków. Jako właściciel RIZ, które z kolei są właścicielami łącznie 27 trustów szpitalnych, Ministerstwo pośrednio odpowiada za świadczenie specjalistycznej opieki onkologicznej.

Systematyczny audyt jakościowy jest prawnym wymogiem w Norwegii. Nadzór nad świadczeniodawcami ma na celu sprawdzenie, czy systemy wewnętrznej kontroli jakości zostały wdrożone i działają prawidłowo. Krajowa Rada Nadzoru Zdrowotnego jest wyodrębnioną w ramach Ministerstwa instytucją, która (wraz z jej 19 okręgowymi biurami) odpowiada za nadzór i monitoring świadczenia usług na wszystkich poziomach. Audyt bada, w jaki sposób zapewniana jest jakość usług, jakie stosuje się procedury i jak są one monitorowane w celu zapewnienia stałej zgodności z wymogami regulacyjnymi. Nadzór Rady można podzielić na trzy główne obszary merytoryczne:

- ▶ badanie optymalnego zaspokojenia potrzeb ludności,
- ▶ audyty określające, czy wytyczne są przestrzegane, a stosowane praktyki bezpieczne,
- ▶ kontrolowanie, czy w poszczególnych przypadkach nie doszło do złamania ustaw lub regulacji.

6.1.3 Instytucje koordynujące

W Norwegii nie ma jednej centralnej instytucji odpowiedzialnej za koordynację opieki onkologicznej. Za poszczególne jej elementy (obszary) odpowiadają różne instytucje, w szczególności Rejestr Chorób Nowotworowych (opisywany szerzej w podrozdziale 6.3) oraz Dyrektoriat Zdrowia, który implementuje krajowe polityki zdrowotne w imieniu Ministerstwa. Wydaje on też krajowe wytyczne i zatwierdza rejestry jakości oraz centra kompetencyjne. Odpowiada również za nadzór wdrażania działań z obszaru zdrowia publicznego i profilaktyki oraz informuje o wyzwaniach administracyjnych i ich politycznych ramach, strukturach i procesach w opiece onkologicznej. Jednostka odpowiedzialna za e-zdrowie nadzoruje elektroniczne recepty i dokumentację medyczną.

6.1.4 Świadczeniodawcy

Większość świadczeniodawców jest publiczna. Wszyscy obywatele mają swobodę wyboru i prawo do konsultacji lekarza pierwszego kontaktu (także spoza swojej gminy, a nawet okręgu), który ma obowiązek umówienia wizyty z pacjentami do niego przypisanymi. Pacjenci mają prawo do drugiej opinii medycznej i zmiany swojego lekarza dwa razy w roku, o ile tylko nowy lekarz dysponuje jeszcze wolnymi miejscami na swojej liście pacjentów. Nieliczni pacjenci, którzy nie zdecydują się na stałego lekarza ogólnego muszą sami znaleźć dyspozycyjnego lekarza i płacić dodatkowo ok. 10 EUR za konsultację. W konsekwencji 97% lekarzy ogólnych oraz 99% pacjentów partycypuje w tym systemie. Każdy lekarz rodzinny ma na swojej liście od 12 do 1500 pacjentów. System był inspirowany organizacją lekarzy ogólnych w Danii.

POZ leży w gestii 428 norweskich gmin, które odpowiadają też za organizację i świadczenie usług promocji zdrowia, medycyny prewencyjnej, rehabilitacji, pomocy w nagłych przypadkach oraz długoterminowej opieki domowej. POZ świadczony jest na poziomie gmin głównie przez samozatrudnionych lekarzy i jako część usług publicznych (np. domy opieki, opieka domowa). Pomoc w nagłych przypadkach jest w większości gmin świadczona przez lekarzy ogólnych (zarówno w godzinach pracy, jak i na telefon po godzinach). Szpitale przyjmują pacjentów wymagających pilnej pomocy w oddziałach wsparcia powypadkowego i pogotowia ratunkowego.

Aby otrzymać pomoc specjalistyczną pacjenci potrzebują skierowania od lekarza pierwszego kontaktu. Następnie mogą skorzystać z darmowego systemu wolnego wyboru szpitali poprzez serwis online albo darmową linię telefoniczną obsługiwaną przez Dyrektoriat Zdrowia w porozumieniu z RIZ. Celem tego serwisu informacyjnego jest pomoc pacjentom w otrzymaniu informacji wspierającej wybór szpitala np. o przewidywanym w danym momencie czasie oczekiwania na specjalistów praktykujących w ich regionie, prawach pacjenta, rodzajach oferowanych terapii czy wskaźnikach jakościowych na poziomie szpitala. Pacjenci mogą wybierać spośród wszystkich publicznych szpitali w kraju oraz prywatnych szpitali, które podpisały stosowną umowę z RIZ.

Opieka onkologiczna jest realizowana przez formalnie niezależne trusty szpitalne oraz niektóre zakontraktowane obiekty prywatne. Szpitale świadczą także opiekę ambulatoryjną w przeznaczonych na ten cel oddziałach lub poprzez samozatrudnionych prywatnych specjalistów, pracujących na mocy porozumienia umownego z jedną z RIZ. Poprzez RIZ Ministerstwo jest pośrednio właścicielem trustów (czyli państwowych przedsiębiorstw medycznych z własnymi zarządami i kompetencjami zarządzają m.in. szpitalami w regionie), które są niezależnymi podmiotami prawnymi z własną odpowiedzialnością jako pracodawcy. Ministerstwo rokrocznie przekazuje RIZ list instrukcyjny, przygotowywany indywidualnie dla każdej z nich i publikowany bezzwłocznie po parlamentarnej decyzji w sprawie budżetu państwa. List Ministerstwa zawiera wytyczne dotyczące zadań delegowanych do zrealizowania przez RIZ, które z kolei instruują podległych im świadczeniodawców i raportują do Ministerstwa nt. prowadzonej działalności. Choć model trustów jest w teorii oparty o rozdzielność płatników i świadczeniodawców (RIZ kupując usługi, podczas gdy trusty je świadczą), to jednak RIZ jako właściciele

trustów, odpowiadają w imieniu państwa za świadczenie usług i zobowiązania trustów. Nie mogą one też w praktyce zbankrutować.

Od późnych lat 80. XX w. realizowana jest polityka zastępowania względnie droższej opieki szpitalnej opieką ambulatoryjną i dzienną w pobliżu domu pacjenta. Opieka długoterminowa świadczona jest w domach pacjentów, domach opieki oraz schroniskach prowadzonych przez gminy i finansowanych przez rząd centralny. Zwiększa się także liczbę pokoiów jednoosobowych, celem podniesienia komfortu pacjenta i zbliżenia opieki do domowych standardów. Opieka paliatywna realizowana jest na wszystkich szczeblach, ale jej dostępność wciąż jest ograniczona w porównaniu do niektórych krajów⁶¹.

6.2 Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych

Norwegia należy do krajów, które najwcześniej zdecydowały się stworzyć Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych, gdyż już w 1997 r.⁶². W efekcie realizacji wcześniejszych planów spadła śmiertelność z powodu nowotworów oraz zwiększono możliwości świadczenia usług radioterapeutycznych. Mniejsza liczba szpitali onkologicznych powoduje, iż przeciętnie dysponują one teraz większym doświadczeniem. Zwiększono także zasoby diagnostyczne (liczbę skanerów CT, MRI, PET/CT), a szpitale są zorganizowane niezależnie od okręgów administracyjnych.

Nie ma jednego centrum onkologicznego odpowiedzialnego za koordynację wdrażania Planu. Podmiotem wdrażającym i monitorującym postęp prac jest podległy Ministerstwu Dyrektoriat Zdrowia, ale za realizację odpowiadają de facto świadczeniodawcy. Plan komunikowany jest opinii publicznej poprzez rządowe strony internetowe, Krajowe Centrum Onkologii lub Krajowy Instytut Zdrowia Publicznego. Ewaluacja odbywa się poprzez okresową ocenę osiągniętych rezultatów, a nie na koniec perspektywy Planu.

Jakkolwiek obecny Plan przewiduje jedynie standardowe źródła finansowania opieki onkologicznej, przez pierwsze 5 lat funkcjonowania Planu w Norwegii alokowano 625 mln EUR na inwestycje w sprzęt dla szpitali, edukację oraz poszerzone zastosowanie radioterapii. W latach 2005-2011 specjalistyczną opiekę onkologiczną zasiłowało ok. 12 mld NOK, tj. ok. 1,45 mld EUR. Nie przewidziano też dodatkowych zasobów ludzkich na realizację Planów (poza latami 1999-2003). Obecny Plan nosi nazwę: Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2013-2017 i ma 5 celów⁶³:

1. Zapewnienie opieki bardziej zorientowanej na pacjenta, m.in. poprzez:
 - zwiększanie roli pacjenta w leczeniu,
 - lepsze informowanie i komunikowanie się z pacjentem.

61 Norwegian Knowledge Centre for Health Services, *Norway - health system review*, Op. Cit.

62 L. Gorgojo, M. Harris, E. Garcia-Lopez, *National Cancer Control Programmes: Analysis of Primary Data from Questionnaires - final preliminary report*, European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC) and the Core Working Group coordinated by the National Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2012.

63 Norwegian Ministry of Health and Care Services, *Together against cancer: National Cancer Strategy 2013-2017*.

2. Stworzenie z Norwegii wiodącego kraju w zakresie opieki nad pacjentem, m.in. poprzez:
 - usprawnienie koordynacji usług,
 - efektywną ocenę i diagnozę,
 - krajowe programy działań,
 - standaryzację ocen pacjentów i procesów leczenia.
3. Stworzenie z Norwegii wiodącego kraju w zakresie profilaktyki nowotworowej, m.in. poprzez:
 - rozwój badań screeningowych.
4. Zwiększenie liczby pacjentów przeżywających chorobę nowotworową i wydłużenie ich życia, m.in. poprzez:
 - skuteczniejsze leczenie,
 - wprowadzanie nowych metod,
 - dietetykę i profilaktykę,
 - stosowanie wskaźników jakościowych,
 - badania i innowacje.
5. Zapewnienie najlepszej możliwej jakości życia pacjentów i ich bliskich, m.in. poprzez:
 - rozwój opieki paliatywnej.

W celu przyczynienia się do koordynacji wdrożenia powyższych celów utworzono „Partnerstwo przeciwko nowotworom”, w skład którego wchodzi Norweskie Towarzystwo Onkologiczne, Norweskie Stowarzyszenie Władz Lokalnych i Regionalnych, 4 regionalne trusty medyczne, organizacje pacjentów onkologicznych, Norweski Rejestr Nowotworów oraz Dyrektoriat Zdrowia. Tworząc platformę dialogu i współpracy, partnerstwo ma wspierać walkę z nowotworami podejmowaną na poziomie lokalnym, regionalnym, okręgowym i krajowym.

W dokumencie skierowanym do szpitali Ministerstwo ustanowiło wymóg przypisania pacjentów z podejrzeniem wystąpienia choroby nowotworowej do koordynatorów ścieżki pacjenta w ramach dużych grup nowotworów. Taka osoba kontaktowa jest najczęściej pielęgniarzem lub innym pomocniczym personelem medycznym. W gminach rolę tę pełnią niekiedy lekarze ogólni. Koordynatorzy odpowiadają za zapewnienie już na wczesnym stadium rozwoju choroby informacji o przebiegu procesu leczenia, m.in. o indywidualnym czasie oczekiwania na poszczególne zabiegi, metodach terapeutycznych i ich konsekwencjach. Koordynator ma również dopilnować, by pacjent trafił do właściwego specjalisty i został bezzwłocznie zdiagnozowany. Norweskie Towarzystwo Onkologiczne zapewnia wsparcie finansowe dla 97 koordynatorów w 147 gminach. Lekarze ogólni są dodatkowymi osobami kontaktowymi dla swoich pacjentów. Pacjenci powinni mieć także wgląd do własnych danych medycznych, a ich doświadczenia należy wykorzystywać przy tworzeniu wytycznych zawodowych oraz dotyczących badań, innowacji i leczenia. Te ostatnie powinny być dostępne w wersji dostosowanej dla pacjentów⁶⁴.

64 Norwegian Ministry of Health and Care Services, *Together against cancer: National Cancer Strategy 2013-2017*.

Dzieci oraz młodzież do lat 18 mają być leczone w regionalnych centrach onkopediatrii, a pacjenci onkologiczni w wieku od 16 do 26 lat wymagający obserwacji psychospołecznych - otrzymać usługi dostosowane do ich wieku. Ustanowieni zostaną także koordynatorzy ich leczenia i obserwacji. Dyrektoriat Zdrowia będzie rozwijał przewodnik przeznaczony dla personelu służby zdrowia przeznaczony mającego kontakt z młodymi osobami chorymi na nowotwory. W sposób szczególny należy także budować kompetencje i opracowywać wytyczne leczenia osób starszych. Podejmowane są działania zachęcające do prowadzenia badań naukowych w obszarze opieki onkologicznej nad pacjentami w podeszłym wieku oraz rozwoju planów leczenia dostosowanych do ich potrzeb.

Aby lekarze ogólni mogli odgrywać główną rolę w obserwacji pochorobowej pacjentów, należy im zapewnić odpowiednie narzędzia wspierające podejmowanie decyzji oraz możliwość nabycia odpowiedniego poziomu kompetencji onkologicznych w ramach kursu specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej. Należy również sporządzić wytyczne dla skierowań na usługi specjalistyczne, wystandaryzować procesy diagnozy oraz opisać je i zintegrować z narodowymi programami działań. W Planie założono, iż placówki onkologiczne będą dysponowały niezbędną infrastrukturą fizyczną i najnowszym sprzętem, aby pacjenci mieli dostęp do bezpiecznych i efektywnych kosztowo terapii. Celem jest zwłaszcza zapewnienie wystarczających zasobów dla patologii, diagnostyki obrazowej i endoskopii.

6.3 Systemy i rejestry danych onkologicznych

Norwegia posiada szczegółowy i jeden z najstarszych na świecie, bo ustanowiony już w roku 1951 r. Rejestr Chorób Nowotworowych, którego kompletność szacuje się na niemal 100%. Zbierając dane onkologiczne oraz opisując wynikający z nich rozkład przestrzenny i ewolucję nowotworów w czasie, rejestr służy m.in. jako baza do badań nad przyczynami występowania nowotworów i jakością opieki onkologicznej. Jest on częścią południowo-wschodniej RIZ i jest zorganizowany jako niezależna instytucja w ramach trustu szpitala uniwersyteckiego w Oslo. Wszystkie podmioty świadczące usługi opieki onkologicznej w kraju mają prawny obowiązek zgłaszania nowych przypadków nowotworów do rejestru, niezależnie od tego, czy pacjent jest leczony, przyjmowany do szpitala czy obsługiwany jedynie ambulatoryjnie. Rejestrowane są także podejrzenia zachorowań oraz nowotwory zdiagnozowane poprzez autopsję. Do rejestru przekazywane są również raporty od indywidualnych lekarzy, z laboratoriów patologicznych i cytologicznych, Rejestru Zwolnionych Pacjentów oraz informacje ze świadectw zgonów z Urzędu Statystycznego. Odrębny dział rejestru dotyczy wpływu środowiska na rozwój nowotworów. Wszystko to odbywa się w oparciu o krajowy system personalnych numerów identyfikacyjnych.

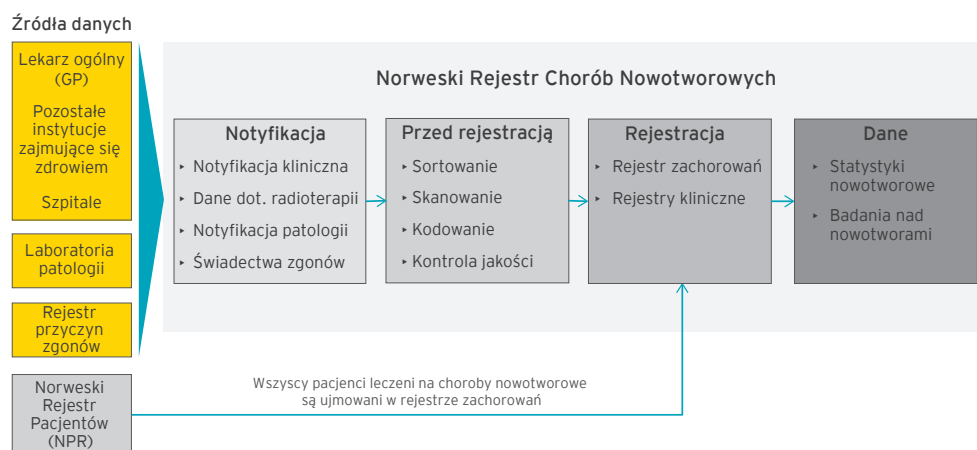
Rejestr zachorowań ma 8 powiązanych ze sobą rejestrów jakościowych, zawierających dane o ocenach diagnostycznych i leczeniu oraz ich konsekwencjach (w tym długoterminowych), co umożliwia dokumentowanie efektów diagnozy i leczenia nowotworów. Norwegia należy też do krajów, które dążą do wzrostu liczby badań klinicznych, w tym tych z udziałem dzieci, młodzieży i osób starszych oraz gromadzą szczegółowe informacje na temat przeżywalności w zależności od stadium rozwoju choroby nowotworowej⁶⁵.

65 OECD (2013), Cancer Care: Assuring quality to improve survival, Op. Cit.

Wyzwaniem jest obecnie 1,5-roczone opóźnienie w rejestracji i publikacji danych, które utrudnia wykorzystywanie rejestru w pracy nad poprawą jakości usług. Aby specjalnie wyszkoleni rejestratorzy mogli na bieżąco kodować dane, niezbędny jest rozwój technologii oraz systemów informacyjno-telekomunikacyjnych umożliwiających kompletne elektroniczne przesyłanie raportów bezpośrednio z laboratoriów patologicznych i od klinicystów. Niestety jak dotąd większość danych przesyłana jest nadal w formie papierowej (pocztą). W rejestrze raporty te są skanowane, kodowane, a wersje papierowe są niszczone. Rejestr ma być jednak rozwijany, a dla większości głównych typów raka zostaną ustanowione stowarzyszone krajowe rejestry jakości.

Źródła danych oraz proces rejestracji nowotworów w Rejestrze przedstawia Rysunek 8.

Rysunek 8. Źródła informacji i procesy rejestracji w Norweskim Rejestrze Chorób Nowotworowych.



Źródło: Cancer Registry of Norway, Institute of population-based cancer research, *Cancer in Norway 2011, Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway, 2011*.

Rejestr odpowiada także za prowadzenie wdrożonych w 1995 r. krajowych programów badań screeningowych dla raka szyjki macicy i piersi. Ten pierwszy rekomenduje, aby wszystkie kobiety w wieku pomiędzy 25 a 69 rokiem życia wykonywały test raz na trzy lata. Od wdrożenia programu zapadalność na raka szyjki macicy spadła o 30%. Ponad połowa wszystkich przypadków nowotworu szyjki macicy jest diagnozowana u 20% kobiet, które nie uczestniczą w programie. W ramach drugiego z programów zaprasza się kobiety w wieku od 50 do 69 lat na screeningowe badania mammograficzne raz na dwa lata. Wyniki wskazują na 20-30-procentową redukcję zachorowalności na raka piersi wśród kobiet, które wzięły udział w programie. Krytycy sugerują jednak występowanie problemu nadmiernego diagnozowania (np. niektóre nowotwory nie rozwinęłyby się do zaawansowanego stadium, nawet gdyby nie zostały wykryte), w związku z czym koszty programu mogą przewyższać wynikające z niego korzyści, a program jest przedmiotem badań oceniających. Finansowane z budżetu państwa studium pilotażowe badań screeningowych i profilaktyki dla raka jelita grubego zostało zainicjowane w 2012 r. w dwóch norweskich szpitalach w regionie południowo-wschodnim dla kobiet i mężczyzn w wieku 50-74 lat. W wyniku projektu będzie można zidentyfikować, który z dwóch stosowanych testów dostarcza lepszych

rezultatów. Wprowadzenie programu screeningu nowotworu prostaty jest rozważane, ale obecnie stosowany test nie jest dostatecznie dokładny, aby można go było uznać za zaufaną metodę screeningową. Rozwijanie tych programów wymaga pełnej informacji dla lekarzy ogólnych i pozostałego personelu o tym, kto powinien zostać zaproszony na badania oraz dla grup docelowych, aby nie wnioskowały o zbędny screening⁶⁶.

6.4 Finansowanie systemu opieki onkologicznej

Spośród czterech głównych źródeł finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia w Norwegii trzy to źródła podatkowe – progresywne podatki bezpośrednie (największy strumień), NIS oraz podatki pośrednie. Podatki mogą być nakładane przez rząd centralny, okręgi i gminy. Nie ma specjalnego podatku zdrowotnego. Finansowanie systemu nie różni się pomiędzy poszczególnymi okręgami lub gminami. Każdy rezydent ma prawo do usług finansowanych ze środków publicznych, a rezydenci EOG i UE są refundowani zgodnie ze stosownymi regulacjami i umowami dwustronnymi.

W 1997 r. wprowadzono system finansowania oparty o liczbę rzeczywiście zrealizowanych świadczeń i skandynawski system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), obejmujący ok. 500 różnych terapii szpitalnych, chirurgii dziennej i innych procedur medycznych. Pociągnęło to za sobą wzrost liczby leczonych pacjentów oraz redukcję czasu ich oczekiwania na świadczenie. Cena i poziom refundacji punktów za świadczenia dla poszczególnych JGP są jednakowe dla wszystkich szpitali, a wagi dobiera się na podstawie krajowych kosztów przeciętnych. RIZ mogą jednak zmienić stawki w prowadzonych przez siebie trustach.

Żadna wydzielona *explicité* część budżetu państwa nie jest przeznaczona na ochronę zdrowia, ale udział przychodów podatkowych wydatkowanych na ten cel pozostaje relatywnie stabilny na poziomie ok. 16%-17% całkowitych wydatków publicznych. Ministerstwo Zdrowia dystrybuuje budżet pomiędzy RIZ, gminy, okręgi i Norweską Izbę Ekonomii Zdrowia (HELFO⁶⁷), które kupują świadczenia. Fundusze na opiekę szpitalną są alokowane do RIZ poprzez kombinację grantów blokowych oraz według rzeczywiście zrealizowanych usług w proporcji 60% do 40%. Udział finansowania na bazie aktywności jest określany przez parlament i od wprowadzenia systemu JGP nie znalazł jeszcze swojej docelowej struktury wahając się od 35% do 60%. Niemniej założenie jest takie, że finansowanie na bazie aktywności ma nie pokrywać całości ponoszonych kosztów⁶⁸.

Finansowanie prywatnych i publicznych szpitali w oparciu o zrealizowane świadczenia odbywa się poprzez transfer zgodnie z międzynarodowymi systemami klasyfikacji informacji nt. chorób i procedur leczenia pacjentów ze szpitali do Norweskiego Rejestru Pacjentów, gdzie są zbierane trzy razy w roku oraz przekazywane do Ministerstwa. Ministerialny grant blokowy jest alokowany (pieniądze przepływają poprzez NIS) trustom przez RIZ na podstawie ich potrzeb zasobowych (aktywności). Rozmiar grantu zależy także od innych

66 Norwegian Ministry of Health and Care Services, *Together against cancer: National Cancer Strategy 2013-2017*.

67 Nor. Helseøkonomiforvaltningen.

68 Norwegian Knowledge Centre for Health Services, *Norway - health system review*, Op. Cit.

czynników np. demograficznych, a zmienne mają różne wagi w zależności od rodzaju świadczonych usług np. dla opieki somatycznej wiek ma wagę 58%, a zmienne zdrowia i śmiertelności łącznie 42%. Państwo stosuje więc ważony wzór dystrybucyjny, który określa kwoty przekazywane do gmin i okręgów, aby odpowiedzieć na lokalne różnice w charakterystyce strukturalnej w popycie populacji na usługi i różnice kosztowe. Kwoty alokowane do HELFO są ustalane w dorocznym parlamentarnym procesie budżetowania jako część dyskusji nad wydatkami ubezpieczenia społecznego. Alokacja odbywa się w oparciu o szacunki i może być dostosowana na koniec roku, w zależności od rzeczywistych wydatków.

Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB Norwegii to 9,4%⁶⁹, co w porównaniu do innych krajów OECD jest wynikiem przeciętnym. Wziąwszy jednak pod uwagę bardzo wysoką wartość PKB per capita (wyższą o ok. 85% niż średnia dla UE), poziom wydatków na ochronę zdrowia przypadających na mieszkańca Norwegii jest trzecim najwyższym w Europie (za Luksemburgiem i Monako).

Całkowite wydatki na opiekę zdrowotną i onkologiczną w Norwegii w rozbiu na wydatki publiczne i prywatne przedstawia Tabela 7.

Tabela 7. Wydatki na system opieki zdrowotnej w Norwegii w 2012 r.

Kategoria wydatków	EUR mld	Udział wydatków publicznych	Udział wydatków prywatnych
Całkowite wydatki na ochronę zdrowia	34,2	85,1%	14,9%

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych OECD. *Dane za 2007 r.

W strukturze wydatków na onkologię dominują wydatki na hospitalizację, co przedstawia Tabela 8.

Tabela 8. Struktura wydatków na opiekę onkologiczną w Norwegii w 2007 r. w mln EUR oraz w %

Wydatki całkowite	Leczenie szpitalne	Leczenie dzienne	Leczenie ambulatoryjne	Leki na receptę
631	371	68	96	96
100%	59%	11%	15%	15%

Źródło: SINTEF, Costs of cancer in the Nordic countries - a comparative study of health care costs and public income loss compensation payments related to cancer in the Nordic countries in 2007.

Ze środków publicznych pochodzi ponad 85% całkowitych wydatków na zdrowie - w większości od rządu i samorządów lokalnych. 12% całkowitych wydatków na zdrowie przypada na część zdrowotną NIS. Większość wydatków prywatnych stanowią bezpośrednie płatności prywatne dokonywane przez pacjentów, głównie na leki i opiekę stomatologiczną, dermatologiczną oraz współpłacenie w wysokości 21 EUR za wizyty u lekarzy pierwszego kontaktu. Rola dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu ochrony zdrowia w Norwegii jest znikoma (<1% wydatków), pomimo wzrostu liczby osób posiadających takie polisy do ponad 5% populacji.

⁶⁹ Dane OECD za 2012 r.

W ostatnich latach nastąpił wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia wyrażonych jako procent całkowitych wydatków na zdrowie i jest on podobny do obserwowanego w innych krajach skandynawskich. Wśród możliwych powodów tej wzrostowej tendencji wymienia się:

- ▶ fakt, iż Norwegia została w relatywnie małym stopniu dotknięta przez kryzysy gospodarcze w przeciągu ostatnich dwóch dekad,
- ▶ silne polityczne dążenie władz do zapewnienia finansowania ochrony zdrowia odpowiadającej potrzebom starzejącej się ludności, przy wykorzystaniu postępu technologicznego.

POZ jest finansowany z podatków gminnych oraz z dotacji blokowych rządu centralnego. Stawki kapitałowe stanowią ok. 30% dochodów lekarzy ogólnych - reszta to bezpośrednie opłaty za usługi. Zasady finansowania opieki onkologicznej nie odbiegają od większości pozostałych świadczeń specjalistycznych, które są finansowane z dotacji blokowych (60%) oraz na podstawie świadczeń zrealizowanych w poszczególnych RIZ (40%) w oparciu o system JGP.

Udział wydatków na opiekę szpitalną w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia spada na rzecz opieki ambulatoryjnej i leków. Oznacza to substytucję droższych komponentów tańszymi, prawdopodobnie w odpowiedzi na ograniczenia wydatków nakładane na szpitale i rozwój technologiczny. 46% całkowitych wydatków na zdrowie w 2010 roku zostało przeznaczonych na leczniczą opiekę specjalistyczną, 27% na długoterminową opiekę pielęgniarstwa (najwyższy udział wśród krajów OECD), 11% środków przeznaczono na wyroby medyczne dla pacjentów⁷⁰.

Gminy odpowiadają za profilaktykę, diagnozę i leczenie oraz świadczenia opieki pielęgniarstwa i realizowanej poza instytucjami opieki zdrowotnej. RIZ, w przeciwieństwie do gmin, które są jednostkami samorządu terytorialnego, muszą polegać na transferach z rządu centralnego. Reforma koordynacyjna z 2012 r. wprowadziła wymóg współfinansowania przez gminy. Przeciętnie gminy pokrywają 20% stawki JGP (kolejne 20% pochodzi bezpośrednio od państwa) - tej części kosztów szpitalnej opieki specjalistycznej swoich rezydentów, która jest finansowana na podstawie rzeczywiście zrealizowanych świadczeń (wyłączając procedury chirurgiczne, usługi położnicze, opiekę nad dziećmi i opiekę psychiatryczną). Dodatkowo gminy mają obowiązek ustanowienia 24-godzinnego pogotowia ratunkowego dla pacjentów, którzy nie wymagają specjalistycznej hospitalizacji, ale pomocy medycznej, która nie może im zostać udzielona w domu.

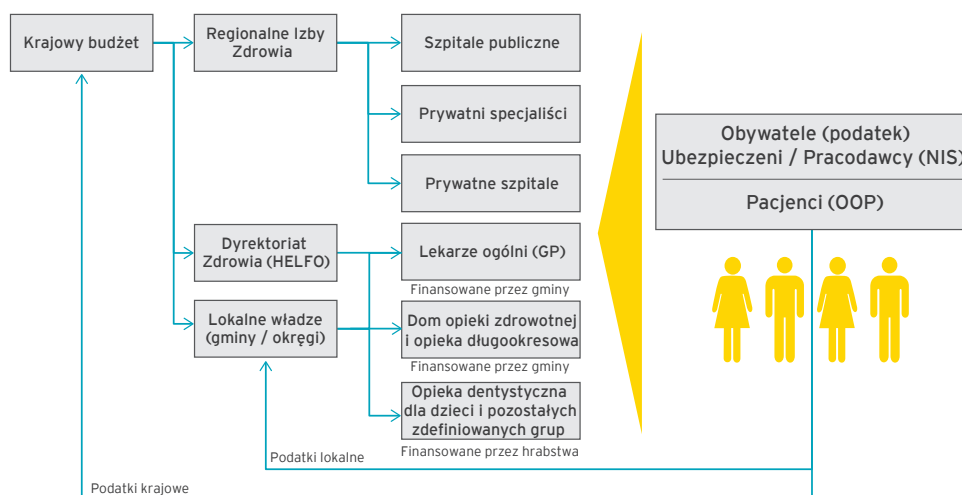
Gmina ma prawo zamówić na 7,5 godziny tygodniowo lekarza rodzinnego do swojej dyspozycji, jeżeli tak przewiduje zawarty pomiędzy nimi kontrakt. Lekarze otrzymują kombinację opłaty kapitałowej od gmin, opłat za wykonaną usługę z HELFO oraz opłat bezpośrednich od pacjentów. Kontrakty pomiędzy gminami i prywatnymi świadczeniodawcami są postrzegane jako ważne narzędzie gwarantowania jakości usług i zabezpieczenia współpracy z innymi elementami systemu. Kluczowe aspekty pracy prywatnych świadczeniodawców są jednak nadal regulowane standardami krajowymi. W przypadku usług opieki pielęgniarstwa gminy wybrały wariant tzw. „miękkich kontraktów”, które pozwalają na pewną dozę

70 Norwegian Knowledge Centre for Health Services, Norway - health system review, Op. Cit.

elastyczności w relacjach pomiędzy gminą i świadczeniodawcą (kontrakty te są otwarte na szybsze zmiany w zależności od bieżących potrzeb pacjentów).

Rysunek 9 przedstawia główne przepływy finansowe w norweskim systemie ochrony zdrowia.

Rysunek 9. Główne przepływy finansowe w norweskim systemie ochrony zdrowia.



Źródło: Norwegian Knowledge Centre for Health Services, Norway - health system review, Op. Cit.

Zakres bazowego ubezpieczenia zdrowotnego, jak również kryteria współpłacenia są określone przez parlament oraz wspierane m.in. analizami oceny technologii medycznych. Poziom współpłacenia jest umiarkowany, ale w przypadku niektórych usług może być istotny. Opieka w szpitalach publicznych lub prywatnych kontraktowana przez RIZ jest bezpłatna, podobnie jak niektóre usługi profilaktyczne np. szczepienia dzieci czy usługi świadczone w domu pacjenta. Niektóre terapie chorób przewlekłych korzystają z przywileju subsydiowania leków - wówczas pacjent pokrywa tylko 1/3 kosztów. Darmowa publiczna opieka stomatologiczna dostępna jest tylko dla dzieci, osób starszych i niepełnosprawnych.

RIZ mogą podpisywać kontrakty z prywatnymi podmiotami za zgodą Ministerstwa, gdy jest to wymagane w celu zaspokojenia popytu pacjentów. Ministerstwo następnie refunduje takie usługi na takich samych zasadach, jak w sytuacji, gdy pacjent jest leczony w szpitalnym przedsiębiorstwie będącym własnością RIZ. Nie ma więc bezpośredniego przepływu pieniędzy pomiędzy Ministerstwem, a prywatnym świadczeniodawcą, lecz pieniądze płyną poprzez RIZ do tego podmiotu zgodnie z warunkami przewidzianymi w umowie. Usługi laboratoryjne i jednostki radiologiczne, których właścicielem są trusty, są finansowane w systemie każdorazowej opłaty za usługę (opłacanej przez HELFO do RIZ) dla opieki ambulatoryjnej i w oparciu o aktywność w przypadku leczenia szpitalnego. Prywatne laboratoria są przedmiotem różnych zestawów taryf i są opłacane bezpośrednio przez HELFO, zgodnie z umowami zawartymi z RIZ. Usługi lekarzy ogólnych i ambulatoryjne wizyty u specjalistów wymagają liniowego współpłacenia pacjentów na poziomie odpowiednio: 24 EUR i 41 EUR w 2012 r.⁷¹, podobnie

71 Ogółem współpłacenie za wizyty u lekarzy pokryło 37% całkowitych kosztów usług lekarzy.

jak wizyty fizjoterapeutyczne (różny udział współpłacenia), leki na receptę (do 70 EUR za receptę)⁷², czy radiologia i testy laboratoryjne (odpowiednio: 29 EUR oraz 6 EUR). Pacjenci płacą także za transport sanitarny⁷³ i ambulatoryjną opiekę szpitalną. Tak długo jak pozostają częścią systemu publicznego, świadczeniodawcy nie mogą ustalać cen wyższych niż refundowane przez państwo.

Jednakowy dla wszystkich roczny limit współpłacenia został wprowadzony we wczesnych latach 80. XX w. i jest podtrzymywany corocznie przez parlament (w 2013 r. wyniósł ok. 250 EUR na osobę). W przypadku osiągnięcia tego limitu przez pacjenta otrzymuje on specjalną kartę zwalniającą go z opłat za leczenie do końca roku kalendarzowego. Aby otrzymać kartę, należy udokumentować swój wkład własny (rachunki i dowody wpłaty za zakupione leki i odbyte wizyty lekarskie). Współpłacenie w przypadku dzieci do lat 16 jest objęte limitem rodzica. Odrębny limit (ok. 320 EUR w 2013 r.) stosowany jest w przypadku fizjoterapii, stomatologii (w zakresie objętym refundacją), pobyków w ośrodkach rehabilitacji i leczenia za granicą. Ten ostatni limit w 2012 r. wyniósł 342 EUR. Żaden z tych limitów nie był uzależniony od dochodu pacjenta. Usługi długookresowej opieki instytucjonalnej natomiast, jak np. opieka domowa czy szpitalna dla osób starszych i niepełnosprawnych, podobnie jak leki na receptę poza listą leków refundowanych, nie kwalifikują się do limitów współpłacenia i wiążą się ze znaczną partycypacją w kosztach ze strony pacjenta, w zależności od jego dochodu (często płacą oni gminom 75%-85% swoich dochodów)⁷⁴.

Liczne mechanizmy wyłączające zupełnie lub częściowo służą ograniczeniu ciężaru finansowania usług opieki zdrowotnej przez pewne grupy społeczne: dzieci, emerytów i rencistów, kobiety w ciąży, osoby cierpiące na specyficzne choroby zakaźne (włączając w to HIV/AIDS) czy osoby poszkodowane w wyniku wypadków przy pracy lub chorób zawodowych.

Większość publicznych usług zdrowotnych świadczona na poziomie gmin jest finansowana z trzech źródeł: gmin (stawka kapitacyjna na poziomie ok. 54 EUR na pacjenta), współpłacenia pacjentów oraz HELFO (*fee-for-service*). Stawki kapitacyjne odpowiadają za ok. 30% dochodów lekarzy ogólnych, podczas gdy kolejne dwa źródła zapewniają pozostałe 70%. Lekarze ogólni mogą być także zatrudniani przez gminy, w którym to przypadku gminy otrzymują subsydia od HELFO. Prywatni specjaliści w opiece ambulatoryjnej są samozatrudnieni i opłacani z rocznych kwot z RIZ (zgodnie z typem praktyki i liczbą pacjentów), opłat za usługę (od HELFO) oraz opłat bezpośrednich pacjentów. Istnieją zachęty finansowe w postaci większych stawek refundacji za niektóre usługi np. profilaktyka wtórna chorób sercowo-naczyniowych czy promowanie rzucenia palenia.

Horyzontalna alokacja środków⁷⁵ stanowi dla Norwegii wyzwanie, ze względu na demograficzną strukturę oraz dyspersję populacji. W 2008 r. zaproponowano rozwiązanie bazujące na nowym zestawie zmiennych i metod ważenia usług oraz

72 Lek na tzw. „białą receptę” nie są refundowane, a dla leków z kategorii chorób przewlekłych kwalifikowanych na tzw. „niebieską receptę” wymagane jest współpłacenie pacjenta w wysokości 36% ceny (do limitu 510 NOK).

73 Jedynie osoby zmagające się z przewlekłymi chorobami są zwolnione z tych opłat.

74 Norwegian Knowledge Centre for Health Services, *Norway - health system review*, Op. Cit.

75 Dotyczy podziału środków pomiędzy świadczeniodawców na tym samym poziomie (np. pomiędzy gminami).

zawierające kompensację uwzględniającą różnice strukturalne w kosztach pomiędzy poszczególnymi RIZ. W konsekwencji doszło do redystrybucji z regionu południowo-wschodniego ok. 81 mln EUR (2,2% całkowitego dochodu tej RIZ). Północna RIZ otrzymuje większy transfer od państwa niż pozostałe. Zwiększone zostały też transfery do wiejskich przedsiębiorstw zdrowotnych w obrębie poszczególnych regionów systemu ochrony zdrowia. Jeżeli chodzi o personel służby zdrowia to największe wyzwania wiążą się z zapewnieniem równego dostępu do opieki pielęgniarstwa dla osób starszych.

6.5 Rola świadczeniodawców prywatnych

W przeciwieństwie do usług POZ, zaangażowanie podmiotów sektora prywatnego w świadczenie komercyjnych usług opieki onkologicznej jest w Norwegii bardzo ograniczone. Większość szpitali to placówki publiczne, a mniej niż 2% łóżek szpitalnych przypada na komercyjne ośrodki prywatne⁷⁶. Opieka szpitalna jest świadczona przez nieliczne komercyjne i niekomercyjne placówki prywatne (typu „non-profit”) posiadające umowy z RIZ. Inne usługi świadczone przez prywatne ośrodki komercyjne obejmują długoterminową opiekę pielęgniarstwa (ok. 10% domów opieki jest prywatna), wsparcie usług radiologicznych i laboratoryjnych (odpowiednio 80% i 60% skierowań lekarzy ogólnych do komercyjnych ośrodków prywatnych). Agencje niekomercyjne zwykle obejmują szpitale lub instytucje w formie fundacji, które z zasady są finansowane i postrzegane jako integralna część publicznych usług zdrowotnych⁷⁷.

W efekcie świadomej polityki substytucji realizowanej od późnych lat 80-tych, drogie leczenie szpitalne jest w wielu przypadkach zastępowane tańszymi formami opieki: ambulatoryjną, dzienną i domową, co skutkuje m.in. krótszymi pobytami w szpitalach i spadkiem liczby łóżek szpitalnych oraz zmieniającym się stosunkiem liczby pacjentów leczonych szpitalnie do liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Nieliczne ośrodki opieki długoterminowej funkcjonują jako prywatne przedsiębiorstwa komercyjne.

6.6 Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców

Jako kraj o dużej powierzchni i rozciągłości południkowej, a małej populacji, Norwegię cechują duże dysproporcje w fizycznym dostępie do świadczeń onkologicznych. Opieka specjalistyczna jest skoncentrowana w najgęściej zaludnionych obszarach miejskich, zwłaszcza na południu kraju, gdzie klimat jest nieco łagodniejszy niż na północy. Najgorsza jest sytuacja osób zamieszkujących obszary wiejskie i izolowane geograficznie, którzy w celu uzyskania opieki medycznej często zmuszeni są pokonywać znaczne odległości. Pomimo znacznej liczby lekarzy w stosunku do populacji, relatywnie niska jest - w porównaniu z innymi krajami europejskimi - liczba łóżek przeznaczonych na opiekę intensywną w szpitalach na 100 000 mieszkańców. Wysokie wskaźniki wykorzystania tych łóżek oraz długie czasy oczekiwania na niektóre usługi, stanowią symptomy istotnych trudności z zapewnieniem geograficznej równości w dostępie do świadczeń⁷⁸.

⁷⁶ W dziennej opiece chirurgicznej ten odsetek jest nieco wyższy.

⁷⁷ Norwegian Knowledge Centre for Health Services, *Norway - health system review*, Op. Cit.

⁷⁸ Czas oczekiwania na ścieżce pacjenta pomiędzy lekarzem pierwszego kontaktu, a wizytą specjalistyczną za jego skierowaniem jest Norwegii jednym z najdłuższych w OECD i wynosi średnio

W celu przeciwdziałania tym dysproporcjom, kraj dysponuje znacznym taborem medycznych środków transportowych naziemnych, powietrznych i morskich, przydatnych zwłaszcza w sytuacjach krytycznych.

Rozmieszczenie przestrzenne lekarzy pierwszego kontaktu jest względnie dobre, ale ankieta z 2010 r. wykazała, że udział populacji raportującej oczekiwanie pomiędzy 2 a 5 dni na dostęp do lekarza ogólnego był wyższy w Norwegii niż w innych europejskich krajach. Norwegia miała jednocześnie wyższy udział populacji przypisanej do konkretnego lekarza rodzinnego.

Norwegia scentralizowała zasoby i wiedzę w zakresie usług opieki onkologicznej w specjalistycznych instytucjach, aby zapewnić wysoką jakość leczenia i wyższą efektywność. Dla przykładu, zabiegi chirurgii onkologicznej są obecnie realizowane w mniejszej liczbie ośrodków, dzięki czemu poszczególne jednostki i lekarze mają okazję zdobyć większe doświadczenie. Liczbę szpitali specjalistycznych zredukowano z 55 w 1999 r. do 21 trustów zdrowotnych w roku 2011.

Najbardziej skomplikowane świadczenia onkologiczne, włączając w to radioterapię, są oferowane przez 6 wyspecjalizowanych i dobrze wyposażonych uniwersyteckich centrów. Każdy region posiada przynajmniej jeden szpital uniwersytecki ulokowany w dużym ośrodku akademickim. Nowotwory dziecięce są leczone w specjalistycznych centrach pediatrycznych, które znajdują się często w tych samych szpitalach, co centra onkologii. Dodatkowo istnieje 30 wysoce specjalistycznych usług zdefiniowanych jako „krajowe”, które są na ogół świadczone wyłącznie w jednym szpitalu uniwersyteckim oraz 45 wyspecjalizowanych krajowych centrach kompetencyjnych, funkcjonujących głównie w szpitalach uniwersyteckich⁷⁹.

W wyniku wdrożenia Narodowego Planu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 1999-2003 zwiększono możliwości świadczenia usług radioterapii. Liczba radioterapeutów wzrosła, podobnie jak liczba szkoleń w norweskich szpitalach onkologów i patologów oraz liczba akceleratorów liniowych w kraju (39). Poprawiło to jakość leczenia, a stosowanie radioterapii wzrosło, choć jest wciąż zbyt niskie (zwłaszcza w przypadku radioterapii paliatywnej) względem rosnącej częstotliwości występowania nowotworów w populacji oraz bardziej złożonych trybów leczenia.

Protonoterapia nie jest obecnie stosowana w Norwegii, ale nieliczni pacjenci, zwłaszcza dzieci i młodzież są jej poddawani za granicą. RIZ pod przewodnictwem regionu zachodniego badają możliwości utworzenia pierwszego ośrodka protonoterapii lub zawarcie wcześniej umów na świadczenie norweskim pacjentom protonoterapii za granicą.

Rezultaty ankiety OECD z 2011 r. wykazały, że różnice w zadowoleniu pacjentów z bezpieczeństwa i jakości opieki pomiędzy regionami nie były znaczne, ale pacjenci z regionu centralnego i południowo-wschodniego mieli lepsze doświadczenia jeżeli chodzi o standard opieki. 50% respondentów musiało oczekiwać dłużej niż 4 tygodnie na konsultację specjalistyczną, a 21% czekało dłużej niż 4 miesiące na zabieg chirurgiczny (w obydwu przypadkach gorsze wyniki osiągnęły jedynie

miesiąc.

79 Norwegian Knowledge Centre for Health Services, Norway - health system review, Op. Cit.

Kanada i Szwecja)⁸⁰. Aby ograniczyć ten problem wprowadzono m.in. wolny wybór szpitali oraz wytyczne priorytetyzacji czasów oczekiwania pacjentów. Na przestrzeni lat podejmowano także działania mające na celu przyciągnięcie personelu medycznego do regionu północnego, wsparcie pacjentów podróżujących do miejsca świadczenia usług oraz popularyzację zastosowania telemedycyny jako narzędzia wyrównywania dostępu do świadczeń.

6.7 Kompleksowość opieki onkologicznej

6.7.1 System referencyjny

W Norwegii nie funkcjonuje system referencyjny polegający na dyskryminacyjnym finansowaniu usług wykonywanych w ośrodkach, którym przyznano niższy stopień referencyjności.

6.7.2 Inne mechanizmy

Każdy szpital posiada komisję zapewnienia jakości leczenia jako część systemu kontroli wewnętrznej. Komisje te mogą także posiadać podkomitety ds. jakości w każdym oddziale. Ich zadaniem jest promowanie standardów jakości, ale nie są one odpowiedzialne za zapewnienie ich spełnienia, za co wyłączną odpowiedzialność ponoszą zarząd i personel szpitala. Ustawa z 2011 r. wprowadziła podobne wymagania w przypadku świadczeniodawców POZ. Każda gmina musi dopilnować, by usługi były świadczone w sposób skoordynowany, a personel posiadał niezbędne kompetencje. Zarówno prywatne, jak i publiczne szpitale są zobligowane do zgłaszania poważnych incydentów (jak np. niespodziewane zgony) do Krajowej Rady Nadzoru Zdrowia.

Ustawa o gminnej opiece zdrowotnej z 2011 r. upoważniła na zasadach wyłączności Dyrektoriat Zdrowia do opracowywania i rozpowszechniania krajowych wytycznych klinicznych, które nie są jednak prawnie wiążące, lecz stanowią normatywne wskazówki rekomendowanych działań. Wytyczne kliniczne, diagnostyczne i lecznicze dla nowotworów piersi zostały wprowadzone już w latach 80., a w przypadku nowotworów jelita grubego w latach 90. Wytyczne te są regularnie rewidowane i uaktualniane w celu promocji najlepszych praktyk onkologicznych. RIZ, gminy i zarządzający świadczeniodawcami odpowiadają natomiast za ułatwienie wdrożenia tych wytycznych. Wydano łącznie ok. 400 szczegółowych wytycznych dla lekarzy ogólnych, lokalnych centrów zdrowia, domów opieki, szpitali itp., które są dystrybuowane w formie drukowanej i online. Choć poziom zgodności z istniejącymi wytycznymi od lat ulega poprawie, wciąż brakuje standardów jakościowych (w tym dotyczących wymaganego wykształcenia personelu) dla niektórych typów opieki. Finansowanie usług nie jest powiązane z ich jakością i bezpieczeństwem⁸¹, choć podejmowane są pierwsze inicjatywy w tym zakresie. Krajowe wytyczne onkologiczne zawierają w szczególności normatywną ocenę choroby i czasu leczenia. Skierowanie powinno zostać rozważone w ciągu 5 dni roboczych, ocena powinna rozpocząć się w ciągu 10 dni, a leczenie przynajmniej

80 OECD, 2012b.

81 Jedynie w przypadku niektórych usług (profilaktyka wtórna chorób układu krążenia, inicjatywy przeciwdziałania paleniu) szpitale uzyskują dodatkowe wpływy jako zachętę do ich świadczenia.

80% pacjentów ma się rozpocząć w ciągu 20 dni roboczych od skierowania⁸².

Ścieżka pacjenta rozpoczyna się od wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, który następnie kieruje go do specjalisty lub na oddział pogotowia ratunkowego najbliższego szpitala. Lekarz ogólny albo umawia spotkanie pacjenta z prywatnym specjalistą, który zawarł umowę z trustem szpitalnym, centrum radiologicznym lub szpitalem, albo wypisuje pacjentowi stosowne skierowanie. Ani gminy ani RIZ nie mogą nakładać dodatkowych opłat na pacjentów lub naruszyć „filtrującej” roli lekarzy na poziomie gminnym (rodzinnych lub oddziału pogotowia ratunkowego) w dostępie do opieki specjalistycznej. Pacjenci podejrzewani o zachorowanie na określony typ nowotworu są kierowani do odpowiedniego oddziału specjalistycznego na ocenę zgodnie z krajowymi wytycznymi. Pacjent jest zwykle oceniany na konsultacjach interdyscyplinarnego forum przedstawicieli różnych specjalności onkologicznych, dzięki czemu poprawia się skuteczność stosowanego leczenia. Najczęściej pacjent spotyka jednego lub dwóch specjalistów z zespołu, ale spotkanie z całym zespołem także jest możliwe, z uwagi na cel włączania pacjentów i ich krewnych w proces decyzyjny. Połączenie kompetencji centrów diagnostycznych ze specjalistami klinicznymi w ramach tego samego ośrodka stwarza podstawę do efektywnego podejmowania decyzji, a tym samym zapewnienia wysokiej jakości leczenia i opieki nad pacjentem onkologicznym. W niektórych obszarach, w szczególności dotyczących opieki nad osobami starszymi i onkologii, ustanowiono też w szpitalach specjalistyczne i często multidyscyplinarne zespoły mobilne, które dostarczają wytyczne i opiekę dla pacjentów w domu lub innych placówkach w społeczności.

Pacjenci w Norwegii posiadają szeroki dostęp (także w formie elektronicznej) do informacji medycznej i obserwowany jest ciągły postęp w tej dziedzinie. Nowy kompleksowy portal informacji zdrowotnej zawiera m.in. informacje na temat ok. 30 różnych wskaźników jakościowych pomagających pacjentom dokonać wyboru szpitali, w tym danych nt. jakości opieki onkologicznej. Mają oni też prawo partycypować w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia (wybór możliwych i medycznie uzasadnionych metod) oraz otrzymują dostęp do informacji dotyczących ich stanu zdrowia i planowanej opieki, możliwego ryzyka związanego z leczeniem i efektów ubocznych terapii, a na żądanie mogą także otrzymać darmowo ich kopię oraz krótkie i proste objaśnienia używanych terminów medycznych.

Norwegia posiada odrębne gwarancje dotyczące czasów oczekiwania na realizację usług przez wybrane grupy pacjentów (np. w zakresie zdrowia psychicznego) oraz normatywne czasy trwania leczenia onkologicznego. Norwegia posiada także system indywidualnych gwarantowanych czasów oczekiwania pacjentów. Wytyczne priorytetyzacji zostały opracowane, aby pomóc lekarzom szpitalnym w określeniu właściwych czasów oczekiwania pacjentów. Takie sformalizowane mechanizmy priorytetyzacji odnoszące się do czasów oczekiwania na poziomie indywidualnym nie są stosowane w innych krajach skandynawskich, chociaż Finlandia, Szwecja i Dania mają ogólne cele lub gwarancje maksymalnych czasów oczekiwania, obejmujące wszystkie grupy pacjentów poddanych opiece specjalistycznej. Jeśli

82 Norwegian Ministry of Health and Care Services, *Together against cancer: National Cancer Strategy 2013-2017*.

gwarancje te zostałyby złamane, pacjenci w Norwegii mają dodatkowe prawo do skorzystania na koszt państwa z leczenia w innym kraju, ale dzieje się tak tylko w przypadku, gdy świadczenie nie może zostać spełnione przez żaden inny szpital krajowy w określonych ramach czasowych lub wymagane leczenie nie jest dostępne ze względu na brak kompetencji lub odpowiednich testów diagnostycznych. Wnioski o leczenie za granicą ze względu na przekroczenie czasu oczekiwania kierować należy do Departamentu Obsługi Pacjenta HELFO, podczas, gdy wniosek o leczenie za granicą z powodu braku kompetencji w kraju musi zostać zaaprobowany przez jedno z biur narodowej Sieci Leczenia Zagranicznego w ramach RIZ⁸³.

Odpowiedzialność za organizację oraz zarządzanie projektem opieki medycznej za granicą została powierzona NIS. Kontrakty zawarto z 15 szpitalami w Szwecji, Danii, Niemczech i Francji. Placówki zostały wybrane w oparciu o kryteria jakości, doświadczenia i podobieństwa systemu leczenia do stosowanego w norweskich szpitalach. Powodami ustanowienia przez norweski parlament możliwości refundacji leczenia za granicą były: nieakceptowalnie długie czasy oczekiwania na leczenie szpitalne w kraju, niedostateczne zasoby norweskich szpitali, włączając w to personel, w szczególności pielęgniarski, oraz przekonanie, że bezpośrednie użytkowanie tych samych zasobów w norweskiej służbie zdrowia mogłoby generować negatywne makroekonomiczne konsekwencje. Wierzone także, że współpraca z obcymi szpitalami zmotywuje norweskie szpitale do zrewidowania własnych zasobów i umożliwi wgląd w różne modele zarządzania i leczenia. Sceptycy ostrzegali natomiast przed ryzykiem infekcji w zagranicznych szpitalach oraz twierdzili, że eksport aktywności medycznych za granicę może spowodować zastój w rozwoju wiedzy i doświadczeń medycznych w kraju. Jeszcze inni utrzymywali, że norweski sektor szpitalny byłby w stanie zwiększyć swoje możliwości produkcyjne w krótkim czasie, a zasoby powinny być zostać ulokowane w kraju. Leczenie medyczne za granicą jest także relatywnie drogie, a niektóre terapie konkurują z usługami krajowymi⁸⁴.

Podobnie jak inne kraje skandynawskie, Norwegia tradycyjnie promuje zastosowanie telemedycyny jako narzędzia poprawy równości w dostępie do świadczeń, zwłaszcza w izolowanych obszarach z rozproszoną populacją, w szczególności w regionie północnym. Schemat refundowania telemedycyny przez NIS został zaimplementowany w 1996 r. Nowsze zastosowania obejmują także teleradiologię oraz system wideokonferencji – także w obszarze onkologii.

Od wczesnych lat 80. Norwegia wspiera rozwój opieki paliatywnej, rehabilitacji oraz pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej. Najnowszym strategicznym dokumentem politycznym jest Krajowy Program Działań w zakresie Paliatywnej Opieki Onkologicznej. Usługi te są świadczone na wszystkich poziomach organizacji systemu. W przypadku pacjentów pozostających w domach są zapewniane przez lekarzy ogólnych w ramach gminnych usług opieki. Wsparcia mogą także udzielać szpitalne specjalistyczne zespoły ambulatoryjnej opieki paliatywnej, złożone przynajmniej z jednego konsultanta, pielęgniarki, pracownika społecznego, fizjoterapeuty oraz duszpasterza. Zespoły te, aby uzyskać refundację, muszą zagwarantować systematyczną ocenę objawów,

83 Norwegian Knowledge Centre for Health Services, *Norway - health system review*, Op. Cit.

84 Norwegian Knowledge Centre for Health Services, *Norway - health system review*, Op. Cit.

obserwację członków rodziny i współpracę z POZ. Obecnie wszystkie główne szpitale posiadają wielodyscyplinarne zespoły opieki paliatywnej świadczące usługi ambulatoryjne w oddziałach i okolicznych gminach (ok. 90% pacjentów tych zespołów to pacjenci onkologiczni). Specjalistyczna opieka paliatywna jest także świadczona w placówkach leczenia zamkniętego, desygnowanych jednostkach opieki szpitalnej w gminnych domach opieki, a także oddziałach większych szpitali czy szpitalach uniwersyteckich (w przypadkach najbardziej skomplikowanych). Każdy z uniwersyteckich szpitali posiada kompleksowy program opieki paliatywnej obejmujący zespół ambulatoryjny, klinikę ambulatoryjną i jednostkę leczenia zamkniętego⁸⁵. Wszystkie regiony ustanowiły pielęgniarskie sieci kompetencyjne zajmujące się opieką paliatywną oraz regionalne centra kompetencyjne, które odgrywają ważną rolę w koordynacji usług klinicznych, jak również nauczania, badań i rozwoju. Sieci odbywają regularne spotkania i prowadzą programy szkoleniowe z onkologii i opieki paliatywnej. Pielęgniarze pracujący w gminach kooperują z lekarzami ogólnymi i z domami opieki oraz reprezentują lokalne powiązania z zespołami szpitalnej specjalistycznej opieki paliatywnej.

Na poziomie gmin zostały ustanowione jednostki i łóżka opieki paliatywnej w domach opieki oraz realizowane są projekty rozwijające kompetencje w tym zakresie. Dla pacjentów w terminalnym stadium choroby, opieka paliatywna powinna być świadczona w miejscu zamieszkania lub jego pobliżu oraz w oparciu o ścisłą współpracę lekarza rodzinnego, gminnej domowej opieki pielęgniarskiej oraz koordynatora onkologii w gminach, w których tacy koordynatorzy zostali wyznaczeni, angażując w razie konieczności także zespół opieki paliatywnej lokalnego szpitala. Rehabilitacja ma być zintegrowana z procesem leczenia pacjentów onkologicznych zarówno w ramach opieki specjalistycznej, jak i w gminach, przy ewentualnym udziale wolontariuszy i pacjenckich grup wzajemnego wsparcia oraz zastosowaniu rozwiązań międzygminnych. Zgodnie z Narodową Strategią Onkologiczną kursy medycyny paliatywnej powinny być częścią obowiązkową kształcenia specjalistów z zakresu onkologii, chirurgii, ginekologii, medycyny wewnętrznej i ogólnej. Podkreśla się także znaczenie wzorców postępowania dla środków obserwacji, informowania i współpracy z dziećmi i młodzieżą, będącymi krewnymi pacjentów onkologicznych.

W 2012 r. wszystkie z wyjątkiem jednego trusty szpitalne posiadały specjalistyczny zespół zajmujący się opieką paliatywną (łącznie 38 zespołów), a w 16 szpitalach były oddziały zamkniętej opieki paliatywnej (łącznie 95 łóżek). 38 domów opieki na terenie całego kraju posiadało oddziały opieki paliatywnej (z co najmniej 4, a łącznie 235 łózkami). Dodatkowe 68 domów opieki miało pomiędzy 1 a 3 łózkami (łącznie 99 łóżek). Zakres oraz poziom opieki różni się w zależności od placówki, co wynika z poziomu kompetencji lokalnego personelu. Opieka paliatywna nie jest jedną ze specjalności pielęgniarskich w Norwegii. Ze względu na dominację pacjentów onkologicznych wśród pacjentów opieki paliatywnej, specjalizacja w onkologii pozostaje najbardziej adekwatną do świadczenia tych usług. Lekarze onkolodzy mają obowiązkową rotację w oddziale opieki paliatywnej, a medycyna paliatywna została formalnie uznana za kompetencję lekarską⁸⁶.

85 Niedostępne tylko w Tromsø.

86 Norwegian Knowledge Centre for Health Services, Norway - health system review, Op. Cit.

Zgodnie z Indekssem Jakości Śmierci poziom dostępności i jakości opieki w końcowym okresie życia pacjentów jest w Norwegii umiarkowanie wysoki. W 2010 r. została sklasyfikowana odpowiednio na 20-tym i 15-tym miejscu na 40 możliwych w zakresie dostępności i jakości opieki paliatywnej. Pomimo wsparcia w postaci grantu specjalnego przeznaczenia, nie ma stałego schematu finansowania opieki paliatywnej w domach opieki. Inną barierą jest to, że wszystkie leki używane w kontroli objawów w opiece paliatywnej są darmowe w opiece domowej, ale muszą być pokryte przez instytucje w przypadku pacjentów pozostających w domach opieki. Opieka domowa przepisana przez szpital lub lekarza ogólnego jest świadczona przez gminę za darmo.

Wskaźniki pomiaru jakości systemu ochrony zdrowia stosowane przez OECD wskazują na poprawę przeżywalności chorych na raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego w Norwegii w latach 1997-2009 (por. Tabela 9). Wskaźniki dla Norwegii pozostawały też powyżej średniej dla całej organizacji. W przypadku raka szyjki macicy Norwegia ma najwyższą przeżywalność w Europie, dzięki wczesnej diagnozie (np. poprzez krajowy program badań screeningowych), dostępności leków i nowych metod leczenia. Norwegia jest krajem osiągającym jedne z najlepszych wyników leczenia, zwłaszcza w onkopedii. W obszarach, w których wskaźniki efektywności przybierają mniej korzystne trendy podejmowane są działania naprawcze.

Tabela 9. Zmiany w 5-letniej przeżywalności wybranych typów nowotworów w latach 1997-2002 oraz 2004-2009

Rodzaj nowotworów	5-letnia przeżywalność 1997-2002 (I)		5-letnia przeżywalność 2004-2009 (II)		% zmiana pomiędzy I i II	
	Norwegia	OECD śr.	Norwegia	OECD śr.	Norwegia	OECD śr.
Rak piersi	82,4	78,7	86,5	83,5	5	6
Rak szyjki macicy	68,8	64,6	78,2	66,4	14	3
Rak jelita grubego	57,0	54,6	63,1	59,9	11	10

Źródło: Dane OECD.

RIZ, szpitale oraz świadczeniodawcy gminni odpowiadają za zapewnienie jakości oraz równego dostępu pacjentów do usług. Krajowe miary efektywności i jakości są stale udoskonalane. Wcześniej dostępne były jedynie wskaźniki procesowe jak np. szpitalne czasy oczekiwania i liczba wykonanych procedur. Norweskie Centrum Wiedzy dla Usług Zdrowotnych skupia się na efektywności porównawczej, bezpieczeństwie pacjentów i publikacji wskaźników jakościowych i krajowych ankiet doświadczeń pacjentów. Szpitale otrzymują też z krajowych rejestrów informacje zwrotne dotyczące ich wyników na tle przeciętnej krajowej. Większość rejestrów nie jest powiązana z elektroniczną dokumentacją medyczną, aczkolwiek podejmowane są wysiłki mające na celu osiągnięcie bardziej zintegrowanych rozwiązań. Wskaźniki są akceptowane przez Dyrektoriat Zdrowia oraz udostępniane publicznie w Internecie.

Niepełna jest koordynacja pomiędzy POZ i opieką długoterminową z jednej strony, oraz intensywną opieką specjalistyczną z drugiej, także dlatego, że każdy z tych dwóch obszarów podlega różnym poziomom administracji: lokalnemu i krajowemu.

Obydwa sektory mają różne systemy finansowania, a także kultury administracyjne, polityczne i zawodowe (opieka specjalistyczna ma zupełnie inną specyfikę niż POZ), stąd system napotyka na bariery w dobrej wertykalnej i horyzontalnej koordynacji, co szczególnie dotyka m.in. pacjentów onkologicznych.

W 2005 r. powołano Krajową Grupę Roboczą, celem dialogu i koordynacji współpracy różnych interesariuszy ochrony zdrowia. Grupa określiła badania w zakresie onkologii jako potencjalny obszar priorytetowy na poziomie krajowym, a region południowo-wschodni jako koordynatora działań. W 2009 r. Ministerstwo zaproponowało Reformę Koordynacyjną, która weszła w życie w styczniu 2012 r. i dotyczy profilaktyki, integracji opieki i wzmocnienia gminnej opieki zdrowotnej. Reforma wprowadziła zachęty ekonomiczne dla gmin do pracy nad ograniczeniem liczby hospitalizowanych pacjentów. Celem reformy jest także usprawnienie systemów informacyjnych. Nowe modele zintegrowanej opieki (np. współfinansowane przez szpitale i gminy łączone oddziały dla pacjentów z pośrednimi potrzebami zinstytucjonalizowanej opieki) są testowane. W pewnych przypadkach obejmuje to także oddziały opieki paliatywnej (głównie pacjenci onkologiczni). W innych obszarach oddziały hospicyjne są prowadzone przez domy opieki. Wszyscy pacjenci z chorobami przewlekłymi mają też prawo do indywidualnego planu leczenia i opieki. Zachęty do koordynacji opieki przez szpitale są oparte o obowiązkowe umowy pomiędzy nimi a gminami i niedawno wprowadzonym współfinansowaniem opieki szpitalnej przez gminy. Po hospitalizacji, w większości przypadków do lekarza rodzinnego wysyłany jest list z informacją o opuszczeniu szpitala przez pacjenta. Jeżeli pacjenci potrzebują opieki domowej, istnieją procedury powiadamiania gminy, która dokonuje zwykle oceny zapotrzebowania pacjenta na tego typu opiekę przed opuszczeniem przez niego szpitala.

Reforma zyskała poparcie w parlamencie, pomimo oporu ze strony kilku partii opozycyjnych, które argumentowały, że wiele gmin jest zbyt małych, aby udźwignąć zwiększony ciężar administracyjny i finansowy. W celu ograniczenia ryzyka i zobowiązań gmin, ich współfinansowanie zostało ograniczone do leczenia niechirurgicznego. Reforma składa się z ustawy o gminnej opiece i ochronie zdrowia oraz ustawy o zdrowiu publicznym, a także Planu Opieki i Ochrony Zdrowia oraz objęła dobrowolne porozumienia gmin ze szpitalami i instrumenty finansowe wspierające współpracę. Norweska Rada Naukowa odpowiada za ocenę wdrożenia reformy.

Opieka specjalistyczna jest reorganizowana przez decentralizację usług, skoncentrowanie się na organizacjach mobilnych wspierających usługi gmin oraz centralizację wysoce specjalistycznych usług w przypadkach, w których może to zapewnić lepszą jakość leczenia. Celem jest zwiększenie kompetencji w ramach gmin dla wszystkich procesów diagnozowania nowotworów, ich leczenia i późniejszej obserwacji. Lekarze ogólni, w stopniu większym niż wcześniej będą wykorzystywać usługi gminne w celu lepszej kontynuacji leczenia, włączając w to opiekę paliatywną i hospicyjną.

W Norwegii wprowadzono także program, którego celem jest zapewnienie, by każda diagnoza nowotworowa wiązała się z zastosowaniem badań biologii molekularnej. Departament onkologiczny norweskiego oddziału firmy Pfizer

zainicjował ten projekt we współpracy z klastrem onkologicznym w Oslo w 2011 r. Zaowocowało to utworzeniem Norweskiego Konsorcjum Genomiki Onkologicznej, które rok później zaprezentowało Narodowy Program Spersonalizowanej Opieki Onkologicznej. Konsorcjum ma charakter interdyscyplinarny i składa się z centrów badań onkologicznych oraz szpitali uniwersyteckich ze wszystkich regionów ochrony zdrowia. Klaster z Oslo ma natomiast za zadanie ułatwić komunikację wyników i angażowanie partnerów prywatnych. Celem spersonalizowanego programu jest ustanowienie wzorcowej infrastruktury diagnostycznej w norweskim systemie ochrony zdrowia, a przez to optymalizacja decyzji dotyczących leczenia nowotworów. W 2012 roku Norweska Rada Naukowa przeznaczyła na pierwszą fazę realizacji projektu grant w wysokości ok. 4,4 mln EUR w ramach programu zainicjowanych publicznie onkologicznych studiów klinicznych. Druga faza otrzymała natomiast ok 5,1 mln EUR grantu z Rady Programu Badań BIOTEK 2012. Pierwszy projekt badań klinicznych został zainicjowany celem identyfikacji wszystkich zmian genowych u 800 pacjentów z różnymi typami nowotworów. Większe i dokładniejsze studia są w fazie planowania, a konsorcjum aplikuje o dodatkowe środki finansowe⁸⁷.

87 <http://www.oslocancercluster.no/Projects/Personalizedcancermedicine.aspx>

7. System opieki onkologicznej we Francji

Typ systemu:

- ▶ Dominacja mechanizmów rynkowych,
- ▶ Częściowo dostęp do specjalistycznych świadczeń medycznych wymaga skierowania od lekarza pierwszego kontaktu,
- ▶ Istotna rola komplementarnych ubezpieczeń prywatnych i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.

System opieki zdrowotnej we Francji, w tym także opieki onkologicznej, zorganizowany jest według kilku podstawowych zasad. Należą do nich: gwarancja wolności wyboru lekarza, swoboda praktykowania lekarzy, współfinansowanie opieki przez pacjenta oraz jednakowa jakość świadczonych usług wśród usługodawców publicznych i prywatnych. Charakterystyczne jest także wzajemne przenikanie się sektorów: prywatnego i publicznego – zarówno w sferze finansowania, jak i świadczenia usług. Struktura, mechanizmy działania oraz model finansowania systemu opieki onkologicznej wraz z ostatnimi zmianami regulacyjnymi zostały opisane w poniższych podrozdziałach.

7.1 Podmioty systemu opieki onkologicznej

Francuski system opieki onkologicznej charakteryzuje rozdział funkcji płatników, regulatora i instytucji koordynującej oraz świadczeniodawców usług medycznych.

7.1.1 Funkcja płatnika

We Francji istnieje powszechny obowiązek ubezpieczenia u jednego z kilkunastu ubezpieczycieli publicznych funkcjonujących w ramach systemu bazowego ubezpieczenia zdrowotnego. Obok powszechnego systemu ubezpieczeń działa wiele systemów obowiązkowych ubezpieczeń dla poszczególnych kategorii zawodowych, towarzystw ubezpieczeń wzajemnych oraz dobrowolnych komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych. Największym płatnikiem jest Krajowa Kasa Ubezpieczenia Zdrowotnego Pracowników Najemnych (i ich rodzin)⁸⁸, obejmująca ok. 90% populacji.

Ubezpieczyciele trzech największych kategorii zawodowych⁸⁹ (pracowników najemnych, rolników i samozatrudnionych) są zrzeszeni w Krajowym Związku Kas Chorych, który po reformie systemu opieki zdrowotnej w 2004 roku stał się wyłącznym reprezentantem ubezpieczonych w negocjacjach ze świadczeniodawcami. Kasy chorych działają poprzez regionalne i lokalne oddziały, posiadające w swych strukturach jednostki odpowiedzialne za rozliczenia, zwrot

⁸⁸ Fr. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

⁸⁹ Tzw. réżimów – określających wzajemne prawa i obowiązki pracowników, pracodawców oraz kas chorych w ramach gałęzi zdrowotnej francuskiego systemu ubezpieczeń społecznych (fr. Sécurité Sociale).

roszczeń i świadczenia. Regionalne kasy chorych są nadzorowane przez Regionalne Agencje Zdrowia (ARS⁹⁰), opisane w kolejnym podrozdziale.

7.1.2 Funkcja regulatora

Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia jest odpowiedzialne za politykę zdrowotną we Francji. Nadzoruje zarządzanie zasobami i reguluje wydatki na ochronę zdrowia w ramach budżetu ustalanego rokrocznie przez parlament dla systemu zabezpieczenia społecznego oraz na podstawie informacji dostarczanych przez Ministerstwo Finansów. Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia ostatecznie ustala cenę poszczególnych procedur medycznych na podstawie informacji dostarczanych przez specjalnie powoływane komitety. Mimo iż rząd, a w szczególności Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia, ponosi ostateczną odpowiedzialność za funkcjonowanie służby zdrowia, operacyjne zarządzanie systemem ochrony zdrowia jest zdecentralizowane.

Większość kompetencji została przekazana na poziom lokalny, gdzie za funkcjonowanie systemu odpowiadają głównie regionalne i podlegające im departamentalne agencje zdrowia. Uchwalona 21 lipca 2009 r. ustawa o reformie szpitali, odnosząca się do pacjentów, zdrowia i terytoriów (HPST⁹¹) ustanowiła 26 Agencji Regionalnych Zdrowia (ARS), odpowiedzialnych m.in. za:

- ▶ kontraktowanie usług medycznych, w tym redystrybucję subwencji państwowych na podstawie umów zawieranych ze świadczeniodawcami,
- ▶ wydawanie zezwoleń na świadczenie poszczególnych rodzajów usług opieki onkologicznej,
- ▶ koordynację współpracy świadczeniodawców (publicznych i prywatnych) opieki onkologicznej w regionie, w celu obniżenia wydatków państwa na ochronę zdrowia.

Na czele ARS stoją mianowani przez Radę Ministrów Dyrektorzy. Agencje posiadają też własne rady nadzorcze, którym przewodzą prefekci, będący przedstawicielami państwa w regionach oraz w skład których wchodzi m.in.: przedstawiciele państwa, ubezpieczycieli zdrowotnych i samorządów lokalnych.

Pewne kompetencje regulacyjne posiada także Narodowy Instytut Onkologiczny, który m.in. definiuje kryteria udzielania zezwoleń na działalność placówek i specjalistów onkologii. Bardziej szczegółowy opis działalności instytutu znajduje się poniżej.

7.1.3 Instytucje koordynujące

Narodowy Instytut Onkologiczny (INCa⁹²) jest państwową agencją odpowiedzialną za koordynację walki z nowotworami we Francji, która m.in.:

- ▶ definiuje kryteria udzielania zezwoleń na działalność placówek oraz specjalistów onkologii (specyficzne dla poszczególnych rodzajów stosowanych terapii),

90 Fr. Agence Régionale de Santé.

91 Fr. La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

92 Fr. L'Institut National du Cancer.

- ▶ monitoruje liczbę stanowisk lekarzy i stażystów, aktualizuje kryteria wymagań dla miejsc odbywania przez nich staży i szkoleń, a także koordynuje grupy robocze formułujące zasady przyznawania dyplomów,
- ▶ wydaje rekomendacje dobrych praktyk opieki onkologicznej (w tym wytycznych dla płatnika opartych o prognozowanie potrzeb) i zapewnia spójność ich stosowania,
- ▶ odpowiada za promowanie współpracy pomiędzy publicznymi i prywatnymi podmiotami rynku opieki onkologicznej,
- ▶ monitoruje proces wdrażania Narodowych Planów Zwalczania Chorób Nowotworowych,
- ▶ finansuje projekty badawcze,
- ▶ wspiera merytorycznie i integruje podejmowane działania w takich obszarach jak: badania naukowe, zdrowie publiczne, obserwacja, informowanie, zapewnienie opieki zdrowotnej i społecznej czy reaktywizacja zawodowa osób chorych.

INCa nie świadczy jednak usług opieki onkologicznej. Finansowany jest z budżetów Ministerstw Spraw Społecznych i Zdrowia oraz Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a zarządzany przez Radę, w której skład wchodzi przedstawiciele państwa, świadczeniodawców, organizacji badawczych, ubezpieczycieli, organizacji charytatywnych, wybitni specjaliści, międzynarodowa rada naukowa i komitet deontologii. Pracownicy ochrony zdrowia, chorzy i ich bliscy uczestniczą w działaniach INCa poprzez pracę 2 komitetów doradczych.

7.1.4 Świadczeniodawcy

Rynek świadczeń onkologicznych we Francji bazuje na zróżnicowanym gronie świadczeniodawców. Podmioty świadczące usługi dzielą się na: publiczne, prywatne niekomercyjne oraz prywatne komercyjne. Niekomercyjne placówki prywatne zarządzane są na ogół przez autonomiczne stowarzyszenia lub fundacje i mają podobny do szpitali publicznych system finansowania i podporządkowane są tym samym obowiązkom w zakresie standardów opieki nad pacjentami.

Szczególne rolę we francuskiej opiece onkologicznej odgrywają tzw. Centra Walki z Nowotworami, które są niekomercyjnymi prywatnymi instytutami onkologii, pełniącymi potrójną misję: prowadzenia badań naukowych, świadczenia opieki onkologicznej i kształcenia kadr. Pomimo odmiennych od podmiotów publicznych źródeł dochodów, ze względu na świadczoną misję publiczną, kwalifikowane są one jednak niekiedy jako podmioty publiczne. Kierujący Centrami Walki z Nowotworami są mianowani przez Ministra Spraw Społecznych i Zdrowia na podstawie rekomendacji Rady Nadzorczej, ale podlegają regulacjom prawa prywatnego. Wybrane statystyki podkreślające ich znaczenie będą prezentowane w dalszej części niniejszego opracowania.

Ustawa HPST powołała także regionalne wspólnoty szpitalne i potwierdziła znaczenie grup współpracy sanitarnej (GCS⁹³), które istnieją od 1996 r. na podstawie porozumienia pozwalającego na łączenie zasobów, a nawet uwspólnianie

działalności lub świadczenie usług jako odrębne placówki. Skutki tego typu działań widać na przykładzie liczby aktywnych centrów radioterapeutycznych, która choć pozostaje we Francji relatywnie stabilna (od 182 w 2006 r. do 172 w 2012 r.), to zaobserwowany spadek jest właśnie głównie efektem współtworzenia przez różne podmioty GCS⁹⁴.

Pewną rolę na rynku usług medycznych odgrywają też związki świadczeniodawców usług onkologicznych, które reprezentują przed organami nadzoru i innymi instytucjami publicznymi, promują, informują lub pilotują współpracę swoich członków:

- ▶ Federacja 21 Centrów Walki z Nowotworami,
- ▶ Federacja Szpitali Prywatnych, która zrzesza 1 100 klinik i szpitali prywatnych,
- ▶ Szpitalna Federacja Francji, grupująca ponad 1 000, czyli praktycznie wszystkie placówki publiczne funkcjonujące w formie szpitali oraz będąca jej częścią Krajowa Federacja Onkologii Szpitali Publicznych,
- ▶ Krajowa Rada Onkologii, która reprezentuje interesy instytucji publicznych i prywatnych oraz będący jej częścią Krajowy Związek Prywatnych Szpitali Onkologicznych, reprezentujący zarazem środowisko medyczne i zarządcze,
- ▶ Krajowy Związek Radioterapeutów, którego rolą jest ochrona interesów oraz wspieranie rozwoju naukowego i zawodowego swoich członków⁹⁵.

7.2 Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych

Opieka onkologiczna jest jednym z priorytetów francuskiej polityki zdrowotnej i przedmiotem związanych z nią strategicznych 5-letnich Narodowych Planów Zwalczania Chorób Nowotworowych (dalej również: Plany). Pierwszy Plan na lata 2003-2007 powstał na mocy uchwały rządowej z 24 marca 2003 r. i zawierał 70 środków dotyczących profilaktyki, badań przesiewowych, opieki, wsparcia socjalnego, szkolenia personelu i badań. Celem Planu było:

- ▶ obniżenie śmiertelności z powodu raka o 20% w przeciągu 5 lat,
- ▶ popularyzacja nowej wizji opieki onkologicznej w ramach systemu ochrony zdrowia, realizowanej wspólnie przez pacjentów oraz ich rodziny, wraz z zespołami medycznymi i pielęgniarskimi⁹⁶.

Kolejny Plan na lata 2009-2013 był kontynuacją swojego poprzednika i zawierał 30 środków podzielonych na 118 konkretnych działań w 5 głównych obszarach: badania i innowacje, obserwacja, profilaktyka i badania przesiewowe, opieka, życie z i po chorobie nowotworowej⁹⁷. W stosunku do swojego poprzednika Plan na lata 2009-2013 kładł większy nacisk na:

- ▶ sprawiedliwe i efektywne niwelowanie nierówności w dostępie do świadczeń,

94 SFRO – Société Française de Radiothérapie Oncologique: *Livre blanc de la radiothérapie en France*, 2013.

95 Ibidem.

96 R. Atun, T. Ogawa, J. M. Martin-Moreno, *Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe*, London.

97 Praca zbiorowa ministerstwa zdrowia i innych podmiotów rynku ochrony zdrowia we Francji, *Organisation et système de santé en France*, Lipiec 2010.

- ▶ stwarzanie zachęt do uwzględniania czynników indywidualnych i środowiskowych, przy indywidualizacji opieki nad pacjentem w trakcie i po chorobie,
- ▶ wzmocnienie roli lekarza kierującego na każdym etapie leczenia pacjenta.

Nowy Plan na lata 2014-2019 został zaprezentowany 4 lutego 2014 r.⁹⁸ i ma cztery ogólnie zdefiniowane priorytety:

- ▶ otoczenie opieką większej liczby chorych,
- ▶ zachowanie ciągłości i jakości ich życia,
- ▶ inwestowanie w profilaktykę i badania naukowe,
- ▶ optymalizacja zarządzania i organizacji opieki,

oraz 17 szczegółowych celów operacyjnych przypisanych do tych priorytetów.

Przy realizacji każdego z tych celów nacisk położony jest na wczesną diagnostykę i badania przesiewowe, równość w dostępie do wysokiej jakości opieki i innowacji, badania naukowe, koordynowaną opiekę zdrowotną nad pacjentem w trakcie i po przebyciu choroby, a także walkę z negatywnymi skutkami palenia tytoniu.

Do każdego działania w ramach poszczególnych obszarów Planu przypisane są podmioty koordynujące, które w porozumieniu ze stosownymi interesariuszami dysponują przewidzianym na realizację danego działania budżetem.

Monitorowaniem tych działań i koordynowaniem większości z nich zajmuje się INCa poprzez zespoły, które raportują do międzyresortowego komitetu pilotującego, któremu przewodniczy Dyrektor Generalny ds. Zdrowia⁹⁹. Instytut co roku publikuje także raport podsumowujący postępy w realizacji Planu, a działania podlegają ocenie w oparciu o ilościowe i jakościowe wskaźniki zdefiniowane odrębnie dla każdego z nich¹⁰⁰. ARS odpowiadają w poszczególnych regionach za przypisane im działania, a także koordynację współpracy podmiotów lokalnych w celu jak najpełniejszej realizacji Planu.

Budżet pierwszego Planu (na lata 2003-2007) wynosił ok. 640 mln euro. Na realizację dwóch kolejnych Planów przewidziano środki w wysokości ponad 730 mln Euro, które stanowiły dodatkową pulę względem budżetu standardowo przeznaczonego na realizację świadczeń onkologicznych. Całkowite wydatki na realizację zadań w ramach realizacji najnowszego Planu to aż 1,5 mld EUR.

⁹⁸ A więc w Światowy Dzień Walki z Rakiem.

⁹⁹ W skład komitetu wchodzi także: 6 różnych dyrekcji administracji centralnej, kasa chorych, specjalny kolektyw grupujący 39 organizacji społecznych działających w obszarze ochrony zdrowia, krajową ligę walki z rakiem oraz profesora Jean-Pierre'a Grünfelda jako osobę oddelegowaną przez Przewodniczącą INCa.

¹⁰⁰ Plan Cancer 2009-2013 - 3e Rapport D'étape au Président de la République, Juin 2011.

7.3 Finansowanie systemu opieki onkologicznej

Francuska opieka onkologiczna od 2009 r. opiera się na udzielanych świadczeniodawcom przez odpowiednie ARS zezwoleniach na realizację usług na odnawialny okres 5 lat. Na koniec 2013 r. łącznie 914 placówek posiadało takie zezwolenie¹⁰¹, warunkowane spełnieniem 3 grup kryteriów:

- ▶ minimalnej rocznej aktywności medycznej (kryterium doświadczenia) w danej dyscyplinie terapeutycznej, mierzonej jako średnia z 3 ostatnich lat¹⁰²,
- ▶ gwarancji spełnienia 6 ogólnie określonych warunków jakości usług¹⁰³, niezależnie od rodzaju nowotworu, na jaki leczeni są pacjenci,
- ▶ kryteriów zdefiniowanych przez INCa specyficznie dla poszczególnych rodzajów terapii (radioterapii zewnętrznej, chemioterapii oraz 6 specjalizacji chirurgii onkologicznej).

W przypadku udzielania zezwolenia na stosowanie radioterapii zewnętrznej branych jest pod uwagę 18 kryteriów, z których 9 ma charakter jakościowy, a 9 ma służyć zagwarantowaniu pacjentom bezpieczeństwa. Ponadto zezwolenie na świadczenie usług nie może zostać przyznane lub odnowione w przypadku, gdy wnioskujący nie dysponuje odpowiednim wyposażeniem technicznym¹⁰⁴. Wyjątkowo dopuszcza się udzielenie zezwolenia bez spełnienia któregoś z kryteriów, gdy odmowa wiązałaby się dla istotnej części populacji ze zbyt długim czasem oczekiwania lub podróży, tj. nadmiernymi trudnościami w dostępie do leczenia.

W przypadku chirurgii onkologicznej do uzyskania zezwolenia na świadczenie usług, a w konsekwencji także ich refundacji, wymaga się realizacji minimum 30 interwencji rocznie na podstawie średniej z trzech ostatnich lat działalności danego ośrodka dla nowotworów: piersi, układu pokarmowego czy urologicznych oraz średnio 20 interwencji rocznie w przypadku nowotworów ginekologicznych, otorynolaryngologicznych oraz chirurgii szczękowo-twarzowej.

Środki przyznane w ramach dotacji regionalnych dzielone są przez Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia pomiędzy ARS, które dokonują ich redystrybucji na podstawie umów zawieranych z podmiotami świadczącymi usługi ochrony zdrowia. Przydział środków na realizację bieżącego funkcjonowania placówek – prywatnych i publicznych – odbywa się w oparciu o kryterium aktywności mierzonej liczbą

101 Z blisko 1 200 w roku 2009 [za:] Praca Zbiorowa pod redakcją INCa, *Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances*, Boulogne-Billancourt Cedex, Styczeń 2014.

102 W przypadku ośrodków dopiero wchodzących na rynek i nie posiadających żadnego doświadczenia kryterium aktywności stosuje się w oparciu o prognozy przyszłego niezaspokojonego popytu na ich usługi.

103 Chodzi o przestrzeganie procedur związanych z obwieszczeniem pacjentowi diagnozy i planu leczenia, konsultacji interdyscyplinarnych, zgodność z obowiązującymi zasadami dobrych praktyk opieki, wprowadzenie programu spersonalizowanej ścieżki opieki, dostęp do opieki komplementarnej i wsparcia chorych oraz dostęp do innowacji i badań klinicznych. Wśród pozostałych kryteriów jakościowych wymienia się: członkostwo w regionalnej sieci onkologicznej, gwarancja kontynuacji opieki, zapewnienie kwalifikacji lekarzy.

104 Składającym się m.in. z przynajmniej 2 akceleratorów cząstek, z których przynajmniej 1 jest emitentem promieniowania o energii co najmniej 15 MeV.

rzeczywiście wykonanych w nich świadczeń medycznych¹⁰⁵. Środki te przeznaczone są na pokrycie kosztów świadczeń medycznych, wynagrodzenia pracowników, koszty leków itp. Badania naukowe, kształcenie personelu finansowane i wydatki inwestycyjne mają odrębne budżety¹⁰⁶. Każdy szpital (państwowy i prywatny) może wykonać dowolną liczbę zabiegów, za które otrzymuje zwrot kosztów według cennika płatnika, a więc nie występują limity ilościowe realizowanych świadczeń.

Wycena poszczególnych świadczeń, zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym, odbywa się według stawek określonych dla każdej kategorii jednorodnych grup pacjentów w oparciu o klasyfikator złożony z ponad 800 grup diagnostycznych, tworzonych na podstawie charakterystyki klinicznej pacjentów, a także ich wieku i płci, pacjent może zostać zaklasyfikowany tylko do jednej jednorodnej grupy pacjentów, wraz z odpowiadającą jej wartością taryfową¹⁰⁷.

Placówki publiczne i niektóre prywatne niekomercyjne korzystają też z dotacji niepowiązanych bezpośrednio z działalnością, lecz z pełnioną przez nie misją publiczną lub finansowym wsparciem dostosowywania ich oferty do zasad kontraktowania według świadczonych usług. Dotacje te dzieli się na trzy podgrupy:

- ▶ przeznaczone na kształcenie, badania naukowe, referencyjność i innowacyjność,
- ▶ finansujące działania obejmujące świadczenie usług i realizację części misji zdrowia publicznego (pogotowie ratunkowe, profilaktyka, oświata zdrowotna, opieka nad więźniami itp.),
- ▶ udzielane sporadycznie i tymczasowo jako wsparcie finansowe w dostosowywaniu oferty – ośrodki publiczne otrzymały aż 99% całkowitych wydatków w ramach tej podgrupy¹⁰⁸.

Kasa chorych publikuje cennik, według którego refundowane są koszty usług medycznych w placówkach publicznych i prywatnych, a ubezpieczony posiada imienną elektroniczną kartę bazowego ubezpieczenia zdrowotnego, która uprawnia go do korzystania ze wszystkich świadczeń medycznych. Ubezpieczony ma także prawo wyboru szpitala publicznego lub prywatnego. Ustalona w ramach ubezpieczenia bazowego cena wizyty u lekarza pierwszego kontaktu wynosi 23 EUR, a u specjalisty od 25 do 37 EUR. Kasa chorych zwraca pacjentowi 70% kosztów wizyty u lekarza oraz 80% kosztów hospitalizacji. Pozostałe koszty są zwykle pokrywane ze środków własnych pacjenta (współpłacenie) oraz przez towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych¹⁰⁹. Znaczenie współpłacenia jako mechanizmu kontroli popytu, celem ograniczenia deficytu ubezpieczenia bazowego dodatkowo podkreślają np.:

105 MRR, *Raport Podsumowujący ocenę merytoryczną projektów z sektora ochrony zdrowia w celu wyboru projektu pilotażowego do realizacji w formule partnerstwa publiczno-prywatnego*, Warszawa 2013 r. oraz cytowana tam literatura.

106 Praca zbiorowa pod redakcją J. Kalecińskiej i I. Herbst, *PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Warszawa 2011.

107 A. Kozierekiewicz, *Jednorodne Grupy Pacjentów – przewodnik po systemie*, NFZ, Warszawa 2009.

108 SFRO – Société Française de Radiothérapie Oncologique, *Livre blanc de la Radiothérapie en France*, Op. Cit.

109 MSZ RP, *Niezbędnik Polaka we Francji*, Wydanie III, Paryż 2013.

- ▶ dopłata w wysokości 1 EUR do każdej konsultacji lekarskiej, badania krwi, prześwietlenia itp. oraz 0,50 EUR za każdy lek refundowany – suma ta nie może jednak przekroczyć 50 EUR w skali roku,
- ▶ tzw. bilet wyrównawczy, czyli współpłacenie pacjentów za część wydatków wykraczającą poza zakres ubezpieczenia zdrowotnego,
- ▶ ryczałt dzienny za pobyt w szpitalu w wysokości 18 EUR, które może pokryć dobrowolne ubezpieczenie dodatkowe,
- ▶ skreślenie z listy leków refundowanych środków, których przydatność terapeutyczna lub diagnostyczna została uznana za niewystarczającą.

Jakkolwiek współpłacenie nie obowiązuje cierpiących na przewlekłe choroby, a więc i nowotwory, to wyjątek ten nie obejmuje diagnozy i/lub pierwszego zabiegu chirurgicznego, gdyż, aby być zwolnionym ze współpłacenia, wymagane jest potwierdzenie diagnozy nowotworu¹¹⁰. Współpłacenie nie obowiązuje też poszkodowanych w wypadkach przy pracy, gdy hospitalizacja trwa ponad 30 dni lub w przypadku opieki porodowej i poporodowej. Współfinansowanie jest też uzależnione od sytuacji materialnej ubezpieczonego i wysokości kosztów leczenia. Ubezpieczenie od współpłacenia w praktyce nie występuje, gdyż ubezpieczyciele prywatni napotykają na mechanizmy silnie zniechęcające do pokrycia tych opłat.

Przekroczenie przez świadczeniodawcę ustalonej przez kasę chorych stawki refundacji kosztów wiąże się z koniecznością pokrycia dodatkowej części honorarium lekarza lub lekarzy ustalonej:

- ▶ do określonego limitu w przypadku lekarzy, którzy zawarli umowę z kasą chorych,
- ▶ dowolnie w przypadku tych nielicznych uprzywilejowanych lekarzy, którzy takiej umowy nie zawarli (głównie byłych dyrektorów klinik oraz asystentów szpitalnych)¹¹¹, ze środków własnych pacjenta, przy czym część tego honorarium może pokryć towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych lub dobrowolne ubezpieczenie komplementarne.

Zabiegi radioterapii zewnętrznej są niemal całkowicie pokrywane ze środków ubezpieczenia bazowego, przy czym odrębnie wycenia się przygotowania do zabiegu i same zabiegi. Wycena dla niemal wszystkich komercyjnych placówek prywatnych odbywa się na innych zasadach niż w przypadku placówek publicznych i opiera się na Powszechnej Klasyfikacji Procedur Medycznych, a nie cennikach dla jednorodnych grup pacjentów. Fakturowanie tych zabiegów dokonywane jest w oparciu o maksymalną dawkę promieniowania aplikowaną przez każdą wiązkę.

Opłata za badania diagnostyczne w komercyjnych ośrodkach prywatnych jest podzielona na tzw. opłatę techniczną, która jest w całości refundowana ze środków bazowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłatę medyczną, która jest częściowo refundowana, a częściowo pokrywana w formie bezpośrednich opłat z kieszeni pacjenta¹¹².

110 Informacje pochodzące z pogłębionych wywiadów przeprowadzonych z ekspertami.

111 L'Inspection Générale des Affaires Sociales, Les dépassements d'honoraires médicaux, Avril 2007.

112 Informacje pochodzące z pogłębionych wywiadów przeprowadzonych z ekspertami.

Usługi medyczne są we Francji rejestrowane w Programie Medykalizacji Systemów Informacyjnych, służącym do rozliczania świadczeniodawców według jednorodnych grup pacjentów, celem optymalizacji podziału środków budżetowych. Dane te nie są jednak publicznie dostępne, a program nie jest powiązany z publicznym rejestrem nowotworów, który nie odnosi się do danych dotyczących aktywności medycznej¹¹³.

Francja wydała w 2012 r. na ochronę zdrowia 227 mld EUR, tj. 11,2% swojego PKB, co daje jej pod tym względem 3. miejsce wśród krajów OECD za Stanami Zjednoczonymi (17,0%) oraz Holandią (11,6%)¹¹⁴. Ogółem ok. 77% wydatków na ochronę zdrowia jest finansowanych ze środków publicznych (głównie z kas obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego), ok. 13% pokrywają sami pacjenci (w formie współpłacenia), a pozostałą kwotę – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych i dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne¹¹⁵.

Szacowane wydatki na opiekę onkologiczną ogółem we Francji to w zależności od źródła od 7,3 do 14,5 miliardów EUR (w tym koszty świadczeń socjalnych), która to kwota stanowi od 3,2% do prawie 6,4% całkowitych wydatków na zdrowie. Zrefundowane przez kasę chorych w 2012 r. wydatki z tytułu zabiegów radioterapii przeprowadzonych w komercyjnych ośrodkach prywatnych to ok. 400 milionów EUR, czyli ok. połowa całkowitych wydatków na radioterapię, które wyniosły ok. 800 milionów EUR. Zestawienie szacowanej struktury wydatków na poszczególne terapie i sektory przedstawia Tabela 10.

Tabela 10. Szacunki rocznych wydatków na opiekę onkologiczną we Francji w 2012 r.

Rodzaj wydatków	Mld EUR	Publiczne	Prywatne
Całkowite wydatki na ochronę zdrowia	227	77%	23%
Całkowite wydatki na opiekę onkologiczną	7,3-14,5*	b/d	b/d
► w tym wydatki na chemioterapię	2,4	73%-82%**	18%-27%**
► w tym wydatki na chirurgię	1,8	b/d	b/d
► w tym wydatki na radioterapię***	0,8	b/d	b/d

*W zależności od źródła – rozbieżność na chemioterapię, chirurgię i radioterapię dla wartości 7,3 mld EUR. **M.in. w zależności od zakwalifikowania Centrów Walki z Nowotworami. *** Poza środkami na radioterapię realizowaną w komercyjnych placówkach prywatnych.

Źródła: Dane OECD; SFRO, Livre blanc de la radiothérapie en France, Op. Cit.; INCa, Situation de la radiothérapie en 2011, Op. Cit., Situation de la chimiothérapie des cancers, Rapport 2012; INCa (red.), Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances, Op. Cit. oraz CNAMTS, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses: propositions de l'Assurance Maladie Rapport au ministre chargé de la sécurité Sociale et au parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004) pour 2014.

113 Informacje pochodzące z pogłębionych wywiadów przeprowadzonych z ekspertami.

114 Dane OECD za 2012 r. (w przypadku Stanów Zjednoczonych za 2011 r.).

115 MRR, Raport Podsumowujący ocenę merytoryczną projektów z sektora ochrony zdrowia w celu wyboru projektu pilotażowego do realizacji w formule partnerstwa publiczno-prywatnego, Op. Cit. oraz cytowana tam literatura i dane OECD.

7.4 Rola świadczeniodawców prywatnych

W 2012 r. podmioty prywatne dysponowały 202 spośród 470 (43%) użytkowanych aparatów leczniczych (głównie akceleratorów liniowych) stosowanych w radioterapii zewnętrznej¹¹⁶. Spośród 175 tys. leczonych radioterapeutycznie pacjentów w 2012 r. 47%, było leczonych prywatnie. Oferta radioterapii mierzona stosunkiem liczby ośrodków prywatnych i publicznych pozostaje względnie stabilna od 2006 r. i cechuje się lekką przewagą liczby podmiotów prywatnych (52%). Kwalifikując jednak Centra Walki z Nowotworami jako prywatne, udział sektora prywatnego wynosi 64%¹¹⁷. Brachyterapia stanowiła 5% wszystkich zabiegów napromieniania w 2009 r., ale aż 80% pacjentów jej poddanych leczyło się w placówkach publicznych. Niemniej rolę świadczeniodawców prywatnych we francuskiej radioterapii należy uznać za bardzo istotną.

Tabela 11. Udział sektorów: prywatnego i publicznego w liczbie leczonych pacjentów, terapii oraz zabiegów radioterapeutycznych we Francji w 2012 r.

Sektor	Leczeni pacjenci	Terapie	Zabiegi/Sesje
Prywatny	47%	48%	50%
Publiczny	53%	52%	50%

Źródło: INCa (red.), Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances, Op. Cit.

W 2012 r. przynajmniej jeden zabieg chemioterapii przeprowadziło 797 placówek służby zdrowia, włączywszy w to tzw. instytucje stowarzyszone, uczestniczące w procesie opieki nad chorymi zgodnie z logiką bliskości miejsca świadczenia usług w ścisłym związku z licencjonowanymi placówkami, ale jedynie ¼ z nich odpowiadała za aż 72% hospitalizacji¹¹⁸. Udział prywatnych terapii chemioterapeutycznych (sesji i pobyty) w 2012 r. stanowił prawie połowę wszystkich¹¹⁹. Rola świadczeniodawców prywatnych we francuskiej chemioterapii jest więc znacząca.

Tabela 12. Udział ośrodków: prywatnych i publicznych w liczbie terapii chemioterapeutycznych zrealizowanych we Francji w 2012 r.

Ośrodki	Liczba terapii (pobyty i zabiegi łącznie)
Prywatne*	49,5%
Publiczne	50,5%

*W tym ośrodki komercyjne i niekomercyjne (także Centra Walki z Nowotworami).

Źródło: INCa (red.), Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances, Op. Cit.

116 Praca Zbiorowa pod redakcją INCa, Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances, Op. Cit.

117 W niniejszym podrozdziale Centra Walki z Nowotworami zaklasyfikowano jako podmioty publiczne. W opracowaniach źródłowych INCa bowiem: *Situation de la radiothérapie en 2011*, Juin 2012 oraz *Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances*, Boulogne-Billancourt Cedex, Styczeń 2014. za podmioty prywatne uznano jedynie typowe gabinety prywatne i komercyjne placówki prywatne.

118 INCa, *Situation de la chimiothérapie des cancers*, Op. Cit.

119 Bez uwzględnienia Centrów Walki z Nowotworami.

956 ośrodków zrealizowało przynajmniej jeden zabieg chirurgii onkologicznej w 2012 r. 61% przeprowadzonych zabiegów została zrealizowana w placówkach prywatnych. Rola świadczeniodawców prywatnych we francuskiej chirurgii onkologicznej jest więc również istotna (por. Tabela 13).

Tabela 13. Udział ośrodków: prywatnych i publicznych w liczbie zrealizowanych zabiegów chirurgii onkologicznej we Francji w 2012 r.

Ośrodki	Liczba terapii (pobyty i zabiegi łącznie)
Prywatne*	60,8%
Publiczne	39,2%

*W tym ośrodki komercyjne i niekomercyjne (także Centra Walki z Nowotworami).

Źródło: INCa (red.), Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances, Op. Cit.

W 2012 r. we Francji aktywnych było 790 onkologów medycznych, 1 501 anatomopatologów oraz 782 radioterapeutów. Wśród tych ostatnich 36% prowadziło wyłącznie praktykę prywatną, 52% wyłącznie publiczną, a pozostali mieszaną¹²⁰. Na koniec 2011 r. radioterapeuci i inżynierzy biomedyczni sektora prywatnego stanowili ponad 40% wszystkich (w przeliczeniu na pełne etaty), podczas gdy np. konserwatorzy, kontrolerzy jakości i pozostały personel mniej niż 30%.

7.5 Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców

W największych aglomeracjach funkcjonują zazwyczaj: jedno Szpitalne Centrum Uniwersyteckie, jedno Centrum Walki z Nowotworami i jedno lub więcej komercyjnych centrów prywatnych. W innych dużych miastach zwykle jeden ośrodek publiczny koegzystuje z jednym lub więcej prywatnym. W mniejszych miastach istnieje na ogół tylko jeden ośrodek – publiczny lub prywatny. Jedynie okolice mało zamieszkane są pozbawione własnych centrów. Według danych za 2010 r. 89 ośrodków praktykowało wszystkie 3 rodzaje terapii (radioterapię, chemioterapię i chirurgię), 341 ośrodków łączyło praktyki chirurgiczne i chemioterapeutyczne, ale już odpowiednio tylko 7 i 1 wykonywało równolegle: chemioterapię i radioterapię oraz zabiegi chirurgiczne i radioterapię¹²¹.

Międzynarodowa Agencja Energii Atomowej plasuje Francję na 2. miejscu w Europie za Niemcami, pod względem liczby centrów radioterapeutycznych. Ich gęstość przypadająca na milion mieszkańców dla obu tych krajów wynosi ok. 2,7 podczas, gdy średnia europejska to ok. 2,0¹²². Na koniec 2012 r. funkcjonowały we Francji 172 ośrodki radioterapeutyczne rozlokowane względnie równomiernie w poszczególnych regionach kraju. 15% z nich znajdowało się poniżej wymaganego progu średnio 600 pacjentów leczonych rocznie. 53% funkcjonowała z dokładnie dwoma wymaganymi akceleratorami, 11% ośrodków tylko z jednym, 17% z trzema,

120 SFRO - Société Française de Radiothérapie Oncologique, *Livre blanc de la Radiothérapie en France*, Op. Cit. oraz cytowana tam literatura oraz Praca Zbiorowa pod redakcją INCa, Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances, Op. Cit.

121 INCa, *Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010*.

122 ARS Île-de-France, *Organisation de l'Offre de soins en radiothérapie en Île-de-France*, Septembre 2011.

19% z więcej niż trzema¹²³. Dane te pokazują, iż Francja wybrała model licznych i często małych centrów radioterapeutycznych. Gęstość rozmieszczenia aparatów różniła się w zależności od regionu (od 0,49¹²⁴ do 0,94 na 100 000 mieszkańców).

INCa aktualizuje dane na temat wykształcenia oraz działalności onkologów i patomorfologów, celem identyfikacji regionów o niedostatecznej podaży specjalistów. Wyniki przekazywane są właściwym ministrom, aby zoptymalizować alokację środków publicznych na finansowanie tych stanowisk. Większa liczba onkologów i osób przygotowujących się do zdobycia uprawnień charakteryzuje na ogół regiony, w których zlokalizowane są największe miasta, choć rozkład w skali kraju jest dość równomierny. Badania koncentrowały się wokół specjalistów całkowicie zaangażowanych w opiekę onkologiczną. Udział działalności lekarzy innych specjalności trudno jest ująć w kategoriach ilościowych, choć wielu z nich zapewnia pacjentom pewien zakres opieki onkologicznej np. wykonanie chemioterapii lub monitoring leczenia.

Na bazie kryteriów bliskości ośrodka terapeutycznego oraz minimalizacji kosztów transportu INCa uznaje aktualne rozmieszczenie przestrzenne centrów radioterapii we Francji za satysfakcjonujące¹²⁵. Na mocy postanowień Kodeksu Zabezpieczenia Społecznego państwo promuje bowiem najtańsze formy dotarcia pacjentów na zabiegi. Jeśli pacjent wybierze ośrodek oferujący podobne usługi, lecz bardziej oddalony od swojego miejsca zamieszkania, pokrywana jest różnica w kosztach transportu. Kwestia rozmieszczenia ośrodków nabiera szczególnego znaczenia w kontekście:

- ▶ zobowiązania państwa do zapewnienia pacjentom równego dostępu do nowoczesnych zaawansowanych technik terapeutycznych,
- ▶ faktu, iż 5 chorób przewlekłych, w tym na 1. miejscu nowotwory, odpowiada za 46% wydatków na transport pacjentów, które w 2010 r. wyniosły dla wszystkich chorób ok. 3,5 miliarda EUR, czyli ponad 2% wydatków ubezpieczenia bazowego¹²⁶.

7.6 Kompleksowość opieki onkologicznej

7.6.1 Mechanizmy motywujące do stosowania skojarzonych metod leczenia

Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2003-2007 zalecił upowszechnienie interdyscyplinarnych medycznych spotkań konsultacyjnych specjalistów, podczas których badają oni sytuację pacjenta, uwzględniając niezbędne do zastosowania w jego przypadku rodzaje zabiegów. W spotkaniach tych bierze udział co najmniej 1 radioterapeuta, 1 chemioterapeuta oraz 1 chirurg onkologiczny. Pacjent informowany jest o wyniku spotkania przez lekarza

123 SFRO - Société Française de Radiothérapie Oncologique, *Livre blanc de la Radiothérapie en France*, Op. Cit. oraz cytowana tam literatura oraz Praca Zbiorowa pod redakcją INCa, *Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances*, Op. Cit.

124 Z pominięciem Gujany Francuskiej, gdzie nie było żadnego centrum radioterapii.

125 INCa, *Situation de la radiothérapie en 2011*, Juin 2012.

126 SFRO - Société Française de Radiothérapie Oncologique, *Livre blanc de la Radiothérapie en France*, Op. Cit.

kierującego, który inicjuje spersonalizowaną ścieżkę opieki (PPS¹²⁷). INCa, w drodze uchwalenia kryteriów akredytacji ośrodków onkologicznych, nakazał konsultacje interdyscyplinarne w każdym przypadku nie wymagającym pilnej interwencji.

7.6.2 Regulacje motywujące do efektywnego modelu leczenia

Jako, iż dofinansowanie miejsca zamieszkania jest tańsze od hospitalizacji INCa promuje zakwaterowanie pacjentów w pobliżu miejsca terapii poprzez: wsparcie finansowe lub przysposobienie miejsca zamieszkania i leczenia, ustanowienie systemu opieki rodzinnej w miejscu leczenia czy uprzednie badanie potrzeb mieszkaniowych pacjentów. Działania te są realizowane przez stowarzyszenia (64%), ośrodki prywatne interesu publicznego (27%), publiczne placówki ochrony zdrowia (5%), a także komercyjne ośrodki prywatne (4%).

Główne wydane w 2010 r. rekomendacje¹²⁸ dotyczące efektywności radioterapii to m.in.:

- ▶ upowszechnienie dozymetrii in vivo zgodnie z kryteriami uzgodnionymi z INCa,
- ▶ rozwój technik radioterapii konformalnej z modulacją intensywności promieniowania (IMRT), szczególnie w przypadku nowotworów otorynolaryngologicznych i raka prostaty,
- ▶ upowszechnienie radioterapii wysokiej technologii (IMRT dynamiczne, tomoterapia, techniki stereotaktyczne), wymagającej mniejszej liczby sesji naświetleniowych¹²⁹,
- ▶ ustanowienie innych mechanizmów motywujących do redukcji liczby sesji, w szczególności promujących skojarzone metody leczenia raka piersi.

W ramach Narodowych Planów Zwalczania Chorób Nowotworowych zwiększa się finansowanie działań nastawionych na jakość leczenia, jak np.: procedury związane z przedstawieniem pacjentowi diagnozy i planu leczenia, interdyscyplinarne medyczne spotkania konsultacyjne specjalistów, czy spersonalizowana ścieżka opieki, zachęty do uczestnictwa w programach badań przesiewowych oraz identyfikacja przeszkód w pierwotnej i wtórnej partycypacji, ze szczególnym uwzględnieniem grup, w których stopa partycypacji nie przekracza 50%. Wśród priorytetów znajdują się też: rozwój specjalistycznych technik stosowanych w rzadkich przypadkach nowotworów oraz monitorowanie i rozwój onkologii dziecięcej, geriatrycznej i genetycznej.

7.6.3 Stosowanie zasad koordynowanej opieki zdrowotnej w onkologii

Ubezpieczony powyżej 16. roku życia zobowiązany jest do wyboru lekarza pierwszego kontaktu (ogólnego lub specjalisty). W razie potrzeby, lekarz ten kieruje pacjenta do specjalisty, szpitala, na dodatkowe badania lub zabiegi. Według stanu

127 Fr. Parcours Personnalisé de Soins.

128 Rekomendacje wydała Francuska Agencja odpowiedzialna za Bezpieczeństwo Sanitarne i Produktów Leczniczych, poprzedniczka obecnej Państwowej Agencji Bezpieczeństwa Leków i Produktów Leczniczych.

129 Udział centrów praktykujących techniki radioterapii konformacyjnej z modulacją intensywności promieniowania wzrósł we Francji w latach 2010-2012 z 30% do 45%. [za:] INCa (red.), *Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances*, Op. Cit.

na 2011 r. na terenie Francji funkcjonowało 269 komórek odpowiedzialnych za realizację zasad koordynowanej opieki onkologicznej, w szczególności poprzez zapewnianie jakości komunikacji i opieki na całej ścieżce pacjenta oraz efektywności współpracy interdyscyplinarnych zespołów konsultacyjnych specjalistów. Program opieki onkologicznej jest zorganizowany i zindywidualizowany w oparciu o standaryzację protokołów terapii i politykę aktywnej komunikacji od zdiagnozowania choroby do życia po jej przebyciu poprzez:

- ▶ poinformowanie i wsparcie w zakresie obwieszczenia diagnozy choroby nowotworowej i szczegółowej propozycji planu jej leczenia, uprzednio uzgadnianej na interdyscyplinarnym spotkaniu konsultacyjnym specjalistów,
- ▶ spersonalizowaną ścieżkę opieki jako narzędzie niezbędne dla zapewnienia każdemu pacjentowi zindywidualizowanego charakteru leczenia, które jest uprzednio uzgadniane na interdyscyplinarnym spotkaniu konsultacyjnym specjalistów,
- ▶ elektroniczny folder komunikacji nowotworowej w ramach osobistej dokumentacji medycznej pacjenta, który docelowo ma ułatwić dzielenie się informacjami przez lekarzy.

Szczególna rola lekarzy kierujących podkreślana jest zarówno w ustawie HPST, jak i w Planie, gdzie rozwinęto zakres ich obowiązków i odpowiedzialności. Na koniec 2013 r. lekarze ci dysponowali już kompletem opracowanych na przestrzeni kilku lat 25 przewodników po ścieżkach pacjentów chorych na 25 najpowszechniejszych typów nowotworów (łącznie ok. 95% wszystkich przypadków we Francji). Ważne jest też zaangażowanie pośredników pomiędzy gminą¹³⁰, personelem szpitala a lokalnymi specjalistami służby zdrowia. Pośrednicy ci, którymi mogą być np. lekarze pierwszego kontaktu, prywatni pielęgniarze lub farmaceuci, są pierwszymi osobami kontaktowymi dla pacjenta, koordynującymi ścieżkę opieki nad nim na każdym etapie choroby. Uruchomiono projekty pilotażowe ustanawiające takich koordynatorów opieki w drodze zaproszenia do składania wniosków przez zainteresowane instytucje ochrony zdrowia. Programy szkoleniowe mają zapewnić, że koordynatorzy posiadają dostęp do aktualnych informacji i narzędzi ułatwiających ciągłość tej opieki. Co najmniej 80% pacjentów powinno zostać objętych przynajmniej jedną spersonalizowaną ścieżką opieki, a 50% korzystać z opieki pochorobowej, w tym nadzoru medycznego, psychologicznego i społecznego.

Równolegle, wraz z Dyrekcją Generalną Opieki Zdrowotnej, INCa ogłosił też nabór pacjentów onkologicznych do wzięcia udziału w programie testowania spersonalizowanych ścieżek opieki w trakcie i po przejściu choroby nowotworowej. Zaproszenia wysłano w ramach jednej z priorytetowych inicjatyw Planu i wyznaczono 35 punktów pilotażowych we współpracy z lokalnymi medycznymi i społecznymi partnerami (publicznymi i prywatnymi). Program wszedł w życie we wrześniu 2010 r. i był kontynuowany w odstępach

130 We Francji istnieją bowiem silne związki pomiędzy gminą a szpitalem lub hospicjum. Gminy mogą prowadzić ośrodki zdrowia, odpowiadają za podstawową opiekę zdrowotną, medycynę pracy, czy usługi pielęgniarskie.

2-miesięcznych przy użyciu dodatkowych wskaźników oceny. Został sfinansowany przez INCa, a jego roczny budżet wyniósł 3,2 mln EUR¹³¹.

W ramach Narodowych Planów Zwalczania Chorób Nowotworowych zaplanowano także wprowadzenie elektronicznego Folderu Komunikacji Nowotworowej w formie elektronicznej osobistej Dokumentacji Medycznej Pacjenta¹³², jako instrumentu służącego sprawnemu dzieleniu się informacją przez lekarzy pacjentów onkologicznych. Ma to ułatwić regularne interdyscyplinarne spotkania specjalistów, opracowywanie spersonalizowanych ścieżek opieki, oraz udostępnianie raportów patomorfologicznych czy chirurgicznych. Folder wdrożono w siedmiu pilotażowych regionach Francji, a INCa i regionalne sieci onkologiczne podjęły współpracę w celu określenia minimalnych treści informacyjnych pochodzących m.in. z Agencji Systemów Informacyjnych Zdrowia i baz danych organizacji ubezpieczeniowych.

Pomimo krytyki dotychczasowych postępów w implementacji inicjatywy elektronicznej osobistej Dokumentacji Medycznej Pacjenta prace nad wdrożeniem Folderu Komunikacji Nowotworowej na terenie wszystkich regionów kraju nadal trwają i mają zostać ukończone do roku 2015¹³³.

7.6.4 Referencyjność ośrodków onkologicznych

We Francji nie wprowadzono dotychczas modelu referencyjnych ośrodków onkologicznych polegającego na różnicowaniu stawek płaconych ośrodkom świadczącym usługi onkologiczne na różnych poziomach referencyjności.

Istnieje natomiast sieć ośrodków, których zadaniem jest leczenie nowotworów rzadkich, świadczących usługi niestandardowe, polegających na uznanych specjalistycznych zespołach i metodach badawczych oraz współpracujących w ramach klastrów z regionalnymi centrami doskonałości. Ośrodki takie oferują często możliwość kompleksowego leczenia skojarzonego, a także:

- ▶ podejmowanie terapii rzadko stosowanych (onkopediatria, protonoterapia, naświetlanie całego ciała),
- ▶ stosowanie technik, które nie mogą być rozpowszechniane z powodu braku atrakcyjnych wycen lub wąskiej specjalizacji (np. brachyterapia),
- ▶ użycie pionierskich metod leczenia, które przed rozpowszechnieniem wymagają weryfikacji w badaniach klinicznych lub medyczno-ekonomicznych.

23 krajowe kliniczne centra eksperckie koordynują prace od 20 do 30 ośrodków regionalnych lub międzyregionalnych. Certyfikacja tych ośrodków pozostaje w zgodzie z postanowieniami Planu Przeciwdziałania Rzadkim Chorobom z 2009 r. Dodatkowo funkcjonują także cztery krajowe sieci eksperckie w zakresie anatomopatologii. Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych wskazał na INCa jako instytucję odpowiedzialną za rozwój bazy danych dla każdego z rzadkich

131 Institut National du Cancer: *Rapports d'Activité*, 2010-2012.

132 W debacie publicznej we Francji podnosi się m.in., iż dokumentacja ta nie jest wykorzystywana przez lekarzy i kosztowała już 500 milionów EUR (od roku 2004), podczas gdy objęto nią zaledwie nieco ponad 400 tys. pacjentów, a kompletność ich medycznej dokumentacji elektronicznej odbiega od zakładanych celów.

133 Praca zbiorowa pod redakcją INCa, *Les cancers en France en 2013*. Collection état des lieux et des connaissances, Op. Cit.

nowotworów oraz rozpowszechnianie informacji wśród specjalistów ochrony zdrowia i pacjentów. INCa zapewnia też ich monitoring, a ARS koordynują ich funkcjonowanie, celem ułatwienia przebiegu ścieżki pacjenta, przepływu analiz i recenzji. Centra te zapewniają wsparcie w zakresie realizacji skomplikowanych lub rzadkich usług (hematologia, oftalmologia, mięsaki, rzadkie i dziedziczne złośliwe nowotwory gruczołów wydzielania wewnętrznego), a także nowotworów zarodkowych i występujących u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych.

8. System opieki onkologicznej w Czechach

Typ systemu:

- Dominacja mechanizmów rynkowych
- Publiczne ubezpieczenie pokrywa podstawowy zakres świadczeń
- Niewielki udział komplementarnych prywatnych ubezpieczeń
- Dostęp do specjalistycznych świadczeń medycznych wymaga skierowania od lekarza pierwszego kontaktu

8.1 Podmioty systemu opieki onkologicznej

W Czechach system opieki onkologicznej jest finansowany poprzez obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne w regionalnych funduszach ubezpieczeniowych, które kontraktują świadczenie usług medycznych ze świadczeniodawcami. Podobnie jak w innych europejskich krajach, głównym regulatorem w Czechach jest Ministerstwo Zdrowia. Ponadto, funkcję regulacyjną pełnią Władze Regionalne ds. Zdrowia Publicznego. Większość specjalistycznych szpitali jest publiczna i należy do wymienionych regulatorów rynku. Udział podmiotów prywatnych jest niewielki, a opieką onkologiczną zajmują się głównie podmioty publiczne. Częściowo funkcję koordynującą opiekę onkologiczną pełni Czeskie Stowarzyszenie Onkologii (CSO). CSO nie świadczy usług medycznych, a więc występuje rozdzielenie funkcji koordynatora i świadczeniodawcy leczenia onkologicznego.

8.1.1 Funkcja płatnika

W Czechach system opieki zdrowotnej oparty jest na obowiązkowym członkostwie w jednym z dziesięciu **funduszy ubezpieczeń zdrowotnych**, które są płatnikami i głównymi nabywcami świadczeń zdrowotnych. Fundusze kontraktują wykonanie świadczeń ze świadczeniodawcami, najczęściej na podstawie umów długoterminowych¹³⁴.

Pacjenci dokonują wolnego wyboru funduszu ubezpieczeniowego, a zgodnie z prawem fundusz ma obowiązek zaakceptowania wszystkich uprawnionych do ubezpieczenia klientów. Selekcja ubezpieczonych ze względu na ryzyko, np. wiek czy ryzyko zdrowotne, nie jest dozwolona¹³⁵.

8.1.2 Funkcja regulatora

Podobnie jak w innych krajach Europejskich, głównym regulatorem systemu opieki zdrowotnej w Czechach jest **Ministerstwo Zdrowia**, które odpowiada za:

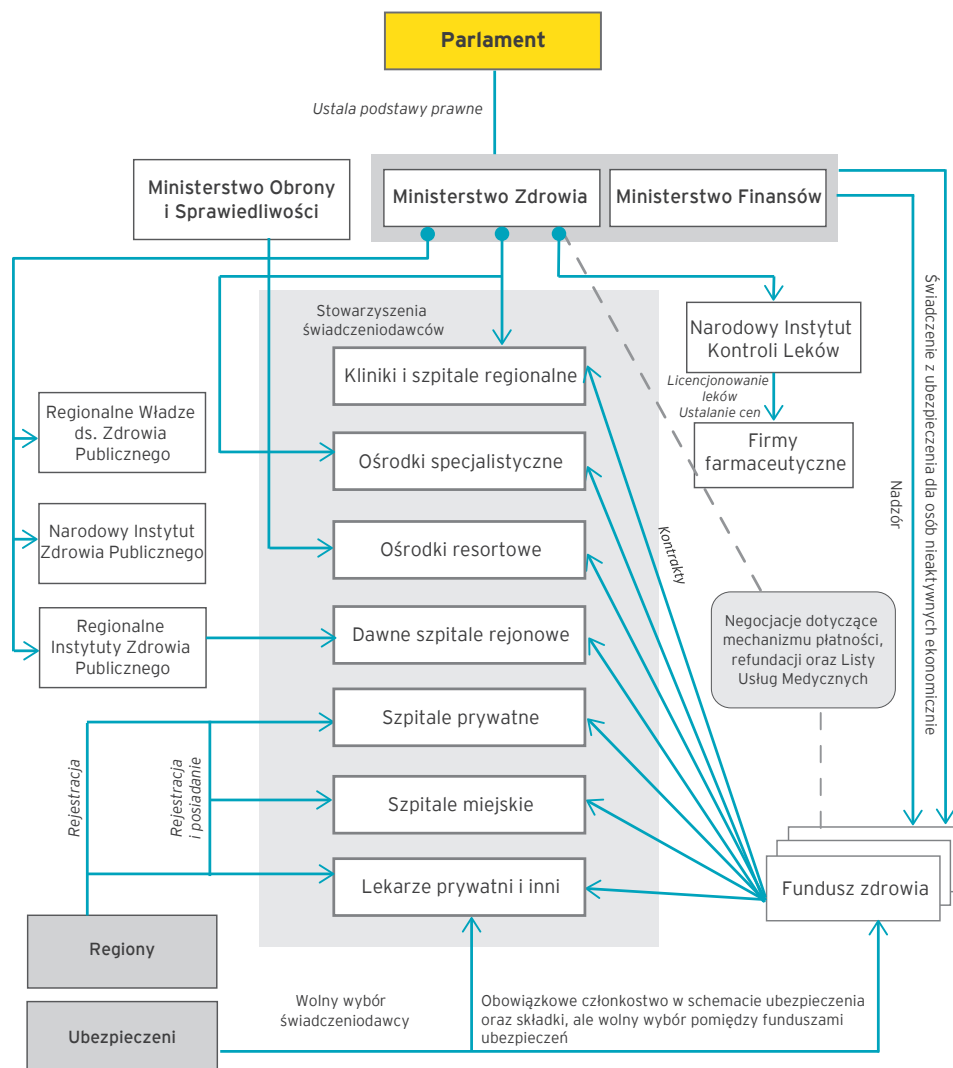
- opracowanie programu polityki zdrowotnej,
- nadzór nad systemem opieki zdrowotnej, w tym funduszami ubezpieczeniowymi,

134 Bryndova L, Pavlova K, Roubal T, Rokosova M, Gaskins M i van Ginneken E, Czech Republic: *Health system review. Health Systems in Transition*. 2009, 11(1): 1-122.

135 Ibidem.

- ▶ przygotowywanie regulacji w obszarze ochrony zdrowia,
- ▶ wydawanie licencji dla pracowników ochrony zdrowia,
- ▶ zarządzanie podmiotami opieki zdrowotnej, które do niego należą (np. duże szpitale o ponadregionalnym zasięgu, szpitale specjalistyczne, kliniki).

Rysunek 10. Uczestnicy rynku opieki zdrowia w Czechach



Źródło: Bryndova L, Pavlova K, Roubal T, Rokosova M, Gaskins M i van Ginneken E, Czech Republic: *Health system review*. Op. Cit.

Ministerstwo zdrowia zarządza także niektórymi instytucjami ochrony zdrowia, w tym **Narodowym Instytutem Kontroli Leków**, odpowiedzialnym za decyzje o cenie i refundacji leków. Drugim istotnym regulatorem są **Władze Regionalne ds. Zdrowia Publicznego**, które podlegają Ministerstwu Zdrowia i odpowiadają m.in. za rejestrację świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Kolejna ważna instytucja publiczna to **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego** oraz jego regionalne oddziały, które podlegają pod Ministerstwo Zdrowia i zajmują się monitorowaniem stanu zdrowia Czechów, jak również działaniami zmierzającymi do jego poprawy, np. promowanie zdrowego stylu życia¹³⁶.

136 Bryndova L, Pavlova K, Roubal T, Rokosova M, Gaskins M i van Ginneken E, Czech Republic: *Health system review*. Op. Cit.

Istotnym podmiotem mającym wpływ na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej na poziomie narodowym jest Ministerstwo Finansów, które jest płatnikiem ubezpieczenia dla niektórych grup pacjentów nieaktywnych zawodowo. Ministerstwo Finansów wraz z Ministerstwem Zdrowia nadzoruje działanie funduszy ubezpieczeniowych¹³⁷.

8.1.3 Instytucje koordynujące

W Czechach nie ma jednej, dedykowanej instytucji koordynującej opiekę onkologiczną. Funkcję tę pełni częściowo **Czeskie Stowarzyszenie Onkologii** (CSO¹³⁸). CSO zajmuje się w szczególności akredytacją Kompleksowych Centrów Onkologicznych (CCC¹³⁹), współtworzeniem narodowego Planu Zwalczania Nowotworów oraz bierze udział w opracowywaniu standardów leczenia. Poniżej przedstawiono główne zadania CSO.

Zadania Czeskiego Stowarzyszenia Onkologii (CSO):

- ▶ utworzenie Narodowego Rejestru Onkologicznego,
- ▶ współtworzenie Narodowego Programu Zwalczania Nowotworów (NOP¹⁴⁰),
- ▶ akredytacja CCC,
- ▶ wsparcie edukacji lekarzy onkologów,
- ▶ organizacja kongresów onkologicznych (wraz z Uniwersytetem Masaryka),
- ▶ wydawanie czasopisma „Onkologia Kliniczna”,
- ▶ prowadzenie portalu internetowego www.linkos.cz z informacjami dla lekarzy, jak również dla pacjentów i ich rodzin oraz portalu www.onconet.cz z bazą świadczeniodawców oraz informacjami o NOP,
- ▶ wsparcie programów screeningowych,
- ▶ prowadzenie konsultacji w zakresie onkologii dla Czeskiej Izby Lekarskiej, w ramach tych konsultacji opracowywane są niezbędne standardy podstawowej opieki onkologicznej dla Ministerstwa Zdrowia (Prezes Zarządu Stowarzyszenia jest członkiem Komitetu Naukowego w Ministerstwie Zdrowia).

Do CSO należą przedstawiciele różnych podmiotów związanych z opieką onkologiczną. Na przykład, w skład Zarządu i Komisji Rewizyjnej Stowarzyszenia wchodzi osoby powiązane z instytutami medycznymi i szpitalami klinicznymi, jak również władzami regionalnymi¹⁴¹. CSO jest więc powiązane osobowo ze świadczeniodawcami, w tym z CCC, jednak nie świadczy usług opieki zdrowotnej.

¹³⁷ Ibidem.

¹³⁸ Ang. Czech Society for Oncology.

¹³⁹ Ang. Comprehensive Cancer Centers.

¹⁴⁰ Cz. Národní Onkologický Program.

¹⁴¹ Lista członków dostępna na <http://www.linkos.cz/czech-society-for-oncology/members-of-board-and-auditing-committee-of-the-czech-society-for-oncology-2011-2015/>.

8.1.4 Świadczeniodawcy

Opieką onkologiczną w Czechach zajmują się głównie wyspecjalizowane Kompleksowe Centra Onkologiczne (CCC). CCC funkcjonują w ramach odrębnych regulacji dotyczących wymagań sprzętowych i kwalifikacji, jak również, rozliczeń z funduszami ubezpieczeniowymi za świadczone usługi. Zasady te zostały opisane w dalszej części rozdziału.

Opieka onkologiczna jest świadczona również w ośrodkach współpracujących z CCC oraz szpitalach ogólnych. Usługi profilaktyczne i ambulatoryjne związane z leczeniem onkologicznym są natomiast świadczone przez ośrodki ambulatoryjne. Świadczeniodawcy usług opieki onkologicznej (poza CCC) funkcjonują na takich samych zasadach, jak świadczeniodawcy w innych obszarach terapeutycznych.

Prywatyzacja szpitali w Czechach

W ostatnich latach nastąpiła częściowa prywatyzacja szpitali. Do 2003 roku szpitale należały głównie do władz centralnych. Po wprowadzeniu systemu władz regionalnych rozpoczął się polegający na przekazaniu podmiotów długoterminowej opieki zdrowotnej oraz około połowy szpitali do Regionalnych Władz ds. Zdrowia Publicznego proces zmian w strukturze własności szpitali i stacji ratownictwa medycznego. Część mniejszych szpitali została wzięta w posiadanie przez gminy, a pozostałe podmioty zostały sprywatyzowane. Szpitale, które zostały przekazane władzom regionalnym zostały przekształcone w spółki akcyjne, w celu zapewnienia przejrzystości i efektywności ich funkcjonowania. W konsekwencji powyższych zmian większość szpitali (w tym te największe i wszystkie CCC) w dalszym ciągu pozostaje w rękach publicznych. Część szpitali nadal należy do Ministerstwa Zdrowia lub Ministerstwa Obrony Narodowej. Obecnie, własność i forma prawna szpitali jest przedmiotem debaty publicznej. W odróżnieniu od szpitali, świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej są głównie w rękach podmiotów prywatnych¹⁴².

8.2 Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych

Czeski Narodowy Program Zwalczania Nowotworów (NOP) powstał w 2003 roku i został opracowany przez Czeskie Stowarzyszenie Onkologii, Ligę Walki z Rakiem oraz Ministerstwo Zdrowia¹⁴³.

Narodowy Program Zwalczania Nowotworów (NOP) w Czechach¹⁴⁴

Cele NOP	▶ Obniżenie zachorowalności i umieralności na raka, ▶ Poprawa jakości życia chorych na raka, ▶ Jak najlepsze wykorzystanie dostępnych zasobów diagnostyki i leczenia onkologicznego.
-----------------	--

142 Bryndova L, Pavlova K, Roubal T, Rokosova M, Gaskins M i van Ginneken E, Czech Republic: Health system review., Op. Cit.

143 NOP on-line, dostępny na www.onconet.cz.

144 NOP on-line, dostępny na www.onconet.cz.

Narodowy Program Zwalczania Nowotworów (NOP) w Czechach¹⁴⁴

Strategia NOP	▸ Walka z nowotworami złośliwymi jako element narodowej i regionalnej agendy politycznej, ▸ Walka z nowotworami złośliwymi jako interes publiczny, ▸ Współpraca międzynarodowa i harmonizacja działań w ramach struktur partnerskich UE i WHO, ▸ Zrównoważony rozwój w walce z rakiem przez kontrolę kosztów, ▸ Ocena i ciągła ewaluacja wskaźników wyznaczających rezultaty działania i skuteczność NOP – coroczny raport z wykonania NOP zawierający ewentualnie zmiany i propozycje usprawnień.
Zadania NOP	▸ Wyznaczenie sieci CCC oraz ustanowienie Rady ośrodków CCC, która zajmie się koordynacją ich działań, ▸ Wsparcie edukacji z zakresu profilaktyki nowotworowej w szkołach, upowszechnianie profilaktyki pierwotnej nowotworów, zmniejszenie liczby palaczy, głównie wśród młodzieży i kobiet, wsparcie dla pozytywnych zmian w stylu życia i odżywiania, ▸ Długoterminowe wsparcie dla krajowych programów badań przesiewowych raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego, ▸ Dostarczanie informacji do programów badań przesiewowych, w tym odpowiednich systemów informacyjnych i raportowania, ▸ Poprawa wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych, we współpracy z lekarzami ogólnymi, ▸ Egzekwowanie prawa dotyczącego publicznej dostępności porównywalnych informacji o leczeniu i prewencji nowotworów oraz diagnostyki i opieki onkologicznej, ▸ Wsparcie ciągłości, modernizacji i praktycznego wykorzystania czeskiego Krajowego Rejestru Nowotworów dla kontroli opieki onkologicznej (profilaktyki, diagnostyki i leczenia), ▸ Wsparcie badań onkologicznych i rozwoju innowacji, wprowadzenie oceny technologii medycznych (HTA) w onkologii, wsparcie edukacji specjalistów onkologów.

NOP nie dysponuje odrębnymi środkami budżetowymi na realizację przewidzianych w nim działań oraz nie zawiera odrębnych wskaźników efektywności, które służyłyby do monitorowania wykonania planu. Wykorzystywane są ogólne wskaźniki efektywności, takie jak: poziom zachorowalności czy współczynnik zgonów.

8.3 Systemy i rejestry danych onkologicznych

W Czechach funkcjonuje **Narodowy System Informacji Zdrowotnej** (NHIS¹⁴⁵), który zawiera informacje dotyczące stanu zdrowia i opieki zdrowotnej. Dane z tego systemu wykorzystywane są np. do badań naukowych oraz jako podstawa do tworzenia polityki zdrowotnej. NHIS składa się z 15 rejestrów w tym **Narodowego Rejestru Onkologicznego**. Systemy bazują na informacjach przekazywanych przez świadczeniodawców, którzy mają obowiązek dostarczania danych do tych rejestrów raz w roku¹⁴⁶.

W Czechach funkcjonuje również wiele publicznie dostępnych portali internetowych zawierających dane dotyczące opieki onkologicznej. Informacje o tych bazach przedstawia poniższa tabela.

Tabela 14. Dostępne publicznie rejestry danych związanych z opieką onkologiczną

Baza danych	Podmiot prowadzący	Opis	Strona www
System Wizualizacji Danych Medycznych (SVOD)	Czeskie Stowarzyszenie Onkologii	Portal zawiera dane epidemiologiczne dotyczące nowotworów, umożliwia użytkownikowi generowanie różnego typu analiz według regionów, rodzaju nowotworów, stadium rozwoju, porównań międzynarodowych, itp. Portal dostępny jest również w języku angielskim.	www.svod.cz
Projekt Uroweb.cz	Czeskie Stowarzyszenie Onkologii oraz Czeskie Stowarzyszenie Urologii	Portal zawiera informacje dotyczące epidemiologii, procedur terapeutycznych i diagnostycznych, jak również wyników leczenia nowotworów układu urologicznego.	www.uroweb.cz
Baza informacji o świadczeniodawcach opieki onkologicznej	Czeskie Stowarzyszenie Onkologii	Baza umożliwia wyszukiwanie i lokalizację różnego rodzaju ośrodków (CCC i ośrodków współpracujących z nimi, Centrów Onkologicznej Opieki nad Dziećmi, Centrów Hematologicznych, centrów wykonujących badania mammografii, kolonoskopii i in.). Jest to część portalu Narodowego Planu Zwalczania Nowotworów.	www.onconet.cz/index-en.php?s=ccc

145 Ang. National Health Information System.

146 Bryndova L, Pavlova K, Roubal T, Rokosova M, Gaskins M i van Ginneken E, *Czech Republic: Health system review*. Op. Cit.

Baza danych	Podmiot prowadzący	Opis	Strona www
Internetowy System gromadzenia danych klinicznych	Instytut Analiz i Biostatystyki na Uniwersytecie Masaryka	Baza danych dotyczących badań klinicznych prowadzonych na Uniwersytecie Masaryka.	www.registry.cz
Rejestry dla leków biologicznych (dla zarejestrowanych użytkowników)	Czeskie Stowarzyszenie Onkologii, Instytut Analiz i Biostatystyki na Uniwersytecie Masaryka, Instytut Onkologiczny Masaryka, CCC	Rejestry zawierają informacje dotyczące wykorzystania, procesu i wyników leczenia drogami lekami biologicznymi, takimi jak: trastuzumab, lapatinib, bevacizumab, cetuximab. Rejestry mają służyć optymalizacji wykorzystania leków biologicznych.	Odrębny rejestr dla każdego leku ¹⁴⁷

Źródło: Opracowanie własne na podstawie www.linkos.cz oraz www.onconet.cz

Ponadto większość świadczeniodawców posiada służące do rozliczeń z funduszami ubezpieczeniowymi systemy informatyczne, które zawierają informacje o zdarzeniach medycznych, m.in. onkologicznych. Istniejące systemy mają jednak ograniczone zastosowanie. Nie pozwalają np. na analizę efektywności leczenia, brak jest dostępności danych o wystandaryzowanej i usystematyzowanej ocenie leczenia onkologicznego oraz dostępnej dla pacjentów informacji o jakości leczenia w poszczególnych ośrodkach¹⁴⁸.

8.4 Finansowanie systemu opieki onkologicznej

Opieka onkologiczna jest finansowana na podstawie umów między certyfikowanymi świadczeniodawcami a funduszami ubezpieczeniowymi. Kryteria certyfikowania świadczeniodawców są ustalane przez Ministerstwo Zdrowia i są takie same dla świadczeniodawców publicznych i prywatnych. Na przykład, świadczeniodawca podstawowej opieki onkologicznej (nie CCC) musi spełniać warunki określone w ustawie o opiece zdrowotnej w placówkach służby zdrowia, które określają wymagane kwalifikacje lekarzy i inne wymagane zasoby dla każdego rodzaju placówek medycznych. Odrębne zasady funkcjonują dla CCC oraz Centrów Onkologii Dziecięcej¹⁴⁹ (ChCC¹⁵⁰). Poza listą niezbędnych kwalifikacji personelu, CCC i ChCC muszą również spełniać opisane poniżej warunki techniczne¹⁵¹.

147 Lista rejestrów: <http://www.linkos.cz/cancer-epidemiology-and-cancer-registries-in-the-czech-republic/clinical-registries/>.

148 Lista rejestrów: <http://www.linkos.cz/cancer-epidemiology-and-cancer-registries-in-the-czech-republic/clinical-registries/>.

149 Pełna lista warunków, które muszą spełniać CCC i ChCC dostępna jest na stronie <http://www.linkos.cz/czech-cancer-centre-network/criteria-defining-the-status-of-comprehensive-cancer-centre/>.

150 Ang. Children's Cancer Center.

151 Czech Society for Oncology, www.linkos.cz.

Wymagania sprzętowe dla CCC i ChCC w Czechach¹⁵²

Sprzęt radioterapeutyczny	▶ Dwa lub więcej akceleratory liniowe (z których co najmniej dwa muszą być podwójne). ▶ Instrument do brachyterapii, ▶ Symulator lub symulator CT, ▶ System planowania leczenia 3D, ▶ Sprzęt do dozymetrii absolutnej, względnej i in vivo, ▶ Laboratorium modelowania, ▶ Sprzęt do innych specjalistycznych technik radioterapeutycznych (IMRT, TBI).
Sprzęt do leczenia systemowego	▶ Wszechstronne możliwości diagnostyczne do leczenia systemowego - ustanowienie wszystkich zalecanych parametrów predykcyjnych, ▶ Centrala przygotowania do stosowania leków cytostatycznych, ▶ W pełni wyposażony oddział leczenia krótkoterminowego z możliwością pracy na dwie zmiany, jak również długoterminowego leczenia ambulatoryjnego, ▶ Ścisła współpraca z oddziałem intensywnej terapii.

Opieka zdrowotna, w tym również onkologiczna, w Czechach finansowana jest głównie ze środków publicznych. Jak pokazuje poniższa tabela, całkowite wydatki na opiekę zdrowotną w 2012 roku wyniosły 293 635 M CZK (10 743 M EUR), z czego 84% stanowiły wydatki publiczne, a tylko 16% wydatki prywatne.

Tabela 15. Źródła finansowania systemu opieki zdrowotnej

Źródła finansowania	EUR M	Udział wydatków publicznych	Udział wydatków prywatnych
Całkowite wydatki na ochronę zdrowia 2012 r	10.743	84,1%	15,9%

Źródło: *Economic information on health care*, Zdravotnická Statistika ČR 2012, www.uzis.cz.

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w 2012 roku wyniosły 246 917 M CZK (9 043 M EUR), co stanowi 6,42% PKB. Czeski urząd statystyczny nie prowadzi statystyk wydatków onkologicznych. Dostępna jest jedynie informacja o wydatkach funduszy ubezpieczeniowych w podziale na grupy diagnostyczne ICD-10. Te wydatki na nowotwory z wyłączeniem grup D10-D-36 wyniosły w 2011 roku 19 666 M CZK (720 M EUR), co stanowiło 8% całkowitych wydatków publicznych na opiekę zdrowotną w tym roku¹⁵³. Brak jest informacji o udziale wydatków prywatnych w wydatkach na opiekę onkologiczną. Brak jest również

¹⁵² Ibidem.

¹⁵³ *Economic information on health care*, Zdravotnická Statistika ČR, Op. Cit.

dostępnych danych dotyczących podziału tych wydatków na beneficjentów (świadczeniodawców) prywatnych i publicznych, jednak ze względu na fakt, że w przypadku opieki onkologicznej większość świadczeniodawców, w tym wszystkie CCC, jest publicznych, to właśnie do nich w dużej mierze trafiają środki na leczenie.

Tabela 16. Wydatki na opiekę onkologiczną 2012

Rodzaj wydatków	EUR M	Świadczeniodawcy publiczni	Świadczeniodawcy prywatni
Całkowite wydatki publiczne na ochronę zdrowia	9.034	n/a	n/a
Wydatki funduszy ubezpieczeniowych na leczenie nowotworów*	720	n/a	n/a

*Wydatki funduszy ubezpieczeniowych na nowotwory w podziale na grupy diagnostyczne ICD-10 z wyłączeniem grup D10-D-36 w 2011 r.

Źródło: *Economic information on health care*, Zdravotnická Statistika ČR, Op. Cit.

Zakres obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, oferowanych przez fundusze ubezpieczeniowe w Czechach jest bardzo szeroki. Zgodnie z prawem jest on taki sam dla wszystkich pacjentów, w szczególności zawiera:

- ▶ świadczenia opieki ambulatoryjnej (w tym profilaktykę, badania screeningowe, szczepienia, diagnostyka, leczenie ambulatoryjne),
- ▶ świadczenia opieki szpitalnej,
- ▶ leki na receptę,
- ▶ rehabilitację,
- ▶ niektóre świadczenia medyczne,
- ▶ usługi SPA przepisane przez lekarza,
- ▶ leki OTC przepisane przez lekarza¹⁵⁴.

Mimo szerokiego zakresu gwarantowanych świadczeń, w praktyce dostęp do świadczeń jest ograniczony przez szereg środków, w tym warunki świadczenia opieki zdrowotnej wynikające z funkcjonowania listy leków refundowanych, kontraktów między świadczeniodawcami i funduszami ubezpieczeniowymi oraz funkcjonowania listy świadczeń refundowanych¹⁵⁵.

W czeskim systemie ubezpieczeń zdrowotnych pacjenci pokrywają wydatki „out-of-pocket” (OOP) m.in. za: (1) leki OTC, (2) dopłaty do środków medycznych oraz niektórych leków na receptę, jeżeli ich cena przekracza cenę referencyjną, (3) dodatkowe opłaty za wizyty u lekarzy, leki na receptę, pobyt w szpitalu oraz korzystanie z niektórych usług ambulatoryjnych, które zostały wprowadzone w 2008 roku¹⁵⁶. Według ostatniej aktualizacji prawa są one następujące:

- ▶ 1,10 EUR (30 CZK) za wizytę u lekarza dla osób powyżej 18 r. ż.,

¹⁵⁴ Ibidem.

¹⁵⁵ *Economic information on health care*, Zdravotnická Statistika ČR, Op. Cit.

¹⁵⁶ Ibidem.

- ▶ 3,30 EUR (90 CZK) za korzystanie usług z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, jeżeli nie jest powiązana z hospitalizacją,
- ▶ 1,10 EUR (30 CZK) stałej opłaty za refundowane leki na receptę¹⁵⁷.

Zasady rozliczania refundacji usług medycznych między świadczeniodawcami i funduszami ubezpieczeniowymi są określone prawnie przez Ministerstwo Zdrowia. Leczenie onkologiczne podlega takim samym zasadom jak inne specjalności. Co do zasady, w Czechach szpitale rozliczane są na podstawie połączenia: (1) systemu JGP, (2) kontraktów indywidualnych, (3) globalnych budżetów, a (4) szpitalna opieka ambulatoryjna jest refundowana na podstawie maksymalnej opłaty za usługę¹⁵⁸. Świadczeniodawcy publiczni i prywatni funkcjonują na takich samych zasadach.

System **JGP** zawiera 1007 grup pacjentów i na jego podstawie rozliczana jest część usług szpitala. Dla niektórych świadczeń medycznych fundusze ubezpieczeń zdrowotnych mogą zawierać **kontrakty indywidualne**, w których rodzaj, ilość i wycena świadczeń określone są odrębnie dla każdego świadczeniodawcy. Kontrakty te mają jednak niewielki zakres, ich udział w przychodach szpitali w 2009 roku wyniósł ok. 4%. **Globalne budżety** są stosowane przy refundacji świadczeń szpitalnych niepokrytych ani przez system JGP, ani przez kontrakty indywidualne. W 2009 roku stanowiły one średnio 56% przychodów szpitali, przy czym udział ten różnił się istotnie w przypadku poszczególnych szpitali¹⁵⁹.

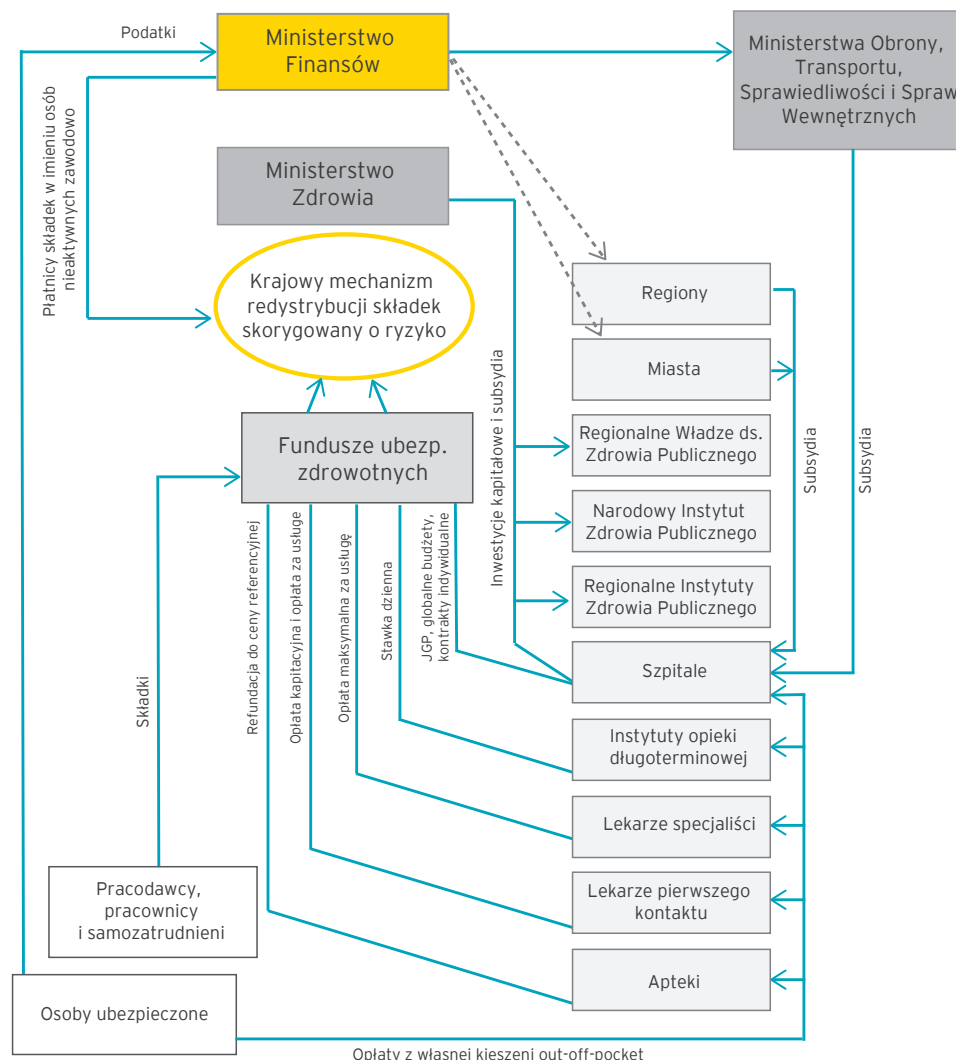
Zasady rozliczeń między różnymi świadczeniodawcami w Czechach przedstawia Rysunek 11.

¹⁵⁷ Według informacji dostępnych na stronie funduszu ubezpieczeniowego VZP
<http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky>.

¹⁵⁸ Ibidem.

¹⁵⁹ Ibidem.

Rysunek 11. System rozliczeń w czeskim systemie opieki zdrowotnej.



Žródło: Bryndova L, Pavloková K, Roubal T, Rokosova M, Gaskins M I, van Ginneken E, Czech Republic: *Health system review*. Op. Cit.

Od 2009 roku szpitalne usługi ambulatoryjne są refundowane na takich samych zasadach jak w przypadku innych podmiotów (poza szpitalnych), czyli na podstawie maksymalnej opłaty za usługę oraz stawek kapitacyjnych¹⁶⁰. Lekarze ogólni w praktykach prywatnych są rozliczani na podstawie opłaty kapitacyjnej w połączeniu ze stawkami za świadczenia, co dotyczy w szczególności opieki profilaktycznej¹⁶¹.

8.5 Rola świadczeniodawców prywatnych

Świadczeniodawcy prywatni mają ograniczony udział w opiece onkologicznej w Czechach i są aktywni raczej w obszarze badań screeningowych i profilaktycznych np. mammograficznych, niż terapeutycznych. Wynika to po pierwsze z tego, że większość szpitali (w tym wszystkie CCC) jest państwowa. Po drugie, istniejący

160 Ibidem.

161 Ibidem.

Świadczeniodawcy prywatni mają problem z uzyskaniem kontraktów na leczenie onkologiczne z funduszami ubezpieczeniowymi. Potwierdza to przypadek niedawno otwartego, prywatnego, wysoko wyspecjalizowanego Praskiego Centrum Terapii Protonowej (PPTC¹⁶²)¹⁶³, które jest jedynym znaczącym prywatnym ośrodkiem leczenia onkologicznego w Czechach, ale nie posiada kontraktu z żadnym z czeskich funduszy ubezpieczeniowych. PPTC udało się natomiast pozyskać kontrakt ze słowackim funduszem ubezpieczeniowym (VZP). PPTC obsługuje głównie pacjentów z zagranicy np. z Wielkiej Brytanii¹⁶⁴, jak również czeskich pacjentów prywatnych.

Świadczeniodawcy prywatni odgrywają natomiast większą rolę w innych obszarach terapeutycznych. W 2008 roku 27% łóżek szpitalnych ogółem należało do 81 szpitali prywatnych, a 74% łóżek należało do 73 szpitali publicznych.

8.6 Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców

Geograficzny dostęp pacjentów do świadczeń medycznych w Czechach jest bardzo dobry. Wynika to ze stosunkowo niewielkich rozmiarów kraju, jak również, z wysokiego wskaźnika lekarzy na 1000 pacjentów¹⁶⁵, stosowanej polityki rozmieszczenia przestrzennego świadczeniodawców oraz regulacji w zakresie maksymalnych czasów dojazdu pacjentów¹⁶⁶.

W 2000 roku system świadczeniodawców onkologicznych został częściowo scentralizowany. Zmiana polegała na przejściu od rozbudowanej sieci mniej wyspecjalizowanych ośrodków do bardziej scentralizowanej sieci świadczeniodawców dostarczających kompleksowe usługi wysokiej jakości (CCC). W efekcie tych zmian powstało najpierw 18 CCC, które w 2006 roku zostały zredukowane do obecnie funkcjonujących 13 CCC. Choć CCC działają tylko w większych miastach są równomiernie rozlokowane geograficznie. Ponadto, istnieje 6 Centrów Hematologicznych oraz 2 ChCC¹⁶⁷. Podstawowe usługi diagnostyczne oraz radioterapia pozostały rozproszone geograficznie.

Maksymalne czasy dojazdu pacjentów do świadczeniodawców są określone prawnie i monitorowane przez Ministerstwo Zdrowia. Fundusze ubezpieczeń zdrowotnych powinny zapewnić dostęp do ambulatoryjnego leczenia onkologicznego w zasięgu 90 minut czasu dojazdu, a radioterapeutycznego w zasięgu 120 minut. Jeżeli chodzi o leczenie szpitalne, ustawowe czasy to 120 minut dla onkologii i 180 min dla radioterapii. Ministerstwo Zdrowia może nałożyć karę (do 10 mln CZK) na fundusz ubezpieczeniowy, które nie spełnia tych wymagań¹⁶⁸.

Poniższa tabela przedstawia średnie czasy dojazdu samochodem do wybranych typów świadczeniodawców.

162 Ang. Prague Proton Therapy Center.

163 PPTC otwarto w 2012 roku - centrum może przyjąć do 2500 pacjentów rocznie (<http://www.proton-cancer-treatment.com/>).

164 <http://www.proton-cancer-treatment.com/>.

165 Wskaźnik lekarzy na 1000 mieszkańców (2,7 w 2007 roku)

166 Bryndova L, Pavlova K, Roubal T, Rokosova M, Gaskins M i van Ginneken E, *Czech Republic: Health system review*. Op. Cit.

167 Czech Society for Oncology, <http://www.linkos.cz/onkologicka-pracoviste/seznam-koc/>

168 Ustawa nr 307/2012 coll. Załącznik nr 1 dostępny na stronach Ministerstwa Zdrowia <http://www.mzcr.cz>

Tabela 17. Czas dojazdu samochodem do Świadczeniodawców w Czechach (2008)

Rodzaj świadczeniodawcy	Czas dojazdu w minutach
Lekarz ogólny	6
Specjalistyczna opieka ambulatoryjna	20 (dla 95% populacji)
Radioterapia	22

Źródło: Bryndova L, Pavlova K, Roubal T, Rokosova M, Gaskins M i van Ginneken E, Czech Republic: *Health system review.*, Op. Cit.

Ministerstwo Zdrowia ustaliło też ustawowo maksymalny czas oczekiwania dla wybranych usług, z których rozliczane są fundusze ubezpieczeniowe. W przypadku onkologii są to:

- ▶ Tomografia komputerowa - 3 tyg.,
- ▶ Rezonans magnetyczny - 5 tyg.,
- ▶ Badanie mammograficzne - 6 tyg.

Brak jest określonych maksymalnych czasów oczekiwania dla pozostałych świadczeń onkologicznych¹⁶⁹.

8.7 Kompleksowość opieki onkologicznej

8.7.1 System referencyjny

W Czechach nie występuje system referencyjny, który odpowiadałby definicji stosowanej obecnie w Polsce. Funkcjonują natomiast CCC, które mogą zawierać umowy z funduszami ubezpieczeń zdrowotnych na specjalnych warunkach. Dotyczy to pozwoleń na wykorzystanie szczególnie drogich leków oraz najnowszych technologii leczenia onkologicznego. Celem takiego systemu jest dążenie do tego, żeby najdroższe technologie medyczne były stosowane w najbardziej efektywny sposób, poprzez ograniczenie ich stosowania do najbardziej wyspecjalizowanych ośrodków. CCC powstały również po to, aby poprawić bezpieczeństwo pacjentów oraz jakość leczenia specjalistycznego poprzez np. stosowanie dodatkowych wymogów dla CCC w zakresie kwalifikacji personelu oraz sprzętu medycznego¹⁷⁰.

8.7.2 Inne mechanizmy

Leczenie skojarzone i skoordynowane zapewnione jest w pewnym stopniu w CCC, poprzez wymóg posiadania personelu o szerokich kwalifikacjach w tych centrach. CSO rekomenduje stosowanie leczenia skojarzonego, brak jest natomiast odrębnie istniejących zasad, co do takiego trybu leczenia (np. dotyczących udziału multidyscyplinarnego zespołu lekarzy czy stosowania skojarzonych metod leczenia).

W Czechach prowadzone są prace nad ustanowieniem standardów świadczenia usług onkologicznych (diagnostyki i leczenia). Liderem prac jest CSO, które we współpracy z innymi podmiotami (Ministerstwem Zdrowia, funduszami ubezpieczeń

¹⁶⁹ Ibidem.

¹⁷⁰ Bryndova L, Pavlova K, Roubal T, Rokosova M, Gaskins M i van Ginneken E, Czech Republic: *Health system review.* Op. Cit.

zdrowotnych, świadczeniodawcami, Czeską Izbą Medyczną oraz organizacjami pacjentów) w 2008 roku przeprowadziło pierwszy projekt pilotażowy w tym zakresie¹⁷¹. Standaryzację diagnostyki i leczenia onkologicznego mają wspierać planowany system zarządzania procesem leczenia trudnych przypadków oraz narzędzia wymiany danych o pacjentach. Prace nad tymi zmianami nadal trwają¹⁷².

W ocenie OECD, pomimo wprowadzonych zmian i trwających prac w obszarach standardów i jakości leczenia oraz systemów informacji medycznej, wyniki leczenia onkologicznego w Czechach nadal odbiegają od średniej OECD i mogą być lepsze. Rekomendacje OECD dla Czech obejmują promocję zdrowego stylu życia oraz profilaktyki, poprawę dostępności najnowocześniejszych metod leczenia oraz zwiększenie skuteczności programów screeningowych¹⁷³.

171 Ibidem.

172 Dostępne na: www.linkos.cz.

173 OECD, *Cancer Care: Assuring quality to improve survival*, Country note: Czech Republic, 2013.

9. System opieki onkologicznej w USA

Typ systemu:

- Dominacja mechanizmów rynkowych
- Szeroki wybór płatników i świadczeniodawców prywatnych i publicznych
- Ograniczenia w dostępie do świadczeń ustalane w indywidualnych kontraktach

System opieki zdrowotnej, w tym także opieki onkologicznej, w USA może być postrzegany jako sieć niezależnych systemów, współpracujących ze sobą. W systemie tym występuje wielu płatników, świadczeniodawców i regulatorów. Charakterystyczna jest także duża rola sektora prywatnego, a także wzajemne przenikanie się sektorów: prywatnego i publicznego – zarówno w sferze finansowania jak i świadczenia usług. W USA dominuje model świadczenia usług oparty na zasadach konkurencji oraz własności prywatnej. Struktura, mechanizmy działania oraz model finansowania systemu opieki onkologicznej wraz z ostatnimi zmianami regulacyjnymi zostały opisane w poniższych podrozdziałach.

9.1 Podmioty systemu opieki onkologicznej

W amerykańskim systemie opieka zdrowotna finansowana jest przez płatników publicznych i prywatnych. Usługi medyczne świadczone są zarówno przez podmioty publiczne jak i prywatne, które podlegają regulacjom publicznym, na poziomie federalnym, stanowym i lokalnym, oraz przyjętym standardom regulacyjnym ustanawianymi przez podmioty prywatne. Zarówno podmioty federalne jak i stanowe uczestniczące w systemie opieki zdrowotnej posiadają własne jednostki legislacyjne, wykonawcze i sądowe. Największą rolę administracyjną w służbie zdrowia pełni federalny Departament Zdrowia i Spraw Społecznych¹⁷⁴, w którego strukturach znajdują się: Centrum Usług Medicare & Medicaid (CMS¹⁷⁵), administrujący działaniami największych publicznych płatników: Medicare, Medicaid, CHIP oraz pozostałe federalne agencje (CDC, FDA, NIH¹⁷⁶). Podmioty publiczne, zarówno na poziomie federalnym, jak i stanowym pełnią nie tylko funkcję płatnika i regulatora, są także świadczeniodawcami usług medycznych. Usługi świadczone są w szczególności dla osób o niskim dochodzie w ramach prowadzonych szpitali i przychodni oraz profilaktyki onkologicznej. Największym płatnikiem usług medycznych są prywatni ubezpieczyciele finansujący usługi głównie poprzez trzy modele finansowania (HMO, PPO, high-deductible)¹⁷⁷. Istotną zmianę w organizacji opieki zdrowotnej w USA, wprowadziła uchwalona w 2010 r. Ustawa o ochronie pacjenta i dostępnej opiece medycznej (ACA¹⁷⁸). Główne zmiany wprowadzone przez ustawę miały na celu zwiększenie dostępności i obniżenie kosztów opieki medycznej.

174 Ang. Department of Health and Human Services.

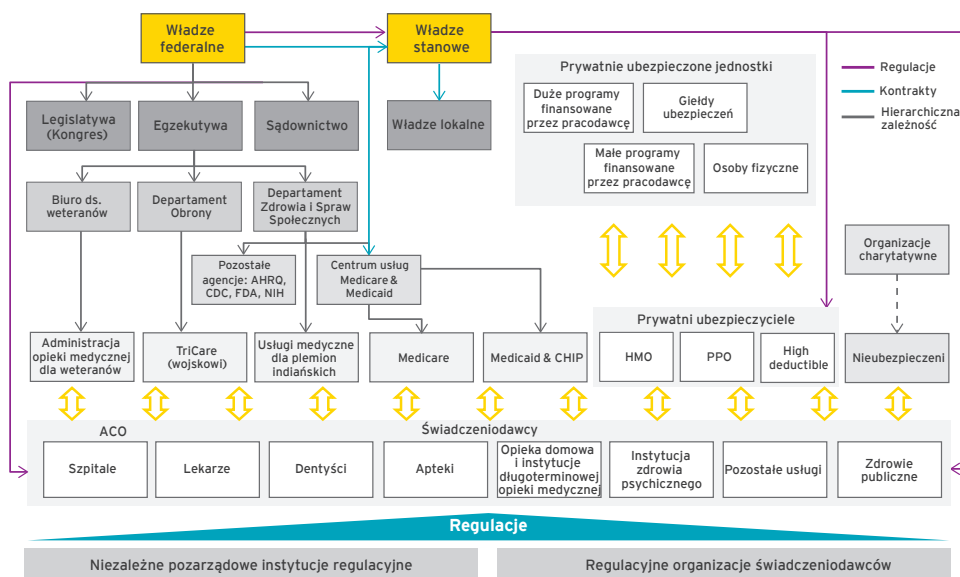
175 Ang. Centers for Medicare & Medicaid Services.

176 Ang. Centers for Disease Control and Prevention, Food and Drug Administration, National Health Institute.

177 Ang. Health Maintenance Organizations, Preferred Provider Organizations.

178 Ang. Patient Protection and Affordable Care Act, w skrócie Affordable Care Act.

Rysunek 12. Organizacja służby zdrowia w USA po wprowadzeniu ACA



Źródło: Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, va Ginneken E., *USA - Health system review, Health Systems in Transition*, 2013, s. 130.

9.1.1 Funkcja płatnika

W amerykańskim systemie opieki zdrowotnej, istnieją cztery główne podmioty publiczne finansujące opiekę zdrowotną:

- ▶ Medicare - finansujący opiekę dla seniorów (osób po 65 roku życia) i osób niepełnosprawnych; zasilany jest z budżetu federalnego,
- ▶ Medicaid - finansujący opiekę na osobami o najniższych dochodach oraz niepełnosprawnymi; zasilany z budżetu federalnego i budżetów stanowych,
- ▶ CHIP - finansujący opiekę medyczną nad dziećmi rodziców o najniższych a także nad samymi rodzicami, zasilany z budżetu federalnego i budżetów stanowych,
- ▶ Departament Obrony Narodowej i Departament ds. Weteranów - finansujący opiekę medyczną weteranów, zasilany z budżetów poszczególnych departamentów.

W amerykańskim systemie występuje bardzo duża liczba płatników prywatnych, którzy odgrywają bardzo istotną rolę w systemie. W 2010 roku prywatni ubezpieczyciele świadczyli usługi dla 53% społeczeństwa. Zdecydowana większość osób z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym uzyskuje je od pracodawcy - tylko co dziesiąty Amerykanin finansuje ubezpieczenie zdrowotne ze środków własnych¹⁷⁹.

Część wydatków podmiotów prywatnych pokrywana jest przez osoby fizyczne jako tzw. wydatki out-of-pocket, czyli: wydatki po przekroczeniu limitu ubezpieczenia, płatności za usługi nie objęte pakietem medycznym lub wydatki osób nie posiadających ubezpieczenia medycznego. Obecnie, co szósty Amerykanin nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego. Sytuacja ta wynika z poziomu dochodów

179 Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, va Ginneken E, *USA - Health system review*, Op. Cit.

niektórych obywateli, który jest zbyt niski, by mogli oni zakupić ubezpieczenie na komercyjnym rynku, a jednocześnie zbyt wysoki, by zakwalifikowali się do rządowych programów pomocowych oraz z polityki towarzystw ubezpieczeniowych, które do 2014 roku mogły odmówić sprzedaży ubezpieczenia osobom, u których zidentyfikowano wyższy poziom ryzyka zdrowotnego (uwarunkowania genetyczne, niebezpieczne środowisko pracy). Dodatkowo, do 2014 roku, nie istniał obowiązek posiadania ubezpieczenia zdrowotnego, a jedną z podstawowych cech amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej była dobrowolność przystąpienia i wolność wyboru ubezpieczenia. Przyjęta w 2010 ustawa o dostępności opieki medycznej (ACA), która weszła w życie 1.01.2014, zmieniła tę sytuację, nakładając obowiązek posiadania ubezpieczenia zdrowotnego przez osoby fizyczne, jeżeli składka na to ubezpieczenie nie przekroczy 8% ich dochodu. Dodatkowo, wprowadzone zostały rządowe i stanowe giełdy ubezpieczeń, na których konkurujące towarzystwa ubezpieczeniowe mogą prezentować swoją ofertę. Obecnie, płatnicy nie mogą odmówić ubezpieczenia ze względu na istniejące przed zawarciem umowy warunki zdrowotne, a składka ubezpieczeniowa dla osób w tym samym wieku, zamieszkujących ten sam teren geograficzny powinna być tej samej wysokości (bez względu na płeć czy istniejące uwarunkowania zdrowotne)¹⁸⁰.

9.1.2 Funkcja regulatora

Regulacje dotyczące sektora opieki zdrowotnej w USA wydawane są zarówno przez jednostki prywatne, jak i publiczne na trzech poziomach: federalnym, stanowym oraz lokalnym. Regulacje wydawane są w celu ustalenia standardów jakości i dostępu do usług medycznych oraz kontrolowania ich kosztów.

W ramach Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (DHHS)¹⁸¹, głównymi organami regulacyjnymi na poziomie federalnym są CMS, CDC i FDA. Pierwsza z wymienionych jednostek jest odpowiedzialna za administrowanie wymogami stawianymi programom Medicare i Medicaid. Wymogi te dotyczą np. kryteriów jakościowych i bezpieczeństwa dla świadczeniodawców (zarówno lekarzy, jak i szpitali), trzeba je spełnić, by uzyskać refinansowanie w ramach tych programów. CDC jest agencją, która planuje ogólnokrajowe i międzynarodowe strategie w kontekście reakcji na wydarzenia zagrażające zdrowiu publicznemu (np. klęski żywiołowej, epidemie, itp.). FDA, z kolei, jest odpowiedzialna za regulacje dotyczące wszystkich leków, w tym także chemioterapii oraz aparatury medycznej takiej jak chociażby systemy RTG czy urządzenia radioterapeutyczne.

Na poziomie stanowym określone są wymagania dla lekarzy i pielęgniarek oraz wydawane i odnawiane są ich licencje. Lekarze by otrzymać certyfikat specjalisty onkologa, muszą odbyć trzyletnią rezydenturę o specjalizacji choroby wewnętrzne, a następnie przynajmniej dwuletnie szkolenie kliniczne w onkologii¹⁸². Szpitale, muszą nie tylko spełnić wymagania nałożone na poziomie federalnym przez CMS, ale w większości podlegają także certyfikowaniu przez Wspólną Komisję (JC)¹⁸³

180 *The Patient Protection and Affordable Care Act, "Public Law 111-148". 111th United States Congress. Washington, D.C.: United States Government Printing Office. March 23, 2010.*

181 Ang: Department of Health and Human Services.

182 IOM (Institute of Medicine): *Delivering high-quality cancer care: Charting a new course for a system in crisis*. Washington, DC: The National Academies Press, s. 294.

183 Ang. Joint Commission.

- niepubliczną organizację zrzeszającą szpitale. JC jest przykładem jednostki niepublicznej, która pełni funkcję regulacyjną. Zrzesza ona ok. 4,000 szpitali, co stanowi 82% szpitali w Stanach Zjednoczonych. Spełnianie wymagań nałożonych na szpitale przez JC jest regularnie sprawdzane poprzez przeprowadzanie niezapowiedzianych audytów weryfikujących jakość świadczonych usług, dokumentację medyczną oraz ogólną jakość danej placówki¹⁸⁴. Dodatkowo, funkcję regulacyjną w opiece onkologicznej pełni np. Komisja ds. Nowotworów (CoC¹⁸⁵), powołana przez Amerykańskie Stowarzyszenie Chirurgów (ACS¹⁸⁶), która określa standardy jakościowe dla centrów walki z rakiem, audytuje je oraz certyfikuje (ok. 1.500 centrów w całym kraju).

9.1.3 Instytucje koordynujące

Narodowy Instytut Onkologiczny (NCI¹⁸⁷) to część Narodowego Instytutu Zdrowia (NIH¹⁸⁸), który jest jedną z 11 agencji tworzących Departament Zdrowia i Spraw Społecznych (DHHS). NCI w ustawie federalnej, dotyczącej narodowej walki z chorobami nowotworowymi (NCA¹⁸⁹) z 1971 r., desygnowany został jako koordynator Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (NCP¹⁹⁰), określanego jako narodowy wysiłek w celu walki z chorobami nowotworowymi, na który składają się zarówno działania podmiotów publicznych i prywatnych. Do zadań NCI w szczególności należą:

- ▶ wspieranie i koordynacja badań naukowych prowadzonych przez uniwersytety, szpitale, fundacje i podmioty należące do świata biznesu w kraju i za granicą poprzez przyznawanie grantów oraz umowy współpracy między NCI i wyżej wymienionymi instytucjami,
- ▶ prowadzenie badań we własnych laboratoriach i klinikach,
- ▶ wspieranie edukacji i organizacji szkoleń oraz zachęcanie do udziału w badaniach klinicznych oraz programach dotyczących opieki onkologicznej poprzez nagrody za osiągnięcia zawodowe oraz stypendia szkoleniowe,
- ▶ wspieranie badań naukowych dotyczących kontrolowania jakości opieki onkologicznej,
- ▶ wspieranie narodowej sieci Cancer Centers,
- ▶ współpraca z agencjami instytucji (prywatnych, narodowych, zagranicznych) zaangażowanych w badania naukowe dotyczące nowotworów oraz działania szkoleniowe,
- ▶ wspieranie i koordynacja badań nad nowotworami przez koncerny farmaceutyczne,
- ▶ zbieranie i rozpowszechnianie informacji na temat raka,

184 Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, va Ginneken E., *USA - Health system review*, Op. Cit.

185 Ang. Commission on Cancer.

186 Ang. American College of Surgeons.

187 Ang. National Cancer Institute.

188 Ang. National Health Institute.

189 Ang. National Cancer Act.

190 Ang. National Cancer Program.

- ▶ wspieranie budowy laboratoriów, klinik oraz związanych z nimi urządzeń niezbędnych do badań nad rakiem poprzez przyznawanie dotacji budowlanych.

Działalność NCI finansowana jest z budżetu federalnego oraz dobrowolnych darowizn od innych podmiotów. Corocznie NCI przedstawia roczny plan działań oraz planowany budżet bezpośrednio prezydentowi USA, który zwraca się do Kongresu z prośbą o akceptację i przyznanie odpowiednich środków. NCI z uwagi na możliwość alokowania dodatkowych środków na działania poszczególnych podmiotów oraz ze względu na współpracę z wieloma instytucjami z różnych sektorów, działających na polu walki z nowotworami, ma istotne znaczenie w realizacji Narodowego Planu Zwalczania Chorób Nowotworowych. W opinii NCI obecnie, z uwagi na liczbę wszystkich zaangażowanych instytucji i inicjatyw podejmowanych w celu zwalczania chorób nowotworowych, nie jest w stanie całościowo zarządzać wszystkimi działaniami antynowotworowymi ani zajmować się ich efektywnym koordynowaniem¹⁹¹.

Pewną funkcję koordynującą pełni także Narodowe Forum ds. Polityki Antynowotworowej (NCPF¹⁹²), które działa przy Instytucie Medycyny (IoM¹⁹³). Zostało zaprojektowane, tak by stworzyć platformę do dyskusji dla przedstawicieli rządu, przemysłu medycznego i farmaceutycznego, środowiska akademickiego, pacjentów i innych interesariuszy. Celem istnienia forum jest zidentyfikowanie priorytetowych kwestii w: narodowej polityce nowotworowej, NCP oraz dorocznym planie NCI, a także przeanalizowanie potencjału oraz określenie możliwych działań. Od momentu powstania w 2005 roku forum jest łączącą liderów środowiska związanego z walką z chorobami nowotworowymi platformą, służącą do identyfikacji i przeprowadzania badań oraz innych działań mających na celu wsparcie badań naukowych, profilaktyki, sposobu leczenia i świadomości publicznej dotyczącej nowotworów. Biorąc pod uwagę doświadczenie i wiedzę uczestników (lekarzy, naukowców, pacjentów, przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego) oraz dostępne środki (granty z NCI i CDC oraz środki od prywatnych sponsorów), została stworzona organizacja mogąca mieć wpływ na poprawę świadomości, wiedzy oraz polityki publicznej w kontekście walki z chorobami nowotworowymi.

9.1.4 Świadczeniodawcy

Opieka onkologiczna w Stanach Zjednoczonych świadczona jest zarówno w wyspecjalizowanych centrach walki z chorobami nowotworowymi, jak i w szpitalach ogólnych, oferujących kompleksową opiekę medyczną¹⁹⁴. Świadczeniodawcy należą zarówno do sektora prywatnego, jak i publicznego, przy czym rola sektora prywatnego jest bardzo duża, tylko 21% szpitali regionalnych¹⁹⁵ należy do podmiotów publicznych¹⁹⁶.

191 Varmus H (NCI Director), *Foreword to The National Cancer Program - Managing the Nation's Research Portfolio, An Annual Plan and Budget Proposal for Fiscal Year 2013*, s. 2.

192 Ang. National Cancer Policy Forum.

193 The Institute of Medicine (IOM) jest niezależną organizacją non-profit, działającą poza strukturami rządowymi, tak by dostarczać niezależne i autorytatywne decyzje dla decydentów i opinii publicznej.

194 OECD (2013), *Cancer Care: Assuring quality to improve survival*, Op. Cit., s.51.

195 Szpitale regionalne w USA, stanowią 87% wszystkich zarejestrowanych szpitali.

196 *Fast Facts on US Hospitals*, American Hospital Association, <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml>.

Opieka onkologiczna realizowana jest m.in. przez certyfikowanych lekarzy onkologów oraz wyspecjalizowanych onkologów-hematologów, onkologów-ginekologów, lekarzy radioterapeutów oraz chirurgów onkologów. W Stanach Zjednoczonych na milion mieszkańców, przypada średnio ok. 42 certyfikowanych onkologów, co jest jednym z najwyższych wskaźników w krajach OECD¹⁹⁷.

Z uwagi na fakt, dużego zróżnicowania oraz bardzo dużej liczby świadczeniodawców w USA, poniżej zostaną przedstawione trzy najbardziej znaczące sieci, zrzeszające świadczeniodawców.

Pośród wszystkich zdiagnozowanych pacjentów, ponad 70% leczonych jest w ramach programów akredytowanych przez CoC. Obecnie akredytację CoC posiada ponad 1.500 podmiotów. CoC akredytuje zarówno najważniejsze centra leczenia, jak i mniejsze szpitale regionalne. Niektóre certyfikowane szpitale regionalne świadczą część diagnostyki i terapii poprzez umowy z innymi centrami. Akredytacja ma na celu podniesienie jakości świadczonych usług onkologicznych poprzez wprowadzenie jednolitych standardów. Spełnianie wymagań postawionych przez Komisję jest regularnie monitorowane. Akredytacja zapewnia m.in. ogólnokrajową rozpoznawalność, dostęp do najlepszych standardów opieki onkologicznej, oraz możliwość benchmarkingu do innych akredytowanych świadczeniodawców¹⁹⁸.

Dodatkowo, w 2007 roku NCI zainicjował narodowy program regionalnych centrów onkologicznych (NCCCP¹⁹⁹), który ma na celu:

- ▶ niwelowanie różnic w dostępności do wysokiej jakości opieki medycznej,
- ▶ zwiększanie udziału pacjentów w badaniach klinicznych,
- ▶ poprawę jakości opieki medycznej,
- ▶ poprawę skuteczności opieki onkologicznej oraz rozszerzenie zakresu opieki paliatywnej,
- ▶ zwiększenie stopnia wykorzystania elektronicznych rejestrów danych medycznych oraz baz danych zawierających informacje o wynikach badań naukowych,
- ▶ wspieranie badań naukowych (także w działaniach dotyczących spersonalizowanej medycyny).

Obecnie NCCCP zrzesza 21 szpitali, które posiadają centra do walki z rakiem. Podmioty te w szczególny sposób skupiają się na badaniach i rozwoju metod leczenia raka oraz poprawie jakości opieki onkologicznej. Podmioty te prowadzą ściśle współpracę ze sobą oraz specjalistycznymi ośrodkami desygnowanymi przez NCI, a także wspierane są dodatkowymi środkami finansowymi zapewnianymi przez NCI²⁰⁰.

Ponadto, od 1960 roku w USA funkcjonuje program centrów do walki z rakiem wspierany przez NCI. Centra dzielą się na bazowe i kompleksowe ośrodki do walki

197 OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, Op. Cit., s. 55.

198 American College of Surgeons, *Commission on Cancer -Accredited Program Benefits*, <http://www.facs.org/cancer/coc/benefitsofcoc.html>, 2014.

199 Ang. The National Cancer Institute Community Cancer Centers Program.

200 NCI, *NCI Community Cancer Centers Program*, 2014, <http://ncccp.cancer.gov/about/index.htm>.

z rakiem. Bazowe centra walki z nowotworem zobowiązane są do prowadzenia badań w przynajmniej jednym z trzech poniższych obszarów: laboratoryjnym, klinicznym lub nad stanem zdrowia całej populacji. Kompleksowe centra muszą prowadzić badania we wszystkich trzech obszarach. Obecnie w ramach programu istnieje 68 podmiotów, które świadczą zarówno nowoczesną opiekę onkologiczną, jak i prowadzą badania, które mają na celu wyszukanie lepszych możliwości prewencji, diagnozy i leczenia raka. Wszystkie centra spełniają bardzo rygorystyczne kryteria selekcji, co sprawia, że są one jednymi z najbardziej zaawansowanych placówek badawczych tego typu w kraju. Większość centrów desygnowanych przez NCI jest zlokalizowana przy uniwersyteckich ośrodkach medycznych²⁰¹. Jednym z nich jest University of Texas MD Anderson Cancer Center, który zatrudnia prawie 20 tysięcy pracowników. W 2013 roku MD Anderson gościł prawie 6500 stażystów (lekarzy, naukowców, pielęgniarek) w ramach swoich programów szkoleniowych dotyczących walki z rakiem²⁰².

W przypadku onkologii dziecięcej, instytucją zrzeszającą pediatryczne ośrodki onkologiczne w USA jest Pediatryczna Grupa Onkologiczna (CGP²⁰³). Jej członkami jest około 200 centrów połączonych z ośrodkami uniwersyteckimi lub dziecięcymi szpitalami. Około 90% dzieci ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową leczonych jest w zrzeszonych podmiotach²⁰⁴.

Istnieje szereg rejestrów, w których pacjenci mogą odnaleźć ośrodek leczenia onkologicznego w ich okolicy, m.in.:

- ▶ Rejestr akredytowanych przez CoC ośrodków na stronie Amerykańskiego Stowarzyszenia Chirurgów (ACS),
- ▶ Rejestr ośrodków desygnowanych przez NCI dostępny na stronie NCI,
- ▶ Rejestr ośrodków akredytowanych przez Stowarzyszenie Regionalnych Centrów Onkologicznych (ACCC²⁰⁵), zrzeszający 700 centrów walki z rakiem, dostępny na stronie ACCC, opisujący każdy ośrodek oraz dostępne usługi wspierające.

201 NCI, *NCI-Designated Cancer Centers*, 2014

<http://www.cancer.gov/researchandfunding/extramural/cancercenters>.

202 <http://www.mdanderson.org/about-us/facts-and-history/quick-facts/index.html>.

203 Ang. Children's Oncology Group.

204 American Cancer Society, *Cancer Treatment & Survivorship, Facts & Figures 2012-2013*, Atlanta: American Cancer Society, 2012, s. 18.

205 Ang. Association of Community Cancer Centers.

9.2 Narodowy Plan Zwalczania Chorób Nowotworowych

Opieka onkologiczna od wielu lat jest jednym z priorytetów amerykańskiej polityki zdrowotnej. Już w 1937 roku uchwalona została ustawa²⁰⁶ tworząca NCI, w której walkę z rakiem ustanowiono jednym z celów narodowych. W 1971 roku prezydent USA podpisał ustawę NCA, w której rozszerzone zostały uprawnienia i obowiązki NCI oraz Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NCP), określony w dokumencie jako całkowity wysiłek narodu w celu zwalczania raka²⁰⁷, obejmujący działalność NCI oraz pozostałych instytucji prywatnych i publicznych. W 1974 roku uchwalona została kolejna ustawa²⁰⁸, która kładła nacisk na rozwój badań naukowych oraz zbieranie danych i rozpowszechnianie informacji o chorobach nowotworowych. Nie zostały w niej jednak ustanowione konkretne cele dotyczące opieki onkologicznej. Następne ustawy rozszerzały zakres badań naukowych, podkreślały rolę profilaktyki oraz zbierania danych i uświadamiania społeczeństwa odnośnie ryzyka chorób nowotworowych.

NCA desygnuje NCI na koordynatora Narodowego Planu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Każdego roku, NCI przygotowuje plan działań których głównymi celami są:

- ▶ wspieranie badań naukowych,
- ▶ wspieranie specjalistów zajmujących się badaniami onkologicznymi poprzez technologię i inne niezbędne zasoby,
- ▶ zapewnienie implementacji odkryć naukowych do faktycznej opieki onkologicznej,
- ▶ poprawa innowacyjności oraz standardów jakości opieki onkologicznej,
- ▶ niwelowanie różnic w dostępności opieki onkologicznej w różnych regionach i dla różnych grup społecznych.

NCI konsultuje plan swych działań oraz wybór finansowanych inicjatyw z licznymi zewnętrznymi komisjami: m.in. Narodową Radą Doradczą ds. Nowotworów (NCAB²⁰⁹), Radą Wspecjalizowanych Ekspertów (BSA²¹⁰), Komitetem Doradczym ds. badań klinicznych i translacji (CTAC²¹¹) oraz współpracuje m.in. z prywatnymi firmami farmaceutycznymi i biotechnologicznymi, stowarzyszeniami badawczymi i medycznymi, stanowymi agencjami badawczymi, uniwersytetami i szkołami medycznymi, a także wspiera liczne podmioty mające na celu zwalczanie chorób nowotworowych²¹².

Oprócz rocznego planu działań, NCI publikuje także prognozowany budżet, trafiający bezpośrednio do akceptacji Prezydenta USA (z pominięciem struktur Narodowego Instytutu Zdrowia), który zwraca się do Kongresu o przyznanie środków. Corocznie NCI publikuje ogólnodostępny, szczegółowy raport dotyczących

206 National Cancer Institute Act.

207 NCI, *The National Cancer Program: Managing nation's research portfolio - Annual plan and budget support for fiscal year 2013*, 2013, s.2.

208 Ang. National Cancer Amendments Act.

209 Ang. National Cancer Advisory Board.

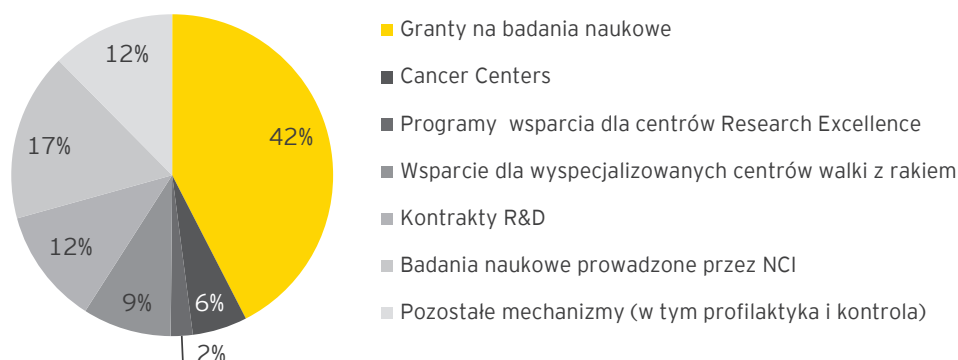
210 Ang. The Board of Specific Advisors.

211 Ang. The Clinical and Translational Advisory Committee.

212 Holland-Frei Cancer Medicine, *Legislative History of the National Cancer Program*.

przeprowadzonych inicjatyw oraz sposobu wydatkowania budżetu. W 2012 roku budżet NCI wyniósł 5 067 milionów USD²¹³, zaś zgłoszony do akceptacji budżet na 2013 rok wynosił 5 833 miliony USD²¹⁴. Poniższy wykres przedstawia strukturę wydatków NCI w 2012 roku.

Wykres 6. Wydatki NCI w 2012



Źródło: NCI, *National Cancer Institute - 2012 Factbook*, Op. Cit., s. 7.

Inną ogólnonarodową inicjatywą mającą na celu zwalczanie chorób nowotworowych jest realizowany przez CDC od 1998 roku NCCCP, obejmujący swoim zasięgiem cały kraj, łącznie z terytoriami zależnymi. NCCCP umożliwia i wspiera współpracę: lekarzy i innych specjalistów oraz osób które wygrały z chorobą nowotworową, w celu:

- ▶ zmniejszenia ryzyka zachorowania na nowotwór,
- ▶ wcześniejszego wykrywania nowotworów,
- ▶ poprawy jakości leczenia,
- ▶ zwiększenia liczby osób, które wygrały walkę z rakiem,
- ▶ poprawy jakości życia ludzi, którzy wygrali z chorobą.

W ramach wspomnianych platform współpracy, na podstawie dostępnych danych, identyfikowane są najistotniejsze w regionie potrzeby dotyczące nowotworów oraz projektowane i wdrażane są plany antynowotworowe. Kompleksowy program kontroli chorób nowotworowych (CCC²¹⁵), składa się z działań mających na celu:

- ▶ propagowanie zdrowego trybu życia,
- ▶ promocję wczesnej diagnostyki,
- ▶ poprawę dostępności dobrej jakości opieki medycznej i niwelowanie różnic w tym dostępie ze względu na pochodzenie czy miejsce zamieszkania.

CDC ze swej strony oferuje, m.in.:

- ▶ wsparcie techniczne dla inicjatyw rozwijających i wdrażających CCC plany, w tym wytyczne do oceny skuteczności planu,

²¹³ NCI, *National Cancer Institute - 2012 Factbook*, 2013, s. 7.

²¹⁴ NCI, *The National Cancer Program: Managing nation's research portfolio - Annual plan and budget support for fiscal year 2013*, Op. Cit., s.84.

²¹⁵ Ang. Comprehensive Cancer Control Plans.

- ▶ wsparcie i promocję działań mających na celu zniwelowanie różnic w dostępie do opieki medycznej,
- ▶ najlepsze praktyki i strategie oparte na sprawdzonych danych - CDC prowadzi badania, w których definiuje, potwierdza skuteczność i ocenia działania na rzecz kontroli i profilaktyki nowotworów,
- ▶ współpracę i dostęp do wiedzy pozostałych NCCCP.

9.3 Systemy i rejestry danych onkologicznych

System informacji o chorobach nowotworowych w Stanach Zjednoczonych należy do najbardziej rozwiniętych na świecie. Dane dotyczące nowotworów są zbierane przez kilka rodzajów rejestrów. Zakres danych w danym rejestrze jest zależny od roli, którą ma on spełniać. Wyróżnia się następujące typy rejestrów:

- ▶ Rejestry szpitalne, które mogą być częścią programu danej jednostki (szpitala),
- ▶ Rejestry regionalne, które uwzględniają dane szerszej populacji i są zazwyczaj powiązane ze stanowymi departamentami zdrowia.

Rejestry szpitalne gromadzą kompleksowe dane, które pozwalają na ocenę leczenia pacjenta w danym szpitalu. Dane te mogą być wykorzystane w celu oceny jakości opieki nad pacjentem oraz edukacji świadczeniodawców. Niektóre szpitale dzielą się między sobą danymi pochodzącymi z rejestrów, aby lepiej poznać przebieg poszczególnych chorób. Dane mogą być również użyte w badaniach porównujących modele leczenia np. u poszczególnych świadczeniodawców, w różnych podzbiorach populacji albo regionach geograficznych.

Rejestry regionalne, takie, jak te podlegające stanowym departamentom zdrowia, gromadzą informacje na temat wszystkich zdiagnozowanych w populacji przypadków zachorowań w danym regionie geograficznym. Rejestry te w poszczególnych miastach i stanach gromadzą i konsolidują informacje z wielu raportujących jednostek w ramach danego regionu geograficznego i mogą zawierać dane z placówek takich jak: szpitale, gabinety lekarskie, domy opieki, laboratoria patologii, jednostki opieki ambulatoryjnej, centra radio- i chemioterapii i in. Rejestry oparte na populacji dostarczają danych, dzięki którym można dokonać obserwacji w zakresie częstotliwości występowania danej choroby oraz śmiertelności w poszczególnych regionach kraju. Dane te pozwalają na zaobserwowanie związku częstotliwości występowania chorób z wykonywanymi zawodami oraz sprawdzenie postępów wskaźnika wyleczalności. Dzięki nim można obserwować trendy oraz badać tendencje, którym podlegają wskaźniki zachorowalności. Możliwa jest też analiza poszczególnych grup wiekowych oraz rasowych w celu identyfikacji grup ryzyka dla poszczególnych chorób nowotworowych.

Główne programy monitorowania nowotworów w Stanach Zjednoczonych to²¹⁶:

1. Narodowa Baza Danych dotyczących nowotworów (NCDB)²¹⁷ - program rozpoczęty w 1989 r., prowadzony przez dwie instytucje: CoC oraz ACS. NCDB to ogólnokrajowa baza gromadząca dane dla ok. 1500 programów

216 NCI, *National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology and End Results*, <http://seer.cancer.gov/index.html>.

217 Ang. National Cancer Database.

akredytowanych w Stanach Zjednoczonych i Puerto Rico. Około 70% wszystkich zdiagnozowanych przypadków jest zgłaszanych na poziomie instytucjonalnym i znajduje odzwierciedlenie w bazie NCDB. Rolą programu jest zapewnienie wysokiej jakości leczenia przez dostarczanie danych służących do:

- oceny procesu leczenia poszczególnych pacjentów w szpitalach i innych jednostkach,
- porównania opieki nad pacjentami i wyników leczenia w różnych instytucjach,
- ustalenia standardów w celu polepszenia jakości opieki.

2. Program SEER²¹⁸ prowadzony przez NCI, to duży rejestr oparty na populacji. Zawarte są w nim pochodzące z regionów geograficznych zamieszkiwanych przez 28% populacji Stanów Zjednoczonych informacje m.in. o: częstotliwości występowania nowotworów, wyleczalności, liczbie ludzi cierpiących na nowotwory w danym okresie. NCI zawiera umowy z organizacjami non-profit, których zadaniem jest zbieranie danych o nowych diagnozach w poszczególnych regionach geograficznych. Poszczególne przypadki są śledzone w celu określenia wskaźnika wyleczalności. Dane wraz ze wskaźnikami śmiertelności określonymi przez Narodowe Centrum ds. statystyki zdrowotnej (NCHS²¹⁹) są analizowane i publikowane corocznie przez SEER.

3. Narodowy Program Rejestrów Onkologicznych (NPCR²²⁰) prowadzony przez CDC wspomaga rejestry oparte na populacji w stanowych departamentach zdrowia. Program został zapoczątkowany w 1992 r. przez ustawę dotyczącą poprawek do rejestrów onkologicznych²²¹ i był odpowiedzią na potrzebę zbierania danych na poziomie próby obejmującej znaczną część populacji. Obecnie dane zbierane w programie dotyczą 96% populacji USA. Wspomniana ustawa nadała CDC uprawnienie do wspierania finansowego poszczególnych jednostek podziału terytorialnego w celu:

- poprawy stanu istniejących rejestrów,
- zaplanowania i stworzenia rejestrów w miejscach, gdzie nie istniały one do tej pory,
- zaprojektowania regulacji stanowych w sposób zapewniający optymalne wykorzystanie rejestrów,
- ustalenia standardów w zakresie kompletności, czasowości i jakości,
- zapewnienia szkoleń osobom odpowiedzialnym za rejestr,
- zapewnienia komputerowego systemu rejestracji i przetwarzania danych.

Obecnie rejestry stanowe są skomputeryzowane i mają różnorodne zastosowanie w dziedzinie zdrowia publicznego. Zostały one zaprojektowane w celu:

- monitorowania trendów w obszarze nowotworów,
- poszukiwania zależności pomiędzy nowotworami w poszczególnych grupach populacji,

218 Ang. Surveillance, Epidemiology and End Results.

219 Ang. National Center for Health Statistics.

220 Ang. National Program of Cancer Registries.

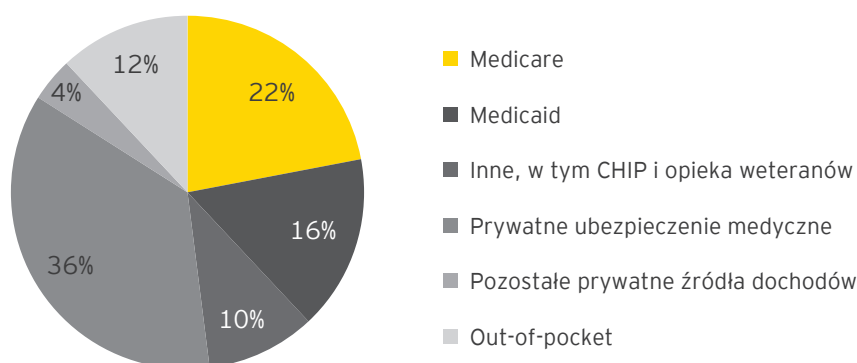
221 Ang. Cancer Registries Amendments Act.

- ▶ kierowania planowania i oceny programów kontroli nowotworowej (np. sprawdzenia czy działania prewencyjne, diagnostyczne i lecznicze spełniają swoje funkcje),
- ▶ pomocy w alokacji środków, poprawy jakości badań klinicznych, epidemiologicznych oraz dotyczących usług medycznych,
- ▶ dostarczenia informacji do ogólnokrajowej bazy występowania nowotworów.

9.4 Finansowanie systemu opieki onkologicznej

Stany Zjednoczone wydają na usługi medyczne więcej niż jakikolwiek inny kraj, zarówno w wartościach absolutnych jak i per capita. Suma wydatków na całą opiekę medyczną w 2011 roku wyniosła ok. 2 800 miliardów USD, tj. 17,7% PKB. Co istotne jednak, tylko 48% wszystkich wydatków na usługi medyczne jest pokrywane przez rząd i agencje stanowe, pozostałe wydatki finansowane są przez podmioty prywatne (12% wydatków stanowią wydatki out-of-pocket, 36% prywatni ubezpieczyciele oraz 4% pozostałe prywatne dochody)²²². Zgodnie z danymi z 2010 roku USA było krajem o najmniejszym udziale środków publicznych wśród krajów OECD.

Wykres 7. Wydatki na służbę zdrowia USA w 2012 wg źródła finansowania

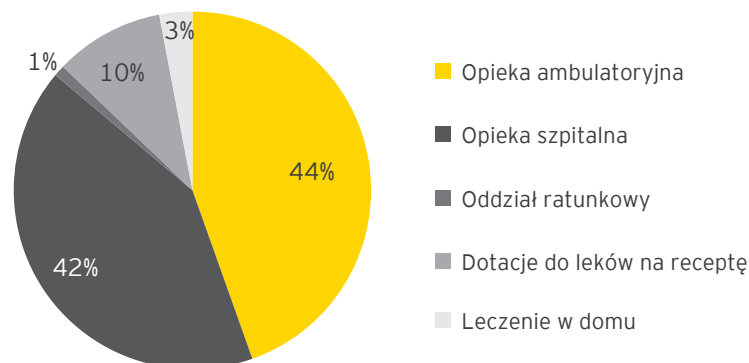


Źródło: Opracowanie własne, CMS, *National Health Expenditures by type of service and source of funds: Calendar years 1960 - 2012*, <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf>.

Zgodnie z dostępnymi danymi z 2010 roku wydatki na opiekę onkologiczną stanowią ok. 5% (w 2010 roku było to ok. 125,6 miliardów dolarów) całości wydatków przeznaczonych na służbę zdrowia²²³. Na podstawie danych z 2007 roku, udział wydatków na poszczególne rodzaje opieki onkologicznej przedstawia poniższy wykres.

222 Center for Medicare & Medicaid Services, *National health expenditures tables*, 2014, <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical.html>.

223 Costs of cancer care, The National Cancer Institute, http://progressreport.cancer.gov/doc_detail.asp?pid=1&did=2007&chid=75&coid=726&mid.

Wykres 8. Podział wydatków na opiekę onkologiczną w USA w podziale na typ opieki w 2007 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, va Ginneken E., USA - Health system review, Op. Cit., s. 99.

Na podstawie danych z lat 2004-2008²²⁴, przy użyciu modelu regresji, American Cancer Society obliczyło średnie roczne koszty opieki onkologicznej na poziomie stanów w podziale na czterech głównych płatników. Wyniki badania przedstawia Tabela 3. Największy udział w finansowaniu opieki onkologicznej mają prywatni ubezpieczyciele. Istotną rolę odgrywa także Medicare, co może być związane z większym prawdopodobieństwem chorób nowotworowych wśród starszych obywateli.

Tabela 18. Wydatki na opiekę onkologiczną na poziomie stanów w latach 2004-2008

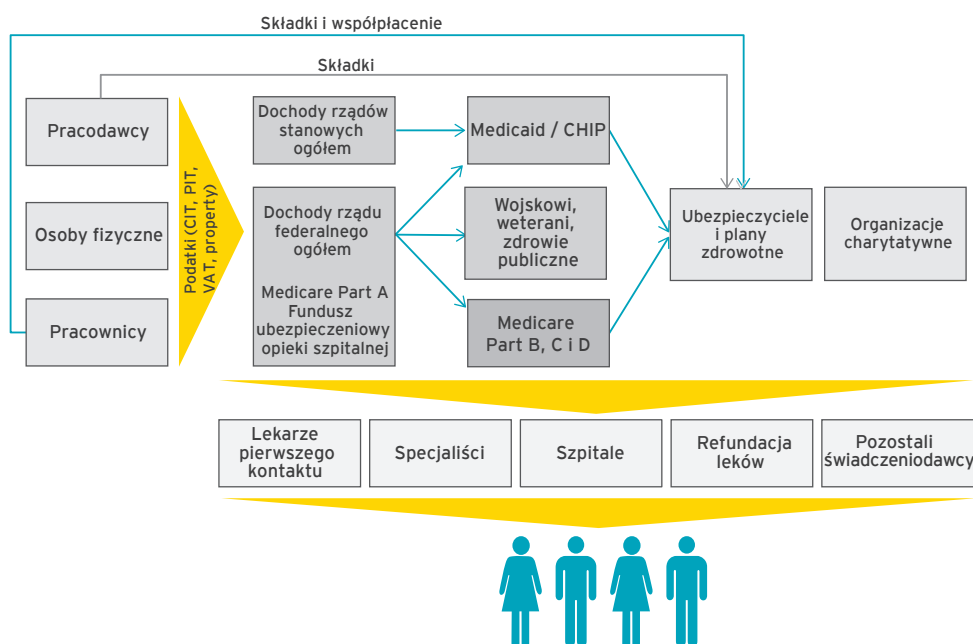
Płatnik	Udział płatnika w kosztach opieki onkologicznej	Udział kosztów opieki onkologicznej w wydatkach płatnika
Wydatki stanowe ogółem	n/a	4% - 9%
Medicare	25% - 36%	8,5% - 15%
Prywatni ubezpieczyciele	36% - 50%	5,5% - 11%
Medicaid	1% - 5%	1% - 5%

Źródło: ACS, State-level cancer treatment costs: how much and who pays?, 2013, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23559348>.

Poniższy rysunek przedstawia system finansowania wszelkich typów opieki medycznej, w tym również opieki onkologicznej. Finansowanie usług opieki onkologicznej nie różni się od finansowania pozostałych obszarów medycznych²²⁵.

224 Dane zbierane przez: the Medical Expenditure Panel Survey, the National Nursing Home Survey, the U.S. Census Bureau, the Current Population Survey, and the Centers for Medicare & Medicaid Services.

225 OECD (2013), Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival, Op. Cit., s. 47.

Rysunek 13. Przepływy środków finansowych w amerykańskiej służbie zdrowia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, va Ginneken E., USA - *Health system review*, Op. Cit., s. 105.

Fundamentem finansowania amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej są pracodawcy, zatrudnieni, osoby fizyczne oraz agencje charytatywne, którzy odprowadzają środki pieniężne w formie: podatków, składek, wydatków 'out-of-pocket' i darowizn. Podane wpływy trafiają do federalnych i stanowych agencji podatkowych, ubezpieczycieli, lub bezpośrednio do świadczeniodawców.

Jednym z kanałów, którym pracodawcy zasilają budżet na świadczenia medyczne jest odprowadzanie podatków od osób prawnych do federalnych i stanowych agencji podatkowych. Podatek ten ma charakter progresywny i może osiągać wartości w przedziale 15-35%. Pracodawcy odprowadzają również podatek od płac, którego płatność (w 2011 składka wynosiła 2,9% płacy) jest współdzielona z zatrudnionymi. Wpływy z tego podatku trafiają do programu Medicare odpowiedzialnego za finansowanie szpitali. Ponadto, pracodawcy często finansują składki na prywatne ubezpieczenie lub zapewniają wykup planów prywatnej opieki zdrowotnej dla swoich pracowników u jednego z wielu ubezpieczycieli medycznych.

Składki na prywatne ubezpieczenie zdrowotne mogą być również opłacane indywidualnie przez osoby fizyczne, niezależnie od korzyści uzyskanych od pracodawcy. Nieubezpieczone osoby fizyczne mogą również opłacać świadczone im usługi na zasadzie pojedynczych wydatków „out-of-pocket”. W wydatki „out-of-pocket” wliczają się również wydatki osób fizycznych ponoszone po przekroczeniu limitu ubezpieczenia. Dodatkowo, poza opisanym powyżej podatkiem od płac, osoby fizyczne generują wpływy dla federalnych i stanowych agencji podatkowych w postaci podatków od dochodów, sprzedaży oraz nieruchomości. Generalnie, wysokości i struktury wymienionych typów podatków odprowadzanych do stanowych agencji podatkowych różnią się w przekroju kraju. Federalne stawki podatkowe są natomiast jednakowe dla wszystkich stanów.

Organizacje charytatywne są kolejnym źródłem finansowania usług medycznych. Wspierają one ubogie i nieubezpieczone osoby w pokrywaniu kosztów świadczonych usług na zasadzie bezpośrednich płatności. Organizacje charytatywne pozyskują środki na swoją działalność z różnego rodzaju dotacji i prywatnych darowizn.

Pomimo kompleksowej struktury finansowania opisanej powyżej zdarzają się przypadki osób, które nie posiadają i nie otrzymują środków niezbędnych do pokrycia kosztów usług medycznych. Koszty usługi są wtedy opłacane bezpośrednio przez świadczeniodawcę i teoretycznie mogą być rekompensowane ze środków publicznych w ramach systemów wsparcia społecznego, lecz często koszty te pokrywa świadczeniodawca. Są to tzw. działania pro publico bono, na które wyjątkowo decydują się świadczeniodawcy, godząc się pracować bez wynagrodzenia.

Świadczenia medyczne mogą być finansowane w różny sposób w zależności od typu ubezpieczenia zdrowotnego posiadanego przez pacjenta. Odnosi się to również do opieki onkologicznej. Co istotne, często pomimo posiadanego ubezpieczenia prywatnego pacjent zobowiązany jest do pokrycia części kosztów otrzymywanej usługi. W ramach prywatnych ubezpieczeń możemy wyróżnić 3 typy świadczenia opieki (wszystkie wymagają opłacenia okresowej składki i mogą zapewniać różny zakres usług). Pierwszy typ całkowicie pokrywa koszty leczenia osoby ubezpieczonej, niezależnie od wybranego przez nią świadczeniodawcy. Drugim typem ubezpieczenia prywatnego jest opieka świadczona przez HMO²²⁶. HMO dostarcza usługi w ramach sieci zakontraktowanych lekarzy, a pacjent, poza okresową składką, dodatkowo płaci za każdą usługę (tzw. co-payment). Co ważne, w przypadku HMO pacjent ma przypisanego lekarza pierwszego kontaktu, który ma możliwość skierowania do lekarza specjalisty. Wizyty u specjalistów bez skierowania znacznie podnoszą koszt usługi ponoszony przez pacjenta. Ostatnim typem opieki w ramach ubezpieczenia prywatnego jest PPO²²⁷, który działa na podobnych zasadach co HMO (również wymaga uiszczania płatności za usługę), lecz nie wymaga skierowań do lekarzy specjalistów oraz oferuje większą dowolność przy wyborze lekarzy i usług przez nich świadczonych²²⁸. W 2012 roku ok. 56% zatrudnionych korzystało z opieki typu PPO, a ok. 25% z HMO lub podobnych planów²²⁹.

Publiczne programy opieki zdrowotnej również często wymagają od pacjentów uiszczania składek lub płacenia za świadczone usługi. Na przykład, w przypadku programu Medicare (opieka dla osób w wieku 65+) pacjenci korzystający z opieki w przychodni obowiązani są do zapłacenia odliczenia²³⁰, które w 2014 wynosi \$147 (za rok). Dopiero po jego zapłaceniu Medicare zaczyna finansować opiekę zdrowotną w przychodni²³¹.

Złożoność systemu finansowania jest odzwierciedlona w różnorodności sposobów

226 Ang. Health Maintenance Organization.

227 Ang. Preferred Provider Organization.

228 ASCO, *Managing the Cost of Cancer. Practical Guidance for Patients and Families*, 2014.

229 Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, va Ginneken E., *USA - Health system review*, Op. Cit., s. 91.

230 Ang. Deductible.

231 *Medicare costs 2014*, <http://www.medicare.gov/your-medicare-costs/costs-at-a-glance/costs-at-a-glance.html>.

rozliczania kosztów świadczonych usług pomiędzy świadczeniodawcą i płatnikiem. Sposób rozliczania jest zależny od świadczonej usługi, świadczeniodawcy, płatnika, oraz miejsca świadczenia usługi (tj. typ placówki, stan). Płatnicy ustalają sposoby rozliczania kosztów usług medycznych w drodze negocjacji z poszczególnymi świadczeniodawcami lub grupami świadczeniodawców. Świadczeniodawcy publiczni i prywatni wynagradzani są na takich samych zasadach. Do głównych sposobów rozliczania kosztów usług medycznych należą:

- ▶ JGP - wszystkie choroby leczone w ramach opieki zdrowotnej są sklasyfikowane w tzw. Jednorodne Grupy Pacjentów; płatność za usługę pokrywana jest przez płatnika na podstawie stawki (średni koszt leczenia) danego JGP, niezależnie od długości jego faktycznego pobytu w szpitalu,
- ▶ FFS²³² - zwrot kosztów następuje na podstawie tabeli stawek dla poszczególnych usług medycznych świadczonych pacjentom; stawki te kalkulowane są za pomocą uśredniania faktycznych kosztów zasobów użytych do świadczenia danej usługi,
- ▶ stawki dzienne - świadczeniodawca uzyskuje rekompensatę za świadczenie opieki szpitalnej na podstawie ustalonej stawki za dzień hospitalizacji pacjenta; stawka odzwierciedla średni koszt zasobów zużytych przy świadczeniu usługi,
- ▶ zwrot przez ubezpieczyciela faktycznych kosztów danej usługi medycznej świadczonej dla osoby ubezpieczonej,
- ▶ zapłata za wydajność - poza zwrotem kosztów leczenia pacjenta, świadczeniodawcy mają możliwość uzyskania dodatkowej zapłaty od płatnika w przypadku osiągnięcia ustalonych celów,
- ▶ bezpośrednia płatność dla świadczeniodawcy za usługę medyczną uiszczona przez pacjenta nieubezpieczonego lub, w przypadku osoby ubogiej, przez agencję charytatywną.

9.5 Rola świadczeniodawców prywatnych

Świadczeniodawcy prywatni pełnią znaczącą rolę w zapewnianiu opieki medycznej w USA. Przykładowo, regionalne szpitale publiczne stanowią mniejszość wśród wszystkich szpitali regionalnych (21% publiczne; 79% prywatne). Wśród szpitali prywatnych najbardziej popularne są szpitale typu non-profit. Na każdy szpital komercyjny przypadają około 3 szpitale typu non-profit²³³. Usługi świadczone zarówno przez szpitale prywatne jak i publiczne mogą być finansowane ze środków publicznych (np. programy Medicare i Medicaid) oraz prywatnych (prywatne ubezpieczenia, wydatki „out-of-pocket” pacjentów).

Podobna struktura kształtuje się wśród placówek świadczących opiekę onkologiczną. Przewagę (ok. 65%) również mają ośrodki prywatne. Należy przy tym zaznaczyć, że statystyka ta pochodzi z ankiety przeprowadzonej przez ASCO na podstawie próby, obejmującej 599 ośrodków (około 13%). Pomimo tego, widoczne jest duże znaczenie placówek prywatnych w służbie opieki onkologicznej w USA²³⁴.

232 Ang. Fee for service.

233 <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml>.

234 ASCO, *National Census of oncology practices: preliminary report January 2013*, 2013.

Z uwagi na to, że przedstawiciele sektorów prywatnego i publicznego (na poziomie świadczeniodawców i płatników) wspólnie prowadzą walkę z rakiem, ich współpraca jest kluczowa dla poprawy jakości opieki onkologicznej. W tym celu od 2005 roku Instytut Medycyny powołał NCPF. Przedstawiciele sektora prywatnego (w tym świadczeniodawcy) wraz z agencjami publicznymi opracowują i wprowadzają inicjatywy, które wspierają badania naukowe, metody prewencji i leczenia, oraz świadomość społeczną w obszarze walki z rakiem.

Kolejnym przykładem współpracy podmiotów prywatnych i publicznych jest Narodowa Sieć Onkologiczna (NCCN²³⁵) opisana szczegółowo w dalszej części niniejszego raportu. NCCN jest stowarzyszeniem typu non-profit, zrzeszającym 23 wiodące centra medyczne zajmujące się zwalczaniem nowotworów, które wspólnie koordynują rozwój najlepszych praktyk w tym obszarze medycyny. W skład NCCN wchodzi zarówno podmioty publiczne, jak i prywatne²³⁶. Podmioty prywatne realizują także badania naukowe finansowane w ramach budżetu NCI.

9.6 Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców

Liczba specjalistów zatrudnionych w onkologii w dużym stopniu warunkuje dostęp pacjentów do opieki medycznej. Poniższa tabela obrazuje liczbę onkologów-specjalistów według dwóch organizacji prowadzących rejestry lekarzy: Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego (AMA²³⁷) oraz bazy świadczeniodawców dostarczających usługi dla Medicare w Stanach Zjednoczonych. Różnica w liczbie lekarzy w obu bazach wynika z odmiennego celu prowadzenia, sposobu zbierania danych dotyczących lekarzy oraz zasięgu wspomnianych rejestrów.

Tabela 19. Liczba lekarzy poszczególnych specjalizacji onkologicznych

Specjalizacja	Liczba wg American Medical Association Database	Liczba wg rejestru bazy świadczeniodawców Medicare
Onkolodzy / hematolodzy	13.409	11.343
Onkolodzy ginekologiczni	506	921
Onkolodzy - radioterapeuci	4,581	4.178
Pediatrzy onkolodzy / hematolodzy	2.188	n/a - pediatrzy nie świadczą usług finansowanych przez Medicare
Chirurdzy - onkolodzy	443	760

Źródło: ASCO, *State of Cancer Care in America, 2014: a Report by the American Society of Clinical Oncology*, s.7.

Jak pokazuje poniższy wykres liczba onkologów w USA stale wzrasta, co jest zgodne z trendem podnoszenia się średniego wieku społeczeństwa oraz

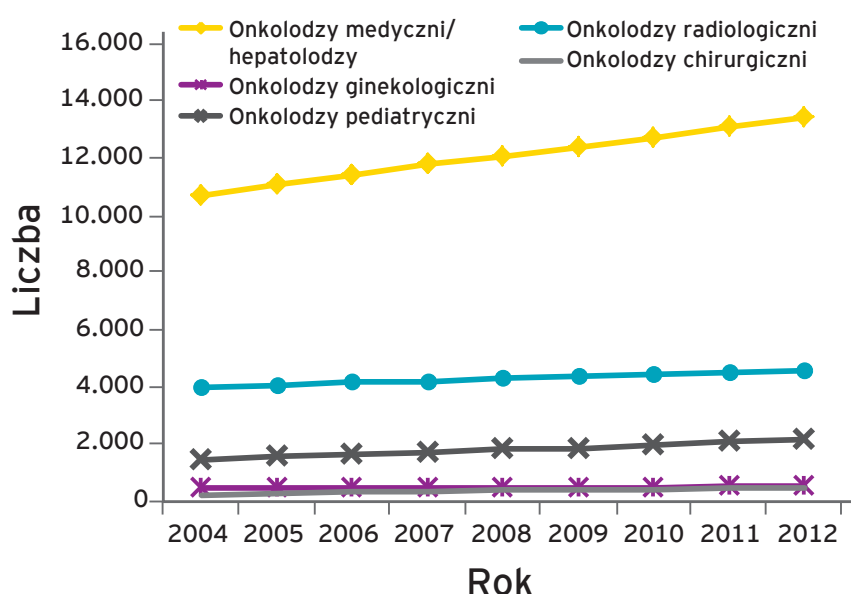
²³⁵ Ang. National Comprehensive Cancer Network.

²³⁶ NCCN, *Strategy for a Stronger Future, NCCN Annual Report 2012, 2013*, s.5.

²³⁷ Ang. American Medical Association.

coraz większej liczby zdiagnozowanych przypadków chorób nowotworowych. Dodatkowo, w Stanach Zjednoczonych następuje proces konsolidacji praktyk onkologicznych, w szczególności małe i średnie ośrodki, których najwięcej jest na zachodzie i południu kraju, planują połączenie się lub stowarzyszenie z innymi świadczeniodawcami lub dostrzegają realne ryzyko konieczności zakończenia działalności²³⁸. Średnia wielkość praktyki onkologicznej w USA w 2012 roku wynosiła 9 lekarzy, podczas gdy w 2013 roku było to już 15²³⁹. Trend ten może utrudnić dostęp do opieki medycznej, w mniejszych miastach i obszarach wiejskich.

Wykres 9. Liczba lekarzy świadczących opiekę onkologiczną w USA w latach 2004 - 2012



Źródło: ASCO, *The State of Cancer Care in America*, 2014, Op. Cit., s. 8.

Rozmieszczenie geograficzne świadczeniodawców jest krytycznym aspektem dostępności opieki onkologicznej. W dostępie do usług onkologicznych w Stanach Zjednoczonych istnieje duże zróżnicowanie pomiędzy obszarami miejskimi i wiejskimi. Tylko 3% onkologów świadczy usługi na obszarach wiejskich, gdzie mieszka około 19% Amerykanów.

Kolejnym wskaźnikiem, który dowodzi geograficznej dysproporcji oferowanych usług onkologicznych jest współczynnik onkologów do liczby mieszkańców na danym obszarze. Analiza przeprowadzona przez ASCO²⁴⁰ na poziomie stanów wykazuje, że najlepszy dostęp do usług onkologicznych mają mieszkańcy Dystryktu Kolumbia (DC), gdzie na 100 tysięcy mieszkańców przypada 15,3 onkologów. DC zamieszkuje przez stosunkowo małą populację i mieści się tam kilka dużych ośrodków onkologicznych. Najgorzej w tej statystyce wypada stan Wyoming gdzie

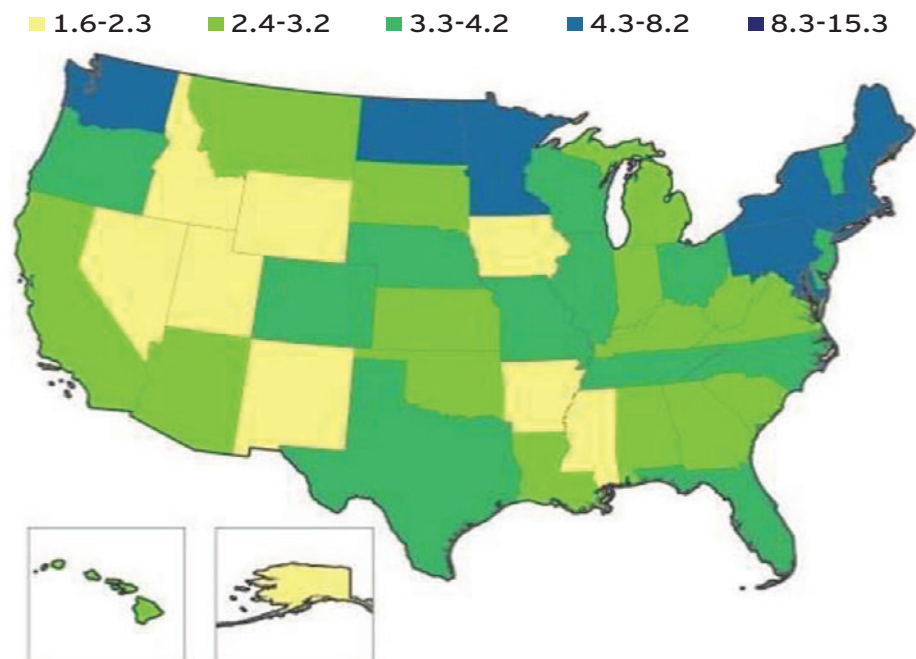
238 ASCO, *ASCO Makes Dire Predictions for the Future of US Cancer Care*, <http://www.medscape.com/viewarticle/821837#2>, 2014.

239 Dane przedstawione w raporcie ASCO, *The State of Cancer Care in America*, 2014, Op. Cit., na podstawie corocznej ankiety prowadzonej przez ASCO. W 2012 roku zidentyfikowano ok. 4,500 praktyk onkologicznych, z który ok. 13% wzięło udział w ankiecie.

240 ASCO, *The state of cancer care in America*, 2014, Op. Cit., s. 9.

ten wskaźnik ma wartość 1,6. Wyoming jest drugim stanem USA w klasyfikacji najmniejszej gęstości zaludnienia. Poniższa mapa ilustruje wyniki tej analizy.

Mapa 4. Liczba onkologów na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych stanach



Źródło: ASCO, *The State of Cancer Care in America*, 2014, Op. Cit., s. 9.

Największą koncentrację onkologów w odniesieniu do liczby pacjentów można zaobserwować w północno-wschodnim obszarze kraju, w okolicach Zatoki Meksykańskiej i Wielkich Jezior, oraz w stanach: Floryda i Kalifornia. Dodatkowo, z badań prowadzonych nad dostępnością opieki medycznej²⁴¹ wynika, że ok. 70% analizowanych hrabstw (ok. 2,100) nie ma żadnego zarejestrowanego onkologa.

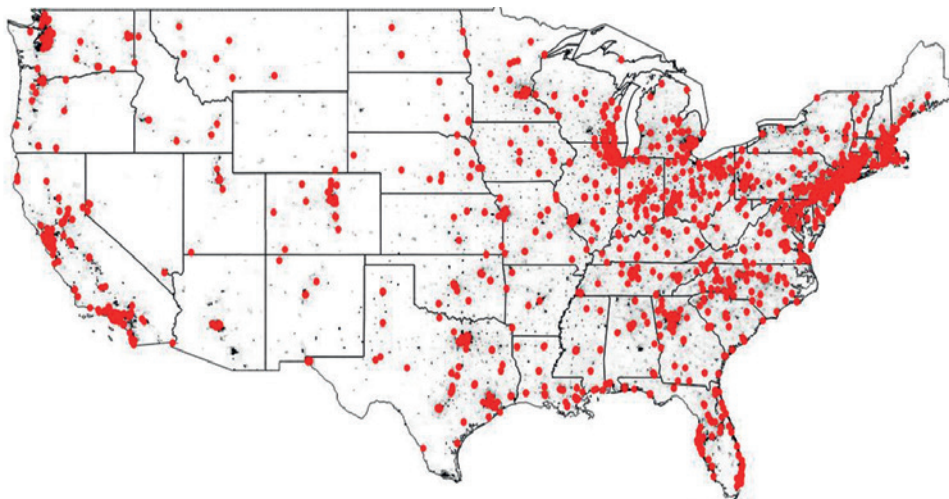
Rozmieszczenie onkologów pokrywa się z rozmieszczeniem placówek świadczących opiekę onkologiczną. Ze względu na dużą liczbę akredytowanych ośrodków (ok. 1,500) oraz fakt, że ok. 70% nowo zdiagnozowanych pacjentów z chorobami nowotworowymi²⁴² leczonych jest w ośrodkach certyfikowanych przez CoC, analizie poddane zostały ośrodki akredytowane przez tę organizację. Na rysunku poniżej przedstawiono rozmieszczenie miejsc akredytowanych przez CoC. Ich występowanie jest w dużej mierze skorelowane z liczebnością onkologów w poszczególnych stanach. Wyrażna jest relatywnie mała koncentracja placówek świadczących usługi onkologiczne w centralnym i zachodnim regionie USA (z wyjątkiem stanów: Kalifornia i Waszyngton gdzie największe skupiska widoczne są w okolicach miast San Diego, Los Angeles, San Francisco i Seattle). Większość stanów natym obszarze, czyli: Wyoming, Arkansas, Nevada, Nowy Meksyk, Południowa i Północna Dakota, Utah, Idaho, Montana i Arizona plasuje się w dolnej części rankingu liczebności placówek akredytowanych przez CoC. Na zachodzie i południu

²⁴¹ Kirkwood, M. et al. *Enhancing the American Society of Clinical Oncology workforce information system with geographic distribution of oncologists and comparison of data sources for the number of the practicing oncologists*. *Journal of Oncology Practice* 10, 2014, s. 32-38.

²⁴² <http://www.facs.org/cancer/coc/whatis.html>.

kraju, czyli w przybliżeniu na obszarach z mniejszą liczbą ośrodków i praktyk onkologicznych, występuje najwięcej małych praktyk onkologicznych²⁴³.

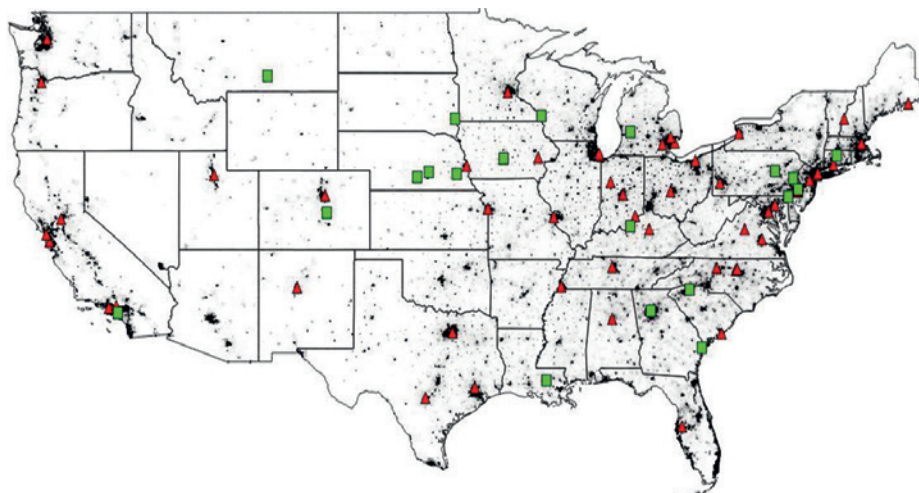
Mapa 5. Rozmieszczenie ośrodków akredytowanych przez CoC w USA w 2014 r.²⁴⁴



Źródło: Analiza własna na podstawie listy szpitali akredytowanych przez CoC.

W miejscach cechujących się najwyższą koncentracją świadczeniodawców opieki onkologicznej wskazanych w powyższych analizach znajdują się również opisane wcześniej centra desygnowane przez NCI (68 ośrodków) oraz ośrodki objęte programem NCCCP (21 ośrodków). Zostały one zilustrowane na mapie poniżej. Co do zasady, każdy stan o gęstości zaludnienia większej niż 150 osób na milę kwadratową (ok. 94 osoby na kilometr kwadratowy), powinien posiadać co najmniej jedno centrum walki z rakiem desygnowane przez NCI. Warto zaznaczyć, że część placówek wspieranych przez program NCCCP znajduje się również w tych samych miastach, co centra desygnowane przez NCI. Kolorem czarnym na mapie oznaczono obszary o największej gęstości zaludnienia. Centra specjalizujące się w walce z rakiem zazwyczaj znajdują się w ich pobliżu.

Mapa 6. Rozmieszczenie ośrodków NCI i NCCP w USA w 2014 roku.



Źródło: Analiza własna na podstawie listy szpitali akredytowanych przez NCI i NCCP.

243 ASCO, The State of Cancer Care in America, 2014, Op. Cit., s. 9.

244 Wyłączono: Hawaje, Alaskę i Puerto Rico.

Poprawa dostępności opieki w obszarach wiejskich stanowi jedno z największych wyzwań dla rozwoju onkologii w USA. Należy również pamiętać, że wpływ na przyszłą dostępność opieki onkologicznej ma wiek dzisiejszej kadry onkologicznej. W 2008 roku po raz pierwszy liczba onkologów powyżej 64 roku życia przerosła liczbę onkologów poniżej 40 roku życia²⁴⁵. Lekarze onkolodzy cechują się wyższym średnim wiekiem niż inni lekarze. Ponadto, jak wskazuje ASCO w centralno-zachodnich stanach USA usługi onkologii medycznej są w dużej mierze świadczone przez lekarzy w wieku 64 lat i powyżej. Taki stan, wskazuje na konieczność wyszkolenia dodatkowych onkologów w najbliższych latach. Jeśli do tego nie dojdzie, pacjenci onkologiczni będą zmuszeni, w celu uzyskania opieki medycznej, pokonywać duże odległości, co może negatywnie wpłynąć na ich stan zdrowia i skuteczność leczenia.

Należy pamiętać, że powyższa analiza przestrzenna nie bierze pod uwagę jakości usług onkologicznych oferowanych przez poszczególne ośrodki. Z badań²⁴⁶ przeprowadzonych przez ASCO wynika, że najczęściej oferowaną usługą w placówkach onkologicznych jest chemioterapia wykonywana przez około 45% świadczeniodawców. Testy kliniczne oraz usługi radiologiczne są realizowane kolejno w 25% i 20% placówek. Ograniczony zakres usług świadczonych w danej lokalizacji może zmniejszać możliwości uzyskania przez pacjentów niezbędnej opieki. Z danych OECD wynika, że w 2010 roku na jeden milion ludności w USA, przypadają 11,3 urządzenia do radioterapii²⁴⁷, co stawia Stany Zjednoczone na 6 miejscu wśród krajów OECD. Wyższy wskaźnik mają tylko dużo mniejsze powierzchnioowo i populacyjnie kraje, tj. Belgia, Słowacja, Dania, Szwajcaria. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO²⁴⁸) i Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej (IAEA²⁴⁹) w USA znajdują się 2 734 centra radioterapii²⁵⁰.

Jeżeli chodzi o dostępność urządzeń diagnostycznych, poniższa tabela obrazuje liczbę urządzeń na jeden milion mieszkańców w USA w poszczególnych latach.

Tabela 20. Gęstość urządzeń diagnostycznych w USA

Sprzęt	Liczba / mln mieszkańców
MRI (2007 r.)	25
CT (2007 r.)	35
Mammografy (2008 r.)	40
Skanery tomograficzne emitujące pozytrony (2008 r.)	3,1

Źródło: Opracowanie własne na bazie: OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, Op. Cit., s. 47.

245 M. Kirkwood, *Enhancing the American Society of Clinical Oncology workforce information system with geographic distribution of oncologists and comparison of data sources for the number of practicing oncologists*, Op. Cit.

246 Na podstawie ankiety - odpowiedź na ankietę uzyskano od 632 placówek; wysłano do 4564. Źródło: *American Society of Clinical Oncology National Census of Oncology Practices: Preliminary Report* (Styczeń 2013).

247 OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, Op. Cit., s. 51.

248 Ang. World Health Organization.

249 Ang. International Atomic Energy Agency.

250 WHO / IAEA Directory of Radiotherapy Centers (DIRAC) Database, <http://www-naweb.iaea.org/nahu/dirac/>.

9.7 Kompleksowość opieki onkologicznej

9.7.1 Mechanizmy motywujące do stosowania skoordynowanych metod leczenia

Inicjatywą zmierzającą do bardziej efektywnej koordynacji metod terapeutycznych jest tworzenie kompleksowych planów leczenia pacjenta od momentu diagnozy oraz koordynacja leczenia przez cały czas jego trwania. CMS, który odpowiada za finansowanie usług ze źródeł Medicare i Medicaid, wprowadził dwa nowe kody w systemie kodowania usług opieki medycznej dla planowania i koordynacji opieki onkologicznej. Dodatkowo, projekt ustawy dotyczącej aktywnego planowania opieki onkologicznej²⁵¹ został wprowadzony do Izby Reprezentantów. Ustawa ta zapewniłaby dofinansowanie procesu planowania i koordynacji opieki onkologicznej przez Medicare, w tym stworzenie pisemnego planu leczenia. Zgodnie z treścią ustawy, plany leczenia powinny być aktualizowane wraz ze zmianą okoliczności lub pojawianiem się nowych informacji oraz uwzględniać preferencje pacjenta. Dodatkowo, do Izby Reprezentantów w 2013 roku wpłynął projekt ustawy²⁵², gwarantującej pacjentom ubezpieczonym przez Medicare & Medicaid konsultacje dotyczące, zaawansowanego planowania opieki onkologicznej oraz stworzenie wzorów formularzy do wprowadzania rezultatów procesu planowania do rejestrów elektronicznej dokumentacji zdrowotnej.

Obecnie poziom koordynacji i integracji usług oferowanych pacjentom jest relatywnie niski²⁵³. Powodem takiej sytuacji jest rozproszony model organizacyjny amerykańskiego systemu służby zdrowia. Pacjent podczas procesu leczenia spotyka się licznymi specjalistami, często pracującymi w różnych ośrodkach, a rozwiązania infrastrukturalne (np. systemy informatyczne) oraz systemy rozliczania usług nie wspomagają modelu opieki opartej na zintegrowanym systemie. Prowadzone są działania mające na celu wsparcie rozwoju interdyscyplinarnych zespołów opieki onkologicznej oraz ułatwienia wymiany informacji. Elementami tych działań są m.in. nowe modele finansowania usług – pilotażowo wprowadzane przez niektóre instytucje publiczne i prywatne (CMS Innovation Center, prywatni dostawcy usług: np. UnitedHealthcare, Florida Blue, etc.):

- ▶ „płatności łączone”: (ang. bundled payments) – płatności za cały etap leczenia, związany ze stanem zdrowia pacjenta lub konkretną procedurą; zwroty kosztów mogą być dzielone między wielu lekarzy lub grupy świadczeniodawców,
- ▶ wspólny program oszczędnościowy grupy świadczeniodawców (ACO) – łącząca się w „odpowiedzialne organizacje opieki medycznej” (ACO) grupa lekarzy lub grupa świadczeniodawców dobrowolnie przejmująca odpowiedzialność za dostarczanie kompleksowej opieki medycznej grupie pacjentów, w momencie gdy grupa obniży koszty opieki medycznej, spełniając jednocześnie standardy jakościowe i kosztowe, instytucje dzielą się zaoszczędzonymi środkami,

251 Ang. PACT – Planning Actively for Cancer Treatment.

252 Ang. Personalize Your Care Act.

253 IoM, *Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in American*, The National Academies Press, 2012, s. 24.

- ▶ płatności za koordynację - lekarze lub grupy świadczeniodawców otrzymują środki za działania koordynacyjne, integrujące opiekę pomiędzy świadczeniodawcami,
 - ▶ „pay-for-performance” - wysokość płatności dla lekarzy uzależniona od spełnienia lub niespełnienia odpowiednich benchmarków,
 - ▶ „global payment” - jednorazowa, miesięczna opłata za wszystkie usługi dostarczone pacjentowi z uwzględnieniem ryzyka związanego z pacjentem i jakości usług²⁵⁴.
1. Collaborative Practice Arrangements - ASCO rozpoczęło pilotażowy program w 33 praktykach onkologicznych w celu zbadania optymalnego modelu współpracy onkologów z pozostałym personelem medycznym (pielęgniarkami, asystentami); Rezultaty badania pokazały, że najbardziej efektywnym rozwiązaniem jest to, w którym personel medyczny współpracuje ze wszystkimi lekarzami w ośrodku, a nie na wyłączność z poszczególnymi onkologami,
 2. Survivorship Care - programy mające na celu przeniesienie opieki nad pacjentami, którzy nie wymagają już aktywnego leczenia onkologicznego (chemioterapii, radioterapii, chirurgii) do ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej lub pod opiekę personelu pielęgniarskiego, przy jednoczesnym zapewnieniu wymiany medycznej informacji pacjenta²⁵⁵,
 3. Elektroniczne rejestry danych (EHR²⁵⁶) - w HITECH²⁵⁷ Act z 2009 roku zostało uwzględnione finansowe wsparcie dla lekarzy i szpitali w celu wprowadzenia elektronicznych rejestrów danych, które zawierałyby informacje dotyczące medycznej historii pacjenta, diagnozy, przepisanych leków, wyników badań laboratoryjnych oraz alergii; CMS, które jest płatnikiem usług finansowanych przez Medicare i Medicaid wyznaczyło standardy obowiązujące dla EHR oraz podzieliło wprowadzanie systemów na 3 etapy: zbieranie i korzystanie z danych (etap 1), korzystanie z systemu do poprawy jakości i koordynacji opieki (etap 2), korzystanie z danych do poprawy rezultatów leczenia (etap 3). Wszystkie jednostki należące do programu CMS zakończyły wprowadzanie etapu 1 i rozpoczęły wprowadzanie etapu 2.

Elektroniczne rejestry danych prowadzone przez świadczeniodawców wraz z obecnie prowadzonymi rejestrami NCI, CDC i CoC oraz wynikami najnowszych badań mogą stanowić bazę do tworzenia Learning Health Care Systems, które byłyby platformą zbierania i analizy danych dotyczących przebiegu i skuteczności leczenia. System wspomagałby transferowanie najnowszych badań naukowych do praktyki klinicznej, służyłby jako źródło wiedzy zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów oraz wspierał ich w podejmowaniu decyzji odnośnie sposobu leczenia. W tym momencie nie istnieje jeden, wspólny system, spełniający wymienione wyżej wymagania. Jednakże, niektóre instytucje podejmują wysiłek, mający na celu stworzenie prototypu wspomnianego systemu. Przykłady zostały opisane w poniższej tabeli.

254 IoM, *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*, Op. Cit., s. 329.

255 IoM, *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*, Op. Cit., s. 175.

256 Ang. Electronic Health Record.

257 Ang. The Health Information Technology for Economic and Clinical Health.

Tabela 21. Przykłady inicjatyw mających na celu stworzenie Learning Health Care System

Organizacja	Opis
CancerLinQ	Inicjatywa ASCO, mająca na celu stworzenie learning health care system dla opieki onkologicznej. Dane pochodzą będą z elektronicznych rejestrów danych, badań klinicznych i wytycznych dotyczących terapii. Demo programu zostało zaprezentowane w 2012 roku.
Sentinel Initiative	FDA rozpoczęła Sentinel Initiative w 2008 roku. Celem systemu jest monitorowanie bezpieczeństwa pacjentów w USA. W początkowej fazie program będzie bazował na elektronicznych rejestrach danych oraz okresowo zbieranych danych dotyczących bezpieczeństwa gromadzonych przez szpitale, lekarzy, ubezpieczycieli.
Kaiser Permanente's HealthConnect	Elektroniczny rejestr danych zawierający m.in. medyczną historię pacjenta, wyniki badań, diagnozy, kliniczne wytyczne oraz protokoły postępowania, system wsparcia decyzji dotyczące sposobu leczenia, mierniki jakościowe. System jest zintegrowany w organizacji zapewniającej opiekę medyczną.

Źródło: IoM, *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*, Op. Cit., s. 297.

Środkiem prowadzącym do standaryzacji oraz koordynacji opieki i profilaktyki onkologicznej mogą być także praktyczne zalecenia i wytyczne²⁵⁸ zawierające rekomendowane procedury medyczne i sposób leczenia dla poszczególnych obszarów opieki onkologicznej oraz sugerowane działania profilaktyczne. Wytyczne te powinny być na bieżąco aktualizowane poprzez systematyczną analizę wyników stosowanych terapii, ocenę ich korzyści i szkodliwości. Zgodność z publikowanymi wytycznymi może być wykorzystywana jako miernik jakości świadczonych usług. Główne organizacje publikujące wytyczne przedstawia poniższa tabela²⁵⁹.

Tabela 22. Główne organizacje publikujące wytyczne dla rekomendowanego sposobu leczenia poszczególnych nowotworów

Organizacja	Opis organizacji	Opis wytycznych
Amerykańskie Stowarzyszenie Onkologii Klinicznej (ASCO ²⁶⁰)	ASCO zostało założone w 1964 roku jako organizacja non-profit reprezentująca lekarzy wszystkich onkologicznych specjalizacji.	Wytyczne dotyczą procedur medycznych stosowanych w opiece onkologicznej oraz działań profilaktycznych. Zalecenia przygotowywane są na podstawie podręcznika, który jest regularnie aktualizowany, zgodnie ze zmianami w standardach opieki.

²⁵⁸ Ang. Clinical Practice Guidelines.

²⁵⁹ IoM, *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*, Op. Cit., s. 294.

²⁶⁰ Ang. American Society of Clinical Oncology.

Organizacja	Opis organizacji	Opis wytycznych
National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	NCCN zrzesza 23 wiodące centra onkologiczne.	Wytyczne zawierają zalecenia dotyczące profilaktyki, diagnostyki, leczenia oraz usług wspierających. Wytyczne tworzone są i aktualizowane przez panel ekspertów, składający się z lekarzy i naukowców związanych z onkologią, pracujących w zrzeszonych centrach.
American Society for Radiation Oncology (ASTRO)	ASTRO jest organizacją reprezentującą personel medyczny (lekarzy, pielęgniarki, asystentów) związanych z radioterapią.	Publikuje wytyczne dla personelu medycznego związanego z radioterapią.
U.S. Preventive Services Task Force	USPSTF składa się z ekspertów sektora prywatnego, jest finansowana przez Agency for Healthcare Research and Quality.	Publikuje standardy dotyczące działań profilaktycznych: zarówno badań, jak i akcji społecznych.

Źródło: IoM, *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*, Op. Cit., s. 294.

Na bazie opisanych powyżej wytycznych powstają także bardziej szczegółowe dokumenty tzw. „ścieżki kliniczne”²⁶¹, opisujące kolejność i czas poszczególnych elementów terapii. Wprowadzeniem ścieżek zainteresowani są zarówno płatnicy jak i lekarze, którzy wierzą, że wyspecjalizowane protokoły, zmniejszające różnice w leczeniu podobnych przypadków w różnych ośrodkach, mogą zwiększyć efektywność terapii oraz obniżyć całkowity koszt leczenia, poprzez ograniczenie stosowania metod nieefektywnych oraz tych, które powodują efekty uboczne wymagające hospitalizacji lub innych drogich interwencji medycznych. Część świadczeniodawców tworzy ścieżki niezależnie, często bazując na wyżej opisanych wytycznych, modyfikując je i uszczegóławiając na podstawie własnych doświadczeń w opiece onkologicznej. Istnieją także profesjonalni dostawcy ścieżek klinicznych, np. U.S. Oncology zrzeszająca ok. 1.000 onkologów stworzyła pakiet ścieżek pierwszego poziomu (Level 1 Pathways) dla 14 najczęściej występujących rodzajów nowotworów. Dodatkowo NCCN współpracuje obecnie z McKesson Specialty Health (którego częścią jest U.S. Oncology), by stworzyć „Value Pathways”, które byłyby jedynym źródłem najlepszych praktyk w opiece onkologicznej. Ścieżki skoordynowane byłyby z elektronicznymi rejestrami informacji zdrowotnej. Pierwsza faza projektu pokryłaby 19 rodzajów nowotworów²⁶². W 2010 roku ok. 15% przypadków leczonych było przy użyciu ścieżek klinicznych, przewiduje się jednak, że ich znaczenie będzie rosnąć ze

²⁶¹ Ang. Clinical Pathways.

²⁶² IoM, *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*, Op. Cit., s. 294.

względem na coraz większy nacisk kładziony na podwyższanie jakości leczenia i obniżanie kosztów²⁶³.

9.7.2 Regulacje motywujące do efektywnego modelu leczenia

Najczęściej spotykaną formą zwrotu kosztów za opiekę medyczną w USA jest tzw. płatność za usługę²⁶⁴, w której lekarz wynagradzany jest za każdą procedurę medyczną lub spotkanie z pacjentem. Taki typ finansowania usług medycznych zachęca lekarzy do stosowania droższych rodzajów chemioterapii i radioterapii oraz procedur chirurgicznych i badań, bez względu na rzeczywiste korzyści dla pacjenta. Planowane jest jednak wprowadzenie odmiennych systemów zwrotu kosztów, uzależniających wynagrodzenie od jakości i wydajności świadczonych usług, płatności powiązanych z efektami leczenia (payment-for-performance) oraz tzw. „medical homes”, które umożliwiają świadczeniodawcom otrzymanie dodatkowych środków, w momencie, gdy spełnione są określone kryteria jakościowe lub efektywnościowe²⁶⁵. Jak zostało opisane w poprzednim podrozdziale, powyższe modele finansowania usług są pilotażowo wprowadzane przez podmioty publiczne i prywatne, m.in. CMS Innovation Center, UnitedHealthcare, Florida Blue.

Raport IoM z 1999 roku²⁶⁶ wskazywał na problem jakości w amerykańskim systemie opieki onkologicznej. W odpowiedzi ASCO²⁶⁷, zainicjowało badania mające na celu stworzenie prototypu krajowego systemu, umożliwiającego monitorowanie jakości usług medycznych (NICCQ²⁶⁸). Zespół projektowy NICCQ przedstawił propozycję mierników jakości opieki onkologicznej w przypadku nowotworów piersi i jelita grubego. Zaproponowane mierniki są zgrupowane w 7 obszarach: diagnostyka, zarządzanie wczesnym etapem terapii, zarządzanie toksycznością terapii, koordynacja opieki, wsparcie psychologiczne, uwzględnienie preferencji pacjenta w doborze opieki, koordynacja w późniejszych etapach leczenia. Przebadano dane medyczne i ankiety dla ok. 1,800 pacjentów, oceniono jakość opieki medycznej i zidentyfikowano obszary do poprawy. Badanie to stało się podstawą do kolejnych inicjatyw związanych z jakością opieki onkologicznej i wspierania zwiększenia efektywności leczenia. ASCO, mając za cel promocję wysokiej jakości usług i systemów mierzenia jakości opieki onkologicznej wprowadziło projekt QOPI²⁶⁹, w którym udział bierze ok. 850 praktyk onkologicznych²⁷⁰. W ramach tej inicjatywy określono 24 kryteria jakościowe oraz 17 standardów jakościowych opieki onkologicznej. Świadczeniodawcy dwukrotnie w trakcie roku dostarczają wymagane dane do analizy i identyfikacji obszarów wymagających poprawy. Wyniki badania są podstawą wydawania certyfikatów jakości, które są publikowane i mogą służyć promocji danego ośrodka. Podobnie CoC posiada Szybki System Raportowania Jakości (RQRSP²⁷¹), dostępny przez stronę internetową, zawierający wskaźniki

263 Kaiser Permanente; Geisinger; Innovent Oncology; P4 Healthcare; UPMC/Via Oncology; Premera/Cancer Care Northwest.

264 Ang. fee-for-service.

265 IoM, *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*, Op. Cit., s. 329.

266 IoM, *Ensuring quality cancer care*, Commission on Life Science National Research Council, 1999.

267 Ang. American Society of Clinical Oncology.

268 Ang. National Initiative on Cancer Care Quality.

269 Ang. Quality Oncology Practice Initiative.

270 ASCO, *The state of cancer care in America, 2014*, Op. Cit. s. 9.

271 Ang. Rapid Quality Reported System Project.

jakości opieki onkologicznej (nowotwory piersi i jelita grubego) w szpitalach przyjętych do Narodowego Forum Jakości (NQF²⁷²).

9.7.3 Referencyjność ośrodków onkologicznych

Jeżeli przez system referencyjności rozumie się podział świadczeniodawców opieki onkologicznej według np. trzystopniowej skali – odpowiednio poziom 1, 2 i 3 – i wynagradzanie tych świadczeniodawców według innych stawek ze względu na posiadany poziom referencyjności za te same świadczenia onkologiczne, to taki system referencyjności w USA nie istnieje. Brak jest jednego obowiązującego systemu stawek za usługę. Stawki za usługi ustalane są w drodze negocjacji między płatnikiem a świadczeniodawcą. Część placówek, ze względu na swe położenie lub bardziej kompleksową ofertę świadczeń, może otrzymywać od płatnika wyższe stawki za tę samą usługę.

272 National Quality Forum (NQF) jest organizacją non-profit, która ocenia, popiera i rekomenduje używanie wystandaryzowanych mierników wydajności opieki zdrowotnej.

Spis rysunków

Rysunek 1. Skoordynowana ścieżka pacjenta z udziałem konsylium lekarskiego oraz opieką <i>keyworker'a</i> (koordynatora) w systemie opieki onkologicznej w Anglii.....	9
Rysunek 2. Przykłady krajów o podobnych uwarunkowaniach instytucjonalnych ochrony zdrowia.	24
Rysunek 3. Schemat publicznej opieki zdrowotnej w Anglii	31
Rysunek 4. Opieka specjalistyczna w Anglii	31
Rysunek 5. Źródła danych dotyczących nowotworów w Wielkiej Brytanii	37
Rysunek 6. Ścieżka pacjenta w systemie opieki onkologicznej w Anglii	45
Rysunek 7. Organizacja systemu opieki medycznej w Norwegii	51
Rysunek 8. Źródła informacji i procesy rejestracji w Norweskim Rejestrze Chorób Nowotworowych.	57
Rysunek 9. Główne przepływy finansowe w norweskim systemie ochrony zdrowia.	61
Rysunek 10. Uczestnicy rynku opieki zdrowia w Czechach.....	89
Rysunek 11. System rozliczeń w czeskim systemie opieki zdrowotnej.....	98
Rysunek 12. Organizacja służby zdrowia w USA po wprowadzeniu ACA	103
Rysunek 13. Przepływy środków finansowych w amerykańskiej służbie zdrowia	115

Spis wykresów

Wykres 1. Względna standaryzowana 5-letnia przeżywalność dorosłych kobiet z nowotworem piersi zdiagnozowanym w latach 2000-2007 w wybranych krajach w %.	26
Wykres 2. Względna standaryzowana 5-letnia przeżywalność dorosłych pacjentów z nowotworem jelita grubego zdiagnozowanym w latach 2000-2007 w wybranych krajach w %.	27
Wykres 3. Względna standaryzowana 5-letnia przeżywalność dorosłych pacjentów z nowotworem prostaty zdiagnozowanym w latach 2000-2007 w wybranych krajach w %.	27
Wykres 4. Względna standaryzowana 5-letnia przeżywalność dorosłych pacjentów z nowotworem płuc zdiagnozowanym w latach 2000-2007 w wybranych krajach w %.	28
Wykres 5. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez angielski NHS ze świadczeniodawcami niewchodzącymi w struktury NHS	40
Wykres 6. Wydatki NCI w 2012	110
Wykres 7. Wydatki na służbę zdrowia USA w 2012 wg źródła finansowania	113
Wykres 8. Podział wydatków na opiekę onkologiczną w USA w podziale na typ opieki w 2007 r.	114
Wykres 9. Liczba lekarzy świadczących opiekę onkologiczną w USA w latach 2004 - 2012	119

Spis map

Mapa 1. Przestrzenne rozmieszczenie CSCN-ów w Anglii.....	34
Mapa 2. Przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców radioterapeutycznych	42
Mapa 3. Przestrzenne rozmieszczenie pacjentów objętych chemioterapią	42
Mapa 4. Liczba onkologów na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych stanach	120
Mapa 5. Rozmieszczenie ośrodków akredytowanych przez CoC w USA w 2014 r.	121
Mapa 6. Rozmieszczenie ośrodków NCI i NCCP w USA w 2014 roku.	121

Spis tabel

Tabela 1. Porównanie systemów opieki onkologicznej w analizowanych krajach.	14
Tabela 2. Mechanizmy zarządzania efektywnością w analizowanych krajach.	20
Tabela 3. Wydatki na ochronę zdrowia i opiekę onkologiczną w wybranych krajach - porównanie międzynarodowe	25
Tabela 4. Wydatki na opiekę onkologiczną w poszczególnych kategoriach jako % całkowitych wydatków na onkologię	29
Tabela 5. Roczne wydatki na opiekę onkologiczną w Anglii.	37
Tabela 6. Maksymalny czas oczekiwania na poszczególne świadczenia onkologiczne w ramach systemu publicznego w przypadku Anglii.	43
Tabela 7. Wydatki na system opieki zdrowotnej w Norwegii w 2012 r.	59
Tabela 8. Struktura wydatków na opiekę onkologiczną w Norwegii w 2007 r. w mln EUR oraz w %	59
Tabela 9. Zmiany w 5-letniej przeżywalności wybranych typów nowotworów w latach 1997-2002 oraz 2004-2009	69
Tabela 10. Szacunki rocznych wydatków na opiekę onkologiczną we Francji w 2012 r.	80
Tabela 11. Udział sektorów: prywatnego i publicznego w liczbie leczonych pacjentów, terapii oraz zabiegów radioterapeutycznych we Francji w 2012 r.	81
Tabela 12. Udział ośrodków: prywatnych i publicznych w liczbie terapii chemioterapeutycznych zrealizowanych we Francji w 2012 r.	81
Tabela 13. Udział ośrodków: prywatnych i publicznych w liczbie zrealizowanych zabiegów chirurgii onkologicznej we Francji w 2012 r.	82
Tabela 14. Dostępne publicznie rejestry danych związanych z opieką onkologiczną	93
Tabela 15. Źródła finansowania systemu opieki zdrowotnej	95
Tabela 16. Wydatki na opiekę onkologiczną 2012	96
Tabela 17. Czas dojazdu samochodem do Świadczeniodawców w Czechach (2008)	100
Tabela 18. Wydatki na opiekę onkologiczną na poziomie stanów w latach 2004-2008	114
Tabela 19. Liczba lekarzy poszczególnych specjalizacji onkologicznych	118
Tabela 20. Gęstość urządzeń diagnostycznych w USA	122
Tabela 21. Przykłady inicjatyw mających na celu stworzenie Learning Health Care System	125
Tabela 22. Główne organizacje publikujące wytyczne dla rekomendowanego sposobu leczenia poszczególnych nowotworów	125





SPRAWNE PAŃSTWO
PROGRAM EY

Rondo ONZ 1
00-124 Warszawa
tel. +48 22 557 70 00
fax +48 22 557 70 01
www.sprawnepanstwo.pl