

Koordynowana opieka w onkologii

Nadesłany: 26.04.17 | Zaakceptowany do druku: 22.08.17

Anna Różalska*, **Marcin Czech****

Koordynowana opieka nad pacjentem stała się jednym z głównych tematów rozważań nad zmianami w polskim systemie ochrony zdrowia. Doświadczenia zaczerpnięte z praktyk międzynarodowych pozwoliły na stworzenie pewnej podstawy zarządzania procesem leczenia, jednak w dalszym ciągu widoczna jest silna potrzeba wprowadzania zmian. W artykule został poddany analizie sposób zarządzania pacjentem onkologicznym w ramach istniejącego pakietu onkologicznego. Przedstawiono założenia rozwiązania systemu kolejkowego oraz poddano ocenie skutki rozwiązań w polskiej onkologii. Z przeprowadzonej analizy wynika, że trudno jest wnioskować o efektywności kosztowej i klinicznej pakietu onkologicznego w ramach koordynacji opieki nad pacjentem z powodu braku istotnych danych w momencie jego wdrożenia. Poddany konstruktywnej krytyce pakiet onkologiczny obecnie jest w fazie zmian. Pozostaje postawić pytanie, na ile kryteria nowelizacji reformy są istotne z punktu widzenia klinicznego, społecznego i płatnika. Nie zapomnijmy o ukierunkowaniu opieki koordynowanej, której celem w przypadku chorób nowotworowych jest szybka diagnostyka i celowane leczenie.

Słowa kluczowe: koordynowana opieka, onkologia, zmiany, pakiet onkologiczny, pacjent.

Coordinated Care in Oncology

Submitted: 26.04.17 | Accepted: 22.08.17

Coordinated patient care (disease management) has become one of the main topics of discussion in the Polish health care system. The experience drawn from international practices helped to create a basis for managing the process of treatment. Nevertheless, there is still a strong need for changes in the Polish healthcare. The article presents the management of oncological patients within the existing Package of Oncology. The assumptions of this consideration involve the analysis of oncology queue system solutions and their impact on the patients care. The analysis shows that it is difficult to conclude about the effectiveness and cost of the clinical oncology package within the framework of coordination of patient care due to the lack of relevant data at the time of its implementation. Having been subjected to constructive criticism, the oncology package is currently in the phase of changes. The question remains to what extent the criteria for amendment of the reform are important from clinical, social and the payer's point of view. Moreover, one should not forget about the main assumptions of coordinated cancer care, which are: immediate diagnosis and fast introduction of effective treatment.

Keywords: coordinated care, oncology, changes, oncology package, patient.

JEL: H51, H52, H53, H75

* **Anna Różalska** – office@ikaar.org.

** **Marcin Czech** – dr hab., prof. Szkoły Biznesu Politechniki Warszawskiej.

1. Wprowadzenie

Według definicji National Library of Medicine koordynowana opieka zdrowotna (KOZ), to zestaw działań mających na celu osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia przy ograniczeniu zbędnych kosztów opieki zdrowotnej dzięki stosowaniu szeregu mechanizmów (Alaszewski, 1996), do których zalicza się:

- zachęty ekonomiczne dla lekarzy i pacjentów motywujące do wyboru optymalnych form opieki,
- ocena medycznej konieczności dostarczania wybranych usług,
- wyważenia podziału kosztów ponoszonych przez beneficjenta,
- kontrole przyjęć szpitalnych i długości pobytu,
- ustanowienie zachęt do prowadzenia zabiegów w trybie ambulatoryjnym,
- selektywne kontraktowanie dostawców usług opieki zdrowotnej,
- intensywne zarządzanie w wypadkach wysokich kosztów opieki zdrowotnej.

Pojęcie koordynowanej opieki zdrowotnej pochodzi od angielskiego terminu *managed healthcare* lub *managed care*. Jak z nazwy wynika, kluczową rolę w opiece koordynowanej odgrywa zarządzanie (kierowanie) i integrowanie poziomów opieki medycznej oraz kompleksowy zakres usług sposobu jej finansowania. Koordynowana opieka zdrowotna (KOZ) została szeroko rozpowszechniona w Stanach Zjednoczonych dzięki skutecznej koncepcji zarządzania, a jej elementy widoczne są w systemach ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Hiszpanii, Szwajcarii, Węgrzech, Australii czy w krajach Azji Południowo-Wschodniej (CSIOZ, 2003).

W krajach Europy nie ma jednolitej, ogólnie przyjętej definicji zintegrowanej opieki zdrowotnej (CSIOZ, 2003). Istotą koncepcji opieki zintegrowanej, koordynowanej, ciągłej, kompleksowej, bezszwowej, sieciowej czy zarządczej jest dostarczanie opieki w sposób ciągły, holistyczny i dopasowany do indywidualnych potrzeb pacjenta (CSIOZ, 2003).

Celem niniejszego artykułu jest analiza pakietu onkologicznego, obowiązującego w Polsce od stycznia 2015 r., pod kątem sprawowania opieki nad pacjentem onkologicznym w ramach opieki koordynowanej.

2. Pakiet onkologiczny

Jednym z bardzo istotnych w ochronie zdrowia przykładem polskich doświadczeń we wdrażaniu koordynacji opieki nad pacjentem jest wprowadzony w styczniu 2015 r. pakiet onkologiczny, który z uwagi na problem, jakim jest duża śmiertelność na skutek chorób nowotworowych, długich kolejek do specjalistów oraz braków standardów w postępowaniu, zakładał ustanowienie maksymalnego czasu oczekiwania na diagnostykę pacjentów z podejrzeniem wystąpienia nowotworu, pogłębioną diagnostykę w celu określenia stopnia zaawansowania choroby oraz leczenie wraz ze zniesieniem

limitów finansowania świadczeń z nim związanych. Przyglądając się z bliska założeniom pakietu onkologicznego w Polsce oraz doświadczeniom międzynarodowym, zwłaszcza z Wielkiej Brytanii, można pokusić się o stwierdzenie, że zagraniczne praktyki tylko częściowo zostały przeniesione do Polski.

Główne założenia pakietu onkologicznego obejmują:

- ułatwienie poruszania się w nowym systemie opieki onkologicznej,
- usystematyzowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego,
- diagnostykę wstępną w terminie do 35 dni,
- diagnostykę pogłębioną w terminie do 28 dni,
- włączenie do leczenia w terminie 14 dni,
- wyeliminowanie poczucia zagubienia.

Mając na uwadze powyższe, należy podkreślić, że w terapii większości nowotworów miarą sukcesu jest wieloletnie przeżycie pacjentów, bardzo często uwarunkowane szybką diagnostyką oraz celowanym leczeniem. W odniesieniu do większości nowotworów przyjmuje się, że 5-letnie przeżycie oznacza osiągnięcie zamierzonego celu terapii (punktu końcowego interwencji). Wskaźnik przeżycia 5-letniego może być także miernikiem skuteczności (*performance*) systemu opieki zdrowotnej. Zatem miernik ten wydaje się dobrym łącznikiem pomiędzy światem klinicystów a światem polityki zdrowotnej i ekonomiki zdrowia. Wśród czynników, które wpływają na różnice w czasie przeżycia chorych na nowotwory, najczęściej wymienia się: wiek w momencie rozpoznania nowotworu, stopień zaawansowania choroby, status społeczno-ekonomiczny chorych, dobór terapii, a także doświadczenie lekarza prowadzącego oraz operującego chirurga.

Wyniki leczenia nowotworów w Polsce są gorsze niż w krajach Europy Zachodniej, ale w pierwszej dekadzie XXI wieku widoczny jest pewien postęp – wskaźniki przeżywalności znacznie poprawiły się u mężczyzn (32,9% – diagnoza w latach 2000–2002; 37,3% – diagnoza w latach 2003–2005); u kobiet poprawa była nieco mniejsza (odpowiednio 51,2% i 53,5%). Mimo postępu skuteczności leczenia nowotworów i wprowadzenia nowych leków, ciągle istnieje potrzeba lepszego wykorzystania sprzętu oraz doposażenia ośrodków onkologicznych w systemy do przyspieszania diagnostyki i leczenia nowotworów (<http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl>, 23.03.2017).

Niedocenioną praktyką w dalszym ciągu jest uczenie się od innych w celu uniknięcia typowych błędów. Konceptje *management care* – koordynowanej opieki zdrowotnej, *disease management* – koncepcja zarządzania chorobami, *case management* – zarządzanie najcięższymi przypadkami czy *quality management* – zarządzanie jakością opieki powinny wyznaczać kierunki rozwoju koordynowanej opieki zdrowotnej w Polsce. Polscy reprezentanci ochrony zdrowia, wychodząc naprzeciw potrzebom zmian, powinni czerpać pomysły z doświadczeń kolegów ze Stanów Zjednoczonych i Europy. Niewątpliwie, przyglądając się opiece zintegrowanej w różnych krajach, można zaobserwować zróżnicowane do niej podejście i stopień zaawansowania jej wdrożenia. Z doświadczeń z zagranicy wynika, że integracja opieki nad pacjentem jest

możliwa dzięki nawiązaniu relacji kontraktowych między współpracującymi ze sobą podmiotami świadczącymi usługi medyczne w celu zapewnienia spójnych i skoordynowanych pakietów świadczeń dla określonych grup pacjentów.

Prezentacja przedstawiona w tabeli 1, porównująca doświadczenia z różnych krajów, udowadnia, że każdy system opieki nad pacjentem wymaga dalszego doskonalenia, niemniej jednak istotne jest wyjście naprzeciw kluczowej potrzebie pacjentów, jaką jest uzyskanie efektywności klinicznej.

Z przedstawionych powyżej przykładów wynika, że opieka onkologiczna w Polsce, oparta na wystandaryzowanym programie, tzw. ścieżce pacjenta onkologicznego, została zaprojektowana w oparciu o praktyki między innymi z Norwegii, Francji i Wielkiej Brytanii. Mimo tych wzorców, wydaje się, że zapewnienie efektywności klinicznej, zarządczej i kosztowej w polskim systemie opieki onkologicznej wymaga jeszcze wielu korekt i ulepszeń.

Analizując doświadczenia międzynarodowe, widzimy, że uwarunkowania skuteczności systemu opieki nad pacjentem w ramach opieki koordynowanej są oparte na dążeniu do jak najszybszej diagnostyki, wymianie informacji pomiędzy ośrodkami oraz monitorowaniu wskaźników efektywności klinicznej. W Norwegii krajowe wytyczne onkologiczne zawierają między innymi normatywne oceny choroby oraz czas jej leczenia. Skierowanie powinno zostać rozważone w ciągu 5 dni roboczych, ocena powinna się rozpocząć w ciągu 10 dni, a leczenie przynajmniej 80% pacjentów ma się rozpocząć w ciągu 20 dni roboczych od skierowania. Ścieżka pacjenta rozpoczyna się od wizyty u lekarza rodzinnego, który albo umawia chorego z prywatnym specjalistą, albo wydaje skierowanie. Pacjenci podejrzewani o zachorowanie na określony typ nowotworu są kierowani do odpowiedniego oddziału specjalistycznego na ocenę zgodnie z krajowymi wytycznymi. Pacjent zwykle jest oceniany przez interdyscyplinarny zespół przedstawicieli różnych specjalności onkologicznych, dzięki czemu poprawia się skuteczność podejmowanego leczenia. Norwegowie mają bardzo szeroki dostęp, także w formie elektronicznej, do informacji medycznej zawierającej dane między innymi na temat 30 wskaźników jakościowych, w tym onkologicznych, co umożliwia sprawowanie kompleksowej i ciągłej opieki nad pacjentem.

We Francji pacjent jest informowany o przebiegu spotkania przez lekarza kierującego, który inicjuje ścieżkę opieki. Ważnym aspektem terapii onkologicznej w ramach opieki koordynowanej jest prowadzenie elektronicznego folderu komunikacji nowotworowej w ramach osobistej dokumentacji medycznej pacjenta, co ma ułatwić dzielenie się informacjami przez lekarzy i tym samym holistyczne oraz kompleksowe podejście do pacjenta. Bardzo duży nacisk kładzie się na rolę lekarza kierującego, który ponosi odpowiedzialność za kierowanie procesem koordynacji diagnostyki i dalszego leczenia.

Okazuje się, że szybka i kompleksowa diagnostyka nowotworowa jest skuteczna w ramach skoordynowanych działań opieki nad pacjentem. Wskaźniki

Charakterystyka systemu	Polska	Anglia	Norwegia	Francja	Czechy	USA
Publiczne świadczenia i ubezpieczenie	(+++)	(+++)	(+++)	(+++)	(++)	(+++)
Komplementarne ubezpieczenia prywatne, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych	(---)	(---)	(+++)	(+++)	(+)	(+++)
Brak limitów w farmakoterapii w onkologii	(---)	(+++)	(---)	b/d	b/d	(--)
Instytucja koordynująca w onkologii	(+--)	(+++)	(+--)	(+++)	(+--)	(+++)
Rozdzielenie funkcji regulatora i świadczeniodawcy	(++)	(+++)	(++)	(+++)	(++)	(---)
Rejestr chorób nowotworowych, obowiązkowy/kompleksowy	(+--)	(+++)	(+++)	(--)	(+++)	(++)
Rejestr świadczeń medycznych	(+)	(+)	(+)	(+++)	(++)	(--)
Rejestr danych dotyczących monitorowania dostępności i efektywności świadczeń usług onkologicznych	(---)	(+++)	(+++)	(+++)	(+)	(+)
System współpłacenia pacjenta za opiekę	(---)	(---)	(+++)	(+++)	(+)	(+++)
Równomierne przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców	(+)	(+++)	(---)	(+++)	(+++)	(---)
Procedury medyczne i standardy leczenia onkologicznego	(+--)	(+++)	(++)	(++)	(---)	(+++)
Skojarzone leczenie onkologiczne	(+--)	(++)	(++)	(++)	(+)	(+++)
Bieżące monitorowanie opieki nad pacjentem przez uczestników systemu – ścieżka pacjenta	(---)	(+++)	(+++)	(+++)	(---)	(+++)
Zespoły interdyscyplinarne	(---)	(+++)	(+++)	(++)	(---)	(+++)
Mechanizm płacenia za efekt	(---)	(+)	(---)	(---)	(---)	(+)
Mechanizm płacenia za jakość	(---)	(++)	(---)	(---)	(---)	(+++)
Ustawowy maksymalny czas oczekiwania na podjęcie leczenia od momentu skierowania do specjalisty	77	62	20	(---)	(+)	(---)

Tab. 1. Porównanie systemu opieki nad pacjentem onkologicznym w krajach europejskich i USA. Źródło: opracowanie własne na podstawie EY. (2014). Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach. Warszawa: EY.

pomiaru jakości systemu ochrony zdrowia stosowane przez OECD wskazują na poprawę przeżywalności chorych na raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego dzięki wczesnej diagnostyce, dostępności leków i nowych metod leczenia. Norwegia wyróżnia się przede wszystkim osiągnięciem najlepszych wyników leczenia, zwłaszcza w onkopediatrii. Co ważne, w obszarach, w których wskaźniki efektywności są mniej korzystne, podejmowane są działania naprawcze.

3. Podejście systemowe w polskiej ochronie zdrowia oraz prace nad zmianami w leczeniu pacjentów chorych na nowotwory

Czy pakiet onkologiczny może być dobrym przykładem zmian w opiece nad pacjentem w ramach zintegrowanych, dostarczanych w sposób ciągły i holistyczny świadczeń? Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie, ponieważ nie ma danych odnoszących się do systemu przed wprowadzeniem reformy. Większość nowych przepisów przygotowanych przez resort zdrowia od początku 2015 r. zakładała łatwy dostęp do wiarygodnych i aktualnych informacji, listy placówek z najkrótszymi terminami oczekiwania na dane świadczenie, możliwość odebrania recepty przez osoby upoważnione przez pacjenta, łatwiejszy dostęp do większej liczby badań zlecanych przez lekarza rodzinnego, szybszy dostęp do lekarzy specjalistów. Niestety, Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje danymi pozwalającymi na wnioskowanie, w jakim stopniu wprowadzenie pakietu onkologicznego przyczyniło się do przyspieszenia diagnostyki pacjentów onkologicznych, jak długo pacjent czekał na diagnostykę wstępną i pogłębioną oraz jak długo trwał proces rozpoczęcia leczenia przed wprowadzeniem pakietu kolejkowego (<http://pakietonkologiczny.gov.pl>, 14.03.2017). Mówi się, że w badaniach zrealizowanych na podstawie historii choroby pacjentów onkologicznych na przełomie lat 2014–2015 czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia wynosił 77 dni. Obecnie pakiet onkologiczny skrócił ten proces do 74 dni (<http://www.rp.pl/Zdrowie/308129920-Pakiet-onkologiczny-skrocil-czas-oczekiwania-na-leczenie-o-trzy-dni.html>, 14.03.2017). Z przykrością można stwierdzić, że 3 dni to wynik nieistotny ani statystycznie, ani klinicznie. Niestety brak danych, na ile pakiet onkologiczny i realizowana w jego ramach diagnostyka wstępna i pogłębiona przyczyniły się do wcześniejszego rozpoznania raka. Brak jest również danych na temat mierników efektywności wdrożenia pakietu onkologicznego pod kątem efektywności klinicznej i kosztowej.

Odnosząc się do punktu wyjścia, czyli do czasu wprowadzenia reformy, nie dokonano wszelkich starań, aby ustalić punkty wyjścia służące ocenie systemu koordynacji opieki nad pacjentem onkologicznym. Uzasadnienie wprowadzenia zmian powinno opierać się na faktach i wyprzedzać niepowodzenia, biorąc pod uwagę praktyki międzynarodowe. Konsylium lekarskie, koordynator opieki pacjenta, elektroniczna dokumentacja na temat

przebiegu choroby pacjenta – także limity czasów oczekiwania – funkcjonują w wielu systemach i uważane są za dobrą praktykę. Wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań w formie papierowych kwestionariuszy (karta DILO) w dobie informatyzacji z założenia przeczą same sobie. Obowiązek wypełniania dokumentacji w systemie teleinformatycznym nałożony przez płatnika oraz trudności z interpretacją wymaganych wpisów spowodowało, że wypełnienie karty DILO stało się udręką. Podobnie było z wprowadzaniem danych pacjenta na listę oczekujących. Brakuje informacji o jakości i skuteczności leczenia nowotworów w poszczególnych ośrodkach. Nie działa informacja o czasie oczekiwania na świadczenia w ramach pakietu, brakuje koordynacji leczenia w ramach całego systemu ochrony zdrowia POZ, AOS, leczenia szpitalnego i paliatywnego. System nie śledzi losów pacjentów (<http://pakietonkologiczny.gov.pl>, 14.03.2017). Pakiet onkologiczny nie uwzględnia wielu procedur, zabiegów i etapów diagnostyki niezbędnych do postawienia diagnozy lub ukierunkowania pacjenta do celowanego leczenia, o którym mówią klinicyści z ośrodków onkologicznych oraz przedstawiciele Towarzystw Naukowych.

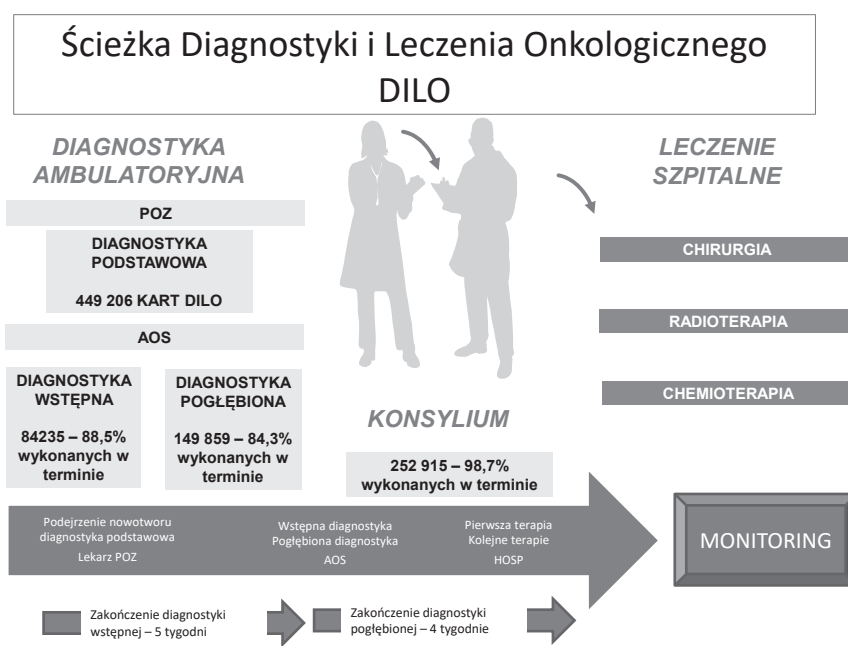
W pakiecie nie ma też finansowania (<http://pakietonkologiczny.gov.pl>, 14.03.2017):

- badania PET, które cechuje wykrywalność około 90% schorzeń onkologicznych,
- świadczeń chorych z dwoma nowotworami,
- nawrotów choroby w ramach jednej ścieżki leczenia,
- operacji niezbędnej do potwierdzenia guza mózgu, nerki, trzustki, guza przestrzeni zaotrzewnowej czy nieprawidłowości w węzłach chłonnych jamy brzusznej przy braku powiększonych węzłów obwodowych,
- pogłębionej diagnostyki i leczenia osób, u których wykryto nowotwór w oddziałach wewnętrznych, ratunkowych, neurologicznych, laryngologicznych czy stomatologicznych,
- schorzeń, których nie można potwierdzić badaniem histopatologicznym (nerek, jąder, pierwszorazowe raki pęcherza moczowego, nadnerczy), czy też zmian, których obraz histopatologiczny jest niejednoznaczny, nowotworów o nieznanym ognisku pierwotnym i tych z przerzutami do układu chłonnego, raków skóry (poza czerniakiem) i nowotworów złośliwych tkanek miękkich u dorosłych (np. mięsaków),
- leczenia paliatywnego, żywienia dojelitowego lub pozajelitowego po zabiegach onkologicznych, przetaczania krwi i leczenia preparatami krwi.

Skoro bezsprzecznym jest fakt, że w przypadku pacjentów onkologicznych istotną kwestią jest czas rozpoznania choroby i jej niepominięcie poprzez szeroką diagnostykę oraz profilaktykę pierwotną i wtórną chorób nowotworowych, celowane, ukierunkowane leczenie, zarządzanie procesem leczenia poprzez konsylia lekarskie oraz koordynowanie realizacji świadczeń w celu zaspokojenia potrzeby pacjentów, jaką jest „brak poczucia zagubienia”, to wdrożenie pakietu onkologicznego z tak licznymi ograniczeniami diagno-

styczno-terapeutycznymi, skracającego czas oczekiwania na leczenie z 77 do 74 dni, niską jakością narzędzi informatycznych, biurokratyzacją, dezorientacją lekarzy w zakresie odpowiedzialności wystawiania karty DILO na poziomie leczenia ambulatoryjnego oraz AOS wymaga poważnych korekt, aby zaspokoić potrzebę kliniczną i społeczną, dostępność do diagnostyki i skuteczności leczenia nowotworów w Polsce.

Niewątpliwie, pakiet onkologiczny będący dużą zmianą w polskim systemie ochrony zdrowia przyniósł ze sobą wiele negatywnych konsekwencji, jednakże niektóre jego elementy usprawniły proces leczenia chorych na nowotwory. Od stycznia 2015 r. do 17 lutego 2017 r. wydano 449 206 kart DILO, zrealizowano odpowiednio: 84 235 procedur wstępnej diagnostyki (88,5% w terminie), diagnostyki pogłębionej 149 859 (84,3% w terminie), zwołano 252 915 konsyliów (98,7% w terminie) (<http://pakietonkologiczny.gov.pl>, 14.03.2017).



Rys. 1. Rozliczenie Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego – liczba zrealizowanych procedur. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

Pakiet onkologiczny z pewnością pozwolił na zniesienie limitów wielu świadczeń i rozszerzenie uprawnień diagnostycznych lekarzy POZ. Obecnie mogą oni wystawiać skierowania na więcej badań z zakresu hematologii, biochemii, immunologii z krwi, badań elektrokardiograficznych, ultrasono-

graficznych i na spirometrię. Praktycy również pozytywnie oceniają zwoływanie konsylium lekarskich przed rozpoczęciem leczenia, z zastrzeżeniem potrzeby sztywnych wytycznych, co do jego składu. Pacjent z podejrzeniem nowotworu ma szansę na szybka diagnostykę i ukierunkowane leczenie.

Reforma diagnozowania pacjentów z podejrzeniem nowotworu oraz leczenia pacjentów onkologicznych po roku funkcjonowania pakietu onkologicznego zostaje poddana nowelizacji. Szkoda, że nie ma możliwości odniesienia się do stanu wyjściowego, przeanalizowania procesów planowania, zarządzania oraz wdrożenia zmian w opiece onkologicznej w ramach już realizowanego systemu. W ocenie Ministerstwa Zdrowia najważniejsze zmiany obowiązujące od października bieżącego roku mają dotyczyć samej karty DIŁO, zmniejszenia jej zakresu oraz zwiększenia dostępności lekarzy specjalistów do jej wystawiania. Poza tym nowelizacja reformy ma zapewnić brak tzw. wskaźnika rozpoznawania nowotworów, który świadczył o „trafionych diagnozach” stawianych przez lekarzy POZ i determinował liczbę wydawanych kart DIŁO (do tej pory lekarze POZ, którzy zbyt pochopnie diagnozowali pacjentów w kierunku nowotworu w ramach wczesnego wykrywania raka, tracili szansę na wydawanie karty DIŁO osobom z nowotworem rozpoznany „gołym okiem”). Projekt zmian ustawy zakłada również brak konieczności zwoływania konsylium lekarskich, dając tym samym swobodę leczenia onkologom oraz nieograniczony dostęp do radioterapii paliatywnej. Do czasu wprowadzenia zmian mają zostać przystosowane systemy informatyczne w placówkach medycznych i szpitalach w celu sprawniejszego wydawania papierowej karty DIŁO (<http://pakietonkologiczny.gov.pl>, 14.03.2017).

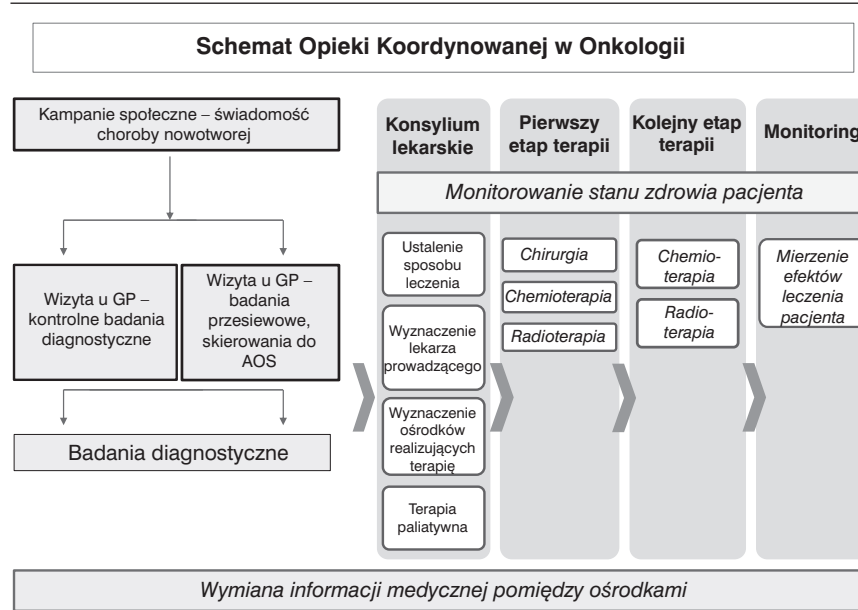
Pozostaje postawić pytanie, na ile kryteria nowelizacji reformy są istotne z punktu widzenia klinicznego, płatnika oraz możliwości zapewniania pacjentowi opieki onkologicznej w sposób ciągły i zintegrowany. Nie zapominajmy o ukierunkowaniu opieki koordynowanej na potrzeby pacjenta, które w przypadku chorób nowotworowych jest jednoznaczne dla wszystkich: szybka diagnostyka i celowane leczenie.

Na ten moment mamy dwa rozwiązania: korygowanie reformy w oparciu o własne przekonania lub przedstawienie planu nowelizacji leczenia pacjentów onkologicznych wraz z rzetelną oceną skutków, mierzalnych celów oraz ich monitorowanie, zapobieganie ryzykom i planowanie strategii działania na wypadek ich wystąpienia oraz na koniec poddanie weryfikacji wszystkich wprowadzonych zmian w istniejącym pakiecie onkologicznym w oparciu o ustalone mierniki i kryteria.

W obliczu potrzeb społecznych i klinicznych oraz obowiązującego pakietu onkologicznego schemat diagnostyki mógłby wyglądać, jak to przedstawiono na rysunku 2.

Członkowie Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK) oraz Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO) dostrzegają istotną potrzebę stworzenia systemowego rozwiązania w zakresie opieki koordynowanej nad pacjentem onkologicznym bez konieczności wprowadzania limitów na dia-

gnostykę i ukierunkowane, celowane leczenie. Z pewnością wymaga to uwzględnienia głosów świadczeniodawców i pacjentów, idąc dalej – strategicznego podejścia i ustalenia wskaźników pomiaru efektywności medycyny spersonalizowanej, zanim dokona się rewolucji wśród świadczeniodawców, pacjentów i płatnika. Publiczna debata, zarówno w środowisku medycznym, jak i politycznym, odnosząca się do istotności klinicznej efektu zdrowotnego zazwyczaj niesie za sobą wiele kontrowersji i zróżnicowanych opinii ekspertów odnośnie stosowania terapii u chorych na nowotwory.



Rys. 2. Propozycja systemu opieki nad pacjentem onkologicznym w Polsce. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze strony <http://pakietonkologiczny.gov.pl>.

Wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO, American Society of Clinical Oncology), określające minimalną korzyść terapeutyczną uznaną za istotną klinicznie, stały się w niektórych krajach płaszczyzną do porozumienia wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia, zainteresowanych rozwiązaniem problemu wczesnego dostępu chorych do najbardziej wartościowych terapii przeciwnowotworowych (Krzakowski, Wysocki, Jassem, Krzemieniecki, Potemski i Zyśk, 2015). Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej wraz z Polskim Towarzystwem Onkologicznym podjęło się opracowania algorytmu wspierającego procesy decyzyjne w zakresie finansowania terapii lekowych przynoszących największe korzyści terapeutyczne. Opracowany na podstawie zagranicznych doświadczeń (systemu stosowanego w Wielkiej Brytanii i Szwajcarii) algorytm oceny wartości

dodanych leków, takich jak: wydłużenie czasu przeżycia, poprawa jakości życia chorych, profil bezpieczeństwa, aspekty ekonomiczne leczenia i jakość dowodów naukowych (Krzakowski i in., 2015), umożliwiłyby płatnikowi optymalizację wydatków na kosztowne leczenie, a pacjentom zapewniłyby dostęp do najbardziej skutecznych metod leczenia oraz skrócił czas oczekiwania chorych na leczenie.

Opracowana propozycja algorytmu na podstawie wskaźników, takich jak:

- poprawa przeżycia całkowitego (OS, *overall survival*),
- poprawa przeżycia wolnego od progresji choroby (PFS, *progresion-free survival*),
- poprawa jakości życia związaną ze stanem zdrowia (HR-QoL, *health-related quality of life*),
- ilościowa ocena profilu bezpieczeństwa jako odsetek działań niepożądanych co najmniej trzeciego stopnia według aktualnej klasyfikacji Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE),
- efektywność kosztowa leku, czyli ocena dodatkowego kosztu, jaki należałoby ponieść na uzyskanie dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY, *quality adjusted life year*) względem aktualnego standardu postępowania,
- ilościowa ocena dowodów naukowych, czyli ilościowa oceny korzyści terapeutycznych związanych z nowym lekiem,

umożliwia przypisanie leku do jednej z pięciu kategorii odnoszących się do korzyści terapeutycznych i określa zasadność refundacji danego leku (Krzakowski i in., 2015). Złożona procedura refundacyjna nowego programu lekowego, długi proces negocjacji oraz procedura przetargowa w szpitalach mogą opóźniać dostęp do takich leków nawet o kilkanaście miesięcy i tym samym odebrać szansę na skuteczne leczenie pacjentom nowotworowym. Zdaniem PTOK oraz PTO algorytm mógłby znaleźć zastosowanie w pracach AOTMiT oraz stanowić pomoc dla Komisji Ekonomicznej Ministerstwa Zdrowia w procesie ustalania urzędowej ceny zbytu dla nowych leków przeciwnowotworowych lub nowych wskazań leków już refundowanych.

4. Podsumowanie

Koordynowanie opieki nad pacjentem onkologicznym w Polsce w ramach istniejącego pakietu onkologicznego pozwala na ukierunkowanie procesu leczenia, co niewątpliwie ułatwia pacjentom poruszanie się w systemie ochrony zdrowia, a lekarzom umożliwia lepsze zarządzania procesem ich leczenia.

Niemniej jednak, leczenie pacjentów onkologicznych, zwłaszcza chorujących na nowotwory złośliwe, jest trudnym wyzwaniem zarówno dla ekspertów klinicznych, jak i instytucji nadzorujących system ochrony zdrowia. Istotnym elementem skutecznego leczenia w onkologii jest również wczesna diagnostyka choroby, która bardzo często determinuje efekt terapii. Niewątpliwym

wyzwaniem, przed jakimi stoją pacjenci zmierzający się z chorobą, ale również onkolodzy, jest dostęp do najbardziej wartościowych terapii przeciwnowotworowych oraz skrócenie czasu oczekiwania chorych na leczenie (Krzakowski i in., 2015). Opracowany przez Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej i Polskie Towarzystwo Onkologiczne algorytm z pewnością mógłby znaleźć zastosowanie w szybszym podejmowaniu decyzji terapeutycznych ze strony zarówno płatnika, jak i świadczeniobiorcy.

Istotą koncepcji opieki zintegrowanej, koordynowanej, ciągłej, kompleksowej jest dostarczanie opieki w sposób ciągły, holistyczny i dopasowany do indywidualnych potrzeb pacjenta (Rudawska, 2014), natomiast główne założenia pakietu onkologicznego zakładają ułatwienie poruszania się w systemie opieki onkologicznej, usystematyzowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz wyeliminowanie u chorych poczucia zagubienia. Rozważając koncepcję opieki koordynowanej, niestety należy stwierdzić, że w polskiej onkologii brakuje dostarczania opieki w sposób ciągły, nie ma bowiem równomiernie rozmieszczonych świadczeniodawców, skojarzone leczenie jest dostępne tylko w wybranych ośrodkach, brakuje obowiązkowego rejestru chorób nowotworowych, dzięki któremu byłoby możliwe wnioskowanie na temat przebiegu choroby oraz zastosowanego leczenia. Brak rejestru danych dotyczących monitorowania dostępności i efektywności świadczonych usług onkologicznych oraz brak dostępu do innowacyjnych terapii i wydłużone procedury refundacyjne przeczą założeniu opieki koordynowanej, dopasowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Analiza Pakietu Onkologicznego, obowiązującego w Polsce od stycznia 2015 r., pod kątem opieki koordynowanej nad pacjentem onkologicznym udowadnia, że opieka onkologiczna w Polsce zawiera jedynie pewne elementy zintegrowanych poziomów opieki medycznej i wymaga dalszych zmian. Projekt nowelizacji ustawy do istniejącego pakietu onkologicznego wchodzącej w życie z dniem 1 lipca 2017 r. dotyczy przede wszystkim uproszczenia sprawozdawczości w zakresie prowadzenia list oczekujących w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz uproszczenia tej karty z jednoczesnym uelastycznieniem możliwości jej wystawiania przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, który stwierdził podejrzenie nowotworu, oraz lekarza udzielającego świadczeń w ramach programów zdrowotnych. Zmienia też zakres danych wpisywanych do karty (<http://e-prawnik.pl/wiadomosci/informacje/novelizacja-pakietu-onkologicznego.html>, 12.04.2017). Pozostaje pytanie, czy zmiana ustawy, umożliwiająca przyznanie Ministrowi Zdrowia możliwość ogłoszenia w drodze obwieszczenia, zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, mających na celu rozpoznanie i leczenia nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego w celu jego wyleczenia, umożliwi zmianę opieki nad pacjentem w kierunku jego indywidualnych potrzeb zdrowotnych.

Bibliografia

- Alaszewski, A. (1996). *Reforma Narodowej Służby Zdrowia*. W: K. Tymowska, V. Malin i A. Alaszewski (red.), *System umów w opiece zdrowotnej w Anglii i w Polsce*. Warszawa: Centrum Edukacji i Rozwoju Biznesu.
- CSIOZ. (2003). *Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia*. Warszawa.
- EY. (2014). *Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach*. Warszawa: EY.
- Juszczak, G. (2003). Premia za tańsze leczenie. Węgierski eksperyment z fundholdingiem. *Służba Zdrowia*, (81–84).
- Juszczak, G., Bański, R. i Mikos, M. (2004). Fundholding i opieka koordynowana w Europie – wnioski z doświadczeń brytyjskich i węgierskich. *Zdrowie i Zarządzanie*, VI.
- Kalbarczyk, W.P. (2011). Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie finansowania opieki zdrowotnej w Polsce – perspektywa ubezpieczycieli. W: W.P. Kalbarczyk, K. Łanda i M. Władysiuk (red), *Ubezpieczenia zdrowotne a koszty świadczeń. Przegląd rozwiązań*. Kraków/Warszawa: CEESTHAC.
- Kowalska, K. i Kalbarczyk, K.P. (2013). *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe, propozycje dla Polski*. Warszawa: EY.
- Kozierkiewicz, A. (2011). *Konsolidacja i integracja opieki medycznej*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa, Pozyskano z: http://www.nzzoz.mz.gov.pl/uploads/static/01_Konsolidacja_i_integracja_opieki_zdrowotnej.pdf.
- Krzakowski, M., Wysocki, P., Jassem, J., Krzemieniecki, K., Potemski, P. i Zysk, R. (2015). Algorytm oceny wartości nowych leków przeciwnowotworowych — propozycje Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 11(1), 9–15.
- Potrykowska, A., Strzelecki, Z., Szymborski, J. i Witkowski, J. (red.) (2014). *Zachorowalność i umieralność na nowotwory, a sytuacja demograficzna Polski*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Projekt ustawy „O samorządowej opiece zdrowotnej”. Druk Sejmowy 414, z dnia 5.05.1998 r. Projekt zgłoszony, jako poselski przez grupę posłów Unii Wolności. Został napisany przez zespół w składzie: K. Tymowska, D. Dudarewicz, F. Gajek, P. Poznański i M. Piróg.
- Rudawska, I. (2014). *Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Tymowska, K. (1993). Kontrakt, jako instrument tworzenia relacji między nabywcą a dostawcą świadczeń zdrowotnych. *Antidotum – Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, (2), 84–90.
- Tymowska, K. (1999a). *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Tymowska, K. (1999b). Zasady finansowania a dostępność. *Prawo i Medycyna*, (4), 84–96.
- Tymowska, K. (2000). Diagnoza społeczna i co dalej. *Nowe Życie Gospodarcze*, (51), 18–20.
- Tymowska, K. (2001). Reforma systemu ochrony zdrowia. W: J. Czapiński i T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2000*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Statystyczne i Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP.
- Tymowska, K. (2003a). Przerzucanie kosztów w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. *Zdrowie i Zarządzanie*, V(1–2), 58–61.
- Tymowska, K. (2003b). Systemy informacji a niedoskonałości kontraktów w opiece zdrowotnej. W: *Informacja a jakość w opiece zdrowotnej (materiały konferencyjne)*. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.
- Tymowska, K. i Kowalska, K. (2002). Stawki kapitałowe a zachowania dostawców usług medycznych. *Lekarz Rodzinny*, (11), 100–107.
- Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia. (2004). *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu*. Ministerstwo Zdrowia. Pozyskano z: <http://www.mz.gov.pl> (24.03.2004).