

Leczenie onkologiczne w Polsce

Pro Aegrotis Oncologicis



foto: PAP / Grzegorz Michalowski

Według danych Państwowego Zakładu Higieny w 2012 r. nowotwory złośliwe były drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce. Najczęściej występują nowotwory tchawicy, oskrzeli, płuc, jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu. Należy podkreślić, że liczba zgonów z powodu nowotworów płuc i jelita grubego systematycznie wzrasta. Na uwagę zasługuje też względny wskaźnik 5-letnich przeżyć świadczący w sposób pośredni o jakości świadczonych usług. Polska na tle innych krajów europejskich znajduje się na niskiej pozycji. W statystykach dotyczących mężczyzn za Polską (38,8 proc.) są tylko Czechy (37,7 proc.) i Słowenia (36,6 proc.), w wypadku kobiet jest podobnie.

Zgodnie ze standardami brytyjskimi od zgłoszenia się do lekarza POZ do momentu podjęcia leczenia nie powinno minąć więcej niż dwa miesiące. W Wielkiej Brytanii te standardy są spełnione w 90 proc. wypadków. W Polsce na diagnozę czeka się 5 miesięcy, a leczenie następuje dopiero po pół roku od rozpoznania (źródło: dane Fundacji *Watch Health Care*).

Postanowienia europejskie

Unia Europejska podjęła działania zmierzające do poprawy sytuacji onkologicznej już w 2000 r., kiedy został wydany dokument dotyczący zwalczania nowotworów – Karta Paryska. Następny dokument to *Strategies for cancer control* z Deklaracji Parlamentu Europejskiego. Rada Unii Europejskiej postuluje, że

zgodnie z art. 168 traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej jest konieczne uzupełnienie polityki krajów członkowskich o działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia obywateli i podjęcie dalszych działań w celu likwidacji nierówności w zdrowiu (m.in. w chorobach nowotworowych). W Polsce jest realizowany Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych oraz Narodowy Program Zdrowia 2007–2015.

Spirala śmierci

W Polsce obserwuje się wzrastającą liczbę zgonów z powodu nowotworów, braki w danych epidemiologicznych, niedobór pieniędzy na realizację świadczeń onkologicznych oraz problemy z dostępnością i jakością usług zdrowotnych. Ponadto niski jest wskaźnik wczesnych rozpoznań, powszechne zaś niezadowolenie pacjentów, złe oceny jakości opieki onkologicznej, kolejki, brak koordynacji leczenia, nieuzasadnione różnice w sposobie postępowania w wypadku identycznych problemów zdrowotnych, nieprzemysłane inwestycje

funduszach (ang. *value for money*) oraz dobry, równy i sprawiedliwy dostęp do wysokiej jakości świadczeń onkologicznych – NFZ powinien najpierw kontraktować świadczenia „pierwszej potrzeby”, czyli te o najlepszym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu.

Przed rozpoczęciem prac nad konkretnymi rozwiązaniami przyjęto założenia. Oto niektóre z nich:

- minimalna, niezbędna regulacja rynku świadczeń onkologicznych,
- niezbędna regulacja w celu niwelowania niedoskonałości rynku świadczeń onkologicznych,
- finansowanie świadczeń, a nie podmiotów,
- odpowiedzialność jednoosobowa, ale też jednoosobowa władza nad określonymi funkcjami systemu, która podlega kontroli politycznej,
- kadencyjność w instytucjach publicznych (4-, 6-letnie kadencje, maksymalnie 2 kadencje z kolei),
- jawność legislacyjna,
- maksymalna przejrzystość (dostęp do danych, deklaracja konfliktu interesów, metryczki zmian aktów prawnych).

Rynek regulowany

Rynek musi być regulowany z wielu powodów, ale skoro tak, powinien mieć sprawne mechanizmy i narzędzia regulacji, przy czym postuluje się minimalną konieczną regulację w celu niwelowania niedoskonałości rynku świadczeń. Z mechanizmów regulacyjnych największe znaczenie ma zarządzanie zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych, w tym wypadku w onkologii, wycena i zasady finansowania (rozliczania) świadczeń onkologicznych.

Konkretne propozycje zostały opracowane w taki sposób, by poprawić los chorego onkologicznie oraz by rozwiązywać jego najbardziej dotkliwe problemy. Chorem z nowotworem, podobnie jak cierpiącym na choroby nienowotworowe, najbardziej zależy na dostępności i jakości świadczeń. Kompleksowość natomiast dotyczy obu wymienionych pojęć, składa się na nią prowadzenie pacjenta z rozpoznaniem onkologicznym w systemie (informacja i wielospecjalistyczne zespoły), dbałość o dostępność i jakość świadczeń oraz propozycja przygotowywania i przysyłania raportów onkologicznych jako podstawy rozliczeń z płatnikiem, za co świadczeniodawcy byłiby dodatkowo opłacani.

Różne narzędzia

Nie da się zapewnić kompleksowości za pomocą jednego narzędzia czy mechanizmu, należy więc połączyć różne:

- finansowe – odpłatność za raporty onkologiczne;
- prawne – docelowo o kontrakty na leczenie onkologiczne będą mogli się starać świadczeniodawcy, którzy rozliczą się na podstawie raportów onkologicznych;

„Zgodnie ze standardami brytyjskimi od zgłoszenia się do lekarza POZ do momentu podjęcia leczenia nie powinno minąć więcej niż dwa miesiące. W Polsce na diagnozę czeka się pięć miesięcy”

uszczuplające fundusze na podstawowe i najpotrzebniejsze świadczenia onkologiczne, błędna wycena świadczeń czy niewykorzystany sprzęt. Wszystkie te zjawiska powinny skłonić decydentów do podjęcia konkretnych, efektywnych działań zmierzających do przeciwdziałania niekorzystnym trendom. W marcu 2014 r. cztery organizacje przygotowały kompleksową propozycję zmian w systemie opieki onkologicznej w Polsce: Fundacja *Watch Health Care* (WHC), *Central & Eastern Society of Technology Assessment in Health Care* (CEESTAHC), Panel Ochrony Zdrowia (POZ) i Polska Unia Onkologii (PUO). Przedstawione propozycje są wynikiem wielomiesięcznych prac oraz konsultacji ze specjalistami z zakresu onkologii, zarządzania, prawa i polityki zdrowotnej. Projekt obejmuje zmiany, które w centrum stawiają chorego i jego potrzeby.

Cele

Najważniejsze cele do osiągnięcia z perspektywy pacjenta to: jak najwięcej zdrowia przy ograniczonych

- refundacyjne – koszyk świadczeń onkologicznych docelowo powinien być zdefiniowany za pomocą technologii medycznych (zgodnie z definicją są to interwencje w precyzyjnie określonym wskazaniu) z podziałem na stopnie referencyjne i z oceną ryzyka nieuzasadnionej „nadprodukcji” (nadużywania), różne sposoby finansowania w zależności od hazardu moralnego i ryzyka nieuzasadnionej nadprodukcji poszczególnych świadczeń – świadczenia o niskim potencjale nadużywania będą finansowane zawsze na zasadach *fee for service*, a świadczenia o średnim i wysokim potencjale nadużywania będą docelowo rozliczane w ramach DRG (ang. *good registry practise*), a w okresie przejściowym raportów onkologicznych (w tym również świadczenia ambulatoryjne) postuluje się także utworzenie agencji taryfikacji w modelu popytowo-podażowym;
- konkurencja – wolny rynek świadczeń I i II poziomu referencyjnego (w tym zakresie „pieniądz idzie za pacjentem”, który ma wolny wybór świadczeniodawcy).

Proponowane zmiany systemowe mogą przebiegać w sposób ewolucyjny lub rewolucyjny. Podejście ewolucyjne zakłada stopniowe zwiększanie odpłatności za raporty onkologiczne oraz początkowo dodatkowe pieniądze za dodatkową pracę przy zgłaszaniu raportów onkologicznych w wysokości ok. 200 mln zł dla chętnych świadczeniodawców, a z czasem zmniejszenie puli środków pochodzących z dzisiejszych form finansowania świadczeń onkologicznych na rzecz płacenia za raporty onkologiczne, które staną się po kilku latach dominującą formą. Raporty onkologiczne po 3, 4 latach umożliwią stworzenie jednorodnych grup pacjentów na podstawie polskich danych, a to z kolei pozwoli na odstąpienie od finansowania świadczeniodawców na zasadach budżetu historycznego i zrezygnowanie z limitowania świadczeń pierwszego, a może i drugiego poziomu referencyjnego, kontraktów i konkursu ofert w tym zakresie. Pieniądz rzeczywiście pójdzie za pacjentem, co jest zbieżne z celami dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady Europy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Podejście rewolucyjne zakłada takie same zmiany, tylko przeprowadzone w krótkim czasie i wprowadzane pod przymusem prawnym.

Przez kilka lat okresu przejściowego można przejść na rozliczenia świadczeniodawców onkologicznych z płatnikiem za tzw. raporty onkologiczne (RO). Raporty te muszą być wystandaryzowane, proste i łatwe w użyciu oraz obejmować wskaźniki jakości. System zbierania informacji za pośrednictwem raportów onkologicznych pozwoli na stworzenie rejestru, którego dane podlegają obróbce. Raporty onkologiczne wymusiłyby kompleksowość leczenia i prowadzenie chorego w systemie, zgodnie z GRP. Z czasem pozwoliłyby na faktyczne finansowanie świadczeniodawców zgodnie

ze zweryfikowanym w Polsce DRG/JGP (jednorodne grupy pacjentów).

Inną wspomnianą już zmianą jest wskazanie świadczeń pierwszej potrzeby, które nazwane zostały świadczeniami I i II poziomu referencyjnego. Do nich nie może być kolejek, powinny też być bardzo dobrze wycenione i kontraktowane bez limitu, a z czasem wykonywane bez żadnych kontraktów (podlegałyby jednak kontroli jakości). Dodatkowo takie priorytetowe świadczenia powinny być finansowane w pierwszej kolejności przez płatnika.

Warto przy tym pamiętać, że system zapewniania jakości kosztuje, ale brak takiego systemu kosztuje znacznie więcej. W zakresie tzw. qualityki (nauki o jakości) niezwykle istotna jest skuteczna i wydajna droga odwoławcza, znajdująca się pod kontrolą, z polityczną odpowiedzialnością za jej funkcjonowanie.



fol. Piotr Mecik/Fotorepa

„ W Polsce obserwuje się wzrastającą liczbę zgonów z powodu nowotworów, czego przyczyną są niedobór pieniędzy na realizację świadczeń onkologicznych oraz problemy z dostępnością i jakością świadczeń ”

Wielość środków

Jeśli chodzi o onkologię, system ochrony zdrowia w Polsce ma wiele chorób, na które nie ma jednego lekarstwa. W celu osiągnięcia najlepszych wyników należy przygotować różne metody terapii i zastosować je w sposób skoordynowany. Wprowadzenie pojedynczych rozwiązań, które nie stanowią spójnej całości, prowadzi do chaosu oraz wynaturzeń w systemie.

Paulina Rolska, Krzysztof Łanda