

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (MZ 626)

I. Opis sytuacji problemowej

Jak wskazuje Projektodawca, celem projektowanego rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego jest zapewnienie gwarancji jakości i ciągłości świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji udzielanych świadczeniobiorcy z nowotworem piersi.

Szczegółowa analiza realizacji świadczeń związanych z opieką nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi wykazała niewystarczającą dokładność w dotychczasowym opisie świadczenia gwarantowanego, zwłaszcza w odniesieniu do: warunków uprawnienia do świadczenia, zakresu czy warunków realizacji świadczenia. Ponadto dokumentacja nie zawierała kodowania w zakresie rozpoznań zasadniczych ICD-10 oraz procedur medycznych ICD-9. Nie dostarczała też gwarancji względem jakości i ciągłości opieki między początkowymi a kolejnymi etapami opieki, co ma kluczowe znaczenie dla uzyskiwanego efektu zdrowotnego i komfortu życia świadczeniobiorcy z nowotworem piersi.

W sytuacji, gdy zapewnienie dostępu do opieki jest już zagwarantowane, podobnie jak kwestia zapewnienia finansowania nowoczesnych, zgodnych ze światowymi standardami technologii medycznych stosowanych w leczeniu nowotworów piersi, istotne jest wdrożenie sprawdzonych rozwiązań, które będą wspierać zachowanie wysokiej jakości udzielanych świadczeń oraz ciągłości opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, a przez to efektywności wydatkowania środków publicznych przeznaczanych na ten cel.

Wyodrębnienie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego przepisów dotyczących wymagań względem świadczeniodawcy realizującym świadczenia diagnostyki i leczenia nowotworów piersi (dalej BCU, ang. Breast Cancer Unit) oraz określenie szczegółowych warunków realizacji świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi zostało wypracowane w procesie zmiany warunków realizacji świadczeń gwarantowanych, w którym wykorzystano rozwiązania analityczne opracowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Przedmiotowy projekt jest jednym z trzech projektów (obok projektu MZ 627 oraz projektu MZ 628) wdrażających standard opieki kompleksowej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi. Z uwagi na obecną strukturę wykazu świadczeń gwarantowanych, mając na względzie szeroki zakres technologii medycznych wymaganych do właściwej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, konieczne jest łączne i jednoczesne wdrożenie zmian, aby zrealizować cel, jakim jest zapewnienie należytej jakości i ciągłości opieki nad świadczeniobiorcą.

W ramach świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi wyróżnia się następujące, niezbędne czynniki do wdrożenia:

- 1) gwarancja kompleksowości opieki medycznej, tj. zapewnienie diagnostyki, leczenia operacyjnego wraz z opieką pooperacyjną, leczenia farmakologicznego (hormonoterapia), leczenia chemioterapią oraz radioterapią, realizację programu zdrowotnego (lekowego) w zakresie nowotworów piersi, rehabilitacji, opiekę psychologiczną oraz opiekę paliatywną/ hospicyjną;
- 2) zapewnienie właściwej koordynacji oraz nadzoru nad realizacją świadczeń w ustalonych ramach czasowych;

- 3) zapewnienie możliwości bezpośredniego dostępu do ośrodka wiodącego bez skierowania (świadczeniobiorca samo zgłaszający się), jak również dla świadczeniobiorcy, u którego lekarz POZ lub lekarz specjalista podejrzewa lub rozpoznaje nowotwór złośliwy piersi oraz dla świadczeniobiorcy skierowanego z przesiewowego programu profilaktyki raka piersi;
- 4) zapewnienie stałej współpracy i zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu ekspertów w planowaniu i realizacji opieki;
- 5) zapewnienie optymalnie wysokiej jakości realizowanych świadczeń, zdefiniowanych między innymi przez minimalną liczbę zabiegów realizowanych przez świadczeniodawcę oraz przez lekarzy specjalistów w roku kalendarzowym z zakresu chirurgii;
- 6) zapewnienie świadczeniobiorcy bliskiego dostępu do świadczeń w zakresie chemioterapii, radioterapii, a jednocześnie zapewnienie gwarancji, że opieka jest skoordynowana i działania poszczególnych lekarzy specjalistów są ukierunkowane na uzyskanie tego samego i jak największego efektu zdrowotnego;
- 7) zapewnienie bliskiego dostępu do rehabilitacji leczniczej po leczeniu choroby nowotworowej piersi przez dostosowanie przestrzenne (populacyjno-geograficzne);
- 8) zapewnienie monitorowania stanu świadczeniobiorcy po zakończeniu procesu terapeutycznego i rehabilitacyjnego.

Celem wdrażanych zmian jest poprawa efektywności realizacji świadczeń, co ma przełożyć się na poprawę zdrowia i wydłużenie życia świadczeniobiorców z nowotworami piersi.

Idea wprowadzenia ośrodków kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi uzyskała poparcie wielu instytucji działających na rzecz poprawy zdrowia publicznego. Wśród tych inicjatyw należy wyróżnić rezolucje Parlamentu Europejskiego, wzywające państwa członkowskie UE do stworzenia sieci takich ośrodków oraz działania towarzystw naukowych (np. SIS, EUSOMA). Badania naukowe wskazują na wysoką efektywność wprowadzenia ośrodków, dowodząc kilkunastoprocentowej poprawy wskaźnika 5-letnich

przeżyć po wdrożeniu odpowiednich rozwiązań. Sieć ośrodków powinna powstać w oparciu o kryteria populacyjne, jak również inne, które mogą mieć wpływ na dostępność świadczeń dla świadczeniobiorców.

Poparcie dla wprowadzenia kompleksowych, w tym skoordynowanych działań w opiece nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi stanowi prawodawstwo Unii Europejskiej – dwie Dyrektywy Parlamentu Europejskiego oraz światowe zalecenia postępowania wskazują na wyższą skuteczność leczenia kiedy leczenie to jest szybko zaplanowane i wdrażane.

Potencjalny świadczeniodawca będzie musiał spełnić następujące kryteria organizacyjne udzielania świadczeń:

1. Świadczeniodawca realizuje i koordynuje świadczenie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi zgodnie z wymaganiami określonymi dla poszczególnych modułów.
2. W celu realizacji świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi zgodnie z wymaganiami określonymi dla poszczególnych modułów, świadczeniodawca współpracuje z co najmniej jednym innym świadczeniodawcą w województwie. Współpraca ta odbywa się na obszarze o odległości maksymalnie 100 kilometrów między świadczeniodawcami. W sytuacji kiedy obszar współpracy miałby przekraczać odległość 100 kilometrów między świadczeniodawcami, świadczeniodawca podejmuje współpracę z kolejnymi świadczeniodawcami w obszarze o promieniu 100 km. W sytuacji, gdy odległość od miejsca zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy do miejsca realizacji świadczenia Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi miałaby przekraczać odległość 100 km, wówczas świadczeniodawca podejmuje współpracę z innym świadczeniodawcą w celu realizacji świadczenia dla świadczeniobiorcy w odległości co najwyżej 100 km od miejsca zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.
3. W przypadku uzasadnionym miejscem zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, świadczeniodawca w celu realizacji świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej

nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi współpracuje z co najmniej jednym innym świadczeniodawcą spoza województwa.

4. Świadczeniodawca może łączyć realizację świadczeń diagnostyki i leczenia nowotworów piersi ze świadczeniami realizowanymi w komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy innych niż wymienione w niniejszym załączniku.
5. W celu spełnienia wymagań i realizacji świadczenia wysokiej jakości, świadczeniodawca powołuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny zgodnie z wymaganiami określonymi w § 4a rozporządzenia. Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny może mieć wyznaczonego przewodniczącego zespołu, który jest wyznaczony przez Świadczeniodawcę lub wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny.
6. Świadczeniodawca wyznacza bezpośrednio lub za pośrednictwem wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego koordynatorów merytorycznych i organizacyjnych.
7. Koordynator merytoryczny odpowiada za merytoryczną realizację planu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w tym za:
 - 1) realizację poszczególnych modułów świadczenia „Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi” adekwatnie do stanu klinicznego świadczeniobiorcy;
 - 2) przedstawienie w sposób skuteczny, przystępny i zrozumiały dla świadczeniobiorcy informacji o planowanym postępowaniu diagnostycznym lub terapeutycznym, proponowanych procedurach, dostępnych opcjach terapeutycznych, ryzyku związanym z przyjętym planem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, możliwych powikłaniach oraz innych informacji mających znaczenie w procesie diagnostycznym lub terapeutycznym.
8. Koordynatorem merytorycznym jest lekarz prowadzący diagnostykę lub leczenie świadczeniobiorcy.
9. Koordynator organizacyjny odpowiada za terminową realizację planu postępowania, w tym za:
 - 1) ustalenie terminów realizacji poszczególnych modułów świadczenia „Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi”;

- 2) przedstawienie w sposób skuteczny, przystępny i zrozumiały dla świadczeniobiorcy informacji o terminach realizacji poszczególnych modułów świadczenia „Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi”.
10. Funkcję koordynatora organizacyjnego może pełnić w szczególności pielęgniarka specjalistka w dziedzinie onkologii lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie onkologii lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w realizacji świadczeń dla świadczeniobiorców z diagnozą nowotworu piersi lub inna osoba spośród personelu, której wiedza i doświadczenie są odpowiednie dla realizacji zadań koordynatora organizacyjnego.
 11. Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny odbywa spotkania w celu omówienia przypadków diagnozowanych lub leczonych świadczeniobiorców co najmniej raz w tygodniu.
 12. W uzasadnionych przypadkach w spotkaniach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego:
 - 1) uczestniczy koordynator organizacyjny, jeżeli jest nim inna osoba niż personel określony w ust. 8;
 - 2) uczestniczy personel świadczeniodawcy, którego obecność jest istotna dla realizacji zadań zespołu (np. pracownik rejestracji, pracownik działu administracyjnego);
 - 3) uczestniczą osoby niebędące personelem świadczeniodawcy, których wiedza i doświadczenia są istotne dla realizacji zadań zespołu (np. przedstawiciel organizacji pacjentów, pracownik opieki społecznej).
 13. Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny realizuje następujące zadania:
 - 1) wypracowuje zasady współpracy i komunikacji w zespole, które mają na celu zapewnienie optymalnej jakości udzielanych świadczeń oraz zapewnienie realizacji świadczenia „Kompleksowa opieka onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi” zgodnie z warunkami realizacji świadczenia;
 - 2) na bieżąco ocenia stan kliniczny świadczeniobiorcy;
 - 3) na bieżąco planuje i ustala plan postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego dla każdego świadczeniobiorcy pozostającego pod opieką świadczeniodawcy;

- 4) co najmniej raz w roku ocenia efekty postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego i wyniki oceny przekazuje świadczeniodawcy celem przygotowania wskaźników efektywności;
 - 5) co najmniej raz w roku ocenia zgodność realizacji diagnostyki lub leczenia z przyjętym planem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz z warunkami czasowymi realizacji świadczenia „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi” i wyniki oceny przekazuje świadczeniodawcy celem przygotowania informacji o spełnianiu szczegółowych warunków realizacji określonych w niniejszym załączniku nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi” zgodnie z wymaganiami określonymi dla poszczególnych modułów;
 - 6) co najmniej raz w roku planuje, przygotowuje, wdraża, monitoruje i ewaluje wszystkie procesy i procedury związane z realizacją zadań ośrodka diagnostyki i leczenia nowotworów piersi oraz związane realizacją świadczenia „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi” we wszystkich modułach;
 - 7) co najmniej raz w roku, na podstawie oceny jakości i efektywności zadań realizowanych w podmiocie świadczeniodawcy przygotowuje propozycje zmian do opisów procesów i procedur opisanych w pkt 5;
 - 8) co najmniej raz w roku przygotowuje informacje oraz proponuje formy komunikacji i rozpowszechnienia w ośrodku informacji na temat nowotworu piersi, dostępnej diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, dostępnych form wsparcia psychologicznego, społecznego lub wszystkich innych aspektów mających znaczenie dla poprawy stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub innych świadczeń i usług podnoszących jakość lub efektywność zadań realizowanych przez świadczeniodawcę;
 - 9) co najmniej raz w roku przygotowuje i przedstawia świadczeniodawcy rekomendacje dotyczące sposobów i zasad prowadzenia przystępnej, zrozumiałej i skutecznej komunikacji ze świadczeniobiorcą lub rekomendacje zmian w tym zakresie.
14. Świadczeniodawca w terminie 3 tygodni od otrzymania rekomendacji lub wyników prac wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, odnosi się do efektów prac wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego i przygotowuje plan i harmonogram zmian wyprac-

wanych na podstawie rekomendacji wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. W przypadku odrzucenia rekomendacji, świadczeniodawca przedstawia wielodyscyplinarnemu zespołowi terapeutycznemu przyczyny odrzucenia rekomendacji.

15. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie spełnia warunków realizacji wymaganych względem świadczeniodawcy lub warunków realizacji świadczenia Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi dla poszczególnych modułów świadczenia, a wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny przedstawia rekomendacje zmian mających na celu spełnienie tych warunków, świadczeniodawca ma obowiązek wdrożyć rekomendacje.
16. Świadczeniodawca opracowuje, wdraża i stosuje sformalizowaną procedurę określającą zasady diagnostyki i leczenia we wszystkich stadiach zaawansowania.
17. Obserwacja i kontrola po leczeniu nowotworu piersi jest realizowana z udziałem wielodyscyplinarnego zespołu, zgodnie ze wskazaniami medycznymi, z uwzględnieniem preferencji świadczeniobiorcy.
18. Świadczeniodawca zbiera i gromadzi, a wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny analizuje i ocenia informacje o postępowaniu względem każdej osoby diagnozowanym lub leczonym w ośrodku – jeżeli obserwacja nie jest prowadzona bezpośrednio w ośrodku.
19. Świadczeniodawca w miarę możliwości zapewnia realizację wszystkich kontrolnych badań diagnostycznych w czasie jednej hospitalizacji.
20. Świadczeniodawca bierze pod uwagę i w miarę możliwości stosuje zalecenia postępowania diagnostyki i leczenia nowotworu piersi opublikowane w drodze obwieszczenia.
21. Świadczeniodawca prowadzi wykaz realizatorów programu badań przesiewowych i aktualizuje go raz na 6 miesięcy.
22. Świadczeniodawca stosuje opis badania diagnostycznego piersi sporządzanego zgodnie z systemem standaryzacji BIRADS.
23. Świadczeniodawca w miarę możliwości na bieżąco monitoruje i ewaluje spełnianie warunków realizacji wymaganych względem świadczeniodawcy niniejszym załączniku oraz warunki realizacji świadczenia „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobior-

cją z nowotworem piersi” dla poszczególnych modułów, w szczególności w odniesieniu do warunków czasowych realizacji świadczenia oraz jakości i efektywności świadczenia.

24. Świadczeniodawca opracowuje, wdraża i stosuje system poprawy jakości i efektywności udzielanych świadczeń w oparciu o wyniki wskaźników efektywności.
25. Świadczeniodawca skutecznie informuje świadczeniobiorców diagnozowanych lub leczonych w podmiocie świadczeniodawcy o prowadzonych badaniach klinicznych oraz o dostępnym leczeniu.
26. Świadczeniodawca skutecznie informuje i aktywnie prowadzi edukację świadczeniobiorców na temat nowotworów piersi.
27. Świadczeniodawca co najmniej raz w roku ocenia z jakim odsetkiem lekarzy i świadczeniodawców z danego województwa aktywnie współpracuje i komunikuje się w celu realizacji zadań ośrodka oraz w celu realizacji świadczenia Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi.

W celu spełnienia warunków realizacji świadczenia Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi zgodnie z wymaganiami określonymi dla poszczególnych modułów świadczenia oraz w celu realizacji zadań ośrodka diagnostyki i leczenia nowotworów piersi, świadczeniodawca wykorzystuje system telefoniczny, telemedyczny lub teleinformatyczny.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.

2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem obecna organizacja systemu opieki zdrowotnej nad pacjentkami z rakiem piersi jest efektywna?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	1	
Nie	7	
Nie mam zdania	2	

2. Czy Pani/Pana zdaniem kobiety w Polsce, u których podejrzewa się raka piersi mogą obecnie liczyć na szybką diagnostykę?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	

Nie 5

Nie mam zdania 2

3. Czy Pani/Pana zdaniem w Polsce potrzebujemy sieci centrów kompleksowo leczących nowotwory piersi?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	9	
Nie	0	
Nie mam zdania	1	

4. Czy Pani/Pana zdaniem system BCU powinien objąć opieką wszystkich chorych, u których lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalista podejrzewa lub rozpoznaje nowotwór złośliwy piersi?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	7	
Nie	0	
Nie mam zdania	3	

Pytania otwarte:

1. Jak Pani/Pana zdaniem można poprawić koordynację oraz nadzór nad realizacją świadczeń skierowanych na diagnozę i leczenie nowotworu piersi?

2. W jaki sposób można zapewnić bliski dostęp do rehabilitacji leczniczej po leczeniu choroby nowotworowej piersi?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Opinia Ars Vivendi

Zgodnie z deklaracją Projektodawcy, przedmiotowa regulacja bardzo szczegółowo określa okoliczności w jakich obywatel nabywa uprawnienie do skorzystania ze świadczenia kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi. Ponadto określa szczegółowo standard i zakres udzielanych świadczeń. Istotnym elementem opisanych świadczeń jest gwarancja ciągłości realizacji świadczeń w poszczególnych modułach, a jednocześnie zobowiązanie świadczeniodawców do wykonania tej opieki w określony sposób – opisany dla świadczeniobiorcy i wymagany względem świadczeniodawcy.

Oceniając wpływ dokonywanych zmian na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe, w zakresie dostępności do świadczeń gwarantowanych i ich jakości należy mieć na względzie, że oczekiwaniem zjawiskiem jest zastępowanie realizacji nieskoordynowanych świadczeń o niskiej jakości świadczeniami wysokiej jakości skoordynowanymi i realizowanymi w ciągłości. Dostarczenie obywatelom szczegółowej informacji o świadczeniach, nałożenie na świadczeniodawców obowiązku zapewnienia ciągłości opieki oraz określonej jakości tej opieki ma na celu zapewnienie komfortu i poprawy jakości życia w przypadku wystąpienia nowotworu piersi, ale też zwiększenie szans na uzyskanie jak najlepszego efektu zdrowotnego wskutek zastosowanego leczenia oraz zagwarantowanej opieki kompleksowej.

Ponadto, regulacja powinna zapewniać osobom niepełnosprawnym i osobom starszym, na zasadach identycznych jak dla innych obywateli dostęp do świadczenia kompleksowego oraz do

opieki w ośrodkach diagnostyki i leczenia nowotworów piersi. Podstawą do udzielenia świadczenia oraz zapewnienia opieki jest rozpoznanie lub podejrzenie nowotworu piersi.

Projektodawca przyjął także stosunkowo szerokie zasady oceny skuteczności wdrożenia zapisów rozporządzenia. I tak, dokonanie ewaluacji świadczenia będzie możliwe najwcześniej za 2-3 lata, kiedy będzie możliwe zbadanie korzyści wynikających z wyodrębnienia przedmiotowych świadczeń i określenia standardu opieki. Ewaluacja zostanie przeprowadzona w oparciu o dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ za okres 2-3 lat po wprowadzeniu przedmiotowych zmian w porównaniu do realizacji świadczeń w populacji osób z rakiem piersi w okresie 2-3 lat przed wprowadzeniem zmian.

Zaproponowano mierniki adekwatne do efektów zdefiniowanych w pkt 2 OSR, tj.

- 1) przeżycie całkowite świadczeniobiorców objętych opieką kompleksową w stosunku do świadczeniobiorców nie objętych opieką kompleksową;
- 2) czas realizacji świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom nie objętym opieką kompleksową w stosunku do czasu realizacji świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom nie objętym opieką kompleksową.

Ewaluacji zostaną również poddane wydatki NFZ na realizację świadczenia kompleksowej opieki względem świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom z nowotworem piersi nie objętym opieką kompleksową a związanych z diagnostyką, leczeniem i rehabilitacją w związku z chorobą nowotworową piersi.

Wybór optymalnej metody leczenia raka sutka zależy od stopnia zaawansowania oraz typu danego guza. Choroba nowotworowa piersi wymaga leczenia kompleksowego, dobrze skoordynowanego w czasie i prowadzonego z udziałem najbardziej doświadczonych specjalistów. Trwałe wyleczenie chorego możliwe jest tylko wtedy, kiedy uda się zlikwidować w organizmie pacjenta wszystkie komórki nowotworowe. W przeciwnym razie – prędzej czy później, najprawdopodobniej dojdzie do wznowy raka piersi. Współczesna onkologia

dysponuje wieloma metodami niszczenia komórek nowotworowych raka sutka.

Zdaniem ekspertów, najkorzystniejszym rozwiązaniem jest, kiedy po wykryciu choroby nowotworowej pacjent zostaje skierowany na leczenie raka piersi do ośrodka referencyjnego, który specjalizuje się w kompleksowej terapii nowotworów danego typu. Ośrodki referencyjne typu Breast Cancer Unit specjalizują się w leczeniu raka piersi i skupiają w jednym miejscu doświadczonych specjalistów z zakresu chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, radioterapii, patomorfologii, diagnostyki oraz posiadają zaplecze rehabilitacyjne i oferują profesjonalne wsparcie psychoonkologa. Dzięki tak kompleksowej i interdyscyplinarnej opiece ośrodki Breast Cancer Unit osiągają najlepsze wyniki leczenia raka piersi

Założenia breast units wpisują się w koncepcję skoordynowanej opieki medycznej. W wielu europejskich krajach takie ośrodki funkcjonują już od dawna. Zarówno Komisja Europejska, jak i Parlament Europejski zalecają, aby właśnie tam odbywała się diagnostyka i leczenie chorych na raka piersi. Europejskie Towarzystwo Specjalistów Raka Piersi (EUSOMA) wyraźnie wskazuje jakie wymogi powinny spełnić takie ośrodki. Głównie chodzi o odpowiednią infrastrukturę, określoną liczbę zabiegów chirurgicznych w ciągu roku, procedur z zakresu radioterapii oraz badań radiologicznych i patomorfologicznych przypadających na jednego specjalistę. Cały proces diagnostyki i leczenia musi spełniać odpowiednie wymogi jakościowe i jest monitorowany. W breast units wszystkie świadczenia, począwszy od diagnostyki, poprzez leczenie chirurgiczne, leczenie uzupełniające, rehabilitację psychiczną i fizyczną oraz – w przypadku niepowodzeń - leczenie paliatywne są skoordynowane i odpowiedzialność za cały proces bierze jeden podmiot. Obecnie często bywa tak, że poszczególne etapy diagnostyki i leczenia prowadzone są w różnych placówkach, i chore same muszą sobie to organizować. Jeśli dotyczy to starszej chorej, pozbawionej wsparcia rodziny, często bywa ona bezradna i w ogóle wypada z systemu opieki.

Model breast units wydaje się być najskuteczniejszą formą opieki nad chorymi na raka piersi. Doświadczenia innych krajów wskazują, że zdecydowanie poprawia on jakość świadczonych

usług. Realizacja całego procesu przez jeden podmiot pozwala lepiej ocenić jakość procesu i rozliczyć go w NFZ. W razie rozproszenia nie do końca wiadomo kto za co odpowiada, cały proces trwa dłużej, wykonuje się sporo powtórnych lub niepotrzebnych procedur. Lepsza efektywność leczenia, przekładająca się na mniej nawrotów choroby, oznacza zmniejszenie kosztów, bowiem najdroższe jest leczenie nowotworu w zaawansowanym stadium. Zachętą dla świadczeniodawców, oprócz prestiżu, jest także brak limitów finansowych w skoordynowanej opiece. Tym samym więc ośrodek zyskuje wyższe finansowanie i opłaca mu się inwestować w jakość.

W Polsce dotąd nie było odpowiedniego klimatu, aby takie ośrodki mogły powstawać i się rozwijać. Takie ośrodki zaczęły powstawać oddolnie – jest ich już w Polsce około dziesięć. Jednym z nich jest ośrodek w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku. Monitoring wskazuje, że znacznie skrócił się czas oczekiwania na diagnostykę i leczenie oraz poziom satysfakcji chorych.

Obecnie toczą się końcowe prace nad sformalizowaniem koncepcji breast units w Polsce. Po ich wprowadzeniu do koszyka świadczeń parametry każdego ośrodka powinny zostać szczegółowo sprawdzone przez NFZ w procesie kontraktowania oraz powinny być stale monitorowane. Breast units stworzą najlepsze warunki dla monitorowania jakości. Umożliwi to porównywanie poszczególnych ośrodków oraz postępów w poprawie jakości świadczeń. Ośrodki muszą realizować świadczenia na wysokim poziomie, ale być zlokalizowane możliwie blisko miejsca zamieszkania chorej. Docelowo w Polsce powinno ich być 50-70.

W Polsce wdrażany jest obecnie pilotażowy projekt ustanawiający pierwsze BCU. Jednak dotychczasowe działania są dość szeroko krytykowane. Towarzystwa naukowe, organizacje pracodawców, pacjentów, uniwersytetów medycznych i konsultantów krajowych zaapelowali do Ministra Zdrowia o natychmiastowe wstrzymanie prac nad projektem rozporządzenia o pilotażu sieci onkologicznej. Podkreślają, że od momentu publikacji

projektu zwracali uwagę na jego liczne wady, uniemożliwiające osiągnięcie założonych celów. Zdaniem ekspertów, wspieranych przez środowiska pacjenckie, nieuzasadnione jest oparcie systemu opieki onkologicznej niemal wyłącznie na centrach onkologii, bez uwzględnienia różnorodności i roli innych ośrodków (w tym szpitali klinicznych) oraz ich specyfiki w leczeniu poszczególnych nowotworów. Pilotaż w obecnym kształcie obciążony jest wysokim stopniem zbiurokratyzowania i zbędnej sprawozdawczości i w wielu punktach narusza obowiązujące regulacje prawne. Jest on także bardzo kosztochłonny. W tej sytuacji, zdaniem środowisk pacjenckich, Projektodawca stosownych regulacji powinien jak najszybciej wziąć pod uwagę wszelkie uwagi krytyczne i odpowiednio skorygować sposób wdrażania nowych rozwiązań.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu