



Diagnoza zmian w opiece onkologicznej w Polsce 2017–2019

Sierpień 2019

w odniesieniu do rekomendacji raportu All.Can:
**Poprawa efektywności i stabilności opieki
onkologicznej. Rekomendacje dla Polski.**
Marzec 2017

Wstęp

W marcu 2017 roku został opublikowany Raport „**All.Can: poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej – rekomendacje dla Polski**”. Celem publikacji była analiza stanu polskiej onkologii na tle wybranych krajów europejskich oraz zaproponowanie rekomendacji zmierzających do zwiększenia efektywności i stabilności opieki onkologicznej w Polsce. Rekomendacje przedstawione w raporcie, będące wyrazem konsensusu wchodzących w skład polskiej Grupy Sterującej All.Can ekspertów z zakresu onkologii i zdrowia publicznego, reprezentantów organizacji pacjenckich oraz przemysłu, wskazywały na obszary wymagające szczególnego uwzględnienia w pracach zmierzających do poprawy efektywności opieki onkologicznej w Polsce.

Rekomendacje:

- efektywniejsza alokacja dostępnych zasobów na opiekę onkologiczną;
- zwiększenie roli profilaktyki pierwotnej oraz badań przesiewowych;
- zapewnienie szybszego i szerszego dostępu do innowacyjnych technologii medycznych;
- uwzględnienie perspektywy pacjentów we wszystkich decyzjach związanych z procesem planowania, wdrażania i oceny opieki onkologicznej;
- poprawa dostępu pacjentów do badań klinicznych.

Po upływie ponad 2 lat od powstania raportu, Grupa Sterująca All.Can dokonała analizy zmian w zakresie opieki onkologicznej wskazując zarówno na osiągnięcia, jak i niezaspokojone potrzeby i wyzwania, które wymagają zmian organizacyjnych i systemowych.

Zrealizowane rozwiązania systemowe o szerokim oddziaływaniu na obszary problematyczne wskazane w rekomendacjach All.Can:

- opracowanie dokumentu kierunkowego pt. **„Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej”**, na podstawie którego rozpoczęto pilotaż nowego modelu organizacji opieki onkologicznej;
- uwzględnienie koncepcji **Value Based Healthcare** w ramach rekomendacji z Narodowej Debaty o Zdrowiu „Wspólnie dla Zdrowia”, które stanowią podstawę przygotowania dokumentu „Strategia dla Zdrowia” na kolejne 4 lata. Ogłoszenie i przyjęcie strategii zapowiedziano na jesień 2019 r., planowane wdrożenie na terenie całego kraju w 2020 r.;
- deklaracja stworzenia rejestrów medycznych, rozpoczynając od onkologicznych.



1. Efektywniejsza alokacja dostępnych zasobów na opiekę onkologiczną

Zrealizowane rozwiązania organizacyjne:

- wprowadzenie w 2018 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w patomorfologii (wg tego rozporządzenia wszystkie działające zakłady i pracownie patomorfologii muszą przystosować się do tych zapisów do końca 2019 r., a powstające nowe jednostki muszą spełniać te wymogi od razu);
- Rada Przejrzystości zaakceptowała w grudniu 2018 r. projekt Lung Cancer Units przygotowany przez AOTMiT wspólnie z wielodyscyplinarnym zespołem eksperckim;
- uruchomienie na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia 1 lutego 2019 r. pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w 2 województwach (dolnośląskie i świętokrzyskie), planowane uruchomienie pilotażu w 2 kolejnych województwach w lipcu (podlaskie i pomorskie);
- podpisanie w maju 2019 r. projektu rozporządzenia dotyczącego powołania Ośrodków Kompleksowego Leczenia Raka Piersi (BCU - Breast Cancer Unit), które wejdzie w życie w październiku 2019 r.;
- rozpoczęcie w czerwcu 2019 r. konsultacji społecznych rozporządzenia dotyczącego powołania Lung Cancer Unitów;
- cykliczne publikowanie przez NFZ raportu pt. „Aktywne monitorowanie: nowotwory złośliwe - leczenie zabiegowe” zawierającego dane obejmujące liczbę zabiegów w terapii nowotworów i wykonujące je ośrodki w poszczególnych województwach;

Realizowane rozwiązania finansowe:

- rozpoczęcie przez AOTMiT procesu weryfikacji wycen procedur onkologicznych w 2018 r.;
- plan wprowadzenia finansowania przez NFZ badań patomorfologicznych i sekcyjnych (przetestowanie projektu w ramach pilotażu sieci onkologicznej) – w 2018 roku opracowanie przez Polskie Towarzystwo Patologów (PolPat), specjalistów z NFZ i AOTMiT wstępnej wyceny dziesięciu badań na wzór jednorodnych grup pacjentów dla dziesięciu rodzajów badań;
- rozpoczęcie w 2019 r. procesu wyceny wszystkich badań patomorfologicznych przez AOTMiT w celu stworzenia odrębnie finansowanej procedury (obecnie ryczałt).

Wyzwania i potrzeby:

- skrócenie i koordynacja ścieżki pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia;
- zniesienie nierówności regionalnych w dostępie do świadczeń (diagnostyka, programy lekowe);
- integracja i konsolidacja świadczeń w oparciu o doświadczenie, zasoby i jakość (referencyjność świadczeniodawców);
- uwzględnianie kosztów pośrednich w procesie podejmowania decyzji refundacyjnych;
- wykorzystanie większej części wpływów z akcyzy od wyrobów tytoniowych na rzecz działań prewencyjnych w raku płuca.



2. Zwiększenie roli profilaktyki pierwotnej oraz badań przesiewowych

Zrealizowane rozwiązania systemowe:

- wdrożenie w 2018 r. rozporządzeń dot. profilaktycznej mastektomii i profilaktycznego usunięcia jajników;
- wdrożenie w 2019 r. pilotażowego programu badania przesiewowego raka płuca (objętych 30 tys. palaczy oraz byłych palaczy papierosów w wieku od 50. do 74. roku życia);
- wdrożenie od początku 2019 r. kampanii edukacyjnej Ministerstwa Zdrowia „Planuję długie życie”;
- prace nad Narodową Strategią Onkologiczną, która ma być przedłożona Radzie Ministrów do 30 listopada br.;
- wdrożenie przez MZ projektu „Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi” – realizacja 1.10.2019 r. - 30.06.2022 r.

Wyzwania i potrzeby:

- przywrócenie „Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce”;
- edukacja prozdrowotna dopasowana do poszczególnych grup ryzyka (np. grup zagrożonych wykluczeniem społecznym);
- wprowadzenie edukacji zdrowotnej w szkołach;
- określenie pożądanej jakości badań diagnostycznych, patomorfologicznych i genetycznych oraz sposobu ich finansowania;
- zapewnienie społeczeństwu dostępności do informacji na temat badań diagnostycznych, patomorfologicznych i genetycznych;
- wprowadzenie proaktywnych i zróżnicowanych efektywnych form (social media, media tradycyjne, SMSy, listy) zapraszania na badania przesiewowe i narzędzi motywacyjnych (np. ulgi podatkowe);
- wypracowanie systemu motywowania lub premiovania świadczeniodawców wykonujących badania diagnostyczne.



3. Zapewnienie szybszego i szerszego dostępu do innowacyjnych technologii medycznych

Zrealizowane rozwiązania systemowe:

- wprowadzenie nowych terapii w onkologii (nowotwory: płuca, nerki, prostaty; szpiczak, chłoniak, przewlekła białaczka limfoblastyczna, czerniak i in.);
- program lekowy raka płuca – pierwszy program lekowy, który zawiera wymogi jakości badań patomorfologicznych;
- program lekowy szpiczaka – po raz pierwszy wprowadzono mechanizm refundacji oparty na efektach zdrowotnych.

Wyzwania i potrzeby:

- zastosowanie mechanizmów umożliwiających szybszy dostęp do innowacji zgodnie z rekomendacjami towarzystw naukowych i zapisami rejestracyjnymi;
- nowelizacja zapisów o ratunkowym dostępie do technologii lekowych (RDTL), zapewniająca prostszy i szybszy dostęp do leków nierefundowanych w Polsce dla pacjentów, dla których leki te, zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, dają najlepszą szansę na poprawę stanu zdrowia;
- ujednoczenie programów lekowych dla poszczególnych nowotworów (np. raka płuca, piersi, nerki itp.);
- oszczędności wynikające z wprowadzania na rynek leków biopodobnych wykorzystane do finansowania nowych technologii medycznych (znakowanie pieniędzy na innowacje);
- zwiększenie liczby pacjentów objętych leczeniem w ramach programów lekowych, dzięki obniżeniu kosztów terapii jako pochodnej wejścia na rynek leków biopodobnych;
- zniesienie wymogu wyrażania zgody na wejście kolejnych terapii do programów lekowych przez wszystkich producentów dotychczasowo zrefundowanych leków.




4. Uwzględnienie perspektywy pacjentów we wszystkich decyzjach związanych z procesem planowania, wdrażania i oceny opieki onkologicznej

Przedstawiciele środowisk pacjentów zostali włączeni do prac zespołów:

- Społecznej rady narodowej debaty o zdrowiu „Wspólnie dla Zdrowia”,
- Krajowej Rady ds. Onkologii,
- Narodowej Rady Rozwoju,
- Zespołu ds. bezpieczeństwa i praw pacjenta,
- Krajowej Sieci Onkologicznej,
- Narodowej Strategii Onkologicznej,
- Zespołu ds. opracowania koncepcji Breast Cancer Unitów i in.

Wyzwania i potrzeby:

- brak formalnego programu współpracy z organizacjami pozarządowymi, w tym pacjentów, co jest wymogiem ustawy o pożytku publicznym;
- na podstawie wyników ankiety zbierającej opinie pacjentów onkologicznych przeprowadzonej przez All.Can:

- konieczne jest podjęcie działań zmierzających do skrócenia ścieżki pacjenta od diagnozy do leczenia – sprawdzonym rozwiązaniem jest tworzenie tzw. cancer unitów, które wprowadzają uporządkowany model organizacyjny opieki nad pacjentami z nowotworami;
 - niezbędne jest stworzenie wytycznych dla personelu medycznego, zarówno lekarzy jak i pielęgniarek, na temat zasad przekazywania informacji o diagnozie możliwych sposobach leczenia;
 - pacjent powinien otrzymywać informacje na temat wszystkich istniejących opcji terapeutycznych, również tych nierefundowanych, tak aby możliwe było świadome podjęcie decyzji, co do zastosowanej terapii;
 - pacjent powinien w zrozumiały sposób otrzymać informacje o możliwych działaniach ubocznych, działaniach niepożądanych i sposobach radzenia sobie z nimi;
 - pacjent powinien uzyskać w zrozumiały sposób informacje na temat sposobów radzenia sobie z bólem;
 - pacjent powinien być poinformowany przez lekarza o możliwości uzyskania konsultacji psychologicznej bezzwłocznie po postawieniu diagnozy;
 - informacja na temat organizacji pacjentów i ich aktywności wspierających chorych powinna być łatwo dostępna we wszystkich placówkach medycznych.
-  zapewnienie pacjentom dostępu do wiedzy o badaniach diagnostycznych (w tym nierefundowanych przez NFZ), stanowiących podstawę do określenia właściwego leczenia.



5. Poprawa dostępu pacjentów do badań klinicznych

Podjęte działania:

- rozpoczęcie w 2018 r. prac nad nowelizacją ustawy na temat badań klinicznych;
- wprowadzenie w 2018 r. międzyresortowego programu: „Pacjent w badaniach klinicznych”;
- zapowiedź Agencji Badań Medycznych nt. stworzenia do końca 2019 r. polskiej bazy danych badań klinicznych.

Wyzwania i potrzeby:

- stworzenie warunków do rejestracji większej liczby badań klinicznych i szerszej rekrutacji;
- stworzenie centralnego rejestru badań klinicznych w Polsce;
- zapewnienie regularnej aktualizacji rejestru badań klinicznych;
- poprawa wizerunku badań klinicznych w środowisku medycznym (m.in. wśród lekarzy POZ, w ośrodkach klinicznych) oraz w społeczeństwie (edukacja w zakresie badań klinicznych – czym są, jakie dają możliwości, jakie prawa ma pacjent biorący udział w badaniach).



Notatki:

A large rectangular area with rounded corners, containing 25 horizontal dashed lines for writing notes.

Partnerzy:

Polska Koalicja 
Pacjentów Onkologicznych



Inicjatywa All.Can w Polsce powstała dzięki wsparciu finansowemu firm Bristol-Myers Squibb (sponsor główny) oraz Amgen, MSD, Novartis, Pfizer, Janssen-Cilag i Roche.



www.all-can.pl

Diagnoza/sierpień/2019



All.Can to międzynarodowa inicjatywa powstała w 2016 roku, której celem jest zwrócenie uwagi opinii publicznej oraz decydentów politycznych na konieczność poprawy efektywności i stabilności opieki onkologicznej oraz sytuacji pacjentów poprzez efektywne wykorzystanie dostępnych zasobów finansowych.

www.all-can.pl