W ramach inicjatywy **„Czas Na Onkologię – wspólna sprawa**" Polskie Towarzystwo Onkologiczne zorganizowało 27 czerwca w Gdańsku **II DEBATĘ PROGRAMOWĄ,** poświęconą wybranym zagadnieniom opracowywanej strategii dla polskiej onkologii.

W spotkaniu wzięło udział 70 lekarzy-onkologów z całej Polski, eksperci zdrowia publicznego, przedstawiciele organizacji pacjentów oraz producentów leków i sprzętu medycznego. Gośćmi II Debaty byli wiceminister zdrowia Krzysztof Chlebus oraz dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia, Barbara Wójcik-Klikiewicz.

II Debata zawierała 3 tematy związane z metodologią opracowywania całościowych, krajowych strategii walki z rakiem oraz 3 wybrane zagadnienia szczegółowe, uznane w czasie I Debaty Programowej PTO w dniu 4 kwietnia br. za istotne elementy strategii zmierzającej do poprawy efektywności leczenia:

1. Jak zapewnić właściwe planowanie, koordynację i wielodyscyplinarne postępowanie diagnostyczno-lecznicze? *Moderator: Prof. Radzisław Kordek.*
2. Jak wdrażać i upowszechniać zalecenia zgodnie z EBM oraz odpowiedni nadzór nad jakością i równym dostępem do opieki onkologicznej? *Moderator: Prof. Maciej Krzakowski.*
3. Referencyjność, centra kompetencji i doskonałości. Miejsce i rola Narodowego Instytutu Raka. *Moderator: Prof. Jacek Fijuth.*

Zagadnienia te omawiane były w grupach roboczych, wg ujednoliconego schematu, obejmującego: zdefiniowanie omawianego zadania, opis celu jego realizacji, określenie aktualnego stanu w systemie, opis pożądanego stanu.

Jak zapewnić właściwe planowanie, koordynację i wielodyscyplinarne postępowanie diagnostyczno-lecznicze?

Moderator: Prof. Radzisław Kordek

Wprowadzenie:
W wielu międzynarodowych dokumentach, w *Białej Księdze leczenia raka piersi i jelita grubego*, a także w czasie spotkania PTO 4 kwietnia 2013, uznano, że na poprawę wyników **leczenia** nowotworów wpływają takie elementy jak postępowanie wielodyscyplinarne, oraz planowanie i koordynacja tego procesu. W obecnej debacie przyjęto, że elementy te są pożądanymi cechami w procesie leczenia, chociaż ich rozumienie może być zróżnicowane.
Celem debaty było uzgodnienie rozumienia wymienionych pojęć, oraz uzgodnienie najważniejszych warunków dla pojawienia się tych cech w polskim systemie opieki zdrowotnej dla chorych na nowotwory.

Pod pojęciem WIELODYSCYPLINARNE POSTĘPOWANIE DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZE (WPDL) rozumiane jest:

- wspólne podejmowanie decyzji o postępowaniu diagnostyczno-leczniczym wobec chorego przez zespół różnych specjalistów, optymalnie dobrany dla danego typu nowotworu;
- takie wielospecjalistyczne konsylium może być realizowane także poprzez techniki informatyczne, pod warunkiem zachowania jedności miejsca i czasu;
- wielodyscyplinarne (wielospecjalistyczne) zespoły konsultacyjne są istotnym elementem referencyjności instytucji leczniczych;
- dla chorego oznacza to zasadę „jednych drzwi".

Stosowanie WIELODYSCYPLINARNEGO POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO (WPDL) oraz PLANOWANIA I KOORDYNACJI w aktualnej praktyce klinicznej wygląda następująco:

- WPDL **nie jest praktyką stosowaną** powszechnie, wykazuje duże regionalne zróżnicowanie;
- **tylko kilka ośrodków** w kraju spełnia kryteria WPDL, mają one przeważnie charakter *breast cancer units;* te ośrodki mają wypracowane własne praktyki postępowania WPDL;
- znacznie **gorsza** sytuacja jest w innych nowotworach;
- o losach chorego często decyduje to, do jakiego specjalisty trafi w **pierwszej** kolejności: chirurga, radioterapeuty czy onkologa klinicznego;
- koordynacja wielodyscyplinarnego postępowania diagnostyczno-leczniczego **zasadniczo nie istnieje;**
- planowanie wielodyscyplinarnego postępowania diagnostyczno-leczniczego **istnieje tylko w szczątkowej formie** i jest najczęściej własną inicjatywą kierownictwa placówki.

Wprowadzenie WIELODYSCYPLINARNEGO POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO (WPDL) ma zapewnić:

- poprawę **wyników** leczenia;
- **redukcję** umieralności;
- **standaryzację** terapii ;
- **optymalizację** leczenia pacjenta;
- usprawnienie procesu i **zmniejszenie opóźnień** na wszystkich etapach postępowania;
- **poprawę jakości życia** pacjenta;
- zwiększenie szansy na leczenie **zgodne ze standardami**;
- **efektywność ekonomiczną**;
- lepsze wykorzystanie **zasobów**.

Opieka nad chorym na nowotwór powinna zostać ZAPLANOWANA w następujący sposób:

- chory z rozpoznaniem powinien być skierowany **najpierw** na konsylium, gdzie zostanie zaplanowane jego leczenie, **przed podjęciem jakichkolwiek** kroków terapeutycznych;
- jednocześnie powinien zostać ustalony **harmonogram** tego postępowania;
- efektem planowania powinien być **dokument** zawierający opis sekwencji działań w leczeniu chorego;
- chory powinien dostawać **kopię** takiej decyzji terapeutycznej;
- planowanie zapewnia realizację wielodyscyplinarnego leczenia w **optymalnym czasie;**

KOORDYNACJA opieki nad chorym na nowotwór ma polegać na:

- **nadzorze** nad właściwym wykonaniem **planu** leczenia;
- uzyskaniu efektu przekazywania sobie pacjenta „**z rąk do rąk**" na poszczególnych etapach planu terapeutycznego;
- tym, że chory ma lekarza prowadzącego (**merytorycznego koordynatora**) i **logistycznego koordynatora,** którym może być dobrze wyszkolona pielęgniarka, który ustala i pilnuje miejsc i terminów realizacji procesu;
- tym, że chory ma w ręku **dokument** zawierający **opis strategii leczenia** oraz informację na temat **miejsc i terminów realizacji tego procesu**;

Dla wdrożenia WIELODYSCYPLINARNEGO POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO niezbędne jest:

- zlokalizowanie konsyliów WPDL **w centrach specjalistycznych**;
- przeprowadzenie populacyjnej **analizy epidemiologicznej**, która pozwoli na oszacowanie **zapotrzebowania** na ośrodki z WPDL;
- **zniesienie limitów NFZ** na procedury WPDL w tych ośrodkach;

- stworzenie **systemu umożliwiającego monitorowanie**: wpisywanie przez lekarzy zgłaszających nowotwory, stadium zaawansowania w kartach do NFZ; stworzenie możliwości zgłoszenia stadium zaawansowania nowotworu w elektronicznej karcie zgłoszenia (KRN). Ten wymóg umożliwi prześledzenie sposobów leczenia chorych i ich wyniki z danymi nowotworami, w tym samym stopniu zaawansowania; poza wynikami leczenia onkologicznego ważne są również powikłania, zgony pooperacyjne, i inne wskaźniki;
- **wprowadzenie standaryzacji** raportów diagnostycznych.

Dla potrzeb MONITOROWANIA I EWALUACJI niezbędne jest:

- ustalenie jako **kryterium oceny** efektywności działania;
- jednym z **kryterium** powinien być **czas** upływający od rozpoznania do interwencji terapeutycznej;
- poza wynikami leczenia onkologicznego ocena **powinna obejmować inne wskaźniki terapii** (organizacja-struktura i proces);
- dla ewaluacji konieczne jest uwzględnienie **liczby wykonywanych zabiegów terapeutycznych**
- wzmocnienie **nadzoru specjalistycznego** – opiniowanie do kontraktacji przez NFZ

Jak wdrażać i upowszechniać zalecenia zgodnie z EBM oraz odpowiedni nadzór nad jakością i równym dostępem do opieki onkologicznej?

Moderator: Prof. Maciej Krzakowski.

Wprowadzenie:

Środowisko lekarzy zajmujących się nowotworami, bardziej niż inne środowiska specjalistyczne przykłada wagę do stosowania właściwych metod diagnostyki i leczenia. Z jednej strony wynika to z niezwykle dynamicznego rozwoju nowych technologii z drugiej natomiast z faktu, że *punkt końcowy* interwencji jest zwykle jasno definiowalny i jest nim przeżycie chorego.

Od kilkunastu lat publikowane są w Polsce wytyczne dla najpowszechniejszych nowotworów. Są one omawiane na konferencjach i szkoleniach oraz w prasie specjalistycznej. Mimo to, praktyka kliniczna jest bardzo zróżnicowana i zróżnicowanie to zdaje się nie znajdować uzasadnienia w stanie chorego. Poza tym w Polsce zwykło się oceniać placówki wg ich wyposażenia i kadr, uznając, że te dwa elementy gwarantują jakość. Międzynarodową praktyką jest natomiast stosowanie wskaźników jakości procesu oraz wskaźników wyniku.

Celem debaty PTO jest ustalenie sposobów upowszechniania wytycznych postępowania oraz relacji między wytycznymi a praktyką nadzoru i monitorowania jakości.

•

Jaki jest cel określenia i upowszechniania WYTYCZNYCH/ZALECEŃ ?
Zasadniczym celem tworzenia i upowszechniania zaleceń są:

- **poprawa wyników** leczenia przez podejmowanie **właściwych decyzji**
- **racjonalność** wydatkowania środków
- **zwiększenie zakresu** możliwości postępowania diagnostycznego i terapeutycznego

Jaki jest aktualny stan wykorzystywania opracowywanych WYTYCZNYCH/ZALECEŃ ?

- **zróżnicowanie** sytuacji w klinicznej praktyce
- **zróżnicowanie** pod względem wykorzystywania **nowych możliwości** postępowania

Kto powinien tworzyć WYTYCZNE/ZALECENIA ?
Zalecenia powinny być tworzone przez **zespół specjalistów z kilku dziedzin**:

- klinicystów,
- farmakoekonomistów,
- przedstawicieli płatnika

Jaka powinna być konstrukcja WYTYCZNYCH/ZALECEŃ ?

- zalecenia powinny być oparte na **aktualnej wiedzy medycznej i** wiarygodnych **podstawach naukowych**
- powinny uwzględniać sytuacje o zdrowotnym znaczeniu **ogólno-populacyjnym**
- powinny uwzględniać wszystkie **sytuacje typowe** oraz najczęstsze stany nietypowe
- powinny być potwierdzone przez **niezależne** instytucje
- powinny być stale **modyfikowanie** z uwzględnieniem postępów wiedzy i możliwości ich realizacji
- powinny mieć charakter **zwięzłych algorytmów**
- powinny uwzględniać **kryteria ekonomiczne?** (do dalszej dyskusji)

Jakie powinny być zasady obowiązywania WYTYCZNYCH/ZALECEŃ?

- zalecenia powinny zawierać **2 pakiety**:
  1. obowiązujące (przestrzegane literalnie)
  2. takie, które można lub należy rozważyć
- powszechność przyjęcia i umocowanie prawne ***versus*** tylko ułatwienie podejmowania decyzji, a nie jej narzucanie
- kwestia przestrzegania zaleceń w ośrodkach **nie onkologicznych**
- **programy lekowe** powinny być zgodne z zaleceniami, ale należy poprawić możliwości zgłaszania propozycji zmian do programów lekowych;

Co proponujemy uczynić, by upowszechnić stosowanie WYTYCZNYCH/ZALECEŃ ?

- zapewnienie formalnych podstaw przez MZ (oficjalny status)
- uzyskanie finansowania przez NFZ, postępowania zgodnego z zaleceniami;
- zapewnienie równego dostępu do procedur diagnostyczno-terapeutycznych w całym kraju;
- zwiększenie znaczenia zaleceń ekspertów przy podejmowaniu pozytywnych decyzji refundacyjnych (w tym szczególne sytuacje z przekroczeniem QALY=3PKB) ;
- zoptymalizowanie procesu konsultacji (ustawa o świadczeniach) przy tworzeniu programów lekowych;
- stworzenie osobnego funduszu – typu ***cancer drug fund*** - na finansowanie terapii przed decyzją refundacyjną (zmiana ustawowa) lub (w wyjątkowych przypadkach) po negatywnej decyzji refundacyjnej;
- określenie kryteriów oceny jakości w zakresie rozpoznawania i leczenia
- stworzenie standaryzacji i procedur oraz zróżnicowania finansowania pod względem ich kompletności;
- umożliwienie chorym współpłacenie za koszty terapii.

Referencyjność, centra kompetencji i doskonałości. Miejsce i rola Narodowego Instytutu Raka. *Moderator: Prof. Jacek Fijuth.*

Wprowadzenie:

Organizacja opieki onkologicznej w Polsce jest złożeniem rozwiązań scentralizowanych (Centra Onkologii) i zdecentralizowanych (placówki publiczne i prywatne), definiujących swoje role w systemie w izolacji od siebie nawzajem. Od lat słychać apele o określenie referencyjności, jasny podział ról i planowy rozwój infrastruktury. Dyskusje te dotychczas nie doprowadziły do wypracowania jasnej koncepcji na ten temat. Istotnym problemem w osiągnięciu wielostronnego porozumienia w tej sprawie jest niejasne stanowisko kolejnych Ministrów Zdrowia oraz ambicje polityczne oraz biznesowe poszczególnych podmiotów i osób.

Celem debaty było wskazanie najważniejszych zagadnień związanych z organizacją systemu i referencyjnością placówek, w tym pozycji i roli potencjalnej nowej struktury pn. Narodowy Instytut Raka.

•

Co rozumiemy pod pojęciem SYSTEMU ZWALCZANIA NOWOTWORÓW ? Jakie organizacje należą do tego SYSTEMU?

Pojęcie systemu zwalczania nowotworów ma charakter ekstensywny i obejmuje:

- szpitale o różnym charakterze, prowadzące leczenie onkologiczne (centra onkologii, szpitale onkologiczne, kliniki uniwersyteckie, etc.)
- lecznictwo ambulatoryjne, onkologiczne i innych specjalności
- ośrodki POZ
- ośrodki badań przesiewowych
- sieć diagnostyczną
- instytucje edukacyjne

Co rozumiemy pod pojęciem REFERENCYJNOŚCI w odniesieniu do placówek leczących raka?

Referencyjność oznacza zhierarchizowanie kompetencji placówek:

- celem systemu referencyjności jest możliwość przesyłania pacjenta z jednego poziomu na drugi
- przesyłanie powinno przede wszystkim dotyczyć nowotworów rzadkich
- kryteria referencyjności powinny być obiektywnie określone przez konkretną instytucję („*check*–lista”)
- spełnienie kryteriów referencyjności powinno być potwierdzone przez powołaną instytucję
- kryteriami referencyjności powinno być wyposażenie, liczba wykonywanych procedur i kompetencje kadr.

Co rozumiemy pod pojęciem CENTRA KOMPETENCJI?

Centra kompetentne w jakiejś dziedzinie medycyny powstają dzięki **obsłudze dużych, jednolitych grup** chorych.

- to pojęcie identyfikuje miejsce, gdzie można bezpiecznie leczyć dane schorzenie
- jest to jednostka, która spełnia kryteria do realizacji konkretnych świadczeń medycznych
- na przykład *Breast Cancer Unit* czy *Colorectal Cancer Unit* (kryteria kompetencji w zakresie BCU formułuje EUSOMA w postaci *check*-listy)
- jedna instytucja może mieć możliwość łączenia kompetencji w leczeniu kilku nowotworów

Co rozumiemy pod pojęciem CENTRA DOSKONAŁOŚCI?

Centra doskonałości definiowane są przez Komisję Europejską w kontekście **choroby rzadkiej**:

- **dodatkowo** centra doskonałości zobowiązane są do prowadzenia badań naukowych i działalności edukacyjnej.

Jaki jest cel powołania NARODOWEGO INSTYTUTU RAKA?

Koncepcja Centrum Onkologii (prof. K. Warzocha):

- **optymalizacja** ekonomiczna świadczeń onkologicznych;
- opracowanie i realizacja **systemu referencyjności** placówek onkologicznych i w konsekwencji powstanie **zespołów wielodyscyplinarnych**;
- opracowywanie **wytycznych** diagnostyczno-leczniczych, **obowiązujących** w placówkach leczących na podstawie kontraktu z NFZ;
- koordynacja i realizacja **kształcenia podyplomowego** w zakresie onkologii i hematologii;
- podejmowanie **inicjatyw** w zakresie modyfikacji katalogu świadczeń gwarantowanych oraz **projektów aktów prawnych** w zakresie profilaktyki, diagnostyki czy leczenia nowotworów;
- prowadzenie **Krajowego Rejestru Nowotworów**;
- opracowywanie **raportów** o rodzaju i skuteczności **stosowanych metod leczenia.**

Koncepcja Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (prof. J. Jassem):

- Narodowy Instytut Raka jako istotny **element systemu zwalczania nowotworów** w ramach ogólnej strategii walki z rakiem;
- **funkcja instytucji koordynującej** działania podejmowane w celu poprawy wyników leczenia przeciwnowotworowego w Polsce.

Zadania Narodowego Instytutu Raka wg PTO:

- opracowywanie **długofalowych strategii** dla systemu opieki onkologicznej,
- opracowywanie **kierunków** preferowanych **rozwiązań organizacyjnych**,
- opracowywanie **kryteriów akredytacji i certyfikacji**,
- ustalanie i rozpowszechnianie **zaleceń i standardów**,
- **monitorowanie jakości** procesu diagnostyczno-terapeutycznego,
- prowadzenie i koordynacja **działalności naukowej**,
- nadzór nad **kształceniem** onkologicznym,
- opracowywanie **wytycznych dla płatnika**, opartych na prognozowaniu potrzeb i EBM,
- opracowywanie wytycznych dla **wszystkich pracowników ochrony zdrowia** stykających się z chorymi onkologicznie,
- opracowywanie kroczących **prognoz potrzeb**,
- **edukacja społeczna,**

- **informacja dla chorego**,
- publikacja rocznych **sprawozdań**,
- **raportowanie** do Ministra Zdrowia, Sejmu i NFZ,
- do rozważenia: koordynacja projektów inwestycyjnych, profilaktyka pierwotna, badania przesiewowe, koordynacja nowego Narodowego programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Jaki ma być model działania NARODOWEGO INSTYTUTU RAKA?

Koncepcja Centrum Onkologii (prof. K. Warzocha):

- Narodowy Instytut Raka (w tym wypadku Narodowy Instytut Onkologii i Hematologii, NIOH) ma powstać w wyniku **połączenia** Instytutu Onkologii w Warszawie, Gliwicach i Krakowie z Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie;
- tak powstałemu podmiotowi ma zostać nadany status **państwowego instytutu badawczego;**
- NIOH ma stanowić jądro **sieci** ośrodków onkologicznych o **najwyższym** stopniu referencyjności;
- **16 ośrodków** dzisiaj spełnia kryteria ośrodków „komprehensywnych", o najwyższej referencyjności, opartej na ocenie posiadanego wyposażenia i liczby specjalistów. Docelowo może ich być 20-22. Projekt tej sieci został złożony na ręce Ministra Zdrowia w listopadzie 2012;
- ośrodki o najwyższym stopniu referencyjności mają realizować procedury o najwyższym stopniu złożoności i **najwyższej wycenie za punkt**;
- ciałem **opiniodawczym i kontrolującym dla NIR** ma być Krajowa Rada ds. Onkologii i Hematologii, powoływana spośród reprezentantów towarzystw naukowych;
- decyzje dyrektorów Instytutów oraz uchwały Rad Naukowych w ww. sprawach, zostały 12 czerwca złożone na ręce Ministra Zdrowia;

Koncepcja Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (prof. J. Jassem):

- konieczne jest **środowiskowe uzgodnienie** zadań, kompetencji i sposobu zarządzania NIR;
- konieczność **rozdziału funkcji regulacyjnych od wykonawczych;**
- **niezależna osobowość prawna i budżetowa NIR;**
- miejsce NIR w systemie w **gronie instytucji regulacyjnych** (takich jak MZ, NFZ, AOTM); w przeciwieństwie do Instytutu Onkologii, którego miejsce jest wśród instytucji wykonawczych;
- dobre wzorce dla roli NIR dostarczają podobne instytucje w **skutecznych** systemach walki z rakiem, np.: Francja, Belgia, Kanada, Australia, USA.

  Po dyskusji uczestnicy Spotkania niemal jednomyślnie wsparli projekt Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.