

Optymalizacja modelu finansowania świadczeń diagnostyczno-leczniczych w leczeniu nowotworów w celu usprawnienia ścieżki pacjenta i maksymalizacji wyników leczenia raka płuca

Warszawa, marzec 2021





Spis treści

Rozdział 1. Choroby nowotworowe – zarys problemu.....	6
Rozdział 2. Wpływ pandemii COVID-19 na leczenie chorób nowotworowych.....	8
Rozdział 3. Program odbudowy zdrowia i naprawy systemu ochrony zdrowia.....	11
Rozdział 4. Zwiększenie środków finansowych przeznaczanych na onkologię.....	12
4.1. Źródła wewnętrzne (krajowe) - Fundusz Medyczny.....	12
4.2. Źródła zewnętrzne (unijne).....	13
Rozdział 5. Organizacja i finansowanie diagnostyki.....	16
5.1. Model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów płuca.....	16
5.2. Możliwości usprawnienia procesów diagnostyczno-leczniczych (rak płuca).....	17
w podstawowej opiece zdrowotnej	
5.3. Modyfikacje katalogu finansowanych procedur diagnostycznych.....	19
5.4. Modyfikacja wycen pakietów diagnostycznych.....	20
5.5. Włączanie nowych metod diagnostycznych do finansowania systemowego.....	21
5.6. Organizacja diagnostyki molekularnej.....	22
Rozdział 6. Organizacja i finansowanie kompleksowej opieki onkologicznej.....	23
6.1. Specjalistyczne ośrodki diagnostyki i leczenia.....	23
6.2. Jakość i koordynacja opieki nad pacjentem onkologicznym.....	24
Rozdział 7. Dostęp do terapii lekowych w leczeniu nowotworów.....	26
7.1. Nowe źródła finansowania leków onkologicznych.....	26
7.2. Obejmowanie refundacją nowych terapii lekowych.....	29
7.3. Organizacja leczenia innowacyjnymi, kosztownymi terapiami.....	31
Rozdział 8. Kadry medyczne oraz edukacja.....	32
8.1. Liczba lekarzy w specjalnościach kluczowych dla rozpoznawania i leczenia.....	32
raka płuca	
8.2. Edukacja lekarzy i pacjentów.....	34
Rozdział 9. Aktualne rekomendacje i propozycje zmian systemowych w obliczu pandemii.....	35

Słowo wstępu

Konieczne jest uzyskanie lepszej współpracy między poszczególnymi ośrodkami i zapewnienie możliwości kompleksowego postępowania oraz finansowania świadczeń współmiernego do potrzeb. Chorzy muszą być w centrum systemu ochrony zdrowia i jednym z najważniejszych działań jest opracowanie sprawnego oraz racjonalnego szlaku postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Czas od wystąpienia objawów sugerujących obecność nowotworu do rozpoczęcia leczenia w raku płuca jest obecnie w Polsce zbyt długi, a także u znacznej części chorych nie jest stosowane odpowiednie leczenie skojarzone. Raport, którego celem jest wskazanie bardziej właściwego modelu postępowania i uzyskanie lepszych wyników w raku płuca, jest bardzo cennym opracowaniem i powinien stanowić ważny element w dyskusji prowadzącej do stworzenia optymalnego systemu organizacyjnego ośrodków kompleksowej opieki.



Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski

Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej
Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej
Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.
Członek Prezydium All.Can Polska

4

All.Can Polska dążąc od lat do optymalizacji opieki onkologicznej w Polsce wspart powstanie ekspertyzy „Optymalizacja modelu finansowania świadczeń diagnostyczno-leczniczych w leczeniu nowotworów w celu usprawnienia ścieżki pacjenta i maksymalizacji wyników leczenia”. Wspomniana konieczność dotyczy – między innymi – postępowania w raku płuca. Mamy nadzieję, że opracowanie to będzie inspiracją dla decydentów i przedstawicieli środowiska medycznego do wdrażania efektywnych rozwiązań w onkologii.



Szymon Chrostowski

Przewodniczący Prezydium All.Can Polska

Autorzy

dr Artur Fałek, Kancelaria Doradcza Rafała Janiszewskiego

dr Jerzy Gryglewicz, Uczelnia Łazarskiego

Krzysztof Jakubiak, Modern Healthcare Institute

Metodyka

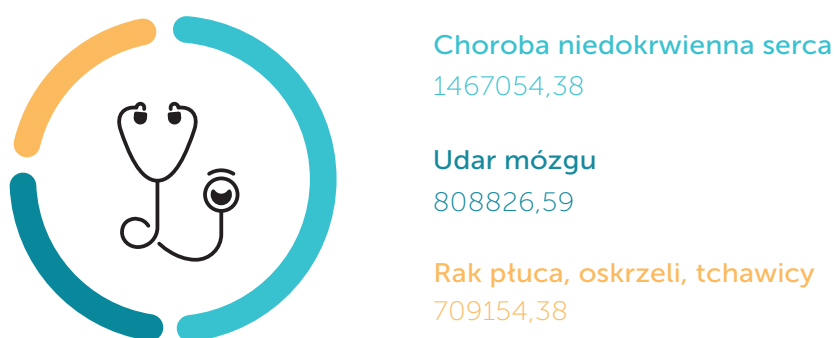
Niniejsze opracowanie powstało na podstawie przeglądu systematycznego literatury, publikacji (analiz, raportów, opracowań naukowych), danych pochodzących z Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych oraz Narodowej Strategii Onkologicznej, wytycznych polskich, europejskich i światowych towarzystw naukowych w dziedzinie onkologii i leczenia raka płuca, monitoringu legislacyjnego oraz opinii ekspertów ochrony zdrowia.



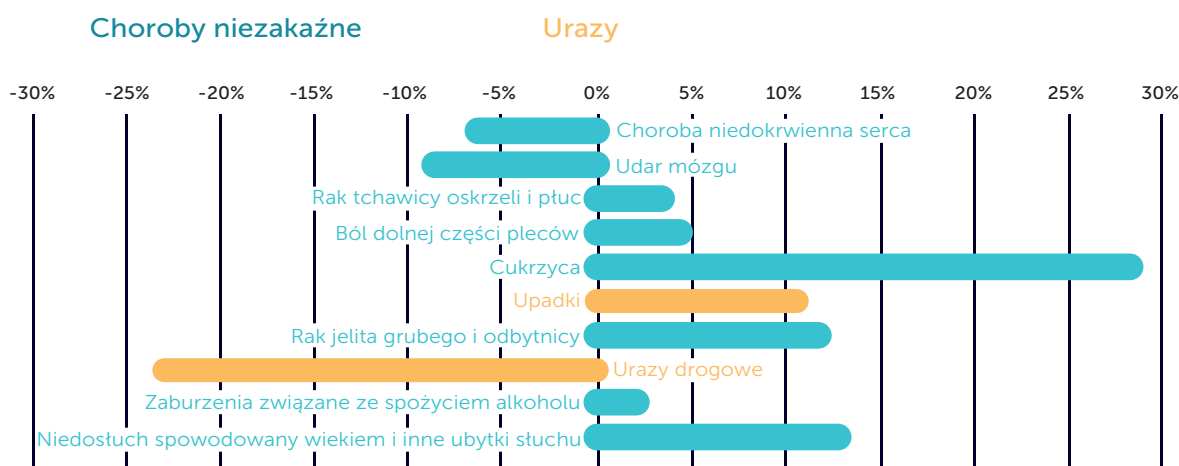
Choroby nowotworowe – zarys problemu

Opracowane przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia analizy problemów zdrowotnych polskiej populacji (38,4 mln osób) według wskaźnika DALY wskazują, że nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc są trzecim najpoważniejszym problemem zdrowotnym w Polsce. Według wartości bezwzględnych w 2019 roku były odpowiedzialne za 709 154,38 DALY. Pierwsze dwa problemy zdrowotne Polaków – to choroba niedokrwienna serca, odpowiedzialna za 1 467 054,38 DALY i udary mózgu, odpowiedzialne za 808 826,59 DALY.

Rys. 1. Najczęstsze przyczyny chorobowe utraconych lat życia DALY w Polsce (2019)



Rys. 2. Najczęstsze przyczyny utraty lat życia DALY w Polsce w 2019 roku



Jednocześnie nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc odpowiadają za 26,29 proc. DALY wszystkich chorób nowotworowych. Nowotwory złośliwe jelita grubego – to 13 proc. (350 819,30 DALY) natomiast rak piersi – 6,6 proc. (178 754,73 DALY). Profilaktyka i leczenie nowotworów złośliwych tchawicy oskrzeli i płuc są zatem kluczowe z punktu widzenia zdrowia publicznego i poprawy zdrowotności populacji.

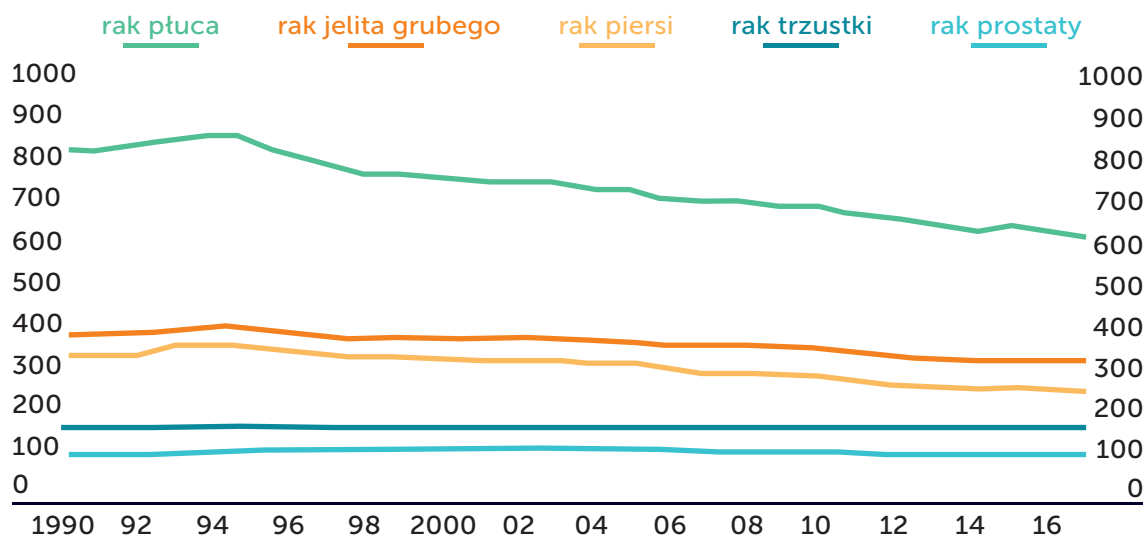
1 Mapy potrzeb zdrowotnych, 2018: <http://mpz.mz.gov.pl/>

2 Wskaźnik DALY stanowi sumę liczby utraconych lat życia (years of life lost, YLL) z powodu przedwczesnego zgonu oraz liczby lat przeżytych z niepełnością (years of life with disability, YLD)

3 <http://www.healthdata.org/>

4 AOTMiT: <https://www.aotm.gov.pl/wspolpraca/gbd/gbd-2019/>

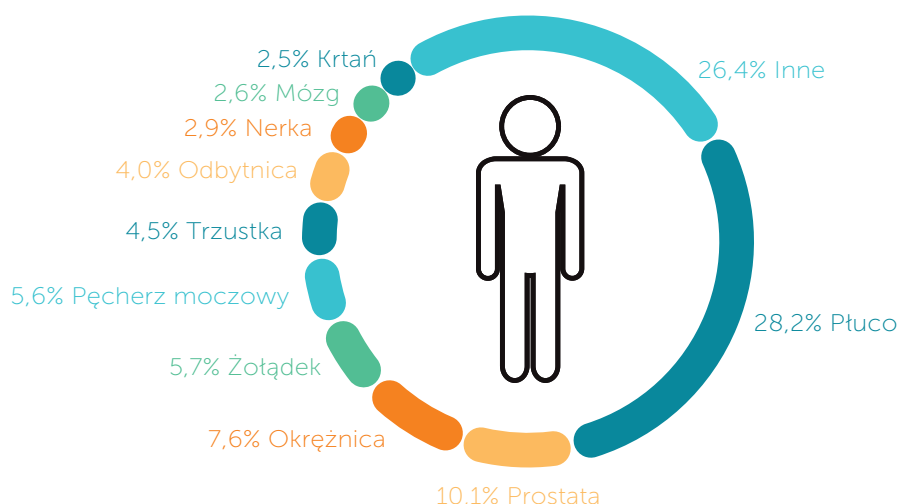
Rys. 3. Wskaźnik DALY dla 5 najczęstszych nowotworów ^{5 6}



Rak płuca jest w Polsce najczęściej występującym nowotworem złośliwym i pierwszą przyczyną zgonów nowotworowych. Tylko około 13,5 proc. chorych na raka płuca w Polsce przeżywa 5 lat od rozpoznania.

W 2019 roku zachorowalność⁷ na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc wynosiła 30 018 (w roku 2009 było to 27 331), w dalszej kolejności na nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy – 24 276, na nowotwór złośliwy piersi – 18 756. Natomiast chorobowość na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc wynosiła w 2019 roku 30 292, a liczba zgonów – 31 205. Dla porównania liczba zgonów na nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy to 17 767, a na nowotwór złośliwy sutka – 7 572).

Rys. 4. Struktura zgonów wśród mężczyzn, 2018



⁵ Global Burden of Disease

⁶ Raport The Economist Intelligence Unit:

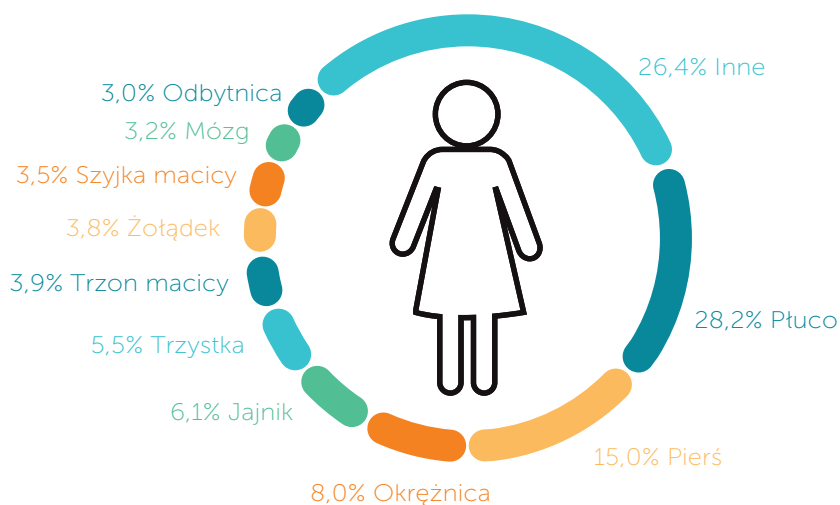
<https://www.eiu.com/n/campaigns/breathing-in-a-new-era-a-comparative-analysis-of-lung-cancer-policies-a-cross-europe/>

⁷ Zachorowalność - jest to częstotliwość występowania nowych przypadków choroby w badanej zbiorowości/populacji

⁸ Krzakowski M, Jassem J, Antczak A et al. Cancer of the lung, pleura and mediastinum. *Oncol Clin Pract* 2019; 15. DOI: 10.5603/OCP.2018.0056

⁹ Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku, raport KRN

Rys. 5. Struktura zgonów wśród kobiet, 2018 ¹⁰



2

Wpływ pandemii COVID-19 na leczenie chorób nowotworowych

Od początku 2020 roku w całej Europie widoczny jest kryzys leczenia onkologicznego spowodowany pandemią, związany przede wszystkim z ograniczeniem dostępu do diagnostyki i leczenia. Problem ten był głównym tematem najważniejszego kongresu onkologicznego ESMO (European Society for Medical Oncology) Virtual Congress 2020, który odbył się we wrześniu. Dyskusja potwierdziła, że głęboki kryzys w lecznictwie onkologicznym wystąpił we wszystkich państwach europejskich i dotyczy wszystkich rodzajów nowotworów.

Najważniejszym problemem zdrowotnym stała się pandemia COVID-19, w związku z czym choroby nowotworowe na pewien czas straciły na znaczeniu dla polityków, organizatorów ochrony zdrowia i mediów.

„Epidemia COVID-19 ma silny wpływ na organizację leczenia, na stan osób udzielających pomocy oraz na prowadzenie badań. Istnieje ryzyko, że diagnozy nowych przypadków raka będą opóźnione i więcej pacjentów zostanie zdiagnozowanych w późniejszym stadium choroby¹¹” – ostrzegął w trakcie kongresu dr Guy Jerusalem z Uniwersytetu w Liège.

„Szkodliwy wpływ COVID-19 na leczenie nowotworów jest powszechny na całym świecie i ma różną skalę, zależnie od ośrodka. Pandemia globalnie uderzyła w systemy opieki zdrowotnej, zaburzając tę opiekę i narażając pacjentów onkologicznych na znaczące ryzyko szkód” – podkreślał dr Abdul-Rahman Jazieh z King Abdulaziz Medical City w Arabii Saudyjskiej.

W trakcie kongresu zaprezentowano wyniki dwóch badań ankietowych. Pierwsze zostało przeprowadzone w centrach onkologii w 18 krajach i wykazało, że w 66 proc.

¹⁰ Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku, raport KRN

¹¹ Doniesienia z ESMO 2020:

<https://scienceinpoland.pap.pl/aktualnosci/news%2C83865%2Ckongres-esmo-pandemia-covid-19-szkodzi-pacjentom-onkologicznym-i-ich>

ośrodków pandemia spowodowała ogromne problemy z zapewnieniem pacjentom właściwego leczenia i jednocześnie ograniczyła czy wręcz uniemożliwiła realizację badań klinicznych. Najczęściej opóźniane były zabiegi chirurgiczne (44,1 proc.), chemioterapia (25,7 proc.) i radioterapia (13,7 proc.). W 32,1 proc. centrów szybciej kończono opiekę paliatywną¹².

Natomiast drugie badanie¹³ zebrło informacje z 356 centrów onkologii w 54 krajach z 6 kontynentów. Spośród uczestniczących ośrodków 16,01 proc. znajdowało się w Afryce, 21,62 proc. w Azji, 5,34 proc. w Australii, 41,01 proc. w Europie, 5,61 proc. w Ameryce Północnej i 10,39 proc. w Ameryce Południowej. Ponadto 72,47 proc. ośrodków stanowiły samodzielne placówki, a pozostała część – oddziały większych instytucji. Z badania wynika, że 88 proc. ośrodków miało kłopoty z zapewnieniem odpowiedniego leczenia. Ponad połowa (54 proc.) zanotowała przypadki koronawirusa u pacjentów, a 45 proc. – u personelu medycznego. Badane szpitale na początku pandemii w 55 proc. ograniczyły zapobiegawczo swoją działalność, a 20 proc. zostało do tego później zmuszone przez zaistniałą sytuację, np. przez brak ochronnego sprzętu dla pracowników, niedobór personelu czy leków. W 46 proc. ośrodków jeden na dziesięciu pacjentów nie otrzymał pełnego cyklu leczenia, a 80 proc. pacjentów miało problemy z uzyskaniem właściwego leczenia.

Większość ośrodków wprowadziło różnego rodzaju działania zaradcze. W 93 proc. ośrodków uruchomiono między innymi komunikację wirtualną, którą ponad połowa chce stosować także po pandemii. Ponad 76 proc. klinik przeniósło rutynowe testy do laboratoriów w pobliżu miejsc zamieszkania pacjentów, a 68 proc. wysyłało pacjentom leki do domu.

Wyniki badania wykonanego w maju 2020 roku u 1520 osób z personelu medycznego, pracującego na oddziałach onkologicznych, wykazały negatywny wpływ dużego obciążenia pracą w trakcie pandemii. 38 proc. badanych odczuło wypalenie zawodowe. Aż 66 proc. stwierdziło, że nie może wykonywać swoich obowiązków tak dobrze, jak wcześniej.

ESMO szybko odpowiedziało na spowodowany pandemią kryzys, opracowując zalecenia dotyczące różnych chorób onkologicznych. W konkluzjach z kongresu podkreślono, że kluczowe jest unikanie opóźnień w leczeniu, które mogą wpłynąć na przeżywalność. W tym celu potrzebne jest przeniesienie zasobów do pacjentów onkologicznych i dalsze dostarczanie jak najlepszej opieki.

Analiza wpływu pandemii na dostęp do opieki zdrowotnej w Polsce w okresie pandemii jest utrudniona, ponieważ Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia nie publikują statystyk o zrealizowanych świadczeniach. Dostępne dane, opublikowane przez NFZ, kończą się na roku 2018. Analiza doniesień, komunikatów oraz raportów Rzecznika Praw Pacjenta pozwala jednak na wskazanie konsekwencji pandemii na funkcjonowanie ochrony zdrowia, są to m.in.:

- 14. Szacuje się, że prawie połowa pacjentów trafiła lub trafi na pierwsze wizyty do onkologa, chirurga onkologicznego lub radioterapeuty później niż powinna. Zdaniem ekspertów sytuacja taka może mieć katastrofalne skutki i liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych może wzrosnąć – w związku z epidemią COVID-19 – nawet o 20 proc. Podobne niepokojące dane płyną z Narodowego

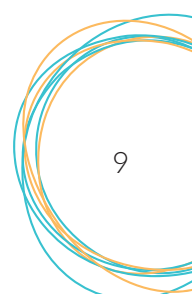
12 Expected medium and long term impact of the COVID-19 outbreak in Oncology, Annals of Oncology, Volume 31 Supplement 4, September 2020

13 The Impact of COVID-19 Pandemic on Cancer Care: A Global Collaborative Study, Annals of Oncology, Volume 31 Supplement 4, September 2020

14 Raport Fundacji Onkologia 2025 „Onkologia w czasach Covid-19”, wrzesień 2020

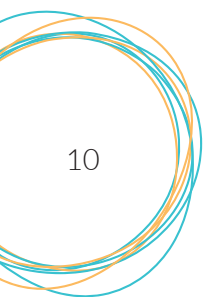
<http://onkologia2025.pl/userfiles/321321321/onkologia/COVID19/Onkologia%20w%20czasach%20COVID-19%20raport.pdf>

15 Raport Rzecznika Praw Pacjenta „Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby Covid-19”, 2020



Funduszu Zdrowia. Ze statystyk NFZ wynika, że w okresie od 1 stycznia do 11 września 2020 roku zostało wydanych o 16300 kart DiLO (Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego) mniej niż w analogicznym okresie roku 2019 (spadek o około 25 proc.).¹⁴

- b. Utrudniony dostęp i wydłużony czas oczekiwania na konsultacje medyczne na poziomie POZ, AOS oraz leczenia szpitalnego.¹⁵
- c. Ograniczenia lub zawieszenie udzielania niektórych świadczeń zdrowotnych (np. zabiegów planowych, zabiegów diagnostyczno-leczniczych np. torakochirurgia, bronchoskopia).
- d. Przekształcanie oddziałów szpitalnych na oddziały covidowe (m.in. oddziałów pulmonologicznych), co ogranicza dostęp do pogłębionej diagnostyki raka płuca.
- e. W okresie obostrzeń pandemicznych rosta liczba pacjentów kwalifikowanych do programów lekowych. Dynamiczny rozwój tego obszaru (wzrost liczby kwalifikowanych pacjentów o nawet 50 proc. rok do roku), widoczny w styczniu i lutym 2020 r., został jednak wyhamowany.¹⁶



3

Program odbudowy zdrowia i naprawy systemu ochrony zdrowia

Dramatyczna sytuacja systemów ochrony zdrowia, w tym również w onkologii, oznacza konieczność opracowania planów naprawczych przez wszystkie państwa dotknięte pandemią. Ich celem jest przywrócenie sprawności systemów ochrony zdrowia co najmniej do takiego poziomu, na jakim działały przed pandemią.

Również w Polsce taki plan został ogłoszony. Minister zdrowia Adam Niedzielski zapowiedział plan naprawczy, który ma zniwelować zaległości zdrowotne, powstałe w opiece zdrowotnej i udzielanych świadczeniach, zwłaszcza w zakresie onkologii i kardiologii. Narodowy Program Odbudowy Zdrowia Polaków¹⁷ będzie składał się z trzech filarów. Jego treść jest szczególnie ważna dla poprawy dostępności do diagnostyki i leczenia pacjentów z nowotworami złośliwymi, w tym raka płuca.

Pierwszy filar dotyczy poprawy dostępu do programów badań profilaktycznych. Zgodnie z nim należy poprawić dostępność profilaktyki pierwotnej i wtórnej w zakresie raka płuca. W celu poprawy profilaktyki wtórnej należy opracować założenia i zapewnić finansowanie ze środków publicznych populacyjnych programów przesiewowych (np. niskodawkowa tomografia komputerowa o wysokiej rozdzielczości), umożliwiających rozpoznanie choroby w fazie przedklinicznej, co może przyczynić się do poprawy wyników leczenia.

Drugim filarem programu będzie uwolnienie od limitów wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – „Po to, by z jednej strony dać pewne bodźce finansowe lekarzom, a z drugiej spowodować, by kolejki do lekarzy specjalistów były jak najszybciej obsługiwane, jak najszybciej likwidowane”. To działanie powinno poprawić dostęp do poradni specjalistycznych, w szczególności pulmonologicznych i alergologicznych, które są istotne w wykrywaniu raka płuca.

Trzecim filarem będzie rozbudowa krajowej sieci onkologicznej. Narodowa Strategia Onkologiczna zawiera szereg rozwiązań dotyczących raka płuca w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz tworzenia „centrów kompetencji w leczeniu raka płuca” (Lung Cancer Unit). W ramach tego priorytetu należy dążyć do poprawy koordynacji i dostępności do leczenia specjalistycznego pacjentów chorujących na raka płuca.

Minister Zdrowia potwierdził w lutym 2021 r., że projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej ma powstać w marcu 2021 r., następnie trafi do konsultacji i prac w parlamencie. KSO ma zacząć obowiązywać w całym kraju od stycznia 2022 r. Według wiceministra zdrowia Sławomira Gadomskiego, KSO jest ważnym elementem zmian w polskiej onkologii uzupełniającym inne projekty systemowe, realizowane od ponad 2 lat, takie jak Narodowa Strategia Onkologiczna, w ramach której roczny budżet ma docelowo wynieść 500 mln złotych oraz Fundusz Medyczny z budżetem 4 mld złotych w znacznej części przeznaczony na inwestycje w infrastrukturę medyczną, innowacyjne leczenie oraz profilaktykę nowotworów.

¹⁷ Zapowiedź ministra zdrowia podczas konferencji 18.11.21: <https://www.polskieradio24.pl/5/1222/Artykul/2622708,Program-odbudowy-zdrowia-Polakow-Niedzielski-zaklada-min-powstanie-krajowej-sieci-kardiologicznej>

4

Zwiększenie środków finansowych przeznaczanych na onkologię

4.1. Źródła wewnętrzne (krajowe) - Fundusz Medyczny

Uchwalona w listopadzie 2020 r. ustawa o Funduszu Medycznym¹⁸ przewiduje środki finansowe w wysokości 4 mld złotych rocznie na finansowanie określonych zadań. Ze środków Funduszu Medycznego finansowane będą m.in. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane dzieciom do ukończenia 18. roku życia (w szczególności chorującym na nowotwory i choroby rzadkie), a także zakup nowoczesnych leków przeciwnowotworowych i na choroby rzadkie. Na podstawie tej ustawy AOTMiT ma opracować listy innowacyjnych technologii lekowych oraz o wysokiej wartości klinicznej, finansowanych dzięki Funduszowi.

W ustawie zapisano także możliwość przeznaczenia środków Funduszu Medycznego na wzmocnienie roli POZ w zwiększaniu zgłaszalności na badania w ramach programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej. Może to być dokonane przez finansowanie współczynników korygujących, dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez POZ.

Potrzebne jest doprecyzowanie, na co będą przeznaczone środki, o których mowa w ustawie o Funduszu Medycznym. Zgodnie z zapisami ustawy środki Funduszu w wysokości nie większej niż 5 proc. wartości całkowitego budżetu na refundację, określonej w zatwierdzonym w ustawowym trybie planie finansowym NFZ, przeznacza się na finansowanie technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej.

Rys. 6. Wysokość całkowitego budżetu na refundację (CBR)¹⁹ ²⁰ i 17 proc. kosztów świadczeń w planach finansowych w latach 2018–2020 oraz wysokość środków przeznaczonych na finansowanie technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej w 2021 roku:

	plan 2018	plan 2019	plan 2020	plan 2021	Odpis na Fundusz Medyczny (5 proc.)
CBR	12 169 361	12 221 251	12 941 490	13 129 465	656 473
17% kosztów świadczeń	13 359 051	14 221 747	15 554 183	16 774 959	838 748


Na podstawie ustawy o Funduszu Medycznym, w 2021 roku NFZ powinien zatem przeznaczyć dodatkowo 656 mln zł na finansowanie dotychczas nier refundowanych leków. Gdyby założyć, że na refundację leków (Całkowity Budżet Refundacyjny) przeznaczanych jest 17 proc. kosztów świadczeń NFZ, byłoby to ponad 838 mln zł, czyli o 182 mln więcej.

18 Ustawa o funduszu medycznym, Dz.U.2020.1875, <https://dziennikustaw.gov.pl/D2020000187501.pdf>

19 Ustawa z dnia 12 maja 2011 r.o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U.2020.357

20 CBR - całkowity budżet na refundację

Rekomendacja:

W ustawie o Funduszu  należy doprecyzować, że technologia może być jednocześnie technologią o wysokiej wartości klinicznej i technologią o wysokiej innowacyjności, w przeciwnym razie technologie innowacyjne mogą mieć kłopoty z finansowaniem z puli przeznaczonej na technologie o wysokiej wartości klinicznej.

Należy doprowadzić do tego, aby AOTMiT na przygotowanych wykazach technologii finansowanych przez Fundusz Medyczny umieszczał wszystkie leki spełniające kryteria ustawowe. Należy doprecyzować procedury objęcia ich finansowaniem.

4.2. Źródła zewnętrzne (unijne)

Opracowanie Krajowych Planów Odbudowy²¹ ma być elementem Europejskiego Instrumentu Odbudowy (Recovery and Resilience Facility – RRF), czyli wartego 750 mld euro programu, który jest częścią Wieloletnich Ram Finansowych UE na lata 2021-2027. Polska jest czwartym co do wysokości wypłat beneficjentem tego programu.

Państwa członkowskie UE, w tym Polska, przygotowują KPO na potrzeby realizacji RRF. Plany te zawierają programy reform w obszarze zdrowia dla danego państwa członkowskiego na lata 2021–2023. Przydzielone środki będą służyć wdrażaniu reform i projektów inwestycji publicznych.

Na projekty związane z realizacją krajowego planu Polska ma otrzymać:

- ⦿ 23,1 mld EUR w postaci środków bezzwrotnych na granty
- ⦿ 34,2 mld EUR w postaci ewentualnych pożyczek.

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło 7 projektów działań składających się na plan krajowy:

1. Restrukturyzacja szpitalnictwa, związana z systemowym oddłużeniem, przekształceniami właścicielskimi, konsolidacją sektora, zmianą struktury świadczeń w Polsce, zmianą funkcji (przeprofilowaniem) podmiotów leczniczych, a także zwiększeniem efektywności i jakości procesów zarządczych i nadzoru właścicielskiego.
2. Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych, instytutów badawczych oraz podmiotów leczniczych, w szczególności w zakresie nowoczesnych form kształcenia.
3. Wsparcie działań profilaktycznych, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
4. Transformacja cyfrowa w ochronie zdrowia.
5. Wsparcie krytycznej infrastruktury ochrony zdrowia w kluczowych dziedzinach ze względu na zagrożenia epidemiologiczne, choroby cywilizacyjne oraz sytuację demograficzną (w szczególności choroby zakaźne, onkologia, kardiologia, psychiatria, geriatryka, choroby układu oddechowego).

6. Rozwój badań w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.
7. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych, w tym zapewnienie (przynajmniej częściowej) samowystarczalności Polski, zwiększającej strategiczne bezpieczeństwo państwa.

Trzy spośród nich pozwalają, aby w ich ramach realizować interwencje i inwestycje związane z poprawą dostępności do diagnostyki i leczenia pacjentów z nowotworami, w tym rakiem płuca.

Projekt nr 1: Restrukturyzacja szpitalnictwa, związana z restrukturyzacją finansową, przekształceniami właścicielskimi, konsolidacją sektora, zmianą struktury świadczeń w Polsce, zmianą funkcji (przeprofilowaniem) podmiotów leczniczych, a także zwiększeniem efektywności i jakości procesów zarządczych i nadzoru właścicielskiego.

Ministerstwo Zdrowia uzasadnia jego realizację tym, że zwiększenie sprawności zarządzania oraz wzmocnienie nadzoru przyczynią się do poprawy efektywności. Planowana reforma ma zatem charakter komplementarny i jest związana z niemal wszystkimi działaniami już zrealizowanymi, będącymi w trakcie realizacji lub planowanymi w ochronie zdrowia, między innymi powołaniem Funduszu Medycznego oraz realizacją Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030. W szczególności dotyczy to modernizacji infrastruktury i wyposażenia podmiotów leczniczych oraz poprawy standardu diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory.

W ramach tego projektu możliwe będzie m.in. uzyskanie środków finansowych na utworzenie nowych centrów diagnostycznych w zakresie chorób płuc, zawierających pracownie bronchoskopii i tomografii komputerowej oraz na tworzenie centrów kompetencji w leczeniu raka płuca (Lung Cancer Unit).

Projekt nr 3: Zwiększenie dostępności profilaktyki – powszechne objęcie osób pomiędzy 40. a 65. rokiem życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych.

Według uzasadnienia Ministerstwa Zdrowia, epidemia COVID-19 i związana z nią zmiana stylu życia spowodowały ograniczenie aktywności fizycznej oraz wzrost natężenia stresu, potęgując ryzyko zachorowania na najczęstsze choroby cywilizacyjne, w tym choroby nowotworowe, choroby serca i cukrzycę. Z powodu niskiej zgłaszalności pacjentów wywołanej obawą przed zakażeniem zmniejszyła się liczba świadczeń diagnostycznych, które umożliwiają wczesne wykrycie chorób oraz liczba świadczeń z zakresu profilaktyki zdrowia.

Projekt zakłada wprowadzenie pakietu badań profilaktycznych 40 PLUS, które zapobiegą wystąpieniu chorób lub pozwolą na ich wczesne rozpoznanie i przez to skuteczniejsze leczenie. W ramach tego projektu możliwe będzie zatem sfinansowanie działań profilaktycznych związanych z nowotworem złośliwym płuca.

Projekt nr 5: Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych.

Ma on służyć realizacji projektów, które poprawią funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia z uwzględnieniem aktualnych zagrożeń epidemicznych i sytuacji epidemiologiczno-demograficznej. Obejmie projekty dotyczące krytycznej infrastruktury podmiotów leczniczych, w szczególności w zakresach wynikających z wyzwań epidemiologicznych (m.in. choroby zakaźne, anestezjologia i intensywne terapia), demograficznych (m.in. pediatria, geriatria), a także cywilizacyjnych (m.in. onkologia, kardiologia, psychiatria).

W ramach tego projektu możliwe będzie zatem uzyskanie środków finansowych na utworzenie nowych oddziałów onkologii i poradni onkologicznych, centrów kompetencji w leczeniu raka płuca (Lung Cancer Unit) oraz zakupu aparatury diagnostycznej np. bronchoskopów i tomografów komputerowych.

Rekomendacja:

Potrzebna jest aktywność organizacji pacjentów we współpracy z ośrodkami klinicznymi, aby wykorzystać nowe możliwości uzyskania zewnętrznego finansowania na rozwój infrastruktury, diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory, w tym raka płuca.



5

Organizacja i finansowanie diagnostyki

5.1. Model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów płuca

Z dostępnych danych wynika, że liczba wykonywanych badań diagnostycznych w różnych zakresach i czas oczekiwania pacjentów na ich wykonanie są niedostateczne w stosunku do zapotrzebowania. W dokumencie AOTMiT „Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów płuca²²” i stanowisku Rady Przejrzystości z 2018²³ roku wskazano na większą skuteczność skoordynowanego podejścia wielodyscyplinarnego do terapii raka płuca, w tym skrócenia procesu diagnostycznego, a także poprawy rocznej przeżywalności i poprawy rokowania. Stwierdzono, że zasoby dostępne w systemie są niewystarczające do realizacji modelu zgodnego z założeniami.

Zwrócono również uwagę, że brak jest precyzyjnego oszacowania skutków finansowych proponowanych zmian dla płatnika publicznego. Według analizy AOTMiT należy spodziewać się zwiększenia kosztów w związku ze zmianą ścieżek diagnostycznych i przechodzeniem pacjentów do leczenia w ośrodkach Lung Cancer Unit, określonych w dokumencie Krajowa Sieć Onkologiczna jako centra doskonałości²⁴. Wzrost nakładów będzie także wynikał z konieczności zbudowania systemu monitorującego i nadzorującego nowy model opieki.

Według analizy AOTMiT „Proces diagnozowania raka płuca w Polsce jest rozproszony pomiędzy ośrodkami pulmonologicznymi, torakochirurgicznymi i onkologicznymi. Raka płuca rozpoznaje się głównie w ośrodkach pulmonologicznych posiadających oddziały pulmonologiczne z pracownikami endoskopii układu oddechowego, pracownikami badań czynnościowych płuc oraz poradniami przyszpitalnymi. Oddziały torakochirurgiczne z poradniami przyszpitalnymi umiejscowione są z reguły w ośrodkach pulmonologicznych, co umożliwi różnoczasową realizację procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Jedynie kilka oddziałów torakochirurgicznych mieści się w ośrodkach onkologicznych”.

W przypadku nowotworów płuca najistotniejszym elementem jest szybkość rozpoznania choroby. Opóźnione rozpoznanie raka płuca należy do głównych przyczyn niepowodzenia terapii. Jednym z powodów opóźnień w procesie diagnostycznym na poziomie lekarza rodzinnego może być zbyt rzadkie wykonywanie zdjęć radiologicznych klatki piersiowej. Może to wynikać ze sposobu finansowania diagnostyki obrazowej w POZ, która jest finansowana w ramach stawki kapitałowej.

Kolejnym elementem wydłużającym czas diagnozy jest długi okres oczekiwania na wizytę u lekarza pulmonologa oraz na wykonanie tomografii komputerowej. Badanie bronchofiberoskopowe jest wykonywane w szpitalach pulmonologicznych. Część pracowni bronchofiberoskopowych wymaga wymiany sprzętu i wyposażenia. Zbyt

22 Raport AOTMiT „Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów płuca”:
https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/089/RPT/2018.12.14_WS.434.4.2018_RAPORT_LCU_BIP.pdf

23 Opinia Rady Przejrzystości AOTMiT:
https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/057/REK/RP_130_2018_zmiana_TM_rak_p%C5%82uca_MKP.pdf

24 Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej, tom 1, 2018

długie oczekiwanie na wyniki badań patomorfologicznych, spowodowane między innymi małą liczbą patomorfologów w kraju i znacznym niedoszacowaniem tych badań, dodatkowo wydłuża czas do rozpoczęcia leczenia.

Rekomendacja:

Należy przywrócić publiczne finansowanie i poprawić dostępność populacyjnych programów badań przesiewowych z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej, która umożliwi wykrywanie choroby we wcześniejszym stadium, tym samym zwiększając szanse na skuteczniejsze leczenie.

Lekarze POZ powinni przeprowadzać wstępne rozpoznanie (wywiad) i zlecać podstawowe badania diagnostyczne, które mogą być podstawą do dalszej pogłębionej diagnostyki i skorzystania z szybkiej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej. Na podstawie karty DiLO pacjent będzie miał priorytet w uzyskaniu konsultacji i dalszych badań w ośrodkach pulmonologicznych i onkologicznych.

Należy niezwłocznie wdrożyć model koordynowanej opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO).

5.2. Możliwości usprawnienia procesów diagnostyczno-leczniczych (rak płuca) w podstawowej opiece zdrowotnej

Postępowanie diagnostyczne w każdym nowotworze obejmuje ustalenie rozpoznania i określenie stopnia zaawansowania choroby. Zawsze jednak podstawowymi badaniami są badania podmiotowe i przedmiotowe. Rak płuca należy do nowotworów, w których objawy zwykle występują późno, stąd uważne przeprowadzenie tych badań jest kluczowe dla podjęcia dalszej diagnostyki i rozpoznania bądź wykluczenia choroby. Jest to ważne również dlatego, że badanie takie może (powinien) przeprowadzić każdy lekarz, praktycznie w ramach porady każdego rodzaju, w każdym z kontraktowanych przez NFZ zakresów, a także poza zakresem świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Świadczenia w zakresie POZ finansowane są kapitulacyjną stawką roczną albo kwotą wyliczoną na podstawie ceny jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia lub przewozu) – w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę”. Od 1 października 2020 roku roczna stawka kapitulacyjna wynosi 171 zł, a w przypadku posiadania certyfikatu akredytacyjnego jest to 172,56 zł.

W trakcie procesu diagnostyki i leczenia lekarz POZ, stosownie do stanu zdrowia i problemu zdrowotnego pacjenta, wykonuje niezbędne badania diagnostyczne spośród wymienionych w wykazie, w części IV załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ. Wśród tych badań znajduje się zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej.

Rekomendacja:

Należy zmienić sposób finansowania zdjęcia klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej ze stawki kapitałowej do puli świadczeń finansowanych według ceny jednostki rozliczeniowej. Powinno to doprowadzić do zwiększenia liczby wykonywanych podstawowych badań radiologicznych, które stanowią pierwszy krok w diagnostyce nowotworów płuca.

Wśród świadczeń finansowanych w POZ znajduje się „świadczenie lekarza POZ związane z wydaniem karty DiLO”, sprawozdawane jako porada i wycenione na 50 zł. Karta powinna być wydana w każdym przypadku, jeśli postępowanie diagnostyczne wykazuje prawdopodobieństwo podejrzenia nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego (zgodnie z art. 32a ust. 1 i 4 ustawy).

Wystawienie karty DiLO jest obowiązkiem lekarza podejrzewającego nowotwór płuca na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wykonanych badań dodatkowych, będących w jego kompetencjach. Wystawienie karty DiLO jest o tyle ważne, że wymusza na świadczeniodawcach zachowanie odpowiednich terminów.

Reżim czasowy decyduje o sprawności przebiegu procesu diagnostycznego, a także o możliwości uzyskania zapłaty za terminowość realizacji leczenia.

Rekomendacja:

Należy wprowadzić zasadę wyplatania lekarzom POZ oraz innym podmiotom leczniczym premii finansowych za trafne wystawienie kart DiLO. Premie mogą być wyliczane m.in. za odpowiednio wysoki odsetek potwierdzonych rozpoznań. Można też dodatkowo nagradzać np. 20 proc. indywidualnych lekarzy lub podmiotów leczniczych o najwyższym odsetku potwierdzonych rozpoznań u pacjentów z założoną kartą DiLO. Mechanizm nagradzania powinien być jednocześnie tak skonstruowany, aby lekarze nie obawiali się wystawiania zbyt dużej liczby kart. Do sfinansowania tych premii można wykorzystać środki Funduszu Medycznego.

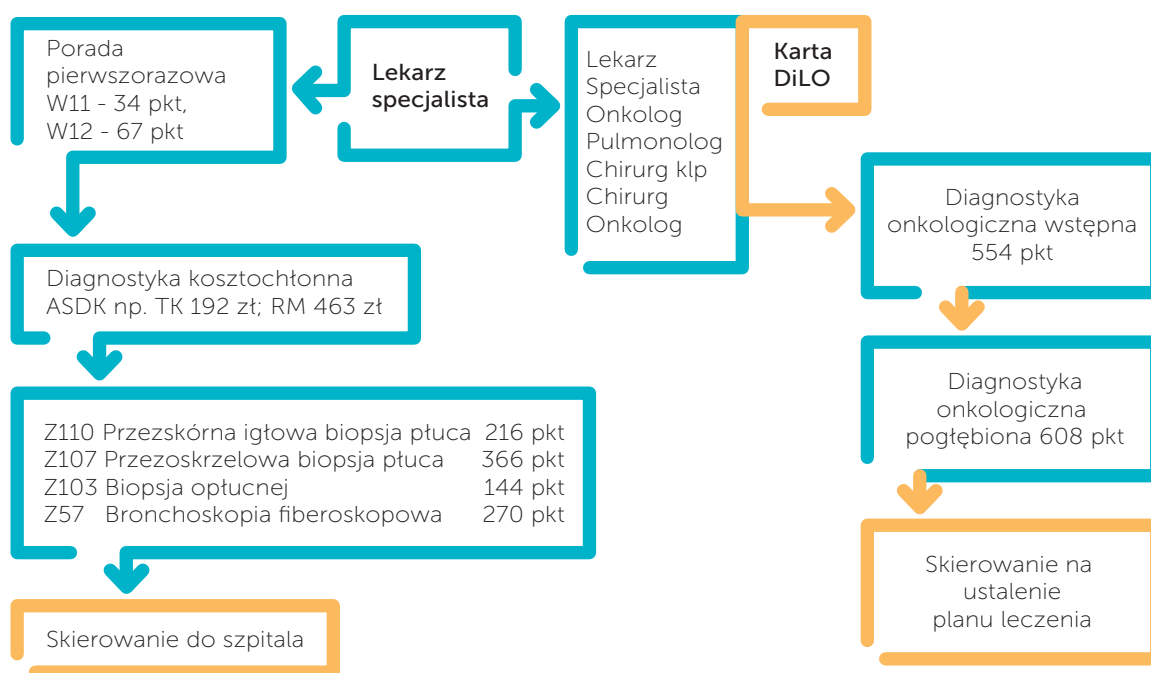
Wśród lekarzy POZ należy promować zasadę, że najpierw powinni wykluczyć nowotwór, w tym celu zlecając wstępną diagnostykę. Może w tym pomóc zmiana modelu finansowania badań diagnostycznych jak. RTG klatki piersiowej, niskodawkowa tomografia (mechanizm opisany powyżej).



5.3. Modyfikacje katalogu finansowanych procedur diagnostycznych

Na potrzeby procesu diagnostycznego raka płuca wyodrębniono specjalne produkty rozliczeniowe przypisane zakresom: onkologia, pulmonologia, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia onkologiczna.

Rys. 7. Schemat finansowania diagnostyki w kierunku raka płuca w AOS²⁵



Według aktualnych przepisów z poziomu AOS nie jest możliwe zlecenie badania molekularnego pobranego materiału. Możliwe jest jedynie zlecenie badania materiału „archiwalnego”. Jest to niekonsekwencja w finansowaniu świadczeń, skoro dążeniem jest przeniesienie diagnostyki ze szpitala do ambulatorium.

Rekomendacja:

Należy poszerzyć możliwości wykonania badań diagnostycznych prowadzących do uzyskania wyniku histopatologicznego – umożliwić zlecenie badań molekularnych w sposób jak najbardziej kompleksowy z poziomu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W oczekiwaniu na efekty pilotażu diagnostyki patomorfologicznej należy przypisać badania immunohistochemiczne (PD-L1) do grupy badań genetycznych zaawansowanych. Obecny sposób finansowania powoduje ograniczenia w dostępie do tych badań u pacjentów leczonych w szpitalach, które nie realizują programów lekowych oraz w przypadku negatywnego wyniku badania (nie jest rozliczane).

5.4. Modyfikacja wycen pakietów diagnostycznych

Obecny poziom finansowania pakietów diagnostycznych w onkologii motywuje świadczeniodawców do prowadzenia badań w szpitalu. Należy założyć, że przynajmniej część pacjentów mogłaby przejść przez proces diagnostyczny na poziomie ambulatoryjnym, co ma szczególne znaczenie w warunkach nadzwyczajnego obciążenia szpitali w czasie pandemii.

Pakiety dostępne w AOS są wycenione o wiele niżej niż procedura JGP realizowana w szpitalu:

- ⊙ Diagnostyka onkologiczna wstępna AOS – 554 pkt
- ⊙ Diagnostyka onkologiczna pogłębiona AOS – 608 pkt
- ⊙ Z01 – Kompleksowa diagnostyka onkologiczna (szpital) – 3 517 pkt

Zakładając, że do ustalenia rozpoznania potrzebne są te same badania, istniejące różnice wyceny w połączeniu z wyjątkową możliwością zlecenia badań molekularnych, zachęcają świadczeniodawców do prowadzenia diagnostyki w szpitalu.

Rekomendacja:

Należy zweryfikować (podnieść) wycenę pakietów diagnostycznych w kierunku wykrywania choroby nowotworowej w ramach AOS.



5.5. Włączanie nowych metod diagnostycznych do finansowania systemowego

Kompleksowe profilowanie genomowe jest dziś w Polsce możliwe, ale nie jest refundowane. NFZ finansuje badania molekularne jedynie w trzech wariantach – podstawowym, złożonym i zaawansowanym. Oznaczenie izolowanego genu nie jest już najnowocześniejszym orężem w diagnostyce nowotworowej. Istniejące technologie pozwalają na jednoczesne oznaczenie nawet kilkuset możliwych zmian w genomie.

Możliwości zestawów są stale powiększane. W ślad za ich rozwojem postępuje analiza dużych zbiorów danych, tzw. Big Data. Istnieje możliwość zbadania występowania mutacji, których rola w powstawaniu konkretnych typów nowotworów jest udowodniona i uzyskanie odpowiedzi, czy dany pacjent, z racji swojej kompozycji genomowej, będzie podatny na leczenie tym czy innym lekiem. Tak zaawansowana diagnostyka już jest finansowana w niektórych krajach w ramach publicznych systemów opieki.

Rekomendacja:

Istnieje potrzeba stworzenia modelu systemowego finansowania nowych metod diagnostycznych.

Konieczne jest upowszechnienie diagnostyki molekularnej. Pierwszym krokiem powinno być opracowanie nowego katalogu wykonywanych procedur, które zostaną objęte finansowaniem, ponieważ prowadzą do zastosowania dostępnych w praktyce klinicznej skutecznych terapii.

Należy także poszerzać zakres wykonywanych badań molekularnych w poszczególnych nowotworach, aby na ich podstawie, łącznie z badaniami patomorfologicznymi, dopasowywać rodzaj terapii do typu choroby.

Rozliczanie diagnostyki przez szpitale powinno zostać oparte o pakiety. Należy tworzyć zestawy badań, rozliczane pakietowo pod warunkiem wykonania pełnej listy badań zgodnie ze wskazaniem medycznym. W ich skład powinna wchodzić także diagnostyka molekularna.

Należy umożliwić finansowanie badań molekularnych i immunohistochemicznych na poziomie AOS i opieki szpitalnej, także zanim pacjent zostanie włączony do programu lekowego – wynik badania jest bowiem wskazaniem do zastosowania konkretnego leczenia onkologicznego (systemowego, celowanego lub immunologicznego). W przypadku pacjentów włączonych do programu lekowego – wszystkie badania diagnostyczne i kontrolne (w tym badania molekularne) powinny być refundowane. Dostępność badań diagnostycznych daje gwarancję prawidłowego leczenia, monitoringu jego skuteczności i dalszych rokowań. Wyniki badań molekularnych pozwalają zarówno włączyć skuteczne w danym przypadku leczenie, jak również są wskazaniem do zaprzestania lub zmiany terapii w przypadku braku odpowiedzi lub progresji choroby.

W przypadku nowotworów występujących rodzinnie należy finansować diagnostykę genetyczną w ocenie ryzyka zachorowania na nowotwór.

5.6. Organizacja diagnostyki molekularnej

Opublikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w listopadzie 2020 roku dane pokazują, że w 2019 roku rozliczono ok. 11 tys. badań molekularnych w 4 wiodących typach nowotworów (jelita grubego, płuca, jajnika i czerniaku). Tymczasem według Krajowego Rejestru Nowotworów zapadalność w tych czterech typach nowotworów wyniosła (2018 rok) w sumie około 40 tys. (rak płuca – 21226, rak jelita grubego – 11012, rak jajnika – 3734, czerniak – 3698).²⁶ W raku płuca wykonano jedynie około 4 tys. badań molekularnych. Liczba wykonywanych w Polsce badań molekularnych jest zatem nieadekwatna do liczby zdiagnozowanych i leczonych pacjentów.

Rekomendacja:

Organizacja diagnostyki molekularnej powinna zostać zmieniona w kierunku utworzenia sieci laboratoriów powiązanych z ośrodkami koordynującymi Krajowej Sieci Onkologicznej. Każdy tworzony ośrodek specjalistyczny (Lung Cancer Unit) powinien prowadzić laboratorium badające biomarkery predykcyjne.

Laboratoria powinny być wynagradzane ryczałtowo, tak aby nie obniżały jakości wykonywanych badań w poszukiwaniu oszczędności czy zysku. Do rozważenia jest wprowadzenie francuskiego modelu organizacyjnego, w którym działa sieć publicznych laboratoriów, wynagradzanych ryczałtowo i działających na zasadach non-profit.

Należy wprowadzić obowiązek wykonania pakietu badań diagnostycznych do rozliczenia świadczeń z programów lekowych – pacjent włączony do programu lekowego powinien mieć wykonane badania patomorfologiczne i molekularne.

Ośrodki medyczne mające kontrakt na program lekowy powinny być przygotowane pod względem organizacji i infrastruktury (własne laboratorium lub umowa z laboratorium zewnętrznym) na wykonanie niezbędnych badań patomorfologicznych i molekularnych.

Do rozważenia jest wprowadzenie maksymalnego czasu na wykonanie i uzyskanie wyniku badania molekularnego.



²⁶ Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku, Krajowy Rejestr Nowotworów: http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf



Organizacja i finansowanie kompleksowej opieki onkologicznej

6.1. Specjalistyczne ośrodki diagnostyki i leczenia

W maju 2018 roku Ministerstwo Zdrowia zleciło AOTMiT opracowanie rozwiązań w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej dla nowotworów narządowych, tj. raka piersi, raka płuca²⁷, raka jelita grubego, raka prostaty, ginekologii onkologicznej. W lutym 2019 roku rozszerzono zakres zlecenia o wypracowanie rozwiązań w zakresie świadczeń hematoonkologicznych, a w styczniu 2020 roku zlecenie rozszerzono także o wypracowanie analogicznych rozwiązań we wskazaniu: rak pęcherza moczowego i przeanalizowanie zasadności wdrożenia kompleksowej opieki w raku nerki.

Obecnie postępuje (powoli) tworzenie lub wydzielanie specjalistycznych centrów, w których ma być prowadzone kompleksowe leczenie raka piersi. Natomiast tworzenie specjalistycznych centrów leczenia raka płuc (Lung Cancer Unit) mimo zapowiedzi ze strony decydentów, nie weszło w fazę realizacji. Według ekspertów, główną osią sporu co do ostatecznego kształtu modelu kompleksowej opieki był wymóg posiadania oddziału torakochirurgicznego w strukturze podmiotu, który miałby być centrum kompetencji.

W przypadku nowotworu płuc jednym z problemów jest rozproszenie bazy. Szpitale pulmonologiczne lub oddziały pulmonologiczne nie zawsze mają warunki do prowadzenia leczenia onkologicznego. Nie wszystkie centra onkologii dysponują natomiast oddziałami torakochirurgicznymi. Przyjmując, że w Polsce pojawia się ponad 20 tys. pacjentów rocznie, istnieje obawa, że zasoby są niewystarczające, aby wszystkie przypadki zachorowań objąć opieką koordynowaną.

Należy pamiętać o tym, że baza pulmonologiczna pierwotnie była budowana pod inne zadania – przede wszystkim nastawiona na zwalczanie gruźlicy. Jej infrastruktura i wyposażenie są niedopasowane do nowych wyzwań. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, założenia Narodowej Strategii Onkologicznej²⁸, a także ustawa o Funduszu Medycznym przewidują nakłady inwestycyjne na unowocześnienie infrastruktury.

Warto rozważyć, czy aktualnie dostępne środki inwestycyjne należałoby skoncentrować i przeznaczyć na budowę od podstaw nowych ośrodków narządowych. Oprócz uzyskania w ten sposób nowoczesnej, dostosowanej do zadań bazy, dałoby to możliwość wdrożenia nowych modeli organizacyjnych i zatrudnienia wyselekcjonowanej kadry.

27 Opracowanie AOTMiT
https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/089/RPT/2018.12.14_WS.434.4.2018_RAPORT_LCU_BIP.pdf

28 Narodowa Strategia Onkologiczna:
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso>

Rekomendacja:

Diagnostyka i leczenie chorych na raka płuca wymaga postępowania wielodyscyplinarnego i powinno odbywać się w wyspecjalizowanych ośrodkach. Należy jak najszybciej rozpocząć tworzenie centrów Lung Cancer Unit. Powinny one posiadać zarówno odpowiednie doświadczenie w leczeniu nowotworów płuca, jak również wyposażenie w sprzęt diagnostyczny umożliwiający jak najszybsze oraz jak najdokładniejsze postawienie właściwej diagnozy.

6.2. Jakość i koordynacja opieki nad pacjentem onkologicznym

W opracowaniu AOTMiT prezentującym model diagnostyki i leczenia chorych na raka płuca²⁹, który obejmuje możliwe wszystkie rodzaje kontaktów pacjenta z przedstawicielami systemu ochrony zdrowia (począwszy od pierwszego kontaktu do zakończenia terapii personalizowanej), określono tzw. „krytyczną ścieżkę leczenia”. Obejmuje ona wszystkie możliwe skierowania i wizyty lekarskie u lekarza POZ oraz lekarzy specjalistów (onkologa, pulmonologa i torakochirurga), wszystkie skierowania na badania oraz ponowne wizyty u lekarzy kierujących.

Analizowany czas oczekiwania na pierwszą wizytę u lekarza specjalisty wahał się od 1 do 120 dni, a czas wykonania i uzyskania wyników badań zleconych przez lekarza od 1 do 62 dni. Pełna krytyczna ścieżka leczenia chorego na raka płuca może zawierać się w granicach od 56 do 420 dni dla dwóch wizyt u trzech lekarzy specjalistów (średnio 210 dni). W opracowaniu zwrócono uwagę na zbyt długi czas diagnostyki raka płuca i brak koordynacji działań w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Lekarze specjaliści często nie mają dostępu do informacji o pacjencie ani do wyników badań przeprowadzanych przez poprzednich lekarzy. Oznacza to konieczność powtarzania czynności diagnostycznych, a co za tym idzie, dalsze wydłużanie procesu i niepotrzebne podwyższanie kosztów po stronie płatnika.

Nieefektywny screening i brak koordynacji świadczeń na ścieżce diagnostycznej pacjenta stanowi podstawową przeszkodę podniesienia jakości i skuteczności leczenia. Istotnym problemem jest również słabe identyfikowanie i niska skłonność do przestrzegania standardów diagnostyczno-terapeutycznych, a także niska znajomość mechanizmów finansowania poszczególnych świadczeń.

Skuteczny proces opieki wymaga koordynacji działań diagnostyczno-terapeutycznych, zarówno pomiędzy podmiotami na linii POZ-AOS-szpital, jak i koordynacji wewnątrz podmiotów. Niestety, w przeważającej liczbie przypadków proces przebiega w sposób nieoptymalny, czego najczęstszym przejawem są opóźnienia w diagnostyce i leczeniu.

Warunkiem tworzenia modelu opieki kompleksowej nad pacjentem z chorobą nowotworową jest określenie standardu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

W odniesieniu do raka płuca standard został zaktualizowany w maju 2019 roku, z chwilą opublikowania „Wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego – Nowotwory płuca i opłucnej oraz śródpiersia”.

We wnioskach raportu opracowanego przez EY w kwietniu 2014 r. na zlecenie Fundacji Onkologia 2025 („Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach”) wskazano mechanizmy, które zapewniają wysoką jakość świadczeń przy jednoczesnym efektywnym wykorzystaniu środków finansowych:

1. Realizacja większej części leczenia w trybie ambulatoryjnym, zmniejszanie udziału leczenia szpitalnego na rzecz opieki dziennej i domowej (w Norwegii i Anglii udział leczenia szpitalnego w wydatkach na opiekę onkologiczną Wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego – Nowotwory płuca i opłucnej oraz śródpiersia to odpowiednio 59 proc. i 58 proc.).
2. Działanie wyspecjalizowanych centrów onkologicznych, które zajmują się prowadzeniem badań naukowych i klinicznych, leczeniem nowotworów rzadkich oraz stosowaniem najdroższych technologii terapeutycznych.
3. Funkcjonowanie multidyscyplinarnych zespołów specjalistów (chemioterapeutów, radioterapeutów, chirurgów onkologów, jak również lekarzy diagnostów Wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego – Nowotwory płuca i opłucnej oraz śródpiersia – radiologów i patologów) w ramach jednego podmiotu lub sieci świadczeniodawców, które określają proces leczenia pacjenta.
4. Wprowadzenie skoordynowanej ścieżki pacjenta onkologicznego, w której centralne miejsce zajmuje pacjent i jego potrzeby zdrowotne. Ścieżka uwzględnia współpracę wszystkich elementów systemu opieki onkologicznej (od profilaktyki przez diagnostykę i leczenie, aż po opiekę po zakończeniu leczenia) oraz procedury dla wszystkich etapów terapii, integrując współpracę wielu podmiotów.
5. Działanie koordynatorów jako osób kontaktowych i prowadzących pacjentów onkologicznych przez cały proces leczenia.

Wszystkie wymienione mechanizmy są zawarte w założeniach Krajowej Sieci Onkologicznej. Trwający od 2019 roku pilotaż, który miał sprawdzić jej założenia i poprzedzić wprowadzenie krajowej sieci ośrodków onkologicznych został wydłużony o rok – do końca 2021 roku. Dane zbierane i raportowane przez wojewódzkie ośrodki koordynujące wskazują jednoznacznie, że przyjęte w pilotażu rozwiązania sprawdziły się w praktyce i przynoszą dobre rezultaty w postaci podwyższenia jakości świadczeń onkologicznych, lepszej koordynacji, poprawy skuteczności i bezpieczeństwa leczenia. Są one także pozytywnie oceniane przez pacjentów, objętych leczeniem w ramach pilotażu.

Rekomendacja:

Na podstawie dotychczasowych wyników pilotażu KSO oraz w obliczu narastających wyzwań dla opieki onkologicznej związanych z trwającą pandemią, należy zakończyć pilotaż i przystąpić do tworzenia Krajowej Sieci Onkologicznej na terenie całej Polski.

Rekomendacja ta jest spójna z zapowiedziami resortu zdrowia odnośnie wdrożenia KSO w całym kraju od stycznia 2022 roku. Obecnie trwają prace nad ustawą, która ureguluje kwestie sieci. W konsultacje nad kształtem ustawy powinny zostać włączone środowiska medyczne i pacjenckie.



Dostęp do terapii lekowych w leczeniu nowotworów

7.1. Nowe źródła finansowania leków onkologicznych

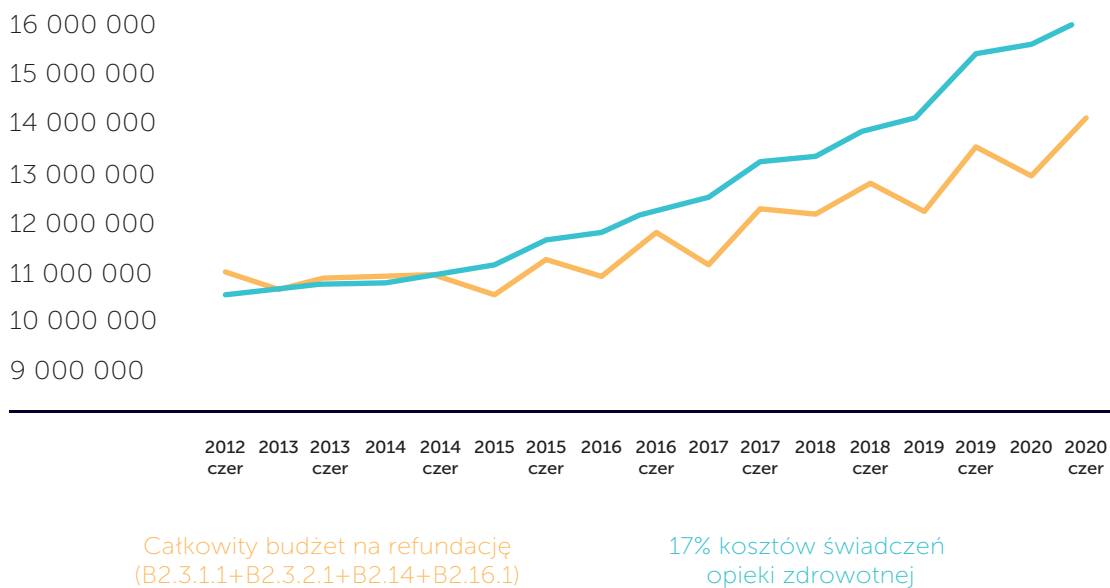
Dostęp do nowoczesnych terapii lekowych w leczeniu nowotworów jest uwarunkowany poziomem nakładów na refundację. Zwiększenie finansowania nowych terapii, czyli zwiększenie puli środków przeznaczonych na ten cel, jest możliwe w świetle obowiązujących przepisów. Można to osiągnąć, ustalając wielkość całkowitego budżetu na refundację (CBR) na 17 proc. wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej, co dałoby około 2 mld. złotych więcej na technologie lekowe.

Zgodnie z ustawą refundacyjną całkowity budżet na refundację stanowi do 17 proc. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Warto przypomnieć, że w pierwotnym projekcie ustawy był zapis o przeznaczaniu na refundację dokładnie 17 proc. kosztów. Od 2014 roku różnica pomiędzy możliwą wysokością CBR a rzeczywistym poziomem wydatków na refundację wzrasta, chociaż jednocześnie zwiększa się kwota CBR.

Rys. 8. Całkowity budżet na refundację a realizacja progu 17%

Plan finansowy NFZ na rok	Całkowity budżet na refundację	17% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej	Różnica
2012 ost.	10 901 083	10 566 120	-334 963
2013	10 674 588	10 705 699	31 111
2013 ost.	10 901 083	10 749 242	-151 841
2014	10 901 083	10 775 892	-125 191
2014 ost.	10 901 083	10 967 923	66 840
2015	10 636 028	11 060 504	424 476
2015 ost.	11 280 853	11 641 769	360 916
2016	10 845 486	11 815 657	970 171
2016 ost.	11 728 729	12 191 405	462 676
2017	11 141 844	12 530 188	1 388 344
2017 ost.	12 300 800	13 202 109	901 309
2018	12 169 361	12 772 506	603 145
2018 ost.	12 772 506	13 916 886	1 144 380
2019	12 221 251	14 221 747	2 000 496
2019 ost.	13 513 855	15 493 163	1 979 308
2020	12 941 490	15 554 183	2 612 693
2020 listopad	13 081 225	16 092 518	3 011 293

Rys. 9. Całkowity Budżet na Refundację w latach 2012-2021



Z aktualnego planu finansowego NFZ na 2020 rok³⁰ wynika, że nakłady na refundację leków mogłyby być o ponad 2 mld. złotych wyższe.

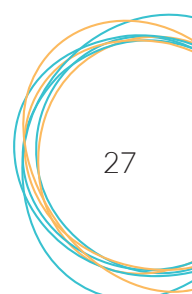
W dokumencie „Polityka Lekowa Państwa na lata 2018-2022”³¹ w rozdziale 4.4. o finansowaniu leków ze środków publicznych jest napisane: „W przyszłości całkowity budżet na refundację może ulec zwiększeniu, ponieważ planowane jest zwiększenie środków publicznych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia do poziomu 6 proc. PKB oraz określenie faktycznego budżetu na refundację na stałym poziomie 16,5–17,0 proc. wydatków na finansowanie ochrony zdrowia przy uwzględnieniu wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na refundację leków w aptece, programach lekowych oraz chemioterapii, a także wydatków Ministra Zdrowia na leki nabywane centralnie w ramach programów zdrowotnych”.

Dotychczas zapisy Polityki lekowej nie zostały wypełnione. Spełnienie tego postulatu jest podstawowym warunkiem zwiększenia dostępności do nowych technologii lekowych i przejrzystego działania systemu refundacyjnego. Stworzyłoby również ministrowi zdrowia możliwość bardziej racjonalnego podejmowania decyzji refundacyjnych. W obecnej sytuacji, gdy wysokość CBR de facto określa prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przygotowując plan finansowy funduszu, minister nie może w pełni wykorzystywać swoich kompetencji do decydowania o podziale wzrostu środków na refundację.

Dodatkowo CBR, który pierwotnie określono dziesięć lat temu, jest systematycznie dociążany kolejnymi zadaniami. W 2017 roku do CBR doszedł Ratunkowy Dostęp do Technologii Lekowych, który został wprowadzony do ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Dopisano wówczas art. 17a i w ten sposób RDTL spełnił definicję CBR, gdzie jest mowa o lekach, których dotyczą punkty od 16 do 18. Zgodnie z ustawami o świadczeniach i o refundacji może on być więc formalnie zaliczony do CBR.

30 Ostateczny Plan Finansowy NFZ na rok 2020: https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/finanse_nfz/2021/ostateczny_plan_finansowy_za_2020_rok_-_po_stanowisku_mf.xlsx

31 Polityka Lekowa Państwa na lata 2018-2022: <https://www.gov.pl/attachment/bb36ad25-4342-4000-bfaa-64004c64a62c>



Kolejne zmiany wynikają z aktu prawnego niższego rzędu, jakim jest rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, które określa strukturę planu finansowego, nowelizowane 22 września 2020 roku³². Nowelizacja określa nową strukturę planu finansowego.

W kontekście CBR jest w nim mowa o lekach objętych programami lekowymi, stosowanych w chemioterapii, dostępnych w refundacji aptecznej, o RDTL, rezerwie na CBR, ale uwidoczniło jeszcze dwie pozycje: dofinansowanie do leków dla pacjentów 75+ oraz koszty leków dla kobiet w ciąży.

O ile pierwsza jest konsekwencją zmiany źródła finansowania przedmiotowego zadania dokonanej przepisem art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 13 lutego 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2020 r. (i dotyczy wyłącznie 2020 r.), to trudno znaleźć podstawę do umieszczenia w CBR dopłat do leków dla ciężarnych.

Dopłaty do leków dla pacjentów 75+, które wynosiły początkowo 125 mln zł, w 2021 roku szacuje się na poziomie 953 mln. Ta dopłata nie jest systemową refundacją, ale świadczeniem innego rodzaju i powinna być dodatkowo finansowana z budżetu państwa.

Nie powinna być klasyfikowana jako część CBR w rozumieniu ustawy o refundacji, ale stanowić odrębną pozycję w ustawie o świadczeniach, jako innego rodzaju zobowiązanie, które nie wchodzi w refundację.

W efekcie opisanych zmian całkowity budżet na refundację jest o 2,6 mld zł mniejszy niż 17 proc., a dodatkowo dodano do niego zadanie, które kosztuje prawie miliard. Ustawa z dnia 13 lutego 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2020 stanowi, że dopłaty mają być finansowane przez NFZ wyłącznie w roku 2020. Istnieje jednak obawa, czy to rozwiązanie nie utrwali się. Byłoby to bardzo niekorzystne dla włączania do refundacji nowych terapii. I jakkolwiek w planie NFZ na rok 2021 znajduje się dotacja budżetowa na pokrycie kosztów dofinansowania leków dla osób 75+ i kobiet w ciąży, to zaliczając te dopłaty do CBR, w efekcie otrzymujemy budżet „netto” na refundację leków niższy (o blisko 1 mld zł).

Rekomendacja:

Ponieważ próg 17 proc. przeznaczanych na refundację został określony w momencie uchwalania ustawy na podstawie danych historycznych, nie odzwierciedlających realnych uwarunkowań i potrzeb, należy na nowo przemyśleć ten mechanizm i jego wartość, szczególnie w kontekście wyzwań i potrzeb, jakie uwidoczniła pandemia koronawirusa. Potrzebne jest rozpoczęcie dyskusji nad obecnym poziomem finansowania.

Jednocześnie należy zmodyfikować wewnętrzne mechanizmy budżetowe Narodowego Funduszu Zdrowia. Środki pochodzące z narzędzi dzielenia ryzyka, wpłacane przez firmy farmaceutyczne, powinny trafiać do CBR. Jest to znacząca kwota o wysokości 200–300 mln zł rocznie. Niewykorzystane w danym roku środki, zaplanowane w ramach CBR, powinny powiększać wydatki na refundację w roku następnym.

³² Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 16 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, Dz.U. 2020 poz. 1625: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200001625>

Rekomendacja cd.:

Mechanizmy finansowe NFZ powinny umożliwić zawieranie narzędzi dzielenia ryzyka oparte o odroczony w czasie efekt zdrowotny. Należy dostosować mechanizm tworzenia i realizowania planu finansowego w taki sposób, aby możliwe było tworzenie rezerw na rozliczenie narzędzi dzielenia ryzyka w perspektywie kilku lat, jeżeli są oparte o odroczony w czasie efekt zdrowotny.

7.2. Obejmowanie refundacją nowych terapii lekowych

Intensywny rozwój technologii lekowych powoduje, że każdego roku Europejska Agencja Leków oraz amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków rejestrują kilkadziesiąt nowych cząsteczek, spośród których średnio jedna trzecia przeznaczona jest do leczenia nowotworów. Każdy nowy lek rodzi nadzieje na postęp w leczeniu, chociaż ich praktyczna skuteczność w porównaniu do wcześniej stosowanych terapii jest bardzo zróżnicowana. Liczba nowych leków onkologicznych obejmowanych refundacją w Polsce przyspieszyła w ostatnich latach, ale nadal przybywa ich wolniej niż EMA rejestruje nowe terapie.

Rekomendacja:

Aby skuteczniej leczyć chorych na nowotwory najnowszymi terapiami konieczne jest stworzenie mechanizmu służącego ustalaniu, który z nowych leków bądź nowych wskazań danego leku stanowi istotny przełom w leczeniu. Leki bądź wskazania, które przynoszą największą wartość dodaną w leczeniu chorych na nowotwory, powinny być obejmowane refundacją jak najszybciej.

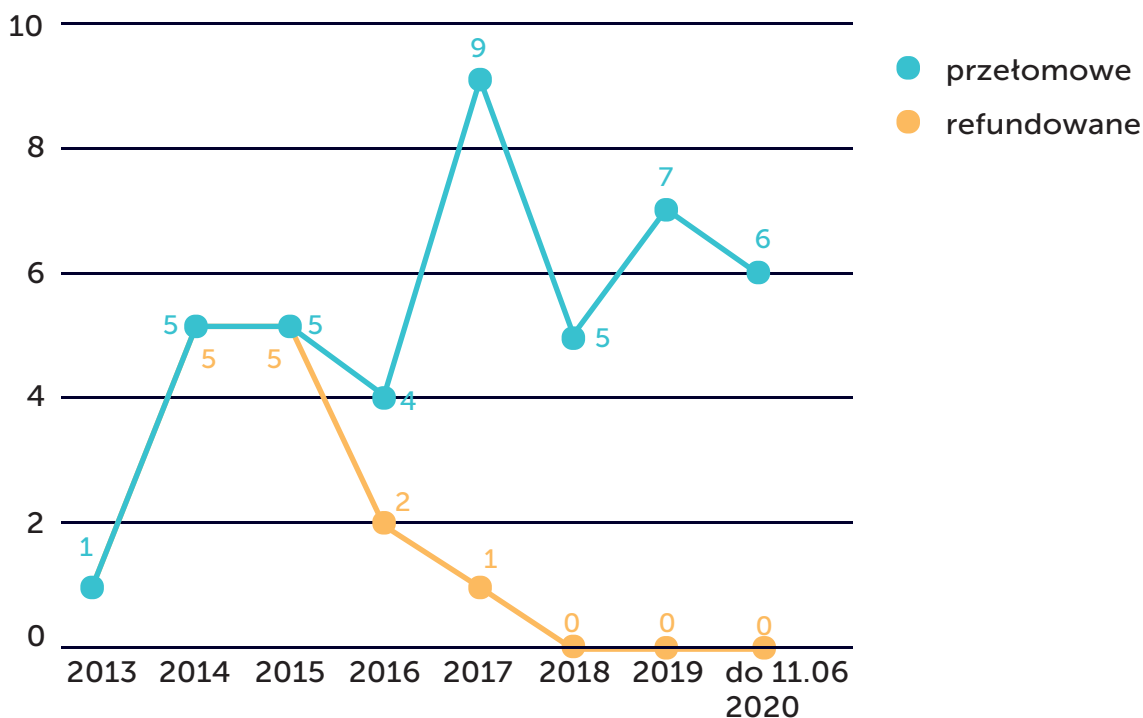
W systemie oceny, negocjacji i refundacji nowych leków bądź nowych wskazań danego leku należy utworzyć szybką ścieżkę refundacyjną dla przełomowych terapii. Jednocześnie należy dążyć do systematycznego poszerzania grupy leczonych pacjentów poprzez modyfikację kryteriów włączenia do programu zgodnie z ChPL i aktualną wiedzą medyczną (standardy kliniczne).

Wybór terapii, którym przysługuje szybka ścieżka refundacyjna, powinien opierać się na analizach prowadzonych przez AOTMiT, dotyczących weryfikowania ich wartości dodanej, którą przynoszą pacjentom. Konieczne jest stosowanie algorytmów oceny, uzupełnionych jednocześnie o analizę najnowszych danych klinicznych dotyczących skuteczności terapii, co pozwoli także skrócić czas podejmowania decyzji. Przy wyborze priorytetowych terapii trzeba uwzględnić także nierównomierny rozwój technologii dotyczących poszczególnych typów nowotworów, tak aby wyrównać szanse różnych grup pacjentów. Kryteria oceny powinny obejmować co najmniej:

1. istotność obszaru terapeutycznego, wyrażaną danymi epidemiologicznymi,
2. poziom dotychczasowego zaspokojenia potrzeb pacjentów,

3. rokowania pacjentów na podstawie analizy przeżyć,
4. ocenę leku w algorytmie ESMO (w terapiach guzów litych),
5. ocenę FDA w postaci określenia terapii jako „przetomowej” lub „pierwszej w swojej klasie”.

Rys. 10. Terapie zarejestrowane od 2013 r. przez FDA jako przetomowe a stan refundacji w Polsce (wg stanu na 3. kwartał 2020)



Rekomendacja:

Należy systematycznie poszerzać dostęp coraz większej liczby pacjentów, ze wszystkimi typami raka płuca – jako wiodącego typu choroby nowotworowej – do nowoczesnych leków, w tym ukierunkowanych molekularnie i immuno-kompetentnych, które wydłużają czas przeżycia oraz podnoszą jakość życia pacjentów.

7.3. Organizacja leczenia innowacyjnymi, kosztownymi terapiami

Umowy na realizację nowych programów lekowych są obecnie zawierane w trybie konkursowym. Konkursy ofert na udzielanie świadczeń w programach lekowych powodują niepotrzebne opóźnienia, a często ograniczają dostęp pacjentów do świadczeń gwarantowanych.

W momencie pojawienia się nowego programu lekowego wystarczające byłoby uzupełnianie przez wojewódzkie oddziały NFZ wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia. Zawierają one bowiem informacje o tym, jakie programy realizuje dany szpital. Organizowanie konkursów nie ma uzasadnienia merytorycznego, ponieważ cena jednostki rozliczeniowej nie podlega negocjacom i wynosi 1 zł. Może być ona korygowana współczynnikami, których wysokość jest narzucana przez Fundusz. Już przed ogłoszeniem konkursu NFZ posiada wiedzę, czy świadczeniodawca spełnia warunki udzielania świadczeń, ponieważ zbiera na bieżąco informacje o potencjale każdego szpitala.

Konkursy ofert powodują niepotrzebne opóźnienia, a często ograniczenia dostępności świadczeń gwarantowanych. Co gorsza, zawarcie umowy jest dopiero sygnałem dla świadczeniodawcy do ogłoszenia przetargu na zakup leku objętego programem lekowym. Opóźnienia wynikające ze stosowania ustawy o zamówieniach publicznych, na tym etapie mogą sięgać kilku miesięcy. Warto zwrócić uwagę, że wydając zarządzenia, prezes NFZ nadaje im moc wsteczną. Postępuje w ten sposób, by uniknąć posądzenia o ograniczanie praw pacjenta. Tymczasem w praktyce pacjenci nie mogą realizować swoich uprawnień przez wiele tygodni od momentu opublikowania decyzji o utworzeniu nowego programu.

Ewentualne konkursy ofert powinny być organizowane jedynie w sytuacji, kiedy nie ma zapewnionej pełnej dostępności świadczeń i NFZ chce pozyskać nowych świadczeniodawców. Umowy powinny być zawierane w trybie wnioskowym. Wyłączy to również konieczność opiniowania zarządzeń prezesa NFZ, co nie stanowi ryzyka, skoro w ustalaniu treści programu lekowego bierze udział konsultant krajowy.

Prezesowi Funduszu pozostanie wówczas nadanie świadczeniom odpowiednich kodów rozliczeniowych i określenie wysokości ryczałtu diagnostycznego. Ze wszystkimi kwestiami Departament Gospodarki Lekami NFZ powinien uporać się w 3 dni od publikacji obwieszczenia przez Ministra Zdrowia.

Rekomendacja:

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ, którzy nie prowadzą teraz wielu postępowań – zapewne nie dłużej niż w tydzień uporają się z wnioskami o zawarcie umów ze świadczeniodawcami. W ten sposób będzie szansa na synchronizację terminów zawarcia umów i obowiązywania obwieszczenia refundacyjnego.



Kadry medyczne oraz edukacja

8.1. Liczba lekarzy w specjalnościach kluczowych dla rozpoznawania i leczenia raka płuca

Według oficjalnych europejskich statystyk, w Polsce na tysiąc mieszkańców przypada średnio 2,4 lekarza. Z najnowszego raportu Eurostatu wynika, że to najgorszy wynik w całej Unii Europejskiej. Potwierdza to raport OECD „Health at a Glance 2019”, z którego wynika ponadto, że liczba lekarzy w Polsce nie zwiększa się od prawie 20 lat.

Dla poprawy dostępności oraz jakości diagnostyki i leczenia pacjentów z rakiem płuca bardzo istotne będą zmiany w liczbie lekarzy specjalistów z dziedzin medycyny, które odgrywają kluczową rolę w ścieżce pacjenta.

Poniżej przedstawiono analizę, dotyczącą wymienialności pokoleniowej w specjalizacjach lekarskich: radiologia i diagnostyka obrazowa, anestezjologia i intensywne terapia, onkologia kliniczna, radioterapia onkologiczna, patomorfologia, chirurgia klatki piersiowej, choroby płuc, choroby wewnętrzne. Analiza została opracowana na podstawie danych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych na portalu mapypotrzedzdrowotnych.pl. Wymienialność pokoleniowa jest przedstawiona jako wykazanie różnicy pomiędzy liczbą lekarzy będących w trakcie szkolenia specjalizacyjnego oraz liczbą lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny do 2024 roku.

Rys. 11. Wymienialność pokoleniowa w specjalizacjach lekarskich

Dziedzina	Lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego	Lekarze, którzy osiągną wiek emerytalny do 2024 r.	Różnica
Radiologia i diagnostyka obrazowa	1229	504	725
Anestezjologia i intensywne terapia	1409	1057	352
Onkologia kliniczna	436	119	317
Chirurgia onkologiczna	269	148	121
Medycyna paliatywna	134	72	62
Radioterapia onkologiczna	141	111	30
Patomorfologia	136	115	21
Chirurgia klatki piersiowej	46	53	-7
Choroby płuc	226	666	-440
Choroby wewnętrzne	2536	4801	-2265

Można zaobserwować znaczące różnice pomiędzy specjalizacjami i sformułować istotne prognozy w zakresie poszczególnych etapów związanych ze ścieżką pacjenta chorującego na nowotwór złośliwy płuc.

- ⊙ Radiologia – bardzo duży wzrost liczby lekarzy radiologów może spowodować znaczące skrócenia czasu oczekiwania na wykonanie badania RTG i tomografii komputerowej i poprawę dostępności do diagnostyki obrazowej; stwarza warunki dla wdrożenia programu profilaktyki wtórnej z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej o wysokiej rozdzielczości.
- ⊙ Anestezjologia i intensywna terapia – duży wzrost liczby anestezjologów poprawi dostępność do zabiegów torakochirurgicznych, leczenia przeciwbólowego, procedur z zakresu żywienia pozajelitowego oraz opieki paliatywnej.
- ⊙ Onkologia kliniczna – duży wzrost liczby onkologów zabezpieczy zasoby kadrowe niezbędne do obsadzania oddziałów onkologii i poradni onkologicznych.
- ⊙ Medycyna paliatywna – znaczący wzrost liczby lekarzy tej specjalności pozwoli na tworzenie nowych oddziałów opieki paliatywnej.
- ⊙ Radioterapia onkologiczna – wzrost liczby lekarzy stanowi potencjał dla tworzenia nowych ośrodków radioterapii.
- ⊙ Patomorfologia – wzrost liczby patomorfologów może skrócić czas oczekiwania na wyniki badań histopatologicznych i wpłynąć na wcześniejsze rozpoczęcie leczenia, w szczególności chemioterapię.
- ⊙ Chirurgia klatki piersiowej – niewielki spadek liczby torakochirurgów może zmniejszyć dostępność do leczenia operacyjnego.
- ⊙ Choroby płuc – bardzo duży spadek liczby pulmonologów spowoduje konieczność likwidacji wielu oddziałów pulmonologicznych i znaczące przesunięcie leczenia farmakologicznego do oddziałów onkologii. Ten trend powinien być wzięty pod uwagę przy wdrażaniu rozwiązań systemowych rozstrzygających zakresy kompetencji i organizację centrów Lung Cancer Unit.
- ⊙ Choroby wewnętrzne – dramatyczny spadek liczby internistów spowoduje likwidację wielu oddziałów wewnętrznych i może negatywnie wpłynąć na rozpoznawalność raka płuca podczas hospitalizacji w oddziałach chorób wewnętrznych.

Rekomendacja:

Ministerstwo Zdrowia powinno traktować potrzeby kadrowe w onkologii jako priorytet przy kształtowaniu polityki tworzenia miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy. Należy tworzyć taką liczbę miejsc rezydenckich, która zapewni stabilny rozwój liczby kadry medycznej w wyżej wymienionych specjalnościach, kluczowych dla sprawnej diagnostyki i leczenia nowotworów.

8.2. Edukacja lekarzy i pacjentów

W badaniach prowadzonych przez Kancelarię Doradcą Rafał Piotr Janiszewski, ustalono, że zaawansowane badania molekularne stanowią zaledwie ok. 1 proc. badań genetycznych wykonywanych w chorobach nowotworowych. Świadczy to o niepełnej wiedzy lekarzy w zakresie sposobu zlecenia i finansowania tych świadczeń.

Rekomendacja:

Potrzebne jest podjęcie intensywnych działań edukacyjnych, skierowanych do lekarzy specjalności zaangażowanych w rozpoznawanie i leczenie chorób nowotworowych, które będą poświęcone nowoczesnym badaniom diagnostyki molekularnej i badań genetycznych.

Ministerstwo Zdrowia powinno zlecić przygotowanie (lub ogłosić postępowanie konkursowe) oraz sfinansować systematyczne, wieloletnie działania edukacyjne skierowane do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, poświęcone ich czujności onkologicznej. Należy rozwijać ich wiedzę dotyczącą profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania symptomów chorób nowotworowych.

Finansowanie kampanii społecznych, poświęconych chorobom nowotworowym (aktualnie toczy się kampania „Planuję długie życie”), które są realizowane centralnie przez Ministerstwo Zdrowia, powinno zostać zwiększone. Prowadzenie tych działań należy przenieść do krajowego ośrodka koordynującego sieć onkologiczną, czyli Narodowego Instytutu Onkologii i skorelować z powstającym narodowym portalem onkologicznym.

Regionalne ośrodki koordynacyjne sieci onkologicznej powinny otrzymać dodatkowe, wydzielone środki do sfinansowania profilaktyki prowadzonej i koordynowanej na terenie województw. Ich działania w tym zakresie powinny być skorelowane z centralnymi kampaniami społecznymi, prowadzonymi przez Narodowy Instytut Onkologii.





Aktualne rekomendacje i propozycje zmian systemowych w obliczu pandemii

Fundacja Wygrajmy Zdrowie oraz Instytut Człowieka Świadomego we współpracy z Polską Grupą Raka Płuca opublikowały w 2020 roku raport „Sytuacja pacjenta z nowotworem płuca – aktualne wyzwania”. W raporcie przedstawiono analizy porównawcze w zakresie leczenia raka płuca w Polsce i innych krajach europejskich oraz przedstawiono aktualne schematy leczenia. Sformułowano także 8 rekomendacji zmian w zakresie poprawy opieki nad chorymi z rakiem płuca w Polsce, których celem jest przede wszystkim zmniejszenie liczby zachorowań, spadek śmiertelności i poprawa przeżyć pięcioletnich.

Sformułowane w raporcie rekomendacje, adresujące potrzeby pacjentów oraz wyzwania systemowe, organizacyjne i finansowe, mogą wymagać dostosowania do obecnej sytuacji w systemie ochrony zdrowia, związanej z pandemią.

Rekomendacja 1:

W celu poprawy profilaktyki pierwotnej należy opracować i zapewnić finansowanie powszechnych i efektywnych programów profilaktyki pierwotnej, polegających na szeroko zakrojonych programach edukacyjnych, szczególnie wśród młodzieży.

Komentarz:

Zdalne nauczanie, obowiązujące w polskich szkołach z powodu pandemii, ułatwia przeprowadzenie ogólnopolskiego programu edukacyjnego w zakresie profilaktyki pierwotnej raka płuca i stwarza możliwość weryfikacji, w jakim stopniu uczniowie przyswoili wiedzę z tego zakresu. Program może być sfinansowany ze środków Krajowego Planu Odbudowy.

Rekomendacja 2:

W celu poprawy profilaktyki wtórnej należy opracować założenia i zapewnić finansowanie ze środków publicznych populacyjnych programów przesiewowych (np. niskodawkowa tomografia komputerowa o wysokiej rozdzielczości) umożliwiających rozpoznanie choroby w fazie przedklinicznej, co może przyczynić się do poprawy wyników leczenia.

Komentarz:

Zgodnie z deklaracjami Ministra Zdrowia o priorytetowej roli profilaktyki, jest bardzo duża szansa, że taki program uzyska finansowanie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia lub Krajowego Planu Odbudowy.

Rekomendacja 3:

W celu poprawy diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej należy wprowadzić mechanizmy zapewniające pełne finansowanie tych badań oraz możliwość wykonania pełnego panelu badań w jednej placówce.

Komentarz:

Optymalnym rozwiązaniem jest utworzenie centrów doskonałości w leczeniu raka płuc (Lung Cancer Unit) i wprowadzenie wymogu, że każdy z tych ośrodków posiada lub ma do dyspozycji odpowiednie zasoby, w tym laboratoria. Należy zapewnić odpowiednie finansowanie pełnej diagnostyki, rozliczanej w formie pakietów diagnostycznych.

Rekomendacja 4:

W celu poprawy wyników leczenia należy znacząco poszerzyć dostęp do leków ukierunkowanych molekularnie i immunokompetentnych, które znamienne poprawiają całkowity czas przeżycia, a także podnoszą jakość życia chorych, ograniczając objawy towarzyszące procesowi nowotworowemu – poszerzenie dostępu do leczenia w I linii NDRP (immunoterapia oraz terapie ukierunkowane molekularnie) oraz objęcie leczeniem immunokompetentnym chorych z DRP.

Komentarz:

Utworzenie Funduszu Medycznego oraz niski poziom wykorzystania budżetu refundacyjnego NFZ w czasie pandemii, z uwagi na spadek wydatków na refundację apteczną, programy lekowe oraz chemioterapię, stwarzają możliwości finansowe obejmowania refundacją nowych innowacyjnych terapii.

Rekomendacja 5:

Mając świadomość znaczącej populacji pacjentów z rakiem płuca i potencjalnie istotnego wpływu na wydatki płatnika po poszerzeniu dostępu do nowoczesnych terapii, należy rozważyć wprowadzenie skutecznego mechanizmu pozwalającego na płacenie w przypadku uzyskania oczekiwanego efektu terapeutycznego. Pozwoli to na zapewnienie pacjentom dostępu do nowoczesnych terapii i jednocześnie zabezpieczy budżet płatnika.

Komentarz:

W związku z wprowadzeniem przez Ministerstwo Zdrowia instrumentów podziału ryzyka w oparciu o efekt zdrowotny w terapii szpiczaka plazmocytozy, można wykorzystać te doświadczenia i zaproponować odpowiednie rozwiązania dostosowane do specyfiki raka płuca, który jest szybko postępującym, agresywnym nowotworem, a w jego terapii nie uzyskuje się takich przeżyć, jak np. w hematologii czy raku piersi. Nie powinno to wykluczać innowacyjnych terapii z publicznego finansowania. Innowacyjne terapie i ich sekwencyjne stosowanie umożliwiają przedłużenie życia chorego i znaczącą poprawę jego jakości.

Rekomendacja 6:

Wprowadzenie modelu kompleksowej i koordynowanej opieki nad chorymi z rakiem płuca w Polsce tzw. Lung Cancer Units, który zapewni multidyscyplinarną współpracę wszystkich niezbędnych ekspertów, stosowanie się do wytycznych klinicznych oraz leczenie wspomagające (rehabilitacja, aktywizacja).

Komentarz:

Należy zmobilizować wszystkich interesariuszy (organizacje świadczeniodawców, towarzystwa naukowe, organizacje pacjentów, środowiska akademickie) i wspólnie wystąpić do Ministerstwa Zdrowia o wprowadzenie i finansowanie Lung Cancer Units, według modelu zaproponowanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w 2018 roku. Istnieje możliwość sfinansowania tego projektu z Krajowego Planu Odbudowy.

Rekomendacja 7:

Jak najszybsze opracowanie i publikacja przez Ministerstwo Zdrowia wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego obowiązujących w całym kraju (do tej pory opublikowano tylko jedno wytyczne dotyczące raka piersi).

Komentarz:

W odniesieniu do raka płuca standard naukowy został zaktualizowany w maju 2019 roku. Organizacje świadczeniodawców, związki lekarzy, towarzystwa naukowe oraz organizacje pacjentów powinny niezwłocznie wystąpić do Ministerstwa Zdrowia o opublikowanie wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Rekomendacja 8:

Ograniczenie nierówności w dostępie do programów lekowych pomiędzy województwami, określenie jasnych zasad finansowania terapii refundowanych przez NFZ – do programów lekowych nadal kwalifikowana jest zbyt mała liczba chorych, część placówek pomimo kontraktu odsyła pacjentów ze swoich klinik, wskazując na brak wystarczających środków przeznaczonych na programy lokalnie przez wojewódzkie oddziały NFZ.

Komentarz:

W 2020 roku zdecydowana większość oddziałów wojewódzkich NFZ odnotowała niskie wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na programy lekowe z powodu pandemii. W tej sytuacji powinno być możliwe uzyskanie dodatkowych środków przez świadczeniodawców.

PARTNERZY:



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

