

## PODSUMOWANIE I REKOMENDACJE ZESPOŁU NR 2

### Podsumowanie wdrożenia pilotażu krajowej sieci onkologicznej w poszczególnych województwach

#### 1. Wyzwania na etapie przygotowawczym

- organizacja współpracy regionalnej i ponadregionalnej w zakresie wspólnej, całościowej opieki nad pacjentem, podpisanie umów o współpracy między podmiotami uczestniczącymi,
- stworzenie schematów raportów patologicznych i radiologicznych,
- wypracowanie/ujednoczenie ścieżek terapeutycznych w 5 nowotworach,
- opracowanie ścieżek profilaktycznych, tj. schematów postępowania z pacjentem konsultowanym w POZ w przypadku podejrzenia nowotworu,
- opracowanie wzorów kart konsylium do oceny kompletności diagnostyki,
- opracowanie zasad współpracy pomiędzy ośrodkami niższego i wyższego stopnia referencyjności w zakresie organizacji konsyliów wielodyscyplinarnych,
- opracowanie checkliście diagnostycznych/schematów diagnostycznych,
- wypracowanie zasad zbierania i raportowania danych podstawowych,
- stworzenie kart mierników,
- stworzenie zasad raportowania i wyliczania wskaźników i mierników jakości, w szczególności wytypowanie danych koniecznych do obliczenia mierników i wskaźników i wskazanie ich źródeł,
- wystandaryzowanie zasad raportowania wg klasyfikacji TNM,
- stworzenie ankiet satysfakcji pacjenta i ankiet profilaktycznych,
- opracowanie katalogu zadań dla koordynatorów oraz zakresu opieki nad pacjentem,
- uruchomienie i modernizacja call center oraz innych kanałów komunikacji,
- Wystandaryzowanie procesu rejestracji na wizytę pierwszorazową u onkologa, w tym stworzenie wspólnej bazy dla dostępnych terminów w poradniach w województwie.

**Ważne:** wszystkie stworzone w ramach pilotażu dokumenty mają charakter uniwersalny i mogą być zastosowane w każdym województwie.

#### 2. Wyzwania na etapie wdrożeniowym

- powołanie zespołów narządowych oraz liderów zespołów dla efektywnego wdrożenia nowych rozwiązań na poziomie szpitali i województw,

- powołanie wojewódzkiego zespołu analitycznego ds. monitorowania mierników i wskaźników jakości,
- Przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego oraz niemedycznego na temat organizacji opieki onkologicznej w sieci i zasad raportowania danych medycznych - dla szpitali uczestniczących w pilotażu oraz dla POZ,
- uruchomienie hurtowni danych medycznych (lub inaczej: systemu monitorowania jakości) zbierających dane z różnych systemów szpitalnych potrzebnych do obliczenia mierników pilotażowych, praca nad automatyzacją procesu zbierania danych,
- zatrudnienie konsultantów do obsługi call center?
- zatrudnienie nowych koordynatorów?

### 3. Bariery w zakresie mierników jakości

W zakresie zbierania i raportowania mierników jakości opieki onkologicznej główne trudności stanowiły:

- brak centralnych, wystandaryzowanych narzędzi do agregacji i zbierania danych, niezbędnych do wyliczenia mierników i wskaźników, konieczne było wytworzenie wewnętrznych zasad zbierania danych (OncoReports),
- brak wytycznych dot. zasad wyliczania mierników czy wskaźników, konieczne było samodzielne opracowanie przez WOK zasad ich wyliczania poprzez stworzenie kart mierników (definicji każdego licznika i mianownika),
- konieczność wytworzenia dodatkowych danych statystyczno-klinicznych w systemach HIS, które były niezbędne do wyliczenia mierników i wskaźników,
- brak standardu raportowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych - konkretną procedurę medyczną diagnostyczną, np. kolonoskopię, można sprawozdać do NFZ wg różnych kodów ICD-9, z aktualnego słownika procedur nie wynika w żaden sposób, jak kategoryzować konkretne badanie (lub daną metodę diagnostyczną) do odpowiedniego kodu.

**Implementacja wniosku:** powiązanie raportowania zdarzeń medycznych do platformy P1 z automatycznym zasilaniem rejestrów klinicznych (wq tym onkologicznych) jest jedynym narzędziem pełnego i obiektywnego pozyskiwania danych dla oceny wyników leczenia. Przyjąć należy, że transfer automatyczny powinien być warunkiem wymaganym dla uzyskania rozliczenia z NFZ poszczególnych procedur. Dodatkowo, posiadanie pełnej integracji w zakresie transferu danych powinno być warunkiem uzyskania autoryzacji (w świetle nowej ustawy o jakości), zaś monitorowanie wyników leczenia, wnioskowanie i modyfikowanie

postępowania w oparciu o nie oraz ewaluowanie zmian w oparciu o uzyskane wyniki kliniczne powinno być elementem wymaganym dla uzyskania akredytacji. Wizytatorzy akredytacyjni, w oparciu o dane z tego źródła, oceniałby stopień zaawansowania w zakresie działań projakościowych w wymiarze klinicznym.

Rozważyć należy zasilenie danych portalu Zdrowe dane o informacje w powyższym zakresie. Szpitale mogłyby/byłyby zobligowane także przedstawiać swoje dane na własnych stronach internetowych.

Te wnioski mają charakter informacyjny meta - opisują kontekst ogólnopolski oraz działania członków pilotażu, które musiały być podjęte, żeby w ogóle pojawiła się możliwość jakichkolwiek analiz i porównań, oznacza to, że są to efekty pilotażu, które przekładają się na możliwość generalizacji wyników metodologicznych, a zatem na możliwość prowadzenia koncepcji Sieci Onkologicznej w Polsce.

Bez tych działań niemożliwe byłoby podejmowanie jakichkolwiek ocen tak pomiędzy ośrodkami czy województwami (poprzecznych), jak i w dynamice czasowej (podłużnych)

Dane posiadane aktualnie przez NFZ (liczba wykonanych procedur, liczba pacjentów z rozpoznaniem w kategorizacji ICD-10, liczba zgonów, liczba zgonów stratyfikowana wedle przyczyny) nie pozwalają na ocenę wyników leczenia onkologicznego.

#### 4. Bariery przy realizacji pilotażu KSO

W zakresie realizacji pilotażu KSO problemy w realizacji wynikały z faktu:

- Braku realizacji pilotażu przez wszystkie placówki, co pociągało za sobą okresowe "znikanie" części pacjentów z koordynacji (pacjenci po realizacji diagnostyki wybierali do leczenia inny ośrodek lub w innym województwie, które nie realizowały pilotażu).
- Poprzez powyższe oraz z uwagi na założenia dotyczące finansowania pilotażu w postaci współczynnika korygującego do świadczeń na etapie leczenia część pacjentów włączonych do pilotażu nie została objęta dodatkowym finansowaniem z NFZ.
- Brak współpracy pomiędzy ośrodkami (ośrodki bały się przekazywać pacjentów do pilotażu, bojąc się, że pacjent, któremu ustalony zostanie plan leczenia w WOK nie zechce wrócić do realizacji tego planu do ośrodków I poziomu).
- Brak współpracy ze strony niektórych świadczeniodawców, brak zrozumienia istoty zmian/reformy, braki kadrowe

Pilotaż unaoczniał zjawiska, które mają charakter informacyjny w perspektywie lokalnej - niechęć do poddawania się ocenie, niechęć do współpracy.

**Poziom informacyjny lokalny** - szpitale w danym regionie nie raportują danych do systemu:

- nie są zainteresowane podpisaniem umowy,
- podpisały umowę, ale nie dostarczają danych.

**Implementacja wniosku:** Szpitale te nie są skłonne do poddawania się transparentnej ocenie.

Szpitale te powinny być rozliczane za procedury w tym zakresie z korektą obniżającą lub w ogóle powinny być pozbawione możliwości wykonywania świadczeń, w zakresie których nie chcą poddać się transparentnej ocenie.

### WNIOSKI – ogólne

Z pewnością należy uznać, że pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej ma charakter innowacyjny, zgodnie z definicją innowacji, która oznacza wdrożenie nowego lub znacząco udoskonalonego produktu (wyrobu lub usługi) lub procesu, nowej metody organizacyjnej. Specyficzną cechą projektu innowacyjnego jest jego ciągła ewolucja w trakcie trwania, co potwierdzają doświadczenia uczestników pilotażu oraz liczne rekomendacje w zakresie dalszego rozwoju Krajowej Sieci Onkologicznej w Polsce. W ramach pilotażu po raz pierwszy wdrożono system monitorowania jakości opieki onkologicznej, który stopniowo ewoluował i był kilkakrotnie modyfikowany, aby finalnie gromadzić w sposób zautomatyzowany wystandaryzowane dane umożliwiające przeprowadzanie transparentnych wyliczeń. Co najważniejsze, w ramach pilotażu znacząco udoskonalono organizację opieki onkologicznej – w szczególności w zakresie roli koordynatora i jego udziału w ścieżce pacjenta, organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych czy sposobu oraz możliwości komunikacji na linii pacjent – szpital. Szereg pro-pacjenckich rozwiązań umożliwił pacjentom łatwiejsze i szybsze rozpoczęcie diagnostyki a następnie leczenia. Nie bez znaczenia jest również skala zaangażowania personelu medycznego i niemedycznego we wdrożenie nowych i udoskonalonych rozwiązań, w szczególności w zakresie standaryzacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

- każdy pacjent otrzymał wsparcie koordynatora – co ważne – już od etapu rozpoznania choroby nowotworowej, przez udział w konsylium, aż do obserwacji po zakończonym leczeniu.

Podkreślić należy znaczenie różnicy pomiędzy koncepcją koordynatora pakietu onkologicznego, którego głównym zadaniem jest nadzór nad prawidłowością postępowania

## Załącznik nr 1 do raportu

prowadzącego do rozliczenia świadczeń udzielanych pacjentowi wedle schematu wymaganego przez NFZ, a dopiero wtórnie wspierającego pacjenta i to także do etapu rozpoczęcia hospitalizacji, a koordynatorem pacjenta w Sieci Onkologicznej, którego zadania związane z pracą z pacjentem są o wiele szersze i trwają znacząco dłużej - do uzyskania przez pacjenta wyleczenia lub do jego zgonu.

Ta zmiana zakresu działań pozwala na uzyskanie dwóch efektów:

- bardziej humanistycznego i holistycznego zaopiekowania się pacjentem,
- pozyskania kompletnych danych pozwalających da długoterminową ocenę klinicznych wyników leczenia.

Stanowi to zatem znaczne polepszenie działania na rzecz pacjenta jako osoby chorej.

- pilotaż dał możliwość zdefiniowania obciążenia pacjentami pojedynczego koordynatora (przetestowano model, w którym co miesiąc koordynator obejmował opiekę nad 40 nowymi pacjentami)
- konsylia wielodyscyplinarne objęły dużą liczbę pacjentów (na podstawie informacji o liczbie zwołanych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych - średnia 95% dla czterech województw )
- pacjenci zyskali możliwość łatwiejszego i szybszego kontaktu z ośrodkami onkologicznymi – na podstawie danych o liczbie usług w ramach infolinii onkologicznej widać, że wielu pacjentów zdecydowało się na ten sposób komunikacji – infolinia była szczególnie pomocna po wybuchu pandemii COVID-19
- dzięki wprowadzonej w ramach pilotażu standaryzacji rejestracji pacjenta na wizytę u onkologa po wybuchu pandemii COVID-19 nie nastąpił paraliż w zakresie diagnozowania nowych pacjentów
- po raz pierwszy pacjenci mieli możliwość oceny opieki w ankiecie satysfakcji – wg informacji z wyników ankiet wynika, że szpitale poza Siecią Onkologiczną nie prowadzą oceny satysfakcji pacjenta - wyjątkiem są szpitale posiadające akredytację lub ISO, a i w nich ocena ma zazwyczaj charakter globalny (w całym szpitalu, w poszczególnym oddziale), a nie uwzględniający specyfikę poszczególnych grup pacjentów. Wprowadzenie obligatoryjnej oceny w tym zakresie pozwoli na ocenę komponenty pacjentocentrycznej działalności szpitali, a nie tylko zobiektywizowanej miary biomedycznej. To ważny wniosek z pilotażu.

Można nawet zaproponować poszerzenie oddziaływania tej oceny na wpływ na wycenę świadczeń - choć tutaj mogą się pojawić inne problemy - chociażby wiążące się z potencjalnym fałszowaniem danych.

## Załącznik nr 1 do raportu

- szpitale zidentyfikowały braki w gromadzonych danych które były niezbędne do przeprowadzenia wyliczeń mierników
- ograniczono rozdrobienie systemów zbierających informacje medyczne
- wdrożono wzory protokołów badań opisowych, z których duża część była wykorzystywana do wyliczenia mierników – warto zaznaczyć, że dotychczasowe opisywanie badania czystym tekstem uniemożliwiało bowiem wykorzystanie tych informacji do wyliczeń.
- dotychczasowa bardzo złożona struktura danych i rozproszone źródłami informacji wydłużyły prace nad optymalnym modelem informatycznym gromadzenia danych – dla osiągnięcia pożądanego efektu przeprowadzono wiele testów
- wystandaryzowano gromadzone informacje i osiągnięto transparentność wyliczeń oraz wykluczono zjawisko powielania/dublowania informacji
- stworzony system informatyczny umożliwił wprowadzanie informacji przez ośrodki współpracujące, co po raz pierwszy dało szansę na kompleksową ocenę jakości opieki onkologicznej na poziomie wojewódzkim
- opracowano narzędzie, które nie tylko umożliwia wprowadzanie danych, ale również ich wizualizację, przeglądanie, modyfikowanie i eksportowanie – daje to możliwość analizy jakości opieki onkologicznej w czasie rzeczywistym i adekwatne reagowanie na wszelkie zmiany w poziomach mierników i wskaźników
- przyspieszono gromadzenie danych w czasie rzeczywistym i w przypadku pacjentów onkologicznych zakwalifikowanych do pilotażu, informacje kliniczne pozyskiwane są każdego dnia i gromadzone w centralnej hurtowni danych, nie ma wobec tego konieczności czekania często kilku lat, aby wykonać analizy w zakresie jakości leczenia, czy też podstawową statystykę ilościową dla leczonych pacjentów
- uruchomiono narzędzie, gdzie gromadzone są wszystkie wyliczone wartości mierników z podziałem na analizowany okres, trend miernika, typ nowotworu, stopień zaawansowania, ośrodek oraz region, a także jako platforma, która umożliwia porównanie ze sobą wartości mierników między szpitalami oraz województwami objętymi pilotażem
- wdrożone rozwiązania IT w ramach pilotażu można w przyszłości przekształcić w centralną bazę danych klinicznych pacjentów onkologicznych w zakresie nowotworów koordynowanych w ramach KSO (możliwe funkcje: 1. Zarządzanie jakością kliniczną na poziomie szpitala i oddziałów oraz 2. przegląd akredytacyjny, 3.

transparentna platforma informacyjna - tak na poziomie szpitala jak i rejestrów centralnych)

- dzięki uzyskaniu jednorodnego zbioru danych możliwe jest dzisiaj wykonywanie szeregu bardzo zaawansowanych analiz na niespotykaną dotychczas skalę jakie nie były możliwe w sytuacji, gdy gromadzone dane były głównie danymi opisowymi
- dzięki wypracowanym standardom gromadzenia jednorodnych danych możliwe staje się szczegółowe modelowanie ścieżek leczenia pacjentów oraz porównywanie efektów terapeutycznych z uwzględnieniem kosztów dla każdej grupy pacjentów i ośrodków
- zweryfikowano listę mierników i wskaźników jakości opieki onkologicznej – ocena możliwości zebrania danych do ich obliczenia w polskim systemie
- Stworzono system, który daje publicznyemu płatnikowi podstawę do różnicowania płatności za udzielone świadczenia, w zależności od uzyskiwanych efektów

## Rekomendacje w zakresie wdrażania KSO w całym kraju

### 1. Etapy wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej

- Rekomenduje się, aby Krajowa Sieć Onkologiczna wdrażana była w etapach.

Rekomendowany harmonogram wdrażania KSO:

Krajowa Sieć Onkologiczna powinna być wprowadzana etapami.

#### 1) 1. rok sieci – od 01.01.2023 r. – raportowanie danych podstawowych w systemie DiLO/do NFZ

#### 2) Wprowadzenie jednolitego sprawozdawania danych

- rodzaj konsylium (przedterapeutyczne, pooperacyjne, wznowa, 1. Rozsiew, inne)
- świadczeniodawca będący koordynatorem instytucjonalnym
- data pierwszego rozpoznania histopatologicznego z potwierdzeniem nowotworu złośliwego – pacjent nie może być rozliczony ani w DiLO ani poza DiLO – jeśli nie będzie miał sprawozdanej tej daty,
- ocena stanu ogólnego wg klasyfikacji WHO,
- ocena klasyfikacji TNM (z prefixami) i stopnia zaawansowania (automatycznie wyliczanego)
- zalecenia dotyczące leczenia ze wskazaniem sekwencji leczenia (radioterapia, zabieg operacyjny (resekcyjny, nieresekcyjny, leczenie systemowe) lub braku zgody na leczenie
- intencja leczenia RADYKALNE/PALIATYWNE

- przypadek PILNY/STABILNY

**3) Mierniki i wskaźniki dla sieci (każdy ośrodek sprawozdaje procedury) – dotyczy pacjentów noworozpoznanych**

Wskaźnik: Liczba pacjentów poddanych radykalnemu zabiegowi operacyjnemu [modyfikacja określenie zakresu zabiegów resekcyjnych]

Wskaźnik: Liczba wybranych procedur zabiegowych wykonanych w danym ośrodku (modyfikacja określenie zakresu zabiegów resekcyjnych)

Wskaźnik: Liczba pacjentów poddanych leczeniu systemowemu

Wskaźnik: Liczba pacjentów poddanych radykalnej teleradioterapii / brachyterapii [modyfikacja określenie zakresu procesów radykalnych]

Miernik: Odsetek pacjentów, u których nie wykonano konsylium (MDT) przed pierwszym leczeniem (nie dotyczy pacjentów z zabiegiem diagnostyczno-lecznicznym)

**4) Centralna baza rejestru opisów badań histopatologicznych i kart DiLO**

**katalog rekomendowanych mierników eksperckich**

MIERNIKI I WSKAŹNIKI OGÓLNE		
1.	Odsetek zgonów w ciągu 30 dni po leczeniu systemowym	M
2.	Liczba wykonanych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych	W
3.	Liczba pacjentów leczonych w KSO	W
4.	Liczba pacjentów z wydaną kartą DiLO	W
5.	Wartość środków finansowych poniesionych przez płatnika publicznego na realizację KSO	W
6.	Przeżywalność względna 1,3,5-letnia	M
7.	Liczba pacjentów, przypadających na 1 koordynatora, wyłonionego w ramach KSO	M
8.	Odsetek pacjentów z III i IV stopniem zaawansowania (określonych na dzień konsylium)	M
9.	Odsetek terminowego zakończenia diagnostyki pogłębionej	M
10.	Odsetek terminowego podjęcia leczenia	M
11.	Odsetek pacjentów, którzy wypełnili ankietę satysfakcji ze sprawowanej opieki	W



## Załącznik nr 1 do raportu

12.	Liczba pacjentów leczonych w KSO, u których zakończono leczenie onkologiczne	W
13.	Liczba chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, włączonych do badań klinicznych	W
14.	Liczba wykonanych badań histopatologicznych	W
15.	Liczba kompletnych opisów histopatologicznych	M

MIERNIKI I WSKAŹNIKI RAK PIERSI		
1.	Odsetek pozytywnych marginesów operacyjnych w zabiegach radykalnych, w podziale na stopnia zaawansowania	M
2.	Odsetek pacjentek z jednoczasową rekonstrukcją piersi	M
3.	Liczba chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, włączonych do badań klinicznych	W
4.	Odsetek pacjentów ze wznową loko-regionalną (rozsiewem) przedstawionych na konsylium wielodyscyplinarnym	M

MIERNIKI I WSKAŹNIKI RAK JELITA GRUBEGO		
1.	Odsetek zabiegów operacyjnych radykalnych wykonanych metodą małoinwazyjną, w tym endoskopowo	M
2.	Odsetek pozytywnych marginesów operacyjnych w zabiegach radykalnych, w podziale na stopnia zaawansowania	M
3.	Odsetek pacjentów z nowotworem odbytnicy w III stopniu zaawansowania, u których zastosowano teleradioterapię lub chemioradioterapię przedoperacyjną	M
3.	Odsetek pacjentów z rakiem jelita grubego w III stopniu zaawansowania, którzy otrzymali adjuwantową chemioterapię w okresie do 8 tygodni od zabiegu	M
4.	Odsetek pacjentów z rakiem okrężnicy lub zagięcia esiczo-odbytniczego w II stopniu zaawansowania, którzy otrzymali chemioterapię adjuwantową	M
5.	Liczba chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, włączonych do badań klinicznych	W

6.	Odsetek pacjentów ze wznową loko-regionalną (rozsiewem) przedstawionych na konsylium wielodyscyplinarnym	M
----	--	---

MIERNIKI I WSKAŹNIKI RAK JAJNIKA		
1.	Odsetek zabiegów operacyjnych radykalnych wykonanych metodą małoinwazyjną, w tym endoskopowo	M
2.	Odsetek pozytywnych marginesów operacyjnych w zabiegach radykalnych, w podziale na stopnia zaawansowania	M
3.	Odsetek pacjentów z rakiem jajnika w III i IV stopniu zaawansowania klinicznego, którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową	M
4.	Liczba chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, włączonych do badań klinicznych	W
5.	Odsetek pacjentów ze wznową loko-regionalną (rozsiewem) przedstawionych na konsylium wielodyscyplinarnym	M

MIERNIKI I WSKAŹNIKI RAK GRUCZOŁU KROKOWEGO		
1.	Odsetek zabiegów operacyjnych radykalnych wykonanych metodą małoinwazyjną, w tym endoskopowo	M
2.	Odsetek pozytywnych marginesów operacyjnych w zabiegach radykalnych, w podziale na stopnia zaawansowania	M
3.	Liczba chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, włączonych do badań klinicznych	W
4.	Odsetek pacjentów ze wznową loko-regionalną (rozsiewem) przedstawionych na konsylium wielodyscyplinarnym	M

MIERNIKI I WSKAŹNIKI RAK PŁUCA		
1.	Odsetek zabiegów operacyjnych radykalnych wykonanych metodą małoinwazyjną, w tym endoskopowo	M
2.	Odsetek pozytywnych marginesów operacyjnych w zabiegach radykalnych, w podziale na stopnia zaawansowania	M
3.	Odsetek pacjentów z rakiem płuca w stopniu zaawansowania I-III, którym przed dniem konsylium wykonano badanie PET-CT lub PET-MR	M

4.	Liczba chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, włączonych do badań klinicznych	W
5.	Odsetek pacjentów ze wznową loko-regionalną (rozsiewem) przedstawionych na konsylium wielodyscyplinarnym	M

MIERNIKI I WSKAŹNIKI CZERNIAK SKÓRY		
1.	Odsetek pacjentów z czerniakiem skóry w III lub IV stopniu zaawansowania, u których sprawdzono status BRAF	M
2.	Odsetek chorych na czerniaka w stopniu zaawansowania IB lub II, u których wykonano biopsję węzła wartownicze	M
3.	Odsetek chorych na czerniaka w stopniu zaawansowania III i IV, włączonych do programów lekowych	M
4.	Liczba chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, włączonych do badań klinicznych	W
5.	Odsetek pacjentów ze wznową loko-regionalną (rozsiewem) przedstawionych na konsylium wielodyscyplinarnym	M

Poziom operacyjny meta - wskaźniki i mierniki zidentyfikowane na pierwszym etapie pilotażu, zostały w trakcie trwania pilotażu zmienione (modyfikowane, odstąpiono od ich monitorowania, nowe zostały dodane) z powodu:

- braku wartości merytorycznej dla ich stosowania,
- trudności w ich pozyskiwaniu.

5) w dalszej kolejności/późniejszym etapie wdrażania sieci:

- centralna baza rejestru badań radiologicznych i endoskopowych
- wybór mierników zgodnie z katalogiem rekomendowanych mierników przez ekspertów

## 2. Struktura i funkcjonowanie Krajowej Sieci Onkologicznej

### 2.1. Struktura ośrodków współpracujących na poziomie województwa

- Rekomenduje się utrzymanie struktury referencyjności ośrodków onkologicznych: I, II, III - stopnia.

- Konieczne jest także utrzymanie funkcji ośrodka koordynującego – zgodnie z kompetencjami WOK.
- Rekomenduje się tworzenie unitów, czyli tzw. centrów kompetencji jako:
  - CU I – Cancer UNIT I - kompleksowe świadczenie onkologiczne w JEDNEJ LOKALIZACJI/W MIEJSCU, w którym znajduje się oddział chirurgii onkologicznej lub chirurgii ogólnej, oddział leczenia systemowego i oddział radioterapii (III stopień referencyjności),
  - CU II - kompleksowe świadczenie onkologiczne realizowane na rzecz pacjentów z nowotworem przez dwóch świadczeniodawców, np. ośrodek dysponujący pełnym zakresem leczenia systemowego i radioterapii współpracuje ośrodkiem chirurgii onkologicznej lub chirurgii ogólnej, lub chirurgii klatki piersiowej, lub ginekologii onkologicznej, lub urologii według zasad jak dla kompleksowej opieki onkologicznej w raku piersi i jelita grubego, z modyfikacjami dotyczącymi min. jednolitego zbierania i raportowania mierników jakości opieki onkologicznej.

## 2.2. Organizacja pracy w danym ośrodku

- Na podstawie doświadczeń z pilotażu KSO i certyfikacji iPAAC należy podkreślić, że zdefiniowanie struktury personelu zaangażowanego we wdrożenie i monitorowanie jakości jest konieczna. Rekomenduje się, aby tworzyć liderów/koordynatorów narządowych, którzy sprawdzają np. miernik jakości w określonych okresach i wdrażają zmiany organizacyjne usprawniające koordynację diagnostyki i leczenia pacjenta, czyli ścieżkę pacjenta w zakresie terminowości i jakości danego świadczenia.
- Istnieje konieczność regularnej oceny przez powołane zespoły narządowe np. kwartalnej.

## 2.3. Monitorowanie funkcjonowania

- NFZ koordynuje zbieranie danych, analizuje wspólnie z onkologami - przedstawicielami WOK/WOM i KOM, doświadczonymi w zakresie oceny koordynacji

## 3. Standaryzacja rejestracji pacjenta na konsultację onkologiczną. Funkcjonowanie poradni onkologicznych

- Proponuje się wprowadzenie centrów informacji telefonicznej (z ang. call center), bramki internetowej celem rejestracji pacjentów i możliwości zmiany terminu wizyty telefonicznie lub internetowo.

- Rekomenduje się wprowadzenie tzw. poradni pierwszorazowych, oddzielenie wizyt pacjentów przed leczeniem onkologicznym (przed konsylium onkologicznym) lub w trakcie aktywnego leczenia onkologicznego od pacjentów w nadzorze onkologicznym (tzw. follow-up).
- Proponuje się wprowadzenie ciągłego monitorowania czasu oczekiwania na konsultację onkologiczną w danym ośrodku w poszczególnych rozpoznaniach, dla specyficznych rozpoznań możliwe jest raportowanie czasu oczekiwania pacjenta pierwszorazowego na konsultację pulmonologiczną (w przypadku raka płuca) i urologiczną (w przypadku raka gruczołu krokowego).

#### **4. Funkcja koordynatora pacjenta onkologicznego**

##### 4.1. Nazewnictwo

- Autorzy raportu przychylają się do konieczności zmiany nazewnictwa z koordynator pakietu onkologicznego na koordynator pacjenta onkologicznego.

##### 4.2. Koordynacja diagnostyki, a nie tylko leczenia

- Jednoznacznie rekomendowana jest konieczność koordynacji ścieżki pacjenta od rozpoznania choroby nowotworowej (a na podstawie wewnętrznych ustaleń DCOPiH także od podejrzenia np. dla raka jajnika i trzustki), poprzez cały proces diagnostyczny i terapeutyczny do kontroli po leczeniu.

##### 4.3. Liczba pacjentów na koordynatora

- Zgodnie ze zdaniem ekspertów, w niektórych rozpoznaniach z uwagi na długość ścieżki terapeutycznej należy zmniejszyć liczbę pacjentów przypadających na jednego koordynatora, tj. dla raka piersi zaproponowano 25.
- Konieczne jest stałe monitorowanie obciążenia pacjenta liczbą nowych pacjentów.

##### 4.4. Dostęp do repozytorium danych

- Istnieje konieczność budowy systemu DiLO/OncoReports, rozumianego jako repozytorium danych onkologicznych, do którego dostęp będzie miał koordynator pacjenta onkologicznego, co pozwoli min. na:
  - sprawdzenie, kto wydał kartę DiLO,

- sprawdzenie etapu leczenia pacjenta,
- sprawdzenie terminowości przeprowadzanej diagnostyki,
- generowanie listy pacjentów, jakimi opiekuje się koordynator.
- Aktualnie system nie jest interaktywny – po zalogowaniu na portal DiLO, gdy karta była założona u innego świadczeniodawcy brak jest możliwości sprawdzenia etapu karty bez próby założenia kolejnej karty DiLO.

#### 4.5 Współpraca między koordynatorami w regionie z różnych ośrodków

- Istnieje konieczność wymiany danych kontaktowych między koordynatorami, tak aby umożliwić umawianie pacjentowi konkretnego terminu w innym ośrodku. W przypadku leczenia u innego świadczeniodawcy, jest to niezwykle ważne u pacjentów zarówno przed lub w trakcie aktywnego leczenia onkologicznego.

Tego typu działaniu, stanowiące wniosek informacyjny na poziomie meta, jest ważną implikacją dla ujednoczonego:

- stratyfikowania,
- gromadzenia,
- interpretowania danych.

### **5. Standaryzacja schematów diagnostycznych, raportów radiologicznych, endoskopowych i patologicznych**

W trakcie pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej wypracowano:

- wzory schematów diagnostycznych tzw. check-list dla tzw. rozpoznań pilotażowych,
- wzory raportów radiologicznych,
- wzory raportów patologicznych.

Wzory schematów diagnostycznych zostały wypracowane w zespołach ekspertów Dolnośląskiego Centrum Onkologii (aktualnie DCOPIH) i Świętokrzyskiego Centrum Onkologii ŚCO, a następnie zostały opublikowane na początku pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. Na podstawie wypełnionych checklist zespoły wielodyscyplinarne miały oceniać kompletność diagnostyki. Autorzy raportu nie rekomendują takiego postępowania z uwagi na to, iż checklisty nie zostały zdigitalizowane w wielu ośrodkach, a ocena kompletności diagnostyki była oceniana subiektywnie.

Zaleca się utrzymanie rekomendacji dotyczących minimalnego schematu diagnostycznego, w przyszłości raportowanie w repozytorium wykonanych badań przed konsylium przedterapeutycznym. Aktualnie wprowadzenie w każdym rozpoznaniu przynajmniej jednego miernika dotyczącego wykonania „krytycznego” badania, np. MR miednicy w raku odbytnicy czy PET w raku płuca.

Rekomenduje się dodatkowo wprowadzenie świadczenia konsultacji tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.

Ma to dwa wymiary:

- niekompetencja po stronie ośrodków oceniających - niestety,
- rozpowszechniona na świecie metoda walidacji oceny specjalistycznej.

Dodatkowo, w perspektywie długoterminowej, może stanowić też wartościowe zasilenie dla metod zautomatyzowanej oceny - z wykorzystaniem uczenia maszynowego lub sztucznej inteligencji.

- Funkcja ta od dwóch lat jest wprowadzona w DCOPIH, pozwala na doprecyzowanie opisu, a czasami analizę badania przez radiologa specjalizującego się w konkretnym rozpoznaniu, co jest często niemożliwe w mniejszych ośrodkach. Dotychczas koszty takiego postępowania ponosi szpital bez refundacji procedury od płatnika.
- Na podstawie doświadczeń z pilotażu, wszystkie wykonane badania diagnostyczne (radiologiczne) powinny być raportowane w repozytorium danych onkologicznych według wzoru, wraz z wystandaryzowanym opisem, którego integralną część stanowi wniosek z klasyfikacji TNM w przypadku rozpoznania choroby nowotworowej.
- Standaryzacji wymagały także opisy badań patologicznych, jednak ocena kompletności przez konsylium jest także subiektywna. Dlatego podobnie jak w zakresie opisów radiologicznych, opisy badań patomorfologicznych powinny być dostępne w repozytorium danych i wypełniane zgodnie z szablonem. Podstawowymi informacjami we wszystkich badaniach patologicznych po zabiegu resekcyjnym powinny być:
  - typ nowotworu zgodny z klasyfikacją WHO,
  - cecha pT,
  - cecha pN,

- liczba zbadanych węzłów chłonnych,
- grading,
- cecha R, radykalności zabiegu operacyjnego.

Warunkiem odpowiedniego raportowania kompletności badania patologicznego jest podział przypadków na pilne i stabilne, i możliwość zmiany statusu pacjenta w trakcie hospitalizacji.

- Standaryzacji wymagają także badania endoskopowe, np. kolonoskopia.

## **6. Zmiany w zakresie kart DiLO**

Rekomenduje się następujące zmiany w karcie DiLO:

- wyróżnienie następujących etapów w karcie DiLO – diagnostyka (bez podziału na wstępną i pogłębioną), konsylium wielodyscyplinarne (konieczne sprawozdawanie rodzaju konsylium – przedterapeutyczne, pooperacyjne), leczenie, data zakończenia aktywnego leczenia w przypadkach radykalnych i skierowanie pacjenta do nadzoru onkologicznego (tzw. follow-up),
- możliwość ponownego otwarcia nowego, kolejnego etapu lub wydania nowej karty DiLO w przypadku wznowy, rozsiewu choroby lub podejrzenia wznowy/rozsiewu choroby celem wdrożenia szybkiej diagnostyki onkologicznej,
- system karty DiLO powinien funkcjonować jako interaktywne repozytorium danych onkologicznych,
- możliwość sprawozdawania danych dotyczących pacjenta przez kilka ośrodków wraz z datami, kiedy pacjent pozostaje pod opieką jakiego ośrodka, wraz z możliwością podejrzenia przez wszystkie ośrodki zaangażowane w ścieżkę, aktualnego statusu i miejsca realizacji świadczeń na rzecz pacjenta.

## **7. Raportowanie danych podstawowych**

7.1. Koncepcja PRZYPADKÓW NOWOROZPOZNANYCH. Raportowanie daty rozpoznania nowotworu złośliwego

- Należy ujednoczyć zakres i sposób podejścia do analizy danych, tak aby dane, niezależnie od źródła były porównywalne. Dlatego też należy przyjąć do stosowania koncepcję PRZYPADKÓW NOWOROZPOZNANYCH tzw. „PRIMARY CASE” – koncepcja używana przez system certyfikacji ECC (European Cancer Centre Certification Programme).



- Koncepcja PRZYPADKÓW NOWOROZPOZNANYCH tzw. PRIMARY CASE pozwala na porównywanie ośrodków/świadczeniodawców między sobą. Za koordynację diagnostyki, a przede wszystkim leczenia pacjenta, a tym samym za raportowanie danych dotyczących danego pacjenta powinien być odpowiedzialny konkretny ośrodek tzw. koordynator instytucjonalny. Istnieją dwie możliwości wyboru koordynatora instytucjonalnego:
  - zgodnie z oryginalną koncepcją PRIMARY CASE (z certyfikacji ECC) – za pacjenta odpowiada ośrodek, który przeprowadza główne leczenie, dla większości rozpoznań jest to zabieg operacyjny w przypadkach radykalnych,
  - zgodnie z rekomendacją autorów raportu koordynatorem instytucjonalnym powinien być ośrodek, który przeprowadza konsylium onkologiczne.
- Integralną częścią koncepcji PRZYPADKÓW NOWOROZPOZNANYCH jest odpowiednie, ujednolicone sprawozdawanie daty rozpoznania choroby nowotworowej, za którą należy uznać moment podpisania pierwszego opisu badania histopatologicznego, najczęściej z biopsji. Wyjątkowo w przypadkach uzasadnionych, np. HCC lub guz płuca z przeciwskazaniem do diagnostyki inwazyjnej za datę rozpoznania należy uznać datę opisu badania obrazowego, w którym opisano zmianę o ww. charakterze.

#### 7.2. Kwalifikacja pacjenta do sieci onkologicznej

- Kwalifikacja pacjenta do sieci onkologicznej powinna być obowiązkowa, nie na podstawie zgody, celem wykluczenia możliwości ingerencji w listę PRZYPADKÓW NOWOROZPOZNANYCH ośrodka i raportowania pełnej listy pacjentów, w przyszłości pozwoli to np. na ocenę w miernikach odsetka powikłań (tylko przy ustrukturyzowaniu ich raportowania).

#### 7.3. Raportowanie stopnia zaawansowania

- Na podstawie doświadczeń z pilotażu opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, za najbardziej optymalne uznano:
  - raportowanie klasyfikacji cTNM na konsylium przedterapeutycznym (konieczne wprowadzenie odpowiednich nazw konsyliów), z wyjątkiem zabiegu diagnostyczno-leczniczego;

- raportowanie klasyfikacji pTNM wraz z datą raportu patologicznego na konsylium pooperacyjnym lub po zabiegu operacyjnym;
  - raportowanie klasyfikacji rTNM – w przypadku wznowy lub zdiagnozowanego pierwszego rozsiewu choroby nowotworowej.
- Każdorazowo należy raportować datę oceny, przedrostek (c, p, r) oraz wartości dla T, N i M oraz stopnia zaawansowania, które system powinien pokazywać automatycznie.
  - Należy zwrócić uwagę na fakt, iż konieczne jest wystandaryzowanie sprawozdania konkretnego rodzaju konsylium.
  - Ponadto, w ocenie autorów raportu należy umożliwić świadczeniodawcom sprawozdanie świadczenia konsylium kilkakrotnie poprzez zmiany produktów rozliczeniowych w zarządzeniu Prezesa NFZ. Pozwoli to na właściwe odnotowanie faktycznych etapów ścieżki pacjenta wraz z aktualną na dany dzień oceną wg TNM (cTNM na koniec diagnostyki i pTNM po zabiegu operacyjnym) z dedykowanym prefixem oraz ich wykonanie i sprawozdanie do NFZ kilkakrotnie (co jest standardem klinicznym w wielu nowotworach, w tym w szczególności raku piersi czy raku jelita grubego – kompleksowe świadczenia).
  - Dodatkowo, dla raka gruczołu krokowego konieczne jest raportowanie grupy ryzyka (oprócz TNM, poziomu PSA i stopnia złośliwości histopatologicznej), a dla nowotworów ginekologicznych klasyfikacji FIGO.

## **8. Raportowanie konsylium wielodyscyplinarnego**

Dla celów optymalnej sprawozdawczości konieczne jest sprawozdanie następujących danych dotyczących konsylium wielodyscyplinarnego:

- rodzaj konsylium (przedterapeutyczne, pooperacyjne, wznowa, 1. Rozsiew, inne),
- data pierwszego rozpoznania histopatologicznego z potwierdzeniem nowotworu złośliwego,
- ocena stanu ogólnego wg klasyfikacji WHO,
- ocena klasyfikacji TNM (z prefixami) i stopnia zaawansowania,
- zalecenia dotyczące leczenia ze wskazaniem sekwencji leczenia (radioterapia, zabieg operacyjny, leczenie systemowe) lub braku zgody na leczenie.

## 9. Raportowanie świadczeń do NFZ

Konieczne są jednolite standardy raportowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych, które docelowo powinny stanowić element danych stosowanych w miernikach jakości. W zakresie procedur diagnostycznych istnieje np. kilka rodzajów kolonoskopii a w procedurze 88.011 jest TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, zatem nie można określić, czy była wykonana procedura TK jamy brzusznej czy miednicy mniejszej albo czy dana procedura była powtórzona. Podobnie brak jest standardu kodowania zabiegów chirurgicznych małoinwazyjnych czy powikłań po leczeniu operacyjnym i zachowawczym. Należy tak zmodyfikować katalog procedur medycznych ICD-9, aby usunąć z niego zabiegi nie rekomendowane według EBM oraz rozdzielić te procedury, który nie są jednoznaczne.

Konieczne jest podjęcie pilnych działań na rzecz przedefiniowania oraz aktualizacji pakietów świadczeń w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego oraz pakietów świadczeń dedykowanych szybkiej diagnostyki i terapii onkologicznej, by spośród wszystkich świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych, wskazać i obowiązkowo wymagać realizacji kluczowych świadczeń występujących na ścieżce diagnostycznej i leczniczej w poszczególnych rozpoczynaniach z obszaru onkologii.

## 10. System monitorowania jakości

Istnieje rozbieżność danych podstawowych w części dot. mierników i wskaźników vs raport walidacyjny. Dane przesyłane do NFZ, w tym w szczególności znacznik pacjenta pilotażowego, wysyłane są przez placówki wyłącznie w przypadku, gdy świadczenia udzielone na rzecz pacjenta podlegają rozliczeniu z uwzględnieniem współczynnika pilotażowego (tj. tylko etap leczenia onkologicznego). Natomiast dane o pacjentach zakwalifikowanych do OncoReports obejmują wszystkich pacjentów, którzy podpisali zgodę na włączenie pilotażu, niezależnie od etapu włączenia czy długości pozostawania w diagnostyce lub leczeniu w pilotażu.

To bardzo ważne wnioski. De facto jest to podstawa zasadności całego pilotażu - wypracowanie uniwersalnych i porównywalnych metodologicznie wskaźników i mierników postępowania klinicznego.

Poziom operacyjny wewnątrzszpitalny - wnioski z monitorowania wskaźników i mierników wpłynęły na zmiany organizacyjne w obrębie konkretnych jednostek medycznych

**Implementacja wniosku:** W trakcie trwania pilotażu dokonano następujących zmian organizacyjnych (w zakresie organizacji ścieżki pacjenta lub organizacji pracy poszczególnych

komórek) i klinicznych( w zakresie postępowania klinicznego), wynikających z regularnej analizy wskaźników i mierników:

Poziom operacyjny wewnątrzszpitalny powinien być dowodem realnej pracy nad polepszeniem opieki nad pacjentem.

Jako taki powinien być warunkiem posiadania przez szpital akredytacji.

### **10.1. Zbieranie danych potrzebnych do wyliczenia mierników jakości**

Należy agregować, zbierać i analizować na poziomie centralnym dane nieprzetworzone, tj. pobierać dane z systemów centralnych lub systemów HIS świadczeniodawców, tak aby wyliczanie mierników i wskaźników pilotażu nie było podatne na modyfikacje czy błędne założenia użytkowników końcowych.

### **10.2. Ocena jakości**

Jakość świadczeń udzielanych pacjentowi powinna być oceniana w kilku zakresach:

- schemat badań diagnostycznych – autorzy raportu rekomendują sprawdzanie wykonania tzw. badań krytycznych w diagnostyce pacjenta za pomocą znanych i zwalidowanych mierników jakości – np. odsetka badań PET w raku płuca przed leczeniem radykalnym,
- mierniki jakości dotyczące opisów badań obrazowych i patologicznych – centralne repozytorium opisów wykluczy konieczność wyliczania takich mierników,
- mierniki jakości dotyczące schematu postępowania terapeutycznego – są formą obiektywnej oceny ścieżki pacjenta w konkretnych momentach,

W tym zakresie, szczególnie kluczową rolę odgrywa Rada Rejestrów Klinicznych, której zadaniem byłoby sukcesywne (rozpoczęte od rozpoznań onkologicznych) opomiarowanie procesów klinicznych. Celem tego zadania byłoby gromadzenie i analiza danych prezentowanych w portalu Zdrowe dane, pozwalająca na porównywanie konkretnych ośrodków oraz regionów.

Lista mierników (liczbowe) i wskaźników (%) powinna być ograniczona i uzasadniona merytorycznie. Personel Rady zobowiązany byłby do regularnego śledzenia zmian ogólnoświatowych w tym zakresie. Należy opierać wybrane wskaźniki o rekomendacje towarzystw międzynarodowych i dowody naukowe o wysokiej wartości celem uniknięcia nadmiarowości lub długotrwałości w subiektywnej kwalifikacji mierników i/lub wskaźników jako ważkich dla danej grupy terapeutycznej.

Istnieją także inne mierniki jakości – jak odsetek pacjentów objętych opieką psychologiczną czy odsetek prowadzonych badań klinicznych, w ocenie autorów mierniki takie powinny być przynajmniej oceniane w centrach kompetencji tzw. unitach.

### **10.3. Liczba mierników u świadczeniodawców w innych poziomach referencyjnych**

- Rekomenduje się wprowadzanie mierników stopniowo i zróżnicowanie ich liczby w zależności od poziomu referencyjnego ośrodka.
- Rekomenduje się wprowadzenie w sieci onkologicznej kilku mierników dla poszczególnych rozpoznań, natomiast w centrum kompetencji (aktualnie KOMPLEKSOWE ŚWIADCZENIA) możliwość zakontraktowania jedynie przy sprawozdawaniu np. kilkunastu mierników.

### **10.4. Wykorzystanie koncepcji PRZYPADKÓW NOWOROZPOZNANYCH dla wyliczania mierników jakości**

Konieczne jest wprowadzenie koncepcji przypadków noworozpoznanych, tak aby ośrodek musiał wykazać wszystkich pacjentów leczonych. Aby móc porównać świadczeniodawców między sobą konieczne jest wprowadzenie listy pacjentów aktywnie leczonych w danym centrum, które są przypadkami noworozpoznanyymi w danym roku. Jednocześnie zaleca się dodatkowe sprawozdawanie wznów i pierwszego rozsiewu choroby wraz z klasyfikacją TNM i datą wznowy/rozsiewu jako rTNM.

Przykład:

- DATA PRZYPADKU NOWOROZPOZNANEGO/DIAGNOZY NOWOTWORU - opis badania patomorfologicznego z biopsji guza jelita grubego 01.01.2023 r.
- KLINICZNA KLASYFIKACJA ZAAWANSOWANIA – cT4N2M0, sprawozdawana na konsylium przedterapeutycznym wraz z datą konsylium i oceną stanu ogólnego np. WHO 1,
- PATOLOGICZNA KLASYFIKACJA ZAAWANSOWANIA - pT3N1M0 – sprawozdawana na konsylium pooperacyjnym wraz z datą opisu badania histopatologicznego i oceną stanu ogólnego,
- DATA WZNOWY MIEJSCOWEJ – rT2N0M0 – sprawozdawane na konsylium dodatkowym (jest możliwość dodatkowego konsylium w świadczeniach kompleksowych) z datą opisu badania histopatologicznego ze wznowy lub data opisu badania obrazowego o ile brak,

- DATA PIERWSZEGO ROZSIEWU CHOROBY – rT0N0M1 - sprawozdawane na rozsiewu lub datą opisu badania obrazowego o ile brak

Wystandaryzowane zbieranie tych kilku danych pozwala na poznanie całej ścieżki terapeutycznej pacjenta.

### **10.5. Koncepcje wyliczania i prezentacji mierników jakości**

Istnieją trzy koncepcje wyliczania i prezentacji mierników jakości:

- narastająco,
- przyrostowo,
- koncepcja przypadków noworozpoznanych.

Mierniki w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej prezentowane były w sposób narastający od początku pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, dany pacjent był zliczany do miernika w momencie np. uzyskania danego świadczenia. Zaletą takiego podejścia jest możliwość obserwacji trendu danego miernika, wadą to, że konsekwencje niespełnienia miernika na początku okresu rozliczeniowego będą widoczne nawet pod koniec okresu obserwacji.

Na zlecenia Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii Hematologii dane w mierniku zostały podzielone przyrostowo, co pośrednio pozwala porównanie miernika w odpowiednich interwałach czasowych.

Dobrym rozwiązaniem jest koncepcja przypadków noworozpoznanych, datą pacjenta jest data podpisu pierwszego raportu patologicznego ze stwierdzeniem nowotworu złośliwego i bez względu na datę świadczenia mierniki liczone są dla pacjenta.

### **10.6. Wprowadzenie targetu wartości dla konkretnego miernika**

Biorąc pod uwagę doświadczenia z pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej konieczne jest wprowadzenie targetu wartości dla możliwie największej liczby mierników, a nie tylko informacji o konieczności dążenia do maksymanty lub minimanty. Pewien odsetek wartości jest akceptowalny, nawet w przypadku powikłań, a powikłania rzędu 0% są uznawane w certyfikacji międzynarodowej za niewiarygodne.

## **11. Ocena terminowości świadczeń**

Na podstawie doświadczeń z pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej rekomenduje się monitorowanie następujących parametrów czasowych:

- czasu oczekiwania na konsultację onkologiczną (lub jej ekwiwalent konsultacja pulmonologiczną czy urologiczną),
- czasu oczekiwania na podstawowe badania diagnostyczne dla pacjentów pierwszorazowych w karcie DiLO,
- czasu od zgłoszenia się do ośrodka do konsylium dla pacjentów pierwszorazowych,
- czasu od konsylium do rozpoczęcia leczenia.

## 12. Standaryzacja ścieżek pacjenta

Forma prezentacji ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych

Aktualnie w zasobach autorów raportu są następujące rodzaje ścieżek:

- ścieżki tzw. pilotażowe – były stworzone na początku pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej przez różne zespoły, stąd nie są ujednolicone,
- ścieżki powstałe na potrzeby raportu z pilotażu KSO, powstały na podstawie ścieżek z zaleceń Polskiego towarzystwa Onkologii Klinicznej – publikowane na stronach <http://onkologia.zalecenia.med.pl/>,
- ścieżka raka jelita grubego wykonana w ramach projektu iPAAC, przy współpracy Uniwersytetu Technicznego z Drezna w normie BPMN 2.0, obejmuje zalecenia organizacyjne i medyczne, zawiera mierniki jakości, jako integralną część ścieżki.

### 12.1. Walidacja ścieżek

Ocena ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej poprzez odpowiednie mierniki jakości stanowi najlepszą obiektywną ocenę wdrożenia ścieżek w praktykę kliniczną, stąd autorzy raportu rekomendują taką formę walidacji ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych.

### 12.2. Ścieżka pacjenta z podejrzeniem choroby nowotworowej

Konieczność jasnej definicji ścieżek przed wejściem do systemu onkologicznej, a zatem jasna definicja sposobu wejścia pacjenta z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej od lekarza POZ lub z innej przychodni specjalistycznej w Rejonie. Ścieżki dla POZ zostały zdefiniowane w zespołach ekspertów DCOPIH w czasie trwania pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej.

### 12.3. Zasady nadzoru onkologicznego

Konieczne jest zdefiniowanie rytmu badań kontrolnych w ramach nadzoru onkologicznego (tzw. follow-up).

### **13. Finansowanie świadczeń w opiece kompleksowej**

Zasadnym jest rozdzielenie finansowania za organizację opieki koordynowanej / kompleksowej (np. w formie miesięcznego ryczałtu, który pozwoli na pokrycie kosztów gotowości, takich jak konsylia, koordynatorzy, agregacja i analiza danych), od dodatkowego finansowania świadczeń zdrowotnych w (realizacji diagnostyki i leczenia). Należy zacząć od dodatkowych środków już na etapie diagnostyki, a nie dopiero od etapu leczenia, jak również szczegółowo wiązać wypłatę środków za zebranie konsylium z realizacją chociaż jednego z elementów planu leczenia (aktualnie konsylia rozliczają ośrodki, które nie podejmują się żadnego z elementów terapii onkologicznej!).

Kolejnym elementem wymagającym pilnej interwencji jest podjęcie konstruktywnych zmian w obszarze reguł weryfikacji i walidacji świadczeń, które w opinii autorów raportu nie odzwierciedlają schematów postępowania (np. wymaganie przez NFZ karty DiLO na etapie monitorowania czy brak możliwości rozliczania porad specjalistycznych czy badań diagnostycznych [kontroli po zabiegu operacyjnym] na etapie LECZENIE).