

## Projekt: *Pro Aegrotis Oncologicis*

---

# Podstawowe założenia, kierunki i wstępne propozycje zmian systemu opieki onkologicznej w Polsce

- wersja 1a1

# Deklaracja konfliktu interesów

---

- Prace nad projektem są finansowane przez zaangażowane instytucje
- Wszyscy autorzy bez wyjątku deklarują brak personalnie konfliktu interesów jako osoby
- Zaangażowane organizacje nie mają konfliktu interesów

# Autorzy

---

## CEESTAHC:

Lek. med. Magdalena Władysiuk

Mgr mat. Daria Szmurło

Mec. Jakub Adamski

Mgr ekon. Robert Plisko

Mec. Paweł Ryś

## WHC:

Lek. med. Krzysztof Łanda

Mgr ekon. Leszek Stabrawa

Mgr biol. Anna Kordecka

Mgr poł. Paulina Rolska

Mgr zdr. publ. Karolina Skóra

## POZ:

Mgr socj. Jacek Siwiec

## PUO:

Dr n. med. Janusz Meder



## Zaangażowane organizacje





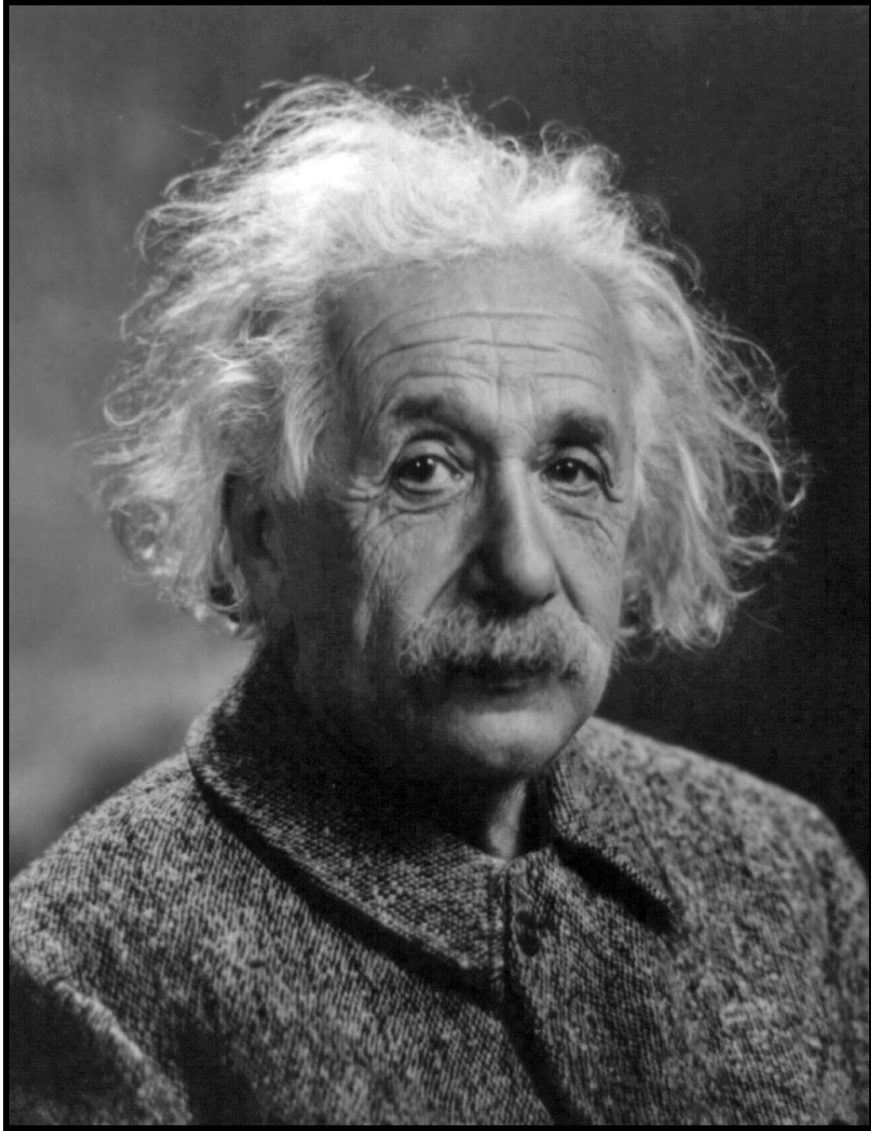
## Indeks skrótów

<b>AOTM</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych
<b>ASCO</b>	ang. <i>American Society of Clinical Oncology</i> Amerykańskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
<b>BBP</b>	ang. <i>Basic benefit package</i> pakiet świadczeń podstawowych
<b>BSC</b>	ang. <i>Best standard care</i> najlepsza opieka podstawowa
<b>CER</b>	ang. <i>Cost-effectiveness ratio</i> stosunek kosztu do uzyskiwanego efektu
<b>CUR</b>	ang. <i>Cost-utility ratio</i> stosunek kosztu do uzyskiwanego efektu
<b>CPG</b>	ang. <i>Clinical Practice Guidelines</i> wytyczne praktyki klinicznej
<b>CMJ</b>	Centrum Monitorowania Jakości
<b>EBM</b>	ang. <i>Evidence-based Medicine</i> medycyna oparta na dowodach
<b>ESMO</b>	ang. <i>European Society for Medical Oncology</i> Europejskie Towarzystwo Onkologii Medycznej
<b>f4s</b>	ang. <i>Fee for service</i> opłata za usługę
<b>FS</b>	ang. <i>Feasibility study</i> studium wykonalności
<b>GRP</b>	ang. <i>Good Registry Practice</i> Dobra Praktyka Rejestrów

<b>HTA</b>	ang. <i>Health Technology Assessment</i> ocena technologii medycznych
<b>HTR</b>	<i>Health Technology Reassessment</i> ponowna ocena technologii medycznych
<b>JGP</b>	Jednorodne Grupy Pacjentów, (ang. <i>Diagnosis Related Groups, DRG</i> )
<b>KRN</b>	Krajowy Rejestr Nowotworów
<b>NICE</b>	ang. <i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i> agencja HTA w Anglii i Walii
<b>P4P</b>	ang. <i>Pay for performance</i> opłata za efekt zdrowotny
<b>RCT</b>	ang. <i>Randomised controlled trial</i> randomizowane badanie kliniczne
<b>RO</b>	raport onkologiczny
<b>RSS</b>	ang. <i>Risk Sharing Scheme</i> schemat podziału ryzyka
<b>ROI</b>	ang. <i>Return On Investment</i> zwrot z inwestycji
<b>SZJ</b>	System Zapewnienia Jakości
<b>RUM</b>	Rejestr Usług Medycznych
<b>TM</b>	Technologie medyczne

---

# ZAŁOŻENIA



***„Wszystko  
trzeba robić  
tak prosto, jak  
to tylko jest  
możliwe, ale  
nie prościej.”***



# Utylitarny cel funkcjonowania systemu

Najważniejsze cele powinny być stałe i traktowane poważnie przez polityków

## Cel:

1. jak najwięcej zdrowia w ramach ograniczonych środków (value for money) oraz
2. dobry, równy i sprawiedliwy **dostęp** do wysokiej **jakości** świadczeń onkologicznych **(w pierwszej kolejności do świadczeń „pierwszej potrzeby”, czyli tych o najlepszym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu).**

# Podstawowe założenia u podstaw koncepcji

---

1. Minimum państwa w państwie; a więc minimum niezbędnej regulacji rynku świadczeń onkologicznych;
2. Regulacja w celu niwelowania niedoskonałości rynku świadczeń onkologicznych;
3. Finansowanie świadczeń nie podmiotów;
4. Odpowiedzialność jednoosobowa, ale też władza w danym zakresie w jednym ręku - podlegająca kontroli politycznej;
5. Kadencyjność w instytucjach publicznych, 4-6 letnie kadencje, maksymalnie 2 kadencje z rządu;
6. Zasady jawności legislacyjnej;
7. Zasada maksymalnej przejrzystości (dostęp do danych, deklaracja konfliktu interesów, metryczki zmian aktów prawnych).

---

W projekcie przyjęto perspektywę **pacjenta**, uwzględniając **Jego** priorytety

# Wolny rynek

- Wymiana dóbr dokonuje się w wyniku **dobrowolnie zawieranych transakcji** pomiędzy kupującymi, a sprzedającymi przy dobrowolnie ustalonej przez nich cenie.
- Na wolnym rynku kupujący i sprzedający **nie podlegają żadnym ograniczeniom ani przymusowi ze strony podmiotów zewnętrznych** (np. władzy publicznej), a warunki transakcji – w szczególności cena - **zależą jedynie od ich obopólnej zgody**.
- Suma indywidualnych i dobrowolnych decyzji transakcyjnych podmiotów wolnego rynku przejawia się na rynku w postaci popytu i podaży. W procesie interakcji spontanicznych decyzji kupujących i sprzedających, zwanym mechanizmem rynkowym dochodzi do ustalenia się równowagi rynkowej, czyli zrównania popytu z podażą oraz **ustalenia ceny równowagi**.

## Rynek świadczeń zdrowotnych, w tym rynek świadczeń onkologicznych jest rynkiem regulowanym

---

Rynek regulowany musi mieć sprawne mechanizmy i narzędzia regulacji (**przy czym proponuje się zasadę minimalnej koniecznej regulacji w celu niwelowania niedoskonałości rynku świadczeń zdrowotnych**).

Z mechanizmów regulacyjnych największe znaczenie mają:

1. zarządzanie **zawartością koszyka** świadczeń gwarantowanych, w tym przypadku w obszarze onkologii,
2. **wycena**,
3. **zasady finansowania** / rozliczania świadczeń onkologicznych.

## Dobre prawo + realny nadzór

---

- **Racjonalne tworzenie prawa;**
- Przestrzeganie najwyższych standardów tworzenia prawa w ochronie zdrowia z testowaniem zapisów (zgodnie z postulatami Pani Prof. Łętowskiej);
- **MZ musi pełnić realny nadzór nad przestrzeganiem dobrego prawa.**

---

# DIAGNOZA

## Każdy lekarz wie, że prawidłowa diagnoza umożliwia prawidłowe leczenie

---

- System ochrony zdrowia w Polsce, w zakresie onkologii ma **WIELE chorób**, dlatego **nie ma jednego lekarstwa** żeby poprawić sytuacją, ale trzeba przygotować **wiele metod terapii i zastosować je w sposób skoordynowany**.
- Wprowadzenie pojedynczych rozwiązań, które nie stanowią spójnej całości, prowadzą do chaosu i wynaturzeń w systemie.

## Wybrane problemy polskiej onkologii wymagające pilnych działań!

- **Niski % wczesnych rozpoznań;**
- **Niska satysfakcja** pacjentów i generalnie **zła ocena jakości** opieki onkologicznej w Polsce;
- Ograniczenia dostępu do świadczeń pierwszej potrzeby; **kolejki;**
- Brak **koordynacji** leczenia – pacjent zagubiony w systemie;
- Dobry dostęp do **luksusowych** świadczeń, a słaby dostęp do świadczeń podstawowych (do świadczeń pierwszej potrzeby), przy czym niewykorzystany sprzęt i potencjał np. sal operacyjnych;
- Ogromna **dowolność postępowania** onkologicznego, a także nieuzasadnione różnice tego postępowania w przypadku identycznych problemów zdrowotnych;
- **Nieprzemysłane inwestycje** uszczuplające środki na podstawowe i najpotrzebniejsze świadczenia onkologiczne (o najlepszym stosunku koszt-efekt);
- Błędna **wycena** świadczeń (zaniżona i zawyżona);
- Inne.



## Perspektywa a priorytety

---

Problemy, priorytety i ich kolejność, różnią się z perspektywy:

- regulatora,
- świadczeniodawców określonych „poziomów referencyjnych”,
- uczelni medycznych,
- inwestorów,
- płatnika,
- władz lokalnych,
- grup zawodowych,
- **pacjenta (ta jest najważniejsza!),**
- innych.

# Perspektywa pacjenta

---

Dla pacjenta/obywatela najważniejsze są:

**dostępność** i **jakość**

opieki onkologicznej

## Dostępność

## Jakość

1. Zasoby finansowe;
2. Kontrola zawartości koszyka;
3. Wycena świadczeń onkologicznych;
4. Priorytety (pierwszeństwo) kontraktowania TM w onkologii przez NFZ;
5. Organizacja;
6. Informacja.

1. Zapewnienie adekwatnych środków na SZJ;
2. Poprawa systemu akredytacji;
3. Wytyczne i standardy postępowania;
4. Edukacja personelu;
5. Rejestry zgodne z GRP
6. RUM;
7. Koordynacja opieki + MDT;
8. Zmiana roli ordynatora;
9. Poprawa standardów bezpieczeństwa technicznego z certyfikacją;
10. „Pieniądz idzie za pacjentem” – finansowanie świadczeń I i II poziomu referencyjnego, a nie bazy;
11. Stworzenie rankingu oddziałów.

---

# KOMPLEKSOWOŚĆ LECZENIA

## „Kompleksowość leczenia”

- Kompleksowość dotyczy 2 obszarów jednocześnie: jakości i dostępności,
- Nie jest możliwe osiągnięcie kompleksowości leczenia tylko jedną metodą,
- Kompleksowość leczenia zakłada:
  - Prowadzenie pacjenta z rozpoznaniem onkologicznym w systemie (koordynator lub lekarz prowadzący)
    - Informacja
    - Zespoły wielospecjalistyczne (ZW)
  - Dbłość o dostępność i jakość świadczeń
  - Przygotowywanie i przesyłanie raportów onkologicznych (RO), jako podstawy rozliczeń z płatnikiem

## Studium wykonalności wskazuje, że „kompleksowości” nie można osiągnąć jedną metodą

- 1 metoda z 1ego obszaru nie zapewni kompleksowości leczenia: ani raporty onkologiczne (RO), ani DRG, ani case mix w połączeniu z klasyfikacją TNM i histopatologiczną wg WHO, ani żaden inny jako pojedynczy.
- Generalnie by zapewnić kompleksowość należy połączyć różne mechanizmy:
  - FINANSOWY: płacenie za raporty onkologiczne (RO), ale równocześnie
  - PRAWNY: docelowo do kontraktów na leczenie onkologiczne będą mogli podejść wyłącznie ci świadczeniodawcy, którzy rozliczą się na podstawie RO (nie muszą sami przeprowadzić całego leczenia, ale muszą zapewnić jego kompleksowość i to u nich pracuje lekarz koordynator odpowiedzialny za RO)
  - KOSZYK ONKOLOGICZNY: docelowo zdefiniowany za pomocą TM z podziałem na stopnie referencyjne oraz z oceną ryzyka nieuzasadnionej „nadprodukcji”/nadużywania
  - KONKURENCJA: wolny rynek świadczeń I i II poziomu referencyjnego (w tym zakresie „pieniądz idzie za pacjentem”, który ma wolny wybór świadczeniodawcy),
  - różne SPOSOBY FINANSOWANIA w zależności od hazardu moralnego i ryzyka nieuzasadnionej nadprodukcji poszczególnych świadczeń,
  - WYCENA: Agencja Taryfikacji w modelu popytowo-podażowym,
  - Kilka innych wspomagających z obszaru dostępności i jakości (vide: dalej).

# Kompleksowość: mech. prawny

- W roku 2017 (patrz dalej: podejście ewolucyjne) w okresie przejściowym kontrakty na leczenie onkologiczne z płatnikiem będą mogli zawierać wyłącznie ci świadczeniodawcy, którzy zadeklarują zapewnienie kompleksowego leczenia chorych [w pierwszych latach rozliczanie za pomocą RO będzie woluntarystyczne, ale będzie się wiązało z większymi pieniędzmi, których pula będzie z roku na rok rosła (kosztem dzisiaj funkcjonujących sposobów finansowania świadczeniodawców)].
- **Świadczeniodawcy, którzy zaczną się rozliczać na podstawie RO nie muszą sami przeprowadzić całego wieloetapowego leczenia, ale muszą zapewnić jego kompleksowość i to u nich pracuje lekarz koordynator odpowiedzialny za RO.** Świadczeniodawcy otrzymują wynagrodzenie, którym dzielą się z ew. podwykonawcami niektórych etapów leczenia na podstawie umów cywilno-prawnych.

## Kompleksowość: określenie koszyka świadczeń onkologicznych

---

- Docelowo koszyk onkologiczny należy zdefiniować za pomocą **technologii medycznych (TM)**, zgodnie z definicją technologii medycznej na świecie i w ustawie refundacyjnej, TM to interwencja w precyzyjnie określonym wskazaniu
- Można stworzyć jeden koszyk onkologiczny lub pozostawić onkologiczne TM w częściach koszyka, do których dziś są przypisane
- Koszyk onkologiczny z podziałem na stopnie referencyjne oraz z oceną ryzyka nieuzasadnionej „nadprodukcji”
- To wymaga czasu; możliwe do opracowania w ciągu **6-12 miesięcy** (metodyka patrz: <http://www.archiwum.aotm.gov.pl/pliki/spr/pl/kryteria.pdf>)



# Kompleksowość: referencyjność świadczeń onkologicznych

- Zakłada się, że NIE zostanie utworzona sieć szpitali
- Oraz że NIE dojdzie do przydzielenia szpitali czy oddziałów szpitalnych do określonych poziomów referencyjnych (zgodnie z dawnymi planami MZ)
- Zakłada się przydzielenie świadczeń onkologicznych znajdujących się w koszyku gwarantowanym do trzech grup referencyjnych
- Zakłada się **wolny rynek świadczeń I i II poziomu referencyjnego**, każdy świadczeniodawca posiadający kompetencje onkologiczne będzie mógł wykonywać te świadczenia
- Początkowo w okresie przejściowym NFZ będzie zobligowany do kontraktowania świadczeń w kolejności rozpoczynając od świadczeń I poziomu referencyjnego, potem II poziomu referencyjnego i dopiero w dalszej kolejności w ramach pozostałych środków finansowych świadczeń III poziomu referencyjnego **z czasem zostanie ZNIESIONA kontraktacja w zakresie I i II poziomu w ogóle**
- Przydzielenie określonego poziomu referencyjnego zostanie dokonane przez Konsultantów krajowych przy współpracy z AOTM na zasadach przedstawionych w dokumencie: <http://www.archiwum.aotm.gov.pl/pliki/spr/pl/kryteria.pdf>
- Głównym kryterium przydziału do poszczególnych poziomów referencyjnych będzie **stosunek kosztu do uzyskiwanego efektu** (CUR [*cost-utility ratio*] lub CER [*cost-effectiveness ratio*] **względem BSC** [*best standard care*]), przy czym świadczenia I poziomu referencyjnego charakteryzują się najlepszym stosunkiem kosztu do uzyskiwanego efektu
- Po okresie przejściowym dla wszystkich świadczeń I i II poziomu referencyjnego „pieniądz będzie szedł za pacjentem”, który będzie miał wolny wybór świadczeniodawcy rozliczanego za pomocą RO

## Kompleksowość: różne sposoby finansowania w zależności od oceny potencjału nadużywania

- **Samo wpisanie świadczenia zdrowotnego do koszyka gwarantowanego NIE determinuje sposobu finansowania tego świadczenia**
- Różne świadczenia onkologiczne charakteryzują się różnym ryzykiem nadużywania w wyniku **hazardu moralnego** oraz w wyniku postępowania nieuzasadnionego względami medycznymi i **nadużyć** ze strony świadczeniodawców
- Świadczenia w koszyku onkologicznym zostaną przydzielone do różnych kategorii w zależności od ich **potencjału nadużywania**
- Świadczenia o niskim potencjale nadużywania będą finansowane zawsze na zasadach f4s
- Świadczenia o średnim i wysokim potencjale nadużywania będą rozliczane docelowo w ramach DRG, a w okresie przejściowym w rosnącym udziale w ramach RO
- Świadczenia ambulatoryjne będą rozliczane również w ramach RO, a więc onkologiczna opieka ambulatoryjna będzie mogła być wykonywana wyłącznie przez **świadczeniodawców mających podpisane umowy ze szpitalami sprawozdającymi RO**
- Być może z czasem świadczenia proste i bardzo tanie (koszt do 30-50 zł miesięcznie) zostaną wykluczone z koszyka gwarantowanego przy czym niektórzy chorzy zostaną objęci *deductibles*, czyli po przekroczeniu określonej wielkości kosztów leczenia miesięcznego np. 300 zł, wszelkie świadczenia zdrowotne gwarantowane oraz tanie spoza koszyka będą u nich w 100% pokrywane przez płatnika?

## Kompleksowość: wycena i inne mech. wspomagające

---

- WYCENA: Agencja Taryfikacji w modelu popytowo-podażowym,
- Inne mechanizmy wspomagające...

*... zostały przedstawione w dalszej części prezentacji w zakresie dostępności i jakości*

# Kompleksowość: mech. finansowy

## PODEJŚCIE „EWOLUCYJNE”:

- Stopniowe zwiększanie płacenia za raporty onkologiczne (RO)
- Początkowo dodatkowe pieniądze za dodatkową pracę przy dodatkowym raportowaniu RO w wysokości ok. 200 mln zł dla chętnych świadczeniodawców
- Z czasem zmniejszanie puli środków z dzisiejszych form finansowania świadczeń onkologicznych na rzecz płacenia za RO, które stanie się po kilku latach dominującą formą
- Świadczenia, które charakteryzuje niskie ryzyko nieuzasadnionej nadprodukcji będą zawsze finansowane na zasadach f4s (fee-for-service; opłata za świadczenie)
- Z czasem zbierane RO pozwolą na stworzenie (JGP=DRG, *diagnosis related groups*) w oparciu o polskie dane, a to pozwoli odstąpić od finansowania świadczeniodawców na zasadach budżetu historycznego, można będzie zrezygnować z limitowania świadczeń I-ego a być może również II poziomu referencyjnego, kontraktów i konkursu ofert, pieniądz pójdzie za pacjentem – zbieżne z celami Dyrektywy o Opiece Transgranicznej

# Kompleksowość: mech. finansowy

---

## PODEJŚCIE „REWOLUCYJNE”

Te same zmiany co w podejściu „ewolucyjnym”,  
tylko wprowadzane pod przymusem prawnym  
w krótkim okresie czasu

## Kompleksowość: raporty onkologiczne (RO)

- RO staną się podstawą finansowania świadczeniodawców w onkologii
- RO muszą być wystandaryzowane, PROSTE, ŁATWE W UŻYCIU i **obejmować wskaźniki Q**
- System zbierania informacji RO stanowić będzie swoisty **rejestr**, którego dane podlegają obróbce
- „Rejestr RO” musi być zgodny z GRP /*good registry practice*/
- Za dodatkowe raportowanie w okresie przejściowym świadczeniodawcy otrzymają dodatkowe wynagrodzenie (**początkowo dodatkowe 200 mln zł**)

# Rok 2014/E (E jak ewolucja)

---

**ŚRODKI NA  
OKNOLOGIĘ –  
AKTUALNE  
SPOSOBY  
FONANSOWANIA**



# Rok 2015/E (E jak ewolucja)

**ŚRODKI NA  
OKNOLOGIĘ  
– SPOSOBY  
FONANSOWANIA,  
JAK W 2014 I f4s**



**Dodatkowe 200 mln zł.  
na RO**



# Rok 2016/E

---

ŚRODKI NA  
ONKOLOGIĘ –  
SPOSOBY  
FONANSOWANIA,  
JAK W 2014 I f4s

½ ŚRODKÓW  
ROZLICZANA ZA  
RO

# Rok 2017/E

---

ŚRODKI NA  
OKNOLOGIĘ –  
SPOSOBY  
FONANSOWANIA  
JAK W 2014 I f4s

80-90% ŚRODKÓW  
NA RO

# Rok 2018/E

ŚRODKI NA  
OKNOLOGIĘ –  
SPOSOBY  
FONANSOWANIA,  
JAK W 2014 I f4s



Dane z raportów onkologicznych (RO) pozwolą na:  
- **opracowanie JGP** na polskich danych oraz  
faktyczne **wprowadzenie DRG** w onkologii jako metody realnego finansowania świadczeń  
wraz z systemem monitorowania jakości

# Rok 2014/R (R jak rewolucja)

---

**ŚRODKI NA  
ONKOLOGIĘ –  
AKTUALNE  
SPOSOBY  
FONANSOWANIA**

# Rok 2015/R

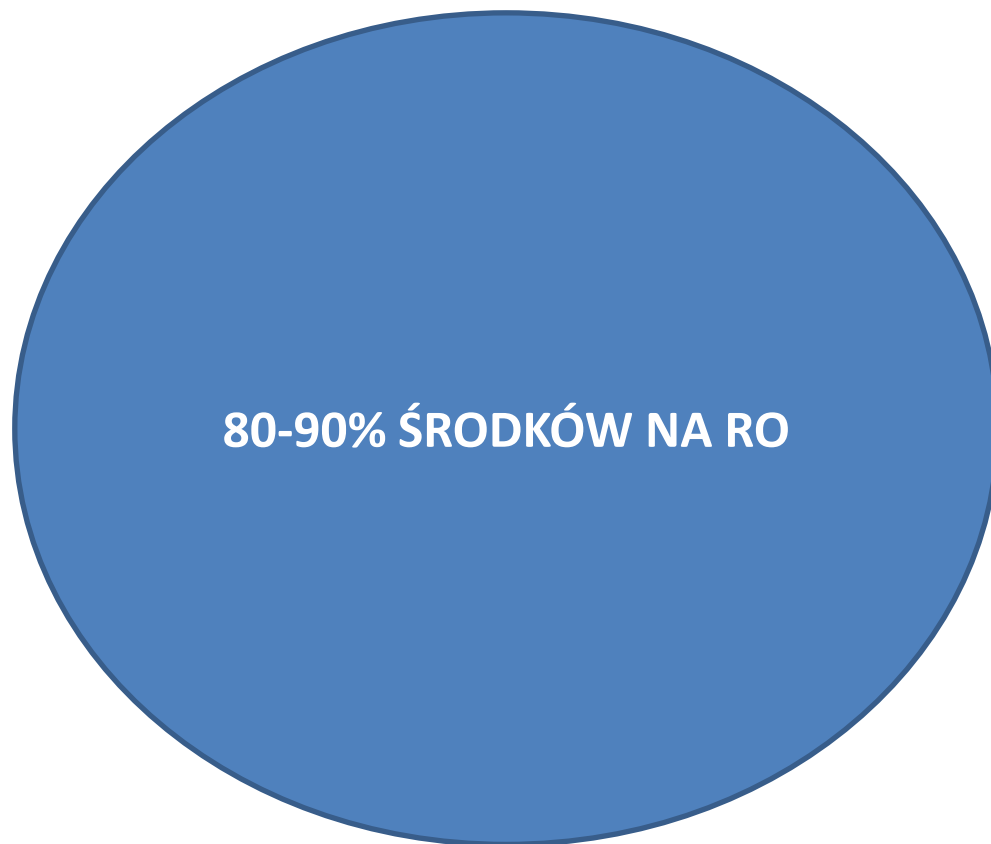
R – szybka zmiana systemowa (plusy i minusy/**zagrożenia!**)

ŚRODKI NA  
OKNOLOGIĘ –  
SPOSOBY  
FONANSOWANIA  
JAK W 2014 I f4s

80-90% ŚRODKÓW NA  
RO

# Rok 2016/R

ŚRODKI NA  
ONKOLOGIĘ –  
SPOSOBY  
FONANSOWANIA  
JAK W 2014 I f4s



Korekta na podstawie  
doświadczeń z 2015

# Rok 2017/R

---

ŚRODKI NA  
OKNOLOGIĘ –  
SPOSOBY  
FONANSOWANI  
A JAK W 2014 I  
f4s

DRG

---

# DOSTĘPNOŚĆ



---

# ZASOBY FINANSOWE

Osoba prowadząca:  
Daria Szmurło

# Finansowanie świadczeń onkologicznych

- **Zwiększenie środków na ochronę zdrowia można osiągnąć przez:**
  - Podniesienie składki zdrowotnej
  - Dofinansowanie z budżetu państwa
  - Wprowadzenie współpłacenia do świadczeń f4s
  - Udziały własne (*deductibles*)
  - Ubezpieczenia komplementarne
- **Poprawa efektywności gospodarowania dostępnymi zasobami**
- **Finansowanie kompleksowej opieki onkologicznej na rynku świadczeń, a nie świadczeniodawców**

# Teoretyczne sposoby finansowania świadczeń zdrowotnych

---

- **stawka kapitacyjna** (*per capita*);
- **budżety globalne** - stałe wynagrodzenie wypłacane świadczeniodawcom w systemach budżetowych (budżety historyczne);
- **opłata za przypadek mieszany** (*per case mix*) – oparta na tzw. systemie DRG, czyli Diagnosis Related Groups;
- **opłata za świadczenie** (*fee for service*);
- **opłata za osobdzień lub za hospitalizację** – odmiana *fee for service*;
- **opłata na efekt zdrowotny** (*pay for performance, P4P*).

## Formy *case - mix*

- rozliczanie leczenia poszczególnych przypadków (*cases*) według stawek określonych w wagach punktowych lub bezpośrednio przy pomocy cen,
- rozliczanie blokowych (globalnych) rocznych kontraktów przy pomocy sumy punktów wynikających z leczenia wszystkich pacjentów w danym roku,
- monitorowania produktywności szpitali dysponujących rocznymi budżetami.

---

# ZAWARTOŚĆ KOSZYKA ONKOLOGII

Osoba prowadząca:  
Anna Kordecka

## Cel funkcjonowania **koszyka** – **value for money**

Zapewnienie dostępności do **świadczeń zdrowotnych**:

1. O udowodnionej efektywności klinicznej
2. O możliwie **największej opłacalności** z opcjonalnych (z wyłączeniem prawdziwie sierocych TM)
3. **Możliwe do sfinansowania** w ramach dostępnych środków

**W pierwszej kolejności płatnik finansuje świadczenia najważniejsze z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa = PIORYTETOWE / HTR (Health Technology Reassessment)**







**Poniższe razem stanowią warunek konieczny DOBREGO  
ZARZĄDZANIE KOSZYKIEM GWARANTOWANYM!**

---

- **Przejrzyste procedury i racjonalne kryteria włączania i wykluczania świadczeń z koszyka,**
- **Dobrze działający AOTM (który zajmuje się oceną technologii nielekowych oraz HTR [health technology reassessment] zwrócony do wnętrza koszyka),**
- **Agencja Taryfikacji w modelu popytowo-podażowym.**



# Zarządzanie koszykiem

---

„Zarządzanie koszykiem” obejmuje *decision-making* oraz *decision-taking*:

- o włączeniu technologii do określonego koszyka
- o wykluczeniu technologii z koszyka
- o zasadach finansowania świadczeń
- o wycenie
- o współpłaceniu
- o kształcie i zakresie wskazań refundacyjnych
- o RSS-ach
- itd.

# Zawartość koszyka – podział świadczeń

- Zawartość koszyka określona technologiami medycznymi;
- Sposoby finansowania, kompletnie nie zależą od decyzji koszykowych;
- Określenie potencjału nadużywania dla poszczególnych świadczeń onkologicznych w koszyku gwarantowanym
- Konieczne jest wskazanie świadczeń priorytetowych, świadczeń „pierwszej potrzeby”, o najlepszym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu względem BSC – świadczenia I i II poziomu referencyjnego
- Świadczenia III poziomu referencyjnego objęte kontraktowaniem, z limitami i warunkami minimum jakie musi spełniać świadczeniodawca – to świadczenia, które mogą być zwykle wykonywane przez największe i wyspecjalizowane ośrodki

## Zawartość koszyka - postulaty

- Zarządzanie koszykiem zdefiniowanym za pomocą technologii medycznych
- Kontrola napływu nowych technologii do koszyka
- Sukcesywny system **usuwania technologii przestarzałych i nieopłacalnych** z koszyka
- Wskazanie **technologii priorytetowych** (I poziom referencyjny świadczeń zdrowotnych)
- **Zniesienie limitów** do najważniejszych świadczeń = świadczeń priorytetowych, najpierw I potem II poziomu referencyjnego – docelowo brak kontraktowania dla wszystkich świadczeń I i II poziomu referencyjnego

# Świadczenia stosunkowo tanie

---

- 1. Tanie świadczenia** powinny być poddane grze rynkowej i płacone **w 100%** z możliwością dobrowolnego ubezpieczenia się od tych opłat oraz z ew. maksimum opłat rocznie czy miesięcznie na osobę;
- 2. Świadczenia częściowo gwarantowane** - nieco droższe i te, względem których występuje hazard moralny powinny być na wolnym rynku ze współpłaceniem w granicach 30-70% - to współpłacenie musi być istotne kwotowo za zasadach f4s i/lub ew. za pomocą udziałów własnych (*deductibles*);

# Świadczenia drogie

## 3. Świadczenia drogie powinny być przydzielone do 3 grup:

- **świadczenia priorytetowe w koszyku gwarantowanym**, do których nie może być kolejki, bez limitów, świetnie wycenione, ale w wielu przypadkach finansowane inaczej niż f4s (+ inne niefinansowe mechanizmy kontroli nieuzasadnionego wykonywania); tu również pierwszeństwo kontraktowania przez NFZ, a docelowo zniesienie kontraktowania;
- **"nie priorytetowe" świadczenia w koszyku** (tu dopuszcza się ubezpieczenia suplementarne, ale też występowanie kolejek, jeśli ktoś nie wykupi ubezpieczenia suplementarnego);
- **pozostające poza koszykiem** (rynkowa gra ubezpieczeń komplementarnych [regulowana m.in. w zakresie maksymalnych wydatków na marketing i administrację TUZ] zmieniający się zakres tych świadczeń wraz z rozwojem medycyny i erozją cen: niektóre z czasem wchodzą do koszyka, nowe są rejestrowane).

---

# WYCENA ŚWIADCZEŃ ONKOLOGICZNYCH

Osoba prowadząca:  
Krzysztof Łanda

# Agencja Taryfikacji

---

- Przed przygotowaniem projektu ustawy o Agencji Taryfikacji należy przeprowadzić studium wykonalności (FS, feasibility study) dla kilku możliwych scenariuszy jej funkcjonowania;
- **Trzeba zdawać sobie sprawę z materii z jaką się ma do czynienia.**

## Koniecznie trzeba zdawać sobie sprawę z materii z jaką się ma do czynienia

---

Czyli:

- z liczby TM w koszyku gwarantowanym,
- ze zmienności zawartości koszyka oraz
- ze zmienności kosztów świadczeń w czasie (zmiana standardów oraz erozja cen w czasie), a co za tym idzie zmienności wzajemnych relacji kosztów świadczeń zdrowotnych



**ZDJĘCIE /PHOTO/ KOSZTÓW WSZYSTKICH ŚWIADCZEŃ W KOSZYKU  
NIE JEST MOŻLIWE (i nie jest potrzebne do wyceny)!**

---

- Ponad **100 000** technologii medycznych w koszyku (25-30 tys. elementów w bazie Religi);
- Czas, ludzie, koszty badania kosztów, to ważne, ale .... **PO CO TO WSZYSTKO?**

# Wycena świadczeń onkologicznych

---

- Czemu służy wycena, przy czym zdecydowanie należy odróżniać **ocenę kosztów świadczeń** od ich **wyceny**?
- Wycena jest zawsze umowna. Ceny umożliwiają lub uniemożliwiają transakcje. W zamian za zapłatę ktoś zrzeka się praw do określonego dobra lub wykonuje usługi.

## Cel wyceny świadczeń onkologicznych

---

Głównym celem ustalania cen jest zapewnienie **odpowiedniej podaży** określonych świadczeń.

**Wycena bynajmniej NIE musi więc być dokonywana na podstawie analizy kosztów!**

(choć w części przypadków – ok. 10-15% świadczeń - taka analiza za pewne będzie wykorzystywana, przy czym nie jest ani konieczna, ani możliwa do wykonania dla większości świadczeń).

## Priorytetowe TM w onkologii

- Decyzje koszykowe i cenowe / mechanizm kontraktowania („super” gwarantowane świadczenia) -> **świadczenia priorytetowe** (I i II poziomu referencyjnego - te świadczenia bez limitów i relatywnie wysoka wycena).
- Mechanizm finansowania
  - f4s (fee-for-service) w przypadku **braku hazardu moralnego oraz przy braku skłonności do nadużywania świadczeń przez świadczeniobiorców**
  - mechanizmy ograniczania po stronie popytowej i podażowej w przypadku występowania hazardu moralnego i/lub ryzyka nadużywania po stronie świadczeniodawców (wysokie kwoty współpłacenia, deductibles, limity, z informatyzowane algorytmy postępowania zintegrowane z rejestrami, limity, case-mix/JGP, inne) i efektywna kontrola ze strony płatnika
- Zasady kontroli Q – patrz dalej

## PO CO TO WSZYSTKO?! – case 1 (wycena powyżej kosztów)

Procedury w <u>JEDNEJ</u> GRUPIE np. JGP (tych procedur jest w niektórych grupach setki)	Szpitale różnych poziomów referencyjnych – KOSZTY /wyniki oceny metodą mikrokosztów/				
	Kliniczny X	Kliniczny Y	Wojewódzki Z	MSW alfa	Rejonowy P
A	<b>1900</b>	1850	1700	<b>1400</b>	1550
B	1400	1400	<b>1500</b>	1450	<b>1300</b>
C	1750	1700	<b>1800</b>	<b>1400</b>	1450
D	1300	<b>1200</b>	1250	1300	<b>1350</b>
E	1750	1850	<b>1900</b>	1700	<b>1600</b>

**Dziś NFZ płaci 2000 i nie ma limitu, ale kolejka do tych ważnych świadczeń wynosi 9 miesięcy!**

– A WIĘC CO WYNIKA Z ZEBRONYCH DANYCH NA RZECZ WYCENY?

# PO CO TO WSZYSTKO?!

## - case 2 (wycena poniżej kosztów)

Procedury w <u>JEDNEJ</u> GRUPIE np. JGP (tych procedur jest w niektórych grupach setki)	Szpitale różnych poziomów referencyjnych – KOSZTY /wyniki oceny metodą mikrokosztów/				
	Kliniczny X	Kliniczny Y	Wojewódzki Z	MSW alfa	Rejonowy P
A	2900	2850	2700	2400	2550
B	2400	2400	2500	2450	2300
C	2750	2700	2800	2400	2450
D	2300	2200	2250	2300	2350
E	2750	2850	2900	2700	2600

**Dziś NFZ płaci 2000 i nie ma limitu, ale kolejka do tych ważnych świadczeń wynosi 9 miesięcy!**

– należy podnieść wycenę NFZ inaczej świadczeniodawcy będą generować dług i odsyłać chorych, ale czy do tego potrzebna analiza kosztów?!

# PO CO TO WSZYSTKO?!

## – bliższe rzeczywistości / case 3

Procedury w <u>JEDNEJ</u> GRUPIE np. JGP (tych procedur jest w niektórych grupach setki)	Szpitale różnych poziomów referencyjnych – KOSZTY /wyniki oceny metodą mikrokosztów/				
	Kliniczny X	Kliniczny Y	Wojewódzki Z	MSW alfa	Rejonowy P
A	<b>2900</b>	2850	1600	<b>800</b>	950
B	2400	2800	<b>3100</b>	1450	<b>1300</b>
C	2750	2700	<b>3800</b>	<b>1400</b>	1550
D	2300	<b>2200</b>	2250	2300	<b>3350</b>
E	2750	2850	<b>2900</b>	700	<b>600</b>

Dziś NFZ płaci 2000 i nie ma limitu, ale kolejka do tych ważnych świadczeń wynosi 9 miesięcy!

– ROZRZUT

-NIEPEWNOŚĆ  
OSZACOWAŃ

--> JAKI WTEDY SENS  
ANALIZY KOSZTÓW?

--> konieczność  
STANDARYZACJI?  
(warto przypomnieć efekty „standardów produktu” z roku 2000!)  
63

# PO CO TO WSZYSTKO?! – REALITY case 4

Procedury w <u>JEDNEJ</u> GRUPIE np. JGP	Szpitale różnych poziomów referencyjnych – KOSZTY /wyniki oceny metodą mikrokosztów/								
	Kliniczny X	Kliniczn y Y	Woj.. Z	MSW alfa	KL b	KL c	W3	W7	R9
A	<u>1300</u>	+100	+200	+300	+400	+500	+600	+700	+800
B	-100	<u>1500</u>	+100	+200	+300	+400	+700	-200	-400
C	-200	-50	<u>1600</u>	+100	+200	+300	+400	-300	-500
D	-100	-200	-300	<u>1700</u>	+100	+200	+300	+400	-250
E	-300	-100	-200	-300	<u>1800</u>	+100	+200	+300	+400
F	+400	+100 0	+1200	+800	-200	<u>1900</u>	+100	+200	+300
G	+500	-100	+300	+100	-100	-50	<u>2000</u>	+200	+300
H	+600	+700	+250	+100	-250	-100	+150	<u>2100</u>	+300
I	+800	+700	+250	+100	-250	-100	+150	-150	<u>2300</u>
J	+800	+700	+250	+100	-250	-100	+150	<u>2500</u>	-150
ITD	ltd..	ltd..	itd	itd	itd	itd	itd	itd	itd

Dziś NFZ płaci 2000 i nie ma limitu, ale kolejka do tych ważnych świadczeń wynosi 9 miesięcy!

– ROZRZUT

-NIEPEWNOŚĆ OSZACOWAŃ

--> JAKI WTEDY SENS ANALIZY KOSZTÓW?

--> a co gdy nie ma konkurencji dla poszczególnych szpitali w regionie?!

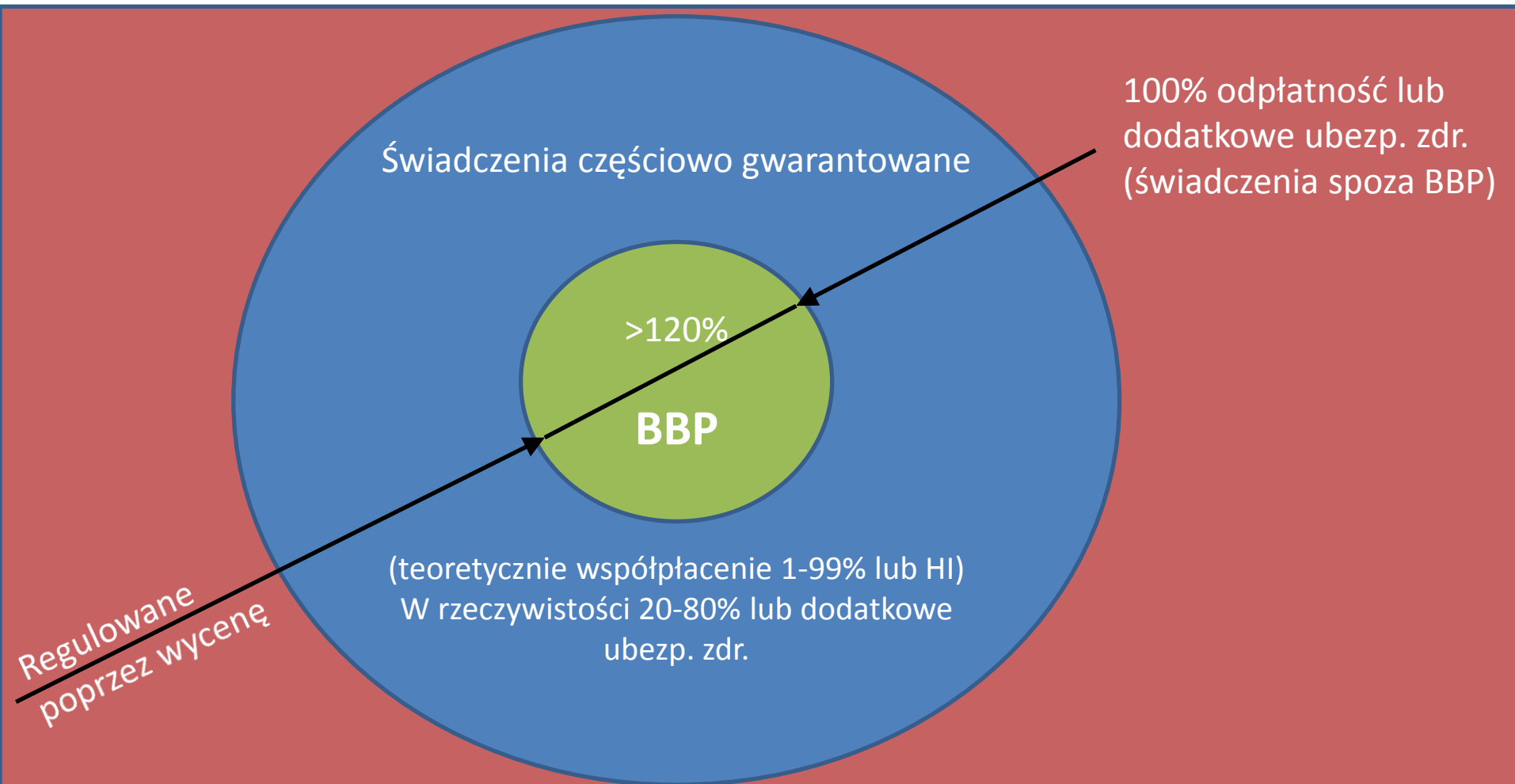


# Ile kosztuje wyprodukowanie jaja? Jak ten koszt wpływa na jego **CENĘ**?

Co przekupki biorą pod uwagę ustalając cenę jaja?



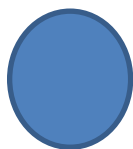
## Wycena – najważniejszy mechanizm regulacji ubezpieczeń zdrowotnych i podaży świadczeń



# A+B= REALNY KOSZYK NEGATYWNY



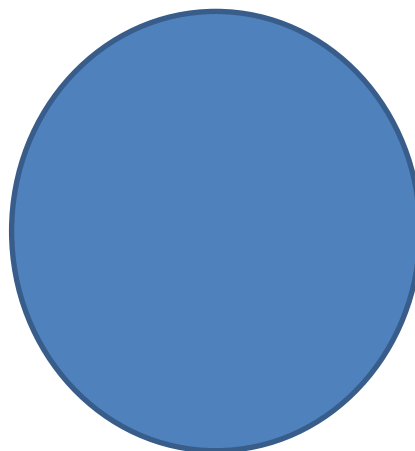
# Współpłacenie



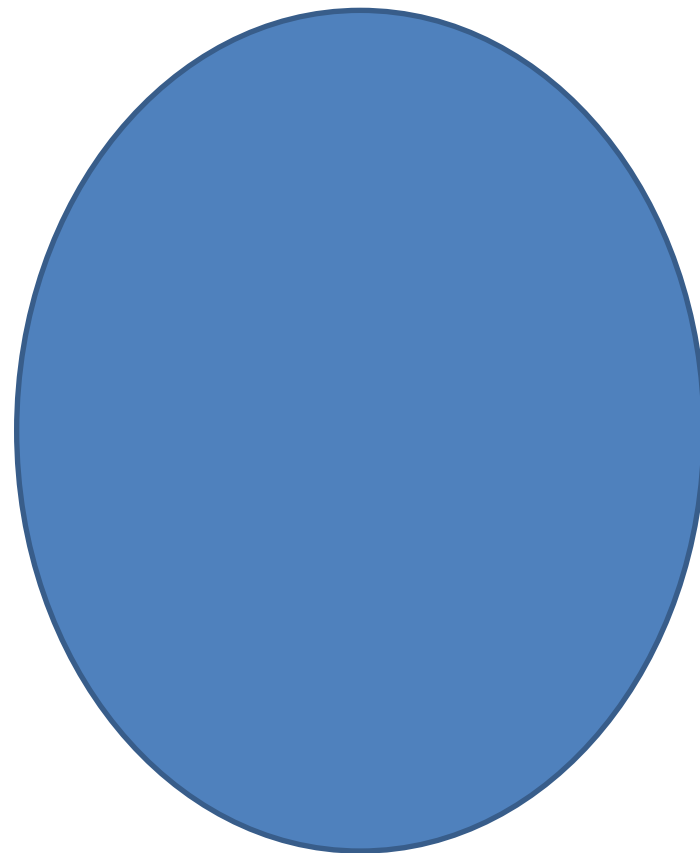
„Trifles”:

3 PLN dopłaty do wizyty  
lekarskiej,  
10 PLN do hospitalizacji

**WYSOKIE RYZYKO  
POLITYCZNE, NIEWIELKIE  
GROMADZONE ŚRODKI**



Deductibles  
(Udział własny)



Wysokie  
współpłacenie

# Ilu dziś się modli?!

- Wielu świadczeniodawców /producentów/ specjalistów dziś „MODLI SIĘ”, żeby nikt nie zmienił obowiązującej wyceny, gdyż świetnie dzięki niej prosperują;
  - Nikt w Polsce nie monitoruje erozji cen i nie dokonuje porównania cen na rynku polskim i cen w innych krajach!
- > Potencjał oszczędności w zakresie świadczeń nielekowych (w tym również, ale NIE TYLKO w DRG/JGP) jest prawdopodobnie znacznie większy niż w lekach! (vide: działalność Komisji Ekonomicznej)

# Czym jest i czemu służy wycena świadczeń?

## ocena kosztów świadczeń ≠ wycena

Wycena jest zawsze umowna. Ceny umożliwiają lub uniemożliwiają transakcje. W zamian za zapłatę ktoś zrzeka się praw do określonego dobra lub wykonuje usługi.

Wycena może, ale nie musi być dokonywana na podstawie analizy zużycia = analizy kosztów!!! **Zużycie bez standaryzacji charakteryzuje się dowolnością i ogromnym rozrzutem. A standaryzacja wszystkiego w medycynie NIE JEST MOŻLIWA!**

Na marginesie: Analiza kosztów z perspektywy świadczeniodawcy określonego poziomu referencyjnego jest przede wszystkim na rzecz rachunkowości zarządczej => należy ją poprawiać, gdyż daleko do dobrego zarządzania w wielu szpitalach



## Ocena kosztów technologii medycznych w koszyku

Ile czasu można poświęcić na ocenę kosztów technologii medycznych w koszyku (ktoś jednak chciałby zrobić **bardzo drogie zdjęcie kosztów wszystkich świadczeń ocenianych z perspektywy świadczeniodawcy**)?

Jeśli chcielibyśmy mieć aktualne dane kosztowe tylko jeden raz do roku to:

- ilu ludzi o stosunkowo wysokich kwalifikacjach musiałoby się zajmować taką wyceną, na podstawie kompleksowych analiz kosztów prowadzonych z perspektywy świadczeniodawcy?*

# Jakie powinny być zadania Agencji Taryfikacji?

- **Wycena** świadczeń zdrowotnych i niektórych wyrobów medycznych na podstawie analizy podaży świadczeń, analiz ekonomicznych (efektywność kosztowa) i w nie więcej niż 10-15% przypadków na podstawie analizy kosztów z perspektywy świadczeniodawcy;
- **Negocjacje** z organizacjami społecznymi, związkami zawodowymi i stowarzyszeniami świadczeniodawców;
- **Ustalanie cen urzędowych** niektórych wyrobów medycznych
- **Monitorowanie wyceny** świadczeń na rynku wewnętrznym i rynkach zewnętrznych
- **Międzynarodowa wymiana informacji** niezbędnych w polityce cenowej
- **Zakupy centralne**
- **Ew. ustalanie stopnia współpłacenia**

## Ewentualnie również:

- Analiza propozycji i zawieranie **RSS**
- **Monitorowanie wykonywania RSS**



# Zadania KE dla porównania – ustawa refundacyjna 2011

## Art.18 Zadania Komisji Ekonomicznej

1. Do zadań Komisji należy prowadzenie negocjacji z wnioskodawcą w zakresie:
  - 1) **ustalenia urzędowej ceny zbytu;**
  - 2) **poziomu odpłatności;**
  - 3) **wskazań, w których lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny ma być refundowany;**
  - 4) instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11, *decyzja w sprawie objęcia refundacją*, ust. 5.
2. Do zadań Komisji należy również:
  - 1) monitorowanie realizacji całkowitego budżetu na refundację;
  - 2) prowadzenie działań mających na celu racjonalizację wydatków związanych z refundacją oraz przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji w tym zakresie;
  - 3) monitorowanie realizacji zobowiązania, o którym mowa w art. 25, *wniosek o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu*, pkt 4;
  - 4) realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
3. **Komisja na podstawie dokumentu stanowiącego wynik negocjacji, podpisanego przez strony negocjacji, przyjmuje stanowisko w drodze uchwały i przedstawia je niezwłocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.**

## Kolejka do hematologa – jako przykład wpływu wyceny przy braku limitów

---

- 4 miesiące
  - Dziś wycena np. 20
  - Zwiększenie wyceny do 40 -> kolejka skraca się do 3 miesięcy
  - Zwiększenie wyceny do 50 -> kolejka ani drgnie
  - Zwiększenie wyceny do 60 -> kolejka skróciła się do 2 miesięcy
  - Zwiększenie wyceny do 80 -> kolejka zlikwidowana, hematolodzy z Irlandii i UK zaczynają otwierać swoje gabinety w Polsce; CEL OSIĄGNIĘTY, DOBRY DOSTĘP DO WAŻNEGO ŚWIADCZENIA
- 
- Zmniejszenie wyceny 70, a potem 60 po 2-3 latach utrzymywania wysokiej ceny -> kolejka nie wzrasta!
  - Zmniejszenie wyceny do 50 po kolejnym roku -> pojawiła się kolejka 4 tygodnie
  - Korekta wyceny do 55-60 -> kolejka minimalna lub żadna
  - Kontrola i korekta po pewnym czasie itd.
-

# Wycena świadczeń w kardiologii interwencyjnej – przejrzystość

## Obniżka:

- wszczepiania stentu z uwalniającym się w tętnicy lekiem
- leczenie inwazyjne chorych z zawałem trwającym poniżej czterech dni

## Wzrost:

- dwuetapowe leczenie chorego z zawałem
- pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką

## Nowe świadczenia:

- badanie zwężeń w tętnicach wieńcowych za pomocą USG wewnątrznaczyńniowego
- pomiar gradientu
- wszczepienie jednoczasowe więcej niż jednego stentu uwalniającego lek

Świadczenie	Nazwa grupy	Obecnie <sup>1</sup>	Wcześniej
wszczepienie stentu z uwalniającym się w tętnicy lekiem	Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu DES *	245	321
leczenie inwazyjne chorych z zawałem trwającym poniżej czterech dni	OZW - leczenie inwazyjne < 4 dni	180	197
wszczepienie stentu	Angioplastyka z zastosowaniem jednego stentu i inne zabiegi	124	111
dwuetapowe leczenie chorego z zawałem	OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni	316	274
pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką	Pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką	654	545
badanie zwężeń w tętnicach wieńcowych za pomocą USG wewnątrznaczyniowego	IVUS tętnic wieńcowych	75	-
pomiar gradientu	FFR	75	-
wszczepienie jednoczasowe więcej niż jednego stentu uwalniającego lek	Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów DES	295	-

## Inne świadczenia z zakresu kardiologii

Świadczenie	Średni czas oczekiwania w miesiącach <a href="http://www.barometrwhc.pl">www.barometrwhc.pl</a>	Wycena punktowa	Koszt prywatnie
wizyta u kardiologa	3,2 mc	6	100-120 zł
koronarografia – tryb planowy	2 mc	30	ok. 2000 zł
badanie EKG metodą Holtera	2,6 mc	7	80-120 zł
badanie elektrofizjologiczne serca (EPS)	10,6 mc	30	7000-10000 zł

# Wycena w wysiłkowym nietrzymaniu moczu u kobiet

---

Przykład racjonalnej polityki cenowej z roku 2000 – Zachodniopomorska Kasa Chorych / w oparciu o raport HTA i głównie analizę ekonomiczną (obejmującą analizę metodą mikrokosztów z perspektywy świadczeniodawcy)

- Plastyka przedniej ściany pochwy z podszyciem cewki szwami Kellego (plastyka przednia),
- Operacja Marshall-Marchetti-Krantz (MMK),
- Operacja podwieszenia pochwy metodą Burcha (Burch),
- Operacja przy użyciu "Tension-free Vaginal Tape" (TVT).

## Wycena alloplastyki cementowej (AC) i bezcementowej (ABC)

- ABC wyceniona dziś niemal **2,5 x wyżej** niż AC – wątpię, żeby to wycena była w oparciu o analizę metodą mikrokosztów ...
- Alloplastyka uznana przez WHO jako **jedna z najbardziej opłacalnych TM** (wysoce skuteczna i relatywnie niski koszt!)
- Są PS i metaanalizy wskazujące, że AC i ABC **nie różnią się skutecznością** ani profilem bezpieczeństwa, a nawet przewaga AC u ludzi starszych
- Na świecie robi się **50% ABC i 50% AC** – **w Polsce 90% to ABC!!!**  
Dlaczego?
- **Kolejka w Polsce to średnio 30-40 miesięcy!**
- > Zmieniając wycenę (zwiększając AC i zmniejszając ABC) można zmienić zachowania świadczeniodawców – **W TYM SAMYM BUDŻECIE MOŻNA WYKONAĆ ZNACZNIE WIĘCEJ ALLOPLASTYK**, a w związku z tym **ZMNIEJSZYĆ KOLEJKĘ** i osiągnąć ważny **SUKCES POLITYCZNY**



## AT powinna

- Pracować w porozumieniu z AOTM (AOTM powinien podjąć HTR i znacznie rozszerzyć działalność w zakresie oceny technologii nielekowych – usuwanie przestarzałych i nieopłacalnych technologii z koszyka, a już na pewno wskazywanie ich do zmiany wyceny, zmiany warunków świadczeń, RSSów i ew. współpłacenia)
- Priorytetem wycena świadczeń i ew. ustalanie współpłacenia:
  - **Monitorowanie kolejek (= podaży i popytu!) – w wielu przypadkach można dokonać zmian wyceny, podjąć negocjacje ze „stakeholders”, dokonać zakupu centralnego (z konfekcjonowaniem i bez) i inne, CEL NADRZĘDNY: zapewnienie dostępu do wysoce opłacalnych, podstawowych i potrzebnych wielu chorym świadczeń zdrowotnych, często możliwe BEZ ZWIĘKSZANIA WYDATKÓW**
  - Innych, mniej niezbędnych dla zdrowotności społeczeństwa – **podejście ukierunkowane na OSZCZĘDNOŚCI (potencjał do obniżek cen / „zgniłe kartofle”)**, bez zwiększania wpływu na budżet, gdzie można zwiększyć dostępność do świadczeń zdrowotnych lub wygenerować oszczędności, głównie:
    - Bardzo drogie, jeśli chodzi o wpływ na budżet (wielu stosujących i stosunkowo wysokie ceny)
    - Bardzo drogie, jeśli chodzi o jednostkowy koszt terapii (na osobę: na podanie, na miesiąc, na rok)

---

# ORGANIZACJA

Osoba prowadząca:  
Anna Kordecka

## Kompleksowe Centrum Onkologiczne (*Integraal Kankercentrum Nederland, IKNL*)

---

- Do zadań IKNL należy koordynacja konsultacyjnej sieci ekspertów
  - Sieć ta skupia liderów z poszczególnych specjalności, w tym chirurgii i radioterapii onkologicznej, onkologii i hematologii oraz patomorfologii.
  - Konsultanci IKNL są zobowiązani do wydawania opinii na temat trudnych diagnostycznie i terapeutycznie sytuacji klinicznych, co ułatwia stosowanie optymalnego również leczenia również poza nim (np. szpital znajdujący się w pobliżu miejsca zamieszkania).
  - Ujednolicenie sposobu postępowania w danej sytuacji klinicznej oraz przestrzeganie rekomendacji stało się kluczowe dla poprawy jakości opieki nad chorymi.

## Odpowiedzialność finansowa zarządów

---

- Odpowiedzialność finansowa zarządu ZOZu jak członków zarządu spółki handlowej
  - zgodnie z kodeksem spółek handlowych!

## Odpowiedzialność kierowników podmiotów leczniczych – propozycja zmiany art. 46 ust. o dz. I.

---

Jednolite wprowadzenie odpowiedzialności na zasadzie winy za szkodę wyrządzoną działaniem lub zaniechaniem sprzecznym z prawem lub postanowieniami statutu podmiotu leczniczego

- Rozwiązanie analogiczne do art. 293 k.s.h.,
- Rozszerzenie odpowiedzialności z tytułu umowy o pracę lub powołania,
- Możliwe jest zawieranie z kierownikami umów cywilnoprawnych (art. 46 ust. 3 u.d.l.).

## Odpowiedzialność kierowników podmiotów leczniczych – propozycja zmiany art. 46 u.d.l.

---

- Odpowiedzialność wobec podmiotu leczniczego;
- Wprowadzenie uprawnienia podmiotu tworzącego do wnoszenia pozwu o naprawienie szkody wyrządzonej podmiotowi leczniczemu, jeżeli podmiot ten nie wytoczy powództwa o naprawienie wyrządzonej jej szkody w terminie:
  - rok od dnia ujawnienia czynu wyrządzającego szkodę (analogicznie art. 295 k.s.h.),
  - Przedawnienie roszczeń – 3 i 10 lat (analogicznie art. 297 k.s.h.).

# Postulaty

---

- Jak najwięcej wolnego rynku - rynku świadczeń zdrowotnych
- **Kadencyjność** dyrektorów jednostek publicznych



## Postulaty cd.: zakupy centralne i promesy

---

- **Zakupy centralne** (z konfekcjonowaniem lub bez) - zgodnie z mapami zapotrzebowania zdrowotnego;
- **Promesy** na kontraktowanie z NFZ niektórych świadczeń III poziomu referencyjnego *(a być może i niektórych świadczeń II i I poziomu, o ile powiązane z mapami zapotrzebowania zdrowotnego)*

---

# INFORMACJA

Osoba prowadząca:  
Paulina Rolska

## Dostęp do informacji

---

- Rejestr Usług Medycznych (RUM);
- Poprawa monitorowania długości kolejek docelowo do TM – aktualna informacja o kolejce u każdego świadczeniodawcy (monitorowanie kolejek do świadczeń priorytetowych do momentu likwidacji kolejek – skuteczna realizacja związana z RUMem);
- Poprawa dostępu do każdej informacji publicznej, która nie jest objęta klauzulą tajności.

## Dostęp do każdej informacji publicznej po ew. zanonimizowaniu

---

*The Freedom of Information Act* – realny nadzór MZ nad realizacją postanowień ustawy;

- „ *Prawdziwa cnota krytyk się nie boi*”

*Ignacy Krasicki*

Powołanie osoby odpowiedzialnej za udzielanie informacji – w MZ, w Biurze Praw Pacjenta lub tak jak w GIODO (Administrator Informacji Publicznej [AIP] w każdej publicznej instytucji z NFZ na czele).

# Dostęp do informacji publicznej

---

Wprowadzenie ustawowego obowiązku wskazywania osoby odpowiedzialnej za udzielanie informacji publicznej;

- Aktualnie tylko w niektórych instytucjach;
- Bezpośrednio wskazana osoba ponosząca odpowiedzialność karną za nieudostępnienie informacji publicznej z art. 23 u.d.i.p.

## Dostęp do informacji publicznej – propozycje zmian

- Zadania szczególne dla **GIODO**
  - Zbieranie i publikowanie informacji na temat przesłanych wniosków o udzielenie informacji publicznej oraz udzielonych informacji
  - Składanie zawiadomień do prokuratury w sprawach z art. 23 u.d.i.p.
- Obowiązek podmiotów udzielających informacji publicznej do przekazywania informacji o złożonych wnioskach do GIODO (oraz możliwość przekazywania do GIODO zgłoszeń osób/instytucji/organizacji składających zapytania)
  - w terminie 3 dni od otrzymania wniosku

# Administrator informacji publicznej

- Zadania
  - Udzielanie informacji publicznej na wniosek
    - Koordynowanie przygotowania informacji przez merytoryczne wydziały i departamenty
  - Prowadzenie i aktualizacja biuletynu informacji publicznej
- Obecnie trwa postępowanie przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie zgodności z Konstytucją niektórych przepisów u.d.i.p. (sprawa K 58/13)
- Opłaty za drugie zapytanie z tego samego podmiotu lub w przypadku zapytań wymagających syntezy informacji
  - opłaty podobnie jak FOIA/USA zgodnie z przejrzystym cennikiem po kosztach przygotowania



---

# JAKOŚĆ

# Jakość w ochronie zdrowia

---

## Jakość usług zdrowotnych

- To poziom usług świadczonych w ramach opieki zdrowotnej, mierzony przy pomocy mierników struktury (np. urodzenia, zasoby ludzkie), procesu (np. czynności diagnostyczne i lecznicze) i efektu (np. współczynniki śmiertelności, poziom zadowolenia pacjentów, itp.)
- Taki rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego etapach.

## Jakość w ochronie zdrowia cd.

---

### Jakość usług medycznych cd.

- To stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi, dostarczona zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych efektów.

## System Zapewnienia Jakości (SZJ)

---

Trudne, kosztowne i czasochłonne jest zaplanowanie dobrego SZJ, ale **wdrożenie dobrze zaprojektowanego SZJ jest zawsze znacznie łatwiejsze niż wdrażanie źle zaprojektowanego systemu**, przy sprzeciwie środowiska lekarzy i w warunkach oporu społecznego.

## Nie wolno zapomnieć, że ...

- monitorowanie jakości jest bardzo trudne i **ZAWSZE** kosztowne – skąd na to pieniądze? Dodatkowe wydatki to **zmniejszenie puli środków na realizację świadczeń zdrowotnych** w sytuacji pogłębiającego się deficytu (rosnąca zawartość koszyka gwarantowanego i ograniczone wpływy do NFZ);
- brak obiektywnych pomiarów i niezależności oceny jakości prowadzi do niesprawiedliwego finansowania opieki medycznej! Tą **obiektywność oceny** bardzo trudno jest zapewnić.

Jakość kosztuje, ale **brak SZJ kosztuje jeszcze więcej**, dlatego  
*feasibility study* jest takie ważne!

---

- Należy oddzielić system **monitorowania jakości** od systemu **zapewniania jakości *sensu stricto***;
- Powinno się uwzględnić m.in.: standaryzację postępowania, przyznawanie stopni referencyjności, system monitorowania jakości, system zapewniania jakości *sensu stricto*, mapowanie/monitorowanie potrzeb zdrowotnych, planowanie;
- Niezwykle ważna jest **skuteczna i wydajna droga odwoławcza znajdująca się pod kontrolą polityczną** z polityczną odpowiedzialnością za jej funkcjonowanie.

## System zapewnienia jakości w onkologii jest szczególnie istotny!

Może być realizowany oddzielnie od innych dziedzin lub może być realizowany dla wszystkich dziedzin medycyny przez ....

- .....wyspecjalizowaną jedną instytucję, ale też przez wiele współpracujących czy nawet działających równolegle instytucji,
- ..... albo powołując instytucję **wewnątrz środowiska** onkologicznego (*z całą pewnością System Zapewniania Jakości [SZJ] wymaga kompetencji!*) lub **poza nim** - podobną w umocowaniu do CDC, NCI, czy INC, która funkcjonowałaby niejako „na zewnątrz”.



## Jakość

(od najważniejszych do mniej istotnych z perspektywy pacjenta)

---

1. Zapewnienie adekwatnych środków na SZJ;
2. Poprawa systemu akredytacji;
3. Wytyczne i standardy postępowania;
4. Edukacja personelu;
5. Rejestry zgodne z GRP
6. RUM;
7. Koordynacja opieki + MDT;
8. Zmiana roli ordynatora;
9. Poprawa standardów bezpieczeństwa technicznego z certyfikacją;
10. „Pieniądz idzie za pacjentem” – finansowanie świadczeń I i II poziomu referencyjnego, a nie bazy;
11. Stworzenie rankingu oddziałów.

---

# ADEKWATNE ŚRODKI NA PROGROMY ZAPEWNIANIA JAKOŚCI NA RÓŻNYCH POZIOMACH

Osoba prowadząca:  
Daria Szmurło

## Pieniądze na programy zapewniania Q na różnych poziomach

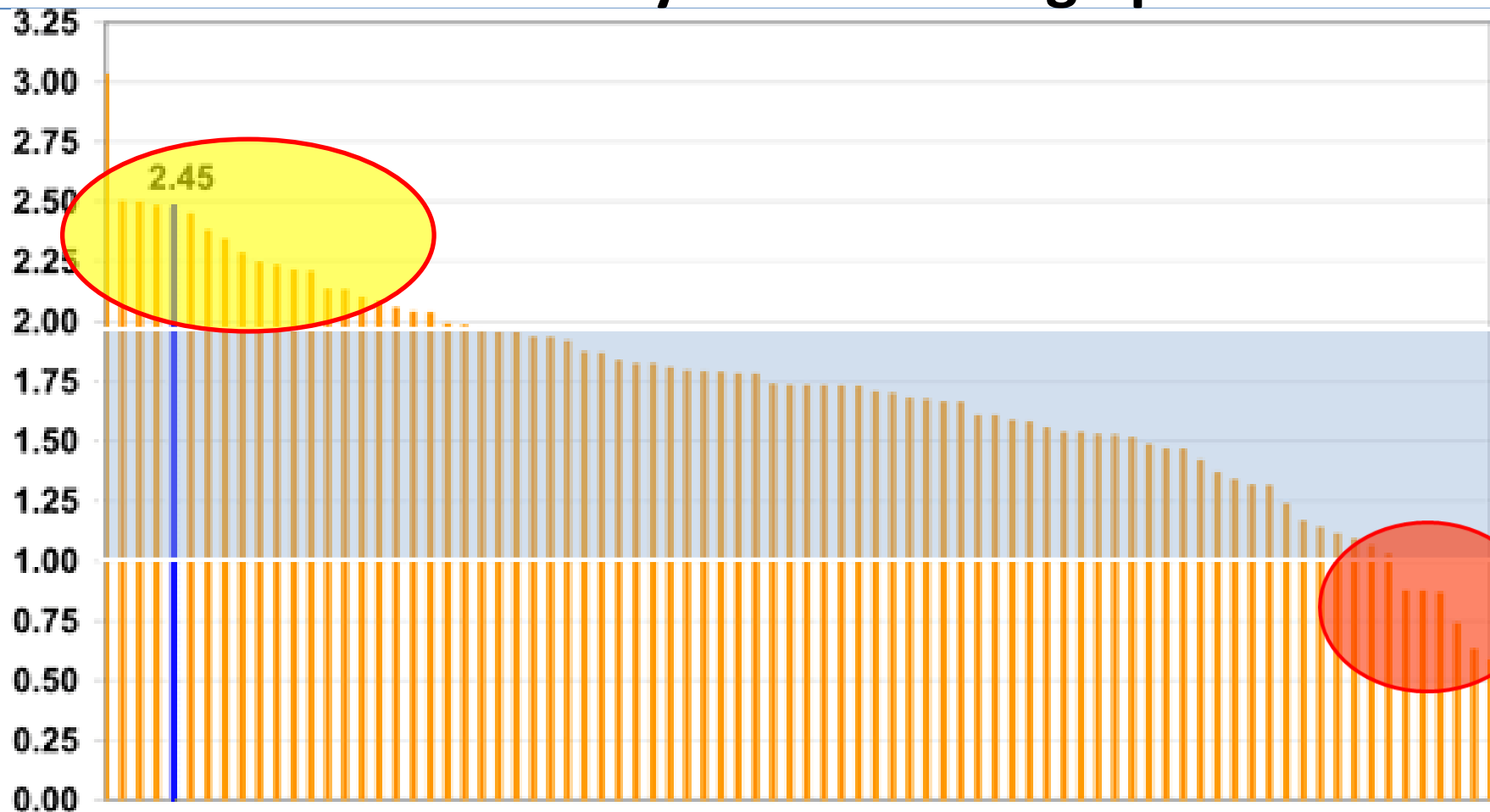
- Finansowanie działań w zakresie poprawy jakości ma **charakter inwestycji** (ocena ROI a priori w ramach FS);
- Konieczne stworzenie **mechanizmów po stronie regulatora** zachęcających świadczeniodawców do inwestycji w jakość:
  - Uwzględnienie w kryteriach konkursowych (na czas określony),
  - Wyższe kontrakty (na czas określony),
  - Większa wycena świadczeń (dotyczy świadczeń priorytetowych),
  - **KONKURENCJA I WOLNY RYNEK ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I i II POZIOMU REFERENCYJNEGO.**

Teza: inwestycja w jakość -> poprawa jakości udzielanych świadczeń -> większy popyt na usługi -> wyższe kontrakty.

(+ Fundusze Unijne?)

# DRG a Q świadczeń

## – ocena kosztu wytworzenia 1ego punktu



---

# POPROWA SYSTEMU AKREDYTACJI

Osoba prowadząca:  
Jacek Siwiec

## Akredytacja szpitali i POZ Stan AD 2014

- Akredytacji szpitali oraz POZ opiera się **ustawie z 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia** (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 418).
  - **Akredytacji udziela Minister Zdrowia**, na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej, zaś Oceny dokonuje Ośrodek Akredytacyjny - Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ).
- **Zalety:**  
System akredytacji cechuje, **zatem wysoka afiliacja prawna!**  
Ma ugruntowany charakter, system jest znany.
  - **Wady:**  
System akredytacji **mierzy wypełnianie standardów, a nie realną jakość kliniczną świadczeń!**  
Akredytacja „nie profiluje” sytuacji klinicznej, przeprowadzana jest tak samo w każdej placówce .

## Propozycje zmian w systemie akredytacji i alternatywy dla niego

---

- Proponuje się wprowadzenie zasad **pluralizmu w prowadzeniu akredytacji** (i prawa do nadawania certyfikatów jakości);
- Rekomenduje się wdrażanie systemu **ISO EN 15224**, a zatem pierwszej normy, która wprost odwołuje się do zasad jakości klinicznej, którą można dodatkowo „wyprofilować” dla potrzeb onkologii.



# Tworzenie standardów akredytacyjnych

---

Standardy akredytacyjne w onkologii przyznawane byłyby przez:

- **Wariant 1.** utworzony w CMJ, Ośrodek Akredytacyjny Onkologicznej (OAO) lub
- **Wariant 2.** Radę Akredytacji Onkologicznej (ROO), jako instytucji wspólnej np. dla stowarzyszeń naukowych w obszarze onkologii (samoorganizacja środowiska) z udziałem MZ i NFZ.

## Alternatywne systemy akredytacji w onkologii - ASCO Quality Programs

---

ASCO Quality Programs, składa się z dwóch komplementarnych inicjatyw (dla pacjentów ambulatoryjnych):

- Quality Oncology Practice Initiative (QOPI) – pomiaru wybranych wskaźników,
- QOPI Certification Program (QCP™) – systemu certyfikacji – nagrody jakości.

## Waga wskaźników jakościowych

---

Podzielamy pogląd Pana Min. Marka Balickiego:

**„System musi być zorientowany na wynik a nie na proces”**

Zorientowanie systemu na wynik wymaga profesjonalnego opracowania wskaźników jakościowych, zróżnicowanych w zależności od choroby i ewoluujących sposobów kompleksowego postępowania medycznego.

## QOPI Certification Program (QCP™)

- To program zapewnienia jakości (improvement program) w oparciu o program certyfikacyjny dedykowany pozaszpitalnej onkologii i hematologii opierający się na zestawie wskaźników oraz standardów jakości.
- Warunkiem udziału programie jest udział aplikujących w programie Quality Oncology Practice Initiative (QOPI) gdzie dokonuj się pomiaru i agregacji wybranych wskaźników.
- Aplikujący muszą partycypować w pięciu modułach QOPI, a każdy moduł składa się z grupy wskaźników, które przez agencję wyników służą do obliczenia, tzw. Całkowitego Wskaźnika Jakości
- Kryteria certyfikacyjne opierają się na tzw. standardach bezpieczeństwa (Certification Safety Standards) ASCO/ONS (ocena dokonywana jest w 10 obszarach).

**Zalety:** dedykowany onkologii, precyzyjny pomiar, możliwość kooperacji z ASCO (wyższa wiarygodność), odcięcie się od „rytualnej” akredytacji CMJ.

# EBM-Oriented Oncology Practice EBM-OOP

- System pro jakościowy EBM-OOP opiera się o certyfikowane szkolenia zakończone, egzaminem dla kluczowego personelu medycznego w placówkach onkologicznych.
- Certyfikacja dokonywana będzie, w trybie eksternistycznym, przez firmy certyfikujące ISO, co wzmocni oddziaływanie certyfikatu **EBM-Oriented Oncology Practice**.
- Certyfikat nadawany będzie szpitalom, oddziałom onkologicznym na podstawie jedyne go kryterium tj. przeszkolenia personelu i uzyskaniu certyfikatów oraz pisemnego zobowiązania personelu do przestrzegania zasad EBM w praktyce klinicznej.
- Widocznym znakiem jakości będzie certyfikat „Leczymy zgodnie z zasadami EBM” (firmy ISO same znak rozpropagują wśród pacjentów).

**Zalety:** zewnętrzna certyfikacja ISO, prostota i względna niezmiennosc certyfikacji (EBM nie ulega zmianom), niskie koszty, unikalność rozwiązania w skali światowej.

**Wady:** trudności w utworzeniu benchmarkingu szpitali, oddziałów onkologicznych, opór środowiska.

# EBM-Oriented Oncology Practice EBM-OOP

---

- To pewne minimum, jakie powinien spełniać każdy onkolog oraz praktyka onkologiczna w odniesieniu do swojego personelu w zakresie edukacji klinicznej i praktyki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, **gdzie podstawowym narzędziem jest EBM i HTA w przypadku drogich świadczeń.**
- System EBM-OOP opiera się na założeniu, że: **głównym kryterium jakości klinicznej jest sprawowanie praktyki onkologicznej w oparciu o paradygmat EBM**, gdzie dokonuje się kwantyfikacji wiedzy (faktów klinicznych) w oparciu o (wytyczne) EBM, bierze się pod uwagę ich aktualność, a zmiany praktyki klinicznej dokonuje się w oparciu o dowody naukowe (*evidence*).

---

# WYTYCZNE I STANDARDY POSTĘPOWANIA OROZ WSKAŹNIKI JAKOŚCI

Osoby prowadzące:  
Jacek Siwiec  
Krzysztof Łanda



# Wytyczne praktyki klinicznej (clinical practice guidelines, CPGs)

---

## Cechy dobrych wytycznych:

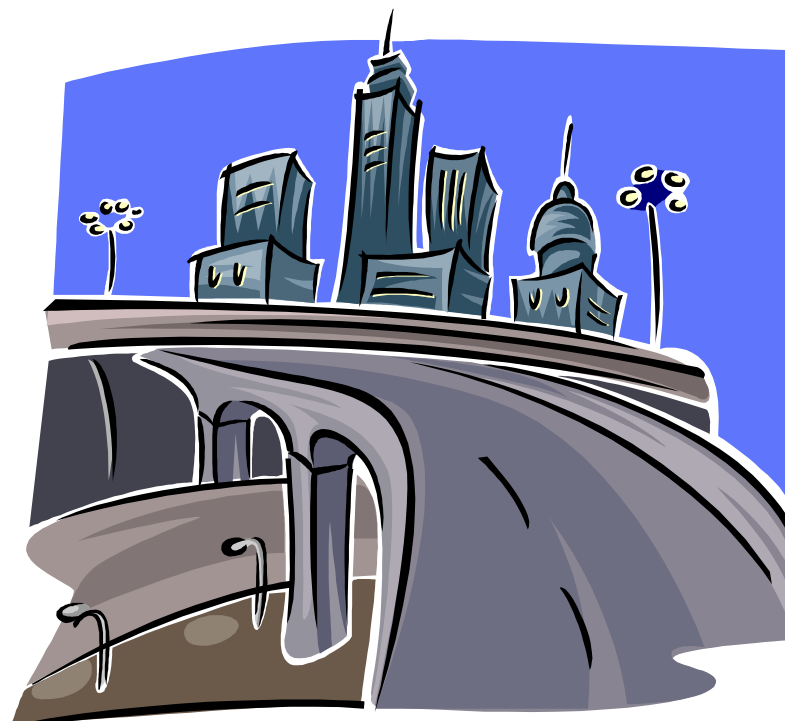
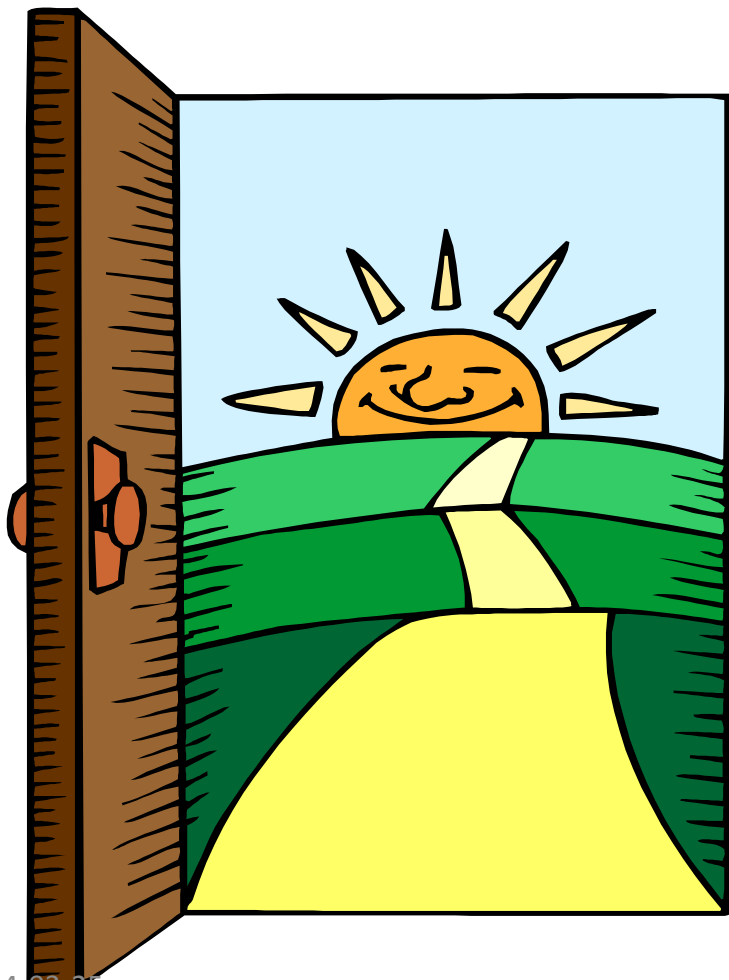
- Oparcie się na najbardziej aktualnej i najistotniejszej z naukowego punktu widzenia wiedzy medycznej (oparcie się tylko na istotnych klinicznych doniesieniach naukowych);
- Odwołanie się do konsensusu środowiska eksperckiego, które je tworzy (pozytywne oddziaływanie poprzez autorytet na środowisko medyczne).
- Odwołanie się do przejrzystych i transparentnych reguł ich tworzenia, co sprawia, że uzyskuje się podobne wyniki przy ponowieniu procesu (wartość naukowa);
- Operacje standardów i wytycznych o racjonalne zasady tj. m.in. jasne zdefiniowane populacji, do której są one skierowane, uwzględnienie wyjątków i sytuacji szczególnych, jednoznaczność języka, wskazanie horyzontu czasowego ich obowiązywania.

## Cechy dobrych wytycznych i standardów

---

- aktualność i wiarygodność,
- praktyczna korzyść odpowiadanie wymogom medycznym (wartości),
- rzetelność i powtarzalność (uwzględnienie wyjątków, tzn. sytuacji, dla których wytyczne **nie** mają zastosowania),
- prostota w odniesieniu do języka, definiowania i logiki,
- włączenie do tworzenia wytycznych wszystkich organizacji i zainteresowanych procesem stron,
- określony czas, po upływie którego wytyczne należy poddać aktualizacji.

## Praktyka medyczna jak droga ma różne „odcinki”



## Standaryzacja - powody

---

- Problem powszechny,
- Wysokie koszty medyczne i/lub społeczne choroby,
- Wysokie koszty jednostkowe terapii,
- Ocena skuteczności procedury,
- Różnice w postępowaniu,
- Implikacje prawne, etyczne, moralne,
- Nowe wiarygodne doniesienia naukowe,
- Inne.

## Rodzaje rekomendacji ---> rodzaje dokumentów

---

Standardy

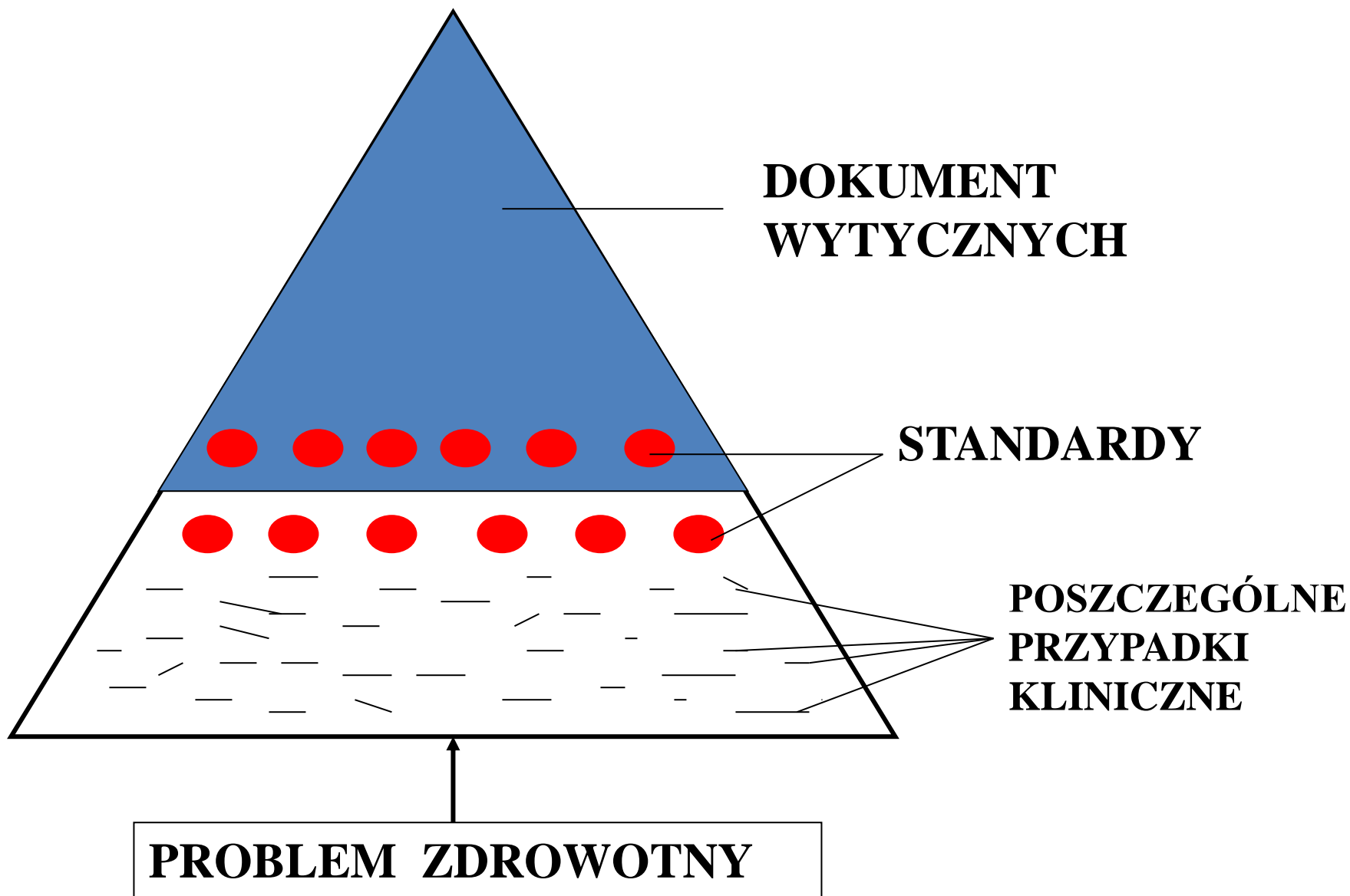
--->

**Dokumenty standardów**  
(*practice standards*)

Wytyczne

---> **Dokumenty wytycznych**  
(*practice guidelines*)

Opcje



## ZAGROŻENIA w procesie opracowywania standardów i wytycznych!

---

- Brak zasobów („z motyką na słońce”);
- Nie uwzględnienie „best available evidence”;
- Proces lobbingowy;
- Brak zaangażowania wszystkich zainteresowanych stron - brak szerokiego konsensusu;
- Brak poparcia autorytetów w danej dziedzinie;
- Sztuczne przyspieszanie procesu.



## Opracowywanie wytycznych i standardów w krajach wysokorozwiniętych

---

- organizacje:

CBO, AHCPR / AHRQ, NIH, SBU, Szkocja, Nowa Zelandia

- uczestnicy procesu;
- założenia metodyczne;
- czas.



*Agency for Healthcare Research and Quality*

*Quality Research for Quality Healthcare*

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
National Institutes of Health

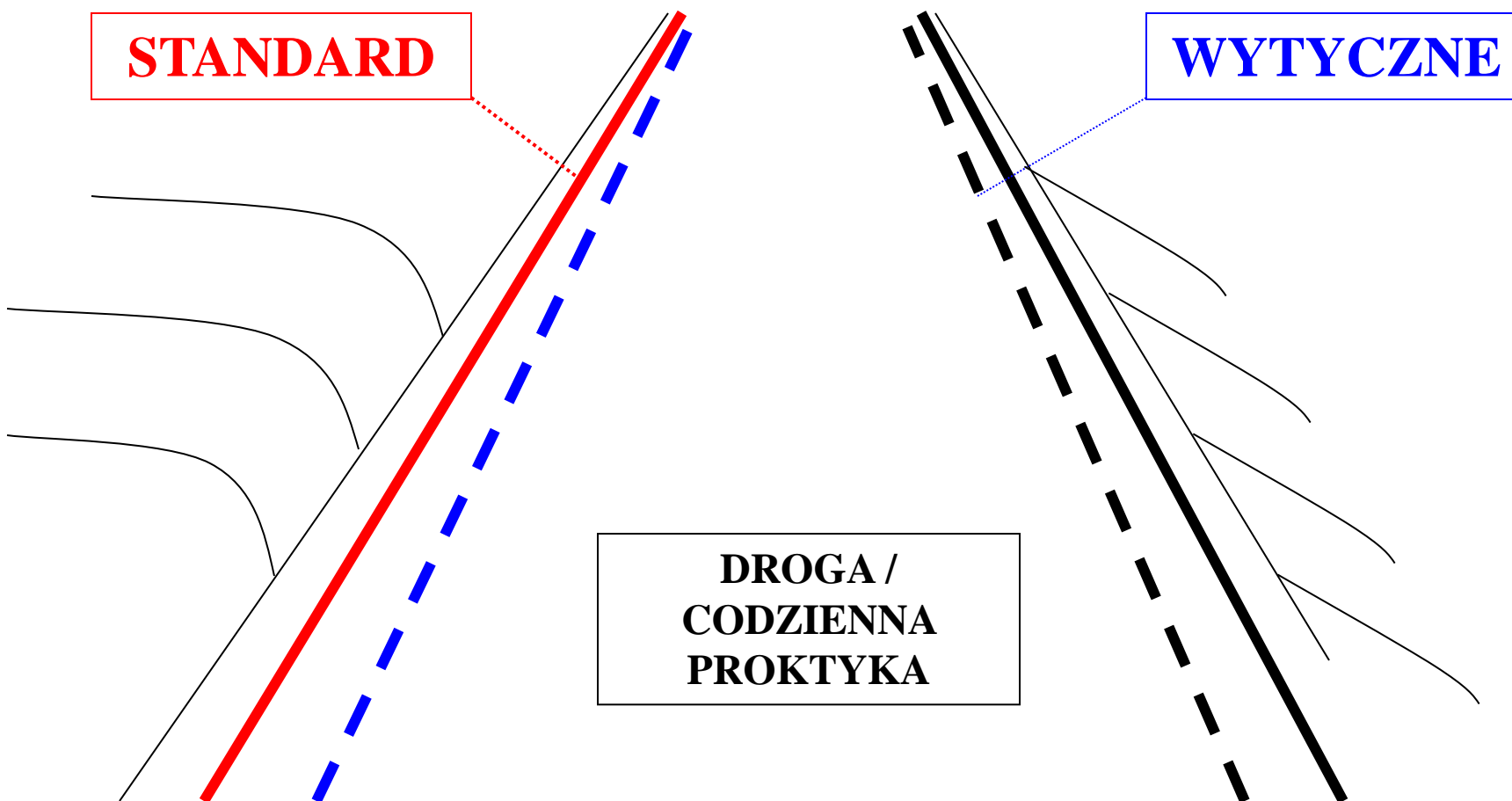


**S I G N**

Scottish Intercollegiate Guidelines Network



# STANDARYZACJA – ZNAKI DROGOWE



## Podstawowe założenia procesu: „guidelines for guidelines”

---

### Metodyka

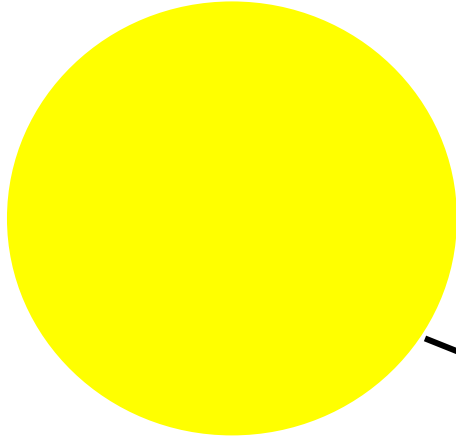
(sprecyzowany temat, metody, format końcowy dokumentu)

**(EBM)** - dostęp do źródeł aktualnej wiedzy medycznej oraz umiejętność  
ich oceny

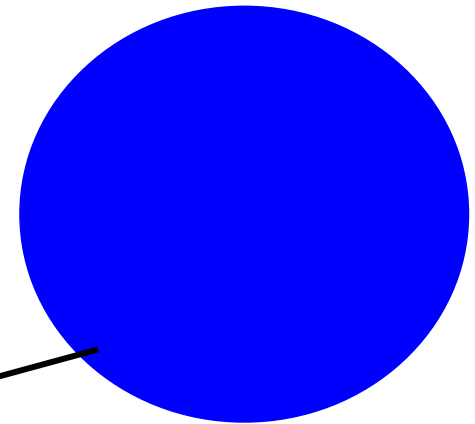
**Konsensus** - proces multidyscyplinarny, wszystkich zainteresowanych  
stron

**Zalecenia Rady Europy dotyczące opracowywania „evidence-  
based practice guidelines”**

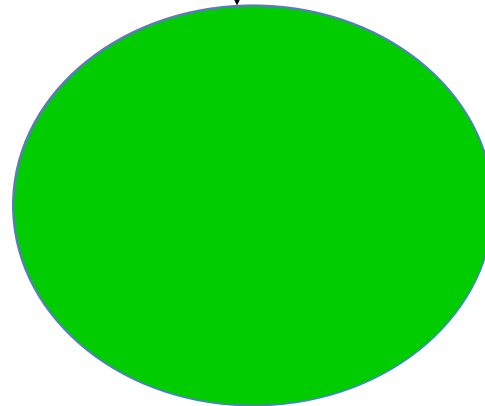
**DONIESIENIA  
NAUKOWE +  
EBM**



**DOŚWIADCZENIE +  
WARTOŚCI  
(NORMATYWY)**



**KONSENSUS**



# Etapy procesu

---

Wybór tematu;

Opracowywanie rekomendacji:

- zaproszenie zainteresowanych stron,
- szkolenia z EBM oraz przedstawienie założeń metodycznych,
- Model Kliniczny i Model Ewidencji (ROND/UCLA),
- Konferencja konsensusu,

Implementacja wytycznych.

## Metody wypracowania konsensusu

*doniesienia naukowe + wartości (normatywy) + doświadczenie*

---

- Delphi
- konferencja konsensusu
- grup interaktywnych
- grup nominalnych
- połączenia metod (np. ROND/UCLA)



# Przykładowa struktura prac nad wytycznymi postępowania w przypadku BÓLU PRZEWLEKŁEGO

**Konsultant Krajowy  
Medycyny Rodz.**

**Kolegium  
Lekarzy Rodzinnych**

**Sekcja Pediatria Tow.  
Anestezjologii**

**Tow. Badania Bólu**

**Tow. Onkologiczne**

**Tow. Anestezjologii**

**CMJ**

**Tow. Ortopedii**

**Tow. Psychiatryczne**

**Tow. Neurochirurgów**

**Tow. Reumatologiczne**

**Tow. Onkologii Klin.**

**Tow.  
Psychoonkologiczne**

**Tow.  
Opieki Paliatywnej**

# Sposoby implementacji standardów i wytycznych

---

- 1. Program Ambasador;**
2. Wymagania prawne;
3. Wymagania branżowe;
4. Wymagania etyczne i moralne;
5. Kultura organizacji;
6. Inne.

## Wytyczne i standardy **MOGA** ...

... ale nie muszą uwzględniać aspektów ekonomicznych

CPGs (Clinical Practice Guidelines) często jednak wykorzystują raporty HTA, często z CPGs wynika potrzeba opracowania pełnego raportu HTA, często raport HTA inicjuje opracowanie i wprowadzenie standardu postępowania

# Wytyczne, standardy, opcje postępowania

- Wytyczne tworzone są przez samo środowisko naukowe/ kliniczne, bądź przez instytucje rządowe (brytyjski NICE).

## celem wprowadzenia wytycznych i standardów jest:

- Zapewnienie dostępu do najbardziej aktualnej wiedzy medycznej, przy jednoczesnym dokonaniu gradacji owej wiedzy, zgodnie z paradygmatem jakości EBM (patrz: piramida WHO) a tym samym realne oddziaływanie na jakości świadczeń medycznych.
- Stanowią naturalny system bezpieczeństwa oraz narzędzie oceny jakości klinicznej dla każdego typu praktyki medycznej, zabezpieczając jednocześnie interesy pacjentów (leczeni są zgodnie z najlepszymi praktykami w danej dziedzinie) oraz personelu medycznego, w przypadku sytuacji niepowodzenia w leczeniu (skutki prawe).
- Z punktu widzenia organizatora świadczeń i płatnika stanowią gwarancję właściwej alokacji środków (płaci za efektywne i bezpieczne procedury).

## Zalecenia dla Polski

- Wytyczne w warunkach polskich powinny **uwzględniać wyniki raportów HTA, a więc i koszty.**
- **Państwo powinno partycypować w kosztach ich przygotowania** lub określić np. rozporządzeniem wymagania jakościowe.
- Przed stworzeniem st. onkologiczne winny przyjąć zasady jakościowe ich przygotowania („**Guidelines for Guidelines**”); proces tworzenia musi odwoływać się do dowodów naukowych (evidence) oraz hierarchii i ważności (tzw. Piramida WHO).
- Wytyczne powinny być tworzone ona **określony czas**, co wymusza śledzenie zmian i stworzenie mechanizmów aktualizacji (*rigour of development*).

## Zalecenia dla Polski cd

- Wytyczne powinny być tworzone na warunkach **konsensusu**, przy pomocy technik osiągnięcia porozumienia (vide: technika delficka /ROND/UCLA). Wnioski z procesu w CMJ.
- Ze względu na ew. posądzenie o stronniczość, proces winien być całkowicie **transparenty**.
- Nie zleca się kopiowania standardów z innych krajów, jakkolwiek mogą one być pomocne.
- Wykorzystanie obok „dużych wytycznych” tzw. Minimum Clinical Recommendation (MCRs), stowarzyszenia ESMO.

# Wytyczne praktyki klinicznej a standardy udzielania świadczeń (płatnik)

- **Standardy udzielania świadczeń (SUS)**, to wymagania stawiane przez Płatnika świadczeniodawcom, stanowione w drodze rozporządzeń Ministra Zdrowia;
- Przyjęcie SUS w dziedzinie onkologii w drodze aktów normatywnych jest ryzykowne - niebezpieczeństwo związane z nadużyciem standardu, który staje się nie bodźcem pro jakościowym, ale barierą podażową ograniczającą dostęp do świadczeń zdrowotnych;
- Standaryzacja postępowania łączy się z HTA (AOTM) oraz polityką cenową (Agencja Taryfikacji); na ich podstawie często tworzone są wskaźniki jakościowe i dalej rejestry.

---

# ZMIANA ROLI ORDYNATORA

Osoba prowadząca:  
Magdalena Władysiuk



# Ordynator – regulacja doboru w ustawie o działalności leczniczej

---

## Zakres obowiązków

- Kierownik oddziału
- Chief department
- Chief physician (tylko do konsultacji klinicznych)

Dodatkowe funkcje kierownicze na oddziale:

- Koordynator zespołu multidyscyplinarnego
- Coach dla pacjenta lub przydzielanie funkcji coach'a podległym lekarzom

<http://www.arslege.pl/ustawa-o-dzialalnosci-leczniczej/k638/>

## Ordynator – regulacja doboru w ustawie o działalności leczniczej

### Obecnie wybór i kadencja

- Ordynator oddziału szpitala publicznego wybierany jest na 6-letnią kadencję w drodze konkursu, którego zasady przeprowadzania reguluje *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.*

Komisja Konkursowa (zmniejszono wpływ izb lekarskich w konkursach)

W składzie komisji konkursowej wchodzi:

- przedstawiciel okręgowej rady lekarskiej właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego – lekarz posiadający
- specjalizację w danej lub pokrewnej dziedzinie medycyny jako przewodniczący komisji,
- od trzech do sześciu przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego, z tym że w przypadku gdy o stanowisko ordynatora ubiega się kierownik podmiotu lub jego zastępca do spraw lecznictwa – od trzech do sześciu przedstawicieli podmiotu tworzącego – w takim przypadku nie powołuje się w skład komisji przedstawiciela podmiotu tworzącego,
- dwaj lekarze – przedstawiciele okręgowej izby lekarskiej właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego, posiadający specjalizację w danej lub pokrewnej dziedzinie medycyny,
- przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego,
- przedstawiciel podmiotu tworzącego;

Rozporządzenie ministra zdrowia z 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (DZ.U. z 2012 r. Poz. 182).

## Chief Physician

- A **Chief Physician**, also called **Head Physician**, **Senior Consultant**, **Chief of Medicine**, is a physician in a senior management position at a hospital or other institution. In many institutions, it is the title of the most senior physician, but it may also be used as the title of the most senior physician of a particular department within a larger institution. A chief physician generally is in charge of medical matters and often is the superior of other physicians (including consultants or attending physicians), but may also be in charge of other professional groups and areas of responsibility.
- Naczelny lekarz, zwany także ordynatorem, starszy konsultant, szef medycyny jest to lekarz na wyższych stanowiskach zarządzania w szpitalu lub innej instytucji. W wielu instytucjach, to tytuł najbardziej doświadczonego lekarza, ale może być również stosowany jako miano większości doświadczonych lekarzy w określonych działach w obrębie większej instytucji. Naczelny lekarz zazwyczaj jest odpowiedzialny za sprawy medyczne i często nadzoruje innych lekarzy (w tym lekarzy konsultantów i innych), ale może być również odpowiedzialny za inne grupy zawodowe i posiadać dodatkowy zakres odpowiedzialności.

## Odpowiedzialność ordynatora - Kanada

- Odpowiednik ordynatora - *Chief of departments*
- Wybierany przez zespół zwykle na zasadzie rotacji, gdyż każdy lekarz odpowiada za wszystkie swoje działania (sa finansowani przez samorządy a nie przez szpital)
- *Chief of departments* podlega dykcji oraz dyrektorowi medycznemu (*Medical director* - zastępca dyrektora do spraw klinicznych - etatowa pozycja).
- *Medical directors* i *Chiefs of departments* muszą co roku składać podsumowania pracy swoich departamentów.
- Naczelna pielęgniarka należy do administracji. Lekarze jej nie podlegają, ale za to podlegają jej wszelkie sprawy pielęgniarskie i lekarz nie może nakazać pielęgniarce robić czegoś, czego zabroni przełożona pielęgniarek.
- Ordynator ma prawo wnioskować w sprawach remontu, modernizacji lub zakupu sprzętu do prowadzonego przez siebie oddziału. To czy jego wniosek zostanie pozytywnie rozpatrzony zależy od możliwości szpitala i od tego w jaki sposób uzasadni swój wniosek.
- Ordynator" nie ma prawa do ingerencji w sposób leczenia pacjentów na oddziale. Każdy lekarz sam odpowiada i prowadzi leczenie swoich pacjentów. Obowiązują go jednak procedury i wskazówki (*policy*) opracowane przez komitety terapeutyczne.

## Chief/ordynator

---

- Odpowiedzialny za cały zespół i wszystkie prowadzone programy w ramach oddziału – w tym za jakość opieki/leczenia oraz wydajność oddziału.
- W ramach prowadzonych programów jest odpowiedzialny za badania kliniczne, edukacje, poprawę standardu opieki oraz wdrażanie wytycznych administracyjnych szpitala

# Przykład opisu zakresu zadań dla surgeon chief

## **Supervisory Duties**

A chief of surgery supervises the work of the surgical staff and may assist in coordinating surgical activities or procedures with the general medical staff. She presides over the surgical ward, as well as at diagnostic and clinical conferences, where she may speak on behalf of her hospital. She advises on appropriate treatment for specific cases and reviews procedures to make sure treatments meet hospital standards. She also may lecture or instruct staff members in new procedures or techniques.

## **Medical and Consulting Duties**

The chief surgeon is still a staff doctor. As such, she makes regular ward rounds. But she also makes special teaching rounds and inspection tours to make sure treatment and services are as they should be. These rounds may impel the chief surgeon to examine patients and perform advanced or difficult surgeries. The chief surgeon may also counsel staff members on unusual or difficult medical problems or arrange for consultation on difficult cases with surgeons from other hospitals.

## **Leadership Role**

A hospital's chief of surgery must embody the hospital's mission, particularly as it relates to the surgical department. The chief surgeon often must convince people of the need for surgery and must instruct his staff to know how to do this properly. It's also up to the chief surgeon to ensure that her staff projects the department's vision and mission. Like any leader, she does this best by setting the proper example to follow.

## **Policy and Paperwork**

The chief surgeon has many responsibilities beyond working directly with staff or patients. As an employee of the hospital, she must make sure administrative policies are followed and implemented. She also must make sure her department operates within its budget and stays competitive with the surgical departments of other hospitals. She often must review plans for research projects, make recommendations to supervisors, assign medical duties and schedules, and make arrangements for hiring interns. She also must stay apprised of advancements in her field and ensure that the hospital knows of them.

<http://everydaylife.globalpost.com/typical-job-description-chief-surgeon-hospital-36092.html>

## Zadania „Coach”

- Planowanie i koordynowanie spotkań, aby zapobiec nieproduktywnemu oczekiwaniu i zmniejszyć liczbę wizyt u specjalistów.
- Zapewnienie aby badania laboratoryjne, RTG i inne badania obrazowe były przeprowadzone przed wizytą u specjalisty.
- Pomoc w znalezieniu odpowiedzi na pytania i wątpliwości pacjenta. Pomoc w skorzystaniu z zasobów medycznych i społecznych.
- Łącznik między pacjentem a innymi członkami zespołu.
- Zapewnienie edukacji i informacji.
- Pomoc w zaplanowaniu postępowania po leczeniu.
- Dostęp do opinii innego specjalisty np. The Cancer Team.
- Pomoc dla pacjenta i dostosowywanie usług do jego potrzeby



## Team Members of MCC - Multidisciplinary Cancer Care (Ontario )

- Each MCC should have a designated Chair and a Coordinator (with designated backups) responsible for overall conference management and the individual meeting process.
- A representative from medical oncology, radiation oncology, surgery/surgical oncology, pathology, diagnostic radiology, and nursing should be present to provide the complete range of expert opinion appropriate for the disease site and appropriate for the hospital.
- An MCC meeting should be attended by clinicians and other health professionals who are
- directly involved in the presented patients' care. In those hospitals that do not have all the needed specialists in-house, linkages can be made through teleconferencing or videoconferencing so that participants from multiple hospitals and specialties can meet together in a 'virtual' MCC.
- Other MCC participants will be determined by the patient case(s) presented at a meeting and can include the primary care physician; social services, pharmacy, nuclear medicine, genetics, dentistry, nutrition therapy, physical/occupational therapy, pastoral care, pain/palliative care, mental health, clinical trials, and data management representatives; and fellows, residents, and other health care students.
- Industry representatives (or members of the general public) should not attend the MCC, in order to maintain patient confidentiality and ensure unbiased case review. Patients or their representatives should not attend the MCC, to ensure unbiased case review.



---

# ZESPOŁY WIELOSPECJALISTYCZNE (ZW) W ONKOLOGII

Osoba prowadząca:  
Robert Plisko

## Stan aktualny

- ZW nie są powszechną praktyką a raczej wyjątkiem w Polsce
- nieliczne ośrodki spełniają aktualnie kryteria do leczenia w ramach ZW
- aktualnie bardzo często o losach leczenia decyduje „**onkolog pierwszego kontaktu**” (chirurg, radioterapeuta, onkolog kliniczny) **efekt przeciągania kołderki i zatrzymywania dla siebie „najlepszych” pacjentów**
- brak koordynacji w ramach istniejących ZW
- **brak zachęt finansowych** do leczenia w ramach ZW

## Zespół wielospecjalistyczny

---

„Zintegrowany zespół pracowników medycznych i pokrewnych różnych specjalizacji, w ramach którego rozważa się wszystkie możliwości leczenia i przygotowuje indywidualny optymalny plan leczenia pacjenta” (National Breast Cancer Centre, 2003).

To wspólne podejmowanie decyzji diagnostyczno-leczniczych dotyczących chorego przez zespół różnych specjalistów.

## Zadania zespołu

---

- zespół opracowuje oraz modyfikuje ścieżkę leczenia pacjenta,
- w procesie terapeutycznym korzysta z wytycznych postępowania (NCCN, ESMO, PUO, EUO itd.),
- kontakt ze specjalistami i szpitalami,
- monitoruje wyniki leczenia (przeżycia, wznowy, powikłania itd.).

## Możliwy skład ZW

- Chirurg ogólny (onkologiczny),
- Onkolog radioterapeuta,
- Onkolog kliniczny,
- Lekarze specjaliści w danej dziedzinie np.: gastroenterolog,
- Pielęgniarka,
- Patolog,
- Radiolog,
- Lekarz rodzinny,
- Dietetyk,
- Specjalista rehabilitacji,
- Psycholog,
- Pracownik socjalny,
- Inni specjaliści: psychiatrzy, specjaliści medycyny paliatywnej.

## Zalety leczenia w ramach ZW

- poprawa wyników leczenia (poprawa przeżywalności, zmniejszenie powikłania, poprawa jakości życia itd.)
- optymalizacja leczenia (między innymi poprzez eliminację opóźnień w leczeniu),
- leczenie zgodnie ze standardami (wytyczne itd.),
- lepsza koordynacja leczenia – przekazywanie pacjenta na poszczególnych etapach,
- poprawa raportowania danych wejściowych do rejestrów,
- lepsza kontrola – członkowie ZW kontrolują się wzajemnie.

---

# Ogólnopolska sieć specjalistów konsultantów – sieć osób!

## Materiały referencyjne

---

- <http://www.cancerinstitute.org.au/media/147968/summary%20report%20minus%20es.pdf>
- [https://www.cancercare.on.ca/toolbox/mcc\\_tools/](https://www.cancercare.on.ca/toolbox/mcc_tools/)
- <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=14318>
- <http://www.csqi.on.ca/cms/one.aspx?portalId=258922&pageId=272632#.UtWte7SGwQR>
- <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=8958>
- [http://www.cancerlearning.gov.au/find/coordcare\\_rsrc.php](http://www.cancerlearning.gov.au/find/coordcare_rsrc.php)
- <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c951>
- <http://www.hindawi.com/journals/ijbc/2011/831605/>



---

# POPRAWA STANDARDÓW BEZPIECZEŃSYWA TECHNICZNEGO - CERTYFIKACJA

Osoba prowadząca:  
Anna Kordecka

## Nadzór i monitorowanie bezpieczeństwa technicznego (kontrola jakości)

---

- Bezpieczeństwo pacjenta ściśle powiązane z zapewnieniem jakości wszystkich procedur medycznych i diagnostycznych, w tym tych, w których wykorzystywane jest promieniowanie jonizujące;
- Promieniowanie jonizujące w diagnostyce i terapii onkologicznej – priorytetowe traktowanie problematyki zapewnienia jakości;

**Wdrożenie Zintegrowanego Systemu Zarządzania w zakresie świadczenia usług medycznych, profilaktyki, diagnostyki i skojarzonego leczenia nowotworów**

## Wdrożenie Zintegrowanego Systemu Zarządzania; certyfikaty jakości

---

- System Zarządzania Jakością (EN ISO 9001:2008)
- System Zarządzania Środowiskowego (ISO 14001:2009)
- System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy (PN-N-18001:2004)
- System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (PN - ISO/IEC 27001:2007)
- System Ekozarządzania i Audytu EMAS (Rozporządzenie 1221/2009 z dnia 25 listopada 2009 r.)
- HACCP

## **PN-EN 15224:2013-04E**

### **norma systemu zarządzania jakością dla ochrony zdrowia**

---

- Definiuje szczegółowe wymagania dla ochrony zdrowia z perspektywy jakości i bezpieczeństwa świadczeń;
- Wymagania oparte na ISO 9001:2008 ale skierowane wyłącznie do organizacji sektora medycznego;
- Szczegółowe aspekty związane z nowymi wymaganiami dot. zarządzania ryzykiem w procesach klinicznych

# EN 15224:2012 - norma branżowa dla jednostek ochrony zdrowia

---

- Podstawa do opracowania, wdrożenia i certyfikacji systemu zarządzania jakością w jednostkach ochrony zdrowia;
- Dostępność i terminowość świadczenia usług;
- Właściwe i dostosowane zaopatrzenie medyczne;
- Ciągłość zaopatrzenia medycznego;
- Równość w dostępie do świadczeń;
- Świadczenie usług medycznych bez naruszania godności i intymności pacjenta.

## EN 15224:2012

# Zarządzanie bezpieczeństwem pacjenta

---

- Analiza ryzyka i zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjenta;
- Komunikacja wewnętrzna, zewnętrzna z pacjentem;
- Nadzór nad zdarzeniami niepożądanymi z uwzględnieniem:
  - nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii,
  - nadzoru nad wyrobami medycznymi,
  - kontroli zakażeń szpitalnych,
  - powikłań zabiegów i badań.

## EN 15224:2012; źródła regulacji

---

- ISO 9001:2008
- zalecenia Rady Unii Europejskiej z dnia 9 czerwca 2009 (w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną)

---

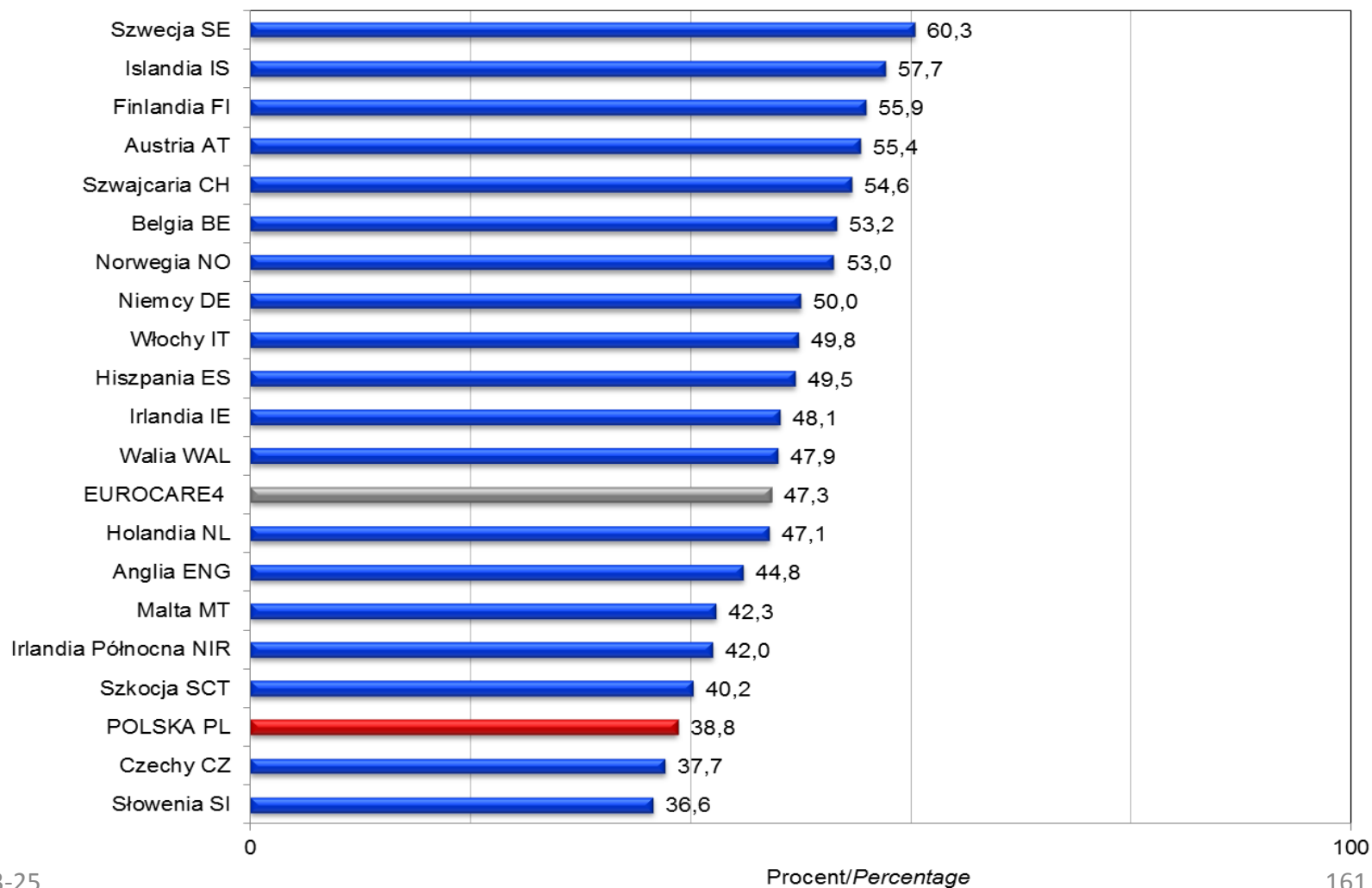
# REJESTRY ZGODNE Z GRP NA RÓŻNYCH POZIOMACH

Multidisciplinary Cancer Registries

Osoba prowadząca:  
Magdalena Władysiuk



## Wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć chorych na raka ogółem. Mężczyźni. Zachorowania w latach 2000-2002



## Good Registry Practice (GRP) Zasady dobrych rejestrów

---

Rejestry powinny:

1. Być oparte na protokole (podobnym do protokołów dla badań klinicznych) i o ile to możliwe, protokół publicznie dostępny,
2. Zbierać dane kliniczne dotyczące głównych klinicznie istotnych punktów końcowych (*patient oriented endpoints*) / EBM,
3. Zbierać dane dotyczące najważniejszych zdarzeń generujących koszty,
4. Obejmować całą populację lub subpopulacje chorych z danym wskazaniem, niezależnie od tego jaka opcja terapeutyczna została zastosowana;

## Good Registry Practice (GRP) Zasady dobrych rejestrów

---

5. Być monitorowane przez zewnętrznych monitorów (podobnie jak w badaniach klinicznych) lub rzetelność sprawozdawanych danych powinna być kontrolowana przez urzędy publiczne; (a priori ocena wydajności kontroli!);
6. Powinny być kompatybilne i połączone z podobnymi rejestrami w innych krajach (szczególnie istotne dla chorób ultraradkich!) i prezentować summaryczne wyniki dotyczące efektywności;
7. Zapewniać dostęp do wyników dla pacjentów i lekarzy, którzy zbierali dane wejściowe; **zbieranie danych wejściowych powinno być wynagradzane.**

## Typy rejestrów

---

- Lekowe/nielekowe
- Lokalne/instytucjonalne/ogólnokrajowe
- Choroba/objawy/czynniki ryzyka
- Wszystkie opcje terapeutyczne/wybrane
- Pacjentów/ośrodków/lekarzy
- Zapadalność/chorobowość
- Dane kliniczne/kosztowe/organizacyjne
- Skuteczność/bezpieczeństwo

## Typy rejestrów

---

- Bazowe – epidemiologiczne,
- Specyficzne dla choroby – związane z określeniem efektów leczenia czy bezpieczeństwa,
- Specyficzne dla określonego typu opieki.

### **Cel prowadzenie rejestrów:**

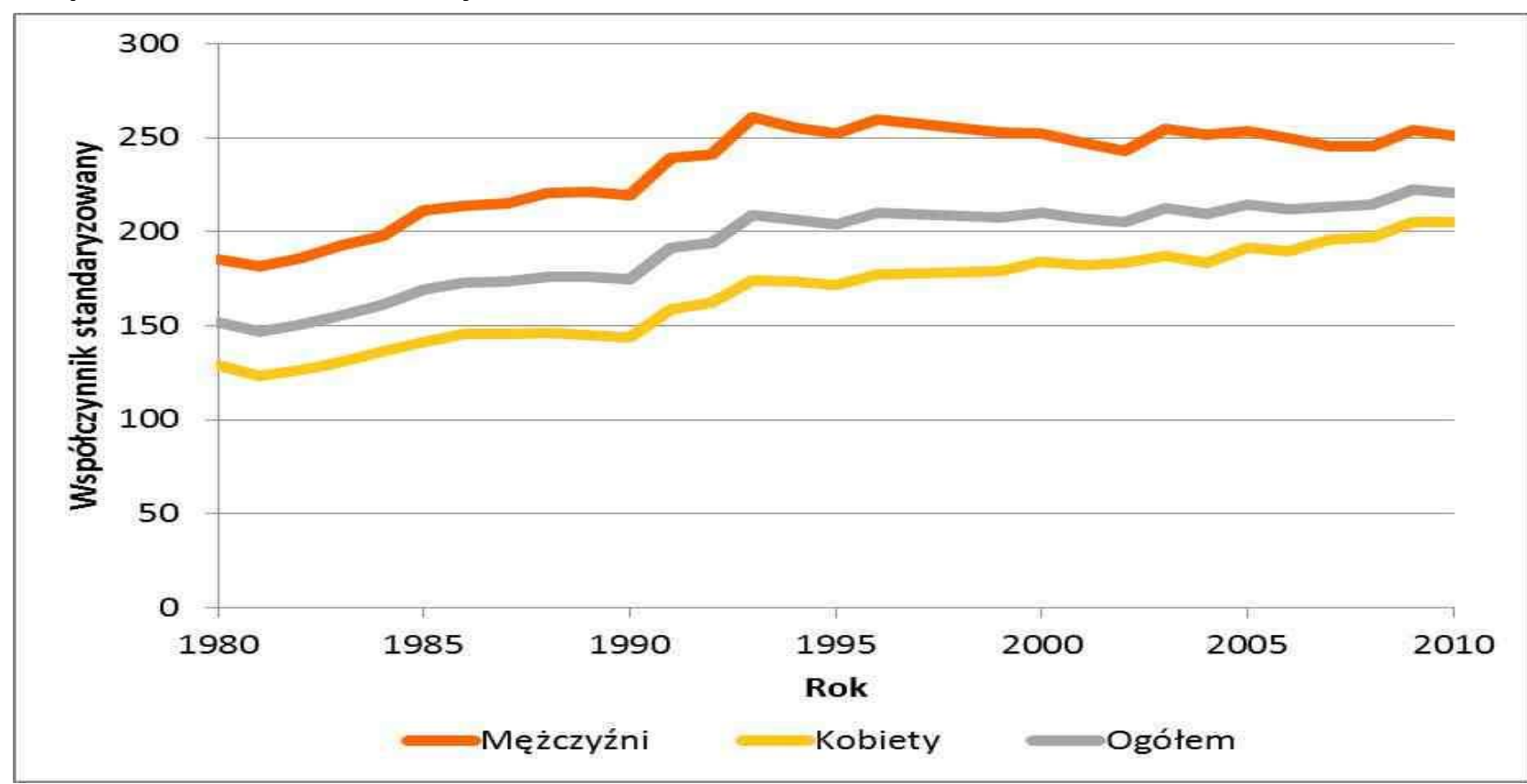
- Ocena wskaźników epidemiologicznych i porównanie trendów czasowych
- Ocena skuteczności i bezpieczeństwa stosowanych terapii jako rejestry kliniczne lub w ramach systemu oceny jakości leczenia,
- Ocena jakości – ocena wielu elementów (zarządzanie optymalizacją chemioterapii, działaniami niepożądanymi, ocena skuteczności bezpieczeństwa, compliance do standardów lub ścieżki leczenia - typ leczenia, czas oczekiwania itp. itd.),
- Ocena specyficznych aspektów osobno – waiting lists, radioterapia (<http://www.roinstitute.org/What-We-Do/NROR/Index.aspx>) itp.
- Wpływ na zachowania preskrypcyjne i praktykę lekarską,
- Inne

## Krajowe rejestry

- Dane epidemiologiczne (w tym przeżywalność) - przykład danych zbieranych przez REJESTR SZWEDZKI – zapadalność, typ nowotworu, stan zaawansowania, czas diagnozy, miejsce diagnozy wraz z identyfikacją badania histopatologicznego, zgon, data zgonu oraz przyczyna. Krajowe rejestry są stosowane w większości krajów świata (np. <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/cancerregistret/inenglish>)
- Możliwość włączenia się do współpracy Europejskiej w zakresie danych proponowanych w ramach Programu [http://www.epaac.eu/images/WP\\_9\\_Cancer\\_Data\\_and\\_Information/European\\_Cancer\\_Information\\_System\\_ECIS\\_Proposal/WP9\\_proposal\\_EU\\_Cancer\\_Information\\_System.pdf](http://www.epaac.eu/images/WP_9_Cancer_Data_and_Information/European_Cancer_Information_System_ECIS_Proposal/WP9_proposal_EU_Cancer_Information_System.pdf)
- <http://www.cdc.gov/cancer/npcr/about.htm#1>

# Dane z KRN dla Polski ogólnie / <http://onkologia.org.pl/>

Zapadalność na nowotwory w latach 1980-2010



## Kto prowadzi lub koordynuje rejestry

---

- CMJ – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia;
- Oddział / grupa oddziałów / szpital / grupa szpitali;
- W ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych wyodrębnienie struktury lub przez PUO lub PTO (vide rozwiązanie podobne do ASCO dla opieki ambulatoryjnej - <http://www.asco.org/quality-guidelines>);
- Narodowy Instytutu Raka (nowa instytucja?).



# Australia – wybrany zakres zbierania danych

więcej na stronie <http://canceraustralia.gov.au/clinical-best-practice>

- [Modifiable Risk Factors](#) (alcohol consumption; obesity; physical inactivity; sedentary activities; inadequate vegetable and fruit consumption; tobacco use - current smoking, second-hand smoke, teen risk)
- [Breast Cancer Screening: Follow-up of Abnormal Results](#)
- [Cervical Cancer Screening: Follow-Up of Abnormal Results](#)
- [Colorectal Cancer Screening: Follow-up of Abnormal Results](#)
- [Synoptic Pathology Reporting](#)
- [Reporting of Cancer Stage at Diagnosis](#)
- [Quality of Pathology & Cancer Surgery: Margin Status in Prostate Cancer Surgery and Rectal Cancer Surgery](#)
- [Team Oriented Care for the Patient: Multidisciplinary Cancer Conferences](#)
- [Treating NSC Lung Cancer According to Guidelines](#)
- [Treating Stage III Colon Cancer According to Guidelines](#)
- [Consultation with a Medical Oncologist](#)
- [Radiation Treatment Utilization](#)
- [Intensity Modulated Radiation Therapy \(IMRT\) Utilization](#)
- [Survivorship](#)
- [End-of-Life Care](#) (referrals for CCAC; median time between CCAC referral and death)
- [Breast Cancer Screening \(Mammography\) Participation](#)
- [Cervical Cancer Screening \(Pap Test\) Participation](#)
- [Colorectal Cancer Screening Participation \(FOBT, Flexible Sigmoidoscopy, Colonoscopy\)](#)
- [PET/CT Utilization and Wait Times](#)
- [Wait Times for Cancer Surgery](#)
- [Wait Times for Radiation Treatment](#)
- [Wait Times for Systemic Treatment \(Chemotherapy\)](#)

# ASCO

- [Quality Oncology Practice Initiative \(QOPI®\)](http://qopi.asco.org/documents/QOPI-Program-Details-Presentation-7-2013.pdf) -
- <http://qopi.asco.org/documents/QOPI-Program-Details-Presentation-7-2013.pdf>
- National Initiative on Cancer Care Quality (NICCCQ),
- ASCO/NCCN Quality Measures -
- <http://qopi.asco.org/Documents/QOPI-Fall-13-Measures-Summary.pdf>
- ASTRO/ASCO/AMA PCPI Oncology Measures.

## Zakres zbierania danych w ramach danych **National Cancer Intelligence Network w UK** <http://www.ncin.org.uk/home>

- [Data Collection](#)
  - [Cancer Outcomes and Services Dataset \(COSD\)](#)
  - [National Radiotherapy Dataset \(RTDS\)](#)
  - [Going Further on Cancer Waits](#)
  - [Co-morbidity](#)
  - [Systemic Anti-Cancer Therapy Dataset \(Chemotherapy\)](#)
  - [GP access to diagnostic tests](#)
- [National Cancer Data Repository](#)
  - [Hospital Episode Statistics](#)
  - [National Clinical Audit Data](#)
- [Handling Outliers](#)
  - [Guidance on handling outliers](#)
  - [When outlier handling is required](#)
  - [Outlier Advisory Group](#)
  - [Decisions on outlier handling](#)
- [Data Confidentiality](#)
- [Data Access](#)
- [Lead Cancer Registries](#)
- [Other Sources of Cancer Data](#)
- [Cancer Patient Experience](#)
- UK Stowarzyszenie rejestrów nowotworowych <http://www.ukacr.org/content/about-ukacr>
- [Strategia dla UK](#)  
[http://www.epaac.eu/from\\_heidi\\_wiki/UK\\_Improving\\_Outcomes\\_A\\_Strategy\\_for\\_Cancer\\_2011\\_English.pdf](http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/UK_Improving_Outcomes_A_Strategy_for_Cancer_2011_English.pdf)

## Użyteczne linki

- <http://www.epaac.eu/national-cancer-plans>
- <https://www.astro.org/Practice-Management/Practice-Accreditation/Index.aspx>
- <http://www.asco.org/quality-guidelines/asco-nccn-quality-measures>  
[http://chmg.cochrane.org/sites/chmg.cochrane.org/files/uploads/Kopp\\_Follmann\\_Guidelines\\_Cologne.pdf](http://chmg.cochrane.org/sites/chmg.cochrane.org/files/uploads/Kopp_Follmann_Guidelines_Cologne.pdf)
- <http://canceraustralia.gov.au/clinical-best-practice/service-delivery/cannet>
- <http://www.csqi.on.ca/cms/One.aspx?portalId=258922&pageId=272723#.UtWxtvT uJ64>
- [http://cancer.dartmouth.edu/pf/type\\_cancer\\_care.html](http://cancer.dartmouth.edu/pf/type_cancer_care.html)
- <https://www.cancercare.on.ca/ocs/csoverview/systemmap/>
- <http://www.csqi.on.ca/cms/One.aspx?portalId=258922&pageId=259033#.UtZRePT uJ64>
- <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=50876>
- <http://www.heti.nsw.gov.au/Global/HETI-Resources/projects/utas-evidence-based-review-smooth-patient-flow.pdf>

---

# RUM

Osoba prowadząca:  
Leszek Stabrwa

## Rejestr usług medycznych (RUM)

- **Korzyści:**

- Pełna informacja o wydatkach zdrowotnych na każdym etapie i poziomie leczenia;
- Możliwość kontroli ordynacji lekarskiej pod względem terapeutycznym i ekonomicznym;
- Znaczące ograniczenie wydatków na świadczenia / „karta RUMowska w czytniku” podczas udzielania świadczenia;

- **Trudności:**

- Wybór modelu rejestru i systemu zbierania i agregacji informacji;
- Niechęć wielu „graczy” na rynku medycznym do wprowadzenia RUM.

## Rejestr usług medycznych (RUM)

---

Racjonalizuje wydatki po stronie popytu na świadczenia zdrowotne:

- Ograniczenie skłonności pacjentów do *moral hazard*;
- Eliminacja problemu zajętych miejsc w kilku kolejkach do specjalisty – zmniejszenie kolejek;
- Ograniczenie nadkonsumpcji leków – eliminacja możliwości dalszej odsprzedaży;
- Ułatwienie kontroli;
- *Freud detection*.

## Rejestr usług medycznych (RUM)

---

Racjonalizuje wydatki po stronie podaży świadczeń zdrowotnych:

- Ograniczenie skłonności lekarzy do wykonywania niepotrzebnych badań;
- Eliminacja powtórnego przepisywania leków;
- Konieczność stosowania się do wytycznych i zaleceń EBM w terapii / *clinical pathways* + ZW;
- Narzędzie racjonalizujące decyzje przy kontraktowaniu świadczeń;
- „GROBIE” / *Freud Detection*.



---

# EDUKACJA PERSONELU

Osoba prowadząca:  
Paulina Rolska

## Edukacja personelu

---

- Licencjonowanie personelu;
- Licencje na szkolenia;
- Certyfikacja programów szkoleniowych przeddyplomowych i podyplomowych;
- System **ukierunkowany na umiejętności, kompetencje**, a nie przede wszystkim wiedzę oraz -  
**Krajowe ramy kwalifikacji.\***

---

# PIENIĄDZ IDZIE ZA PACJENTEM

Osoba prowadząca:  
Leszek Stabrawa

## RUM - informacja

- Informacje z RUM poddawane są analizie
- Ciągłe porównanie sposobów prowadzenia terapii ze standardami postępowania
- Dopasowanie narzędzia zbierania informacji do jej „wielkości”
- Duże „grabie” zbierają „grubą” informację (algorytmy, analiza statystyczna)
- Następnie – analiza dokonywana przez kontrolerów zbiera informacje szczegółowe
- **Cel: eliminacja nieprawidłowości w systemie**

---

Może rozpocząć od  
prostego RUM dla  
onkologii?!

## Pieniądz idzie za pacjentem

- Konieczność zmiany finansowania opieki zdrowotnej z likwidacją deficytu w stosunku do świadczeń priorytetowych (**w przypadku deficytu nie ma możliwości realizacji postulatu!**);
- Eliminacja patologii związanych z kontraktowaniem (kontraktowanie świadczeń wycenionych poniżej kosztów, limity i nadwykonania);
- Urealnienie wyceny w przypadku rynku świadczeń I i II poziomu referencyjnego o dużym stopniu wolności (minimalna regulacja)

## Pieniądz idzie za pacjentem

- Kierunek zmiany → vide: **szpitale położnicze;**
- Przy braku limitów na świadczenie usług jedynym ograniczeniem ilości wykonywanych świadczeń są możliwości placówki oraz popyt na usługi;
- Działania, decyzje i zakupy w placówkach są racjonalne – oparte wyłącznie o rachunek ekonomiczny;
- Następuje konkurencja jakościowa zamiast ograniczeń kolejkowych.

## Bon zdrowotny

- Wprowadzenie bonu zdrowotnego skłania świadczeniodawców do konkurowania pomiędzy sobą;
- Przy istniejącym rejestrze usług medycznych łatwo można określić obszary, gdzie rynek nie działa – tam konieczna jest interwencja;
- Zalecana jest komercjalizacja jednostek ochrony zdrowia.



---

# RANKING ODDZIAŁÓW

Osoba prowadząca:  
Robert Plisko

## Stan aktualny

---

- jedyny dziś ranking to ranking szpitali CMJ i Rzeczpospolitej,
- brak przełożenia pozycji w rankingu na finanse szpitala,
- brak uwzględnienia efektów leczenia,
- nieznaną wpływ na wybór miejsca leczenia przez pacjentów.

# Kryteria rankingu CMJ i Rzeczpospolitej

---

- Obszar A. budynki. WAGA: 70,
- Obszar B. zarządzanie majątkiem. WAGA: 60,
- Obszar C. zasilanie w media i instalacje. WAGA: 70,
- Obszar D. blok operacyjny. WAGA: 80,
- Obszar E. system sterylizacji. WAGA: 50,
- Obszar F. diagnostyka. WAGA: 130,
- Obszar G. systemy informatyczne. WAGA: 40,
- Obszar H. zarządzanie. WAGA: 60,
- Obszar I. polityka lekowa. WAGA: 50,
- Obszar J. jakość usług. WAGA: 80,
- Obszar K. certyfikaty. WAGA: 100,
- Obszar L. komfort pobytu pacjenta. WAGA: 30,
- Obszar M. analiza zdarzeń i skarg. WAGA: 40,
- Obszar N. personel i jego kwalifikacje. WAGA: 80,
- Obszar O. finanse. WAGA: 60,

# Zalety i wady opracowania rankingu oddziałów

---

## Zalety:

- porównywanie wyników leczenia,
- świadomy wybór przez pacjenta najlepszych oddziałów,
- eliminacja z rynku słabych świadczeniodawców,
- współzawodnictwo,
- poprawa wyników leczenia (poprawa przeżywalności, zmniejszenie powikłania, poprawa jakości życia itd.);

## Wady:

- niechęć środowiska,
- problemy metodyczne – konieczność standaryzacji metod.

---

# **DODAKTOWE ZAGADNIENIA O SZCZEGÓLNYM ZNACZENIU W ONKOLOGII**

---

# Ograniczenia QALY i sens podejścia użytecznego w ocenie technologii stosowanych w stanach terminalnych

Osoba prowadząca:  
Karolina Skóra

# End-of-life treatment

---

Technologie stosowane w schyłkowej fazie życia (tzw. **end-of-life treatment**).

End-of-life treatment (EoL) to terapia aktywna, która wydłuża życie, a nie tylko łagodzi objawy choroby.

## Utylitaryzm, a egalitaryzm w podejmowaniu decyzji refundacyjnych

---

**UTYLITARYZM** – filozofia „zdrowego rozsądku”.  
Celem wszelkiego działania powinno być  
„największe szczęście największej liczby ludzi”

**EGALITARYZM**, uznaje zasadę całkowitej  
równości warunków życia oraz praw ludzi za  
podstawę sprawiedliwego ustroju społecznego.



# Nie tylko istotna jest ocena chorobowości w populacji

---

W przypadku „end-of-life treatment” dodatkowo należy zdawać sobie sprawę i uwzględniać ograniczenia oceny stanu zdrowia za pomocą QALY.

**QALY = Rok życia skorygowany o jakość**

# Zalety QALY

---

- uwzględnia występowanie wielorakich skutków interwencji wpływających na długość i jakość życia
- w sposób bezpośredni odwołuje się do własnego osądu pacjentów na temat efektów zdrowotnych
- umożliwia modelowanie korzyści i kosztów w czasie
- może stanowić bezpośrednie uzasadnienie podjętej decyzji

# Wady QALY

---

- Niektóre kluczowe założenia QALY (np. CPT) wyraźnie nie wytrzymały próby czasu.
- Różne sposoby pomiaru (ocena preferencji związanych z danym stanem zdrowia) skutkują różnymi wynikami. Różne generyczne narzędzia dają różne oszacowania zyskanych QALY

# QALY

---

Lata życia skorygowane o jakość szczególnie dobrze nadają się do oceny długookresowych wyników zdrowotnych

**Wykorzystanie QALY jest jednak problematyczne w odniesieniu do efektów uzyskiwanych w krótkim terminie!**

# Jakość życia w stanach terminalnych

- Pacjenci z krótszą oczekiwaną długością życia mają zwykle niższe QALY odnoszące się do pozostałej oczekiwanej długości życia

*Harris J. 2005a. It's not NICE to discriminate. Journal of Medical Ethics 31, 373.*

## Zjawisko obojętności na jakość życia w krótkim okresie czasu

*'indifference to health quality at short duration'*

- Osoby z oczekiwaną długością życia poniżej 1 roku nie oddałyby by żadnej części swojego przewidywanego życia, aby poprawić jego jakość.

*Garau et al. 2011. Using QALYs in Cancer. A Review of the Methodical Limitations*

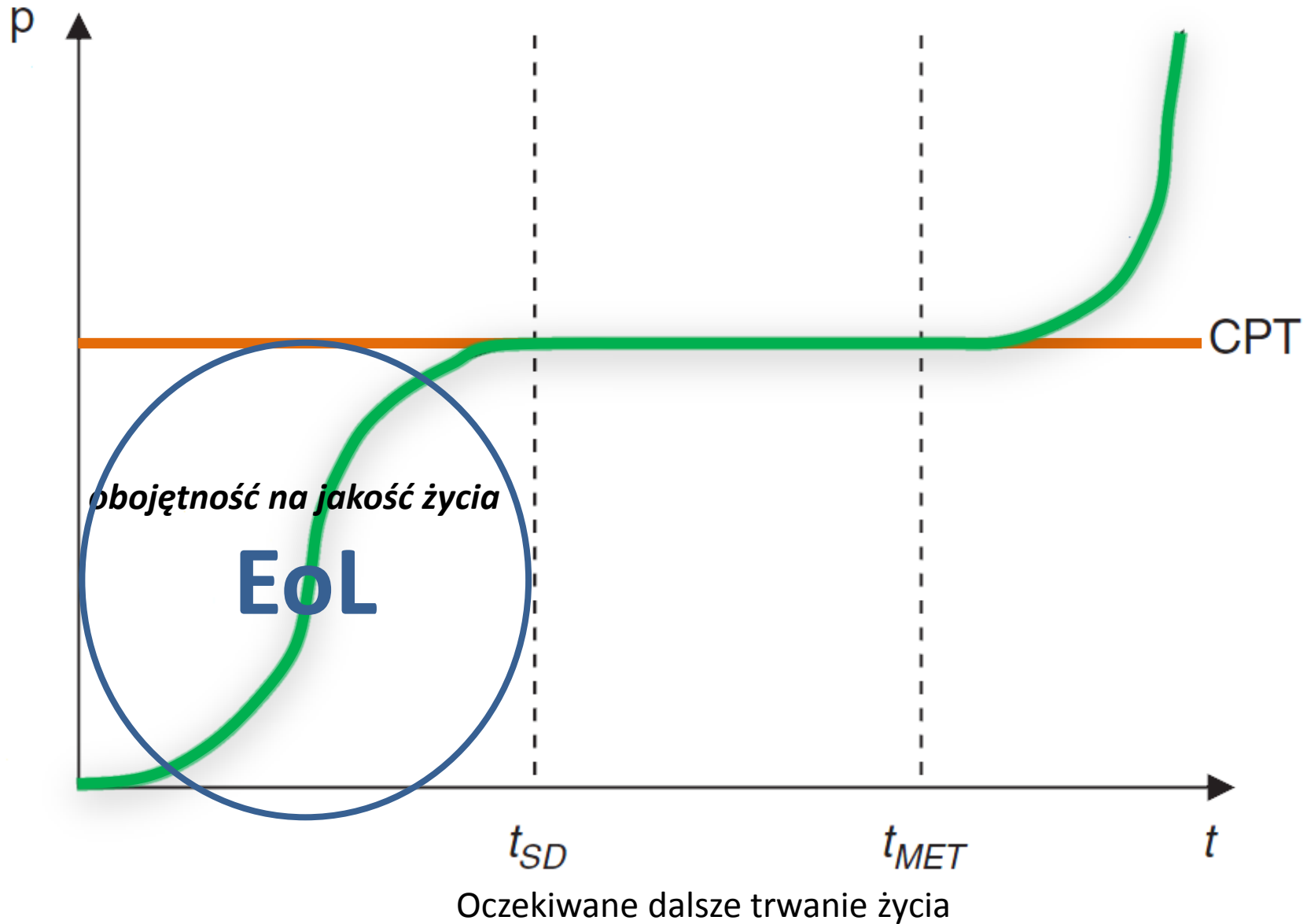
## ***Constant proportional trade-off (CPT)***

---

- Jednym z podstawowych założeń QALY jest „*constant proportional trade-off (CPT)*”
- CPT – zakłada, że jednostki są skłonne do oddania stałej części ich oczekiwanej długości życia w celu uzyskania proporcjonalnej poprawy HR-QOL, niezależnie od liczby lat życia, które im pozostały.

# Dla pacjentów onkologicznych założenie $CPT \neq \text{CONSTANT}$

Proporcja czasu jaki jesteśmy w stanie oddać, za jedną dodatkową jednostkę QoFL



# QALY w onkologii

- QALY, ze względu na swoją konstrukcję, nie doszacowuje korzyści zdrowotnych w stanach terminalnych – nie uwzględnia też niektórych korzyści uznawanych, przez pacjentów chorych na raka, za ważne.
- Główne problemy z użyciem QALY w przypadku chorób nowotworowych odnoszą się do technik używanych do opisu i względnej oceny stanów zdrowia



---

**Jak sobie radzą z takimi  
problemami na świecie?**

## NICE Supplementary Guidance for ‘End of Life’ Therapies 2009

---

NICE przewiduje szczególne podejście do oceny leczenia stosowanego w schyłkowej fazie życia (“end-of-life treatment”), gdy spełnia ona łącznie następujące warunki:

- leczenie jest przeznaczone dla pacjentów z przewidywaną długością życia poniżej 24 miesięcy,
- udowodniono, że technologia medyczna przedłuża życie o co najmniej 3 dodatkowe miesiące,
- nie ma obecnie refundowanej technologii medycznej, która dawałaby podobne korzyści,
- terapia jest zarejestrowana i/lub jest stosowana w małej liczbie populacji pacjentów.

## Kiedy warunki „end of life treatment” są spełnione Komitet Oceniający NICE rozważy:

---

- Wpływ nadania większej wagi QALY zyskanego w późniejszych stadiach chorób terminalnych, stosując założenie , że wydłużenie okresu przeżycia następuje w pełnym zdrowiu przewidywanym dla zdrowej osoby w tym samym wieku, oraz
- Wielkość dodatkowej wagi, która musi zostać przypisana do zyskanych QALY w tej grupie pacjentów, aby koszt uzyskania dodatkowego QALY mieścił się w ramach bieżącego progu opłacalności (w UK £20 000 – £ 30 000 per QALY)

---

# Jak wygląda sytuacja w Polsce?

# Ustawa refundacyjna

---

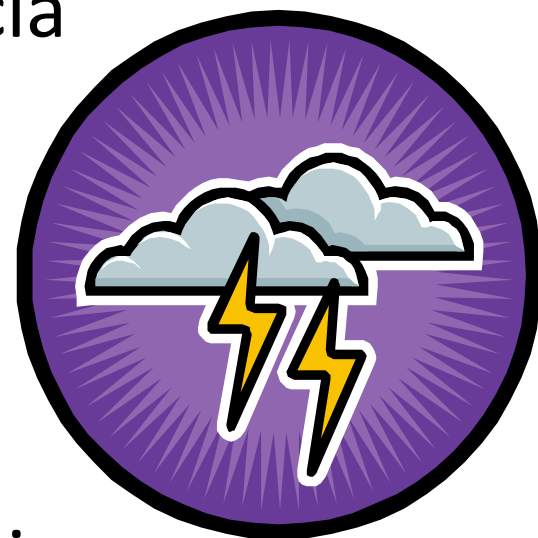
Niestety w nowej ustawie refundacyjnej **nie** przewidziano oddzielnego trybu ani dla technologii stosowanych w fazie schyłkowej życia, ani dla terapii stosowanych w chorobach rzadkich – takie czynniki nie są w polskim prawie zupełnie brane pod uwagę.

**NOWA USTAWA REFUNDACYJNA NAPISANA  
ZOSTAŁA WYŁĄCZNIE W DUCHU UTYLITARNYM!**

## Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 2 kwietnia 2012 r. w sprawie minimalnych wymagań

---

- Analiza ekonomiczna musi zawierać oszacowanie kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY),
- a dopiero w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu, uwzględnienie kosztu uzyskania dodatkowego roku życia (LYG).



W Polsce chorzy onkologicznie są i będą szczególnie pokrzywdzeni dopóty, dopóki w ustawie refundacyjnej nie zostanie zapewnione podejście egalitarne dla szczególnych świadczeń zdrowotnych.



---

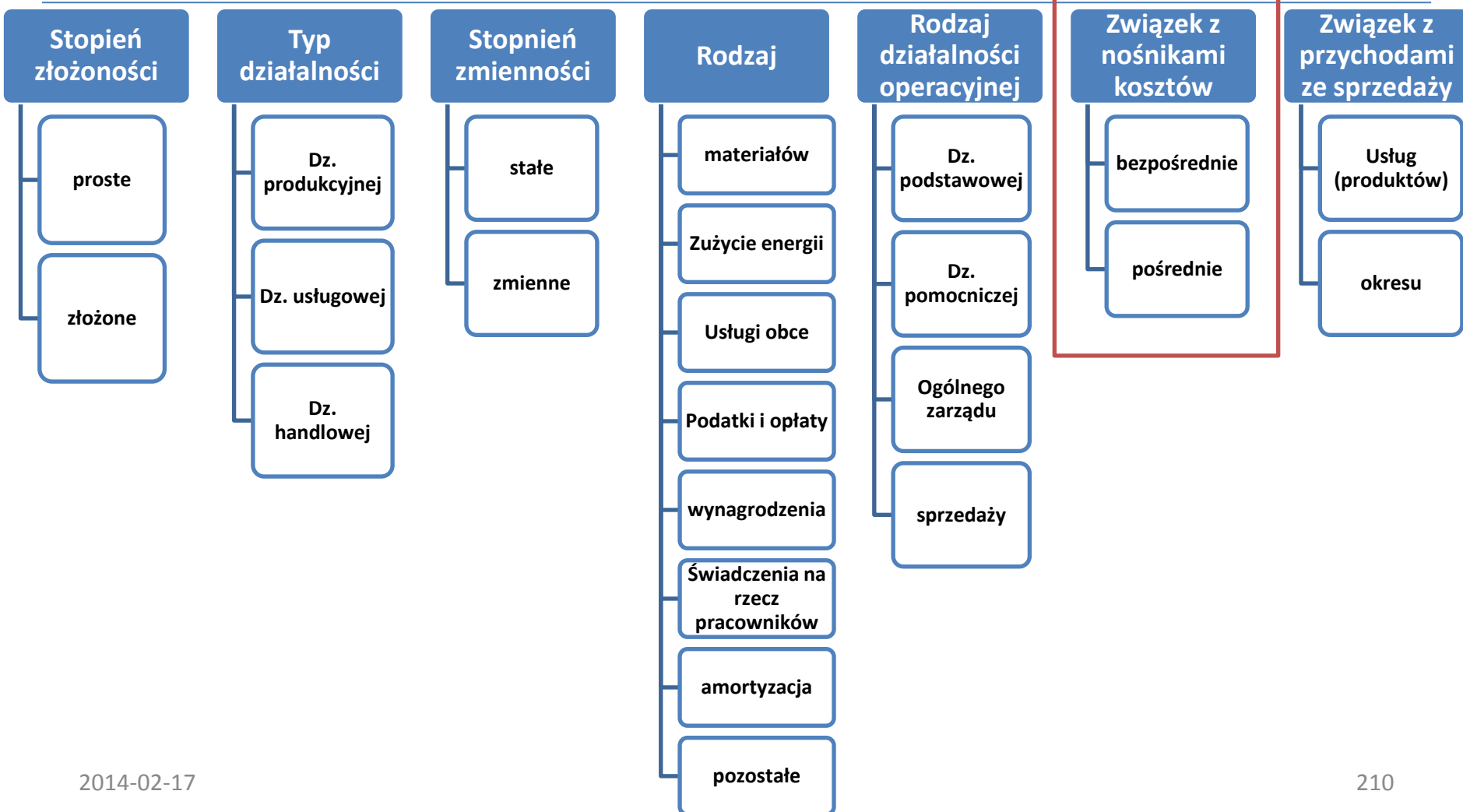
# Koszty pośrednie, koszty ZUS, koszty „społeczne”



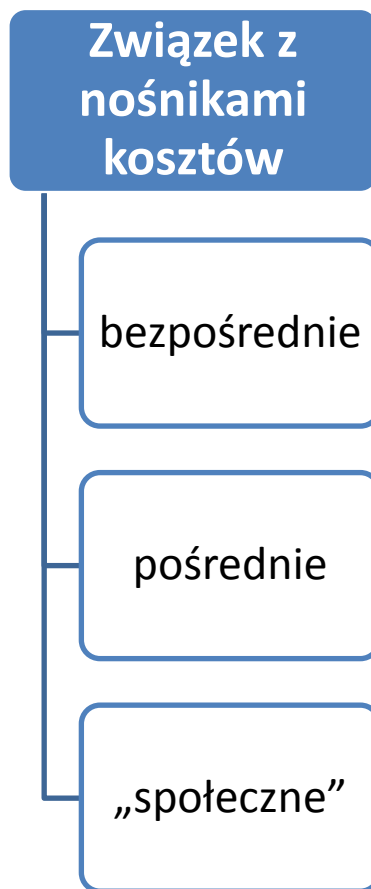
## Koszty społeczne, koszty pośrednie, koszty ZUS - propozycje

- Ponieważ ocena kosztów pośrednich obarczona jest wielką niepewnością oszacowań, niezależnie od metody pomiaru i oceny, lepiej jest przyjąć założenie, że **koszty pośrednie występują w każdej chorobie przewlekłej w wartości 100, 70, 50, 30, czy 0% kosztów bezpośrednich**, po prostu podnosząc próg opłacalności lub pomijając koszty pośrednie!
- Koszty pośrednie można w większości analiz pominąć gdyż nie należą do kosztów różniących.
- Znacznie ważniejsze są koszty rent i emerytur, a więc przyjęcie **wspólnej perspektywy płatnika i ZUS**, a więc uwzględnienie **niektórych kosztów społecznych, które należą do kosztów różniących!**

# Klasyfikacja kosztów w ujęciu ekonomicznym



# Specyfika ochrony zdrowia



## Sposoby sprawozdawania kosztów pośrednich

---

- I sposób: instytucja wylicza i sprawozdaje **rzeczywistą wartość swoich kosztów pośrednich**. Model ten mogą stosować instytucje posiadające system księgowy pozwalający na wyodrębnienie tego typu kosztów, często w rzeczywistości przewyższających ryczałt naliczany sposobem II.
- II sposób: koszty pośrednie są **rozliczane jako ryczałt** według stawki ustalonej przez Komisję Europejską, przy czym są one liczone jako procent od poniesionych kosztów bezpośrednich z wyłączeniem usług obcych.

# Wysokość ryczału na koszty pośrednie

Wysokość ryczału na koszty pośrednie wynosi 20%, natomiast dla pewnych rodzajów podmiotów i typów projektów:

1. Instytucje, które nie są w stanie określić w sposób rzeczywisty kosztów pośrednich na projekt (np. organy publiczne o charakterze niezarobkowym, szkoły średnie i wyższe uczelnie, organizacje badacze oraz MŚP) mogą stosować ryczałt w wysokości 60%.
2. W badaniach pionierskich (program Pomysły) – 20%
3. W akcjach badawczo-szkoleniowych Marie Curie (program Ludzie) – 10%

W projektach typu akcje koordynacyjne i wspierające koszty pośrednie ograniczone są do 7%.

## Praktyczne aspekty uwzględniania kosztów pośrednich w analizach ekonomicznych

---

- Uwzględnienie kosztów pośrednich w analizach ekonomicznych → są trudniejsze w oszacowaniu
- Ma sens przy podejmowaniu decyzji refundacyjnych dla nowej grupy leków lub nowej ale przełomowej technologii

## Perspektywy analizy

- Pojęcie perspektywy pozwala ograniczyć analizę jedynie do wybranych podmiotów ponoszących koszty
  - Perspektywa pacjenta;
  - Perspektywa świadczeniodawcy;
  - Perspektywa ubezpieczeń społecznych (ZUS);
  - Perspektywa płatnika (NFZ, MZ);
  - Perspektywa społeczna.

# Perspektywa świadczeniodawcy

## (Rozporządzenie MZ z dn. 22 grudnia 1998 roku)

---

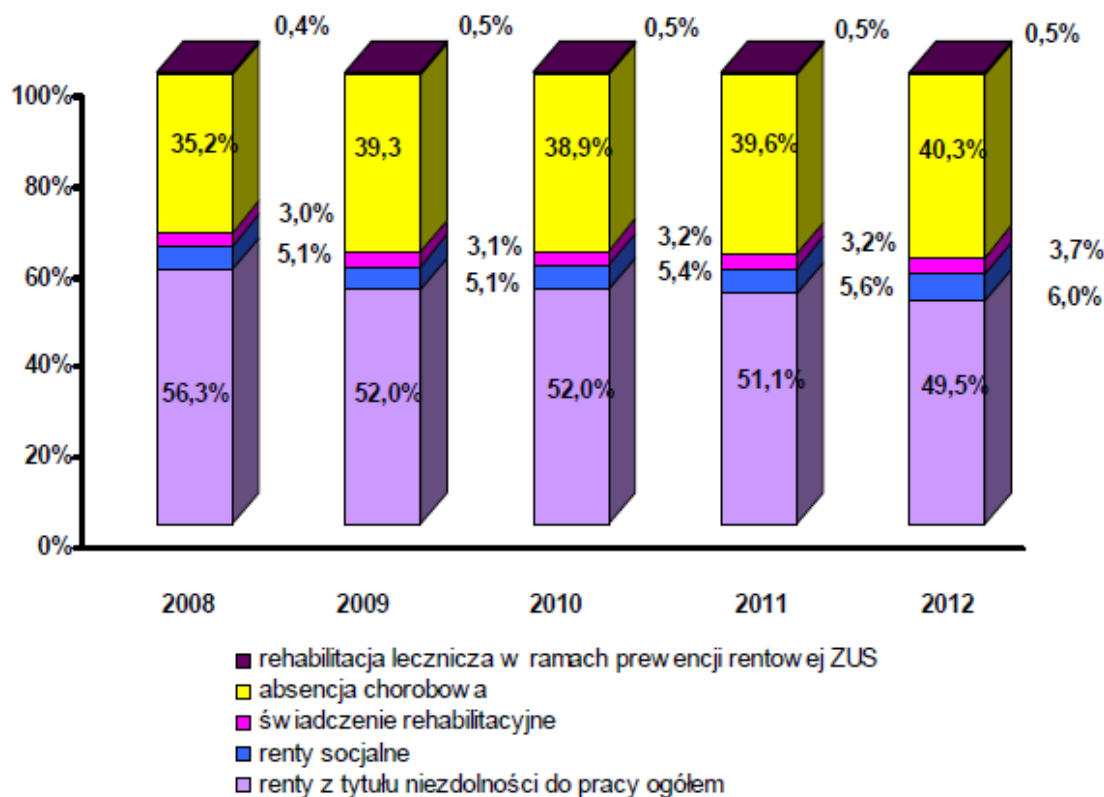
- Koszty bezpośrednie:
  - W ośrodkach kosztów działalności podstawowej:
    - Koszty materiałów, w szczególności leków i odczynników oraz sprzętu medycznego;
    - Wynagrodzenie wraz z narzutami;
    - Inne koszty bezpośrednie.
  - W ośrodkach kosztów działalności pomocniczej:
    - Koszty materiałów użytych bezpośrednio do wykonania usługi;
    - Wynagrodzenia wraz z narzutami na wynagrodzenia;
    - Inne koszty bezpośrednie.
- Koszty pośrednie:
  - Koszty powstałe w ośrodku kosztów, niezaliczane do kosztów bezpośrednich



## Perspektywa społeczna

- Koszty bezpośrednie
- Koszty pośrednie:
  - Związane z utratą produktywności w skutek nieobecności w pracy, zmniejszoną wydajnością pracy, przedwczesną umieralnością
- Inne („koszty społeczne”):
  - Renty
  - Emerytury

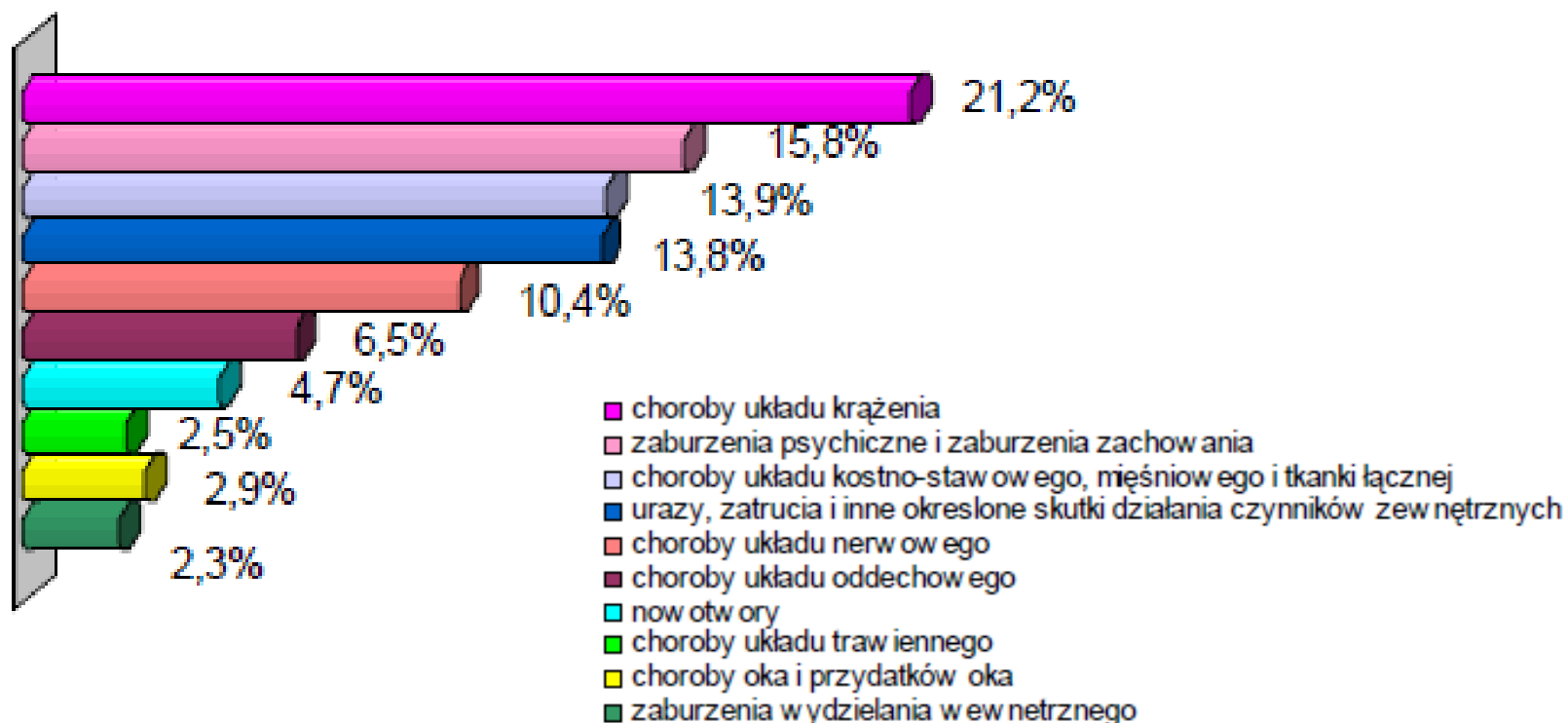
## Struktura wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w latach 2008 - 2012



Źródło: ZUS

# 10 grup chorobowych generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy

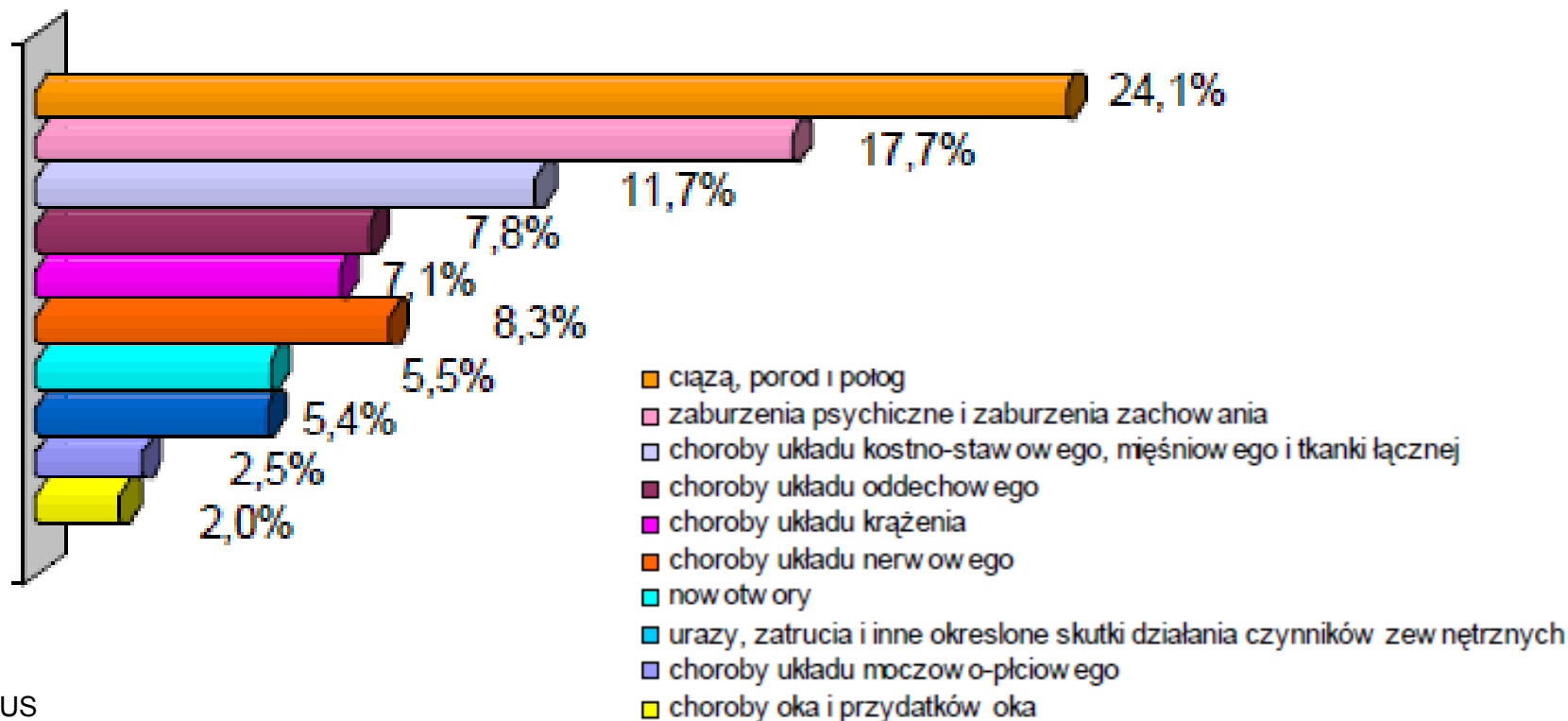
## MEŃCZYŹNI



Źródło: ZUS

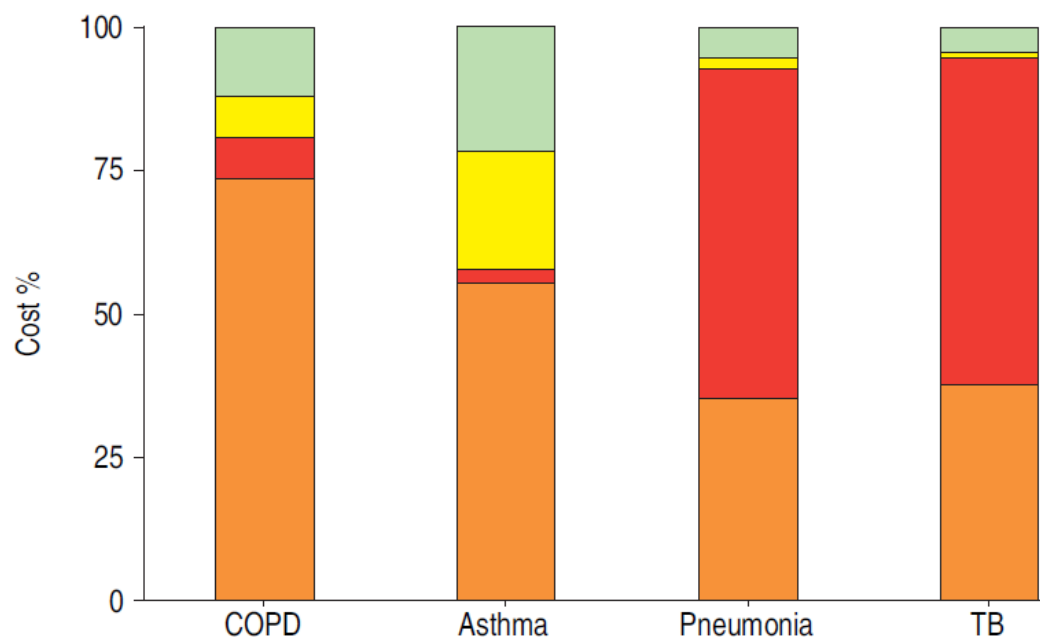
# 10 grup chorobowych generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy

## KOBIETY



Źródło: ZUS

## Udział kosztów leków w całkowitych kosztach leczenia chorób płuc



Ryc. 2. - Podział kosztów (z wyłączeniem kosztów umieralności i rehabilitacji). POChP: przewlekła obturacyjna choroba płuc



# Wnioski dotyczące kosztów pośrednich

---

1. Koszty pośrednie w wielu chorobach (szczególnie choroby przewlekłe, letalne oraz choroby prowadzące do inwalidztwa w wieku produkcyjnym) są często większe niż koszty bezpośrednie.
2. W powyższych przypadkach konieczna jest analiza ekonomiczna z perspektywy społecznej a nie tylko perspektywy płatnika.
3. Uwzględnienie kosztów społecznych (emerytury, renty) jest łatwe i precyzyjne (NFZ + ZUS).
4. Uwzględnienie kosztów pośrednich związane jest z relatywnie wysoką niepewnością oszacowań. Zalecenia dotyczące ich obliczania powinny być opracowane w ramach debaty oraz szerokiego konsensusu ekspertów.

---

# Off label, soft label, on label

Osoba prowadząca:  
Krzysztof Łanda

## Sens stosowania technologii medycznych

---

**Przynosi więcej korzyści niż szkód**

**Przynosi więcej szkód niż korzyści**

*Efekt nieznan*



## Rejestracja = dopuszczenie do obrotu (*market authorization*)

---

### On label

zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi;  
badania III fazy, RCT

---

### Off label

poza wskazaniami rejestracyjnymi;

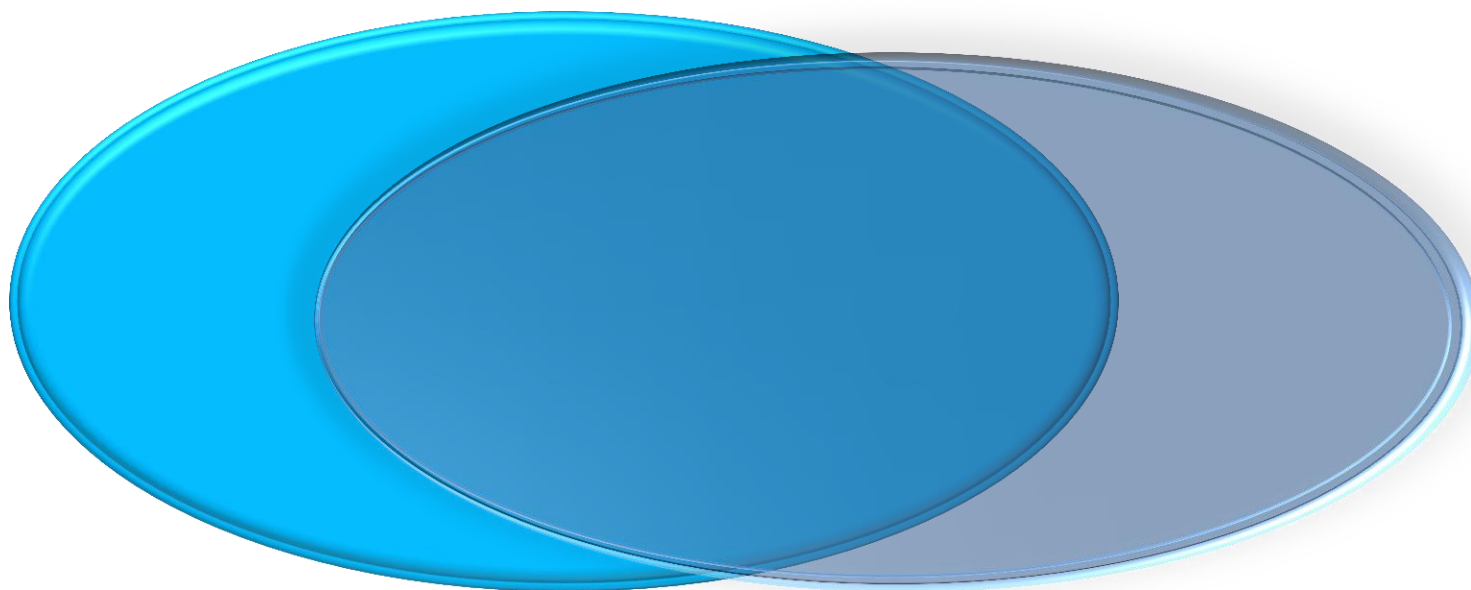
### Soft label

poza wskazaniami rejestracyjnymi (**nikt nie zarejestrował tych wskazań i często nigdy nie zarejestruje!**), ale są to technologie o UDOWODNIONEJ efektywności klinicznej, posiadają często liczne dowody naukowe, liczne RCTs, przeglądy systematyczne RCTs, rejestry itd.

REJESTRACJA **≠** REFUNDACJA

# Rejestracja $\neq$ REFUNDACJA

---



Rejestracja i refundacja to zbiory **tylko częściowo nakładające się** – niektóre technologie zarejestrowane **nigdy nie będą refundowane**, a niektóre refundowane technologie **nigdy nie będą zarejestrowane**

## **% zastosowań leków off label (w tym większość to soft label!)**

---

- ✓ Ocenia się na 40-70% w UK
- ✓ Inne źródła podają, że 30-50%
- ✓ Różny odsetek w różnych dziedzinach – w pediatrii i onkologii sięga nawet 90%!
- ✓ Zastosowanie leków soft label występuje we wszystkich krajach cywilizowanych, a większość z tych zastosowań jest **BEZ ŻADNEGO PROBLEMU** refundowana (są to zwykle leki **tanie** o **ugruntowanej pozycji** w lecznictwie)!

# Co dla kogo ma znaczenie?

PRAWNE ZNACZENIE DLA PRODUCENTA	PRAWNE ZNACZENIE DLA LEKARZA	POLSKIE „DYLEMATY”
On label	On label	Aktualna wiedza medyczna
Off label	Soft label	
	Off label	Eksperymentalne użycie leku ORAZ Eksperyment medyczny

## Poza czy zgodnie ze wskazaniami a aktualna wiedza medyczna

REJESTRACJA	EBM / HTA / EBHC	POLSKIE „DYLEMATY”
On label	On label	Aktualna wiedza medyczna
Off label	Soft label	Eksperymentalne użycie leku ORAZ Eksperyment medyczny

## **Eksperyment medyczny a eksperymentalne użycie leku**

<b>REJESTRACJA</b>	<b>EBM / HTA / EBHC</b>	<b>POLSKIE „DYLEMATY”</b>
On label	On label	Aktualna wiedza medyczna
Off label	Soft label	Eksperymentalne użycie leku A eksperyment medyczny
	Off label	

## **Deklaracja Helsińska rozróżnia eksperyment medyczny od użycia leku poza wskazaniami rejestracyjnymi**

---

W nawiązaniu do stanowiska Ministerstwa Zdrowia oraz zasad etycznych ujętych w Deklaracji Helsińskiej z 1964 r. (z późn. zm.), w przypadku zastosowania produktu leczniczego poza wskazaniami rejestracyjnymi, Narodowy Fundusz Zdrowia wymaga od świadczeniodawcy:

- 1. wcześniejszego sprawdzenia, czy istnieją inne opcjonalne sposoby postępowania o udowodnionej efektywności klinicznej w danym wskazaniu,**
- 2. wcześniejszego uzyskania pisemnej, świadomej zgody pacjenta (zgodnie z załączonym wzorem) na wdrożenie u niego leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi,**
- 3. prowadzenia monitorowania stanu zdrowia pacjenta; we wszystkich przypadkach nowe informacje dotyczące efektywności leku oraz stanu zdrowia pacjenta powinny zostać zapisane.**

# Fragment stanowiska MZ

## z 14.12.2006

- Za „*stosowanie leku zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej*” należy uznać zastosowanie, które spełnia jedną z następujących przesłanek:
  - *terapia jest oparta na produktach leczniczych posiadających odpowiednie wskazania w Charakterystyce Produktu Leczniczego lub,*
  - *terapia jest oparta na wieloletniej i ugruntowanej praktyce klinicznej, opisanej w aktualnych podręcznikach z dziedziny farmakologii lub danej specjalności medycznej lub,*
  - *terapia jest oparta na wiarygodnych dowodach naukowych, opublikowanych w uznanych czasopismach naukowych, potwierdzających skuteczność i zasadność wybranego postępowania.*

*W przypadku powstania wątpliwości, co do uznania, że dane zastosowanie produktu leczniczego jest „zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej”, rozstrzygającą jest opinia konsultanta wojewódzkiego lub krajowego z danej dziedziny medycyny.*



---

# Co dalej?

## Co dalej?

- Opracowanie szczegółowych rozwiązań (opcje do wyboru dla decydenta);
- **FS (*feasibility study*, studium wykonalności)** dla niektórych rozwiązań szczegółowych i opcjonalnych scenariuszy;
- Określenie czasu działań i możliwego tempa przeprowadzenia zmian – szerzej: **plan wdrożeniowy**;
- Ew. opracowanie priorytetów z innych perspektyw.

---

Pytania: w jaki sposób sfinansować dalsze prace?

---

**Komentarze i uwagi prosimy  
kierować na:  
[sekretariat@korektorzdrowia.pl](mailto:sekretariat@korektorzdrowia.pl)**