



www.korektorzdrowia.pl
www.WatchHealthCare.eu

System zapewnienia jakości w onkologii

Lek. med. Krzysztof Łanda



Kilka słów o sobie

M.in.:

- 2010-obecnie Prezes Watch Health Care Foundation
- 2007-obecnie Partner w HTA Audit
- 2006-2007 Dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami (DGL) w Centrali NFZ
- 2004-2007 Board of Directors HTAi
- 2002-2006 Prezes HTA Consulting
- 1998-2002 Kierownik Biura Standaryzacji
Centrum Monitorowania Jakości
w Ochronie Zdrowia (CMJ)**



Sytuacja w polskiej onkologii jest zła i wymaga pilnych działań!

Nieprzemyślane inwestycje a równocześnie brak środków na podstawowe i najpotrzebniejsze świadczenia onkologiczne (o najlepszym stosunku koszt-efekt).

Regulator powinien od zawsze brać pod uwagę lokalizację świadczeniodawców z ich zapleczem, w tym rozlokowanie kadr i sprzętu oraz przydział kontraktów (ograniczone środki finansowe) w zależności od potrzeb zdrowotnych – brak też HTA przed decyzjami inwestycyjnymi dla super drogich technologii w onkologii.

Ogromna **dowolność postępowania** onkologicznego a także nieuzasadnione różnice tego postępowania w przypadku identycznych problemów zdrowotnych – brak systemu oceny Q.



Rynek świadczeń zdrowotnych, w tym onkologicznych, jest rynkiem regulowanym

- Rynek regulowany musi mieć mechanizmy i narzędzia regulacji.
- Najważniejsze cele powinny być stałe i można przyjąć, że są oczywiste:

*jak najwięcej zdrowia w ramach ograniczonych środków
oraz dobry, równy i sprawiedliwy dostęp do świadczeń
onkologicznych (w pierwszej kolejności tych najbardziej skutecznych
o najlepszym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu).*

- Z mechanizmów regulacyjnych najważniejsze dotyczą zarządzania **zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych**, w tym przypadku w obszarze onkologii oraz **wycena i zasady finansowania/rozliczania** świadczeń onkologicznych (w tym limity => kolejki do świadczeń ratujących życie?).



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 (*czy onkolodzy mają zacząć się specjalizować w qualityce, czy w onkologii? A z całą pewnością SZJ wymaga kompetencji!*) lub poza nim - podobną w umocowaniu do CDC, NCI, czy INC, która funkcjonowałaby niejako „na zewnątrz”



Mechanizmy wpływu na Q świadczeń zdrowotnych – **krótkie przedstawienie**

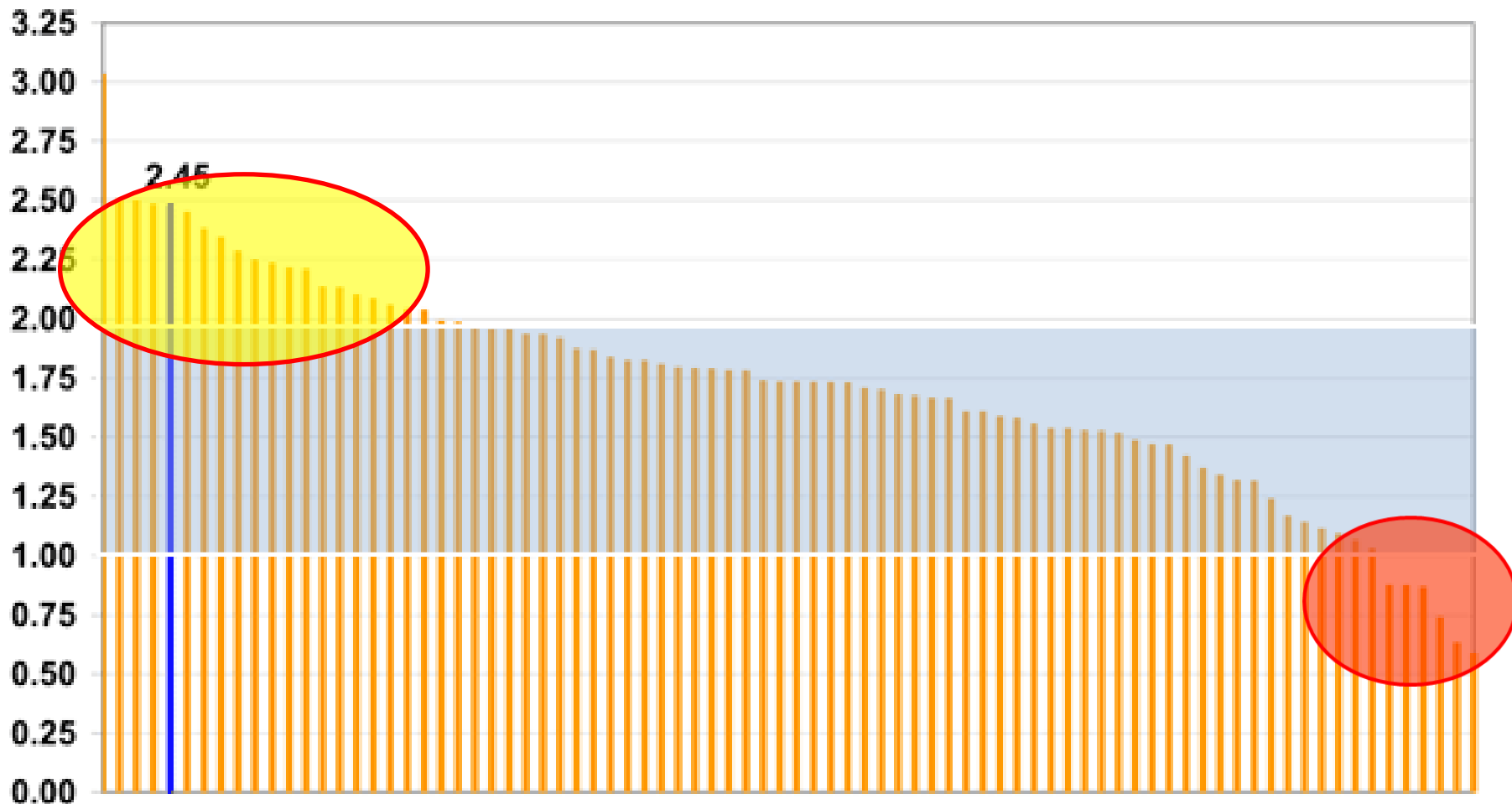
Najważniejsze to:

- Certyfikacja, **akredytacja** i licencjonowanie
- Nadzór i monitorowanie **bezpieczeństwa technicznego** (kontrola jakości)
- Monitorowanie jakości za pomocą wystandaryzowanych **wskaźników** jakości – w tym pomiar satysfakcji pacjentów
- **DRG** (diagnosis related groups) / JGP, HRG – jeśli jest właściwie realizowane!
- Wytyczne i standardy postępowania (**practice guidelines**)
- Refundacja, **koszyki** i receptariusze (pozytywne, ale i negatywne)
- Zapewnienie lekarzom łatwego dostępu do rzetelnej i obiektywnej informacji (m.in. **raporty HTA**, Cochrane Library), ale też lekarze muszą rozumieć czym jest EBM, EBHC i HTA oraz MIEĆ CZAS, żeby z nich korzystać
- Rzetelne **rejstry** pozwalające na obiektywne porównanie wyników zdrowotnych poszczególnych szpitali czy oddziałów danego poziomu referencyjnego, a nawet poszczególnych lekarzy (bardzo trudne i kosztowne!)



DRG a Q świadczeń

– ocena kosztu wytworzenia 1ego punktu





POMIAR JAKOŚCI KOSZTUJE!!!

Mechanizmy najbardziej kosztowne:

- Rzetelne rejestry
- Wskaźniki – zależy od zakresu, który **na rzecz finansowania opieki musiałby być szeroki a monitorowanie częste!**
- DRG / JGP, HRG – przejście na faktyczne rozliczenia na podstawie DRG w Polsce doprowadziłoby do **natychmiastowego bankructwa NFZ** (vide choćby: nierozliczone nadwykonania)
- Akredytacja
- Bezpieczeństwo techniczne
- Wytyczne i standardy postępowania
- Refundacja, koszyki i receptariusze (pozytywne i negatywne) – **poprawa zarządzania koszykiem gwarantowanym** jest niezbędna i nieunikniona
- Dostęp do rzetelnej i obiektywnej informacji (m.in. raporty HTA, Cochrane Library) – lata szkoleń, konieczność zmian w programach nauczania



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: 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.

KSIĘŻYCE MARSZA:

DEIMOS (Z GR. TRWOGA) I PHOBOS (Z GR. STRACH)



A+B= REALNY KOSZYK NEGATYWNY



Quo vadis?

- Nie wiadomo **jakie mechanizmy** MZ chce wykorzystać do powiązania finansowania świadczeniodawców z jakością opieki – wyłącznie bardzo ogólne zapowiedzi w mediach ...
- 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 zmniejszające się wpływy do NFZ!)
- Brak obiektywnych pomiarów i niezależności oceny jakości prowadzi do niesprawiedliwego finansowania opieki medycznej! Tą **obiektywność oceny** bardzo trudno jest zapewnić



System Zapewnienia Jakości

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.



Landa@korektorzdrowia.pl

