

# 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





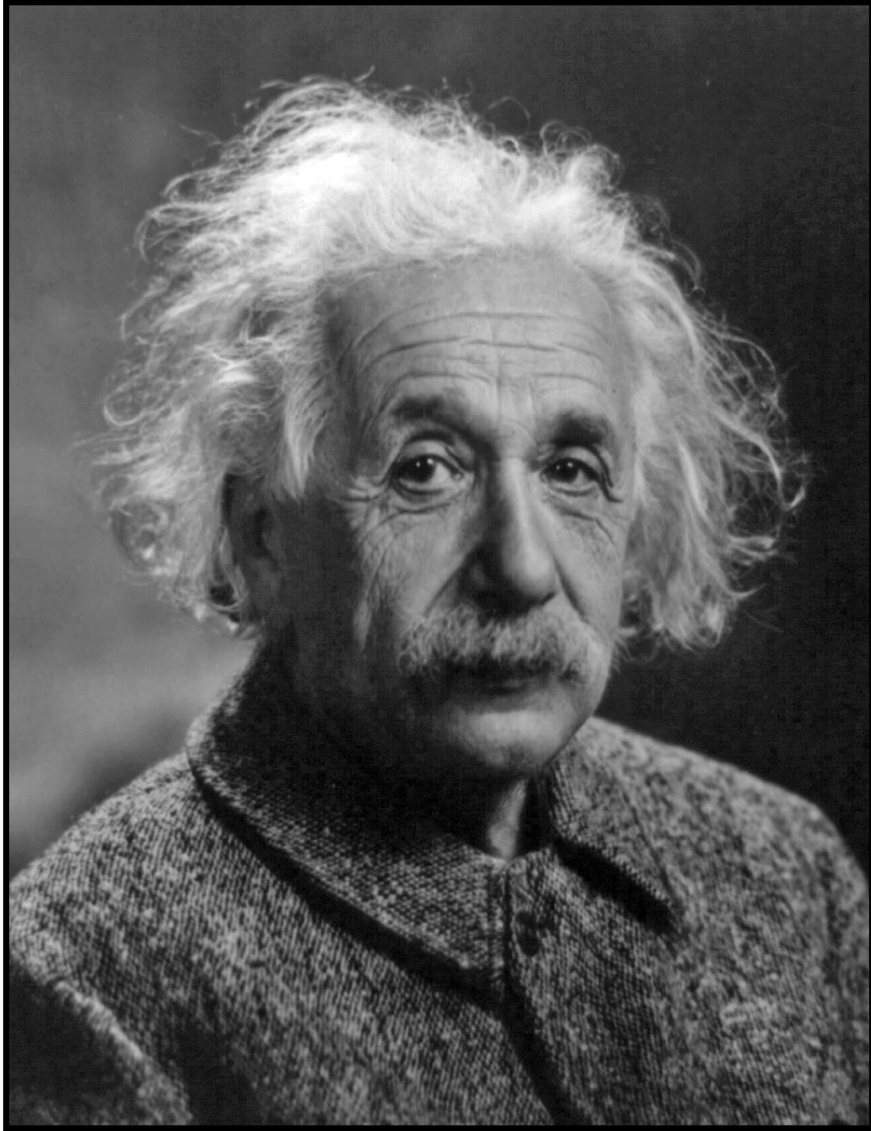
## Indeks skrótów

<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, pieniądź 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  
FINANSOWANIA**

# Rok 2015/E (E jak ewolucja)



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



**Dodatkowe 200 mln zł.  
na RO**



# Rok 2016/E

---

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

½ ŚRODKÓW  
ROZLICZANA ZA  
RO

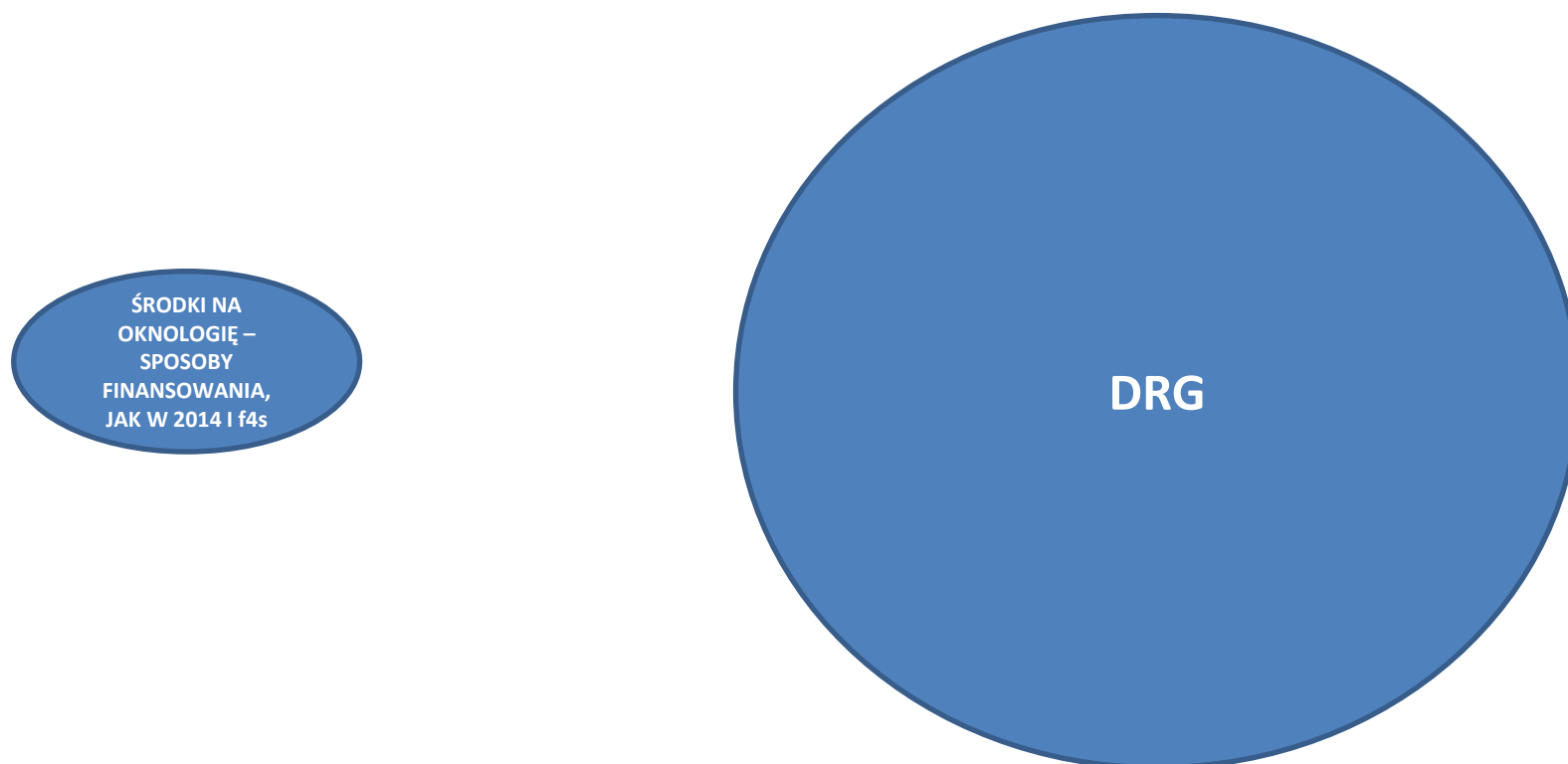
# Rok 2017/E

---

ŚRODKI NA  
OKNOLOGIĘ –  
SPOSOBY  
FINANSOWANIA  
JAK W 2014 I f4s

80-90% ŚRODKÓW  
NA RO

# Rok 2018/E



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  
OKNOLOGIĘ –  
AKTUALNE  
SPOSOBY  
FINANSOWANIA**

# Rok 2015/R

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

ŚRODKI NA  
OKNOLOGIĘ –  
SPOSOBY  
FINANSOWANIA  
JAK W 2014 I f4s

80-90% ŚRODKÓW NA  
RO

# Rok 2016/R

ŚRODKI NA  
OKNOLOGIĘ –  
SPOSOBY  
FINANSOWANIA  
JAK W 2014 I f4s

80-90% ŚRODKÓW NA RO

Korekta na podstawie  
doświadczeń z 2015

# Rok 2017/R

---

ŚRODKI NA  
OKNOLOGIĘ –  
SPOSOBY  
FINANSOWANIA  
JAK W 2014 I f4s

DRG