

Ocena proponowanych zmian w finansowaniu opieki onkologicznej jako reorientacja paradygmatu w systemie ochrony zdrowia w Polsce

Barbara Więckowska¹, Janusz Dagieli², Andrzej Tolarczyk³

¹Katedra Ubezpieczenia Społecznego, Szkoła Główna Handlowa, Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia

²Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia

³Instytut Elektrotechniki Teoretycznej i Systemów Informacyjno-Pomiarowych, Politechnika Warszawska; Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia

Adres do korespondencji: Barbara Więckowska, Katedra Ubezpieczenia Społecznego, Szkoła Główna Handlowa, ul. Wiśniowa 41, 02-520 Warszawa, tel. 22 564 86 03, bawie@sgh.waw.pl

Abstract

Assessment of changes in the financing mechanism for oncology in Poland

The aim of the article is the analysis of cancer spending in Poland, which accounted to PLN 6.3 billion in 2011. It will be shown that the share of healthcare spending for cancer care is about the same as in other countries however the structure of spending is much different e.g. excessive in-patient hospitalisation in chemotherapy, radiotherapy and for diagnosis accounts for PLN 1.3 billion or 22% of total cancer spending. This is the result of economically rational and driven by the current modalities of healthcare service financing in Poland of health providers' behaviour. At the same time it is a huge window of opportunity to restructure the financing mechanism for oncology in Poland. At the end of article we present how the planned reform of oncological care in Poland will change the economic incentives for providers and the expected results of it.

Key words: cancer spending, economic incentives in healthcare system, healthcare financing, oncology

Słowa kluczowe: bodźce ekonomiczne w systemie ochrony zdrowia, finansowanie systemu ochrony zdrowia, onkologia, wydatki na leczenie chorób nowotworowych

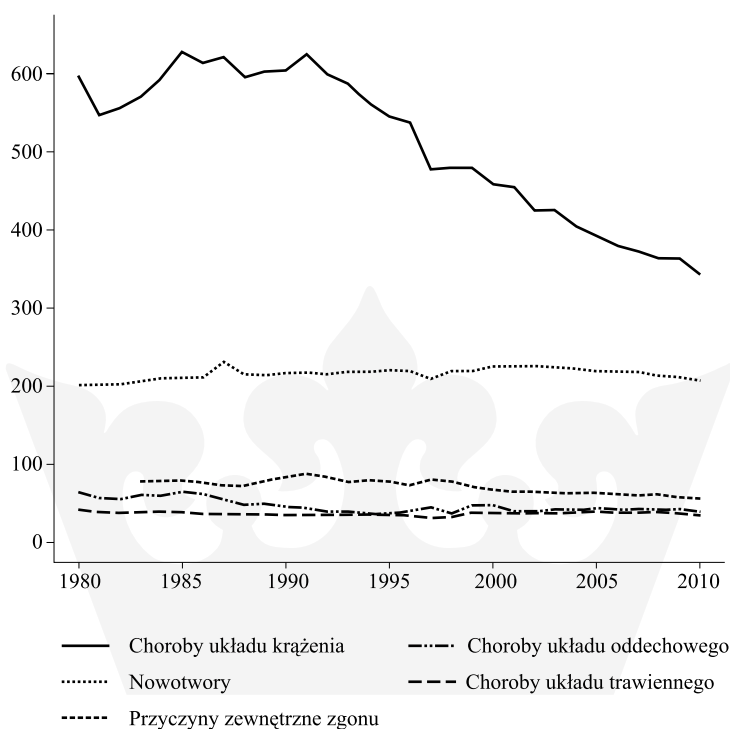
Wstęp

Choroby nowotworowe są, zaraz po chorobach układu krążenia, przyczyną największej liczby zgonów w Polsce (**Rysunek 1**). Jednakże istotną różnicę pomiędzy tymi chorobami stanowi fakt, że w przypadku chorób układu krążenia od początku lat 90. można zaobserwować wyraźną tendencję spadkową rzeczywistego współczynnika zgonów na 100 tys. ludności, natomiast współczynnik zgonów z powodu chorób nowotworowych utrzymuje się na stałym poziomie. Można zatem wnioskować, że działania podejmowane w dziedzinie chorób onkologicznych, mierzone rzeczywistym współczynnikiem zgonów, nie były do tej pory skuteczne.

Celem przyświecającym proponowanym przez Ministerstwo Zdrowia zmianom w systemie opieki zdrowotnej jest trwałe obniżenie rzeczywistego współczynnika zgonów na 100 tys. ludności w Polsce. Jednym z podstawowych założeń reformy jest fakt, że szybka diagnoza i wczesne leczenie nowotworów złośliwych mają największy wpływ na przeżywalność pacjentów onkologicznych [1]. Dodatkowo diagnoza nowotworu złośliwego we wczesnym jego stadium daje największą szansę na wyleczenie, jednocześnie minimalizując koszty tego leczenia [2].

Za główne cele proponowanych zmian przyjęto zatem:

- poprawę dostępności do szybkiej diagnostyki onkologicznej i szybkiego leczenia nowotworów złośliwych;



Rysunek 1. Współczynnik rzeczywisty zgonów na 100 tys. ludności według przyczyn.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

- stworzenie podstaw do kompleksowej reorganizacji sposobu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Podejmując decyzję o tak znaczącej zmianie systemu finansowania opieki onkologicznej w Polsce, należy dokładnie przeanalizować ich konsekwencje ekonomiczne. W szczególności należy określić, czy istnieje zasadność zwiększenia udziału wydatków na leczenie chorób nowotworowych wśród wydatków ogółem na świadczenia (podrozdział 1) oraz, co nie mniej istotne, ocenić, czy istnieje możliwość zwiększenia efektywności wydatkowania środków finansowych w samym zakresie opieki onkologicznej w Polsce. Z kolei analizując możliwości poprawy efektywności, należy najpierw przeprowadzić diagnozę problemów oraz nieefektywności w zakresie leczenia chorób onkologicznych w Polsce (podrozdział 2). Dopiero wówczas można ocenić, czy rezultaty projektowanych rozwiązań przyczynią się do ich zmniejszenia (podrozdział 3).

1. Wydatki na onkologię w Polsce

Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wynosiły w 2011 r. 105 mld zł [3]. W ich ramach ok. 60 mld zł to wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na świadczenia zdrowotne. Z tej puli ok. 6,3 mld zł przeznaczono na diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych [4]. Wydatki NFZ na onkologię stanowiły zatem 6% wydatków na zdrowie. **Tabela I** przedstawia porówna-

nie wydatków na onkologię w Polsce, Wielkiej Brytanii, Francji i Norwegii.

Proporcja wydatków na onkologię nie jest Polsce mniej korzystna niż w innych krajach rozwiniętych. Zatem, nawet przy istnieniu istotnych różnic pomiędzy Polską a innymi krajami w wartościach nominalnych środków przeznaczanych na finansowanie opieki onkologicznej, nie ma podstaw do zwiększania udziału wydatków na leczenie osób cierpiących na nowotwory złośliwe. Innymi słowy, z punktu widzenia solidaryzmu

Kraj	Wydatki na onkologię jako % wydatków na zdrowie*
Wielka Brytania	6,1%
Polska	6,0%
Francja	4,3%
Norwegia	2,5%

*Dane dla Polski za 2011 r., dla Wielkiej Brytanii za 2010 r., dla Norwegii za 2007 r., dla Francji średnia wartość z lat 2009–2013.

Tabela I. Wydatki na onkologię jako udział w wydatkach na zdrowie w wybranych krajach.

Źródło: Raport Ernst & Young, Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach, 2014 [2].

społecznego, istnieje konieczność optymalizacji systemu w ramach aktualnego budżetu. Jednakże, jak już wspomniano, aby tego dokonać, należy określić pola nieefektywności w obecnie funkcjonującym systemie.

2. Obecny system opieki onkologicznej w Polsce – obszary nieefektywności

Analiza wydatków oraz struktury systemu opieki nad pacjentami z chorobami nowotworowymi przedstawiona w niniejszym podrozdziale pozwoliła na zidentyfikowanie czterech podstawowych problemów w opiece onkologicznej w Polsce, którymi są:

- presja na hospitalizację;
- brak klarownej ścieżki pacjenta onkologicznego;
- brak danych dobrej jakości;
- brak odpowiedniej kontroli i nadzoru.

Presja na hospitalizację

Podstawową przyczyną nieoptymalnej struktury wydatków jest zbyt duża liczba hospitalizacji powodowana m.in. ekonomicznymi zachętami istniejącymi w systemie. Presja na hospitalizację jest zarówno widoczna w dziedzinie diagnostyki onkologicznej, jak i w zakresie leczenia, zwłaszcza w chemio- i radioterapii.

Świadczenia w zakresie chemio- i radioterapii można realizować w trybie ambulatoryjnym, jednodniowym oraz w ramach hospitalizacji powyżej jednego dnia. W Polsce, aby realizować którykolwiek z tych trybów, świadczeniodawca musi posiadać umowę z płatnikiem publicznym w zakresie świadczeń szpitalnych, czyli *de facto* prowadzić szpital, a co za tym idzie, zagwarantować opiekę lekarską i pielęgniarską 24 godziny na dobę, posiadać izbę przyjęć, oddział intensywnej opieki medycznej itp.¹ [5]. Zatem z ekonomicznego punktu widzenia system zachęca do nadmiernych hospitalizacji, chociażby w celu pokrycia kosztów stałych. Natomiast zgodnie z międzynarodowymi standardami tylko ok. 1% pacjentów poddawanych radioterapii wymaga hospitalizacji [2], w chemioterapii zaś mniej niż 5% pacjentów (poza nowotworami krwi) wymaga hospitalizacji trwającej dłużej niż jeden dzień [6]. Dodatkowo należy wspomnieć, że w przypadku chemioterapii i radioterapii istotne jest rozproszenie świadczeniodawców, tak aby dotarcie do nich było możliwe w czasie nie dłuższym niż 45 minut od miejsca zamieszkania pacjenta [2].

W przypadku chemioterapii i radioterapii do nadmiernej liczby hospitalizacji prowadzi również wycena świadczeń oraz fakt, że stawka płacona jest za osobodzień zamiast, jak w większości świadczeń szpitalnych, w formie ryczałtu w postaci jednorodnych grup pacjentów (JGP, ang. *diagnosis-related groups* – DRG).

W 2012 r. przy hospitalizacji do chemioterapii średni koszt substancji na hospitalizację wynosił 742 zł przy koszcie 561 zł za osobodzień takiej hospitalizacji (średnio 51 zł za punkt przy wycenie punktowej 11 punktów za osobodzień²) [7] (**Tabela II**). Co więcej, biorąc pod uwagę sposób rozliczania hospitalizacji, tj. (liczba dni pobytu – 1) × cena za osobodzień, przy hospitalizacjach

Rodzaj chemioterapii	Cena łóżka	Średni koszt substancji
Hospitalizacja	561 (11 pkt) [8]	742
Jednodniowa	459 (9 pkt) [8]	492
Ambulatoryjna	102 (2 pkt) [8]	803
Przeciętna cena	431	634

Tabela II. Koszty chemioterapii według trybu udzielania świadczenia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.

trwających krócej niż 5 dni, ekonomicznie uzasadnione jest prowadzenie pacjenta w trybie przyjęć jednodniowych. Z kolei podczas gdy część świadczeniodawców realizuje powszechnie cykle chemioterapii w trybie jednodniowym, w niektórych przypadkach pacjent jest w związku z tym samym cyklem umieszczany w szpitalu. Podczas części z tych hospitalizacji nie są sprawozdawane działania niepożądane (których leczenie jest dodatkowo płatne), które byłyby medycznym uzasadnieniem dla hospitalizacji.

Skutkiem takiej konstrukcji systemu jest znaczący udział kosztów obsługi w chemioterapii. **Rysunek 2** przedstawia strukturę kosztów w ciągu lat. Spadek łącznych wydatków w 2012 r. jest związany z utworzeniem wielu nowych programów lekowych, finansowanych w ramach innych umów. Pomimo rozwoju technologii, wprowadzania do obrotu nowych, drogich leków, ich udział w kosztach leczenia chemioterapeutycznego z czasem spada, co przedstawia **Rysunek 2**.

W radioterapii koszt obsługi (obsługa aparatury do naświetlania, koszt amortyzacji sprzętu itd.) jest uwzględniony w wycenie świadczenia – procedury radioterapeutycznej. Jednak z powodów ekonomicznych, jaki i geograficznych, pacjenci umieszczani są często w szpitalu, gdzie finansowanie płatnika publicznego wynosi 408 zł (8 punktów) za osobodzień (**Tabela III**). Przy założeniu średnich długości trwania cyklu radioterapii okazuje się, że koszt umieszczenia pacjenta w szpitalu dorównuje kosztowi samego leczenia. W krajach rozwiniętych powszechnym trendem jest jak największe ograniczenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu – nie tylko ze względów ekonomicznych, ale też by zredukować zarówno czas ekspozycji na patogeny, jak i ze względów psychologicznych – komfortu pacjenta. Zasadne jest więc działanie mające na celu wyeliminowanie niemedycznych przyczyn hospitalizacji pacjentów w przypadku świadczenia, które można realizować ambulatoryjnie.

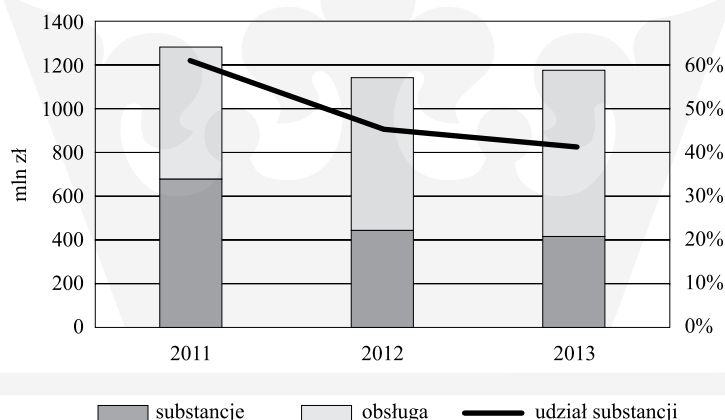
Dodatkowym problemem jest sposób rozliczania hospitalizacji do teleradioterapii/brachyterapii/terapii izotopowej. Może ona zostać rozliczona zarówno w ramach kontraktu na radioterapię, jak i w tzw. zakresach szpitalnych, np. onkologii klinicznej czy ginekologii onkologicznej. Po ograniczeniu możliwości rozliczania hospitalizacji do chemioterapii w ramach zakresu onkologia kliniczna, tj. przeniesienie jej do oddzielnych kontraktów

Rodzaj radioterapii	Koszt łóżka za dzień	Łączny koszt łóżka	Średni koszt cyklu	Rzeczywisty średni koszt radioterapii na pacjenta
Radykalna	408 (8 pkt ³) [8]	12 240	12 593	13 157
Paliatywna	408 (8 pkt ³) [8]	2040	2454	3110

* Przy założeniu długości cyklu 30 osobodni (radykalna) i 5 osobodni (paliatywna).

Tabela III. Koszt radioterapii radykalnej i paliatywnej*.

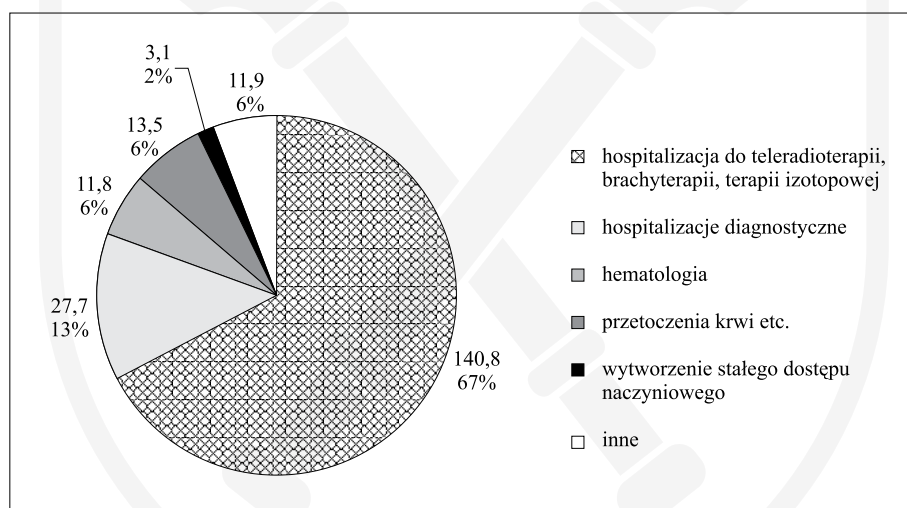
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.



*Bez programów lekowych.

Rysunek 2. Struktura wydatków na chemioterapię*.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.



*Łączne wydatki: 209 mln zł.

Rysunek 3. Wydatki (mln zł) na onkologię kliniczną w Polsce w 2012 r.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.

na chemioterapię (które może posiadać również oddział onkologii klinicznej)⁴, hospitalizacje do radioterapii stanowią większość świadczeń w ramach zakresu onkologia kliniczna (**Rysunek 3**). W 2012 r. stanowiły one aż 67% kontraktu w ramach zakresu onkologia kliniczna. Drugą

pozycję pod względem wydatków z tym zakresem zajmują hospitalizacje diagnostyczne.

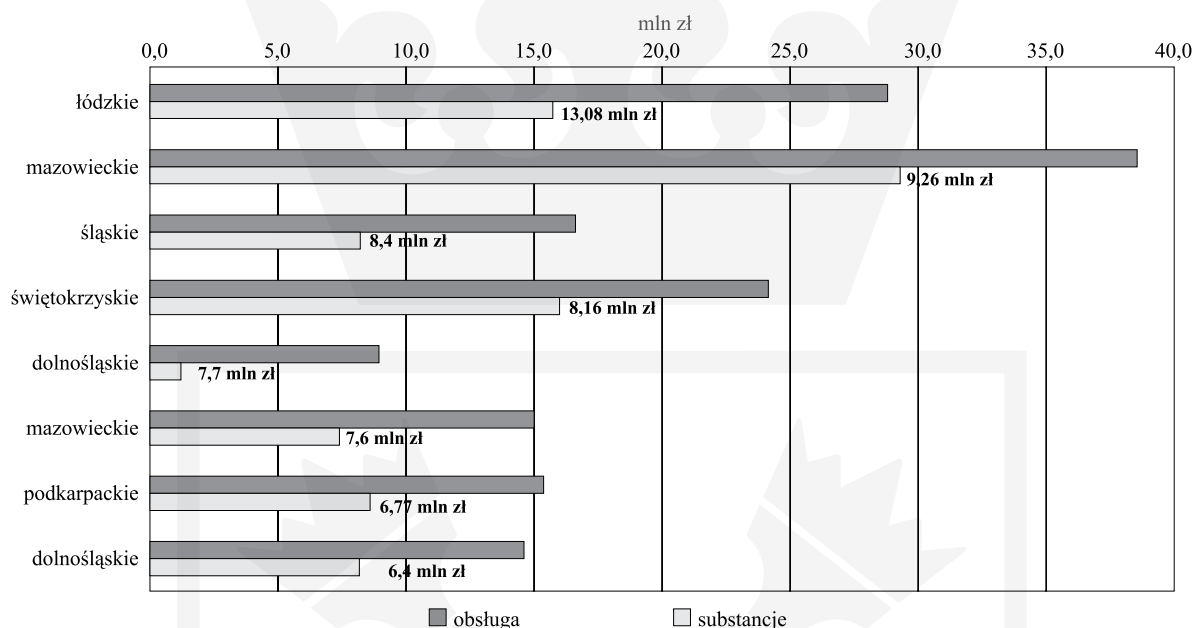
Konstrukcja systemu, która generuje bodźce ekonomiczne do hospitalizacji pacjenta, powoduje nieefektywną strukturę świadczeń, w tym również niekorzystną relację

kosztów hospitalizacji do kosztów leczenia chemioterapeutycznego. W 163 podmiotach (76% z 214) posiadających kontrakty na chemioterapię koszty „obsługi” w 2012 r. były wyższe niż koszty substancji (**Rysunek 4**).

W jednym z podmiotów udzielających świadczeń z zakresu chemioterapii na terenie Łodzi koszty obsługi przewyższały koszty substancji o 13,8 mln zł. Natomiast w jednym z wrocławskich podmiotów koszty substancji stanowiły jedynie 12% łącznych wydatków na chemioterapię.

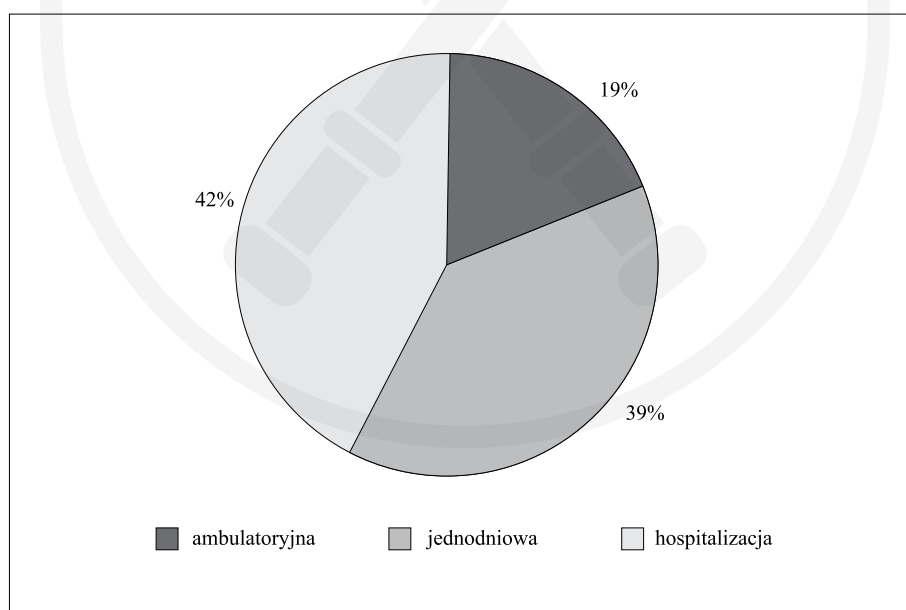
Konsekwencją presji na hospitalizację oraz nieoptymalnej wyceny świadczeń jest fakt, że tylko 58% pacjentów w 2013 r. było poddawanych chemioterapii w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym (**Rysunek 5**), podczas gdy według standardów międzynarodowych powinno to być 95–98% (w tym również chemioterapia podawana w ramach podstawowej opieki zdrowotnej albo w domu pacjenta) [6].

Podobnie w przypadku radioterapii 58% pacjentów nie jest hospitalizowanych (**Rysunek 6**), podczas gdy



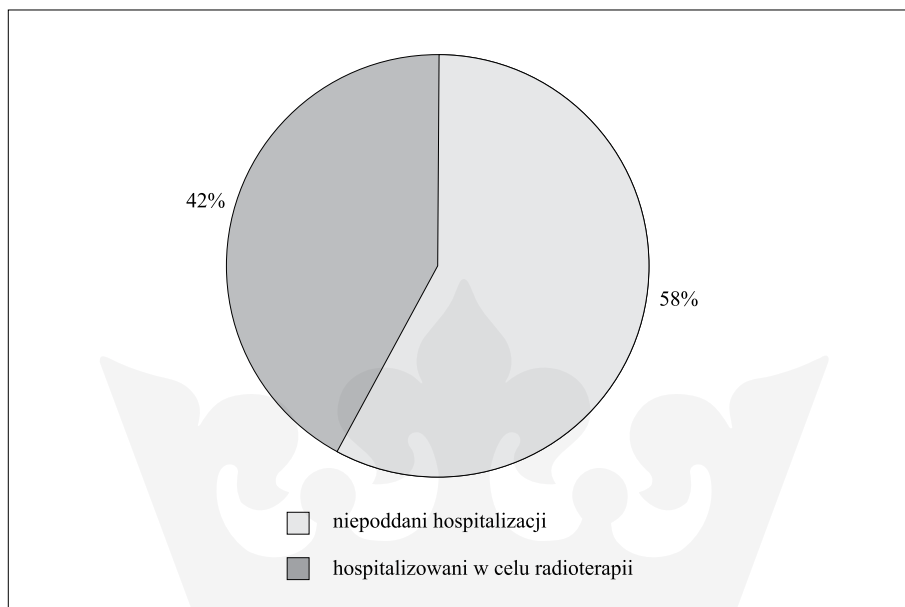
* W legendzie umieszczono województwa, w których znajdują się analizowane podmioty.

Rysunek 4. Podmioty*, w których różnica w wydatkach na obsługę i substancje w chemioterapii w 2012 r. była największa.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.



Rysunek 5. Struktura pacjentów poddawanych chemioterapii w Polsce w 2013 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2013.



Rysunek 6. Struktura pacjentów poddanych radioterapii w Polsce w 2013 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2013.

według standardów międzynarodowych 99% pacjentów jest poddawanych radioterapii w warunkach ambulatoryjnych [2].

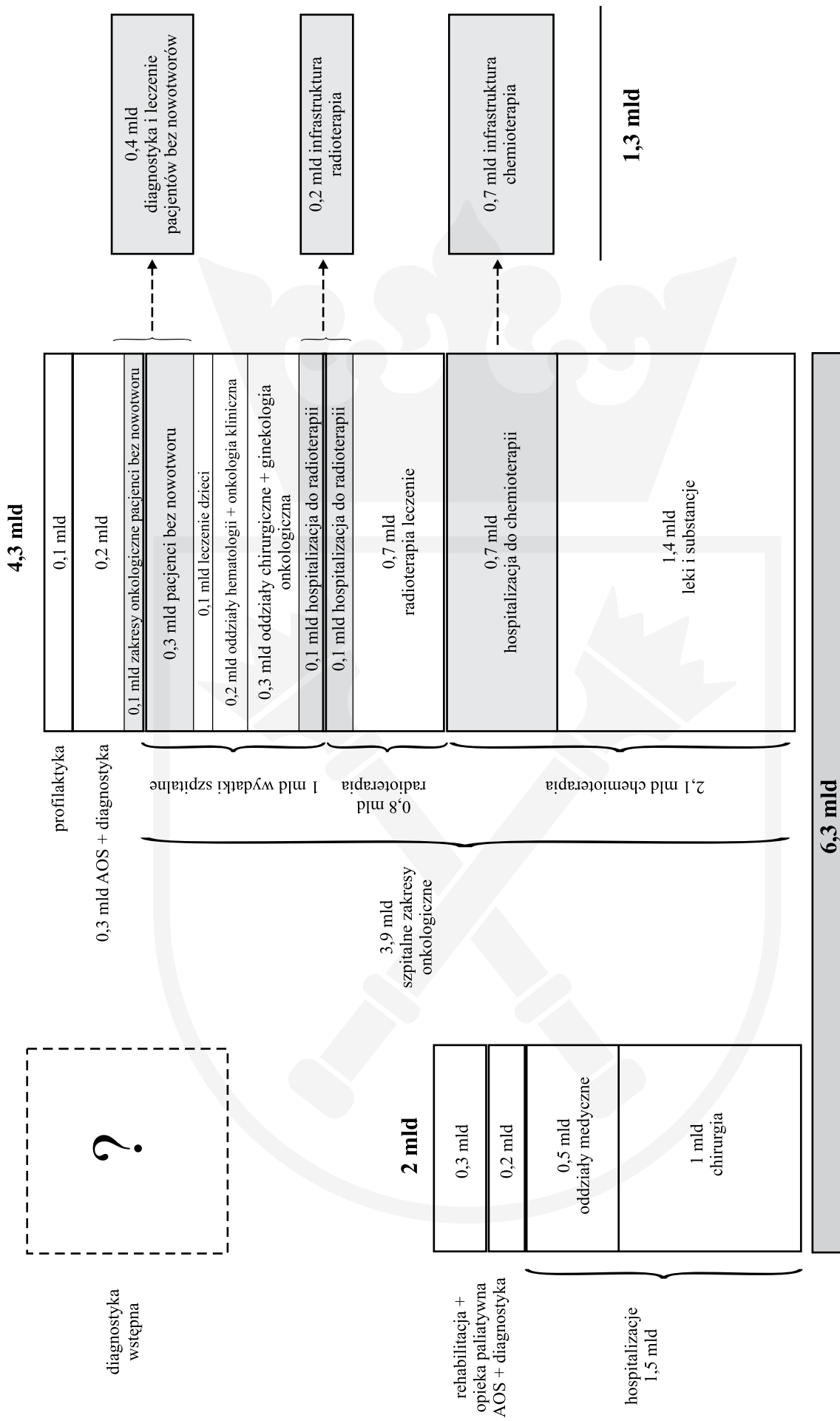
Presja na hospitalizacje przejawia się również w postaci hospitalizacji diagnostycznych. Diagnostyka, w tym diagnostyka onkologiczna, może być wykonywana w warunkach ambulatoryjnych (finansowanie w ramach umów AOS lub ASDK, np. rezonans, tomograf) lub w warunkach szpitalnych (finansowanie w ramach umowy szpitalnej lub SOK, np. PET). Problemem jest to, że procedury wykonywane w ramach leczenia szpitalnego (JGP diagnostyczne) są wycenione o 20–30% wyżej niż analogiczne procedury wykonywane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przykładowo grupa D28 (choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej) składa się z procedur diagnostycznych w kierunku nowotworów płuc. Wycena tej grupy wynosi ok. 3876 zł (76 punktów⁵) [9], podczas gdy koszt procedur najbardziej kosztochłonnej w ramach tej grupy (tomografia komputerowa i bronchoskopia) w AOS wyniósłby 800 zł. W 2012 r. rozliczono 63 tys. hospitalizacji z D28 u 46 tys. pacjentów, za łączną kwotę 233 mln zł. Prawie 12 tys. pacjentów miało ten JGP rozliczony co najmniej dwa razy w roku, z czego około 6 tys. miało tomografię i bronchoskopię rozliczaną przy odrębnych hospitalizacjach. Natomiast w ponad 20 tys. hospitalizacji D28 nie sprawozdano wykonania bronchoskopii, tomografii ani innych procedur uzasadniających wysoki koszt świadczenia.

Analizując wydatki na diagnostykę i leczenie onkologiczne w Polsce, można stwierdzić, że ponad 94% wszystkich środków jest wydatkowane w ramach hospitalizacji. Rozdzielając środki w zakresach szpitalnych, można dojść do wniosku, że 2 mld zł wydawane jest na

pacjentów z chorobą nowotworową w zakresach nieonkologicznych (**Rysunek 7**). Połowę tej kwoty stanowią wydatki na hospitalizacje w zakresach o profilu zabiegowym (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, urologia, chirurgia szczękowo-twarzowa, otorynolaryngologia, endokrynologia, ortopedia), 0,5 mld zł to wydatki na hospitalizacje na pozostałych oddziałach. Pozostałe środki w zakresach nieonkologicznych wydatkowane są w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń diagnostycznych oraz opieki paliatywnej i rehabilitacji. W zakresach onkologicznych wydawane jest 4,3 mld zł, z tego 3,9 mld w ramach świadczeń szpitalnych (chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, onkologia kliniczna, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, radioterapia, chemioterapia i programy lekowe). Pozostałe środki są wydatkowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (np. świadczenia w zakresie onkologii i chirurgii onkologicznej) oraz programów profilaktycznych. Wśród wspomnianych wydatków 0,7 mld zł przeznaczonych jest na hospitalizację do chemioterapii (bez kosztów substancji), 0,2 mld zł na hospitalizację do radioterapii (bez kosztów naświetlania), a 0,4 mld zł na diagnostykę i leczenie pacjentów bez nowotworów. Podsumowując, w Polsce przeznacza się 1,3 mld zł nie na leczenie nowotworów, ale na infrastrukturę do radioterapii i chemioterapii oraz diagnostykę i leczenie pacjentów bez nowotworów.

Brak klarownej ścieżki pacjenta

Kolejnym problemem obecnie funkcjonującego systemu jest brak jasno sprecyzowanej ścieżki pacjenta onkologicznego. Lekarz prowadzący zmieniany jest na



Rysunek 7. Wydatki na onkologię w Polsce w 2011 r.
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2011.

wielu etapach (od podejrzenia choroby nowotworowej, poprzez diagnostykę, do etapu leczenia). Pacjent za każdym razem musi oczekiwać w kolejce na udzielenie świadczenia. Szczególny problem stanowi diagnostyka onkologiczna, podczas której ze względu na sposób finansowania niektórych badań niezbędnych dla tej diagnostyki, jak: gastroskopia, kolonoskopia, rezonans czy PET (odrębne, wobec porad diagnostycznych, świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) pacjent po okresie oczekiwania na wizytę u specjalisty musi, mimo podejrzenia choroby onkologicznej, (formalnie) oczekiwać w kolejnych kolejkach do poszczególnych badań. Równocześnie w obecnym systemie brakuje mechanizmów pozwalających określić precyzyjnie czas oczekiwania na diagnostykę (nie ma informacji o jednostce chorobowej będącej podstawą skierowania do lekarza AOS bądź na hospitalizację) oraz czas leczenia.

Leczenie chorób onkologicznych w Polsce również nie jest prowadzone w sposób skoordynowany. W przypadku nowotworów złośliwych stosowane są trzy procedury lecznicze (odrębnie lub ich kombinacja): chemioterapia, radioterapia, chirurgia. Ponieważ procedury te są kontraktowane w ramach odrębnych umów, nie istnieje obowiązek posiadania przez daną jednostkę wszystkich trzech sposobów leczenia. Przekłada się to z kolei bezpośrednio na ograniczenie możliwości leczniczych pacjenta (o czym często nie jest on informowany).

Czynniki te sprawiają, że w obecnie funkcjonującym systemie opieki onkologicznej w Polsce pacjent czuje się zagubiony oraz pozostawiony sam ze swoją chorobą, co przy asymetrii informacji oraz presji czasu (czas diagnozy oraz rozpoczęcia leczenia jest istotny dla szansy wyleczenia oraz obniżenia ryzyka zgonu) skutkuje negatywnym postrzeganiem całego systemu ochrony zdrowia [10–12].

Brak danych dobrej jakości

W świetle aktualnych przepisów każdy lekarz, po rozpoznaniu nowotworu u pacjenta, ma obowiązek zgłosić nowotwór złośliwy do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), który w scentralizowanej bazie gromadzi dane dotyczące zachorowań na nowotwory. Jest on zatem podstawowym źródłem danych o zapadalności oraz o przeżywalności pacjentów onkologicznych w Polsce. Do KRN w 2011 r. zostało zgłoszonych 145 tys. pacjentów (133 tys. po wyłączeniu nieczerniakowych nowotworów skóry⁶). Według międzynarodowych współczynników dotyczących przeżywalności pacjentów onkologicznych na każdy nowy przypadek choroby nowotworowej przypada:

- 0,71 osoby, która przeżyła do jednego roku od daty postawienia diagnozy (relacja liczby osób, które przeżyły rok, w stosunku do nowych rozpoznań);
- 0,56 osoby, która przeżyła od jednego do dwóch lat, oraz
- 1,29 osoby, która przeżyła od dwóch do pięciu lat od daty postawienia diagnozy [13].

Zatem łącznie na każde nowe zachorowanie na nowotwór przypada 2,56 osoby, które przeżyły od 0 do pięciu

lat od daty postawienia diagnozy. Dla okresu od pięciu do 20 lat proporcja ta wynosi 2,97. Stosując wymienione współczynniki do danych KRN z 2011 r., w Polsce powinno być ok. 340 tys. pacjentów w okresie do pięciu lat od postawienia diagnozy oraz ok. 395 tys. w okresie od pięciu do 20 lat od daty postawienia diagnozy. Otrzymujemy zatem 868 tys. osób, które ma lub miało nowotwór. Zakładając, że wszyscy nowi pacjenci, wszyscy pacjenci do pięciu lat od daty diagnozy oraz aż połowa pacjentów, którzy przeżyli 5–25 lat od daty rozpoznania⁷, korzysta ze świadczeń zdrowotnych z powodu choroby onkologicznej, to oczekiwana liczba pacjentów, jaka powinna się pojawić w systemie sprawozdawczym płatnika publicznego z rozpoznaniem nowotworowym, wynosi 670 500 osób (unikatowych numerów PESEL). Tymczasem rzeczywista liczba unikatowych pacjentów, którzy zostali rozliczeni w ramach świadczeń publicznej opieki zdrowotnej w 2011 r., wynosi 803 000. Oznacza to, że albo 85% pacjentów, którzy przeżyli 5–25 lat, pojawia się (przynajmniej raz w roku) z powodu choroby onkologicznej, albo że liczba przypadków w KRN jest zaniżona.

Spośród 803 000 wspomnianych pacjentów z rozpoznaniem C00–C97 oraz D00–D09 (zgodnie z międzynarodową klasyfikacją ICD-10), którzy mieli w 2011 r. kontakt z publiczną służbą zdrowia, 246 tys. pacjentów (30%) nie było zarejestrowanych w bazie KRN. Wartość tę można przyjąć jako szacunkowy poziom niedorejestrowania⁸. Część z tych przypadków może dotyczyć osób, u których nowotwór złośliwy lub rak *in situ* został zdiagnozowany przed powołaniem KRN, a kontakt ze służbą zdrowia wynikał z kontynuacji leczenia.

Skalę niedoszacowania można również próbować oszacować w inny sposób, poprzez analizę zgłoszeń do KRN pacjentów z rozpoznaniem nowotworowym, którzy zostali poddani radykalnym zabiegom chirurgicznym. Przyjęcie takiej metodologii analizy wynika z faktu, że radykalny zabieg chirurgiczny wykonywany jest najczęściej w okresie niezbyt odległym od daty rozpoznania nowotworu (np. mastektomia, radykalna prostatektomia itp.). Przeprowadzone analizy wykazały, że w 2011 r. 11% pacjentów z rozpoznaniem nowotworowymi, którym wykonano radykalny zabieg chirurgiczny, nie było zgłoszonych do KRN (**Tabela IV**). Problem ten w największym stopniu dotyczył nowotworu trzustki (29% niezgłoszonych pacjentów) oraz nowotworu prostaty (23% niezgłoszonych pacjentów). Można zatem oszacować, że niedoszacowanie KRN wynosi od 11 do 30%.

Brak danych dobrej jakości dotyczących zachorowań na nowotwory utrudnia analizy systemowe i tworzenie ogólnonarodowych strategii. Modele prognostyczne, opierające się na fałszywie zaniżonych danych co do rocznej liczby zachorowań, nie będą poprawnie określać potrzeb zdrowotnych danej populacji, jak również będą powodowały rozszerzenie przedziału ufności dla oszacowania ryzyka finansowego badanego przy ocenie skutków proponowanych rozwiązań systemowych.

Typ nowotworu	Udział niezgłoszonych do KRN
Układ rozrodczy	13%
Trzustka	29%
Przełyk, żołądek	14%
Głowa i szyja	12%
Piersi	7%
Prostata	23%
Płuco	14%
Wszystkie typy	11%

Tabela IV. Udział pacjentów z rozpoznaniami nowotworowymi niezgłoszonych do Krajowego Rejestru Nowotworów, u których wykonano radykalne zabiegi operacyjne w 2011 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Krajowego Rejestru Nowotworów, 2011.

Brak kontroli i nadzoru

Kolejnym mankamentem obecnego systemu opieki onkologicznej w Polsce jest brak odpowiedniej kontroli i nadzoru nad racjonalnym wydatkowaniem środków finansowych. Brak wydzielonego w strukturze organizacyjnej NFZ departamentu przeznaczanego do analiz systemowych sprawia, że monitoring wydatkowania środków jest wycinkowy (najczęściej ograniczony do obszaru podlegającego w danej chwili audytowi) oraz nieregularny. Przykładem konieczności wprowadzenia stałych analiz wydatkowania środków w zakresie leczenia pacjentów z nowotworami złośliwymi może być radykalne leczenie radioterapeutyczne.

Radioterapia radykalna (w przeciwieństwie do radioterapii paliatywnej) ma na celu wyniszczenie komórek nowotworowych przy możliwie maksymalnej dawce napromieniowania przy braku zagrożenia życia pacjenta. Według standardów międzynarodowych za normę przyjmuje się, że na pacjenta powinno przypadać nie więcej niż 1,02 cyklu naświetlania w radioterapii radykalnej⁹. W 2012 r. na 29 podmiotów posiadających kontrakty na radioterapię w 11 z nich powtarzano cykle radioterapii radykalnej w wartościach powyżej wskaźnika 1,02 (**Rysunek 8**). W jednym z podmiotów na pacjenta przypadało aż 1,64 cyklu radioterapii radykalnej¹⁰. Łącznie w 2012 r. na potencjalnie niepotrzebne cykle radioterapii wydano 16,13 mln PLN.

3. Zmiany w systemie opieki onkologicznej w Polsce – próba poprawy efektywności ekonomicznej oraz skuteczności medycznej

Mając na uwadze zidentyfikowane problemy, Ministerstwo Zdrowia zaproponowało zmiany w funkcjonowaniu systemu opieki onkologicznej w Polsce, które mają wejść w życie 1 stycznia 2015 r. Zmiany te dotyczą przede wszystkim:

- wprowadzenia maksymalnego czasu na diagnostykę onkologiczną oraz rozpoczęcie leczenia;
- wprowadzenia kompleksowości leczenia;
- zniesienia limitów finansowych na diagnostykę i leczenie nowotworów złośliwych (podejście popytowe, tj. wybór pacjenta, w przeciwieństwie do podażowego, tj. przydzielone wartości kontraktów, egzekwujące zasadę realności ochrony ubezpieczeniowej, która w systemie ochrony zdrowia była zaburzona) [14];
- prowadzenia stałego audytu i monitoringu wydatkowanych środków.

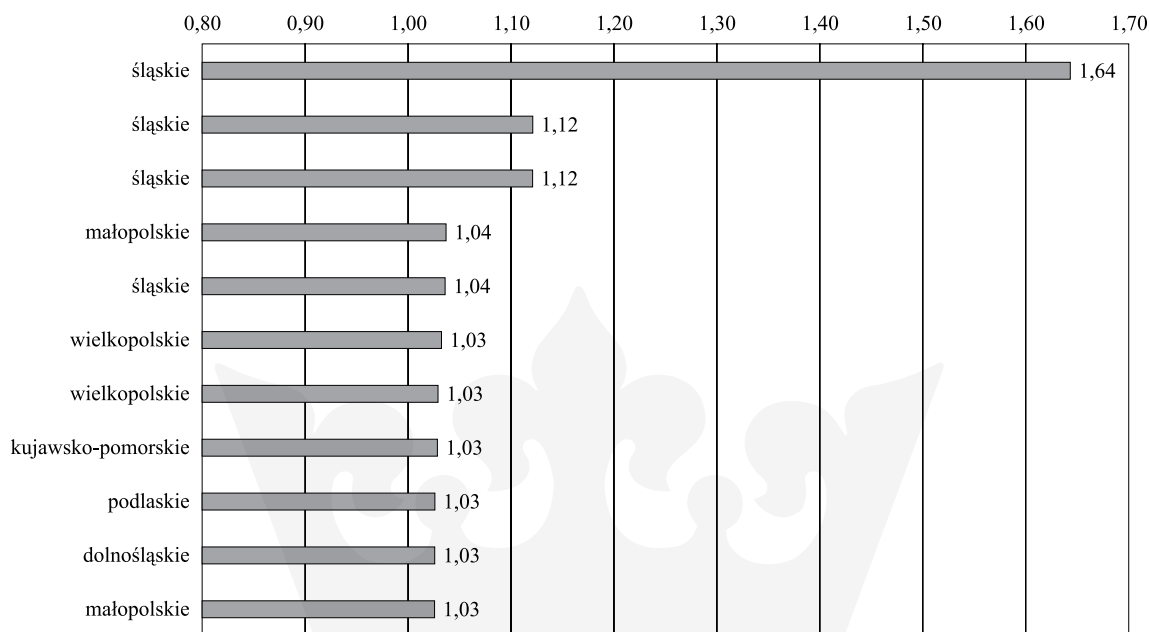
Natomiast w długoterminowej perspektywie celem proponowanych rozwiązań jest również spowodowanie, aby wymogi jakościowe (terminowość i skuteczność diagnostyki oraz leczenia onkologicznego) były nadrzędne wobec sprzętowych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz ich wyceny (wprowadzenie referencyjności podmiotów).

Ponieważ, jak już wspomniano we Wstępie, przeżywalność chorych na nowotwory złośliwe jest uzależniona przede wszystkim od wykrycia choroby w możliwie jak najwcześniejszym stadium, w ramach tzw. pakietu onkologicznego planowane jest wprowadzenie określonej ścieżki pacjenta, na którą nałożone zostały limity czasowe dotyczące poszczególnych jej etapów. Projektowana ścieżka pacjenta składa się z następujących etapów (w nawiasach podano preferowane miejsce realizacji danego etapu):

- podejrzenie nowotworu (realizowane głównie w POZ);
- diagnostyka wstępna (realizowane głównie w AOS);
- diagnostyka pogłębiona (realizowane głównie w AOS);
- pierwsza terapia (w tym konsylium) (realizowane głównie w szpitalu);
- kolejne terapie (realizowane w szpitalu i AOS);
- monitoring (realizowane w AOS i POZ).

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej za pomocą dostępnych mu narzędzi (badania podmiotowe i przedmiotowe oraz znajdujące się w zakresie świadczeń gwarantowanych POZ badania diagnostyczne¹¹) [15] ma za zadanie określić zasadność podejrzenia wystąpienia nowotworu złośliwego u danego pacjenta. W przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien wystawić pacjentowi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego¹² [16] oraz skierować go do lekarza specjalisty właściwego dla danego umiejscowienia nowotworu lub do onkologa w celu przeprowadzenia kompleksowej diagnostyki onkologicznej.

Za tę wzmożoną czujność onkologiczną w projektowanym rozwiązaniu przewiduje się dodatkowe finansowanie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w postaci wprowadzenia odrębnej (poza stawką kapitacyjną) porady związanej z wystawieniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Wysokość opłaty za tę poradę w pierwszym okresie jest stała i ma wynosić 50 zł¹³ [17]. Natomiast po dokonaniu diagnostyki onkologicznej dla 30 pacjentów skierowanych na szybką terapię onkologiczną wysokość wynagrodzenia za poradę będzie uzależniona od wskaźnika rozpoznawania nowotworów.



* W legendzie umieszczono województwa, w których znajdują się analizowane podmioty.

Rysunek 8. Stosunek liczby nasświetlań do liczby pacjentów w 2012 r.*

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.

Określa on udział pacjentów, u których na etapie diagnostyki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej potwierdziło się rozpoznanie postawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wśród ogółu pacjentów skierowanych na szybką terapię onkologiczną. W przypadku uzyskania wskaźnika na poziomie $1 : 10^{14}$ wysokość stawki za poradę nie ulega zmianie i wynosi 50 zł. Natomiast jeśli wskaźnik rozpoznawania nowotworów danego lekarza osiągnie wartość wyższą niż $1 : 10$, wysokość stawki ulegnie zwiększeniu (dla wskaźnika $1 : 5$ ma ona wynosić 107 zł). Z kolei jeżeli wskaźnik jest niższy niż $1 : 10$, wysokość stawki ulegnie zmniejszeniu (dla wskaźnika $1 : 15$ ma ona wynosić 14 zł). W skrajnym przypadku, jeżeli wartość wskaźnika będzie poniżej wartości minimalnej, która ma wynosić $1 : 15^{15}$, lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, do czasu odbycia szkolenia, zostanie zawieszona możliwość kierowania pacjentów na szybką terapię onkologiczną.

Pacjent, któremu lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawił kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, kierowany jest na diagnostykę w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która w 2015 r. nie powinna trwać dłużej niż 9 tygodni, w 2016 r. dłużej niż 8 tygodni, w 2017 r. zaś – 7 tygodni (wartość docelowa) [18]. Dodatkowo warunkiem uczestniczenia świadczeniodawcy w nowym systemie jest możliwość wykonania wszystkich niezbędnych badań diagnostycznych, włączając takie badania, jak rezonans, tomografia czy PET [18].

Diagnostyka onkologiczna dzieli się na dwa etapy, którym przypisane są odrębne produkty finansowe: diag-

nostykę wstępną oraz diagnostykę pogłębioną. Celem diagnostyki wstępnej jest potwierdzenie lub wykluczenie wystąpienia nowotworu złośliwego. Maksymalny okres od zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy do uzyskania diagnozy wynosi pięć tygodni (w tym maksymalnie dwa tygodnie od daty zapisu do kolejki do daty pierwszej wizyty u specjalisty) w 2015 r. oraz cztery tygodnie w 2016 r. [19]. Lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej będzie miał dostęp do nowych nielimitowanych produktów wstępnej diagnostyki onkologicznej, których wartość zależy od terminowości wykonania tejże diagnostyki [19]:

- według pełnej stawki ryczałtowej w zależności od umiejscowienia nowotworu;
- według niższej stawki ryczałtowej (70% stawki wyjściowej) za świadczenie zrealizowane nieterminowo.

Fakt rozpoznania nowotworu złośliwego powinien być zgłoszony do Krajowego Rejestru Nowotworów w celu zachowania spójności baz danych.

Kolejnym etapem diagnostyki, realizowanym w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego, jest diagnostyka pogłębiona. Jej celem jest określenie stopnia zaawansowania nowotworu, liczby i miejsca przerzutów oraz typu nowotworu. Diagnostyka pogłębiona powinna być wykonana w terminie nieprzekraczającym cztery tygodnie w 2015 r., oraz począwszy od 2017 r., w terminie nieprzekraczającym trzech tygodni. Podobnie jak w przypadku diagnostyki wstępnej świadczeniodawca będzie miał do dyspozycji nowe nielimitowane produkty ryczałtowe, których wartość jest uzależniona od umiejscowienia nowotworu oraz terminowości wykonania

diagnostyki (70% stawki wyjściowej) [19]. Konstruując nowe produkty finansowe jako produkty ryczałtowe, obejmujące również świadczenia finansowane obecnie w ramach ASDK oraz SOK, płatnik umożliwił wykonanie poszczególnych badań diagnostycznych pacjentowi z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego poza obecnym systemem kolejkowym, tj. brakiem konieczności odrębnego (formalnego) oczekiwania na poszczególne świadczenia, dzięki czemu to świadczeniodawca bezpośrednio decyduje, w jakim terminie należy pacjentowi wykonać odpowiednie badania.

Po zakończeniu diagnostyki pacjent kierowany jest na pierwszą terapię. Pacjentowi, który w ramach systemu zgłosi się z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego do szpitala, w ciągu dwóch tygodni powinno zostać zorganizowane konsylium oraz rozpoczęte leczenie [20]. Konsylium ma za zadanie ustalić indywidualny plan leczenia pacjenta, w tym dokonać wyboru terapii oraz określić jej harmonogram. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia świadczeniodawca, aby móc uczestniczyć w nowym systemie, musi m.in. posiadać oddział o profilu zabiegowym oraz możliwość realizacji świadczeń w zakresie chemio- oraz radioterapii (w tym również w ramach podwykonawstwa lub umowy o współpracę). Zgodnie z projektowanym rozwiązaniem pacjentowi zostanie również przydzielony koordynator opieki, którego zadaniem jest kontakt z pacjentem, nadzorowanie realizacji świadczeń oraz ustalanie ich terminów [20]. Szczególnie ważną będzie rola koordynatora w ośrodkach, które nie realizują wszystkich rodzajów terapii onkologicznej pod tzw. jednym dachem. Wówczas jego zadaniem nie będzie jedynie zsynchronizowanie przepływu informacji pomiędzy zmieniającymi się lekarzami prowadzącymi¹⁶, lecz również skoordynowanie współpracy pomiędzy różnymi świadczeniodawcami.

W ramach umów szpitalnych na radioterapię oraz chemioterapię nie zostały w zasadzie wprowadzone nowe produkty przeznaczone dla pacjenta onkologicznego¹⁷ [21]. Wskazano natomiast procedury chirurgiczne (lub w niektórych przypadkach całe produkty JGP), które będą finansowane bez limitów dla pacjentów z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego. Leczenie radioterapeutyczne oraz chemioterapeutyczne w całości będzie finansowane na podstawie rzeczywistych wykonań, a nie wartość kontraktu.

Jak już wspomniano, obserwowana presja na hospitalizację wynika ze sposobu finansowania świadczeń onkologicznych. Dlatego też aby zwiększyć efektywność wydatkowanych środków finansowych, wprowadzono bodźce ekonomiczne ograniczające hospitalizację w postaci:

1. Obniżenia wyceny hospitalizacji do radioterapii z 8 pkt do 3 pkt przy równoczesnym wprowadzeniu dodatkowych produktów za leczenie powikłań (3. i 4. stopnia) w wysokości odpowiednio 3 pkt i 4 pkt. Zatem w przypadku wystąpienia powikłań świadczeniodawca otrzyma środki finansowe niewiele niższe niż obecnie (6 pkt lub 7 pkt w zależności od stopnia powikłań) przy równoczesnej gwarancji bezlimitowego finansowania tych świadczeń [21].
2. Obniżenia wyceny hospitalizacji jednodniowej (z 9 pkt do 7 pkt), obniżenia hospitalizacji do chemioterapii oraz wprowadzenia degresywnego systemu finansowania świadczeń (z 11 pkt za każdy osobodzień do 10 pkt za pierwsze trzy dni hospitalizacji i 9 pkt za następne) oraz podwyższenia wyceny świadczeń ambulatoryjnych (z 2 pkt do 3 pkt). Zatem zaburzono istotnie relację pomiędzy rodzajami świadczeń w zakresie chemioterapii, promując rozwiązania ambulatoryjne przy równoczesnej gwarancji bezlimitowego finansowania tych świadczeń [22].
3. Wprowadzenia nowych, bezlimitowych produktów diagnostyki wstępnej i pogłębionej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co ma na celu przesunięcie ciężaru diagnostyki z warunków szpitalnych do ambulatorium (diagnostyka szpitalna pozostanie w ramach limitów).

Po zakończonym leczeniu radykalnym (chirurgia, chemioterapia, radioterapia) pacjent będzie poddany procesowi monitoringu (ang. *follow up*), który w pierwszych latach po zakończonym leczeniu jest prowadzony w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W założeniach po określonym czasie (w zależności od rodzaju nowotworu od 3 do 5 lat) od zakończenia leczenia pacjent powinien przejść pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który w ramach ścisłej współpracy z lekarzem specjalistą regularnie monitoruje stan zdrowia pacjenta.

Podsumowanie

System opieki onkologicznej w Polsce nie przyniósł oczekiwanych korzyści w postaci trwałego obniżenia współczynnika rzeczywistego zgonów. Ponieważ nowotwory stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, reorganizacja funkcjonowania opieki onkologicznej stała się głównym celem działań Ministerstwa Zdrowia.

W ramach przeprowadzonych analiz obecnie funkcjonującego systemu opieki onkologicznej w Polsce zidentyfikowano cztery podstawowe sfery nieefektywności: presja na hospitalizację, brak klarownej ścieżki pacjenta onkologicznego, brak danych dobrej jakości oraz brak odpowiedniej kontroli i nadzoru.

Porównując udział wydatków na opiekę onkologiczną w Polsce z innymi krajami, wskazywanymi jako wzorcowe dla organizacji świadczeń dla pacjentów chorych na nowotwory złośliwe, należy stwierdzić, że nie występuje tutaj istotna różnica. Z tego względu nie ma podstaw do uzasadnienia wzrostu udziału wydatków na diagnostykę i leczenie onkologiczne. Działanie takie mogłoby być wręcz postrzegane jako naruszenie zasady sprawiedliwości społecznej. Dlatego też projektując nowe rozwiązania, należy szukać możliwości zwiększenia efektywności wydatkowania środków finansowych w ramach obecnych wydatków na opiekę onkologiczną.

W ramach 6,3 mld zł przeznaczanych na diagnostykę i leczenie onkologiczne tylko 5 mld zł wydatkowane jest na diagnostykę i leczenie nowotworów złośliwych. Pozostałe 1,3 mld zł to pieniądze wydawane na utrzymanie infrastruktury (0,7 mld to koszty samej hospitalizacji do

chemioterapii, 0,2 mld zaś to koszty samej hospitalizacji (do radioterapii) oraz diagnostykę i leczenie pacjentów bez nowotworów w zakresach przeznaczonych dla pacjentów onkologicznych, w tym w ramach diagnostyki szpitalnej.

Jako odpowiedź na obserwowaną presję na hospitalizację wprowadzono bodźce ekonomiczne, których oczekiwanym skutkiem jest wzrost odsetka pacjentów diagnozowanych i leczonych (chemio- i radioterapia) w trybie ambulatoryjnym. Mają one na celu poprawę efektywności wydatkowanych środków.

W celu wyeliminowania braku klarownej ścieżki pacjenta zostanie wprowadzona karta diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ścisłe odwzorowanie na niej poszczególnych etapów diagnostyki i leczenia onkologicznego narzuci określone schematy postępowania organizacyjnego. Natomiast wymagana literą prawa kompleksowość diagnostyki i leczenia oraz wprowadzenie nowej funkcji w systemie w postaci koordynatora opieki powinny osiągnąć rezultat przejrzystości ścieżki pacjenta oraz wyeliminować poczucie zagubienia.

Wpis do Krajowego Rejestru Nowotworów będący warunkiem finansowania świadczeń jest odpowiedzią na niespójność baz danych Krajowego Rejestru Nowotworów oraz NFZ. Wprowadzenie tego wymogu da podstawy do zdefiniowania wskaźników kontrolnych i umożliwi nadzór sposobu wydatkowania środków w trybie ciągłym. Uzyskane informacje powinny być regularnie publikowane, dzięki czemu zostaną stworzone zasady benchmarkingu oraz osiągnięty zostanie rezultat obiektywnej informacji dla pacjenta o świadczeniodawcach (wprowadzenie przejrzystej konkurencji jakościowej w systemie ochrony zdrowia).

Dzięki tym rozwiązaniom w perspektywie krótkoterminowej nieadekwatne wymagania organizacyjne wpływające obecnie na możliwość uzyskania kontraktu będą mogły mieć charakter podrzędny w stosunku do wymogów jakościowych. Natomiast w perspektywie średnio- i długoterminowej osiągnięty zostanie cel zasadniczy zmian, tj. wczesna wykrywalność oraz rozpoczęcie leczenia wpłyną na trwałe zwiększenie przeżywalności osób chorych na nowotwory złośliwe oraz nastąpi poprawa efektywności systemu poprzez zmniejszenie przeciętnych kosztów leczenia chorób onkologicznych w Polsce.

Przypisy

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. poz. 1520 z późn. zm.) § 4 ust. 1, § 5 ust. 1.

² Załącznik 1e do zarządzenia Prezesa NFZ nr 68/2011/DGL z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii. Zarządzenie zmieniające ten załącznik nr 26/2012/DGL z dnia 10 maja 2012 r. nie dotyczyło zmian w wycenie tego produktu.

³ Załącznik nr 1b do zarządzenia Prezesa NFZ nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Zarządzenie zmieniające ten załącznik nr 90/2012/DSOZ z dnia 11 grudnia 2012 r. nie dotyczyło zmian w wycenie tego produktu.

⁴ Należy zwrócić uwagę na to, że kontrakty przyznawane są na zakresy, które z kolei nie zawsze odpowiadają typom oddziałów. Innymi słowy, może się zdarzyć, tak jak w przypadku oddziału onkologii klinicznej, że na oddziale tym mogą być realizowane dwa zakresy świadczeń: onkologia kliniczna (z zakresu szpitalnego) oraz chemioterapia (z umowy na chemioterapię).

⁵ Załącznik nr 1a do zarządzenia Prezesa NFZ nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Zarządzenia zmieniające ten załącznik: nr 90/2012/DSOZ z dnia 11 grudnia 2012 r., nr 34-2013-DSOZ z dnia 28 czerwca 2013 r. i nr 45/2013/DSOZ z dnia 30 sierpnia 2013 r. nie dotyczyły zmian w wycenie pełnej grupy D28.

⁶ Wyłączenie tego typu nowotworów z analiz jest warunkiem dokonywania porównań międzynarodowych, ponieważ w rejestrach nowotworów prowadzonych w innych krajach ta grupa jednostek chorobowych nie jest uwzględniana.

⁷ Standardem międzynarodowym jest 10%.

⁸ Wartość tę należy przyjąć jako maksymalny poziom niedoszacowania, albowiem należy wziąć pod uwagę możliwość nierzetelnej statystyki sprawozdawczej świadczeniodawców w zakresie rozpoznania ICD-10 będących podstawą udzielenia świadczenia.

⁹ Wynika to z faktu, że w niektórych przypadkach występują jednocześnie dwa nowotwory złośliwe u danego pacjenta, które muszą być jednocześnie poddane radioterapii radykalnej.

¹⁰ Zgodnie z informacjami przekazanymi przez NFZ w jednostkach o najwyższych współczynnikach zostały przeprowadzone kontrole w celu określenia medycznej zasadności powtarzania procedur naświetlania u danych pacjentów (istnieje ryzyko, że tak wysoki współczynnik wynika ze znacznego udziału pacjentów z dwoma procesami nowotworowymi).

¹¹ Zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2014 r., poz. 1440).

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1751).

¹³ Jest to wartość przewidziana w konsultowanym obecnie Projekcie Zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna wraz z załącznikami (przyjęte w ramach negocjacji nie zmieniły tej kwoty).

¹⁴ Co jest równoznaczne, że na 10 pacjentów skierowanych na diagnostykę onkologiczną do AOS u jednego z nich rozpoznano nowotwór złośliwy.

¹⁵ Zgodnie z konsultowanym obecnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów (projekt został przyjęty w tej formie).

¹⁶ Należy pamiętać, że w Polsce lekarz prowadzący jest ściśle przypisany do oddziału, na którym przebywa pacjent, co najczęściej jest związane z daną formą terapii.

¹⁷ Wyjątek stanowi możliwość rozliczenia konsylium oraz powikłań po radioterapii. Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 1/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne wraz z załącznikami.

Piśmiennictwo

1. OECD, *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>; dostęp: 18.12.2014.
2. Ernst & Young, *Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach*, 2014, [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Raport_EY/\\$FILE/Raport_system_opieki_onkologicznej_2014.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Raport_EY/$FILE/Raport_system_opieki_onkologicznej_2014.pdf); dostęp: 9.12.2014.
3. GUS, *Narodowy rachunek zdrowia za 2011 rok*, 2013, http://old.stat.gov.pl/gus/5840_4459_PLK_HTML.htm; dostęp: 8.12.2014.
4. Horanin-Bawor A., *Realizacja świadczeń onkologicznych 2009–2011*, 2013, http://www.infozdrowie.org/attachments/onkologia2012/pdf/14_horanin.pdf; dostęp: 8.12.2014.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U., poz. 1520 z późn. zm.).
6. Australian Institute of Health and Welfare, *Australian hospital statistics 2010–2011*, 2012.
7. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 68/2011/DGL z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii wraz z załącznikami.
8. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 26/2012/DGL z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii wraz z załącznikami.
9. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne wraz z załącznikami.
10. Ogólnopolska Kampania Społeczna Pacjent Wykluczony – Kampania organizowana przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych na rzecz pomocy osobom chorym na nowotwory, którzy nie znajdują oparcia w systemie opieki zdrowotnej, czyli stają się wykluczeni, <http://www.pacjentwykluczony.pl/o-kampanii.html?oswiadczenie=ok>; dostęp: 18.12.2014.
11. Schymalla I., *Na onkologię patrzę oczami pacjenta*, Med-Express.pl; <http://www.medexpress.pl/pacjent/na-onkologie-patrze-oczami-pacjenta/13343/>; dostęp: 18.12.2014.
12. Watola J., *Czy da się uleczyć polską onkologię? Lekarze spierają się o limity, a jest proste rozwiązanie*, „Gazeta Wyborcza” 21.01.2014, http://wyborcza.pl/1,75478,15306583,Czy_da_sie_uleczyć_polska_onkologie_Lekarze_spieraja.html#ixzz3LRKhPY00; dostęp: 18.12.2014.
13. Macmillan-NCIN, *Work plan Segmenting the cancer survivor population Cancer prevalence for all cancers combined*, 2013, http://www.ncin.org.uk/about_ncin/segmentation; dostęp: 8.12.2014.
14. Więckowska B., *Uwagi do projektu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych*, „Realia” 2008; 4.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1440).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1751).
17. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna wraz z załącznikami.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2014r., poz. 1442).
19. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna wraz z załącznikami.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1441).
21. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 81/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne wraz z załącznikami.
22. Zarządzenie Nr 80/2014/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii wraz z załącznikami.