



Informacja

Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej

Warszawa, listopad 2021 r.

Pilotaż sieci onkologicznej rozpoczął się w lutym 2019 roku w województwie dolnośląskim i świętokrzyskim, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej. Następnie na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, rozszerzono pilotaż o dwa kolejne województwa – podlaskie i pomorskie.

Data zakończenia pilotażu: 31 grudnia 2021 r.

Celem programów pilotażowych skupionych wokół nowych rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia jest identyfikacja podstawowych barier wdrożeniowych oraz pozyskanie niezbędnej wiedzy o zarządzaniu procesem w wielopoziomowej strukturze organizacyjnej skupionej na realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, m.in. w onkologii, co stanowi podstawę implementacji docelowych założeń do projektu, w tym przypadku ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej.

Doświadczenia i wstępne wnioski z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, w szczególności w zakresie jej organizacji, struktury, zasad przepływu informacji pomiędzy ośrodkami oraz koordynacji opieki onkologicznej stały się filarem decyzji o opracowaniu projektu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej jeszcze w trakcie trwania pilotażu. Natomiast całościowa analiza i raport końcowy z pilotażu, który ma za zadanie przedstawić Ministrowi Zdrowia do dnia 31.03.2022 r. Komitet Sterujący do spraw monitorowania programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, będą miały kluczowe znaczenie dla opracowania aktów wykonawczych do ustawy, w tym przede wszystkim kryteriów wejścia na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, jak i mierników i wskaźników jakości klinicznej opieki onkologicznej.

Cele ogólne sieci onkologicznej:

- zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki onkologicznej zgodnej ze standardami,
- wydłużenie czasu przeżycia chorych i poprawa jakości życia po zakończonej terapii,
- wprowadzenie wytycznych leczenia i wskaźników efektywności oraz wprowadzenie obowiązku ich raportowania,
- monitorowanie jakości opieki onkologicznej w czasie rzeczywistym,
- obniżenie kosztów całkowitych terapii poprzez wyeliminowanie dublowania świadczeń,
- urealnienie wyceny kompleksowych procedur onkologicznych,
- płatność za efekt, wyższą jakość procedur,
- zwiększenie bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta,
- wdrożenie modelu współpracy między ośrodkami onkologicznymi (odejście od modelu konkurencyjnego).

Cele szczegółowe:

- poprawa komunikacji z pacjentem,
- skrócenie czasu od momentu podejrzenia nowotworu do podjęcia terapii,
- wyeliminowanie nieprawidłowych opisów badań patomorfologicznych i radiologicznych,

- zwiększenie odsetka pacjentów, u których wykonano diagnostykę molekularną,
- zapewnienie wszystkim pacjentom koordynatora opieki onkologicznej,
- zapewnienie wszystkim pacjentom udziału w wielodyscyplinarnym konsylium,
- koncentracja świadczeń chirurgii onkologicznej w ośrodkach z odpowiednim doświadczeniem,
- zwiększenie odsetka operacji oszczędzających,
- zmniejszenie liczby powikłań,
- wyeliminowanie problemu braku ciągłości opieki onkologicznej (np. brak leczenia uzupełniającego),
- wypracowanie wspólnych, ujednoliconych protokołów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego,
- optymalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych,
- wdrożenie informatycznego systemu monitorowania jakości opieki onkologicznej.

Pilotażem zostaną objęci świadczeniobiorcy, u których w okresie realizacji pilotażu rozpoznano nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca (kody jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10: C18-C20, C34, C50, C56, C61, D05 i C78.0).

Struktura ośrodków realizujących program pilotażowy obejmuje:

1. Wojewódzkie ośrodki koordynujące (WOK):
 - Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu – w województwie dolnośląskim,
 - Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach – w województwie świętokrzyskim,
 - Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – w województwie podlaskim,
 - Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku – w województwie pomorskim.
2. Współpracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny (WUOK) – jedynie na terenie województwa podlaskiego w zakresie leczenia raka płuca:
 - Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.
3. Ośrodki współpracujące I oraz II poziomu – zawierają z WOK-ami porozumienie o współpracy dotyczące sprawowania koordynowanej opieki onkologicznej w ramach pilotażu, w tym wzajemnego przepływu danych.

INFORMACJE DOTYCZĄCE EFEKTÓW PILOTAŻU - stan na 30.06.2021 r.

Tabela 1 Liczba świadczeniobiorców objętych pilotażem - stan na 30.06.2021 r.

Razem	Województwo dolnośląskie	Województwo świętokrzyskie	Województwo podlaskie	Województwo pomorskie
20 524	11 688	3 984	1 827	3 025

Tabela 2 Szczegółowe dane za okres od początku trwania pilotażu do 30.06.2021 r. obejmujące liczbę świadczeniobiorców włączonych do pilotażu, liczbę konsyliów oraz średni czas oczekiwania na pierwszą wizytę w podziale na województwa uczestniczące w programie pilotażowym.

Dane (stan na 30.06.2021)		Dolnośląskie	Świętokrzyskie	Pomorskie	Podlaskie	RAZEM
Liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu	Rak jelita grubego (C-18-C20)	2 320	792	637	463	4 212
	Rak płuca (C34)	2 768	428	619	76	3 891
	Rak wtórny płuca (C78.0)	123	47	42	23	235
	Rak piersi (C50)	3 552	1 262	914	788	6 516
	Rak piersi (D05)	216	97	46	34	393
	Rak jajnika (C56)	380	289	174	110	953
	Rak gruczołu krokowego (C61)	2 329	1 069	593	333	4 324
	RAZEM	11 688	3 984	3025	1 827	20 524
Liczba zwolanych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych		4 444	4 585	2 922	1 648	9 014
Liczba wypełnionych ankiet oceny satysfakcji świadczeniobiorcy		3 056	1 022	875	801	4 732
Średni czas oczekiwania na wizytę pierwszorazowe (w dniach)	Rak jelita grubego (C-18-C20)	7 – WOK	0 – WOK	14,7	4 – WOK	–
	Rak płuca (C34)	3 – WOK	0 – WOK	15,9	2 – USzKwB	–
	Rak wtórny płuca (C78.0)	3 – WOK	0 – WOK	13	2 – USzKwB	–
	Rak piersi (C50)	3 – WOK	0 – WOK	26,9	3 – WOK	–
	Rak piersi (D05)	3 – WOK	0 – WOK	23,5	3 – WOK	–
	Rak jajnika (C56)	8 – WOK	0 – WOK	59,7	6 – WOK	–
	Rak gruczołu krokowego (C61)	5 – WOK	0 – WOK	41,9	6 – WOK	–

Przedstawione dane wskazują, iż najczęściej leczonym nowotworem w ramach pilotażu sieci onkologicznej jest nowotwór piersi (ICD-10: C50 oraz D05), natomiast najrzadziej nowotwór jajnika (ICD-10: C56).

EFEKTY PILOTAŻU

- Wdrożenie infolinii onkologicznej,
- Zmniejszenie czasu oczekiwania na przyjęcie do poradni onkologicznej,
- Skrócenie czasu oczekiwania na wyniki badań histopatologicznych i radiologicznych,
- Zapewnienie koordynatora na każdym etapie opieki,
- Wprowadzenie standaryzacji procesu leczenia pacjenta onkologicznego,
- Wprowadzenie analizy kompletności diagnostyki oraz histopatologii,
- Wprowadzenie pierwszego ściśle zaplanowanego systemu monitorowania jakości w onkologii w Polsce,

- Informatyzacja opieki onkologicznej,
- Wprowadzenie innowacji systemowych w zakresie procesu pozyskiwania danych z elektronicznej dokumentacji medycznej oraz w zakresie budowy hurtowni danym medycznych, które mogą tworzyć rejestry nowotworów.

1. ZMIANY ORGANIZACYJNE OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

Najważniejsze zmiany organizacyjne opieki onkologicznej poprawiające bezpieczeństwo oraz jakość leczenia onkologicznego obejmują:

- wprowadzenie **infolinii onkologicznej** umożliwiającej umawianie się pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej na wizytę oraz sprawne zarządzanie terminami,
- **przydzielenie koordynatora** do każdego pacjenta na etapie pierwszej wizyty do momentu zakończenia leczenia, obejmującego opieką maksymalną liczbę 40 świadczeniobiorców,
- **utworzenie konsyliów** wyjazdowych, podczas których określany jest stopień zaawansowania nowotworu złośliwego, warunkujący wyznaczenie właściwego planu leczenia onkologicznego,
- **współpracę ośrodków** w sieci onkologicznej – kierowanie pacjenta do ośrodka, który jest przygotowany do leczenia danego nowotworu,
- realizacja zabiegów chirurgicznych w ośrodkach posiadających odpowiednie doświadczenie,
- wprowadzenie oceny satysfakcji pacjenta za pomocą ankiet.

2. STANDARDY JAKOŚCI OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

Wprowadzone w ramach pilotażu standardy jakości opieki onkologicznej opierają się na wytycznych międzynarodowych towarzystw.

Ośrodki uczestniczące w programie pilotażowym wdrożyły standaryzację kluczowych elementów dokumentacji medycznej poprzez zastosowanie opisów radiologicznych oraz protokołów dla badań patomorfologicznych zawierających kluczowe i specyficzne cechy, standaryzując kompletność diagnostyki w przedmiotowym obszarze. Powyższe działanie, poprzez utworzenie jednolitego dla danego wskazania / grupy wskazań medycznych zbioru, wpłynęło na proces porównania wyników diagnostyki i leczenia oraz ujednolicenie sposobu postępowania w opiece nad pacjentem w ramach sieci onkologicznej.

Przygotowano również wzory kart konsyliów dla wielodyscyplinarnych zespołów, które oceniają kompletność i prawidłowość zrealizowanej diagnostyki we wskazaniach objętych programem pilotażowym.

Standaryzacja istotnych elementów dokumentacji medycznej, ujednolicona na poziomie wszystkich realizatorów w województwach objętych pilotażem umożliwia przeprowadzenie szybkiej i transparentnej oceny kompleksowości procesu diagnostyki i leczenia na każdym etapie ścieżki pacjenta.

Wypracowanie modelowych ścieżek terapeutycznych opartych na bazie aktualnych wytycznych praktyki klinicznej, procesu diagnostyczno-terapeutycznego gwarantującego maksymalne zwiększenie efektywności opieki onkologicznej, z równoczesnym ich wdrożeniem w ośrodkach uczestniczących w pilotażu, ma na celu wyrównanie poziomu leczenia i szans

pacjentów na wyleczenie. Pacjenci zyskują dostęp do leczenia o tym samym standardzie, niezależnie od miejsca zamieszkania.

3. OPRACOWANE DOKUMENTY W RAMACH PILOTAŻU SIECI ONKOLOGICZNEJ

W ramach pilotażu sieci onkologicznej opracowano:

- ścieżki pacjentów dla 5 nowotworów (rak piersi, płuca, jelita grubego, prostaty i jajnika),
- wzór karty konsylium do oceny diagnostyki onkologicznej,
- wzór wytycznych dokumentacji do konsyliów – rak jajnika, rak jelita grubego, rak piersi, rak płuca, rak prostaty,
- protokół badania histopatologicznego – rak jajnika, rak jelita grubego, rak piersi, rak płuca, rak prostaty, płyn opłucnowy,
- protokół badania radiologiczno-histopatologicznego próbek pobranych z gruczołu piersiowego metodą BGRBGWP,
- szablon radiologiczny – jajnik, jelito grube, prostata, rak płuca,
- protokół operacyjny raka jajnika.

4. SYSTEM MONITOROWANIA JAKOŚCI

W ramach sieci onkologicznej wprowadzono pierwszy w Polsce system monitorowania jakości, który niemalże w czasie rzeczywistym obrazuje ścieżkę pacjenta i wskazuje, czy przebiega ona w sposób prawidłowy. System pomiaru jakości monitoruje terminowość badań – po raz pierwszy monitorowany jest czas oczekiwania od momentu rejestracji na badanie diagnostyczne do otrzymania wyniku badania. Pomiar jakości jest stały, w związku z czym można obserwować trend/zmiany oraz realnie oceniać jakość, co umożliwia porównanie podmiotów.

Świadomość procesu monitorowania placówki oraz nałożenie obowiązku sprawozdawania danych klinicznych do NFZ powoduje, że ośrodki włączone do pilotażu dokładają większych starań w zakresie terminowej i zgodnej ze ścieżką pacjenta realizacji procesu diagnostyczno-leczniczego oraz kompletności i poprawności dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

Pilotaż wprowadził standaryzację zbierania i analizy danych, będącą podstawą do utworzenia pierwszych rejestrów narządowych w Polsce sprzyjających realnej ocenie jakości opieki onkologicznej. Jedną z najważniejszych informacji gromadzonych w sieci onkologicznej w sposób wystandaryzowany są wyniki badań histopatologicznych. Wyniki badań gromadzone są w formie raportów synoptycznych, czyli według określonych standardów zapisu oraz narządowo. Ujednolicony schemat zapisu pozwala na uniknięcie złej interpretacji wyniku zredukowanie błędnych decyzji klinicznych.

Niezwykle istotny jest fakt, że w systemie zaczęto gromadzić również informacje o stopniu zaawansowania choroby nowotworowej i stanie ogólnym pacjenta według klasyfikacji WHO. Są to informacje pozwalające na znacznie bardziej precyzyjną analizę kliniczną.

W ramach oceny jakości opieki onkologicznej wprowadzono:

- 35 mierników + ocenę kompletności diagnostyki,
- 49 kart oceny mierników.

System monitorowania jakości zapewnia możliwość automatyzacji procesów przekazywania oraz analizy danych. Wszystkie informacje trafiają do centralnej hurtowni danych zlokalizowanej w każdym województwie (w ramach WOK). Na podstawie gromadzonych danych wyliczane są mierniki oraz wskaźniki, które trafiają do centralnego repozytorium wyników, umożliwiając analizę wskazań jakościowych dla każdego ośrodka z osobna oraz porównanie wyników dla wszystkich szpitali w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. Architektura rozwiązania umożliwia jego skalowanie na kolejne województwa oraz dalszą automatyzację pobierania danych ze szpitali współpracujących z wykorzystaniem dedykowanych narzędzi integrujących.

Ocena opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej jest prowadzona w stosunku do świadczeniobiorców objętych pilotażem z uwzględnieniem następujących mierników:

- 1) odsetka zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- 2) odsetka zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- 3) odsetka zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia chemioterapii, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- 4) odsetka zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia radioterapii paliatywnej, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;
- 5) odsetka świadczeniobiorców wymagających ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym;
- 6) odsetka świadczeniobiorców wymagających ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii onkologicznej;
- 7) odsetka świadczeniobiorców wymagających ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym;
- 8) odsetka świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej;
- 9) odsetka świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu;
- 10) oceny kompletności badania patologicznego;
- 11) odsetka świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetycznych i molekularnych czynników predykcyjnych;
- 12) odsetka zabiegów operacyjnych wykonanych metodą małoinwazyjną;
- 13) mediany czasu, który upłynął od dnia zarejestrowania świadczeniobiorcy na badania diagnostyczne (obrazowe lub patomorfologiczne) do dnia uzyskania wyniku tego badania;
- 14) odsetka badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa, endoskopia, biopsja, ocena patomorfologiczna, ocena molekularna), wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania;
- 15) odsetka powtórzonych zabiegów w rozpoznaniach innych niż nowotwór piersi;
- 16) odsetka świadczeniobiorców z nowotworem odbytnicy, u których zastosowano radioterapię przedoperacyjną;
- 17) odsetka badań histopatologicznych pooperacyjnych u pacjentów z nowotworem jelita grubego, u których liczba ocenionych węzłów chłonnych wynosiła co najmniej 12;
- 18) odsetka wystąpienia nieszczelności zespołów w nowotworze okrężnicy i odbytnicy;
- 19) oceny liczby węzłów chłonnych usuniętych w trakcie prostatektomii;
- 20) odsetka limfadenektomii miednicznych wykonanych z podziałem materiału histopatologicznego według zakresów anatomicznych;

- 21) ilości pozytywnych marginesów pooperacyjnych po prostatektomii;
- 22) odsetka świadczeniobiorców z podejrzeniem nowotworu płuca, skonsultowanych przez pulmonologa w terminie do 14 dni roboczych od dnia zarejestrowania skierowania u świadczeniodawcy;
- 23) odsetka świadczeniobiorców z powiększeniem węzłów chłonnych śródpiersia powyżej 10 mm, u których wykonano EBUS-TBNA;
- 24) odsetka świadczeniobiorców z podejrzeniem nowotworu płuca i płynem w jamie opłucnej, u których rozpoznano etiologię płynu;
- 25) odsetka świadczeniobiorców z III stopniem zaawansowania niedrobnokomórkowego nowotworu płuca, u których zastosowano jednoczasową chemioradioterapię;
- 26) odsetka świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych pierwotną optymalną lub suboptymalną cytoredukcją (bez pozostawienia mas resztkowych lub < 1 cm);
- 27) odsetka świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których zastosowano neoadjuwantową chemioterapię (NACT);
- 28) odsetka świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano laparotomię zwiadowczą;
- 29) odsetka świadczeniobiorców z nowotworem nienaciekającym o średnicy nie większej niż 2 cm (po wykluczeniu pacjentów z mutacjami BRCA1 i BRCA2) poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy;
- 30) odsetka świadczeniobiorców z nowotworem naciekającym o średnicy nieprzekraczającej 3 cm (rozmiar całkowity, w tym komponent DCIS; po wykluczeniu pacjentów z mutacjami BRCA1 i BRCA2) poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy;
- 31) odsetka badań diagnostycznych wymagających ponownego opisu bądź ponownej weryfikacji materiału w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa, endoskopia, biopsja, ocena patomorfologiczna, ocena molekularna), wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania;
- 32) odsetka świadczeniobiorców na DCIS, u których nie usunięto zawartości dołu pachowego;
- 33) odsetka świadczeniobiorców z nowotworem naciekającym bez przerzutów w węzłach chłonnych (pN0), u których nie usunięto układu chłonnego dołu pachowego;
- 34) odsetka świadczeniobiorców z hormonowrażliwym nowotworem naciekającym, którzy otrzymali leczenie hormonalne;
- 35) odsetka świadczeniobiorców z nowotworem zapalnym lub miejscowo zaawansowanym, nieresekcyjnym nowotworem piersi z ekspresją ER, których poddano indukcyjnej chemioterapii.

Wskaźnikami realizacji pilotażu są:

- 1) liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu;
- 2) liczba świadczeniobiorców objętych pilotażem, u których zakończono leczenie onkologiczne;
- 3) liczba zwołanych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych;
- 4) liczba porad i konsultacji przeprowadzonych przez wojewódzki ośrodek koordynujący oraz współpracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny na zlecenie ośrodków współpracujących I i II poziomu;
- 5) liczba usług w ramach infolinii onkologicznej (w okresie miesiąca);
- 6) ocena satysfakcji świadczeniobiorców ze sprawowanej opieki, w oparciu o ankiety;
- 7) wartość środków finansowych poniesionych na realizację pilotażu w stosunku do środków finansowych planowanych na jego realizację;
- 8) liczba danych dotyczących kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej;
- 9) liczba danych dotyczących stanu ogólnego pacjenta;

- 10) liczba danych dotyczących kodu i stopnia zaawansowania choroby;
- 11) liczba danych dotyczących wyniku badania histopatologicznego;
- 12) liczba danych przekazanych z raportów statystycznych;
- 13) liczba mierników uzyskanych w wyniku pilotażu na podstawie gromadzonych danych.

5. ANALIZA WYBRANYCH DANYCH

W trakcie monitorowania przebiegu wystandaryzowanego procesu leczenia pacjenta onkologicznego w Pilotażu Onkologicznym na obszarze województwa dolnośląskiego, świętokrzyskiego, podlaskiego oraz pomorskiego odnotowano poprawę wskaźników w obszarze analizowanych mierników.

Obecnie wdrożony schemat zbierania i przepływu danych zapewnia m.in.

- Możliwość analizy prawdziwych, występujących realnie ścieżek pacjentów, opracowanych na podstawie aktualnych wytycznych (polskich i międzynarodowych). Takie działania umożliwiają stałe monitorowanie różnic w dostępie do optymalnej opieki onkologicznej pacjentów w zależności od miejsca zamieszkania i rodzaju świadczeniodawcy. W konsekwencji takich działań możliwe jest szybkie uzyskiwanie informacji o aktualnych brakach/niedostatkach w dostępie do optymalnej diagnostyki i leczenia. (np. w zakresie liczby i czasu oczekiwania na wizyty u specjalisty, odpowiedniego dla danego typu nowotworu);
- Możliwość znalezienia potencjalnych ścieżek dla konkretnego pacjenta: na podstawie jego historii leczenia wskazanie podobnych przypadków z przeszłości i ścieżek jakie proponowano tymże grupom. W związku z tym, że ścieżki mają przypisane konsekwencje, można również wskazać plan leczenia o historycznie najlepszych właściwościach. Dzięki kompletnej hurtowni danych możliwość prześledzenia indywidualnych przypadków, aż do poziomu szczegółowych notatek lekarskich i w efekcie szansa na zmodyfikowanie w odpowiednim czasie, zaobserwowanych nieprawidłowości;
- Możliwość analizy jakie ścieżki historycznie były proponowane pewnej homogenicznej grupie pacjentów (np. pacjentom z nowotworem C50 w stopniu zaawansowania I);
- Możliwość wychwytywania zjawiska *upcodingu*, tj. ścieżki, która dla podobnej grupy pacjentów jest zakodowana inaczej i w konsekwencji wyraźnie droższa, a jednocześnie nie jest lepsza dla pacjenta.
- Możliwość wychwytywania ścieżek, które warto premiować: o najlepszych parametrach dla pacjenta, najlepszy stosunku efektywności leczenia do kosztowności.

Poniżej przedstawiono wybrane analizy, wg stanu na czerwiec 2020 r. oraz czerwiec 2021 r.:

- Mediana czasu, który upłynął od dnia zarejestrowania świadczeniobiorcy na badanie diagnostyczne (obrazowe lub patomorfologiczne) do dnia uzyskania wyniku tego badania - Wewnętrznie NMR:
 - Dolnośląskie: spadek z poziomu 19 dni do poziomu 13 dni,
 - Podlaskie: wzrost z poziomu 6 dni do poziomu 8 dni,
 - Pomorskie: spadek z poziomu 18 dni do poziomu 11 dni,
 - Świętokrzyskie: spadek z poziomu 13 dni do poziomu 12 dni.
- Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych (dotyczy badań immunohistochemicznych), D05:

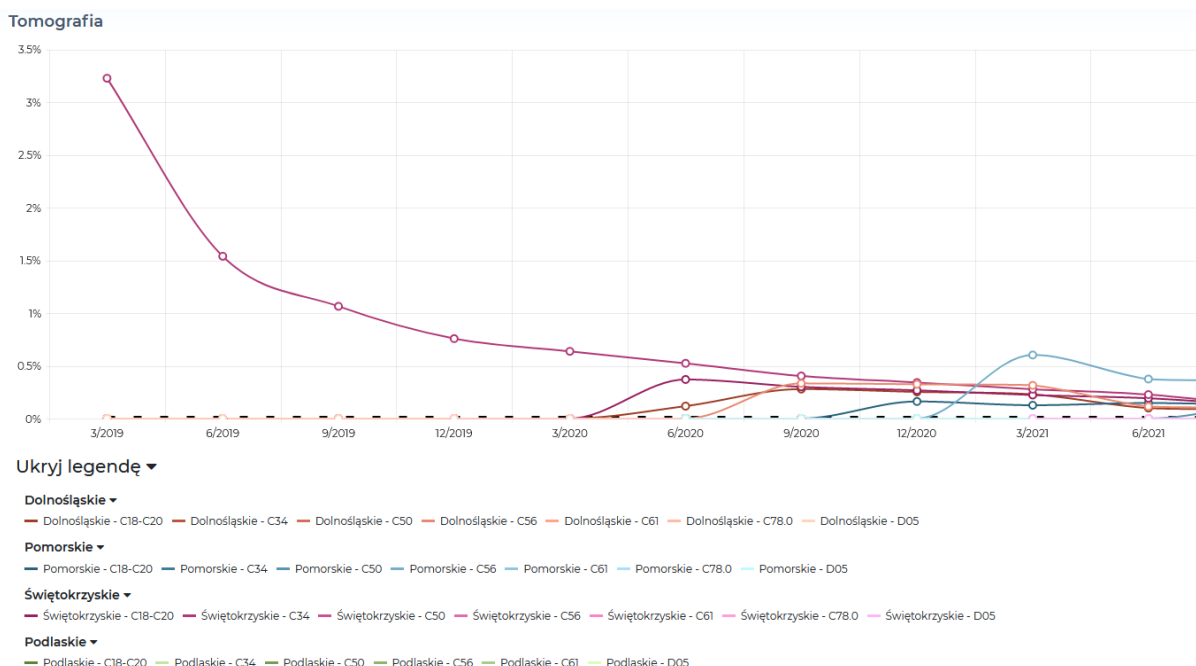
- Dolnośląskie: utrzymanie poziomu 95% do poziomu 95%,
- Podlaskie: wzrost z poziomu 75% do poziomu 97%,
- Świętokrzyskie: spadek z poziomu 100% do poziomu 92%.
- Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym, C18-C20:
 - Dolnośląskie: spadek z poziomu 3% do poziomu 2%,
 - Podlaskie: spadek z poziomu 3% do poziomu 2%,
 - Pomorskie: spadek z poziomu 10% do poziomu 7%,
 - Świętokrzyskie: spadek z poziomu 3% do poziomu 2%.

Wnioski z analizy mierników należy uwzględniać wyłącznie ze wskazaniem wartości bazowych liczników oraz mianowników.

Wyniki mierników pilotażu onkologicznego wymagają bieżącej analizy danych źródłowych wraz z odniesieniem do definicji kart mierników.

Wprowadzenie mierników umożliwiło stałe monitorowanie kluczowych parametrów procesu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Poniżej przedstawiono Miernik 31 obrazujący prawidłową ścieżkę diagnostyki radiologicznej na obszarze czterech województw - Odsetek badań diagnostycznych wymagających ponownego opisu bądź ponownej weryfikacji materiału w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa, ocena patomorfologiczna, ocena molekularna), wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania – Tomografia.

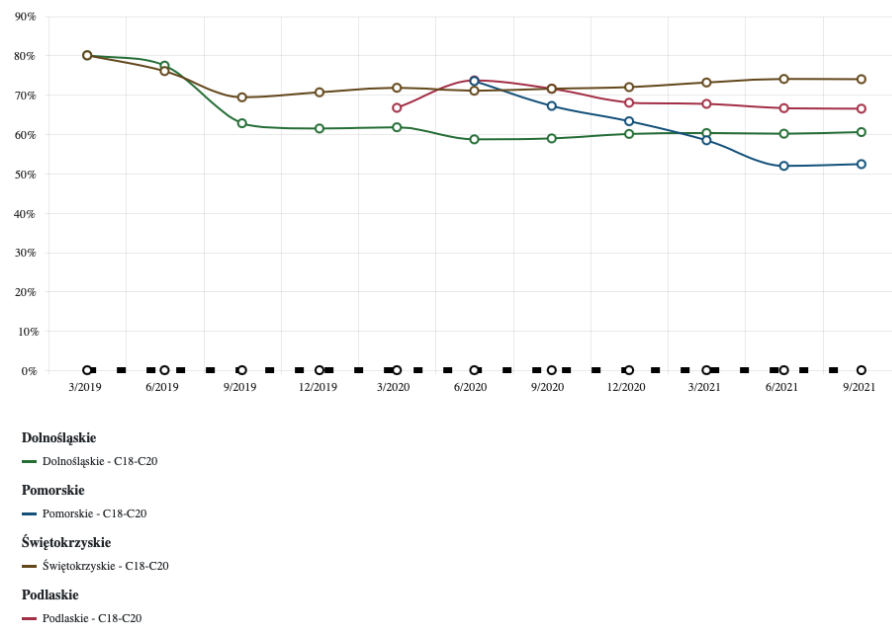
Miernik 31 - Odsetek badań diagnostycznych wymagających ponownego opisu bądź ponownej weryfikacji materiału w okresie 6 tygodni - tomografia



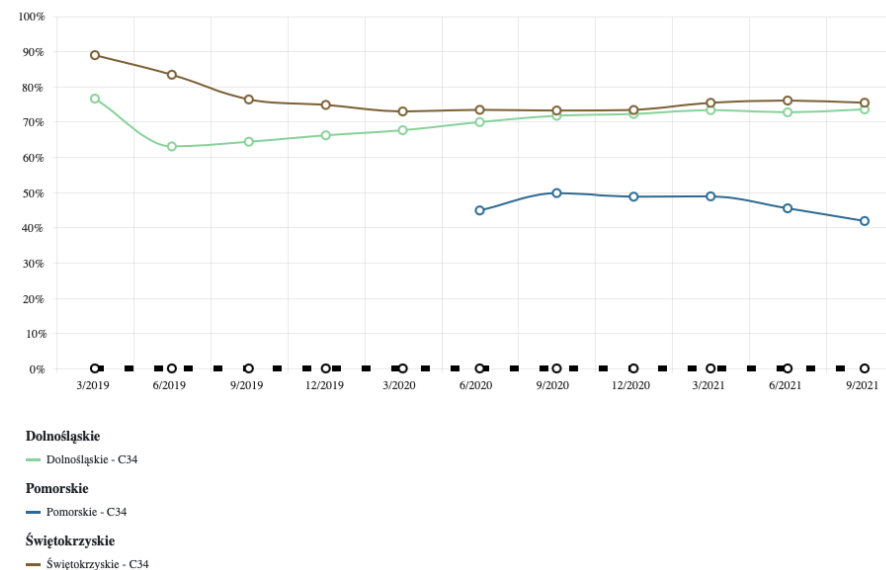
Źródło: Aplikacja Oncoindi, stworzona na potrzeby weryfikacji mierników pilotażu KSO

Ocena efektu klinicznego zmian organizacyjnych testowanych w ramach pilotażu nie jest możliwa bez uwzględnienia informacji o stopniach zaawansowania choroby danej grupy pacjentów. Poniżej przedstawiamy prezentację liczby pacjentów z III i IV stopniem zaawansowania w poszczególnych, monitorowanych w ramach pilotażu, rozpoznaniach (rak jelita grubego C18-20, płuca C34, piersi C50, jajnika C56 i prostaty C61):

III-IV stopnie

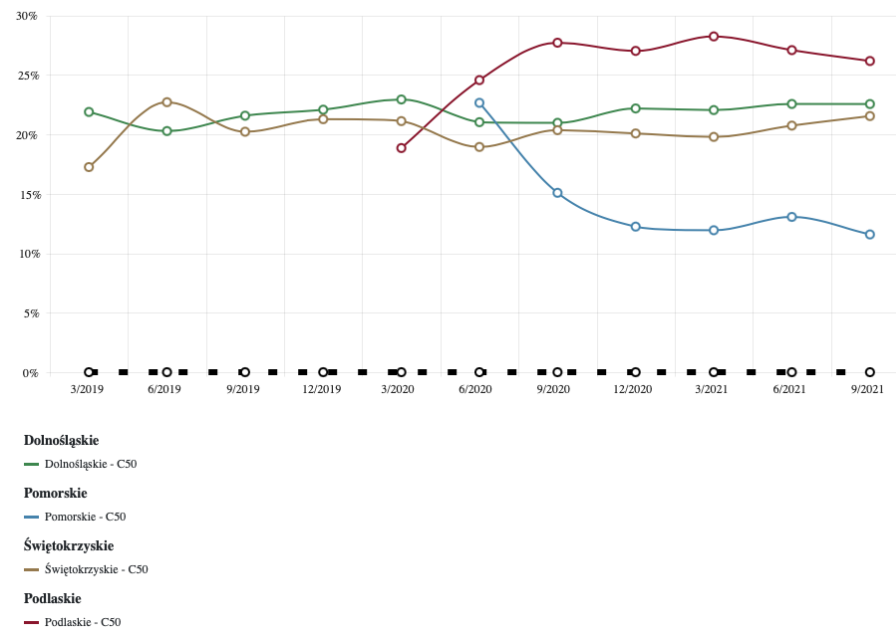


III-IV stopnie

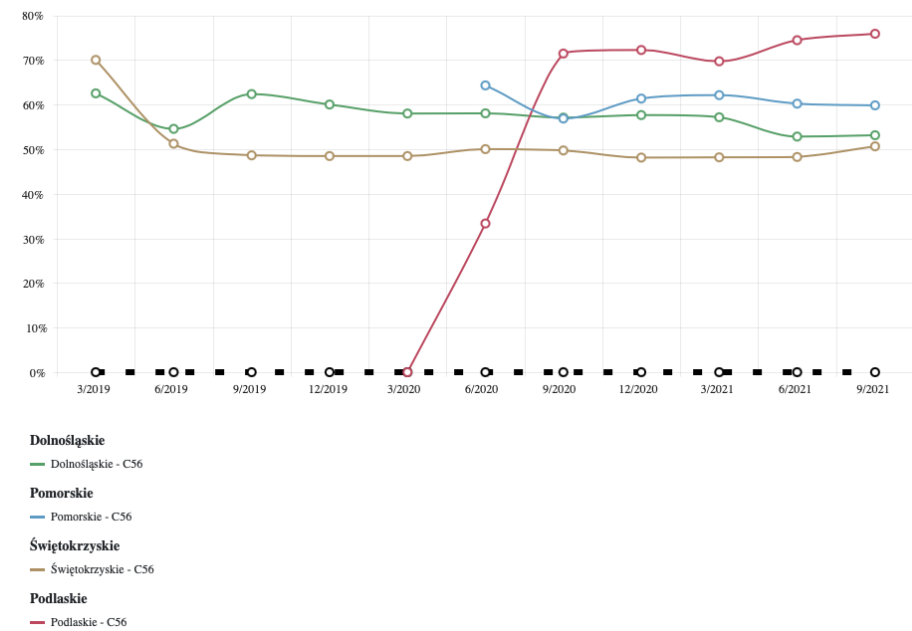


Źródło: Aplikacja Oncoindi, stworzona na potrzeby weryfikacji mierników pilotażu KSO

III-IV stopnie

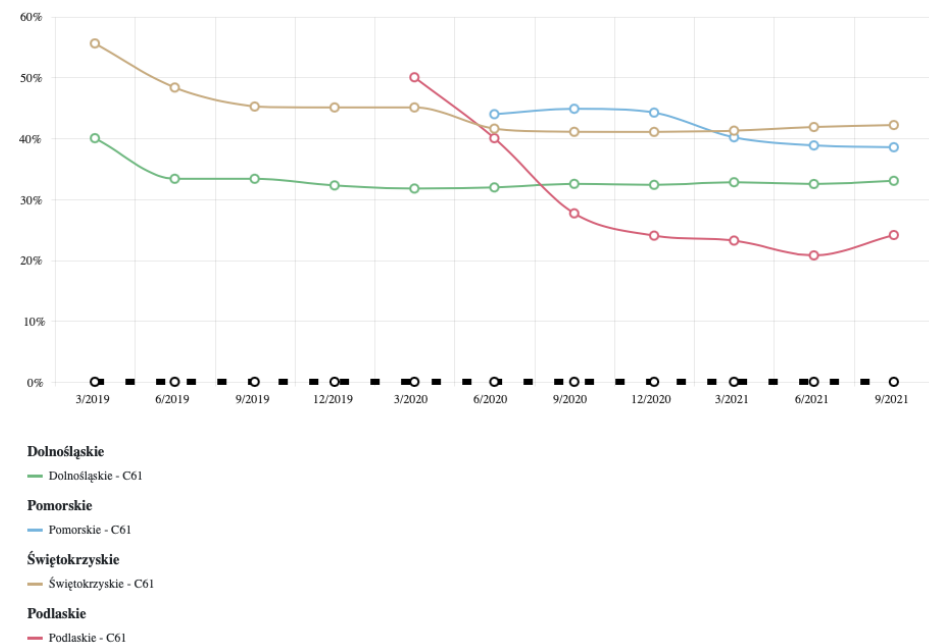


III-IV stopnie



Źródło: Aplikacja Oncoindi, stworzona na potrzeby weryfikacji mierników pilotażu KSO

III-IV stopnie



Źródło: Aplikacja Oncoindi, stworzona na potrzeby weryfikacji mierników pilotażu KSO

Jak widać na przedstawionych wykresach, w zależności od rodzaju nowotworu, w każdym z województw występuje inny procentowy udział pacjentów z zaawansowanym stopniem choroby. Bez uwzględnienia tych różnic nie można bezpośrednio porównywać wyników stosowanego leczenia. Ocena liczby pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową może dodatkowo służyć do oceny efektywności realizowanej profilaktyki, nawet do poziomu poszczególnych powiatów.

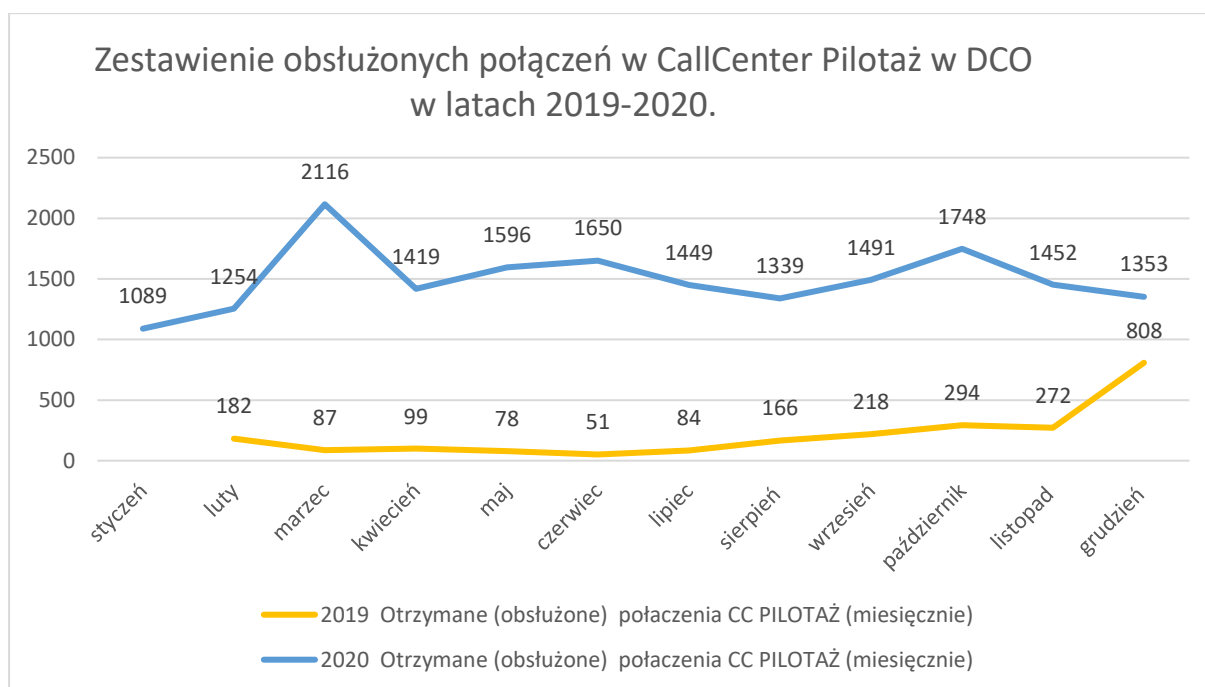
Istotnym elementem pilotażu KSO jest m.in. funkcjonowanie call center wspomagającego proces koordynacji diagnostyki i leczenia pacjentów z uwzględnieniem sytuacji pandemii - poniżej tabela z raportu uzyskanego z Dolnośląskiego Centrum Onkologii (województwo dolnośląskie):

Tabela 3 Liczba połączeń Call Center

	2019	2020	2019	2020
	Otrzymane (obsłużone)połączenia CC DCO (miesięcznie)	Otrzymane (obsłużone)połączenia CC DCO (miesięcznie)	Otrzymane (obsłużone) połączenia CC PILOTAŻ (miesięcznie)	Otrzymane (obsłużone) połączenia CC PILOTAŻ (miesięcznie)
styczeń		5618		1089
luty	5762	4698	182	1254
marzec	5871	6406	87	2116
kwiecień	5752	5286	99	1419
maj	6254	7521	78	1596
czerwiec	5272	7895	51	1650
lipiec	5718	7830	84	1449
sierpień	5199	6749	166	1339
wrzesień	6301	8235	218	1491
październik	5866	7192	294	1748
listopad	5487	6421	272	1452
grudzień	3668	5487	808	1353
	61150	79338	2339	17956

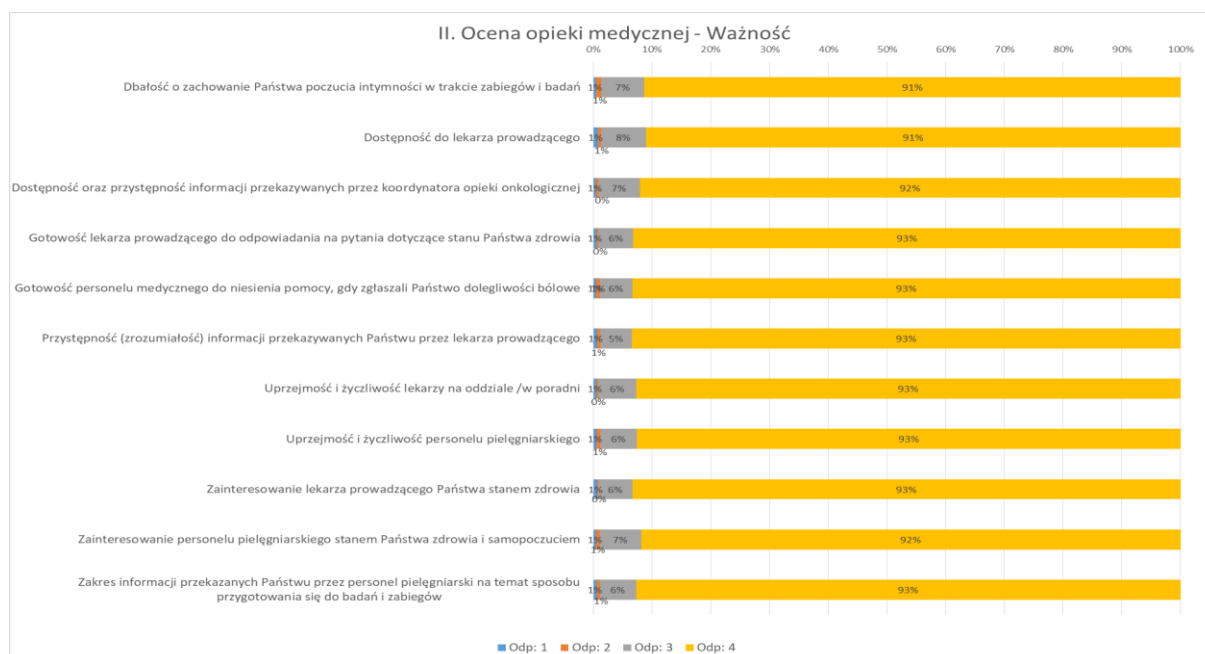
Źródło: Dane uzyskane z WOK w województwie dolnośląskim

Jak przedstawiają powyższe dane, w 2020 r. (maj – wrzesień) można zauważyć znaczny przyrost wykonywanych połączeń do call center DCO, a w miesiącu marcu 2020 r., znaczny wzrost w części związanej z pilotażem KSO (2116 połączeń). Zwiększenie liczby połączeń w tym okresie, pokrywa się z rozpoczęciem wprowadzania zmian w systemie obsługiwanie pacjentów w związku z pandemią. W ciągu całego roku 2020 pracownicy call center obsłużyli 17 956 połączeń dotyczących pilotażu KSO, gdzie w roku poprzedzającym było to jedynie 2339 połączeń.



Istotnym aspektem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest także satysfakcja pacjentów. Na podstawie ankiet satysfakcji WOK-i monitorują szczegółowe wskaźniki poziomu satysfakcji pacjentów. Poniżej przedstawiono analizę aspektu *Ważność w zakresie oceny opieki medycznej na Dolnym Śląsku*.

Wyniki oceny ważności procesów medycznych dokonywanych w ramach oceny satysfakcji udziału w pilotażu przez pacjentów



Źródło: WOK w województwie dolnośląskim

Pacjenci wyjątkowo wysoko oceniają cały proces diagnostyki i leczenia onkologicznego. Aktualnie, w ramach działalności Komitetu Sterującego, prowadzona jest ocena satysfakcji pacjentów z prowadzonego w czterech województwach pilotażu.

6. WPŁYW PANDEMII NA ORGANIZACJĘ I REALIZACJĘ PILOTAŻU

W związku z obowiązkiem przeprowadzenia procesu analitycznego, wynikającym z zadania Komitetu Sterującego ds. monitorowania programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, odnoszącego się do terminowości diagnostyki onkologicznej, Minister Zdrowia zwrócił się do realizatorów programu pilotażowego KSO z prośbą o przedstawienie informacji o wpływie pandemii SARS-COV-2 na organizację i realizację pilotażu zarówno w Wojewódzkich Ośrodkach Koordynujących, jak również w ośrodkach współpracujących I i II poziomu. Analiza obejmowała cały 2020 r. w stosunku do roku 2019 i obejmowała informację z uwzględnieniem danych o liczbie pacjentów włączonych do pilotażu, jak również procentowej zmiany terminowości w realizacji świadczeń diagnostycznych w podziale na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi i płuca (kody jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10: C18-C20, C34, C50, C56, C61, D05, C78.0).

Z informacji przekazanych przez WOK, wpływ pandemii SARS-COV-2 na pilotaż KSO uwarunkowany był poprzez charakterystyczną dla poszczególnych województw funkcjonalną strukturę sieci podmiotów testujących założenia programu pilotażowego. Głównym czynnikiem determinującym potencjalne ograniczenia w dostępie do świadczeń w pilotażu było tymczasowe przekształcenie całych podmiotów bądź części oddziałów szpitalnych zakwalifikowanych do pilotażu KSO w „szpitale jednoimienne”, co wprost wyłączało lub ograniczało funkcjonowanie podmiotów, zarówno w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna jak i leczenie szpitalne.

Jednocześnie realizatorzy programu pilotażowego KSO (WOK jak i ośrodki I i II poziomu) starały się zapewnić świadczeniobiorcom nieprzerwany dostęp do diagnostyki i leczenia onkologicznego, utrzymując maksymalną możliwą gotowość. Ośrodki zapewniły pacjentom dostęp do testów na COVID-19, przed przyjęciem na oddział w celu wykonania świadczenia zabiegowego, bądź leczenia innymi metodami terapeutycznymi. Wdrożono procedury ograniczające odwiedziny w oddziałach szpitalnych jak również wydzielono pomieszczenia umożliwiające izolację świadczeniobiorców z zakażeniem SARS-CoV-2, a wymagających interwencji lub leczenia onkologicznego.

Również pracownicy, regularnie poddawani byli testom na obecność COVID-19. Działania te miały na celu zmniejszenie do minimum ryzyka przenoszenia wirusa przez osoby bezobjawowe na oddziały, tym samym do zabezpieczenia świadczeniobiorców i pracowników szpitali.

Poniżej przedstawiono szczegółowe zestawienie elementów analizy przeprowadzonej i przedstawionej przez poszczególne WOK-i odnoszącej się do okresu pandemii.

Dolnośląskie Centrum Onkologii

1) Wpływ epidemii na organizację i realizację pilotażu.

Epidemia nie wpłynęła znacząco na realizację Pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, zarówno WOK jak i Ośrodki I i II poziomu zapewniły pacjentom nieprzerwany dostęp do diagnostyki i leczenia onkologicznego. W miesiącach kwietniu oraz maju 2020 odnotowano największy spadek liczby pacjentów włączanych do Pilotażu KSO, wynikało to jednakże w głównej mierze ze strachu pacjentów przed możliwością zarażenia się wirusem SARS-COV2, aktualnym zachorowaniem na COVID-19 lub brakiem wiedzy na temat

funkcjonowania szpitali w trakcie epidemii. Problem ten został rozwiązany poprzez szeroko przekazywane w mediach informacje o zachowaniu ciągłości pracy placówek onkologicznych mimo trwającej epidemii, a także poprzez opracowane przez działy epidemiologii, procedury i schematy działania tj. uruchomione służby dla pacjentów i pracowników, w których dokonywano pomiaru temperatury i przeprowadzano wywiad epidemiologiczny, uruchomiona możliwość skorzystania z teleporady, zamiast wizyty tradycyjnej (szczególnie dla pacjentów będących w kontroli po leczeniu tzw. Follow Up), które umożliwiły bezpieczniejsze korzystanie z wizyt tradycyjnych w placówkach onkologicznych, pacjentom nowo zgłaszającym się, a także tym, będącym już w trakcie diagnostyki i leczenia. Call Center informowało wszystkich pacjentów dzwoniących celem umówienia lub przełożenia wizyty o nowych zasadach funkcjonowania placówek, co przełożyło się na ponowny wzrost liczby włączeń od czerwca 2020 roku. Placówki zapewniły pacjentom dostęp do testów na COVID-19, przed przyjęciem na oddział do zabiegu, bądź leczenia. Pracownicy również, regularnie poddawani byli testom na obecność wirusa, działania te miały na celu zmniejszenie do minimum ryzyka przenoszenia wirusa przez osoby bezobjawowe na oddziały, a tym samym do zabezpieczenia pacjentów i pracowników szpitali.

Obszarem problematycznym były wprowadzone teleporady, które w fazie początkowej, ograniczyły pacjentom dostęp do kart DiLO (zarówno na poziomie POZ jak i AOS).

Zgodnie z zaleceniem Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15.03.2020 ograniczono do niezbędnego minimum lub czasowo zawieszono udzielanie świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego. Dotyczyło to przede wszystkim planowanych pobyków w szpitalach w celu: przeprowadzenia diagnostyki oraz zabiegów diagnostycznych, leczniczych i operacyjnych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, badań diagnostycznych wykonywanych ambulatoryjnie takich jak: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, PET, gastroscopia, kolonoskopia, USG oraz badań profilaktycznych i przeprowadzania szczepień. W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o zawieszeniu udzielania świadczeń należało ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyka dotyczące stanu zdrowia pacjentów i prawdopodobieństwo jego pogorszenia. Wiele placówek zostało przekształconych częściowo lub w całości w Szpitale COVID'owe (w tym również niektóre placówki współpracujące w ramach pilotażu KSO), co spowodowało przesunięcie pacjentów do innych placówek, celem objęcia opieką specjalistyczną, kontynuacją leczenia.

2) Opis organizacji pracy Call Center w roku 2020:

- CC działało według wyznaczonego harmonogramu od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 18:00,
- personel pracował wg zasad: dystans, dezynfekcja, maseczki lub przyłbice (nawet rozmawiając przez telefon),
- stosowano zamgławianie, dekontaminację pomieszczeń CC w celu stworzenia bezpiecznych warunków pracy,
- wprowadzono tygodniowe, rotacyjne zmiany, aby personel nie kontaktował się ze sobą,
- przygotowano gotowe schematy i informacje dotyczące nowej organizacji i zmian jakie wprowadzano, aby personel szybko i sprawnie komunikował się z pacjentami,

- przygotowano formularze, z których korzystały rejestratorki dla pacjentów chcących skorzystać z teleporad, e-skierowań, e-recepty, e-zaopatrzenia w wyroby medyczne.

W związku z sytuacją epidemiologiczną zaobserwowano zwiększony niepokój, obawy, nawet lęk u osób dzwoniących na CC, co przejawiało się w dużej liczbie pacjentów dzwoniących i przekładających terminy wizyt, lub rezygnujących w ogóle. Byli też pacjenci, którzy szukali już wcześniej pomocy w wielu innych placówkach, które zamknęły się przed nimi.

Pacjentów obawiających się o swoje zdrowie informowano na bieżąco i zapewniano, że:

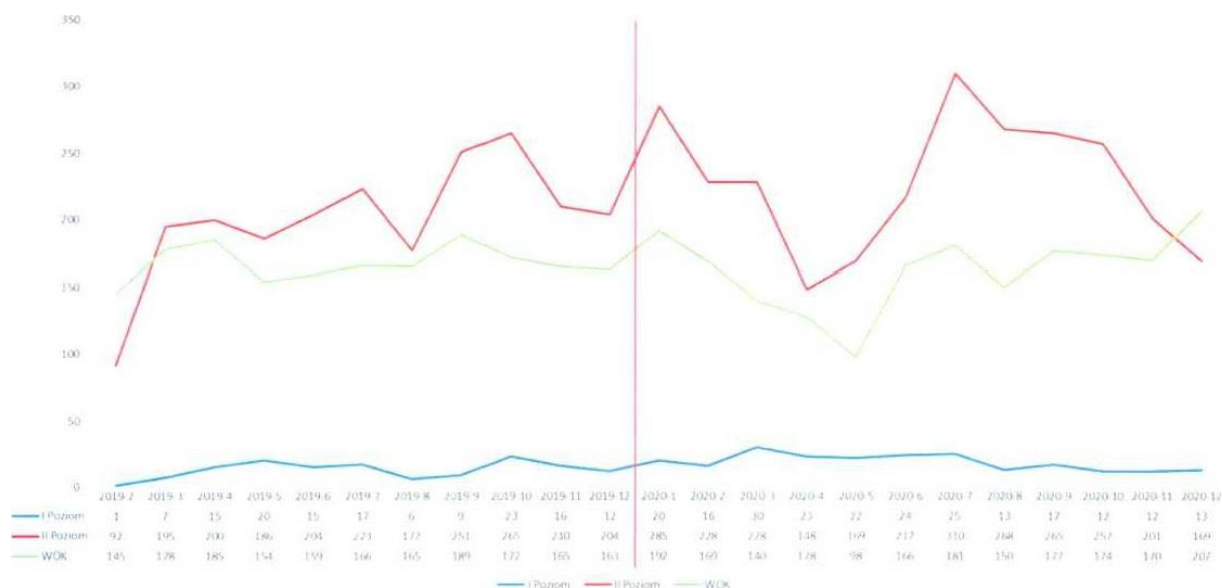
- nad organizacją pracy Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu czuwa Dział Epidemiologii, który opracował procedury i schematy postępowania w poszczególnych przypadkach,
- DCO pracuje cały czas i przyjmuje pacjentów osobiście w gabinetach specjalistycznych, z zachowaniem zasad i procedur ustalonych przed Dział Epidemiologii,
- funkcjonują służby dla pacjentów i pracowników, w których mierzona jest temperatura i wypełniana ankieta dotycząca SARS-COV2,
- można skorzystać z teleporady,
- informowano o pracy ośrodków współpracujących, możliwościach dostępu i rejestracji na wizyty do lekarzy bliżej miejsca zamieszkania (standardowa procedura Call Center),
- można skontaktować się z lekarzami elektronicznie, poprzez przygotowane formularze lub skrzynki e-mail,
- personel stosuje środki ochrony indywidualnej,
- w pomieszczeniach kontrolowana jest ilość pacjentów, w poczekalniach dbano o zachowanie dystansu.

3) Liczba pacjentów włączonych do pilotażu do końca 2020 r. wg WOK wyniosła 9113 pacjentów.

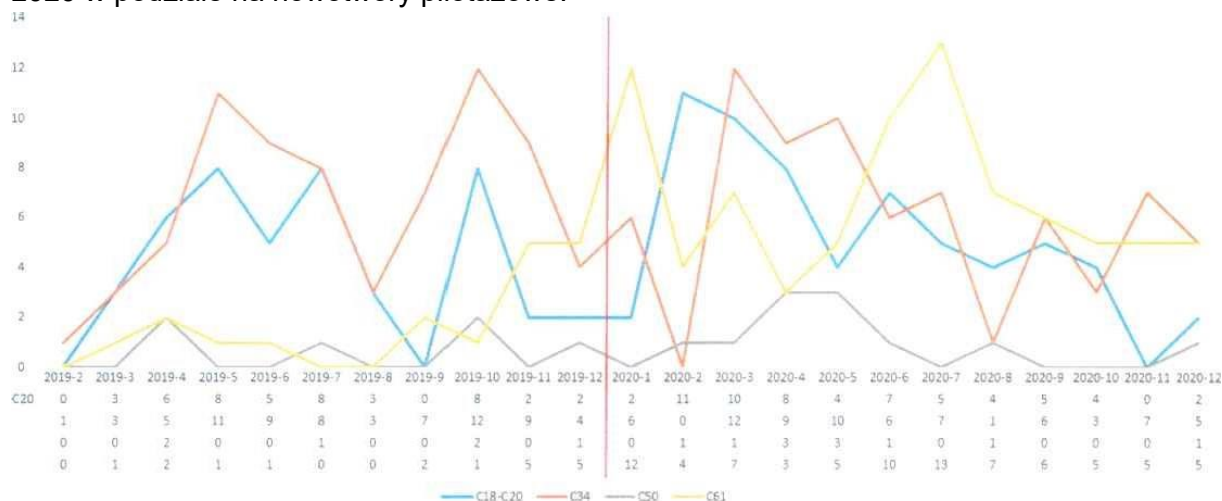
Liczba pacjentów włączonych do Pilotażu KSO w latach 2019-2020 w województwie dolnośląskim - odrębnie dla każdego miesiąca:



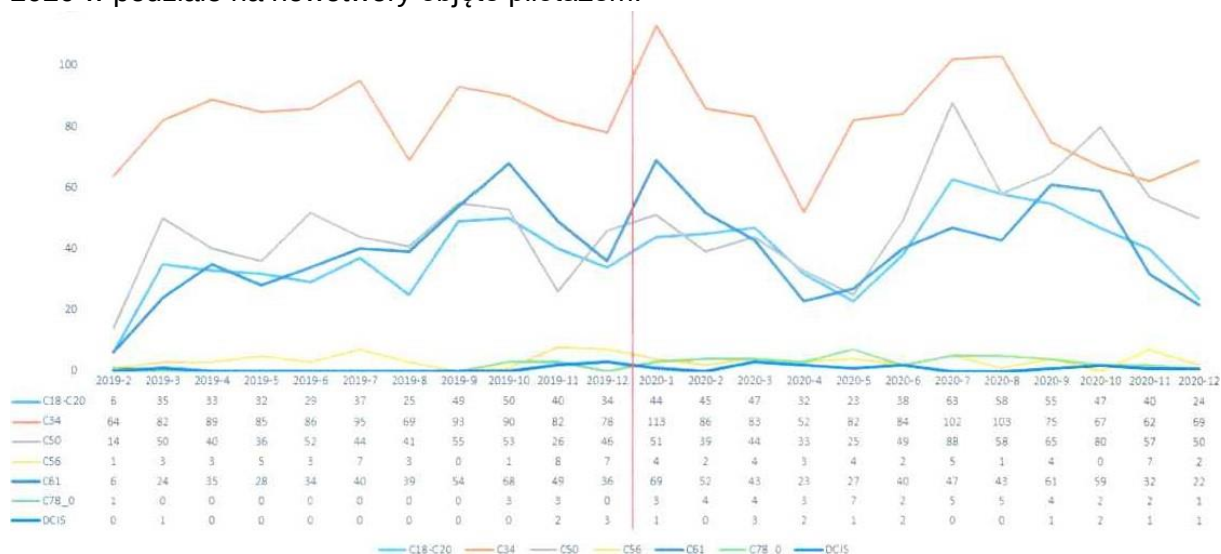
Liczba Pacjentów włączonych do Pilotażu KSO w latach 2019-2020 w podziale na poziomy referencyjności ośrodków:



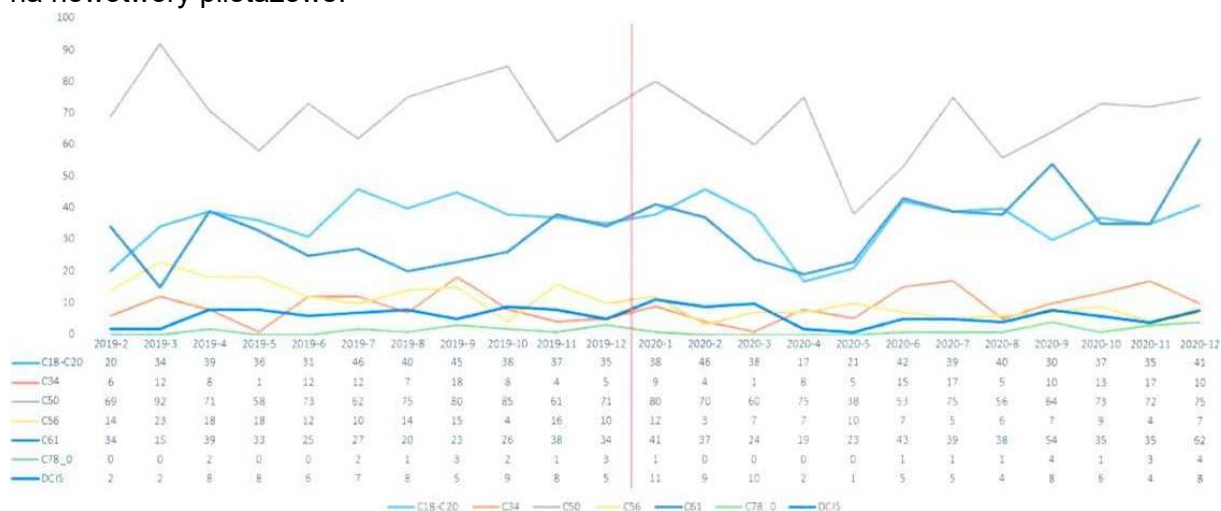
Liczba pacjentów włączanych do Pilotażu KSO w Ośrodkach I Poziomu w latach 2019-2020 w podziale na nowotwory pilotażowe:



Liczba pacjentów włączanych do Pilotażu KSO w Ośrodkach II Poziomu w latach 2019-2020 w podziale na nowotwory objęte pilotażem:



Liczba pacjentów włączanych do Pilotażu KSO w WOK w latach 2019 - 2020 w podziale na nowotwory pilotażowe:



4) Terminowość diagnostyki (dane rozliczeniowe):

Tabela 4 Terminowość diagnostyki

Kod procedury	Nazwa procedury	Liczba rozliczonych diagnostyk		Liczba i odsetek diagnostyk terminowych			
		2019	2020	2019	2020	2019	2020
5.32.00.0000020	DIAGNOSTYKA WSTĘPNA NOWOTWORY PIERSI	1451	3709	915	2757	63,10%	74,30%
5.33.00.0000014	DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA - NOWOTWORY PIERSI	1443	1416	1231	1187	85,30%	83,80%

5.32.00.0000012	DIAGNOSTYKA WSTĘPNA - NOWOTWORY JAJNIKÓW I JAJOWODÓW	341	337	277	267	81,20%	79,20%
5.32.00.0000015	DIAGNOSTYKA WSTĘPNA - NOWOTWORY KŁATKI PIERSIOWEJ	884	1026	676	717	76,5	69,90%
5.33.00.0000010	DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA - NOWOTWORY KŁATKI PIERSIOWEJ	85	71	64	54	75,30%	76,10%
5.32.00.0000006	DIAGNOSTYKA WSTĘPNA - NOWOTWORY DOLNEGO ODCINKA UKŁADU POKARMOWEGO	899	795	575	548	64,00%	68,90%
5.33.00.0000004	DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA - NOWOTWORY DOLNEGO ODCINKA UKŁADU POKARMOWEGO	1041	896	686	640	65,90%	71,40%
5.32.00.0000011	DIAGNOSTYKA WSTĘPNA - NOWOTWORY GRUCZOŁU KROKOWEGO	210	612	129	416	61,40%	68,00%
5.33.00.0000009	DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA - NOWOTWORY GRUCZOŁU KROKOWEGO	1253	1163	478	467	38,10%	40,20%

5) liczba i % wystandaryzowanych opisów badań patomorfologicznych.

Elementem wdrażania pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej było sukcesywne wprowadzanie jednolitych dla wszystkich placówek wystandaryzowanych protokołów badań histopatologicznych. W 2020 roku pacjenci objęci pilotażem KSO mieli uzupełnione dodatkowe dane, wynikające ze wzorów tych dokumentów. WOK wykonał 2139 badań z wystandaryzowanym opisem patomorfologicznym, (co stanowi 47% wszystkich badań w ramach pilotażu), a ośrodki I i II poziomu wykonały łącznie 2348 (co stanowi 53%).

6) liczba i % wystandaryzowanych opisów badań radiologicznych.

Elementem wdrażania pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej było sukcesywne wprowadzanie jednolitych dla wszystkich placówek wystandaryzowanych opisów badań radiologicznych. W 2020 roku pacjenci objęci pilotażem KSO w (100%) mieli uzupełnione dodatkowe dane, wynikające ze wzorów tych dokumentów. WOK wykonał w 2020 roku 278 badań z wystandaryzowanym opisem radiologicznym (31%), a ośrodki I i II poziomu wykonały łącznie 626 badań z wystandaryzowanym opisem radiologicznym (79%).

Świętokrzyskie Centrum Onkologii

1) Wpływ epidemii na organizację i realizację pilotażu.

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach utrzymywało maksymalną gotowość i nie ograniczało swoich możliwości diagnostycznych czy leczniczych, co potwierdza liczba pacjentów włączonych do pilotażu KSO (1490 osób vs. 1449 chorych za II-XII 2019 r.).

Powyższe było możliwe z uwagi na następujące fakty:

- W Centrum obowiązują zalecenia zawarte w instrukcji Ogólne zasady postępowania w ŚCO w okresie pandemii wywołanej przez SARS-CoV-2;
- Personel mający bezpośredni kontakt z pacjentem jest uodporniony (ponad 80% zaszczepionych przeciwko SARS-CoV-2). W ŚCO prowadzony jest punkt szczepień przeciwko COVID-19;
- Bieżące informacje na temat sytuacji epidemiologicznej oraz zalecenia Dyrektora ŚCO i Zespołu Kontroli Zakażeń umieszczane są na wewnętrznej stronie internetowej ŚCO dostępnej dla wszystkich pracowników;
- Na czas pandemii SARS-CoV-2 wprowadzono zakaz odwiedzin do Klinik/Działów ŚCO – (z odstępstwem u pacjentów w okresie terminalnym);
- Prowadzona jest segregacja pacjentów przed przyjęciem w Izbie Przyjęć (pretriage) - pomiar temperatury ciała i przeprowadzenie wywiadu epidemiologicznego w kierunku zakażenia koronawirusem. W obrębie izby przyjęć zorganizowano pomieszczenie do izolacji pacjenta zakażonego do czasu podjęcia decyzji przez lekarza o dalszym postępowaniu wobec pacjenta (przyjęcie do Centrum lub odesłanie do oddziału zakaźnego);
- W punktach rejestracyjnych i izbie przyjęć zainstalowane są dodatkowe elementy zabezpieczające personel i pacjentów przed bliskim kontaktem (szyby szklane lub przesłony z pleksi);
- W każdej Klinice / Dziale ŚCO istnieje możliwość izolacji pacjentów. W momencie przyjęcia pacjenta z zakażeniem SARS-CoV-2 wymagającego interwencji lub leczenia onkologicznego tworzy się strefę izolacyjną na czas pobytu pacjenta zakażonego;
- U wszystkich pacjentów przyjmowanych do leczenia stacjonarnego (w przeddzień lub w dniu przyjęcia) jest możliwość wykonania testu molekularnego w kierunku wykrywania wirusa SARS-CoV-2 (test PCR lub antygenowy);
- Badania wirusologiczne w kierunku identyfikacji zakażenia SARS-CoV-2 wykonywane są we własnych laboratoriach (wynik badania jest dostępny w dniu pobrania wymazu) – Zakładzie Diagnostyki Molekularnej lub Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej;
- W Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej ŚCO istnieje możliwość wykonania szybkich testów molekularnych w systemie GeneXpert (wynik badania dostępny w ciągu około godziny od dostarczenia próbki do badania) oraz testów antygenowych (wynik w ciągu ok. 20 min). W Zakładzie Markerów Nowotworowych wykonuje się dodatkowo oznaczanie przeciwciał przeciwko SARS-CoV-2;
- Czystość powietrza zapewniają urządzenia z technologią RCI ActivePure w centralach wentylacyjnych i układach wentylacji nawiewnej, lampy UV przepływowe, przenośne urządzenia w technologii plazmowej;
- Na terenie Centrum rozwieszano ulotki edukacyjne/informacyjne dla pacjentów i pracowników wydawane przez Ministerstwo Zdrowia;
- Personel ma ciągły dostęp do środków ochrony indywidualnej, a personel i pacjenci do środków dezynfekcyjnych do rąk.

Mimo to spora grupa pacjentów ze względu na pandemię (strach przed zakażeniem lub aktualne zachorowanie na COVID-19) odkładała kontakt z lekarzem POZ lub specjalistą, co można zauważyć w miesiącach kwiecień-sierpień 2020 r.

Powyższe widać wyraźnie także w danych NFZ dotyczących liczby kart DiLO wydawanych w województwie świętokrzyskim w roku 2020, gdzie odnotowano spadek o 15% (wydano o 1 293 karty mniej, niż w roku 2019, z czego, aż 88% to spadek kart wydawanych w POZ i AOS).

Tabela 5 Statystyki dla kart DiLO wydanych w 2019 r.

Województwo	Liczba kart	Liczba kart na 10 tys. ludności	AOS	POZ	SZP	% AOS	% POZ	% SZP
Dolnośląskie	22 462	77,5	9 334	10 029	3 099	42%	45%	14%
Kujawsko-pomorskie	19 729	95,2	5 414	9 524	4 791	27%	48%	24%
Lubelskie	10 360	49,1	4 985	1 340	4 035	48%	13%	39%
Lubuskie	5 553	54,9	2 023	1 346	2 184	36%	24%	39%
Łódzkie	16 256	66,2	5 040	5 648	5 568	31%	35%	34%
Małopolskie	22 118	64,8	9 720	7 427	4 971	44%	34%	22%
Mazowieckie	42 865	79	17 691	17 350	7 824	41%	40%	18%
Opolskie	4 647	47,3	2 472	1 441	734	53%	31%	16%
Podkarpackie	8 692	40,9	3 290	787	4 615	38%	9%	53%
Podlaskie	3 771	32	1 713	618	1 440	45%	16%	38%
Pomorskie	23 143	98,7	8 534	11 005	3 604	37%	48%	16%
Śląskie	27 625	61,1	11 686	8 810	7 129	42%	32%	26%
Świętokrzyskie	8 448	68,5	3 157	3 317	1 974	37%	39%	23%
Warmińsko-mazurskie	8 642	60,7	4 001	2 575	2 066	46%	30%	24%
Wielkopolskie	21 870	62,5	7 280	7 246	7 344	33%	33%	34%
Zachodniopomorskie	12 454	73,4	5 213	3 314	3 927	42%	27%	32%
Polska	258 635	67,4	101 553	91 777	65 305	39%	35%	25%

Tabela 6 Statystyki dla kart DiLO wydanych w 2020 r.

Województwo	Liczba kart	Liczba kart na 10 tys. ludności	AOS	POZ	SZP	% AOS	% POZ	% SZP
Dolnośląskie	23 263	80,3	10 645	9 912	2 706	46%	43%	12%
Kujawsko-pomorskie	17 713	85,6	4 953	8 483	4 277	28%	48%	24%
Lubelskie	9 190	43,7	3 841	1 200	4 149	42%	13%	45%
Lubuskie	5 127	50,8	1 697	1 186	2 244	33%	23%	44%
Łódzkie	14 724	60,1	5 230	4 209	5 285	36%	29%	36%
Małopolskie	20 546	60,2	9 214	6 719	4 613	45%	33%	22%
Mazowieckie	39 179	72,2	16 702	15 751	6 726	43%	40%	17%
Opolskie	4 148	42,3	2 375	1 198	575	57%	29%	14%
Podkarpackie	7 812	36,7	2 754	802	4 256	35%	10%	54%
Podlaskie	3 666	31,2	1 584	470	1 612	43%	13%	44%
Pomorskie	21 609	92,1	8 016	10 276	3 317	37%	48%	15%
Śląskie	24 968	55,4	11 042	7 288	6 638	44%	29%	27%
Świętokrzyskie	7 155	58,2	2 567	2 774	1 814	36%	39%	25%
Warmińsko-mazurskie	7 581	53,4	3 432	2 149	2 000	45%	28%	26%
Wielkopolskie	20 717	59,2	7 714	6 185	6 818	37%	30%	33%

Zachodniopomorskie	11 295	66,7	4 899	3 159	3 237	43%	28%	29%
Polska	238 693	62,2	96 665	81 761	60 267	40%	34%	25%

Warto też zauważyć, że w województwie świętokrzyskim jedyny ośrodek II poziomu realizujący świadczenia w pilotażu sieci onkologicznej (PZOZ w Starachowicach) został w roku 2020 przekształcony w szpital covidowy, a pacjenci do leczenia chemioterapeutycznego zostali przekierowani do terapii w ŚCO (świadczeń w ŚCO na rzecz tych pacjentów udzielał lekarz onkolog ze szpitala w Starachowicach). Pozostałe ośrodki, jako szpitale leczące COVID-19 na I (SPZZOZ Staszów i ZOZ Końskie) i III poziomie (WSZ Kielce i ZOZ Końskie) także ograniczyły swoją działalność, co widać w braku włączeń pacjentów do pilotażu w 2020 r. (włączono tylko 56 pacjentów, co potwierdza spadek liczby włączonych o 29% w stosunku do liczby za 2019 r.).

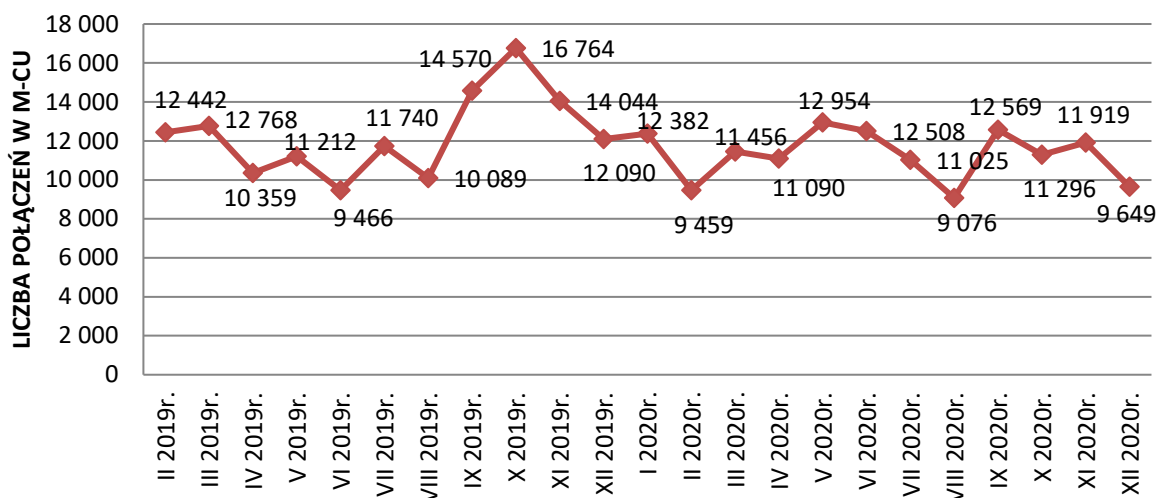


2) funkcjonowania call center.

Call-center w Świętokrzyskim Centrum Onkologii to zespół 7 konsultantek, które rezerwują wizyty do poradni oraz udzielają wszelkich informacji na temat funkcjonowania Świętokrzyskiego Centrum Onkologii. Call-center jest w pełni dostępne dla pacjentów z pilotażu sieci onkologicznej.

Od momentu ogłoszenia pandemii COVID-19, call-center pracowało w niezmienionej formie. Odbierano do 900 połączeń dziennie, mimo zakażenia COVID-19 w zespole konsultantek i ich nieobecność. Mimo to, z uwagi na mniejszą liczbę pacjentów zainteresowanych leczeniem w dobie epidemii średniomiesięczna liczba połączeń spadła w 2020 r. o 8% (z pierwotnych 12 322 szt. za 2019 r. do 11 282 szt. za 2020 r.).

Liczba połączeń bezpośrednich do infolinii WOK (ŚCO)



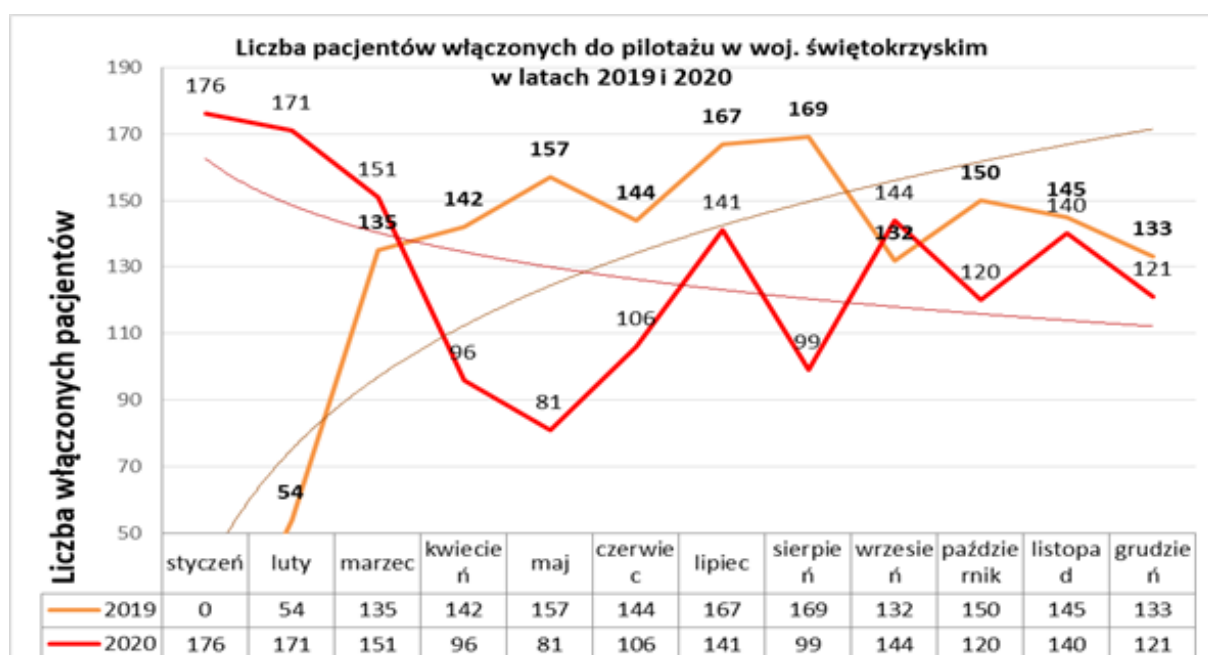
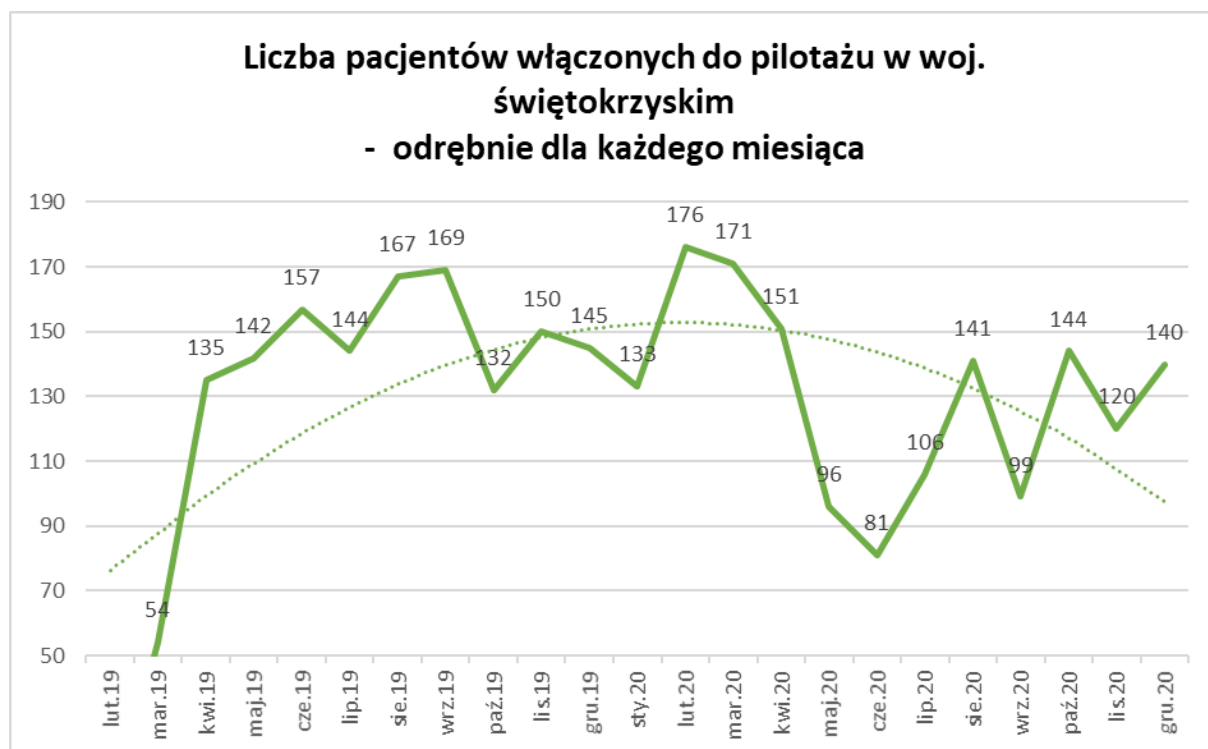
3) liczba pacjentów włączonych do pilotażu (na podstawie pisma z dnia 13 września 2021):

Łącznie w województwie włączonych zostało 3074 pacjentów (stan na 31.12.2020r.),

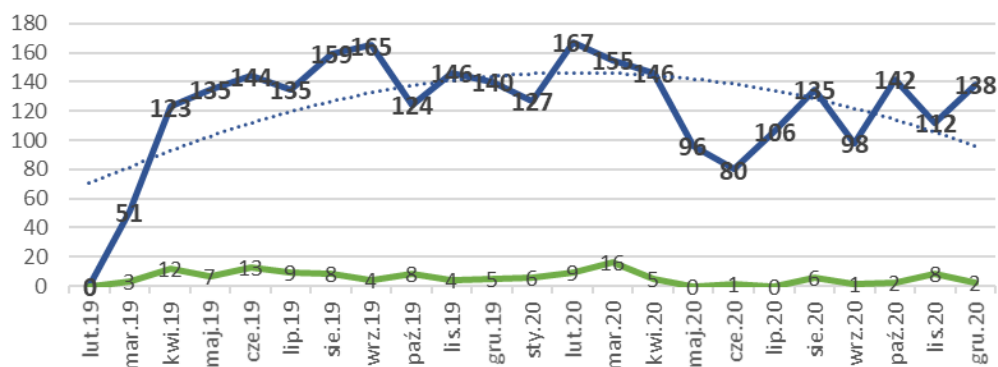
Tabela 7 Liczba pacjentów włączonych do pilotażu w woj. świętokrzyskim, z podziałem na ośrodki - odrębnie dla każdego miesiąca

	<u>I poziom</u>	<u>II poziom</u>	<u>WOK</u>	<u>I poziom</u>	<u>I poziom</u>		
	ZOZ Końskie	PZOZ Starachowice	ŚCO	WSZ Kielce	SPZZOZ Staszów	Suma w województwie	Suma poza ŚCO
sty.19	0	0	0	0	0	0	0
lut.19	1	2	51	0	0	54	3
mar.19	2	10	123	0	0	135	12
kwi.19	3	4	135	0	0	142	7
maj.19	9	4	144	0	0	157	13
cze.19	4	5	135	0	0	144	9
lip.19	6	2	159	0	0	167	8
sie.19	1	3	165	0	0	169	4
wrz.19	2	6	124	0	0	132	8
paź.19	0	4	146	0	0	150	4
lis.19	1	4	140	0	0	145	5
gru.19	3	3	127	0	0	133	6
sty.20	2	7	167	0	0	176	9
lut.20	4	6	155	0	6	171	16
mar.20	4	1	146	0	0	151	5
kwi.20	0	0	96	0	0	96	0
maj.20	1	0	80	0	0	81	1

cze.20	0	0	106	0	0	106	0
lip.20	6	0	135	0	0	141	6
sie.20	1	0	98	0	0	99	1
wrz.20	2	0	142	0	0	144	2
paź.20	0	8	112	0	0	120	8
lis.20	1	1	138	0	0	140	2
gru.20	3	3	115	0	0	121	6
					<i>różnica 2020/2019</i>	18	



ŚCO w porównaniu do pozostałych ośrodków na terenie województwa świętokrzyskiego



	lut. 19	mar. 19	kwi. 19	maj. 19	cze. 19	lip. 19	sie. 19	wrz. 19	paź. 19	lis. 19	gru. 19	sty. 20	lut. 20	mar. 20	kwi. 20	maj. 20	cze. 20	lip. 20	sie. 20	wrz. 20	paź. 20	lis. 20	gru. 20
ŚCO	0	51	123	135	144	135	159	165	124	146	140	127	167	155	146	96	80	106	135	98	142	112	138
Suma poza ŚCO	0	3	12	7	13	9	8	4	8	4	5	6	9	16	5	0	1	0	6	1	2	8	2

— ŚCO — Suma poza ŚCO Wielom. (ŚCO)

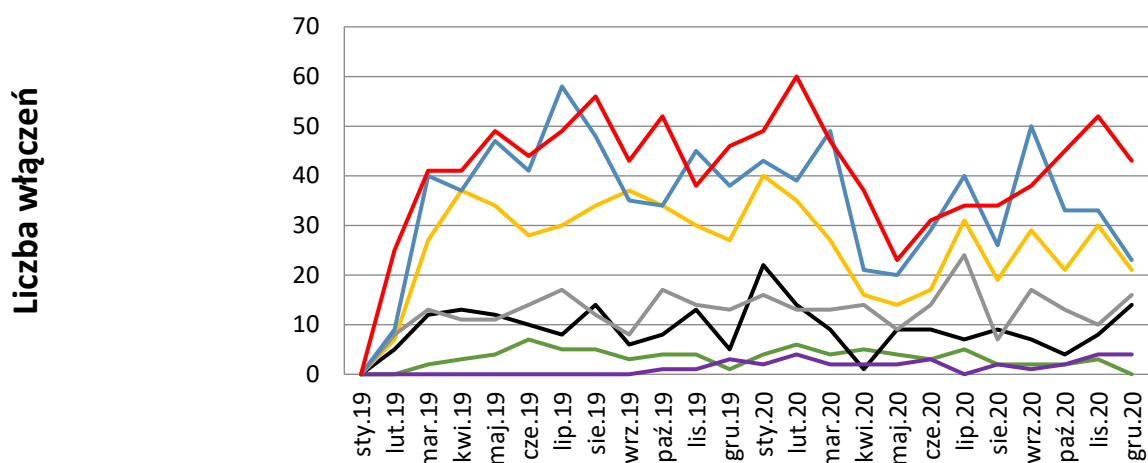
Tabela 8 Liczba włączeń na nowotwór

Rok / miesiąc	Pilotaż DCIS	Pilotaż Jajnik C56	Pilotaż Jelito C18-C20	Pilotaż Płuco C34	Pilotaż Płuco wtórny C78	Pilotaż Prostata C61	Pilotaż Sutek C50	Suma końcowa
2019	38	106	325	138	5	432	484	1528
sty.19	0	0	0	0	0	0	0	0
lut.19	0	5	7	8	0	9	25	54
mar.19	2	12	27	13	0	40	41	135
kwi.19	3	13	37	11	0	37	41	142
maj.19	4	12	34	11	0	47	49	157
cze.19	7	10	28	14	0	41	44	144
lip.19	5	8	30	17	0	58	49	167
sie.19	5	14	34	12	0	48	56	169
wrz.19	3	6	37	8	0	35	43	132
paź.19	4	8	34	17	1	34	52	150
lis.19	4	13	30	14	1	45	38	145
gru.19	1	5	27	13	3	38	46	133
sty.20	4	22	40	16	2	43	49	176
lut.20	6	14	35	13	4	39	60	171
mar.20	4	9	27	13	2	49	47	151
kwi.20	5	1	16	14	2	21	37	96
maj.20	4	9	14	9	2	20	23	81
cze.20	3	9	17	14	3	29	31	106

lip.20	5	7	31	24	0	40	34	141
sie.20	2	9	19	7	2	26	34	99
wrz.20	2	7	29	17	1	50	38	144
paź.20	2	4	21	13	2	33	45	120
lis.20	3	8	30	10	4	33	52	140
gru.20	0	14	21	16	4	23	43	121
Suma końcowa	78	219	625	304	33	838	977	3074

Liczba pacjentów włączonych do pilotażu w woj. świętokrzyskim

- odrębnie dla każdego miesiąca, w podziale na rozpoznania



	sty.19	lut.19	mar.19	kwi.19	maj.19	cze.19	lip.19	sie.19	wrzes.19	paź.19	lis.19	gru.19	sty.20	lut.20	mar.20	kwi.20	maj.20	cze.20	lip.20	sie.20	wrzes.20	paź.20	lis.20	gru.20
Pilotaż DCIS	0	0	2	3	4	7	5	5	3	4	4	1	4	6	4	5	4	3	5	2	2	2	3	0
Pilotaż Jajnik C56	0	5	12	13	12	10	8	14	6	8	13	5	22	14	9	1	9	9	7	9	7	4	8	14
Pilotaż Jelito C18-C20	0	7	27	37	34	28	30	34	37	34	30	27	40	35	27	16	14	17	31	19	29	21	30	21
Pilotaż Płuco C34	0	8	13	11	11	14	17	12	8	17	14	13	16	13	13	14	9	14	24	7	17	13	10	16
Pilotaż Płuco wtórny C78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	4	2	2	2	3	0	2	1	2	4	4
Pilotaż Prostata C61	0	9	40	37	47	41	58	48	35	34	45	38	43	39	49	21	20	29	40	26	50	33	33	23
Pilotaż Sutek C50	0	25	41	41	49	44	49	56	43	52	38	46	49	60	47	37	23	31	34	34	38	45	52	43

4) Terminowość diagnostyki onkologicznej.

Tabela 9 Liczba rozliczonych z ŚwOW NFZ ilości diagnostyk w latach 2018 - 2021 (do czerwca) Świętokrzyskie

Kod procedury	Nazwa procedury	Liczba rozliczonych diagnostyk		Liczba i odsetek diagnostyk terminowych			
		2019	2020	2019	2020	2019	2020
5.32.00.0000020	DIAGNOSTYKA WSTĘPNA - NOWOTWORY PIERSI	243	198	86	66	35,4%	33,3%
5.33.00.0000014	DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA - NOWOTWORY PIERSI	415	365	184	173	44,3%	47,4%
5.32.00.0000012	DIAGNOSTYKA WSTĘPNA - NOWOTWORY JAJNIKÓW I JAJOWODÓW	4	17	3	9	75,0%	52,9%
5.32.00.0000015	DIAGNOSTYKA WSTĘPNA - NOWOTWORY KLATKI PIERSIOWEJ	79	66	18	17	22,8%	25,8%
5.33.00.0000010	DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA - NOWOTWORY KLATKI PIERSIOWEJ	87	81	43	38	49,4%	46,9%
5.32.00.0000006	DIAGNOSTYKA WSTĘPNA - NOWOTWORY DOLNEGO ODCINKA UKŁADU POKARMOWEGO	48	58	18	24	37,5%	41,4%
5.33.00.0000004	DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA - NOWOTWORY DOLNEGO ODCINKA UKŁADU POKARMOWEGO	165	147	80	79	48,5%	53,7%
5.32.00.0000011	DIAGNOSTYKA WSTĘPNA - NOWOTWORY GRUCZOŁU KROKOWEGO	69	55	11	4	15,9%	7,3%
5.33.00.0000009	DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA - NOWOTWORY	270	184	42	13	15,6%	7,1%

	GRUCZOŁU KROKOWEGO						
--	-----------------------	--	--	--	--	--	--

5) liczba i % wystandaryzowanych opisów badań patomorfologicznych.

W okresie realizacji pilotażu sieci onkologicznej do ogólnego stosowania sukcesywnie wdrożono wystandaryzowane opisy badań patomorfologicznych. W roku 2020 wszyscy pacjenci objęci pilotażem KSO w ŚCO (100%) mieli uzupełnione dodatkowe dane, wynikające ze wzorów tych dokumentów. Łącznie wykonano 1 043 badania z wystandaryzowanym opisem hist.-pat.

Tabela 10 Liczba wystandaryzowanych opisów badań hist.-pat. w 2020 r.

Nazwa dokumentu	Liczba wystandaryzowanych opisów badań hist.-pat. w 2020 r.
Raport synoptyczny - DCIS (ductal carcinoma in situ)	20
Raport synoptyczny - Płyn opłucnowy	2
Raport synoptyczny - Rak jajnika	42
Raport synoptyczny - Rak jelita grubego	113
Raport synoptyczny - Rak piersi	327
Raport synoptyczny - Rak płuca	26
Raport synoptyczny - Rak prostaty	112
Raport synoptyczny - Wycinki z gruczołu piersiowego	401
Suma końcowa	1 043

Niestety pacjenci diagnozowani i leczeni poza ŚCO (w ośrodkach współpracujących I i II poziomu) nie mieli wypełnionych wystandaryzowanych opisów badań patomorfologicznych (0%).

6) liczba i % wystandaryzowanych opisów badań radiologicznych.

W okresie realizacji pilotażu sieci onkologicznej do ogólnego stosowania sukcesywnie wdrażano wystandaryzowane opisy badań radiologicznych. Niestety z uwagi na problemy techniczne oraz brak jednoznacznych, wiarygodnych danych z systemu informatycznego nie można podać liczby oraz odsetka wystandaryzowanych opisów badań radiologicznych.

Wojewódzkie ośrodki koordynujące na terenie województwa podlaskiego.

1) Wpływ epidemii na organizację i realizację pilotażu.

Białostockie Centrum Onkologii.

Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku w okresie pandemii nie ograniczało przyjęcia pacjentów oraz nie zamykało swoich oddziałów. Szpital zachował ciągłość leczenia i diagnostyki pacjentom onkologicznym.

Wystawianie mniejszej liczby kart DILO przez lekarzy POZ

Ograniczona możliwość kontaktu pacjentów z lekarzami rodzinnymi spowodowała, brak wystawiania przez nich kart DİLO. Bez wykonywania podstawowej diagnostyki, wykrywalność nowotworów była znikoma.

Powstanie szpitali covidowych i oddziałów covidowych

Ważnym aspektem, który wpłynęły na dynamikę pacjentów włączanych do pilotażu był fakt, iż dwa szpitale I poziomu: MSWiA w Białymstoku oraz Szpital Wojewódzki w Łomży, zostały „szpitalami jednoimiennymi”, co oznacza że były wyłączone z normalnego funkcjonowania i przyjmowania pacjentów bez zakażenia COVID-19, do leczenia stacjonarnego oraz ambulatoryjnego. To spowodowało, iż oba szpitale nie włączały żadnych pacjentów przez ponad 6 miesięcy roku 2020. W pozostałych jednostkach, ze względu na czasowe zamknięcie oddziałów oraz problemy z personelem medycznym, przekształcenia pojedynczych oddziałów w oddziały COVID, również wzrost liczby pacjentów, nie był znaczący.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

W odniesieniu do obszarów problemowych związanych z realizacją programu w okresie pandemii zaobserwowano w 2020 roku w porównaniu do roku 2019 - znaczący spadek wizyt w poradni pulmonologicznej (o około 70 %) i hospitalizacji w oddziałach zajmujących się diagnostyką i leczeniem raka płuca (o około 25%). Pacjenci w wywiadzie dość często wymieniali jako przyczynę niezgłaszania się - ograniczony dostęp do wizyt lekarskich w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz chęć omijania skupisk ludzkich jako zwiększających ryzyko zakażenia, co prawdopodobnie bezpośrednio przełożyło się na opisaną sytuację. W roku bieżącym, w związku z zapewnionym powszechnym dostępem do szczepień przeciwko COVID -19, kampaniami prozdrowotnymi w mediach i zmianą podejścia do wizyt w POZ, sytuacja wydaje się poprawiać, szczególnie w obszarze opieki ambulatoryjnej. Nastąpił wzrost liczby wizyt w poradni pulmonologicznej o ok 40% w odniesieniu do okresu sprzed pandemii.

2) funkcjonowania call center.

Białostockie Centrum Onkologii.

Call Center w czynne jest od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-18.00. System ten obsługiwany jest przez 3 stanowiska, wyposażone w zestawy słuchawkowe z mikrofonami.

Średnia miesięcznie odebranych połączeń od pacjentów wynosi około 5,5 tys., a codziennie odnotowuje się ich około 300. Powyższe liczby świadczą o zainteresowaniu usługą tego rodzaju. Pracownicy centrum udzielają im fachowej informacji na temat oferowanych przez szpital świadczeń zdrowotnych, w tym m.in. o pilotażu onkologicznym.

Zmniejszona liczba pacjentów przychodzących do szpitala przekładała się na zwiększoną liczbę telefonów do Call Center:

- w miesiącu II 2020 połączeń przychodzących odbyło się 4 553,
- w miesiącu III 2020 – ponad 7 700,
- IV 2020 – około 6 800,
- do końca III kwartału roku 2020 miesięcznie było około 6 000 połączeń.

3) liczba pacjentów włączonych do pilotażu (dane za 2020 r.):

Nagły wzrost zachorowań na COVID-19 spowodował przede wszystkim strach pacjentów przed wizytami w szpitalu, czego skutkiem było zmniejszenie liczby pacjentów zgłaszających się do szpitala i włączonych do pilotażu w miesiącach III-V 2020.

Tabela 11 Liczba pacjentów włączonych do pilotażu w województwie podlaskim w okresie od 01.01.2020 do 31.12.2020

Miesiąc	Rak jajnika C56	Rak jelita grubego C18-C20	Rak płuca C34	Wtórny rak płuca C78.0	Rak piersi C50	Rak piersi D05	Rak gruczołu krokowego C61	Suma	Przyrost miesięczny pacjentów
31.01.2020	12	24	5	3	58	0	9	111	91
28.02.2020	17	46	10	8	114	0	23	218	107
27.03.2020	20	64	16	10	149	1	26	286	68
24.04.2020	27	89	19	11	179	2	29	356	70
26.05.2020	34	104	23	11	208	4	35	419	63
26.06.2020	38	111	28	14	241	4	39	475	56
31.07.2020	43	136	33	15	296	4	51	578	103
28.08.2020	46	164	35	15	328	5	61	654	76
30.09.2020	48	191	39	17	371	6	81	753	99
31.10.2020	57	220	41	17	416	6	93	850	97
30.11.2020	64	245	47	18	457	9	115	955	105
31.12.2020	67	277	48	18	502	15	126	1053	98
									1033

Tabela 12 Liczba włączonych pacjentów do pilotażu w Białostockim Centrum Onkologii w okresie od 01.01.2020 do 31.12.2020

Miesiąc	Rak jajnika C56	Rak jelita grubego C18-C20	Rak płuca C34	Wtórny rak płuca C78.0	Rak piersi C50	Rak piersi D05	Rak gruczołu krokowego C61	Suma	Przyrost miesięczny pacjentów
31.01.2020	5	19	0	0	58	0	9	91	71
28.02.2020	7	36	0	0	111	0	23	177	86
27.03.2020	7	44	0	0	146	1	26	224	47
24.04.2020	7	65	0	0	171	2	29	274	50
26.05.2020	10	76	0	0	196	4	35	321	47
26.06.2020	11	82	0	0	227	4	39	363	42
31.07.2020	12	99	0	0	282	4	48	445	82
28.08.2020	15	114	0	0	308	5	57	499	54
30.09.2020	17	134	0	0	347	6	70	574	75
31.10.2020	26	157	0	0	389	6	81	659	85

30.11.2020	32	178	0	0	427	9	101	747	88
31.12.2020	35	201	0	0	466	15	112	829	82
									809

Tabela 13 Liczba włączonych pacjentów do pilotażu w USK w okresie od 01.01.2020 do 31.12.2020

Miesiąc	Rak jajnika C56	Rak jelita grubego C18-C20	Rak płuca C34	Wtórny rak płuca C78.0	Rak piersi C50	Rak piersi D05	Rak gruczołu krokowego C61	Suma	Przyrost miesięczny pacjentów
31.01.2020	7	4	5	3	0	0	0	19	19
28.02.2020	10	6	10	8	0	0	0	34	15
27.03.2020	13	11	16	10	0	0	0	50	16
24.04.2020	20	11	19	11	0	0	0	61	11
26.05.2020	24	14	23	11	0	0	0	72	11
26.06.2020	27	14	28	14	0	0	0	83	11
31.07.2020	31	19	33	15	0	0	0	98	15
28.08.2020	31	26	35	15	0	0	0	107	9
30.09.2020	31	27	38	17	0	0	0	113	6
31.10.2020	31	29	41	17	0	0	0	118	5
30.11.2020	32	31	47	18	0	0	2	130	12
31.12.2020	32	33	48	18	0	0	2	133	3
									133

Tabela 14 Liczba włączonych pacjentów do pilotażu w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży w okresie od 01.01.2020 do 31.12.2020

Miesiąc	Rak jajnika C56	Rak jelita grubego C18-C20	Rak płuca C34	Wtórny rak płuca C78.0	Rak piersi C50	Rak piersi D05	Rak gruczołu krokowego C61	Suma	Przyrost miesięczny pacjentów
31.01.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28.02.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27.03.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24.04.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26.05.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26.06.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31.07.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28.08.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30.09.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31.10.2020	0	2	0	0	1	0	0	3	3
30.11.2020	0	2	0	0	2	0	0	4	1

31.12.2020	0	2	0	0	6	0	0	8	4
									8

Tabela 15 Liczba włączonych pacjentów do pilotażu w Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach w okresie od 01.01.2020 do 31.12.2020

Miesiąc	Rak jajnika C56	Rak jelita grubego C18-C20	Rak płuca C34	Wtórny rak płuca C78.0	Rak piersi C50	Rak piersi D05	Rak gruczołu krokowego C61	Suma	Przyrost miesięczny pacjentów
31.01.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28.02.2020	0	0	0	0	3	0	0	3	3
27.03.2020	0	0	0	0	3	0	0	3	0
24.04.2020	0	0	0	0	8	0	0	8	5
26.05.2020	0	0	0	0	12	0	0	12	4
26.06.2020	0	0	0	0	14	0	0	14	2
31.07.2020	0	0	0	0	14	0	0	14	0
28.08.2020	0	1	0	0	20	0	0	21	7
30.09.2020	0	1	0	0	20	0	0	21	0
31.10.2020	0	1	0	0	26	0	0	27	6
30.11.2020	0	2	0	0	28	0	0	30	3
31.12.2020	0	2	0	0	30	0	0	32	2
									32

Tabela 16 Liczba włączonych pacjentów do pilotażu w Szpitalu Wojewódzkim w Białymstoku w okresie od 01.01.2020 do 31.12.2020

Miesiąc	Rak jajnika C56	Rak jelita grubego C18-C20	Rak płuca C34	Wtórny rak płuca C78.0	Rak piersi C50	Rak piersi D05	Rak gruczołu krokowego C61	Suma	Przyrost miesięczny pacjentów
31.01.2020	0	1	0	0	0	0	0	1	1
28.02.2020	0	4	0	0	0	0	0	4	3
27.03.2020	0	9	0	0	0	0	0	9	5
24.04.2020	0	13	0	0	0	0	0	13	4
26.05.2020	0	14	0	0	0	0	0	14	1
26.06.2020	0	15	0	0	0	0	0	15	1
31.07.2020	0	18	0	0	0	0	0	18	3
28.08.2020	0	23	0	0	0	0	0	23	5
30.09.2020	0	26	0	0	0	0	0	26	3
31.10.2020	0	31	0	0	0	0	0	31	5
30.11.2020	0	32	0	0	0	0	0	32	1

31.12.2020	0	39	0	0	0	0	0	39	7
									39

Tabela 17 Liczba włączonych pacjentów do pilotażu w MSWiA w okresie od 01.01.2020 do 31.12.2020

Miesiąc	Rak jajnika C56	Rak jelita grubego C18-C20	Rak płuca C34	Wtórny rak płuca C78.0	Rak piersi C50	Rak piersi D05	Rak gruczołu krokowego C61	Suma	Przyrost miesięczny pacjentów
31.01.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28.02.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27.03.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24.04.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26.05.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26.06.2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31.07.2020	0	0	0	0	0	0	3	3	3
28.08.2020	0	0	0	0	0	0	4	4	1
30.09.2020	0	0	0	0	0	0	10	10	6
31.10.2020	0	0	0	0	0	0	12	12	2
30.11.2020	0	0	0	0	0	0	12	12	0
31.12.2020	0	0	0	0	0	0	12	12	0
									12

4) liczba i % wystandaryzowanych opisów badań patomorfologicznych / liczba i % wystandaryzowanych opisów badań radiologicznych.

Tabela 18 Dane dotyczące liczby wystandaryzowanych opisów badań patomorfologicznych i radiologicznych wykonanych pacjentom włączonym do pilotażu w województwie podlaskim w zakresie leczenia raka płuca:

rodzaj badania	liczba wykonanych badań w 2020	% wystandaryzowanych opisów	uwagi:
patomorfologiczne	184	43%	dane WUOK dotyczą roku 2020, odnoszą się do badań wykonanych pacjentom włączonym do PSO w zakresie rozpoznania raka płuca (C34, C78.0)
radiologiczne	98	39%	

Tabela 19 Dane szczegółowe dot. diagnostyki obrazowej i patomorfologicznej

BADANIE RADIOLOGICZNE				BADANIE PATOMORFOLOGICZNE		
Liczba procedur radiologicznych wykonanych pacjentom włączonym do pilotażu w roku 2020	Liczba wystandaryzowanych opisów procedur radiologicznych wykonanych pacjentom włączonym do	%		liczba procedur badań patomorfologicznych	liczba wystandaryzowanych opisów badań patomorfologicznych	%

		pilotażu w roku 2020				
BCO	820	323	39,39%	1065	851	79,91%
Szpital Wojewódzki w Białymstoku	39	0	0,00%	39	39	100,00%
Szpital Wojewódzki w Łomży	8	0	0,00%	8	0	0,00%
Szpital Wojewódzki w Suwałkach	3	3	100,00%	33	28	84,85%
MSWiA w Białymstoku	14	1	7,14%	12	12	100,00%
USK w Białymstoku	23	2	8,70%	95	80	84,21%

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

1) Wpływ epidemii na organizację i realizację pilotażu.

Decyzją Dyrektora Pomorskiego OW NFZ formalna realizacja pilotażu sieci onkologicznej w województwie pomorskim rozpoczęła się z dniem 1 kwietnia 2020 r., co zbiegło się z jednoczesnym ogłoszeniem stanu epidemii na terenie RP.

Z uwagi na decyzję Wojewody Pomorskiego o przekształceniu części oddziałów szpitalnych podmiotów leczniczych działających na terenie województwa pomorskiego w oddziały jednoimienne, dedykowane wyłącznie leczeniu pacjentów z aktywnym wirusem SARS-CoV-2, faktyczne rozpoczęcie realizacji pilotażu u części świadczeniodawców nastąpiło z opóźnieniem.

Zarówno w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku oraz Szpitalu Specjalistycznym w Prabutach realizację pilotażu rozpoczęto bez zakłóceń z dniem 1 kwietnia 2020 r.

W późniejszym terminie dołączyły kolejne podmioty:

- Szpitale Pomorskie w Gdyni od dnia 1 czerwca 2020 r.
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Słupsku od dnia 1 czerwca 2020 r.
- Copernicus Podmiot Leczniczy w Gdańsku od dnia 1 czerwca 2020 r.
- Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie od dnia 1 października 2020 r.

Od czasu rozpoczęcia realizacji pilotażu przebiega on bez zakłóceń.

Tabela 20 Liczba pacjentów włączonych do pilotażu (dane za 01.04.2020-31.12.2020):

	UCK	Pomorskie
C18	102	181
C19	9	27

C20	66	126
C34	308	380
C50	199	501
C56	66	101
C61	168	301
C78.0	26	28
DCIS	14	26
Razem	958	1671

2) funkcjonowania call center.

Od wielu lat Uniwersyteckie Centrum Kliniczne jako wielospecjalistyczny szpital dysponuje dedykowaną Infolinią dla pacjentów dzwoniących do naszego Szpitala. Z roku na rok rozbudowujemy infrastrukturę call center, jak również dokonujemy stosownych modyfikacji ścieżki pacjenta w call center - min: analizując tematy rozmów (w poszczególnych grupach tematycznych).

W 2021 roku w UCK uruchomiony został dodatkowy numer - dedykowany wyłącznie pacjentom onkologicznym. Dzięki temu rozwiązaniu pacjenci dzwoniący do Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, w zakresie pytań dotyczących leczenia i diagnostyki onkologicznej łączeni są bezpośrednio z koordynatorem.

3) liczba i % wystandaryzowanych opisów badań patomorfologicznych / liczba i % wystandaryzowanych opisów badań radiologicznych.

W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku ze względu na ograniczone możliwości edycyjne systemu informatycznego CliniNet zostało zastosowane rozwiązanie zbierające dane radiologiczne i patomorfologiczne w zawartej w systemie CliniNet Karcie Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (KZNZ) oraz w formularzu oceny diagnostyki opracowanym dla potrzeb sieci onkologicznej.

Badania patomorfologiczne opisywane są w formularzu ustrukturalizowanym zgodnym z obecnym standardem sieci patomorfologicznej (UCK jest jednym z realizatorów programu pilotażowego). Dane radiologiczne wprowadzane są w schemacie opisowym a następnie na ich podstawie uzupełniane są dane w KZNZ oraz w ocenie diagnostyki.

Dane zawarte w standaryzowanym formularzu patomorfologicznym oraz w formularz radiologicznym oraz KZNZ, są wykorzystane w jednolitej formularzu konsylium obejmującym ocenę diagnostyki, klasyfikację nowotworu oraz przebieg zabiegu. W związku z tym nie było konieczności wypełniania odrębnych kart strukturalizowanych dla badań radiologicznych. Ośrodki współpracujące raportują w systemie Onco-Reports dane wymagane dla potrzeb wyznaczania współczynników sieci z własnych danych medycznych.

7. KOMITET STERUJĄCY

Komitet Sterujący będący organem opiniodawczo-doradczym ministra właściwego do spraw zdrowia powołany został na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2020 r. w sprawie powołania Komitetu Sterującego do spraw monitorowania programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej.

Do zadań Komitetu należy:

- monitorowanie i nadzór nad przebiegiem programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej,
- analiza przygotowanych przez ekspertów zewnętrznych analiz, ekspertyz lub audytów z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej,
- przygotowanie raportu końcowego z prac Komitetu oraz z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, zawierającego wnioski z oceny pilotażu,
- zebranie know-how niezbędnego do wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej,
- podsumowanie badania satysfakcji pacjenta z zakresu opieki onkologicznej sprawowanej w ramach sieci onkologicznej.

W celu lepszej i sprawniejszej oceny przebiegu pilotażu, w składzie Komitetu Sterującego znalazł się przedstawiciel Centrali Funduszu oraz Podlaskiego i Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, odpowiedzialni za wdrożenie, monitorowanie i ewaluację pilotażu.

Z uwagi na niezbędną wiedzę merytoryczną oraz doświadczenie w zakresie leczenia onkologicznego w skład Komitetu weszli przedstawiciele wojewódzkich ośrodków koordynujących: Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu oraz Białostockiego Centrum Onkologii w Białymstoku. Ponadto, w skład Komitetu weszli przedstawiciele Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, pełniący rolę współpracującego uniwersyteckiego ośrodka klinicznego, Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – PIB, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych oraz Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

W składzie Komitetu znalazł się również przedstawiciel pacjentów, Rady Dialogu Społecznego, Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, a także przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia.

Termin:

Do dnia 31 marca 2022 r. - przedstawienie Ministrowi Zdrowia raportu końcowego z prac Komitetu oraz z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, zawierającego wnioski z oceny pilotażu.

Posiedzenia:

Do tej pory odbyło się 7 posiedzeń w dniach: 17.06.2020 r., 10.07.2020 r., 17.09.2020 r., 19.10.2020 r., 21.01.2021 r., 26.04.2021 r., 27.10.2021 r.

Na posiedzeniach Komitet Sterujący omówił:

- dotychczasowe wyniki realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej w poszczególnych województwach,
- problemy w pilotażu w związku z COVID-19,
- biobankowanie w ramach pilotażu sieci onkologicznej,
- monitorowanie satysfakcji pacjentów w pilotażu sieci onkologicznej.

W trakcie realizacji:

- przygotowanie zakresu informacyjnego niezbędnego do sporządzenia raportu podsumowującego pilotaż,

- raport śródkresowy z realizacji pilotażu,
- podsumowanie całłościowych działań Komitetu Sterującego w zakresie monitorowania programu pilotażowego (tj. wieloaspektowa analiza pilotażu za cały okres jego realizacji we wszystkich województwach),
- przygotowanie analiz / ekspertyz z przeprowadzonego badania satysfakcji pacjentów.

8. ZESTAWIENIE KOSZTOWE DOTYCZĄCE PILOTAŻU

Tabela 21 Dane NFZ za okres od początku trwania pilotażu do 5.07.2021 r.

OW NFZ	Wartość rozliczonych świadczeń* wynikających z zastosowania współczynników korygujących w okresie od 1.02.2019 r. do 5.07.2021 r. [zł]	Wartość wynikająca z zastosowania współczynników korygujących w okresie od 1.02.2019 r. do 5.07.2021 r. [zł]	Przeciętny koszt udziału pacjenta w pilotażu wynikający z zastosowania współczynników korygujących w okresie od 1.02.2019 r. do 5.07.2021 r. [zł]
Dolnośląski	118 857 181,41	21 917 690,77	2 472,11
Podlaski**	13 569 653,82	3 004 180,97	2 548,08
Pomorski***	28 899 263,11	5 866 189,62	3 266,25
Świętokrzyski	47 054 492,57	9 478 109,73	2 729,87
Razem	208 380 590,91	40 266 171,09	

*z uwzględnieniem wartości współczynników korygujących

** województwo podlaskie dołączyło do pilotażu w październiku 2019 r.

*** województwo pomorskie dołączyło do pilotażu w kwietniu 2020 r.

Kwota 208 380 590,91 zł to całkowita wartość rozliczonych świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z umowami zawartymi z NFZ na udzielanie świadczeń onkologicznych (w tym pakiet onkologiczny i ryczał w ramach sieci szpitali) powiększona o koszty wynikające z wprowadzenia współczynników korygujących w ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w czterech województwach, które stanowią nieco ponad 19% całkowitej wartości rozliczonych świadczeń opieki zdrowotnej. Współczynniki zostały wprowadzone jako narzędzie realizacji modelu płacenia za jakość opieki onkologicznej oraz jej monitorowanie. Wysokość współczynników uzależniona jest od stopnia referencyjności szpitala. Koszty współczynników korygujących kształtują się na poziomie 40 266 171,09 zł i obejmują łącznie 35 ośrodków z czterech województw, w których do pilotażu włączono łącznie 20 524 świadczeniobiorców (wg stanu na dzień 30.06.2021 r.).

Środki ze wskaźników korygujących zostały przeznaczone m. in. na:

- wsparcie prawne przy wypracowaniu wzorów umów i ankiet oraz bieżącą obsługę prawną w zakresie pilotażu,
- zatrudnienie koordynatorów procesu leczenia, których podstawowym zadaniem jest współpraca z pacjentami oraz świadczeniodawcami,
- wdrożenie infrastruktury informatycznej i telekomunikacyjnej, w tym koszty integracji z systemami HIS oraz bieżącą obsługę informatyczną wdrożonej infrastruktury,
- zakup narzędzi wspierających procesy koordynacji, gromadzenia i przetwarzania danych oraz bieżącą analizę zgromadzonych danych - zapewnienie ośrodkom

współpracującym I i II poziomu możliwości skorzystania z porad i konsultacji w przypadkach trudnych klinicznie, w tym z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych,

- zatrudnienie dodatkowych pracowników infolinii onkologicznej,
- zaprojektowanie ulotki infolinii onkologicznej, druk ulotek oraz wysyłkę do POZ,
- przygotowanie i opracowanie rekomendacji "Zarządzanie jakością w szpitalu onkologicznym- kontekst procesów i mierników",
- organizację wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych i ustalanie planu leczenia onkologicznego w uzgodnieniu ze świadczeniobiorcą, współpracę również w tym zakresie ze szpitalami I i II poziomu.

Kluczowe, kosztochłonne działania:

- opracowanie, przygotowanie oraz wdrożenie dedykowanych szablonów dokumentacji medycznej,
- opracowanie, przygotowanie oraz wdrożenie dedykowanych szablonów dokumentacji sprawozdawczej,
- przygotowanie procedur określających cały proces/ścieżki kompleksowego leczenia paliatywnego - takie działanie poprawia efektywność wykorzystania nowoczesnych metod leczenia (np. RT stereotaktycznej, zabiegów operacyjnych z wykorzystaniem jednoczasowej chemioterapii),
- prowadzenie ustrukturyzowanych komisji poooperacyjnych,
- prowadzenie jednolitych wykazów, np. badań klinicznych,
- współpraca z ośrodkami zewnętrznymi,
- wypracowanie ścieżek wsparcia socjalnego,
- zdefiniowanie i zorganizowanie SOP,
- prowadzenie systematycznego wsparcia psychologicznego,
- stała współpraca z lekarzami rodzinnymi, z uwzględnieniem wypracowania jednolitych ścieżek przepływu pacjenta,
- organizacja konsyliów z wykorzystaniem sprzętu IT (tory wizyjne, zdalne konsultacje z radiologiem).

9. NIEZALEŻNY AUDYT W RAMACH PROJEKTU IPAAC KOORDYNOWANEGO PRZEZ NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO – PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY PIB

Pilotaż sieci onkologicznej w województwie dolnośląskim został poddany niezależnemu audytowi w ramach europejskiego projektu iPAAC koordynowanego w Polsce przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Państwowy Instytut Badawczy. Audyt został przeprowadzony przez Niemieckie Towarzystwo Onkologiczne. Projekt iPAAC finansowany jest ze środków UE.

Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej został pozytywnie oceniony przez audytorów iPAAC, ponieważ jest inicjatywą konwergentną do tzw. Sieci Kompleksowej Opieki Onkologicznej (CCCN – Comprehensive Cancer Care Network).

Dla celów wyliczenia mierników iPAAC w raku jelita grubego i trzustki wykorzystano System Monitorowania Jakości stworzony dla celów Pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, a w opinii audytorów automatyzacja jest jedynym gwarantem rozwoju koncepcji sieci onkologicznej.

Inne aspekty ocenione jako pozytywne to:

- nawiązanie formalnej współpracy i wyznaczenie strategii współpracy onkologów z lekarzami rodzinnymi/POZ,
- wspólne schematy diagnostyczne i ich dygitalizacja,
- ustrukturyzowane opisy badań diagnostycznych (histopatologicznych i radiologicznych),
- wystandaryzowane ankiety satysfakcji pacjentów, a także tworzenie ich przy współudziale organizacji pacjentów.

W wyniku audytu Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu otrzymało:

- Certyfikat ogólny – jako Kompleksowe Centrum Onkologii,
- dwa Certyfikaty Szczegółowe – dla Centrum Leczenia Raka Jelita Grubego i Trzustki.