



# KSO

## KRAJOWA SIĘĆ ONKOLOGICZNA

**Program szkoleniowy dla podmiotów wykonujących  
działalność leczniczą w zakresie onkologii**  
opracowany w ramach projektu:

**„WSPARCIE PROCESU POPRAWY JAKOŚCI W LECZENIU  
ONKOLOGICZNYM ORAZ ZMIANA ORGANIZACJI SYSTEMU  
OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE ONKOLOGII”**

współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego  
Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

## Spis treści

1. Podstawa prawna pilotażu KSO.
2. Cele i założenia pilotażu KSO.
3. Organizacja opieki i zasady współpracy w ramach pilotażu KSO.
  - 3.1. Rola Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego.
  - 3.2. Rola i zadania WOK w praktyce – na przykładzie DCOPiH.
  - 3.3. Zadania ośrodków I i II poziomu referencyjności.
  - 3.4. Rola Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zasady rozliczania świadczeń.
4. System monitorowania jakości w pilotażu KSO – znaczenie jakości i kompletności gromadzonych danych dla miarodajności wyników pilotażu.
  - 4.1. Struktura systemów wysyłających dane do centralnej hurtowni – na przykładzie województwa dolnośląskiego
  - 4.2. Raportowanie wskaźników i mierników Krajowej Sieci Onkologicznej
5. Standaryzacja opieki w ramach pilotażu KSO dla podniesienia jakości i dostępności do świadczeń
  - 5.1. Standaryzacja rejestracji pacjenta na wizytę pierwszorazową
  - 5.2. Standaryzacja dokumentów uzyskiwanych bezpośrednio od pacjenta i ich obieg
  - 5.3. Standaryzacja koordynacji i pracy koordynatora pacjenta onkologicznego
  - 5.4. Standaryzacja pracy konsyliów wielodyscyplinarnych
  - 5.5. Standaryzacja raportów histopatologicznych
  - 5.6. Standaryzacja raportów radiologicznych
  - 5.7. Standaryzacja ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego
6. Wyniki wdrożenia pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej – wybrane mierniki i wskaźniki.
7. Wstępna ocena dotychczasowych wyników pilotażu oraz wpływu na organizację, jakość i efektywność opieki onkologicznej.
8. Wnioski i spostrzeżenia na przyszłość. Słabe i mocne strony pilotażu.

## Wykaz skrótów

AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
DCOPIH	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii
DiLO	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
iPAAC	The Innovative Partnership for Action Against Cancer
KOM	Krajowy Ośrodek Monitorujący
KSO	Krajowa Sieć Onkologiczna
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NCCN	The National Comprehensive Cancer Network
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NSO	Narodowa Strategia Onkologiczna
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
RSNA	Radiological Society of North America
TNM	Klasyfikacji TNM stopnia zaawansowania nowotworów
WOK	Wojewódzki Ośrodek Koordynujący
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia

## Słownik pojęć

<b>INFOLINIA ONKOLOGICZNA</b>	usługa świadczona z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, w ramach której jest udzielany pełen zakres informacji o organizacji opieki w ramach sieci onkologicznej, w tym możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej, np. umówienie pierwszej wizyty u specjalisty w przypadku podejrzenia nowotworu
<b>JAKOŚĆ</b>	opieka onkologiczna zgodna z aktualną wiedzą medyczną i zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, spełniająca kryteria dotyczące zasobów w zakresie sprzętu medycznego, kadr i organizacji procesu udzielania świadczeń. Jakość opieki powinna być stale monitorowana poprzez obiektywne wskaźniki i mierniki
<b>KONSYLIUM WIELODYSCIPLINARNE</b>	poprawa jakości konsyliów poprzez standaryzację pracy, w szczególności poprzez odpowiednie przygotowanie pacjenta do konsylium i zestawu badań diagnostycznych zrealizowanych zgodnie ze standardami
<b>KOORDYNACJA OPIEKI ONKOLOGICZNEJ</b>	opieka zintegrowana, skoordynowana, ciągła, kompleksowa i sieciowa, której celem jest dostarczanie opieki w sposób ciągły, holistyczny i dopasowany do indywidualnych potrzeb pacjenta w modelu opieki spersonalizowanej. Model opieki oparty na koordynacji jest atrakcyjny dla pacjentów, ponieważ poprzez wspieranie komunikacji i współpracy mogą korzystać z doświadczenia i umiejętności jednostek będących częścią sieci opieki koordynowanej, a tym samym wzmacniać ciągłość opieki, jakość, komfort dla pacjentów i niwelować nierówności geograficzne. Oznacza to, że każdy chory, niezależnie od miejsca zamieszkania, powinien otrzymać wymaganą diagnostykę i leczenie onkologiczne odpowiedniej jakości
<b>KOORDYNATOR PACJENTA</b>	osoba zatrudniona na podstawie stosunku pracy lub innego niż stosunek pracy stosunku prawnego do której zadań należy udzielanie pacjentowi informacji o organizacji diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego oraz ich koordynacja na poszczególnych etapach opieki onkologicznej i pomiędzy poszczególnymi szpitalami na obszarze danego województwa. Osoby koordynujące pilotaż w każdym z ośrodków współpracujących mające za zadanie prowadzić między sobą komunikację

**KOMPLEKSOWOŚĆ  
 ŚWIADCZEŃ  
 ONKOLOGICZNYCH**

celowa i całościowa organizacja działań związanych z opieką nad pacjentem między dwoma lub więcej osobami/ instytucjami. Kompleksowa opieka obejmuje organizację pracy personelu i innych zasobów potrzebnych do wykonywania wszystkich wymaganych działań związanych z procesem diagnostyki i leczenia pacjenta

**REFERENCYJNOŚĆ  
 OŚRODKÓW  
 ONKOLOGICZNYCH**

trójstopniowy system organizacji wszystkich onkologicznych podmiotów leczniczych finansowanych ze środków publicznych, uwzględniający potencjał wykonawczy ośrodka, w szczególności liczbę i kwalifikacje personelu medycznego, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz możliwości diagnostyczno-terapeutyczne, zapewniające odpowiednią jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych.

**SIEĆ**

system umożliwiający kontakty, wymianę poglądów, dostęp do informacji, współpracę i współdziałanie ułatwiające dochodzenie do oczekiwanych rezultatów w sposób długofalowy, systematyczny, oparty na zaufaniu i wzajemności. Sposób ten jest procesem i działa w niehierarchicznej strukturze

**SYSTEM MONITOROWANIA  
 JAKOŚCI**

system zapewniający możliwość automatyzacji procesów przekazywania oraz analizy danych z ośrodków włączonych do sieci, umożliwiający niemalże w czasie rzeczywistym obrazowania ścieżki pacjenta i wskazujący, czy przebiega ona w sposób prawidłowy

**ŚCIEŻKA PACJENTA  
 ONKOLOGICZNEGO**

długotrwały proces opieki onkologicznej składający się z poszczególnych etapów, za który odpowiada właściwy podmiot leczniczy lub kilka podmiotów we współpracy. W jej ramach wyróżnia się następujące etapy opieki onkologicznej: profilaktyka pierwotna i wtórna; diagnostyka patomorfologiczna/ obrazowa/molekularna; leczenie chirurgiczne (oszczędzające/ radykalne/ paliatywne); radioterapia (preferowane warunki wykonania – tryb ambulatoryjny); leczenie systemowe (preferowane warunki wykonania – tryb ambulatoryjny); rehabilitacja onkologiczna – psychofizyczna (w tym edukacja zdrowotna, wsparcie psychologiczne); monitorowanie stanu pacjenta po ukończeniu terapii (*follow-up*); opieka paliatywna i hospicyjna. Ścieżki są specyficzne dla każdego z rozpoznanych nowotworowych. Pacjent objęty opieką opartą o ścieżki pacjentów jest głównym podmiotem, wokół którego podmioty lecznicze współpracując ze sobą tworzą kompleksowy system służący zapobieganiu, skutecznemu diagnozowaniu i leczeniu nowotworów oraz kontroli po wyleczeniu

**WSPÓŁPRACA REGIONALNA**

współpraca pomiędzy ośrodkami włączonymi do sieci onkologicznej, realizowana na podstawie przepisów prawa oraz porozumień, której celem jest zapewnienie pacjentom

onkologicznych równego dostępu do kompleksowej i skoordynowanej opieki i niwelowania nierówności geograficznych

**ROZPORZĄDZENIE  
PILOTAŻOWE**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, Dz.U. 2018 poz. 2423

## Podstawa prawna pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej

W 2018 r. zespół ekspertów powołany przez Ministra Zdrowia<sup>1</sup> opracował dokument „Konceptja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej” (Tom I) wraz załącznikami do dokumentu pt. „Konceptja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej” (Tom II). Jak czytamy w dokumencie *„Ustanowienie KSO ma na celu wzrost efektywności profilaktyki pierwotnej i wtórnej nowotworów, wczesnej diagnostyki oraz jakości ich leczenia w skali całego kraju oraz w odniesieniu do społeczności lokalnych dzięki standaryzacji i koordynacji procedur wysokospecjalistycznych oraz monitorowaniu jakości. W konsekwencji umożliwi ono odwrócenie niekorzystnych trendów epidemiologicznych w Polsce oraz pozwoli na obniżenie społecznych kosztów obciążenia chorobami nowotworowymi.”*

W dokumencie, który można określić jako „raport otwarcia” dokonano szczegółowej analizy wyjściowej dotyczącej jakości i dostępności do świadczeń onkologicznych w Polsce. Autorzy raportu opierając się na dostępnych danych pochodzących m.in. z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz raportów kontroli Najwyższej Izby Kontroli, postawili następującą diagnozę dla systemu:

„Problemy występujące w opiece onkologicznej wynikają głównie z niedostatecznych systemowych rozwiązań. Można je skrótowo scharakteryzować następująco:

- fragmentacja opieki – realizacja przez świadczeniodawców wybranego przez siebie fragmentu procesu diagnostyczno-terapeutycznego, bez zapewnienia pacjentowi kolejnych etapów poprzez kierowanie do innych podmiotów;
- zagubienie pacjenta w systemie – nadmierne rozproszenie świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach pakietu onkologicznego i chaos informacyjny powoduje trudności w wyborze odpowiedniego świadczeniodawcy;
- brak odpowiedniego nadzoru i możliwości mierzenia jakości – brak systemowego monitorowania realizacji poszczególnych etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz raportowania o końcowych wynikach tych etapów i oceny ich efektywności zarówno klinicznej, jak i finansowej.

W raporcie zaproponowano, aby w skład Krajowej Sieci Onkologicznej wszedł Krajowy Ośrodek Koordynujący, Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące, ośrodki uniwersyteckie, centra doskonałości i kompetencji, ośrodki satelitarne i współpracujące. W ramach nowej struktury

---

<sup>1</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii (DZ. URZ. Min. Zdr. 2018.18)



powinna zostać określona referencyjność jednostek, uwzględniająca wszystkie włączone do sieci podmioty medyczne i odzwierciedlająca stopień wyspecjalizowania oraz zakres przypisanych zadań. W dokumencie zdefiniowano również rolę Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących (WOK) w następujący sposób: *„jednostką koordynującą będzie mógł zostać w oparciu o zdefiniowane kryteria podmiot, który posiada niezbędne doświadczenie i zasoby materialne i ludzkie, pozwalające na lepszą koordynację procesu udzielania świadczeń onkologicznych w celu zapewnienia wysokiej jakości tych świadczeń na obszarze konkretnego województwa”*. Wskazano, że WOK-i będą odpowiedzialne za koordynację opieki onkologicznej w swoich regionach poprzez ścisłą współpracę z centrami kompetencji oraz jednostkami o niższym poziomie referencyjności, co pozwoli na prawidłowe wykorzystanie zasobów finansowych z jednoczesnym zwiększeniem dostępności do świadczeń medycznych poprzez ich przybliżenie w wybranych zakresach do miejsca zamieszkania pacjentów, a także na poprawę ich jakości.

Bazując na dostępnych dokumentach strategicznych i koncepcyjnych w 2018 r. Ministerstwo Zdrowia opracowało projekt Rozporządzenia dotyczący pilotażu sieci onkologicznej. W tym miejscu należy przytoczyć definicję programu pilotażowego stosowaną przez Ministerstwo Zdrowia: *„program pilotażowy - zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych”*<sup>2</sup>.

Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej został uruchomiony na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej<sup>3</sup>. Początkowo funkcjonowanie programu pilotażowego ograniczono do województw dolnośląskiego i świętokrzyskiego. Kolejne dwa województwa: podlaskie oraz pomorskie, zostały włączone do pilotażu na mocy nowelizacji Rozporządzenia z dnia 2 października 2019 r.<sup>4</sup> Jak wskazano w Ocenie Skutków Regulacji do Rozporządzenia, celem programu pilotażowego była *„ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej na terenie wybranych województw”*. W skład sieci weszły wojewódzki ośrodek koordynujący (WOK) oraz ośrodki współpracujące I-go i II-go poziomu, których zadaniem było zapewnienie świadczeniobiorcy kompleksowej i skoordynowanej opieki onkologicznej w pięciu wybranych typach nowotworów złośliwych – nowotworze gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi i płuca (kody jednostek

---

<sup>2</sup> Ustaw z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2017 poz. 2110, art. 5, pkt 30a.

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, Dz.U. 2018 poz. 2423.

<sup>4</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, Dz.U. 2019 poz. 1902.



chorobowych według klasyfikacji ICD-10: C18-C20, C34, C50, C56, C61). Dla oceny realizacji zadań w ramach pilotażu przyjęto mierniki i wskaźniki jakości opieki onkologicznej, które zostały szczegółowo określone w treści Rozporządzenia. Oczekiwanym efektem programu pilotażowego miała być poprawa bezpieczeństwa i jakości leczenia onkologicznego, poprawa satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja kosztowa opieki onkologicznej.

Program pilotażowy był długotrwałym procesem, dlatego też w trakcie jego trwania dokonano zmian w Rozporządzeniu, polegających m.in. na modyfikacji wybranych definicji, rozszerzeniu zakresu typów nowotworów złośliwych objętych programem pilotażowym (rozszerzenie o raka in situ sutka oraz wtórny nowotwór złośliwy płuc – kody jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10 D05 oraz C78.0).

Z uwagi na równocześnie toczące się prace nad projektem ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, Ministerstwo Zdrowia dwukrotnie podjęło decyzję o przedłużeniu pilotażu<sup>5,6</sup> w celu zachowania ciągłości nowego modelu opieki onkologicznej (m.in. działalność infolinii onkologicznej, zatrudnienie koordynatorów opieki onkologicznej) oraz ciągłości zbierania danych na temat jakości opieki onkologicznej gromadzonych w hurtowni danych. Zgodnie z ostatnią nowelizacją pilotaż ma zakończyć się 31 marca 2023 r<sup>7</sup>.

## Cele i założenia pilotażu

Głównym celem pilotażu była przede wszystkim ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej na terenie danego województwa.

Wśród celów szczegółowych pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej należy wskazać:

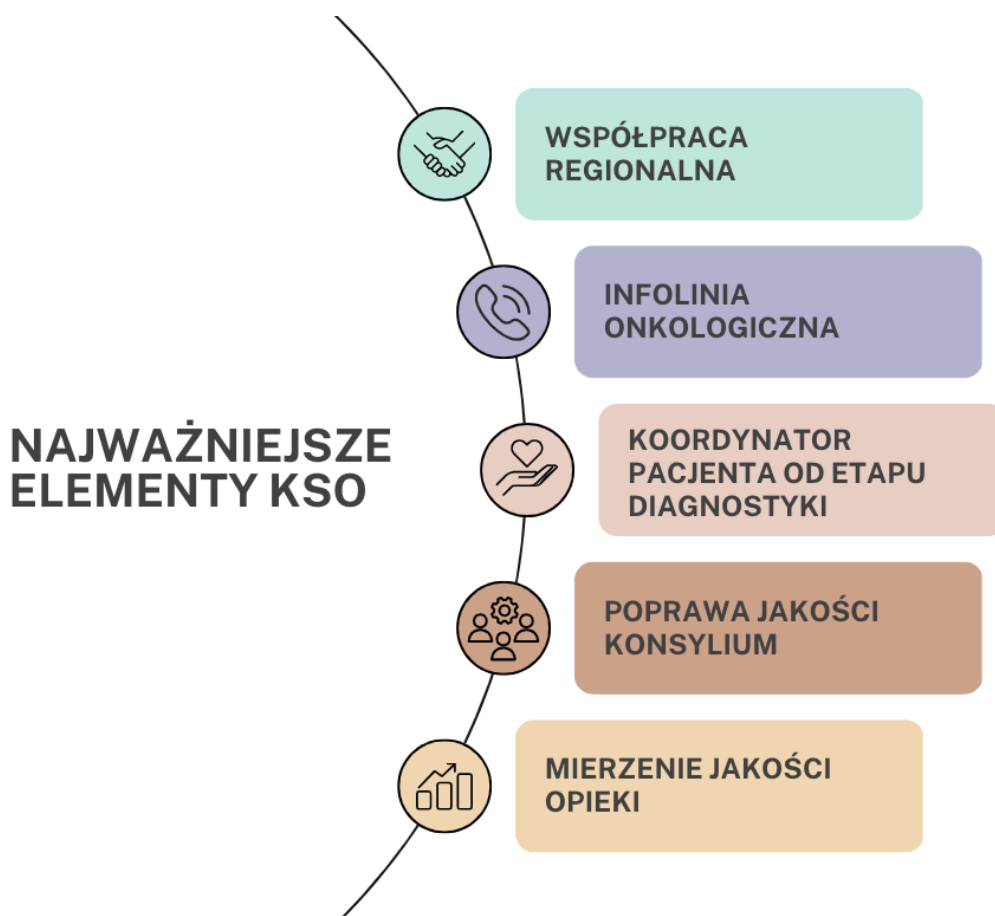
1. Poprawę dostępu pacjenta do informacji o możliwych terminach wizyt.
2. Skrócenie czasu oczekiwania na pierwszą wizytę u onkologa.
3. Skrócenie czasu oczekiwania na badanie diagnostyczne i wynik badania.
4. Poprawę jakości badań patomorfologicznych i badań obrazowych oraz poprawa dostępu pacjentów do badań molekularnych.
5. Poprawę dostępu do koordynatorów opieki onkologicznej.
6. Poprawę udziału odsetka pacjentów w przeprowadzonym konsylium interdyscyplinarnym oferującym najbardziej optymalną terapię przeciwnowotworową.

<sup>5</sup> Dz.U. 2020 poz. 1433, dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200001433>

<sup>6</sup> Dz.U. 2021 poz. 2412, dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210002412>

<sup>7</sup> Dz.U. 2022 poz. 2821, dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220002821>

7. Skrócenie czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia.
8. Poprawę jakości danych raportowanych do rejestrów onkologicznych oraz do NFZ.
9. Mierzenie jakości realizowanych procedur onkologicznych.
10. Monitorowanie ścieżki pacjenta onkologicznego.



Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu są udzielane na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>8</sup>. Zgodnie z założeniami Rozporządzenia w ramach sieci onkologicznej świadczeniobiorca ma możliwość skorzystania z infolinii onkologicznej, prowadzonej przez ośrodek koordynujący, w ramach której udzielany jest pełen zakres informacji o organizacji opieki, w tym możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej oraz telefonicznego i elektronicznego umawiania i zmiany terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich. Świadczenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego w ramach pilotażu są udzielane na warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w tym dotyczących personelu medycznego

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.2)

i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

Ważnym elementem pilotażu jest gromadzenie i analiza danych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nowotworów złośliwych (oprócz rozpoznań objętych pilotażem gromadzenie i analiza danych obejmie również raka szyki macicy) oraz ocena satysfakcji świadczeniobiorców w oparciu o ankiety.

Opieka w ramach pilotażu sieci onkologicznej według założeń obejmuje następujące etapy:

- 1) Podejrzanie nowotworu – pacjent dzwoni na infolinię onkologiczną (jeden numer lokalny w województwie) w celu umówienia wizyty pierwszorazowej – pacjent ze skierowaniem lekarza POZ/AOS lub bez, wybiera jeden ze szpitali z sieci na terenie województwa, w którym termin wizyty jest najszybszy lub ze względu na odległość od miejsca zamieszkania.
- 2) Pierwsza wizyta w poradni onkologicznej u specjalisty – pacjent zgłasza się w ściśle określonym terminie do wskazanego szpitala na terenie województwa.
- 3) Koordynator opieki onkologicznej – przy pierwszej wizycie pojawia się osoba, która będzie z pacjentem do końca leczenia. Jest jego opiekunem i najważniejszą osobą, która będzie go prowadzić przez cały proces leczenia.
- 4) Diagnostyka – specyficzna dla każdego z rozpoznań wg ściśle określonego standardu postępowania (standardy jednakowe dla wszystkich szpitali w sieci – nowość).
- 5) Potwierdzenie / wykluczenie nowotworu.
- 6) Konsylium – szpitale są rozliczane z tego, czy konsylium faktycznie się odbyło. Pacjent ma prawo wymagać, aby jego przypadek został skonsultowany przez różnych specjalistów i wybrać najbardziej optymalną terapię.
- 7) Terapia – specyficzna dla każdego z rozpoznań / zabieg chirurgiczny wykonywany jest wyłącznie w ośrodkach z dużym doświadczeniem / chemioterapia i radioterapia pod nadzorem / jeśli ośrodek, w którym pacjent miał przeprowadzoną diagnostykę nie może zrealizować pełnej terapii musi przekazać pacjenta do innego ośrodka.
- 8) Obserwacja (z ang. *Follow-up*) – kontakt z pacjentem po zakończonej terapii, pierwsza wizyta kontrolna po 4-8 tygodni, kolejne co 3 m-ce w zależności od typu nowotworu wg ściśle określonego harmonogramu.

## Organizacja opieki w ramach sieci - rola, uprawnienia i znaczenie w sieci onkologicznej ośrodków współpracujących I i II poziomu oraz ośrodków koordynujących, zasady współpracy

Struktura pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej* obejmuje:

- wojewódzki ośrodek koordynujący – podmiot leczniczy o największym w danym województwie potencjale w zakresie personelu medycznego oraz sprzętu i aparatury medycznej, wyspecjalizowany w opiece onkologicznej nad świadczeniobiorcą, dysponujący możliwością kompleksowego leczenia onkologicznego i koordynujący opiekę onkologiczną w ramach sieci onkologicznej,
- ośrodek współpracujący I poziomu – podmiot leczniczy, zapewniający udzielanie świadczeń w co najmniej jednym z trzech zakresów: leczenie zabiegowe, chemioterapia, radioterapia onkologiczna, realizujący opiekę onkologiczną i plan leczenia onkologicznego oraz współpracujący z wojewódzkim ośrodkiem koordynującym i ośrodkiem współpracującym II poziomu;
- ośrodek współpracujący II poziomu – podmiot leczniczy, zapewniający udzielanie świadczeń w co najmniej dwóch z trzech zakresów: leczenie zabiegowe, chemioterapia, radioterapia onkologiczna, realizujący opiekę onkologiczną i plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy oraz współpracujący z ośrodkiem koordynującym i ośrodkiem współpracującym I poziomu.

Proces wdrażania pilotażu KSO wymagał od szpitali uczestniczących w pilotażu zmiany dotychczasowego paradygmatu systemu onkologicznego na rzecz realnej współpracy w celu zapewnienia pacjentom kompleksowej, zgodnej ze standardami opieki.

Przed przystąpieniem do pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej zmapowano wszystkie województwa pod kątem świadczeniodawców realizujących świadczenia onkologiczne. Należy podkreślić, że założenia ilościowe wykonywanych procedur były stosunkowo niskie, tak aby system był z założenia systemem otwartym, który dopiero w drugim etapie miałby podlegać weryfikacji i wybraniu ośrodków o największym doświadczeniu.

Czynniki, na podstawie których ustalano jakość wyjściową poszczególnych ośrodków to m.in.:

- powyżej 36 świadczeń zabiegowych albo
- powyżej 120 pacjentów poddawanych chemioterapii oraz

- odpowiednia infrastruktura.

Dla ośrodków II-stopnia za kryterium odcinające przyjęto 120 zabiegów rocznie.

Ośrodki realizujące pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej współpracują ze sobą na podstawie porozumienia o współpracy zawieranego na okres trwania pilotażu. Dokument ten reguluje wszystkie aspekty współpracy między ośrodkami, obowiązujące dokumenty, sposoby prowadzenia sprawozdawczości, opisuje obowiązki ośrodków poszczególnych poziomów. Porozumienie określa osoby koordynujące pilotaż w każdym z ośrodków współpracujących mające za zadanie prowadzić komunikację. Specjalnie stworzona aplikacja Onco Reporst umożliwia prowadzenie wspólnej jednolitej bazy pacjentów pilotażowych, w której wprowadzane są dane o wynikach badań histopatologicznych, radiologicznych, prowadzonym leczeniu. W sytuacji, w której pacjent pojawił się już w systemie pilotażowym w danym ośrodku, a następnie przeszedł do kolejnego, nowy ośrodek może na tym samym rekordzie kontynuować wprowadzanie danych o pacjencie, unika się tym samym prowadzenia osobnej ewidencji, od razu pojawia się informacja o tym w jakim innym ośrodku leczył się pacjent.

Dzięki wyznaczonym osobom koordynującym działania pilotażowe, ośrodki mogą komunikować się ze sobą w sposób niezachwiany. WOK wyznaczył zespół osób odpowiadających za kwestie informatyczne, kwestie sprawozdawcze, terminy wizyt (również ustalanie kolejek na potrzeby Call Center), ułatwia to znacząco szybkie reagowanie na powstające w toku realizacji pilotażu wątpliwości bądź też drobne problemy.

Ośrodki współpracujące, realizują swoje zadania wg porozumień, korzystając z wzorów dokumentacji i rozwiązań informatycznych, komunikują się z koordynatorami, jasno komunikują swoje problemy. Co istotne zgłaszają też ze swojej strony zlokalizowane błędy.

Realizacja pilotażu sprawozdawana jest kwartalnie do NFZ, po zakończeniu każdego kwartału wyliczane są mierniki i wskaźniki osiągnięte przez poszczególne ośrodki a następnie opracowane sprawozdania, uzupełniane i zatwierdzane przez ośrodki, przekazywane są do WOK i składane zbiorczo do NFZ.

## Rola Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego

Zgodnie z Rozporządzeniem pilotażowym, WOK realizuje następujące zadania:

- 1) koordynuje opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej;
- 2) organizacja wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w miejscu udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę I poziomu, które ustalają plan leczenia onkologicznego;

- 3) w uzgodnieniu ze świadczeniobiorcą wskazuje świadczeniodawcę realizującego opiekę onkologiczną należącego do danej sieci onkologicznej;
- 4) realizuje plan leczenia onkologicznego;
- 5) wyznacza koordynatora leczenia onkologicznego, o którym mowa w art. 32a ust. 2a ustawy, jednego na każdą kolejną rozpoczętą w danym miesiącu liczbę 40 świadczeniobiorców, których obejmuje opieką onkologiczną w ramach pilotażu;
- 6) zapewnia ośrodkom współpracującym I i II poziomu:
  - a) ustalenie świadczeniobiorcom tych ośrodków planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne;
  - b) możliwość skorzystania z porad i konsultacji w przypadkach trudnych klinicznie, w tym z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych;
- 7) prowadzi infolinię onkologiczną;
- 8) zapewnia możliwość telefonicznego i elektronicznego umawiania oraz zmiany terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich;
- 9) gromadzi dane o świadczeniach opieki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nowotworów złośliwych udzielonych świadczeniobiorcom objętym pilotażem, uzyskane na podstawie ankiety oraz dokonuje analizy tych danych;
- 10) dokonuje bieżącej i okresowej oceny:
  - a) realizacji planów leczenia onkologicznego przez ośrodki współpracujące I i II poziomu,
  - b) organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych przez ośrodki współpracujące II poziomu;
- 11) gromadzi dane na podstawie ankiety i dokonuje ich analizy;
- 12) sporządza i przekazuje oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu sprawozdania okresowe i sprawozdanie końcowe ze swojej działalności, z uwzględnieniem mierników i wskaźników;
- 13) może koordynować opiekę onkologiczną we współpracy z ośrodkami II poziomu.

## Rola i zadania WOK w praktyce – na przykładzie DCOPIH

Od początku funkcjonowania pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii wprowadzono zdefiniowaną strukturę personelu zaangażowanego w prowadzenie systemu monitorowania jakości. W DCOPIH wdrożone były dwie grupy pracowników – grupa analityczna i grupa medyczna. Działalności obu grup przewodniczył dział zarządczy, w tym:

- dyrektor naczelny,
- zastępca dyrektora ds. medycznych,

- zastępca dyrektora ds. rozwoju.

Trzon grupy analitycznej stanowił kierownik i pracownicy Działu Profilaktyki i Strategii Onkologicznej. Natomiast w grupie medycznej zdefiniowano liderów poszczególnych grup narządowych:

- Lider Pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w DCOPIH ds. raka piersi – Kierownik Centrum Leczenia Raka Piersi BREAST UNIT,
- Liderzy Pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w DCOPIH ds. raka płuca – Kierownik Centrum Leczenia Raka Płuca LUNG UNIT, Koordynator Radiochemioterapii,
- Liderzy Pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w DCOPIH ds. raka jelita grubego – Kierownik Centrum Leczenia Nowotworów Przewodu Pokarmowego, zastępca Kierownika Oddziału Chirurgii Nowotworów Przewodu Pokarmowego,
- Lider Pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w DCOPIH ds. raka gruczołu krokowego – Kierownik Centrum Leczenia Nowotworów Układu Moczowego,
- Liderzy Pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w DCOPIH ds. raka jajnika – Kierownik Centrum Leczenia Nowotworów Ginekologicznych, Koordynator Centrum Leczenia Nowotworów Ginekologicznych.

Obie grupy ściśle ze sobą współpracowały na etapie wdrażania pilotażu. Konieczne były cotygodniowe spotkania statutowe w celu weryfikacji wdrażania kolejnych zmian. W przypadku pojawienia się zatorów w realizacji spotkania były zwoływane w trybie niezwłocznym. Największym wyzwaniem dla obu grup była początkowa faz projektu, która wymagała opracowanie i wdrożenie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w szczególności przełożenia języka medycznego na język procesów i język umożliwiający kodowanie w systemie informatycznym. Dotyczyło to przede wszystkim standaryzacji opisów badań patomorfologicznych i radiologicznych, checklist diagnostycznych dla poszczególnych nowotworów, a także skomplikowanych ścieżek pacjentów, czyli całych schematów możliwości terapeutycznych. Jednocześnie należy podkreślić, że bezpośredni kontakt z wdrożeniem zasad pilotażu miały koordynatorki pakietu onkologicznego i sekretarki medyczne.

## Zadania ośrodków I i II poziomu referencyjności

Zgodnie z Rozporządzeniem pilotażowym ośrodek współpracujący I poziomu:

- 1) zapewnia świadczeniobiorcom wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne;



- 2) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy, określony przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, i przekazuje odpowiednio informacje w tym zakresie;
- 3) zapewnia możliwość telefonicznego lub elektronicznego umawiania oraz zmiany terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich;
- 4) gromadzi dane o świadczeniach opieki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nowotworów złośliwych udzielonych świadczeniobiorcom objętym pilotażem, uzyskane na podstawie ankiety i dokonuje ich analizy;
- 5) gromadzi dane, na podstawie ankiety i dokonuje ich analizy;
- 6) sporządza i przekazuje oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu sprawozdania okresowe i sprawozdanie końcowe ze swojej działalności, z uwzględnieniem mierników i wskaźników.

Natomiast ośrodek współpracujący II poziomu:

- 1) organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych pilotażem, w tym wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne w miejscu udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę I poziomu, które ustalają plan leczenia onkologicznego;
- 2) w uzgodnieniu ze świadczeniobiorcą wskazuje świadczeniodawcę realizującego opiekę onkologiczną należącego do danej sieci onkologicznej;
- 3) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy;
- 4) wyznacza koordynatora leczenia onkologicznego, o którym mowa w art. 32a ust. 2a ustawy, jednego na każdą kolejną rozpoczętą w danym miesiącu liczbę 40 świadczeniobiorców, których obejmuje opieką onkologiczną w ramach pilotażu;
- 5) zapewnia możliwość telefonicznego i elektronicznego umawiania oraz zmiany terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich;
- 6) gromadzi dane o świadczeniach opieki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nowotworów złośliwych udzielonych świadczeniobiorcom objętym pilotażem, uzyskane na podstawie ankiety i dokonuje ich analizy;
- 7) gromadzi dane uzyskane na podstawie ankiety, o której mowa w ust. 3 pkt 2, i dokonuje ich analizy;
- 8) sporządza i przekazuje wojewódzkiemu oddziałowi Funduszu sprawozdania okresowe i sprawozdanie końcowe ze swojej działalności, z uwzględnieniem mierników i wskaźników,
- 9) sporządza i przekazuje wojewódzkiemu ośrodkowi koordynującemu sprawozdania okresowe dotyczące organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych.

## Rola Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zasady rozliczania świadczeń

Zgodnie z rozporządzeniem pilotażowym podmiotem obowiązującym do finansowania pilotażu, jego monitorowania i ewaluacji, w tym sporządzenia raportu końcowego z jego ewaluacji, jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

W pierwszej wersji rozporządzenia pilotażowego zapisano, iż rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach pilotażu odbywa się zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącymi systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, zawartymi w ramach leczenia onkologicznego ze świadczeniodawcami w zakresie leczenia szpitalnego na obowiązujących w tych umowach warunkach, z wykorzystaniem współczynników korygujących:

- 1) 1,05 – dla ośrodka współpracującego I poziomu;
- 2) 1,175 – dla ośrodka współpracującego II poziomu;
- 3) 1,35 – dla wojewódzkiego ośrodka koordynującego (woj. dolnośląskie);
- 4) 1,30 – dla wojewódzkiego ośrodka koordynującego (woj. świętokrzyskie);
- 5) 1,30 – dla wojewódzkiego ośrodka koordynującego w zakresie nowotworów innych niż nowotwory płuca oraz 1,175 w zakresie nowotworów płuca (woj. podlaskie);
- 6) 1,35 – dla wojewódzkiego ośrodka koordynującego (woj. pomorskie);
- 7) 1,175 – dla współpracującego uniwersyteckiego ośrodka klinicznego w zakresie nowotworów innych niż nowotwory płuca oraz 1,30 w zakresie nowotworów płuca (woj. podlaskie).

## System monitorowania jakości w sieci - znaczenie jakości i kompletności gromadzonych danych dla miarodajności wyników pilotażu

Uruchomienie pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej było ogromnym wyzwaniem od strony informatycznej. Od samego początku pojawiały się różne pomysły i koncepcje dotyczące tego w jaki sposób gromadzić wysoko wystandaryzowane dane i jak umożliwić ośrodkom współpracującym wspólną pracę na przygotowanym materiale. W toku dialogu i współpracy pomiędzy ośrodkami powstała pierwsza koncepcja tego, jak rozbudować posiadane narzędzia oraz w jaki sposób wykorzystać tą wiedzę do stworzenia nowoczesnych i wysokospecjalistycznych systemów, które pomogą w realizacji założeń pilotażu. Nie obyło się także bez późniejszych modyfikacji tej pierwotnej koncepcji, które w efekcie ustaliły dzisiejszy model informatyczny gromadzenia danych.

Uruchomienie Pilotażu w pierwszej kolejności skupiło się na identyfikacji źródeł danych oraz zakresu posiadanej informacji. Oczywiście sam fakt posiadania danej informacji nie jest wystarczający do jej wykorzystania w miernikach. Ważna jest jej jakość. Dość często bowiem okazywało się, że informacja nie jest jednorodna, a więc niemożliwym staje się automatyzacja procesów w zakresie wyliczeń mierników, a trzeba pamiętać, że 35 mierników dzieliło się na podgrupy (np. 11-1 do 11-8), na rozpoznanie oraz na stopnie zaawansowania, wskutek czego każdego kwartału dla jednej iteracji należało dokonać ponad 2000 kalkulacji na bazie różnych systemów.

Wojewódzki ośrodek koordynujący oraz ośrodki współpracujące I i II poziomu w danym województwie zostały zobowiązane do raportowania następujących danych podstawowych:

- 1) pochodzących z raportów statystycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, lub z systemu Rejestru Usług Medycznych Funduszu;
- 2) stanie ogólnym pacjenta;
- 3) o kodzie i stopniu zaawansowania choroby według klasyfikacji TNM rewizja 7, a jeżeli istnieje specyficzna dla nowotworu złośliwego klasyfikacja służąca do określenia stadium zaawansowania i nie jest możliwe zastosowanie klasyfikacji TNM rewizja 7 – o nazwie klasyfikacji i wyniku, stadium zaawansowania (in situ, miejscowe, regionalne, uogólnione);
- 4) o wyniku badania histopatologicznego.

Ośrodki wchodzące w skład sieci onkologicznej zostały zobowiązane także do sporządzania sprawozdań okresowych, z uwzględnieniem mierników i wskaźników oraz do raportowania surowych danych do wspólnej hurtowni danych (ujednolicony system monitorowania jakości).

W trakcie trwania pilotażu KSO raportowano następujące mierniki ogólne, dla poszczególnych typów nowotworów/kodów ICD-10 zgodnie z poniższą tabelą:

NUMER MIERNIKA	TYTUŁ MIERNIKA	C18-C20	C34	C78.0	C50	D05	C56	C61
0	Wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dokonują oceny kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej	✓						
1	Odsetek <u>zgonów</u> w okresie roku od <u>rozpoznania</u> nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	✓		✓	✓	✓	✓
2	Odsetek <u>zgonów</u> w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia <u>zabiegu operacyjnego</u> , w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	✓		✓	✓	✓	✓

3	Odsetek <u>zgonów</u> w okresie 30 dni od dnia zakończenia <u>chemioterapii</u> , w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	✓		✓		✓	✓
4	Odsetek <u>zgonów</u> w okresie 30 dni od dnia zakończenia <u>radioterapii</u> paliatywnej, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu;	✓	✓		✓	✓	✓	✓
5	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu <u>powikłań</u> po leczeniu chirurgicznym	✓	✓	✓			✓	✓
6	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu <u>powikłań</u> po radioterapii onkologicznej	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu <u>powikłań</u> po leczeniu systemowym	✓	✓	✓	✓		✓	✓
8	Odsetek świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej	✓	✓	✓	✓		✓	✓
9	Odsetek świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu	✓	✓	✓	✓		✓	✓
10	Oceny kompletności badania patologicznego	✓	✓		✓		✓	✓
12.4	Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metoda małoinwazyjną	✓	✓	✓			✓	✓
14	Odsetek 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	Odsetek powtórzonych zabiegów w rozpoznaniach innych niż nowotwór piersi	✓	✓				✓	✓
31	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	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Poza tym raportowano także mierniki specyficzne dla konkretnych nowotworów zgodnie z poniższymi tabelami.

### MIERNIKI SPECYFICZNE DLA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO

Identyfikator miernika	Nazwa miernika
F_19	Ocena liczby węzłów chłonnych usuniętych w trakcie prostatektomii
F_20	Odsetek limfadenektomii miednicznych wykonanych z podziałem materiału histopatologicznego według zakresów anatomicznych
F_21	Ilości pozytywnych marginesów pooperacyjnych po prostatektomii

### MIERNIKI SPECYFICZNE DLA RAKA JELITA GRUBEGO

Identyfikator miernika	Nazwa miernika
F_16	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem odbytnicy, u których zastosowano radioterapię przedoperacyjną
F_17	Odsetek badań histopatologicznych pooperacyjnych u pacjentów z nowotworem jelita grubego, u których liczba ocenionych węzłów chłonnych wynosiła co najmniej 12
F_18	Odsetek wystąpienia nieszczelności zespoleń w nowotworze okrężnicy i odbytnicy

### MIERNIKI SPECYFICZNE DLA RAKA PIERSI

Identyfikator miernika	Nazwa miernika
F_11.3	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych – C50 - ER, PR, HER2, Ki67
F_11.4	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych – C50 - BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2 i sekwencjonowanie NGS
F_11.5	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych – C50 - (dotyczy badań FISH, double ISH – Her-2)
F_11.7	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych – D05 - ER, PR
F_11.8	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych – D05 - BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2 i sekwencjonowanie NGS
F_29	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem nienaciekającym o średnicy nie większej niż 2 cm (po wykluczeniu pacjentów z mutacjami BRCA1 i BRCA2) poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy
F_30	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem naciekającym o średnicy nie przekraczającej 3 cm (rozmiar całkowity, w tym komponent DCIS; po wykluczeniu pacjentów z mutacjami BRCA1 i BRCA2) poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy
F_33	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem naciekającym bez przerzutów w węzłach chłonnych (pN0), u których nie usunięto układu chłonnego dołu pachowego
F_34	Odsetek świadczeniobiorców z hormonowrażliwym nowotworem naciekającym, którzy otrzymali leczenie hormonalne
F_35	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem zapalnym lub miejscowo zaawansowanym, nieresekcyjnym nowotworem piersi z ekspresją ER, których poddano indukcyjnej chemioterapii

### MIERNIKI SPECYFICZNE DLA RAKA JAJNIKA

Identyfikator miernika	Nazwa miernika
F_11.6	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników - KRAS i/lub NRAS i/lub BRAF.
F_12.3	Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metodą małoinwazyjną w nowotworze jajnika

F_26	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych pierwotną optymalną lub suboptymalną cytoredukcją (bez pozostawienia mas resztkowych lub $\leq 1$ cm)
F_27	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których zastosowano neoadjuwantową chemioterapię (NACT)
F_28	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano laparotomię zwiadowczą

MIERNIKI SPECYFICZNE DLA RAKA PŁUCA	
Identyfikator miernika	Nazwa miernika
F_11.2	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych w nowotworze płuca. Badania molekularne (łącznie): mutacja aktywująca w genie EGFR, rearanżacja genów ALK i/lub ROS1 i/lub immunohistochemiczna ocena ekspresji PD-L1.
F_12.2	Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metodą małoinwazyjną w nowotworze płuca
F_22	Odsetek świadczeniobiorców z podejrzeniem nowotworu płuca, skonsultowanych przez pulmonologa w terminie do 14 dni roboczych od dnia zarejestrowania skierowania u świadczeniodawcy
F_23	Odsetek świadczeniobiorców z powiększeniem węzłów chłonnych śródpiersia powyżej 10 mm, u których wykonano EBUS-TBNA, rak płuca
F_24	Odsetek świadczeniobiorców z podejrzeniem nowotworu płuca i płynem w jamie opłucnej, u których rozpoznano etiologię płynu
F_25	Odsetek świadczeniobiorców z III stopniem zaawansowania niedrobnokomórkowego nowotworu płuca, u których zastosowano jednoczasową chemioradioterapię

Zgodnie z Rozporządzeniem przyjęto następujące wskaźniki realizacji pilotażu:

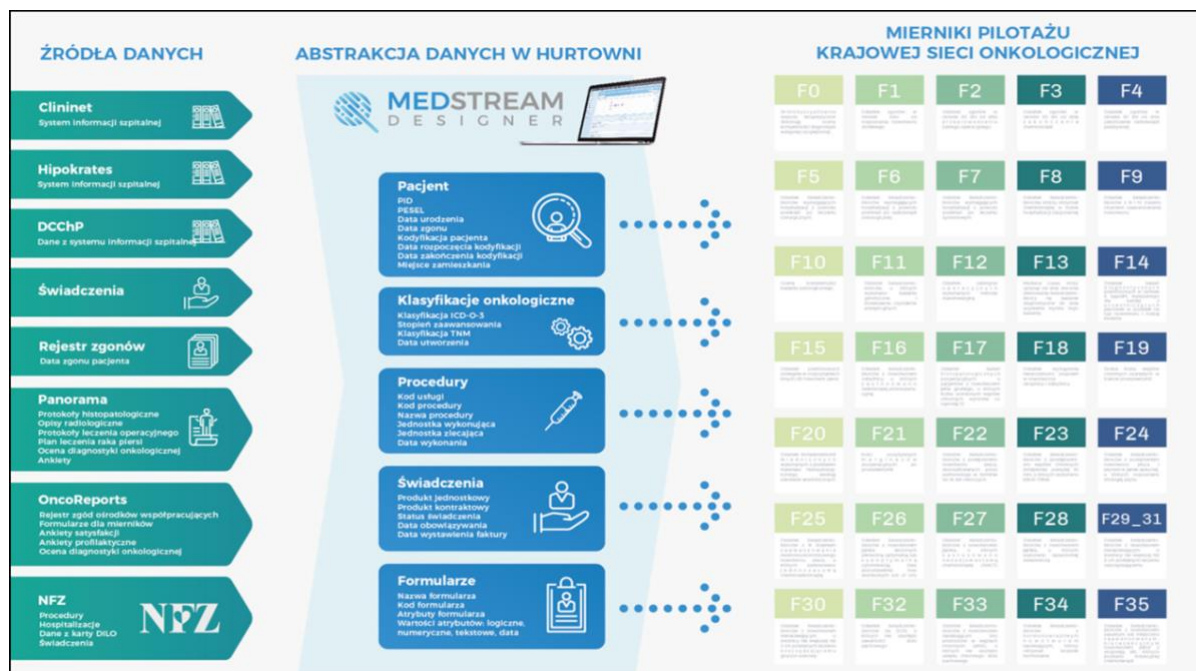
1. liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu;
2. liczba świadczeniobiorców objętych pilotażem, u których zakończono leczenie onkologiczne;
3. liczba zwołanych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych;
4. liczba porad i konsultacji przeprowadzonych przez wojewódzki ośrodek koordynujący oraz 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.

## Struktura systemów wysyłających dane do centralnej hurtowni – na przykładzie województwa dolnośląskiego

Finalnie struktura systemów wysyłających dane do centralnej hurtowni, na bazie której następują wyliczenia mierników, wygląda jak na diagramie poniżej Zbiór danych wejściowych do kalkulacji mierników stanowią:

- 1) Hipokrates – system HIS aktualnie jedynie w trybie read-only (po przejściu DCO na system CliniNet) cedujący dane historyczne do centralnej hurtowni MSD.
- 2) CliniNet – aktualny system szpitalny z którego raz dziennie pobierane są nowe paczki z danymi do hurtowni.
- 3) DCChP – dane pochodzące od Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc udostępniane raz w miesiącu w postaci pliku .csv (aktualnie szpital znajduje się już w nowej organizacji jaka powstała z połączenia DCO oraz DCCHP i trwa proces ujednocniania systemów informatycznych, co też pokazuje, że model IT ciągle się zmienia).
- 4) Portal www Panorama – portal z szablonami opisów badań obrazowych (aktualnie w trybie read-only cedujący jedynie dane historyczne i zastąpiony platformą OncoReports).
- 5) OncoReports – system gromadzący podstawowe dane do pilotażu, ankiety profilaktyczne, protokoły z konsylium oraz wystandaryzowane szablony opisów badań obrazowych). Portal służy również do raportowania danych niezbędnych do mierników dla wszystkich zewnętrznych ośrodków współpracujących z DCO przy realizacji pilotażu.
- 6) NFZ – dane z Narodowego Funduszu Zdrowia przekazywane w postaci plików do zaimportowania do hurtowni i obejmujące takie zdarzenia jak hospitalizacje, produkty rozliczeniowe, informacje o rozliczonych usługach/programach lekowych itp. oraz informacje objęte kartą DiLO.
- 7) Zgony – informacje o zgonach przekazywanych przez Rejestr PESEL odnośnie pacjentów pilotażowych, importowane do hurtowni w cyklach kwartalnych.



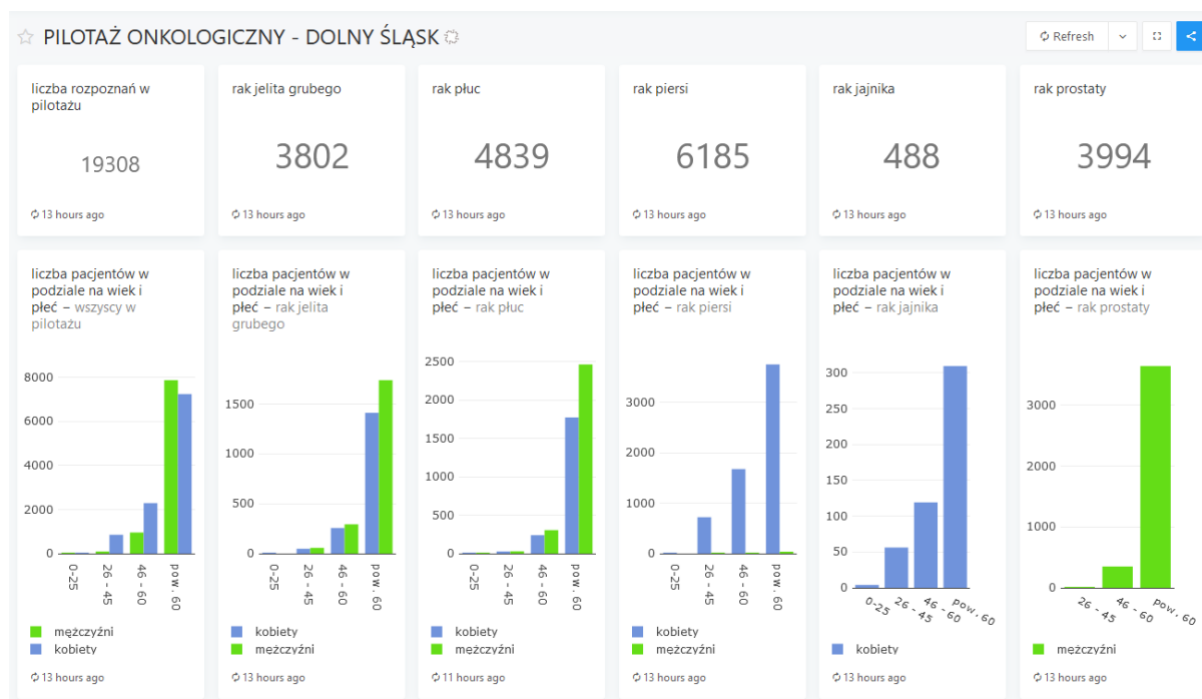


Do kalkulacji oraz prezentacji wyników wdrożono w ramach pilotażu m.in. następujące narzędzia

- 1) **Oncolndi** jako narzędzie, gdzie gromadzone są wszystkie wyliczone wartości mierników z podziałem na analizowany okres, trend miernika, typ nowotworu, stopień zaawansowania, ośrodek oraz region, a także jako platforma, która umożliwia porównanie ze sobą wartości mierników między szpitalami oraz województwami objętymi pilotażem. Oncolndi umożliwia również eksport wartości wskaźników na potrzeby raportowania do NFZ wg wzoru przygotowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia



- 2) **OncoDash** – platforma do wizualizacji dowolnych danych w tym zarówno mierników jak i wskaźników realizacji pilotażu. W toku pilotażu bowiem DCO dostrzegło konieczność szerszego spojrzenia na dane aniżeli tylko przez pryzmat mierników i wskaźników



Wdrożone rozwiązania IT w ramach pilotażu można w przyszłości przekształcić w centralną bazę danych klinicznych pacjentów onkologicznych w zakresie nowotworów koordynowanych przez KSO. Baza taka mogłaby także posłużyć do stosunkowo szybkiego identyfikowania w skali całego kraju pacjentów do badań klinicznych.

Wdrożone rozwiązania w sposób istotny przyczyniły się do znacznego podniesienia jakości gromadzonych danych oraz standaryzacji zbieranej informacji. Dzięki uzyskaniu jednorodnego zbioru danych możliwe jest dzisiaj wykonywanie szeregu bardzo zaawansowanych analiz na niespotykaną dotychczas skalę jakie nie były możliwe w sytuacji, gdy gromadzone dane były głównie danymi opisowymi. Warto także zaznaczyć, że istotnie przyspieszono gromadzenie danych w czasie rzeczywistym i w przypadku pacjentów onkologicznych zakwalifikowanych do pilotażu, informacje kliniczne pozyskiwane są każdego dnia i gromadzone w centralnej hurtowni danych, nie ma wobec tego konieczności czekania często kilku lat, aby wykonać analizy w zakresie jakości leczenia, czy też podstawową statystykę ilościową dla leczonych pacjentów.

## Raportowanie wskaźników i mierników Krajowej Sieci Onkologicznej

Aktualnie mierniki wyliczane są kwartalnie. Placówki mają czas na uzupełnienie danych do 10 dnia miesiąca następującego po zakończeniu kwartału. Następnie wyliczane są mierniki, przygotowywane sprawozdania. Termin złożenia sprawozdania to 30 dni po zakończeniu kwartału.

Sprawozdawanie fragmentaryczne, wynikające z obsługi manualnej systemu stanowi najpoważniejszy czynnik zaburzający wiarygodność danych. Należy dążyć do w pełni automatycznego przesyłania danych do repozytorium/rejestrów. Najkorzystniejszym rozwiązaniem byłoby powiązanie obowiązku sprawozdawczego z mechanizmem rozliczania świadczeń. Aktualnie tylko dane z WOK (DCOPiH) zaciągane są do hurtowni automatycznie, pozostałe ośrodki raportują dane ręcznie.

## Standaryzacja opieki w ramach pilotażu KSO dla podniesienia jakości i dostępności do świadczeń

Dla realizacji celów pilotażu wykorzystano następujące narzędzia:

- standaryzacja rejestracji pacjenta na wizytę u onkologa,
- standaryzacja raportowania klasyfikacji TNM (stopnia zaawansowania klinicznego),
- standaryzacja koordynacji i roli koordynatora pacjenta onkologicznego,
- standaryzacja raportów histopatologicznych, tj. opisów badania histopatologicznego/patologicznego/patomorfologicznego, np. badania z biopsji lub po zabiegu operacyjnym,
- standaryzacja raportów radiologicznych, tj. opisów badań obrazowych np. badania tomografii komputerowej TK lub rezonansu magnetycznego MR,
- uruchomienie system monitorowania jakości opartego o wskaźniki i mierniki opieki onkologicznej,
- standaryzacja wywiadu pod kątem czynników ryzyka zachorowania na nowotwory oraz repozytorium pierwszych objawów chorób nowotworowych – tzw. ankiety profilaktyczne,
- standaryzacja oceny satysfakcji pacjenta – tzw. ankiety satysfakcji,
- standaryzacja ścieżek pacjenta.

Wypracowana w ramach pilotaż dokumentacja opierała się na polskich i międzynarodowych wytycznych, z uwzględnieniem specyfiki polskiego systemu opieki zdrowotnej, dzięki czemu ma charakter uniwersalny i jest możliwa do zaimplementowania w innych województwach.

## Standaryzacja rejestracji pacjenta na wizytę pierwszorazową

Istotnym elementem pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej jest infolinia dla pacjentów onkologicznych. Infolinia jest dostępna dla wszystkich pacjentów z województwa dolnośląskiego. Dzięki zastosowaniu infolinii oraz innych kanałów komunikacji z pacjentem wystandaryzowano proces rejestracji pacjenta na pierwszą wizytę u onkologa. Dzięki temu etap ten odbywa się szybko i bez zbędnych opóźnień.

Za pośrednictwem infolinii onkologicznej pacjent ma możliwość:

- umówienia wizyty w poradni onkologicznej na konsultację lub badania (informacja o wolnych terminach we wszystkich placówkach włączonych do pilotażu),
- odwołania lub zmiany terminu wizyty,
- uzyskania niezbędnych informacji dotyczących postępowania w przypadku wykrycia nowotworu,
- informacji, jak przygotować się do wizyty w szpitalu (na badanie diagnostyczne, operację, chemio- lub radioterapię,)
- uzyskania informacji o certyfikowanych (współpracujących w ramach regionalnych sieci onkologicznych) placówkach/oddziałach onkologicznych w pobliżu miejsca zamieszkania.

## Standaryzacja dokumentów uzyskiwanych bezpośrednio od pacjenta i ich obieg

W ramach pilotażu wprowadzono wymóg gromadzenia zgód od pacjentów (oświadczeń świadczeniobiorców) na udział w badaniu pilotażowym oraz przeprowadzania u pacjentów ankiety profilaktycznej (wywiad profilaktyczny) i ankiety satysfakcji. Opracowanie formularzy zgody oraz ankiet należało do zadań Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego.

Przy współpracy z WOK z innych województw oraz organizacjami pacjentów opracowano następujące dokumenty:

Ankieta satysfakcji pacjenta onkologicznego - Monitoring jakości świadczeń w leczeniu onkologicznym (4-stronicowy dokument)

### Monitoring jakości świadczeń w leczeniu onkologicznym – wersja A

Prosimy Państwa o odpowiedź na kilka pytań dotyczących ostatniego pobytu (w poradni lub podczas hospitalizacji na oddziale onkologicznym). Korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę bardzo słabą, a 5 ocenę bardzo dobrą.

Prosimy też ocenić, na ile dany aspekt naszej działalności jest dla Państwa istotny – 1 oznacza najniższe, a 5 najwyższe znaczenie. Jeżeli któryś z pytań Państwa nie dotyczy – prosimy zostawić je bez odpowiedzi.

#### Rodzaj leczenia:

- hospitalizacja – prosimy o wypełnienie pytań od I do VI
- hospitalizacja jednego dnia – prosimy o wypełnienie pytań od II do VI
- świadczenia ambulatoryjne (poradnia) – prosimy o wypełnienie pytań od II do VI

#### Rozpoznanie:

- jelita grube (C18-C20)
- płuca (C34)
- wtórny nowotwór płuca (C78.0)
- piersi (C50)
- piersi DCIS (D05)
- jajnik (C56)
- prostata – gruczoł krokowy (C61)

### I. Ocena pobytu w szpitalu – infrastruktura i organizacja leczenia (prosimy o wypełnienie tylko w przypadku pobytu na oddziale onkologicznym)

Ważność	Aspekt naszej działalności	Zadowolenie				
		1	2	3	4	5
	czystość posłków					
	Czystość Państwa sali					
	Dostępność do łazienek i toalet					
	Czystość łazienek i toalet					
	Możliwość kontaktu z najbliższymi osobami (odwiedziny, rozmów telefonicznych)					
	Dostosowanie warunków na oddziale do specyfiki Państwa nowotworu					
	Dostępność do lekarza dyżurującego, w czasie nieobecności lekarza prowadzącego					
	Dostęp do wsparcia ze strony specjalistów, np. psychologa, dietetyka klinicznego, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego					
	Szybkość reakcji personelu pielęgniarskiego na Państwa wezwania					

Ile czasu minęło od skierowania na oddział onkologiczny do przyjęcia Państwa do szpitala?

- do tygodnia
- więcej niż tydzień, ale więcej niż dwa tygodnie
- więcej niż dwa tygodnie, ale nie więcej niż miesiąc
- więcej niż miesiąc, ale nie więcej niż dwa miesiące
- więcej niż dwa miesiące

### II. Ocena opieki medycznej

Ważność	Aspekt naszej działalności	Zadowolenie				
		1	2	3	4	5
	Uprzejmość i życzliwość lekarzy na oddziale /w poradni					
	Zainteresowanie lekarza prowadzącego Państwa stanem zdrowia					

	Gotowość lekarza prowadzącego do odpowiadania na pytania dotyczące stanu Państwa zdrowia					
	Przystępność (rozumiałość) informacji przekazywanych Państwu przez lekarza prowadzącego					
	Dostępność do lekarza prowadzącego					
	Uprzejmość i życzliwość personelu pielęgniarskiego					
	Zainteresowanie personelu pielęgniarskiego stanem Państwa zdrowia i samopoczuciem					
	Zakres informacji przekazanych Państwu przez personel pielęgniarski na temat sposobu przygotowania się do badań i zabiegów					
	Obalność o zachowanie Państwa poczucia intymności w trakcie zabiegów i badań					
	Gotowość personelu medycznego do niesienia pomocy, gdy zgłaszali Państwo dolegliwości bólowe					
	Dostępność oraz przystępność informacji przekazywanych przez koordynatora opieki onkologicznej					

### III. Ocena zakresu informacji przekazanych Państwu przez lekarza prowadzącego na temat sposobu Państwa leczenia

Prosimy o odpowiedź w następującej skali:

1. Absolutnie się nie zgadzam
2. Raczej się nie zgadzam
3. Trudno powiedzieć
4. Raczej się zgadzam
5. Zgadzam się bez wątpienia

Prosimy też o podanie ważności (jak w poprzednich pytaniach).

Ważność	Opinia					
		1	2	3	4	5
	Przekazywane Państwu informacje o chorobie były wystarczające					
	Nie było problemu z dostępem do rozmów z lekarzami różnych specjalności (w ramach konsylium)					
	W jasny sposób zakomunikowano możliwe przyczyny Państwa choroby					
	Przekazana została zrozumiała informacja o badaniach jakie powinny być wykonane					
	Przekazana informacja o możliwym postępie choroby była czytelna					
	Podane mi zostało jasno stadium choroby (np. stadium 1-4)					
	Informacje o planie leczenia były dla Państwa wystarczające					
	Przekazano wyczerpującą informację o możliwych terapiach					
	Przekazano jasne informacje o możliwych ubocznych efektach terapii					
	Przedstawione zostały konkretne oczekiwane wyniki terapii					
	Byliście Państwo na bieżąco informowani o zmianach w planie leczenia onkologicznego					
	Dostałcie Państwo od personelu medycznego informacje na temat dalszego postępowania po opuszczeniu placówki onkologicznej					
	Członkom Państwa rodziny (lub opiekunom) zostało udzielone skuteczne wsparcie emocjonalne					
	Nie było żadnego problemu z dostępem do dokumentacji medycznej					

### IV. Ocena pilotażu

1. Jak Pani/Pan ocenia czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne udzielane w ramach pilotażu?

- 1) Ankieta profilaktyczna dla pacjenta z rozpoznaniem nowotworowym – opracowano oddzielne formularze ankiet dla każdego z pięciu nowotworów:
  - a) nowotwór gruczołu krokowego (C61)<sup>9</sup>,
  - b) nowotwór jajnika (C56),
  - c) jelita grubego (C18-C20),
  - d) piersi (C50, D05)
  - e) płuca (C34, C78.0).

Przykład ankiety profilaktycznej dla pacjentów z nowotworem gruczołu krokowego

<sup>9</sup> Kody jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10.

**ANKIETA – GRUCZOŁ KROKOWY**

Data wypełnienia.....

**I. METRYCZKA**

1. PESEL: .....
2. Wzrost .....
3. Waga .....
4. Zajęcie:  uczeń  pracownik umysłowy  pracownik fizyczny  
 rolnik  emeryt  rencista  inny
5. Wykształcenie:  niepełne podstawowe  podstawowe  zasadnicze zawodowe  
 średnie  niepełne wyższe  wyższe

**II. UWARUNKOWANIA FIZJOLOGICZNE, PROFILAKTYKA PIERWOTNA, CZYNNIKI RYZYKA**

6. Czy stosuje Pan dietę wysokotłuszczową:  
 nie  
 tak  
 trudno powiedzieć
7. Czy stwierdzono u Pana otyłość  
 nie  
 tak  
 nie wiem
8. Czy pali Pan papierosy  
 nie  w przeszłości, nie pałę od ..... lat  
 tak, od ..... lat, ..... papierosów dziennie  
czy jest Pan narażony na biernie palenie:  
 nie  tak
9. Jak często spożywa Pan alkohol:  
 nie spożywam  
 okazjonalnie  
 1-2 razy w tygodniu  
 3-4 razy w tygodniu  
 codziennie
10. Czy chorował Pan bądź choruje na inne nowotwory?  
 nie  
 tak; jeśli tak to jakie i kiedy? .....
11. Jak często spożywa Pan owoce i/lub warzywa:  
 kilka razy dziennie  
 raz dziennie  
 kilka razy w tygodniu  
 raz w tygodniu  
 rzadziej
12. Jak często podejmuje Pan aktywność fizyczną usprawniającą ciało?  
 nie ćwiczę  
 raz w miesiącu  
 kilka razy w miesiącu  
 raz w tygodniu  
 kilka razy w tygodniu  
 codziennie
13. Czy spotkał się Pan wcześniej z informacją o profilaktyce i zdrowym stylu życia?  
 nie  
 tak  
 nie pamiętam

**III. UWARUNKOWANIA GENETYCZNE**

14. Czy u Pana krewnych wystąpił rak stercza lub inny nowotwór?  
u ojca  nie  tak, rak stercza, w wieku.....  tak, inny nowotwór.....  
u brata  nie  tak, rak stercza, w wieku.....  tak, inny nowotwór.....  
u syna  nie  tak, rak stercza, w wieku.....  tak, inny nowotwór.....  
u innych krewnych (podać nowotwór oraz pokrewieństwo): .....

**IV. PROFILAKTYKA WTÓRNA, OBJAWY NOWOTWORU, WYKONANE BADANIA, INTERWENCJI MEDYCZNE**

15. Czy ma Pan problemy:  
z oddawaniem moczu:  
 nie  
 tak, od ..... lat jakie? .....
- ze wzwrodem:  
 nie  
 tak  
Jeśli tak: czy stosuje Pan środki wspomagające w tym zakresie:  
 nie  
 tak, jaką.....
16. Czy jest Pan pod opieką urologa?  
 nie  
 tak, proszę podać adres poradni .....
17. Czy ma Pan założony cewnik moczowy?  
 nie  
 tak
18. Czy wykonano u Pana badanie krwi mierzące stężenie PSA?  
 nie  
 tak  
Jeśli tak - w którym roku było ostatnie badanie? ..... / nie pamiętam  
Czy wtedy wynik PSA był prawidłowy  
 nie  
 tak
19. Czy lekarz POZ informował Pana o możliwości wykonywania badań PSA?  
 tak  
 nie  
 nie pamiętam
20. Jaki był pierwszy objaw choroby?: .....
21. Po jakim czasie od pierwszych objawów zgłosił się Pan do lekarza?  
Zgłosiłem się po około (proszę podać liczbę tygodni) ..... tygodniach
22. Po jakim czasie od podejrzenia choroby rozpoczęto diagnostykę?  
Pierwsza badania diagnostyczne były po około (proszę podać liczbę tygodni)..... tygodniach

## Standaryzacja koordynacji i pracy koordynatora pacjenta onkologicznego

W trakcie realizacji pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej dookreślono rolę i zadania koordynatora pacjenta onkologicznego. Rolą koordynatora jest zapewnienie pacjentowi wsparcia informacyjnego, administracyjnego i organizacyjnego oraz właściwego przepływu informacji na wszystkich etapach terapii, tak aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta, a także nawiązywanie terapeutycznego kontaktu z pacjentem, który wpłynie pozytywnie na jego kondycję psychiczną oraz da poczucie wsparcia w tak trudnym dla niego okresie. Ustalono, że obowiązkiem koordynatora jest opieka nad pacjentem od rozpoznania choroby nowotworowej, aż do obserwacji po zakończonym leczeniu, koordynator czuwa nad procesem zintegrowanej opieki nad pacjentem. W tym okresie chory otrzymuje nie tylko wsparcie organizacyjne i administracyjne, ale również zaspakajane są jego potrzeby psychologiczne, prawne, socjalne i szeroko rozumiane bezpieczeństwo pacjenta.

Zatem koordynator uczestniczy w następujących etapach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej:

- diagnostyka,
- przygotowanie do konsylium,



- organizacja i przeprowadzenie konsylium wielospecjalistycznego,
- proces terapeutyczny - leczenie,
- zakończenie leczenia i skierowanie pacjenta do nadzoru/kontroli po leczeniu (z ang. follow up).

Jest to duża zmiana względem poprzednio obowiązujących przepisów pakietu onkologicznego, na podstawie których koordynator pojawiał się dopiero na etapie konsylium i jego rola oraz znaczenie były bardzo ograniczone. Ponadto, w wielu szpitalach pacjenci nadal nie mieli dostępu do pomocy koordynatora, ponieważ jego obecność miała charakter pozorny.

Jednocześnie w ramach pilotażu podjęto pierwszą próbę zdefiniowania ilościowego obciążenia pacjentami pojedynczego koordynatora, zaproponowano by co miesiąc koordynator sprawował opiekę nad 40 nowymi pacjentami, co miało wpływ na poprawę jakości ich pracy.

W pilotażu dokonano podziału na koordynatorów „narządowych”. Przykładowo w Breast Cancer Unitach koordynatorami są np. pielęgniarki, które poza wsparciem organizacyjnym i administracyjnym udzielają pacjentkom wsparcia informacyjnego i edukacyjnego, m.in. doradzają w zakresie rehabilitacji pooperacyjnej, zaopatrzenia ortopedycznego, współpracy z organizacjami pacjeckimi, profesjonalnego wsparcia psychologicznego, znają specyficzne potrzeby chorych z rakiem piersi w związku z czym mogą kompleksowo wspierać pacjentów.

Do zadań koordynatorów włączono również obowiązek współpracy i komunikacji z koordynatorami z innych ośrodków tak, aby zapewnić pacjentom ciągłość opieki onkologicznej.

## Standaryzacja pracy konsyliów wielodyscyplinarnych

W ramach pilotażu KSO z inicjatywy Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących opracowano i wdrożono wytyczne w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium. Pozwoliło to na usprawnienie pracy konsyliów i wyeliminowanie sytuacji, w których na konsylium trafiała niepełna dokumentacja pacjenta z etapu diagnostyki. Dlatego też dla poszczególnych rozpoznań nowotworowych opracowano szablony schematów diagnostyczne, z ang. *checklist*.



## Przykładowa checklista dla nowotworu jelita grubego.

Wytyczne w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) - rak jelita grubego  
 Checklist C18-C20

METRYKA PACJENTA C18-C20		Data:	
1. Imię i nazwisko pacjenta			
2. PESEL			
3. Rozpoznanie kliniczne			
4. TNM (wg AJCC 8th)	T	N	M
5. Hist.-pat.			
6. PS ECOG/WHO			
7. Choroby współistniejące:			

CHECK-LIST C18-C20				
Nazwa badania	Stopień zaawansowania I	Stopień zaawansowania II	Stopień zaawansowania III	Stopień zaawansowania IV
8. TK jamy brzusznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. TK miednicy malej / MR miednicy malej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. RTG/TK klatki piersi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Badanie Endoskopowe jelita grubego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Badanie per (gsc) (tylko w C20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. CEA <sub>c</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. morfologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Biochemia (Aspat, Alat, GGTP, ALP, albumina, Na <sup>+</sup> , mocznik, K <sup>+</sup> , kreatynina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Badanie molekularne KRAS/NRAS/RAF - wymagane tylko u pacjentów w stanie sprawności 0-2	X	X	X	<input type="checkbox"/>
18. Konsultacja internistyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
19. Konsultacja anesteziologiczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)

X - nie dotyczy

\*niepotrzebne skreślić

Podpis i pieczęć lekarza kierującego na konsylium

## Standaryzacja raportów histopatologicznych

W ramach pilotażu KSO z inicjatywy Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących we współpracy z grupą audytorów europejskiego projektu iPAAC oraz Polskim Towarzystwem Patologów opracowano szablony raportów histopatologicznych. Dzięki temu wyniki badań histopatologicznych gromadzone w sposób ustrukturyzowany, co umożliwia ich analizę w systemie monitorowania jakości. Należy podkreślić, że szablony opisów histopatologicznych są integralną częścią porozumienia o współpracy w ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, co oznacza, że wszystkie włączone do pilotażu ośrodki powinny raportować wyniki badań histopatologicznych wg przyjętego wzoru raportu.

## Standaryzacja raportów radiologicznych

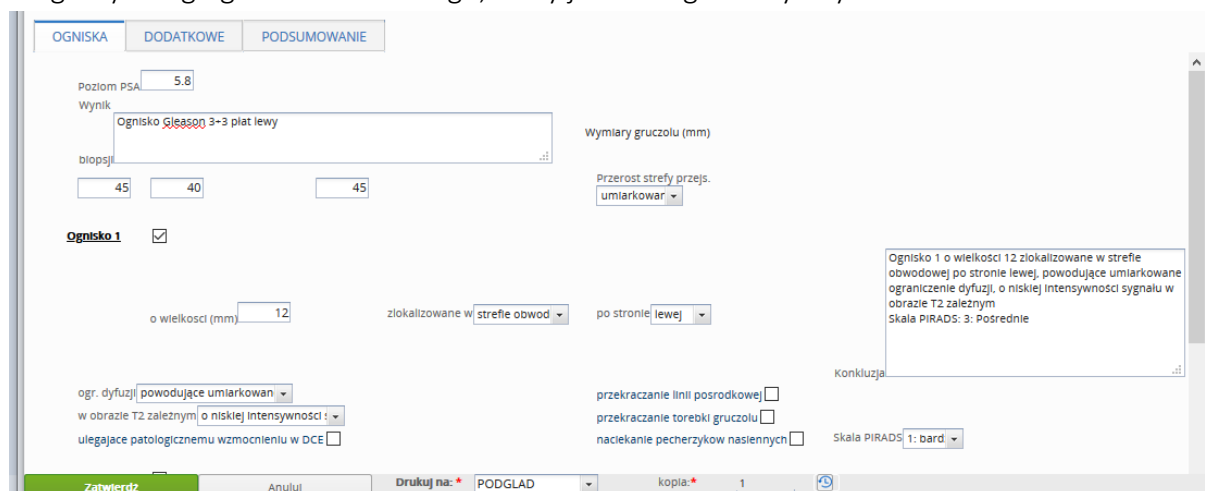
W ramach pilotażu KSO z inicjatywy Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących na podstawie danych z literatury, konsultacji z lekarzami klinicystami oraz zgodnie z wytycznymi RSNA i NCCN opracowano i wdrożono szablony opisów badań obrazowych powstały w celu ujednoczenia sposobu ich oceny w ośrodkach diagnostycznych. Dzięki temu wyniki badań radiologicznych gromadzone w sposób ustrukturyzowany, co umożliwia ich analizę w systemie monitorowania jakości. Należy podkreślić, że szablony opisów radiologicznychh są integralną częścią porozumienia o współpracy w ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, co oznacza, że

wszystkie włączone do pilotażu ośrodki powinny raportować wyniki badań radiologicznych wg przyjętego szablonu.

Stosowanie szablonów dla konkretnych rozpoznań ma za zadanie zwiększenie stopnia precyzji opisu oraz udzielenie odpowiedzi na kluczowe dla lekarzy klinicystów pytania niezbędne do podejmowania dalszych decyzji terapeutycznych. Zastosowanie tego typu raportowania wpływa na poprawę jednoznaczności i kompletności opisu, stanowi również check-listę wszystkich istotnych punktów, które przy danym rozpoznaniu należy sprawdzić, co jest pomocne w diagnostyce onkologicznej mniej doświadczonym lekarzom radiologom.

Opisy tworzone według szablonów są łatwo zrozumiałe, mogą być przetwarzane w postaci cyfrowej, co jest kluczowe do obróbki danych, porównywania wyników, monitorowania skutków i efektywności leczenia, ułatwiają wyszukiwanie ewentualnych błędów i rozbieżności w ocenie zaawansowania choroby.

Przykład raportu strukturalnego opisu badania multiparametrycznego rezonansu magnetycznego gruczołu krokowego, który jest zintegrowany z systemem HIS.



OGNISKA DODATKOWE PODSUMOWANIE

Poziom PSA: 5.8

Wynik: Ognisko Gleason 3+3 płat lewy

biopsji: 45 40 45

Wymiary gruczołu (mm): Przerost strefy przejs. umiarkowar

Ognisko 1

o wielkości (mm): 12 zlokalizowane w: strefie obwod po stronie: lewej

Ognisko 1 o wielkości 12 zlokalizowane w strefie obwodowej po stronie lewej, powodujące umiarkowane ograniczenie dyfuzji, o niskiej intensywności sygnału w obrazie T2 zależnym Skala PIRADS: 3: Posrednie

Konkluzja:

ogr. dyfuzji: powodujące umiarkowan w obrazie T2 zależnym o niskiej intensywności : ulegające patologicznemu wzmocnieniu w DCE

przekraczanie linii posrodkowej  przekraczanie torebki gruczołu  naciekanie pecherzyków nasiennych

Skala PIRADS: 1: bard

Zatwierdz Anuluj Drukuj na: \* PODGLAD kopia: \* 1

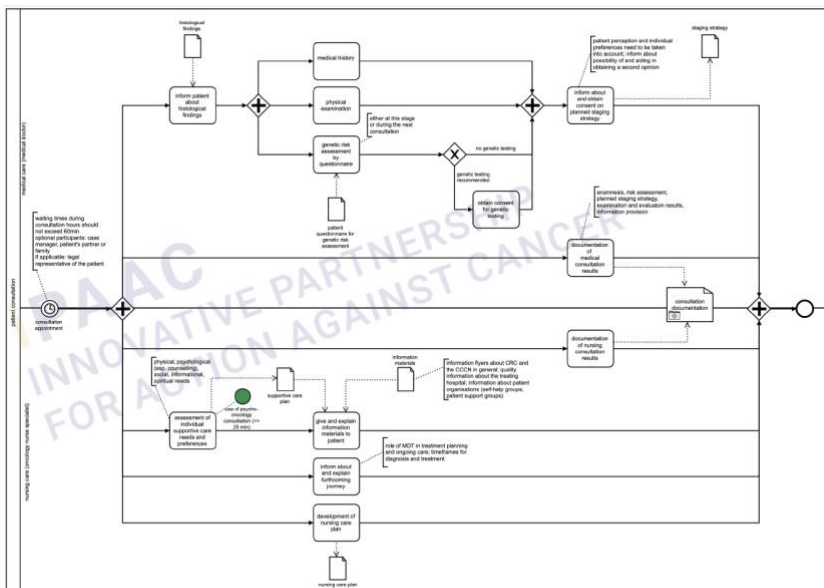
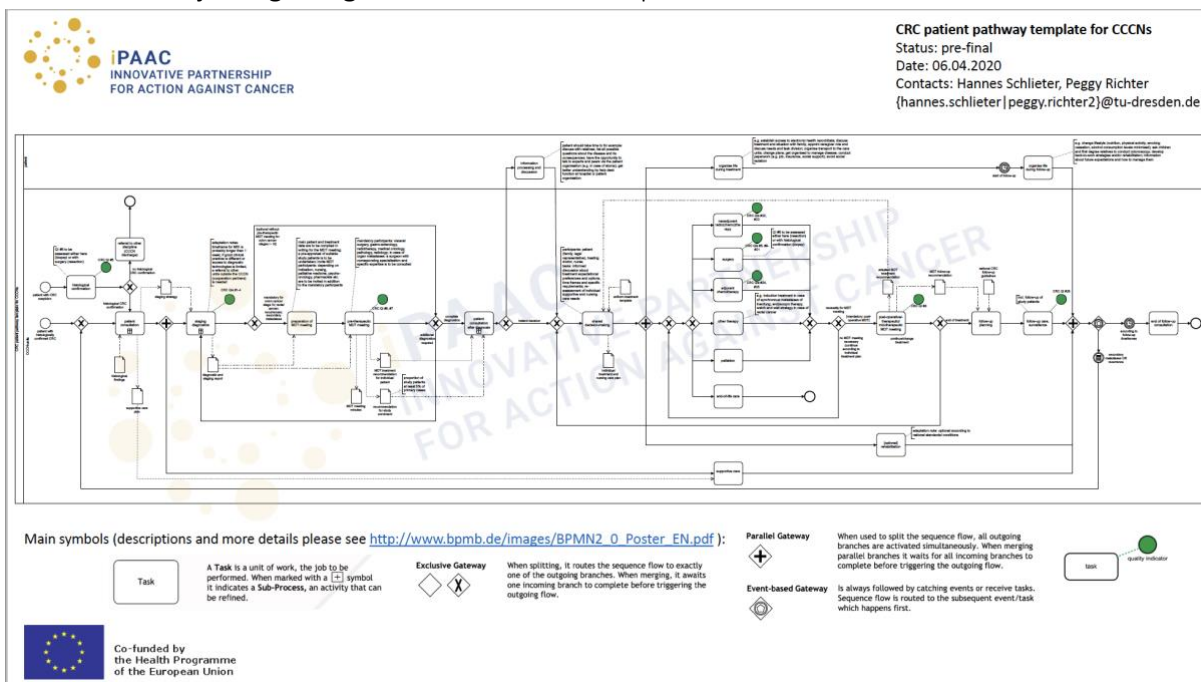
## Standaryzacja ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego

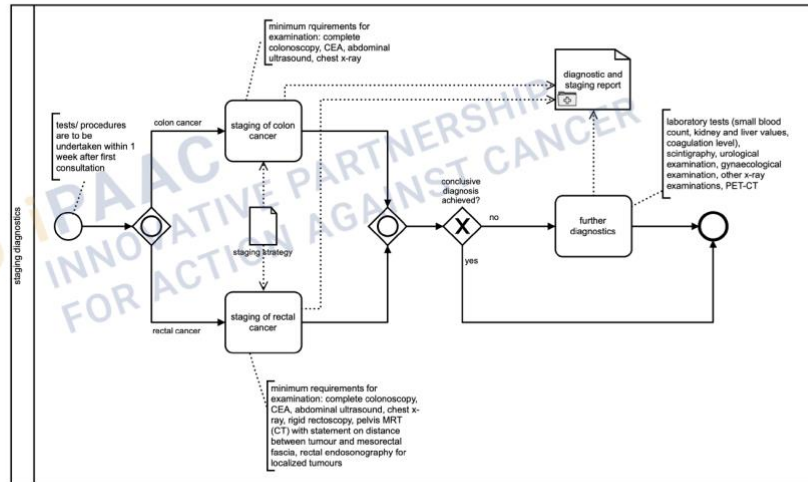
W ramach pilotażu stworzono następujące rodzaje ścieżek:

- ścieżki tzw. pilotażowe – były stworzone na początku pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej przez różne zespoły, stąd nie są ujednolicone,
- ścieżki powstałe na potrzeby raportu z pilotażu KSO, powstały na podstawie ścieżek z zaleceń Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej – publikowane na stronach <http://onkologia.zalecenia.med.pl/>,

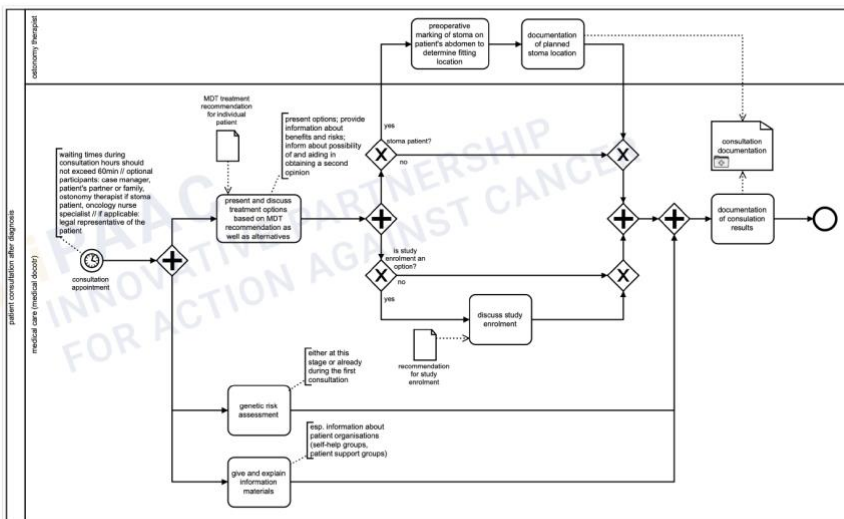
- ścieżka raka jelita grubego wykonana w ramach projektu iPAAC, przy współpracy Uniwersytetu Technicznego z Drezna w normie BPMN 2.0, obejmuje zalecenia organizacyjne i medyczne, zawiera mierniki jakości, jako integralną część ścieżki.

### Ścieżka w raka jelita grubego iPAAC stosowana w pilotażu KSO





**CRC patient pathway template for CCCNs**  
**Detailed subprocess „staging diagnostics“**  
 Status: pre-final  
 Date: 06.04.2020  
 Contacts: Hannes Schlieter, Peggy Richter  
 {hannes.schlieter|peggy.richter2}@tu-dresden.de)



**CRC patient pathway template for CCCNs**  
**Detailed subprocess „patient consultation after diagnosis“**  
 Status: pre-final  
 Date: 06.04.2020  
 Contacts: Hannes Schlieter, Peggy Richter  
 {hannes.schlieter|peggy.richter2}@tu-dresden.de)



## Wyniki wdrożenia pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej – wybrane mierniki i wskaźniki

### Liczba pacjentów włączonych do pilotażu

Wykaz liczby zgód na udział w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w poszczególnych województwach od 01.02.2019 r. W województwie dolnośląskim i świętokrzyskim oraz od 02.10.2019 r. Województwie pomorskim i podlaskim do 31.12.2021 r.

WOJEWÓDZTWO	PACJENCI Z WOK	PACJENCI SPOZA WOK	LICZBA UNIKALNYCH PACJENTÓW RAZEM
DOLNOŚLĄSKIE	6029	9112	15141
ŚWIĘTOKRZYSKIE	4805	141	4927
PODLASKIE	2152	208	2350
POMORSKIE	2173	2288	4447

### Liczba konsyliów w WOK na zlecenie ośrodków I i II poziomu (województwo dolnośląskie, WOK – DCO)

			IV kwartał	Rok 2021	
lp.	wskaźnik	dodatkowe informacje	wynik (od początku pilotażu do 31.12)		UWAGI
	liczba porad i konsultacji przeprowadzonych przez wojewódzki ośrodek koordynujący oraz (Bez tytułu) pracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny na zlecenie ośrodków współpracujących I i II poziomu	<i>Nie dotyczy zleczanych konsyliów- wypełnia tylko WOK</i>	169		Radioterapeuci DCO uczestniczą w ok. 80% konsyliów realizowanych w rejonie Dolnego Śląska – Filie, ośrodki współpracujące.

### STATYSTYKI DOTYCZĄCE DANYCH O STOPNIU ZAAWANSOWANIA (analiza danych z pilotażu w województwie dolnośląskim MZ/NFZ)

OBSZAR WERYFIKACJI	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	ŁĄCZNIE
ODSETEK PACJENTÓW, DLA KTÓRYCH PRZEKAZANO TNM	76,4%	76,4%	74,7%	64,6%	83,1%	73,2%	73,1%	74,8%



Liczba połączeń na infolinii onkologicznej

LICZBA POŁĄCZEŃ POSZCZEGÓLNYCH CALL CENTER I BRAMKĄ INTERNETOWĄ DANE Z WOK-DCO			
ROK	POŁĄCZENIA CC DCO	POŁĄCZENIA CC PILOTAŻ	ZGŁOSZENIA ONKOSCOPE
02.2019-12.2019	61150	2339	122
01.2020-12.2020	79338	17956	576
01-2021-12.2021	72683	20448	656
SUMARYCZNIE	213171	40743	1354

F\_2 ODSETEK ZGONÓW W OKRESIE 30 DNI OD DNIA PRZEPROWADZENIA ZABIEGU  
OPERACYJNEGO - RAK JELITA GRUBEGO

DANE NARASTAJĄCE 2019-2021				
ST. ZAAWANSOWANIA	I stopień	II stopień	III stopień	IV stopień
WOK	1/146	2/138	3/349	3/139
	0,7%	1,4%	0,9%	2,2%
II POZIOM	6/140	5/209	10/333	10/114
	4,3%	2,4%	3%	8,8%
I POZIOM	0/12	0/16	0/21	0/15
	0%	0%	0%	0%

F\_8 ODSETEK ŚWIADCZENIOBIORCÓW, KTÓRZY OTRZYMALI CHEMIOTERAPIĘ W TRYBIE  
HOSPITALIZACJI STACJONARNEJ - RAK PIERSI

DANE NARASTAJĄCE		
STAN OGÓLNY	WHO 0-2	WHO 3-4
WOK	68/13626	0/40
	0,5%	0%
II POZIOM	1078/6599	2/5
	16,3%	40%
I POZIOM	98/137	-
	71,5%	-

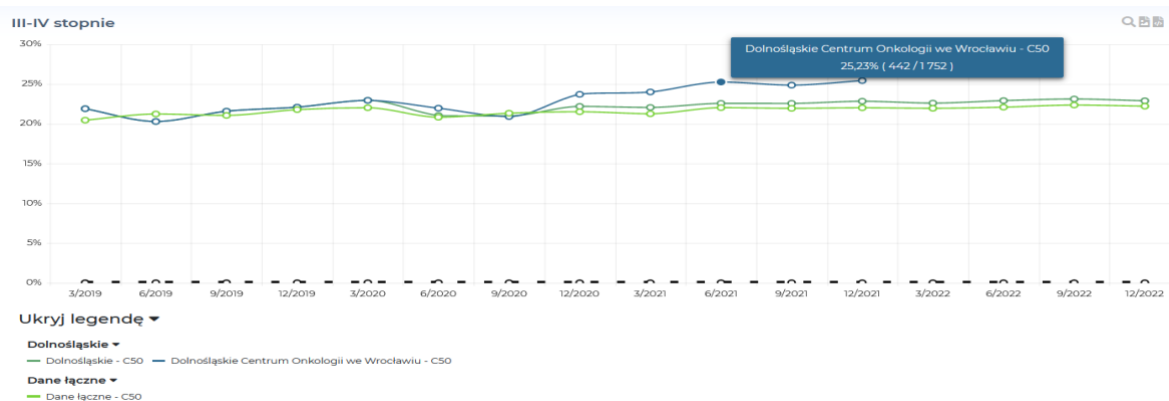
### F\_9 ODSETEK ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z III I IV STOPNIEM ZAAWANSOWANIA NOWOTWORU - RAK PŁUCA

DANE NARASTAJĄCE 2019-2021			
ST. ZAAWANSOWANIA	III-IV STOPIEŃ	III STOPIEŃ	IV STOPIEŃ
WOK	235/291	88/291	147/291
	80,8%	30,2%	50,5%
II POZIOM	1402/1987	731/1987	671/1987
	70,5%	36,8%	33,8%
I POZIOM	133/139	71/139	62/139
	95,7%	51,1%	44,6%

### F\_9 ODSETEK ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z III I IV STOPNIEM ZAAWANSOWANIA NOWOTWORU - RAK PIERSI

DANE NARASTAJĄCE 2019-2021			
ST. ZAAWANSOWANIA	III-IV STOPIEŃ	III STOPIEŃ	IV STOPIEŃ
WOK	235/291	88/291	147/291
	80,8%	30,2%	50,5%
II POZIOM	1402/1987	731/1987	671/1987
	70,5%	36,8%	33,8%
I POZIOM	133/139	71/139	62/139
	95,7%	51,1%	44,6%

### F\_9 ODSETEK ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z III I IV STOPNIEM ZAAWANSOWANIA NOWOTWORU RAK PIERSI





F\_16 ODSETEK ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z NOWOTWOREM ODBYTNICY, U KTÓRYCH ZASTOSOWANO RADIOTERAPIĘ PRZEDOPERACYJNĄ - RAK JELITA GRUBEGO

DANE NARASTAJĄCE		DANE PRZYROSTOWE		
	III stopień	III stopień		
	2019-2021	2019	2020	2021
WOK	72/87	19/22	22/27	31/38
	82,8%	86,4%	81,5%	81,6%
II POZIOM	44/81	-	20/46	24/35
	54,3%	-	43,5%	68,6%
I POZIOM	3/3	-	-	3/3
	100%	-	-	100%

F\_30 ODSETEK ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z NOWOTWOREM NACIEKAJĄCYM O ŚREDNICY NIE PRZEKRACZAJĄCEJ 3 CM (ROZMIAR CAŁKOWITY, W TYM KOMPONENT DCIS; PO WYKLUCZENIU PACJENTÓW Z MUTACJAMI BRCA1 I BRCA2) PODDANYCH LECZENIU OSZCZĘDZAJĄCEMU - RAK PIERSI

DANE NARASTAJĄCE 2019-2021	
WOK	485/583
	83,2%
II POZIOM	346/494
	70%
I POZIOM	16/21
	76,2%

F\_5 ODSETEK ŚWIADCZENIOBIORCÓW WYMAGAJĄCYCH PONOWNEJ HOSPITALIZACJI Z POWODU POWIKŁAŃ PO LECZENIU CHIRURGICZNYM - RAK JAJNIKA

DANE NARASTAJĄCE 2019-2021	
WOK	4/300
	1,3%
II POZIOM	0/64
	0%
I POZIOM	-
	-

**F\_11.2 ODSETEK ŚWIADCZENIOBIORCÓW, U KTÓRYCH WYKONANO BADANIA GENETYCZNE I MOLEKULARNE CZYNNIKÓW PREDYKCYJNYCH. BADANIA MOLEKULARNE (ŁĄCZNIE): MUTACJA AKTYWUJĄCA W GENIE EGFR, REARANŻACJA GENÓW ALK I/LUB ROS1 I/LUB IMMUNOHISTOCHEMICZNA OCENA EKSPRESJI PD-L1. - RAK PŁUCA**

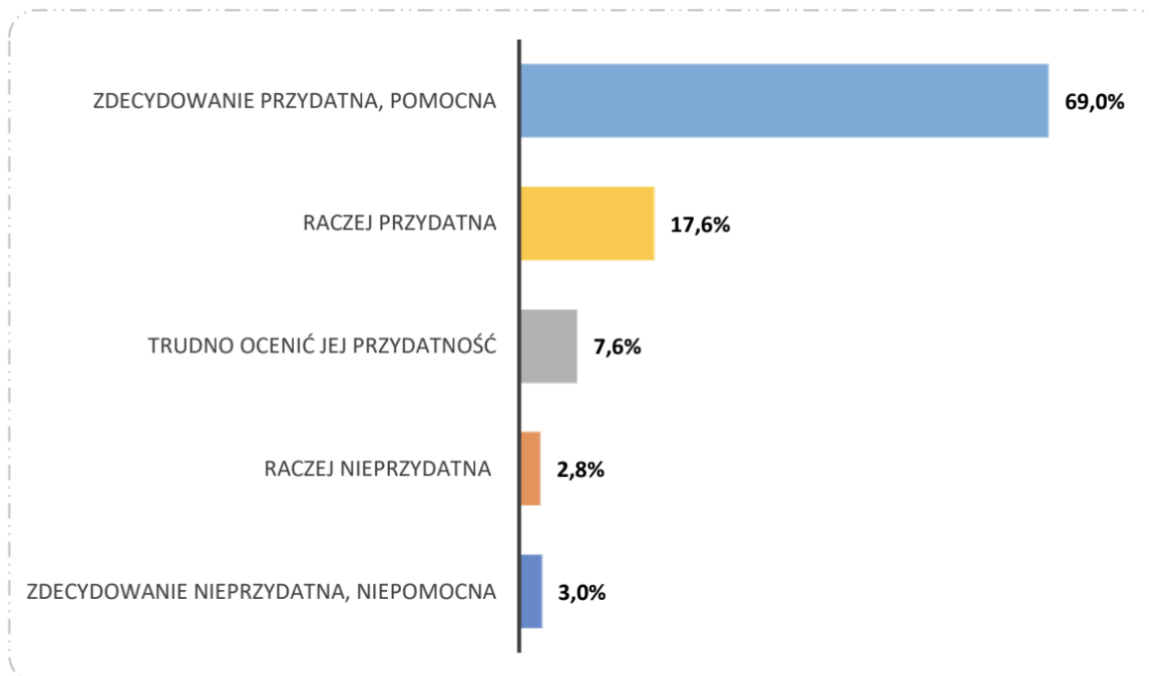
DANE NARASTAJĄCE 2019-2021			
		III STOPIEŃ	IV STOPIEŃ
WOK		12/61	55/87
	%	19,7%	63,2%
II POZIOM		52/124	61/107
	%	41,9%	57%
I POZIOM		15/40	9/17
	%	37,5%	52,9%

**Dane z ankiet profilaktycznych pacjentów onkologicznych**

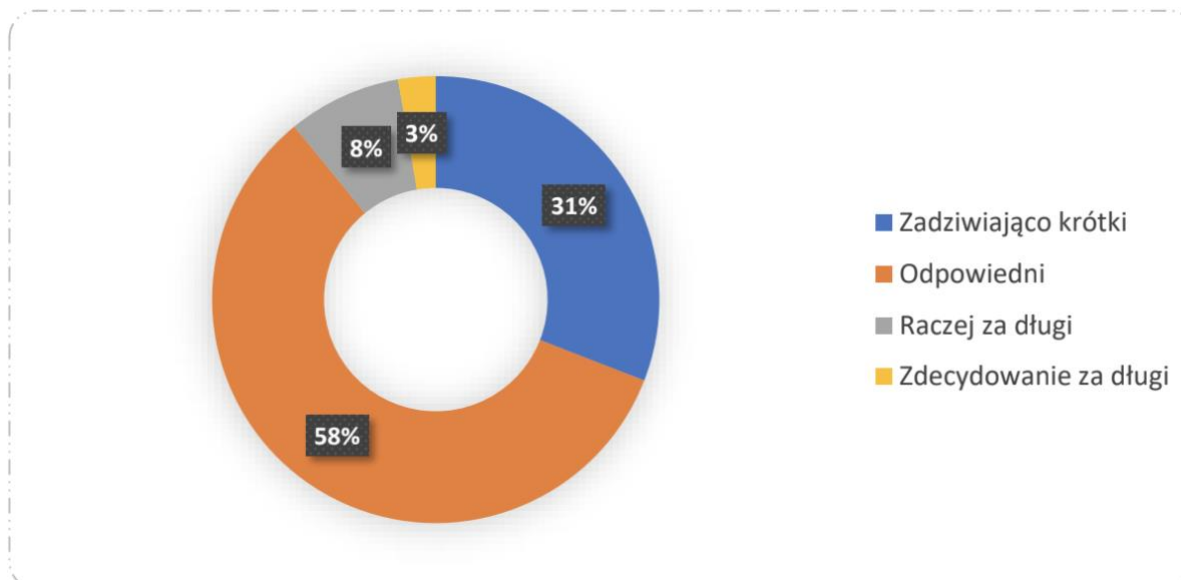
Zestawienie ilości ankiet wprowadzanych do systemów obsługujących pilotaż tj. pierwotnie PANORAMA, a następnie OncoReports, w podziale na Poziom referencyjności ośrodków oraz rozpoznania pilotażowe. Zakres czasu dotyczy 01.02.2019 do 31.12.2021r.

	Zestawienie ilości wypełnionych Ankiety Profilaktycznych w latach 2019-2021 w podziale na rozpoznania i poziomy referencyjności ośrodków														
	ANKIETA – GRUCZOŁ KROKOWY			ANKIETA – JAJNIK			ANKIETA – JELITO GRUBE			ANKIETA – PIERŚ			ANKIETA – PŁUCO		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
I POZIOM	10	83	70				9	80	55		9	27	28	3	3
II POZIOM	184	522	407	9	59	30	161	531	543	229	730	682	709	988	1135
WOK	194	380	623	133	86	86	320	406	503	681	820	1079	89	87	231
Suma końcowa	388	985	1100	142	145	116	490	1017	1101	910	1559	1788	826	1078	1369

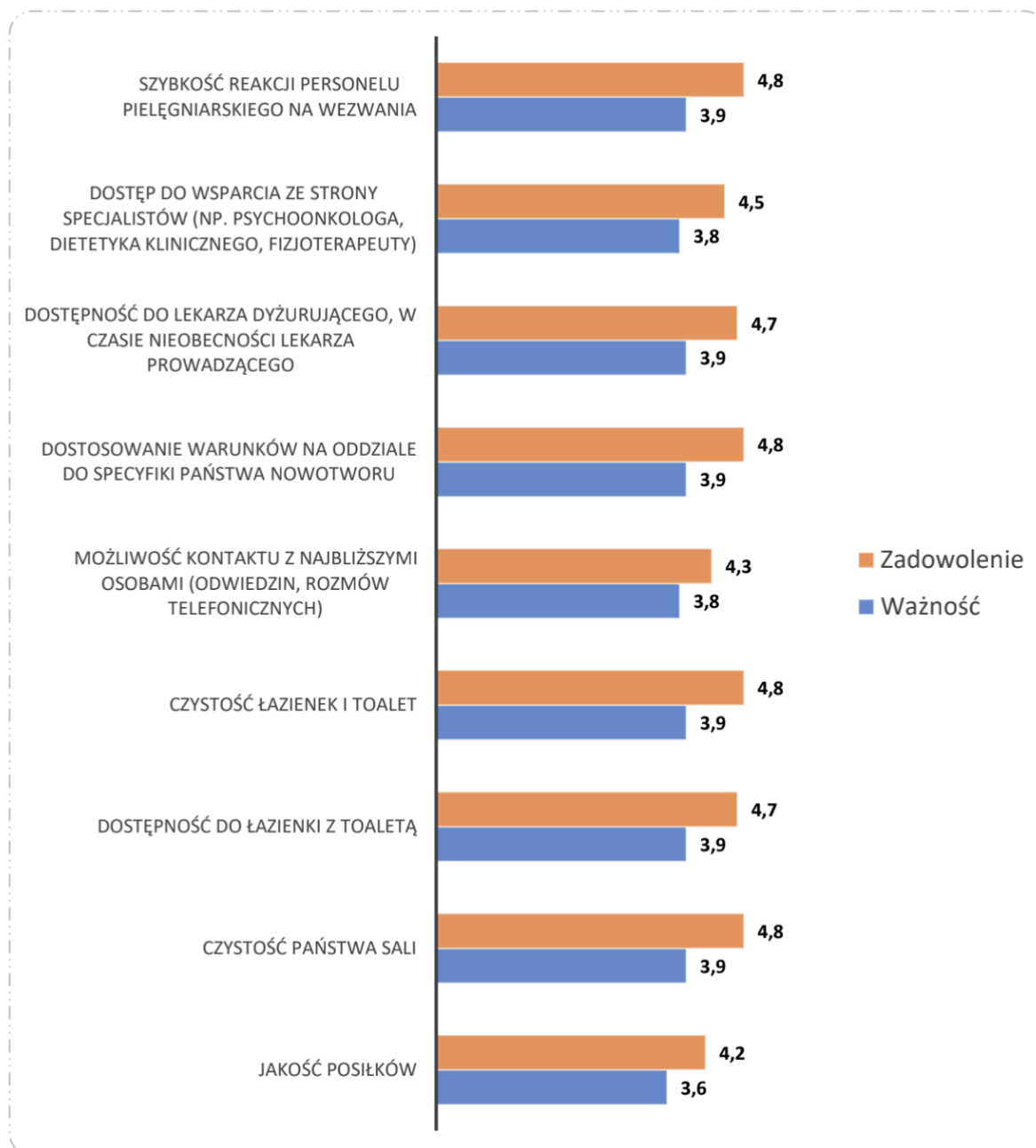
Ocena pacjentów przydatności infolinii onkologicznej – wyniki ankiety satysfakcji pacjentów



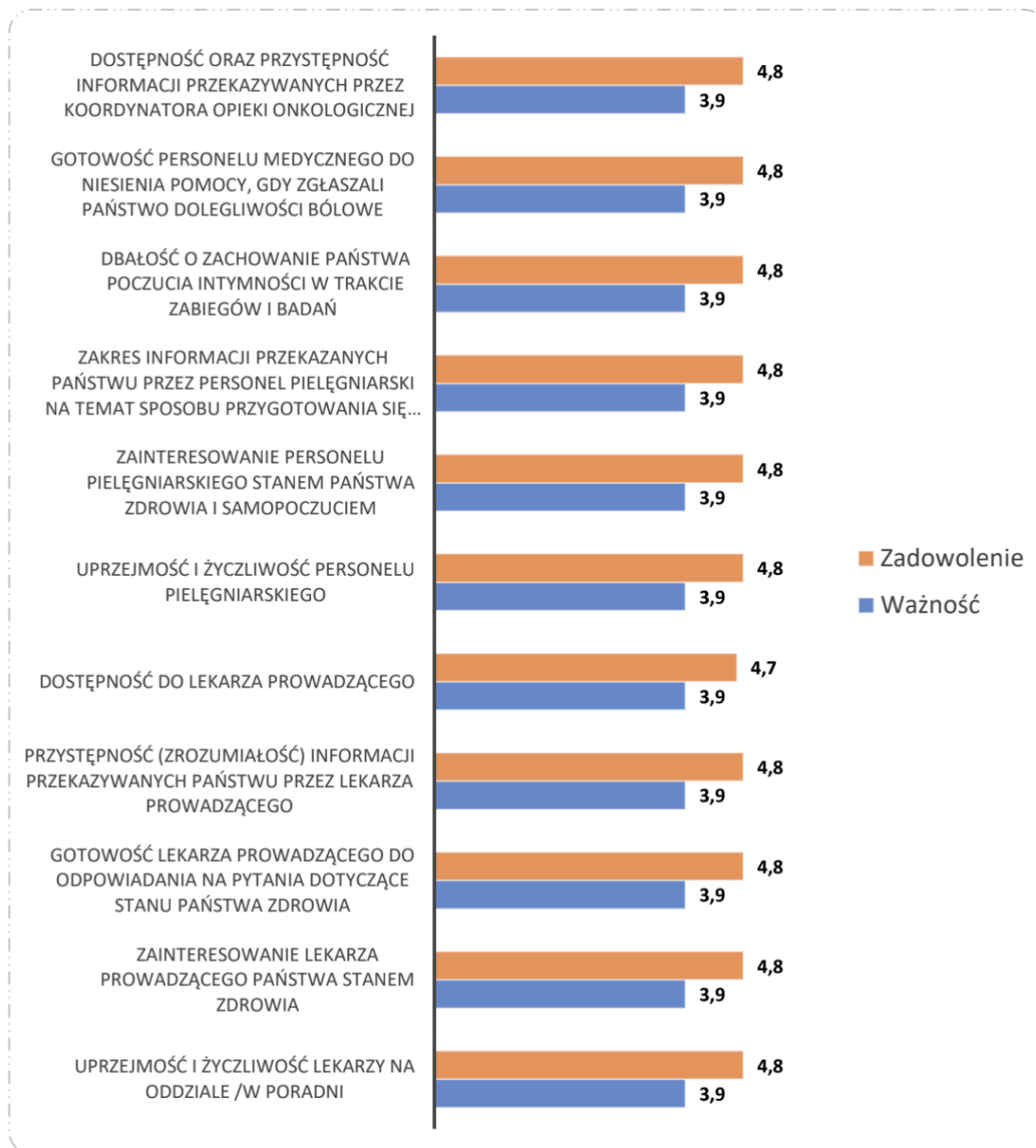
Jak Pani/Pan ocenia czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne udzielane w ramach pilotażu? - wyniki ankiety satysfakcji pacjentów



## Ocena pobytu w szpitalu – infrastruktura i organizacja leczenia - wyniki ankiety satysfakcji pacjentów



## Ocena opieki medycznej - wyniki ankiety satysfakcji pacjentów



## Wstępna ocena dotychczasowych wyników pilotażu oraz wpływu na organizację, jakość i efektywność opieki onkologicznej.

Wdrożenie programu pilotażowego Krajowej sieci Onkologicznej – a dokładniej kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej wraz z systemem monitorowania jej jakości – jest długotrwałym procesem wymagającym zaangażowania wszystkich uczestników opieki onkologicznej. Począwszy od zmian strukturalnych i organizacyjnych aż po zmiany służące monitorowaniu jakości.

Proces wdrażania pilotażu KSO rozpoczął się w lutym 2019 r. i wymagał od szpitali uczestniczących w pilotażu zmiany dotychczasowego paradygmatu systemu onkologicznego na rzecz realnej współpracy w celu zapewnienia pacjentom kompleksowej, zgodnej ze standardami opieki. Wymagał również pełnej digitalizacji danych medycznych w celu skutecznego monitorowania jakości opieki.

Niewątpliwym sukcesem pilotażu jest standaryzacja różnych etapów opieki nad pacjentami – zaimplementowana we wszystkich ośrodkach uczestniczących w pilotażu na terenie województwa. Dało to możliwość gromadzenia wystandaryzowanych danych na temat przebiegu diagnostyki i leczenia pacjentów, a co najważniejsze – jakości realizowanych procedur.

W ramach pilotażu wprowadzono szereg innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych i informatycznych:

- uruchomiono wojewódzką infolinię onkologiczną,
- zapewniono koordynatora na każdym etapie opieki (pojawia się na wcześniejszym etapie niż w pakiecie onkologicznym),
- wprowadzono standaryzację procesu diagnostyki i leczenia pacjenta onkologicznego (opracowano ścieżki dla pacjentów, protokół badania histopatologicznego, szablony radiologiczne, wzór karty konsylium do oceny kompletności diagnostyki onkologicznej, wzór wytycznych dokumentacji do konsyliów),
- wprowadzono analizę kompletności diagnostyki oraz histopatologii,
- wprowadzono standaryzację i automatyzację konsylium przedterapeutycznego,
- wprowadzono ustandaryzowane ankiety satysfakcji pacjenta,
- zdigitalizowano dane medyczne pacjentów,
- wprowadzono pierwszy ściśle zaplanowany system monitorowania jakości w onkologii w Polsce,

Wśród ocenianych elementów pilotażu szczególną rolę należy nadać koordynatorom pacjentów onkologicznych, którzy – jak wynika z doświadczenia uczestników pilotażu – dzięki

nowym, znacznie szerszym kompetencjom stanowią fundament koordynowanej opieki onkologicznej. Koordynator w ramach sieci onkologicznej zyskał znaczenie na dwóch poziomach koordynacji:

1. poziomej – w ramach jednego podmiotu leczniczego, wspierając pacjenta już do etapu diagnostyki aż do obserwacji po leczeniu,
2. pionowej – w ramach całego województwa, wspierając pacjenta w realizacji diagnostyki i terapii w różnych podmiotach leczniczych realizujących różne etapy opieki.

Za dużą wartość pilotażu należy uznać również uregulowanie pracy konsyliów interdyscyplinarnych – zarówno w zakresie przygotowania niezbędnej dokumentacji, jak i w zakresie wsparcia ośrodków o niższej referencyjności w organizacji konsyliów w pełnym składzie. Należy podkreślić, że z punktu widzenia pacjenta decyzja wielodyscyplinarna jest zawsze najlepsza i jest podstawą właściwej ścieżki terapeutycznej.

Największą innowacją systemową, która powstała w ramach pilotażu jest system monitorowania jakości, który niemalże w czasie rzeczywistym obrazuje ścieżkę pacjenta i wskazuje, czy przebiega ona w sposób prawidłowy. System zapewnia możliwość automatyzacji procesów przekazywania oraz analizy danych. Wszystkie informacje trafiają do centralnej hurtowni danych. Na podstawie gromadzonych danych wyliczane są mierniki oraz wskaźniki określone w rozporządzeniu, które trafiają do centralnego repozytorium wyników, umożliwiając analizę wskazań jakościowych dla każdego ośrodka z osobna oraz porównanie wyników dla wszystkich szpitali. W systemie gromadzone są informacje o stopniu zaawansowania choroby nowotworowej wg klasyfikacji TNM (cTNM, pTNM i rTNM), stanie ogólnym pacjenta według klasyfikacji WHO i wystandaryzowana ocena badania histopatologicznego i molekularnego. Bez uwzględnienia choćby TNM 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.

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.

Wdrożony system zbierania i przepływu danych daje możliwość analizy prawdziwych, występujących realnie ścieżek pacjentów. Umożliwia to stałe monitorowanie różnic w dostępie do optymalnej opieki onkologicznej w zależności od miejsca zamieszkania i rodzaju



świadczonodawcy, np. w zakresie czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty, odpowiedniego dla danego typu nowotworu.

Ciągłość gromadzenia danych (baza danych zawiera dane z trzech lat) daje możliwość analizy historycznych ścieżek pacjentów i wskazania, jakie ścieżki proponowano w danych rozpoznaniach. Każda ścieżka ma przypisane konsekwencje, dlatego można wskazać plan leczenia o historycznie najlepszych właściwościach. Dzięki kompletnej hurtowni danych mamy możliwość prześledzenia indywidualnych przypadków, aż do poziomu szczegółowych notatek lekarskich. Można analizować również jakie ścieżki historycznie były proponowane pewnej homogenicznej grupie pacjentów, np. pacjentom z nowotworem C50 w stopniu zaawansowania I.

Podsumowując, w pilotażu udowodniono, że jest możliwe zbieranie tych danych i realna ocena jakości opieki onkologicznej. Nie jest to prosty proces, na początku wymaga nakładu dodatkowej pracy, chociażby poświęconej zrozumieniu istoty tego procesu, ale z czasem ulega automatyzacji i przede wszystkim szybko przynosi efekty – umożliwia w czasie rzeczywistym obserwację, czy działalność podmiotów leczniczych poprawia sytuację pacjentów onkologicznych.

Wybrane efekty pilotażu:

- każdy pacjent otrzymał wsparcie koordynatora – co ważne – już od etapu rozpoznania choroby nowotworowej, przez udział w konsylium, aż do obserwacji po zakończonym leczeniu.
- pilotaż dał możliwość zdefiniowania obciążenia pacjentami pojedynczego koordynatora (przetestowano model, w którym co miesiąc koordynator obejmował opiekę nad 40 nowymi pacjentami)
- konsylia wielodyscyplinarne objęły większą liczbę pacjentów
- szpitale zidentyfikowały braki w gromadzonych danych które były niezbędne do przeprowadzenia wyliczeń mierników
- ograniczono rozdrobienie systemów zbierających informacje medyczne
- wdrożono wzory protokołów badań opisowych, z których duża część była wykorzystywana do wyliczenia mierników – warto zaznaczyć, że dotychczasowe opisywanie badania czystym tekstem uniemożliwiało bowiem wykorzystanie tych informacji do wyliczeń.
- dotychczasowa bardzo złożona struktura danych oraz rozproszone źródła informacji wydłużyły prace nad optymalnym modelem informatycznym gromadzenia danych – dla osiągnięcia pożądanego efektu przeprowadzono wiele testów

- wystandaryzowano gromadzone informacje i osiągnięto transparentność wyliczeń oraz wykluczono zjawisko powielania/dublowania informacji
- stworzony system informatyczny umożliwił wprowadzanie informacji przez ośrodki współpracujące, co po raz pierwszy dało szansę na kompleksową ocenę jakości opieki onkologicznej na poziomie wojewódzkim
- opracowano narzędzie, które nie tylko umożliwia wprowadzanie danych, ale również ich wizualizację, przeglądanie, modyfikowanie i eksportowanie – daje to możliwość analizy jakości opieki onkologicznej w czasie rzeczywistym i adekwatne reagowanie na wszelkie zmiany w poziomach mierników i wskaźników
- przyspieszono gromadzenie danych w czasie rzeczywistym i w przypadku pacjentów onkologicznych zakwalifikowanych do pilotażu, informacje kliniczne pozyskiwane są każdego dnia i gromadzone w centralnej hurtowni danych, nie ma wobec tego konieczności czekania często kilku lat, aby wykonać analizy w zakresie jakości leczenia, czy też podstawową statystykę ilościową dla leczonych pacjentów
- uruchomiono narzędzie, gdzie gromadzone są wszystkie wyliczone wartości mierników z podziałem na analizowany okres, trend miernika, typ nowotworu, stopień zaawansowania, ośrodek oraz region, a także funkcjonujące jako platforma, która umożliwia porównanie ze sobą wartości mierników między szpitalami oraz województwami objętymi pilotażem
- wdrożone rozwiązania IT w ramach pilotażu można w przyszłości przekształcić w centralną bazę danych klinicznych pacjentów onkologicznych w zakresie nowotworów koordynowanych w ramach KSO (możliwe funkcje: 1. Zarządzanie jakością kliniczną na poziomie szpitala i oddziałów oraz 2. przegląd akredytacyjny, 3. utransparentniona platforma informacyjna - tak na poziomie szpitala jak i rejestrów centralnych)
- dzięki uzyskaniu jednorodnego zbioru danych możliwe jest dzisiaj wykonywanie szeregu bardzo zaawansowanych analiz na niespotykaną dotychczas skalę jakie nie były możliwe w sytuacji, gdy gromadzone dane były głównie danymi opisowymi
- dzięki wypracowanym standardom gromadzenia jednorodnych danych możliwe staje się szczegółowe modelowanie ścieżek leczenia pacjentów oraz porównywanie efektów terapeutycznych z uwzględnieniem kosztów dla każdej grupy pacjentów i ośrodków

Rozwiązania zastosowane w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej zostały pozytywnie ocenione przez audytorów inicjatywy iPAAC (*The Innovative Partnership for Action Against Cancer*), którzy wskazali, że pilotaż KSO jest inicjatywą konwergentną do tzw. Sieci Kompleksowej Opieki Onkologicznej (CCCN – *Comprehensive Cancer Care Network*). Warto dodać, że dla celów wyliczenia mierników iPAAC w raku jelita grubego i trzustki wykorzystano System Monitorowania Jakości stworzony w ramach Pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. W opinii

audytorów zastosowana w pilotażu automatyzacja zbierania danych jest 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 digitalizacja,
- ustrukturyzowane opisy badań diagnostycznych (histopatologicznych i radiologicznych),
- wystandaryzowane ankiety satysfakcji pacjentów, a także tworzenie ich przy współudziale organizacji pacjentów.

Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej zajął także II miejsce w międzynarodowym konkursie Value Based Health Care Grants&Endorsement 2021 w kategorii ENDORSMENT.

## Wnioski i spostrzeżenia na przyszłość. Słabe i mocne strony pilotażu

Najbardziej wartościowe z pilotażu są rekomendacje dla wdrażania rozwiązań w całym kraju – przeprowadzenie pilotażu pomoże uniknąć problemów, które pojawiły się na etapie jego realizacji. Ponadto w ramach pilotażu wykonano ogromną pracę nad opracowaniem schematów postępowania w różnych obszarach, które z powodzeniem można zaimplementować w innych województwach, co znacznie przyspieszy i ułatwi wprowadzanie nowego modelu opieki onkologicznej.

Najważniejszą rekomendacją jest wprowadzanie mierników stopniowo i zróżnicowanie ich liczby w zależności od poziomu referencyjnego ośrodka. Wdrożenie efektywnego ogólnopolskiego systemu monitorowania jakości opieki onkologicznej jest ogromnym przedsięwzięciem, a przede wszystkim nowym procesem, którego muszą nauczyć się wszyscy uczestnicy systemu opieki onkologicznej. Wprowadzanie mierników i wskaźników jakości opieki onkologicznej etapami pozwoli na stopniowe przystosowywanie się placówek medycznych do raportowania danych, a także umożliwi Narodowemu Funduszowi Zdrowia sukcesywną analizę i ocenę spływających danych. Przy wdrażaniu systemu oceny jakości opieki onkologicznej należy korzystać z doświadczeń ośrodków, które wzięły udział w pilotażu KSO, w tym w szczególności z „Białej Księgi mierników i wskaźników opieki onkologicznej”, która szczegółowo opisuje, jakie dane należy raportować, aby możliwe było obliczenie wystandaryzowanych mierników i wskaźników. Szczegółowe rekomendacje przedstawiono w kolejnym podrozdziale.

Najważniejsze wnioski wynikające z realizacji pilotażu KSO:

1. KONIECZNOŚĆ BUDOWY STRUKTURY WSPÓŁPRACY REGIONALNEJ W RAMACH SIECI ONKOLOGICZNEJ– wyznaczenie przedstawicieli, osób odpowiedzialnych za współpracę w zakresie klinicznym (lekarzy), organizacyjnym (koordynatorów) i raportowania danych (np. przedstawicieli działów analiz i rozliczeń).
2. KONIECZNOŚĆ UTWORZENIA REPOZYTORUM DANYCH ONKOLOGICZNYCH W ŁĄCZNOŚCI Z SYSTEMEM AP DiLO. System ten powinien stać się także narzędziem wspomagającym pracę koordynatorów pacjentów onkologicznych.
3. ROZPOCZĘCIE BUDOWY SYSTEMU MONITOROWANIA DANYCH OD TZW. DANYCH PODSTAWOWYCH - daty pierwszego rozpoznania histopatologicznego, stopnia zaawansowania TNM/FIGO (wraz z prefixami p, c, r), grupy ryzyka w raku gruczołu
4. krokowego oraz oceny stanu ogólnego pacjenta wg klasyfikacji WHO. Pozwoli to także na oddzielenie przypadków noworozpoznanych od wznów oraz monitorowanie
5. liczby wznów i przerzutów odległych.

6. ROZWIJANIE STANDARYZACJI DOKUMENTACJI, W TYM PRZEDZIE WSZYSTKIM OPISÓW BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH I RADIOLOGICZNYCH W FORMIE DOSTĘPNEJ NA e-PORTALU.
7. UTRZYMANIE STRUKTURY ANKIET SATYSFAKЦИИ Z OCENĄ WAŻNOŚCI PYTAŃ PRZEZ PACJENTA. Warto rozpocząć digitalizację ankiet satysfakcji i określić kilka punktów odbioru ankiet, aby poprawić ich zdawalność.

Dzięki doświadczeniom zebranych podczas realizacji pilotażu określono również bariery w skutecznym wprowadzaniu nowego modelu opieki. Należy do nich zaliczyć przede wszystkim:

- brak centralnych, wystandaryzowanych narzędzi do agregacji i zbierania danych, niezbędnych do wyliczenia mierników i wskaźników, konieczne było wytworzenie wewnętrznych zasad zbierania danych (OncoReports),
- brak wytycznych dot. zasad wyliczania mierników czy wskaźników, konieczne było samodzielne opracowanie przez WOK zasad ich wyliczania poprzez stworzenie kart mierników (definicji każdego licznika i mianownika),
- konieczność wytworzenia dodatkowych danych statystyczno-klinicznych w systemach HIS, które były niezbędne do wyliczenia mierników i wskaźników,
- brak współpracy ze strony wszystkich podmiotów uczestniczących w pilotażu, w szczególności w zakresie raportowania danych do wspólnego systemu monitorowania jakości,
- zmienność słowników świadczeń po stronie płatnika wpływała na wyliczanie wartości wybranych mierników.

