



Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Opinia Rady Przejrzystości

nr 330/2018 z dnia 17 grudnia 2018 roku

w sprawie oceny propozycji kompleksowych zmian o charakterze systemowym w organizacji diagnostyki nowotworu płuca wraz z proponowaną organizacją leczenia w tym zakresie: „Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworu płuca”

Rada Przejrzystości uznaje za zasadne zmiany o charakterze systemowym w organizacji diagnostyki nowotworu płuca wraz z proponowaną organizacją leczenia w tym zakresie: „KOMPLEKSOWA OPIEKA ONKOLOGICZNA – MODEL ORGANIZACJI DIAGNOSTYKI I LECZENIA NOWOTWORU PŁUCA”, pod warunkiem uwzględnienia zgłoszonych przez Radę uwag, a także oceny następstw wdrożenia modelu w kontrolowanym programie pilotażowym.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Podstawą podjęcia prac Agencji stanowiło zlecenie Ministra Zdrowia, dotyczące opracowania w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej w między innymi raka płuca, w odpowiedzi na: zidentyfikowane problemy w obszarze diagnostyki raka płuca (oczekiwane zwiększenie udziału rozpoznań we wczesnym stadium choroby w ogólnej liczbie nowych przypadków tego nowotworu); potrzebę poprawy jakości i skuteczności diagnostyki (oczekiwana poprawa schematów postępowania klinicznego i organizacji diagnostyki w celu zwiększenia odsetka rozpoznań wczesnych stadiów choroby oraz wprowadzenie skutecznego systemu szybkiej diagnostyki); konieczność poprawy jakości i skuteczności leczenia poprzez prowadzenie diagnostyki i leczenia w wyspecjalizowanych jednostkach w sposób skoordynowany (oczekiwana poprawa jakości życia chorych na każdym etapie choroby).

Przedmiotem opinii była zatem ocena zasadności zmian w organizacji i wdrożenia przedstawionych propozycji rozwiązań w zakresie: 1) modelu organizacji udzielania świadczeń onkologicznych w wyspecjalizowanych jednostkach – „centrach kompetencji/doskonałości” określanych inaczej jako Lung Cancer Unit, w ramach którego prowadzona byłaby zarówno diagnostyka



jak i terapia chorych z rakiem płuca; 2) projektu warunków realizacji świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych w ramach kompleksowej opieki onkologicznej – rozumianej jako całościowej organizacji działań nad pacjentem związanych z procesem diagnostyczno - leczniczym; 3) projektu mierników oceny diagnostyki i leczenia - przygotowanych na podstawie zaleceń (w odniesieniu do struktury, procesów i wyników).

W kontekście przedstawionego problemu decyzyjnego należy odnotować przyjęcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, określającego program pilotażowy, którego celem jest ocena organizacji, jakości i efektów modelu opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej.

W proponowanym modelu należy zagwarantować dostęp do wszystkich uznanych metod diagnostyki i leczenia nowotworów płuca, w tym leczenia chirurgicznego, systemowego oraz za pomocą napromieniania.

Dowody naukowe

Systematyczne przeglądy piśmiennictwa wskazują na większą skuteczność skoordynowanego podejścia wielodyscyplinarnego do terapii raka płuca, w postaci skrócenia procesu diagnostycznego, a w niektórych analizach także poprawy rocznej przeżywalności. Skuteczność takiego podejścia potwierdzają także wdrożenia opieki skoordynowanej w tym zakresie w niektórych krajach europejskich z towarzyszącą z poprawą rokowania w tej jednostce chorobowej. Należy jednak podkreślić, że skuteczność ta została udowodniona w jednostkach, które zagwarantowały dostęp do pełnej diagnostyki i leczenia nowotworów (w tym pełny dostęp do wszystkich technik napromieniania).

Problem ekonomiczny

Brak jest precyzyjnego oszacowania skutków finansowych proponowanych zmian dla płatnika publicznego – NFZ. Zmiany ścieżek diagnostycznych i terapeutycznych polegające na przechodzeniu chorych do centrów doskonałości będą najprawdopodobniej związane ze zwiększeniem kosztów. Wdrożenie nowych pakietów świadczeń, szczególnie diagnostycznych, będzie wymagało przeprowadzenia procesu taryfikacji świadczeń. Ostateczna ocena skutków zmian będzie możliwa po przeprowadzeniu badania pilotażowego.

Dostępne w systemie zasoby są niewystarczające dla realizacji modelu zgodnie z założeniami. W szczególności z dostępnych danych wynika, że liczba wykonywanych badań diagnostycznych w różnych zakresach i czas oczekiwania na są niedostateczne w stosunku do zapotrzebowania. Wdrożenie systemu, zgodnie z wyznaczonymi ścieżkami postępowania, będzie wymagało zwiększenia nakładów.

Proponowana koordynacja kompleksowej opieki będzie wymagać dodatkowych nakładów, również z uwagi na konieczność nadzoru nad realizacją modelu

postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, a także przewidywane zmiany w alokacji części środków (w ramach planu finansowego NFZ) przeznaczonych na finansowanie świadczeń związanych z diagnostyką pomiędzy zakresami: leczeniem szpitalnym a ambulatoryjną opieką specjalistyczną.

Uwagi do modelu

1. W ramach programu pilotażowego, wyposażenie lekarza POZ w możliwość kierowania pacjentów, z podejrzeniem raka płuca, na tomografię komputerową, wykonywaną w certyfikowanych pracowniach TK.
2. Proponowany model powinien wytworzyć system certyfikacji pracowni diagnostyki obrazowej kompetentnych w zakresie diagnostyki onkologicznej.
3. Niezależnie od zapewnienia właściwej koordynacji w ramach centrów kompetencji niezbędne jest zapewnienie koordynacji programu pilotażowego jako całości (szczegółowe wskazanie umiejscowienia koordynatorów, zakresu ich kompetencji oraz posiadanych zasobów, na poziomach regionalnym i ogólnopolskim).
4. Ustalenie obowiązującego terminarza całości postępowania diagnostycznego, w przypadku pierwszorazowego diagnozowania raka płuca, określeniem maksymalnych czasów oczekiwania na poszczególne świadczenia.
5. Nazewnictwo i zarządzanie przewidywane w modelu powinno zostać ujednoczone z obowiązującymi w programie Krajowych Sieci Onkologicznych.

Główne argumenty decyzji

Systematyczne przeglądy piśmiennictwa wskazują na większą skuteczność skoordynowanego podejścia wielodyscyplinarnego do terapii raka płuca, w postaci skrócenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego a w jego następstwie do ewentualnej poprawy rokowania u chorych objętych opieką Lung Cancer Units. Należy podkreślić, że jednostki te muszą zapewnić dostęp do pełnej diagnostyki i wszystkich sposobów leczenia nowotworów płuca, z uwzględnieniem specjalistów z zakresu pulmonologii, torakochirurgii, onkologii klinicznej oraz radioterapii onkologicznej. Utworzenie kompleksowej opieki onkologicznej w modelu organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów płuca wpisuje się w koncepcję stworzenia Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Ośrodki Lung Cancer Unit mogą stanowić przykład jednostki organizacyjnej, określonej w dokumencie KSO jako „centrum kompetencji”.

Proponowane zmiany w organizacji wymagają oceny w programie pilotażowym ze względu na obecnie trudne do oszacowania skutki finansowo-organizacyjne proponowanych zmian.

Przedmiot zlecenia

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), w nawiązaniu do zlecenia Ministra Zdrowia, zawartego w piśmie 1323218.JCM z dnia 11.05.2018 r.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem opracowania analitycznego AOTMiT nr: WS.434.4.2018 „Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów płuca”. Data ukończenia: 5 grudnia 2018 oraz dodatkowego opracowania doradczego na potrzeby procesu wydania stanowiska Rady Przejrzystości nr WS.434.4.2018 WS.431.2.2018. „Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów płuca Zmiana technologii medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworu płuca”. Data ukończenia: 14 grudnia 2018 r.

Inne wykorzystane źródła danych:

1. Opinie ekspertów przedstawione w trakcie posiedzenia Rady Przejrzystości.