DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU
LECZYMY WIEDZĄ I SERCEM

POLSKIE TOWARZYSTWO ONKOLOGICZNE

Podsumowanie pilotażu sieci onkologicznej

Spotkanie Grupy Sterującej All.Can Polska, 10 grudnia 2020 r.

Dr hab. Adam Maciejczyk, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, , Kierownik Kliniki Radioterapii Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego,

AGENDA

- Pilotaż sieci onkologicznej – podstawy prawne, założenia, cele, elementy
- Wdrożenie systemu monitorowania procesów opieki medycznej w ramach pilotażu
- Przykładowe wartości mierników jakości opieki onkologicznej
- Podsumowanie

PILOTAŻ SIECI ONKOLOGICZNEJ

ZMIANY W ORGANIZACJI OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

KONCEPCJA ORGANIZACJI I FUNKCJONOWANIA KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ

(Tom I)

Dokument Zespołu Ministra Zdrowia ds. opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii

Warszawa, 29 czerwca 2018 r.

2018

DZIENNIK USTAW
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 27 grudnia 2018 r.

Poz. 2423

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia 13 grudnia 2018 r.

w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej

Na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy 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)]) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, zwany dalej „pilotażem".

2019

USTAWA

z dnia ……..20…. r.

o Krajowej Sieci Onkologicznej

2021?

Program wieloletni pn.

NARODOWA STRATEGIA ONKOLOGICZNA

na lata 2020-2030

[Krajowa Sieć Onkologiczna jednym z głównych zadań NSO]

Nadzór na KSO przez niezależne ciało złożone z MZ, NFZ, ekspertów (np. Narodowa Rada Onkologii)

Optymalizacja wydatków publicznego płatnika - koniec z rozdrobnieniem w onkologii

Transparentne warunki włączenia i wyłączenia szpitali do i z sieci

Stałe monitorowanie i systematyczny przegląd struktury - kto nie spełnia norm jest usuwany z sieci

Krajowa Sieć Onkologiczna

REFERENCYJNOŚĆ

Szpitale I-stopnia

Szpitale II-stopnia

Szpitale III-stopnia

Określenie kryteriów jakościowych i ilościowych do realizacji diagnostyki i leczenia dla każdego z poziomów referencyjności

Rejestry medyczne i mierniki - ujednolicenie metodyki zbierania danych i obliczania mierników

Realizacja specjalistycznych procedur onkologicznych w ośrodkach mających odpowiednie przygotowanie

Właściwa alokacja publicznych środków - płatność tym ośrodkom, które mają zapewniają jakość i bezpieczeństwo

Założenia na podstawie dokumentu "Koncepcja organizacji i funkcjonowania KSO"

ZAŁOŻENIA SIECI ONKOLOGICZNEJ

1. **PRZEJRZYSTA STRUKTURA** – szpitale są kwalifikowane do danego poziomu wg kompetencji i doświadczenia (po raz pierwszy stworzono zalążek referencyjności w onkologii).

2. **KOMPLEKSOWA I KOORDYNOWANA OPIEKA** – standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla 5 nowotworów (ścieżki postępowania, plany leczenia, wzory protokołów, szablonów).

3. **PO RAZ PIERWSZY: MIERZENIE JAKOŚCI** – powstały pierwsze rejestry narządowe służące do realnej oceny jakości opieki.

Bez mierzenia jakości nie bylibyśmy w stanie ocenić efektów zmian.

JAKIE SĄ CELE?

- Zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki onkologicznej,
- Wprowadzenie wytycznych leczenia i wskaźników efektywności z obowiązkiem raportowania,
- Zmniejszenie liczby powikłań,
- Poprawa wyników leczenia (wydłużenie czasu przeżycia chorych),
- Obniżenie kosztów całkowitych terapii, przy lepszych jej wynikach (np. wyeliminowanie dublowania zjawiska świadczeń),
- Poprawa wyceny procedur onkologicznych, w tym zabiegowych,
- Wprowadzenie modelu płatności za efekt, wyższą jakość i efektywność procedur diagnostycznych i terapeutycznych.

CELE SZCZEGÓŁOWE SIECI ONKOLOGICZNEJ

1. Skrócenie czasu oczekiwania na wizytę pierwszorazową **(cel: średnio do 5 dni).**
2. Skrócenie czasu oczekiwania na badanie diagnostyczne i wynik badania **(cel: do 14 dni - licząc od skierowania do otrzymania wyniku).**
3. Poprawa jakości diagnostyki onkologicznej **(cel: 100% pacjentów z prawidłowo postawioną diagnozą).**
4. Wymóg przeprowadzenia interdyscyplinarnego konsylium **(cel: 100% pacjentów z przeprowadzonym konsylium).**
5. Przestrzeganie aktualnych standardów leczenia **(cel: 100% pacjentów z najlepiej dobraną, optymalną terapią).**
6. Poprawa komunikacji z pacjentem **(cel: 100% zadowolonych pacjentów).**

ZBIERANIE DANYCH – CELE

ANALIZA DANYCH

VALUE- BASED MEDICINE

MEDYCYNA OPARTA NA WARTOŚCI

- **RATOWANIE ŻYCIA**

POLITYKA ZDROWOTNA OPARTA NA DOWODACH

- **OSZCZĘDNOŚĆ PIENIĘDZY**

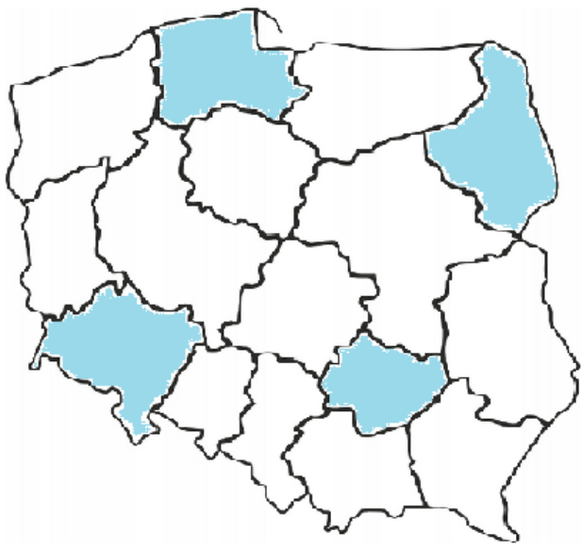
ELEMENTY SIECI ONKOLOGICZNEJ

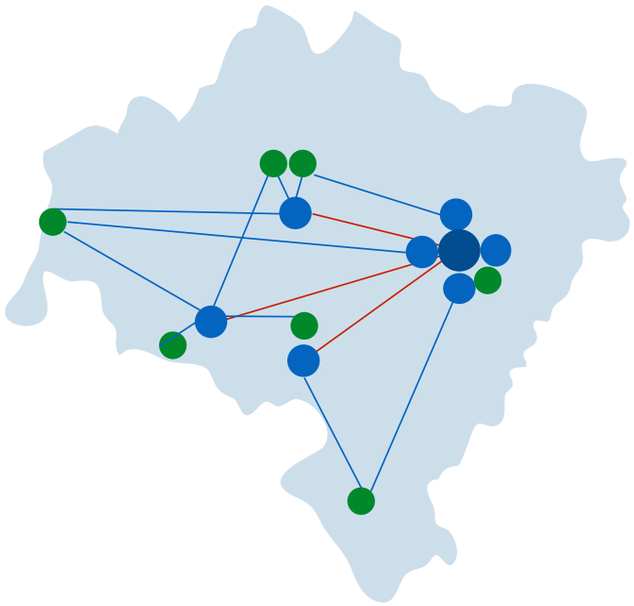
- Onkologiczny *call center*
- Koordynatorzy leczenia onkologicznego (1/40 pacjentów m-c, wyszkoleni w pomocy pacjentom z danym rozpoznaniem)
- Współpraca między ośrodkami (harmonogramy z wolnymi terminami do poradni)
- Koordynacja konsyliów interdyscyplinarnych
- **Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego**
- **System monitorowania jakości opieki onkologicznej**
  Rejestry onkologiczne

Kluczowe elementy *– wprowadzone po raz pierwszy dla osiągnięcia znaczącej poprawy jakości opieki onkologicznej*

PILOTAŻ SIECI ONKOLOGICZNEJ

Sieć onkologiczna ma zapewniać kompleksową i koordynowaną opiekę onkologiczną. Obecnie w pilotaż są cztery województwa.





5 NOWOTWORÓW

piersi
płuca
jajnika
jelita grubego
gruczołu krokowego

Szpitale w każdym z województw wybierane są ze względu na zasoby (sprzęt i kadry) oraz doświadczenie (np. odpowiedni wolumen zabiegów)

Kryteria jakościowe:	Kryteria organizacyjne:
Najwyższe wartości w realizacja świadczeń onkologicznych w regionie	3 Odziały chirurgii onkologicznej + chemioterapii + RT
120 zabiegów/rocznie	2 odziały chirurgii / chemioterapii / RT
36 zabiegów/rocznie lub 120 świadczeń w chemioterapii/rocznie	1 Oddział chirurgii / chemioterapii / RT

PŁATNIK I ŚWIADCZENIODAWCY NA DOLNYM ŚLĄSKU

PŁATNIK

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

ŚWIADCZENIODAWCY

FRAGMENTACJA OPIEKI

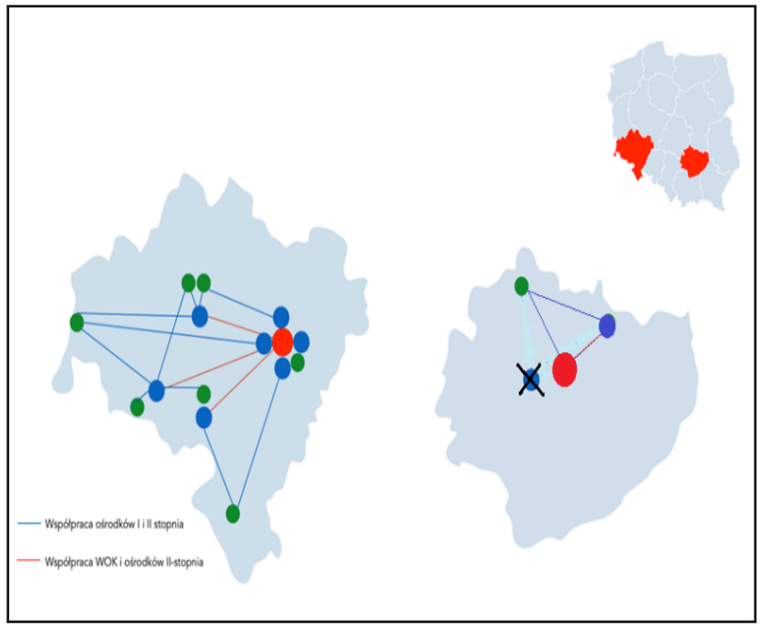
80

SZYBKA TERAPIA ONKOLOGICZNA

PILOTAŻ
KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ

Lp.	Nazwa szpitala	Kod	Status w pilotażu
1	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	3101054	Wojewódzki Ośrodek Koordynujący
2	Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	3101055	Szpital II poziomu
3	Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu	3201032	Szpital II poziomu
4	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	3101109	Szpital II poziomu
5	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika SP ZOZ we Wrocławiu	3101277	Szpital II poziomu
6	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze	3401036	Szpital II poziomu
7	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	3301161	Szpital II poziomu
8	Wielospecjalistyczny Szpital – SP ZOZ w Zgorzelcu	3401029	Szpital II poziomu
9	SP ZOZ w Świdnicy	3201023	Szpital II poziomu
10	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	3101057	Szpital II poziomu
11	Izerskie Centrum Pulmonologii i Chemioterapii „Izer-Med" Sp. z o. o. w Szklarskiej Porębie	3402119	Szpital I poziomu
12	„Miedziowe Centrum Zdrowia" S.A. w Lubinie	3302028	Szpital I poziomu
13	Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II S.A. w Polanicy-Zdroju	3201001	Szpital I poziomu
14	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu	3101061	Szpital I poziomu
15	EMC Instytut Medyczny - Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie	3302673	Szpital I poziomu
16	EMC Instytut Medyczny - Szpital św. Antoniego w Ząbkowicach Śląskich	3202053	Szpital I poziomu

16



REFERRAL CENTER	**the highest values in the implementation of oncological services in the region**	**3 WARDS** SURGERY CHEMO RT
VOLUMEN II GRADE	**120 surgeries/year**	**2 WARDS** SURGERY CHEMO RT
VOLUMEN I GRADE	**36 surgeries/year or 120 chemo**	**1 WARD** SURGERY CHEMO RT

STANDARDY POSTĘPOWANIA

- ✓ schematy postępowania z pacjentami w pięciu nowotworach objętych pilotażem (zespołu ekspertów klinicznych współpracujących z konsultantami wojewódzkimi oraz z towarzystwami naukowymi – PTO. PTGO i PTChO);
- ✓ wzory badań histopatologicznych i obrazowych (współpraca z PTP i Konsultantem Krajowym z zakresu patomorfologii, spójne z pilotażem akredytacji Zakładów Patomorfologii);
- ✓ wzór karty konsylium - ocena diagnostyki onkologicznej;
- ✓ wzór wytycznych dokumentacji do konsyliów – rak jajnika, rak jelita grubego, rak piersi, rak płuc, rak prostaty;
- ✓ plan leczenia – WZT (dokument z dodatkowymi danymi z konsylium – głównie informacja o hormonoterapii) raka piersi;
- ✓ protokół badania histopatologicznego – DCIS, rak jajnika, rak jelita grubego, rak piersi, rak płuc, rak prostaty, płyn opłucnowy;
- ✓ protokół badania radiologiczno-histopatologicznego próbek pobranych z gruczołu piersiowego metodą BGRBGWP (BMUSBM);
- ✓ szablon badania radiologicznego – jajnik, jelito grube, prostata, rak płuca;
- ✓ protokół operacyjny raka jajnika;

STANDARDY POSTĘPOWANIA

Checklist C56

Checklist C56

METRYKA PACJENTKI C56												Data:
1. Imię i nazwisko pacjentki												
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 C56		
Nazwa badania	**Nowotwory nabłonkowe**	**Nowotwory nienabłonkowe**
8. TK jamy brzusznej	□	□
9. TK miednicy małej	□	□
10. TK klatki piersiowej	□	□
11. TSH	□	□
12. morfologia	□	□
13. Biochemia (Aspat, Alat, mocznik,kreatynina, Na+, K+, albuminy, białko, glukoza)	□	□
14. EKG	□	□
15. CA125; HE4	□	
16. AFP		□ tak □ nie dotyczy
17. HCG		□ tak □ nie dotyczy
18. LDH		□
19. Inhibina B		□ tak □ nie dotyczy
20. Konsultacja internistyczna	TAK/NIE*	TAK/NIE*
21. Konsultacja anestezjologiczna	TAK/NIE*	TAK/NIE*

□ badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)
X - nie dotyczy
*niepotrzebne skreślić

.....
Podpis i pieczątka lekarza kierującego na konsylium

STANDARDY POSTĘPOWANIA

Protokół badania histopatologicznego

Protokół badania histopatologicznego – RAK PŁUCA

Data wyniku *

Nr protokołu: *

Imię i nazwisko: *

Imię

Nazwisko

PESEL *

Nr Ks Głównej

Oddział

Lekarz kierujący

Data pobrania

Rodzaj zabiegu

STANDARDY POSTĘPOWANIA

Data otrzymania materiału

Typ histologiczny:

Stopień złośliwości	Kod rozpoznania

Wielkość guza

- ◯ 3 wymiary:
- ◯ niemożliwa do oceny
- ◯ nie dotyczy

Naciekanie opłucnej:

- ◯ PL0
- ◯ PL1
- ◯ PL2
- ◯ PL3
- ◯ nie do oceny

STANDARDY POSTĘPOWANIA

Martwica

- ◯ brak
- ◯ %powierzchni

Włóknienie

- ◯ brak
- ◯ występuje
- ◯ nie dotyczy

Miąższ okolicy guza

- ☐ włóknienie
- ☐ zapalenie
- ☐ rozedma
- ☐ niedodma
- ☐ guzki satelitarne
- ☐ zatory w naczyniach
- ☐ STAS

Miąższ odległy od guza

- ☐ rozedma
- ☐ włóknienie
- ☐ złogi pyłów
- ☐ niedodma
- ☐ zapalenie
- ☐ zatory w naczyniach
- ☐ guzki satelitarne

Marginesy chirurgiczne

OSKRZELOWY

- ☐ wolny
- ☐ nacieczony przez guz przez ciągłość
- ☐ nacieczony przez przerzutowo zmianione węzły chłonne
- ☐ zatory z komórek raka w naczyniach oskrzela
- ☐ nie do oceny

NACZYNIOWY

- ◯ wolny
- ◯ zajęty
- ◯ nie do oceny
- ◯ nie dotyczy

MIĄŻSZU PŁUCA

- ◯ wolny(szerokość)
- ◯ zajęty
- ◯ niemożliwy do oceny
- ◯ nie dotyczy

Naciekanie miejscowe

- ☐ Guz ograniczony do płata

- ☐ naciek opłucnej ściennej
- ☐ ściany klatki piersiowej
- ☐ nerwu przeponowego

- ☐ naciek przepony
- ☐ śródpiersia
- ☐ wielkich naczyń
- ☐ tchawicy
- ☐ nerwu krtaniowego wstecznego
- ☐ przełyku
- ☐ trzonu kręgu
- ☐ ostrogi

Guzki satelitarne

- ☐ brak
- ☐ W tym samym płacie co guz pierwotny
- ☐ W innym płacie po stronie guza
- ☐ Po stronie przeciwnej

STANDARDY POSTĘPOWANIA

Węzły chłonne

N1 grupa	ilość węzłów badanych	ilość z przerzutami

N2 grupa	ilość węzłów badanych	ilość z przerzutami

N3 grupa	ilość węzłów badanych	ilość z przerzutami

Uwagi

pT N M R PI V

Badania dodatkowe

histochemiczne

immunohistochemiczne

Molekularne

- ☐ EGFR
- ☐ ALK
- ☐ ROS 1

PDLI

- ☐ klon

Patolog pobierający

Brak

Patolog rozpoznający

Brak

Data otrzymania: *

STANDARDY POSTĘPOWANIA

Kompletność diagnostyk

Dane pacjenta:

Imię: ……..…….…. Nazwisko: ……..…… PESEL: ……

REGON Placówki wykonującej diagnostykę wstępną……..…*
REGON Placówki wykonującej zabieg diagnostyczno-leczniczy ……..……...*
REGON Placówki wykonującej diagnostykę pogłębioną……..……*

OCENA DIAGNOSTYKI ONKOLOGICZNEJ
(dokonywana przez Konsylium WZT)

w ……
Nazwa placówki wykonującej konsylium

Data: ……

Czy została wypełniona lista sugerowanych badań diagnostycznych („Wytyczne w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium – WZT"- Check-list)**:** □**tak** / □**nie**

Ocena diagnostyki onkologicznej:

□ DIAGNOSTYKA WSTĘPNA:
*1) kompletna**
*2) niekompletna (wypełnić poniżej)**
Odpowiednie zaznaczyć:

- *Brak wykonanego pełnego badania histopatologicznego (wykonano tylko badanie cytologiczne)**
- *Brak wykonania oznaczeń immunohistochemicznych w hist.-pat.**
- *Brak wykonania badań obrazowych, niezbędnych do wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego**
- *Brak w wyniku hist.-pat. ostatecznego rozpoznania onkologicznego**

STANDARDY POSTĘPOWANIA

Kompletność diagnostyk

□ ZABIEG DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZY:

1) *kompletna**
2) *niekompletna (wypełnić poniżej)**
   - *Brak wykonania oznaczeń immunohistochemicznych w hist.-pat.**
   - *Brak wykonania badań genetycznych, po hist.-pat.**
   - *Brak wykonanych badań obrazowych:*
     - *PET-CT ……(wpisać rodzaj badania)**
     - *Scyntygrafii ……(wpisać rodzaj badania)**
     - *TK ……(wpisać okolice)**
     - *MR ……(wpisać okolice)**
     - *Inne: RTG / USG / MMRTG / ……**
3) *nie dotyczy (w przypadku innych nowotworów, niż rak jajnika)**

□ DIAGNOSTYKA POGŁEBIONA:

1) *kompletna**
2) *niekompletna (wypełnić poniżej)**

Odpowiednie zaznaczyć:

- *Brak wykonania oznaczeń immunohistochemicznych w hist.-pat.**
- *Brak wykonania badań genetycznych, po hist.-pat.**
- *Brak wykonanych badań obrazowych:*
  - *PET-CT ……(wpisać rodzaj badania)**
  - *Scyntygrafii ……(wpisać rodzaj badania)**
  - *TK ……(wpisać okolice)**
  - *MR ……(wpisać okolice)**
  - *Inne: RTG / USG / MMRTG / ……**

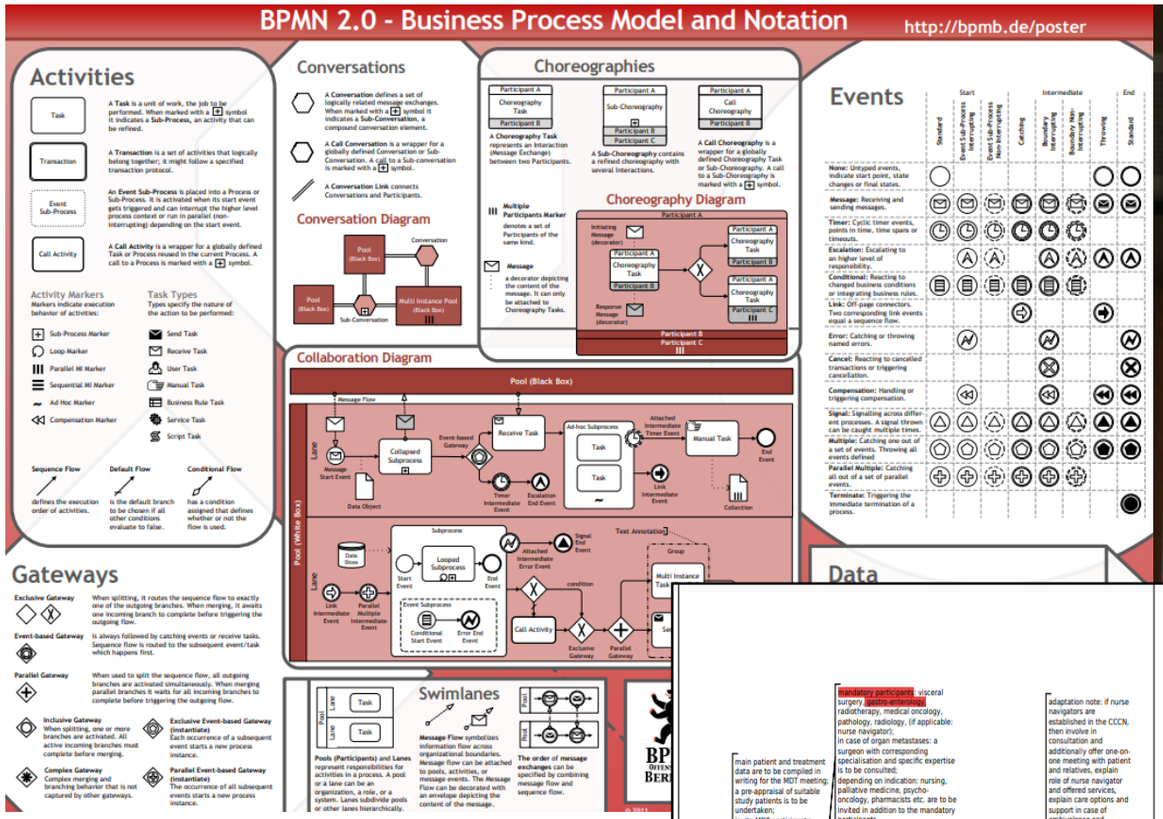
3) *nie dotyczy (w przypadku raka jajnika)**

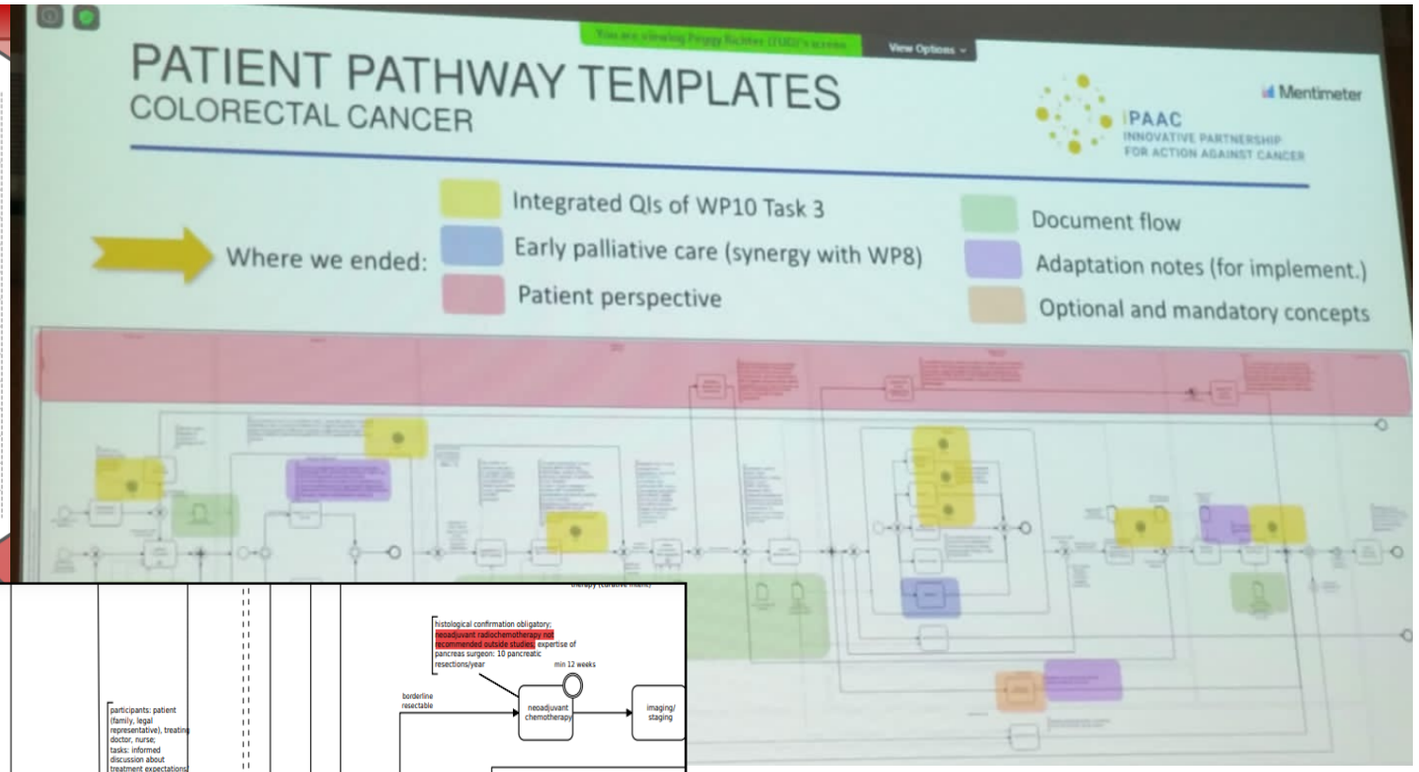
* - WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ

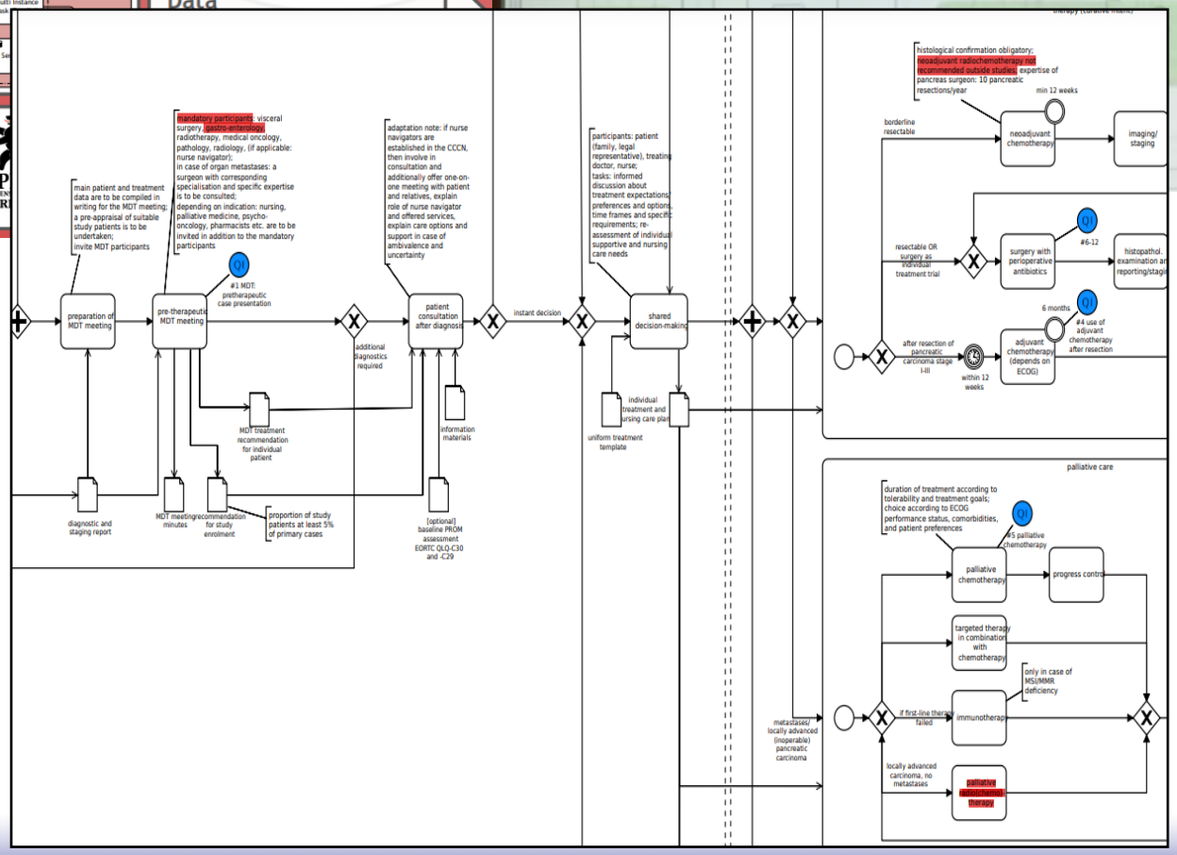
PODPISY I PIECZĄTKI OSÓB DOKONUJĄCYCH OCENY

1…… 2…… 3……

ŚCIEŻKA PACJENTA





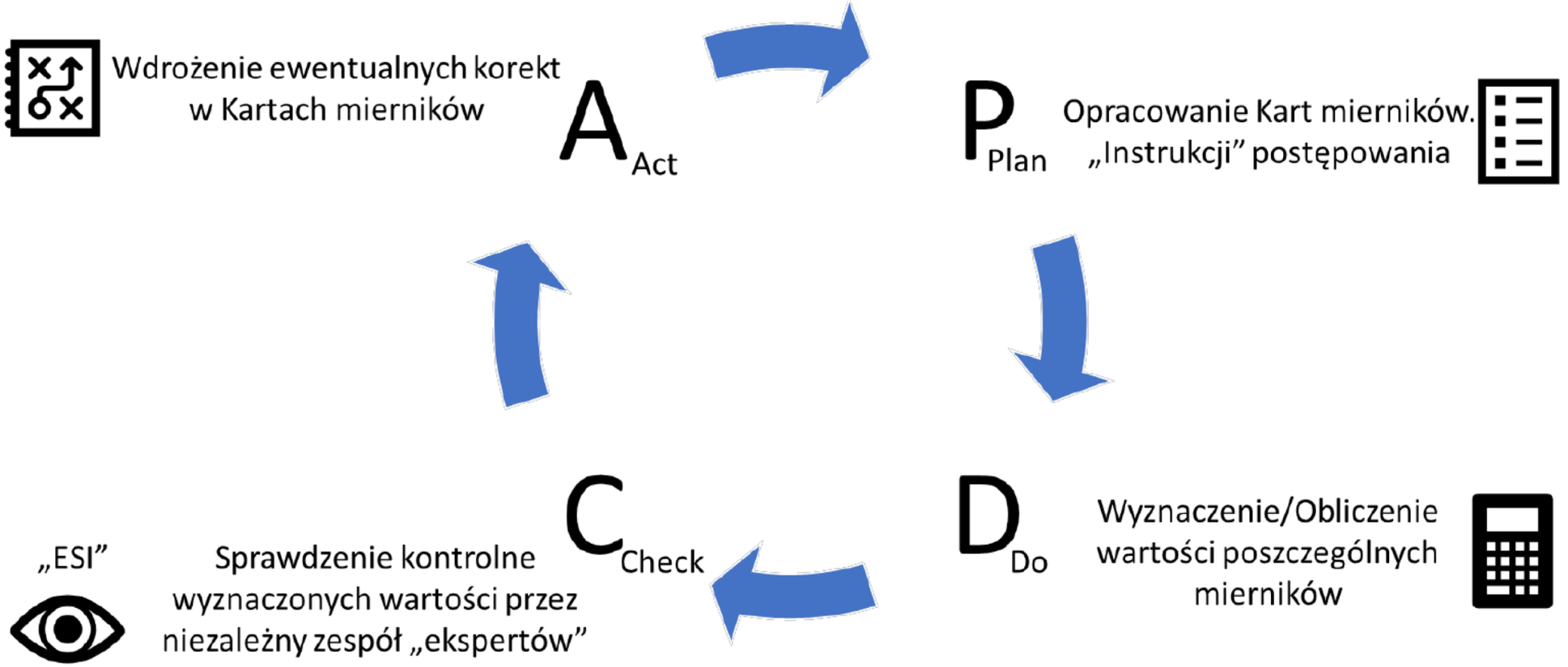


SYSTEM MONITOROWANIA PROCESÓW

PLANOWANIE

→ Ustalenie mierników procesu jest niezbędna dla monitorowania jego przebiegu oraz oceny skuteczności i efektywności.

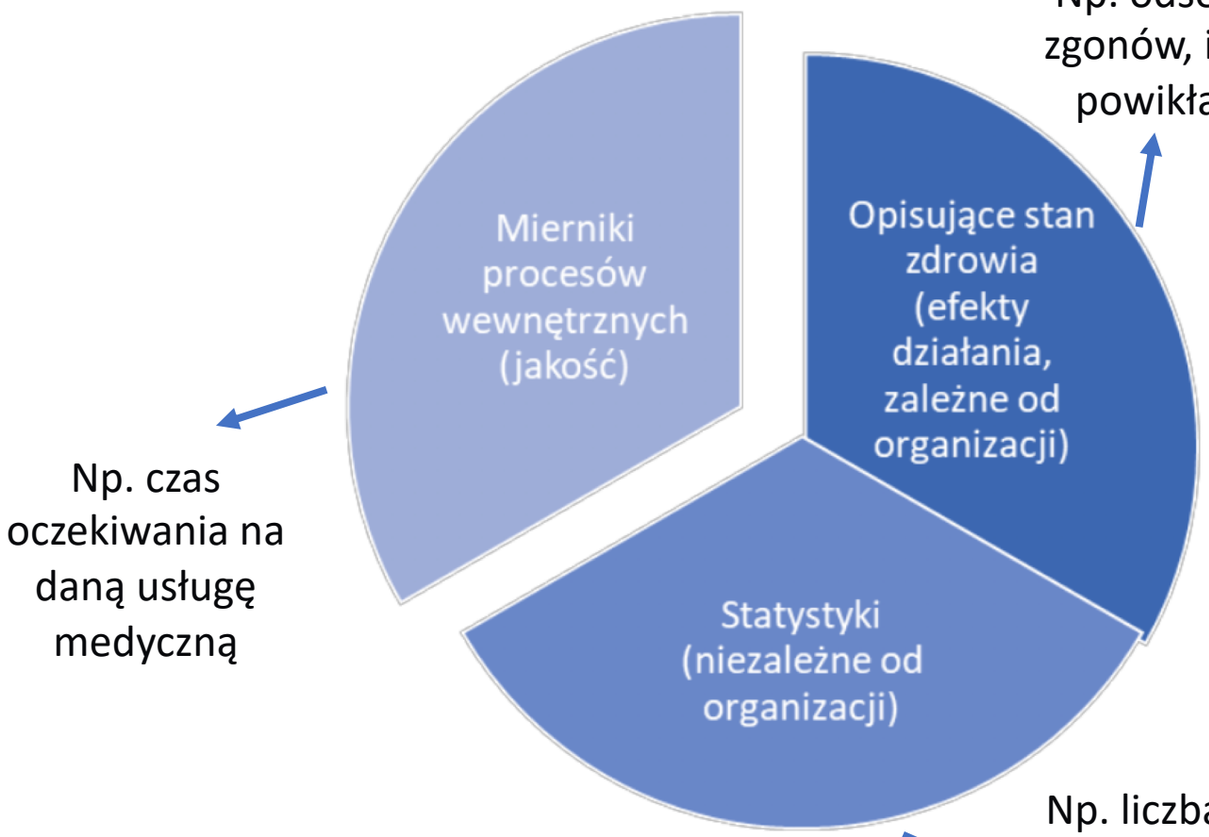
→ Wdrożenie systemu monitorowania powinno odbywać się zgodnie z cyklem PDCA (planowanie, wdrożenie, walidacja, doskonalenie).



PROJEKTOWANIE

→ Ważne jest, żeby monitorować procesy nie tylko z perspektywy ich wyników finalnych (np. ilości powikłań, zgonów), ale również w trakcie ich realizacji (np. czas oczekiwania na wyniki badań).

→ Rodzaje mierników:

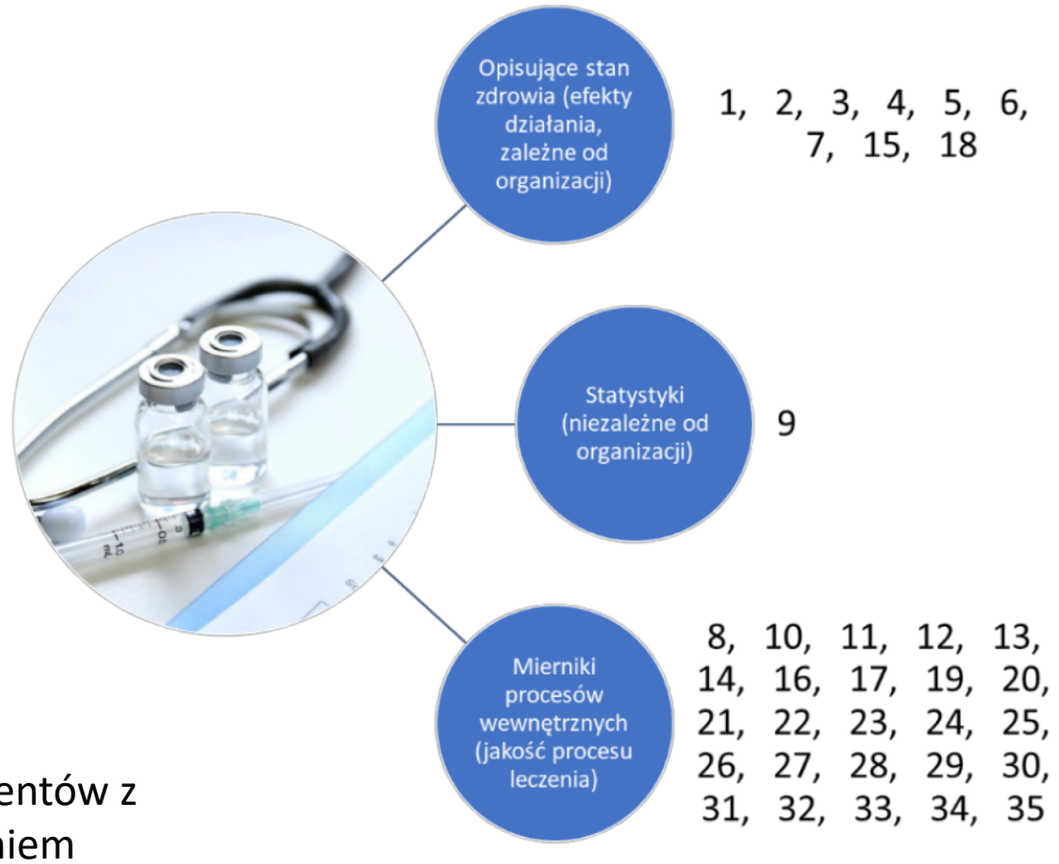


Np. czas oczekiwania na daną usługę medyczną

Np. odsetek zgonów, ilość powikłań.

Np. liczba pacjentów z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu.

Podział mierników z Rozporządzenia MZ



PROJEKTOWANIE

$$miernik = \frac{licznik}{mianownik}$$

??? — licznik

??? — mianownik

Ustalenie wartości celowej (oczekiwanej) miernika (*minimanta*, *maksymanta*, *nominanta*)

35 mierników wskazanych w §9 Rozporządzenia + §8.1 kompletność diagnostyki

49 karty oceny mierników

ok. **305** wyliczeń

- ✓ Prace nad stworzeniem kart oceny mierników trwały 4 miesiące.
- ✓ W karcie oceny mierników muszą znaleźć się następujące informacje: proces jakiego dotyczy (co mierzy), konstrukcja miernika, instrukcja wyznaczania, źródła danych, wartość celowa.
- ✓ Celem ich opracowania było stworzenie jednolitego standardu wyliczeń.

PROJEKTOWANIE

KARTA MIERNIKA

Miernik/wskaźnik	Odsetek świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu						
Charakterystyka miernika/wskaźnika	Typ nowotworu (- nie dotyczy, x – dotyczy):						
	Nowotwory jelit (C18, C19, C20)	Nowotwór płuc (C34)	Nowotwór piersi (C50)	Nowotwór jajnika (C56)	Nowotwór gruczołu krokowego (C61)	Nowotwór wtórny płuc (C78.0)	Nowotwór przedinwazyjny piersi-DCIS (D05)
	X	X	X	X	X	-	-
	Przynależność do grupy:						
	Opisujące stan zdrowia (efekty działania, zależne od organizacji)			Statystyki (niezależne od organizacji)		Mierniki procesów wewnętrznych (jakość)	
				X			
	Powiązanie z procesami (- brak, • słabe, •• silne):						
	Diagnostyka	Ustalenie stopnia zaawansowania		Dobór terapii		Leczenie	
	-	-		-		-	
	Miernik/wskaźnik to:						
	Minimanta			Maksymanta			
	X						
	Wartość oczekiwana (idealna) miernika/wskaźnika:						
	„miernik statystyczny” – 0%						

PROJEKTOWANIE

KARTA MIERNIKA

Formuła obliczenia	$$M_9 = \frac{\text{liczba świadczeniobiorów w III i IV stopniu zaawansowania}}{\text{liczba wszystkich świadczeniobiorców, dla których ustalono stopień zaawansowania}}$$ **Licznik**: liczba świadczeniobiorców (liczba całkowita z unikat PESEL) włączonych do pilotażu z III i IV stopniem zaawansowania danego nowotworu, ustalanym podczas pierwszego konsylium (ustalenia pierwszego planu leczenia). **Mianownik**: liczba wszystkich świadczeniobiorców włączonych do pilotażu z danym rozpoznaniem i stopniem zaawansowania (liczba całkowita z unikat PESEL).
Stratyfikacja	1. Typ nowotworu (C18-C20 (łącznie), C34, C50, C56, C61) 2. Oddzielnie dla III, IV oraz III i IV (łącznie) Łącznie 18 wyliczeń

Dane niezbędne do wyliczenia miernika	*Źródło danych*
Numery PESEL lub unikalne identyfikatory świadczeniobiorców włączonych do pilotażu	raport xml NFZ / HIS świadczeniodawcy
Rozpoznanie zgodnie z kodem ICD-10	raport xml NFZ / HIS świadczeniodawcy ICD-10: Nowotwory jelit (C18, C19, C20) Nowotwór płuc (C34) Nowotwór piersi (C50) Nowotwór jajnika (C56) Nowotwór gruczołu krokowego (C61)
Stopień zaawansowania	HIS Świadczeniodawcy – określone na dzień konsylium (ustalenia planu leczenia).
Informacja o dacie pierwszego konsylium	HIS świadczeniodawcy / Data konsylium z formularza WZT i/lub raportu xml NFZ

PROJEKTOWANIE

lp.	wyliczenie na podstawie karty oceny miernika nr	miernik	okres sprawozdawczy	kwartał		rok		uwagi
			poziom ośrodka			nr umowy		
			(nazwa świadczeniodawcy)					
			rozpoznania					
			C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	
			wynik	wynik	wynik	wynik	wynik	wynik	wynik	
1	5	odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z								
2	6	odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z								
3	7	odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z								
4	8	odsetek świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w								
5	9	odsetek świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania								
6	10	ocena kompletności badania patologicznego								
7	11_1; 11_2; 11_3; 11_4; 11_5; 11_6;	odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetycznych i molekularnych czynników predykcyjnych								
8	12_1; 12_2; 12_3; 12_4;	odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metodą małoinwazyjną								

Fragment wzoru sprawozdania z 2019 roku
opracowany przez CNFZ

PROJEKTOWANIE

nr miernika (zgodnie z kartą)	miernik	typ nowotworu	stratyfikacja	analiza czasowa	wartość oczekiwana	licznik	mianownik	wyliczenie (od początku pilotażu - 31.03)
0	§ 8.1 Rozporządzenia: Wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dokonują oceny kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej - ODSETEK DIAGNOSTYK OCENIONYCH JAKO NIEKOMPLETNE	C18-C20, C34, C50, C56, C61, C78.0, D05 (łącznie)	diagnostyka wstępna - wewnętrzne diagnostyka pogłębiona - wewnętrzne zabieg diagn.-leczniczy wewnętrzne diagnostyka wstępna - zewnętrzne diagnostyka pogłębiona - zewnętrzne zabieg diagn.-leczniczy - zewnętrzne łącznie wszystkie (minimum 1 diagnostyka oceniona jako niekompletna)	od podpisania zgody na pilotaż. Ocena wg stanu na dzień konsylium	0% 0% 0% 0% 0% 0% 0%			bd bd bd bd bd bd bd
1	odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	C18-C20	st. zaawansowania I st. zaawansowania II st. zaawansowania III st. zaawansowania IV	od podpisania zgody na pilotaż	0% 0% 0% 0%			bd bd bd bd
		C34	st. zaawansowania I st. zaawansowania II st. zaawansowania III st. zaawansowania IV		0% 0% 0% 0%			bd bd bd bd
		C50	st. zaawansowania I st. zaawansowania II st. zaawansowania III st. zaawansowania IV		0% 0% 0% 0%			bd bd bd bd
		C56	st. zaawansowania I st. zaawansowania II st. zaawansowania III st. zaawansowania IV		0% 0% 0% 0%			bd bd bd bd
		C61	st. zaawansowania I st. zaawansowania II st. zaawansowania III st. zaawansowania IV		0% 0% 0% 0%			bd bd bd bd
		D05	st. zaawansowania 0		0%			bd

Fragment wzoru sprawozdania obowiązującego od 2020 roku

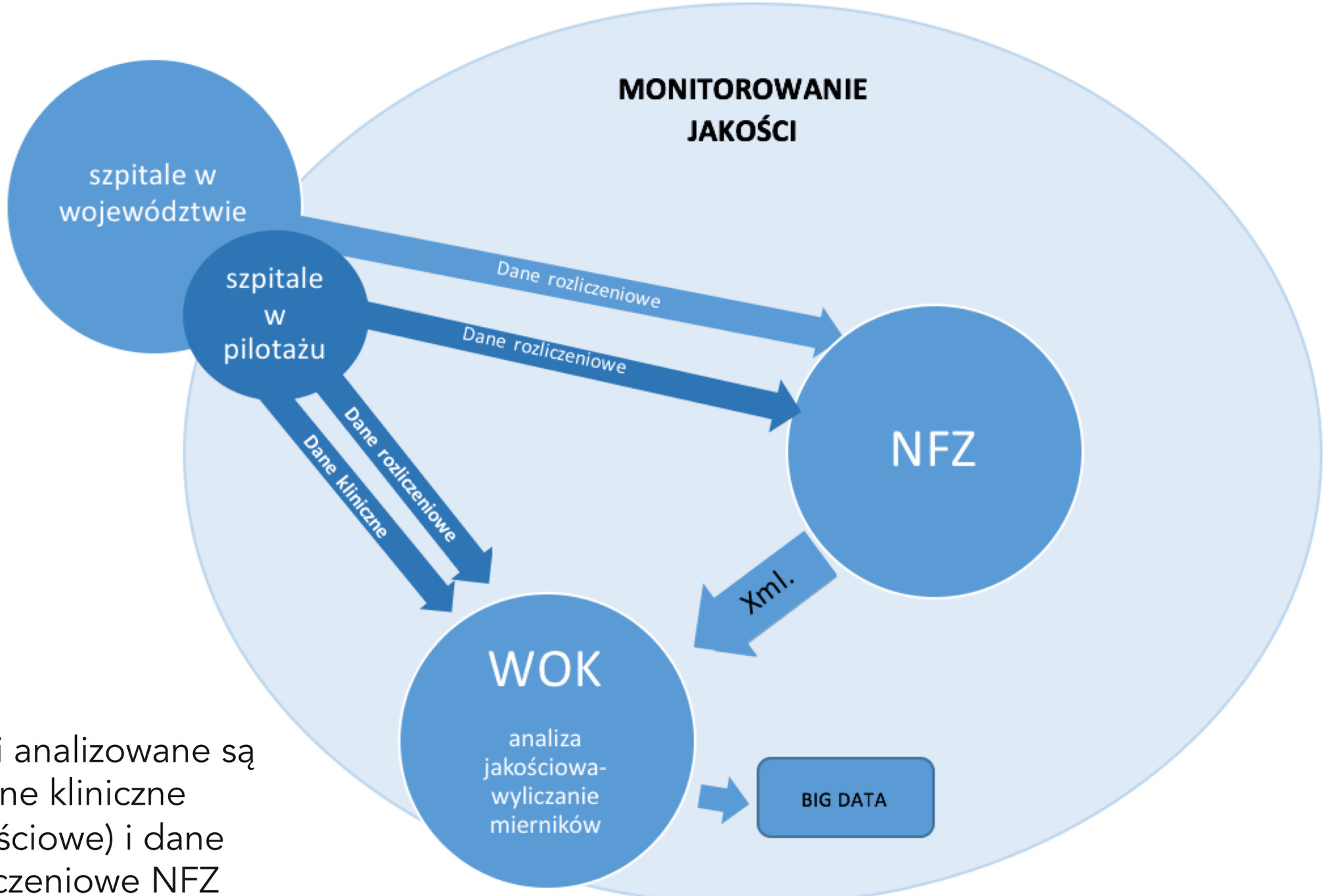
Uwzględnia stratyfikacje wykazane w kartach mierników oraz wymagane jest wprowadzenie wartości licznika i mianownika.

WDROŻENIE

Wprowadzenie dodatkowych danych do systemów HIS:

- ✓ **Kod i stopień zaawansowania choroby** według klasyfikacji TNM rewizja 8
- ✓ **Stan ogólny pacjenta** (wg PS ECOG/WHO).

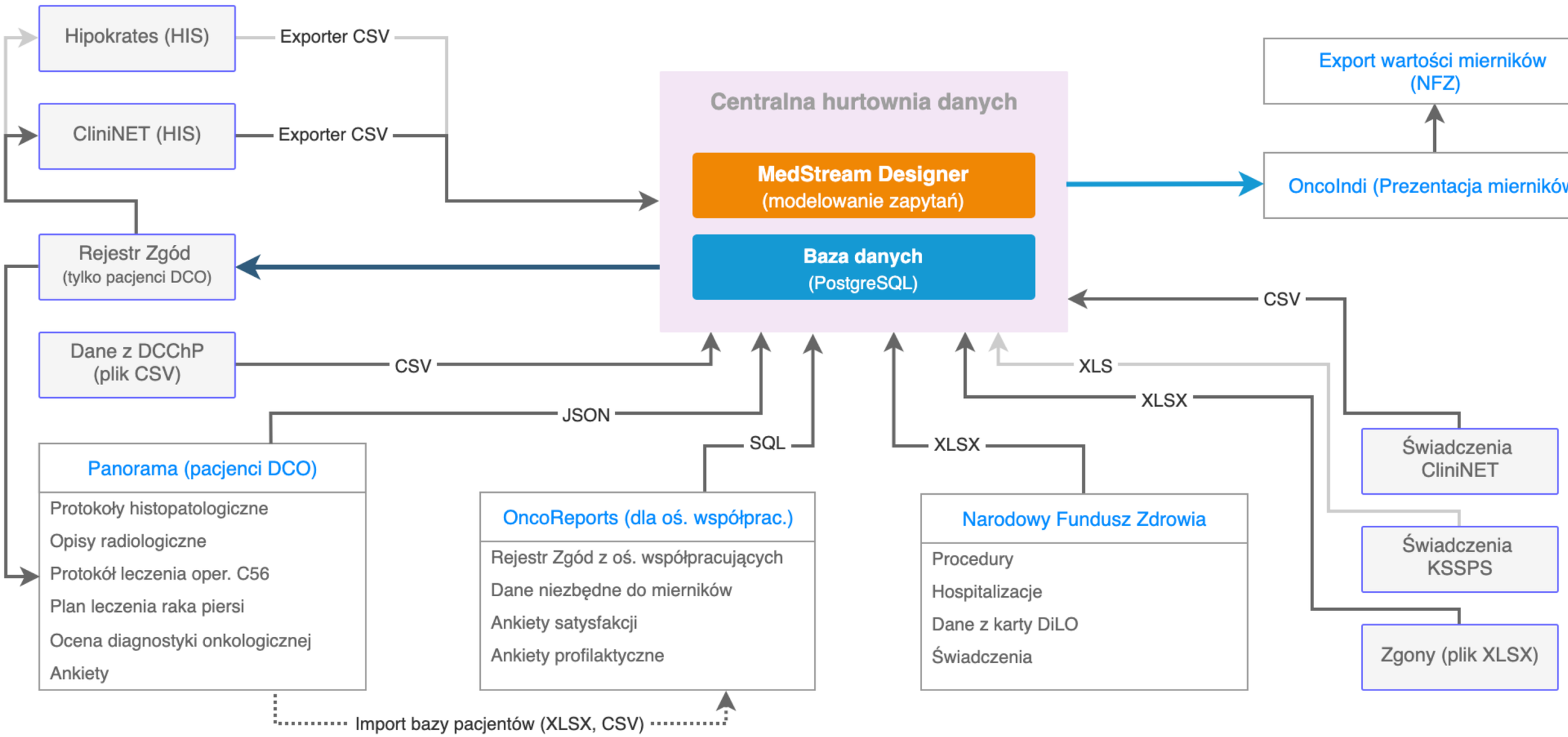
WDROŻENIE



W sieci analizowane są dane kliniczne (jakościowe) i dane rozliczeniowe NFZ (ilościowe).

**Kompletność danych: NFZ przekazał 24.02.2020 część danych rozliczeniowych z placówek. Po ich analizie będzie wiadomo, ilu pacjentów pacjentów jest w sieci a ilu poza nią i jak wygląda ścieżka tych pacjentów.*

WDROŻENIE


Hipokrates (HIS)
Exporter CSV
CliniNET (HIS)
Exporter CSV
Rejestr Zgód
(tylko pacjenci DCO)
Dane z DCChP
(plik CSV)
CSV
Centralna hurtownia danych
MedStream Designer
(modelowanie zapytań)
Baza danych
(PostgreSQL)
Export wartości mierników
(NFZ)
OncoIndi (Prezentacja mierników)
CSV
XLS
XLSX
JSON
SQL
XLSX
Panorama (pacjenci DCO)
Protokoły histopatologiczne
Opisy radiologiczne
Protokół leczenia oper. C56
Plan leczenia raka piersi
Ocena diagnostyki onkologicznej
Ankiety
OncoReports (dla oś. współprac.)
Rejestr Zgód z oś. współpracujących
Dane niezbędne do mierników
Ankiety satysfakcji
Ankiety profilaktyczne
Narodowy Fundusz Zdrowia
Procedury
Hospitalizacje
Dane z karty DiLO
Świadczenia
Świadczenia CliniNET
Świadczenia KSSPS
Zgony (plik XLSX)
Import bazy pacjentów (XLSX, CSV)

WDROŻENIE

ŹRÓDŁA DANYCH

Clininet
System informacji szpitalnej

Hipokrates
System informacji szpitalnej

DCChP
Dane z systemu informacji szpitalnej

Świadczenia

Rejestr zgonów
Data zgonu pacjenta

Panorama
Protokoły histopatologiczne
Opisy radiologiczne
Protokoły leczenia operacyjnego
Plan leczenia raka piersi
Ocena diagnostyki onkologicznej
Ankiety

OncoReports
Rejestr zgód ośrodków współpracujących
Formularze dla mierników
Ankiety satysfakcji
Ankiety profilaktyczne
Ocena diagnostyki onkologicznej

NFZ
Procedury
Hospitalizacje
Dane z karty DILO
Świadczenia

ABSTRAKCJA DANYCH W HURTOWNI

MEDSTREAM DESIGNER

Pacjent
PID
PESEL
Data urodzenia
Data zgonu
Kodyfikacja pacjenta
Data rozpoczęcia kodyfikacji
Data zakończenia kodyfikacji
Miejsce zamieszkania

Klasyfikacje onkologiczne
Klasyfikacja ICD-O-3
Stopień zaawansowania
Klasyfikacja TNM
Data utworzenia

Procedury
Kod usługi
Kod procedury
Nazwa procedury
Jednostka wykonująca
Jednostka zlecająca
Data wykonania

Świadczenia
Produkt jednostkowy
Produkt kontraktowy
Status świadczenia
Data obowiązywania
Data wystawienia faktury

Formularze
Nazwa formularza
Kod formularza
Atrybuty formularza
Wartości atrybutów: logiczne, numeryczne, tekstowe, data

MIERNIKI PILOTAŻU KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ

F0 Wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dokonują oceny kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej	**F1** Odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego	**F2** Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego	**F3** Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia chemioterapii	**F4** Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia radioterapii paliatywnej
F5 Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym	**F6** Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii onkologicznej	**F7** Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym	**F8** Odsetek świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej	**F9** Odsetek świadczeniobiorców z III i IV (razem) stopniem zaawansowania nowotworu
F10 Ocena kompletności badania patologicznego	**F11** Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych	**F12** Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metodą małoinwazyjną	**F13** Mediana czasu, który upłynął od dnia zlecenia skierowania świadczeniobiorcy na badanie diagnostyczne do dnia uzyskania wyniku tego badania	**F14** Odsetek badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tygodni, wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania
F15 Odsetek powtórzonych zabiegów w rozpoznaniach innych niż nowotwór piersi	**F16** Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem odbytnicy, u których zastosowano radioterapię przedoperacyjną	**F17** Odsetek badań histopatologicznych pooperacyjnych u pacjentów z nowotworem jelita grubego, u których liczba ocenionych węzłów chłonnych wynosiła co najmniej 12	**F18** Odsetek wystąpienia nieszczelności zespoleń w nowotworze okrężnicy i odbytnicy	**F19** Ocena liczby węzłów chłonnych usuniętych w trakcie prostatektomii
F20 Odsetek limfadenektomii miednicznych wykonanych z podziałem materiału histopatologicznego według zakresów anatomicznych	**F21** Ilości pozytywnych marginesów pooperacyjnych po prostatektomii	**F22** Odsetek świadczeniobiorców z podejrzeniem nowotworu płuca, skonsultowanych przez pulmonologa w terminie do 14 dni roboczych	**F23** Odsetek świadczeniobiorców z powiększeniem węzłów chłonnych śródpiersia powyżej 10 mm, u których wykonano EBUS-TBNA	**F24** Odsetek świadczeniobiorców z podejrzeniem nowotworu płuca i płynem w jamie opłucnej, u których rozpoznano etiologię płynu
F25 Odsetek świadczeniobiorców z III stopniem zaawansowania niedrobnokomórkowego nowotworu płuca, u których zastosowano jednoczasową chemioradioterapię	**F26** Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych pierwotną optymalną lub suboptymalną cytoredukcją (bez pozostawienia mas resztkowych lub ≤1 cm)	**F27** Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których zastosowano neoadjuwantową chemioterapię (NACT)	**F28** Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano laparotomię zwiadowczą	**F29_31** Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem nienaciekającym o średnicy nie większej niż 2 cm poddanych leczeniu oszczędzającemu
F30 Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem nienaciekającym o średnicy nie większej niż 2 cm poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy	**F32** Odsetek świadczeniobiorców na DCIS, u których nie usunięto zawartości dołu pachowego	**F33** Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem naciekającym bez przerzutów w węzłach chłonnych (pN0), u których nie usunięto układu chłonnego dołu pachowego	**F34** Odsetek świadczeniobiorców z hormonowrażliwym nowotworem naciekającym, którzy otrzymali leczenie hormonalne	**F35** Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem zapalnym lub miejscowo zaawansowanym, nieresekcyjnym nowotworem piersi z ekspresją ER, których poddano indukcyjnej chemioterapii

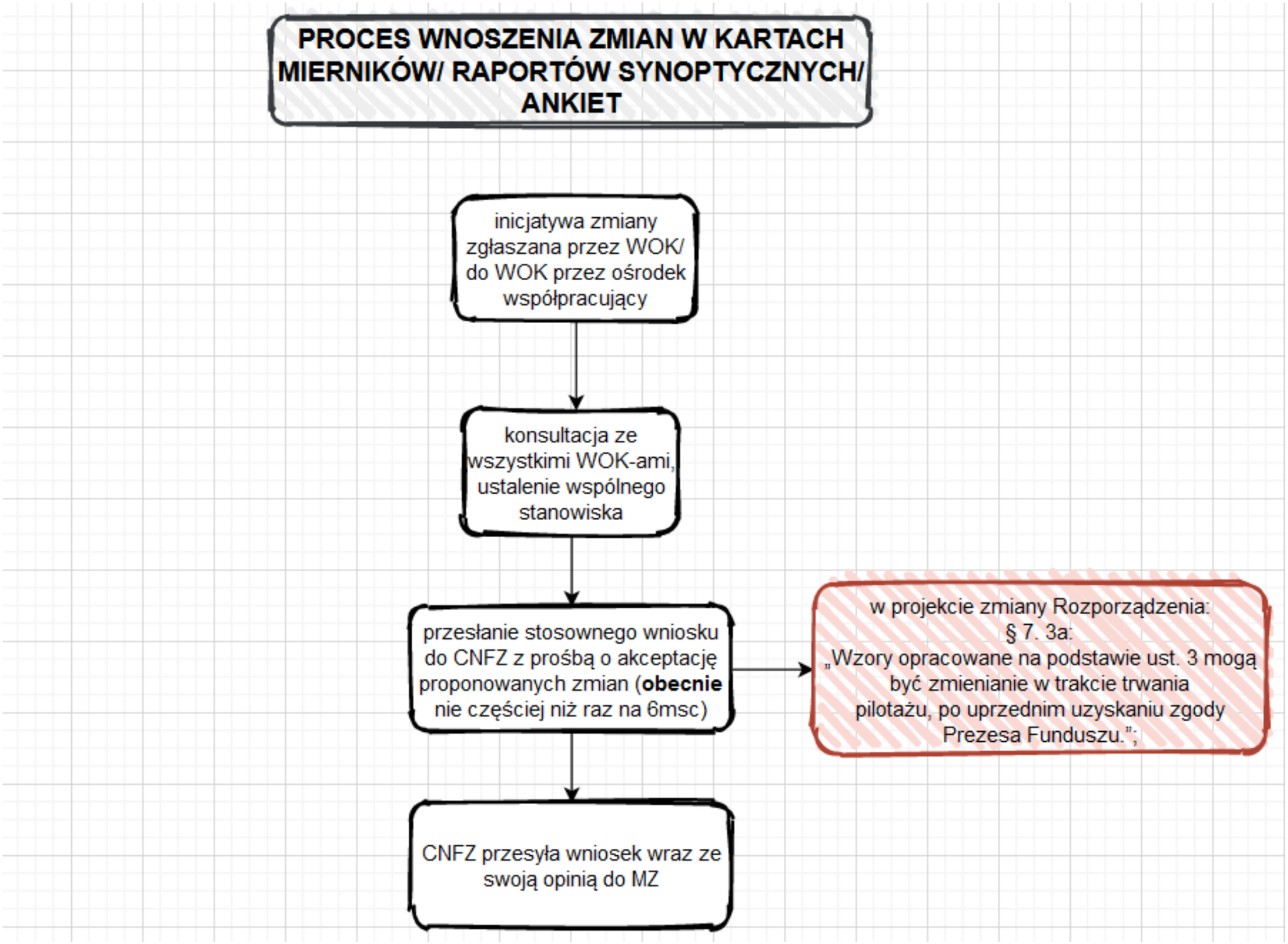
WDROŻENIE

Zapobieganie biurokracji – automatyzacja zbierania i analizy danych

Dane pobierane są automatycznie i sprawdzane są nieprawidłowości - coraz rzadziej trzeba poprawiać i uzupełniać dane.

Zbudowana również została platforma, która umożliwia porównywanie wyników z poszczególnych szpitali i województw.

WALIDACJA I DOSKONALENIE



WALIDACJA I DOSKONALENIE

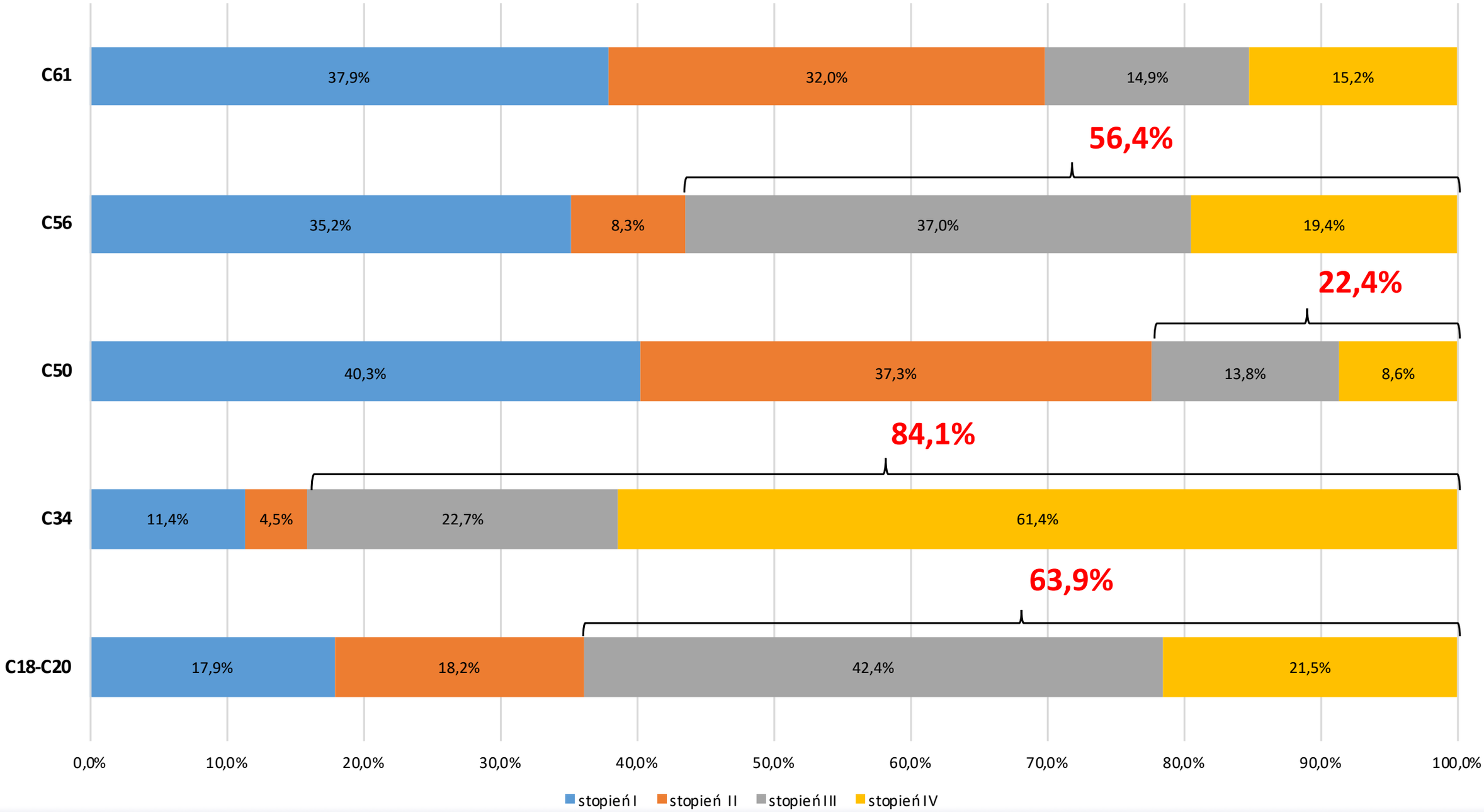
→ Uzyskiwane informacje o wartościach mierników i zestawienie ich z wartością celową powinno stanowić podstawę doskonalenia procesów.

→ Każde odchylenie od wyznaczonego celu powinno zostać poddane głębszej analizie i powinno pociągać za sobą zaplanowanie i wdrożenie działań doskonalących a następnie ocenę skuteczności wdrożonych rozwiązań.

PREZENTACJA MIERNIKÓW

STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA

Stopnie zaawansowania nowotworu wśród pacjentów DCO włączonych do pilotażu w okresie od II 2019 do III 2020- określone na konsylium



TERMINOWOŚĆ HISTOPATOLOGIA

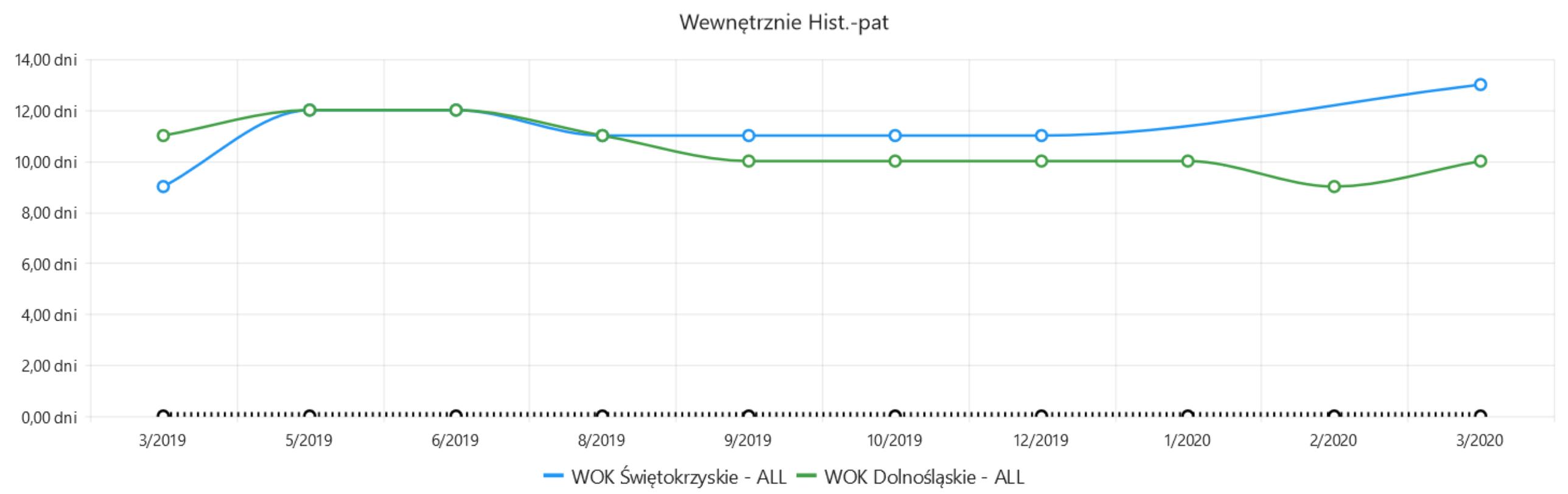
Najważniejszym parametrem w onkologii bezwzględnie jest rozpoznanie histopatologiczne.

Ważne jest aby ocena histopatologiczna była zrobiona zgodnie z obowiązującym standardem – nie trzeba powtarzać badania, można od razu podjąć dalsze decyzje terapeutyczne (np. w zakresie leczenia uzupełniającego radioterapią lub chemioterapią).
W efekcie skraca to czas leczenia. Do tej pory parametr ten nie był monitorowany.

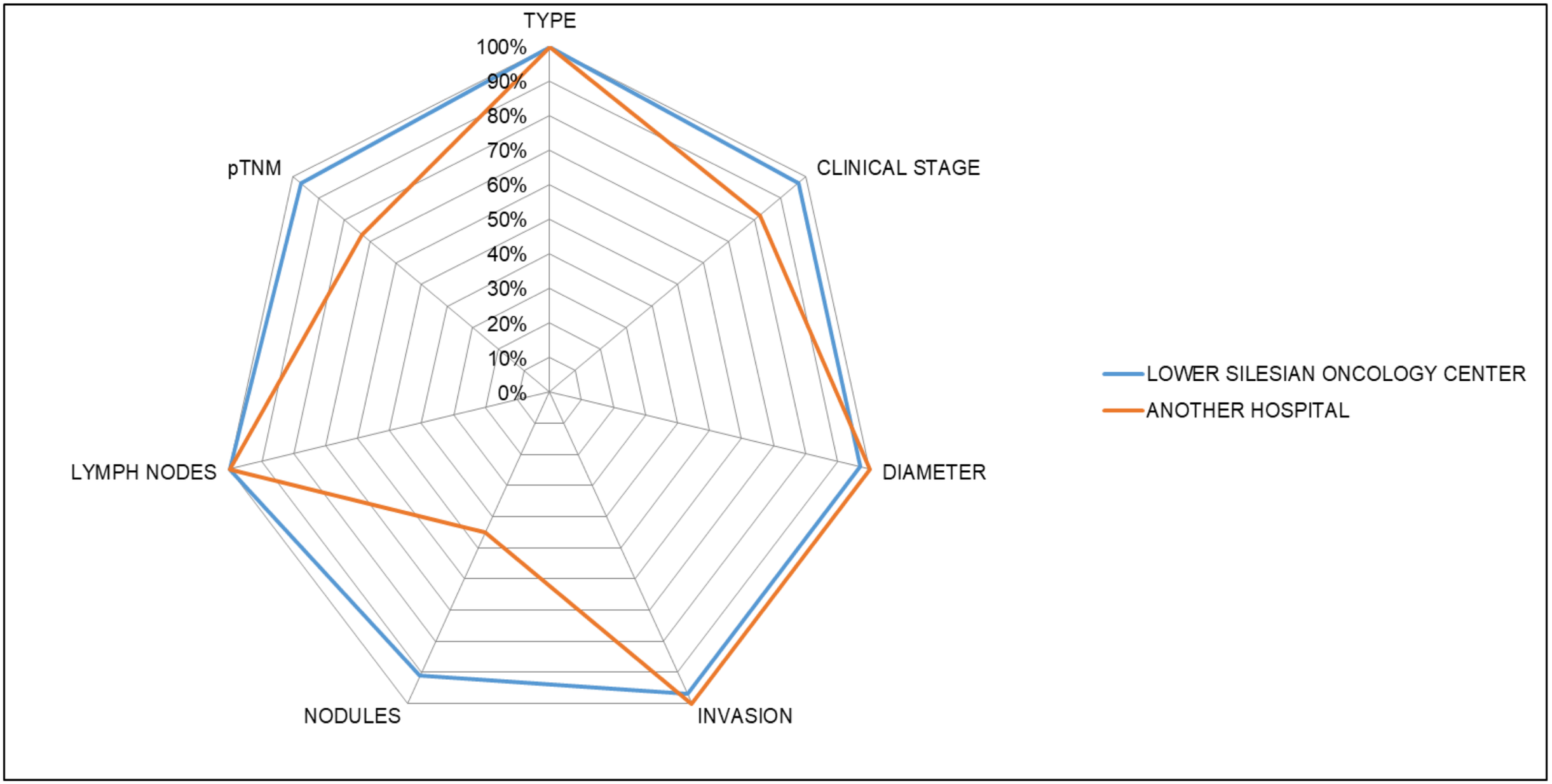
Czas oczekiwania na wynik badania histopatologicznego nie powinien przekraczać 14 dni.

Dla **DCO** mierzono czasy dla **1711** badań histopatologicznych.

Dla **ŚCO** mierzono czas dla **1537** badań histopatologicznych.



HISTOPATOLOGIA - KOMPLETNOŚĆ

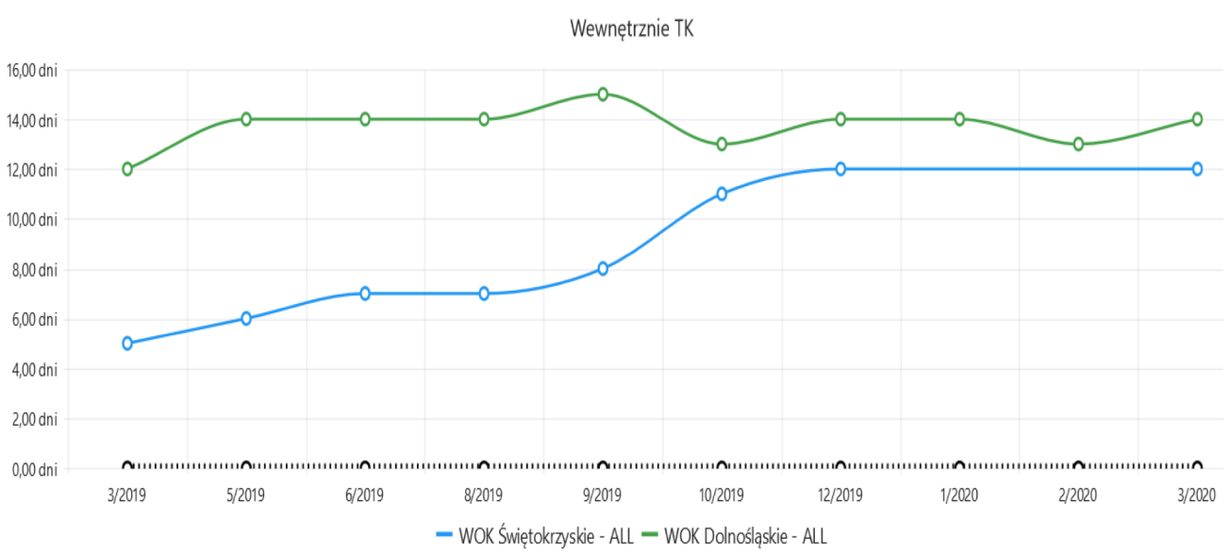


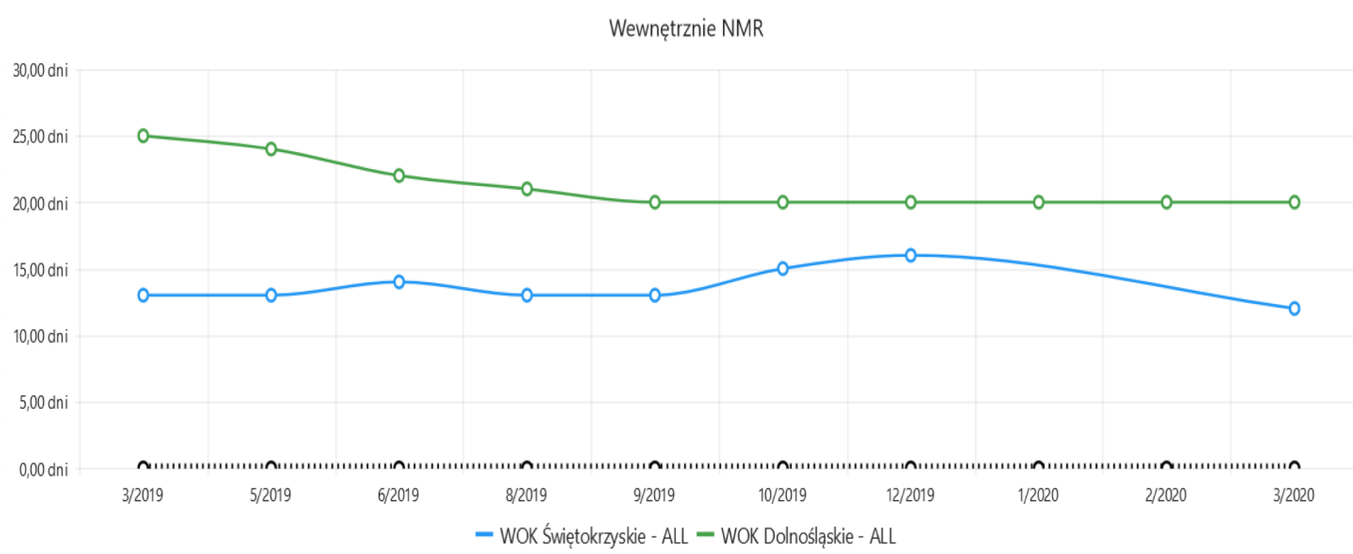
TERMINOWOŚĆ – BADANIA OBRAZOWE

- Czas oczekiwania na wynik badania obrazowych jest najczęściej zgłaszanym przez pacjentów problemem.
- W ramach pilotażu monitorujemy czas oczekiwania na opis badania obrazowego.
- Na wydłużenie czasu oczekiwania wpływa wiele czynników, m.in.: niedobór lekarzy, sprzętu (szczególnie w jednostkach kompleksowych), ale również zlikwidowanie limitów na diagnostykę obrazową, która pogłębiła te deficyty.
- **Miernik mierzony od wydania skierowania do uzyskania wyniku!**

Dla **DCO** analizie poddano **1177** badań **TK** i **562** badania **MR.**

Dla **ŚCO** analizie poddano **769** badań **TK** i **577** badań **MR.**



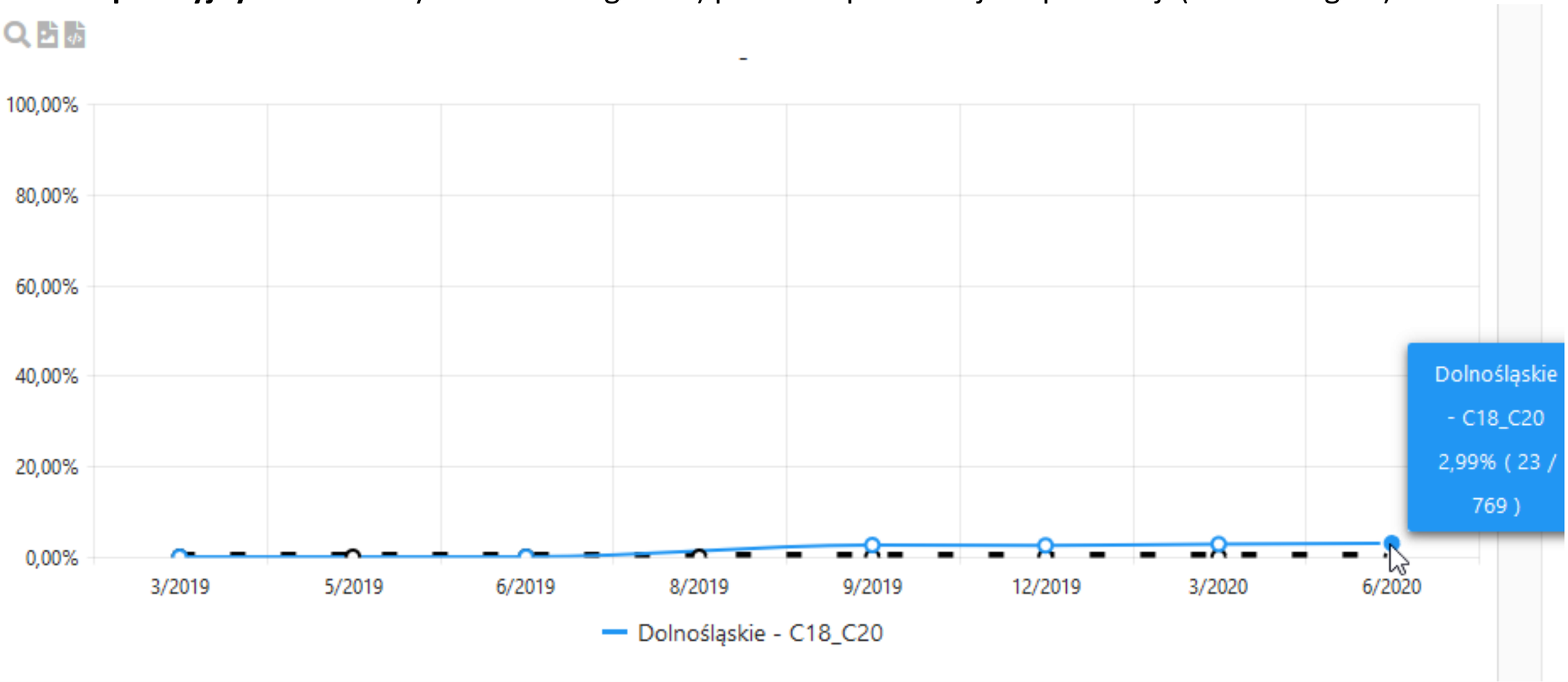


CHIRURGIA ONKOLOGICZNA

Miernik 5 - Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym.

Świadczy o jakości leczenia chirurgicznego.

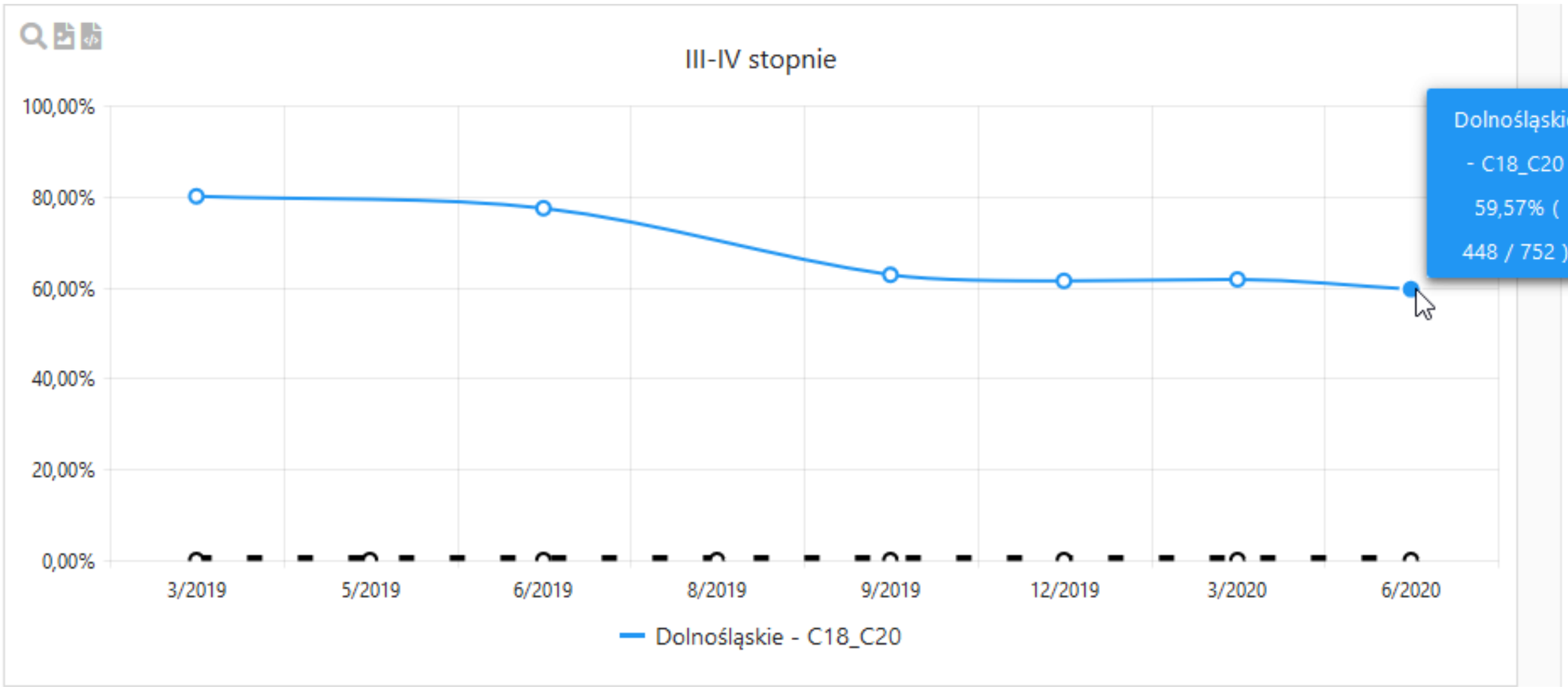
Pacjenci, których do 30 dni po zakończeniu hospitalizacji (podczas której poddano ich **zabiegom operacyjnym** oznaczonym * w katalogu JGP) poddano ponownej hospitalizacji (ww. zabiegów)



STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA

Miernik 9 - Odsetek świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu

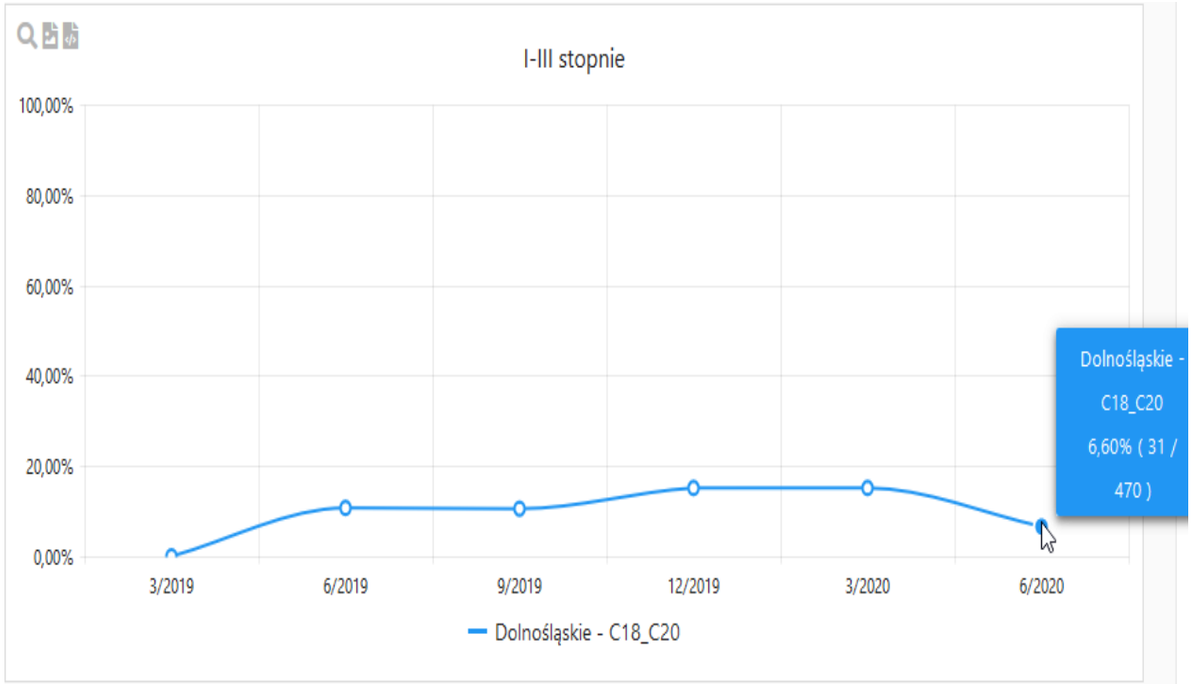
Miernik statystyczny – analiza stopni zaawansowania określonych na konsylium.

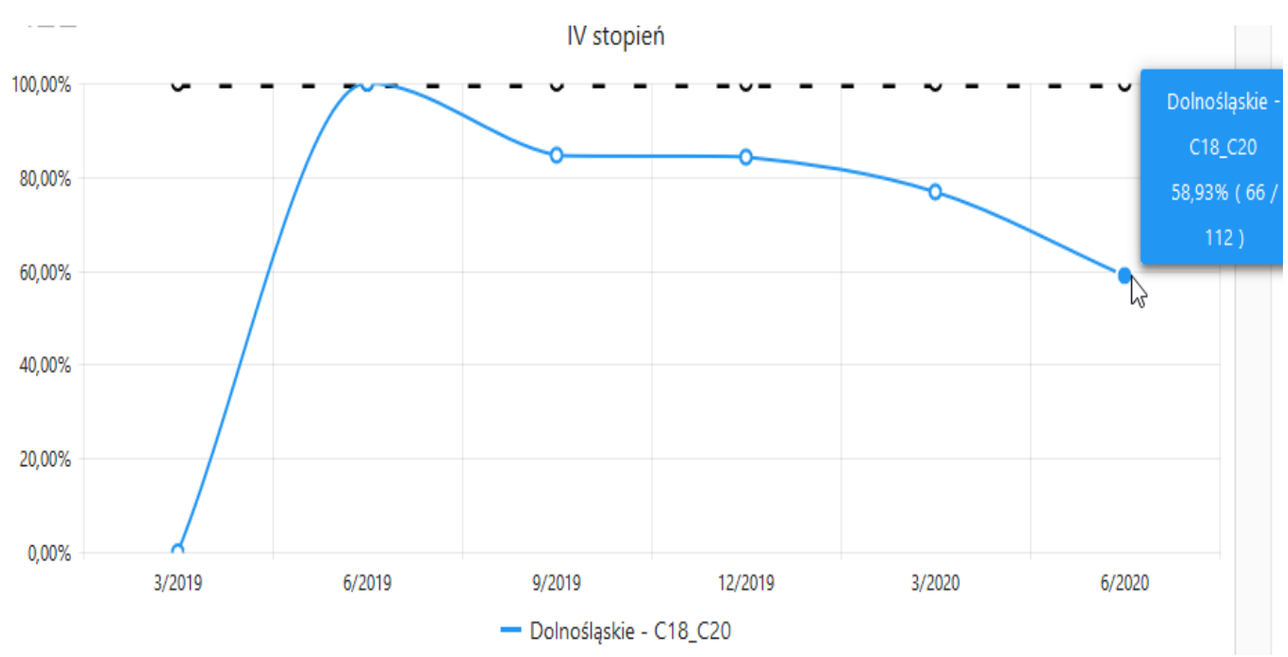


BADANIA GENETYCZNE I MOLEKULARNE

Miernik 11_1 -Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych

Zgodnie z najnowszymi wytycznymi, każdy pacjent z rakiem jelita grubego w IV st. zaawansowania choroby ze stanie ogólnym WHO mieszczącym się w przedziale od 0 do 2 powinien mieć wykonane co najmniej jedno z badań molekularnych: KRAS, NRAS, BRAF.





BADANIA GENETYCZNE I MOLEKULARNE

Miernik 11_3: Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych **(dotyczy badań immunohistochemicznych)**

Sposób wyliczania miernika aktualnie obowiązujący

Badania immunohistochemiczne: ER, PR, HER2, Ki67

Licznik: liczba świadczeniobiorców z rozpoznaniem C50 włączonych do pilotażu, u których przeprowadzono badania immunohistochemiczne ER, PR, HER2, Ki67.

W protokole opisu histopatologicznego raka piersi wypełnione łącznie wszystkie pola zgodnie z poniższym:
Receptor (ER) estrogenowy: „Wykonano"
Receptor (PgR) progesteronowy: „Wykonano"
Her-2/Neu IHC: „Wykonano"
Ki-67: podana wartość w %.

Mianownik: liczba wszystkich świadczeniobiorców z rozpoznaniem C50 włączonych do pilotażu.

Sposób wyliczania miernika po akceptacji proponowanych zmian

Badania immunohistochemiczne: ER, PR, HER2, Ki67

Licznik: liczba świadczeniobiorców z rozpoznaniem C50 włączonych do pilotażu, u których przeprowadzono badania immunohistochemiczne ER, PR, HER2, Ki67.

W protokole opisu histopatologicznego raka piersi wypełnione łącznie wszystkie pola zgodnie z poniższym:

- Receptor (ER) estrogenowy: „Wykonano"
- Receptor (PgR) progesteronowy: „Wykonano"
- Her-2/Neu IHC: „Wykonano"
- Ki-67: podana wartość w %.

lub
w protokole WYNIK BADANIA RADIOLOGICZNO-HISTOPATOLOGICZNEGO WYCINKÓW Z GRUCZOŁU PIERSIOWEGO POBRANYCH METODĄ BGR / BGWP (BMU, SBM, BMR) wypełnione łącznie wszystkie pola zgodnie z poniższym:
Status recept. estrogenowych (%): wprowadzona wartość w %
Status recept. Progesteronowych (%): wprowadzona wartość w %
Status recept. HER-2: zaznaczona jedna z opcji: 0, +1, +2, +3
Ki-67 (%): podana wartość w %.

Mianownik: liczba wszystkich świadczeniobiorców z rozpoznaniem C50 włączonych do pilotażu, którym wypełniono protokół histopatologiczny pooperacyjny i/lub pobiopsyjny dla raka piersi wdrożony w ramach pilotażu.

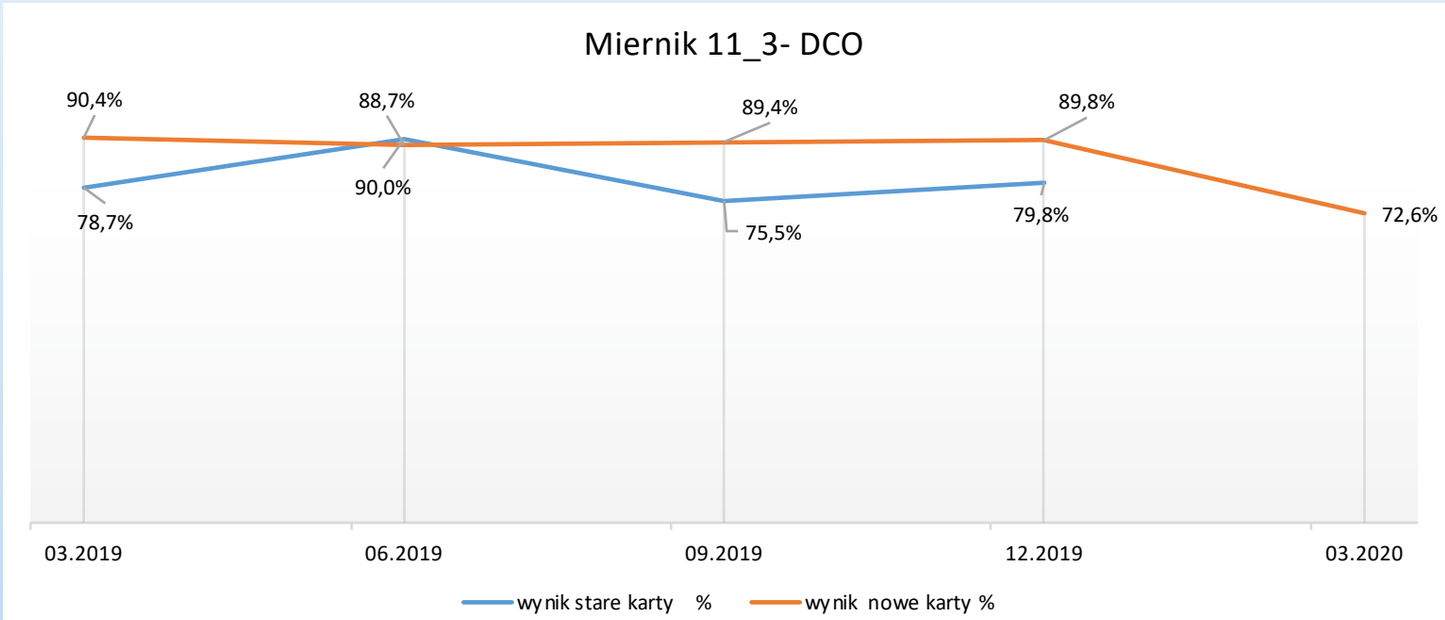
Modyfikacja:

- W liczniku: dodano drugie źródło informacji, prócz protokołu hist-pat pooperacyjnego dla raka piersi, **protokół pobiopsyjny**,
- W mianowniku ograniczono do pacjentów, którzy mieli **biopsję bądź operację wykonaną w ośrodku dla którego wyliczany jest miernik.**

Miernik 11_3
C50

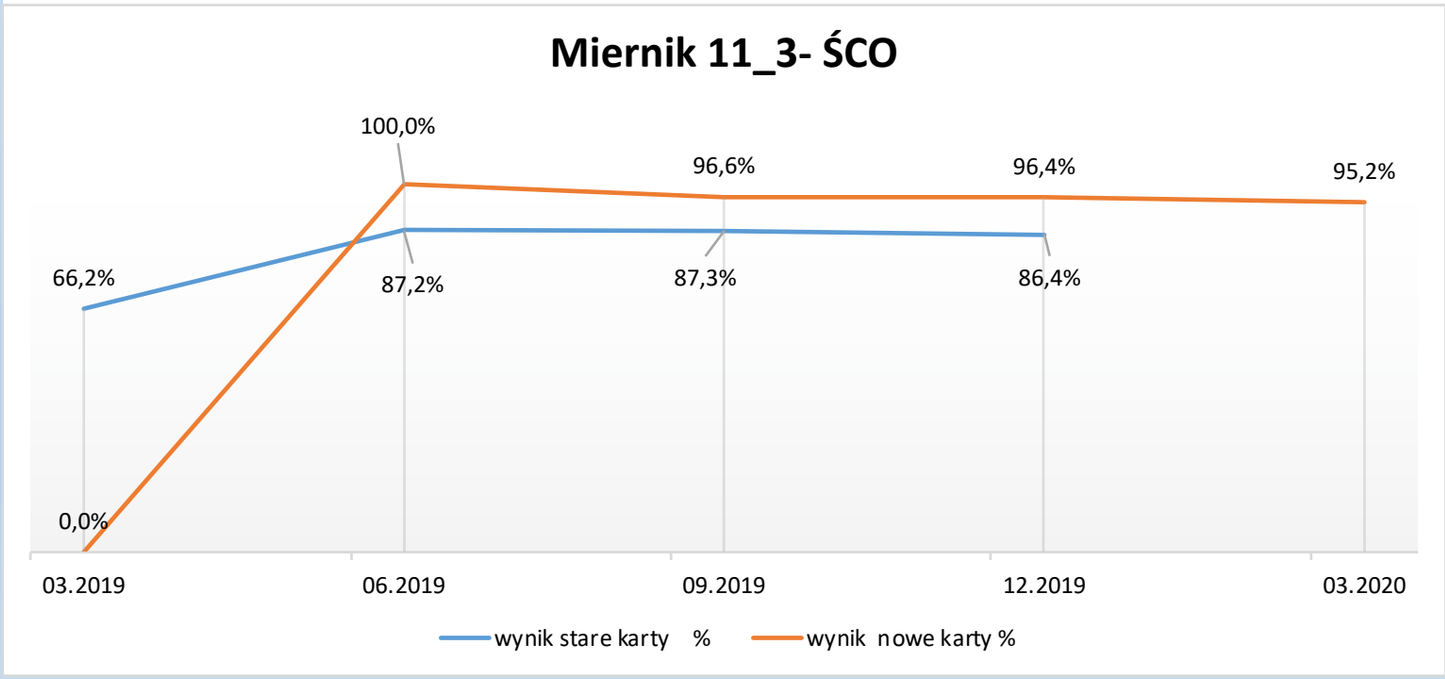
BADANIA GENETYCZNE I MOLEKULARNE

	DCO					
data	licznik	mianownik	wynik stare karty %	licznik	mianownik	wynik nowe karty %
03-2019	129	164	**78,7%**	122	135	**90,4%**
06-2019	343	381	**90,0%**	290	327	**88,7%**
09-2019	459	608	**75,5%**	463	518	**89,4%**
12-2019	632	792	**79,8%**	634	706	**89,8%**
03-2020	nd	nd		647	891	**72,6%**



	ŚCO					
data	licznik	mianownik	wynik stare karty %	licznik	mianownik	wynik nowe karty %
03-2019	43	65	**66,2%**	0	0	**0,0%**
06-2019	171	196	**87,2%**	1	1	**100,0%**
09-2019	302	346	**87,3%**	57	59	**96,6%**
12-2019	419	485	**86,4%**	134	139	**96,4%**
03-2020	nd	nd		237	249	**95,2%**

Miernik 11_3
C50



BADANIA GENETYCZNE I MOLEKULARNE

Miernik 11_4: Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych

Miernik 11_4
C50

Sposób wyliczania miernika – nie wniesiono uwag – bez zmian

Badania genetyczne: BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2 i sekwencjonowanie NGS

Licznik - liczba wszystkich świadczeniobiorców z rozpoznaniem C50 włączonych do pilotażu, u których wykonano badania genetyczne BRCA1, a w przypadku wskazań medycznych także inne oznaczenia, tj. PALB2, CHEK2 i BRCA2 (wszyscy pacjenci, którym zlecono badanie BRCA1, pozostałe oznaczenia nie są brane pod uwagę).
Informacja o wykonaniu badania genetycznego BRCA1 i ew. PALB2, CHEK2 lub/i BRCA2 pobierana z wyniku badania.

Informacja o wyniku badań z HIS Świadczeniodawcy.

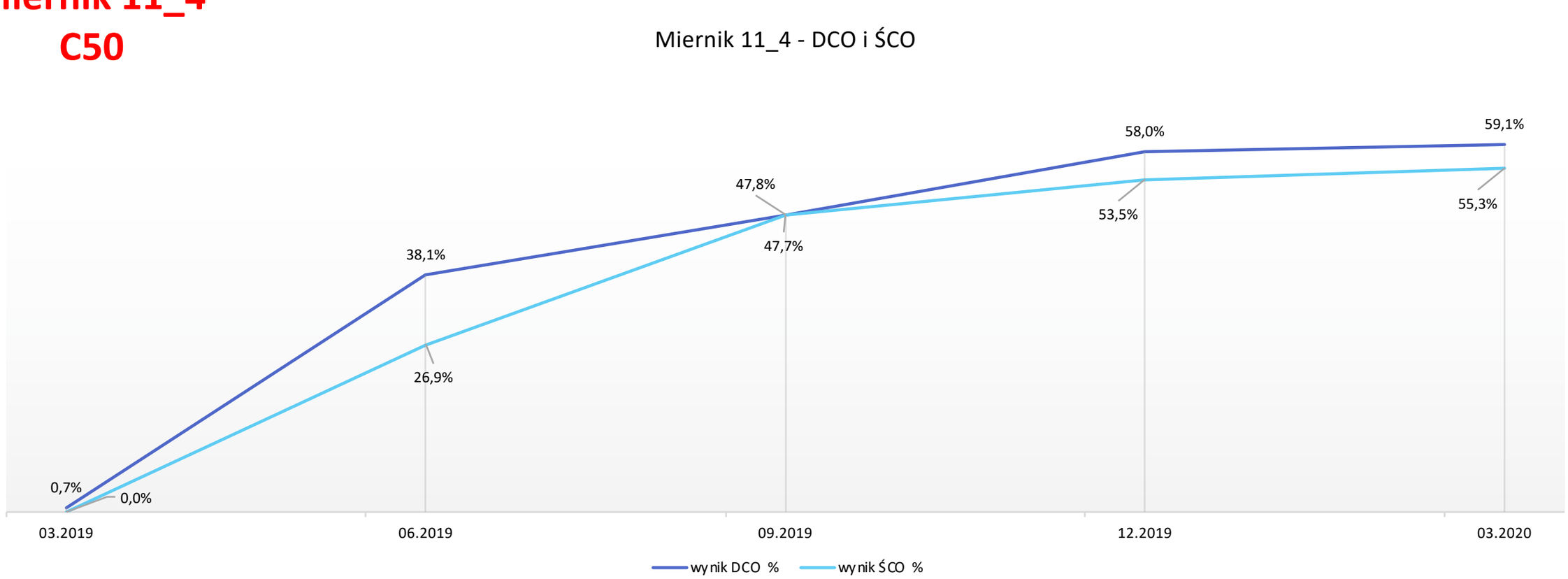
Mianownik – liczba wszystkich świadczeniobiorców z rozpoznaniem C50 włączonych do pilotażu.

BADANIA GENETYCZNE I MOLEKULARNE

	DCO			ŚCO		
data	licznik	mianownik	wynik DCO %	licznik	mianownik	wynik ŚCO %
03-2019	11	1643	**0,7%**	0	63	**0,0%**
06-2019	145	381	**38,1%**	52	193	**26,9%**
09-2019	290	608	**47,7%**	163	341	**47,8%**
12-2019	459	792	**58,0%**	254	475	**53,5%**
03-2020	583	987	**59,1%**	347	628	**55,3%**

Miernik 11_4

C50



BADANIA GENETYCZNE I MOLEKULARNE

Miernik 11_5: Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych (**dotyczy badań FISH, double ISH)**

Sposób wyliczania miernika – nie wniesiono uwag – bez zmian

Licznik: liczba świadczeniobiorców z rozpoznaniem C50 włączonych do pilotażu, u których uzyskano w badaniu Her-2 Neu IHC niejednoznaczny wynik 2+ oraz przeprowadzono badania Her-2/Neu FISH.

W protokole opisu histopatologicznego raka piersi w miejscu: „**Her-2/ Neu IHC, zaznaczona opcja: niejednoznaczny (2+) oraz Her-2/Neu FISH, zaznaczona opcja: Wykonane.**

Mianownik: liczba świadczeniobiorców z rozpoznaniem C50 włączonych do pilotażu, u których uzyskano w badaniu Her-2/ Neu IHC niejednoznaczny wynik 2+.

Karta miernika jest pochodną miernika 11_3.

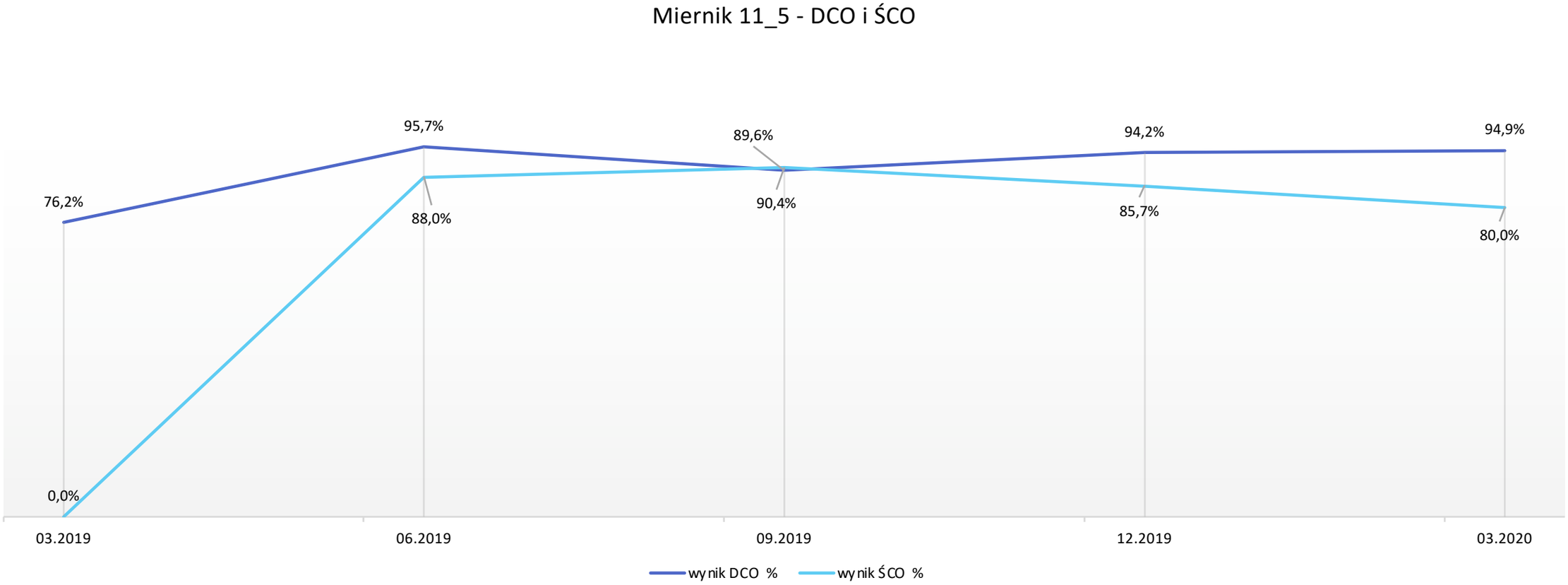
W protokole opisu histopatologicznego raka piersi w miejscu: „**Her-2/ Neu IHC, zaznaczona opcja: niejednoznaczny (2+).**
Karta miernika jest pochodna karty 11_3

Miernik 11_5
C50

BADANIA GENETYCZNE I MOLEKULARNE

Miernik 11_5
C50

	DCO			ŚCO		
data	licznik	mianownik	wynik DCO %	licznik	mianownik	wynik ŚCO %
03-2019	16	21	**76,2%**	0	0	**0,0%**
06-2019	45	47	**95,7%**	22	25	**88,0%**
09-2019	69	77	**89,6%**	47	52	**90,4%**
12-2019	114	121	**94,2%**	60	70	**85,7%**
03-2020	150	158	**94,9%**	84	105	**80,0%**



BADANIA GENETYCZNE I MOLEKULARNE
C56

Miernik 11_6: Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych

Sposób wyliczania miernika aktualnie obowiązujący

Badania molekularne i/lub genetyczne: BRCA1 i BRCA2 (oba badania muszą być przeprowadzone).

Licznik: liczba świadczeniobiorców z rozpoznaniem C56 (z wykluczeniem wznowy) włączonych do pilotażu, u których przeprowadzono badania molekularne i/lub genetyczne BRCA1 i BRCA2.
Informacja o wykonaniu badania genetycznego i/lub molekularnego BRCA1 i BRCA2 ze zlecenia w systemie HIS Świadczeniodawcy.

Mianownik: liczba wszystkich świadczeniobiorców z rozpoznaniem C56 włączonych do pilotażu, z wykluczeniem pacjentów ze wznową nowotworu.

Modyfikacja:

- Brani są pod uwagę pacjenci którym wykonano badania BRCA1/2 z tkanki pooperacyjnej tj. pacjenci z C56 którym wypełniono protokół pooperacyjny raka jajnika (to wyklucza wznowy, guzy graniczne i złośliwe nowotwory nienabłonkowe),
- Wykluczone badania z trybu ambulatoryjnego (z materiału archiwalnego).

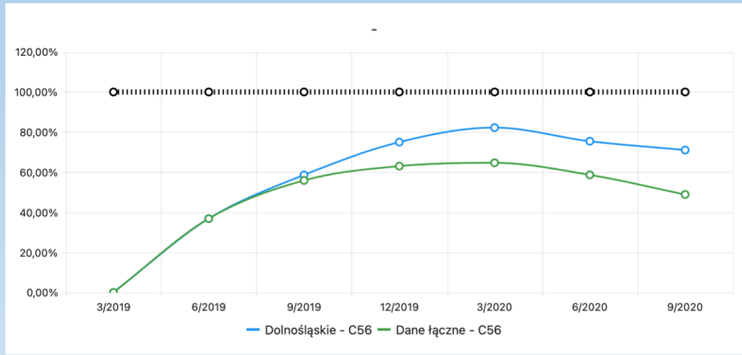
Sposób wyliczania miernika po akceptacji proponowanych zmian

Badania molekularne i/lub genetyczne: BRCA1 i BRCA2 (oba badania muszą być przeprowadzone) z tkanki pooperacyjnej.

Licznik: liczba świadczeniobiorców z rozpoznaniem C56 (z wykluczeniem wznowy, guza granicznego jajnika „borderline" oraz z wykluczeniem złośliwych nowotworów nienabłonkowych jajnika) włączonych do pilotażu, u których przeprowadzono badania molekularne i/lub genetyczne BRCA1 i BRCA2 z tkanki pooperacyjnej.
Wliczamy świadczeniobiorców dla których został wypełniony protokół histopatologiczny raka jajnika wdrożony w ramach pilotażu i którym wykonano badania genetyczne i/lub molekularne BRCA1 i BRCA2 w/w badania metodą NGS tkanki.

Mianownik: liczba wszystkich świadczeniobiorców z rozpoznaniem C56 włączonych do pilotażu (z wykluczeniem pacjentów ze wznową nowotworu, z granicznym guzem „borderline" oraz z wykluczeniem złośliwych nowotworów nienabłonkowych jajnika), o czym świadczy wypełniony protokół histopatologiczny raka jajnika wdrożony w ramach pilotażu.

Z wyliczenia należy wykluczyć badań wykonanych w trybie ambulatoryjnym (z materiału archiwalnego).

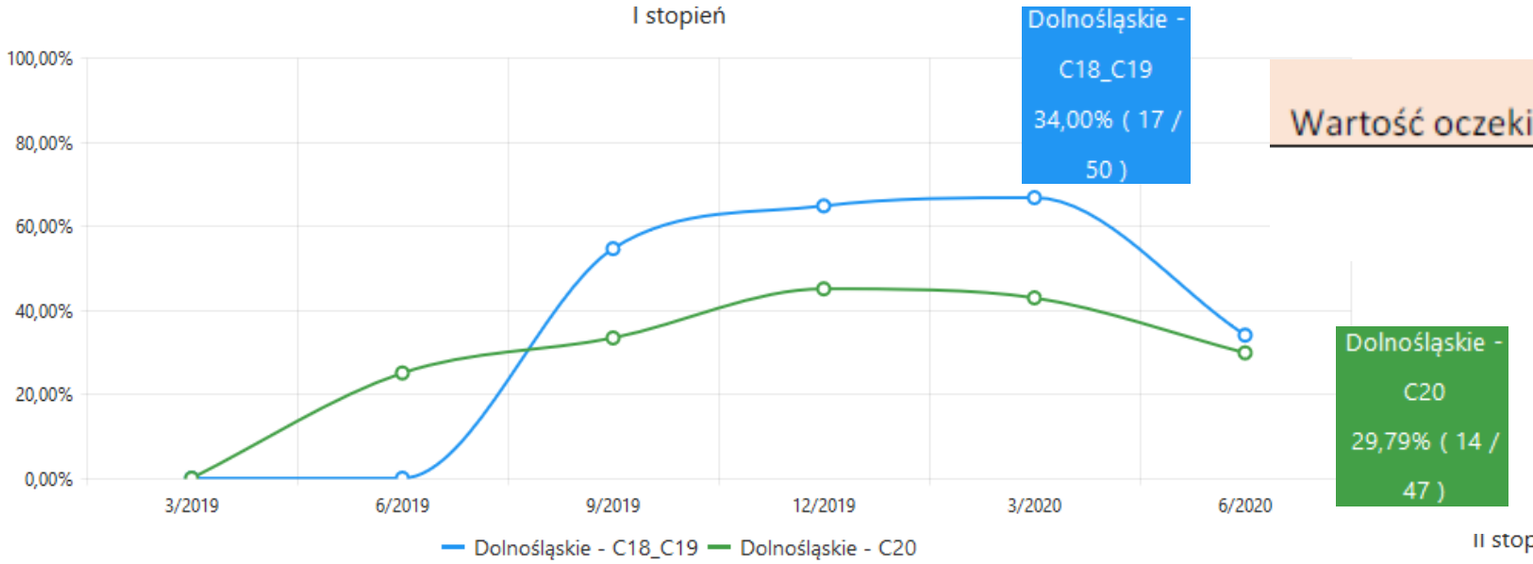


ZABIEGI MAŁOINWAZYJNE

Miernik 12 -Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metoda małoinwazyjną

$$M_{12} = \frac{\text{liczba zabiegów małoinwazyjnych radykalnych}}{\text{liczba wszystkich zabiegów operacyjnych radykalnych}}$$

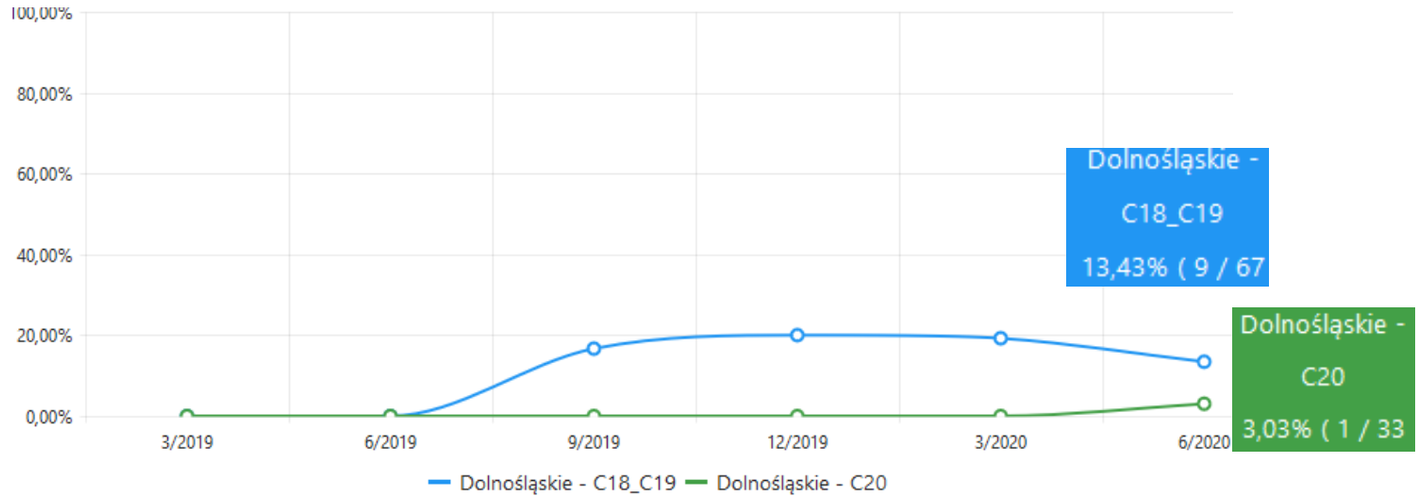
I stopień



Wartość oczekiwana (idealna) miernika/wskaźnika:

0% dla IV stopnia zaawansowania
> 0% dla I, II, III st. zaawansowania

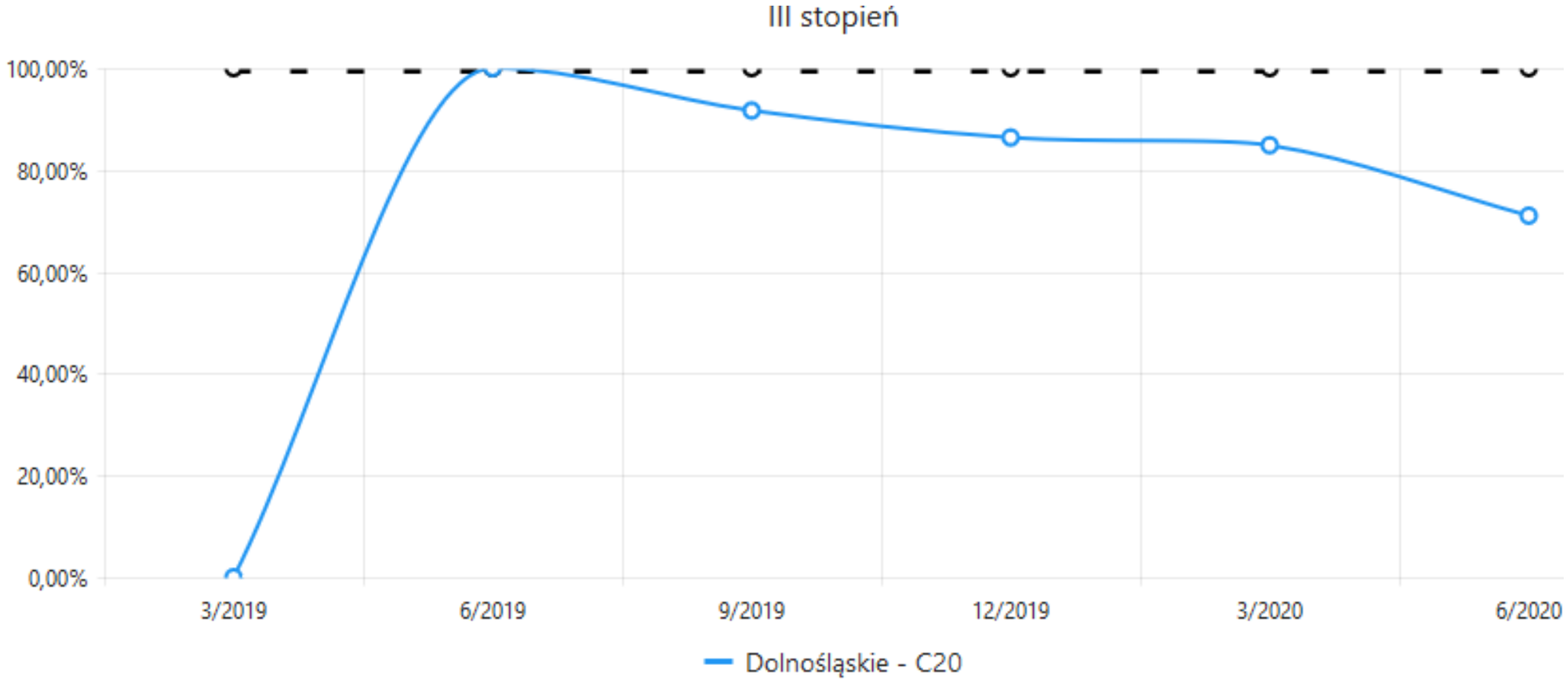
II stopień



RADIOTERAPIA C20

Miernik 16 - Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem odbytnicy, u których zastosowano radioterapię przedoperacyjną

W II i III stopniu zaawansowania raka odbytnicy chorzy powinni zostać poddani leczeniu przedoperacyjnemu, polegającemu na radioterapii lub radiochemioterapii. Postępowanie takie pozwala na uzyskanie czystych marginesów chirurgicznych i poprawia wyniki leczenia o 10-15%. Leczenie neoadjuwantowe jest standardem w Polsce i większości krajów europejskich.



CHIRURGIA C18 C19

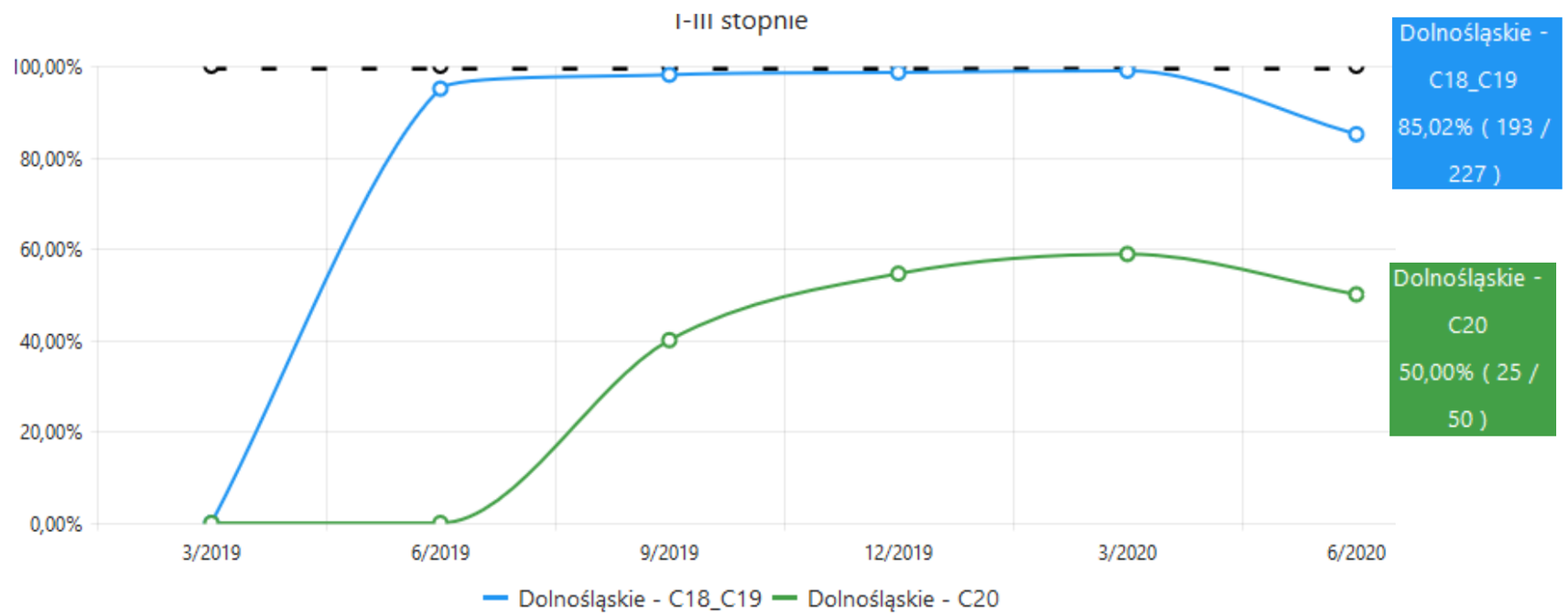
Miernik 17 - Odsetek badań histopatologicznych pooperacyjnych u pacjentów z nowotworem jelita grubego, u których liczba ocenionych węzłów chłonnych wynosiła co najmniej 12

Zbadanie co najmniej 12 węzłów chłonnych w materiale pooperacyjnym dla C18-C20 jest miernikiem świadczącym o dobrej jakości leczenia chirurgicznego i badania histopatologicznego (z wyłączeniem raka odbytnicy po leczeniu neoadjuwantowym).

Jest to standard światowy.

Mniejsza liczba znalezionych węzłów chłonnych może świadczyć o złej jakości leczeniu chirurgicznym i powoduje kwalifikację tych chorych do, czasem niepotrzebnego, leczenia systemowego (chemioterapii).

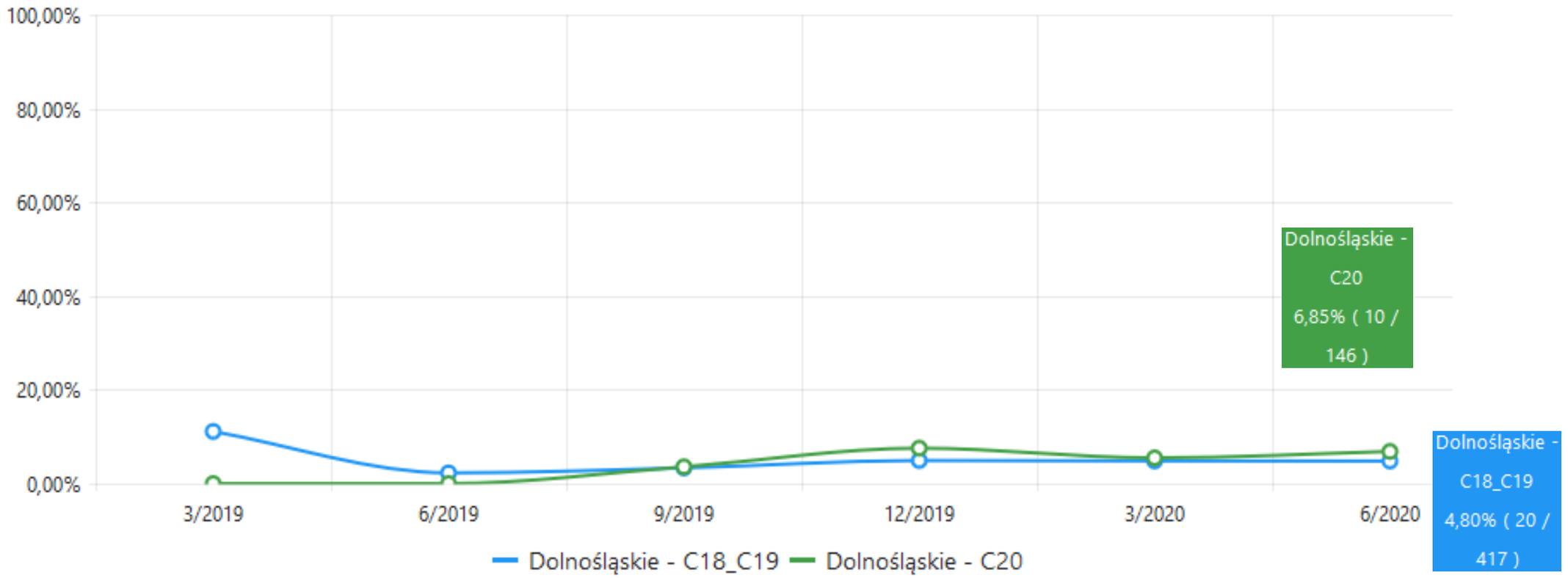
Z miernika wykluczono pacjentow z IV stopniem zaawansowania (cecha M1), gdyż możliwe są zabiegi paliatywne, wykonywane wyłącznie w celu postawienia rozpoznania.



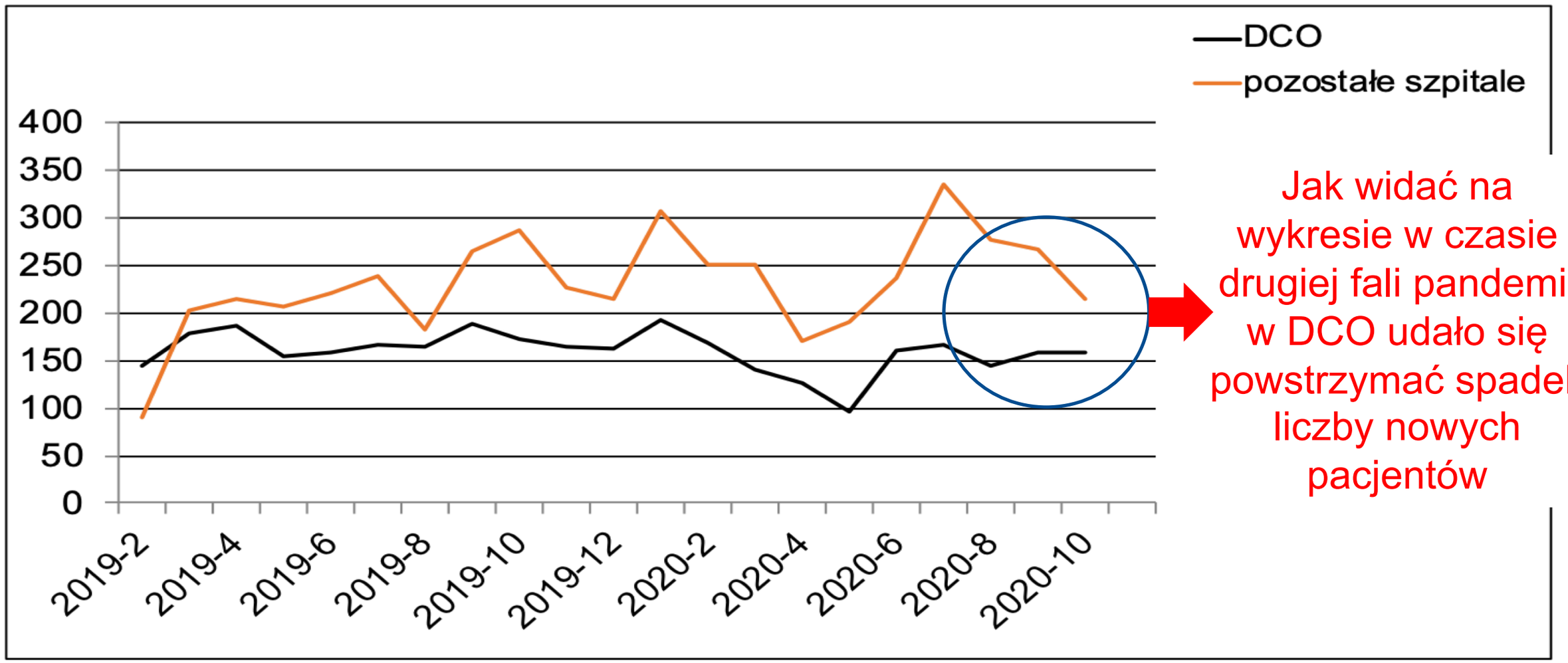
CHIRURGIA C18 C19

Miernik 18 - Odsetek wystąpienia nieszczelności zespoleń w nowotworze okrężnicy i odbytnicy

Odsetek nieszczelności zespolenia jelitowego (dla raka okrężnicy do 5%, dla raka odbytnicy do 15% wg danych literaturowych) jest poważnym powikłaniem chirurgicznym, zmuszającym do interwencji chirurgicznej bądź przewlekłego leczenia zachowawczego, co powoduje pogorszenie rokowania i jakości życia chorych.



LICZBA PACJENTÓW W PILOTAŻU



Jak widać na wykresie w czasie drugiej fali pandemii w DCO udało się powstrzymać spadek liczby nowych pacjentów

SERWIS ONKOLOGIA

Ogólnopolska Federacja Onkologiczna apeluje do MZ o zawieszenie pilotażu KSO na czas pandemii

Autor: **OFO/Rynek Zdrowia** 16 kwietnia 2020 13:49

Niektóre komunikaty medialne mogą negatywnie oddziaływać dla pacjentów

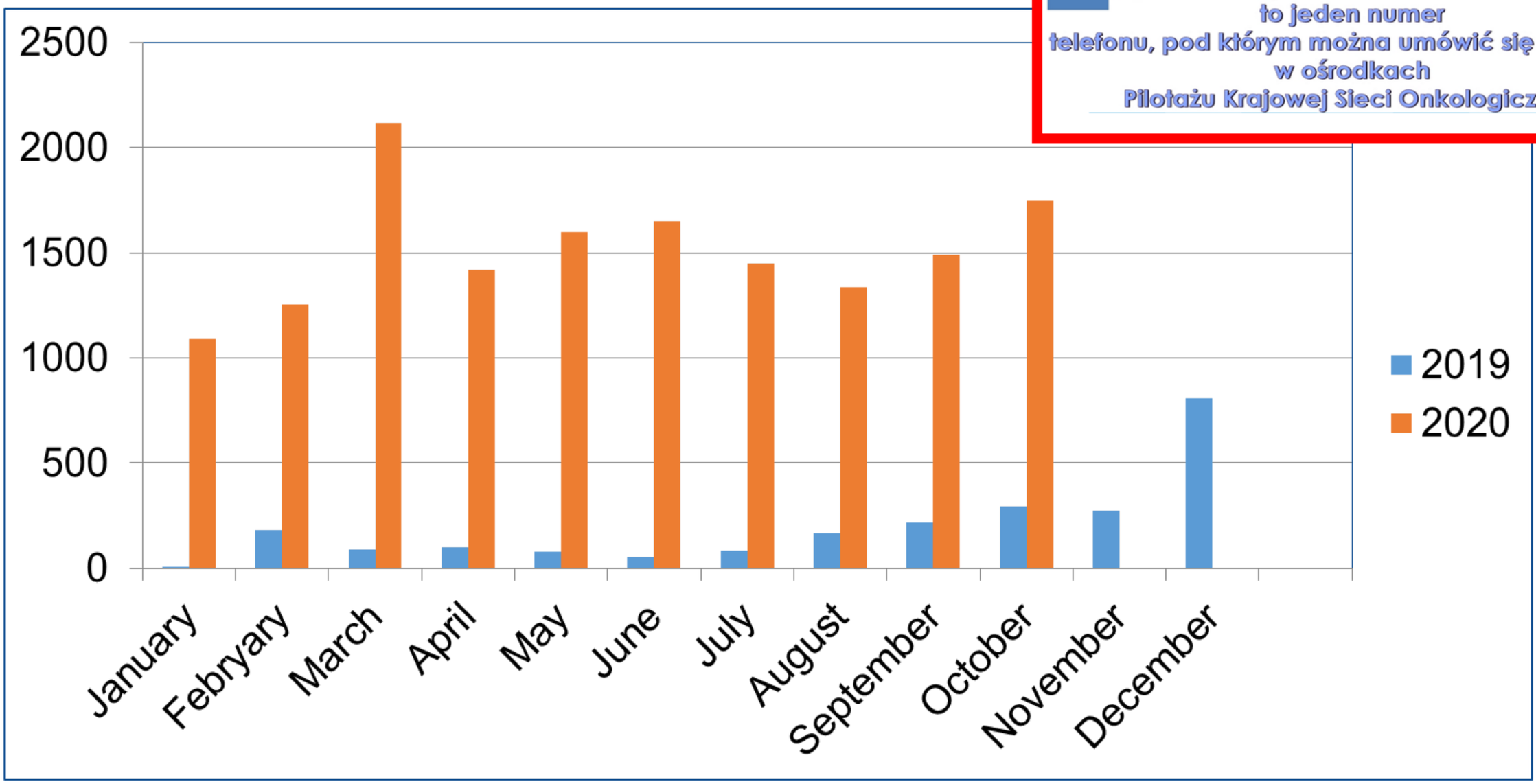
57% pacjentów będzie wierzyło negatywnym informacjom po usłyszeniu ich 1-2 razy

POŁĄCZENIA NA INFOLINIĘ

INFOLINIA DLA PACJENTÓW

71/ 368 94 83

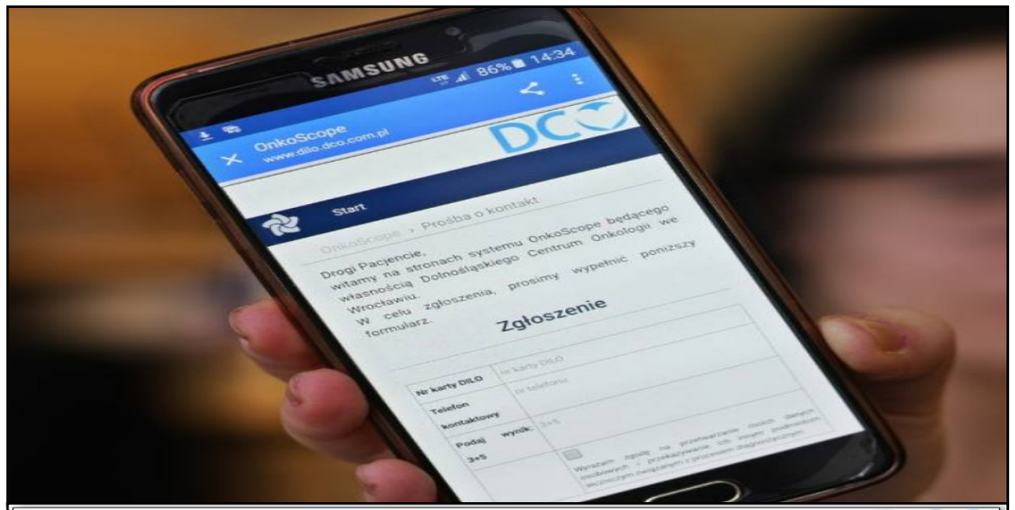
to jeden numer telefonu, pod którym można umówić się na wizytę w ośrodkach Pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej.



APLIKACJE MOBILNE
REJESTRACJA

DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU
LECZYMY WIEDZĄ I SERCEM

ONKOSCOPE

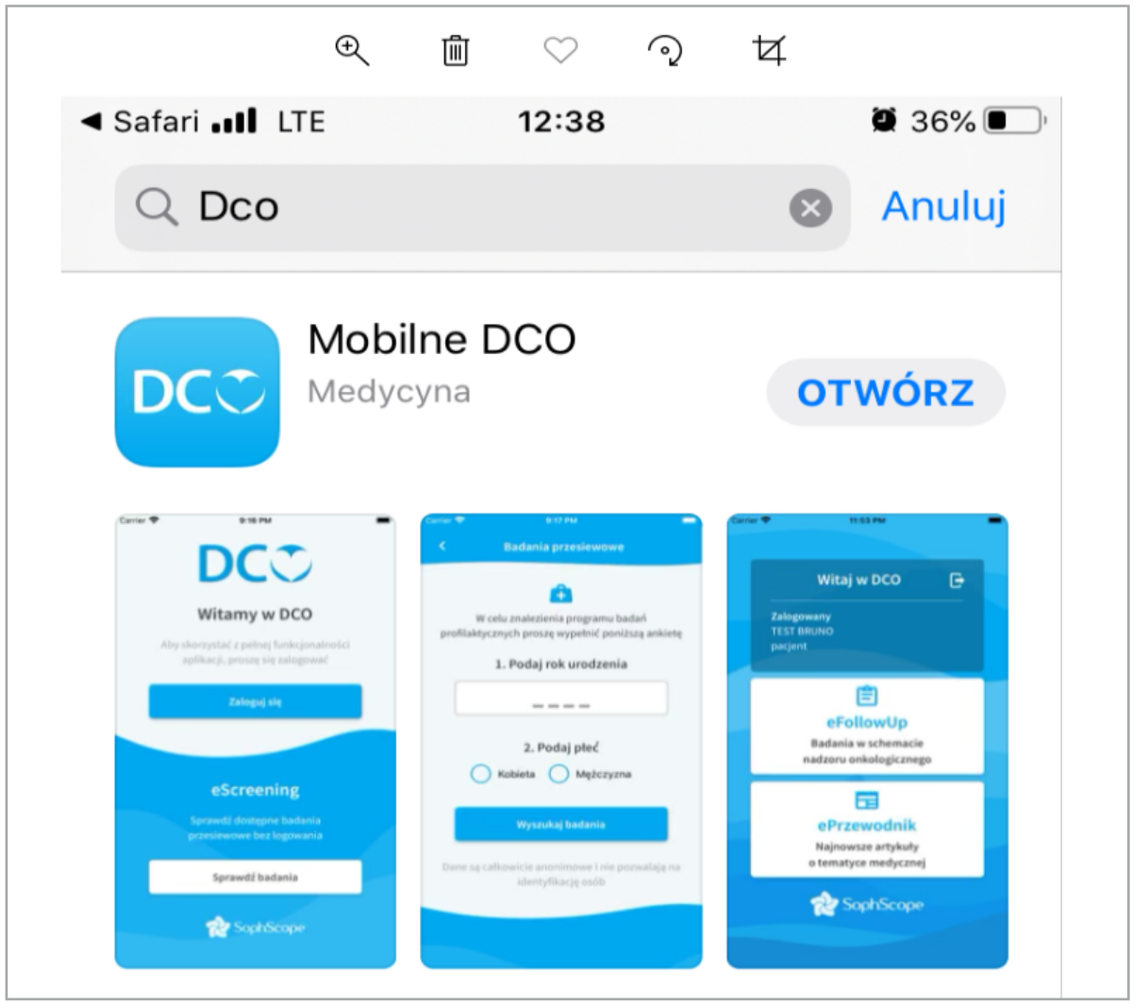


CALL CENTER

APLIKACJE MOBILNE SCREENING/FOLLOW UP

DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU

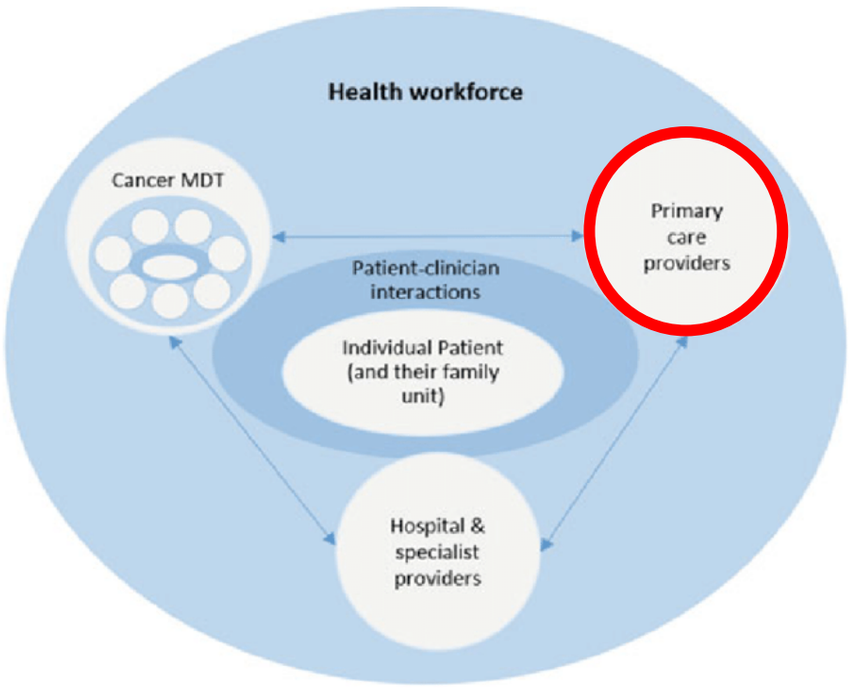
LECZYMY WIEDZĄ I SERCEM



WSPÓŁPRACA Z LEKARZAMI POZ

DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU

LECZYMY WIEDZĄ I SERCEM



POROZUMIENIE

dotyczące
OPRACOWANIA STRATEGII WSPÓŁPRACY LEKARZY RODZINNYCH Z ONKOLOGAMI W RAMACH PILOTAŻU KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ NA DOLNYM ŚLĄSKU

Zawarte w dniu 27.10.2020 r. , pomiędzy:

Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, z siedzibą: pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy KRS pod nr: 0000087868, REGON: 000290096, NIP: 899-22-28-100,
reprezentowanym przez:
Dyrektora Naczelnego - dr hab. n. med. Adama Maciejczyka

zwanym dalej "Dolnośląskim Centrum Onkologii"

a

Dolnośląskim Związkiem Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców z siedzibą we Wrocławiu (54-153) przy ul. Dobrzańskiej 13/2, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy KRS pod nr: 0000059583, REGON: 932231666, NIP: 8971638643,
reprezentowanym przez:
Prezesa Jacka Krajewskiego

zwanym dalej "DZLR-P"

oraz

Konsultantem Krajowym w dziedzinie med
Mastalerz-Migas
zwaną dalej „Konsultantem Krajowym w dzie

zwanymi też dalej **"Stronami".**

POD PATRONATEM:

1. POLSKIEGO TOWARZYSTWA ONK
781), przy ulicy W. K. Roentgena 5, nr KRS:
reprezentowanego przez:
Przewodniczącego Zarządu Głównego - **dr h**
Aleksandrę Łacko – Skarbnika Zarządu Gł

2. POLSKIEGO TOWARZYSTWA M
Wrocławiu (51-141), przy ulicy Syrokomli 1/
reprezentowanego przez:
Prezesa Zarządu Głównego – dr hab. n. me
oraz
3. FEDERACJI ZWIĄZKÓW PR

Strony:

Dolnośląskie Centrum Onkologii — DZLR-P

DYREKTOR
Dolnośląskiego Centrum Onkologii
dr hab. n. med. Adam Maciejczyk

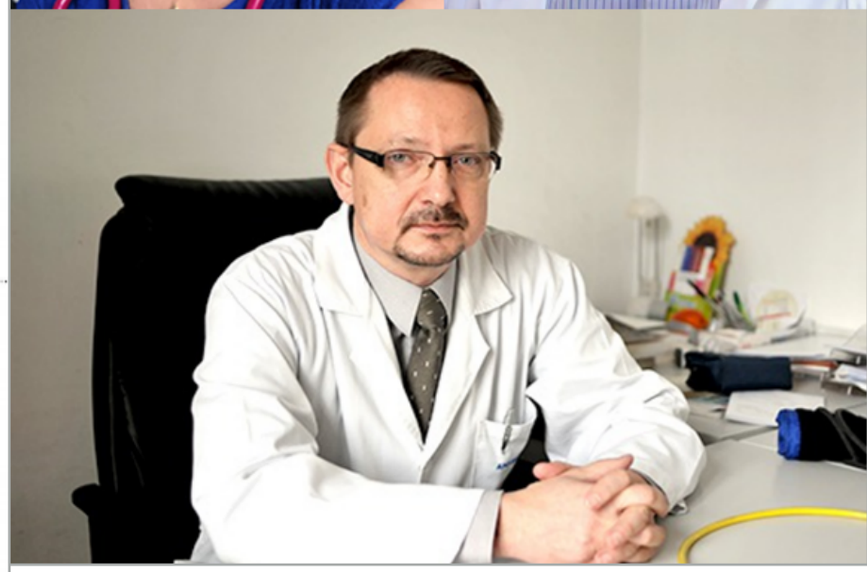
Patroni:

Polskie Towarzystwo Onkologiczne

PRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU GŁÓWNEGO Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
dr hab. n. med. Adam Maciejczyk

SKARBNIK Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
dr n. med. Aleksandra Łacko

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej



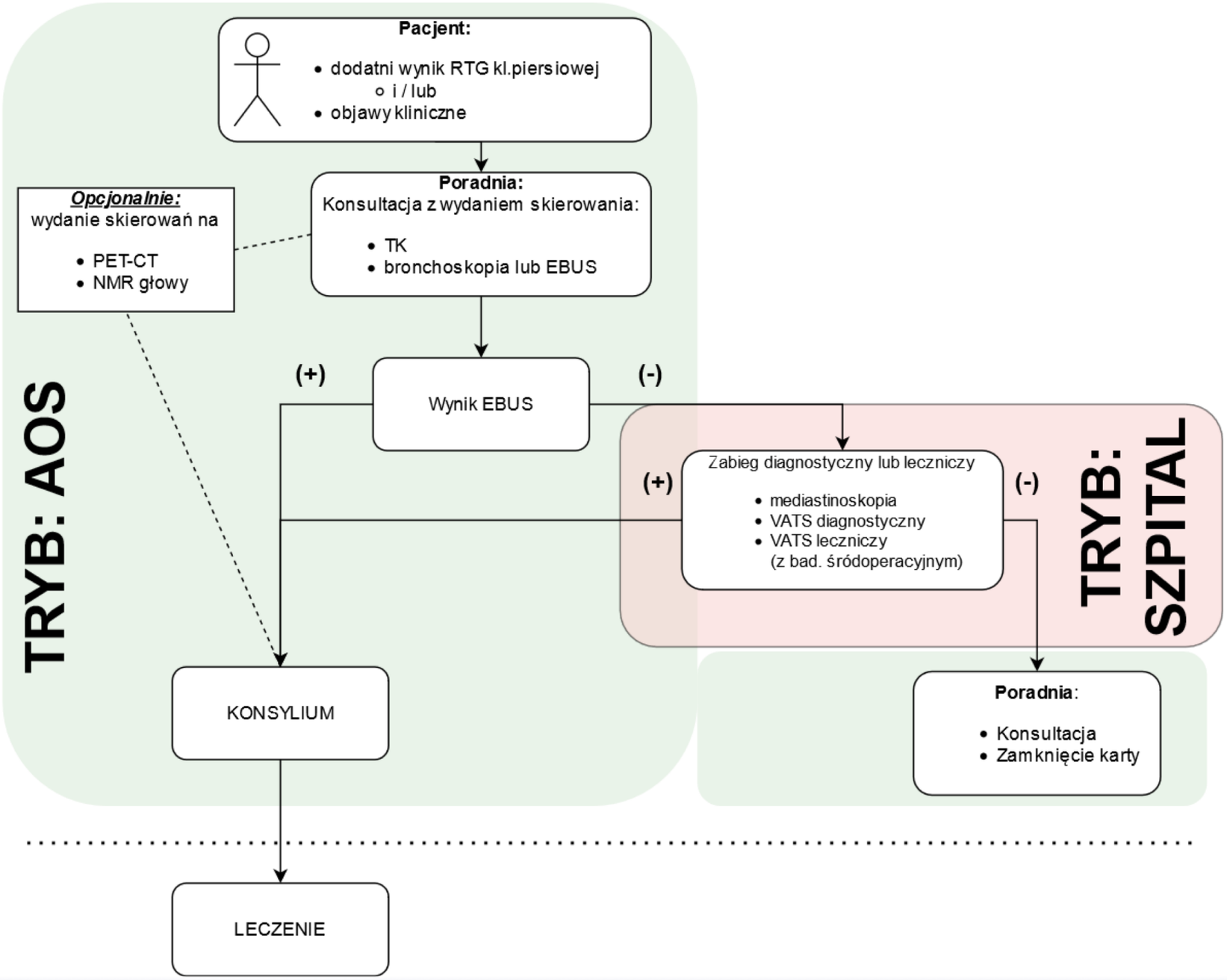
PROPOZYCJA REORGANIZACJI ŚCIEŻKI PACJENTA Z PODEJRZENIEM RAKA PŁUCA

Wnioski z pilotażu sieci onkologicznej

REORGANIZACJA ŚCIEŻKI W RAKU PŁUCA

Propozycja reorganizacji ścieżki pacjenta z podejrzeniem raka płuca
/propozycja wdrożenia procesu zastępującego kartę DiLO/

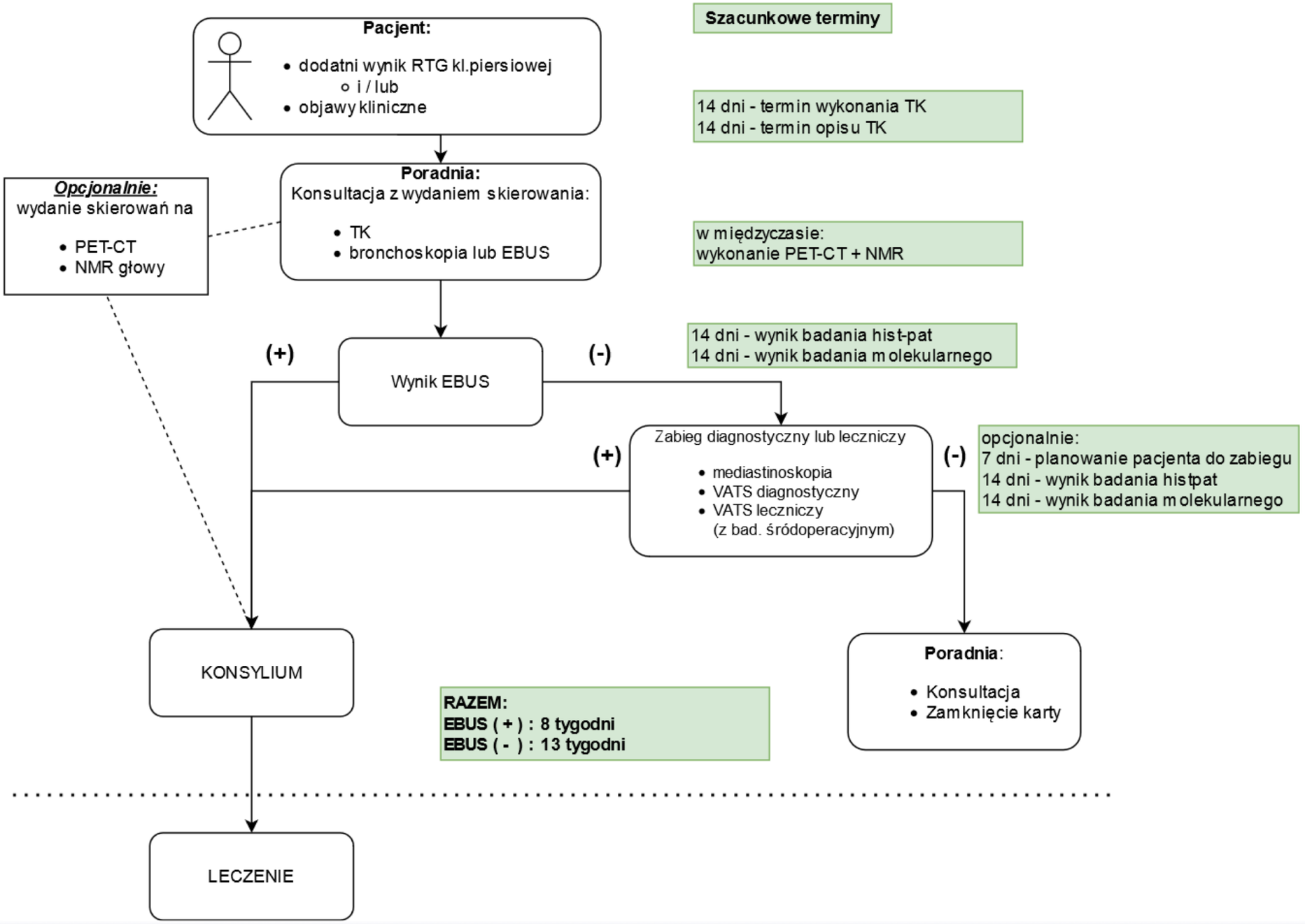
Wrocław, 2020-07-07



REORGANIZACJA ŚCIEŻKI W RAKU PŁUCA

Propozycja reorganizacji ścieżki pacjenta z podejrzeniem raka płuca
/propozycja wdrożenia procesu zastępującego kartę DiLO/

Wrocław, 2020-07-07



PODSUMOWANIE

PODSUMOWANIE

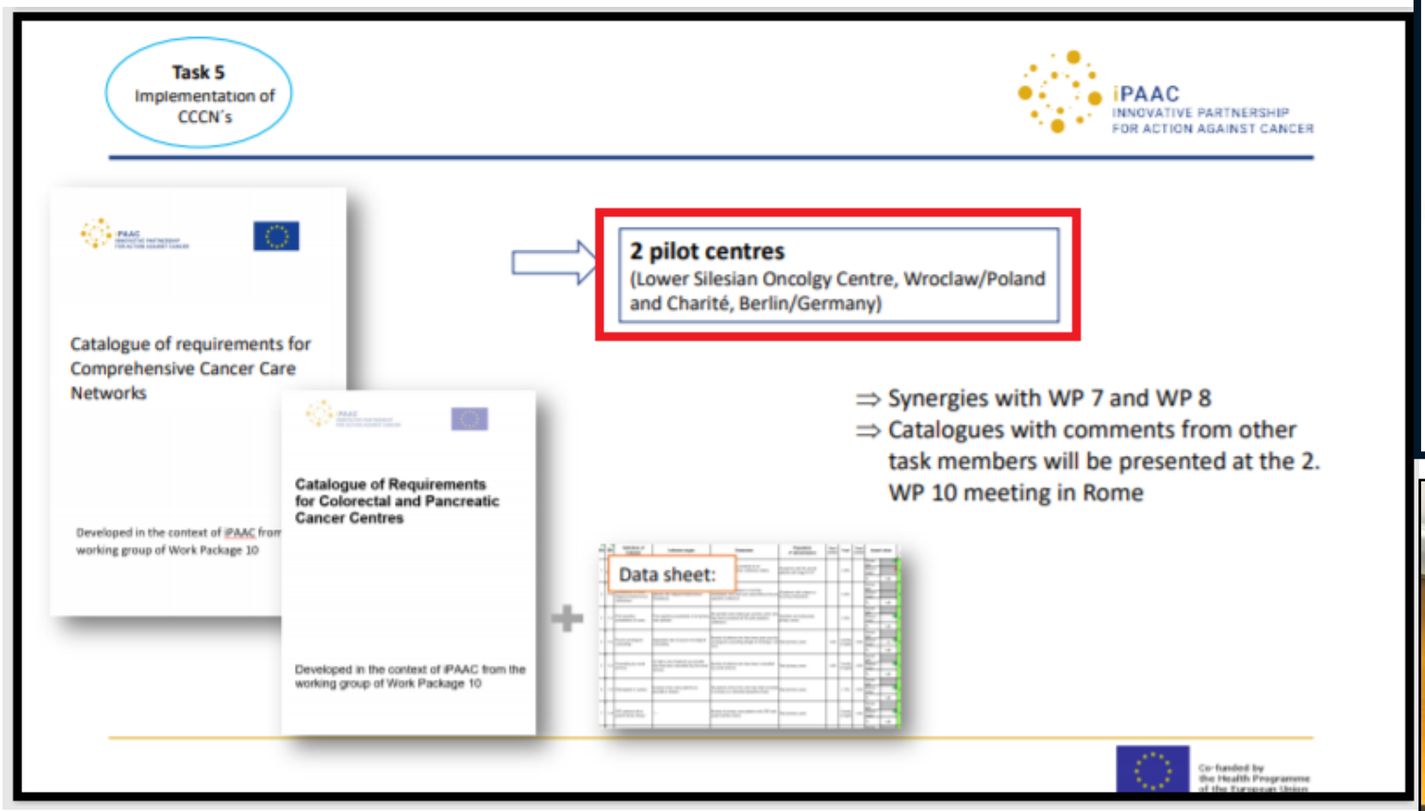
- Do oceny jakości opieki służy **35 mierników**, **49 kart oceny mierników**, z których wykonuje się około **305 niezależnych obliczeń**.
- Dane do obliczania mierników pobierane są automatycznie (nie stanowi to dodatkowego obciążenia dla lekarzy).
- Obecnie nastąpił duży spadek błędów z automatycznej sprawozdawczości.
- **Mierniki oceny jakości opieki onkologicznej obliczane są niezależnie przez system monitorowania procesów.**
- Mierniki podlegają systematycznym przeglądom – jeśli któraś z wartości odbiega od wartości celowej w pierwszej kolejności uzupełniane są dane. Jeśli dane są kompletne, analizowane są przyczyny nieprawidłowości.
- **Mierniki i karty ocen mogą ulegać zmianom – jest to proces ciągły.**

PODSUMOWANIE

Kluczowe sukcesy pilotażu, które osiągnięto już na wstępnym etapie pilotażu:

- ✓ Wdrożono infolinię onkologiczną
- ✓ Zmniejszono czas oczekiwania na przyjęcie do poradni onkologicznej
- ✓ Skrócono czas oczekiwania na wyniki badań
- ✓ Zapewniono koordynatora na etapie diagnostyki wstępnej
- ✓ Wprowadzono standaryzację procesu leczenia pacjenta onkologicznego
- ✓ Wprowadzono analizę kompletności diagnostyki oraz histopatologii
- ✓ Wprowadzono monitorowanie jakości realizowanych świadczeń

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA



iPAAC
INNOVATIVE PARTNERSHIP
FOR ACTION AGAINST CANCER

Wesselmann S., 2019
www.ipaac.eu/res/file/20190124-gb-brussels/07-wesselmann.pdf

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ