

Opieka onkologiczna – jeden wspólny cel: podnoszenie jakości



Nowotwory

w Szwecji, Niemczech i we Włoszech

Raport „Jakość – dane – rejestry”, który powstaje na zlecenie Fundacji Onkologia 2025, opisuje sytuację opieki onkologicznej w Szwecji, Niemczech oraz we Włoszech. Choć rozwój tej dziedziny w omawianych państwach znajduje się na zupełnie innym etapie, wyznaczyły one ten sam priorytet – dążenie do poprawy jakości opieki onkologicznej. Zarządzający ochroną zdrowia w Polsce mogą wziąć przykład z tych krajów.

Opracowanie prezentuje rozwiązania, które zostały wprowadzone w omawianych państwach na poziomie centralnym i regionalnym. W publikacji przedstawiono najważniejsze aspekty funkcjonowania systemu oraz scharakteryzowano narzędzia, które są w tym celu wykorzystywane. Zaprezentowano rozwiązania organizacyjne zmierzające do poprawy jakości opieki onkologicznej, w tym skuteczności i bezpieczeństwa stosowanych procedur. Skupiono uwagę na dążeniach decydentów do poprawy sytuacji zdrowotnej oraz na kierunkach rozwoju opieki onkologicznej. Podjęto próbę opisu procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentów onkologicznych. Omówiono rozwiązania systemowe służące zapewnieniu szybszego dostępu do opieki onkologicznej na poszczególnych etapach, takie jak czasy oczekiwania.

Charakterystyka raportu

Raport składa się z trzech części, a każda z nich dotyczy innego kraju. Na początku każdej części zamieszczono dane na temat epidemiologii nowotworów zło-

śliwych, struktury demograficznej oraz wydatków na opiekę zdrowotną. Po przedstawieniu podstawowych informacji o systemie ochrony zdrowia zaprezentowano najważniejsze zasady, którymi kierują się decydenci podczas wyznaczania kierunku polityki zdrowotnej, zmierzającej przede wszystkim do zwiększenia dostępności wysokiej jakości świadczeń. W dalszej części raportu omówiono standardy opieki onkologicznej. Zwrócono uwagę na to, w jaki sposób i w jakim zakresie pozyskiwane są dane medyczne dotyczące opieki onkologicznej. Zaprezentowano także wskaźniki związane z różnymi typami nowotworów oraz sposób wykorzystania tych danych. Scharakteryzowano systemy i rozwiązania informatyczne stosowane w onkologii. Jeden z podrozdziałów dotyczy niepożądanych zdarzeń medycznych. Jak wygląda procedura zgłaszania zdarzeń, kto ma obowiązek je zgłaszać oraz czy dane te są monitorowane – to tylko niektóre zagadnienia omówione w raporcie. Uwzględniono też kwestie tworzenia raportów publicznych dotyczących zdarzeń medycznych – sposoby pozyskiwania danych z jednostek ochrony

zdrowia oraz ich wtórnego wykorzystania w celu monitorowania sytuacji zdrowotnej. Podano nazwy odpowiednich raportów wraz z ich krótką charakterystyką. Kolejne zagadnienia to dane na temat skoordynowanej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta oraz modele systemu opieki onkologicznej, które opierają się na specjalistycznych centrach onkologii. Ze względu na to, że tematyka koordynacji procesu leczenia jest istotna z punktu widzenia nie tylko państwa, ale przede wszystkim pacjenta, omówiono również te zagadnienia. Opieka onkologiczna jest procesem złożonym, a opieka i pomoc medyczna jest niezbędna na wszystkich etapach – od profilaktyki przez diagnostykę i proces leczenia aż do etapu po jego zakończeniu, dlatego opisano działania usprawniające przebieg tych faz. Raport zawiera także dane o sposobach realizacji badań profilaktycznych. Scharakteryzowana została pozycja pacjenta w systemie. Zaprezentowano dane na temat akredytacji podmiotów medycznych oraz systemu certyfikacji funkcjonujące w Niemczech, Szwecji oraz we Włoszech. Skupiono się na zagadnieniu rejestrów medycznych, w tym rejestrów onkologicznych. Wymieniono, jakie dane zawierają, kto jest odpowiedzialny za uzupełnianie informacji oraz w jaki sposób i przez jakie instytucje informacje te są wykorzystywane. Pokróćce omówiono raporty, które powstały na podstawie zgromadzonego materiału, z uwzględnieniem zakresu danych, najważniejszych wniosków oraz częstotliwości ich publikacji. Przedstawiono standardy oraz narzędzia służące kontrolowaniu jakości w systemie opieki onkologicznej. Raport ukazuje tematykę planów onkologicznych stworzonych w omawianych krajach.

Zarys struktury systemów opieki zdrowotnej

Systemy opieki zdrowotnej Włoch, Szwecji i Niemiec należą do systemów zdecentralizowanych. Włoski system ochrony zdrowia podzielony jest na trzy poziomy: krajowy, regionalny oraz lokalny. Podobny podział istnieje w Szwecji. Szwedzki system opieki onkologicznej w ostatnich latach uległ znacznym przemianom. Chociaż na poziomie ogólnokrajowym określono główne kierunki rozwoju polityki zdrowotnej, wytyczne oraz standardy opieki, to duża część kompetencji została oddana sześciu regionom. Zdecentralizowane

jednostki mają duży zakres autonomii. Kontrolę oraz funkcje zarządcze w opiece zdrowotnej na poziomie regionalnym sprawują regionalne centra nowotworowe. Głównym celem tych podmiotów jest nadzór nad realizacją zadań, które zostały wyznaczone na poziomie krajowym. Niemcy podzielone są na 16 landów. Każdy z nich posiada własną konstytucję, której zasady mają odzwierciedlenie w konstytucji narodowej. Certyfikacja świadczeniodawców w omawianych krajach jest dobrowolna. W Niemczech centra onkologiczne zostały podzielone na trzy poziomy w zależności od specjalizacji: kompleksowe centra onkologiczne (CCC), centra onkologii (CC) oraz narządowe centra onkologii (C) (tab. 1).

W Niemczech system akredytacji jest nieobowiązkowy oraz dobrowolny. Podobna sytuacja jest w Szwecji, gdzie nie ma ogólnokrajowego systemu akredytacji podmiotów leczniczych, jednak obecnie podejmowane są działania, które mają służyć stworzeniu takiego systemu. Z omawianych krajów jedynie Włochy posiadają program akredytacyjny w ochronie zdrowia. Jednym z podstawowych warunków finansowania publicznego jest udział w programach akredytacyjnych. Posiadanie certyfikatu jest obowiązkowe zarówno dla podmiotów publicznych, jak i prywatnych. Systemy akredytacyjne wdrażane w regionach muszą być dostosowane i zgodne z prawem krajowym. W 2015 r. wydano przewodniki dotyczące wdrażania akredytacji w podmiotach szpitalnych, w pozaszpitalnych strukturach pomocy terytorialnej, w jednostkach świadczących usługi ambulatoryjne oraz propozycje wdrażania systemu akredytacji w laboratoriach medycznych. W poszczególnych regionach Włoch systemy akredytacji znajdują się na różnych etapach wdrażania. Część z nich ma w pełni funkcjonujący system, natomiast inne są dopiero w trakcie jego wdrażania. Każdy region ma własny system akredytacji.

Możliwość porównania wskaźników jako element podnoszący jakość

W raporcie omówiono narzędzia służące do oceny, pomiaru i monitorowania poziomu opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach. W Niemczech dzięki obowiązkowi raportowania przez wszystkie szpitale informacji związanych z wybranymi wskaźnikami od 2007 r. istnieje możliwość porównania jednostek i określenia

Tabela 1. Podział centrów onkologicznych w Niemczech

Kompleksowe centra onkologii (CCC)	Centra onkologii (CC)	Narządowe centra onkologii (C)
<ul style="list-style-type: none"> leczenie nowotworów rzadkich prowadzenie badań klinicznych najwyższy poziom opieki wsparcie i prowadzenie badań nad nowotworami opracowywanie i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań związanych z postępowaniem onkologicznym 	<ul style="list-style-type: none"> specjalizujące się w nowotworach wielonarządowych leczenie specjalistyczne w zakresie mało powszechnych nowotworów, np. nowotworów neuroendokrynych trzustki 	<ul style="list-style-type: none"> skoncentrowane na leczeniu określonej jednostki nowotworowej, która występuje dość powszechnie

Źródło: Adamus, Gąska, Kamińska, Kozojć (2019). Raport: Jakość – dane – rejestry. Fundacja Onkologia 2025.

„ W Szwecji, Niemczech i we Włoszech dostrzega się ogromne znaczenie raportowanych danych medycznych oraz potencjał ich wykorzystania ”

jakości świadczonych usług. Przesyłane dane są analizowane i wykorzystywane w raportach, a szpitale otrzymują informację zwrotną. Informacje te pozwalają na określenie miejsca szpitala w rankingu placówek medycznych. We Włoszech funkcjonuje Krajowy Program Wyników (wł. *Programma nazionale esiti* – PNE). Corocznie na oficjalnej stronie internetowej pojawiają się wskaźniki dotyczące opieki, również związane z onkologią. Możliwe jest porównanie wyników zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym. Wartości wskaźników określanych w PNE, które otrzymały poszczególne jednostki medyczne, są przedstawione na platformie Dove e Come Mi Curo. Jest to pierwszy publiczny portal, na którym zgromadzone zostały dane dotyczące poziomu usług świadczonych w podmiotach leczniczych. Opracowane są także rankingi jednostek medycznych. Informacje te są cennym źródłem wiedzy dla pacjentów, szczególnie przy podejmowaniu decyzji o wyborze świadczeniodawcy. Dlatego w raporcie przedstawiono także sposób wykorzystania w praktyce informacji o wartości wskaźników jakości na przykładzie Włoch. Według informacji zawartych na stronie internetowej Dove e Come Mi Curo (informacje uzyskane z wyników PNE 2017) Instytut IEO jest jednym z najlepszych podmiotów we Włoszech w leczeniu następujących typów nowotworów (na podstawie osiągniętych wartości wskaźników):

- nowotwór złośliwy okrężnicy,
- nowotwór złośliwy płuc,
- rak piersi,
- nowotwór złośliwy gruczołu krokowego,
- rak pęcherza moczowego,
- nowotwór złośliwy żołądka.

W Szwecji warto zwrócić uwagę na raport *Quality and Efficiency in Swedish Healthcare. Regional Comparison 2012*, w którym omówiono 16 wskaźników służących do badania jakości opieki onkologicznej i podano osiągnięte wyniki (tab. 2).

Miejsce pacjenta w systemie, dostęp do opieki medycznej

We Włoszech decentralizacja wpłynęła na powstanie różnic w poziomie opieki zdrowotnej pomiędzy regionami. Najbardziej dostrzegalne są różnice pomiędzy częścią północną a południową. Działania państwa zmierzają do ujednoczenia jakości i poziomu świadczeń

na całym obszarze Włoch. Problemem jest między innymi zjawisko migracji pacjentów w celu uzyskania opieki zdrowotnej na wyższym poziomie. W Szwecji nadal są regiony, w których dostęp do opieki jest nieco bardziej ograniczony niż w pozostałych. Jednak zarówno w Szwecji, jak i we Włoszech podejmowane są działania na poziomie centralnym służące eliminacji tego zjawiska. Na terytorium Niemiec raczej ten problem nie występuje. Opieka zdrowotna w Niemczech jest dostępna dla społeczeństwa dzięki dobrze rozwiniętej bazie szpitalnej oraz dużej liczbie podmiotów medycznych. W Szwecji od 2015 r. rozpoczęto wdrażanie ścieżek opieki onkologicznej. Początkowo było ich pięć i dotyczyły następujących jednostek chorobowych: białaczka szpikowa, nowotwór przelyku i żołądka, nowotwór głowy i szyi, rak prostaty oraz nowotwór pęcherza moczowego. W następnych latach wdrożono ścieżki diagnostyczne dla innych typów nowotworów. W Niemczech Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (niem. *Nationaler Krebs Plan* – NKP) działa od 2008 r. Podstawowym założeniem jest podjęcie działań na rzecz wczesnego wykrywania nowotworów. Celem programu jest podniesienie jakości życia pacjentów, u których zdiagnozowano nowotwór, a także zmniejszenie liczby zachorowań na nowotwór i zgonów z tego powodu.

Rejestry medyczne jako szansa na określenie sytuacji zdrowotnej społeczeństwa

W Szwecji na uwagę zasługuje szczególnie sposób raportowania i gromadzenia danych, które następnie są wykorzystywane w celach porównawczych. Powstają różne raporty bazujące na zgromadzonych informacjach, służące ocenie sytuacji zdrowotnej w państwie oraz określeniu jakości świadczonych usług. Dane medyczne przesyłane są do różnego rodzaju rejestrów. Na podstawie zgłaszanych informacji tworzone są projekty oraz raporty publiczne. Każdego roku przygotowujemy jest raport *Vårdbarometern (the National Health Care Barometer Survey)*. We Włoszech istnieją rejestry, jednakże nie są do nich raportowane dane z całego kraju. Ich zasięg obejmuje zazwyczaj tylko poszczególne obszary i zwykle są to rejestry populacyjne. Rejestry specjalistyczne dotyczące danego typu nowotworu również istnieją, ale tylko dla kilku jednostek chorobowych. Rejestracja nowotworów w Niemczech jest regulowana przez prawo. Można uznać, że kwestie z nią związane są tam w fazie procesu. Procedura rejestracji jest jednak bardzo zróżnicowana. W niektórych częściach kraju od wielu lat wytyczne dotyczące rejestracji były rozwijane. Opierając się na badaniach przeprowadzonych w 2010 r., uznano, że poziom zaawansowania procedur związanych z rejestracją nowotworów różni się w poszczególnych landach. Od 2013 r. na landach spoczywa prawny obowiązek należytego zorganizowania rejestru, w którym gromadzone będą dane dotyczące

Tabela 2. Rodzaje wskaźników stosowanych w Szwecji oraz ich wartości

Lp.	Lokalizacja nowotworu	Wskaźnik jakości	Wartość wskaźnika
1.	nowotwór jelita grubego	względny wskaźnik pięcioletniej przeżywalności	ok. 65%
2.	nowotwór jelita grubego	reoperacja w nowotworze jelita grubego	ok. 8%
3.	operacja nowotworu jelita grubego	wskaźnik śmiertelności w ciągu 30 i 90 dni po operacji	ponad 60%
4.	nowotwór odbytnicy	względny wskaźnik pięcioletniej przeżywalności	ponad 60%
5.	nowotwór odbytnicy	reoperacja	ok. 10%
6.	nowotwór odbytnicy	wskaźnik śmiertelności w ciągu 30 i 90 dni po operacji	ok. 2,5%
7.	nowotwór piersi	względny wskaźnik pięcioletniej przeżywalności	ok. 90%
8.	nowotwór piersi	reoperacja nowotworu piersi ze względu na stadium nowotworu	ok. 10%
9.	nowotwór piersi	reoperacja w nowotworze piersi w ciągu 30 dni ze względu na powikłania	1,50%
10.	nowotwór piersi	czas oczekiwania na zabieg	średnio 21 dni (maksymalny termin wynosił 28 dni)
11.	nowotwór płuc	względny wskaźnik rocznej przeżywalności	dla mężczyzn – 40% dla kobiet – 47%
12.	nowotwór płuc	wielodyscyplinarne spotkania zespołów ds. leczenia chorych na nowotwór płuc	ponad 60%
13.	nowotwór płuc	czas oczekiwania od otrzymania skierowania do decyzji o leczeniu pacjenta z nowotworem płuc	średni czas oczekiwania 31 dni, maksymalnie ok. 70 dni
14.	nowotwór prostaty	czas oczekiwania liczony od momentu otrzymania skierowania do pierwszej wizyty u urologa	średni czas oczekiwania 40 dni, maksymalnie ok. 130 dni
15.	nowotwór prostaty	odsetek pacjentów w wieku 75 lat i młodszych, którzy otrzymali leczenie będące kombinacją radioterapii i terapii endokrynologicznej	ok. 75%
16.	rak głowy i szyi	czas oczekiwania od otrzymania skierowania do rozpoczęcia leczenia pacjentów z rakiem głowy i szyi	średnio 57 dni (maksymalnie ok. 115 dni)

Źródło: Adamus, Gąska, Kamińska, Kazojć (2019). Raport: Jakość – dane – rejestry. Fundacja Onkologia 2025.

występowania, przebiegu oraz leczenia nowotworów, obejmującego świadczenia ambulatoryjne i szpitalne. Zobowiązane zostały one także do przygotowywania sprawozdań zawierających powyższe dane.

Zdarzenia niepożądane

We wszystkich omawianych krajach istnieje możliwość zgłaszania zdarzeń niepożądanych. W Niemczech są systemy publiczne. Zdarzenia zgłaszają głównie pracownicy ochrony zdrowia, ale pacjenci również mogą je raportować. W Szwecji na podmiotach medycznych ciąży obowiązek zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Czynność tę wykonuje osoba sprawująca opiekę nad pacjentem. Zazwyczaj jest to lekarz. Ponadto każdego roku podmioty medyczne mają obowiązek sporządzić raport dotyczący bezpieczeństwa pacjentów. Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych we Włoszech należy do pracowników medycznych i jest realizowane na poziomie regionalnym. Rodzina, społeczeństwo oraz pacjenci nie są upoważnieni do zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

Podsumowanie i konkluzje

Przedstawione powyżej dane w niewielkim stopniu prezentują sytuację systemu opieki onkologicznej

w omawianych krajach. Każde z państw jest na innym etapie wdrażania działań zmierzających do poprawy sytuacji onkologicznej na swoim terytorium. Wspólne jest samo zamierzenie, polegające na podniesieniu jakości udzielanych świadczeń medycznych w onkologii. W tym celu wykorzystywana jest między innymi standaryzacja procesu diagnostyki i leczenia oraz jak najlepsze wykorzystanie dostępnych zasobów. Choć scharakteryzowane modele systemów opieki onkologicznej różnią się od siebie między innymi wielkością nakładów finansowych, sposobem finansowania i organizacji działań realizowanych na poziomie krajowym i regionalnym, zauważalna jest w nich bardzo ważna praktyka, polegająca na dążeniu do wykorzystywania danych medycznych, które już zostały zgromadzone.

W omawianych krajach dostrzega się ogromne znaczenie raportowanych danych medycznych oraz potencjał ich wykorzystania. Informacje te służą badaniu sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, jakości i poziomu udzielanych świadczeń, ale są także cennym narzędziem do wyznaczania kierunków i sposobów działania.

Jagoda Adamus, Magdalena Gąska,
Sylwia Kamińska, Katarzyna Kazojć