

Podsumowanie organizacji

# programu pilotażowego Krajowej Sieci Onkologicznej



w województwie dolnośląskim  
w latach **2019-2023**

**Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii**

Plac Ludwika Hirszfelda 12,  
53-413 Wrocław  
NIP 899 22 28 100  
REGON 000290096  
adres e-mail: [aleksandra.sztuder@dcopih.pl](mailto:aleksandra.sztuder@dcopih.pl)

Raport zakończono w marcu 2025 roku.

**Pod redakcją:**

Prof. dr hab. n. med. Adam Maciejczyka

**Autorzy:**

Prof. dr hab. n. med. Adam Maciejczyk  
lek. Aleksandra Sztuder  
Dawid Błaszczyk  
Karolina Kamińska

Korekta językowa:

Małgorzata Faron

Opracowanie graficzne:

Katarzyna Kapcia  
Arkadiusz Galiński

Niniejsza publikacja powstała z inicjatywy Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii z siedzibą we Wrocławiu. Raport został sfinansowany ze środków własnych DCOPIH.

**DCOPiH**

*Wszystkie dane oraz informacje zawarte w niniejszej publikacji zostały opracowane na podstawie danych opracowanych przez DCOPIH w ramach programu pilotażowego Krajowej Sieci Onkologicznej. Autorzy nie ponoszą odpowiedzialności za sposób wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Kopiowanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.*

© Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii,  
Wrocław, 2024

# SPIS TREŚCI

INDEKS SKRÓTÓW .....	4
STRESZCZENIE .....	5
WPROWADZENIE .....	15
PROGRAM PILOTAŻOWY KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM .....	23
LICZBA I CHARAKTERYSTYKA CHORYCH WŁĄCZONYCH DO PROGRAMU PILOTAŻOWEGO W RAMACH WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO .....	26
ŚCIEŻKA OPIEKI ONKOLOGICZNEJ .....	29
MONITOROWANIE JAKOŚCI OPIEKI ONKOLOGICZNEJ W PROGRAMIE PILOTAŻOWYM .....	43
WYNIKI SZCZEGÓŁOWE .....	49
RAK INWAZYJNY PIERSI .....	50
RAK PRZEDINWAZYJNY PIERSI .....	53
RAK PŁUCA .....	55
RAK GRUCZOŁU KROKOWEGO .....	58
RAK JELITA GRUBEGO .....	61
RAK JAJNIKA .....	64
PODSUMOWANIE PROGRAMU PILOTAŻOWEGO W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM .....	69
ZAŁĄCZNIK - WYKAZ ŚWIADCZENIODAWCÓW WSPÓŁPRACUJĄCYCH W RAMACH PILOTAŻU KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM .....	72

# INDEKS SKRÓTÓW

<b>AOS</b>	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
<b>CC (DCO)</b>	Call Center (Infolinia) Dolnośląskiego Centrum Onkologii
<b>CCCN</b>	Sieć Kompleksowej Opieki Onkologicznej (ang. <i>Comprehensive Cancer Care Network</i> )
<b>DCO</b>	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
<b>DCOPIH</b>	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii
<b>DiLO/eDiLO</b>	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
<b>HIS</b>	szpitalne systemy informacyjne (ang. <i>Hospital Information System</i> )
<b>ICD-10</b>	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób
<b>iPAAC</b>	Innowacyjne partnerstwo dla działań w walce z rakiem (projekt 44 partnerów z 24 krajów UE dot. działań w zakresie walki z rakiem na wszystkich jej etapach) (ang. <i>The Innovative Partnership for Action Against Cancer</i> )
<b>JGP-pato</b>	odchylenia w systemie rozliczania świadczeń zdrowotnych przez NFZ
<b>KSO</b>	Krajowa Sieć Onkologiczna
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>NCCN</b>	Organizacja non-profit zrzeszająca 33 ośrodki onkologiczne w USA (ang. <i>National Comprehensive Cancer Network</i> )
<b>NSO</b>	Narodowa Strategia Onkologiczna
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>PET</b>	pozytonowa tomografia emisyjna (ang. <i>positron emission tomography</i> )
<b>POZ</b>	podstawowa opieka zdrowotna
<b>RSNA</b>	organizacja non-profit i międzynarodowe stowarzyszenie radiologów, fizyków medycznych i innych specjalistów w dziedzinie obrazowania medycznego (ang. <i>Radiological Society of North America</i> )
<b>TNM</b>	Klasyfikacja TNM pozwalają na ocenę rozwoju choroby nowotworowej: T - wielkości guza pierwotnego, N - obecności (lub braku) przerzutów w węzłach chłonnych, M - obecności (lub braku) przerzutów odległych.
<b>USG</b>	ultrasonografia
<b>WHO</b>	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i> )
<b>WOK</b>	Wojewódzki Ośrodek Koordynujący



S

STRESZCZENIE

Celem raportu jest przedstawienie wyników prac w ramach programu pilotażowego Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) w latach 2019–2023 w województwie dolnośląskim. Program pilotażowy KSO miał na celu implementację kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej, wraz z opracowaniem systemu monitorowania jej jakości<sup>1</sup>. Rozwiązania zaproponowane w programie pilotażowym powstały w oparciu o założenia dokumentu pt. Koncepcja Organizacji i Funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej<sup>2</sup>, przygotowanego przez zespół powołany do opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii (zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2018 r.<sup>3</sup>). Są one odpowiedzią na potrzeby pacjentów, jakimi są poprawa przeżywalności oraz jakości ich życia, także przez koordynację opieki onkologicznej, zarówno w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu.



Program pilotażowy był także początkiem jednego z najważniejszych zadań Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030<sup>4</sup>, jakim jest wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej. Wdrażanie tych zmian w Polsce jest długotrwałym i wieloetapowym procesem, wymagającym zaangażowania wszystkich uczestników opieki onkologicznej – zarówno kadry medycznej, jak i zarządzających podmiotami publicznymi oraz centralnych instytucji zarządzających, takich jak Ministerstwo Zdrowia czy NFZ.

Kierunkowe działania obejmują zmiany strukturalne, organizacyjne, finansowe, lecz przede wszystkim – zmiany służące poprawie jakości codziennej praktyki klinicznej, i zostały przedstawione w Ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej<sup>5</sup>.

Pilotaż sieci onkologicznej rozpoczął się w lutym 2019 r. w województwach dolnośląskim i świętokrzyskim. Następnie rozszerzono go o dwa kolejne województwa – podlaskie i pomorskie. Był to jeden z pierwszych w Polsce, tak złożonych i kompleksowych programów, obejmujący cały zakres opieki onkologicznej dla 5 nowotworów, o największej częstości zachorowań i zgonów w Polsce, w którym

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. z 2021 r., poz. 639, z późn. zm.)

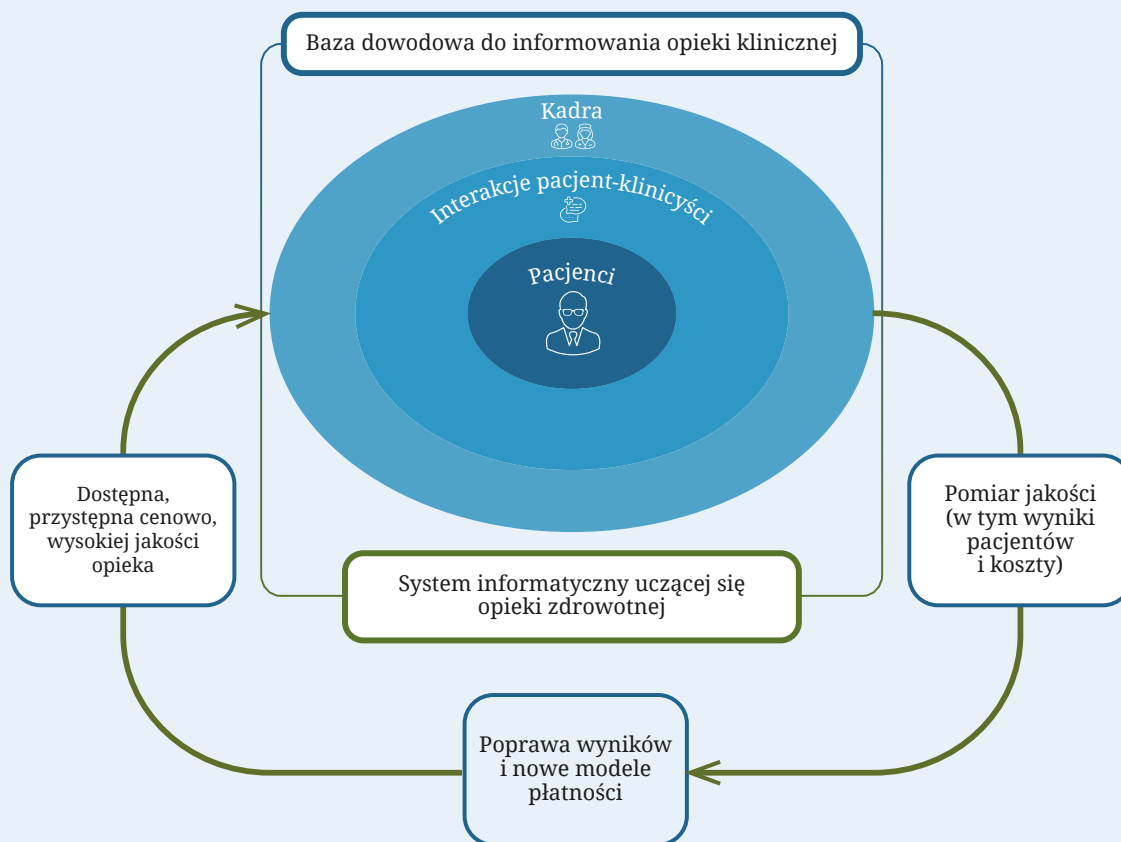
<sup>2</sup> Koncepcja Organizacji i Funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej, Dokument Zespołu Ministra Zdrowia ds. opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii, 28 czerwca 2018. Dostępne na stronie: [https://www.pto.med.pl/sites/default/files/page-2021/T.%201\\_Koncepcja%20organizacji%20i%20funkcjonowania%20KSO\\_29\\_06\\_2018.pdf](https://www.pto.med.pl/sites/default/files/page-2021/T.%201_Koncepcja%20organizacji%20i%20funkcjonowania%20KSO_29_06_2018.pdf)

<sup>3</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2018 r., Dz. U. Min. Zdrowia. poz. 18

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej, Dz. U. 2019 poz. 969.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, Dz. U. 2023 poz. 650.

## SYSTEM DOSTARCZANIA WYSOKIEJ JAKOŚCI OPIEKI ONKOLOGICZNEJ



po raz pierwszy zmierzono jakość realizowanych świadczeń onkologicznych. Pilotaż był realizowany do 31.03.2023 r., do momentu wejścia w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej.

**Pierwszym elementem programu**, prowadzącym do zbudowania kompleksowej opieki, było opracowanie ścieżek i standaryzacja poszczególnych etapów opieki nad pacjentami, które następnie zostały wprowadzone we wszystkich ośrodkach uczestniczących w programie pilotażowym. Wymagało to od szpitali uczestniczących w pilotażu zmiany dotychczasowego paradygmatu opieki onkologicznej w kierunku realnej współpracy środowiska medycznego w celu zapewnienia zgodnej z aktualnymi i jednolitymi standardami opieki oraz umożliwienie odpowiedniego standardu danych do oceny jakości. **Drugim elementem** były: objęcie współpracą co najmniej 4 świadczeniodawców w danym województwie w celu ujednolicenia opieki na różnych poziomach świadczeń medycznych i koordynacja pomiędzy ośrodkami (głównie z ośrodkami II poziomu). W każdym

województwie zadaniem Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego było ustalanie zasad koordynacji opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą, organizowanie wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych we współpracy z innymi ośrodkami i wspólne ustalanie planów leczenia onkologicznego. Spotkania wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych mogły odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych. **Trzecim elementem** było wprowadzenie innowacyjnych narzędzi cyfrowych i pełnej digitalizacji danych medycznych w celu monitorowania jakości wprowadzanych zmian w opiece. Po raz pierwszy stworzono system do gromadzenia wystandaryzowanych danych medycznych (które były podstawą do opracowania założeń eDiLO) w celu monitorowania wskaźników jakościowych oraz porównanie ich pomiędzy ośrodkami.

### CELE SZCZEGÓŁOWE PILOTAŻU KSO

<p><b>Zwiększenie dostępu i poprawa ciągłości opieki</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wprowadzenie systemów umawiania wizyt</b>, w tym wykorzystanie cyfrowych technologii w celu poprawy komunikacji,</li> <li>• <b>Identyfikacja i zarządzanie</b> ścieżką pacjentów w zależności od potrzeb populacji na podstawie danych: demograficznych, socjoekonomicznych oraz klinicznych w celu zarządzania populacją,</li> <li>• <b>Wsparcie procesu samoopieki</b> - poprzez wprowadzenie planów opieki oraz współpraca z pacjentem w zakresie umiejętności samoopieki.</li> </ul>
<p><b>Opieka onkologiczna</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Opracowanie ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego</b>, w tym algorytmów dotyczących diagnozy, leczenia i zarządzania objawami nowotworowymi,</li> <li>• <b>Wsparcie nawigacji pacjenta - koordynacja opieki</b> i zapewnianie pacjentom z rakiem wsparcia w całym ciągu opieki onkologicznej,</li> <li>• <b>Monitorowanie procesu opieki onkologicznej, w tym przy wykorzystaniu cyfrowych sytemów informacji</b> (w tym monitorowanie, w celu zarządzania procesem przejścia między poszczególnymi etapami opieki),</li> <li>• Współpraca międzyośrodkowa w zakresie organizacji konsyliów i ustalania planów leczenia.</li> </ul>
<p><b>Wyniki</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ocena efektów zdrowotnych</b> - w tym wskaźniki dotyczące śmiertelności, powikłań,</li> <li>• <b>Wskaźniki wykorzystania opieki</b> - liczba wizyt, zakres diagnostyki, liczba i czas hospitalizacji,</li> <li>• Ocena kosztów opieki,</li> <li>• Ocena satysfakcja i doświadczenia pacjentów.</li> </ul>

W ramach pilotażu wprowadzono szereg innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych i informatycznych, takich jak:

**1. Zbudowanie narzędzi do komunikacji z pacjentami i zapewnienia ciągłości opieki poprzez:**

- › uruchomienie wojewódzkiej infolinii onkologicznej,
- › uzupełnienie zadań koordynatora poprzez wprowadzenie wsparcia na każdym etapie opieki onkologicznej, począwszy od diagnostyki (wcześniej wdrożonej tylko po konsylium) oraz monitorowania dostępności opieki na poziomie województwa,
- › nawiązanie współpracy z ośrodkami POZ w celu koordynacji opieki nad pacjentami – dotyczy pacjentów z podejrzeniem nowotworu oraz pacjentów po zakończonym leczeniu.

**2. Poprawa jakości opieki poprzez standaryzację oraz koordynację procesu diagnostyki i leczenia pacjenta onkologicznego w zakresie:**

- › opracowania ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla pacjentów w 5 nowotworach,
- › wprowadzenia ankiety oceny czynników ryzyka i czynników socjoekonomicznych pacjentów,
- › wystandaryzowanych protokołów badań histopatologicznych (w tym molekularnych),
- › opracowania wzorów opisów badań radiologicznych, kart konsylium do oceny kompletności diagnostyki onkologicznej, w tym wytycznych dot. tworzenia dokumentacji z konsyliów,
- › opracowania ujednoliconego kwestionariusza oceny satysfakcji pacjenta (ankieta została sporządzona we współpracy z organizacjami pozarządowymi i NFZ).

**3. Monitorowanie procesu jakości opieki poprzez:**

- › współpracę pomiędzy WOK i ośrodkami, a także między samymi ośrodkami, w zakresie sprawowania koordynowanej opieki onkologicznej w ramach pilotażu, w tym wzajemnego przepływu danych,
- › wypracowanie przez WOK wzorów jednolitych dokumentów dotyczących monitorowania jakości opieki,
- › analizę kompletności diagnostyki oraz opisu rozpoznania histopatologicznego (w tym ocena TNM, stanu ogólnego pacjentów zgodnie z wytycznymi WHO, badań histopatologicznych i molekularnych, a dodatkowo wzory dokumentów dot. badań histopatologicznych zostały wykorzystane w pilotażu JGpato),

- › automatyzację i digitalizację danych medycznych z konsyliów przed wdrożeniem leczenia oraz kolejnych elementów monitorowania procesów i efektów opieki przez ośrodki współpracujące, co po raz pierwszy dało szansę na kompleksową ocenę jakości opieki onkologicznej na poziomie wojewódzkim oraz na poziomie poszczególnych świadczeniodawców (na podstawie mierników i wskaźników jakości),
- › analizę danych dotyczących jakości opieki, co pozwoliło na zidentyfikowanie zarówno braków w zakresie opieki, jak i sposobu gromadzenia danych, które były niezbędne do przeprowadzenia wyliczeń mierników i ewaluacji jakości opieki.

Analizę wskaźników przeprowadzano osobno dla każdego ośrodka oraz porównywano je z wynikami dla wszystkich szpitali na danym poziomie referencyjności oraz na poziomie powiatów i województw. Wszystkie dane gromadzone były w jednej hurtowni danych i poddawane bieżącej analizie w czasie 4 lat pilotażu. Celem analiz była przede wszystkim ocena obecnego poziomu wskaźników, identyfikacja różnic występujących na ścieżce pacjenta, w tym szczególnie wpływających na czas i zakres diagnostyki, w zależności od świadczeniodawcy, typu nowotworu i jego stopnia zaawansowania czy czynników socjoekonomicznych dot. pacjentów (zbieranych w ramach ankiety profilaktycznej).



**Łączna liczba pacjentów** z unikatowym PESEL we wszystkich ośrodkach biorących udział w programie pilotażowym, dla których sprawozdano i rozliczono świadczenia **wyniosła 35 860** i dotyczyła osób zmagająca się z nowotworami o największej częstości zachorowań i zgonów w Polsce, tj.: piersi, płuca, gruczołu krokowego, jelita grubego lub jajnika<sup>6</sup>.

W ramach województwa dolnośląskiego **opieką objęto 22 184 pacjentów (co oznaczało uzyskanie 22 469 zgód ze względu na możliwość wystąpienia więcej niż jednego nowotworu u pacjenta), co stanowiło 62% włączonych pacjentów, objętych programem pilotażowym we wszystkich 4 województwach.** Pierwotnie łączna liczba ośrodków onkologicznych w województwie dolnośląskim wynosiła 16 – tj. 1 WOK, 9 ośrodków stanowiło

<sup>6</sup> Rak jelita grubego (C18–C20), rak płuca (C34), rak wtórny płuc (C78.0), rak piersi (C50 i D05), rak jajnika (C56) i rak gruczołu krokowego (C61).

II poziom opieki, a 6 – I poziom. W czasie programu pilotażowego w ramach Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego doszło do połączenia trzech wojewódzkich szpitali w trybie administracyjnym. Liderem było Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, które w lipcu 2021 r. połączyło się z Dolnośląskim Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku (DCTK), a w grudniu 2021 r. z Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc (przez co liczba jednostek zmniejszyła się do 15). W toku realizacji pilotażu KSO jedna z placówek I poziomu, nie włączyła żadnego pacjenta, ani nie zaraportowała danych.

ŁĄCZNA LICZBA ZGÓD NA WŁĄCZENIE DO PILOTAŻU W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM: 22 469

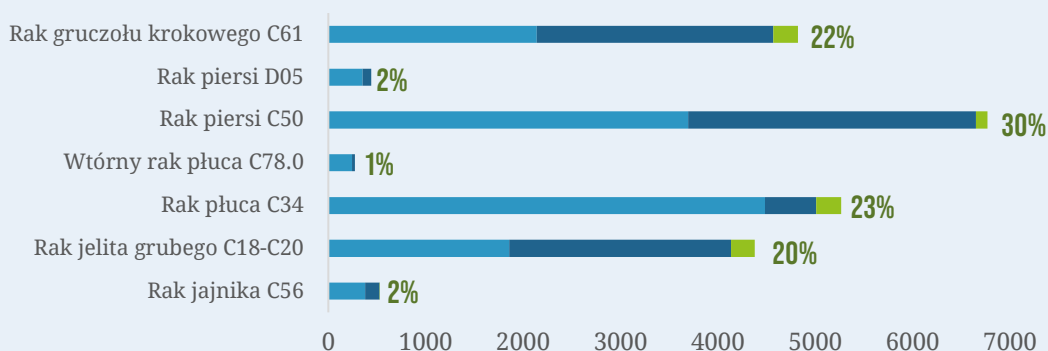


W samym DCOPiH jako Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym włączono 13 027 pacjentów, czyli 58,7% pacjentów objętych programem pilotażowym w województwie dolnośląskim. W czasie pandemii COVID-19 (w okresie marzec 2020–grudzień 2021), aby jej przeciwdziałać, lekarze rodzinni i onkolodzy zdecydowali się zacieśnić współpracę na rzecz poprawy dostępu i jakości udzielania świadczeń pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej, w ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej na dolnym śląsku. Infekcję COVID-19 rozpoznano łącznie u 9 909 pacjentów, co stanowiło aż 45% objętych programem pilotażowym. Pomimo pandemii COVID włączono do programu w 2020 roku 4 928 a w 2021 roku – 5 892, czyli prawie 27% ogółu chorych włączonych do programu pilotażowego w województwie dolnośląskim.

Wśród 22 184 chorych objętych opieką w województwie dolnośląskim zaraportowano pacjentów z:

- » **rakiem piersi – 7 208** (C50 i D05, z czego 56,1% objęto opieką w DCOPiH),
- » **rakiem płuc – 5 536** (C34, doliczono także 243 chorych z wtórnym rakiem płuc C78.0, z czego 81,0% objęto opieką w DCOPiH),
- » **rakiem gruczołu krokowego – 4 821** (C61, 44,4% zostało objętych opieką w DCOPiH)
- » **rakiem jelita grubego – 4 378** (C18-C20, 42,4% zostało objętych opieką w DCOPiH),
- » **rakiem jajnika – 526** (C56, 72,1% zostało objętych opieką w DCOPiH).

## LICZBA WŁĄCZONYCH DO PILOTAŻU OD 1.02.2019 DO 31.03.2023



	Rak jajnika C56	Rak jelita grubego C18-C20	Rak płuca C34	Wtórny rak płuca C78.0	Rak piersi C50	Rak piersi D05	Rak gruczołu krokowego C61
■ WOK	379	1858	4483	243	3695	350	2141
■ Poziom II	146	2277	528	28	2955	90	2427
■ Poziom I	1	243	254	0	118	0	253

Odsetek pacjentów z III i IV stopniem zaawansowania wynosił 37,5% spośród wszystkich pacjentów włączonych do programu pilotażowego w latach 2020-2022 w województwie dolnośląskim (17 745 chorych, z wyłączeniem D05, C78).

Na dolnym śląsku liczba połączeń w ramach dedykowanej infolinii wynosiła ponad 368,7 tys., z czego prawie 100 tys. zostało wykonanych zarówno w 2020, jak i 2021 roku. Zebrano 21 628 ankiet profilaktycznych od 20 023 pacjentów (ok. 91% chorych włączonych do programu pilotażowego) oraz 6 479 ankiet satysfakcji (ok. 30% chorych włączonych do programu pilotażowego).



W województwie dolnośląskim odsetek pacjentów w pilotażu, dla których wystawiono karty DiLO (Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego), wynosił 96,3%, a odsetek pacjentów, u których przeprowadzono konsylia, wynosił 92,9%. W samym tylko DCOPIH 84,5%, spośród wszystkich pacjentów włączonych do programu pilotażowego, miało przeprowadzone konsylia.

W latach 2019–2022 wykazano redukcję odsetka pacjentów, u których wykryto niekompletność badań diagnostycznych wykonanych w ośrodkach poziomu I – z 15% do poniżej 10%, dla poziomu II – z 20% do ok 5%, dla WOK natomiast utrzymywał się on na poziomie ok. 5%. Co istotne, w ramach programu pilotażowego zaobserwowano, że odsetek badań diagnostycznych wymagających powtórzenia był bliski 0%. Mediana czasu od wykonania badania tomografii komputerowej, mammografii, USG piersi, scyntygrafii do uzyskania opisu badania przez ośrodki włączone do programu pilotażowego wynosiła od 7 do 14 dni. Odpowiednia mediana dot. badania rezonansu magnetycznego i PET wynosiła do 21 dni (jedynie w ośrodkach II poziomu mediana do badania PET wynosiła 35 dni).

Na potrzeby pilotażu opracowano 35 mierników. W trakcie trwania pilotażu KSO raportowano mierniki ogólne, dla poszczególnych typów nowotworów/kodów ICD-10, oraz 21 mierników specyficznych dla poszczególnych nowotworów (rozpisanych na 46 kartach, ze względu na rozbieżność miernika 11 i 12 na podtypy (11.1-11.8 oraz 12.1-12.4), oraz tzw. Miernik 0). Pozostałe wartości wskaźników zostały przedstawione w rozdziale 1.2.1.

W ramach zakończenia prac zaproponowano wskaźniki jakościowe, które są kluczowe do poprawy jakości opieki onkologicznej. Dodatkowo w ramach oceny satysfakcji, którą objęto 6 479 pacjentów, czyli ok. 30%, na pytanie: „Gdyby ktoś z Państwa znajomych potrzebował pomocy onkologicznej, czy polecilibyście im Państwo nasz szpital?” – uzyskano wynik na poziomie 9,60 dla wszystkich ośrodków biorących udział w programie pilotażowym, oraz na poziomie 9,71 – dla DCOPiH (na 10 pkt. możliwych). Zostały one także przekazane do NIO-PIB, jako kluczowe do oceny jakości oraz wyników leczenia w opiece onkologicznej.

**Podsumowując, w pilotażu udowodniono, że jest możliwa poprawa standardu opieki oraz procesu zbierania danych i realna ocena jakości opieki onkologicznej.** Nie jest to łatwy proces – na początku wymaga on nakładu dodatkowej pracy, poświęconej chociażby zrozumieniu istoty procesów opieki, wraz z wprowadzaniem odpowiednich wytycznych, z jednoczesnym wypracowaniem standaryzacji danych (w tym klasyfikacji TNM) oraz z poprawą funkcjonalności systemów informatycznych (zarówno podmiotów leczniczych, jak i NFZ), w tym tych najistotniejszych dla transparentnego systemu obliczeń wskaźników.

**Zaangażowanie personelu medycznego i niemedycznego** we wdrożenie nowych i udoskonalonych rozwiązań, w szczególności w zakresie standaryzacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, jest nadal podstawą do podejmowania kolejnych działań w celu ograniczenia barier zidentyfikowanych w organizacji opieki onkologicznej w ramach ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Wprowadzenie algorytmów postępowania w ramach ścieżek opieki onkologicznej, wraz z obserwowaniem przepływu pacjentów w czasie rzeczywistym, po raz pierwszy doprowadziło do monitorowania jakości ciągłości opieki (wraz z określeniem możliwości zbierania danych). Wprowadzono ściśle śledzenie czasu diagnostyki wstępnej i pogłębionej, wraz z monitorowaniem dostępności i wpływu czasu od zgłoszenia się pacjenta do badań molekularnych. Obserwacja działalności podmiotów leczniczych w czasie rzeczywistym, wraz z wprowadzeniem nowych narzędzi cyfrowych, jest przyszłością polskiego systemu i podstawowym elementem poprawy ciągłości, integracji i koordynacji na poziomie województw. Zebrane w ramach programu pilotażowego dane poddawane są dalszej ewaluacji i mogą służyć do dalszej modyfikacji działań podejmowanych w ramach KSO, szczególnie, że obejmują okres pandemii COVID-19 w latach 2020–2022.

Warto podkreślić, że rozwiązania zastosowane w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej zostały pozytywnie ocenione przez międzynarodowych audytorów inicjatywy iPAAC (*The Innovative Partnership for Action Against Cancer*). Wskazano, 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. DCOPiH otrzymało certyfikację iPAAC w 2023 roku. Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej zajął także II miejsce w międzynarodowym konkursie Value Based Health Care Grants&Endorsement 2021 w kategorii ENDORSMENT.



01

WPROWADZENIE

Wprowadzając rozwiązania w polskim systemie opieki zdrowotnej dotyczące opieki onkologicznej, kierowano się międzynarodowymi standardami i sięgano po dobre praktyki rozwiązań systemowych zapisane w dokumentach europejskich. Pierwszym europejskim dokumentem strategicznym definiującym sieć onkologiczną był *European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control*<sup>7</sup>, opublikowany w 2017 r. i sfinansowany ze środków Unii Europejskiej. Zgodnie z nim sieć kompleksowych ośrodków onkologicznych, z ang. *Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)*, składa się z wielu jednostek należących do różnych podmiotów zajmujących się badaniami, profilaktyką, diagnostyką, leczeniem, obserwacją, opieką wspomagającą i paliatywną oraz rehabilitacją z korzyścią dla pacjentów z nowotworem i ozdrowieńców po chorobie nowotworowej. Ma ona w swoim założeniu zapewnić kompleksową opiekę onkologiczną wszystkim pacjentom mieszkającym na określonym obszarze geograficznym, w czym przejawia się dążenie do równego dostępu oraz poprawy wyników leczenia i jakości opieki na poziomie lokalnym oraz centralnym. W ramach sieci wszystkie jednostki współpracują i przyjmują jednolite standardy opieki, opar-

te o ścieżki specyficzne dla danego nowotworu (w ramach formalnej umowy o współpracy oraz wspólnego zarządzania organizacją opieki onkologicznej). Plan oraz przebieg opieki ustalają zespoły interdyscyplinarne. **Co ważne, wszystkie podmioty w ramach sieci przyjmują jednolity system kontroli jakości i system informatyczny, do którego raportowane są wystandaryzowane dane.** Z ww. dokumentu wyłaniają się trzy główne cele sieci:

- » **Cel 1:** Sieć (sieci) ma zapewnić równy dostęp do kompleksowej opieki onkologicznej dla populacji 1–2 mln mieszkańców (to optymalna liczba, gwarantująca optymalny dostęp i koordynację opieki na obszarze danego subregionu).
- » **Cel 2:** Sieć jest strukturą funkcjonalną, w ramach której nie tworzy się nowych podmiotów, ale optymalizuje już istniejącą strukturę, nadaje role i zadania poszczególnym uczestnikom systemu. Wybór ośrodków do sieci następuje w oparciu o jasne kryteria ilościowe i jakościowe dotyczące: kadr, sprzętu medycznego oraz doświadczenia.
- » **Cel 3:** Wprowadzanie zmian organizacyjnych wymaga uważnego monitorowania, dlatego ogromny nacisk kładziony jest na dane wy-

<sup>7</sup> Dostęp online: [https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/Guide/pdf/CanCon\\_Guide\\_FINAL\\_Web.pdf](https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/Guide/pdf/CanCon_Guide_FINAL_Web.pdf)

sokiej jakości, które umożliwiają klinicytom i właściwym organom monitorowanie jakości i efektywności systemu.

W 2020 r. ukazał się raport z badania Parlamentu Europejskiego pt. *Strengthening Europe in the fight against cancer – towards a comprehensive and coordinated strategy*<sup>8</sup>, w którym dokonano przeglądu i analizy funkcjonowania sieci onkologicznych. W raporcie wskazano, że dostęp do świadczeń w wyspecjalizowanych ośrodkach onkologicznych jest ograniczony, a wielu pacjentów onkologicznych w krajach członkowskich UE leczonych jest w szpitalach ogólnych. W tym kontekście w ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się możliwościom oferowanym przez tworzenie sieci onkologicznych łączących multidyscyplinarną wiedzę specjalistyczną w zakresie opieki nad pacjentami onkologicznymi z działalnością edukacyjną i badawczą. Autorzy raportu podają jako przykład sieci onkologiczne istniejące w wielu krajach UE, które łączą podmioty działające między sobą fachową wiedzą i zapleczem dla usług onkologicznych. Sieci te mogą przyjmować różne konfiguracje, w zależności od specyfiki i uwarunkowań w danym kraju,

a nadrzędnym celem jest dążenie do poprawy i integracji opieki onkologicznej, a także badań klinicznych.

W ślad za tą diagnozą autorzy opublikowanego w 2021 r. *Europejskiego Planu Walki z Rakiem*<sup>9</sup> zauważają, że dostęp do wysokiej jakości opieki onkologicznej, a w szczególności do szybkiej diagnozy i leczenia, charakteryzuje się dużymi dysproporcjami pomiędzy poszczególnymi państwami UE. Najczęstsze problemy, z którymi borykają się osoby żyjące z rakiem lub wyleczone, wynikają z niewystarczających umiejętności radzenia sobie z późniejszymi i długoterminowymi skutkami leczenia; niewystarczającej koordynacji i braku komunikacji między świadczeniodawcami; niezaspokojonych potrzeb psychospołecznych oraz kwestii związanych z rehabilitacją, cierpieniem emocjonalnym, nawrotem nowotworu i chorobą z przerzutami.

Dlatego, idąc krok dalej, do 2025 r. Komisja Europejska planuje ustanowić unijną sieć łączącą krajowe kompleksowe ośrodki onkologiczne w każdym państwie członkowskim.



<sup>8</sup> Dostęp online: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/642388/IPOL\\_STU\(2020\)642388\\_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/642388/IPOL_STU(2020)642388_EN.pdf)

<sup>9</sup> Dostęp online: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=COM%3A2021%3A44%3AFIN>

**Dzięki tej sieci ułatwione będzie wdrażanie sprawdzonych pod względem jakości procesów diagnostyki i leczenia, w tym szkoleń, badań naukowych i badań klinicznych w całej UE. Tego rodzaju transgraniczna współpraca umożliwi lepszy dostęp pacjentów do wysokiej jakości diagnostyki i opieki oraz do najnowszych innowacyjnych metod leczenia. Nowy projekt dotyczący zdolności i możliwości UE w zakresie leczenia raka pomoże w mapowaniu, a następnie w dzieleniu się poszczególnymi umiejętnościami oraz wiedzą specjalistyczną dostępnymi w całej UE. Celem Europejskiego Planu Walki z Rakiem jest zapewnienie do 2030 r. dostępu do takich ośrodków dla 90% kwalifikujących się pacjentów.**

Należy zaznaczyć, że również w Polsce równolegle prowadzono prace koncepcyjne nad rozwiązaniami służącymi poprawie dostępu do kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej. W 2018 r. zespół ekspertów powołany przez Ministra Zdrowia<sup>10</sup> opracował dokument pt. *Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej*<sup>11</sup>. Jak czytamy w dokumencie „Ustanowie-

nie KSO ma na celu wzrost efektywności profilaktyki pierwotnej i wtórnej nowotworów, wczesnej diagnostyki oraz 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”. Na bazie tych dokumentów powstały założenia programu pilotażowego Krajowej Sieci Onkologicznej, którego celem była ocena możliwości wdrożenia oraz efektywności nowego modelu opieki onkologicznej, aby zapewnić odpowiednią jakość usług medycznych w opiece onkologicznej w Polsce.

## ZAŁOŻENIA PROGRAMU PILOTAŻOWEGO

W 2020 r. polski rząd uchwalił Narodową Strategię Onkologiczną<sup>12</sup>, w której wskazano, że za fundament reformy opieki onkologicznej w Polsce przyjęto opracowanie i wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki nad

<sup>10</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)

<sup>11</sup> Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej, Załączniki - TOM 2. Załączniki do dokumentu pt. „Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej” [https://www.pto.med.pl/sites/default/files/page-2021/T.%20Za%c5%82%c4%85czniki\\_29\\_06\\_2018.pdf](https://www.pto.med.pl/sites/default/files/page-2021/T.%20Za%c5%82%c4%85czniki_29_06_2018.pdf)

<sup>12</sup> Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (M.P. 2020 poz. 189)

pacjentem onkologicznym. Bazując na dostępnych dokumentach strategicznych i koncepcyjnych, w 2018 r. opracowano 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>13</sup>. Definiując cele nowego modelu opieki onkologicznej w Polsce, należy rozdzielić cele Krajowej Sieci Onkologicznej, jako docelowego systemu w Polsce, oraz programu pilotażowego, który miał za zadanie przetestować nowe rozwiązania w ściśle ograniczonym czasie, na obszarze danego województwa. Jednakże program pilotażowy należy traktować jako drogę dojścia do realizacji ambitnych celów KSO w całym kraju.

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>14</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>15</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”. 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 poprawę dostępu pacjentów do badań molekularnych,

<sup>13</sup> Ustawa 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>14</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>15</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.

5. Poprawę dostępu do koordynatorów opieki onkologicznej,
6. Poprawę udziału odsetka pacjentów w przeprowadzonym konsylium interdyscyplinarnym oferującym optymalną terapię przeciwnowotworową,
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.

W skład sieci weszły Wojewódzki Ośrodek Koordynujący (WOK) oraz ośrodki współpracujące I i II poziomu, których zadaniem było zapewnienie świadczeniobiorcy kompleksowej i skoordynowanej opieki onkologicznej w pięciu wybranych typach nowotworów złośliwych – gruczolu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi i płuca (kody jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD 10: C18-C20, C34, C50, C56, C61). Do oceny realizacji zadań w ramach pilotażu przyjęto mierniki i wskaźniki jakości opieki onkologicznej, które zostały szczegółowo określone w treści Rozporządzenia.

Program pilotażowy był długotrwałym procesem, dlatego 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 sutka in situ oraz wtórny nowotwór złośliwy płuc – kody jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10: D05 oraz C78.0). Z uwagi na równoległe toczące się prace nad projektem ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej Ministerstwo Zdrowia trzykrotnie podjęło decyzję o przedłużeniu pilotażu<sup>16,17,18</sup> w celu zachowania ciągłości nowego modelu opieki onkologicznej (m.in. działalność infolinii onkologicznej, zatrudnienie koordynatorów opieki onkologicznej) oraz kontynuacji zbierania danych na temat jakości opieki onkologicznej gromadzonych w hurtowni danych. Celem analiz w ramach programu pilotażowego była odpowiedź na trzy podstawowe pytania:

1. Czy możliwa jest koordynacja opieki onkologicznej na obszarze województwa?
2. Czy możliwe jest zapewnienie pacjentom dostępu do kompleksowej opieki onkologicznej?
3. Czy możliwe jest monitorowanie jakości opieki onkologicznej?

<sup>16</sup> Dz.U. 2020 poz. 1433, dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200001433>

<sup>17</sup> Dz.U. 2021 poz. 2412, dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210002412>

<sup>18</sup> Dz.U. 2022 poz. 2821, dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220002821>

W analizach skupiano uwagę na określonych aspektach badanych zdarzeń lub procesów, w tym przypadku regulowanych podstawami prawnymi dot. uruchomienia programu pilotażowego.

W ramach niniejszego dokumentu przedstawiamy podsumowanie prac nad pilotażem KSO, który był analizowany, w trzech fazach:

- » etap przygotowawczy,
- » etap realizacji,
- » etap ewaluacji.

W ramach programu pilotażowego na etapie przygotowawczym i wstępnej fazy wdrożenia przygotowano:

- » opracowanie ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla poszczególnych nowotworów,
- » schemat rejestracji pacjenta na wizytę pierwszorazową,
- » schemat obiegu dokumentów u świadczeniodawców oraz pomiędzy nimi,
- » opracowanie zasad pracy koordynatora pacjenta onkologicznego oraz konsyliów wielodyscyplinarnych,
- » opracowanie raportów histopatologicznych oraz radiologicznych,
- » standaryzację raportowania danych podstawowych do systemu monitorowania jakości opieki onkologicznej,

- » wdrożenie kompleksowego systemu monitorowania jakości opieki onkologicznej,
- » określenie roli Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących (ścieżki pacjentów dla 5 nowotworów: raka piersi, płuca, jelita grubego, prostaty i jajnika),
- » wzór karty konsylium do oceny diagnostyki onkologicznej oraz wzór wytycznych dot. dokumentacji do konsyliów (w odniesieniu do raka jajnika, raka jelita grubego, raka piersi, raka płuca, raka prostaty)
- » protokół badania histopatologicznego – (dot. raka jajnika, raka jelita grubego, raka piersi, raka płuca, raka prostaty, płynu opłucnowego),
- » protokół badania radiologiczno-histopatologicznego próbek pobranych z gruczołu piersiowego,
- » szablon radiologiczny – (dot. raka jajnika, raka jelita grubego, raka prostaty, raka płuca),
- » protokół operacyjny raka jajnika.

W ramach etapu realizacji wprowadzono opracowane powyżej aspekty zarówno samej opieki, jak i jej organizacji, i monitorowano:

- » liczbę i odsetek pacjentów włączonych do pilotażu, w tym w trakcie pandemii COVID-19 (łącznie włączono 9 909 chorych w okresie od 03.2020 do 12.2021, z czego przez DCOPIH 5 892),

- » liczbę pacjentów korzystających z infolinii onkologicznej,
- » liczbę i odsetek pacjentów korzystających z pomocy koordynatorów opieki onkologicznej,
- » liczbę i odsetek pacjentów, u których przeprowadzono konsylia wielodyscyplinarne,
- » dane z ankiet profilaktycznych pacjentów,
- » liczbę i odsetek sprawozdanych badań, zgodnie z szablonem raportu histopatologicznego (w tym molekularnego),
- » liczbę i odsetek sprawozdanych badań, zgodnie z szablonem raportu radiologicznego,
- » kompletność diagnostyki (w tym wstępnej i pogłębionej),
- » wyniki mierników i wskaźników w poszczególnych nowotworach, w zakresie struktury procesów oraz efektów.



02

PROGRAM PILOTAŻOWY KRAJOWEJ SIECI  
ONKOLOGICZNEJ W WOJEWÓDZTWIE  
DOLNOŚLĄSKIM

Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym na terenie dolnego śląska było Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu. Warunkiem koniecznym funkcjonowania sieci ośrodków onkologicznych na terenie województwa było podpisanie porozumienia o współpracy, zawieranego przez Wojewódzki Ośrodek Koordynujący z ośrodkami współpracującymi I i II poziomu referencyjności.

W czasie trwania programu pilotażowego Wojewódzki Ośrodek Koordynujący przeszedł połączenie trzech wojewódzkich szpitali. W lipcu 2021 roku Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu połączyło się Dolnośląskim Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku (DCTK), a w grudniu 2021 r. z Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc. Każdy ze szpitali prowadził diagnostykę, leczenie i zapewniał opiekę pacjentom na podstawie swojej specjalności. Proces połączenia polegał na systematycznej synergii obszarów medycznych. Dotyczyło to w szczególności: stopniowego ujednoczenia procedur – wspólny system monitorowania jakości, synergii obszarów diagnostycznych (diagnostyka obrazowa, laboratoria analityczne, patomorfologia, diagnostyka molekularna, pracownie badań czynnościowych), synergii działalności medycznej – wspólne konsylia, kwalifikacje do leczenia.

Od początku funkcjonowania programu pilotażowego 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:

- » Jelito grube:
  - › Prof. dr hab. n. med. Marek Bębenek,
  - › dr n. med. Anna Leszczyszyn-Stankowska,
  - › lek. Izabella Dębicka
- » Płuco:
  - › dr n. med. Ireneusz Pawlak,
  - › dr n. med. Marcin Gołęcki,
  - › lek. Izabella Dębicka
- » Piersć:
  - › Prof. dr hab. n. med. Rafał Matkowski
- » Prostata:
  - › dr n. med. Krzysztof Tupikowski

- » Jajnik:
  - › dr n. med. Marcin Jędryka.

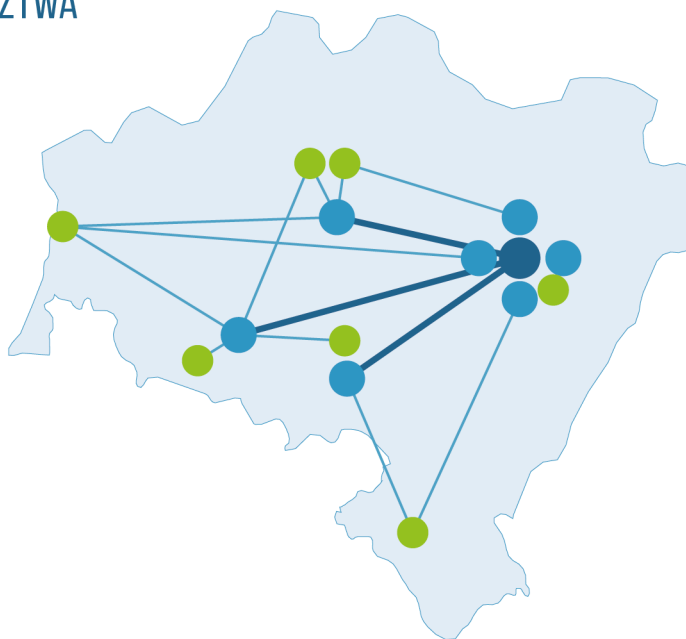
Ze Strony Działu Analiz i Rozliczeń projekt wspierał Pan Kierownik Bartosz Maleszczuk, a wszystkim zarządzał Pan Dyrektor Adam Maciejczyk.

Ośrodki realizujące pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej współpracowa-

ły ze sobą na podstawie porozumienia o współpracy zawieranego na okres trwania pilotażu (Rysunek 1). W porozumieniu określone zostały szczegółowe zasady koordynacji opieki nad świadczeniobiorcami objętymi pilotażem, w tym wzajemnego przepływu danych w zakresie umożliwiającym realizację pilotażu (przepływ danych wymaga kompatybilności i interoperacyjności syste-

**RYСУNEK 1.** OŚRODKI UCZESTNICZĄCE W PROGRAMIE PILOTAŻOWYM KSO W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM WG STANU NA 02.2019 R.

## ZMAPOWANIE WOJEWÓDZTWA



### PODSTAWOWE KRYTERIA:

1. DOŚWIADCZENIE
2. ORGANIZACJA
3. ZASOBY

Legenda	Kryteria jakościowe:	Kryteria organizacyjne:
● Wojewódzki Ośrodek Koordynujący	Najwyższe wartości w realizacji świadczeń onkologicznych w regionie	3 Oddziały chirurgii onkologicznej + chemioterapii + RT
● Ośrodek II-stopnia	120 zabiegów/rocznie	2 Oddziały chirurgii /chemioterapii / RT
● Ośrodek I-stopnia	36 zabiegów/rocznie lub 120 świadczeń w chemioterapii/rocznie	1 Oddział chirurgii /chemioterapii / RT

Źródło: opracowanie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

mów informatycznych). Specjalnie stworzona aplikacja OncoReports umożliwiała prowadzenie wspólnej jednolitej bazy pacjentów pilotażowych, w której wprowadzane były 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 mógł na tym samym rekordzie (oznaczając siebie jako “Szpital Raportujący”) kontynuować wprowadzanie danych o pacjencie, unikano tym samym prowadzenia osobnej ewidencji i możliwa była identyfikacja ośrodka, gdzie wcześniej leczył się pacjent.

## LICZBA I CHARAKTERYSTYKA CHORYCH WŁĄCZONYCH DO PROGRAMU PILOTAŻOWEGO W RAMACH WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

W ramach województwa dolnośląskiego **objęto opieką 22 184 pacjen-**

**tów, co stanowiło 62% pacjentów objętych programem pilotażowym w Polsce** (z czego do końca 2022 roku uzyskano 21 035 zgód). **W samym DCOPiH włączono 13 027 pacjentów (czyli uzyskano 13 149 zgód), co stanowi 58,7% pacjentów objętych programem pilotażowym w województwie dolnośląskim.** W czasie pandemii COVID-19 (w okresie marzec 2020–grudzień 2021), aby jej przeciwdziałać, lekarze rodzinni i onkolodzy zdecydowali się zacieśnić współpracę na rzecz poprawy dostępu i jakości udzielania świadczeń pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej, w ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w województwie dolnośląskim. Łącznie u 9 909 pacjentów rozpoznano infekcję COVID-19, co stanowiło aż 44% pacjentów objętych programem pilotażowym. **Pomimo pandemii COVID, włączono do programu w 2020 r. 4 928 a w 2021 r. – 5 892, czyli prawie 50% chorych włączonych do programu pilotażowego w województwie dolnośląskim.**

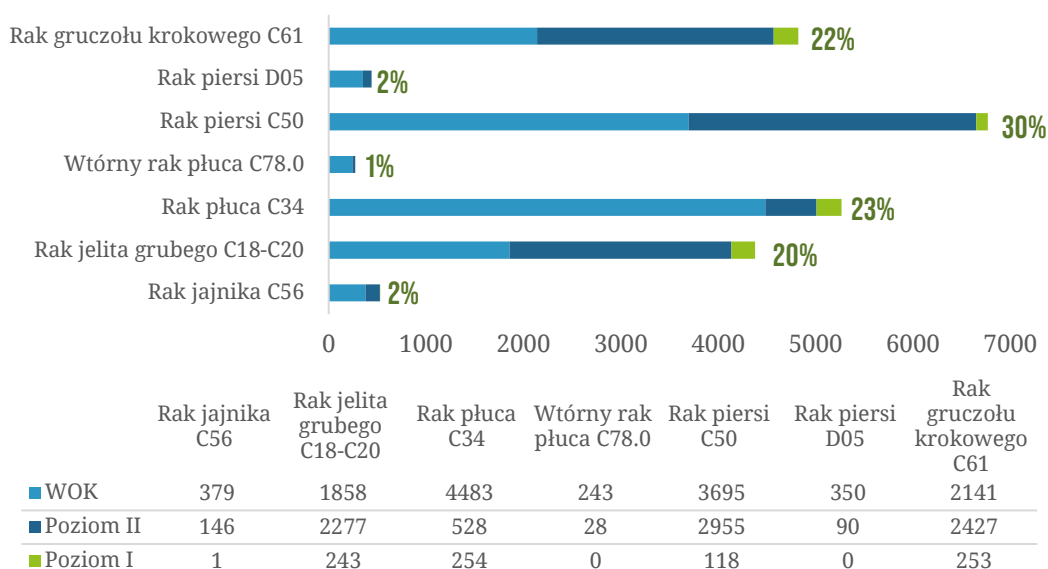
**RYСУNEK 2.** WYKAZ LICZBY ZGÓD PACJENTÓW NA UDZIAŁ W PILOTAŻU KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ W POSZCZEGÓLNYCH LATACH W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM<sup>19</sup>

ŁĄCZNA LICZBA ZGÓD NA WŁĄCZENIE DO PILOTAŻU W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM: **22 469**



**WYKRES 1.** WYKAZ LICZBY ZGÓD W PODZIALE NA ROZPOZNANIA I POZIOMY REFERENCYJNOŚCI OŚRODKÓW PILOTAŻOWYCH W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM W OKRESIE 2019–2023 R.

LICZBA WŁĄCZONYCH DO PILOTAŻU OD 1.02.2019 DO 31.03.2023

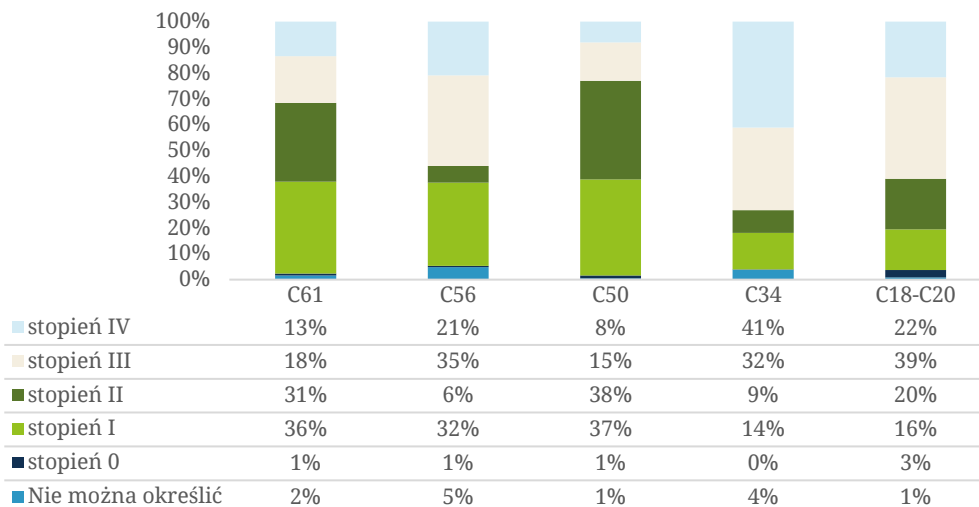


Informację o zaawansowaniu odnotowano w dedykowanym pilotażowi systemie OncoReports w przypadku 75% pacjentów w województwie dolnośląskim. Łączny odsetek pacjentów z III stopniem zaawansowa-

nia wynosił 17%, a z IV – 20% (dla wszystkich 5 nowotworów łącznie). Szczegółowe dane dla poszczególnych typów nowotworów przedstawiono na wykresie 2.

<sup>19</sup> Na potrzeby raportu, w celu zachowania jakości danych, tam gdzie było to konieczne, przyjęto przedstawianie wartości dla pełnych lat realizacji pilotażu 01.02.2019–31.12.2022r., tam gdzie było to możliwe i nie zaburzało to całościowego przedstawienia danych, uwzględniono również wartości do końca pilotażu – tj. 31.03.2023 r.

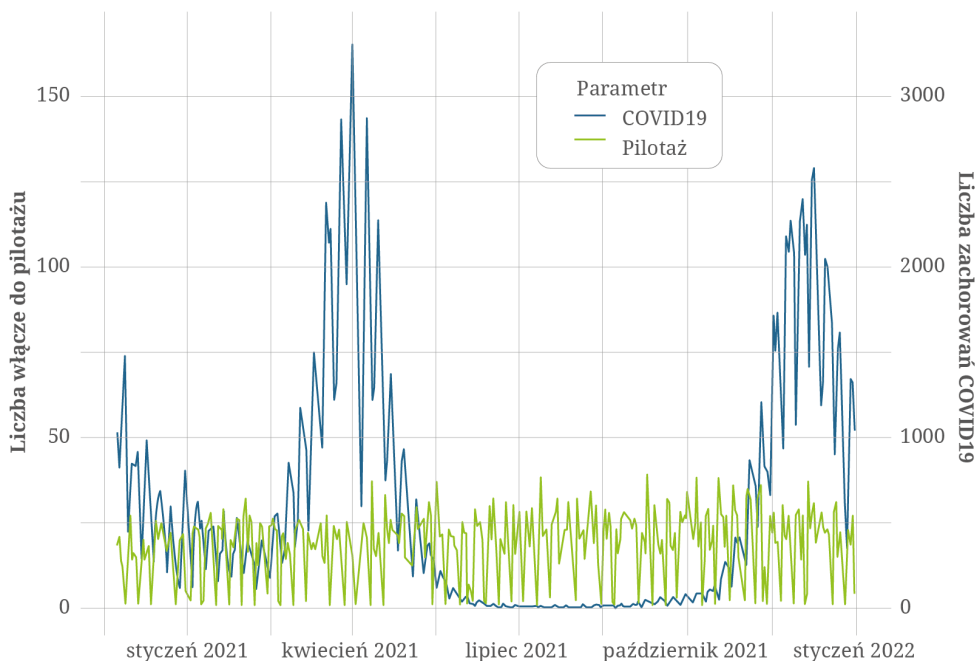
**WYKRES 2.** STOPNIE ZAAWANSOWANIA POSZCZEGÓLNYCH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH U PACJENTÓW WŁĄCZONYCH DO PROGRAMU PILOTAŻOWEGO W WOJ. DOLNOŚLĄSKIM



Na podstawie danych z oficjalnej strony rządowej gov.pl zestawiono dane dotyczące liczby włączeń pacjentów do pilotażu względem liczby zachorowań na COVID-19 i dotyczyły okresu od marca 2020 do grudnia 2021 w województwie dolnośląskim.

W celu wizualizacji danych przedstawiono je na jednym wykresie, przy zachowaniu różnych skal. Jak widać na wykresie, wzrost zachorowań na COVID-19 na Dolnym Śląsku miał niewielki wpływ na liczbę chorych włączonych do programu pilotażowego.

**WYKRES 3.** LICZBA PACJENTÓW WŁĄCZONYCH DO PILOTAŻU KSO A LICZBA OGÓLNA PACJENTÓW CHORYCH NA COVID-19



Źródło: Transition Technologies

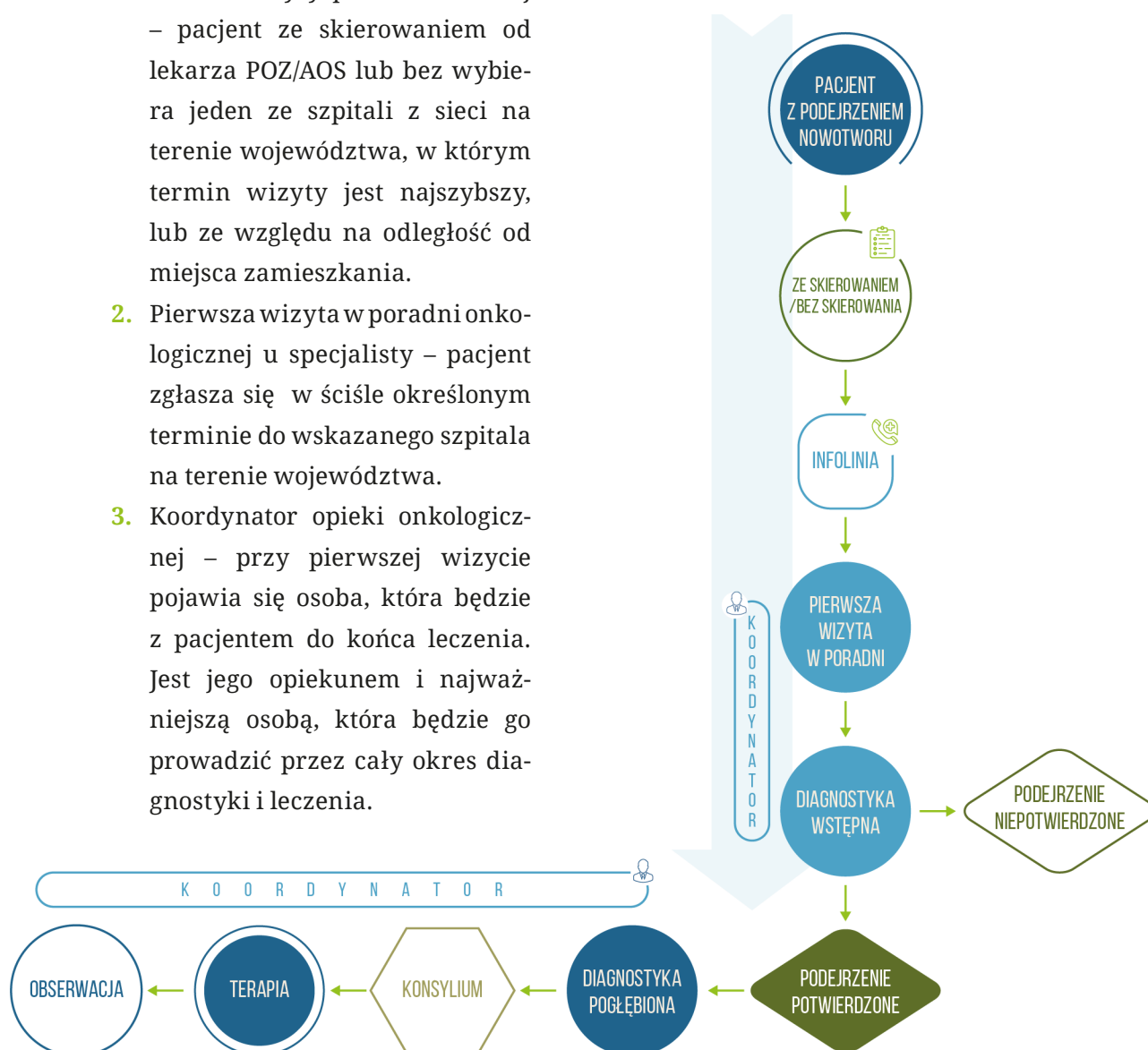
## ŚCIEŻKA OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

Opieka w ramach pilotażu sieci onkologicznej w ujęciu modelowym obejmuje następujące etapy (rysunek 3):

1. Podejrzenie nowotworu – pacjent dzwoni na infolinię onkologiczną (jeden numer lokalny w województwie) w celu umówienia wizyty pierwszorazowej – pacjent ze skierowaniem od 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 okres diagnostyki i leczenia.

4. Diagnostyka wstępna i pogłębiona – specyficzna dla każdego z rozpoznań wg ściśle określonego standardu postępowania (standardy jednakowe dla wszystkich szpitali w sieci).
5. Potwierdzenie / wykluczenie nowotworu.

**RYСУNEK 3.** ETAPY OPIEKI ONKOLOGICZNEJ W RAMACH SIECI ONKOLOGICZNEJ



Źródło: opracowanie własne DCOPIH.

6. Konsylium – szpitale były rozliczane z tego, czy konsylium faktycznie się odbyło. Pacjent miał prawo wymagać, aby jego przypadek został skonsultowany przez różnych specjalistów, i wybrać 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 upływie 4–8 tygodni, kolejne co 3 m-ce, w zależności od typu nowotworu, wg ściśle określonego harmonogramu.

W ramach pilotażu stworzono następujące rodzaje ścieżek:

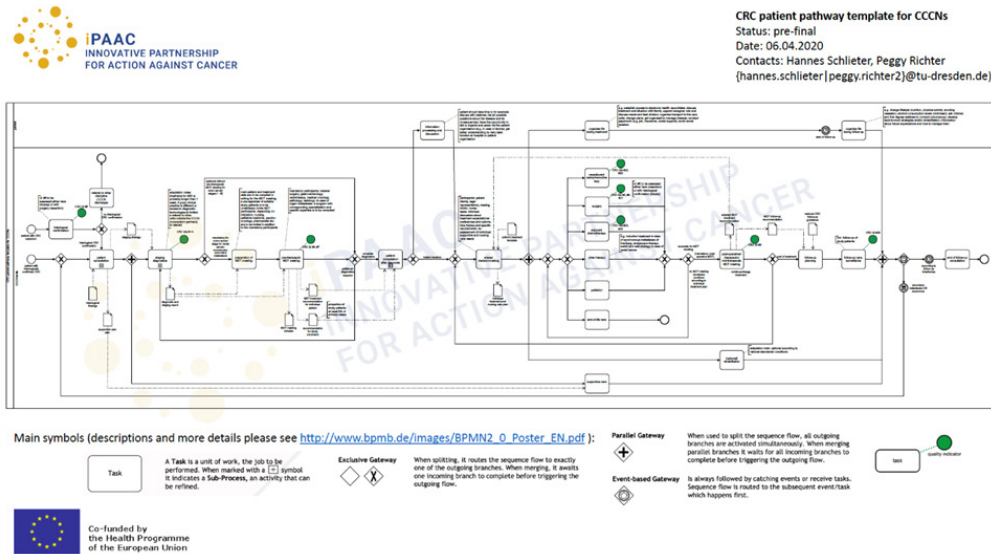
- » **ścieżki tzw. pilotażowe** – były stworzone na początku pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej przez zespoły w poszczególnych województwach,
- » **ścieżki opieki onkologicznej**, które opracowano na potrzeby raportu z programu pilotażowego KSO, powstały na podstawie ścieżek z zaleceń Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej oraz ścieżek pilotażowych – publikowane na stronach <http://onkologia.zalecenia.med.pl/>,
- » dodatkowo **ścieżka postępowania klinicznego dla raka jelita grubego**, wykonana w ramach projektu iPAAC, we współpracy z Uniwersytetem Technicznym z Drezna w notacji BPMN 2.0, obejmuje zalecenia organizacyjne i medyczne, zawiera mierniki jakości jako integralną część ścieżki.

## INFOLINIA

W województwie dolnośląskim liczba połączeń w ramach infolinii wynosiła ponad 368,7 tys., z czego prawie po 100 tys. zostało wykonane zarówno w 2020, jak i 2021 roku. Za pośrednictwem infolinii onkologicznej pacjent miał 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,
- » uzyskania informacji, jak przygotować się do wizyty w szpitalu (do

**RYСУNEK 4. PRZYKŁAD ŚCIEŻKI OPIEKI ONKOLOGICZNEJ RAKA JELITA GRUBEGO iPAAC STOSOWANA W PILOTAŻU KSO**



badania diagnostycznego, operacji, chemio- lub radioterapii),

- » uzyskania informacji o certyfikowanych (współpracujących w ramach regionalnych sieci onkologicznych) placówkach/oddziałach onkologicznych w pobliżu miejsca zamieszkania.

Przed rozpoczęciem pilotażu KSO rejestracja pacjentów w Dolnośląskim Centrum Onkologii była możliwa za pomocą:

- » CC DCO (CALL CENTER DCO) – numer telefonu rejestracji – 71 36 89571, 7136 89572,
- » ONCOSCOPE – bramki internetowej (dla pacjentów z kartą DiLO i bez karty DiLO),
- » osobistej wizyty w rejestracji.

W trakcie trwania pilotażu wprowadzono dwa dodatkowe sposoby rejestracji:

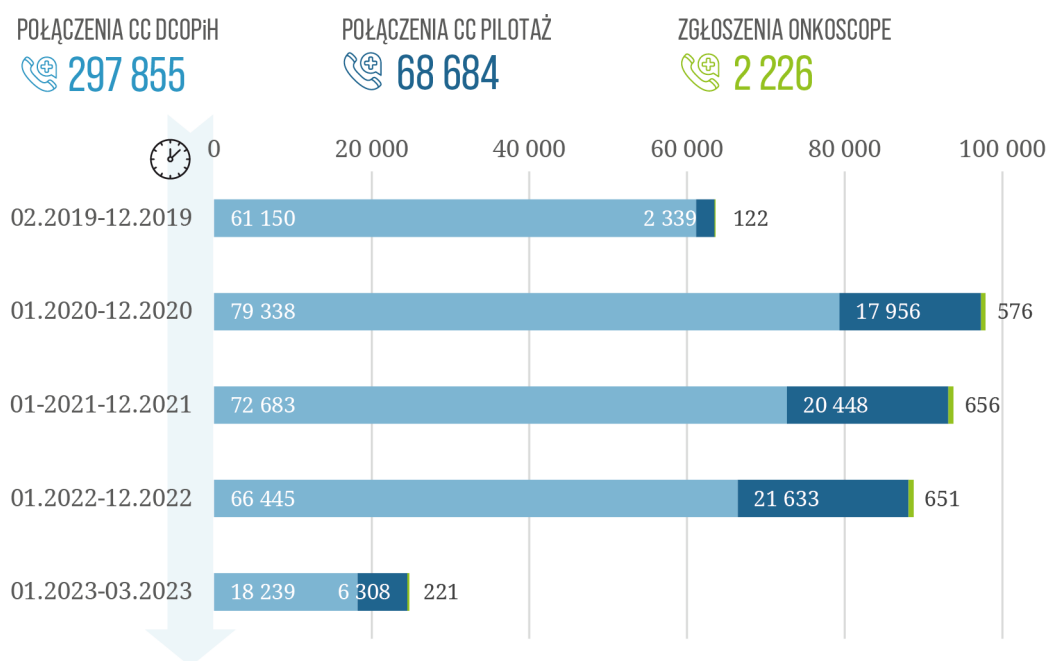
- » CC PILOTAŻ (CALL CENTER PILOTAŻ) – numer infolinii/onkolinii dla całego pilotażu KSO – 71 36 89 483 – umożliwił rejestrację do wszystkich ośrodków współpracujących w ramach sieci na Dolnym Śląsku, możliwość rejestracji na wizytę u onkologa pod kątem wyboru najszybszego terminu lub/i miejsca wizyty najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta,
- » CC CENTRALNE NFZ (CALL CENTER NFZ PILOTAŻ) – centralna infolinia działająca w okresie 02.2019–06.2019, w związku z niską efektywnością nie przedłużono prowadzenia Centralnego CC, zadania przejęło CALL Center DCO.

Analizując dane z poniższego wykresu 4, należy zauważyć, że liczba połączeń z infolinią pilotażową zwiększała się wraz z czasem trwania pilotażu, co może wskazywać na to, że przepływ informacji o możliwościach i formach zgłaszania się do jednostek pilotażowych działał prawidłowo, pacjenci chętnie wybierali CC poświęcone konkretnie pilotażowi KSO, a nie infolinię ogólną DCOPIH. Szczególnie widoczny jest wzrost liczby połączeń po upływie drugiego roku realizacji pilotażu, różnica w liczbie połączeń wyniosła 15 617, co jednoznacznie wskazuje, że działania mające na celu właściwe pokierowanie pacjenta onkologicznego przynosiły spodziewane efekty.

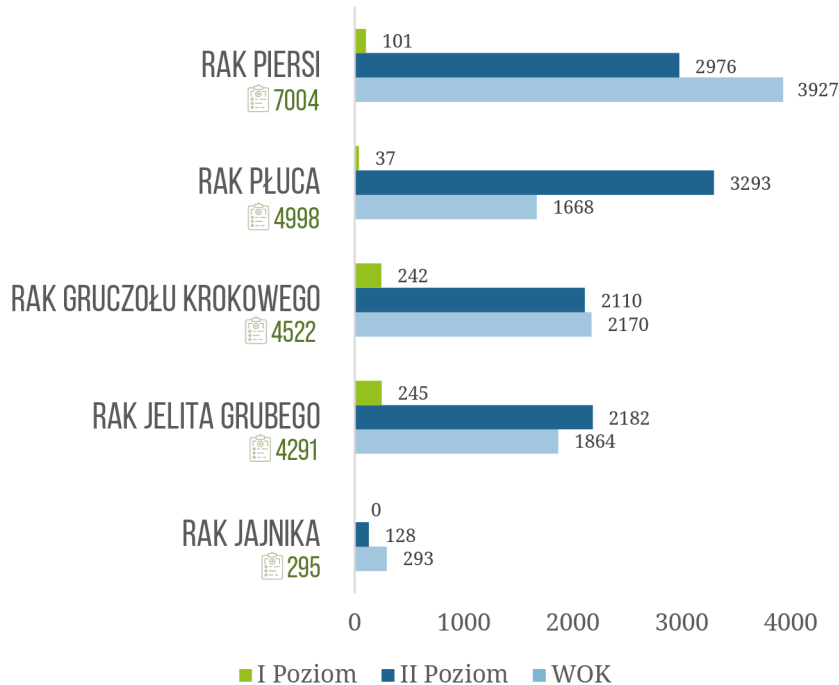
## ANKIETY PROFILAKTYCZNE DLA PACJENTA

W ramach pilotażu wprowadzono wymóg gromadzenia zgód od pacjentów (oświadczeń świadczeniobiorców) na udział w badaniu pilotażowym oraz na przeprowadzanie u pacjentów ankiety profilaktycznej. Liczba pacjentów wypełniających ankietę profilaktyczną w województwie dolnośląskim wyniosła łącznie 20 023 (21 628 ankiet), z czego niemal 60% (12 861 ankiet) została przeprowadzona w WOK (wykres 5).

**WYKRES 4.** LICZBA POŁĄCZEŃ POSZCZEGÓLNYCH CALL CENTER I ZGŁOSZEŃ PRZEZ BRAMKĘ INTERNETOWĄ W WOK (DCOPIH)



**WYKRES 5.** ZESTAWIENIE LICZBY ANKIET WPROWADZANYCH DO SYSTEMÓW OBSŁUGUJĄCYCH PILOTAŻ W PODZIALE NA POZIOMY REFERENCYJNOŚCI OŚRODKÓW ORAZ ROZPOZNANIA W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM – DANE Z OKRESU OD 01.02.2019 DO 31.03.2023 R.



Źródło: PANORAMA & OncoReports

### OPRACOWANIE ŚCIEŻEK DLA PACJENTA KONSULTOWANEGO W POZ Z PODEJRZENIEM NOWOTWORU

Pomimo braku profilaktyki, jako elementu opieki onkologicznej w rozporządzeniu w sprawie pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, realizatorzy pilotażu w województwie dolnośląskim zdecydowali się na sformalizowanie współpracy z regionalnymi strukturami POZ. Badania przesiewowe oraz inne działania profilaktyczne powinny być bezwzględnie skoordynowane na poziomie województwa przez jedną jednostkę we współpracy ze strukturami podsta-

wowej opieki zdrowotnej w zakresie cyklicznych szkoleń oraz opracowywania wspólnych ścieżek postępowania z pacjentem z podejrzeniem nowotworu (*fast-track*).

W czasie pandemii koronawirusa odnotowano zmniejszenie się liczby wydawanych kart DiLO, a pacjenci coraz częściej zgłaszali się do onkologów w zaawansowanym stadium choroby. Im później zdiagnozowany nowotwór, tym trudniej o dobre efekty terapii i tym gorsze jest rokowanie. Aby temu przeciwdziałać, lekarze rodzinni i onkolodzy zdecydowali się zacieśnić współpracę na rzecz popra-

wy dostępu i jakości udzielania świadczeń pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej, w ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w województwie dolnośląskim. Łącznie w województwie dolnośląskim u 9 909 pacjentów rozpoznano infekcję COVID-19, co stanowiło aż 27% pacjentów objętych programem pilotażowym.

Porozumienie o ścisłej współpracy zostało zawarte pomiędzy Dolnośląskim Centrum Onkologii, Dolnośląskim Związkiem Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców oraz Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny rodzinnej. Głównym celem porozumienia było stworzenie wspólnej strategii informacyjnej na temat:

- » profilaktyki chorób nowotworowych,
- » wczesnego wykrywania, diagnozowania i leczenia,
- » kontroli pacjentów z chorobami nowotworowymi.

## KARTY DILO

W województwie dolnośląskim liczba pacjentów włączonych do programu pilotażowego, dla których wg danych NFZ wystawiono karty DiLO, wynosiła 21 363, co stanowi 96,3%. W przypadku 3,7% pacjentów z pilotażu w województwie dolnośląskim nie odnotowano wystawienia takiej karty.

## KONSYLIA WIELODYSCIPLINARNE

U 75,9% pacjentów przeprowadzono konsylium wielodyscyplinarne w ośrodkach realizujących program pilotażowy. Wyniki pilotażu wskazują, że w przypadku 24,1% pacjentów nie odnotowano konsyliów w ośrodkach realizujących program pilotażowy na terenie województwa dolnośląskiego, lub że ci pacjenci w ogóle nie mieli konsylium. Dane NFZ wskazują, że w przypadku 7,2% pacjentów do dwóch miesięcy przed włączeniem do programu pilotażowego rozpoczęto leczenie onkologiczne związane z rozpoznaniem zasadniczym ICD-10 (sprawozdanym jako główne lub współlistniejące) i nie wystawiono karty DiLO. W samym DCOPIH 84,5% pacjentów, spośród ogółu włączonych do programu pilotażowego, miało przeprowadzone konsylia.

W ramach pilotażu KSO z inicjatywy Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego 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 diagnostycznych, z ang. *checklist*.

## STANDARYZACJA OPISÓW BADAŃ I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

W ramach pilotażu KSO z inicjatywy Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego we współpracy z Polskim Towarzystwem Patologów oraz grupą audytorów europejskiego projektu iPAAC opracowano szablony raportów histopatologicznych. Dodatkowo, z inicjatywy Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego (DCOPiH), na podstawie danych z literatury, konsultacji z lekarzami klinicystami oraz zgodnie z wytycznymi RSNA i NCCN, opracowano i wdrożono szablony opisów badań obrazowych powstałych w celu ujednolicenia sposobu ich oceny w ośrodkach diagnostycznych. Dzięki temu wyniki badań histopatologicznych oraz radiologicznych zgromadzono w sposób ustrukturyzowany, co umożliwia ich analizę w systemie monitorowania jakości. Należy podkreślić, że szablony opisów histopatologicznych i radiologicznych są integralną częścią porozumienia o współpracy w ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, co oznacza, że wszystkie włączone do pilotażu ośrodki miały obowiązek raportować wyniki badań histopatologicznych wg przyjętego szablonu, a szablony radiologiczne zostały opracowane i wymagają dalszych prac z towarzystwami naukowymi

w celu wprowadzenia ich jako standardów jakości.

## KOORDYNACJA

Rolą koordynatora było 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 czuwał nad procesem zintegrowanej opieki nad pacjentem. W tym okresie chory otrzymywał nie tylko wsparcie organizacyjne i administracyjne, ale również zaspakajane były jego potrzeby psychologiczne, prawne, socjalne i te związane z szeroko rozumianym poczuciem bezpieczeństwa. Zatem koordynator uczestniczył w następujących etapach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej: diagnostyce, przygotowaniu do konsylium, organizacji i przeprowadzeniu konsylium wielospecjalistycznego, procesie terapeutycznym – leczeniu,

zakończeniu leczenia i skierowaniu pacjenta do nadzoru/kontroli po leczeniu (*follow up*).

W trakcie realizacji pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej dookreślono rolę i zadania koordynatora pacjenta onkologicznego. Przed rozpoczęciem pilotażu KSO na zespół koordynatorek procesu leczenia onkologicznego w WOK składało się 8 pielęgniarek oraz jedna sekretarka medyczna. Podzielone one były narządowo, i tak: 4 z nich zajmowały się rakiem piersi (3 pielęgniarki, 1 sekretarka medyczna), 2 – narządem rodny i odpowiednio 1 – nowotworami głowy i szyi, mózgu i układu moczowego, 1 – przewodem pokarmowym, 1 – czerniakiem, mięsakiem i nowotworami hematologicznymi. W trakcie trwania pilotażu zespół koordynatorski rozbudował się do 16 koordynatorek, tym samym zmienił się przydział liczby koordynatorek do poszczególnych rozpoznań, tj.: 4 – rak piersi, 3 – narząd rodny, 3 – przewód pokarmowy, 1 – nowotwory głowy i szyi oraz mózgu, 2 – układ moczowy, 2 – czerniaki, mięsaki i nowotwory hematologiczne, guzy neuroendokrynne, 1 – rak płuc. Aktualnie liczba koordynatorek w DCOPiH wynosi 27 koordynatorek administracyjnych (sekretarek medycznych), 9 koordynatorek pielęgniarskich.

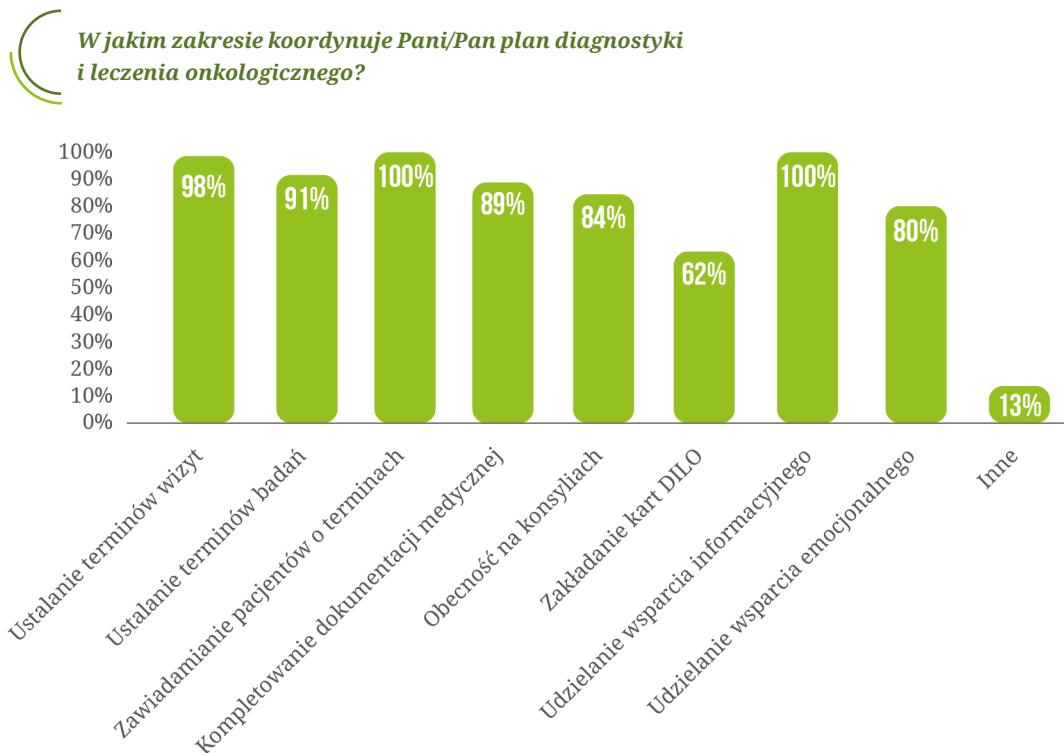
Jest to duża zmiana względem poprzednio obowiązujących przepisów pakietu onkologicznego, wg których koordynator pojawiał się dopiero na etapie konsylium i jego rola oraz znaczenie były bardzo ograniczone. Ponadto, w wielu szpitalach pacjenci nadal nie mieli dostępu do pomocy koordynatora, ponieważ jego 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 jego pracy. Dodatkowo wprowadzono koordynatorów „narządowych”. Przykładowo, w Breast Cancer Unitach koordynatorami są np. pielęgniarki, które poza wsparciem organizacyjnym i administracyjnym udzielają pacjentom wsparcia informacyjnego i edukacyjnego, m.in. doradzają w zakresie: rehabilitacji pooperacyjnej, zaopatrzenia ortopedycznego, współpracy z organizacjami pacjenckimi, profesjonalnej pomocy psychologicznej, 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.

W pierwszej połowie 2020 roku przeprowadzono badanie, którego celem było zebranie opinii od pacjentów i koordynatorów o procesie realizacji planu leczenia onkologicznego. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem pomiarowym były ankiety własnej konstrukcji.

Badaniem objęto 100 pacjentów i 45 koordynatorów z Dolnego Śląska. 95% pacjentów objętych badaniem miało przydzielonego koordynatora, 82% już na etapie diagnostyki wstępnej, 86% było z tej współpracy zadowolonych.

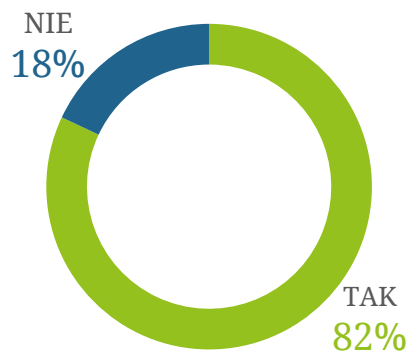
Wśród zawodów wykonywanych przez badanych przed objęciem stanowiska Koordynatora (lub wykonywanych równoległe) wymienione zostały: sekretarka medyczna/sekretarz medyczny; rejestrator/rejestrator; nauczyciel akademicki; pracownik administracyjny; urzędnik państwowy; pielęgniarka; fizjoterapeuta; specjalista w jakości; analityk medyczny; asystent medyczny/opiekun medyczny; technik farmaceutyczny; student. Zawodem wcześniej wykonywanym, najczęściej wybieranym przez ankietowanych jest: sekretarka medyczna/sekretarz medyczny.

**WYKRES 6.** ZAKRES KOORDYNACJI PLANU DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO



**WYKRES 7. WYMIAR CZASU PRACY KOORDYNATORA**

*Czy pełni Pan/i funkcję koordynatora w pełnym wymiarze czasu pracy?*



**82%** ankietowanych pełni funkcje koordynatora w pełnym wymiarze czasu pracy.

Poprawa efektywności koordynacji wymagała ukierunkowanego szkolenia koordynatorów. Realizacja takich szkoleń rozpoczęła się już w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu. Opracowano program takich szkoleń dla koordynatorów, niestety ze względu na pojawienie się pandemii przeprowadzono dwa szkolenia. Obejmowały one zagadnienia dotyczące **NSO, strategii walki z rakiem w latach 2015–2024, założenia Krajowej Sieci Onkologicznej, zasady koordynacji oraz funkcjonowania pakietu onkologicznego, w tym Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO), i etapy diagnostyki i leczenia, wpływ pracy koordynatora na rozliczanie świadczeń**

**z NFZ, status zawodowy koordynatora, omówienie zadań i obowiązków koordynatora procesu onkologicznego oraz zasad komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym, a także przedstawienie doświadczeń w zakresie koordynacji procesu onkologicznego w postaci warsztatów. Dodatkowo w szkoleniach uczestniczyli przedstawiciele organizacji pacjentów, opisując swoje doświadczenia i przedstawiając opinie oraz oczekiwania.**

Jednym z większych wyzwań w zakresie opieki onkologicznej jest rosnąca liczba świadczeniodawców zaangażowanych w opiekę nad pacjentem onkologicznym i pojawiają się pytania o ciągłość i jakość całego procesu leczenia.

Analiza danych zebranych w trakcie realizacji programu pilotażowego wskazuje na wysoki poziom rozproszenia świadczeń onkologicznych w województwie dolnośląskim. Pacjenci włączeni do pilotażu, w okresie jego realizacji, mieli udzielane świadczenia zdrowotne m.in. w zakresach:

- » podstawowa opieka zdrowotna – 535 świadczeniodawców;
- » ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 365 świadczeniodawców;
- » rehabilitacja lecznicza – 105 świadczeniodawców;

- » leczenie szpitalne – 46 świadczeniodawców;
- » opieka paliatywna i hospicyjna – 30 świadczeniodawców.

W ramach programu pilotażowego monitorowano przepływ pacjentów pomiędzy współpracującymi ośrodkami jako jedno z głównych wyzwań związanych z koordynacją kompleksowego leczenia.

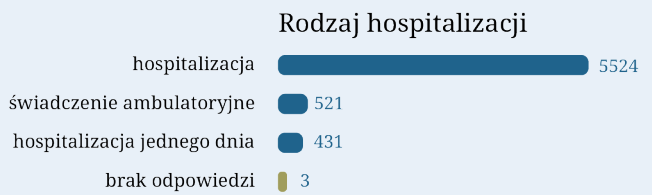
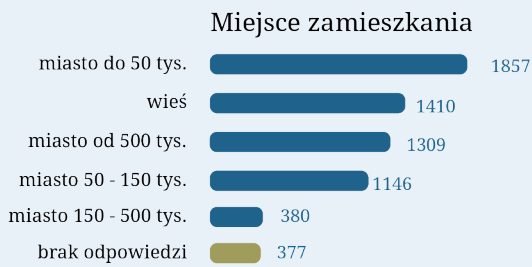
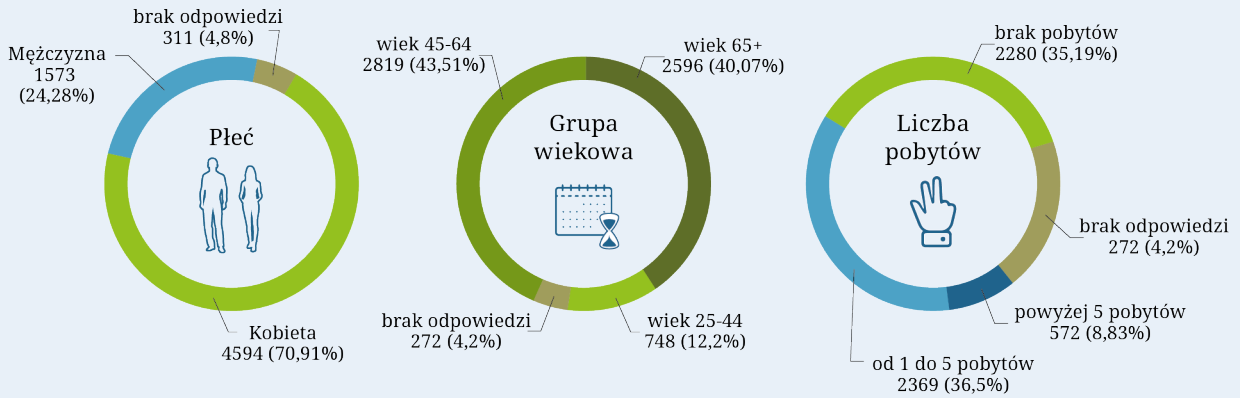
### OCENA SATYSFAKCJI PACJENTÓW

Ankieta satysfakcji nazywana w pilotażu "Monitoringiem jakości świadczeń w leczeniu onkologicznym" powstała we współpracy przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących z województw dolnośląskiego i świętokrzyskiego, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, a także fundacji i organizacji pacjenckich. Miała służyć ocenie zadowolenia pacjentów ze świadczonych im usług, zarówno w ramach opieki ambulatoryjnej, jak i opieki stacjonarnej. W czasie programu pilotażowego zostało wypełnionych 6 479 ankiet satysfakcji (29,2% chorych włączonych do programu pilotażowego). Ankiety zaraportowało do systemów 13 ośrodków realizujących program pilotażowy KSO.

Ankiety satysfakcji były dokumentem anonimowym, wydawane były zarówno pacjentom leczonym ambulatoryjnie, jak również pacjentom hospitalizowanym. Podobnie rzecz się miała w przypadku pobytów stacjonarnych: po zakończeniu pobytu pacjent pilotażowy miał otrzymać ankietę satysfakcji i po wypełnieniu zwrócić ją personelowi. Każdy z ośrodków pilotażowych zebrane ankiety samodzielnie wprowadzał do systemu (pierwotnie była to PANORAMA, następnie OncoReports).

Poniżej przedstawiono łączną statystykę ankiet satysfakcji pacjentów onkologicznych (dla wszystkich rozpoznań pilotażowych) na podstawie anonimowych ankiet „Monitoringu jakości świadczeń w leczeniu onkologicznym”, raport sporządzono na podstawie odpowiedzi na pytania zamknięte zawarte w ankiecie. Skala ocen obejmowała zakres od: 1 (najniższa ocena) do 10 (najwyższa ocena) i oceny dokonywano po zabiegu operacyjnym. Ankiety wypełniło 6 479 pacjentów, na pytanie: „Gdyby ktoś z Państwa znajomych potrzebował pomocy onkologicznej, czy polecilibyście im Państwo nasz szpital?” – uzyskano wynik na poziomie 9,60 dla wszystkich ośrodków biorących udział w programie pilotażowym oraz na poziomie 9,71 dla DCOpiH (na 10 pkt. możliwych).

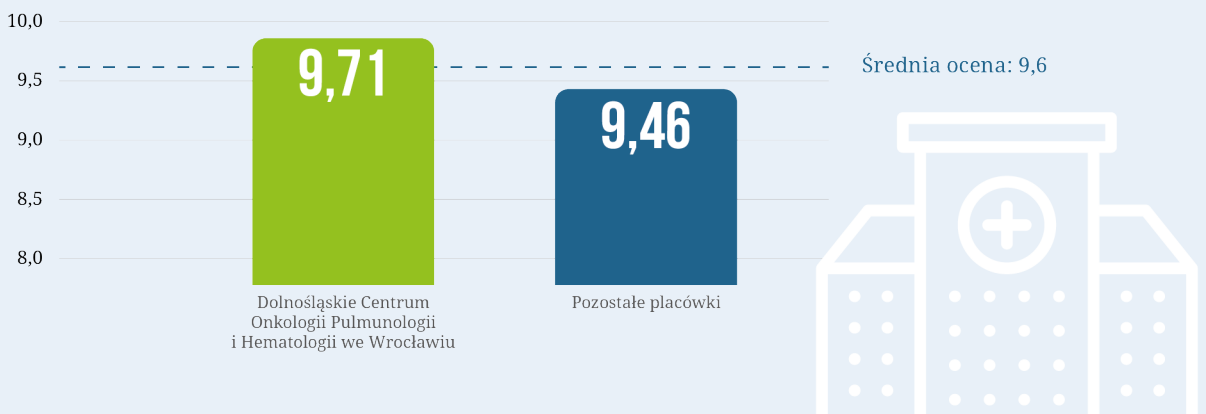
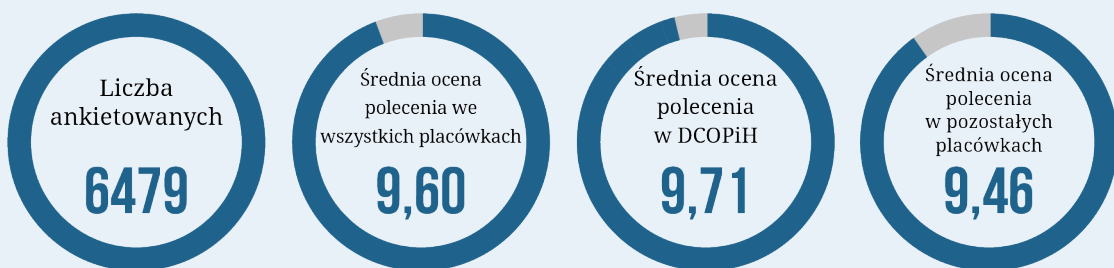
### CHARAKTERYSTYKA BADANYCH



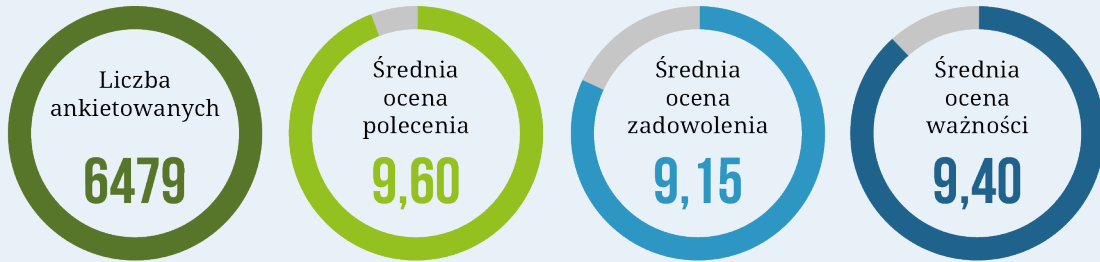
### WYNIK OGÓLNY ANKIETY



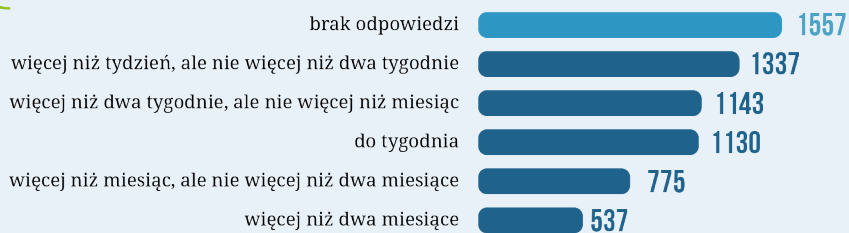
### ŚREDNIA OCEN Polecenia szpitala w podziale na placówki DCOPIH vs. pozostałe vs. wszystkie razem



### 1 GRUPA PYTAŃ - OCENA POBYTU W SZPITALU - OGÓŁEM



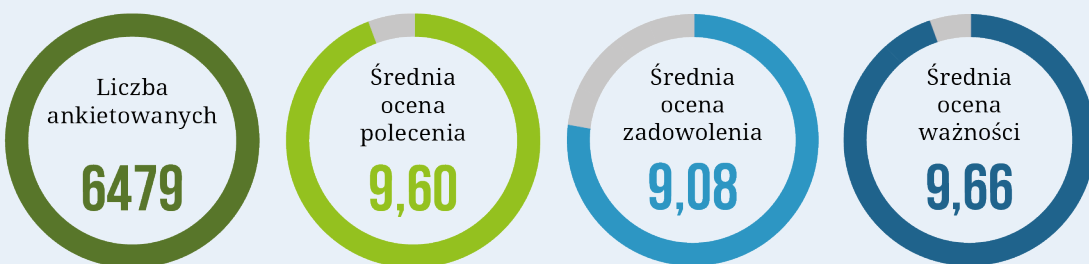
#### *Ile czasu minęło od skierowania na oddział onkologiczny do przyjęcia Państwa do szpitala?*



### 2 GRUPA PYTAŃ - OCENA OPIEKI MEDYCZNEJ - OGÓŁEM

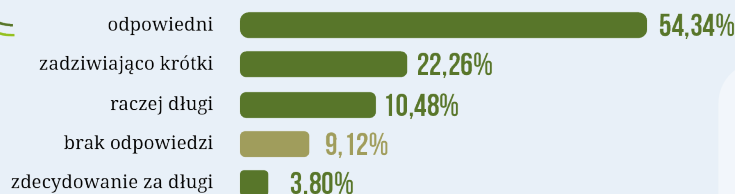


### 3 GRUPA PYTAŃ - OCENA ZAKRESU INFORMACJI - OGÓŁEM

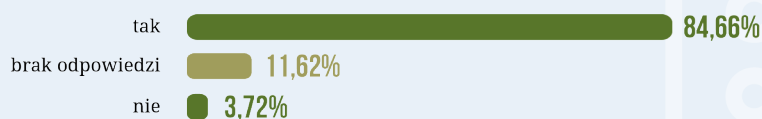


#### 4 GRUPA PYTAŃ - OCENA PILOTAŻU

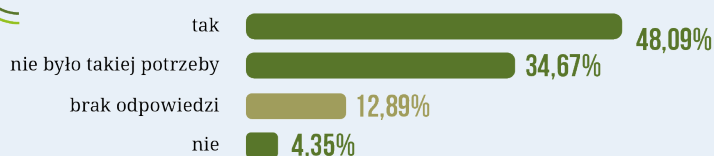
*Jak Pani/Pan ocenia czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne udzielane w ramach pilotażu?*



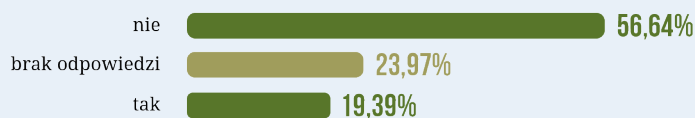
*Czy podpisana przez Państwa zgoda o objęcie pilotażem była zrozumiała?*



*Czy, jeżeli mieliście Państwo wątpliwości co do treści ww. zgody, zostały one Państwu wyjaśnione?*

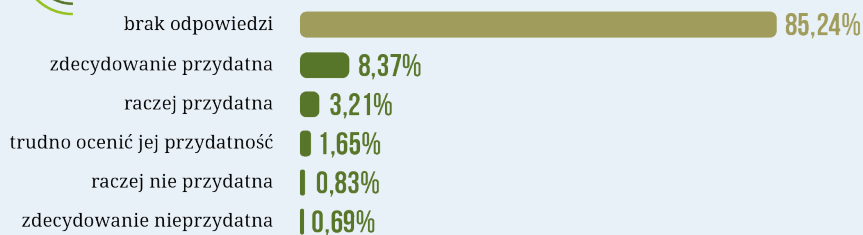


*Czy korzystali Państwo z dedykowanej pacjentom chorym onkologicznie „infolinii onkologicznej”?*

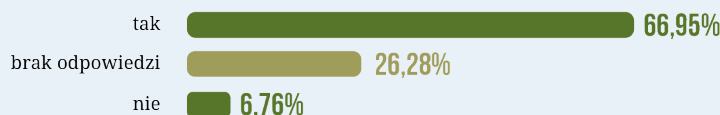


*Jeśli „tak” - jak oceniają Państwo działanie „infolinii onkologicznej”?*

*UWAGA - odpowiedzi bez względu na odpowiedź zaznaczoną w poprzednim pytaniu!*



*Czy uzyskali Państwo wsparcie i pomoc ze strony koordynatora, który jest wyznaczany pacjentom w trakcie trwania pilotażu?*



## MONITOROWANIE JAKOŚCI OPIEKI ONKOLOGICZNEJ W PROGRAMIE PILOTAŻOWYM

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. Główne centrum analityczne było zorganizowane przez ośrodek WOK, czyli DCOPiH, wraz ze swoją bardzo złożoną strukturą danych i rozproszonymi źródłami informacji. W toku dialogu i współpracy z wieloma osobami powstała pierwsza koncepcja tego, jak rozbudować posiadane narzędzia, oraz w jaki sposób wykorzystać tę 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.

Uruchamiając pilotaż, w pierwszej kolejności skupiono się na identyfikacji źródeł danych oraz zakresu posiadanej informacji. Czas pilotażu, to także dla WOK czas łączenia

szpitali, w ramach których zarządzanie informacją było odmienne dla każdego ośrodka uczestniczącego w programie. 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), ze względu na rozpoznanie oraz na stopnie zaawansowania, wskutek czego każdego kwartału dla jednej iteracji należało dokonać ponad 2000 kalkulacji na bazie różnych systemów.

Zdecydowano zatem, by wdrożyć hurtownię danych na bazie produktu MedStream Designer (MSD), produkowanego przez Transition Technologies Science. W ten sposób podjęto pierwszą próbę wystandaryzowania gromadzonych informacji w jedną spójną hurtownię danych. Samą aplikację MedStream Designer wykorzystano natomiast do modelowania licznika i mianownika danego miernika, bowiem wymogiem pilotażu było również zapewnienie transparentności wyliczeń. Wykorzystując MSD w dowolnej chwili, zapewniało możliwość weryfikacji wartości przyjmowanych do mierników.

## RYSUNEK 5. ŹRÓDŁA DANYCH

## ŹRÓDŁA DANYCH

**CliniNET**

System informacji szpitalnej

**Hipokrates**

System informacji szpitalnej

**DCChP**

Dane z systemu informacji szpitalnej

**Świadczenia**

System informacji szpitalnej

**Rejestr zgonów**

Data zgonu pacjenta

**Panorama**

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

**OncoReports**

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

**NFZ 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**

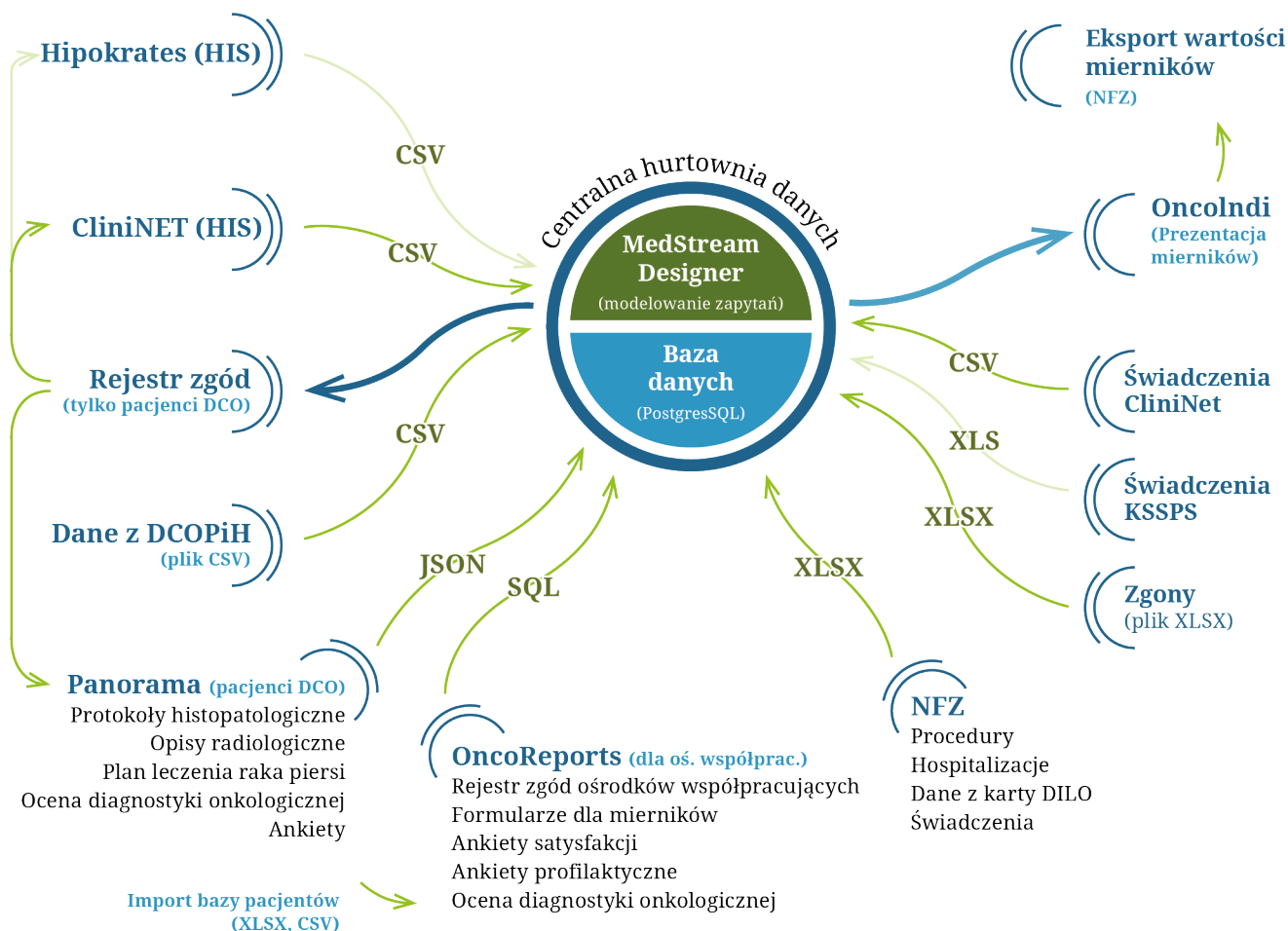
Produkt jednostkowy  
Produkt kontraktowy  
Status świadczenia  
Data obowiązywania  
Data wystawienia faktury

**Formularze**

Nazwa formularza  
Kod formularza  
Atrybuty Formularza  
Wartości atrybutów, logiczne numeryczne, tekstowe, data

MIERNIKI PILOTAŻU  
KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ**35****MIERNIKÓW**

RYSUNEK 6. CENTRALNA HURTOWNIA DANYCH



### MIERNIKI I WSKAŹNIKI W RAMACH PROGRAMU PILOTAŻOWEGO

Na potrzeby pilotażu opracowano 35 mierników rozpisanych na 46 kartach. 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 wykorzystanych w procesie realizacji 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.

W trakcie pilotażu KSO raportowano następujące mierniki ogólne, dla poszczególnych typów nowotworów/kodów ICD-10, zgodnie z przedstawioną poniżej tabelą, oraz 21 mierników specyficznych dla poszczególnych nowotworów (na 31 kartach). Powyższe wskaźniki sprawozdawa-

ne były kwartalnie, w sposób narastający, w formie załącznika nr 2 do sprawozdania z realizacji pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej.

W latach 2019–2022 wykazano redukcję odsetka pacjentów, u których wykryto niekompletność badań diagnostycznych wykonanych w ośrodkach poziomu I – z 15% do poniżej 10%, dla poziomu II – z 20% do ok 5%, dla WOK natomiast utrzymywał się on na poziomie ok. 5%. Co istotne, w ramach programu pilotażowego zaobserwowano, że odsetek badań diagnostycznych wymagających powtórzenia wynosił prawie 0%, co było przede wszystkim efektem pracy koordynatorek.

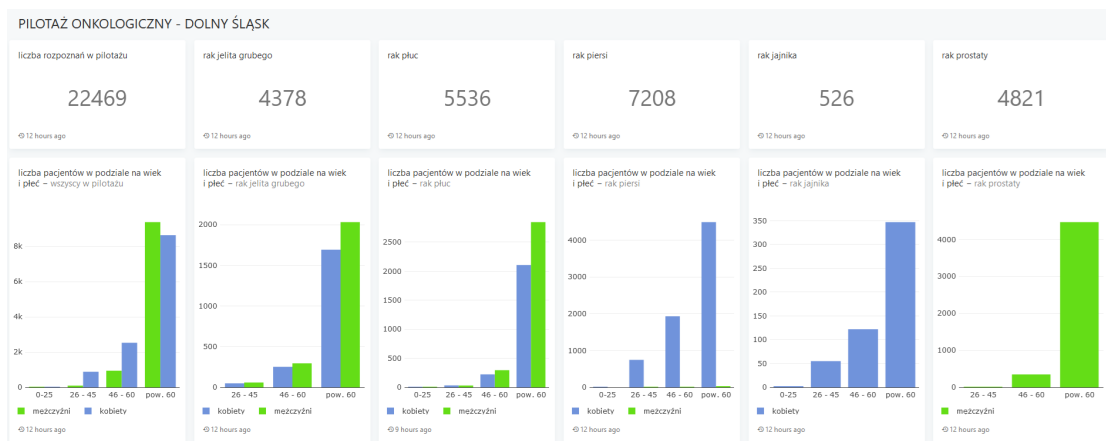
Wraz z rozwojem narzędzi informatycznych stworzono OncoDash – platformę do wizualizacji dowolnych danych, w tym zarówno mierników, jak i wskaźników realizacji pilotażu. W toku pilotażu bowiem DCO poszerzyło zakres zbierania danych poza mierniki i wskaźniki wskazane w ramach pilotażu.



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 zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	✓		✓	✓	✓	✓
2	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	✓		✓	✓	✓	✓
3	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia chemioterapii, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	✓		✓		✓	✓
4	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia radioterapii paliatywnej, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	✓		✓	✓	✓	✓
5	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym	✓	✓	✓			✓	✓
6	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii onkologicznej	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań 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	✓	✓		✓		✓	✓
13	Mediana czasu, jaki upłynął od dnia zarejestrowania świadczeniobiorcy na badanie diagnostyczne (obrazowe lub patomorfologiczne), do dnia uzyskania wyniku tego badania	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	Odsetek badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa, endoskopia, biopsja, ocena patomorfologiczna, ocena molekularna), wykazany dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

NUMER MIERNIKA	TYTUŁ MIERNIKA	C18-C20	C34	C78.0	C50	D05	C56	C61
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), wykazany dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

### RYSUNEK 7. PRZYKŁAD WIDOKU Z SYSTEMU ONCODASH PRZEDSTWIAJĄCY WYNIKI MONITOROWANIA PROGRAMU PILOTOŻOWEGO KSO



Źródło: OncoDash.

### WYNIKI SZCZEGÓŁOWE DLA POSZCZEGÓLNYCH WSKAZAŃ

W dalszej części raportu podsumowano wyniki szczegółowe dla poszczególnych wskazań, wraz z rekomendacjami.

Podsumowania obejmują wskazania:

- » rak piersi
- » rak płuca
- » rak gruczołu krokowego
- » rak jelita grubego
- » rak jajnika.



03

WYNIKI SZCZEGÓŁOWE

ID	Nazwa miernika	EUSOMA	ECC	SCOT. NHS	Rekomendacja DCOPIH			Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*
					ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ	
F_1	Odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu				ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ	<p>Istotne ograniczenie oceny stanowi grupa oceniana, ale jest to zgodne z założeniem programu pilotażowego dla świadczeniodawców, konieczne było uzyskanie zgody pacjenta.</p> <p>Uzyskane wartości mierników są dla większości świadczeniodawców zgodne z historią naturalną przebiegu choroby nowotworowej w poszczególnych stopniach zaawansowania – wyższy odsetek zgonów w wyższym stopniu zaawansowania, w WOK i u świadczeniodawców 2. poziomu, nie odnotowano zgonów w okresie roku u świadczeniodawców 1 poziomu.</p>
F_2	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu				ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ	<p>Odnotowano jedynie incydentalne (3 przypadki w ośrodkach 2. poziomu) zgony w okresie 30-dniowym od zabiegu operacyjnego.</p>
F_3	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia chemioterapii, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu			✓	ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ	<p><b>Wartość dla sumy stopni I-III*:</b></p> <p><b>Wartość dla stopnia IV*:</b></p> <p>*Analiza poziomu wskaźnika jest zależna od stopnia zaawansowania nowotworu oraz linii leczenia</p>
F_4	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia radioterapii paliatywnej, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu				ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ	
F_6	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii				ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ	<p>Nie odnotowano hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii onkologicznej, poza incydentalnym przypadkiem w WOK w 2021 roku w IV stopniu zaawansowania.</p>
F_7	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym				ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ	<p>Odsetek hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym był bardzo niski, odnotowano pojedyncze przypadki – 2 w WOK w 2022 – 1%, 2 w ośrodkach 2. poziomu w 2021 – 1% i 1 w ośrodkach 1. poziomu w 2020 – odsetek 11%, tak wysoki z uwagi na niską sprawozdawczość.</p>

\*Na wykresach podano wartości maksymalne osiągnięte dla danego miernika przez WOK.

ID	Nazwa miernika	EUSOMA	ECC	SCOT. NHS	Rekomendacja DCOPIH			Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*
					ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ	
F_8	Odsetek świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej				ZACHOWAĆ			<p>Wartość docelowa: KSO ≤5-10% (dla pacjentów WHO 0-2)</p>
F_9	Odsetek świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu				ZACHOWAĆ			
F_10	Ocena kompletności badania patologicznego				ZMIENIĆ			<p>Centralna baza rozpoznań histopatologicznych rozdzielona na badania z biopsji i badania histopatologiczne pooperacyjne. Poszczególne badania histopatologiczne powinny zawierać określone elementy (schematy synoptyczne), a ocena powinna być dokonywana według uzupełnienia określonych pól w szablonie opisu.</p> <p>Nie odnotowano wyników rozpoznań histopatologicznych zaraportowanych jako niekompletne, jednak ograniczeniem dla danych jest ich deklaracyjny charakter.</p>
F_11.3	Odsetek oznaczeń ER, PR, HER2, Ki67	✓			ZACHOWAĆ			<p>Wartość docelowa: KSO 100%; EUSOMA min. &gt;95%, EUSOMA opt. &gt;98%</p> <p>*Zmiana definicji</p>
F_11.4	Odsetek badań genetycznych i molekularnych BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2 i sekwencjonowanie NGS	✓			ZACHOWAĆ			<p>Wartość docelowa: KSO 100%</p>
F_11.5	Odsetek badań FISH, double ISH – Her-2		✓		ZACHOWAĆ			<p>Wartość docelowa: KSO 100%</p>
F_14	Odsetek badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6tyg.				USUNĄĆ			<p>Nie odnotowano konieczności powtarzania badań diagnostycznych dla raka piersi.</p>

\*Na wykresach podano wartości maksymalne osiągnięte dla danego miernika przez WOK.

ID	Nazwa miernika	EUSOMA	ECC	SCOT. NHS	Rekomendacja DCOPIH			Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*
					ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ	
F_30	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem do 3 cm poddanych leczeniu oszczędzającemu	✓				☆		<p>Wartość docelowa: KSO wg EUSOMA min. &gt;70%, opt. &gt;85%</p>
F_31	Odsetek powtórzonych opisów badań					🗑️		<p>Nie odnotowano konieczności powtarzania opisów badań diagnostycznych dla raka piersi.</p>
F_33	Odsetek pacjentów bez przerzutów w węzłach chłonnych (pN0), u których nie usunięto układu chłonnego dołu pachowego	✓	✓			🔄		<p>Wartość docelowa: KSO wg EUSOMA min. &gt;90%, opt. &gt;95%; ECC ≥80%</p>
F_34	Odsetek pacjentek z hormonowrażliwym nowotworem, które otrzymały leczenie hormonalne					☆		<p>Wartość*:</p> <p>*Analiza poziomu wskaźnika jest zależna od stopnia zaawansowania nowotworu oraz linii leczenia</p>
F_35	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem zapalnym lub miejscowo zaawansowanym, nieresekcyjnym z ekspresją ER, których poddano indukcyjnej chemioterapii	✓				☆		<p>Wartość docelowa: KSO wg EUSOMA min. ≥90%</p>

\*Na wykresach podano wartości maksymalne osiągnięte dla danego miernika przez WOK.

ID	Nazwa miernika	EUSOMA	ECC	Rekomendacja DCOPIH			Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*	
				ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ		
F_1	Odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu			☆			Miernik ten powinien być wg autorów raportu oraz ekspertów stale monitorowany (stały monitoring ogólny, a następnie jego kontekstualne rozbięcie), aby miernik ten był wysokiej jakości konieczne są raportowanie wystandaryzowanych danych dotyczących stopnia zaawansowania wg klasyfikacji TNM (cTNM i pTNM) oraz data pierwszego rozpoznania histopatologicznego z biopsji lub w przypadku zabiegu diagnostyczno-leczniczego ZDL z zabiegu operacyjnego.	Zaraportowano jedynie incydentalny zgon w WOK w 2021 roku, poza tym bez zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu przedinwazyjnego piersi.
F_2	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu					🗑️		Nie zaraportowano zgonów w okresie 30 dni po zabiegu operacyjnym w raku przedinwazyjnym piersi przez cały okres pilotażu KSO.
F_6	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii					🗑️	Mierniki dotyczące powikłań są niezwykle istotne, jednak bez standaryzacji raportowania powikłań mierniki F_5-F_7 stają się nieobiektywne. Eksperti proponują dwa stopnie mierników dotyczących powikłań: • odsetek pacjentów wymagających rehospitalizacji, stratyfikacja na planowane i nieplanowane, • powikłania jako jedna z przyczyn rehospitalizacji.	<p><b>Odsetek hospitalizacji: 0%</b></p>
F_10	Oceny kompletności badania patologicznego					✂️	<b>Centralna baza badań histopatologicznych</b>	Nie zaraportowano niekompletnych opisów badań histopatologicznych w raku przedinwazyjnym piersi przez cały okres pilotażu KSO.
F_11.7	Odsetek wykonanych badań ER, PR	✓				☆		<b>Wartość docelowa: KSO 100%</b> <b>EUSOMA: min. &gt;95%; opt. &gt;98%</b>
F_11.8	Odsetek wykonanych badań BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2 i sekwencjonowanie NGS					☆		<b>Wartość docelowa: KSO 100%</b>
F_14	Odsetek badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tyg.					🗑️		Nie zaraportowano powtórzonych badań diagnostycznych w raku przedinwazyjnym piersi przez cały okres pilotażu KSO. <b>Wartość docelowa: KSO wg EUSOMA min. 80%, opt. 90%</b>
F_29	Odsetek pacjentów z nowotworem do 2 cm poddanych leczeniu oszczędzającym gruczoł sutkowy	✓				🗑️	<b>Schematy badań opisowych i histopatologicznych i centralne bazy</b>	<p><b>Wartość docelowa: KSO wg EUSOMA ≥80%</b></p>











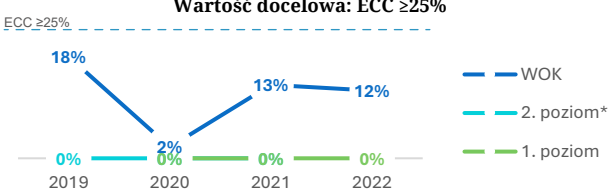

\*Na wykresach podano wartości maksymalne osiągnięte dla danego miernika przez WOK.

ID	Nazwa miernika	EUSOMA	ECC	Rekomendacja DCOPiH			Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*																				
				ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ																					
F_31	Odsetek ponownych opisów badań						<p><b>Wartość docelowa: KSO 100%</b>                      Nie zaraportowano powtórzonych opisów badań diagnostycznych w raku przedinwazyjnym piersi przez cały okres pilotażu KSO.</p> <p><b>Wartość docelowa: KSO wg EUSOMA min. 97%, opt. 99%</b></p>																				
F_32	Odsetek pacjentów z DCIS, u których nie usunięto zawartości dołu pachowego	✓	✓				<p><b>Wartość docelowa: KSO wg EUSOMA ≥97%</b></p> <table border="1"> <caption>Data for F_32 Line Chart</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>WOK</th> <th>2. poziom</th> <th>1. poziom</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>94%</td> <td>58%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>83%</td> <td>60%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>83%</td> <td>60%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>78%</td> <td>66%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Year	WOK	2. poziom	1. poziom	2019	94%	58%	0%	2020	83%	60%	0%	2021	83%	60%	0%	2022	78%	66%	0%
Year	WOK	2. poziom	1. poziom																								
2019	94%	58%	0%																								
2020	83%	60%	0%																								
2021	83%	60%	0%																								
2022	78%	66%	0%																								

\*Na wykresach podano wartości maksymalne osiągnięte dla danego miernika przez WOK.

ID	Nazwa miernika	ECC	Rekomendacja DCOPIH ☆ ZACHOWAĆ ✂ ZMIENIĆ 🗑 USUNĄĆ	Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*																																								
F_1	Odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu		☆ Miernik ten powinien być stale monitorowany, aby miernik ten był wysokiej jakości konieczne są wystandaryzowane dane dotyczące stopnia zaawansowania wg klasyfikacji TNM (wraz z prefixami, z podziałem na kliniczny cTNM i patologiczny pTNM) oraz data pierwszego rozpoznania histopatologicznego z biopsji lub w przypadku zabiegu diagnostyczno-leczniczego ZDL z operacji.	Istotne ograniczenie oceny stanowi grupa analizowana – nie obejmuje całej populacji leczonych w danym ośrodku pacjentów, ale jest to zgodne z założeniem programu pilotażowego, konieczne było uzyskanie zgody pacjenta. Uzyskane wartości mierników są dla poszczególnych grup świadczeniodawców zgodne z historią naturalną przebiegu choroby nowotworowej, wyższy odsetek zgonów w wyższych stopniach zaawansowania.																																								
F_2	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	☆ Miernik ten powinien być wg autorów raportu stale monitorowany, aby był wysokiej jakości konieczne są wystandaryzowane dane dotyczące stopnia zaawansowania wg klasyfikacji TNM (wraz z prefixami, z podziałem na kliniczny cTNM i patologiczny pTNM). Konieczne jest automatyczne zbierane również sumarycznej wartości miernika (łącznie pacjenci w stopniu zaawansowania I-III) - odsetka zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego (konieczne ustalenie wyłącznie kodów ICD-9 dedykowanych dla radykalnych procedur torako-chirurgicznych).	<p><b>Wartość docelowa: ECC≤5% I-III stopień</b></p> <table border="1"> <caption>Wartość docelowa: ECC≤5% I-III stopień</caption> <thead> <tr> <th>Rok</th> <th>WOK</th> <th>2. poziom</th> <th>1. poziom</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>1%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>2%</td> <td>1%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>1%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Rok	WOK	2. poziom	1. poziom	2019	0%	0%	0%	2020	1%	0%	0%	2021	2%	1%	0%	2022	1%	0%	0%																				
Rok	WOK	2. poziom	1. poziom																																									
2019	0%	0%	0%																																									
2020	1%	0%	0%																																									
2021	2%	1%	0%																																									
2022	1%	0%	0%																																									
F_3	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia chemioterapii, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	☆	<p><b>Wartość (leczenie radykalne)**:</b></p> <table border="1"> <caption>Wartość (leczenie radykalne)**:</caption> <thead> <tr> <th>Rok</th> <th>WOK</th> <th>2. poziom*</th> <th>1. poziom</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>5%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>20%</td> <td>11%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>15%</td> <td>13%</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>9%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Zmiana definicji w 2022 r. **Analiza poziomu wskaźnika jest zależna od stopnia zaawansowania nowotworu oraz linii leczenia.</p> <p><b>Wartość (leczenie paliatywne)**:</b></p> <table border="1"> <caption>Wartość (leczenie paliatywne)**:</caption> <thead> <tr> <th>Rok</th> <th>WOK</th> <th>2. poziom*</th> <th>1. poziom</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>16%</td> <td>8%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>25%</td> <td>19%</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>27%</td> <td>13%</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>21%</td> <td>6%</td> <td>6%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Zmiana definicji w 2022 r. **Analiza poziomu wskaźnika jest zależna od stopnia zaawansowania nowotworu oraz linii leczenia.</p>	Rok	WOK	2. poziom*	1. poziom	2019	5%	0%	0%	2020	20%	11%	0%	2021	15%	13%	4%	2022	9%	0%	0%	Rok	WOK	2. poziom*	1. poziom	2019	16%	8%	0%	2020	25%	19%	10%	2021	27%	13%	13%	2022	21%	6%	6%
Rok	WOK	2. poziom*	1. poziom																																									
2019	5%	0%	0%																																									
2020	20%	11%	0%																																									
2021	15%	13%	4%																																									
2022	9%	0%	0%																																									
Rok	WOK	2. poziom*	1. poziom																																									
2019	16%	8%	0%																																									
2020	25%	19%	10%																																									
2021	27%	13%	13%																																									
2022	21%	6%	6%																																									
F_4	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia radioterapii paliatywnej, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu		🗑 Autorzy raportu rekomendują usunięcie miernika, teleradioterapia paliatywna, w tym przeciwbólowa jest wartościową metodą leczenia objawowego nawet 30 dni przed zgonem pacjenta.	Dane cechują się bardzo dużą różnorodnością i niską sprawozdawczością poza WOK – brak możliwości jednoznacznego komentarza.																																								
F_5	Odsetek hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym		✂ 2 poziomy – rehospitalizacje i ich przyczyny	Odsetek hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym był bardzo niski przez cały okres pilotażu i na wszystkich poziomach zabezpieczenia opieki onkologicznej w województwie dolnośląskim i wahał się od 0%-9% (wartości powyżej 0% incydentalne).																																								

ID	Nazwa miernika	ECC	Rekomendacja DCOPIH ☆ ZACHOWAĆ ↻ ZMIENIĆ 🗑️ USUNĄĆ	Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*
F_6	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii		☆	Nie odnotowano ponownych hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii przez cały okres pilotażu i na wszystkich poziomach zabezpieczenia opieki onkologicznej w województwie dolnośląskim.
F_7	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym		↻ 2 poziomy – rehospitalizacje i ich przyczyny	Odsetek hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym był bardzo niski, odnotowano pojedyncze przypadki – 2 w WOK w 2022 – 1%, 2 w ośrodkach 2. poziomu w 2021 – 1% i 1 w ośrodkach 1. poziomu w 2020 – odsetek 11%, tak wysoki z uwagi na niską sprawozdawczość.
F_8	Odsetek świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej		☆	<p><b>Wartość**:</b></p> <p>*Zmiana definicji w 2022 r. **W 2022 roku DCChP (Solo2) zostało dołączone do WOK - zmiana sposobu sprawozdawania leczenia do bazy pilotażowej</p>
F_9	Odsetek świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu		☆	<p>Odsetek zaawansowanych nowotworów płuca – w III i IV stopniu był bardzo wysoki 66-98%. Konieczne jest jednoczesne monitorowanie tego odsetka wśród całej populacji i wdrożenie badań profilaktycznych.</p> <p><b>Wartość docelowa: ECC &lt;5%</b></p> <p>*Zmiana definicji w 2022 r.</p>
F_10	Odsetek niekompletnych opisów badań histopatologicznych	✓	↻ Centralna baza badań histopatologicznych	<p><b>Wartość docelowa: ECC &lt;5%</b></p> <p>*Zmiana definicji w 2022 r.</p>
F_11.2	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne - EGFR, rearanżacją genów ALK i/lub ROS1 i/lub immunohistochemiczna ocena ekspresji PD-L1.	✓	☆	<p>Badania molekularne czynników predykcyjnych w raku jelita grubego powinny być wykonywane zgodnie ze schematem EGFR, ALK, PDL-1 w przypadku IV stopnia zaawansowania, badania te powinny być wykonywane przede wszystkim u pacjentów pierwszorazowych przed podjęciem decyzji terapeutycznej na spotkaniu wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (WZT) – konsylium przedterapeutyczne.</p> <p><b>Wartość docelowa: ECC ≥75% IV st.</b></p> <p>*Zmiana definicji w 2021 i 2022 r.</p>
F_12.2	Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metodą małoinwazyjną		☆	Odsetek zabiegów małoinwazyjnych był wysoki w WOK, przy bardzo zróżnicowanej sprawozdawczości w poszczególnych latach.

ID	Nazwa miernika	ECC	Rekomendacja DCOPIH  ZACHOWAĆ  ZMIENIĆ  USUNĄĆ	Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*
F_14	Odsetek badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tyg.		 Schматы opisów badań	Nie zaraportowano powtórzonych badań diagnostycznych.
F_15	Odsetek powtórzonych zabiegów w rozpoznaniach innych niż nowotwór piersi		 Brak jest ścisłych rekomendacji dotyczących odsetka dopuszczalnych reoperacji w raku płuca	Odsetek reoperacji w nowotworach płuca był niski: 0-12%.
F_22	Odsetek świadczeniobiorców z podejrzeniem nowotworu płuca, skonsultowanych przez pulmonologa w terminie do 14 dni roboczych od dnia zarejestrowania skierowania u świadczeniodawcy		 Miernik ten nie jest miernikiem zwalidowanym międzynarodowo, poza tym dane konieczne do wyliczenia są trudne do pozyskania z systemu informatycznego. Autorzy podsumowania nie rekomendują kontynuacji zbierania miernika.	Bardzo niska sprawozdawczość miernika uniemożliwia ocenę.
F_23	Odsetek świadczeniobiorców z powiększeniem węzłów chłonnych śródpiersia powyżej 10 mm, u których wykonano EBUS-TBNA, rak płuca		 Miernik ten nie jest miernikiem dobrze zwalidowanym, poza tym dane konieczne do obliczenia są trudne do pozyskania z systemu informatycznego. Autorzy nie rekomendują kontynuacji zbierania miernika.	Odnotowano bardzo zróżnicowany odsetek świadczeniobiorców z powiększeniem węzłów chłonnych śródpiersia powyżej 10 mm, u których wykonano EBUS-TBNA w raku płuca, najlepsze wyniki odnotowano dla ośrodków 1. Poziomu i one w latach 2021 i 2022 osiągnęły wartość docelową przy niskiej sprawozdawczości.
F_24	Odsetek świadczeniobiorców z podejrzeniem nowotworu płuca i płynem w jamie opłucnej, u których rozpoznano etiologię płynu		 Miernik ten nie jest miernikiem dobrze zwalidowanym, poza tym dane konieczne do obliczenia są trudne do pozyskania z systemu informatycznego. Autorzy nie rekomendują kontynuacji zbierania miernika.	Bardzo niska sprawozdawczość miernika uniemożliwia ocenę.
F_25	Odsetek świadczeniobiorców z III stopniem zaawansowania niedrobnokomórkowego nowotworu płuca, u których zastosowano jednoczasową chemioradioterapię		 Miernik ten jest bardzo dobrze zwalidowany, istnieje jednak konieczność wystandaryzowania, który ośrodek sprawozdaje pacjenta, powinien to być ośrodek prowadzący leczenie napromienianiem. Autorzy raportu rekomendują wprowadzenie sprawozdawania koordynatora instytucjonalnego, tego, który prowadzi leczenie miejscowe u pacjentów leczonych z intencją radykalną. Miernik ten powinien być także skorelowany ze stanem ogólnym pacjenta wg WHO.	<p><b>Wartość docelowa: ECC ≥25%</b></p>  <p>*Zmiana definicji w 2022 r.</p>
F_31	Odsetek badań diagnostycznych wymagających ponownego opisu bądź ponownej weryfikacji		 Interwał oceny 6 tygodni wydaje się zbyt krótki. Dodatkowo aby nie było konieczności powtarzania badań np. z użyciem promieniowania jonizującego już w trakcie pilotażu KSO wprowadzono możliwość jedynie konsultacji/opisu badania w ośrodku referencyjnym. Konieczne wydaje się raportowanie badań patomorfologicznych i obrazowych opisanych według szablonów, jako badań wysokojakościowych, a także wskazanie kodów ICD-9 dla poszczególnych badań molekularnych czynników predykcyjnych.	Odnotowano jedynie incydentalną konieczność ponownych opisów badań diagnostycznych.

ID	Nazwa miernika	ECC	SCOT. NHS	Rekomendacja DCOPIH			Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*
				☆ ZACHOWAĆ	↔ ZMIENIĆ	🗑️ USUNĄĆ	
F_1	Odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu			☆			Odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania w raku gruczołu krokowego jest zgodny z historią naturalną przebiegu choroby w zależności od stopnia zaawansowania - wyższy w wyższych stopniach zaawansowania.
F_2	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu			☆			Nie odnotowano zgonów w okresie 30 dni od dnia zabiegu operacyjnego na wszystkich poziomach referencyjnych zabezpieczenia opieki onkologicznej, we wszystkich stopniach zaawansowania
F_3	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia chemioterapii, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓		☆			<p><b>Wartość (suma stopni I-V)*:</b></p> <p>*Analiza poziomu wskaźnika jest zależna od stopnia zaawansowania nowotworu oraz linii leczenia</p>
F_4	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia radioterapii paliatywnej, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu				🗑️		<p><b>Śmiertelność: 0-15%</b></p>
F_5	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym	✓			↔	2 poziomy – rehospitalizacje i ich przyczyny	<p><b>Wartość docelowa ECC/iPAAC: ≤15%</b> <b>Odsetek hospitalizacji: 0-1%</b></p>
F_6	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii	✓			🗑️		<p><b>Wartość docelowa ECC/iPAAC: ≤3%</b> <b>Odsetek hospitalizacji: 0%</b></p>
F_7	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym				↔	2 poziomy – rehospitalizacje i ich przyczyny	<p><b>Odsetek hospitalizacji: 0-4%</b></p>
F_8	Odsetek świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej				☆		<p><b>Wartość docelowa: KSO ≤10%-15%</b></p>

ID	Nazwa miernika	ECC	SCOT. NHS	Rekomendacja DCOPIH ☆ ZACHOWAĆ ✂ ZMIENIĆ 🗑 USUNĄĆ	Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*												
F_9	Odsetek świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu			☆	<table border="1"> <tr><td>1. poziom</td><td>28%</td></tr> <tr><td>2. poziom</td><td>33%</td></tr> <tr><td>WOK</td><td>38%</td></tr> </table>	1. poziom	28%	2. poziom	33%	WOK	38%						
1. poziom	28%																
2. poziom	33%																
WOK	38%																
F_10	Oceny kompletności badania patologicznego			✂ <b>Centralna baza badań histopatologicznych</b> Z określonymi elementami – raport synoptyczny; rozdzielnie na badania z biopsji i badania histopatologiczne pooperacyjne; podsumowanie zgodne np. z klasyfikacją pTNM oraz określeniem cechy R; Minimalne wymogi dla badania histopatologicznego zgodnie z certyfikacją ECC	Zaraportowano jedynie pojedyncze wyniki badań patologicznych ocenionych jako niekompletne - 8/595 w 2020 roku w ośrodkach 2. poziomu.												
F_12.4	Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metoda małoinwazyjną			☆	<p><b>Wartość docelowa: KSO 100% dla grup ryzyka niskiego, pośredniego, wysokiego; 0% dla rozsiewu</b></p> <table border="1"> <tr><td>1. poziom</td><td>100%</td></tr> <tr><td>2. poziom</td><td>90%</td></tr> <tr><td>WOK</td><td>46%</td></tr> </table>	1. poziom	100%	2. poziom	90%	WOK	46%						
1. poziom	100%																
2. poziom	90%																
WOK	46%																
F_14	Odsetek badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tyg.			🗑	Nie odnotowano powtórznych badań patomorfologicznych w raku gruczołu krokowego przez cały okres pilotażu na wszystkich poziomach referencyjności opieki onkologicznej												
F_15	Odsetek powtórzonych zabiegów w rozpoznaniach innych niż nowotwór piersi			☆	<table border="1"> <tr><td>WOK</td><td>6%</td></tr> </table>	WOK	6%										
WOK	6%																
F_19	Odsetek limfadenektomii w zależności od ryzyka przerzutowania			☆	<p><b>Wartość docelowa: KSO 0% dla grupy ≤5%</b></p> <table border="1"> <tr><td>1. poziom</td><td>44%</td></tr> <tr><td>2. poziom</td><td>69%</td></tr> <tr><td>WOK</td><td>42%</td></tr> </table> <p><b>Wartość docelowa: KSO 100% dla grupy &gt;5%</b></p> <table border="1"> <tr><td>1. poziom</td><td>0%</td></tr> <tr><td>2. poziom</td><td>86%</td></tr> <tr><td>WOK</td><td>38%</td></tr> </table>	1. poziom	44%	2. poziom	69%	WOK	42%	1. poziom	0%	2. poziom	86%	WOK	38%
1. poziom	44%																
2. poziom	69%																
WOK	42%																
1. poziom	0%																
2. poziom	86%																
WOK	38%																
F_20	Odsetek limfadenektomii miednicznych z podziałem materiału histopatologicznego według zakresów anatomicznych			🗑	<b>Wartość docelowa: KSO 100%</b> Odsetek limfadenektomii z podziałem materiału histopatologicznego był bardzo zróżnicowany w poszczególnych grupach ryzyka i w ośrodkach poszczególnych poziomów referencyjności, brak możliwości sformułowania podsumowania dla miernika.												
F_21	Ilości pozytywnych marginesów pooperacyjnych po prostatektomii	✓		✂ <b>Tylko dla pT2;</b> wg certyfikacji ECC, wartość docelowa ≤15%.	<b>Wartość docelowa: ECC ≤15% dla pT2c; NHS &lt;20% dla pT2</b> Odsetek pozytywnych marginesów po prostatektomii był bardzo zróżnicowany w poszczególnych grupach ryzyka i w ośrodkach poszczególnych poziomów referencyjności.												
F_31	Odsetek ponownych opisów badań			🗑	<b>Wartość docelowa: KSO 100%</b> Nie zaraportowano badań wymagających ponownego opisu w raku gruczołu krokowego przez cały okres pilotażu KSO.												

\*Na wykresach podano wartości maksymalne osiągnięte dla danego miernika przez WOK.

ID	Nazwa miernika	ECC	SCOT. NHS	Rekomendacja DCOPIH ☆ ZACHOWAĆ ✂ ZMIENIĆ 🗑 USUNĄĆ	Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*																																								
F_1	Odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu			☆ Miernik ten powinien być wg autorów raportu stale monitorowany, aby miernik ten był wysokiej jakości konieczne są wystandaryzowane dane dotyczące stopnia zaawansowania wg klasyfikacji TNM (klinicznej cTNM i patologicznej pTNM) oraz data pierwszego rozpoznania histopatologicznego nowotworu z biopsji lub w przypadku zabiegu diagnostyczno-leczniczego ZDL z zabiegu operacyjnego.	Istotne ograniczenie oceny stanowi grupa zaraportowana (jedynie część pacjentów leczonych u danego świadczeniodawcy), ale jest to zgodne z założeniem programu pilotażowego dla świadczeniodawców, konieczne było uzyskanie zgody pacjenta. Uzyskane wartości mierników są zgodne z historią naturalną przebiegu choroby nowotworowej w poszczególnych stopniach zaawansowania, uwagę zwraca jedynie wysoki odsetek zgonów w II stopniu zaawansowania zarówno w WOK, jak i ośrodkach 2. poziomu.																																								
F_2	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	✓	☆ Szczególnie istotny wydaje się podział na przypadki STABILNE i PILNE (niedrożność przewodu pokarmowego), w których brak jest możliwości zwołania konsylium wielodyscyplinarnego, czy uzyskania wyniku histopatologicznego przed zabiegiem operacyjnym, a ryzyko zgonu jest znacznie wyższe. Wśród powikłań leczenia chirurgicznego w międzynarodowych miernikach jakości ECC (European Cancer Centres) odsetek wczesniej - 30-dniowej śmiertelności nie powinien przekraczać 5% dla przypadków stabilnych.	<p><b>Wartość docelowa:</b> PRZYPADEK STABILNY: ECC ≤5%, NHS SCOT. 30-dniowa &lt;3% PRZYPADEK PILNY: NHS SCOT. 30-dniowa &lt;15%</p> <table border="1"> <caption>Wartość docelowa</caption> <thead> <tr> <th>Stopień</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>WOK</td> <td>1%</td> <td>2%</td> <td>1%</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>2. poziom</td> <td>0%</td> <td>4%</td> <td>0%</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>1. poziom</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Stopień	2019	2020	2021	2022	WOK	1%	2%	1%	2%	2. poziom	0%	4%	0%	2%	1. poziom	0%	0%	0%	0%																				
Stopień	2019	2020	2021	2022																																									
WOK	1%	2%	1%	2%																																									
2. poziom	0%	4%	0%	2%																																									
1. poziom	0%	0%	0%	0%																																									
F_3	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia chemioterapii, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	✓	☆ Wartość docelowa miernika śmiertelności po chemioterapii powinna odnosić się do specyficznych sytuacji – leczenia radyklanego lub paliatywnego.	<p><b>Wartość dla stopni II-III*:</b></p> <table border="1"> <caption>Wartość dla stopni II-III*</caption> <thead> <tr> <th>Stopień</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>WOK</td> <td>2%</td> <td>3%</td> <td>4%</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>2. poziom</td> <td>0%</td> <td>5%</td> <td>6%</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>1. poziom</td> <td>0%</td> <td>3%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Wartość dla stopnia IV*:</b></p> <table border="1"> <caption>Wartość dla stopnia IV*</caption> <thead> <tr> <th>Stopień</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>WOK</td> <td>5%</td> <td>14%</td> <td>7%</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>2. poziom</td> <td>0%</td> <td>33%</td> <td>28%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>1. poziom</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Analiza poziomu wskaźnika jest zależna od stopnia zaawansowania nowotworu oraz linii leczenia</p>	Stopień	2019	2020	2021	2022	WOK	2%	3%	4%	2%	2. poziom	0%	5%	6%	8%	1. poziom	0%	3%	0%	0%	Stopień	2019	2020	2021	2022	WOK	5%	14%	7%	18%	2. poziom	0%	33%	28%	50%	1. poziom	0%	0%	0%	8%
Stopień	2019	2020	2021	2022																																									
WOK	2%	3%	4%	2%																																									
2. poziom	0%	5%	6%	8%																																									
1. poziom	0%	3%	0%	0%																																									
Stopień	2019	2020	2021	2022																																									
WOK	5%	14%	7%	18%																																									
2. poziom	0%	33%	28%	50%																																									
1. poziom	0%	0%	0%	8%																																									
F_4	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia radioterapii paliatywnej, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu			🗑 Autorzy raportu rekomendują usunięcie miernika, teleradioterapia paliatywna, w tym przeciwbólowa i przeciwwkrwotoczna jest wartościową metodą leczenia objawowego nawet 30 dni przed zgonem pacjenta.																																									

ID	Nazwa miernika	ECC	SCOT. NHS	Rekomendacja DCOPiH			Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*																				
				☆ ZACHOWAĆ	↔ ZMIENIĆ	🗑️ USUNĄĆ																					
F_5	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym	✓	✓	↔ 2 poziomy – rehospitalizacje i ich przyczyny			<p><b>Wartość docelowa:</b> REOPERACJE: ECC ≤15%; NHS SCOT. &lt;10% NIESZCZELNOŚCI ZESPOŁEN: ECC dla raka okrężnicy ≤6% i odbytnicy ≤15%; NHS SCOT. odpowiednio &lt;5% i &lt;10%)</p> <table border="1"> <caption>Wartości miernika F_5</caption> <thead> <tr> <th>Poziom</th> <th>Wartość</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. poziom</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2. poziom</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>WOK</td> <td>3%</td> </tr> </tbody> </table>	Poziom	Wartość	1. poziom	0%	2. poziom	4%	WOK	3%												
Poziom	Wartość																										
1. poziom	0%																										
2. poziom	4%																										
WOK	3%																										
F_6	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii	✓		🗑️			<p><b>Odsetek hospitalizacji: 0%</b></p> <table border="1"> <caption>Wartości miernika F_6</caption> <thead> <tr> <th>Poziom</th> <th>Wartość</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2. poziom</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>WOK</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Poziom	Wartość	2. poziom	0%	WOK	0%														
Poziom	Wartość																										
2. poziom	0%																										
WOK	0%																										
F_7	Odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym			↔ 2 poziomy – rehospitalizacje i ich przyczyny			<p>Odsetek ponownych hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym był bardzo niski przez cały okres trwania pilotażu na wszystkich poziomach zabezpieczenia opieki onkologicznej.</p>																				
F_8	Odsetek świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej	✓	✓	☆			<p><b>Wartość docelowa: KSO ≤50%</b></p> <table border="1"> <caption>Wartości miernika F_8</caption> <thead> <tr> <th>Rok</th> <th>WOK</th> <th>2. poziom</th> <th>1. poziom</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>23%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>25%</td> <td>64%</td> <td>88%</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>21%</td> <td>67%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>23%</td> <td>66%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table>	Rok	WOK	2. poziom	1. poziom	2019	23%	0%	0%	2020	25%	64%	88%	2021	21%	67%	100%	2022	23%	66%	90%
Rok	WOK	2. poziom	1. poziom																								
2019	23%	0%	0%																								
2020	25%	64%	88%																								
2021	21%	67%	100%																								
2022	23%	66%	90%																								
F_9	Odsetek świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu			☆			<p>Odsetek zaawansowanych nowotworów jelita grubego – w III i IV stopniu był bardzo wysoki 48-76%. Konieczne jest jednoczesne monitorowanie tego odsetka wśród całej populacji i wdrożenie badań profilaktycznych, w kontekście odsetka zgłaszalności z danego powiatu.</p>																				
F_10	Oceny kompletności badania patologicznego	✓		↔ Centralna baza badań histopatologicznych			<p><b>Wartość docelowa: ECC &lt;5%</b></p> <table border="1"> <caption>Wartości miernika F_10</caption> <thead> <tr> <th>Rok</th> <th>WOK</th> <th>2. poziom</th> <th>1. poziom</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>2%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Rok	WOK	2. poziom	1. poziom	2019	0%	0%	0%	2020	0%	0%	0%	2021	0%	0%	0%	2022	2%	0%	0%
Rok	WOK	2. poziom	1. poziom																								
2019	0%	0%	0%																								
2020	0%	0%	0%																								
2021	0%	0%	0%																								
2022	2%	0%	0%																								

ID	Nazwa miernika	ECC	SCOT. NHS	Rekomendacja DCOPiH			Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*																				
				ZACHOWAĆ	ZMIENIĆ	USUNĄĆ																					
F_11.1	Odsetek świadczeniodawców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne	✓		☆			<p><b>Wartość docelowa:</b> KSO: MAKSYMANTA 100% IV stopień; bez wartości docelowej dla I, II i III st. Zaawansowania; ECC: ≥50% IV stopień</p> <table border="1"> <caption>Data for F_11.1 Chart</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>WOK</th> <th>2. poziom</th> <th>1. poziom</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>100%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>100%</td> <td>57%</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>100%</td> <td>67%</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>100%</td> <td>62%</td> <td>30%</td> </tr> </tbody> </table>	Year	WOK	2. poziom	1. poziom	2019	100%	0%	0%	2020	100%	57%	74%	2021	100%	67%	78%	2022	100%	62%	30%
Year	WOK	2. poziom	1. poziom																								
2019	100%	0%	0%																								
2020	100%	57%	74%																								
2021	100%	67%	78%																								
2022	100%	62%	30%																								
F_12.1	Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metoda małoinwazyjną			☆			<p><b>Odsetek zabiegów małoinwazyjnych był bardzo zróżnicowany w zależności od świadczeniodawcy, stopnia zaawansowania i roku sprawozdawczości, w WOK i ośrodkach 2. poziomu &gt;0% przez cały okres pilotażu.</b></p>																				
F_14	Odsetek badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tyg.						<p>Odnotowano jedynie incydentalną konieczność powtarzania badań obrazowych, na co częściowo mogły wpłynąć działania podjęte przez ośrodek kompleksowy.</p>																				
F_15	Odsetek powtórzonych zabiegów w rozpoznaniach innych niż nowotwór piersi	✓	✓	☆			<p><b>Wartość docelowa:</b> ECC ≤15% dla stopni I-III sumarycznie; NHS SCOT. &lt;10%</p> <table border="1"> <caption>Data for F_15 Chart</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>WOK</th> <th>2. poziom</th> <th>1. poziom</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>2%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>5%</td> <td>3%</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>6%</td> <td>3%</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>8%</td> <td>2%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Year	WOK	2. poziom	1. poziom	2019	2%	0%	0%	2020	5%	3%	1%	2021	6%	3%	3%	2022	8%	2%	0%
Year	WOK	2. poziom	1. poziom																								
2019	2%	0%	0%																								
2020	5%	3%	1%																								
2021	6%	3%	3%																								
2022	8%	2%	0%																								
F_16	Odsetek świadczeniodawców z nowotworem odbytnicy, u których zastosowano radioterapię przedoperacyjną	✓					<p><b>Wartość docelowa:</b> KSO 100% III stopień; ECC/iPAAC ≥80% III stopień</p> <table border="1"> <caption>Data for F_16 Chart</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>WOK</th> <th>2. poziom</th> <th>1. poziom</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>86%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>82%</td> <td>44%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>82%</td> <td>68%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>77%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Miernik ten jest międzynarodowo zwalidowany, autorzy raportu rekomendują kontynuację raportowania tego miernika, powinien być to miernik dla ośrodków chirurgicznych, które powinny umożliwić pacjentowi dostęp do kompleksowego leczenia onkologicznego.</p>	Year	WOK	2. poziom	1. poziom	2019	86%	0%	0%	2020	82%	44%	100%	2021	82%	68%	100%	2022	77%	0%	0%
Year	WOK	2. poziom	1. poziom																								
2019	86%	0%	0%																								
2020	82%	44%	100%																								
2021	82%	68%	100%																								
2022	77%	0%	0%																								

ID	Nazwa miernika	ECC	SCOT. NHS	Rekomendacja DCOPiH  ZACHOWAĆ  ZMIENIĆ  USUNĄĆ	Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*
F_17	Odsetek badań histopatologicznych z oceną $\geq 12$ węzłów chłonnych	✓	✓	 Schematy badań histopatologicznych	<p><b>Wartość docelowa:</b> KSO 100%; ECC <math>\geq 95\%</math>; dla C18-C19 NHS SCOT. <math>\geq 90\%</math></p> 
					<p><b>Wartość docelowa:</b> KSO 100%; dla C20 NHS SCOT. <math>\geq 90\%</math></p> 
F_18	Odsetek wystąpienia nieszczelności w nowotworze okrężnicy i odbytnicy	✓	✓	 Standaryzacja raportowania powikłań	<p><b>Wartość dla C18-19:*</b></p>  <p><i>*Analiza poziomu wskaźnika jest zależna od stopnia zaawansowania nowotworu oraz linii leczenia</i></p> <p><b>Wartość dla C20*:</b></p>  <p><i>*Analiza poziomu wskaźnika jest zależna od stopnia zaawansowania nowotworu oraz linii leczenia</i></p>
F_31	Odsetek ponownych opisów badań				<p>Odnotowano jedynie incydentalną konieczność ponownych opisów badań, na co częściowo mogły wpłynąć działania podjęte przez ośrodek kompleksowy.</p>






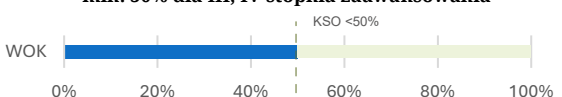


\*Na wykresach podano wartości maksymalne osiągnięte dla danego miernika przez WOK.

ID	Nazwa miernika	NHS SCOT.	Rekomendacja DCOPIH ☆ ZACHOWAĆ ↻ ZMIENIĆ 🗑️ USUNĄĆ	Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*
F_1	Odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania nowotworu złośliwego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu		☆ Miernik ten powinien być wg autorów raportu stale monitorowany, aby miernik ten był wysokiej jakości konieczne są wystandaryzowane dane dotyczące stopnia zaawansowania wg klasyfikacji FIGO oraz data pierwszego rozpoznania histopatologicznego z biopsji lub w przypadku zabiegu diagnostyczno-leczniczego ZDL z operacji.	Odsetek zgonów w okresie roku od rozpoznania w raku jajnika był bardzo zróżnicowany, zarówno w WOK, jak i ośrodkach 2. poziomu, sprawozdawczość również była bardzo zróżnicowana.
F_2	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	🗑️ Miernik ten powinien być wg autorów raportu stale monitorowany, aby miernik ten był wysokiej jakości konieczne są wystandaryzowane dane dotyczące klasyfikacji FIGO oraz data pierwszego rozpoznania histopatologicznego. Konieczne jest automatyczne zbierane również sumarycznej wartości miernika - odsetka zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Konieczne jest automatyczne zbierane również sumarycznej wartości miernika - odsetka zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.	<p><b>Wartość docelowa:</b> NHS SCOT. &lt;5% dla stopni I-III</p>
F_3	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia chemioterapii, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu	✓	☆ Zbieranie także sumarycznej wartości miernika dla wszystkich stopni zaawansowania.	<p><b>Wartość dla stopni I-IV*:</b></p>
F_4	Odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia zakończenia radioterapii paliatywnej, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu		🗑️	Autorzy raportu rekomendują usunięcie miernika, teleradioterapia paliatywna jest niezwykle rzadko stosowana w raku jajnika.
F_5	Odsetek świadczenioborców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym		↻ 2 poziomy – rehospitalizacje i ich przyczyny	
F_6	Odsetek świadczenioborców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii		🗑️	Autorzy raportu rekomendują usunięcie miernika, teleradioterapia jest niezwykle rzadko stosowana w raku jajnika, stąd poziom miernika będzie niski.
F_7	Odsetek świadczenioborców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym		↻ 2 poziomy – rehospitalizacje i ich przyczyny	Odsetek świadczenioborców wymagających ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu systemowym w raku jajnika był przekroczony w WOK w 2022, natomiast w 2019-2021 nie odnotowano powikłań. W ośrodkach 2. poziomu w 2020 odsetek wynosił 5%, poza tym nie odnotowano rehospitalizacji z powodu powikłań.

\*Na wykresach podano wartości maksymalne osiągnięte dla danego miernika przez WOK.

ID	Nazwa miernika	NHS SCOT.	Rekomendacja DCOPiH ZACHOWAĆ  ZMIENIĆ  USUNĄĆ	Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*
F_8	Odsetek świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej			<p><b>Wartość docelowa: KSO ≤90%</b></p>
F_9	Odsetek świadczeniobiorców z III i IV stopniem zaawansowania nowotworu			
F_10	Oceny kompletności badania patologicznego		 Centralna baza badań histopatologicznych; rozdzielenie na badania z biopsji i badania histopatologiczne pooperacyjne (operacje radykalne).	<p><b>Wartość docelowa: NHS SCOT. &lt;5%</b></p> <p>Zaraportowano 3-6% niekompletnych opisów badań patologicznych w raku jajnika w WOK, w podziale na etapy diagnostyk - wstępna, pogłębiona, zabieg ZDL.</p>
F_11.6	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych w nowotworze jajnika - BRCA1 i BRCA2			<p><b>Wartość docelowa: KSO: ≈100% w IV st. zaawansowania; bez wartości docelowej - dla I, II i III st. zaawansowania; NHS SCOT. &gt;90%</b></p> <p><i>*Zmiana definicji w 2022 r.</i></p>
F_12.3	Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metoda małoinwazyjną			<p><b>Wartość docelowa: KSO &gt;50% - dla I stopnia zaawansowania; &gt;10% - dla II stopnia zaawansowania</b></p> <p>Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metoda małoinwazyjną w nowotworze jajnika był bardzo niski przy bardzo niskiej sprawozdawczości.</p>
F_14	Odsetek badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tyg.			<p>Interwał oceny 6 tygodni wydaje się zbyt krótki. Dodatkowo aby nie było konieczności powtarzania badań np. z użyciem promieniowania jonizującego już w trakcie pilotażu KSO wprowadzono możliwość jedynie konsultacji/opisu badania w ośrodku referencyjnym. Konieczne wydaje się raportowanie badań obrazowych opisanych według szablonów, jako badań wysokojakościowych.</p> <p>Odnotowano pojedyncze przypadki konieczności powtórzenia badań patomorfologicznych w WOK, poza tym odsetek ten wynosił 0% w całym województwie.</p>
F_15	Odsetek powtórzonych zabiegów w rozpoznaniach innych niż nowotwór piersi			<p>Odsetek powtórzonych zabiegów w nowotworze jajnika wahał się od 2-15% w WOK, poza WOK nie odnotowano reoperacji.</p>

\*Na wykresach podano wartości maksymalne osiągnięte dla danego miernika przez WOK.

ID	Nazwa miernika	NHS SCOT.	Rekomendacja DCOPiH  ZACHOWAĆ  ZMIENIĆ  USUNĄĆ	Wyniki – podsumowanie wartości mierników przez WOK*
F_26	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych pierwotną optymalną lub suboptymalną cytoredukcją (bez pozostawienia mas resztkowych lub ≤1 cm)		 Brak możliwości uzyskania referencyjnych danych	<p><b>Wartość docelowa:</b>                      100% dla I i II st. zaawansowania; 70% dla III i IV st. zaawansowania                      Z uwagi na bardzo niską sprawozdawczość brak możliwości oceny.</p>
F_27	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których zastosowano neoadjuwantową chemioterapię (NACT)			<p><b>Wartość docelowa:</b>                      min. 50% dla III, IV stopnia zaawansowania</p> 
F_28	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano laparotomię zwiadowczą			<p><b>Wartość docelowa:</b>                      0% dla I i II stopnia zaawansowania; max. 10% dla III i IV stopnia zaawansowania                      Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano laparotomię zwiadowczą był bardzo zróżnicowany, a w większości przypadków nie osiągnięto wartości docelowych.</p>
F_31	Odsetek ponownych opisów badań			Zaraportowano 1 przypadek powtórzony opis badania diagnostycznego - TK w raku jajnika przez cały okres pilotażu KSO.

## RAK PIERSI – PRZYKŁAD WYBRANYCH WYNIKÓW OCENY OPIEKI ONKOLOGICZNEJ NA PRZYKŁADZIE DANYCH Z PROGRAMU PILOTAŻOWEGO

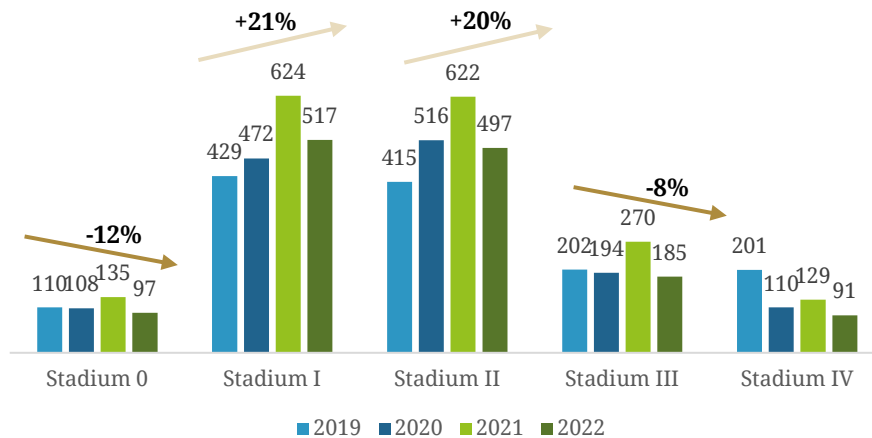
Zebrane dane w zakresie programu pilotażowego pozwalają na ewaluację wyników w ramach dodatkowych analiz i w zakresie dłuższego czasu obserwacji. Opracowanie danych dla raka piersi w ramach pracy doktoranckiej przedstawiają bardziej szczegółowe wyniki dla populacji województwa dolnośląskiego w latach 2019-2020.

We wszystkich podtypach biologicznych raka piersi diagnozowano u ponad 50% pacjentek w stadiach 0-II. Najkorzystniejszy rozkład stopnia zaawansowania choroby jest obser-

wowany w przypadku raków luminalnych A gdzie w stadium 0 oraz I było ponad 56% pacjentek, następnie B, gdzie poniżej II stopnia zaawansowania było ponad 74% pacjentek. Najwyższe stadia zaawansowania choroby występują w podtypie nieluminalnym HER2+ (48% powyżej stadium III) i trójujemnym oraz luminalnym HER2+ gdzie większość pacjentek diagnozowana jest w stadiach II oraz III.

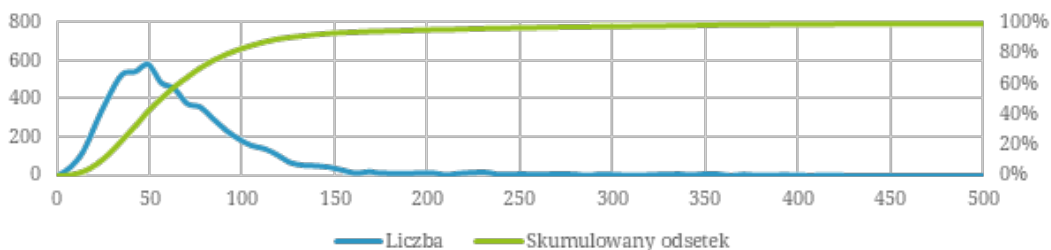
Największy wzrost odsetka chorych pomiędzy latami 2019 a 2022 nastąpił w stadium I i II (ok. 20%). Należy zwrócić szczególną uwagę na wzrost w roku 2021 tylko w tych dwóch grupach. W porównaniu do roku 2019 wyniósł on prawie 46% w grupie pacjentek ze stadium I oraz prawie 50% wśród pacjentek ze stadium II. Duży spadek odsetka chorych jest widoczny w grupie pacjentek ze stadium IV (ok. 55%).

**WYKRES 8.** ZMIANA ODSETKA CHORYCH W POSZCZEGÓLNYCH STADIACH ZAAWANSOWANIA W POSZCZEGÓLNYCH LATACH PROGRAMU PILOTAŻOWEGO



Źródło: Obliczenia własne.

**WYKRES 9.** WYKRES CZASU OD POCZĄTKU DIAGNOSTYKI DO MOMENTU ROZPOCZĘCIA TERAPII DLA CAŁEJ KOHORTY (W DNIACH)

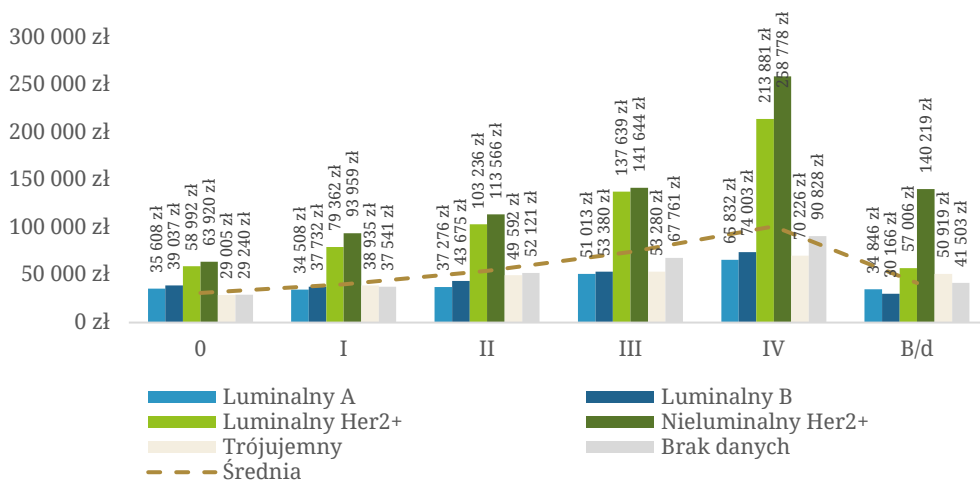


Stadia zaawansowania i podtyp biologiczny decydują o kosztach leczenia pacjentek. Najniższe koszty dotyczą osób w 0 stadium choroby i średnia wynosi 31 206 złote, natomiast w IV stadium choroby średnio wynoszą 101 060 złotych co oznacza że jest wyższy 3,24 raza od kosztu leczenia pacjentki zdiagnozowanej stadium 0. Warto zaznaczyć, że podtyp biologiczny ma również istotne znaczenie i w 4 stadium zachorowania iloczyn w kosztów leczenia pacjentek z rakiem luminalnym A (65 832 zł),

a nieluminalnym HER2+ (25 8778 zł) wynosi 3,93 (wykres 10).

Biorąc pod uwagę stadia zaawansowania choroby w podziale na podtypy biologiczne wyodrębnić można najdroższe grupy do których zaliczają się typ luminalny HER2+ oraz typ nieluminalny HER2+ w stadiach choroby III i IV. Koszty związane z leczeniem pacjentek z tej grupy wynoszą pomiędzy 137 639 zł a 258 778 zł. Podtypy biologiczne o najniższym koszcie leczenia to luminalny A i B.

**WYKRES 9.** ZESTAWIENIE KOSZTÓW W POSZCZEGÓLNYCH PODTYPACH ORAZ STOPNIACH ZAAWANSOWANIA RAKA PIERSI



Źródło: Obliczenia własne.



# 04

PODSUMOWANIE PROGRAMU  
PILOTAŻOWEGO W WOJEWÓDZTWIE  
DOLNOŚLĄSKIM

Wszystkich 15 (16 przed połączeniem DCO i Szpitala Pulmonologicznego) ośrodków onkologicznych w województwie dolnośląskim, które prowadziły opiekę nad co najmniej 100 pacjentami rocznie, zostało włączonych do programu pilotażowego. Po raz pierwszy stworzono sieć współpracy ośrodków onkologicznych w celu zapewnienia opieki onkologicznej dla mieszkańców województwa dolnośląskiego, co doprowadziło do poprawy dostępności (szczególnie w czasie pandemii COVID-19) i umożliwiło bieżące monitorowanie ścieżek pacjentów.

Przeprowadzenie programu pilotażowego pozwoliło na wskazanie ograniczeń w zakresie organizacji opieki onkologicznej oraz związanej z nią współpracy z MZ czy NFZ (w tym także sprawozdawczości, m.in. dotyczącej stopnia zaawansowania TNM), głównie w zakresie:

- » braku centralnych, wystandaryzowanych narzędzi do agregacji i zbierania danych, niezbędnych do wyliczenia mierników i wskaźników – konieczne było wytworzenie wewnętrznych zasad zbierania danych,
- » zbyt ogólnego sformułowania mierników i wskaźników na poziomie rozporządzenia MZ – spowodowało to konieczność samodzielnego opracowania przez WOK zasad ich wyliczania poprzez stworzenie

kart mierników (definicji każdego licznika i mianownika),

- » braku zasad tworzenia i przetwarzania danych statystyczno-klinicznych w systemach HIS (ang. *Hospital Information System*), które były niezbędne do wyliczenia mierników i wskaźników w KSO.

Z powodu powyżej wymienionych braków zaistniała konieczność wypracowania wspólnych zasad współpracy ze strony wszystkich ośrodków onkologicznych, w szczególności zarządzania przepływem pacjentów oraz raportowania danych do wspólnego systemu monitorowania jakości.

Stworzenie infolinii oraz poszerzenie zadań koordynatorów pozwoliło na bieżącą komunikację z pacjentami. Poprawa zakresu i wprowadzenie większej liczby koordynatorów, w tym szczególnie w unitach narządowych, pozwoliły na ocenę nowych modeli koordynacji, zarówno wewnątrz, jak i pomiędzy ośrodkami, co umożliwiło opracowanie nowych programów szkoleń i jest podstawą do dalszego budowania koordynacji w ramach województwa dolnośląskiego.

Jednym z kluczowych elementów poprawy jakości opieki było stworzenie standardów dokumentacji (obrazowej, histopatologicznej, konsyliów wielodyscyplinarnych), co doprowadziło do

zmniejszenia opóźnień w diagnostyce i leczeniu pacjentów poprzez zmniejszenie liczby powtórzeń badań diagnostycznych oraz poprawę organizacyjną opieki w ramach karty DiLO. Wykorzystanie doświadczeń z programu pilotażowego pozwoliło na wypracowanie standardu dotyczącego JGP-pato.

Wprowadzenie algorytmów postępowania ścieżki opieki onkologicznej wraz z monitorowaniem przepływu pacjentów w czasie rzeczywistym po raz pierwszy doprowadziło do monitorowania jakości ciągłości opieki (wraz z określeniem możliwości zbierania danych). Wprowadzono ścisły monitoring czasu diagnostyki wstępnej i pogłębionej, wraz z monitorowaniem dostępności i upływu czasu od zgłoszenia się pacjenta do badań molekularnych. Pozwala to na dalszy rozwój jakości w ramach ośrodków onkologicznych poprzez przeszkolenie kadry medycznej, określenie sposobu zbierania danych oraz ocenę ich kompletności.

Opracowano standard danych do oceny wskaźników, wraz z narzędziami cyfrowymi do ich monitorowania, które są podstawą do opracowania założeń eDiLO. Analizę wskaźników przeprowadzano osobno dla każdego ośrodka oraz porównywano je z wynikami dla wszystkich szpitali na danym poziomie referencyjności oraz na poziomie powiatów i województw.

Wszystkie dane były gromadzone w jednej hurtowni danych i poddawane bieżącej analizie w czasie 4 lat pilotażu. Celem analiz była przede wszystkim ocena obecnego poziomu wskaźników, identyfikacja różnic występujących na ścieżce pacjenta, w tym szczególnie wpływających na czas i zakres diagnostyki, w zależności od świadczeniodawcy, typu nowotworu i jego stopnia zaawansowania czy czynników socjoekonomicznych dot. pacjentów (zbieranych w ramach ankiety profilaktycznej).

Dodatkowo i niezależnie, doświadczenie z procesu łączenia wojewódzkich szpitali pokazało, jak ważne są: standaryzacja i gromadzenie danych jakościowych i ilościowych w ramach szpitali; potrzeba przyjęcia jednolitej definicji rozumienia procesu koordynacji diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjentów; ustawodawstwo europejskie i krajowe; prawo wykonawcze dla zarządzających szpitalami; bezpieczeństwo i administrowanie danymi osobowymi w ramach ośrodków uczestniczących w programie pilotażowym KSO w województwie dolnośląskim. Efekty zdrowotne wprowadzanych rozwiązań są przedmiotem długofalowych analiz i główna ocena efektów wprowadzanych zmian oparta jest na zmianach jakościowych organizacji i świadczeń procesów postępowania klinicznego, w tym szczególnie ciągłości i przepływu pacjentów.

# ZAŁĄCZNIK

## WYKAZ ŚWIADCZENIODAWCÓW WSPÓŁPRACUJĄCYCH W RAMACH PILOTAŻU KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM<sup>20</sup>

- 1. Ośrodek koordynujący (poziom III): WOK – Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, od 2022 Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii**
- 2. Ośrodki współpracujące II poziomu:**
  - a. Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu<sup>21</sup>,
  - b. Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu,
  - c. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu,
  - d. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu,
  - e. Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze,
  - f. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy,
  - g. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu,
  - h. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy,
  - i. Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu.
- 3. Ośrodki współpracujące I poziomu:**
  - a. Izerskie Centrum Pulmonologii i Chemioterapii „Izer-Med” Sp. z o.o. w Szklarskiej Porębie,
  - b. „Miedziowe Centrum Zdrowia” S.A. w Lubinie,
  - c. Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II S.A. w Polanicy-Zdroju,
  - d. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu,
  - e. Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie,
  - f. Szpital św. Antoniego w Ząbkowicach Śląskich ul. Pilczycka 144-148, Wrocław.

<sup>20</sup> W trakcie trwania Pilotażu zmiany zachodziły zarówno w liczbie ośrodków, jak również w poziomach referencyjności. Pierwotnie w Pilotażu uczestniczyło 5 Ośrodków I poziomu oraz 7 II poziomu. (Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. (poz. 2423). Rozporządzenie zmieniające przesunęło dwa Ośrodki - ze Świdnicy oraz ze Zgorzelca - z I poziomu na II poziom referencyjności; jednocześnie do Ośrodków I poziomu dołączyły inne Ośrodki.

<sup>21</sup> Z dniem 30.12.2021 r. Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc zostało połączone z Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu



