



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



RAPORT KOŃCOWY

**PODSUMOWANIE PRAC KOMITETU STERUJĄCEGO
ORAZ REALIZACJI PROGRAMU PILOTAŻOWEGO
OPIEKI NAD ŚWIADCZENIOBIORCĄ W RAMACH
SIECI ONKOLOGICZNEJ**

WARSZAWA, wrzesień 2022 r.

Spis treści

Wstęp.....	7
Komitet sterujący do spraw monitorowania programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej.....	7
Podstawa działania	7
Skład	7
Zadania Komitetu i jego działalność	9
Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej.....	10
Cel.....	10
Podstawa prawna.....	11
Termin realizacji pilotażu	11
Ośrodki realizujące pilotaż.....	11
Założenia i zasady realizacji pilotażu.....	14
Rozszerzenie pilotażu i jego modyfikacja	19
Realizacja pilotażu.....	23
Mierniki i wskaźniki w pilotażu sieci onkologicznej	24
Wypracowane w ramach pilotażu rozwiązania w zakresie organizacji i standaryzacji procesów.....	37
Wpływ pandemii na organizację i realizację pilotażu	38
Analiza / ekspertyza z przeprowadzonego badania satysfakcji pacjentów oraz podsumowanie z badania satysfakcji pacjentów.....	46
Zakres przedmiotowy	46
Podsumowanie z badania satysfakcji pacjentów	46
Analiza programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej w obszarze oceny spójności danych gromadzonych w ramach programu.....	48
Weryfikacja spójności danych.....	49
Cel analizy	49
Źródła danych.....	50

Platforma OncoReports.....	51
Charakterystyka przekazanych danych (OncoReports).....	52
Słowniczek terminów.....	54
Woj. dolnośląskie – weryfikacja podstawowych danych dotyczących pacjentów	54
Weryfikacja danych z platformy OncoReports.....	54
Weryfikacja z uwzględnieniem danych NFZ.....	57
Woj. dolnośląskie – weryfikacja danych dotyczących TNM.....	59
Weryfikacja w obrębie danych z platformy OncoReports	59
Weryfikacja z uwzględnieniem danych NFZ.....	60
Zmiana w czasie – porównanie wyników analiz dla okresu 2019 i 2020-2021	63
Województwo świętokrzyskie – weryfikacja podstawowych danych dotyczących pacjentów	67
Weryfikacja danych z platformy OncoReports.....	67
Weryfikacja z uwzględnieniem danych NFZ.....	70
Woj. świętokrzyskie – weryfikacja danych dotyczących TNM	73
Weryfikacja w obrębie danych z platformy OncoReports	73
Weryfikacja z uwzględnieniem danych NFZ.....	73
Ograniczenia w organizacji i realizacji programu pilotażowego na przykładzie analizy porównawczej wyników analiz dla okresu 2019 i 2020-2021	81
Podsumowanie wyników i rekomendacje.....	81
Województwo podlaskie.....	88
Białostockie Centrum Onkologii	88
Weryfikacja podstawowych danych dotyczących pacjentów	89
Weryfikacja danych dotyczących TNM.....	93
USK w Białymstoku.....	94
Weryfikacja podstawowych danych dotyczących pacjentów	95
Weryfikacja danych dotyczących TNM.....	98
Województwo pomorskie	100

Weryfikacja podstawowych danych dotyczących pacjentów	100
Weryfikacja danych dotyczących TNM.....	103
Analiza ścieżek pacjenta dla wybranych nowotworów złośliwych objętych programem pilotażowym.....	105
Nowotwór jelita grubego C18-C19 i C20.....	107
Województwo dolnośląskie – świadczenia dla C18-C19 bez zabiegu.....	108
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	108
Diagnostyka onkologiczna	113
Województwo dolnośląskie – świadczenia dla C18-C19 z zabiegiem	116
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	117
Diagnostyka onkologiczna	122
Województwo dolnośląskie – świadczenia dla C20 bez zabiegu	126
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	126
Diagnostyka onkologiczna	131
Województwo dolnośląskie – świadczenia dla C20 z zabiegiem.....	135
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	135
Diagnostyka onkologiczna	140
Województwo świętokrzyskie – świadczenia dla C18-C20	144
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	144
Diagnostyka onkologiczna	148
Wielkopolskie Centrum Onkologii – świadczenia dla C18-C20.....	150
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	150
Diagnostyka onkologiczna	155
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej	155
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	156
Diagnostyka onkologiczna	160
Województwo dolnośląskie w latach 2017-2018.....	160
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	161

Diagnostyka onkologiczna	166
Województwo świętokrzyskie w latach 2017-2018	166
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	167
Diagnostyka onkologiczna	171
Porównanie	171
Nowotwór płuca C34	174
Województwo dolnośląskie.....	174
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	175
Diagnostyka onkologiczna	180
Województwo świętokrzyskie	184
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	185
Diagnostyka onkologiczna	189
Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii.....	191
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	192
Diagnostyka onkologiczna	196
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	196
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	197
Diagnostyka onkologiczna	200
Województwo dolnośląskie w latach 2017-2018	201
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	201
Diagnostyka onkologiczna	206
Województwo świętokrzyskie w latach 2017-2018	206
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	207
Diagnostyka onkologiczna	211
Porównanie	212
Nowotwór piersi C-50.....	213
Województwo dolnośląskie.....	213
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	214

Diagnostyka onkologiczna	223
Województwo świętokrzyskie	232
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	232
Diagnostyka onkologiczna	238
Wielkopolskie Centrum Onkologii	239
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	240
Diagnostyka onkologiczna	248
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej	248
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	249
Diagnostyka onkologiczna	256
Województwo dolnośląskie w latach 2017-2018	256
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	257
Diagnostyka onkologiczna	265
Wojewódzkie świętokrzyskie w latach 2017-2018	265
Powtarzalność procedur diagnostycznych.....	266
Diagnostyka onkologiczna	273
Porównanie	273
Podsumowanie ścieżek pacjenta.....	275
Rekomendacje systemowe.....	277

Wstęp

Komitet sterujący do spraw monitorowania programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej

Komitet Sterujący jest organem pomocniczym ministra właściwego do spraw zdrowia. Został powołany w celu monitorowania i nadzoru nad przebiegiem programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej.

Podstawa działania

ZARZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 lutego 2020 r. w sprawie powołania Komitetu Sterującego do spraw monitorowania programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. Urz. Min Zdrow. z 2020 r. poz. 13 i 20, z 2021 r. poz. 70, z 2022 r., poz. 27, 68 i 82)

Działalność Komitetu została włączona do projektu realizowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój pn. „Wsparcie procesu poprawy jakości w leczeniu onkologicznym oraz zmiana organizacji systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii”, nr POWR.05.02.00-00-0005/19. Końcowym efektem prac Komitetu jest przygotowanie raportu końcowego z prac Komitetu oraz z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej zawierającego wnioski z oceny pilotażu i zebrane know-how niezbędne do wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej.

Skład

- Przewodniczący Komitetu – Pani Agnieszka Beniuk-Patoła – Zastępca Dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia;
- Członkowie Komitetu:
- Pani Anna Andrzejczak – przedstawiciel Rady Dialogu Społecznego,
- Pani Aleksandra Rudnicka – przedstawiciel pacjentów,
- Pan Szymon Chrostowski – przedstawiciel pacjentów,
- Pan Lucjan Wyrwicz – przedstawiciel Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego,
- Pan Maciej Karaszewski – przedstawiciel centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,

- Pani Daria Kocowska – przedstawiciel Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Pani Anna Zielińska – przedstawiciel Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Pan Daniel Skrzypiec – przedstawiciel Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- Pan Adam Maciejczyk – przedstawiciel Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Onkologicznego,
- Pan Stanisław Gózdź – przedstawiciel Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach,
- Pan Tomasz Stefaniak – przedstawiciel Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku,
- Pan Sebastian Kuźmich – przedstawiciel Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku,
- Pani Aneta Lulewicz-Kalicka – przedstawiciel Białostockiego Centrum Onkologii w Białymstoku,
- Pan Rafał Stec – przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych,
- Pan Bartłomiej Trzmiel, Pan Grzegorz Krupa, Pani Dagmara Kopińska – przedstawiciele Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia.

Poszczególne części raportu zostały opracowane przez członków Komitetu pracujących w niżej wskazanych Zespołach problemowych:

Zespół nr 1 – Analiza programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej w dwóch aspektach: w zakresie spójności danych gromadzonych w ramach programu i w zakresie ścieżek diagnostycznych i terapeutycznych w wybranych nowotworach objętych pilotażem

Przewodniczący – Pan Bartłomiej Trzmiel

Członkowie: Pan Grzegorz Krupa, Pani Dagmara Kopińska, Pani Anna Zielińska, Pani Anna Andrzejczak, Pani Aleksandra Rudnicka, Pani Aneta Lulewicz- Kalicka, Pan Adam Maciejczyk, Pan Stanisław Gózdź, Pan Sebastian Kuźmich, Pani Daria Kocowska, Pan Szymon Chrostowski

Zespół nr 2 – Analiza mierników oceny opieki onkologicznej i wskaźników realizacji pilotażu:

Przewodniczący – Pan Maciej Karaszewski

Członkowie – Pan Adam Maciejczyk, Pan Stanisław Gózdź, Pan Tomasz Stefaniak, Pan Rafał Stec

Zespół nr 3 – Przygotowanie oceny ścieżek pacjenta z baz danych względem referencyjnych przygotowanych przez AOTMiT

Przewodniczący – Pan Daniel Skrzypiec

Członkowie: Pan Adam Maciejczyk, Pan Stanisław Gózdź, Pan Lucja Wyrwicz, Pan Rafał Stec.
Z uwagi na długotrwałą nieobecność przewodniczącego Zespołu nr 3, częściowa analiza dot. ścieżek pacjenta została włączona w opracowanie Zespołu nr 1.

Zadania Komitetu i jego działalność

1. Monitorowanie i nadzór nad przebiegiem programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, w tym nadzór nad badaniem satysfakcji pacjentów z zakresu opieki onkologicznej sprawowanej w ramach sieci onkologicznej;
2. Analiza przygotowanych przez ekspertów zewnętrznych analiz, ekspertyz lub audytów z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej;
3. Przygotowanie raportu końcowego z prac Komitetu oraz z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, zawierającego wnioski z oceny pilotażu;
4. Zebranie know-how niezbędnego do wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej;
5. Podsumowanie badania satysfakcji pacjenta z zakresu opieki onkologicznej sprawowanej w ramach sieci onkologicznej, ze zwróceniem szczególnej uwagi na stosunek personelu medycznego do pacjenta, warunki socjalno-bytowe pacjenta, podmiotowe traktowanie pacjenta w podejmowaniu świadomych decyzji terapeutycznych oraz przestrzeganie praw pacjenta.

Komitet Sterujący został zobowiązany do przedstawienia Ministrowi Zdrowia raportu końcowego z prac Komitetu oraz z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, zawierającego wnioski z analizy pilotażu ostatecznie do dnia 30 września 2022 r.

Celem niniejszego raportu Komitetu Sterującego jest próba analizy zdarzeń i zjawisk, zaobserwowanych w związku z wdrożeniem pilotażu sieci onkologicznej, opartej na

doświadczeniach zarówno podmiotów uczestniczących w pilotażu jak i płatnika. Okres wdrażania pilotażu poddany analizie został zdefiniowany od 1.02.2019 r. do 31.12.2021 r.

Komitet zakończy swoją działalność z dniem 31 grudnia 2022 r.

Odbyło się 11 posiedzeń Komitetu Sterującego w dniach: 17.06.2020 r., 10.07.2020 r., 17.09.2020 r., 19.10.2020 r., 21.01.2021 r., 26.04.2021 r., 27.10.2021 r., 14.12.2021 r., 18.02.2022 r., 13.07.2022 r., 22.09.2022 r.

Na posiedzeniach Komitet Sterujący omawiał:

- wyniki realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej w poszczególnych województwach,
- problemy występujące w pilotażu, w tym związane z pandemią SAR-CoV-2,
- kwestie dotyczące biobankowania w ramach pilotażu sieci onkologicznej,
- monitorowanie satysfakcji pacjentów w pilotażu sieci onkologicznej,
- podsumowanie z przeprowadzonego badania satysfakcji pacjentów przygotowane przez EU-CONSULT sp. z o.o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia,
- przygotowanie zakresu informacyjnego niezbędnego do raportu podsumowującego pilotaż,
- podsumowanie całościowych działań Komitetu Sterującego w zakresie monitorowania programu pilotażowego.

Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej

Cel

Pilotaż stanowi narzędzie, którego celem jest przetestowanie rozwiązań w zakresie zmian w opiece onkologicznej, a mechanizmy zaproponowane w tym programie nakierowane są na zapewnienie skoordynowanej opieki onkologicznej i jej monitorowanie. Wnioski płynące z pilotażu będą stanowić podstawę decyzji o kształcie Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), zasadach jej funkcjonowania, sposobie finansowania. Nadrzędnym celem jest wdrożenie KSO w formule najbardziej optymalnej, tak aby uzyskać poprawę bezpieczeństwa i jakości diagnostyki i leczenia onkologicznego, wzrost satysfakcji pacjenta oraz optymalizację kosztową opieki onkologicznej. Zgodnie z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej podmiotem

obowiązany do wdrażania, finansowania, monitorowania i ewaluacji pilotażu jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podstawa prawna

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.)

Pilotaż sieci onkologicznej rozpoczął się w lutym 2019 roku w województwie dolnośląskim i świętokrzyskim. Następnie na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1902), rozszerzono pilotaż o dwa kolejne województwa – podlaskie i pomorskie.

Aktualnie program pilotażowy prowadzony jest na terenie czterech województw:

- dolnośląskiego,
- świętokrzyskiego,
- pomorskiego,
- podlaskiego.

Termin realizacji pilotażu

Początkowo pilotaż miał zakończyć się z dniem 31 grudnia 2021 r., jednak na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej* (Dz. U. poz. 2412), czas trwania pilotażu został wydłużony do dnia 31 grudnia 2022 r.

Ośrodki realizujące pilotaż

Struktura ośrodków realizujących program pilotażowy obejmuje:

1. Wojewódzkie ośrodki koordynujące (WOK):
 - Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu – w województwie dolnośląskim,
 - Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach – w województwie świętokrzyskim,
 - Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – w województwie podlaskim,
 - Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku – w województwie pomorskim.

2. Współpracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny (WUOK) – jedynie na terenie województwa podlaskiego w zakresie leczenia raka płuca:
 - Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.
3. Ośrodki współpracujące I oraz II poziomu – zawierają z WOK-ami porozumienie o współpracy dotyczące sprawowania koordynowanej opieki onkologicznej w ramach pilotażu, w tym wzajemnego przepływu danych.

Tabela 1 Wykaz ośrodków wskazanych do udziału w pilotażu sieci onkologicznej – załącznik nr 1 do rozporządzenia

Lp.	NAZWA OŚRODKA
WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE	
Wojewódzki ośrodek koordynujący	
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu ¹	
I Ośrodki współpracujące I poziomu	
1.	Izerskie Centrum Pulmonologii i Chemioterapii „Izer-Med” Sp. z o. o. w Szklarskiej Porębie
2.	„Miedziowe Centrum Zdrowia” S.A. w Lubinie
3.	Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II S.A. w Polanicy-Zdroju
4.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu
5.	Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie
6.	Szpital Św. Antoniego w Ząbkowicach Śląskich ul. Pilczycka 144-148, Wrocław
II Ośrodki współpracujące II poziomu	
1.	Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu ²
2.	Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu
3.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu
4.	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu
5.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
7.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

¹ Z dniem 31.12.2021 r. połączono samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej: Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu z Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, nazwa nowego połączonego szpitala - Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii.

² Z dniem 31.12.2021 r. połączono samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej: Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu z Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, nazwa nowego połączonego szpitala - Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii.

8.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy
9.	Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu
WOJEWÓDZTWO PODLASKIE	
Wojewódzki ośrodek koordynujący	
Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	
I Współpracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny w zakresie raka płuca	
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	
II Ośrodki współpracujące I poziomu	
1.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
2.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku
3.	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży
III Ośrodki współpracujące II poziomu	
1.	Szpital Wojewódzki im. Dr Ludwika Rydygiera w Suwałkach
WOJEWÓDZTWO POMORSKIE	
Wojewódzki ośrodek koordynujący	
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	
I Ośrodki współpracujące I poziomu	
1.	Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach
2.	Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Starogardzie Gdańskim
II Ośrodki współpracujące II poziomu	
1.	COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku
2.	Szpital Pomorskie Sp. z o.o w Gdyni
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.
4.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o.
5.	Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o.
WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE	

Wojewódzki ośrodek koordynujący	
Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	
I Ośrodki współpracujące I poziomu	
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze*
2.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich
3.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie
4.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach
II Ośrodki współpracujące II poziomu	
1.	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach

* - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze odmówił wejścia do pilotażu KSO i nie realizuje zadań opisanych w rozporządzeniu MZ

Założenia i zasady realizacji pilotażu

Rozwiązania organizacyjne zaproponowane w programie pilotażowym przygotowane zostały w oparciu o założenia dokumentu pt. „Koncepcja Organizacji i Funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej”, opracowanego przez zespół ekspercki powołany zarządzeniem 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. Zdrow. poz. 18). W ramach pilotażu testowane i oceniane są zasadność oraz skuteczność funkcjonowania modelu opartego na sieci ośrodków onkologicznych, zwanego dalej „siecią onkologiczną”.

W 2019 r. odnotowano 171,2 tys. zachorowań na nowotwory złośliwe (85 559 u mężczyzn i 85 659 u kobiet). Liczba zachorowań w 2020 r. została oszacowana na 182,5 tys. (91,3 tys. mężczyzn i 91,3 tys. kobiet). Według prognozy Krajowego Rejestru Nowotworów w kolejnych latach nastąpi dalszy wzrost zachorowań.

Porównanie wartości wskaźników zachorowalności na nowotwory złośliwe i umieralności z ich powodu, w Polsce oraz UE wskazuje, że skuteczność leczenia onkologicznego w naszym kraju jest gorsza niż w większości pozostałych krajów. Wartość wskaźnika zachorowalności jest bowiem niższa, w porównaniu do średniej dla krajów Unii Europejskiej o około 15%, lecz wartość wskaźnika umieralności jest około 18% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej. Zjawisko to potwierdzają wartości wskaźników skuteczności leczenia, na przykład 5-letnich przeżyć pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową. Analiza wartości tych wskaźników

wskazuje, że w Polsce pacjenci onkologiczni otrzymują gorsze wsparcie ze strony systemu ochrony zdrowia niż w większości krajów europejskich (wyniki badania Concorde2).

Jak wskazują wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli³, przyczyną niezadowolających wyników leczenia nowotworów w naszym kraju jest m.in. zła organizacja systemu ochrony zdrowia, jego ograniczone zasoby, w szczególności kadrowe oraz relatywnie niewielkie nakłady w porównaniu do innych krajów UE. Cechą systemu leczenia onkologicznego jest rozproszenie podmiotów udzielających świadczeń oraz brak specjalizacji w leczeniu określonych typów nowotworów. Czynniki te negatywnie wpływają na skuteczność leczenia, co obrazują m.in. wskaźniki zgonów pooperacyjnych. Ich wartości są odwrotnie proporcjonalne do liczby wykonywanych zabiegów, co oznacza zwiększoną śmiertelność pooperacyjną pacjentów w podmiotach, które nie miały dużego doświadczenia w wykonywaniu takich zabiegów.

Co więcej, połowa podmiotów wykonujących takie zabiegi nie może wykonać śródoperacyjnego badania patomorfologicznego, gdyż nie dysponuje stosownym zapleczem lub nie ma zapewnionego ciągłego dostępu do lekarza specjalisty w tej dziedzinie. Jeden patomorfolog przypada bowiem na cztery podmioty lecznicze w lecznictwie zamkniętym i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej udzielające świadczeń w ramach leczenia onkologicznego. Analizy wskazują na dodatnią korelację pomiędzy nakładami na leczenie onkologiczne a wskaźnikami skuteczności leczenia. Kraje o większych wydatkach na ochronę zdrowia per capita, odnotowują zwykle wyższe wartości wskaźnika przeżyć 5-letnich.

Strukturę sieci tworzą: Wojewódzki Ośrodek Koordynujący (zwany dalej WOK) oraz Ośrodki Współpracujące I i II poziomu, których zadaniem jest zapewnienie świadczeniobiorcy kompleksowej i skoordynowanej opieki onkologicznej w pięciu wybranych typach nowotworów złośliwych – nowotworze jelita grubego, płuca, piersi, jajnika i gruczołu krokowego (kody jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10: ICD-10: C18-C20, C34, C50, C56, C61, D05 i C78.0). Dobór nowotworów do pilotażu nie jest przypadkowy. Pilotażem objęto nowotwory złośliwe o największej częstości zachorowań i zgonów w Polsce, a zgodnie z treścią rozporządzenia, pilotażem mogą zostać objęci świadczeniobiorcy, u których w okresie realizacji pilotażu rozpoznano ww. nowotwór złośliwy

Pilotaż na początku realizowany był na terenie województw dolnośląskiego i świętokrzyskiego i zgodnie z pierwotnym brzmieniem rozporządzenia miał trwać 18 miesięcy od dnia następującego po dniu podpisania, przez podmioty lecznicze uczestniczące w pilotażu, aneksu do umowy z Funduszem w zakresie realizacji pilotażu. Za wyborem województw dolnośląskiego

³ Raport Najwyższej Izby Kontroli „Dostępność i efekty leczenia nowotworów” 2018 r.

i świętokrzyskiego przemawiały zróżnicowana liczba i rozmieszczenie ludności oraz struktura świadczeniodawców i zapadalność na poszczególne typy nowotworów. Przyjęto, że półtoraroczny okres realizacji pilotażu odpowiadać będzie minimalnemu czasowi potrzebnemu do przeanalizowania ścieżki pacjenta onkologicznego od momentu rozpoznania nowotworu złośliwego do zakończenia terapii. Pomocne w tym zakresie miały być mierzalne kryteria (mierniki), które miały dać możliwość obiektywnej oceny realizacji zamierzonych celów.

W 2019 r. pilotaż rozszerzono na 2 kolejne województwa – podlaskie i pomorskie, a w 2020 r. rozporządzeniem z dnia 24 sierpnia 2020 r. pilotaż wydłużono do 31 grudnia 2021 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1433), natomiast w 2021 r. rozporządzeniem z dnia 27 grudnia 2021 r. - wydłużono ostatecznie do 31 grudnia 2022 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 2412).

Zadaniem wojewódzkiego ośrodka koordynującego jest w szczególności ustalanie zasad koordynacji opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą, organizowanie wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, w tym również w ośrodku I stopnia, i ustalanie planów leczenia onkologicznego. Wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne mogą odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych. Koordynacja może odbywać się we współpracy z ośrodkiem II poziomu. Dotyczyć to może w szczególności sytuacji, kiedy ośrodek koordynujący nie posiada wystarczającego doświadczenia i ośrodek II poziomu będzie go wspierał w tym zakresie. Dodatkowo ośrodek zapewnia ośrodkom współpracującym możliwość skorzystania z porad i konsultacji w przypadkach trudnych klinicznie, w tym z wykorzystaniem rozwiązań telemedycznych, oraz dokonuje bieżącej i okresowej oceny planów leczenia, realizowanych przez te ośrodki.

Ośrodki współpracujące z wojewódzkim ośrodkiem koordynującym podzielone zostały na dwa poziomy. Rolę tych ośrodków pełnią świadczeniodawcy zapewniający udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w co najmniej jednym (w przypadku I poziomu współpracy) lub dwóch (w przypadku II poziomu współpracy) zakresach kluczowych z punktu widzenia onkologii, tj. leczenia zabiegowego, chemioterapii i radioterapii onkologicznej.

Realizatorzy pilotażu zostali wyłonieni w oparciu o kryterium strukturalne (tj. konieczność posiadania określonych grup komórek organizacyjnych, kluczowych z punktu widzenia leczenia zabiegowego, chemioterapii i radioterapii onkologicznej, potwierdzona wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) i jakościowe (tj. konieczność realizacji określonej liczby świadczeń chemioterapii lub dużych, bardzo dużych

i kompleksowych zabiegów w rozpoznaniach objętych pilotażem, w grupach JGP⁴: D01, D02, F31A, F31B, J01, J02, L31, M11, M12, M20, M21). W obliczeniach posłużono się średnią liczbą wykonanych zabiegów oraz średnią liczbą pacjentów poddanych chemioterapii z okresu ostatnich dwóch lat poprzedzających rozpoczęcie pilotażu (lata 2016-2017). Przyjęto, iż sieć onkologiczną powinno tworzyć co najmniej 4 świadczeniodawców.

Podstawą zakwalifikowania świadczeniodawcy do I poziomu była realizacja świadczeń zabiegowych na poziomie powyżej 100 albo chemioterapii na poziomie powyżej 120 pacjentów oraz posiadanie w strukturze organizacyjnej co najmniej jednej z następujących grup komórek organizacyjnych, potwierdzonych wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – część VIII kodu resortowego:

1. oddział o specjalności zabiegowej: 4500 Oddział chirurgii ogólnej lub 4540 Oddział chirurgii onkologicznej lub 4460 Oddział ginekologii onkologicznej lub 4452 Oddział ginekologii lub 4450 Oddział położniczo-ginekologiczny lub 4640 Oddział urologiczny lub 4520 Oddział chirurgii klatki piersiowej lub
2. 4240 Oddział onkologiczny lub 4242 Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii lub
3. 4244 Oddział radioterapii.

Podstawą zakwalifikowania świadczeniodawcy do II poziomu była realizacja świadczeń zabiegowych na poziomie powyżej 100 oraz chemioterapii na poziomie powyżej 120 pacjentów (kryterium łączne) i posiadanie w strukturze organizacyjnej co najmniej dwóch z następujących grup komórek organizacyjnych, potwierdzonych wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – część VIII kodu resortowego:

1. oddział o specjalności zabiegowej: 4500 Oddział chirurgii ogólnej lub 4540 Oddział chirurgii onkologicznej lub 4460 Oddział ginekologii onkologicznej lub 4452 Oddział ginekologii lub 4450 Oddział położniczo-ginekologiczny lub 4640 Oddział urologiczny lub 4520 Oddział chirurgii klatki piersiowej;
2. 4240 Oddział onkologiczny lub 4242 Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii;
3. 4244 Oddział radioterapii.

Za przyjęciem kryterium jakościowego w procesie wyboru realizatorów pilotażu przemawiało dość duże rozproszenie świadczeniodawców, którzy w ramach umowy z płatnikiem publicznym wykonywali nieznaczne liczby (poniżej 20) bardzo dużych i kompleksowych zabiegów operacyjnych w skali roku. Tymczasem istnieją dowody na to, że w przypadku złożonych

⁴ Grupa JGP to jedna z wielu kategorii hospitalizacji wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu Jednorodnych Grup Pacjentów, posiadająca kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami, określona w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

procedur onkologicznych, większe doświadczenie ośrodka zmniejsza ryzyko powikłań, skraca czas pobytu pacjenta w szpitalu i istotnie zwiększa szanse przeżycia. Badania pokazują również, że wraz ze wzrostem liczby operowanych pacjentów poprawie ulegają wyniki leczenia⁵.

Warunkiem koniecznym funkcjonowania sieci ośrodków onkologicznych na terenie danego województwa było porozumienie o współpracy, zawarte przez wojewódzki ośrodek koordynujący z ośrodkami współpracującymi I i II poziomu, w którym określone zostały szczegółowe zasady koordynacji opieki nad świadczeniobiorcami objętymi pilotażem.

Kryterium warunkującym objęcie pilotażem było posiadanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Ponadto w ramach sieci onkologicznej świadczenioborca ma możliwość skorzystania z infolinii onkologicznej, prowadzonej przez ośrodek koordynujący, w ramach której udzielany jest pełen zakres informacji o organizacji opieki, w tym możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej oraz telefonicznego i elektronicznego umawiania pierwszej wizyty w ośrodkach na poszczególnych poziomach leczenia onkologicznego.

Świadczenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego w ramach pilotażu udzielane są na warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ważnym elementem pilotażu jest gromadzenie i analiza danych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej oraz ocena satysfakcji świadczeniobiorców w oparciu o ankiety (formularze ankiet zostały wspólnie wypracowane przez wojewódzkie ośrodki koordynujące z województw objętych pilotażem, przy udziale organizacji pacjentów).

Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach pilotażu odbywało się na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, zawartych w ramach leczenia onkologicznego ze świadczeniodawcami w zakresie leczenia szpitalnego na obowiązujących w tych umowach warunkach, z wykorzystaniem współczynników korygujących.

⁵ Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej. Dokument Zespołu Ministra Zdrowia ds. opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii. Warszawa, 2018 r.

Zaproponowano zróżnicowanie wskaźników dla ośrodków koordynujących. Uzasadniał to fakt zróżnicowania struktury sieci onkologicznej, w szczególności znacząco większa liczba ośrodków I i II poziomu w woj. dolnośląskim, zakres zadań i odpowiedzialność.

Rozszerzenie pilotażu i jego modyfikacja

W 2019 r. rozszerzono program pilotażowy na dodatkowe dwa województwa (podlaskie i pomorskie). Zmiana rozporządzenia stanowiła kolejny etap realizacji pilotażu.

Na terenie kolejnych województw objętych pilotażem utworzona została sieć onkologiczna, w skład której weszły wojewódzki ośrodek koordynujący wraz z ośrodkami współpracującymi I i II poziomu oraz współpracującym uniwersyteckim ośrodkiem klinicznym na terenie województwa podlaskiego, współdziałającymi ze sobą w zakresie opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą objętym pilotażem.

Za wyborem województw podlaskiego i pomorskiego przemawiały zróżnicowana liczba i rozmieszczenie ludności oraz struktura świadczeniodawców i zapadalność na poszczególne typy nowotworów.

Wojewódzki ośrodek koordynujący to podmiot leczniczy o największym w danym województwie potencjale w zakresie personelu medycznego oraz sprzętu i aparatury medycznej, wyspecjalizowany w opiece onkologicznej nad świadczeniobiorcą, dysponujący możliwością kompleksowego leczenia onkologicznego i koordynujący opiekę onkologiczną w ramach sieci onkologicznej.

Na terenie województwa podlaskiego Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku otrzymał rolę współpracującego uniwersyteckiego ośrodka klinicznego. Przez współpracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny (WUOK), należy rozumieć podmiot leczniczy utworzony przez uczelnię medyczną, prowadzący badania naukowe w zakresie onkologii, zapewniający udzielanie świadczeń w co najmniej dwóch z trzech zakresów: leczenie zabiegowe, chemioterapia, radioterapia onkologiczna, realizujący opiekę onkologiczną i plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy oraz współpracujący z ośrodkiem koordynującym oraz ośrodkiem współpracującym I i II poziomu.

WUOK – na terenie województwa podlaskiego obowiązany jest koordynować i prowadzić biobankowanie materiału biologicznego pobranego zarówno od pacjentów pochodzących z wojewódzkiego ośrodka koordynującego, zwanego dalej „WOK”, WUOK, jak i ośrodków współpracujących I i II poziomu oraz badania naukowe w zakresie terapii personalizowanej, badań genomowych i innych poprawiających analizowane wskaźniki leczenia pacjentów. WOK oraz ośrodki współpracujące I i II poziomu obowiązane są do współpracy z WUOK zarówno

w zakresie biobankowania, jak i prowadzenia wyżej wymienionych badań naukowych. Cały proces pobierania materiału biologicznego realizowany w innej jednostce niż współpracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny, finansowany jest przez współpracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny na podstawie podpisanego szczegółowego porozumienia o współpracy pomiędzy współpracującym uniwersyteckim ośrodkiem klinicznym a pozostałymi ośrodkami uczestniczącymi w pilotażu na terenie województwa, w którym funkcjonuje współpracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny.

W zakresie raka płuca WUOK zobowiązany jest do organizowania w porozumieniu z ośrodkiem koordynującym (Białostockim Centrum Onkologii) wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych dla świadczeniobiorców objętych pilotażem, w tym wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych w miejscu udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę I i II poziomu, które ustalają plan leczenia onkologicznego. W ww. obszarach zapewnia ośrodkom współpracującym I i II poziomu możliwość skorzystania z porad i konsultacji w przypadkach trudnych klinicznie (to określenie jest stosowane w medycynie onkologicznej i oznacza przypadek wymagający konsultacji lekarza prowadzącego z bardziej doświadczonym specjalistą), w tym z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych. Ponadto dokonuje bieżącej i okresowej oceny w zakresie raka płuca realizacji planów leczenia onkologicznego przez ośrodki współpracujące I i II poziomu, organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych przez ośrodki współpracujące II poziomu, gromadzi dane o świadczeniach opieki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nowotworów złośliwych, udzielonych świadczeniobiorcom objętym pilotażem i dokonuje ich analizy, a także sporządza i przekazuje do WOK sprawozdania okresowe i sprawozdanie końcowe ze swojej działalności, organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych pilotażem oraz sporządza i przekazuje do WOK sprawozdania okresowe dotyczące organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych.

Wprowadzono również rozwiązania, wynikające z dotychczasowej realizacji pilotażu, mające na celu usprawnienie realizacji programu.

Uregulowano kwestię przekazywania ośrodkom danych przez Fundusz, niezbędnych do przeprowadzenia i analizy pilotażu, przez wprowadzenie możliwości udostępnienia wskazanych we wniosku danych, pochodzących z raportów statystycznych lub z systemu Rejestru Usług Medycznych Funduszu na pisemny wniosek wojewódzkiego ośrodka koordynującego w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia i analizy pilotażu.

Z uwagi na fakt, iż ośrodki współpracujące zawierały z WOK porozumienie o współpracy w zakresie sprawowania koordynowanej opieki onkologicznej w ramach pilotażu, w tym wzajemnego przepływu danych, wprowadzono obowiązek opracowania przez WOK wzorów jednolitych dokumentów, które są stosowane przez wszystkie podmioty biorące udział w pilotażu, co miało pozwolić na sprawne przekazywanie danych w jednolitym formacie, a w konsekwencji miarodajną i efektywną ocenę pilotażu w poszczególnych województwach.

Wprowadzono zmiany w dotychczasowych miernikach oceny sieci onkologicznej dotyczące mediany czasu, który upłynął od dnia zarejestrowania świadczeniobiorcy na badania diagnostyczne (obrazowe lub patomorfologiczne) do dnia uzyskania wyniku tego badania. Sformułowanie w pierwotnym brzmieniu tj. „mediana czasu, który upłynął od dnia wystawienia świadczeniobiorcy skierowania na badanie diagnostyczne (obrazowe lub patomorfologiczne) do dnia uzyskania wyniku tego badania” sztucznie wydłużał czas oczekiwania pacjenta na badanie, ponieważ sam fakt wydania skierowania nie jest równoznaczny z chwilą jego zarejestrowania i uwzględnia czas „odwlekania” zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem do ośrodka celem umówienia badania diagnostycznego - na co ośrodki realizujące pilotaż nie mają wpływu.

W związku z miernikiem nr 14, tj. „Odsetek badań diagnostycznych powtórzonych w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa, endoskopia, biopsja, ocena patomorfologiczna, ocena molekularna), wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania”, wprowadzono zmianę polegającą na utworzeniu nowego miernika wyliczającego odsetek badań wymagających ponownego opisu lub ponownej weryfikacji materiału. Brzmienie nowego miernika: „Odsetek badań diagnostycznych wymagających ponownego opisu bądź ponownej weryfikacji materiału w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa, endoskopia, biopsja, ocena patomorfologiczna, ocena molekularna), wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania” miało pozwolić na określenie trafności postawionych rozpoznań onkologicznych na podstawie uzyskanych wyników badań.

Do wykazu nowotworów dodano rozpoznanie:

- D05 (rak in situ sutka)
- C78.0 (wtórny nowotwór złośliwy płuca).

Objęcie pacjentek z rozpoznaniem D05 miało umożliwić zbieranie danych i wyliczenie mierników dla tej grupy chorych. Natomiast celem włączenia do pilotażu wtórnego nowotworu raka płuca było zmniejszenie problemów w dostępie do leczenia onkologicznego także tej

grupy chorych. Należy podkreślić, że mimo, iż histologicznie jest to przerzut z innego nowotworu pierwotnego w wielu przypadkach diagnostyka, a przede wszystkim leczenie zmian przerzutowych w płucach wymagają odrębnego postępowania i są często wykonywane w innych ośrodkach, niż placówki prowadzące leczenie systemowo (co w medycynie onkologicznej oznacza stosowanie leków podawanych w taki sposób, by działały na cały organizm).

Wprowadzono również zmiany w zakresie finansowania. Po zmianie koordynacja opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej finansowana jest w oparciu o współczynniki korygujące na poziomie:

- 1,05 – dla ośrodka współpracującego I poziomu;
- 1,175 – dla ośrodka współpracującego II poziomu;
- 1,35 – dla WOK na terenie województwa dolnośląskiego;
- 1,3 – dla WOK na terenie województwa świętokrzyskiego;
- 1,30 – dla WOK na terenie województwa podlaskiego, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 3b, w zakresie nowotworów innych niż nowotwory płuca oraz 1,175 w zakresie nowotworów płuca;
- 1,35 – dla WOK na terenie województwa pomorskiego;
- 1,175 – dla WUOK na terenie województwa podlaskiego o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 3a, w zakresie nowotworów innych niż nowotwory płuca oraz 1,30 w zakresie nowotworów płuca.

Doprecyzowano kwestie dotyczące rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pilotażu. Rozliczanie odbywa się zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącymi

- systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zawartymi w ramach leczenia onkologicznego ze świadczeniodawcami w zakresie leczenia szpitalnego, z wyłączeniem chemioterapii, programów lekowych, radio/brachyterapii, diagnostyki;
- świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach leczenia onkologicznego, w zakresie leczenia szpitalnego, z wyłączeniem chemioterapii, programów lekowych, radio/brachyterapii, diagnostyki, objętych finansowaniem poza umowami zawartymi w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń.

Wprowadzono zmiany polegające na przekazywaniu przez wojewódzki ośrodek koordynujący do oddziału wojewódzkiego Funduszu zestawienia oceny kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej ze swojej działalności, działalności współpracującego uniwersyteckiego ośrodka

klinicznego i ośrodków współpracujących I i II poziomu, co miało przyczynić się do sprawniejszego przepływu informacji, jednolitej analizy pilotażu w poszczególnych województwach i efektywniejszym zbieraniu danych o jego wynikach.

Dodano przepisy dotyczące możliwości odmowy przez Fundusz rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach pilotażu z wykorzystaniem współczynników korygujących w sytuacji, gdy dany ośrodek nie wypełnia obowiązków wynikających z realizacji pilotażu, co miało poprawić przepływ informacji pomiędzy WOK, WUOK i ośrodkami I i II poziomu.

Realizacja pilotażu

W początkowej fazie wdrażania pilotażu płatnik z przedstawicielami OW NFZ oraz WOK-ów z województw objętych pilotażem dokonał ustaleń dotyczących szczegółowego raportowania danych z pilotażu sieci onkologicznej.

Uzgodniono, że:

- w zakresie zasad włączania pacjenta do pilotażu okazanie podczas wizyty w poradni lub hospitalizacji w oddziale, wyniku badania histopatologicznego nie starszego niż 1 luty 2019 roku, oraz wyrażenie przez pacjenta świadomej zgody (oświadczenia) na udział w pilotażu stanowi podstawę włączenia do pilotażu; w przypadku zabiegu diagnostyczno-lecniczego ustalono, że zgoda może zostać wydana przed przyjęciem na oddział;
- realizacja obowiązku raportowania liczby pacjentów (na podstawie zebranych zgód) zakwalifikowanych do udziału w pilotażu będzie następować w drodze cotygodniowych raportów wysyłanych przez WOKi o liczbie pacjentów w pilotażu sieci onkologicznej w danym województwie; WOK co tydzień we wtorek do godziny 12:00 będzie sprawozdawał liczbę pacjentów w pilotażu zgodnie ze stanem na piątek poprzedniego tygodnia, a informacja powinna zostać przesłana w formie elektronicznej (Tytuł email: PILOTAŻ ONKOLOGICZNY rrrr-mm-dd) na adresy:
 - Centrala NFZ: sekretariat.dsoz@nfz.gov.pl,
 - DOW NFZ: szpital@nfz-wroclaw.pl,
 - ŚOW NFZ: sekretariat.wsoz@nfz-kielce.pl.
- współczynnik korygujący może zostać naliczony za świadczenia zrealizowane i zaraportowane do NFZ wykonane na rzecz danego pacjenta, który został włączony do pilotażu zgodnie z powyższymi zasadami.

Mierniki i wskaźniki w pilotażu sieci onkologicznej

Zgodnie z założeniami zawartymi w rozporządzeniu, ocena opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej powinna być prowadzona w stosunku do świadczeniobiorców objętych pilotażem z uwzględnieniem wskazanych mierników i wskaźników. Niemniej, na podstawie zgodnych oświadczeń ze strony zarówno członków Komitetu reprezentujących WOK-i jak i płatnika nie ma możliwości przeprowadzenia na tym etapie, przed zakończeniem pilotażu, całościowej analizy porównawczej z mierników oceny opieki onkologicznej z uwagi po pierwsze na niekompletność danych przekazywanych przez niektóre ośrodki uczestniczące w pilotażu do płatnika, po drugie z uwagi na niejednoznaczną interpretację zakresu danych, które były przekazywane przez poszczególne ośrodki do płatnika i po trzecie z uwagi ograniczenia wynikające z faktu, iż Komitet Sterujący nie dysponuje odpowiednimi zasobami ani narzędziami do przeprowadzenia wielowymiarowej i wielowątkowej analizy, która mogłaby zawierać miarodajne wnioski płynące z dostępnych danych. Dokonanie optymalnej analizy wymaga powołania wieloosobowego i wieloosrodkowego zespołu analitycznego dysponującego zasobami odpowiedniej wiedzy eksperckiej oraz narzędziami analitycznymi oraz dedykowania na tą aktywność odpowiedniego czasu, w którym zespół analityczny będzie skupiony wyłącznie na tym zadaniu.

Niezależnie od faktów opisanych powyżej, na pozytywną ocenę zasługuje próba, podjęta w ramach wdrażania pilotażu, zmierzająca do wypracowania optymalnego modelu mierników oceny opieki onkologicznej poprzez zdefiniowanie zakresu danych niezbędnych do ich obliczania, rozpoczęcie procesu zbierania danych jakościowych i ilościowych w ustrukturyzowanej formule oraz rozpoczęcie procesu wnioskowania na poziomie poszczególnych WOK-ów.

Mierniki oceny opieki onkologicznej wskazane w rozporządzeniu:

- 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 ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym;

- 6) odsetka świadczeniobiorców wymagających ponownej hospitalizacji z powodu powikłań po radioterapii onkologicznej;
- 7) odsetek świadczeniobiorców wymagających ponownej 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) ocena kompletności badania patologicznego;
- 11) odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetycznych i molekularnych czynników predykcyjnych;
- 12) odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metodą małoinwazyjną;
- 13) mediana czasu, który upłynął od dnia zarejestrowania świadczeniobiorcy na badania 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), wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania;
- 15) odsetek powtórzonych zabiegów w rozpoznaniach innych niż nowotwór piersi;
- 16) odsetka świadczeniobiorców z nowotworem odbytnicy, u których zastosowano radioterapię przedoperacyjną;
- 17) odsetek badań histopatologicznych pooperacyjnych u pacjentów z nowotworem jelita grubego, u których liczba ocenionych węzłów chłonnych wynosiła co najmniej 12;
- 18) odsetek wystąpienia nieszczelności zespoлей w nowotworze okrężnicy i odbytnicy;
- 19) ocena liczby węzłów chłonnych usuniętych w trakcie prostatektomii;
- 20) odsetek limfadenektomii miednicznych wykonanych z podziałem materiału histopatologicznego według zakresów anatomicznych;
- 21) ilość pozytywnych marginesów pooperacyjnych po prostatektomii;
- 22) odsetek świadczeniobiorców z podejrzeniem nowotworu płuca, skonsultowanych przez pulmonologa w terminie do 14 dni roboczych od dnia zarejestrowania skierowania u świadczeniodawcy;
- 23) odsetek świadczeniobiorców z powiększeniem węzłów chłonnych śródpiersia powyżej 10 mm, u których wykonano EBUS-TBNA;
- 24) odsetek świadczeniobiorców z podejrzeniem nowotworu płuca i płynem w jamie opłucnej, u których rozpoznano etiologię płynu;

- 25) odsetek świadczeniobiorców z III stopniem zaawansowania niedrobnokomórkowego nowotworu płuca, u których zastosowano jednoczasową chemioradioterapię;
- 26) odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych pierwotną optymalną lub suboptymalną cytoredukcją (bez pozostawienia mas resztkowych lub < 1 cm);
- 27) odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których zastosowano neodajuwantową chemioterapię (NACT);
- 28) odsetka świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano laparotomię zwiadowczą;
- 29) odsetek świadczeniobiorców z nowotworem nienaciekającym o średnicy nie większej niż 2 cm (po wykluczeniu pacjentów z mutacjami BRCA1 i BRCA2) poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy;
- 30) odsetek świadczeniobiorców z nowotworem naciekającym o średnicy nieprzekraczającej 3 cm (rozmiar całkowity, w tym komponent DCIS; po wykluczeniu pacjentów z mutacjami BRCA1 i BRCA2) poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy;
- 31) odsetek badań diagnostycznych wymagających ponownego opisu bądź ponownej weryfikacji materiału w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa, endoskopia, biopsja, ocena patomorfologiczna, ocena molekularna), wykazanego dla każdej z uczestniczących placówek w podziale na typ nowotworu i rodzaj badania;
- 32) odsetek świadczeniobiorców na DCIS, u których nie usunięto zawartości dołu pachowego;
- 33) odsetek świadczeniobiorców z nowotworem naciekającym bez przerzutów w węzłach chłonnych (pN0), u których nie usunięto układu chłonnego dołu pachowego;
- 34) odsetek świadczeniobiorców z hormonowrażliwym nowotworem naciekającym, którzy otrzymali leczenie hormonalne;
- 35) odsetek świadczeniobiorców z nowotworem zapalnym lub miejscowo zaawansowanym, nieresekcyjnym nowotworem piersi z ekspresją ER, których poddano indukcyjnej chemioterapii.

Wskaźniki realizacji pilotażu wskazane w rozporządzeniu:

- 1) liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu;
- 2) liczba świadczeniobiorców objętych pilotażem, u których zakończono leczenie onkologiczne;
- 3) liczba zwołanych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych;

- 4) liczba porad i konsultacji przeprowadzonych przez wojewódzki ośrodek koordynujący oraz współpracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny na zlecenie ośrodków współpracujących I i II poziomu;
- 5) liczba usług w ramach infolinii onkologicznej (w okresie miesiąca);
- 6) ocena satysfakcji świadczeniobiorców ze sprawowanej opieki, w oparciu o ankiety;
- 7) wartość środków finansowych poniesionych na realizację pilotażu w stosunku do środków finansowych planowanych na jego realizację;
- 8) liczba danych dotyczących kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej;
- 9) liczba danych dotyczących stanu ogólnego pacjenta;
- 10) liczba danych dotyczących kodu i stopnia zaawansowania choroby;
- 11) liczba danych dotyczących wyniku badania histopatologicznego;
- 12) liczba danych przekazanych z raportów statystycznych;
- 13) liczba mierników uzyskanych w wyniku pilotażu na podstawie gromadzonych danych.

Liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu w okresie 01.02.2019 r. do 31.12.2021 r. wynosi 27 183.

Tabela 2 Liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu w podziale na województwa od 01.02.2019 r. do 31 grudnia 2021 r. (na podstawie indywidualnych zgód)

Typ nowotworu	Liczba pacjentów włączonych do pilotażu w podziale na województwa				Suma
	województwo dolnośląskie	województwo świętokrzyskie	województwo pomorskie	województwo podlaskie	
Rak jelita grubego (C18-C20)	2 962	999	949	682	5592
Rak płuca (C34)	3 547	540	842	107	5036
Rak wtórny płuca (C78.0)	154	57	56	30	292
Rak piersi (C50)	4 373	1 881	1 403	1 110	8767
Rak piersi (D05)	283	123	64	56	526
Rak jajnika (C56)	437	349	224	162	1172
Rak gruczołu krokowego (C61)	2 909	1 346	959	579	5793
Łącznie	14 665	5 295	4 497	2 726	27 183

Liczba zgód w podziale na poszczególne województwa i ośrodki wg stanu na 31 grudnia 2021 r.

Tabela 3 Województwo dolnośląskie

Nazwa podmiotu	Liczba zgód	Procentowy udział w ogólnej liczbie zgód w danym województwie
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	6258	42,7%
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	2 651	18,1%
Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu	818	5,6%
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	189	1,3%
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu	555	3,8%
Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze	658	4,5%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	472	3,2%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	1329	9,1%
Izerskie Centrum Pulmonologii i Chemioterapii „Izer-Med” Sp. z o. o. w Szklarskiej Porębie	234	1,6%
„Miedziowe Centrum Zdrowia” S.A. w Lubinie	114	0,8%
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy	767	5,2%
Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II S.A. w Polanicy-Zdroju	50	0,3%
Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu	367	2,5%
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu	163	1,1%
EMC Instytut Medyczny - Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie	40	0,3%
EMC Instytut Medyczny - Szpital św. Antoniego w Ząbkowicach Śląskich	0	0,0%
Razem	14665	100,0%

Tabela 4 Województwo świętokrzyskie

Nazwa Podmiotu	Liczba zgód	Procentowy udział w ogólnej liczbie zgód w danym województwie
Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	4812	91%
Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	66	1%
Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach	95	2%
Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	0	0%
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	316	6%
Razem	5289	100%

Tabela 5 Województwo podlaskie

Nazwa podmiotu	Liczba zgód	Procentowy udział w ogólnej liczbie zgód w danym województwie
Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej - Curie w Białymstoku	2141	78,5%
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	324	11,9%
Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	31	1,1%
SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku	96	3,5%
Szpital Wojewódzki im. dr L. Rydygiera w Suwałkach	78	2,9%
SP ZOZ MSWiA w Białymstoku	56	2,1%
Razem	2726	100,0%

Tabela 6 Województwo pomorskie

Nazwa podmiotu	Liczba zgód	Procentowy udział w ogólnej liczbie zgód w danym województwie
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	2182	48,5%
Szpital Pomorskie Sp. z o.o.	725	16,1%
Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o.	223	5,0%

Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie	129	2,9%
Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. o.o.	757	16,8%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.	481	10,7%
Razem	4497	100,0%

Wnioski

Rozkład liczby zgód i ich odsetka w ogólnej liczbie zgód w danym województwie w zależności od poziomu referencyjnego jest niejednorodny. Największe rozproszenie liczby zgód między ośrodkami odnotowano w województwie dolnośląskim, gdzie udział zgód w WOK wyniósł 42,7%, a łączna liczba ośrodków biorących udział w pilotażu to 16. Najwyższa koncentracja zgód w WOK wystąpiła w województwie świętokrzyskim (91%). Wskaźnik ten nie jest zależny od czasu włączenia danego województwa do pilotażu.

Tabela 7 Liczba bezwzględna oraz wartość wskaźników w podziale na kategorie podmiotów realizujących program pilotażowy – województwo dolnośląskie (opracowane na bazie danych przekazanych przez NFZ).

lp.	wskaźnik	dodatkowe informacje	I poziom -liczba	II poziom -liczba	WOK-liczba	I poziom -udział [%]	II poziom - udział [%]	WOK-udział [%]
1	liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu		605	7 967	6 323	4,06%	53,49%	42,45%
2	liczba świadczeniobiorców objętych pilotażem, u których zakończono leczenie onkologiczne		83	1 825	1 240	2,64%	57,97%	39,39%
3	liczba zwołanych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych	<i>Konsylia tylko dla pacjentów z pilotażu</i>	489	6 886	5 612	3,77%	53,02%	43,21%
6	ocena satysfakcji świadczeniobiorców ze sprawowanej opieki, w oparciu o ankiety o których mowa § 7 ust. 3 pkt 2	<i>Liczba ankiet satysfakcji wypełnionych przez pacjentów</i>	106	925	2 164	3,32%	28,95%	67,73%
8	liczba danych dotyczących kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej	<i>Liczba dokonanych ocen diagnostyki onkologicznej u pacjentów z pilotażu</i>	354	5 652	4 661	3,32%	52,99%	43,70%
9	liczba danych dotyczących stanu ogólnego pacjenta	<i>Liczba dokonanych ocen wg WHO/ECOG u pacjentów z pilotażu</i>	630	6 535	6 616	4,57%	47,42%	48,01%
10	liczba danych dotyczących kodu i stopnia zaawansowania choroby	<i>Liczba ocen wg TNM u pacjentów z pilotażu</i>	523	6 735	8 470	3,33%	42,82%	53,85%
11	liczba danych dotyczących wyniku badania histopatologicznego		384	6 384	5 441	3,15%	52,29%	44,57%
12	liczba danych przekazanych z raportów statystycznych	<i>Liczba świadczeń zaraportowanych ze współczynnikiem z pilotażu</i>	333	16 843	40 938	0,57%	28,98%	70,44%
13	liczba mierników uzyskanych w wyniku pilotażu na podstawie gromadzonych danych		15	24	34	41,43%	68,86%	97,14%

Tabela 8 Liczba bezwzględna oraz wartość wskaźników w podziale na kategorie podmiotów realizujących program pilotażowy – województwo świętokrzyskie (opracowane na bazie danych przekazanych przez NFZ).

lp.	wskaźnik	dodatkowe informacje	I poziom - liczba	II poziom - liczba	WOK-liczba	I poziom – udział [%]	II poziom – udział [%]	WOK-udział [%]
1	liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu		72	94	4 812	1,45%	1,89%	96,67%
2	liczba świadczeniobiorców objętych pilotażem, u których zakończono leczenie onkologiczne		-	6	322	0,00%	1,83%	98,17%
3	liczba zwołanych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych	<i>Konsylia tylko dla pacjentów z pilotażu</i>	71	44	5 775	1,21%	0,75%	98,05%
6	ocena satysfakcji świadczeniobiorców ze sprawowanej opieki, w oparciu o ankiety o których mowa § 7 ust. 3 pkt 2	<i>Liczba ankiet satysfakcji wypełnionych przez pacjentów</i>	3	3	1 229	0,24%	0,24%	99,51%
8	liczba danych dotyczących kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej	<i>Liczba dokonanych ocen diagnostyki onkologicznej u pacjentów z pilotażu</i>	71	94	4 857	1,41%	1,87%	96,71%
9	liczba danych dotyczących stanu ogólnego pacjenta	<i>Liczba dokonanych ocen wg WHO/ECOG u pacjentów z pilotażu</i>	59	94	11 028	0,53%	0,84%	98,63%
10	liczba danych dotyczących kodu i stopnia zaawansowania choroby	<i>Liczba ocen wg TNM u pacjentów z pilotażu</i>	56	94	5 573	0,98%	1,64%	97,38%
11	liczba danych dotyczących wyniku badania histopatologicznego		70	116	2 957	2,23%	3,69%	94,08%
12	liczba danych przekazanych z raportów statystycznych	<i>Liczba świadczeń zaraportowanych ze współczynnikiem z pilotażu</i>	36	-	34 618	0,10%	0,00%	99,90%
13	liczba mierników uzyskanych w wyniku pilotażu na podstawie gromadzonych danych		17	-	34	48,57%	0,00%	97,14%

Tabela 9 Liczba bezwzględna oraz wartość wskaźników w podziale na kategorie podmiotów realizujących program pilotażowy – województwo pomorskie (opracowane na bazie danych przekazanych przez NFZ).

lp.	wskaźnik	dodatkowe informacje	I poziom -liczba	II poziom - liczba	WOK-liczba	I poziom – udział [%]	II poziom – udział [%]	WOK-udział [%]
1	liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu		0	2 264	2 171	0,00%	51,05%	48,95%
2	liczba świadczeniobiorców objętych pilotażem, u których zakończono leczenie onkologiczne		0	57	0	0,00%	100,00%	0,00%
3	liczba zwołanych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych	<i>Konsylia tylko dla pacjentów z pilotażu</i>	0	2 155	2 309	0,00%	48,28%	51,72%
6	ocena satysfakcji świadczeniobiorców ze sprawowanej opieki, w	<i>Liczba ankiet satysfakcji wypełnionych przez pacjentów</i>	0	256	1 228	0,00%	17,25%	82,75%

	oparciu o ankiety o których mowa § 7 ust. 3 pkt 2								
8	liczba danych dotyczących kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej	Liczba dokonanych ocen diagnostyki onkologicznej u pacjentów z pilotażu	0	1 860	1 830	0,00%	50,41%	49,59%	
9	liczba danych dotyczących stanu ogólnego pacjenta	Liczba dokonanych ocen wg WHO/ECOG u pacjentów z pilotażu	0	7 858	8 578	0,00%	47,81%	52,19%	
10	liczba danych dotyczących kodu i stopnia zaawansowania choroby	Liczba ocen wg TNM u pacjentów z pilotażu	0	1 447	3 225	0,00%	30,97%	69,03%	
11	liczba danych dotyczących wyniku badania histopatologicznego		0	2 353	1 285	0,00%	64,68%	35,32%	
12	liczba danych przekazanych z raportów statystycznych	Liczba świadczeń zaraportowanych ze współczynnikiem z pilotażu	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	
13	liczba mierników uzyskanych w wyniku pilotażu na podstawie gromadzonych danych		0	średnio 27 miernika	35	0,00%	77,14%	100,00 %	

Tabela 10 Liczba bezwzględna oraz wartość wskaźników w podziale na kategorie podmiotów realizujących program pilotażowy – województwo podlaskie (opracowane na bazie danych przekazanych przez NFZ).

lp.	wskaźnik	dodatkowe informacje	I poziom - liczba	II poziom - liczba	WOK - liczba	USK - liczba	I poziom - udział [%]	II poziom - udział [%]	WOK - udział [%]	USK - udział [%]
1	liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu		184	77	2 149	134	7,23%	3,03%	84,47%	5,27%
2	liczba świadczeniobiorców objętych pilotażem, u których zakończono leczenie onkologiczne		5	5	114	11	3,70%	3,70%	84,44%	8,15%
3	liczba zwołanych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych	Konsylia tylko dla pacjentów z pilotażu	157	74	2 099	134	6,37%	3,00%	85,19%	5,44%
6	ocena satysfakcji świadczeniobiorców ze sprawowanej opieki, w oparciu o ankiety o których mowa § 7 ust. 3 pkt 2	Liczba ankiet satysfakcji wypełnionych przez pacjentów	111	53	1 125	0	8,61%	4,11%	87,28%	0,00%
8	liczba danych dotyczących kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej	Liczba dokonanych ocen diagnostyki onkologicznej u pacjentów z pilotażu	169	72	2 099	131	6,84%	2,91%	84,95%	5,30%
9	liczba danych dotyczących stanu ogólnego pacjenta	Liczba dokonanych ocen wg WHO/ECOG u pacjentów z pilotażu	225	484	2 050	145	7,75%	16,67 %	70,59%	4,99%
10	liczba danych dotyczących kodu i stopnia zaawansowania choroby	Liczba ocen wg TNM u pacjentów z pilotażu	181	76	8 557	1	2,05%	0,86%	97,07%	0,01%

11	liczba danych dotyczących wyniku badania histopatologicznego		144	81	2 209	134	5,61%	3,15%	86,02%	5,22%
12	liczba danych przekazanych z raportów statystycznych	<i>Liczba świadczeń zaraportowanych ze współczynnikiem z pilotażu</i>	147	0	2 102	296	5,78%	0,00%	82,59%	11,63%
13	liczba mierników uzyskanych w wyniku pilotażu na podstawie gromadzonych danych		29,66	20	35	34	84,74%	57,14 %	100,00 %	97,14%

Wnioski

- Wskaźnik „liczba porad i konsultacji przeprowadzonych przez wojewódzki ośrodek koordynujący oraz współpracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny na zlecenie ośrodków współpracujących I i II poziomu” jest niemożliwy do policzenia, gdyż WOK-i, jako wiodące ośrodki opieki onkologicznej w regionach stale współpracują z innymi placówkami. Stąd też wszyscy pacjenci kierowani na konsultację mają udzielane świadczenia w terminie ustalonym pomiędzy szpitalami, które są rozliczane w ramach umów WOK z NFZ. Niestety nie jest możliwe oznaczenie czy dana porada była powiązana z rozpoznaniem pilotażowym, czy też nie.
- Wskaźniki „liczba danych dotyczących stanu ogólnego pacjenta” i „liczba danych dotyczących kodu i stopnia zaawansowania choroby” bez powiązania ich z miejscem pacjenta na ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej nie są miarodajne. Zasadnym byłoby uzyskanie informacji o liczbie (lub odsetku) tych ocen na kluczowych etapach ścieżki (cTNM na dzień konsylium), po radykalnym zabiegu operacyjnym (pTNM), w dniu podjęcia pierwszego leczenia (WHO).
- Wskaźnik „liczba danych przekazanych z raportów statystycznych”, określona jako liczba świadczeń zaraportowanych ze współczynnikiem z pilotażu ma wyłącznie charakter informacyjny. Lepszym ujęciem byłoby oznaczenie liczby (lub odsetka) pacjentów włączonych do pilotażu, których zaraportowano do NFZ ze współczynnikiem z pilotażu, gdyż mniejsza liczba, niż liczba pacjentów włączonych, mogłaby być podstawą do pogłębienia analizy takiego stanu rzeczy, wynikającego najczęściej z występujących w praktyce problemów sprawozdawczo-rozliczeniowych.
- Wskaźnik „liczba mierników uzyskanych w wyniku pilotażu na podstawie gromadzonych danych” może być rozpatrywany wyłącznie dla pojedynczego realizatora i nie jest porównywalny pomiędzy realizatorami, ze względu na występującą specjalizację poszczególnych świadczeniodawców w leczeniu danego typu nowotworu. Tym samym

realizatorzy mogą z powodu braku pacjentów z określonymi nowotworami nie sprawozdawać części mierników.

- Wskaźnik „liczba usług w ramach infolinii onkologicznej (w okresie miesiąca) – jest to dana co prawda sprawozdawana do płatnika, niemniej nie można z niej wnioskować w sposób jednoznaczny, ponieważ nie we wszystkich WOK-ach była do tej pory możliwość wyodrębnienia infolinii onkologicznej z ogólnej infolinii funkcjonującej w ośrodku. Wobec opisanego stanu faktycznego, tych danych nie zaprezentowano w tabelach powyżej.

Jednocześnie uwagę zwraca fakt, że w przekazanym raporcie NFZ zidentyfikowano istotne rozbieżności, które na moment zamknięcia Raportu nie zostały wyjaśnione, a które mają istotne znaczenie dla oceny liczby pacjentów faktycznie włączonych do pilotażu, na rzecz których rozliczono świadczenia. W opinii Komitetu Sterującego kwestie te powinny zostać wyjaśnione przed zaprezentowaniem Sprawozdania końcowego z realizacji pilotażu przez NFZ.

Poniżej przedstawiono koszty dotyczące realizacji pilotażu sieci onkologicznej.

Tabela 11. Zestawienie kosztów dotyczących realizacji pilotażu - dane NFZ za okres od 01.02.2019 r. do 31.12.2021 r.

Oddział Wojewódzki NFZ	Wartość rozliczonych świadczeń [zł]	Wartość wynikająca z zastosowania współczynników korygujących [zł]
Dolnośląski	169 566 861,36	31 447 434,75
Podlaski**	40 949 375,98	6 488 160,51
Pomorski***	43 062 318,46	7 945 632,83
Świętokrzyskie	66 284 668,79	13 396 818,60
Razem	319 863 224,59	59 278 046,69

** województwo podlaskie dołączyło do pilotażu w październiku 2019 r.

*** województwo pomorskie dołączyło do pilotażu w kwietniu 2020 r.

Łącznie na realizację pilotażu w tym na świadczenia w ramach umowy zawartej przez podmioty uczestniczące w pilotażu z NFZ, od 01.02.2019 r. do 31.12.2021 r. wydatkowano **319,86 mln zł** (w tym, **59,28 mln zł** stanowi koszt, wynikający z zastosowania współczynników korygujących, określonych w § 11 ust 3 rozporządzenia). Poniesiona kwota **59,28 mln zł** stanowi **123,5 %** udziału kwoty całkowitych kosztów pilotażu pierwotnie oszacowanych na

48 mln zł, przy założeniu że pilotaż będzie trwał **18 miesięcy**, obejmował **2 województwa** i **10,5 tys.** pacjentów.

Kwota **319,86 mln zł** to łączna wartość rozliczonych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach pilotażu powiększona o wartość wynikającą z współczynników korygujących. Koszty pilotażu zamykają się we współczynnikach korygujących (stanowiące 18,53% całkowitej wartości rozliczonych świadczeń opieki zdrowotnej), tj. współczynnikach wprowadzonych jako narzędzie realizacji modelu płacenia za jakość opieki onkologicznej oraz jej monitorowania. Koszty współczynników korygujących obejmują 35 ośrodków w czterech województwach, w których w ramach pilotażu w okresie od 01.02.2019 r. do 31.12.2021 r. płatnik sfinansował świadczenia na rzecz **21 474** pacjentów pilotażowych.

Różnica pomiędzy liczbą 27 183 pacjentów a liczbą 21 474 pacjentów wynika z faktu, iż nie wszyscy pacjenci włączeni do 31.12.2021 r. do pilotażu zostali rozliczeni przez płatnika (okres ostatecznego rozliczenia umów za rok 2021 upłynął 28.02.2022 r.).

Dodatkowymi przyczynami tej różnicy jest fakt, że część pacjentów po podpisaniu zgody na udział w pilotażu podjęło leczenie poza ośrodkami prowadzącymi pilotaż lub świadczenia im udzielone w ośrodkach pilotażowych nie podlegały rozliczeniu ze wskazaniem współczynnika korygującego.

W ramach budżetu przeznaczanego na realizację pilotażu nie zostały wyodrębnione ani naznaczone żadne środki dedykowane wprost na zbudowanie systemu pilotażowej sieci onkologicznej, wdrożenie jej i przetestowanie.

Wejście w życie rozporządzenia o programie pilotażowym opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej nie zostało poprzedzone etapem przygotowawczym, wobec czego podmioty, które zdecydowały się na wejście do pilotażu we własnym zakresie musiały stworzyć cały system organizacyjny, logistyczny, informatyczny, na co dedykowały środki pochodzące ze współczynników korygujących.

Środki ze wskaźników korygujących, zgodnie z informacjami przekazanymi przez WOK-i, zostały przeznaczone m. in. na:

- wsparcie prawne przy wypracowaniu wzorów umów i ankiet oraz bieżącą obsługą prawną w zakresie pilotażu,
- zatrudnienie koordynatorów procesu leczenia, których podstawowym zadaniem jest współpraca z pacjentami oraz świadczeniodawcami,
- wdrożenie infrastruktury informatycznej i telekomunikacyjnej, w tym koszty integracji z systemami HIS oraz bieżącą obsługą informatyczną wdrożonej infrastruktury,

- zakup narzędzi wspierających procesy koordynacji, gromadzenia i przetwarzania danych oraz bieżącą analizę zgromadzonych danych - zapewnienie ośrodkom współpracującym I i II poziomu możliwości skorzystania z porad i konsultacji w przypadkach trudnych klinicznie, w tym z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych,
- zatrudnienie dodatkowych pracowników infolinii onkologicznej,
- zaprojektowanie ulotki infolinii onkologicznej, druk ulotek oraz wysyłkę do POZ,
- przygotowanie i opracowanie rekomendacji "Zarządzanie jakością w szpitalu onkologicznym- kontekst procesów i mierników",
- organizację wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych i ustalanie planu leczenia onkologicznego w uzgodnieniu ze świadczeniobiorcą, współpracę również w tym zakresie ze szpitalami I i II poziomu.

Kluczowe, kosztochłonne działania:

- opracowanie, przygotowanie oraz wdrożenie dedykowanych szablonów dokumentacji medycznej,
- opracowanie, przygotowanie oraz wdrożenie dedykowanych szablonów dokumentacji sprawozdawczej,
- przygotowanie procedur określających cały proces/ścieżki kompleksowego leczenia paliatywnego - takie działanie poprawia efektywność wykorzystania nowoczesnych metod leczenia (np. RT stereotaktycznej, zabiegów operacyjnych z wykorzystaniem jednoczasowej chemioterapii),
- prowadzenie ustrukturyzowanych komisji pooperacyjnych,
- prowadzenie jednolitych wykazów, np. badań klinicznych,
- współpraca z ośrodkami zewnętrznymi,
- wypracowanie ścieżek wsparcia socjalnego,
- zdefiniowanie i zorganizowanie SOP,
- prowadzenie systematycznego wsparcia psychologicznego,
- stała współpraca z lekarzami rodzinnymi, z uwzględnieniem wypracowania jednolitych ścieżek przepływu pacjenta,
- organizacja konsyliów z wykorzystaniem sprzętu IT (tory wizyjne, zdalne konsultacje z radiologiem).

Szczegółowe podsumowanie i wykaz rekomendacji wypracowanych w ramach zespołu nr 2 znajduje się w Załączniku nr 1 do raportu.

Wypracowane w ramach pilotażu rozwiązania w zakresie organizacji i standaryzacji procesów

Ośrodki uczestniczące w programie pilotażowym wdrożyły standaryzację kluczowych elementów dokumentacji medycznej poprzez zastosowanie opisów radiologicznych oraz protokołów dla badań patomorfologicznych zawierających kluczowe i specyficzne cechy, mających na celu standaryzację kompletności diagnostyki. Powyższe działanie, poprzez utworzenie jednolitego dla danego wskazania / grupy wskazań medycznych zbioru, miało za zadanie umożliwić porównanie wyników diagnostyki i leczenia oraz ujednoczenie sposobu postępowania w opiece nad pacjentem w ramach sieci onkologicznej.

Przygotowano również wzory kart konsyliów dla wielodyscyplinarnych zespołów, które oceniają kompletność i prawidłowość zrealizowanej diagnostyki we wskazaniach objętych programem pilotażowym.

Opracowana w ramach pilotażu standaryzacja istotnych elementów dokumentacji medycznej, ujednoczona na poziomie podmiotów realizujących świadczenia z zakresu opieki onkologicznej w Krajowej Sieci Onkologicznej umożliwi w przyszłości przeprowadzanie szybkiej i transparentnej oceny kompleksowości procesu diagnostyki i leczenia na każdym etapie ścieżki pacjenta.

Wypracowanie modelowych ścieżek terapeutycznych opartych na bazie aktualnych wytycznych praktyki klinicznej dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego gwarantującego maksymalne zwiększenie efektywności opieki onkologicznej, z równoczesnym ich wdrożeniem w ośrodkach uczestniczących w pilotażu, było celem pilotażu zmierzającym do wyrównania poziomu leczenia i szans pacjentów na wyleczenie.

W ramach pilotażu sieci onkologicznej opracowano:

- ścieżki pacjentów dla 5 nowotworów (rak piersi, płuca, jelita grubego, prostaty i jajnika),
- wzór karty konsylium do oceny diagnostyki onkologicznej,
- wzór wytycznych dokumentacji do konsyliów – rak jajnika, rak jelita grubego, rak piersi, rak płuca, rak prostaty,
- protokół badania histopatologicznego – rak jajnika, rak jelita grubego, rak piersi, rak płuca, rak prostaty, płyn opłucnowy,

- protokół badania radiologiczno-histopatologicznego próbek pobranych z gruczołu piersiowego metodą BGRBGWP,
- szablon radiologiczny – jajnik, jelito grube, prostata, rak płuca,
- protokół operacyjny raka jajnika.

Opracowane szablony dokumentów w ramach pilotażu sieci onkologicznej stanowią Załącznik nr 2

Dodatkowe zmiany organizacyjne opieki onkologicznej wdrożone w ramach pilotażu obejmują:

- wprowadzenie infolinii onkologicznej umożliwiającej umawianie się pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej na wizytę oraz sprawne zarządzanie terminami,
- przydzielenie koordynatora do każdego pacjenta na etapie pierwszej wizyty do momentu zakończenia leczenia, obejmującego opieką maksymalną liczbę 40 świadczeniobiorców,
- utworzenie konsyliów wyjazdowych, podczas których określany jest stopień zaawansowania nowotworu złośliwego, warunkujący wyznaczenie właściwego planu leczenia onkologicznego,
- współpracę ośrodków w sieci onkologicznej – kierowanie pacjenta do ośrodka, który jest przygotowany do leczenia danego nowotworu,
- realizacja zabiegów chirurgicznych w ośrodkach posiadających odpowiednie doświadczenie,
- wprowadzenie oceny satysfakcji pacjenta za pomocą ankiet.

Wpływ pandemii na organizację i realizację pilotażu

W związku z obowiązkiem przeprowadzenia procesu analitycznego, wynikającym z zadania Komitetu Sterującego ds. monitorowania programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, odnoszącego się do terminowości diagnostyki onkologicznej, Minister Zdrowia zwrócił się do realizatorów programu pilotażowego KSO z prośbą o przedstawienie informacji o wpływie pandemii SARS-COV-2 na organizację i realizację pilotażu zarówno w Wojewódzkich Ośrodkach Koordynujących, jak również w ośrodkach współpracujących I i II poziomu. Analiza obejmowała cały 2020 r. w stosunku do roku 2019 i obejmowała informację z uwzględnieniem danych o liczbie pacjentów włączonych do pilotażu, jak również procentowej zmiany terminowości w realizacji świadczeń diagnostycznych w podziale na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi i płuca (kody jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10: C18-C20, C34, C50, C56, C61, D05, C78.0).

Z informacji przekazanych przez WOK, wpływ pandemii SARS-COV-2 na pilotaż KSO uwarunkowany był poprzez charakterystyczną dla poszczególnych województw funkcjonalną strukturę sieci podmiotów testujących założenia programu pilotażowego. Głównym czynnikiem determinującym potencjalne ograniczenia w dostępie do świadczeń w pilotażu było tymczasowe przekształcenie całych podmiotów bądź części oddziałów szpitalnych zakwalifikowanych do pilotażu KSO w „szpitale jednoimienne”, co wprost wyłączało lub ograniczało funkcjonowanie podmiotów, zarówno w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna jak i leczenie szpitalne.

Jednocześnie realizatorzy programu pilotażowego KSO (WOK jak i ośrodki I i II poziomu) starały się zapewnić świadczeniobiorcom nieprzerwany dostęp do diagnostyki i leczenia onkologicznego, utrzymując maksymalną możliwą gotowość. Ośrodki zapewniły pacjentom dostęp do testów na COVID-19, przed przyjęciem na oddział w celu wykonania świadczenia zabiegowego, bądź leczenia innymi metodami terapeutycznymi. Wdrożono procedury ograniczające odwiedziny w oddziałach szpitalnych, jak również wydzielono pomieszczenia umożliwiające izolację świadczeniobiorców z zakażeniem SARS-CoV-2, a wymagających interwencji lub leczenia onkologicznego.

Również pracownicy regularnie poddawani byli testom na obecność COVID-19. Działania te miały na celu zmniejszenie do minimum ryzyka przenoszenia wirusa przez osoby bezobjawowe na oddziały, tym samym do zabezpieczenia świadczeniobiorców i pracowników szpitali.

Poniżej przedstawiono szczegółowe zestawienie elementów analizy przeprowadzonej i przedstawionej przez poszczególne WOK-i odnoszącej się do okresu pandemii.

Dolnośląskie Centrum Onkologii

Epidemia nie wpłynęła znacząco na realizację pilotażu sieci onkologicznej, zarówno WOK jak i Ośrodki I i II poziomu zapewniły pacjentom nieprzerwany dostęp do diagnostyki i leczenia onkologicznego. W miesiącach kwietniu oraz maju 2020 r. odnotowano największy spadek liczby pacjentów włączanych do Pilotażu KSO, wynikało to jednakże w głównej mierze ze strachu pacjentów przed możliwością zarażenia się wirusem SARS-COV2, aktualnym zachorowaniem na COVID-19 lub brakiem wiedzy na temat funkcjonowania szpitali w trakcie epidemii. Problem ten został rozwiązany poprzez szeroko przekazywane w mediach informacje o zachowaniu ciągłości pracy placówek onkologicznych mimo trwającej epidemii, a także poprzez opracowane przez działy epidemiologii, procedury i schematy działania tj. uruchomione śluzę dla pacjentów i pracowników, w których dokonywano pomiaru temperatury i przeprowadzono wywiad epidemiologiczny, uruchomiona możliwość skorzystania

z teleporady, zamiast wizyty tradycyjnej (szczególnie dla pacjentów będących w kontroli po leczeniu tzw. Follow Up), które umożliwiły bezpieczniejsze korzystanie z wizyt tradycyjnych w placówkach onkologicznych, pacjentom nowo zgłaszającym się, a także tym, będącym już w trakcie diagnostyki i leczenia. Call Center informowało wszystkich pacjentów dzwoniących celem umówienia lub przełożenia wizyty o nowych zasadach funkcjonowania placówek, co przełożyło się na ponowny wzrost liczby połączeń od czerwca 2020 r. Placówki zapewniły pacjentom dostęp do testów na COVID-19, przed przyjęciem na oddział do zabiegu, bądź leczenia. Pracownicy również, regularnie poddawani byli testom na obecność wirusa, działania te miały na celu zmniejszenie do minimum ryzyka przenoszenia wirusa przez osoby bezobjawowe na oddziały, a tym samym do zabezpieczenia pacjentów i pracowników szpitali. Obszarem problematycznym były wprowadzone teleporady, które w fazie początkowej, ograniczyły pacjentom dostęp do kart DiLO (zarówno na poziomie POZ jak i AOS).

Zgodnie z zaleceniem Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15.03.2020 r. ograniczono do niezbędnego minimum lub czasowo zawieszono udzielanie świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego. Dotyczyło to przede wszystkim planowanych pobyków w szpitalach w celu: przeprowadzenia diagnostyki oraz zabiegów diagnostycznych, leczniczych i operacyjnych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, badań diagnostycznych wykonywanych ambulatoryjnie takich jak: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, PET, gastroscopia, kolonoskopia, USG oraz badań profilaktycznych i przeprowadzania szczepień. W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o zawieszeniu udzielania świadczeń należało ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyka dotyczące stanu zdrowia pacjentów i prawdopodobieństwo jego pogorszenia. Wiele placówek zostało przekształconych częściowo lub w całości w Szpitale COVID'owe (w tym również niektóre placówki współpracujące w ramach pilotażu KSO), co spowodowało przesunięcie pacjentów do innych placówek, celem objęcia opieką specjalistyczną, kontynuacją leczenia.

Organizacja pracy Call Center w roku 2020:

- Call Center działało według wyznaczonego harmonogramu od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 18:00,
- personel pracował wg zasad: dystans, dezynfekcja, maseczki lub przyłbice (nawet rozmawiając przez telefon),
- stosowano zamgławianie, dekontaminacje pomieszczeń Call Center w celu stworzenia bezpiecznych warunków pracy,
- wprowadzono tygodniowe, rotacyjne zmiany, aby personel nie kontaktował się ze sobą,

- przygotowano gotowe schematy i informacje dotyczące nowej organizacji i zmian jakie wprowadzano, aby personel szybko i sprawnie komunikował się z pacjentami,
- przygotowano formularze, z których korzystały rejestratorki dla pacjentów chcących skorzystać z teleporad, e-skierowań, e-recepty, e-zaopatrzenia w wyroby medyczne.

W związku z sytuacją epidemiologiczną zaobserwowano zwiększony niepokój, obawy, nawet lęk u osób dzwoniących na Call Center, co przejawiało się w dużej liczbie pacjentów dzwoniących i przekładających terminy wizyt, lub rezygnujących w ogóle. Byli też pacjenci, którzy szukali już wcześniej pomocy w wielu innych placówkach, które zamknęły się przed nimi.

Pacjentów obawiających się o swoje zdrowie informowano na bieżąco i zapewniano, że:

- nad organizacją pracy Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu czuwa Dział Epidemiologii, który opracował procedury i schematy postępowania w poszczególnych przypadkach,
- Dolnośląskiego Centrum Onkologii pracuje cały czas i przyjmuje pacjentów osobiście w gabinetach specjalistycznych, z zachowaniem zasad i procedur ustalonych przed Dział Epidemiologii,
- funkcjonują śluzy dla pacjentów i pracowników, w których mierzona jest temperatura i wypełniana ankieta dotycząca SARS-COV2,
- można skorzystać z teleporady,
- informowano o pracy ośrodków współpracujących, możliwościach dostępu i rejestracji na wizyty do lekarzy bliżej miejsca zamieszkania (standardowa procedura Call Center),
- można skontaktować się z lekarzami elektronicznie, poprzez przygotowane formularze lub skrzynki e-mail,
- personel stosuje środki ochrony indywidualnej,
- w pomieszczeniach kontrolowana jest ilość pacjentów, w poczekalniach dbano o zachowanie dystansu.

Świętokrzyskie Centrum Onkologii

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach utrzymywało maksymalną gotowość i nie ograniczało swoich możliwości diagnostycznych czy leczniczych.

Powyższe było możliwe z uwagi na następujące fakty:

- W Centrum obowiązywały zalecenia zawarte w instrukcji Ogólne zasady postępowania w ŚCO w okresie pandemii wywołanej przez SARS-CoV-2;

- Personel mający bezpośredni kontakt z pacjentem był uodporniony (ponad 80% zaszczepionych przeciwko SARS-CoV-2). W ŚCO prowadzony był punkt szczepień przeciwko COVID-19;
- Bieżące informacje na temat sytuacji epidemiologicznej oraz zalecenia Dyrektora ŚCO i Zespołu Kontroli Zakażeń umieszczane były na wewnętrznej stronie internetowej ŚCO dostępnej dla wszystkich pracowników;
- Na czas pandemii SARS-CoV-2 wprowadzono zakaz odwiedzin do Klinik/Działów ŚCO – (z odstępstwem u pacjentów w okresie terminalnym);
- Prowadzono segregację pacjentów przed przyjęciem w Izbie Przyjęć (pretriage) - pomiar temperatury ciała i przeprowadzenie wywiadu epidemiologicznego w kierunku zakażenia koronawirusem. W obrębie izby przyjęć zorganizowano pomieszczenie do izolacji pacjenta zakażonego do czasu podjęcia decyzji przez lekarza o dalszym postępowaniu wobec pacjenta (przyjęcie do Centrum lub odesłanie do oddziału zakaźnego);
- W punktach rejestracyjnych i izbie przyjęć zainstalowano dodatkowe elementy zabezpieczające personel i pacjentów przed bliskim kontaktem (szyby szklane lub przesłony z pleksi);
- W każdej Klinice / Dziale ŚCO istniała możliwość izolacji pacjentów. W momencie przyjęcia pacjenta z zakażeniem SARS-CoV-2 wymagającego interwencji lub leczenia onkologicznego tworzono strefę izolacyjną na czas pobytu pacjenta zakażonego;
- U wszystkich pacjentów przyjmowanych do leczenia stacjonarnego (w przeddzień lub w dniu przyjęcia) była możliwość wykonania testu molekularnego w kierunku wykrywania wirusa SARS-CoV-2 (test PCR lub antygenowy);
- Badania wirusologiczne w kierunku identyfikacji zakażenia SARS-CoV-2 wykonywane były we własnych laboratoriach (wynik badania dostępny w dniu pobrania wymazu) – Zakładzie Diagnostyki Molekularnej lub Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej;
- W Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej ŚCO istniała możliwość wykonania szybkich testów molekularnych w systemie GeneXpert (wynik badania dostępny w ciągu około godziny od dostarczenia próbki do badania) oraz testów antygenowych (wynik w ciągu ok. 20 min). W Zakładzie Markerów Nowotworowych dodatkowo oznaczanie przeciwciał przeciwko SARS-CoV-2;
- Czystość powietrza zapewniały urządzenia z technologią RCI ActivePure w centralach wentylacyjnych i układach wentylacji nawiewnej, lampy UV przepływowe, przenośne urządzenia w technologii plazmowej;

- Na terenie Centrum rozwieszano ulotki edukacyjne/informacyjne dla pacjentów i pracowników wydawane przez Ministerstwo Zdrowia;
- Personel miał ciągły dostęp do środków ochrony indywidualnej, a personel i pacjenci do środków dezynfekcyjnych do rąk.

Mimo to spora grupa pacjentów ze względu na pandemię (strach przed zakażeniem lub aktualne zachorowanie na COVID-19) odkładała kontakt z lekarzem POZ lub specjalistą, co można zauważyć w miesiącach kwiecień-sierpień 2020 r.

Warto też zauważyć, że w województwie świętokrzyskim jedyny ośrodek II poziomu realizujący świadczenia w pilotażu sieci onkologicznej (PZOZ w Starachowicach) został w 2020 r. przekształcony w szpital covidowy, a pacjenci do leczenia chemioterapeutycznego zostali przekierowani do terapii w ŚCO (świadczeń w ŚCO na rzecz tych pacjentów udzielał lekarz onkolog ze szpitala w Starachowicach). Pozostałe ośrodki jako szpitale leczące COVID-19 na I poziomie (SPZZOZ Staszów i ZOZ Końskie) i III poziomie (WSZ Kielce i ZOZ Końskie) także ograniczyły swoją działalność, co widać w braku włączeń pacjentów do pilotażu w 2020 r.

Call-center w Świętokrzyskim Centrum Onkologii to zespół 7 konsultantek, które rezerwują wizyty do poradni oraz udzielają wszelkich informacji na temat funkcjonowania Świętokrzyskiego Centrum Onkologii. Call-center jest w pełni dostępne dla pacjentów z pilotażu sieci onkologicznej.

Od momentu ogłoszenia pandemii COVID-19, call-center pracowało w niezmienionej formie. Odbierano do 900 połączeń dziennie, mimo zakażenia COVID-19 w zespole konsultantek i ich nieobecność. Mimo to, z uwagi na mniejszą liczbę pacjentów zainteresowanych leczeniem w dobie epidemii średniomiesięczna liczba połączeń spadła w 2020 r. o 8%.

Białostockie Centrum Onkologii.

Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku w okresie pandemii nie ograniczało przyjęcia pacjentów oraz nie zamykało swoich oddziałów. Szpital zachował ciągłość leczenia i diagnostyki pacjentom onkologicznym.

Ograniczona możliwość kontaktu pacjentów z lekarzami rodzinnymi spowodowała brak wystawiania przez nich kart DILO. Bez wykonywania podstawowej diagnostyki, wykrywalność nowotworów była znikoma.

Ważnym aspektem, który wpłynął na dynamikę pacjentów włączanych do pilotażu był fakt, iż dwa szpitale I poziomu: MSWiA w Białymstoku oraz Szpital Wojewódzki w Łomży, zostały „szpitalami jednoimiennymi”, co oznacza że były wyłączone z normalnego funkcjonowania

i przyjmowania pacjentów bez zakażenia COVID-19, do leczenia stacjonarnego oraz ambulatoryjnego. To spowodowało, iż oba szpitale nie włączały żadnych pacjentów przez ponad 6 miesięcy 2020 r. W pozostałych jednostkach, ze względu na czasowe zamknięcie oddziałów oraz problemy z personelem medycznym, przekształcenia pojedynczych oddziałów w oddziały COVID, również wzrost liczby pacjentów, nie był znaczący.

Call Center czynne jest od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-18.00. System ten obsługiwany jest przez 3 stanowiska, wyposażone w zestawy słuchawkowe z mikrofonami.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

W odniesieniu do obszarów problemowych związanych z realizacją programu w okresie pandemii zaobserwowano w 2020 r. w porównaniu do roku 2019 - znaczący spadek wizyt w poradni pulmonologicznej (o około 70 %) i hospitalizacji w oddziałach zajmujących się diagnostyką i leczeniem raka płuca (o około 25%). Pacjenci w wywiadzie dość często wymieniali jako przyczynę niezgłaszania się - ograniczony dostęp do wizyt lekarskich w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz chęć omijania skupisk ludzkich jako zwiększających ryzyko zakażenia, co prawdopodobnie bezpośrednio przełożyło się na opisaną sytuację.

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Formalna realizacja pilotażu sieci onkologicznej w województwie pomorskim rozpoczęła się z dniem 1 kwietnia 2020 r., co zbiegło się z jednoczesnym ogłoszeniem stanu epidemii.

Z uwagi na decyzję Wojewody Pomorskiego o przekształceniu części oddziałów szpitalnych podmiotów leczniczych działających na terenie województwa pomorskiego w oddziały jednoimienne, dedykowane wyłącznie leczeniu pacjentów z aktywnym wirusem SARS-CoV-2, faktyczne rozpoczęcie realizacji pilotażu u części świadczeniodawców nastąpiło z opóźnieniem.

Zarówno w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku oraz Szpitalu Specjalistycznym w Prabutach realizację pilotażu rozpoczęto bez zakłóceń z dniem 1 kwietnia 2020 r.

W późniejszym terminie dołączyły kolejne podmioty:

- Szpitale Pomorskie w Gdyni od dnia 1 czerwca 2020 r.
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Słupsku od dnia 1 czerwca 2020 r.
- Copernicus Podmiot Leczniczy w Gdańsku od dnia 1 czerwca 2020 r.
- Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie od dnia 1 października 2020 r,

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne jako wielospecjalistyczny szpital dysponuje dedykowaną Infolinią dla pacjentów dzwoniących do Szpitala. W 2021 r. w UCK uruchomiony został dodatkowy numer - dedykowany wyłącznie pacjentom onkologicznym. Dzięki temu rozwiązaniu pacjenci dzwoniący do Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, w zakresie pytań dotyczących leczenia i diagnostyki onkologicznej łączeni są bezpośrednio z koordynatorem.

Analiza / ekspertyza z przeprowadzonego badania satysfakcji pacjentów oraz podsumowanie z badania satysfakcji pacjentów

Badanie zostało przeprowadzone przez EU-CONSULT sp. z o.o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, w ramach postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wybór wykonawcy w ramach realizacji projektu POWR.05.02.00-00-0005/19 pn. „Wsparcie procesu poprawy jakości w leczeniu onkologicznym oraz zmiana organizacji systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii”.

Zakres przedmiotowy

1. Przygotowanie analiz/ekspertyz z przeprowadzonego badania satysfakcji pacjentów, o którym mowa w rozporządzeniu pilotażowym, w tym:
 - prezentacja i analiza szczegółowych wyników z ankiet;
 - porównanie wyników w ramach danego województwa i zbiorcze w ramach wszystkich województw włączonych do programu pilotażowego.
2. Przygotowanie podsumowania z badania satysfakcji pacjentów, w tym:
 - ocena narzędzia i metodologii, przyjętych w badaniu satysfakcji pacjenta w ramach programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej,
 - opracowanie rekomendacji i propozycji ewentualnych zmian w kwestionariuszu celem wdrożenia w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.

Ekspertyza przeprowadzona została z uwzględnieniem ankiet zbieranych do 31 października 2021 r. Analizie poddano ogółem 5540 ankiet.

Zakres terytorialny objął 4 województwa biorące udział w pilotażu sieci onkologicznej, tj. dolnośląskie, świętokrzyskie, podlaskie, pomorskie.

Podsumowanie z badania satysfakcji pacjentów

98,9% uczestników badania pilotażowego, zapytanych o poziom zadowolenia z uzyskanej pomocy onkologicznej i tym samym chęć polecenia placówki znajomym wskazywało na oceny

powyżej 5. Ocen dokonywano w skali od 1 do 10, gdzie 1 oznaczało ocenę najniższą, a 10 – najwyższą. Średnia ocen respondentów wyniosła ogółem 9,6.

Najbardziej zadowoleni z otrzymanej pomocy byli pacjenci z województwa świętokrzyskiego (średnia ocen 9,8; 98,8% wskazań na oceny powyżej 5) oraz dolnośląskiego (9,7; 98,7% wskazań na oceny powyżej 5). Nieco niższe oceny wskazywali respondenci z Podlasia i z województwa pomorskiego (po 9,3; odpowiednio 98,7% i 99,7% wskazań na oceny powyżej 5).

Biorąc pod uwagę płeć pacjentów, zadowolenie z pilotażu, rozumiane jako gotowość do polecenia innym placówki, z której korzystał respondent, deklarowało ogółem 4 315 osób, tj. aż 95,7% ogółu uczestników badania, którzy odpowiedzieli na pytanie dotyczące zadowolenia ze wsparcia. Wśród nich znajdowało się 64,8% kobiet oraz 35,2% mężczyzn.

Ocenie poddano kwestionariusz pn. Monitoring jakości świadczeń w leczeniu onkologicznym. Metodologia przyjęta w badaniu satysfakcji pacjenta w ramach programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej została oceniona jako poprawna. Wykonawca przedstawił rekomendacje i propozycje ewentualnych zmian w kwestionariuszu, w tym ujednoczenie wytycznych związanych z przygotowaniem baz, tj. wyników badania ankietowego, z uwagi na fakt, że placówki w różny sposób przekazują wyniki badania pilotażowego, co znacznie utrudnia ich połączenie. Wykonawca zaproponował także przygotowanie krótkiej informacji o prowadzonym badaniu, która może stanowić wstęp do przygotowanego narzędzia. Szczegółowe zmiany wskazane zostały w podsumowaniu z badania satysfakcji pacjentów, stanowiącym Załącznik nr 3

Komitet Sterujący rekomenduje prowadzenie oceny satysfakcji pacjenta w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na podstawie ankiety stworzonej w ramach pilotażu z uwzględnieniem zmian wskazanych przez wykonawcę.

Analiza / Ekspertyza z przeprowadzonego badania satysfakcji pacjentów oraz podsumowanie z badania satysfakcji pacjentów stanowi Załącznik nr 3

Analiza programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej w obszarze oceny spójności danych gromadzonych w ramach programu.

Analiza programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej jest próbą zbadania wpływu programu na usystematyzowanie gromadzenia danych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej w szczególności w zakresie informacji o dacie rozpoznania oraz stopnia zaawansowania choroby nowotworowej, skrócenia czasu oczekiwania na diagnozę i rozpoczęcia terapii oraz organizację opieki onkologicznej. Kluczowe we wnioskowaniu jest odniesienie do parametru diagnostyki patomorfologicznej jako najistotniejszego elementu procesu podejmowania decyzji oraz czynnika prognostycznego w wyborze metod leczenia onkologicznego jak również w obszarze powtarzalności kosztochłonnych badań diagnostycznych.

Analiza na pierwszym etapie odnosi się do oceny spójności gromadzenia danych w województwach objętych programem pilotażowym poprzez pozyskanie z Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących (WOK) w województwie dolnośląskim, podlaskim, pomorskim i świętokrzyskim uzupełniających danych z dedykowanego systemu gromadzenia danych w ramach programu pilotażowego (baza OncoReports, HIS) obejmujących dane podstawowe w tym m.in. o dacie włączenia, rozpoznania, diagnozy, hist-pat, danych dotyczących stopnia zaawansowania nowotworu m.in. stopień wg TNM (przeliczony na podstawie wartości T, N oraz M), stopniu TNM sprawozdaną przez jednostkę przekazującą informację oraz w celu dodatkowej weryfikacji odrębną informację dla wartości T, N oraz M, danych dot. badań diagnostycznych – procedury medyczne ICD-9, daty zlecenia, opisu, rozpoczęcia i zakończenia etapu diagnostycznego, danych o świadczeniach radioterapii i chemioterapii (w tym informacji o dacie początku i końcu – cykl) wraz ze wskazaniem informacji o jednostce włączającej pacjenta do pilotażu oraz źródła danych.

W kolejnym etapie zbadano spójność danych gromadzonych w ramach pilotażu sieci onkologicznej na terenie województwa dolnośląskiego, podlaskiego, pomorskiego i świętokrzyskiego oraz weryfikacji, jaka część z tych danych jest możliwa do wyliczenia na podstawie zasobów bazodanowych będących w posiadaniu NFZ.

Poddano weryfikacji dane podstawowe dotyczące m.in.:

- kompletności danych o liczbie świadczeniobiorców dla poszczególnych rozpoznań zasadniczych ujętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. poz. 2423 z późn. zm.),
- liczby świadczeniobiorców (unikalne numery PESEL) w obrębie różnych jednostek chorobowych wg ICD-10,
- daty badania histopatologicznego oraz daty diagnozy i daty rozpoznania z bazy OncoReports.

Weryfikacji poddano również informacje, czy data diagnozy pochodziła z okresu realizacji programu pilotażowego.

Mając na względzie zachowanie należytej transparentności założeń analitycznych, w części analizy dotyczącej ścieżek pacjenta, podjęto decyzje o cenie programu pilotażowego w województwie dolnośląskim i świętokrzyskim dla kohorty świadczeniobiorców nowo rozpoznanych (z rozpoznaniem zasadniczymi ICD-10: C50, C18-C20 i C34), którzy mieli konsylium w ośrodkach pilotażowych w okresie po dacie dołączenia do pilotażu lub do 30 dni przed włączeniem.

Zakres i cel analizy do raportu został zaprojektowany przez Departament Lecznictwa oraz uzgodniony i zaakceptowany przez Komitet Sterujący. Część analityczna do raportu została zrealizowana przez połączone zespoły Departamentu Lecznictwa oraz Departamentu Analiz i Innowacji Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach prac Komitetu Sterującego.

Co istotne, przedmiotowa analiza przeprowadzona na potrzeby raportu wykracza poza zakres informacji wymaganych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2423 z późn. zm.).

Weryfikacja spójności danych

Cel analizy

Jednym z założeń programu pilotażowego było wprowadzenie porządku i usystematyzowanie danych dotyczących diagnostyki i leczenia pacjenta, w szczególności w zakresie daty rozpoznania choroby nowotworowej oraz stopnia jej zaawansowania, które są kluczowe z punktu widzenia prowadzenia analiz. Nie są one jednak dostępne jako dane statystyczne gromadzone w ramach standardowej sprawozdawczości rozliczeniowej z płatnikiem,

a zazwyczaj funkcjonują jako wewnętrzshpitalne zapisy w dokumentacji medycznej. W tym celu, w ramach programu pilotażowego, wprowadzono obowiązek sprawozdawania stopnia zaawansowania.

W analizie przedstawiono dane gromadzone w ramach programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej z województwa dolnośląskiego, podlaskiego, pomorskiego i świętokrzyskiego. Próby szczegółowej oceny spójności danych gromadzonych w ramach programu pilotażowego, a także weryfikacji, jaka ich część jest możliwa do wyliczenia na podstawie baz danych NFZ, dokonano na podstawie danych z województwa dolnośląskiego i świętokrzyskiego.

Zestawienia przygotowane na potrzeby analizy są również przydatne do oceny obowiązkowej sprawozdawczości realizowanej przez wszystkich świadczeniodawców w Polsce (rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych z dnia 17 stycznia 2022 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 434, z późn. zm.).

Analizowana baza danych obejmuje wszystkich świadczeniobiorców, którzy wyrazili świadomą zgodę na włączenie do programu pilotażowego i u których rozpoznano nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca. Dopuszczono włączenie świadczeniobiorcy do pilotażu na każdym etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz monitorowania (*follow up*), z wynikiem badania histopatologicznego nie starszym niż z pierwszym dniem rozpoczęcia pilotażu na terenie danego województwa (od 1 lutego 2019 roku dla dolnośląskiego i świętokrzyskiego, od 1 grudnia 2019 r. dla pomorskiego i podlaskiego).

W każdym województwie do pilotażu sieci onkologicznej mógł być włączony także przypadek wznowy choroby zweryfikowany histopatologicznie po 1 lutym 2019 r.

Źródła danych

Analiza powstała w oparciu o:

- 1) dane gromadzone w stworzonej na potrzeby programu pilotażowego Platformie Wymiany Danych Medycznych (OncoReports) przekazane przez WOK-i zespołowi analitycznemu;
- 2) dane dotyczące pacjentów objętych pilotażem sieci onkologicznej przekazane w ramach standardowych obowiązków sprawozdawczych do OW NFZ;
- 3) dane dotyczące pacjentów objętych kartą Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego.

Dostęp do trzech źródeł danych na temat tej samej grupy pacjentów umożliwiło weryfikację spójności informacji gromadzonych w ramach programu pilotażowego. Stworzono także unikalną możliwość weryfikacji danych gromadzonych przez NFZ dotyczących m.in. stopnia zaawansowania nowotworu (TNM) oraz wyliczenia istotnych dla opieki onkologicznej parametrów wyłącznie w oparciu o dane płatnika.

Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące otrzymywały dane z Oddziału Wojewódzkiego NFZ właściwego dla swojej lokalizacji z uwzględnieniem procedur medycznych ICD-9 oraz pozostałych świadczeń wykonanych w innych województwach, co wpłynęło na wyliczane mierniki.

Platforma OncoReports

Platforma Wymiany Danych Medycznych (OncoReports) powstała jako narzędzie pozwalające na gromadzenie danych statystyczno-medycznych potrzebnych do wystandaryzowanego wyliczenia mierników i wskaźników wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej.

Rysunek 1. Platforma OncoReports

The screenshot displays the OncoReports web application interface. At the top, there is a navigation bar with the logo and menu items: 'Lista pacjentów', 'Ankiety', 'Statystyki', and 'Raporty'. The user 'Jan Admin' is logged in. The main content area is titled 'Lista pacjentów (134)' and includes a search bar and a table of patients. The table has columns for '#', 'OR ID', 'Imię', 'Nazwisko', 'Uzupełnienie danych', and 'Typ Nowotworu'. The 'Uzupełnienie danych' column shows progress bars and percentages. A sidebar on the right, titled 'Filtrowanie danych', contains filters for 'OR ID', 'Jednostka organizacyjna', 'Typ nowotworu', and 'Data dołączenia od', along with a calendar for October 2020.

#	OR ID	Imię	Nazwisko	Uzupełnienie danych	Typ Nowotworu
1	30	Anna	[Redacted]	100%	C19
2	40	Agnieszka	[Redacted]	43%	C19
3	31	Aleksandra	[Redacted]	0%	C6 C1
4	32	Bogusław	[Redacted]	14%	C61
5	33	Bernadetta	[Redacted]	7%	C19
6	34	Czesław	[Redacted]	92%	C56
7	5	Danuta	[Redacted]	0%	C34
8	28	Grzegorz	[Redacted]	84%	C56
9	19	Katarzyna	[Redacted]	50%	C19

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez przedstawicieli WOK współtworzących Platformę, została ona przygotowana w taki sposób, by jak najłatwiej i najskuteczniej pomóc realizatorom programu pilotażowego pozyskać i zagregować w jednym miejscu wszystkie informacje, niezbędne do wyliczenia mierników pilotażowych. Platforma ta pozwoliła na nieodpłatne korzystanie z systemu, także przez ośrodki współpracujące I i II poziomu w formie wystandaryzowanej. Powyższe miało umożliwić porównywanie realizatorów programu pilotażowego w sposób szybki i wystandaryzowany. Platforma poprzez rozbudowaną funkcjonalność umożliwiła wprowadzanie danych automatycznie z systemów HIS szpitali, jak również ręcznie. Co ważne, narzędzie to zostało przygotowane jako uzupełnienie dla szpitalnych systemów informatycznych, a nie w celu ich zastąpienia.

Niemal wszystkie ośrodki w województwie dolnośląskim uzupełniały dane w ramach Platformy, tj. pięć z sześciu ośrodków I poziomu, wszystkie dziewięć ośrodków drugiego poziomu oraz WOK. Dwa ośrodki dokonały integracji hurtowni danych z systemem HIS: WOK automatyzując przekazywanie danych w pełni oraz jeden ośrodek II poziomu częściowo automatyzując przekazywanie danych do hurtowni.

Cztery ośrodki (WOK i 3 ośrodki współpracujące) w województwie świętokrzyskim uzupełniały dane w ramach Platformy, w tym tylko WOK dokonał integracji z systemem HIS, automatyzując w znacznej części przekazywanie danych do analiz.

Charakterystyka przekazanych danych (OncoReports)

Dane przekazane przez WOK-i dotyczące realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej:

1. Dane podstawowe dotyczące pacjentów:
 - PESEL;
 - rozpoznanie, z którym pacjenta włączono do pilotażu;
 - data dołączenia do pilotażu;
 - jednostka włączająca;
 - data zgonu;
 - data rozpoznania z OncoReports;
 - data diagnozy;
 - data badania histopatologicznego.
2. Dane dotyczące stopnia zaawansowania nowotworu:
 - PESEL;
 - rozpoznanie;

- stopień wg TNM przeliczony na podstawie wartości T, N oraz M;
 - stopień zaawansowania sprawozdany przez jednostkę;
 - wartość T;
 - wartość N;
 - wartość M;
 - jednostka określająca.
3. Dane dotyczące chemioterapii:
- PESEL;
 - kod świadczenia;
 - nazwa świadczenia;
 - data rozpoczęcia;
 - data zakończenia;
 - jednostka określająca;
 - źródło danych.
4. Dane dotyczące radioterapii:
- PESEL;
 - kod świadczenia;
 - nazwa świadczenia;
 - rodzaj terapii;
 - data rozpoczęcia;
 - data zakończenia;
 - jednostka;
 - źródło danych.
5. Dane dotyczące badań diagnostycznych:
- PESEL;
 - kod procedury;
 - nazwa procedury;
 - jednostka;
 - data zlecenia;
 - data opisu;
 - data rozpoczęcia;
 - data zakończenia;
 - źródło.

Słowniczek terminów

Data włączenia do pilotażu – data wyrażenia zgody przez pacjenta na włączenie do pilotażu. Zgodnie z przepisami rozporządzenia, pilotażem mogą być objęci świadczeniobiorcy, u których w okresie realizacji pilotażu rozpoznano nowotwór złośliwy. Początek pilotażu przewidziano na 1 lutego 2019 r. - przyjęto, że z tego dnia najpóźniej mogą pochodzić wyniki badania histopatologicznego włączanych do projektu pacjentów.

Data badania histopatologicznego – data wystawienia i podpisania wyniku histopatologicznego przez placówkę wykonującą opis tego badania.

Data rozpoznania – to data ustalenia ostatecznego rozpoznania. W przypadku pacjentów diagnozowanych w ośrodku posiadającym własną pracownię histopatologiczną data ta jest zbieżna z datą wyniku histopatologicznego.

Data diagnozy – data świadczenia, podczas którego lekarz po raz pierwszy stawia rozpoznanie onkologiczne.

Rekord – informacja statystyczno-medyczna o całej ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta, identyfikowanego po numerze PESEL, który został włączony do pilotażu KSO z danym rozpoznaniem pilotażowym.

Unikatowy PESEL – unikatowym symbol jednoznacznie identyfikującym osobę fizyczną, wykazywany raz dla danego rozpoznania zasadniczego ICD-10.

Woj. dolnośląskie – weryfikacja podstawowych danych dotyczących pacjentów

Weryfikacja danych z platformy OncoReports

Zgodnie art. 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej pilotażem mogą zostać objęci świadczeniobiorcy, u których w okresie realizacji pilotażu rozpoznano nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca (kody jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10: C18–C20, C34, C50, C56, C61, D05 i C78.0). Wynika z tego, że do programu pilotażowego powinni być włączani tylko nowo zdiagnozowani pacjenci.

W ramach podstawowej weryfikacji przekazanych danych:

- sprawdzono, ilu pacjentów dla poszczególnych rozpoznań włączono do pilotażu;

- zweryfikowano pojawianie się tych samych numerów PESEL w obrębie różnych rozpoznań;
- przeanalizowano występowanie informacji o dacie badania histopatologicznego oraz dacie diagnozy i dacie rozpoznania z OncoReports;
- zweryfikowano, czy data diagnozy pochodziła z okresu realizacji pilotażu.

Tabela 12 Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania (od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2021 r.; województwo dolnośląskie).

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	C78.0	D05	Łącznie	Odsetek
Liczba rekordów	1 739	246	1 139	3 809	4 768	451	3 160	179	302	15 793	nd.
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL)	1 738	246	1 138	3 808	4 761	451	3 159	179	302	15 643	nd.
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego	673	112	381	2 415	2 476	105	582	23	150	6 896	44,1%
Liczba pacjentów bez daty badania histopatologicznego, dla których odnotowano odpowiedni rekord w badaniach diagnostycznych	452	55	370	437	1 043	80	1 228	73	31	3 731	23,9%
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego, dla których nie odnotowano odpowiedniego rekordu w badaniach diagnostycznych	197	40	124	668	1 478	58	214	5	118	2 896	18,5%
Liczba pacjentów z podaną datą diagnozy	1 493	215	1 013	953	4 394	434	2 854	86	293	11 654	74,5%
Liczba pacjentów z datą diagnozy przed rozpoczęciem pilotażu	8	2	6	1	60	2	20	0	4	103	0,7%
Liczba pacjentów z podaną datą rozpoznania (OncoReports)	1 132	91	536	3 154	2 039	114	1 686	98	48	8 859	56,6%
Liczba pacjentów z datą rozpoznania (OncoReports) przed rozpoczęciem pilotażu	1	1	0	0	4	0	6	0	0	12	0,1%
Liczba pacjentów bez daty rozpoznania ani daty diagnozy	8	4	4	213	4	3	16	4	3	259	1,7%

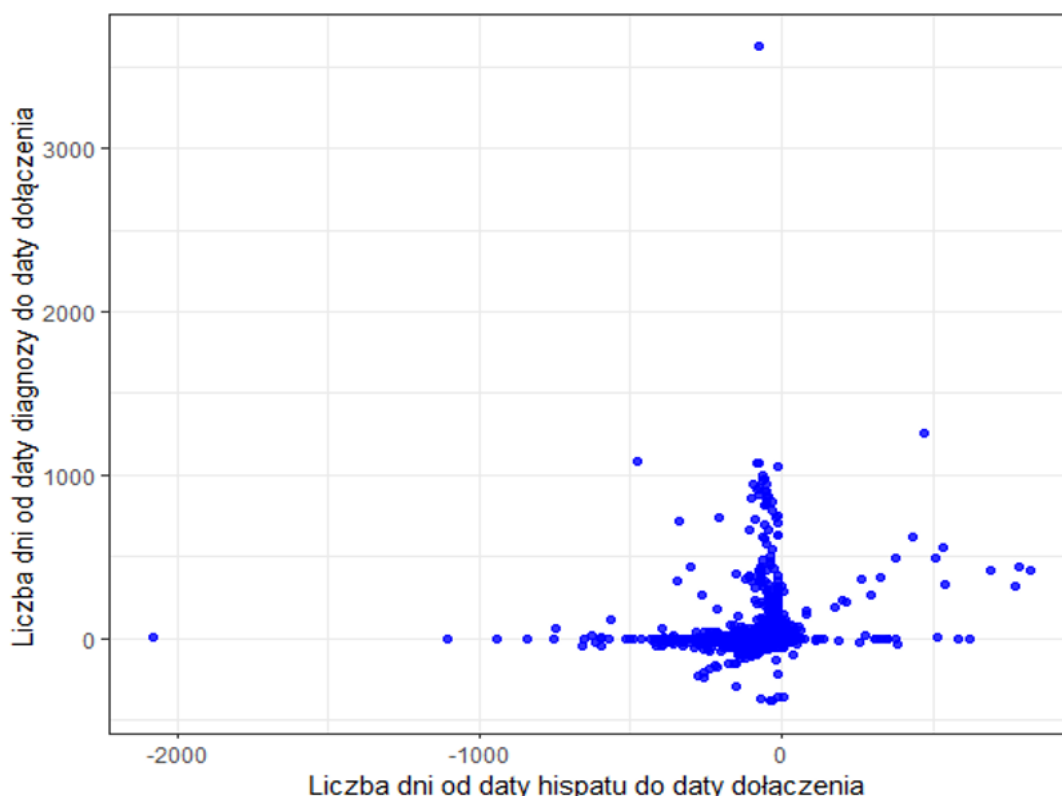
Należy zauważyć, że liczba rekordów nie jest równa liczbie unikatowych pacjentów (PESEL), co wynika z faktu, że:

- 11 osób zostało włączonych do pilotażu dwa razy z tym samym rozpoznaniem zasadniczym ICD-10, co może mieć związek z sytuacją zakończenia leczenia raka piersi, albo zdiagnozowaniem u tej samej osoby drugiego nowotworu piersi, albo wycofaniem przez osobę zakwalifikowaną do programu pilotażowego zgody na udział w programie pilotażowym, po czym ponowne jej wyrażenie;
- 139 pacjentów zostało włączonych do pilotażu z dwoma rozpoznaniem zasadniczymi ICD-10.

Z tabeli wynika również, że w przypadku 6 896 pacjentów przekazano informację o dacie badania histopatologicznego natomiast brakuje jej w przypadku 55,9% pacjentów. Dodatkowo dla 3 731 pacjentów informacja o badaniu histopatologicznym występuje w tabeli dotyczącej badań diagnostycznych. Zatem łącznie u 32% pacjentów brak jest jakiegokolwiek informacji o badaniu histopatologicznym z ośrodka biorącego udział w programie pilotażowym. Wątpliwości budzi również fakt, że występują sytuacje, w których data rozpoznania lub data diagnozy z platformy OncoReports pochodzi sprzed obowiązywania pilotażu. Sugeruje to błędne włączanie pacjentów do pilotażu lub błędne wpisywanie dat diagnozy do OncoReports. Natomiast w przypadku 1,7% pacjentów w ogóle nie występuje informacja o dacie diagnozy, ani o dacie rozpoznania.

Dla rekordów, w których występuje zarówno data diagnozy oraz data badania histopatologicznego (4 556 rekordów) dokonano analizy zależności pomiędzy datą diagnozy a datą dołączenia oraz datą badania histopatologicznego a datą dołączenia (Rysunek 2).

Rysunek 2. Zależność pomiędzy datą dołączenia a datą diagnozy i datą badania histopatologicznego (województwo dolnośląskie)



Dane wskazują na brak sekwencyjności zdarzeń. Daty diagnozy i daty badania histopatologicznego występują zarówno przed, jak i po dacie dołączenia, a dzielące je okresy cechuje duża zmienność, co rodzi problemy w interpretacji danych.

Weryfikacja z uwzględnieniem danych NFZ

W ramach weryfikacji danych przeprowadzono również analizę, na ile dane przekazane z platformy OncoReports są zbieżne z danymi gromadzonymi w zasobach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). W Tabeli 13 przedstawiono wyniki analizy porównawczej przekazanych danych z danymi dotyczącymi diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO).

Tabela 13 Wyniki porównania danych z województwa dolnośląskiego z danymi NFZ dotyczącymi kart DiLO

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano wystawienie karty DiLO	15 456	98,8%
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano konsylium w czasie trwania pilotażu w ośrodkach pilotażowych i rozpoznanie z konsylium było zgodne z rozpoznaniem z pilotażu	14 118	89,5%

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów z rozpoznaniem z pilotażu na etapie diagnostyki wstępnej/pogłębionej/ zabiegu diagnostyczno-leczniczego, wykonanych w trakcie trwania pilotażu i w ośrodkach pilotażowych, którzy nie są uwzględnieni w punkcie poprzednim	724	4,6%

W przypadku 1,2% pacjentów z pilotażu w województwie dolnośląskim nie odnotowano wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Natomiast szczególne zaniepokojenie i wątpliwości budzi fakt, że w przypadku 10,5% pacjentów nie odnotowano, w okresie trwania programu pilotażowego, organizacji konsylium w ośrodkach realizujących program pilotażowy na terenie województwa dolnośląskiego lub że ci pacjenci w ogóle nie mieli konsylium.

Zestawienie danych z pilotażu z danymi rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącymi świadczeń (Tabeli 14) wynika, że w przypadku 7,2% pacjentów w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do programu pilotażowego, wykazano świadczenia związane z leczeniem onkologicznym z rozpoznaniem zasadniczym ICD-10, z którym włączono pacjenta do programu pilotażowego, (sprawozdanym jako główne lub współistniejące).

Tabela 14. Wyniki porównania danych z pilotażu KSO województwa dolnośląskiego z danymi rozliczeniowymi NFZ dotyczącymi świadczeń

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, którzy w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do pilotażu mieli w lecznictwie szpitalnym sprawozdane świadczenia z zakresów: Leczenie szpitalne – programy terapeutyczne (lekowe), Leczenie szpitalne – chemioterapia, Leczenie szpitalne – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa, Leczenie szpitalne – programy lekowe lub produkt rozliczeniowy z katalogu 1a z rozpoznaniem, z którym włączono pacjenta do pilotażu.	1 143	7,2%
Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ odnotowano przy świadczeniu oznaczenie o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenie z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), i znajdujących się w danych z województwa dolnośląskiego.	11 731	75%
Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ nie odnotowano przy świadczeniu oznaczenia o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenia z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), ale znajdujących się w danych województwa dolnośląskiego.	3 908	25%
Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ odnotowano przy świadczeniu oznaczenie o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenie z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), ale nie znajdujących się w danych z województwa dolnośląskiego.	171	nd.

Kolejnym spostrzeżeniem wynikającym z analizy jest fakt, że na poziomie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia brak jest pełnej informacji o tym, którzy pacjenci są włączeni do programu pilotażowego, ponieważ nie dla wszystkich pacjentów wskazanych przez realizatorów programu jako objętych programem pilotażowym, przekazano na etapie rozliczania świadczeń

informację o zgodzie na uczestnictwo w programie pilotażowym lub o kodzie specjalnego rozliczenia wskazującym na udział w programie.

Powyższe wynika z przyjętego przez NFZ sposobu rozliczania świadczeń. Świadczeniodawca rozliczając świadczenie z OW NFZ określał dodatkowe dane, tj.:

- kod specjalnego rozliczenia produktu;
- dodatkowe dokumenty wymagane do wykonania świadczenia: kod PIL_ONKO wraz ze wskazaniem numeru zgody świadczeniobiorcy.

Przy czym współczynnik pilotażowy przysługiwał placówkom wyłącznie do wybranych świadczeń szpitalnych m.in. pobytów rozliczonych w systemie JGP jako zabieg diagnostyczno-leczniczy lub leczenie po konsylium, osobodni do teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej, chemioterapii i programów lekowych. Zgodnie z powyższym schematem, współczynnika nie nalicza się do świadczeń, do sumowania z pobytami, lekami, procedurami teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej oraz nowymi, dedykowanymi do zakresu produktów rozliczeniowych związanych z KON-Pierś i KON-JG, np. materiału histopatologicznego. W przypadku świadczeń, których nie obejmował współczynnik, raportowanie dodatkowych danych nie było wymagane.

Woj. dolnośląskie – weryfikacja danych dotyczących TNM

Weryfikacja w obrębie danych z platformy OncoReports

Kluczową informacją gromadzoną w ramach pilotażu KSO, jest informacja o zaawansowaniu choroby nowotworowej. W związku z tym obowiązkiem sprawozdawania w programie pilotażowym, po raz pierwszy zdefiniowano czas (specyficzny punkt na ścieżce pacjenta), w którym powinien być określony stopień zaawansowania zgodnie z klasyfikacją TNM (ustalony na poziomie ośrodków pilotażowych, był to etap konsylium). Na podstawie doświadczeń z programu pilotażowego stwierdzono, że raportowanie etapu, na którym następuje wskazanie stopnia zaawansowania wymaga precyzyjnego wskazania. Tabela 15 przedstawia wyniki przeprowadzonej weryfikacji.

Tabela 15 Statystyki dotyczące danych o stopniu zaawansowania nowotworu (województwo dolnośląskie)

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba rekordów	1 331	188	854	2 474	3 961	332	2 328	11 468

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba pacjentów z przekazaniem TNM (unikatowy PESEL)	1 327	188	850	2 461	3 958	330	2 309	11 367
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL)	1 738	246	1 138	3 808	4 761	451	3 159	15 195
Odsetek pacjentów, dla których przekazano TNM	76,4%	76,4%	74,7%	64,6%	83,1%	73,2%	73,1%	74,8%
Liczba pacjentów z poprawnie sprawozdanym TNM	1 119	158	769	1 856	3 692	137	1 829	9 518

W przekazanych danych brak jest informacji o TNM dla rozpoznania zasadniczego ICD-10: *C78.0 Wtórny nowotwór złośliwy układu oddechowego i pokarmowego*, co wynika z jego specyfiki (nowotwór wtórny, dotyczący przerzutów). Odnosząc zatem liczbę pacjentów, dla których sprawozdano TNM do liczby pacjentów (z wyłączeniem rozpoznań zasadniczych ICD-10 C78.0 oraz D05 – 15 195), należy stwierdzić, że informacja o zaawansowaniu nowotworu została przekazana dla 74,8% pacjentów. Należy również zauważyć, że dla poszczególnych nowotworów liczba rekordów jest większa niż liczba pacjentów, których dane dotyczą, co wskazuje na występowanie zjawiska wielokrotnego przekazywania informacji dotyczącej choroby u danego pacjenta.

Dokonano również analizy poprawności danych dotyczących TNM. Do błędnie sprawozdanych TNM zaliczono rekordy, gdzie pole T lub N lub M było niewypełnione lub zawierało nieprawidłowe wartości (np. 'T') lub wartości, które uniemożliwiały uzyskanie stopnia zaawansowania ('Tx'), ale nie są wartościami nieprawidłowymi.

Weryfikacja z uwzględnieniem danych NFZ

W ramach weryfikacji, dane z OncoReports zestawiono z informacjami przekazywanymi przez ośrodki pilotażowe w okresie trwania pilotażu na etapie rozliczania świadczeń do Narodowego Funduszu Zdrowia. W Tabeli 16 przedstawiono wyniki analizy porównawczej. Wzięto pod uwagę tylko przypadki ze sprawozdanym TNM, w których rozpoznanie główne lub współistniejące było tożsame z rozpoznaniem z pilotażu.

Tabela 16 Wyniki porównania danych z województwa dolnośląskiego z danymi rozliczeniowymi NFZ dotyczącymi TNM

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych NFZ	879	116	660	2 531	2 931	206	1428	8 715

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych województwa dolnośląskiego i NFZ	767	102	555	1 744	2613	157	1205	7 119
Liczba pacjentów z takim samym TNM sprawozdanym w danych z województwa dolnośląskiego i NFZ	506	66	433	1 306	2116	115	787	5 316
Liczba pacjentów bez sprawozdanego stopnia TNM w danych z województwa dolnośląskiego, ale z TNM sprawozdanym do NFZ	112	14	105	787	318	49	223	1 608

Należy zauważyć, że w danych NFZ znalazła się informacja dotycząca 8 715 pacjentów, a więc 57,35% uczestników programu pilotażowego. Dla 7 119 pacjentów porównano wartości TNM w obu źródłach danych. Okazało się, że w przypadku 5 316 osób sprawozdany TNM był taki sam w danych z województwa dolnośląskiego i NFZ (z dokładnością do dwóch pierwszych znaków). Wskazuje to na istotne rozbieżności pomiędzy zgromadzonymi danymi.

Dodatkowo, w przypadku 1 608 pacjentów (10,58% pacjentów) informację o TNM przekazano wyłącznie na etapie rozliczania świadczeń, a nie przekazano jej w danych z województwa dolnośląskiego z programu pilotażowego.

Różnica w obu grupach TNM może wynikać z różnic w metodyce sprawozdawczej:

- świadczeniodawca rozliczając świadczenie do NFZ sprawozdaje TNM określony na dzień udzielenia świadczenia;
- w pilotażu precyzyjnie określono etap raportowania TNM na dzień konsylium (ustalenia planu leczenia).

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, od 1 stycznia 2020 r. wprowadzono obowiązek sprawozdawania informacji o kodzie i stopniu zaawansowania choroby według klasyfikacji TNM oraz stadium zaawansowania (*in situ*, miejscowe, regionalne, uogólnione), natomiast program pilotażowy od początku trwania nakładał obowiązek sprawozdawania powyższej informacji (czyli 11 miesięcy od daty rozpoczęcia programu pilotażowego).

Ponadto, obowiązek wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom

zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, dotyczy wyłącznie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego:

- związanych z wykonaniem zabiegu operacyjnego;
- wykonania chemioterapii;
- wykonania radioterapii.

Zmiana w czasie – porównanie wyników analiz dla okresu 2019 i 2020-2021

Tabela 17 Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania oraz w rozbiciu na dwa okresy realizacji (województwo dolnośląskie)

Obszar weryfikacji	od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2019 r.											od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.										
	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	C78.0	D05	Łącznie	Odsetek	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	C78.0	D05	Łącznie	Odsetek
Liczba rekordów	414	83	319	1078	1260	195	745	21	74	4189	n/d	1325	163	820	2731	3508	256	2415	158	228	11604	n/d
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL)	414	83	318	1078	1260	195	745	21	74	4175	n/d	1325	163	820	2731	3504	256	2414	158	228	11500	n/d
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego	226	48	122	765	814	44	224	1	33	2274	54,50%	447	64	259	1651	1664	61	358	22	117	4635	40,3%
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego, dla których nie odnotowano odpowiedniego rekordu w badaniach diagnostycznych	57	22	42	89	478	31	81	0	30	829	19,90%	140	18	82	580	1000	27	133	5	88	2071	18%
Liczba pacjentów bez daty badania histopatologicznego, dla których odnotowano odpowiedni rekord w badaniach diagnostycznych	121	19	117	123	236	27	278	11	8	935	22,4%	332	36	253	314	808	53	950	62	23	2800	24,3%
Liczba pacjentów z podaną datą diagnozy	370	78	293	259	1190	192	710	13	74	3169	75,9%	1124	137	720	695	3207	242	2144	73	219	8509	74%
Liczba pacjentów z datą diagnozy przed rozpoczęciem pilotażu	6	1	6	1	47	2	16	0	4	83	2%	2	1	0	0	14	0	4	0	0	21	0,2%

Liczba pacjentów z podaną datą rozpoznania (OncoReports)	254	19	142	774	461	40	421	6	6	2119	50,8%	879	72	394	2381	1579	74	1265	92	42	6747	58,7%
Liczba pacjentów z datą rozpoznania (OncoReports) przed rozpoczęciem pilotażu	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0,1%	0	1	0	0	2	0	6	0	0	9	0,1%
Liczba pacjentów bez daty rozpoznania ani daty diagnozy	2	2	1	208	1	3	9	3	0	229	5,5%	6	2	3	5	3	0	7	1	3	30	0,3%

Z analizowanych danych statystycznych wynika znaczący spadek odsetka w liczbie pacjentów z datą badania histopatologicznego zaraportowanych przez ośrodki biorące udział w programie pilotażowym. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez WOK wiązało się to ze zwiększeniem liczby pacjentów i ich włączaniem na różnych etapach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej do programu pilotażowego. Zgodnie z rozporządzeniem do pilotażu mogli być włączani wyłącznie pacjenci z nowotworem złośliwym, (czyli stopień złośliwości histologicznej G3 i G4) zdiagnozowanym w trakcie trwania pilotażu.

W przedstawionej opinii przedstawicieli WOK na Dolnym Śląsku notowany jest wysoki odsetek rozproszenia diagnostyki, w tym również wysoki odsetek ośrodków wykonujących badania histopatologiczne, a niebiorących udziału w programie pilotażowym. Każdy z ośrodków realizujących program pilotażowy był odpowiedzialny za raportowanie do OncoReports danych z etapu diagnostyki lub leczenia, który realizował dla pacjenta. W przypadku, kiedy pacjent miał wykonywane badanie histopatologiczne przez ośrodek, który nie uczestniczył w programie pilotażowym, dane na ten temat nie pojawiały się w bazie OncoReports.

W pozostałych obszarach nie odnotowano istotnych różnic statystycznych.

Tabela 18 Wyniki porównania danych z województwa dolnośląskiego z danymi dotyczącymi kart DILO w rozbiściu na dwa okresy realizacji

Obszar weryfikacji	od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2019 r.		od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.	
	Łącznie	Odsetek	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano wystawienie karty DILO	4 107	98,4%	11 381	99%
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano konsylium w czasie trwania pilotażu w ośrodkach pilotażowych i rozpoznanie z konsylium było zgodne z rozpoznaniem z pilotażu	3 800	90,7%	10 323	89%
Liczba pacjentów z rozpoznaniem z pilotażu na etapie diagnostyki wstępnej/pogłębionej/ zabiegu diagnostyczno-leczniczego, wykonanych w trakcie trwania pilotażu i w ośrodkach pilotażowych, którzy nie są uwzględnieni w punkcie poprzednim	124	3%	600	5,2%

Nie odnotowano znaczących różnic pomiędzy dwoma okresami realizacji. Wyliczone odsetki wskazują na wysoką zgodność danych.

Tabela 19 Wyniki porównania danych z województwa dolnośląskiego z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi świadczeń w rozbiściu na dwa okresy realizacji

Obszar weryfikacji	od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2019 r.		od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.	
	Łącznie	Odsetek	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, którzy w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do pilotażu mieli w lecznictwie szpitalnym sprawozdane świadczenia z zakresów: Leczenie szpitalne – programy terapeutyczne (lekowe), Leczenie szpitalne – chemioterapia, Leczenie szpitalne – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa, Leczenie szpitalne – programy lekowe lub produkt rozliczeniowy z katalogu 1a z rozpoznaniem, z którym włączono pacjenta do pilotażu.	261	6,2%	883	7,6%
Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ odnotowano przy świadczeniu oznaczenie o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenie rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), i znajdujących się w danych z województwa dolnośląskiego	3 419	81,9%	8 343	72,6%
Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ nie odnotowano przy świadczeniu oznaczenia o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenia z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), ale znajdujących się w danych z województwa dolnośląskiego	756	18,1%	3 153	27,4%

Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ odnotowano przy świadczeniu oznaczenia o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenie rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), ale nie znajdujących się w danych z województwa dolnośląskiego	8 252	n/d	3 313	n/d
---	-------	-----	-------	-----

Brak systemów kontrolnych w zasobach płatnika, funkcjonujących w czasie rzeczywistym umożliwił ośrodkom włączenie pacjenta na każdym etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego w związku z czym odnotowano rekordy pacjentów, którzy w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do programu pilotażowego mieli w ramach hospitalizacji sprawozdane i rozliczone wybrane świadczenia z rozpoznaniem zasadniczym tożsamym z tym wskazanym w programie pilotażowym. Odsetek pacjentów nie przekraczał 7,6% procent.

Tabela 20 Statystyki dotyczące danych stopnia zaawansowania nowotworu w województwie dolnośląskim w rozbiciu na dwa okresy realizacji

Obszar weryfikacji	od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2019 r.								od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.							
	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba rekordów	339	71	251	776	1126	145	559	3267	994	117	603	1 699	2837	187	1769	8206
Liczba pacjentów z przekazany TNM (unikatowy PESEL)	338	71	250	765	1126	145	556	3245	990	117	600	1697	2834	185	1753	8142
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL) ogólnie	414	83	318	1078	1260	195	745	4081	1325	163	820	2731	3504	256	2414	11140
Odsetek pacjentów, dla których przekazano TNM	81,6%	85,5%	78,6%	71%	89,4%	74,4%	74,6%	79,5%	74,7%	71,8%	73,2%	62,1%	80,9%	72,3%	72,6%	73,1%
Liczba pacjentów z poprawnie sprawozdanym TNM	259	58	221	548	1032	53	434	2602	861	100	548	1309	2662	84	1395	6931

Porównując dane dotyczące stopnia zaawansowania nowotworu, odnotowano widoczne różnice pomiędzy liczbą pacjentów z poprawnie sprawozdanym TNM, a liczbą pacjentów z przekazany TNM. Rozbieżności występują zarówno w początkowym okresie programu pilotażowego, jak również w jego drugim okresie. W opinii przedstawicieli WOK powyższe wskazuje na konieczność na konieczność ujednoczenia i usystematyzowania sprawozdawczości, co znajduje odzwierciedlenie w końcowych wnioskach i rekomendacjach do rozdziału.

Tabela 21. Wyniki porównania danych z województwa dolnośląskiego z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM w rozbiciu na dwa okresy realizacji

Obszar weryfikacji	od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2019 r.	od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.
--------------------	--	---

	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych NFZ	131	19	92	353	382	54	206	1236	749	97	568	2178	2552	152	1222	7491
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych woj. dolnośląskiego i NFZ	110	18	80	274	352	41	173	1048	658	84	475	1470	2263	116	1032	6080
Liczba pacjentów z takim samym TNM-em sprawozdanym w danych z woj. dolnośląskiego i NFZ	37	7	29	159	187	11	75	505	470	59	404	1147	1931	104	712	4814
Liczba pacjentów bez sprawozdanego stopnia TNM w danych z woj. dolnośląskiego, ale z TNM sprawozdanym do NFZ	21	1	12	79	30	13	33	189	91	13	93	708	289	36	190	1420

Odnotowano widoczne różnice pomiędzy pozycją "Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych z województwa dolnośląskiego i NFZ" a pozycją "Liczba pacjentów z takim samym TNM-em sprawozdanym w danych z województwa dolnośląskiego i NFZ". Komentarz w zakresie rozbieżności został ujęty w rekomendacjach w zakresie ujednolicenia oraz usystematyzowania sprawozdawczości.

Województwo świętokrzyskie – weryfikacja podstawowych danych dotyczących pacjentów

Weryfikacja danych z platformy OncoReports

Zgodnie art. 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2423 z późn. zm.) pilotażem mogą zostać objęci świadczeniobiorcy, u których w okresie realizacji pilotażu rozpoznano nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, jajnika, jelita

grubego, piersi lub płuca (kody jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10: C18–C20, C34, C50, C56, C61, D05 i C78.0). Wynika z tego, że do pilotażu mogli być włączani tylko nowo zdiagnozowani pacjenci. W województwie świętokrzyskim do pilotażu włączano pacjentów z nowym rozpoznaniem, którzy mieli pierwszy wynik badania histopatologicznego z potwierdzonym nowotworem złośliwym, wydany po 1 lutego 2019 r. Wznowy miejscowe nie były włączane do pilotażu. Dopiero po zmianie rozporządzenia MZ w sprawie pilotażu włączano pacjentów z przerzutami do płuca (C78.0).

W ramach podstawowej weryfikacji przekazanych danych:

- sprawdzono, ilu pacjentów dla poszczególnych rozpoznań obejmował pilotaż;
- zweryfikowano pojawianie się tych samych numerów PESEL w obrębie różnych rozpoznań;
- przeanalizowano występowanie informacji o dacie badania histopatologicznego oraz dacie diagnozy i dacie rozpoznania z OncoReports;
- zweryfikowano, czy data diagnozy pochodziła z okresu realizacji pilotażu.

Tabela 22. Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania (województwo świętokrzyskie)

Obszar weryfikacji	C18_C20	C34	C50	C56	C61	C78.0	D05	Łącznie	Odsetek
Liczba rekordów	1 004	563	1 582	352	1 382	60	123	5 066	nd.
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL)	998	560	1 578	350	1 378	60	123	5 014	nd.
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego wisi	485	396	1 274	255	782	51	115	3 330	66,4%
Liczba pacjentów bez daty badania histopatologicznego, dla których odnotowano odpowiedni rekord w badaniach diagnostycznych	214	62	227	52	213	6	4	777	15,5%
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego, dla których nie odnotowano odpowiedniego rekordu w badaniach diagnostycznych	14	0	6	1	2	0	0	23	0,5%
Liczba pacjentów z podaną datą diagnozy	951	555	1571	333	1 370	59	120	4 926	98,2%

Liczba pacjentów z datą diagnozy przed rozpoczęciem pilotażu	0	1	3	0	1	0	0	5	0,1%
Liczba pacjentów z podaną datą rozpoznania (OncoReports)	91	12	9	4	25	0	0	141	2,8%
Liczba pacjentów z datą rozpoznania (OncoReports) przed rozpoczęciem pilotażu	0	0	0	0	1	0	0	1	0%
Liczba pacjentów bez daty rozpoznania ani daty diagnozy	6	1	3	16	1	1	3	31	0,6%

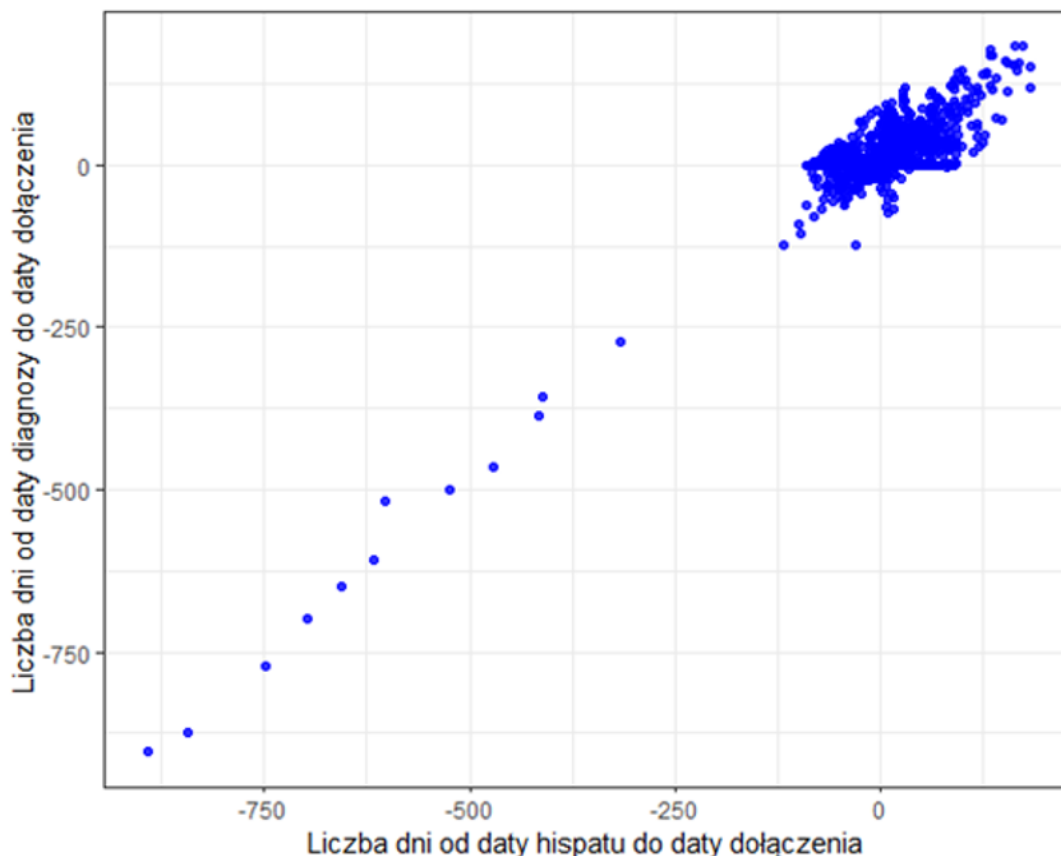
Należy zauważyć, że liczba rekordów nie jest równa liczbie unikatowych pacjentów (PESEL), co wynika z faktu, że:

- 19 osób zostało włączonych do pilotażu dwa razy z tym samym rozpoznaniem (u pacjentów wystąpiło nowe rozpoznanie lub ten sam pacjent podpisał zgodę na włączenie do pilotażu w więcej, niż jednym ośrodku realizującym pilotaż),
- a 33 pacjentów zostało włączonych do pilotażu z dwoma rozpoznaniem, ponieważ w przypadku Świętokrzyskiego Centrum Onkologii (ŚCO) pacjenci podpisywali odrębne zgody na włączenie do pilotażu w przypadku wystąpienia dwóch, odrębnych nowotworów pierwotnych i byli oznaczani odrębnymi oznaczeniami w systemie informatycznym na potrzeby wyliczania mierników. Informacja o dacie badania histopatologicznego w głównej tabeli dotyczy 3 330 pacjentów.

Oznacza to, że brakuje jej w przypadku 33,6%. Dodatkowo dla 777 pacjentów informacja o badaniu histopatologicznym występuje w tabeli dotyczącej badań diagnostycznych. Zatem łącznie u 18,1% pacjentów brak jest jakiegokolwiek informacji o badaniu histopatologicznym. Wątpliwości budzi również fakt, że występują sytuacje, w których data rozpoznania lub data diagnozy z OncoReports jest sprzed obowiązywania pilotażu. Sugeruje to błędne włączanie pacjentów do pilotażu lub błędne wpisywanie dat diagnozy. Natomiast w przypadku 0,6% pacjentów w ogóle nie występuje informacja o dacie diagnozy lub dacie rozpoznania.

Dla rekordów, w których występuje zarówno data diagnozy oraz data badania histopatologicznego (3 358 rekordów) dokonano analizy zależności pomiędzy datą diagnozy a datą dołączenia oraz datą badania histopatologicznego a datą dołączenia (Rysunek 3).

Rysunek 3 Zależność pomiędzy datą dołączenia a datą diagnozy i datą badania histopatologicznego (województwo świętokrzyskie)



Dane wskazują na brak sekwencyjności zdarzeń. Dаты diagnozy i daty badania histopatologicznego występują zarówno przed, jak i po dacie dołączenia, a dzielące je okresy cechuje duża zmienność, co rodzi problemy w interpretacji danych.

Weryfikacja z uwzględnieniem danych NFZ

W ramach weryfikacji przeprowadzono również analizę, na ile dane przekazane z platformy OncoReports są zbieżne z danymi gromadzonymi w zasobach Narodowego Funduszu Zdrowia. W Tabeli 23 przedstawiono wyniki analizy porównawczej przekazanych danych z danymi dotyczącymi diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO).

Tabela 23 Wyniki porównania danych z województwa świętokrzyskiego z danymi NFZ dotyczącymi kart DiLO

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano wystawienie karty DiLO	5 005	99,8%
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano konsylium w czasie trwania pilotażu w ośrodkach pilotażowych i rozpoznanie z konsylium było zgodne z rozpoznaniem z pilotażu	4 104	81,3%
Liczba pacjentów z rozpoznaniem z pilotażu na etapie diagnostyki wstępnej/pogłębionej/ zabiegu diagnostyczno-leczniczego, wykonanych w trakcie trwania pilotażu i w ośrodkach pilotażowych, którzy nie są uwzględnieni w punkcie poprzednim	314	6,2%

W przypadku 0,2% pacjentów nie odnotowano wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Natomiast szczególne wątpliwości budzi fakt, że w przypadku 18,7% pacjentów nie odnotowano w okresie trwania pilotażu organizacji konsylium w ośrodkach realizujących pilotaż na terenie województwa świętokrzyskiego, co może wskazywać na niepoprawne włączanie pacjentów do pilotażu.

Z zestawienia danych z pilotażu z danymi dotyczącym świadczeń (Tabela 24) wynika, że w przypadku 5,4% pacjentów w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do pilotażu, wykazano świadczenia związane z leczeniem onkologicznym z rozpoznaniem, z którym włączono pacjenta do pilotażu (sprawozdany jako rozpoznanie główne lub współistniejące).

Tabela 24 Wyniki porównania danych z województwa świętokrzyskiego z danymi rozliczeniowymi NFZ dotyczącymi świadczeń

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, którzy w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do pilotażu mieli w lecznictwie szpitalnym sprawozdane świadczenia z zakresów: Leczenie szpitalne – programy terapeutyczne (lekowe), Leczenie szpitalne – chemioterapia, Leczenie szpitalne – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa, Leczenie szpitalne – programy lekowe lub produkt rozliczeniowy z katalogu 1a z rozpoznaniem, z którym włączono pacjenta do pilotażu.	271	5,4%
Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ odnotowano przy świadczeniu oznaczenie o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenie rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), i znajdujących się w danych województwa świętokrzyskiego.	4 395	87,7%
Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ nie odnotowano przy świadczeniu oznaczenia o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenia z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), ale znajdujących się w danych województwa świętokrzyskiego.	618	12,3%

Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ odnotowano przy świadczeniu oznaczenia o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenie rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), ale nie znajdujących się w danych województwa świętokrzyskiego.	48	nd.
--	----	-----

Z danych wynika, że do Narodowego Funduszu Zdrowia sprawozdano 48 świadczeniobiorców (poniżej 1% przypadków), z adnotacją włączenia do pilotażu, a którzy nie znaleźli się w danych z podmiotu leczniczego. Należy wskazać, iż mogą to być pacjenci, którzy zostali pierwotnie zakwalifikowani do pilotażu (podpisali zgodę), a następnie zostali wyłączeni z pilotażu (np. po analizie danych i stwierdzeniu innego rozpoznania według międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 niż wskazane w programie pilotażowym, czy pacjentki z wykluczonym rakiem jajnika lub wynik badania histopatologicznego, który był sprzed 01.02.2019 r.).

Kolejnym spostrzeżeniem wynikającym z analizy jest fakt, że na poziomie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia brak jest pełnej informacji o tym, którzy pacjenci są włączeni do programu pilotażowego, ponieważ nie dla wszystkich pacjentów wskazanych przez ośrodki jako objętych programem pilotażowym, przekazano na etapie rozliczania świadczeń informację o zgodzie na uczestnictwo w programie pilotażowym lub o kodzie specjalnego rozliczenia wskazującym na udział w programie pilotażowym.

Powyższe wynika z przyjętego przez NFZ sposobu rozliczania świadczeń. Świadczeniodawca rozliczając świadczenie z OW NFZ określał dodatkowe dane, tj.:

- kod specjalnego rozliczenia produktu;
- dodatkowe dokumenty wymagane do wykonania świadczenia: kod PIL_ONKO wraz ze wskazaniem numery zgody świadczeniobiorcy.

Przy czym współczynnik pilotażowy przysługiwał placówkom wyłącznie do wybranych świadczeń szpitalnych m.in. pobytów rozliczonych w systemie JGP jako zabieg diagnostyczno-leczniczy lub leczenie po konsylium, osobodni do teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej, chemioterapii i programów lekowych. Zgodnie z powyższym schematem, współczynnika nie nalicza się do świadczeń, do sumowania z pobytami, lekami, procederami teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej oraz nowych, dedykowanych do zakresu produktów rozliczeniowych z KON-Pierś i KON-JG, np. materiału histopatologicznego. W przypadku świadczeń, których nie obejmował współczynnik, raportowanie dodatkowych danych nie było wymagane.

Woj. świętokrzyskie – weryfikacja danych dotyczących TNM

Weryfikacja w obrębie danych z platformy OncoReports

Kluczową informacją gromadzoną w ramach pilotażu KSO jest informacja o zaawansowaniu choroby nowotworowej. Tabela 25 przedstawia wyniki przeprowadzonej weryfikacji.

Tabela 25 Statystyki dotyczące danych dotyczących zaawansowania nowotworu (województwo świętokrzyskie)

Obszar weryfikacji	C18_C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba rekordów	912	438	1 465	314	1 210	4 339
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL) z przekazanym TNM	897	432	1 464	313	1 204	4 294
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL) ogólnie	998	560	1 578	350	1 378	4 838
Odsetek pacjentów, dla których przekazano TNM	89,9%	77,1%	92,8%	89,4%	87,4%	88,8%
Liczba pacjentów z poprawnie sprawozdanym TNM	847	410	1 429	39	1 132	3 845

W przekazanych danych brak jest informacji o TNM dla rozpoznania zasadniczego ICD-10 C78.0, co wynika z jego specyfiki (nowotwór wtórny, dotyczący przerzutów). Odnosząc zatem liczbę pacjentów, dla których sprawozdano TNM do liczby pacjentów (z wyłączeniem C78.0 oraz D05 (4 838), należy stwierdzić, że informacja o zaawansowaniu została przekazana dla 88,8% pacjentów. Należy również zauważyć, że dla poszczególnych nowotworów liczba rekordów jest większa, niż liczba pacjentów, których dane dotyczą, co wskazuje na występowanie zjawiska wielokrotnego przekazywania informacji dotyczącej choroby. Powyższe wynika z faktu możliwego włączenia jednego pacjenta do pilotażu więcej niż 1 raz (np. pierwotny nowotwór w drugiej piersi). Dokonano również analizy poprawności danych dotyczących TNM. Do błędnie sprawozdanych TNM zaliczono rekordy, gdzie pole T lub N lub M było niewypełnione lub zawierało nieprawidłowe wartości (np. 'T' lub 'Tx').

Weryfikacja z uwzględnieniem danych NFZ

W ramach weryfikacji dane z OncoReports zestawiono z informacjami przekazywanymi przez ośrodki pilotażowe w okresie trwania pilotażu na etapie rozliczania świadczeń do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela 26 Wyniki porównania danych z województwa świętokrzyskiego z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM

Obszar weryfikacji	C18_C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych NFZ	375	291	873	94	234	1 866
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych woj. świętokrzyskiego NFZ	342	236	842	75	215	1 709
Liczba pacjentów z takim samym TNM-em sprawozdanym w danych z woj. świętokrzyskiego i NFZ	310	229	824	0	0	1 363
Liczba pacjentów bez sprawozdanego stopnia TNM w danych z woj. Świętokrzyskiego, ale z TNM sprawozdanym do NFZ	33	55	31	19	19	157

Należy zauważyć, że w danych NFZ znalazła się informacja dotycząca 1 866 pacjentów, a więc 38,57% uczestników pilotażu. Dla 1 709 pacjentów porównano wartości TNM w obu źródłach danych. Okazało się, że w przypadku 1 363 osób sprawozdany TNM był taki sam w danych z województwa świętokrzyskiego NFZ (z dokładnością do dwóch pierwszych znaków). Wskazuje to na rozbieżności pomiędzy zgromadzonymi danymi.

Dodatkowo, w przypadku 157 pacjentów (3,25% pacjentów) informację o TNM przekazano wyłącznie na etapie rozliczania świadczeń, a nie przekazano jej w danych z województwa świętokrzyskiego.

Różnica w obu grupach TNM może wynikać z różnic w metodyce sprawozdawczej:

- świadczeniodawca rozliczając świadczenie do NFZ sprawozdaje TNM określony na dzień udzielenia świadczenia;
- w pilotażu precyzyjnie określono etap raportowania TNM na dzień konsylium (ustalenia planu leczenia).

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, od 1 stycznia 2020 r. nakładał obowiązek sprawozdawania informacji o kodzie i stopniu zaawansowania choroby według klasyfikacji TNM oraz stadium zaawansowania (*in situ*, miejscowe, regionalne, uogólnione), natomiast program pilotażowy od

początku trwania nakładał obowiązek sprawozdawania powyższej informacji (czyli 11 miesięcy od daty rozpoczęcia programu pilotażowego).

Ponadto, obowiązek wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych dotyczy wyłącznie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego:

1. związanych z wykonaniem zabiegu operacyjnego;
2. wykonania chemioterapii;
3. wykonania radioterapii.

W przypadku pacjentów, którzy decyzją konsylium nie wymagali leczenia onkologicznego informacja o TNM nie musi być przekazywana do NFZ. Wobec powyższego należy z góry zaznaczyć, że w zakresie kompletności dane pilotażowe oraz dane NFZ mogą być rozbieżne z uwagi na okres (w pilotażu od 1 lutego 2019 r., do NFZ od 1 stycznia 2020 r.) oraz zakres ich zbierania.

Tabela 27. Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania oraz w rozbiciu na dwa okresy realizacji (województwo świętokrzyskie)

Obszar weryfikacji	od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2019 r.									od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.								
	C18_C20	C34	C50	C56	C61	C78.0	D05	Łącznie	Odsetek	C18_C20	C34	C50	C56	C61	C78.0	D05	Łącznie	Odsetek
Liczba rekordów	324	138	482	107	433	5	37	1 526	n/d	680	425	1 100	245	949	55	86	3 540	n/d
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL)	322	137	481	105	431	5	37	1 507	n/d	679	425	1099	245	948	55	86	3 515	n/d
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego	150	109	388	76	258	5	34	1 012	67,2%	335	287	886	179	524	46	81	2 318	65,9%
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego, dla których nie odnotowano odpowiedniego rekordu w badaniach diagnostycznych	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	14	0	6	1	2	0	0	23	0,7%
Liczba pacjentów bez daty badania histopatologicznego, dla których odnotowano odpowiedni rekord w badaniach diagnostycznych	76	14	81	25	65	0	1	262	17,4%	139	49	147	27	148	6	3	518	14,7%
Liczba pacjentów z podaną datą diagnozy	291	133	477	104	429	5	36	1 464	97,1%	662	422	1094	229	942	54	84	3 465	98,6%

Liczba pacjentów z datą diagnozy przed rozpoczęciem pilotażu	0	1	3	0	1	0	0	5	0,3%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Liczba pacjentów z podaną datą rozpoznania (OncoReports)	55	5	6	3	10	0	0	79	5,2%	36	7	3	1	15	0	0	62	1,8%	
Liczba pacjentów z datą rozpoznania (OncoReports) przed rozpoczęciem pilotażu	0	0	0	0	1	0	0	1	0,1%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Liczba pacjentów bez daty rozpoznania ani daty diagnozy	0	0	0	0	0	0	1	1	0,1%	6	1	3	16	1	1	2	30	0,9%	

W przypadku ogólnych danych statystycznych pomiędzy okresami nie odnotowano znaczących różnic. Odnotowano zwiększenie odsetka kompletności zbieranych danych oraz liczby pacjentów z rozpoznaniem w badaniu diagnostycznym, włączonych do pilotażu. Jednocześnie w okresie od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r. odnotowano spadek odsetka pacjentów z rozpoznaniem w OncoReports, co wiązało się z okresowym zamknięciem się placówek pilotażowych dla na pacjentów z podejrzeniem nowotworu, z powodu epidemii SARS-CoV-2 (np. jedyna placówka II poziomu została na długi czas przekształcona w podmiot covidowy), a w woj. świętokrzyskim tylko Ośrodki Współpracujące przekazywały dane bezpośrednio przez OncoReports.

Tabela 28. Wyniki porównania danych z województwa świętokrzyskiego z danymi dotyczącymi kart DiLO, w rozbiciu na dwa okresy realizacji

Obszar weryfikacji	od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2019 r.		od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.	
	Łącznie	Odsetek	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano wystawienie karty DiLO	1 503	99,7%	3 510	99,9%
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano konsylium w czasie trwania pilotażu w ośrodkach pilotażowych i rozpoznanie z konsylium było zgodne z rozpoznaniem z pilotażu	1 246	82,1%	2 863	80,9%
Liczba pacjentów z rozpoznaniem z pilotażu na etapie diagnostyki wstępnej/pogłębionej/ zabiegu diagnostyczno-leczniczego, wykonanych w trakcie trwania pilotażu i w ośrodkach pilotażowych, którzy nie są uwzględnieni w punkcie poprzednim	118	7,8%	197	5,6%

W przypadku danych statystycznych dot. karty DiLO pomiędzy okresami nie odnotowano znaczących różnic.

Tabela 29. Wyniki porównania danych z województwa świętokrzyskiego z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi świadczeń w rozbiciu na dwa okresy realizacji (województwa świętokrzyskiego)

Obszar weryfikacji	od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2019 r.		od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.	
	Łącznie	Odsetek	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, którzy w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do pilotażu mieli w lecznictwie szpitalnym sprawozdane świadczenia z zakresów: Leczenie szpitalne – programy terapeutyczne (lekowe), Leczenie szpitalne – chemioterapia, Leczenie szpitalne – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa, Leczenie szpitalne – programy lekowe lub produkt rozliczeniowy z katalogu 1a z rozpoznaniem, z którym włączono pacjenta do pilotażu.	63	4,2%	210	5,9%
Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ odnotowano przy świadczeniu oznaczenie o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenie rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), i znajdujących się w danych DCOz województwa świętokrzyskiego.	1 420	94,2%	2 981	84,8%

Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ NIE nie odnotowano przy świadczeniu oznaczenia o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenia z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), ale znajdujących się w danych z województwa świętokrzyskiego.	87	5,8%	533	15,2%
Liczba pacjentów, w przypadku których w systemie NFZ odnotowano przy świadczeniu oznaczenia o włączeniu pacjenta do pilotażu lub świadczenie rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem (współczynnikiem), ale nie znajdujących się w danych województwa świętokrzyskiego.	2 904	n/d	1 421	n/d

W przypadku danych statystycznych dotyczących świadczeń pomiędzy okresami, odnotowano zwiększenie odsetka pacjentów nierozliczonych do NFZ ze współczynnikiem pilotażowym, co mogło wiązać się z rozpoczęciem przez województwo świętokrzyskie realizacji świadczeń w zakresie KON-JG oraz wzrostem liczby pacjentów w IV stopniu zaawansowania nowotworu, których zdyskwalifikowano z leczenia systemowego (efekt długu zdrowotnego po epidemii SARS-CoV-2).

Tabela 30. Statystyki dotyczące danych dotyczących zaawansowania nowotworu w rozbiciu na dwa okresy realizacji (województwo świętokrzyskie)

Obszar weryfikacji	od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2019 r.						od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.					
	C18_C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie	C18_C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba rekordów	321	127	469	102	411	1 430	600	314	998	212	801	2 925
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL) z przekazany m TNM	313	123	468	102	406	1 404	587	311	998	211	799	2 898
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL) ogólnie	322	137	481	105	431	1 465	679	425	1 099	245	948	3 381
Odsetek pacjentów, dla których przekazano TNM	97,2%	89,8%	97,3%	97,1%	94,2%	95,8%	86,5%	73,2 %	90,8%	86,1%	84,3%	85,7%
Liczba pacjentów z poprawnie sprawozdanym TNM	302	117	458	3	394	1 269	548	295	973	36	739	2 584

W przypadku danych statystycznych, dotyczących stopnia zaawansowania nowotworu, pomiędzy okresami odnotowano zwiększenie liczby pacjentów, co jest konsekwencją wejścia w życie obowiązku prawnego w tym zakresie. Jednocześnie w okresie od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r. odnotowano 10% spadek odsetka pacjentów ze stopniem zaawansowania, co świadczy o wzroście liczby (i udziału % w całej grupie) pacjentów zgłaszających się do jednego z etapów leczenia już po konsylium wykonanym w innym szpitalu. Był to efekt otwarcia się większej liczby placówek na pacjentów z podejrzeniem nowotworu po epidemii SARS-CoV-2, gdzie z uwagi na wykonane konsylium poza placówkami biorącymi w pilotażu w danych brak jest oznaczenia TNM).

Tabela 31. Wyniki porównania danych z SCO z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM w rozbiu na dwa okresy realizacji (województwo świętokrzyskie)

Obszar weryfikacji	od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2019 r.						od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.					
	C18_C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie	C18_C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych NFZ	32	25	102	18	16	193	344	267	772	76	218	1 676
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych woj. Świętokrzyskiego i NFZ	30	23	99	17	15	184	313	214	744	58	200	1 528
Liczba pacjentów z takim samym TNM sprawozdanym w danych z woj. świętokrzyskiego i NFZ	23	21	86	0	0	130	287	209	739	0	0	1 235
Liczba pacjentów bez sprawozdanego stopnia TNM w danych z województwa świętokrzyskiego, ale z TNM sprawozdanym do NFZ	2	2	3	1	1	9	31	53	28	18	18	148

W przypadku danych statystycznych dot. TNM pomiędzy okresami odnotowano zwiększenie liczby pacjentów z przekazaniem danych do NFZ, co jest konsekwencją wejścia w życie obowiązku prawnego w tym zakresie.

Ograniczenia w organizacji i realizacji programu pilotażowego na przykładzie analizy porównawczej wyników analiz dla okresu 2019 i 2020-2021

Przy ocenie danych statystycznych z programu pilotażowego sieci onkologicznej należy wziąć pod uwagę okres i sposób wprowadzania zmian do systemów informatycznych, ale także przyzwyczajień i zachowań pacjentów oraz personelu medycznego placówek. W pierwszej połowie 2019 r., mimo formalnego trwania pilotażu, wypracowywano zasady zbierania, agregacji i analizy danych, jak również opisy kart mierników oceny pilotażu.

Dopiero od 2020 r. wystandaryzowano zakres i format danych przekazywanych przez placówki pilotażowe do Centrali NFZ, jak również wprowadzono obowiązek odnotowywania i sprawozdawania do płatnika danych o stopniu zaawansowania i ocenie według TNM, wraz z danymi o elementach terapii onkologicznej.

Z kolei rok 2020 był okresem zderzenia się z zagrożeniem w postaci epidemii SARS-CoV-2, która znacząco wpłynęła na zachowania zdrowotne pacjentów, ale także możliwości diagnostyczne i lecznicze ośrodków pilotażowych.

Podsumowanie wyników i rekomendacje

Przedmiotowa analiza pozwoliła na ocenę spójności danych zgromadzonych w ramach realizacji programu pilotażowego sieci onkologicznej w latach 2019-2021. Po raz pierwszy podjęto próbę porównania i podsumowania danych z pilotażu pomiędzy dwoma województwami (dolnośląskie, świętokrzyskie) z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia.

W toku prac analitycznych nad raportem, WOK-i uzupełniły dane i udzieliły dodatkowych informacji, które pozwoliły uściślić uzyskane wyniki.

W oparciu o przeanalizowane wyniki oraz doświadczenia WOK z realizacji pilotażu, Komitet Sterujący sformułował następujące rekomendacje.

Rekomendacja 1. Jakość i spójność danych.

Analiza potwierdziła, że jakość i spójność raportowanych danych jest kluczowym parametrem, wymagającym szczególnej oceny, w związku z czym powinien być stale monitorowany i korygowany.

Między województwami dostrzeżono istotne różnice w uzyskanych wynikach, których jedną z możliwych przyczyn tego stanu jest odmienna struktura realizatorów programu pilotażowego w województwach jak również stopień zaangażowania świadczeniodawców w realizację.

W przypadku województwa świętokrzyskiego, 91% pacjentów włączył do pilotażu jeden ośrodek (Świętokrzyskie Centrum Onkologii). Ponadto, zgodnie z przekazanymi informacjami, ośrodek ten przekazywał dane na platformę OncoReports w trybie integracji z informatycznym systemem szpitalnym HIS.

W ramach województw nie odnotowano istotnej zmiany analizowanych parametrów pomiędzy rokiem 2019 a 2020/21.

Wnioskując na bazie analizy jakości danych wzrośnie, gdy:

- kategorie danych przekazywanych w ramach raportowania przez wszystkich uczestników systemu zdefiniowane będą jednolicie. Ponadto konieczne jest ustalenie parametrów o najwyższej wartości merytorycznej przekładających się na ocenę jakości w ujęciu zdrowotnym;
- na etapie realizacji raportowane dane będą cyklicznie weryfikowane pod kątem kompletności i wdrożenia jednolitych zasad raportowania. Analiza danych dokonana przez połączone zespoły MZ i NFZ na potrzeby przedmiotowego raportu, pozwoliła na ich uzupełnienie i poprawienie kompletności. Należy założyć, że podobna, regularnie dokonywana ocena pozwoliłaby na dalszą poprawę kompletności i jakości danych w sieci onkologicznej;
- raportujący otrzymają informację zwrotną na temat jakości i kompletności gromadzonych i przekazywanych danych. Z przedmiotowej analizy wynika, że współpraca i wymiana informacji (wyjaśnień i uzupełnień) pomiędzy raportującymi (WOK) a dokonującym oceny Zespołem nr 1 wpłynęła na zwiększenie kompletności danych;
- analiza danych pod kątem jakości i kompletności dokonywana będzie przez Narodowy Fundusz Zdrowia na bieżąco;
- dane jakościowe oraz dane rozliczeniowe przekazywane przez ośrodki realizujące opiekę onkologiczną w ramach sieci, będą raportowane w oparciu o jednolite i transparentne kryteria. Podmioty raportowały do systemu OncoReports wyłącznie dane, które zostały zdefiniowane pod kątem pilotażu. Mimo to przegląd informacji udostępnionych z różnych ośrodków i regionów ujawnił różnice w sposobie

raportowania i wdrożenia przyjętych zasad uzupełniania bazy pomiędzy regionami. Efektywniejsza wydaje się ocena dokonywana przez jedną instytucję;

- pełna integracja systemu szpitalnego HIS z platformą dedykowaną do raportowania danych do wyliczania mierników i wskaźników (automatyzacja procesu) zwiększa kompletność, jakość i obiektywność przekazanych danych. W opinii Zespołu nr 1 ten sposób gromadzenia danych ma przewagę nad danymi wpisywanymi ręcznie z innych źródeł. Przedstawiciele WOK postulują, by docelowy system gromadzenia danych (wspomniany w projekcie ustawy o KSO jako zintegrowany system informatyczno-analityczny) gromadził dane w sposób jednolity, ustrukturyzowany dla wszystkich podmiotów uczestniczących w leczeniu pacjentów onkologicznych, był zarządzany centralnie, stawiał na obecne w sprawozdawczości z płatnikiem rozwiązanie oparte na komunikatach XML w możliwie najszerszym spektrum, co pozwoliłoby na znaczne podniesienie jakości gromadzonych danych. W obecnej konstrukcji (dopuszczającej dowolność w sposobie gromadzenia i przetwarzania danych) system zbierania danych i ich analiza opiera się na ich przepisywaniu pomiędzy systemami, co znacząco zwiększa ryzyko popełnienia błędu pisarskiego i w konsekwencji zafałszowania wyniku obliczeń. Do rozważenia pozostaje zmiana konstrukcji komunikatu XML odnoszącego się do sprawozdawczości świadczeń (SWX itp.), tak, aby w jak największym stopniu umożliwić obliczanie parametrów oceny świadczeń w sposób zautomatyzowany.

Rekomendacja 2. Kwalifikacja pacjentów do pilotażu

Na podstawie zaraportowanych dat oraz sprawozdawczości do NFZ zweryfikowano poprawność włączania pacjentów do pilotażu. Z analizy pozyskanych danych w województwie dolnośląskim i świętokrzyskim (odpowiednio) wynika, że:

- wystawiono kartę DiLO dla 99% i 99,8% pacjentów;
- przeprowadzono konsylium w ośrodkach pilotażowych dla 89,5% i 81,3% pacjentów;
- w przypadku 25% i 12% pacjentów, których dane znalazły się w bazie OncoReports w bazie NFZ nie odnotowano świadczenia z kodem wskazującym na udział w pilotażu;
- w przypadku 171 i 48 pacjentów w sprawozdawczości NFZ odnotowano świadczenie z kodem wskazującym na wyrażenie pisemnej zgody na udział w pilotażu, natomiast nie odnotowano tożsamej informacji w bazie OncoReports.

Wskazać należy, że zaraportowane dane dotyczące diagnozy/rozpoznania oraz włączenia świadczeniobiorcy do pilotażu nie pozwalają na ocenę zakładanej w pilotażu sekwencyjności zdarzeń (włączanie pacjentów po rozpoznaniu choroby nowotworowej).

Komitet Sterujący rekomenduje raportowanie informacji o liczbie wznów choroby nowotworowej (miejscowej, regionalnej, odległej), ale nie jako przypadków nowo zdiagnozowanych.

Z danych wynika, że program pilotażowy w analizowanym okresie obejmował świadczenioborców, u których rozpoznano nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca po 1 lutego 2019 r., co oznacza, że błędnie dopuszczono włączanie świadczeniobiorcy do pilotażu na każdym etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego (od etapu diagnostyki pogłębionej) oraz monitorowania (*follow up*).

Należy wskazać, że w części raportu dotyczącej analizy ścieżek pacjentów biorących udział w pilotażu, w celu dokonania precyzyjnej analizy programu pilotażowego, przyjęto założenie, w którym badanie obejmie wyłącznie kohortę świadczenioborców nowo rozpoznanych (z rozpoznaniem zasadniczym ICD-10: C18-C20, C34 i C50), którzy mieli konsylium w ośrodkach pilotażowych w okresie po dacie dołączenia do pilotażu lub do 30 dni przed włączeniem.

W związku z powyższym autorzy raportu rekomendują ustalenie jednolitych i jednoznacznych kryteriów dotyczących kwalifikacji pacjenta do sieci onkologicznej.

Rekomendacja 3. Raportowanie świadczeń w ramach karty DiLO i integracji danych z systemem informatycznym KSO

Doświadczenia z realizacji pilotażu potwierdziły potrzebę zmian w systemie informatycznym wspierającym kartę DiLO. Komitet Sterujący rekomenduje następujące zmiany:

- każdy pacjent, któremu wystawiono kartę DiLO powinien być odpowiednio oznaczony i widoczny w systemie (na chwilę obecną istnienie aktywnej karty ujawnia się dopiero przy próbie jej ponownego założenia);
- portal AP_DiLO i zawarte w nim informacje wprowadzone na wcześniejszych etapach powinny być w większym stopniu dostępne dla lekarzy i koordynatorów z poszczególnych ośrodków, tak by w sposób przystępny i na bieżąco umożliwić sprawdzanie aktualnego statusu i etapu ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej;
- w przyszłości informacje powinny dotyczyć: diagnostyki, konsylium przedterapeutycznego, konsylium po zabiegu operacyjnym, leczenia, a w przypadku

pacjentów leczonych radykalnie kontroli po leczeniu (*follow-up*), ponownej diagnostyki z uwagi na podejrzenie wznowy czy przerzutów odległych;

- konieczna jest integracja danych sprawozdawanych do docelowego systemu informatycznego KSO z systemem karty DiLO;
- system KSO powinien stanowić wspólne repozytorium danych podstawowych (data rozpoznania histopatologicznego, TNM wraz ze zmianami i ewentualnym TNM wznowy, stan ogólny wg skali WHO), a w przyszłości także opisów badań histopatologicznych i obrazowych.

Dostrzeżono również istniejące bariery wpływające na prawidłowe odnotowywanie kluczowych danych ze ścieżki pacjentów, co znacząco wpływało na jakość wyliczanych mierników i wskaźników pilotażu KSO. Należy podkreślić, iż podstawą wyliczenia jakiegokolwiek miernika czy wskaźnika jest prawidłowa selekcja z zasobów bazodanowych osób chorujących na nowotwory złośliwe. Bez tego, jakiegokolwiek wyliczenia należy uznać za niewiarygodne i niemogące być bezpośrednią podstawą do podejmowania decyzji.

Dla wszelkich wyliczeń kluczowa jest również możliwość odróżnienia przypadków nowo rozpoznanych i leczonych aktywnie, od tych, które są wznowami, czy też rozsiewami choroby (tzw. koncepcja *Primary Cases* - przypadki pierwotne, od wielu lat używana w certyfikacji europejskiej *European Cancer Centre Certification Programme*). Idealnym narzędziem do tego wydaje się raportowanie klasyfikacji TNM z odpowiednim oznaczeniem, tj. cTNM, pTNM i rTNM.

Zgodnie z rekomendacjami międzynarodowymi oraz doświadczeniami z pilotażu sieci onkologicznej należy rekomendować, aby to przypadki pierwotne stanowiły podstawę do wyliczania części mierników oceny KSO. Obecnie jednak nie istnieje dobre źródło danych dotyczących klasyfikacji cTNM, pTNM i rTNM i wymaga ono gruntownej przebudowy.

Obowiązkowe musi być sprawozdawanie wszystkich leczonych pacjentów, tak aby sprawdzić, czy ośrodek nie włącza tylko pewnej grupy pacjentów.

W przypadku, gdy pacjenta w ramach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej leczy kilka ośrodków należy jednoznacznie wskazać podmiot odpowiedzialny za koordynację i kompletność zebrania i przekazania danych o pacjencie. Rekomenduje się, by podmiotem odpowiedzialnym był realizator konsylium wielodyscyplinarnego (będącym integralnym elementem na ścieżce leczenia pacjenta). Zgodnie z wcześniejszymi rekomendacjami realizatorem konsylium mogą być ośrodki II i III poziomu. Należy zwrócić uwagę na przypadki

pilne i efektywne, np. przypadki nagłe mogą nie mieć konsylium przed pierwotnym leczeniem np. nowotwór złośliwy okrężnicy.

Rekomendacja 4. Data rozpoznania nowego przypadku nowotworu

Na potrzeby pilotażu przyjęto trzy definicje określające moment rozpoznania choroby. Data przygotowania wyniku badania histopatologicznego aktualnie nie jest dostępna na poziomie sprawozdawczości do NFZ (informacja o wyniku histopatologicznym nie jest generowana i wysyłana do NFZ zgodnie z obowiązującym zakresem i formatem wymiany danych). Informacje w tym zakresie pozyskiwano w ramach platformy dedykowanej pilotażowi OncoReports.

Z analizowanych danych wynika, że w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do pilotażu nie przekazano informacji dotyczących badania histopatologicznego dla 32% z województwa dolnośląskiego i 18,1% przypadków z województwa świętokrzyskiego.

Zgodnie z wyjaśnieniami WOK za identyfikację wyniku badania odpowiada indywidualnie każdy ośrodek, który realizował badanie. Ponadto, jeśli pacjent miał wynik badania histopatologicznego realizowanego w ośrodku, który nie uczestniczył w pilotażu, informacja ta mogła nie pojawić się w bazie. Dodatkowo ośrodki pilotażowe, które wykonują badania histopatologiczne u podwykonawców, nie były w stanie wyegzekwować uzupełnienia pełnego raportu synoptycznego dla tego typu badania przyjętego w pilotażu sieci onkologicznej ze względu na brak dostępnych mechanizmów prawnych.

Autorzy raportu rekomendują, by za datę rozpoznania nowego przypadku nowotworu przyjąć datę podpisania raportu histopatologicznego przez specjalistę (wyniku). Powinna być to data pierwszego rozpoznania nowotworu złośliwego – czyli najczęściej wynik biopsji, ewentualnie zabiegu diagnostyczno-terapeutycznego (w przypadku braku możliwości uzyskania rozpoznania drogą biopsji lub w przypadkach nagłych).

Rekomendacja oparta jest na doświadczeniach z pilotażu oraz rekomendacjach międzynarodowych.

Za datę badania histopatologicznego wg wytycznych międzynarodowych⁶ można uznać:

⁶ [ŹRÓDŁO: Section I.2. Incidence date (Standards and Guidelines for Cancer Registration in Europe; THE ENCR RECOMMENDATIONS; Ed. by: J.E. Tyczynski, E. Démaret, D. M. Parkin; IARC, Lyon, 2003; Chapter I. ENCR recommendations on registry practices - I.2 Incidence date ; D. Pheby, M. Sauvage, C. Martínez García, L. Schouten)

"The date of the first event (of the six listed below) to occur chronologically should be chosen as incidence date. If an event of higher priority occurs within three months of the date initially chosen, the date of the higher-priority event should take precedence.

Order of declining priority:

Date of first histological or cytological confirmation of this malignancy (with the exception of histology or cytology at autopsy).

This date should be, in the following order:

- datę pobrania wycinka do badania histopatologicznego/biopsji,
- datę oceny przez histopatologa,
- datę opisu raportu histopatologicznego.

Jednocześnie należy podkreślić, że data opisu jest jedyną, jaka powinna być w sposób ustrukturyzowany raportowana.

Jednocześnie koncepcja *Primary Cases* - przypadków nowo rozpoznanych jest bezpośrednio związana z odpowiednim raportowaniem daty pierwszego rozpoznania histopatologicznego (ze stwierdzeniem nowotworu złośliwego). To od tej daty liczone winny być przeżycia/zgony, to ta grupa pacjentów stanowić powinna „mianownik”. Obowiązkowe jest w tym przypadku sprawozdanie daty pierwszego rozpoznania histopatologicznego np. z biopsji.

Rekomendacja 5. Raportowanie stopnia zaawansowania

Analiza danych wykazała, iż:

- informację o zaawansowaniu odnotowano w dedykowanym pilotażowi systemie OncoReports w przypadku 75% (dolnośląskie) i 89% (świętokrzyskie) pacjentów;
- do NFZ sprawozdano dane dotyczące odpowiednio 58% i 38% pacjentów.

Rekomenduje się, że odpowiednie raportowanie stopnia zaawansowania pozwala na uporządkowanie informacji o ścieżce pacjenta. W opinii autorów raportu, na podstawie doświadczeń z pilotażu sieci onkologicznej, za najbardziej optymalne uznano:

- raportowanie klasyfikacji cTNM na konsylium przedterapeutycznym (konieczne wprowadzenie odpowiednich nazw konsyliów), z wyjątkiem zabiegu diagnostyczno-leczniczego;
- raportowanie klasyfikacji pTNM wraz z datą raportu patologicznego na konsylium pooperacyjnym lub po zabiegu operacyjnym;
- raportowanie klasyfikacji rTNM w przypadku wznowy lub zdiagnozowanego pierwszego rozsiewu choroby nowotworowej.

Każdorazowo należy zaraportować datę oceny, przedrostek (c, p, r) oraz wartości dla T, N i M oraz stopnia zaawansowania.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż do sprawozdania TNM niezbędne jest wskazanie konkretnego świadczenia, z którym będzie przekazywana do NFZ.

Ponadto, w ocenie Komitetu Sterującego należy umożliwić świadczeniodawcom sprawozdanie świadczenia konsylium wielodyscyplinarnego kilkakrotnie poprzez zmiany produktów

a) date when the specimen was taken (biopsy)
 b) date of receipt by the pathologist
 c) date of the pathology report.

rozliczeniowych w zarządzeniu Prezesa NFZ oraz reguł walidacji i weryfikacji. Pozwoli to na właściwe odnotowanie faktycznych etapów ścieżki pacjenta wraz z aktualną na dany dzień oceną wg TNM (cTNM na koniec diagnostyki i pTNM po zabiegu operacyjnym) z dedykowanym prefixem oraz ich wykonanie i sprawozdanie do NFZ kilkakrotnie (co jest standardem klinicznym w wielu nowotworach, w tym w szczególności raku piersi czy raku jelita grubego).

Dodatkowo, dla raka gruczołu krokowego konieczne jest raportowanie grupy ryzyka (oprócz TNM, poziomu PSA i stopnia złośliwości histopatologicznej), a dla nowotworów ginekologicznych klasyfikacji FIGO.

Wprowadzenie w życie rekomendacji oznacza w praktyce zmniejszenie częstotliwości raportowania stopnia zaawansowania przez świadczeniodawców. Aktualnie istnieje konieczność raportowania stopnia zaawansowania przy każdym świadczeniu terapeutycznym sprawozdawanym do NFZ.

Województwa dołączone do programu pilotażowego w trakcie jego trwania

Województwo podlaskie

Województwo podlaskie rozpoczęło realizację programu pilotażowego od 01.12.2019 r. Na podstawie nowelizacji rozporządzenia zostały powołane dwa WOKi:

1. Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym (WOK) w zakresie nowotworów: piersi, jelita grubego, jajnika oraz gruczołu krokowego jest Białostockie Centrum Onkologii;
2. Wojewódzkim Uniwersyteckim Ośrodkiem Koordynującym (WUOK) w zakresie nowotworu płuca jest Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

Białostockie Centrum Onkologii

Charakterystyka przekazanych danych

Dane przekazane przez Białostockie Centrum Onkologii (BCO) dotyczące realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej w województwie podlaskim obejmowały zakres analogiczny do danych przekazanych przez WOK z województwa dolnośląskiego i świętokrzyskiego.

Weryfikacja podstawowych danych dotyczących pacjentów

Weryfikacja danych z platformy OncoReports

W ramach podstawowej weryfikacji przekazanych danych, sprawdzono, ilu pacjentów dla poszczególnych rozpoznań objęto programem pilotażowym. Zweryfikowano również pojawianie się tych samych numerów PESEL w obrębie różnych rozpoznań. Analizie poddano również występowanie informacji o dacie badania histopatologicznego oraz dacie diagnozy i dacie rozpoznania z OncoReports. Zweryfikowano również, czy data diagnozy pochodziła z okresu realizacji pilotażu.

Tabela 32. Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania (województwo podlaskie, w tym BCO, bez USK)

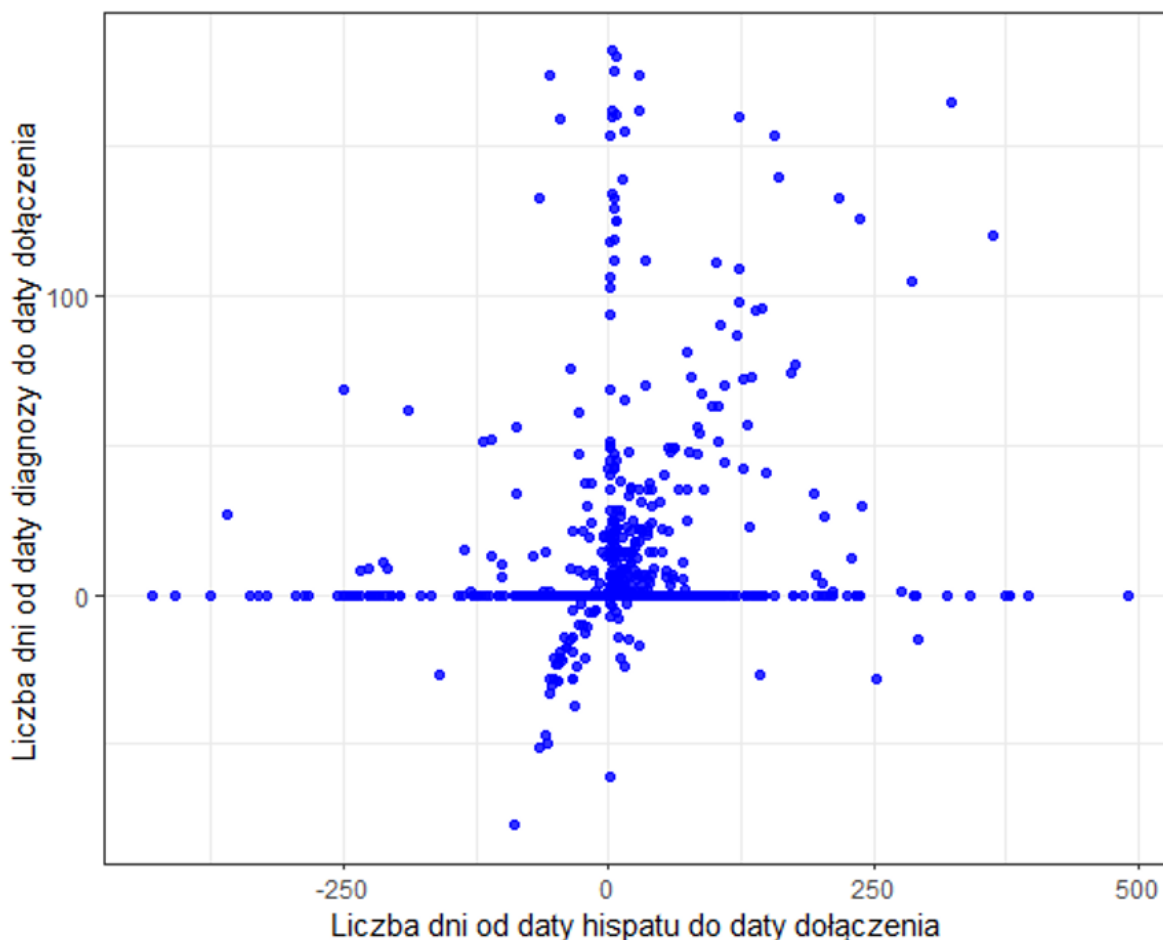
Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	D05	Łącznie	Odsetek
Liczba rekordów	216	85	269	5	1 094	94	549	53	2 365	n/d
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL)	211	84	268	5	1 089	94	548	53	2 348	n/d
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego	163	78	232	0	929	51	470	30	1 951	83,1%
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego, dla których nie odnotowano odpowiedniego rekordu w badaniach diagnostycznych	26	18	78	0	0	0	317	0	439	18,7%
Liczba pacjentów bez daty badania histopatologicznego, dla których odnotowano odpowiedni rekord w badaniach diagnostycznych	11	3	6	1	113	26	13	23	196	8,3%
Liczba pacjentów z podaną datą diagnozy	210	82	266	5	1 080	93	493	53	2 278	97%
Liczba pacjentów z datą diagnozy przed rozpoczęciem pilotażu	1	0	0	0	2	0	0	0	3	0,1%

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	D05	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów z podaną datą rozpoznania (OncoReports)	44	4	24	0	100	0	85	0	257	10,9%
Liczba pacjentów z datą rozpoznania (OncoReports) przed rozpoczęciem pilotażu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Liczba pacjentów bez daty rozpoznania ani daty diagnozy	1	2	2	0	0	1	1	0	7	0,3%

Na wstępie należy zauważyć, że w danych przekazanych przez Białostockie Centrum Onkologii nie występuje rozpoznanie C78.0. Dodatkowo, liczba rekordów nie jest równa liczbie pacjentów (unikatowych peseli). Wynika to z faktu, że 13 osób zostało włączonych do pilotażu dwa razy z tym samym rozpoznaniem, a 4 pacjentów zostało włączonych do pilotażu z dwoma rozpoznaniem. Informacja o dacie badania histopatologicznego w głównej tabeli znajduje się dla 83,1% pacjentów. Oznacza to, że brakuje jej w przypadku 16,9%. Dodatkowo dla 8,3% pacjentów informacja o badaniu histopatologicznym występuje w tabeli dotyczącej badań diagnostycznych. Zatem łącznie w 8,6% pacjentów brak jest jakiegokolwiek informacji o badaniu histopatologicznym. Natomiast w przypadku 0,3% pacjentów w ogóle nie występuje informacja o dacie diagnozy lub dacie rozpoznania.

Dla rekordów, w których występuje zarówno data diagnozy oraz data badania histopatologicznego (1 893 rekordów) dokonano analizy zależności pomiędzy tymi datami (Rysunek 4).

Rysunek 4 Zależność pomiędzy datą dołączenia a datą diagnozy i datą badania histopatologicznego (województwo podlaskie - BCO)



Dane wskazują na brak sekwencyjności zdarzeń. Dаты diagnozy i daty badania histopatologicznego występują zarówno przed, jak i po dacie dołączenia, a dzielące je okresy cechuje duża zmienność, co rodzi problemy w interpretacji danych.

Weryfikacja danych na podstawie danych NFZ

W ramach weryfikacji danych przeprowadzono również analizę, na ile są one zbieżne z danymi gromadzonymi w zasobach Narodowego Funduszu Zdrowia. W Tabeli 33 przedstawiono wyniki analiz porównawczej przekazanych danych z danymi dotyczącymi diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO).

Tabela 33 Wyniki porównania danych z BCO z danymi dotyczącymi kart DiLO (województwo podlaskie, w tym BCO, bez USK)

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano wystawienie karty DiLO	2 312	98,5%

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano konsylium w czasie trwania pilotażu w ośrodkach pilotażowych i rozpoznanie z konsylium było zgodne z rozpoznaniem z pilotażu	2 212	94%
Liczba pacjentów z rozpoznaniem z pilotażu na etapie diagnostyki wstępnej/pogłębionej/ zabiegu diagnostyczno-leczniczego, wykonanych w trakcie trwania pilotażu i w ośrodkach pilotażowych, którzy nie są uwzględnieni w punkcie poprzednim	34	1,4%

W przypadku 1,5% pacjentów nie odnotowano wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Natomiast szczególne wątpliwości budzi fakt, że w przypadku 6% pacjentów nie odnotowano w okresie trwania pilotażu organizacji konsylium w ośrodkach realizujących pilotaż na terenie województwa podlaskiego, co może wskazywać na niepoprawne włączanie pacjentów do pilotażu. Zestawienie danych z pilotażu z danymi dotyczącym świadczeń (Tabela 34) wykazało, że w przypadku 4,4% pacjentów w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do pilotażu, wykazano świadczenia związane z leczeniem onkologicznym z rozpoznaniem, z którym włączono pacjenta do pilotażu (sprawozdanym jako główne lub współlistniejące).

Tabela 34 Wyniki porównania danych z BCO z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi świadczeń (województwo podlaskie, w tym BCO, bez USK)

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, którzy w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do pilotażu mieli w lecznictwie szpitalnym sprawozdane świadczenia z zakresów: Leczenie szpitalne – programy terapeutyczne (lekowe), Leczenie szpitalne – chemioterapia, Leczenie szpitalne – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa, Leczenie szpitalne – programy lekowe lub produkt rozliczeniowy z katalogu 1a z rozpoznaniem, z którym włączono pacjenta do pilotażu.	104	4,4%
Liczba pacjentów, w przypadku których odnotowano świadczenie z kodem wskazującym na zgodę na uczestnictwo w pilotażu lub rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem i znajdujących się w danych BCO	1 856	80,9%
Liczba pacjentów, w przypadku których nie odnotowano świadczenia z kodem wskazującym na zgodę na uczestnictwo w pilotażu lub rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem, ale znajdujących się w danych BCO	437	19,1%
Liczba pacjentów, w przypadku których odnotowano świadczenie z kodem wskazującym na zgodę na uczestnictwo w pilotażu lub rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem, ale nie znajdujących się w danych BCO	84	n/d

Weryfikacja danych dotyczących TNM

Weryfikacja przekazanych danych

Kluczową informacją gromadzoną w ramach pilotażu KSO jest informacja o zaawansowaniu choroby nowotworowej. Tabela 35 przedstawia wyniki przeprowadzonej weryfikacji.

Tabela 35. Statystyki dotyczące danych dotyczących zaawansowania nowotworu (województwo podlaskie, w tym BCO, bez USK)

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba rekordów	191	66	227	3	1 315	67	389	2 258
Liczba pacjentów z przekazaniem TNM (unikatowy PESEL)	189	66	226	3	1 047	67	388	1 985
Liczba pacjentów ogólnie (unikatowy PESEL)	211	84	268	5	1 089	94	548	2 295
Odsetek pacjentów, dla których przekazano TNM	89,6%	78,6%	84,3%	60%	96,1%	71,3%	70,8%	86,5%
Liczba pacjentów z poprawnie sprawozdanym TNM	142	55	212	2	935	36	323	1704

Odnosząc liczbę pacjentów, dla których sprawozdano TNM do liczby pacjentów (z wyłączeniem D05, czyli 2 295), należy stwierdzić, że informacja o zaawansowaniu została przekazana dla 86,5% pacjentów. Należy również zauważyć, że dla poszczególnych nowotworów liczba rekordów jest większa niż liczba pacjentów, których dane dotyczą, co wskazuje na występowanie zjawiska wielokrotnego przekazywania informacji dotyczącej choroby. Dokonano również analizy poprawności danych dotyczących TNM. Do błędnie sprawozdanych TNM zaliczono rekordy, gdzie pole T lub N lub M było niewypełnione lub zawierało nieprawidłowe wartości (np. 'T' lub 'Tx').

Weryfikacja na podstawie danych NFZ

W ramach weryfikacji przekazanych danych zestawiono je z informacjami przekazywanymi na etapie rozliczania świadczeń. W Tabeli 36 przedstawiono wyniki analizy porównawczej przekazanych TNM z danymi TNM przekazywanymi do Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach rozliczania świadczeń przez ośrodki pilotażowe w okresie trwania pilotażu. Wzięto pod uwagę tylko te kontakty ze sprawozdanymi TNM-ami, w których rozpoznanie główne lub współistniejące było tożsame z rozpoznaniem z pilotażu.

Tabela 36 Wyniki porównania danych z BCO z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM (województwo podlaskie, w tym BCO, bez USK)

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych NFZ	149	42	205	1	891	78	203	1 566
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych BCO i NFZ	145	39	188	1	877	58	168	1 475
Liczba pacjentów z takim samym TNM-em sprawozdanym w danych z BCO i NFZ	86	28	148	1	771	58	124	1 215
Liczba pacjentów bez sprawozdanego stopnia TNM w danych z BCO, ale z TNM sprawozdanym do NFZ	4	3	17	0	14	20	35	93

Należy zauważyć, że w danych NFZ znalazła się informacja dotycząca 1 566 pacjentów, a więc 68,24% uczestników pilotażu (z wyłączeniem pacjentów z rozpoznaniem D05). Dla tych 1 566 pacjentów porównano wartości TNM w obu źródłach danych. Okazało się, że tylko w przypadku 1 215 osób sprawozdany TNM był taki sam w danych z BCO i NFZ (z dokładnością do dwóch pierwszych znaków). Wskazuje to na rozbieżności pomiędzy zgromadzonymi danymi. Dodatkowo, w przypadku 93 pacjentów (4,05% pacjentów, odliczając rozpoznanie D05) informację o TNM przekazano wyłącznie na etapie rozliczania świadczeń, a nie przekazano jej w danych z BCO. Odnośnie stopnia zaawansowania należy stwierdzić, że w przekazanych danych znajdują się 2 pola:

1. stopień TNM sprawozdany przez jednostkę;
2. stopień wg TNM przeliczony na podstawie wartości T, N oraz M.

W stopniach zaawansowania określanych na poziomie jednostki występują istotne rozbieżności – stopień nie pokrywa się z danymi wynikającymi z wartości T, N i M, dlatego w dalszych analizach należy korzystać ze stopni zaawansowani wyliczanych automatycznie.

USK w Białymstoku

Charakterystyka przekazanych danych

Zakres danych przekazane przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku (USK) dotyczący realizacji programu pilotażowego w województwie podlaskim był węższy i obejmowały swoim zakresem:

1. Dane podstawowe dotyczące Pacjentów:
 - pesel,
 - rozpoznanie, z którym pacjenta włączono do pilotażu,

- datę dołączenia do pilotażu,
- jednostkę włączającą,
- datę zgonu,
- datę rozpoznania z onco report,
- datę diagnozy,
- datę badania histopatologicznego.

2. Dane dotyczące stopnia zaawansowania nowotworu:

- pesel,
- rozpoznanie,
- stopień zaawansowania sprawozdany przez jednostkę (mylnie sprawozdany w kolumnie stopien_tnm),
- wartość T,
- wartość N,
- wartość M,
- jednostkę określającą.

3. Dane dotyczące badań diagnostycznych:

- pesel,
- kod procedury,
- nazwę procedury,
- jednostkę,
- datę zlecenia,
- datę opisu,
- procedurę start,
- procedurę stop,
- źródło.

Z uwagi na obraną metodę gromadzenia danych poza aplikacją OncoReports niektóre parametry okazały się niemożliwe do obliczenia i nie zostały ujęte w zestawieniu.

Weryfikacja podstawowych danych dotyczących pacjentów

Weryfikacja w obrębie przekazanych danych

W ramach podstawowej weryfikacji przekazanych danych sprawdzono, ilu pacjentów dla poszczególnych rozpoznań obejmował pilotaż. Zweryfikowano również pojawianie się tych samych numerów PESEL w obrębie różnych rozpoznań. Analizie poddano również występowanie informacji o dacie badania histopatologicznego oraz dacie diagnozy i dacie

rozpoznania z OncoReports. Zweryfikowano również, czy data diagnozy pochodziła z okresu realizacji pilotażu.

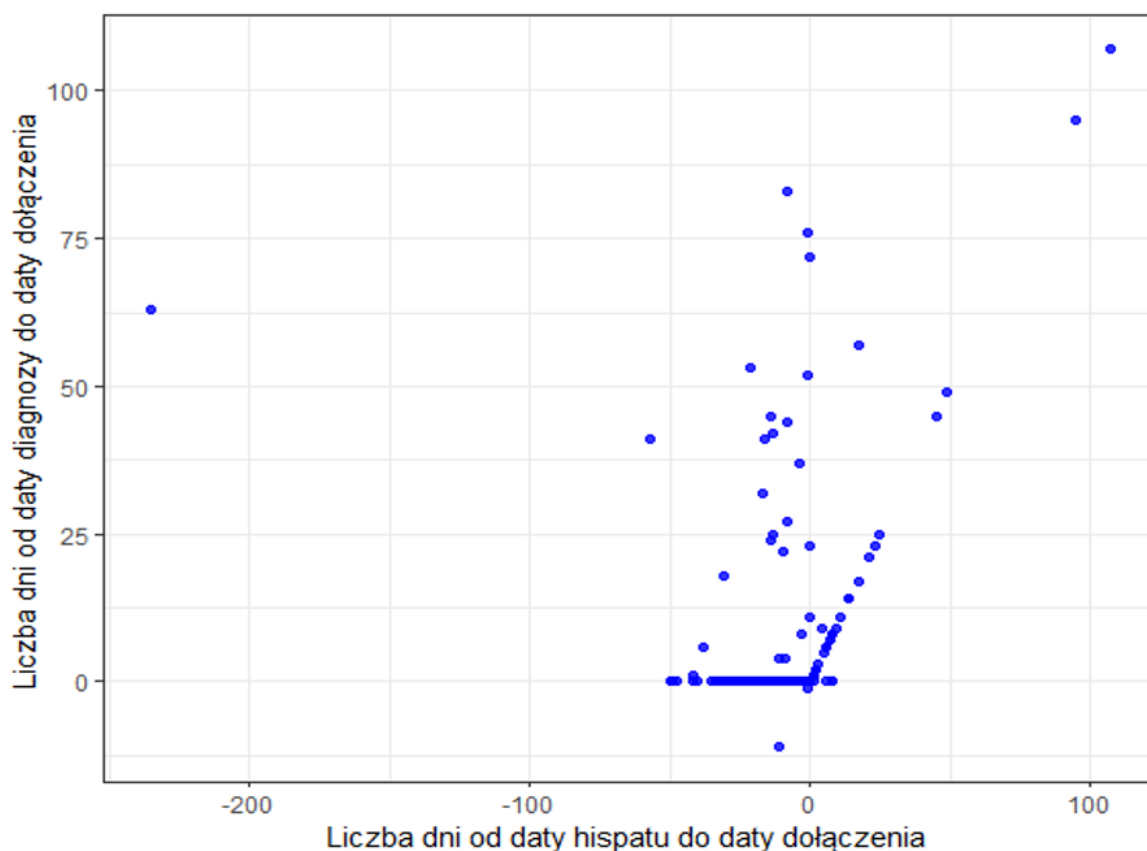
Tabela 37 Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania (województwo podlaskie – tylko USK)

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C56	C61	C78.0	Łącznie	Odsetek
Liczba rekordów	76	3	16	100	62	22	29	308	n/d
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL)	76	3	16	100	62	22	28	307	n/d
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego	76	3	15	100	61	22	28	305	99,3%
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego, dla których nie odnotowano odpowiedniego rekordu w badaniach diagnostycznych	61	2	13	71	39	21	19	226	73,6%
Liczba pacjentów bez daty badania histopatologicznego, dla których odnotowano odpowiedni rekord w badaniach diagnostycznych	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Liczba pacjentów z podaną datą diagnozy	76	3	16	100	62	22	28	307	100%
Liczba pacjentów z datą diagnozy przed rozpoczęciem pilotażu	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Liczba pacjentów z podaną datą rozpoznania (OncoReports)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Liczba pacjentów z datą rozpoznania (OncoReports) przed rozpoczęciem pilotażu	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Liczba pacjentów bez daty rozpoznania ani daty diagnozy	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

Na wstępie należy zauważyć, że w danych przekazanych przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny nie występują rozpoznania C50 oraz D05, wynika to z faktu braku zakontraktowanych świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów piersi. Dodatkowo, liczba rekordów nie jest równa liczbie unikalnych pacjentów (PESEL). Wynika to z faktu, że 1 osoba została włączona do pilotażu dwa razy z tym samym rozpoznaniem. Informacja o dacie badania histopatologicznego w głównej tabeli znajduje się dla 99,3% pacjentów. Oznacza to, że brakuje jej w przypadku 0,7%.

Dla rekordów, w których występuje zarówno data diagnozy oraz data badania histopatologicznego (306 rekordów) dokonano analizy zależności pomiędzy tymi datami (Rysunek 5).

Rysunek 5. Zależność pomiędzy datą dołączenia a datą diagnozy i datą badania histopatologicznego (województwo podlaskie - USK)



Dane wskazują na brak sekwencyjności zdarzeń. Dаты diagnozy i dаты badania histopatologicznego występują zarówno przed jak i po dacie dołączenia, a dzielące je okresy cechuje duża zmienność, co rodzi problemy w interpretacji danych.

Weryfikacja danych na podstawie danych NFZ

W ramach weryfikacji danych przeprowadzono również analizę, na ile są one zbieżne z danymi gromadzonymi w zasobach Narodowego Funduszu Zdrowia. W Tabeli 38 przedstawiono wyniki analiz porównawczej przekazanych danych z danymi dotyczącymi diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Tabela 38 Wyniki porównania danych z USK z danymi dotyczącymi kart DiLO (województwo podlaskie – tylko USK)

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano wystawienie karty DiLO	304	99%
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano konsylium w czasie trwania pilotażu w ośrodkach pilotażowych i rozpoznanie z konsylium było zgodne z rozpoznaniem z pilotażu	268	87,3%

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów z rozpoznaniem z pilotażu na etapie diagnostyki wstępnej/pogłębionej/ zabiegu diagnostyczno-leczniczego, wykonanych w trakcie trwania pilotażu i w ośrodkach pilotażowych, którzy nie są uwzględnieni w punkcie poprzednim	2	0,7%

W przypadku 1% pacjentów nie odnotowano wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Natomiast szczególne wątpliwości budzi fakt, że w przypadku 12,7% pacjentów nie odnotowano w okresie trwania pilotażu organizacji konsylium w ośrodkach realizujących pilotaż na terenie województwa podlaskiego, co może wskazywać na niepoprawne włączanie pacjentów do pilotażu. Zestawienie danych z pilotażu z danymi dotyczącym świadczeń (Tabela 39) wykazało, że w przypadku 8,5% pacjentów w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do pilotażu, wykazano świadczenia związane z leczeniem onkologicznym z rozpoznaniem, z którym włączono pacjenta do pilotażu (sprawozdanym jako główne lub współlistniejące).

Tabela 39. Wyniki porównania danych z USK z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi świadczeń (województwo podlaskie – tylko USK)

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, którzy w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do pilotażu mieli w lecznictwie szpitalnym sprawozdane świadczenia z zakresów: Leczenie szpitalne – programy terapeutyczne (lekowe), Leczenie szpitalne – chemioterapia, Leczenie szpitalne – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa, Leczenie szpitalne – programy lekowe lub produkt rozliczeniowy z katalogu 1a z rozpoznaniem, z którym włączono pacjenta do pilotażu.	26	8,5%
Liczba pacjentów, w przypadku których odnotowano świadczenie z kodem wskazującym na zgodę na uczestnictwo w pilotażu lub rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem i znajdujących się w danych USK	227	73,9%
Liczba pacjentów, w przypadku których nie odnotowano świadczenia z kodem wskazującym na zgodę na uczestnictwo w pilotażu lub rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem, ale znajdujących się w danych USK	80	26,1%
Liczba pacjentów, w przypadku których odnotowano świadczenie z kodem wskazującym na zgodę na uczestnictwo w pilotażu lub rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem, ale nie znajdujących się w danych USK	5	n/d

Weryfikacja danych dotyczących TNM

Weryfikacja przekazanych danych

Kluczową informacją gromadzoną w ramach pilotażu KSO jest informacja o zaawansowaniu choroby nowotworowej. Tabela 40 przedstawia wyniki przeprowadzonej weryfikacji.

Tabela 40 Statystyki dotyczące danych dotyczących zaawansowania nowotworu (województwo podlaskie – tylko USK)

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C56	C61	C78.0	Łącznie
Liczba rekordów	76	3	13	100	62	20	28	302
Liczba pacjentów z przekazaniem TNM (unikatowy PESEL)	76	3	13	100	62	20	28	302
Liczba pacjentów ogólnie (unikatowy PESEL)	76	3	16	100	62	22	28	307
Odsetek pacjentów, dla których przekazano TNM	100%	100%	81,2%	100%	100%	90,9%	100%	98,4%
Liczba pacjentów z poprawnie sprawozdanym TNM	58	3	10	86	22	0	0	179

Odnosząc liczbę pacjentów, dla których sprawozdano TNM do liczby pacjentów (307), należy stwierdzić, że informacja o zaawansowaniu została przekazana dla 98,4% pacjentów. Dokonano również analizy poprawności danych dotyczących TNM. Do błędnie sprawozdanych TNM zaliczono rekordy, gdzie pole T lub N lub M było niewypełnione lub zawierało nieprawidłowe wartości (np. 'T' lub 'Tx')

Weryfikacja na podstawie danych NFZ

W ramach weryfikacji przekazanych danych zestawiono je z informacjami przekazywanymi na etapie rozliczania świadczeń. W Tabeli 41 przedstawiono wyniki analizy porównawczej przekazanych TNM z danymi TNM przekazywanymi do Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach rozliczania świadczeń przez ośrodki pilotażowe w okresie trwania pilotażu. Wzięto pod uwagę tylko te kontakty ze sprawozdanymi TNM-ami, w których rozpoznanie główne lub współistniejące było tożsame z rozpoznaniem z pilotażu.

Tabela 41 Wyniki porównania danych z USK z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM (województwo podlaskie – tylko USK)

Obszar weryfikacji	C18	C20	C34	C56	C61	C78.0	Łącznie
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych NFZ	54	7	71	37	3	11	183
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych USK i NFZ	54	7	71	36	3	11	182
Liczba pacjentów z takim samym TNM-em sprawozdanym w danych z USK i NFZ	52	7	69	36	3	11	178
Liczba pacjentów bez sprawozdanego stopnia TNM w danych z USK, ale z TNM sprawozdanym do NFZ	0	0	0	1	0	0	1

Należy zauważyć, że w danych NFZ znalazła się informacja dotycząca 183 pacjentów, a więc 59,61% uczestników pilotażu. Dla tych 183 pacjentów porównano wartości TNM w obu źródłach danych. Okazało się, że w przypadku 178 osób sprawozdany TNM był taki sam w danych z USK i NFZ (z dokładnością - do dwóch pierwszych znaków). Wskazuje to brak rozbieżności pomiędzy zgromadzonymi danymi. Dodatkowo, w przypadku 1 pacjenta (0,33% pacjentów) informację o TNM przekazano wyłącznie na etapie rozliczania świadczeń, a nie przekazano jej w danych z USK w Białymstoku.

Województwo pomorskie

Charakterystyka przekazanych danych

Dane przekazane przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku (UCK) dotyczące realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej w województwie pomorskim obejmowały zakres analogiczny do danych z woj. dolnośląskiego, świętokrzyskiego, podlaskiego (w zakresie przekazanych przez BCO) swoim zakresem:

Weryfikacja podstawowych danych dotyczących pacjentów

Weryfikacja danych w obrębie przekazanych danych

W ramach podstawowej weryfikacji przekazanych danych, sprawdzono, ilu pacjentów dla poszczególnych rozpoznań obejmował pilotaż. Zweryfikowano również pojawianie się tych samych numerów pesel w obrębie różnych rozpoznań. Analizie poddano również występowanie informacji o dacie badania histopatologicznego oraz dacie diagnozy i dacie rozpoznania z OncoReports. Zweryfikowano również, czy data diagnozy pochodziła z okresu realizacji pilotażu.

Tabela 42. Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania (województwo pomorskie - UCK)

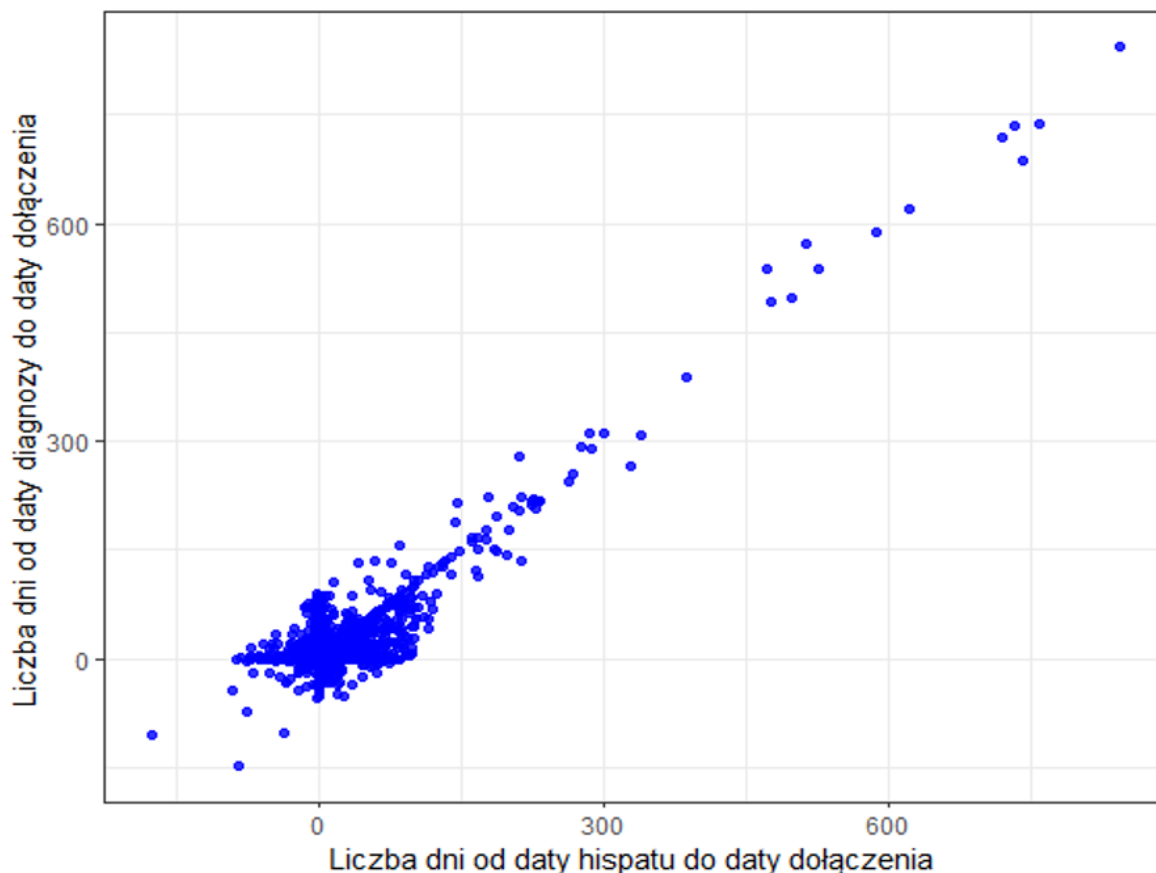
Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	C78.0	D05	Łącznie	Odsetek
Liczba rekordów	546	68	306	820	1 352	216	910	54	64	4 336	n/d
Liczba pacjentów (unikatowy PESEL)	546	68	305	817	1 349	216	907	54	64	4 315	n/d
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego	204	22	55	537	438	125	255	45	34	1 711	39,7%

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	C78.0	D05	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów z datą badania histopatologicznego, dla których nie odnotowano odpowiedniego rekordu w badaniach diagnostycznych	0	0	1	1	1	0	9	0	0	12	0,3%
Liczba pacjentów bez daty badania histopatologicznego, dla których odnotowano odpowiedni rekord w badaniach diagnostycznych	21	4	62	63	63	6	59	4	3	284	6,6%
Liczba pacjentów z podaną datą diagnozy	515	64	284	806	1 242	197	871	53	56	4 080	94,6%
Liczba pacjentów z datą diagnozy przed rozpoczęciem pilotażu (09.10.2019 r.)	2	0	4	23	13	2	15	1	0	60	1,4%
Liczba pacjentów z podaną datą rozpoznania (OncoReports)	313	44	161	203	858	83	506	2	28	2 194	50,8%
Liczba pacjentów z datą rozpoznania (OncoReports) przed rozpoczęciem pilotażu (09.10.2019 r.)	0	0	0	0	4	0	4	0	0	8	0,2%
Liczba pacjentów bez daty rozpoznania ani daty diagnozy	1	1	1	3	2	2	4	1	1	16	0,4%

Na wstępie należy zauważyć, że liczba rekordów nie jest równa liczbie unikalnych pacjentów (PESEL). Wynika to z faktu, że 10 osób zostało włączonych do pilotażu dwa razy z tym samym rozpoznaniem, a 11 pacjentów zostało włączonych do pilotażu z dwoma rozpoznaniem. Informacja o dacie badania histopatologicznego w głównej tabeli znajduje się dla 1 711 pacjentów. Oznacza to, że brakuje jej w przypadku 60,3%. Dodatkowo dla 284 pacjentów informacja o badaniu histopatologicznym występuje w tabeli dotyczącej badań diagnostycznych. Zatem łącznie w 53,7% pacjentów brak jest jakiegokolwiek informacji o badaniu histopatologicznym. Wątpliwości budzi również fakt, że występują sytuacje, w których data rozpoznania lub data diagnozy z OncoReports jest sprzed obowiązywania pilotażu. Sugeruje to błędne włączanie pacjentów do pilotażu lub błędne wpisywanie dat diagnozy. Natomiast w przypadku 0,4% pacjentów w ogóle nie występuje informacja o dacie diagnozy lub dacie rozpoznania. Dla rekordów, w których występuje zarówno data diagnozy oraz data badania

histopatologicznego (1 721 rekordów) dokonano analizy zależności pomiędzy tymi datami (Rysunek 6).

Rysunek 6 Zależność pomiędzy datą dołączenia a datą diagnozy i datą badania histopatologicznego (województwo pomorskie - UCK)



Na wykresie można zauważyć, że badanie histopatologiczne miało miejsce zazwyczaj w podobnym okresie co diagnoza.

Weryfikacja danych na podstawie danych NFZ

W ramach weryfikacji danych przeprowadzono również analizę, na ile są one zbieżne z danymi gromadzonymi w zasobach Narodowego Funduszu Zdrowia. W Tabeli 43 przedstawiono wyniki analiz porównawczej przekazanych danych z danymi dotyczącymi diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Tabela 43. Wyniki porównania danych z UCK z danymi dotyczącymi kart DiLO (województwo pomorskie - UCK)

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano wystawienie karty DiLO	4 288	99,4%

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, dla których w danych NFZ odnotowano konsylium w czasie trwania pilotażu w ośrodkach pilotażowych i rozpoznanie z konsylium było zgodne z rozpoznaniem z pilotażu	3 887	89,9%
Liczba pacjentów z rozpoznaniem z pilotażu na etapie diagnostyki wstępnej/pogłębionej/ zabiegu diagnostyczno-leczniczego, wykonanych w trakcie trwania pilotażu i w ośrodkach pilotażowych, którzy nie są uwzględnieni w punkcie poprzednim	108	2,5%

W przypadku 0,6% pacjentów nie odnotowano wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Zestawienie danych z pilotażu z danymi dotyczącym świadczeń (Tabela 44) wykazało, że w przypadku 12,8% pacjentów w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do pilotażu, wykazano świadczenia związane z leczeniem onkologicznym z rozpoznaniem, z którym włączono pacjenta do pilotażu (sprawozdanym jako główne lub współistniejące).

Tabela 44 Wyniki porównania danych z UCK z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi świadczeń (województwo pomorskie - UCK)

Obszar weryfikacji	Łącznie	Odsetek
Liczba pacjentów, którzy w okresie wcześniejszym niż 2 miesiące przed datą włączenia do pilotażu mieli w lecznictwie szpitalnym sprawozdane świadczenia z zakresów: Leczenie szpitalne – programy terapeutyczne (lekowe), Leczenie szpitalne – chemioterapia, Leczenie szpitalne – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa, Leczenie szpitalne – programy lekowe lub produkt rozliczeniowy z katalogu 1a z rozpoznaniem, z którym włączono pacjenta do pilotażu.	554	12,8%
Liczba pacjentów, w przypadku których odnotowano świadczenie z kodem wskazującym na zgodę na uczestnictwo w pilotażu lub rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem i znajdujących się w danych UCK	1 936	44,9%
Liczba pacjentów, w przypadku których nie odnotowano świadczenia z kodem wskazującym na zgodę na uczestnictwo w pilotażu lub rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem, ale znajdujących się w danych UCK	2 377	55,1%
Liczba pacjentów, w przypadku których odnotowano świadczenie z kodem wskazującym na zgodę na uczestnictwo w pilotażu lub rozliczone z kodem specjalnego rozliczenia związanym z pilotażem, ale nie znajdujących się w danych UCK	24	n/d

Weryfikacja danych dotyczących TNM

Weryfikacja przekazanych danych

Kluczową informacją gromadzoną w ramach pilotażu sieci onkologicznej jest informacja o zaawansowaniu choroby nowotworowej. Tabela 45 przedstawia wyniki przeprowadzonej weryfikacji.

Tabela 45 Statystyki dotyczące danych dotyczących zaawansowania nowotworu (województwo pomorskie - UCK)

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba rekordów	404	54	202	595	986	144	583	2 968
Liczba pacjentów z przekazanym TNM (unikatowy PESEL)	403	54	201	592	923	144	573	2 885
Liczba pacjentów ogólnie (unikatowy PESEL)	546	68	305	817	1349	216	907	4 199
Odsetek pacjentów, dla których przekazano TNM	73,8%	79,4%	65,9%	72,5%	68,4%	66,7%	63,2%	68,7%
Liczba pacjentów z poprawnie sprawozdanym TNM	237	28	122	446	475	34	408	1 748

W przekazanych danych brak jest informacji o TNM dla rozpoznania zasadniczego ICD-10: *C78.0 Wtórny nowotwór złośliwy układu oddechowego i pokarmowego*, co wynika z jego specyfiki (nowotwór wtórny, dotyczący przerzutów). Odnosząc zatem liczbę pacjentów, dla których sprawozdano TNM do liczby pacjentów z wyłączeniem rozpoznania zasadniczego ICD-10 *C78.0* oraz *D05* / (4 199), należy stwierdzić, że informacja o zaawansowaniu została przekazana dla 68,7% pacjentów. Należy również zauważyć, że dla poszczególnych nowotworów liczba rekordów jest większa niż liczba pacjentów, których dane dotyczą, co wskazuje na występowanie zjawiska wielokrotnego przekazywania informacji dotyczącej choroby. Dokonano również analizy poprawności danych dotyczących TNM. Do błędnie sprawozdanych TNM zaliczono rekordy, gdzie pole T lub N lub M było niewypełnione lub zawierało nieprawidłowe wartości (np. 'T' lub 'Tx').

Weryfikacja na podstawie danych NFZ

W ramach weryfikacji przekazanych danych zestawiono je z informacjami przekazywanymi na etapie rozliczania świadczeń. W Tabeli 46 przedstawiono wyniki analizy porównawczej przekazanych TNM z danymi TNM przekazywanymi do Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach rozliczania świadczeń przez ośrodki pilotażowe w okresie trwania pilotażu. Wzięto pod uwagę tylko te kontakty ze sprawozdanymi TNM-ami, w których rozpoznanie główne lub współistniejące było tożsame z rozpoznaniem z pilotażu.

Tabela 46. Wyniki porównania danych z UCK z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM (województwo pomorskie - UCK)

Obszar weryfikacji	C18	C19	C20	C34	C50	C56	C61	Łącznie
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych NFZ	247	24	148	548	781	66	315	2 126
Liczba pacjentów ze sprawozdanym TNM w danych UCK i NFZ	145	39	188	1	877	58	168	1 475
Liczba pacjentów z takim samym TNM-em sprawozdanym w danych z UCK i NFZ	52	5	46	124	219	19	45	510
Liczba pacjentów bez sprawozdanego stopnia TNM w danych z UCK, ale z TNM sprawozdanym do NFZ	87	10	50	177	396	36	149	905

Należy zauważyć, że w danych NFZ znalazła się informacja dotycząca 2 126 pacjentów, a więc 50,63% uczestników pilotażu (z wyłączeniem pacjentów z rozpoznaniem D05 i C78.0). Dla tych 2 126 pacjentów porównano wartości TNM w obu źródłach danych. Odnotowano, że tylko w przypadku 510 osób sprawozdany TNM był taki sam w danych z UCK i NFZ (z dokładnością do dwóch pierwszych znaków). Wskazuje to na rozbieżności pomiędzy zgromadzonymi danymi. Dodatkowo, w przypadku 905 pacjentów (21,55% pacjentów, odliczając rozpoznanie D05 i C78.0) informację o TNM przekazano wyłącznie na etapie rozliczania świadczeń, a nie przekazano jej w danych z UCK. Odnośnie stopnia zaawansowania należy stwierdzić, że w przekazanych danych znajdują się 2 pola:

1. stopień TNM sprawozdany przez jednostkę,
2. stopień wg TNM przeliczony na podstawie wartości T, N oraz M.

W stopniach zaawansowania określanych na poziomie jednostki występują istotne rozbieżności – stopień nie pokrywa się z danymi wynikającymi z wartości T, N i M dlatego w dalszych analizach należy korzystać ze stopni zaawansowani wyliczanych automatycznie.

Analiza ścieżek pacjenta dla wybranych nowotworów złośliwych objętych programem pilotażowym

W analizie podjęto próbę oceny schematów diagnostycznych poprzez zbadanie terminowości realizowanej diagnostyki, kompletności procesu diagnostycznego oraz powtarzalności wybranych kosztochłonnych procedur diagnostycznych. W raporcie wykorzystano m.in. analizy przejść pomiędzy poszczególnymi etapami oznaczonymi w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO).

Podjęto również próbę przedstawienia zrealizowanych procedur (grup świadczeń) terapeutycznych w formie ścieżek pacjentów w celu zbadania zgodności punktów węzłowych na ścieżce terapeutycznej pod kątem realizacji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (główne etapy terapeutyczne).

Dodatkowo, do porównania procesu diagnostyki i leczenia w pilotażu wyodrębniono kohortę pacjentów w województwach, w których nie realizowano pilotażu (województwo wielkopolskie, lubelskie) oraz porównano proces diagnostyki i leczenia w województwie dolnośląskim i świętokrzyskim przed przystąpieniem do programu pilotażowego w latach 2017-2018 – w oparciu o kohorty pacjentów spełniających szczegółowe warunki opisane w poszczególnych rozdziałach.

Analiza została przeprowadzona dla trzech nowotworów złośliwych: jelita grubego (C18 - C20), płuca (C34), piersi (C50) w oparciu o dane rozliczeniowe NFZ uzupełnione o dane z systemu OncoReports.

Analiza objęła pacjentów z:

- województwa dolnośląskiego i świętokrzyskiego
 - dla lat 2019-21 - na kohorcie pacjentów wyodrębnionych spośród grupy włączonej do pilotażu w danym województwie z uwzględnieniem stopnia zaawansowania,
 - dla lat 2017-18 - na kohorcie pacjentów, których konsylium i leczenie realizowano w tym okresie w ośrodkach docelowo włączonych do pilotażu,
- Wielkopolskiego Centrum Onkologii oraz Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej
 - dla lat 2019-21 - na kohorcie pacjentów, których konsylium i leczenie realizowano w tych ośrodkach.

W przypadku Wielkopolskiego Centrum Onkologii i Centrum Onkologii Ziemi Lubuskiej szczegółowe kryteria włączenia i wyłączenia pacjentów wraz z liczbą pacjentów prezentują schematy otwierające podrozdziały dla poszczególnych województw lub ośrodków.

Zakres analizy:

Diagnostyka:

- Dane dotyczące diagnostyki oceniono według kryterium terminowości i powtarzalności. Terminowość określono jako czas do 7 tygodni przed konsylium wielodyscyplinarnym. Dodatkowo w tabelach podano także dane dla kryterium 10 tygodni przed konsylium, a na wykresach – więcej niż 60 dni przed konsylium.
- Oceniano odsetek pacjentów poddanych konkretnym procedurom diagnostycznym.
- Tabele porównawcze przedstawiają zestawienia dla wszystkich województw.

Diagnostyka – DiLO:

- W oparciu o kryteria pakietu onkologicznego przeanalizowano przebieg ścieżki pacjenta na etapach od wystawienia karty DiLO (z uwzględnieniem typu świadczeniodawcy, który wystawił kartę), przez diagnostykę wstępną, pogłębioną, konsylium, do rozpoczęcia terapii.
- Wyniki analizy przedstawiono w formie diagramów przejść uwzględniających:
 - liczebność pacjentów w poszczególnych podgrupach i na kolejnych etapach procesu diagnostycznego,
 - odpowiadające im mediany czasu oczekiwania.

Terapia:

Analiza obszaru terapeutycznego na ścieżce pacjenta obejmuje leczenie chirurgiczne, radioterapię, chemioterapię i programy lekowe. Wyniki przedstawiono w formie:

- Sekwencji grup świadczeń (kolejno następujące po sobie grupy świadczeń) – z uwzględnieniem kryterium czasowego (do 180 i do 360 dni od początku ścieżki pacjenta); schematy ilustrujące wyniki pokazują najczęściej powtarzające się sekwencje
- Diagramów przejść z liczbą pacjentów w ramach sekwencji świadczeń
- Diagramów przejść z medianą czasu przejścia w ramach sekwencji świadczeń

Analizy dla województw dolnośląskiego i świętokrzyskiego w latach 2019-21 uwzględniają stopnie zaawansowania zidentyfikowane w ramach sprawozdawczości NFZ.

Nowotwór jelita grubego C18-C19 i C20

Metodologia wyboru kohorty pacjentów do analizy

Analizę przeprowadzono na kohorcie pacjentów wyodrębnionych spośród pacjentów włączonych do pilotażu w danym województwie. W ocenie uwzględniono pacjentów spełniających łącznie następujące warunki:

- pacjent włączony był do pilotażu tylko raz,
- na podstawie wartości T, N i M można było jednoznacznie określić stopień zaawansowania choroby nowotworowej,
- w przypadku pacjenta zrealizowano konsylium w ośrodku pilotażowym w terminie 30 dni przed datą włączenia lub później,

- historia danego pacjenta nie jest ucięta przez zgon lub koniec okresu obserwacji, a minimalny okres obserwacji określono na 180 dni,
- w przypadku pacjenta nie odnotowano świadczeń z danym rozpoznaniem w okresie 5 lat poprzedzającym o rok datę włączenia do pilotażu.

W analizie uwzględniono tylko świadczenia zrealizowane co najwyżej rok przed datą włączenia do pilotażu.

Województwo dolnośląskie – świadczenia dla C18-C19 bez zabiegu

Proces wyboru kohorty pacjentów wraz z liczbą pacjentów odrzuconych na poszczególnym etapie.

Rysunek 7 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną w okresach:

- do 7 tygodni przed konsylium,
- do 10 tygodni przed konsylium.

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	6,98	4,65
45.239	Kolonoskopia - inne	9,30	6,98
45.251	Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca	2,33	2,33

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.253	Kolonoskopia z biopsją	30,23	20,93
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	41,86	39,53
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	2,33	2,33
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	69,77	65,12
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	20,93	13,95
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	4,65	4,65
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	16,28	13,95
87.440	RTG klatki piersiowej	51,16	39,53
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	4,65	2,33
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	13,95	9,30
88.38	Tomografia komputerowa - inne	2,33	0,00

Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną co najmniej 2 razy w okresach:

- do 7 tygodni przed konsylium,
- do 10 tygodni przed konsylium.

Tabela 47 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną co najmniej 2 razy w okresach do 7 tygodni przed konsylium i do 10 tygodni przed konsylium

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	2,33	0,00
45.253	Kolonoskopia z biopsją	4,65	4,65
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	16,28	13,95
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	16,28	16,28
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	2,33	2,33
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2,33	2,33
87.440	RTG klatki piersiowej	4,65	2,33
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	2,33	2,33

Badania obrazowe

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.

Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

- 88.305 TK - wirtualna kolonoskopia
- 87.41 - Komputerowa tomografia (TK) klatki piersiowej
- 87.410 - TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
- 87.411 - TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.412 - TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym

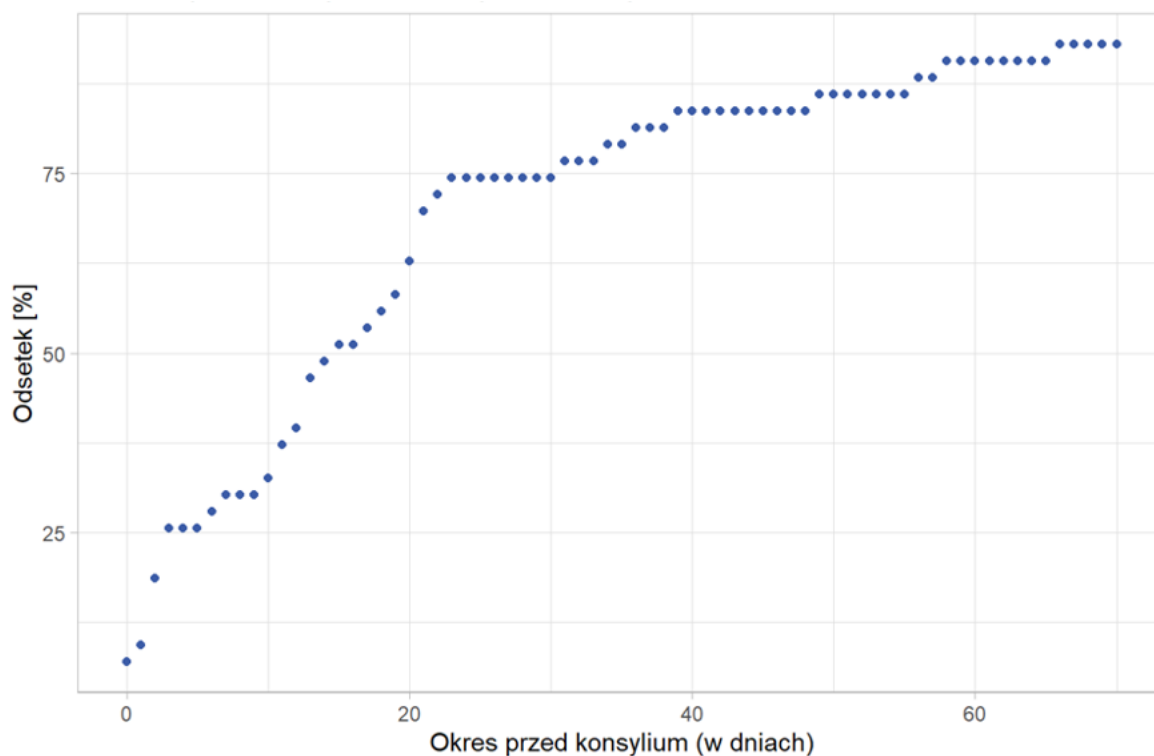
- 87.413 - TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku
- 88.01 - Komputerowa tomografia brzucha
- 88.010 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.011 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.012 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.92 - Rezonans magnetyczny klatki piersiowej i mięśnia sercowego
- 88.923 - RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.924 - RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.97 - Rezonans magnetyczny innych okolic i miejsc nieokreślonych
- 88.976 - RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.76 - Diagnostyka ultrasonograficzna brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
- 88.761 - USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
- 87.44 - Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej
- 87.440 - RTG klatki piersiowej
- 87.49 - Zdjęcie RTG klatki piersiowej - inne RTG oskrzeli - inne RTG przepony - inne RTG serca - inne RTG płuca - inne RTG śródpiersia - inne RTG tchawicy - inne
- 88.741 - USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej
- 88.191 - RTG jamy brzusznej przeglądowe
- 88.02 - Tomografia brzucha - inne
- 88.38 - Tomografia komputerowa - inne

Tabela 48 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
93,02	86,05

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 8 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Badania mikroskopowe i endoskopowe

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe.

Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

- 45.23 - Kolonoskopia
- 45.231 - Fiberokolonoskopia
- 45.239 - Kolonoskopia - inne
- 45.24 - Fiberosigmoidoskopia endoskopia zstępnicy
- 45.25 - Endoskopowa biopsja jelita grubego
- 45.251 - Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca
- 45.252 - Pobranie materiału przez wyszczoteczowanie lub wyplukanie
- 45.253 - Kolonoskopia z biopsją
- 88.747 - Endosonografia kanału odbytnicy i odbytu
- 48.21 - Przewodowe wżernikowanie odbytnicy/esicy śródoperacyjne wżernikowanie odbytnicy/esicy
- 48.211 - Przewodowe wżernikowanie odbytnicy/ esicy
- 48.22 - Wżernikowanie odbytnicy/esicy przez przetokę

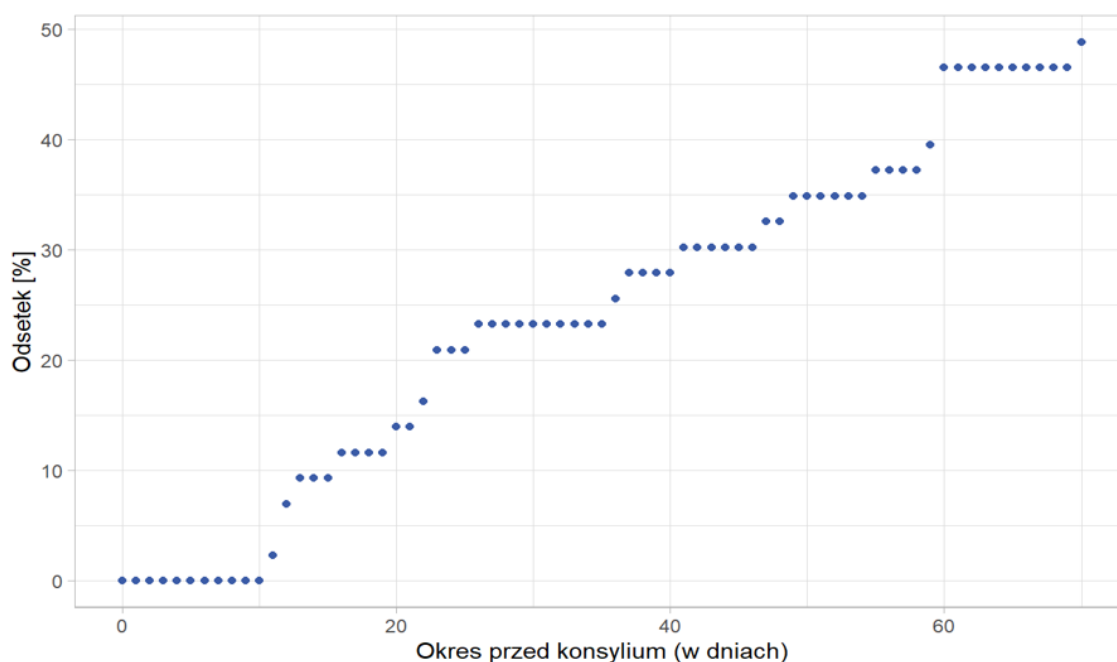
- 48.23 - Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem
- 48.24 - Endoskopowa biopsja odbytnicy (zamknięta)
- 48.241 - Zamknięte endoskopowe pobranie materiału z odbytnicy do badań przez wyszczotczkowanie lub wyplukanie
- 48.242 - Wziernikowanie odbytnicy/esicy z biopsją
- 48.25 - Otwarta biopsja odbytu

Tabela 49 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
48,84	34,88

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 9 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium

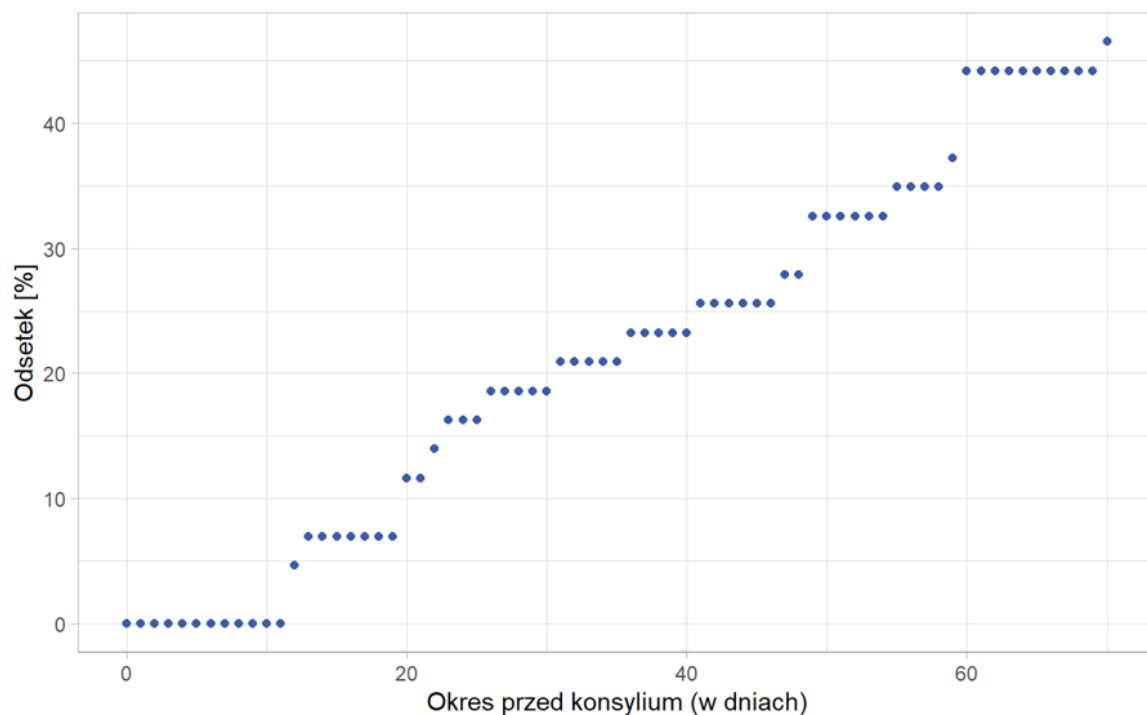


Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

W tabeli uwzględniono pacjentów, u których w danym okresie przed konsylium sprawozdano co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji.

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
46,51	32,56

Rysunek 10 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Diagnostyka onkologiczna

Dla wyodrębnionej kohorty pacjentów dokonano analizy przejść pomiędzy poszczególnymi etapami oznaczonymi w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Wykorzystane dane pochodzą z centralnej aplikacji AP-DILO wg stanu na dzień 25 stycznia 2022 r. Poniższe diagramy przedstawiają:

- liczby pacjentów przechodzących pomiędzy poszczególnymi etapami,
- medianę czasu przejścia pomiędzy poszczególnymi etapami.

Użyte na diagramach skróty oznaczają:

- WK-POZ-P – wydanie karty w POZ przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,
- WK-POZ-R – wydanie karty w POZ przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-AOS-P – wydanie karty w AOS przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,
- WK-AOS-R – wydanie karty w AOS przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-SZP – wydanie karty w szpitalu w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-SZP-ZS – wydanie karty w szpitalu w przypadku zmiany świadczeniodawcy,
- WK-PRO – wydanie karty w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- DGWS – diagnostyka wstępna,

- DPGG – diagnostyka pogłębiona.

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 1

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 2

Ścieżki pacjentów - metodyka

Dla wybranej kohorty pacjentów zbadano sekwencję realizacji świadczeń związanych z leczeniem danego nowotworu. Zrealizowane świadczenia pogrupowano w następujący sposób (przy poszczególnych grupach znajdują się skróty, które zostały użyte na diagramach oraz numer tabeli, w której wymieniono jakie produkty rozliczeniowe zostały uwzględnione w danej grupie):

- I. chemioterapia (CHT) (tabela 1),
- II. programy lekowe (PL) (tabela 2),
- III. radioterapia (RT) (tabela 3).

Dla poszczególnych grup stopni zaawansowania zaprezentowano:

1. diagram zawierający do 25 najczęściej występujących sekwencji poszczególnych grup świadczeń wraz ze wskazaniem:
 - a) liczby pacjentów, których sekwencja dotyczyła,
 - b) odsetka pacjentów w danej grupie stopni zaawansowania, których sekwencja dotyczyła,
 - c) łącznej wartości świadczeń w danej sekwencji (liczonej jako wartość poszczególnych produktów rozliczeniowych wchodzących w skład sekwencji lub koszt grupy JGP sprawozdanej w ramach hospitalizacji, w przypadku gdy rozpatrywanym świadczeniem jest procedura),
2. diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń z liczbą pacjentów,
3. diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami z medianą czasu przejścia.

W celu poprawienia czytelności diagramu sekwencji, następujące po sobie wystąpienia tych samych grup świadczeń zostały połączone w jedno zdarzenie. Zdarzenie „CHT+PL” oznacza, że dane dwa produkty były sprawozdawane podczas tego samego kontaktu. Oprócz grup świadczeń, na ścieżkach i diagramach przejść znajdują się również znaczniki „180” i „360”, określające 180 i 360 dni od początku ścieżki leczenia danego pacjenta.

Tabela1: Produkty chemioterapii

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.10.0000006	CAPECITABINUM
5.08.10.0000009	CISPLATINUM
5.08.10.0000028	FLUOROURACILUM
5.08.10.0000037	IRINOTECANI HYDROCHLORIDUM TRIHYDRICUM
5.08.10.0000044	MITOMYCINUM
5.08.10.0000049	OXALIPLATINUM

Tabela 2: Programy lekowe

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.09.0000006	BEVACIZUMABUM
5.08.09.0000010	CETUXIMABUM
5.08.09.0000049	PANITUMUMABUM
5.08.09.0000095	AFLIBERCEPTUM

Tabela 3: Radioterapia

Kod produktu	Nazwa produktu
5.07.01.0000011	TELERADIOTERAPIA
5.07.01.0000012	TELERADIOTERAPIA 3D Z MODULACJĄ INTENSYWNOŚCI DAWKI
5.07.01.0000013	TELERADIOTERAPIA 3D - NIEKOPLANARNA Z MONITORINGIEM TOMOGRAFICZNYM (3D-CRT)
5.07.01.0000014	TELERADIOTERAPIA 3D ŚRÓDOPERACYJNA (3D-IORT)
5.07.01.0000021	TELERADIOTERAPIA PALIATYWNA
5.07.01.0000022	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM DWUWYMIAROWYM (2D)
5.07.01.0000023	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM TRÓJWYMIAROWYM (3D)
5.07.01.0000025	BRACHYTERAPIA STANDARDOWA
5.07.01.0000042	BRACHYTERAPIA Z PLANOWANIEM 3D
5.07.01.0000056	TELERADIOTERAPIA STEREOTAKTYCZNA

Ścieżki pacjentów w stopniu II

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
2	35 154,99

Sekwencje grup świadczeń w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 3

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 4

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 5

Ścieżki pacjentów w stopniu III

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
7	57 541,54

Sekwencje grup świadczeń w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 6

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 7

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 8

Ścieżki pacjentów w stopniu IV

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
34	668 775,5

Sekwencje grup świadczeń w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 9

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 10

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 11

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
43	761 472

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 4 rysunek 12

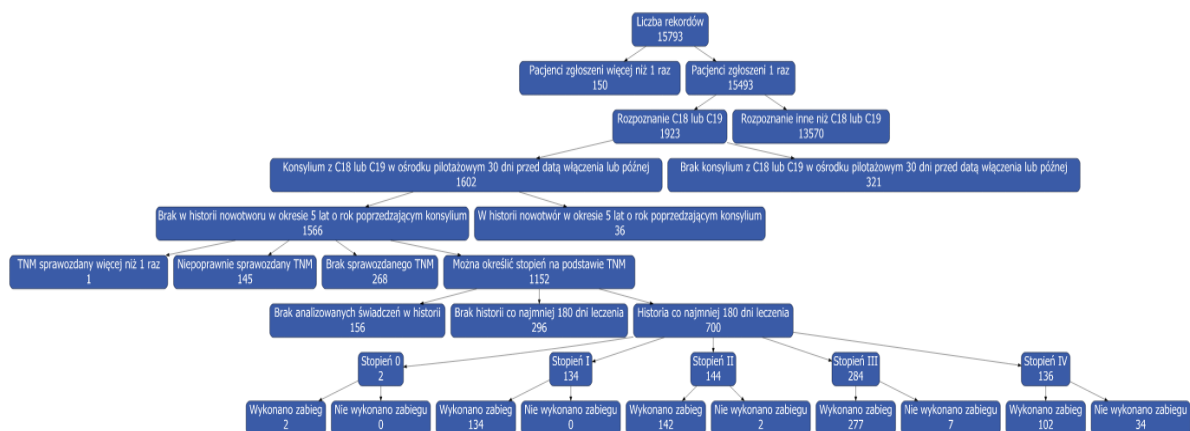
Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 13

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 14

Województwo dolnośląskie – świadczenia dla C18-C19 z zabiegiem

Proces wyboru kohorty pacjentów wraz z liczbą pacjentów odrzuconych na poszczególnym etapie.

Rysunek 11 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną w okresach:

- do 7 tygodni przed konsylium,
- do 10 tygodni przed konsylium.

Tabela 50 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	6,85	4,87
45.239	Kolonoskopia - inne	9,13	5,63
45.251	Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca	1,07	0,76
45.253	Kolonoskopia z biopsją	30,44	22,98
88.305	TK - wirtualna kolonoskopia	2,44	1,98
87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	0,46	0,46
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	29,98	28,77
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,46	0,46
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	1,07	1,07
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	63,77	59,51
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	26,79	24,51
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	9,13	8,68
88.76	Diagnostyka ultrasonograficzna brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	0,15	0,15
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	21,61	16,44
87.44	Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej	0,15	0,15
87.440	RTG klatki piersiowej	52,51	48,10
87.49	Zdjęcie RTG klatki piersiowej - inne RTG oskrzeli - inne RTG przepony - inne RTG serca - inne RTG płuca - inne RTG śródpiersia - inne RTG tchawicy - inne	0,15	0,15
88.741	USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	0,76	0,46
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	1,98	1,52
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	9,44	6,09
88.02	Tomografia brzucha - inne	0,46	0,30
88.38	Tomografia komputerowa - inne	0,91	0,76

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną co najmniej 2 razy w okresach:

- do 7 tygodni przed konsylium,
- do 10 tygodni przed konsylium.

Tabela 51 Badania obrazowe

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.239	Kolonoskopia - inne	0,30	0,15
45.253	Kolonoskopia z biopsją	2,59	2,28
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	7,31	7,15

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	11,42	9,44
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	5,18	4,72
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,37	1,37
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	1,98	1,07
87.440	RTG klatki piersiowej	7,91	5,33
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	1,83	0,91
88.02	Tomografia brzucha - inne	0,15	0,00

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.

Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

- 88.305 TK - wirtualna kolonoskopia
- 87.41 - Komputerowa tomografia (TK) klatki piersiowej
- 87.410 - TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
- 87.411 - TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.412 - TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.413 - TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku
- 88.01 - Komputerowa tomografia brzucha
- 88.010 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.011 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.012 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.92 - Rezonans magnetyczny klatki piersiowej i mięśnia sercowego
- 88.923 - RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.924 - RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.97 - Rezonans magnetyczny innych okolic i miejsc nieokreślonych
- 88.976 - RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.76 - Diagnostyka ultrasonograficzna brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
- 88.761 - USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
- 87.44 - Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej
- 87.440 - RTG klatki piersiowej

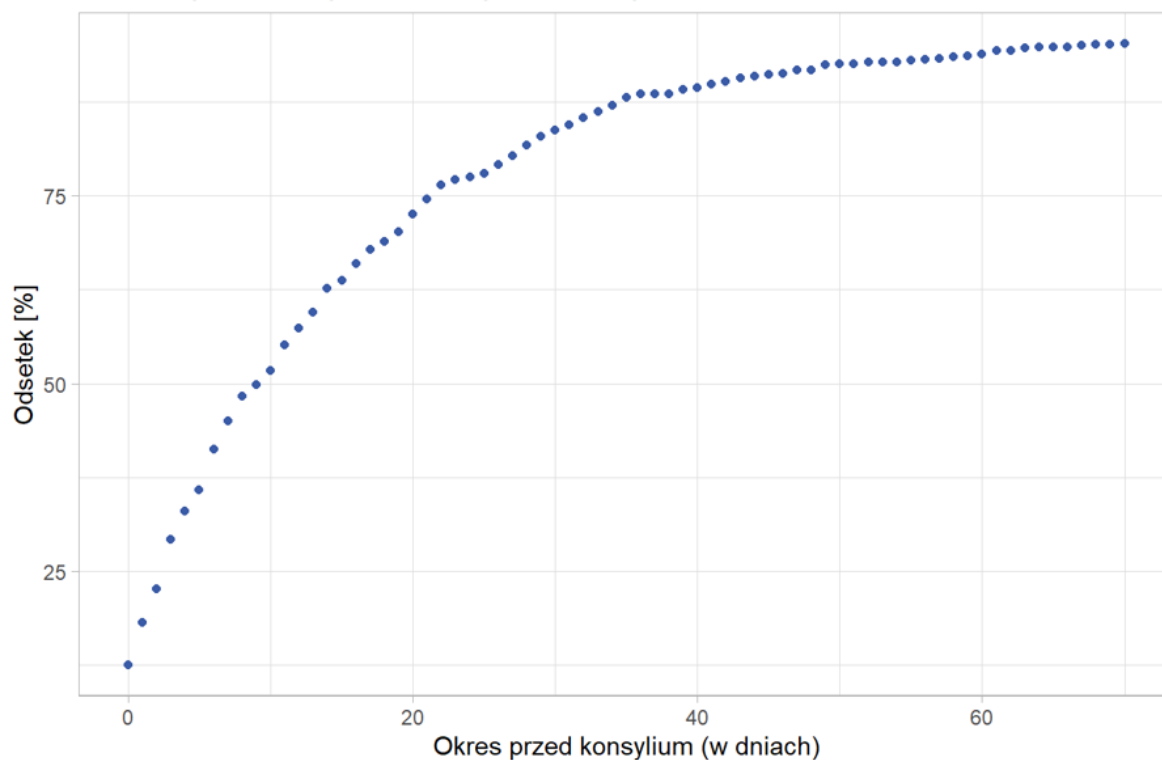
- 87.49 - Zdjęcie RTG klatki piersiowej - inne RTG oskrzeli - inne RTG przepony - inne RTG serca - inne RTG płuca - inne RTG śródpiersia - inne RTG tchawicy - inne
- 88.741 - USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej
- 88.191 - RTG jamy brzusznej przeglądowe
- 88.02 - Tomografia brzucha - inne
- 88.38 - Tomografia komputerowa - inne

Tabela 52 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
95,28	92,39

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 12 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grup badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Badania mikroskopowe i endoskopowe

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe.

Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

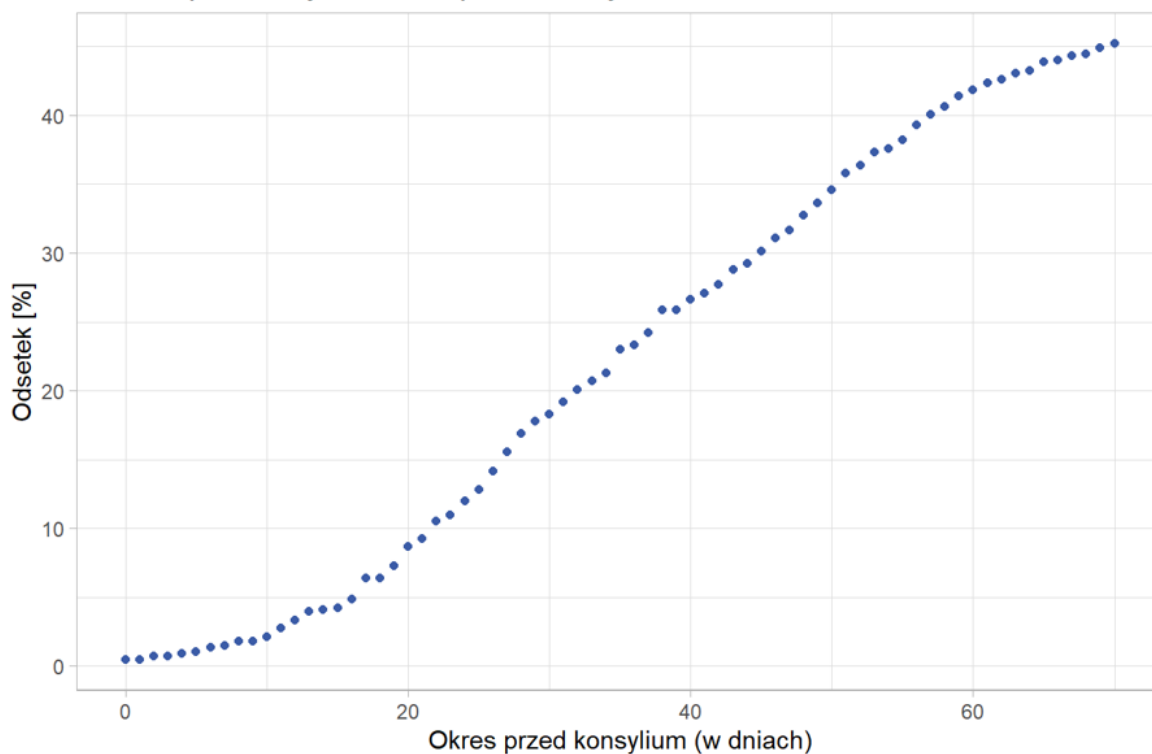
- 45.23 - Kolonoskopia
- 45.231 - Fiberokolonoskopia
- 45.239 - Kolonoskopia - inne
- 45.24 - Fiberosigmoidoskopia endoskopia zstępnicy
- 45.25 - Endoskopowa biopsja jelita grubego
- 45.251 - Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca
- 45.252 - Pobranie materiału przez wyszczotczkowanie lub wyplukanie
- 45.253 - Kolonoskopia z biopsją
- 88.747 - Endosonografia kanału odbytnicy i odbytu
- 48.21 - Przewzbrzusne wziernikowanie odbytnicy/esicy śródoperacyjne wziernikowanie odbytnicy/esicy
- 48.211 - Przewzbrzusne wziernikowanie odbytnicy/ esicy
- 48.22 - Wziernikowanie odbytnicy/esicy przez przetokę
- 48.23 - Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem
- 48.24 - Endoskopowa biopsja odbytnicy (zamknięta)
- 48.241 - Zamknięte endoskopowe pobranie materiału z odbytnicy do badań przez wyszczotczkowanie lub wyplukanie
- 48.242 - Wziernikowanie odbytnicy/esicy z biopsją
- 48.25 - Otwarta biopsja odbytu

Tabela 53 odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45,21	33,64

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 13 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



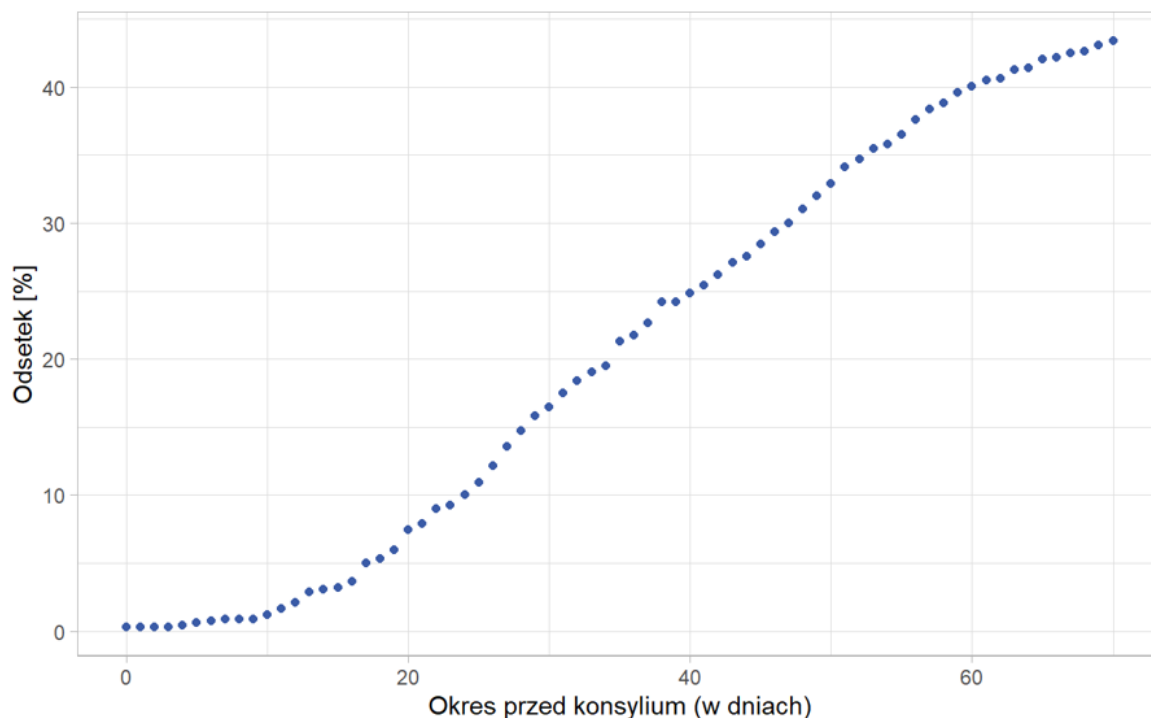
Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

W tabeli uwzględniono pacjentów, u których w danym okresie przed konsylium sprawozdano co najmniej jedną procedurę z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurę z grupy badań endoskopowych/biopsji.

Tabela 54 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
43,38	31,96

Rysunek 14 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Diagnostyka onkologiczna

Dla wyodrębnionej kohorty pacjentów dokonano analizy przejść pomiędzy poszczególnymi etapami oznaczonymi w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Wykorzystane dane pochodzą z centralnej aplikacji AP-DILO wg stanu na dzień 25 stycznia 2022 r. Poniższe diagramy przedstawiają:

- liczby pacjentów przechodzących pomiędzy poszczególnymi etapami,
- medianę czasu przejścia pomiędzy poszczególnymi etapami.

Użyte na diagramach skróty oznaczają:

- WK-POZ-P – wydanie karty w POZ przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,
- WK-POZ-R – wydanie karty w POZ przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-AOS-P – wydanie karty w AOS przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,
- WK-AOS-R – wydanie karty w AOS przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-SZP – wydanie karty w szpitalu w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-SZP-ZS – wydanie karty w szpitalu w przypadku zmiany świadczeniodawcy,
- WK-PRO – wydanie karty w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- DGWS – diagnostyka wstępna,

- DPGG – diagnostyka pogłębiona.

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 15

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 16

Ścieżki pacjentów – metodyka

Dla wybranej kohorty pacjentów zbadano sekwencję realizacji świadczeń związanych z leczeniem danego nowotworu. Zrealizowane świadczenia pogrupowano w następujący sposób (przy poszczególnych grupach znajdują się skróty, które zostały użyte na diagramach oraz numer tabeli, w której wymieniono jakie produkty rozliczeniowe zostały uwzględnione w danej grupie):

- I. chemioterapia (CHT) (tabela 1),
- II. chirurgia (CHIR) (tabela 2),
- III. programy lekowe (PL) (tabela 3),
- IV. radioterapia (RT) (tabela 4).

Dla poszczególnych grup stopni zaawansowania zaprezentowano:

1. diagram zawierający do 25 najczęściej występujących sekwencji poszczególnych grup świadczeń wraz ze wskazaniem:
 - a) liczby pacjentów, których sekwencja dotyczyła,
 - b) odsetka pacjentów w danej grupie stopni zaawansowania, których sekwencja dotyczyła,
 - c) łącznej wartości świadczeń w danej sekwencji (liczonej jako wartość poszczególnych produktów rozliczeniowych wchodzących w skład sekwencji lub koszt grupy JGP sprawozdanej w ramach hospitalizacji, w przypadku gdy rozpatrywanym świadczeniem jest procedura),
2. diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń z liczbą pacjentów,
3. diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami z medianą czasu przejścia.

W celu poprawienia czytelności diagramu sekwencji, następujące po sobie wystąpienia tych samych grup świadczeń zostały połączone w jedno zdarzenie.

Zdarzenie „CHT+PL” oznacza, że dane dwa produkty były sprawozdawane podczas tego samego kontaktu. Oprócz grup świadczeń, na ścieżkach i diagramach przejść znajdują się również znaczniki „180” i „360”, określające 180 i 360 dni od początku ścieżki leczenia danego pacjenta.

Tabela 1: Produkty chemioterapii

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.10.0000006	CAPECITABINUM
5.08.10.0000009	CISPLATINUM
5.08.10.0000028	FLUOROURACILUM
5.08.10.0000037	IRINOTECANI HYDROCHLORIDUM TRIHYDRICUM
5.08.10.0000044	MITOMYCINUM
5.08.10.0000049	OXALIPLATINUM

Tabela 2: Produkty chirurgii

Kod produktu	Nazwa produktu
5.51.01.0006031	F31 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO
5.51.01.0006032	F32 DUŻE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO
5.51.01.0006034	F31A KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO > 17 R. Ż.
5.51.01.0006093	F93 ŚREDNIE ZABIEGI ODBYTU
5.51.01.0006094	F94 MAŁE ZABIEGI ODBYTU I ODBYTNICY

Tabela 3: Programy lekowe

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.09.0000006	BEVACIZUMABUM
5.08.09.0000010	CETUXIMABUM
5.08.09.0000049	PANITUMUMABUM
5.08.09.0000095	AFLIBERCEPTUM

Tabela 4: Radioterapia

Kod produktu	Nazwa produktu
5.07.01.0000011	TELERADIOTERAPIA
5.07.01.0000012	TELERADIOTERAPIA 3D Z MODULACJĄ INTENSYWNOŚCI DAWKI
5.07.01.0000013	TELERADIOTERAPIA 3D - NIEKOPLANARNA Z MONITORINGIEM TOMOGRAFICZNYM (3D-CRT)
5.07.01.0000014	TELERADIOTERAPIA 3D ŚRÓDOOPERACYJNA (3D-IORT)
5.07.01.0000021	TELERADIOTERAPIA PALIATYWNA
5.07.01.0000022	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM DWUWYMIAROWYM (2D)
5.07.01.0000023	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM TRÓJWYMIAROWYM (3D)
5.07.01.0000025	BRACHYTERAPIA STANDARDOWA
5.07.01.0000042	BRACHYTERAPIA Z PLANOWANIEM 3D
5.07.01.0000056	TELERADIOTERAPIA STEREOTAKTYCZNA

Ścieżki pacjentów w stopniu 0

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
2	22 061,68

Sekwencje grup świadczeń w stopniu 0 - załącznik nr 4 rysunek 17

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu 0 - załącznik nr 4 rysunek 18

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu 0 - załącznik nr 4 rysunek 19

Ścieżki pacjentów w stopniu I

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
134	2 708 372

Sekwencje grup świadczeń w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 20

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 21

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 22

Ścieżki pacjentów w stopniu II

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
142	2 987 522

Sekwencje grup świadczeń w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 23

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 24

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 25

Ścieżki pacjentów w stopniu III

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
277	5 993 895

Sekwencje grup świadczeń w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 26

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 27

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 28

Ścieżki pacjentów w stopniu IV

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
102	4 559 771

Sekwencje grup świadczeń w stopniu IV - załącznik nr 1 rysunek 29

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu IV - załącznik nr 1 rysunek 30

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu IV - załącznik nr 1 rysunek 31

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
657	16 271 621

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 1 rysunek 32

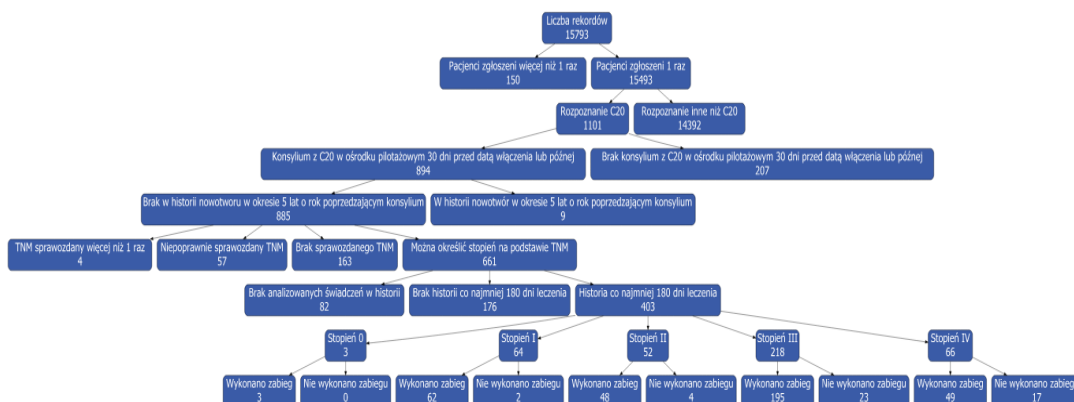
Diagram przejść z liczbą pacjentów załącznik nr 1 rysunek 33

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 1 rysunek 34

Województwo dolnośląskie – świadczenia dla C20 bez zabiegu

Proces wyboru kohorty pacjentów wraz z liczbą pacjentów odrzuconych na poszczególnym etapie.

Rysunek 15 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną w okresach:

- do 7 tygodni przed konsylium,
- do 10 tygodni przed konsylium.

Tabela 55 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną w okresach: do 7 tygodni przed konsylium, do 10 tygodni przed konsylium.

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	6,52	2,17
45.239	Kolonoskopia - inne	2,17	0,00
45.253	Kolonoskopia z biopsją	60,87	39,13
88.305	TK - wirtualna kolonoskopia	2,17	2,17
87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	2,17	2,17
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	39,13	34,78
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	4,35	4,35
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	69,57	54,35
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	30,43	26,09
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	56,52	54,35
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	10,87	4,35

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.44	Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej	2,17	2,17
87.440	RTG klatki piersiowej	41,30	34,78
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	2,17	2,17
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	6,52	4,35
88.02	Tomografia brzucha - inne	2,17	2,17

Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną co najmniej 2 razy w okresach:

- do 7 tygodni przed konsylium,
- do 10 tygodni przed konsylium.

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.253	Kolonoskopia z biopsją	4,35	2,17
87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	2,17	2,17
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	15,22	13,04
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	4,35	4,35
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	21,74	17,39
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	6,52	6,52
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	4,35	4,35
87.440	RTG klatki piersiowej	6,52	6,52

Badania obrazowe

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.

Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

- 88.305 TK - wirtualna kolonoskopia
- 87.41 - Komputerowa tomografia (TK) klatki piersiowej
- 87.410 - TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
- 87.411 - TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.412 - TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.413 - TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku
- 88.01 - Komputerowa tomografia brzucha
- 88.010 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.011 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym

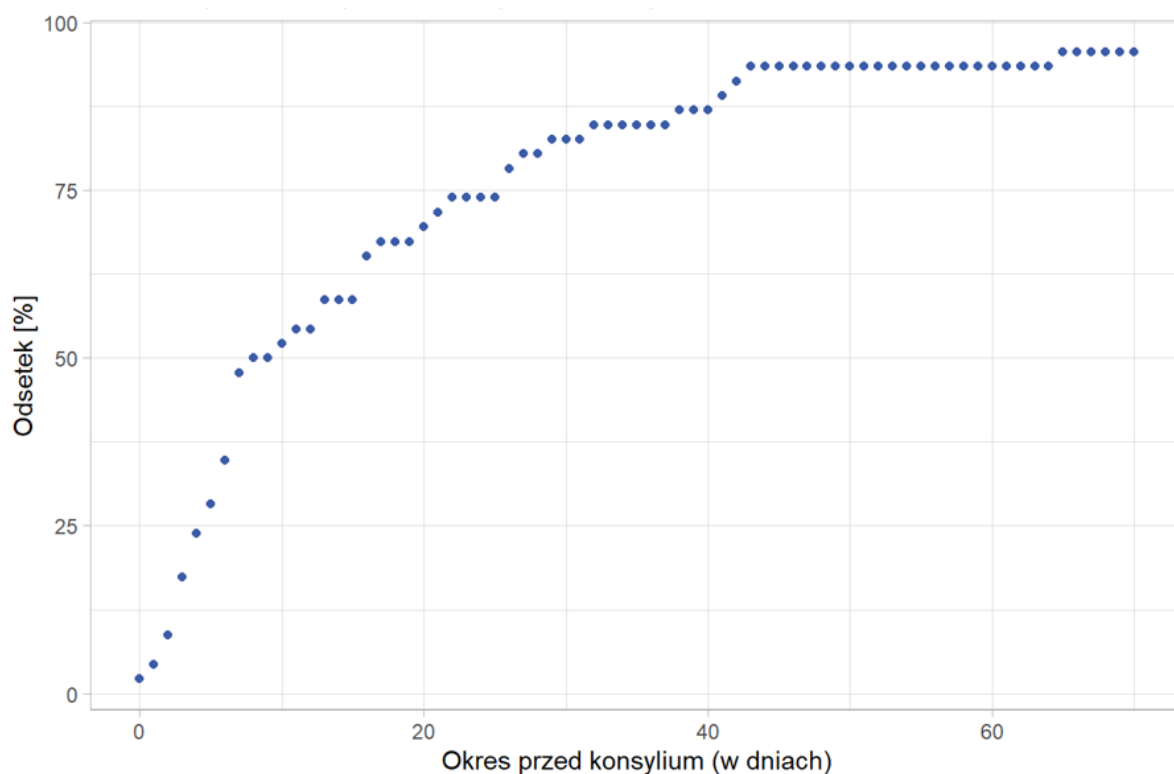
- 88.012 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.92 - Rezonans magnetyczny klatki piersiowej i mięśnia sercowego
- 88.923 - RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.924 - RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.97 - Rezonans magnetyczny innych okolic i miejsc nieokreślonych
- 88.976 - RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.76 - Diagnostyka ultrasonograficzna brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
- 88.761 - USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
- 87.44 - Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej
- 87.440 - RTG klatki piersiowej
- 87.49 - Zdjęcie RTG klatki piersiowej - inne RTG oskrzeli - inne RTG przepony - inne RTG serca - inne RTG płuca - inne RTG śródpiersia - inne RTG tchawicy - inne
- 88.741 - USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej
- 88.191 - RTG jamy brzusznej przeglądowe
- 88.02 - Tomografia brzucha - inne
- 88.38 - Tomografia komputerowa - inne

Tabela 56 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
95,65	93,48

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 16 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Badania mikroskopowe i endoskopowe

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe.

Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

- 45.23 - Kolonoskopia
- 45.231 - Fiberokolonoskopia
- 45.239 - Kolonoskopia - inne
- 45.24 - Fiberosigmoidoskopia endoskopia zstępnicy
- 45.25 - Endoskopowa biopsja jelita grubego
- 45.251 - Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca
- 45.252 - Pobranie materiału przez wyszczotczkowanie lub wypłukanie
- 45.253 - Kolonoskopia z biopsją
- 88.747 - Endosonografia kanału odbytnicy i odbytu
- 48.21 - Przewodowe wżernikowanie odbytnicy/esicy śródoperacyjne wżernikowanie odbytnicy/esicy
- 48.211 - Przewodowe wżernikowanie odbytnicy/ esicy
- 48.22 - Wżernikowanie odbytnicy/esicy przez przetokę
- 48.23 - Procto-sigmoidoskopia sztywnym wżernikiem

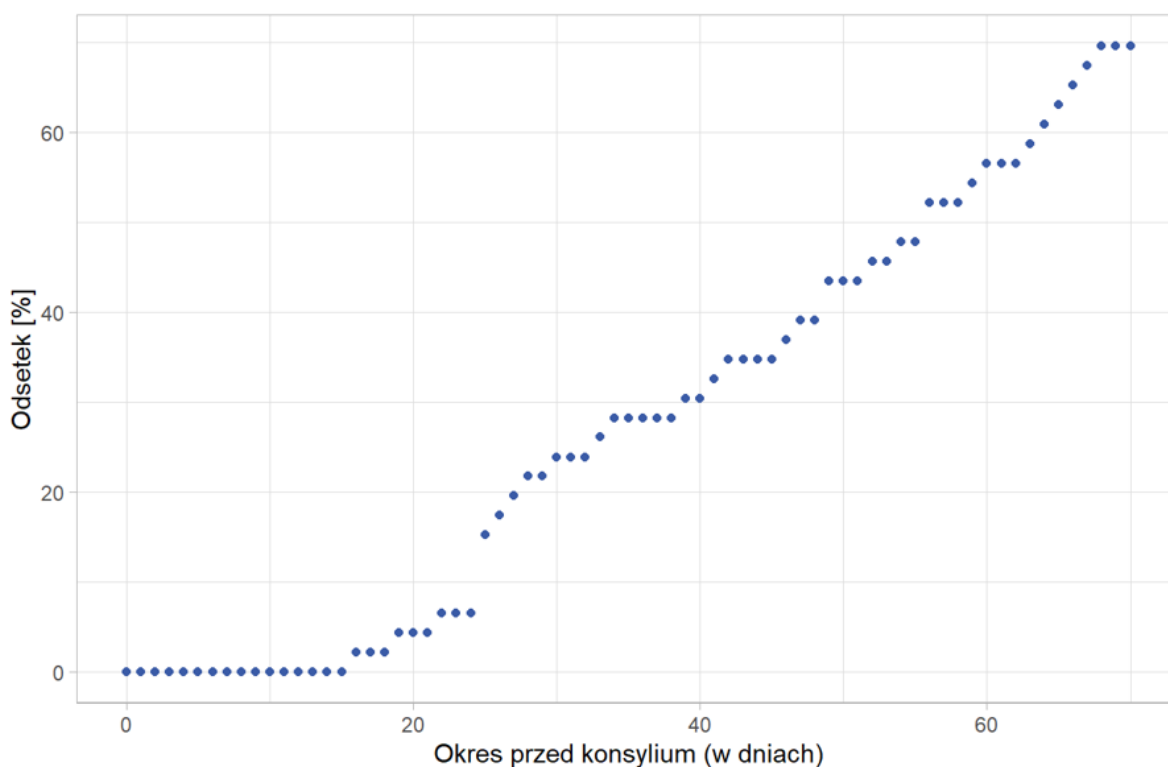
- 48.24 - Endoskopowa biopsja odbytnicy (zamknięta)
- 48.241 - Zamknięte endoskopowe pobranie materiału z odbytnicy do badań przez wyszczotczkowanie lub wypłukanie
- 48.242 - Wziernikowanie odbytnicy/esicy z biopsją
- 48.25 - Otwarta biopsja odbytu

Tabela 57 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
69,57	43,48

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 17 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



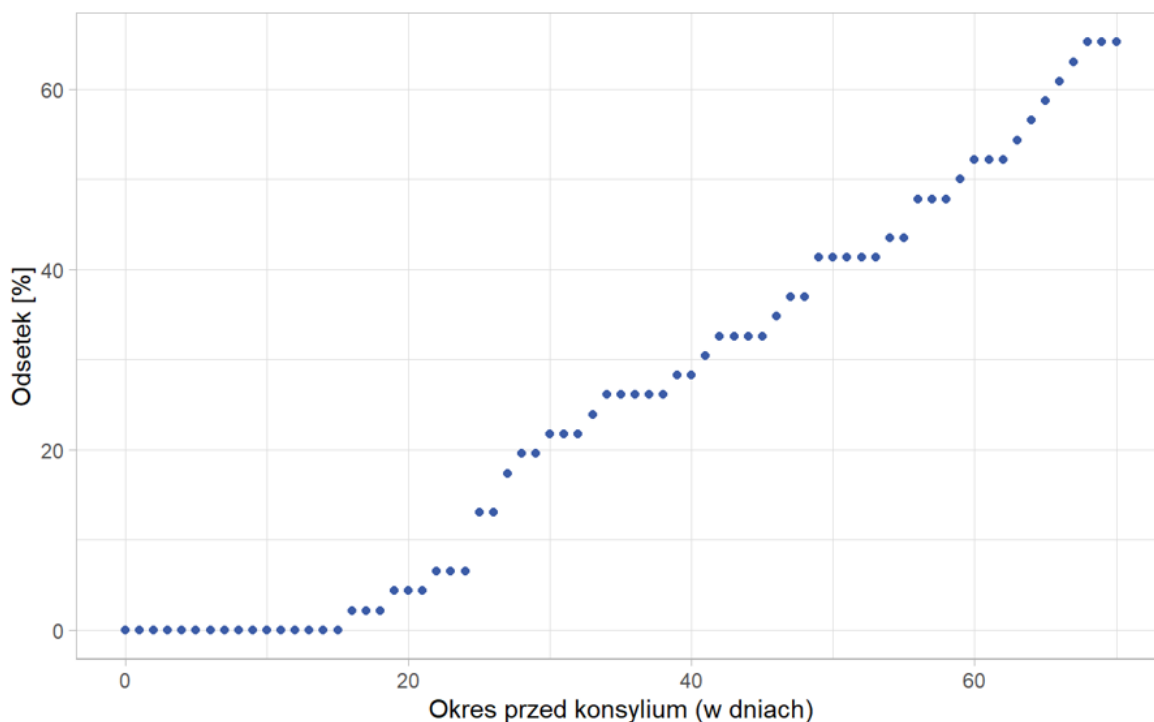
Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

W tabeli uwzględniono pacjentów, u których w danym okresie przed konsylium sprawozdano co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji.

Tabela 58 Liczba pacjentów, u których w danym okresie przed konsylium sprawozdano co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
65,22	41,30

Rysunek 18 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Diagnostyka onkologiczna

Dla wyodrębnionej kohorty pacjentów dokonano analizy przejść pomiędzy poszczególnymi etapami oznaczonymi w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Wykorzystane dane pochodzą z centralnej aplikacji AP-DILO wg stanu na dzień 25 stycznia 2022 r. Poniższe diagramy przedstawiają:

- liczby pacjentów przechodzących pomiędzy poszczególnymi etapami,
- medianę czasu przejścia pomiędzy poszczególnymi etapami.

Użyte na diagramach skróty oznaczają:

- WK-POZ-P – wydanie karty w POZ przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,
- WK-POZ-R – wydanie karty w POZ przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-AOS-P – wydanie karty w AOS przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,

- WK-AOS-R – wydanie karty w AOS przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-SZP – wydanie karty w szpitalu w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-SZP-ZS – wydanie karty w szpitalu w przypadku zmiany świadczeniodawcy,
- WK-PRO – wydanie karty w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- DGWS – diagnostyka wstępna,
- DGPG – diagnostyka pogłębiona.

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 35

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 36

Ścieżki pacjentów - metodyka

Dla wybranej kohorty pacjentów zbadano sekwencję realizacji świadczeń związanych z leczeniem danego nowotworu. Zrealizowane świadczenia pogrupowano w następujący sposób (przy poszczególnych grupach znajdują się skróty, które zostały użyte na diagramach oraz numer tabeli, w której wymieniono jakie produkty rozliczeniowe zostały uwzględnione w danej grupie):

- I. chemioterapia (CHT) (tabela 1),
- II. programy lekowe (PL) (tabela 2),
- III. radioterapia (RT) (tabela 3).

Dla poszczególnych grup stopni zaawansowania zaprezentowano:

- diagram zawierający do 25 najczęściej występujących sekwencji poszczególnych grup świadczeń wraz ze wskazaniem:
 - liczby pacjentów, których sekwencja dotyczyła,
 - odsetka pacjentów w danej grupie stopni zaawansowania, których sekwencja dotyczyła,
 - łącznej wartości świadczeń w danej sekwencji (liczonej jako wartość poszczególnych produktów rozliczeniowych wchodzących w skład sekwencji lub koszt grupy JGP sprawozdanej w ramach hospitalizacji, w przypadku, gdy rozpatrywanym świadczeniem jest procedura),

- diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń z liczbą pacjentów,
- diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami z medianą czasu przejścia.

W celu poprawienia czytelności diagramu sekwencji, następujące po sobie wystąpienia tych samych grup świadczeń zostały połączone w jedno zdarzenie.

Zdarzenie „CHT+PL” oznacza, że dane dwa produkty były sprawozdawane podczas tego samego kontaktu. Oprócz grup świadczeń, na ścieżkach i diagramach przejść znajdują się również znaczniki „180” i „360”, określające 180 i 360 dni od początku ścieżki leczenia danego pacjenta.

Tabela 1: Produkty chemioterapii	
Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.10.0000006	CAPECITABINUM
5.08.10.0000009	CISPLATINUM
5.08.10.0000028	FLUOROURACILUM
5.08.10.0000037	IRINOTECANI HYDROCHLORIDUM TRIHYDRICUM
5.08.10.0000044	MITOMYCINUM
5.08.10.0000049	OXALIPLATINUM

Tabela 2: Programy lekowe	
Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.09.0000006	BEVACIZUMABUM
5.08.09.0000010	CETUXIMABUM
5.08.09.0000049	PANITUMUMABUM
5.08.09.0000095	AFLIBERCEPTUM

Tabela 3: Radioterapia	
Kod produktu	Nazwa produktu
5.07.01.0000011	TELERADIOTERAPIA
5.07.01.0000012	TELERADIOTERAPIA 3D Z MODULACJĄ INTENSYWNOŚCI DAWKI
5.07.01.0000013	TELERADIOTERAPIA 3D - NIEKOPLANARNA Z MONITORINGIEM TOMOGRAFICZNYM (3D-CRT)
5.07.01.0000014	TELERADIOTERAPIA 3D ŚRÓDOPERACYJNA (3D-IORT)
5.07.01.0000021	TELERADIOTERAPIA PALIATYWNA
5.07.01.0000022	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM DWUWYMIAROWYM (2D)
5.07.01.0000023	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM TRÓJWYMIAROWYM (3D)
5.07.01.0000025	BRACHYTERAPIA STANDARDOWA
5.07.01.0000042	BRACHYTERAPIA Z PLANOWANIEM 3D
5.07.01.0000056	TELERADIOTERAPIA STEREOTAKTYCZNA

Ścieżki pacjentów w stopniu I

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
2	32 778

Sekwencje grup świadczeń w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 37

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 38

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 39

Ścieżki pacjentów w stopniu II

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
4	71 604,23

Sekwencje grup świadczeń w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 40

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 41

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 42

Ścieżki pacjentów w stopniu III

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
23	365 449

Sekwencje grup świadczeń w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 43

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 44

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 45

Ścieżki pacjentów w stopniu IV

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
17	625 184,8

Sekwencje grup świadczeń w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 46

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 47

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 48

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
46	1 095 016

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 4 rysunek 49

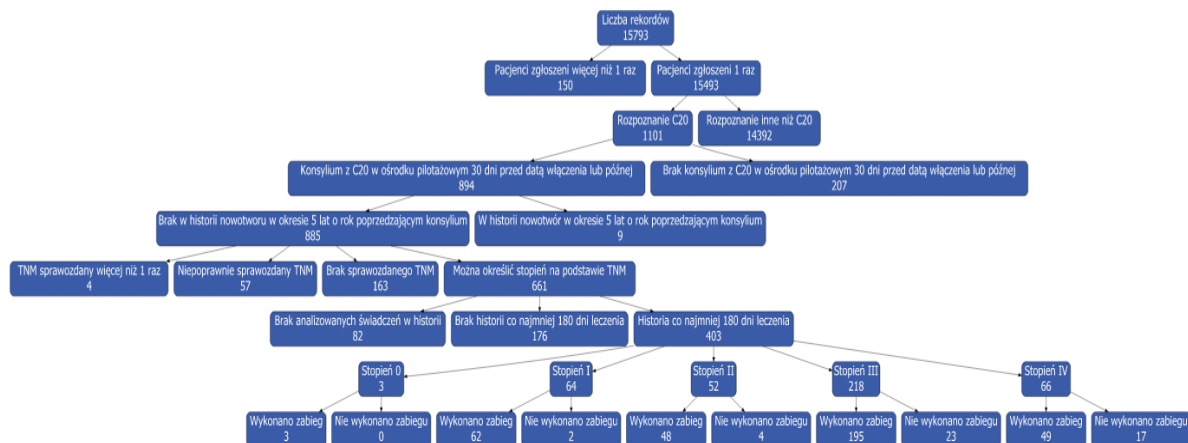
Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 50

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 51

Województwo dolnośląskie – świadczenia dla C20 z zabiegiem

Proces wyboru kohorty pacjentów wraz z liczbą pacjentów odrzuconych na poszczególnym etapie.

Rysunek 19 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną w okresach:

- do 7 tygodni przed konsylium,
- do 10 tygodni przed konsylium.

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	4,76	3,36
45.239	Kolonoskopia - inne	9,80	5,04
45.24	Fiberosigmoidoskopia endoskopia zstępniczy	0,56	0,56
45.251	Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca	1,68	1,40
45.253	Kolonoskopia z biopsją	31,37	18,49
88.305	TK - wirtualna kolonoskopia	1,96	1,12
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	34,73	33,33
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	1,68	1,68
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	60,78	55,18
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	36,97	35,29
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,28	0,28
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	61,90	60,22
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	14,01	11,76

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.44	Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej	0,28	0,28
87.440	RTG klatki piersiowej	46,78	42,02
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	7,00	4,20
48.242	Wziernikowanie odbytnicy/esicy z biopsją	1,40	1,12
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	2,24	1,40
88.02	Tomografia brzucha - inne	0,56	0,28
88.38	Tomografia komputerowa - inne	0,56	0,28

Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną co najmniej 2 razy w okresach:

- do 7 tygodni przed konsylium,
- do 10 tygodni przed konsylium.

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.239	Kolonoskopia - inne	1,12	0,84
45.251	Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca	0,28	0,00
45.253	Kolonoskopia z biopsją	1,40	0,28
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	13,45	12,89
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	0,28	0,28
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	13,45	12,61
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	8,96	8,12
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	7,56	7,28
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	0,56	0,56
87.440	RTG klatki piersiowej	8,68	6,72
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	1,40	0,84

Badania obrazowe

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.

Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

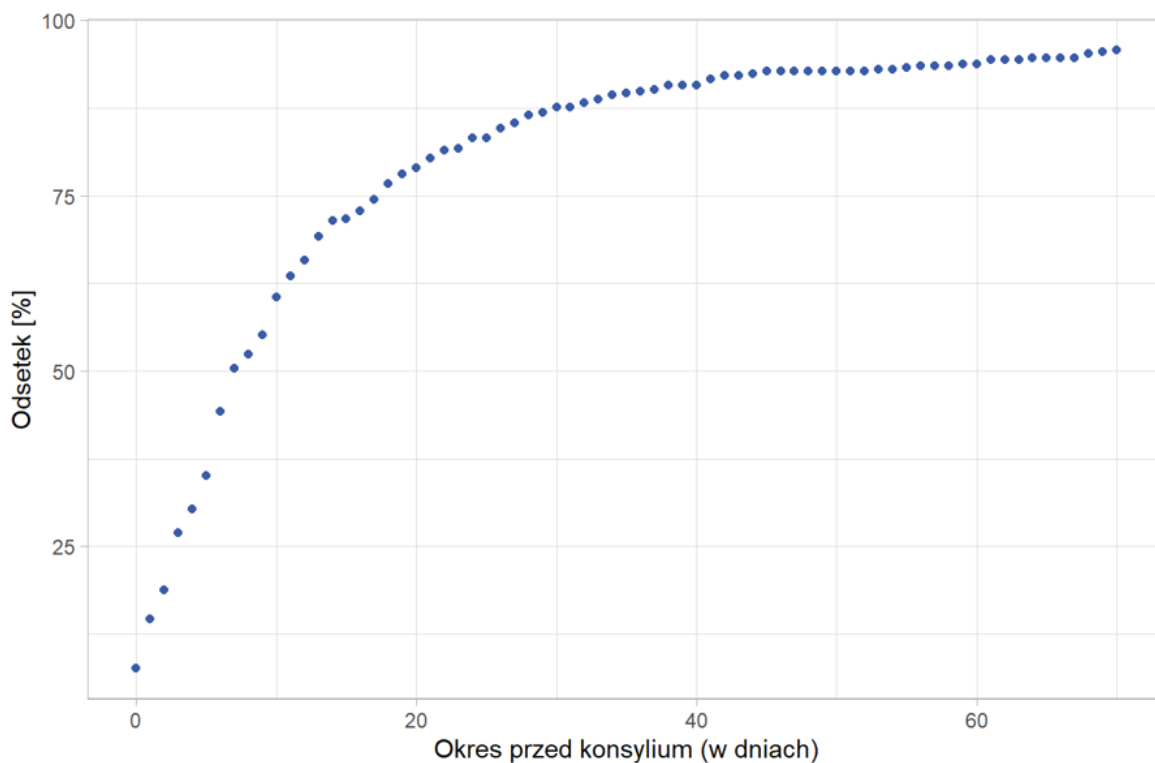
- 88.305 TK - wirtualna kolonoskopia
- 87.41 - Komputerowa tomografia (TK) klatki piersiowej
- 87.410 - TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
- 87.411 - TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.412 - TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.413 - TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku

- 88.01 - Komputerowa tomografia brzucha
- 88.010 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.011 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.012 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.92 - Rezonans magnetyczny klatki piersiowej i mięśnia sercowego
- 88.923 - RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.924 - RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.97 - Rezonans magnetyczny innych okolic i miejsc nieokreślonych
- 88.976 - RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.76 - Diagnostyka ultrasonograficzna brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
- 88.761 - USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
- 87.44 - Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej
- 87.440 - RTG klatki piersiowej
- 87.49 - Zdjęcie RTG klatki piersiowej - inne RTG oskrzeli - inne RTG przepony - inne RTG serca - inne RTG płuca - inne RTG śródpiersia - inne RTG tchawicy - inne
- 88.741 - USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej
- 88.191 - RTG jamy brzusznej przeglądowe
- 88.02 - Tomografia brzucha - inne
- 88.38 - Tomografia komputerowa - inne

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
95,80	92,72

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 20 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Badania mikroskopowe i endoskopowe

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe.

Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

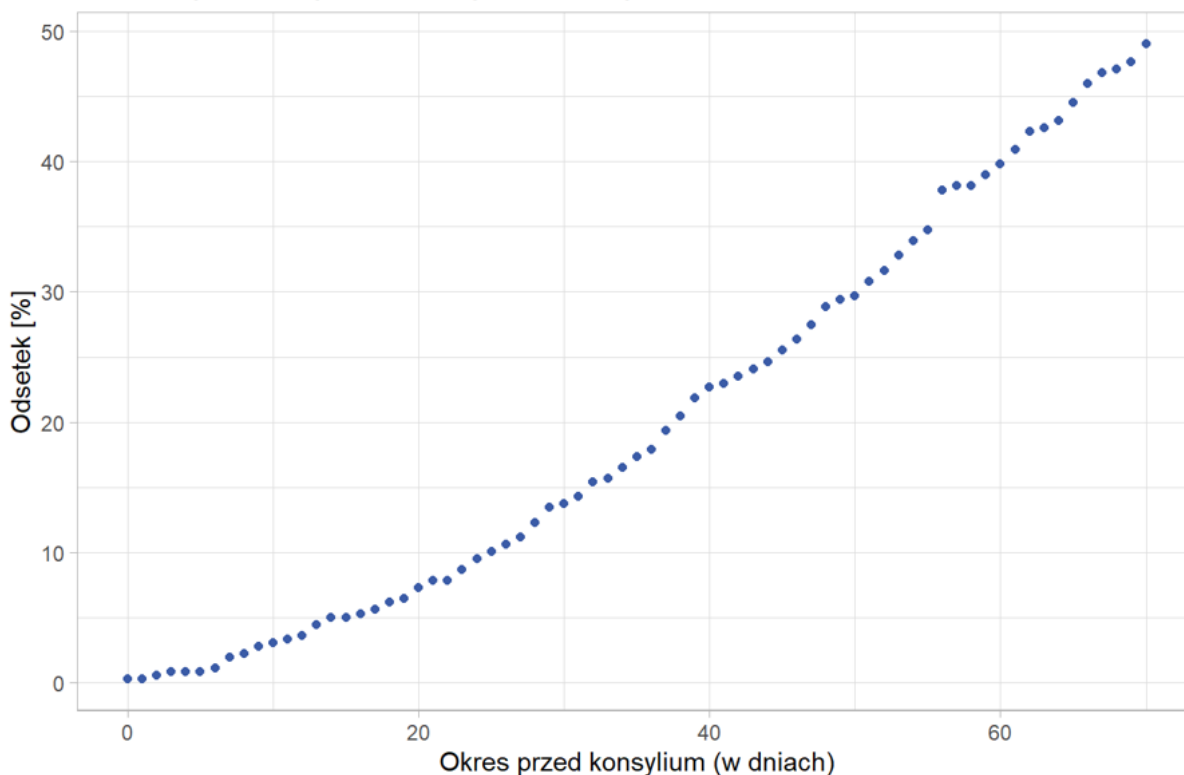
- 45.23 - Kolonoskopia
- 45.231 - Fiberokolonoskopia
- 45.239 - Kolonoskopia - inne
- 45.24 - Fiberosigmoidoskopia endoskopia zstępnicy
- 45.25 - Endoskopowa biopsja jelita grubego
- 45.251 - Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca
- 45.252 - Pobranie materiału przez wyszczotczkowanie lub wyplukanie
- 45.253 - Kolonoskopia z biopsją
- 88.747 - Endosonografia kanału odbytnicy i odbytu
- 48.21 - Przewodowe wżernikowanie odbytnicy/esicy śródoperacyjne wżernikowanie odbytnicy/esicy
- 48.211 - Przewodowe wżernikowanie odbytnicy/ esicy
- 48.22 - Wżernikowanie odbytnicy/esicy przez przetokę

- 48.23 - Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem
- 48.24 - Endoskopowa biopsja odbytnicy (zamknięta)
- 48.241 - Zamknięte endoskopowe pobranie materiału z odbytnicy do badań przez wyszczoteczkiwanie lub wyflukanie
- 48.242 - Wziernikowanie odbytnicy/esicy z biopsją
- 48.25 - Otwarta biopsja odbytu

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
49,02	29,41

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 21 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium

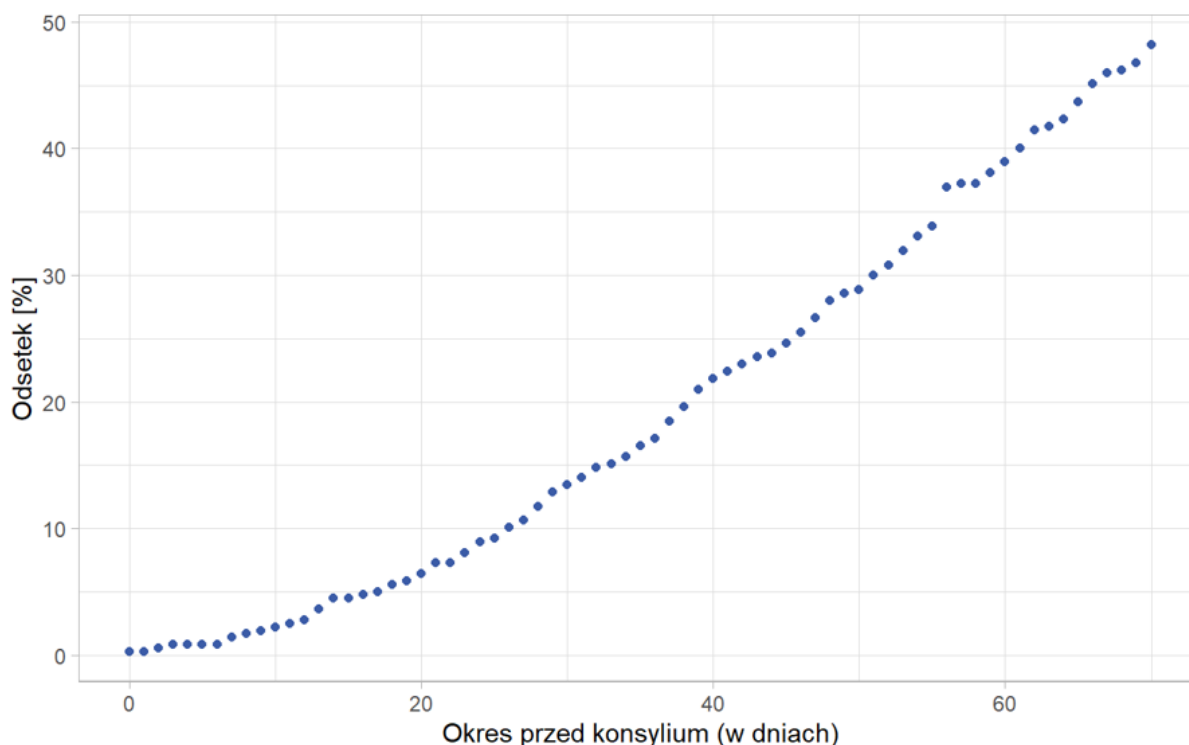


Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

W tabeli uwzględniono pacjentów, u których w danym okresie przed konsylium sprawozdano co najmniej jedną procedurę z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurę z grupy badań endoskopowych/biopsji.

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
48,18	28,57

Rysunek 22 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Diagnostyka onkologiczna

Dla wyodrębnionej kohorty pacjentów dokonano analizy przejść pomiędzy poszczególnymi etapami oznaczonymi w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Wykorzystane dane pochodzą z centralnej aplikacji AP-DILO wg stanu na dzień 25 stycznia 2022 r. Poniższe diagramy przedstawiają:

- liczby pacjentów przechodzących pomiędzy poszczególnymi etapami,
- medianę czasu przejścia pomiędzy poszczególnymi etapami.

Użyte na diagramach skróty oznaczają:

WK-POZ-P – wydanie karty w POZ przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,

WK-POZ-R – wydanie karty w POZ przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,

WK-AOS-P – wydanie karty w AOS przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,

WK-AOS-R – wydanie karty w AOS przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,

WK-SZP – wydanie karty w szpitalu w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,

WK-SZP-ZS – wydanie karty w szpitalu w przypadku zmiany świadczeniodawcy,

WK-PRO – wydanie karty w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,

DGWS – diagnostyka wstępna,

DGPG – diagnostyka pogłębiona.

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 52

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 53

Ścieżki pacjentów - metodyka

Dla wybranej kohorty pacjentów zbadano sekwencję realizacji świadczeń związanych z leczeniem danego nowotworu. Zrealizowane świadczenia pogrupowano w następujący sposób (przy poszczególnych grupach znajdują się skróty, które zostały użyte na diagramach oraz numer tabeli, w której wymieniono jakie produkty rozliczeniowe zostały uwzględnione w danej grupie):

- I. chemioterapia (CHT) (tabela 1),
- II. chirurgia (CHIR) (tabela 2),
- III. programy lekowe (PL) (tabela 3),
- IV. radioterapia (RT) (tabela 4).

Dla poszczególnych grup stopni zaawansowania zaprezentowano:

1. diagram zawierający do 25 najczęściej występujących sekwencji poszczególnych grup świadczeń wraz ze wskazaniem:
 - a. liczby pacjentów, których sekwencja dotyczyła,
 - b. odsetka pacjentów w danej grupie stopni zaawansowania, których sekwencja dotyczyła,
 - c. łącznej wartości świadczeń w danej sekwencji (liczonej jako wartość poszczególnych produktów rozliczeniowych wchodzących w skład sekwencji lub koszt grupy JGP sprawozdanej w ramach hospitalizacji, w przypadku, gdy rozpatrywanym świadczeniem jest procedura),
2. diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń z liczbą pacjentów,
3. diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami z medianą czasu przejścia.

W celu poprawienia czytelności diagramu sekwencji, następujące po sobie wystąpienia tych samych grup świadczeń zostały połączone w jedno zdarzenie. Zdarzenie „CHT+PL” oznacza, że dane dwa produkty były sprawozdawane podczas tego samego kontaktu. Oprócz grup świadczeń, na ścieżkach i diagramach przejść znajdują się również znaczniki „180” i „360”, określające 180 i 360 dni od początku ścieżki leczenia danego pacjenta.

Tabela 1: Produkty chemioterapii

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.10.0000006	CAPECITABINUM
5.08.10.0000009	CISPLATINUM
5.08.10.0000028	FLUOROURACILUM
5.08.10.0000037	IRINOTECANI HYDROCHLORIDUM TRIHYDRICUM
5.08.10.0000044	MITOMYCINUM
5.08.10.0000049	OXALIPLATINUM

Tabela 2: Produkty chirurgii

Kod produktu	Nazwa produktu
5.51.01.0006031	F31 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO
5.51.01.0006032	F32 DUŻE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO
5.51.01.0006034	F31A KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO > 17 R. Ż.
5.51.01.0006093	F93 ŚREDNIE ZABIEGI ODBYTU
5.51.01.0006094	F94 MAŁE ZABIEGI ODBYTU I ODBYTNICY

Tabela 3: Programy lekowe

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.09.0000006	BEVACIZUMABUM
5.08.09.0000010	CETUXIMABUM
5.08.09.0000049	PANITUMUMABUM
5.08.09.0000095	AFLIBERCEPTUM

Tabela 4: Radioterapia

Kod produktu	Nazwa produktu
5.07.01.0000011	TELERADIOTERAPIA
5.07.01.0000012	TELERADIOTERAPIA 3D Z MODULACJĄ INTENSYWNOŚCI DAWKI
5.07.01.0000013	TELERADIOTERAPIA 3D - NIEKOPLANARNA Z MONITORYNGIEM TOMOGRAFICZNYM (3D-CRT)
5.07.01.0000014	TELERADIOTERAPIA 3D ŚRÓDOPERACYJNA (3D-IORT)
5.07.01.0000021	TELERADIOTERAPIA PALIATYWNA
5.07.01.0000022	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM DWUWYMIAROWYM (2D)
5.07.01.0000023	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM TRÓJWYMIAROWYM (3D)
5.07.01.0000025	BRACHYTERAPIA STANDARDOWA
5.07.01.0000042	BRACHYTERAPIA Z PLANOWANIEM 3D
5.07.01.0000056	TELERADIOTERAPIA STEREOTAKTYCZNA

Ścieżki pacjentów w stopniu 0

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
3	82 311,53

Sekwencje grup świadczeń w stopniu 0 - załącznik nr 4 rysunek 54

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu 0 - załącznik nr 4 rysunek 55

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu 0 - załącznik nr 4 rysunek 56

Ścieżki pacjentów w stopniu I

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
62	1 481 964

Sekwencje grup świadczeń w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 57

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 58

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 59

Ścieżki pacjentów w stopniu II

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
48	1 645 424

Sekwencje grup świadczeń w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 60

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 61

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 62

Ścieżki pacjentów w stopniu III

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
195	7 850 336

Sekwencje grup świadczeń w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 63

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 64

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 65

Ścieżki pacjentów w stopniu IV

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
49	2 728 744

Sekwencje grup świadczeń w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 66

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 67

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 68

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
357	13 788 780

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 4 rysunek 69

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 70

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 71

Województwo świętokrzyskie – świadczenia dla C18-C20

Proces wyboru kohorty pacjentów wraz z liczbą pacjentów odrzuconych na poszczególnym etapie.

Rysunek 23 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Tabela 59 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	11,03	8,45
45.239	Kolonoskopia - inne	21,83	13,85
45.24	Fiberosigmoidoskopia endoskopia zstępniczy	2,11	0,94
45.251	Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca	0,94	0,47
45.253	Kolonoskopia z biopsją	29,58	21,83
87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	1,88	1,17
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	26,53	25,35
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,47	0,47
87.413	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku	0,23	0,23
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	5,40	4,69
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	68,08	59,86
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	8,22	6,34
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	36,38	35,21
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	22,54	15,26
87.44	Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej	0,47	0,00

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.440	TK klatki piersiowej	52,11	45,77
88.741	USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	0,70	0,47
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	0,47	0,47
48.242	Wziernikowanie odbytnicy/esicy z biopsją	0,23	0,23
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	7,28	4,23
88.02	TK brzucha - inne	0,94	0,70
88.38	TK - inne	0,23	0,23

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 1

Tabela 60 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	0,94	0,94
45.239	Kolonoskopia - inne	0,94	0,47
45.253	Kolonoskopia z biopsją	2,11	1,64
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5,16	4,46
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,23	0,23
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	0,23	0,23
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	19,95	18,78
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	1,17	0,94
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	16,20	15,49
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	3,05	1,64
87.440	RTG klatki piersiowej	7,28	5,40
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	0,94	0,70

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 2

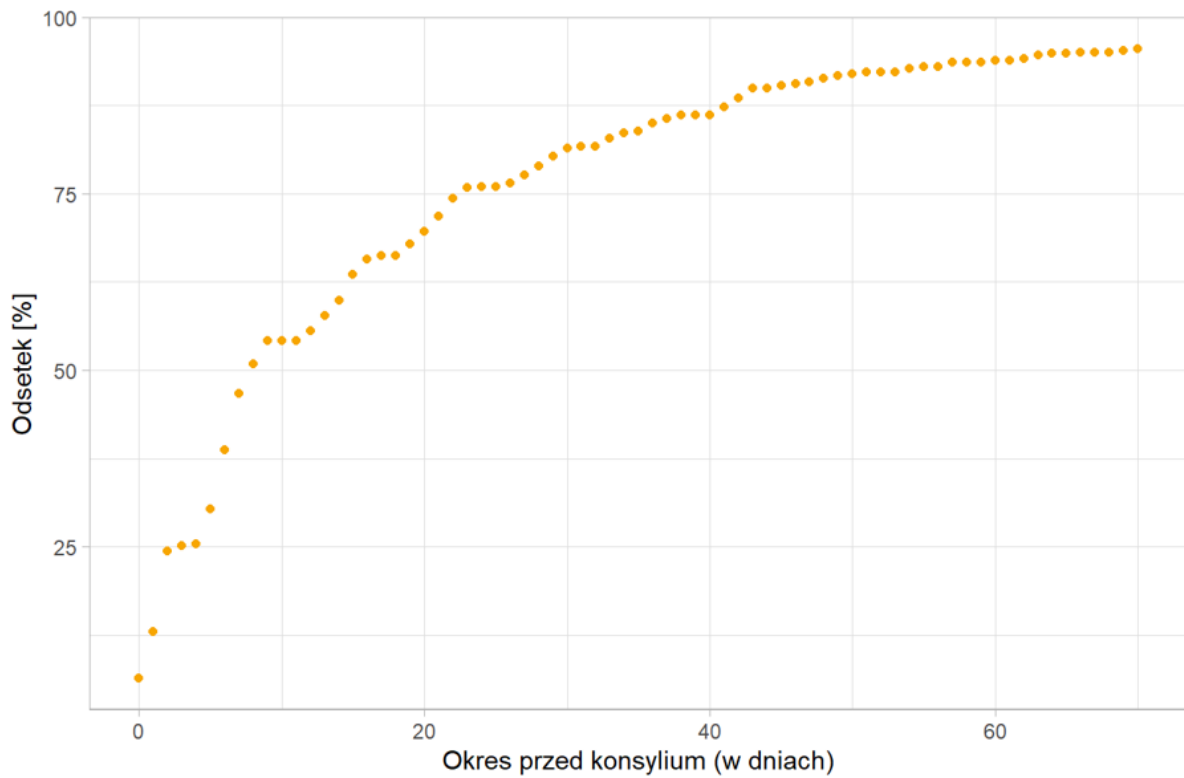
Badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
95,54	91,78

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 24 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 1

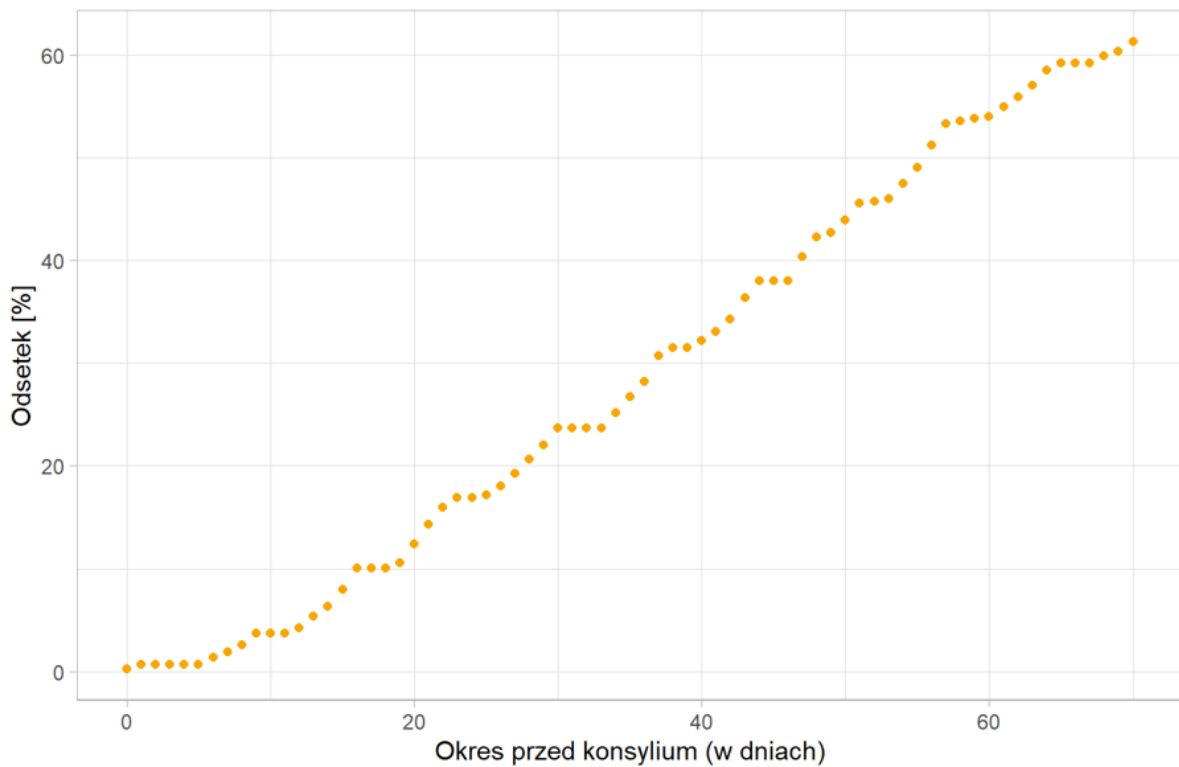
Badania mikroskopowe i endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
61,27	42,72

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 25 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



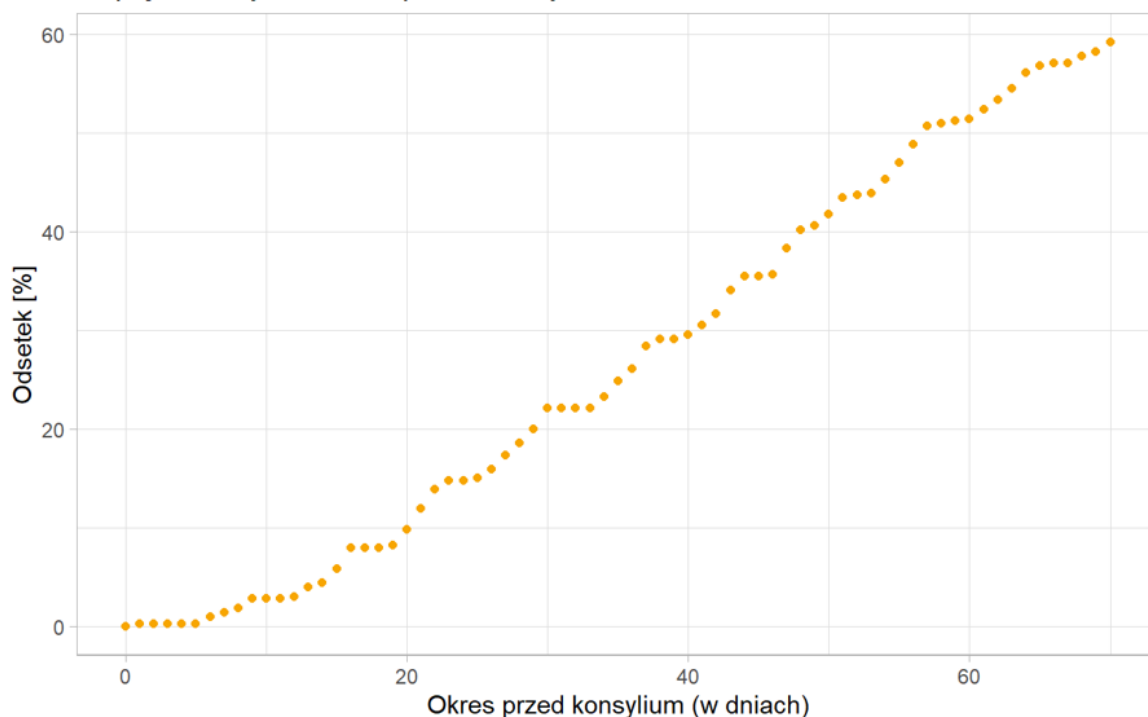
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 2

Tabela 61 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
59,15	40,61

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 5

Rysunek 26 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/ biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 3

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 72

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 73

Ścieżki pacjentów w stopniu 0

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
2	23 774,07

Sekwencje grup świadczeń w stopniu 0 - załącznik nr 4 rysunek 74

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu 0 - załącznik nr 4 rysunek 75

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu 0 - załącznik nr 4 rysunek 76

Ścieżki pacjentów w stopniu I

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
58	1 316 187

Sekwencje grup świadczeń w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 77

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 78

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu I - załącznik nr 4 rysunek 79

Ścieżki pacjentów w stopniu II

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
54	1 294 144

Sekwencje grup świadczeń w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 80

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 81

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu II - załącznik nr 4 rysunek 82

Ścieżki pacjentów w stopniu III

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
253	7 355 503

Sekwencje grup świadczeń w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 83

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 84

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu III - załącznik nr 4 rysunek 85

Ścieżki pacjentów w stopniu IV

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
59	1 685 567

Sekwencje grup świadczeń w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 86

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 87

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu IV - załącznik nr 4 rysunek 88

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
426	11 675 175

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 1 rysunek 89

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 1 rysunek 90

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 1 rysunek 91

Wielkopolskie Centrum Onkologii – świadczenia dla C18-C20

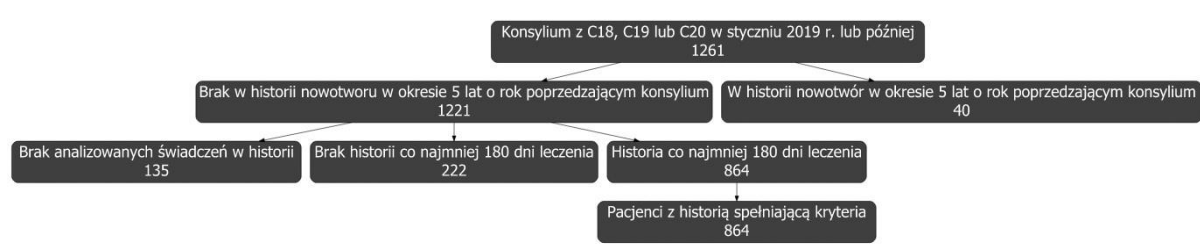
Wybór kohorty pacjentów do analizy

Do porównania procesu diagnostyki i leczenia w pilotażu wyodrębniono kohortę pacjentów w województwach, w których nie realizowano pilotażu. W przypadku województwa wielkopolskiego w analizie uwzględniono pacjentów spełniających łącznie następujące warunki:

- zrealizowano konsylium w Wielkopolskim Centrum Onkologii w roku 2019 lub później,
- zrealizowano tylko 1 konsylium w historii pacjenta i było to konsylium z analizowanymi rozpoznaniem,
- historia danego pacjenta nie jest zamknięta przez zgon lub koniec okresu obserwacji, a minimalny okres obserwacji określono na 180 dni,
- nie odnotowano świadczeń z danym rozpoznaniem w okresie 5. lat poprzedzającym o rok datę konsylium,

W analizie uwzględniono tylko świadczenia zrealizowane co najwyżej rok przed datą konsylium.

Rysunek 27 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Tabela 62 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	7,64	5,56
45.239	Kolonoskopia - inne	5,90	3,24
45.24	Fiberosigmoidoskopia endoskopia zstępniczy	0,12	0,12
45.251	Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca	0,23	0,23
45.253	Kolonoskopia z biopsją	22,69	15,05
88.305	TK - wirtualna kolonoskopia	0,35	0,35
87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	0,93	0,69

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	34,26	26,85
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,23	0,23
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	1,16	0,81
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	52,78	42,36
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	12,27	9,26
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2,66	1,97
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	15,16	10,19
87.44	Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej	0,23	0,23
87.440	RTG klatki piersiowej	33,10	28,12
88.741	USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	0,69	0,46
48.22	Wziernikowanie odbytnicy/esicy przez przetokę	0,12	0,12
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	1,85	0,93
48.242	Wziernikowanie odbytnicy/esicy z biopsją	0,23	0,23
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	1,97	1,50
88.02	TK brzucha - inne	1,85	1,04
88.38	TK - inne	0,12	0,12

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 1

Tabela 63 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.239	Kolonoskopia - inne	0,23	0,12

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.253	Kolonoskopia z biopsją	0,35	0,12
87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	0,12	0,12
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,97	1,74
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5,21	3,94
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,81	0,69
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,12	0,12
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	1,27	0,81
87.440	RTG klatki piersiowej	3,36	1,74
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	0,12	0,12
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	0,12	0,00
88.02	TK brzucha - inne	0,12	0,12

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 2

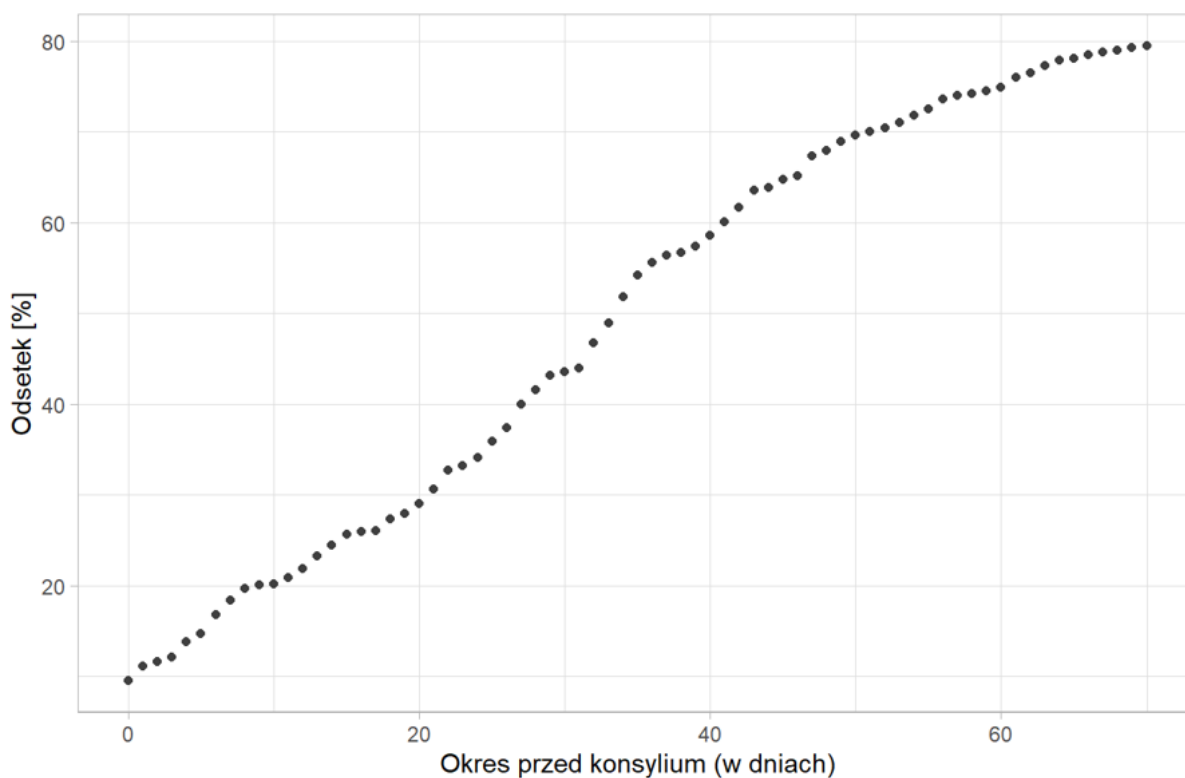
Badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
79,51	68,98

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 28 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 1

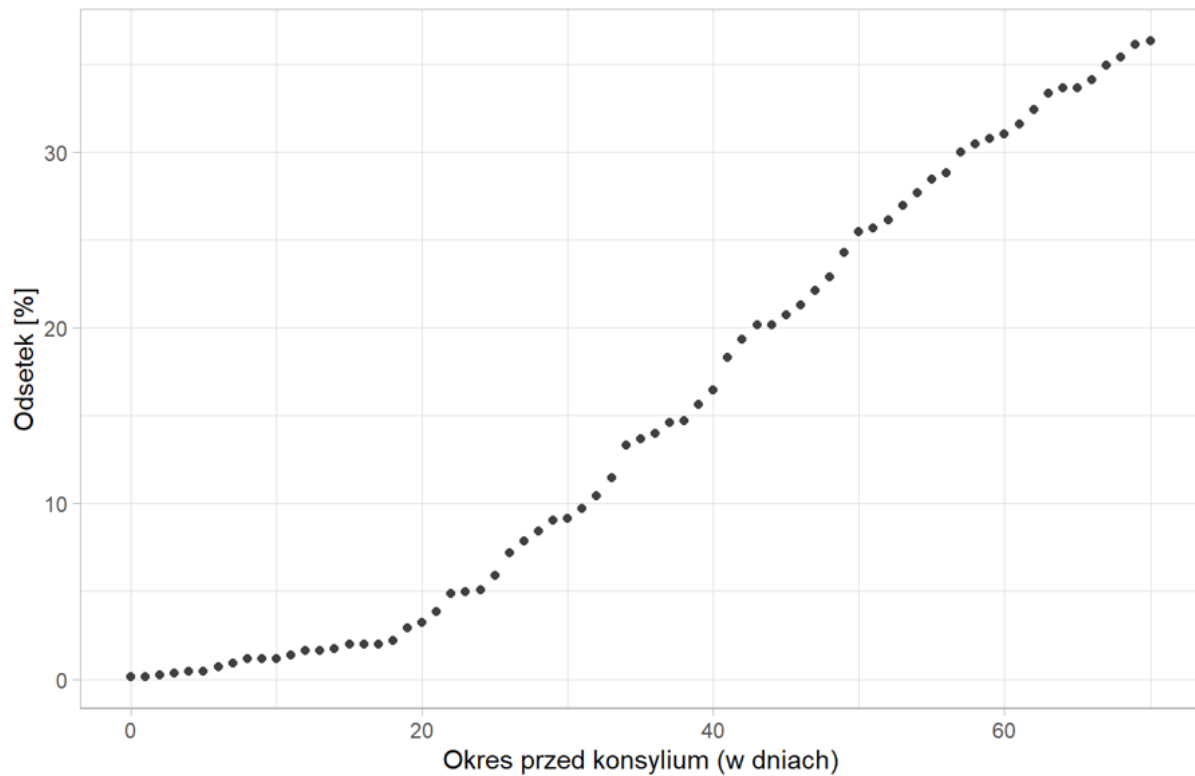
Badania mikroskopowe i endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
36,34	24,31

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 29 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



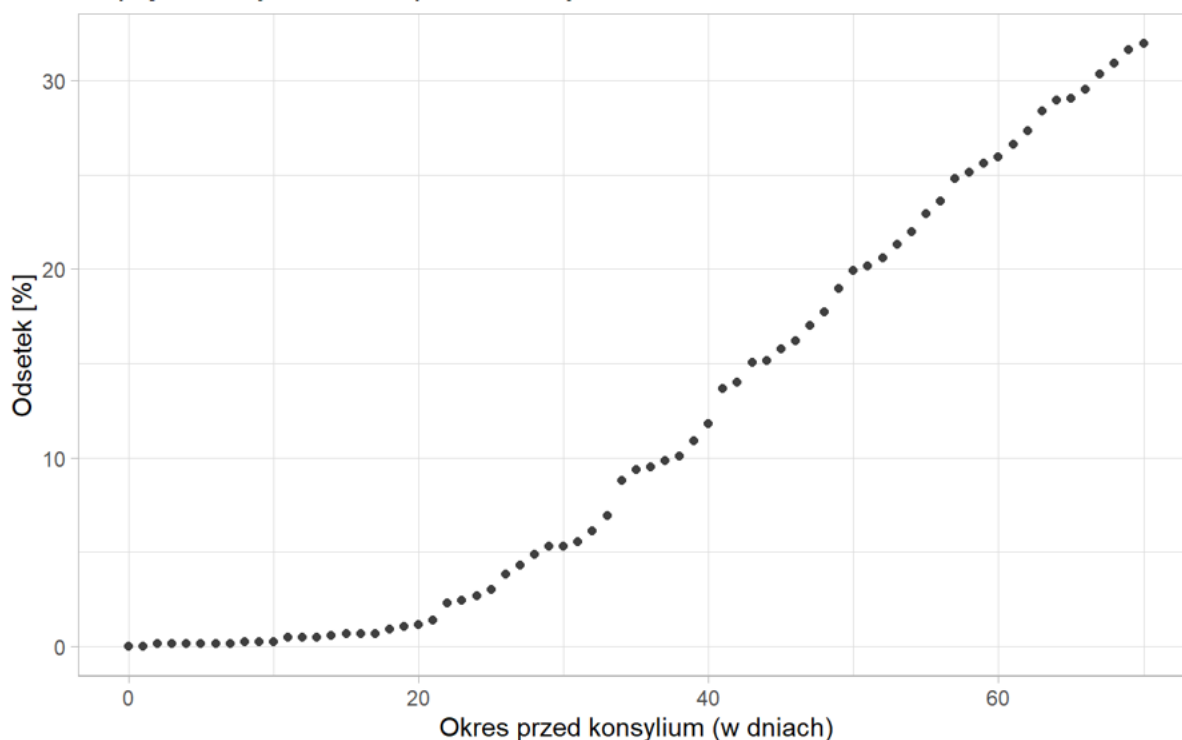
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 2

Tabela 64 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
31,94	18,98

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 5

Rysunek 30 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 3

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 92

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 93

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
864	24 652 334

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 4 rysunek 94

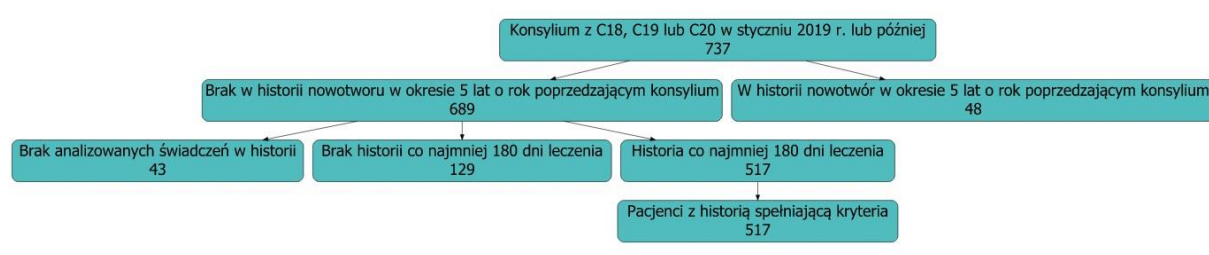
Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 95

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 96

Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

Wybór kohorty pacjentów do analizy

Rysunek 31 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Tabela 65 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	5,61	4,26
45.239	Kolonoskopia - inne	17,99	13,93
45.24	Fiberosigmoidoskopia endoskopia zstępny	0,39	0,39
45.252	Pobranie materiału przez wyszczoteczowanie lub wyplukanie	0,19	0,00
45.253	Kolonoskopia z biopsją	21,47	14,70
87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	3,09	2,90
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	21,08	18,57
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	37,91	31,14
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	3,29	2,71
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	35,78	27,47
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	44,87	35,78
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	6,77	5,42
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	16,05	10,64
87.44	Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej	1,55	0,58
87.440	RTG klatki piersiowej	26,31	19,15
88.741	USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	0,19	0,19
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	0,19	0,00
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	4,45	3,68

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 1

Tabela 66 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	0,39	0,19
45.239	Kolonoskopia - inne	1,55	1,35
45.253	Kolonoskopia z biopsją	1,16	0,97
87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	0,19	0,00
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,55	1,35
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,97	0,77
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,74	1,16
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	2,71	1,55
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,19	0,00
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	1,74	0,97
87.440	RTG klatki piersiowej	1,55	0,58
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	1,16	0,97

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 2

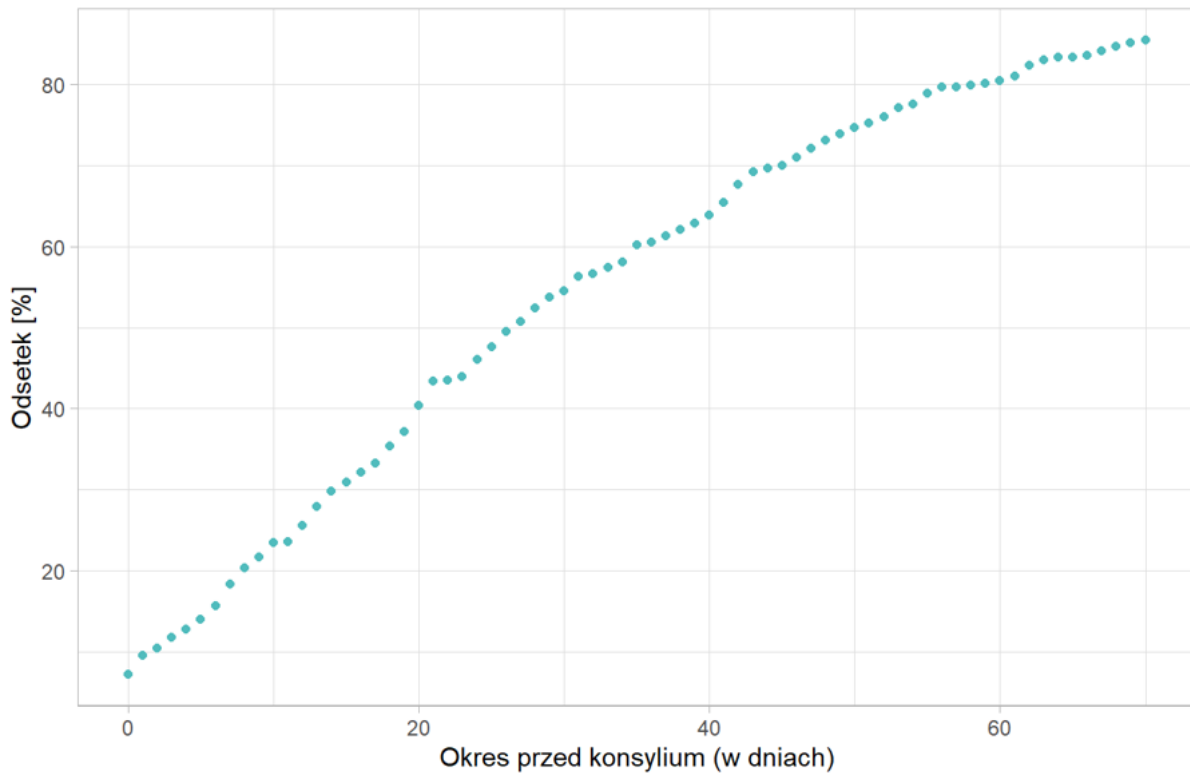
Badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
85,49	73,89

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 32 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 1

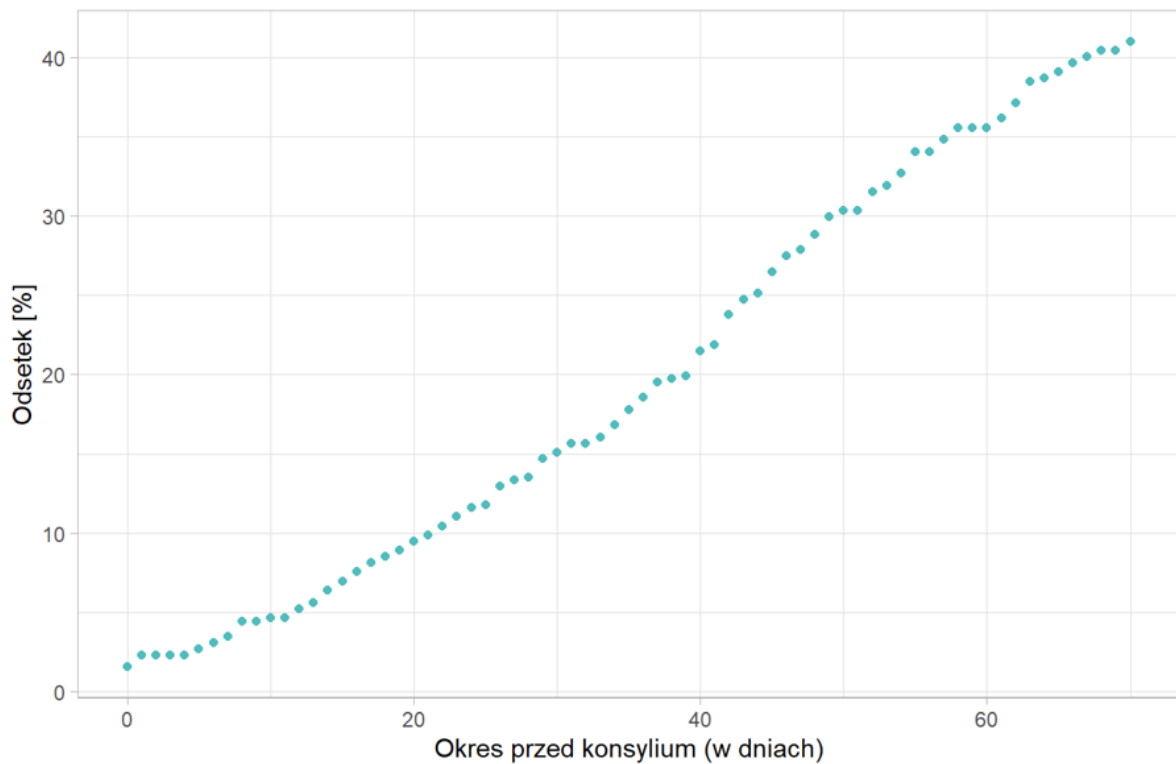
Badania mikroskopowe i endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
41,01	29,98

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 33 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



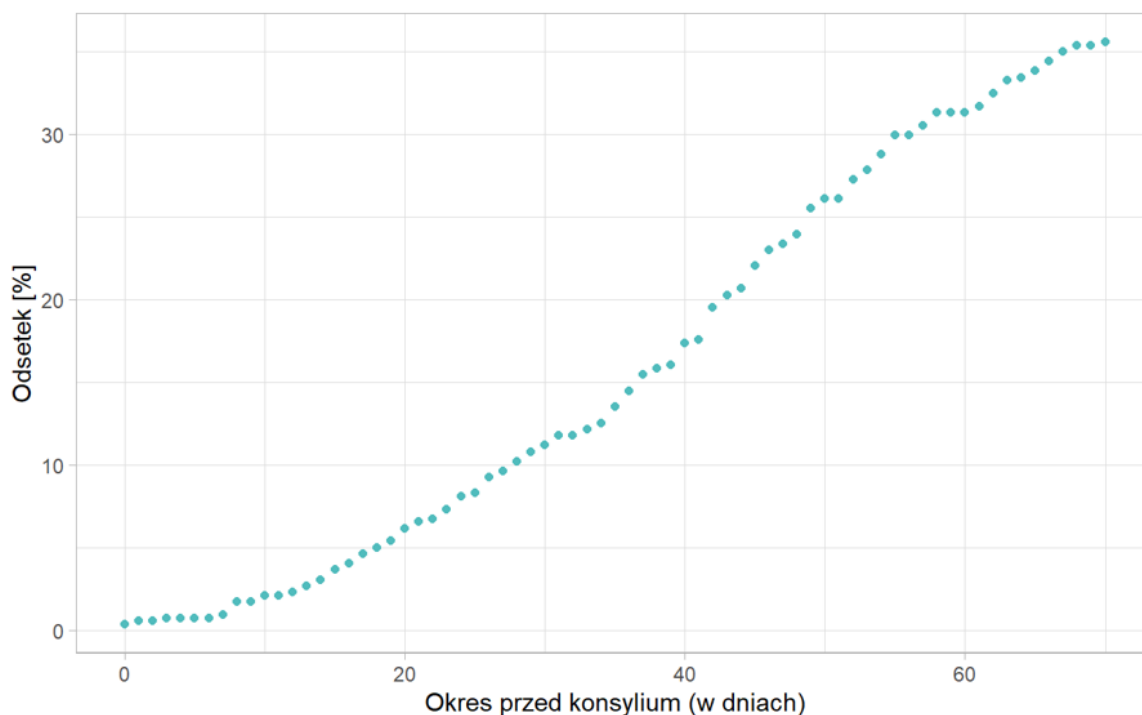
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 2

Tabela 67 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
35,59	25,53

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 5

Rysunek 34 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 3

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 97

Diagram przejść z medianą czasu przejścia- załącznik nr 4 rysunek 98

Tabela 68 Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
517	17 729 656

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 4 rysunek 99

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 100

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 101

Województwo dolnośląskie w latach 2017-2018

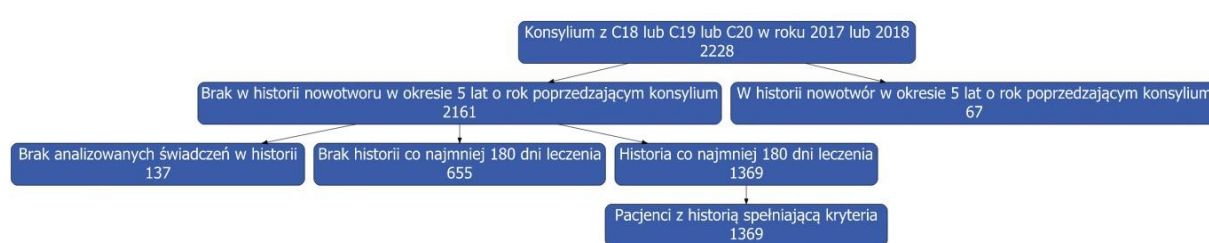
Wybór kohorty pacjentów do analizy

Do porównania procesu diagnostyki i leczenia w pilotażu wyodrębniono kohortę pacjentów w województwie dolnośląskim spełniających łącznie następujące warunki:

- zrealizowano konsylium w ośrodkach pilotażowych w roku 2017 lub 2018,
- zrealizowano tylko 1 konsylium w historii pacjenta i było to konsylium z analizowanymi rozpoznaniem,
- historia danego pacjenta nie jest zamknięta przez zgon lub koniec okresu obserwacji, a minimalny okres obserwacji określono na 180 dni,
- nie odnotowano świadczeń z danym rozpoznaniem w okresie 5 lat poprzedzającym o rok datę konsylium.

W analizie uwzględniono tylko świadczenia zrealizowane co najwyżej rok przed datą konsylium.

Rysunek 35 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Tabela 69 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.23	Kolonoskopia	0,80	0,66
45.231	Fiberokolonoskopia	8,18	6,21
45.239	Kolonoskopia - inne	12,05	9,35
45.24	Fiberosigmoidoskopia endoskopia zstępnicy	0,88	0,73
45.25	Endoskopowa biopsja jelita grubego	0,29	0,29
45.251	Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca	1,39	1,17
45.253	Kolonoskopia z biopsją	25,86	19,58
88.305	TK - wirtualna kolonoskopia	2,63	2,48
87.41	TK klatki piersiowej	0,07	0,07
87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	0,66	0,51
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	11,76	11,03

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,73	0,73
88.01	TK brzucha	0,07	0,07
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	1,83	1,46
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	56,17	52,23
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	20,31	17,75
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,22	0,22
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	20,38	19,94
88.76	Diagnostyka ultrasonograficzna brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	0,15	0,15
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	23,23	18,48
87.44	Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej	0,29	0,15
87.440	TK klatki piersiowej	59,97	54,93
88.741	USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	0,58	0,44
48.22	Wziernikowanie odbytnicy/esicy przez przetokę	0,07	0,07
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	3,07	1,61
48.241	Zamknięte endoskopowe pobranie materiału z odbytnicy do badań przez wyszczotczkowanie lub wyplukanie	0,07	0,00
48.242	Wziernikowanie odbytnicy/esicy z biopsją	0,66	0,51
48.25	Otwarta biopsja odbytu	0,07	0,00
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	6,57	5,33
88.02	TK brzucha - inne	0,58	0,51
88.38	TK - inne	0,51	0,29

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 1

Tabela 70 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	0,07	0,07
45.239	Kolonoskopia - inne	0,29	0,22
45.24	Fiberosigmoidoskopia endoskopia zstępniczy	0,07	0,07

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.253	Kolonoskopia z biopsją	1,31	1,17
88.305	TK - wirtualna kolonoskopia	0,07	0,07
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,17	1,10
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	4,75	4,09
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	3,14	2,78
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,24	1,10
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	2,63	1,83
87.440	RTG klatki piersiowej	7,52	5,70
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	0,29	0,15
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	1,10	0,73

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 2

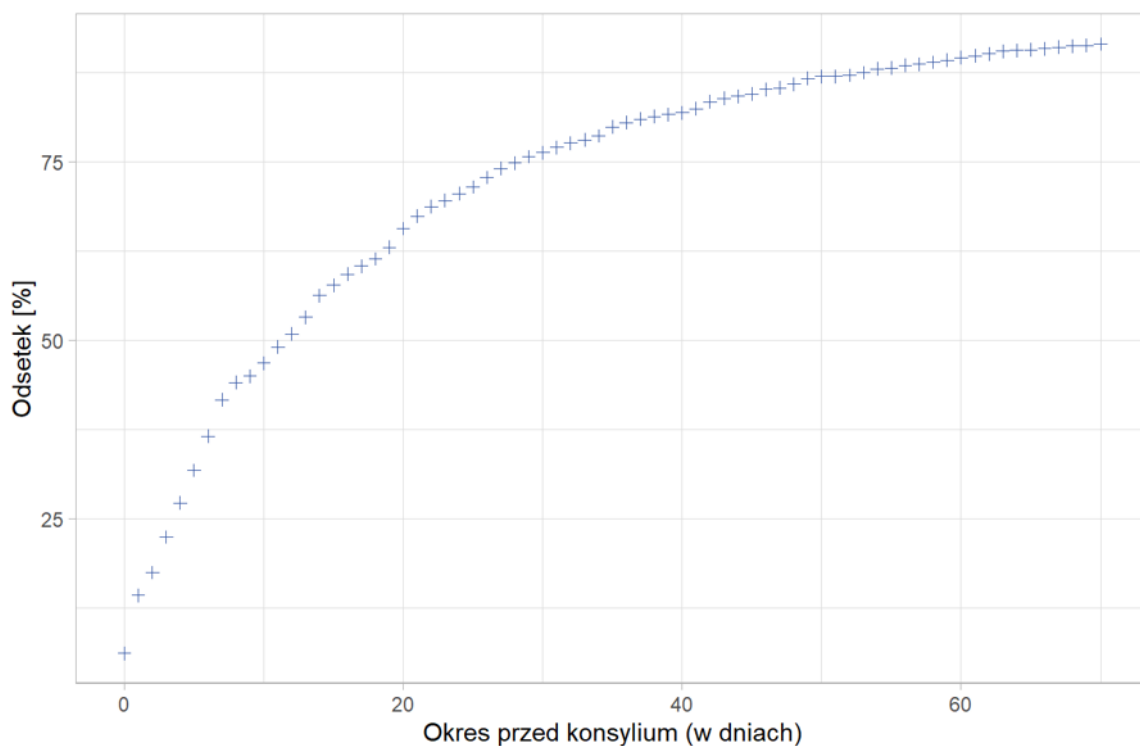
Badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
91,53	86,71

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 36 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków załącznik nr 4 wykres 1

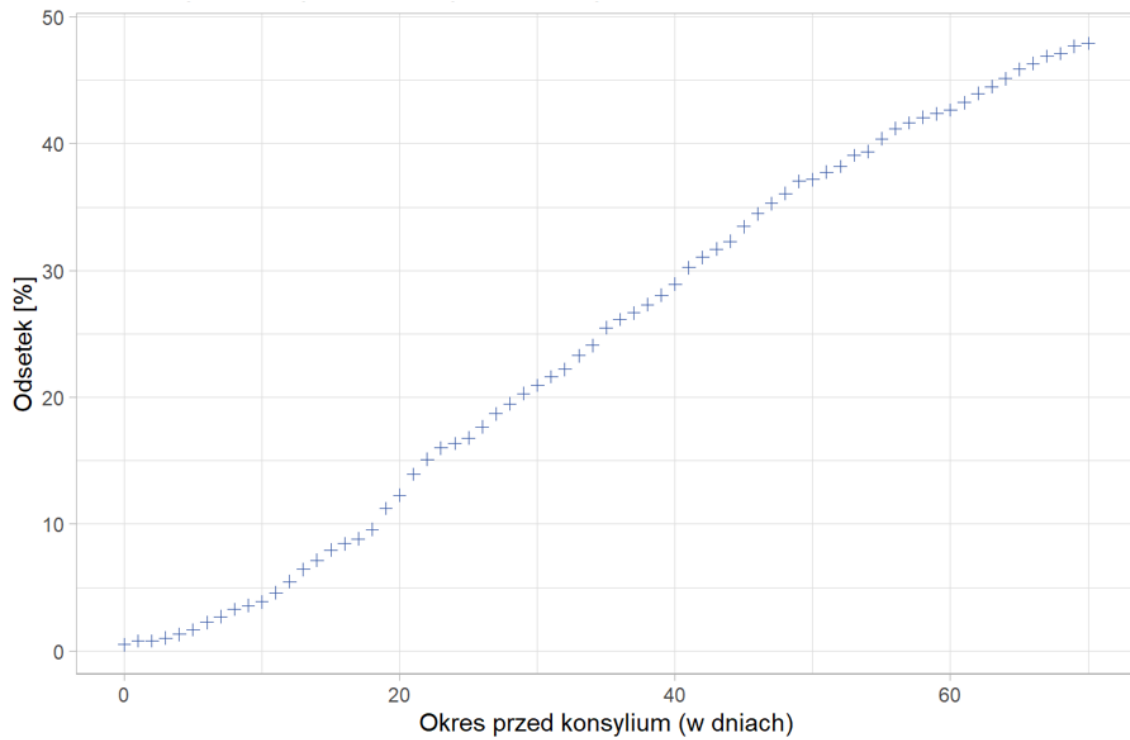
Badania mikroskopowe i endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
47,92	37,03

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków załącznik nr 4 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 37 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



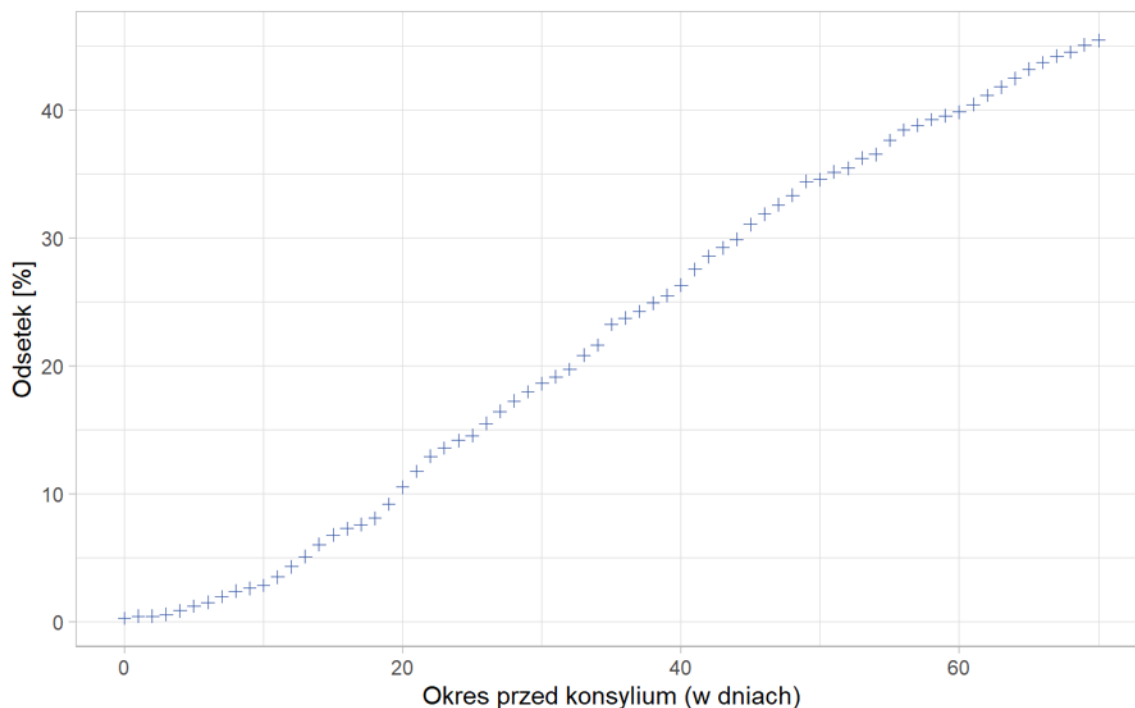
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 2

Tabela 71 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45,43	34,40

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków załącznik nr 4 tabela 5

Rysunek 38 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 3

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 102

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 103

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
1 369	36 097 415

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 4 rysunek 104

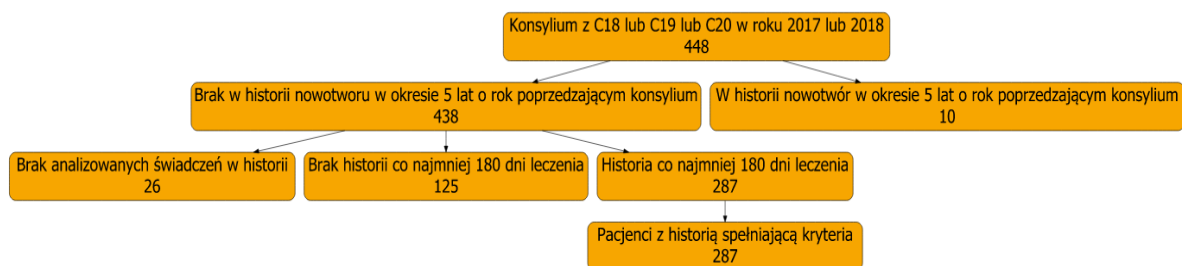
Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 105

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 106

Województwo świętokrzyskie w latach 2017-2018

Wybór kohorty pacjentów do analizy

Rysunek 39 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Tabela 72 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	15,68	13,24
45.239	Kolonoskopia - inne	18,82	13,94
45.24	Fiberosigmoidoskopia endoskopia zstępniczy	1,39	1,39
45.251	Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca	0,35	0,00
45.253	Kolonoskopia z biopsją	21,60	15,68
87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	0,70	0,35
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	7,67	6,27
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	9,06	6,62
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	56,79	48,43
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	14,29	11,15
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	21,25	20,56
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	24,74	20,91
87.440	RTG klatki piersiowej	53,31	45,99

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	2,09	1,39
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	10,45	8,01
88.02	TK brzucha - inne	1,39	1,05
88.38	TK - inne	0,35	0,35

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 1

Tabela 73 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
45.231	Fiberokolonoskopia	0,35	0,00
45.239	Kolonoskopia - inne	0,35	0,00
45.253	Kolonoskopia z biopsją	1,39	1,05
87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	0,35	0,35
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,05	1,05
88.010	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	0,35	0,00
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	12,89	9,76
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	1,05	1,05
88.976	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	8,01	7,32
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	2,44	1,05
87.440	RTG klatki piersiowej	2,79	1,74
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	2,44	2,09

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 2

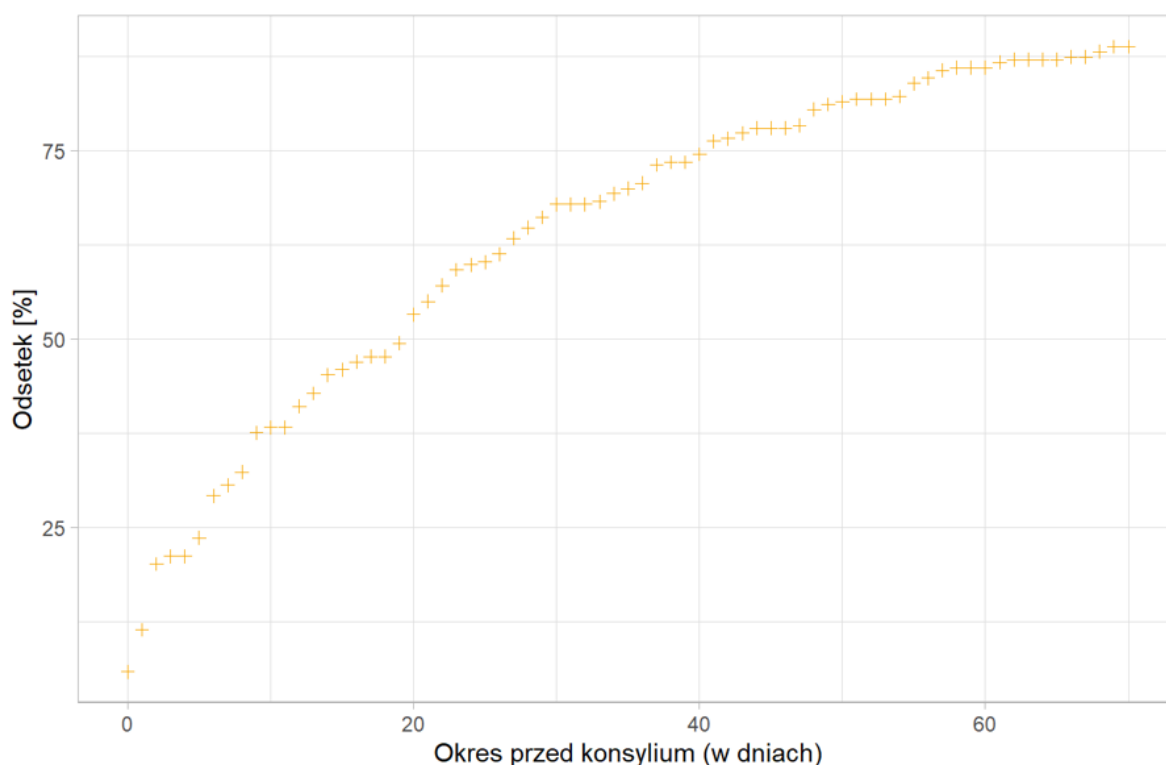
Badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
88,85	81,18

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 40 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 1

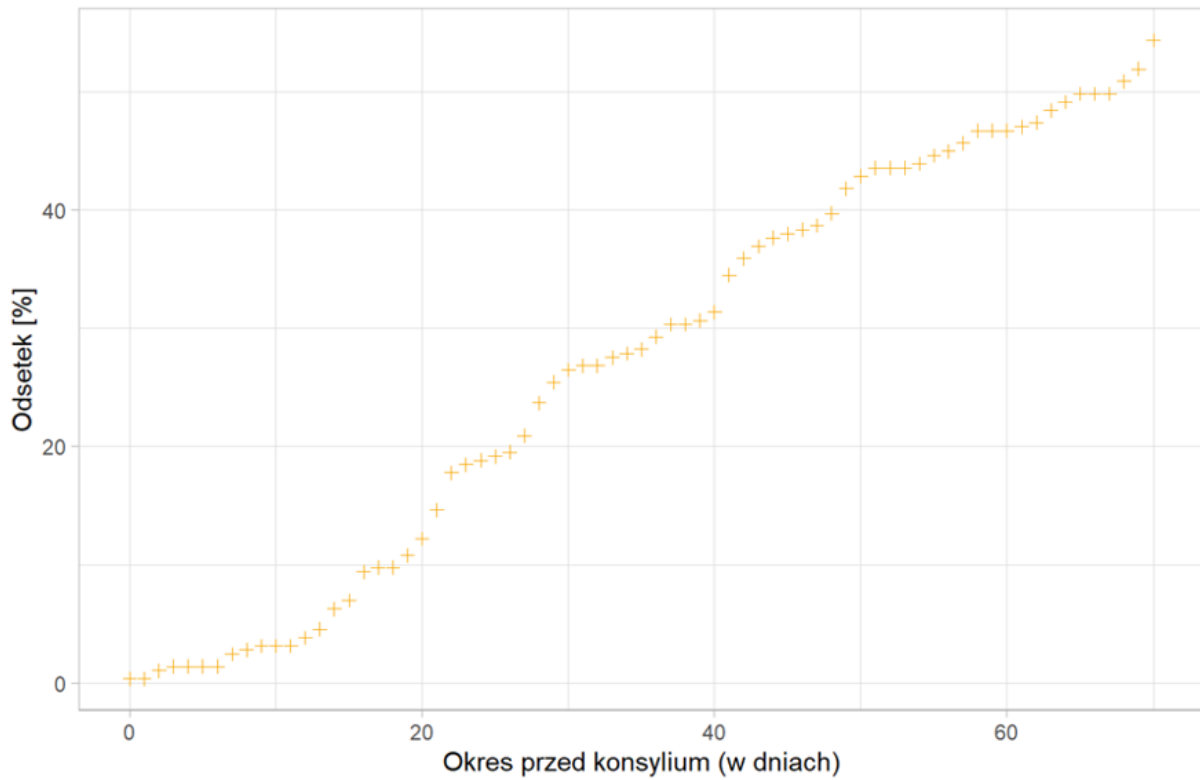
Badania mikroskopowe i endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
54,36	41,81

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 41 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



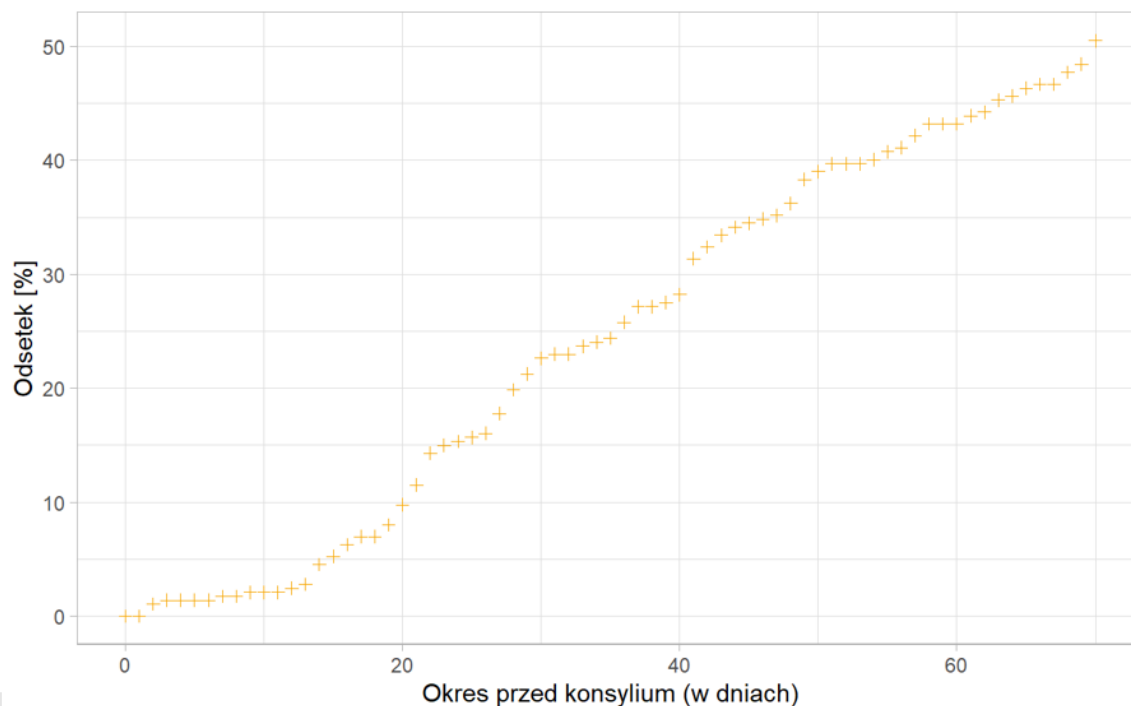
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 2

Tabela 74 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
50,52	38,33

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 tabela 5

Rysunek 42 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 4 wykres 3

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 107

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 108

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
287	6 865 131

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 4 rysunek 109

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 4 rysunek 110

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 4 rysunek 111

Porównanie

W poniższej tabeli przedstawiono porównanie wybranych badań diagnostycznych zrealizowanych w województwie dolnośląskim (wszyscy realizatorzy) w trakcie trwania programu pilotażowego z okresem sprzed jego realizacji dla tożsamych realizatorów.

Podkreślić należy, że odsetek wykonania wskazanych procedur diagnostycznych u pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego jelita grubego oraz zgięcia esiczo-odbytniczego (C18-C19) w województwie dolnośląskim uległ zwiększeniu.

Tabela 75 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego jelita grubego oraz zgięcia esiczo-odbytniczego (C18-C19) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo dolnośląskie

Okres czasu	Odsetek pacjentów z wykonaną procedurą diagnostyczną <i>TK klatki piersiowej</i> – 87.411	Odsetek pacjentów z wykonaną procedurą diagnostyczną <i>TK jamy brzusznej/miednicy mniejszej</i> – 88.011
Pilotaż (C18-C19 bez zabiegu)	41,86%	69,77%
Pilotaż (C18-C19 z zabiegiem)	29,98%	63,77%
Przed Pilotażem (2017-2018)	11,76%	56,17%

W poniższej tabeli przedstawiono porównanie wybranych badań diagnostycznych zrealizowanych w województwie dolnośląskim w trakcie trwania programu pilotażowego z okresem sprzed jego realizacji. Podkreślić należy, że odsetek wykonania wskazanych procedur diagnostycznych u pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego odbytnicy (C20) w województwie dolnośląskim uległ zwiększeniu.

Tabela 76 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego odbytnicy (C20) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo dolnośląskie

Okres czasu	Odsetek pacjentów z wykonaną procedurą diagnostyczną <i>MR jamy brzusznej/miednicy mniejszej</i> – 88.976
Pilotaż (C20 bez zabiegu)	56,52%
Pilotaż (C20 z zabiegiem)	61,9%
Przed Pilotażem (2017-2018)	20,38%

W poniższej tabeli przedstawiono porównanie wybranych badań diagnostycznych zrealizowanych w województwie świętokrzyskim w trakcie trwania programu pilotażowego z okresem sprzed jego realizacji. Podkreślić należy, że odsetek wykonania wskazanych procedur diagnostycznych uległ zwiększeniu.

Tabela 77 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego oraz złośliwego odbytnicy (C18-C20)

wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo świętokrzyskie.

Okres czasu	Odsetek pacjentów z wykonaną procedurą diagnostyczną TK klatki piersiowej – 87.411	Odsetek pacjentów z wykonaną procedurą diagnostyczną TK jamy brzusznej/miednicy mniejszej – 88.011	Odsetek pacjentów z wykonaną procedurą diagnostyczną MR jamy brzusznej/miednicy mniejszej – 88.976
Pilotaż	26,53%	68,08%	36,38%
Przed Pilotażem (2017-2018)	7,67%	56,79%	21,25%

Zgodnie z podziałem dla raka jelita grubego konieczne jest rozdzielenie pacjentów z nowotworów okrężnicy i zgięcia esiczo-odbytniczego (C18-C19) od nowotworów odbytnicy C20. Dla możliwości dokonania oceny jakości diagnostyki i ścieżek pacjentów konieczne jest także oddzielenie pacjentów leczonych chirurgicznie od leczonych zachowawczo, konieczna jest jednak korelacja z klasyfikacją TNM i stanem ogólnym oraz intencją leczenia oraz podziałem na przypadki pilne i stabilne.

Ograniczenia

Z uwagi na brak precyzyjnego opisu procedur medycznych oraz minimalnych standardów dla ich realizacji koniecznych do określenia stopnia zaawansowania choroby nowotworowej przed konsylium wielodyscyplinarnym, w tym sposobu i przeznaczenia raportowanych danych ze świadczeń sprawozdawanych do NFZ, podczas wnioskowania należy zachować szczególną ostrożność.

Ponadto, głównym ograniczeniem przedmiotowej analizy jest brak kompletności informacji o sprawozdanych świadczeniach w ramach aktualnej ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej. Obecnie w polskim systemie ochrony zdrowia nie funkcjonuje system zbierania danych w czasie rzeczywistym (online) wraz z informacją o wynikach (baza opisów badań radiologicznych i histopatologicznych) ze zrealizowanych na rzecz pacjenta świadczeniach (również z prywatnych podmiotów nieposiadających umowy z NFZ), w związku z czym trudno ocenić zasadność powtarzalności badań diagnostycznych.

Nowotwór płuca C34

Województwo dolnośląskie

Analizę przeprowadzono na kohorcie pacjentów wyodrębnionych spośród pacjentów włączonych do pilotażu w danym województwie. W analizie uwzględniono pacjentów spełniających łącznie następujące warunki:

- pacjent włączony był do pilotażu tylko raz,
- na podstawie wartości T, N i M można było jednoznacznie określić stopień zaawansowania choroby nowotworowej,
- w przypadku pacjenta zrealizowano konsylium w ośrodku pilotażowym w terminie 30 dni przed datą włączenia lub później,
- historia danego pacjenta nie jest ucięta przez zgon lub koniec okresu obserwacji, a minimalny okres obserwacji określono na 180 dni,
- w przypadku pacjenta nie odnotowano świadczeń z danym rozpoznaniem w okresie 5 lat poprzedzającym o rok datę włączenia do pilotażu.

W analizie uwzględniono tylko świadczenia zrealizowane co najwyżej rok przed datą włączenia do pilotażu.

Poniższy rysunek przedstawia proces wyboru pacjentów wraz z liczbą pacjentów odrzuconych na poszczególnym etapie.

Rysunek 43 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną w okresach:

- do 7 tygodni przed konsylium,
- do 10 tygodni przed konsylium.

Tabela 78 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	40,00	37,55
33.231	Bronchoskopia autofluorescencyjna	2,99	1,63
33.239	Bronchoskopia - inna	3,27	2,45
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	36,05	31,43
33.26	Przezskórna igłowa biopsja płuca	3,27	2,72
34.094	Nakłucie opłucnej - pobranie materiału do analiz	0,68	0,68
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	24,22	22,72
87.049	TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	1,63	1,22
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	51,84	40,27
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,54	0,41
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5,44	3,95
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	1,50	1,09
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	22,86	15,37
88.900	RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego	0,14	0,14
88.901	RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,90	1,50
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,14	0,14
92.061	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	50,75	41,22
92.149	Scyntygrafia układu kostnego - inne	0,14	0,00

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 1

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną co najmniej 2 razy w okresach:

- do 7 tygodni przed konsylium,
- do 10 tygodni przed konsylium.

Tabela 79 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	5,85	3,54
33.231	Bronchoskopia autofluorescencyjna	0,14	0,00
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	1,63	1,36
33.26	Przezskórna igłowa biopsja płuca	0,54	0,00
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,77	1,50
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	8,16	4,90
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,54	0,00
88.761	Usg brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	1,09	0,54
92.061	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	6,39	5,03
92.149	Scyntygrafia układu kostnego - inne	0,14	0,00

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 2

Badania obrazowe

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.

Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

- 87.031 - TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.032 - TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.049 - TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.411 - TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.412 - TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.011 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym

- 88.012 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.761 - USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
- 88.900 - RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.901 - RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.923 - RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.924 - RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 92.061 - Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych
- 92.062 - Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych
- 92.141 - Scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
- 92.142 - Scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
- 92.143 - Scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT
- 92.144 - Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów
- 92.149 - Scyntygrafia układu kostnego - inne

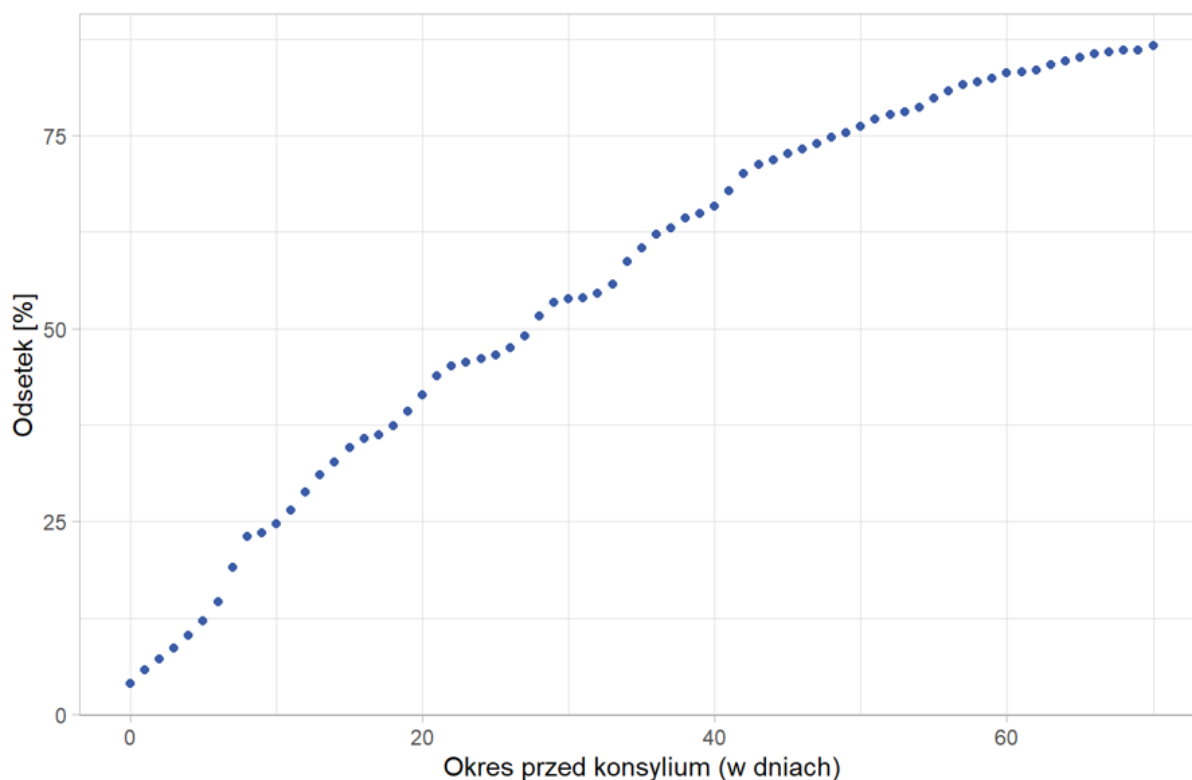
Tabela 80 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
86,67	75,37

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 44 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 1

Badania mikroskopowe i endoskopowe

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe.

Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

- 33.21 - Bronchoskopia przez przetokę
- 33.22 - Bronchoskopia fiberskopowa
- 33.231 - Bronchoskopia autofluorescencyjna
- 33.239 - Bronchoskopia - inna
- 33.24 - Endoskopowa biopsja oskrzela
- 33.26 - Przeskórna igłowa biopsja płuca
- 33.272 - Przeskrzelowa biopsja płuca
- 34.094 - Nakłucie opłucnej - pobranie materiału do analiz
- 40.10 - Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)

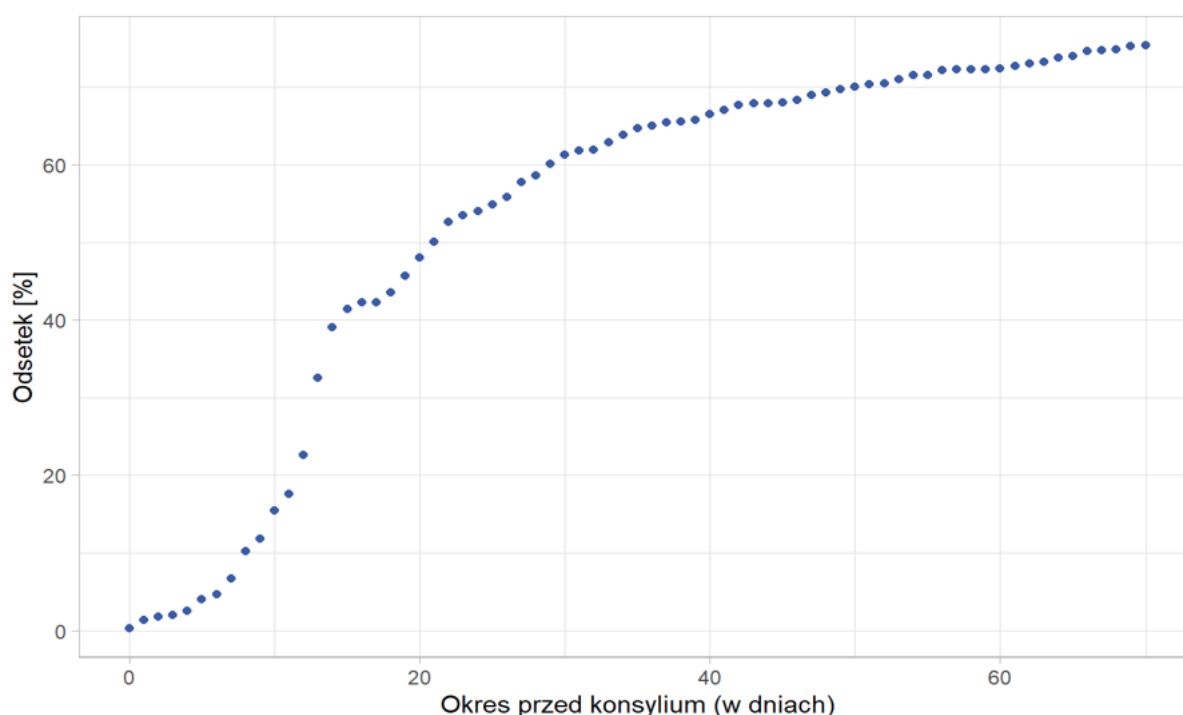
Tabela 81 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
75,37	69,66

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 45 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 2

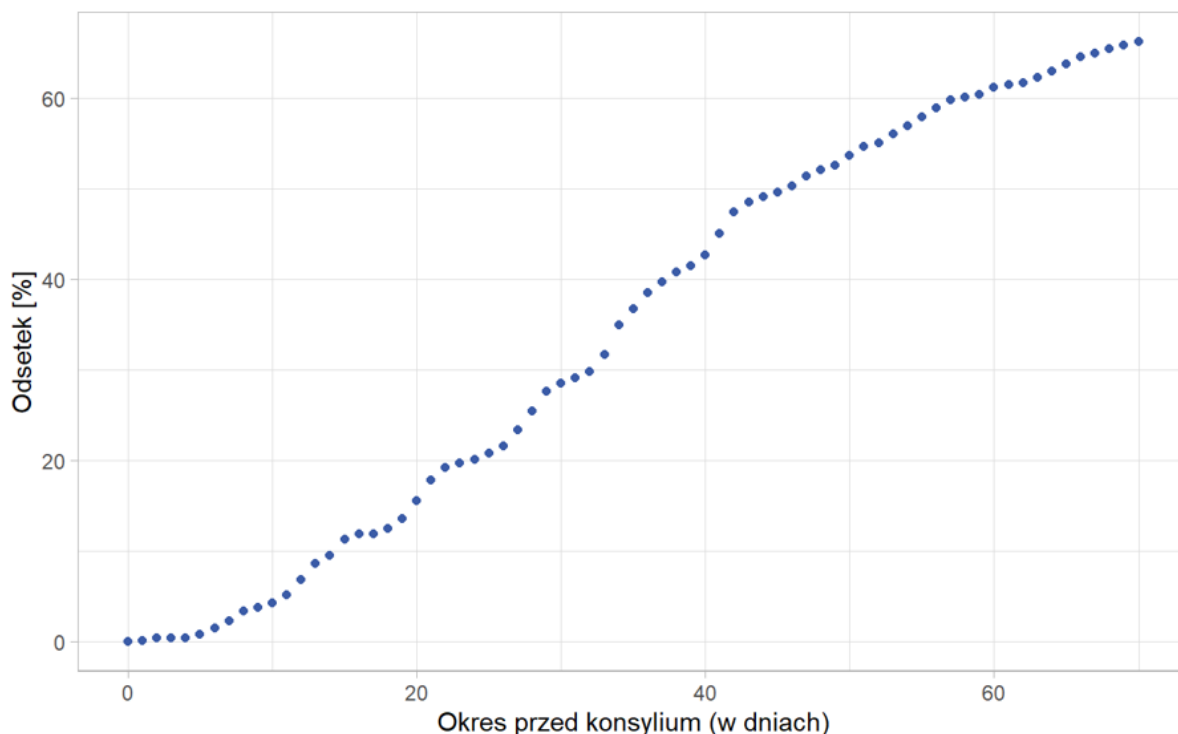
W tabeli uwzględniono pacjentów, u których w danym okresie przed konsylium sprawozdano co najmniej jedną procedurę z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurę z grupy badań endoskopowych/biopsji.

Tabela 82 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
66,26	52,65

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 5

Rysunek 46 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 3

Diagnostyka onkologiczna

Dla wyodrębnionej kohorty pacjentów dokonano analizy przejść pomiędzy poszczególnymi etapami oznaczonymi w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Wykorzystane dane pochodzą z centralnej aplikacji AP-DILO wg stanu na dzień 25 stycznia 2022 r. Poniższe diagramy przedstawiają:

- liczby pacjentów przechodzących pomiędzy poszczególnymi etapami,
- medianę czasu przejścia pomiędzy poszczególnymi etapami.

Użyte na diagramach skróty oznaczają:

- WK-POZ-P – wydanie karty w POZ przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,
- WK-POZ-R – wydanie karty w POZ przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-AOS-P – wydanie karty w AOS przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,
- WK-AOS-R – wydanie karty w AOS przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-SZP – wydanie karty w szpitalu w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,

- WK-SZP-ZS – wydanie karty w szpitalu w przypadku zmiany świadczeniodawcy,
- WK-PRO – wydanie karty w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- DGWS – diagnostyka wstępna,
- DGPG – diagnostyka pogłębiona.

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 1

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 2

Ścieżki pacjentów - metodyka

Dla wybranej kohorty pacjentów zbadano sekwencję realizacji świadczeń związanych z leczeniem danego nowotworu. Zrealizowane świadczenia pogrupowano w następujący sposób (przy poszczególnych grupach znajdują się skróty, które zostały użyte na diagramach oraz numer tabeli, w której wymieniono jakie produkty rozliczeniowe zostały uwzględnione w danej grupie):

- I. chemioterapia (CHT) (tabela 1),
- II. chirurgia (CHIR) (tabela 2),
- III. programy lekowe (PL) (tabela 3),
- IV. radioterapia (RT) (tabela 4).

Dla poszczególnych grup stopni zaawansowania zaprezentowano:

- diagram zawierający do 25 najczęściej występujących sekwencji poszczególnych grup świadczeń wraz ze wskazaniem:
 - liczby pacjentów, których sekwencja dotyczyła,
 - odsetka pacjentów w danej grupie stopni zaawansowania, których sekwencja dotyczyła,
 - łącznej wartości świadczeń w danej sekwencji (liczonej jako wartość poszczególnych produktów rozliczeniowych wchodzących w skład sekwencji lub koszt grupy JGP sprawozdanej w ramach hospitalizacji, w przypadku, gdy rozpatrywanym świadczeniem jest procedura),
- diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń z liczbą pacjentów,

- diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami z medianą czasu przejścia.

W celu poprawienia czytelności diagramu sekwencji, następujące po sobie wystąpienia tych samych grup świadczeń zostały połączone w jedno zdarzenie. Zdarzenie „CHT+PL” oznacza, że dane dwa produkty były sprawozdawane podczas tego samego kontaktu. Oprócz grup świadczeń, na ścieżkach i diagramach przejść znajdują się również znaczniki „180” i „360”, określające 180 i 360 dni od początku ścieżki leczenia danego pacjenta.

Tabela 1: Produkty chemioterapii	
Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.10.0000006	CAPECITABINUM
5.08.10.0000028	FLUOROURACILUM
5.08.10.0000037	IRINOTECANI HYDROCHLORIDUM TRIHYDRICUM
5.08.10.0000044	MITOMYCINUM
5.08.10.0000049	OXALIPLATINUM

Tabela 2: Produkty chirurgii	
Kod produktu	Nazwa produktu
5.51.01.0004001	D01 ZŁOŻONE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ
5.51.01.0004002	D02 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ
5.51.01.0004003	D03 DUŻE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ

Tabela 3: Programy lekowe	
Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.09.0000006	BEVACIZUMABUM
5.08.09.0000010	CETUXIMABUM
5.08.09.0000049	PANITUMUMABUM
5.08.09.0000095	AFLIBERCEPTUM
5.08.09.0000109	NIVOLUMABUM
5.08.09.0000148	PEMBROLIZUMABUM

Tabela 3: Programy lekowe	
Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.09.0000156	ATEZOLIZUMABUM

Tabela 4: Radioterapia	
Kod produktu	Nazwa produktu
5.07.01.0000011	TELERADIOTERAPIA
5.07.01.0000012	TELERADIOTERAPIA 3D Z MODULACJĄ INTENSYWNOŚCI DAWKI
5.07.01.0000013	TELERADIOTERAPIA 3D - NIEKOPLANARNA Z MONITORINGIEM TOMOGRAFICZNYM (3D-CRT)
5.07.01.0000014	TELERADIOTERAPIA 3D ŚRÓDOPERACYJNA (3D-IORT)
5.07.01.0000021	TELERADIOTERAPIA PALIATYWNA
5.07.01.0000022	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM DWUWYMIAROWYM (2D)
5.07.01.0000023	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM TRÓJWYMIAROWYM (3D)
5.07.01.0000025	BRACHYTERAPIA STANDARDOWA
5.07.01.0000042	BRACHYTERAPIA Z PLANOWANIEM 3D
5.07.01.0000056	TELERADIOTERAPIA STEREOTAKTYCZNA

Ścieżki pacjentów w stopniu I

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
180	5 877 579

Sekwencje grup świadczeń w stopniu I - załącznik nr 5 rysunek 3

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu I - załącznik nr 5 rysunek 4

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu I - załącznik nr 5 rysunek 5

Ścieżki pacjentów w stopniu II

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
73	2 304 718

Sekwencje grup świadczeń w stopniu II - załącznik nr 5 rysunek 6

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu II - załącznik nr 5 rysunek 7

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu II - załącznik nr 5 rysunek 8

Ścieżki pacjentów w stopniu III

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
269	10 400 239

Sekwencje grup świadczeń w stopniu III - załącznik nr 5 rysunek 9

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu III - załącznik nr 5 rysunek 10

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu III - załącznik nr 5 rysunek 11

Ścieżki pacjentów w stopniu IV

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
213	11 793 506

Sekwencje grup świadczeń w stopniu IV - załącznik nr 5 rysunek 12

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu IV - załącznik nr 5 rysunek 13

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu IV - załącznik nr 5 rysunek 14

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
735	30 376 043

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 5 rysunek 15

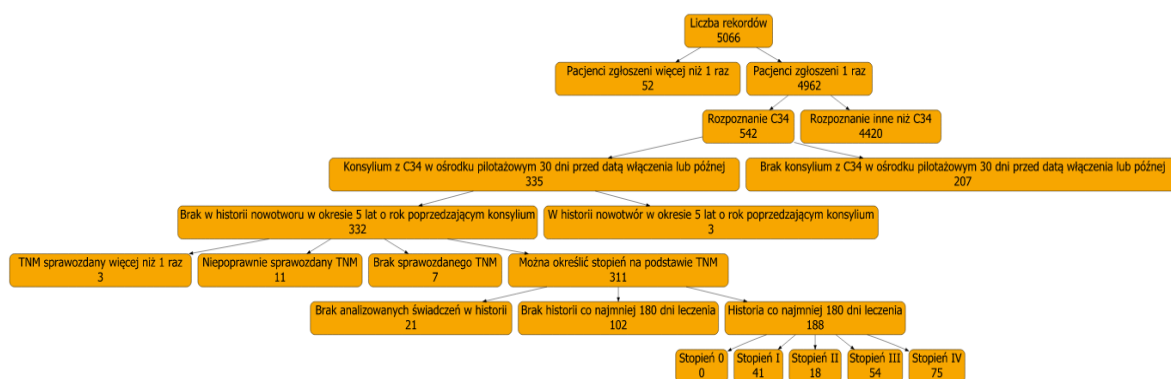
Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 16

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 17

Województwo świętokrzyskie

Wybór kohorty pacjentów do analizy

Rysunek 47 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Tabela 83 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	60,11	47,34
33.239	Bronchoskopia - inna	1,60	1,60
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	20,21	17,02
33.26	Przezskórna igłowa biopsja płuca	0,53	0,00
33.272	Przezoskrzelowa biopsja płuca	0,53	0,00
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	30,85	28,19
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	53,72	43,09
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	2,13	0,00
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	31,38	29,79
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	1,60	0,53
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	11,70	7,98
88.900	RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego	0,53	0,00
88.901	RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,60	1,60
92.061	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	46,81	39,36

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
92.062	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych	0,53	0,53
92.142	Scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów	0,53	0,53
92.144	Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów	0,53	0,53
92.149	Scyntygrafia układu kostnego - inne	0,53	0,53

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 1

Tabela 84 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	2,66	1,60
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	0,53	0,00
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5,85	5,85
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	13,30	9,04
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5,32	5,32
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	0,53	0,53
92.061	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	6,38	6,38

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 2

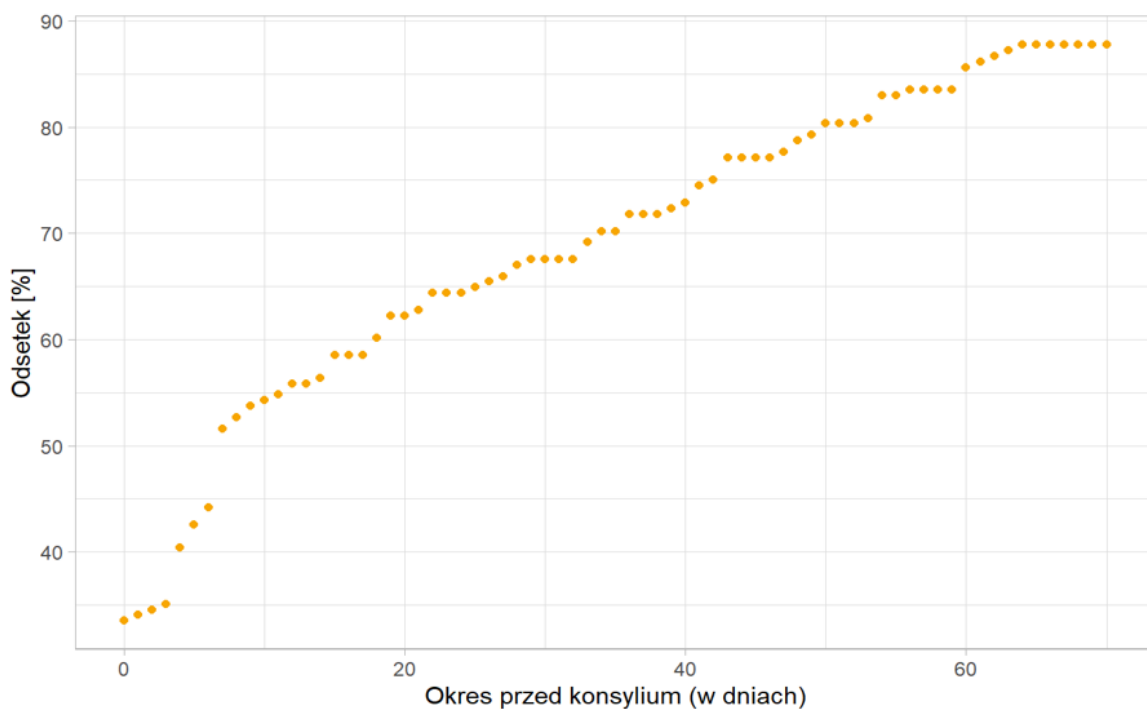
Badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87,77	79,26

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 48 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 1

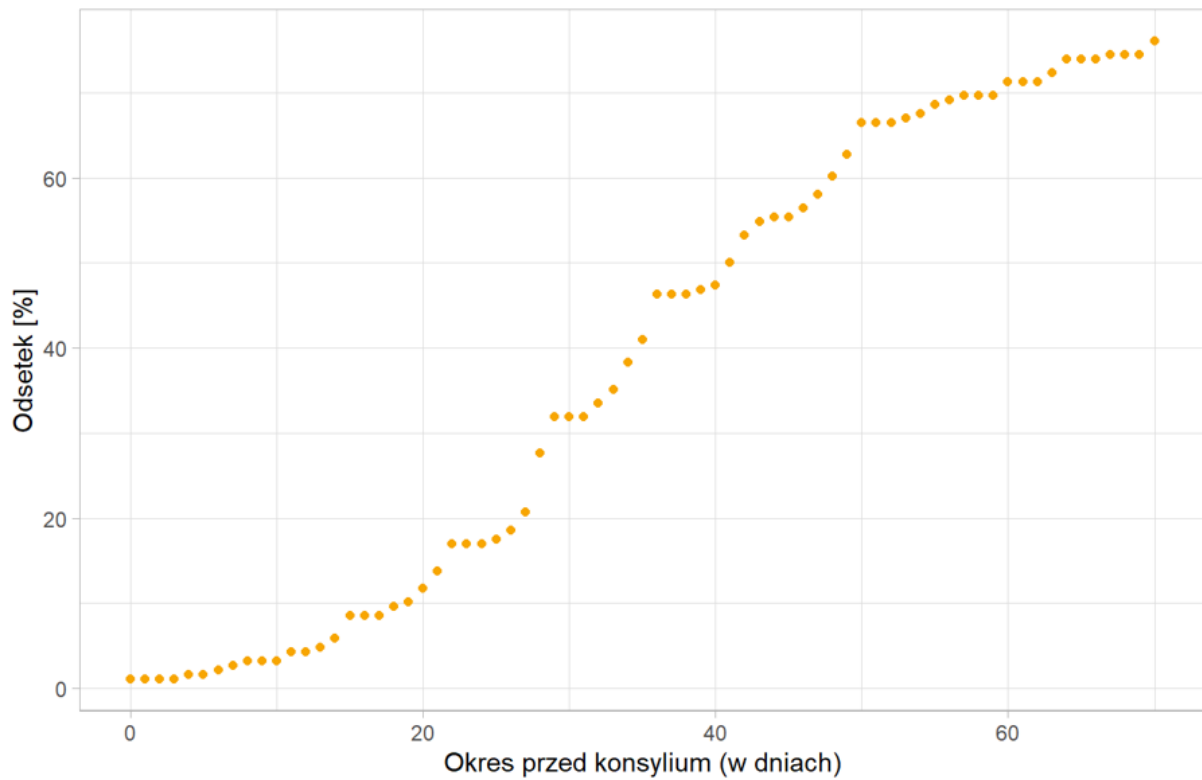
Badania mikroskopowe i endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
76,06	62,77

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 49 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



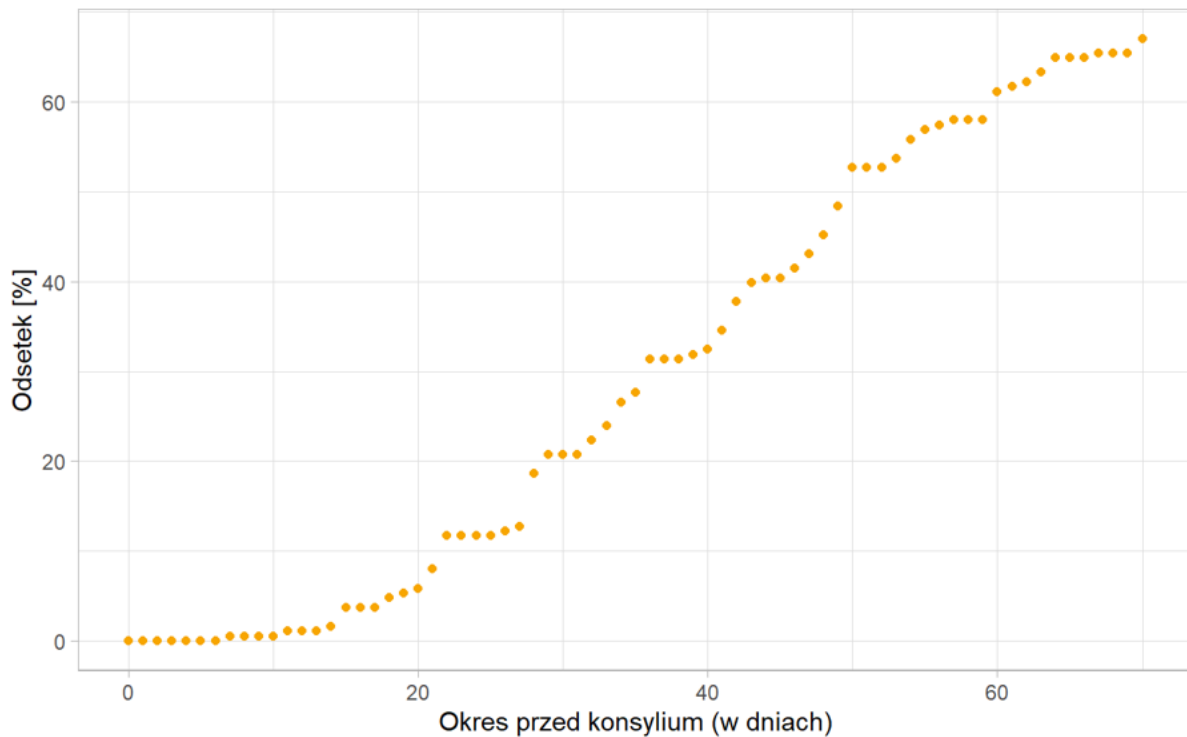
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 2

Tabela 85 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
67,02	48,40

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 5

Rysunek 50 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 3

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 18

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 19

Ścieżki pacjentów w stopniu I

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
41	1 279 792

Sekwencje grup świadczeń w stopniu I - załącznik nr 5 rysunek 20

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu I - załącznik nr 5 rysunek 21

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu I - załącznik nr 5 rysunek 22

Ścieżki pacjentów w stopniu II

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
18	778 399,4

Sekwencje grup świadczeń w stopniu II - załącznik nr 5 rysunek 23

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu II - załącznik nr 5 rysunek 24

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu II - załącznik nr 5 rysunek 25

Ścieżki pacjentów w stopniu III

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
54	1 820 432

Sekwencje grup świadczeń w stopniu III - załącznik nr 5 rysunek 26

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu III - załącznik nr 5 rysunek 27

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu III - załącznik nr 5 rysunek 28

Ścieżki pacjentów w stopniu IV

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
75	3 010 720

Sekwencje grup świadczeń w stopniu IV - załącznik nr 5 rysunek 29

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu IV - załącznik nr 5 rysunek 30

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu IV - załącznik nr 5 rysunek 31

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
188	6 889 343

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 5 rysunek 32

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 33

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 34

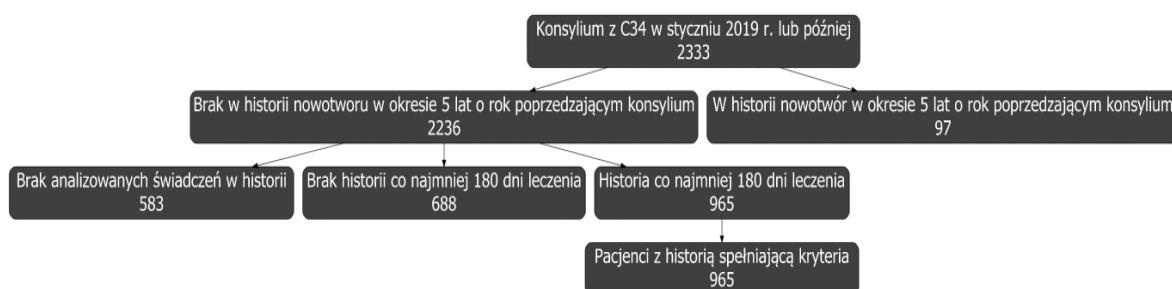
Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii

Do porównania procesu diagnostyki i leczenia w pilotażu wyodrębniono kohortę pacjentów w województwach, w których nie realizowano pilotażu. W przypadku województwa wielkopolskiego w analizie uwzględniono pacjentów spełniających łącznie następujące warunki:

- w przypadku pacjenta zrealizowano konsylium w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w roku 2019 lub później,
- w przypadku pacjenta zrealizowano tylko 1 konsylium w jego historii i było to konsylium z analizowanymi rozpoznaniem,
- historia danego pacjenta nie jest ucięta przez zgon lub koniec okresu obserwacji, a minimalny okres obserwacji określono na 180 dni,
- w przypadku pacjenta nie odnotowano świadczeń z danym rozpoznaniem w okresie 5 lat poprzedzającym o rok datę konsylium,

W analizie uwzględniono tylko świadczenia zrealizowane co najwyżej rok przed datą konsylium.

Rysunek 51 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Tabela 86 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	45,80	30,98
33.231	Bronchoskopia autofluorescencyjna	0,10	0,10
33.239	Bronchoskopia - inna	0,62	0,21
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	15,13	11,81
33.26	Przezskórna igłowa biopsja płuca	15,75	11,81
33.272	Przezoskrzelowa biopsja płuca	0,93	0,83
34.094	Nakłucie opłucnej - pobranie materiału do analiz	0,62	0,52
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	0,83	0,73
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,35	1,14
87.032	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,73	0,73
87.049	TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	33,47	33,26
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	63,52	54,40
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,62	0,31
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5,28	4,15
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	41,35	40,73
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	36,79	26,63
88.900	RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego	0,10	0,00
88.901	RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,31	0,31
92.061	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	29,64	22,80
92.144	Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów	0,10	0,10
92.149	Scyntygrafia układu kostnego - inne	0,10	0,10

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 1

Tabela 87 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	2,49	0,83
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	0,31	0,10
33.26	Przezskórna igłowa biopsja płuca	0,62	0,41
33.272	Przezoskrzelowa biopsja płuca	0,10	0,00
87.049	TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,73	0,52
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	14,61	8,19
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,52	0,31
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	2,07	1,35
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	3,73	2,38
92.061	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	0,21	0,21
92.144	Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów	0,10	0,10

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 2

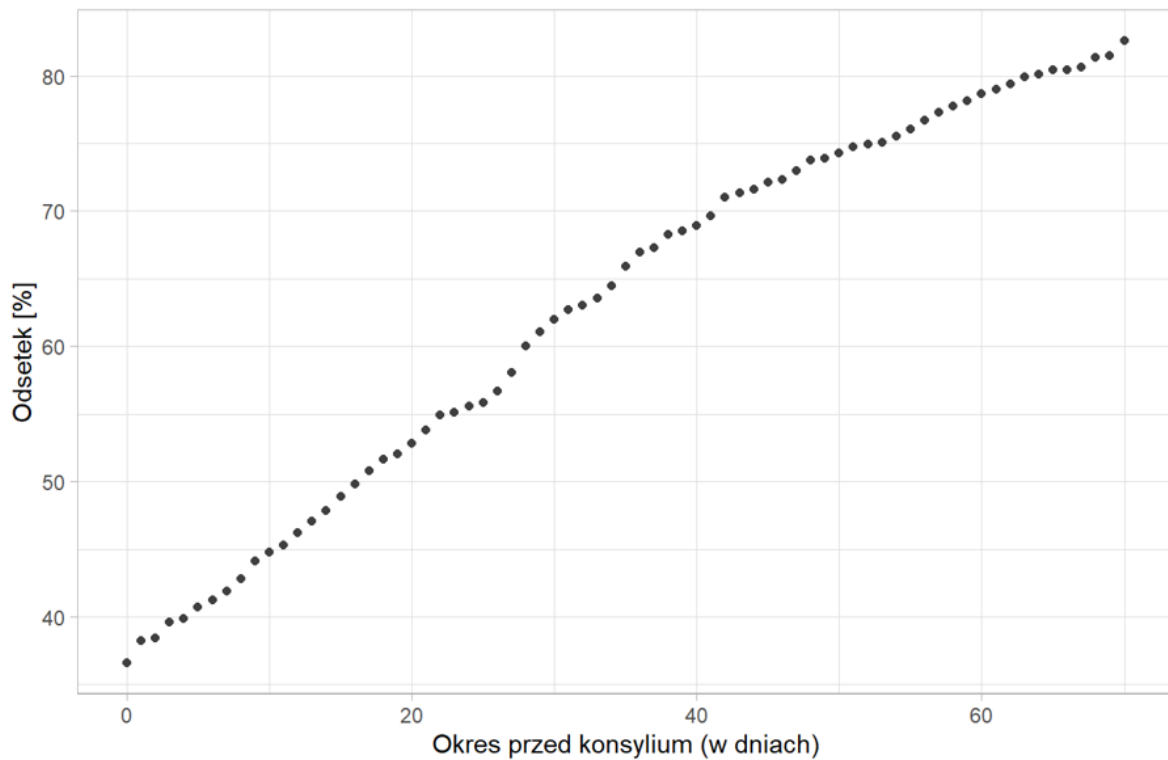
Badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
82,59	73,89

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 52 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 1

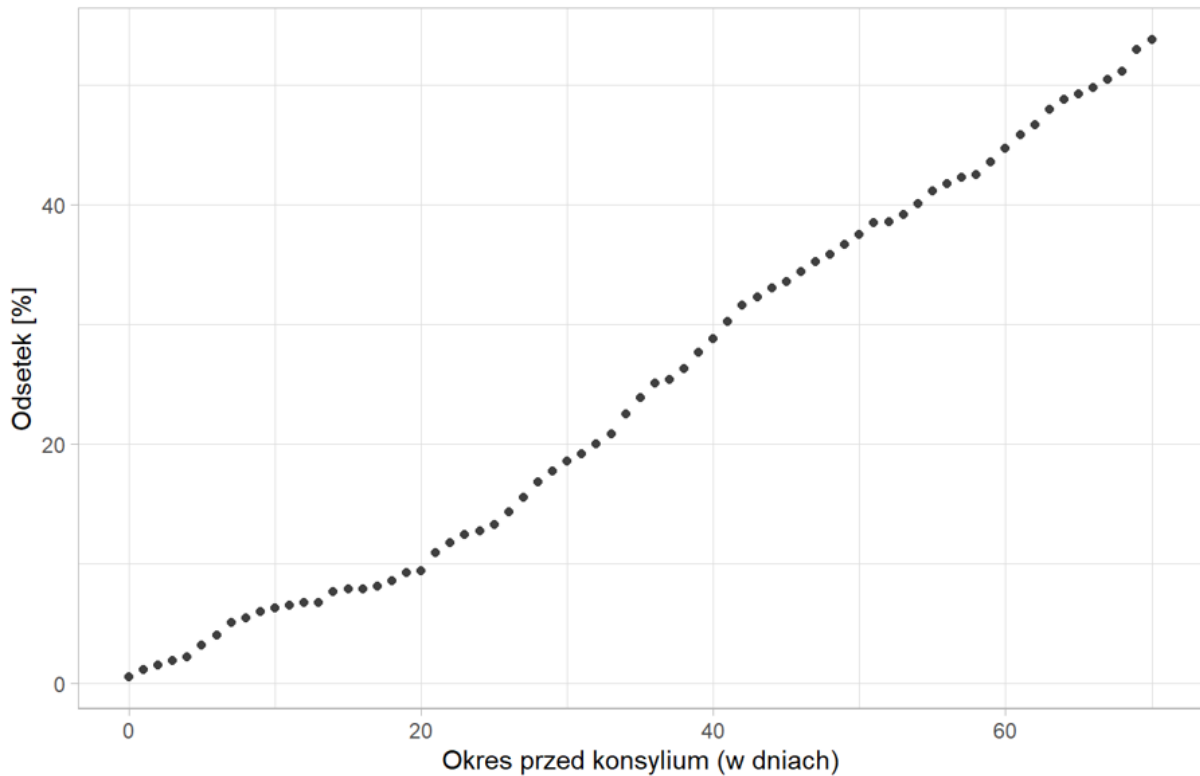
Badania mikroskopowe i endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
53,78	36,68

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 53 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



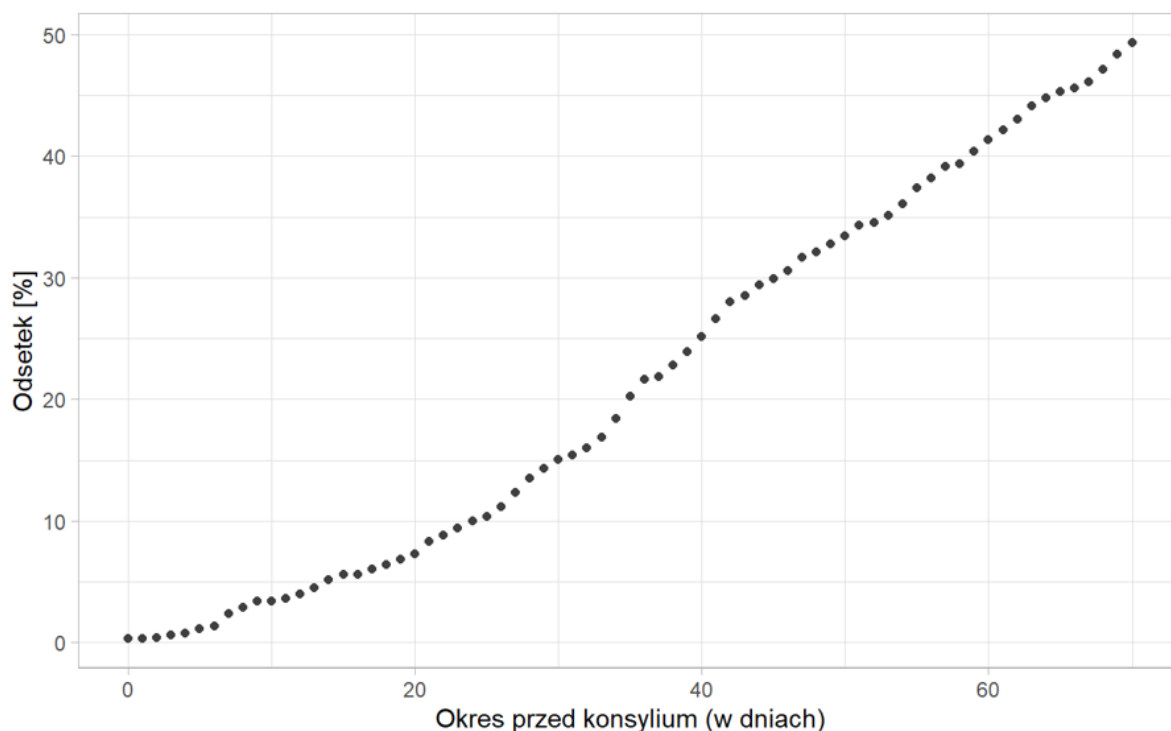
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 2

Tabela 88 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
49,33	32,75

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 5

Rysunek 54 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 3

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 35

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 36

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
959	34 339 932

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 5 rysunek 37

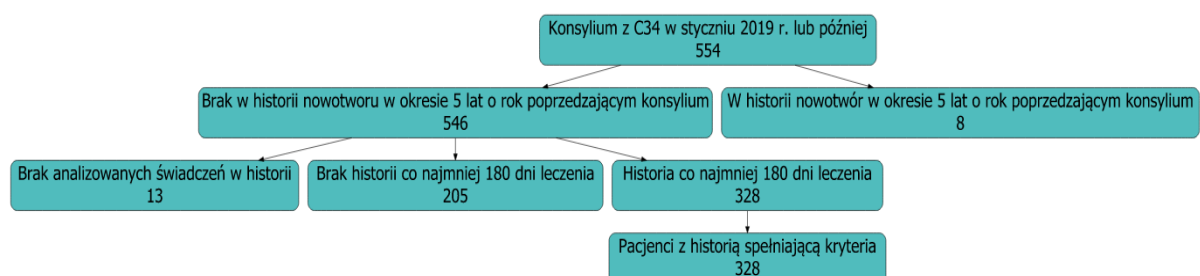
Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 38

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 39

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

Wybór kohorty pacjentów do analizy

Rysunek 55 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Tabela 89 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	78,35	75,30
33.239	Bronchoskopia - inna	0,30	0,00
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	1,83	1,22
33.26	Przezskórna igłowa biopsja płuca	1,22	1,22
33.272	Przezoskrzelowa biopsja płuca	0,61	0,61
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	4,27	3,35
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	45,12	35,06
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	10,98	7,32
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	15,85	14,33
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	3,05	2,13
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	13,11	10,67
92.061	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	10,37	7,93

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 1

Tabela 90 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	20,12	14,33

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,30	0,30
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	6,10	3,66
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,83	1,22
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	0,30	0,00

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 2

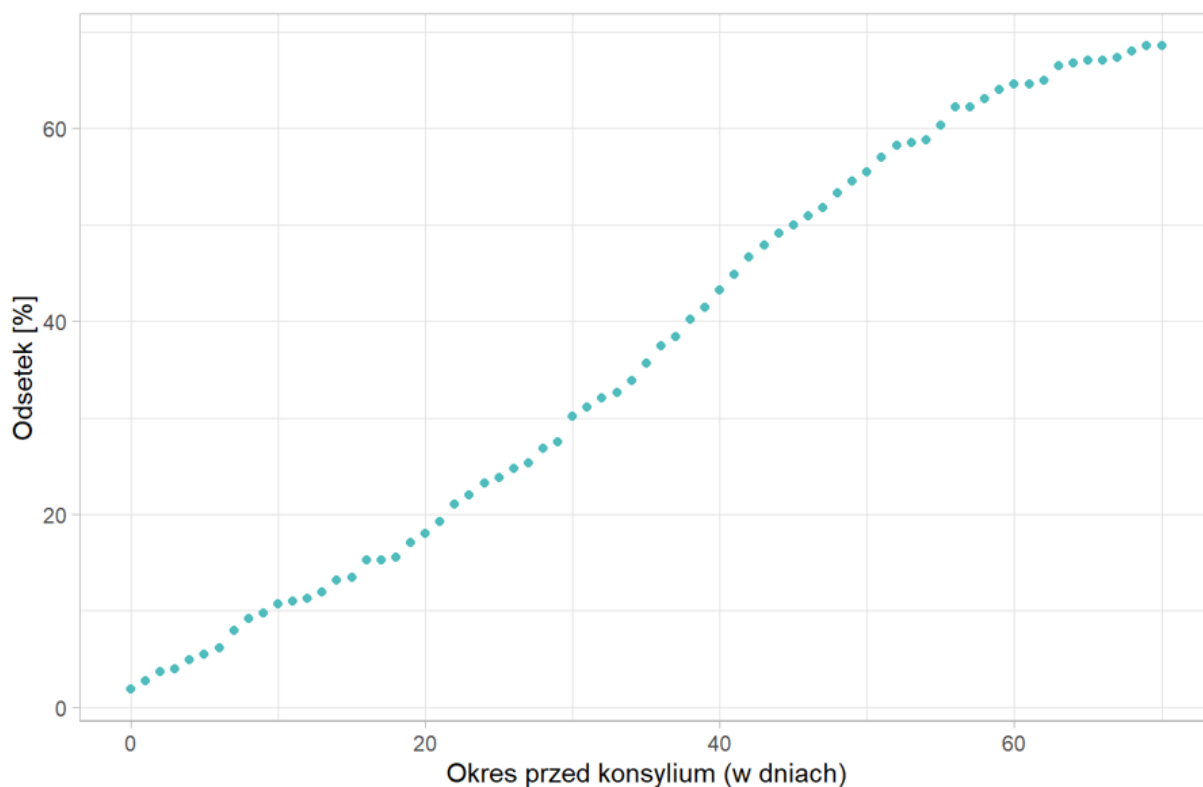
Badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
68,60	54,57

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 56 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 1

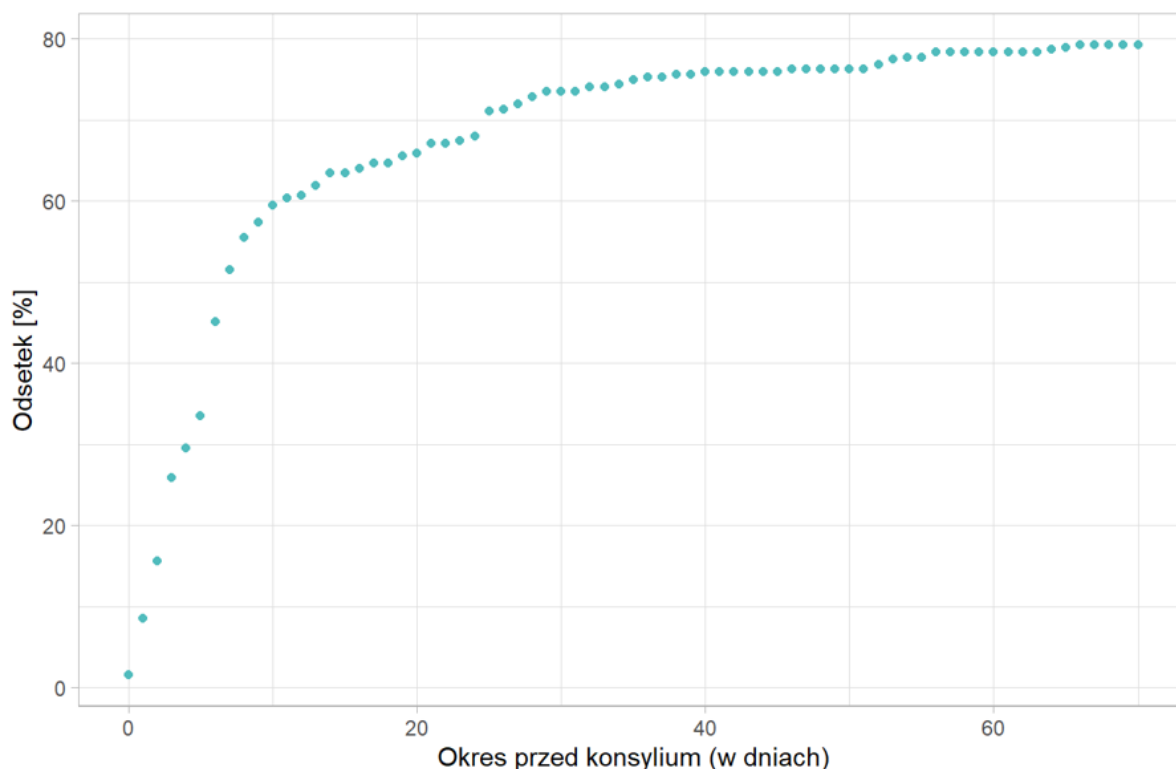
Badania mikroskopowe i endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
79,27	76,22

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 57 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



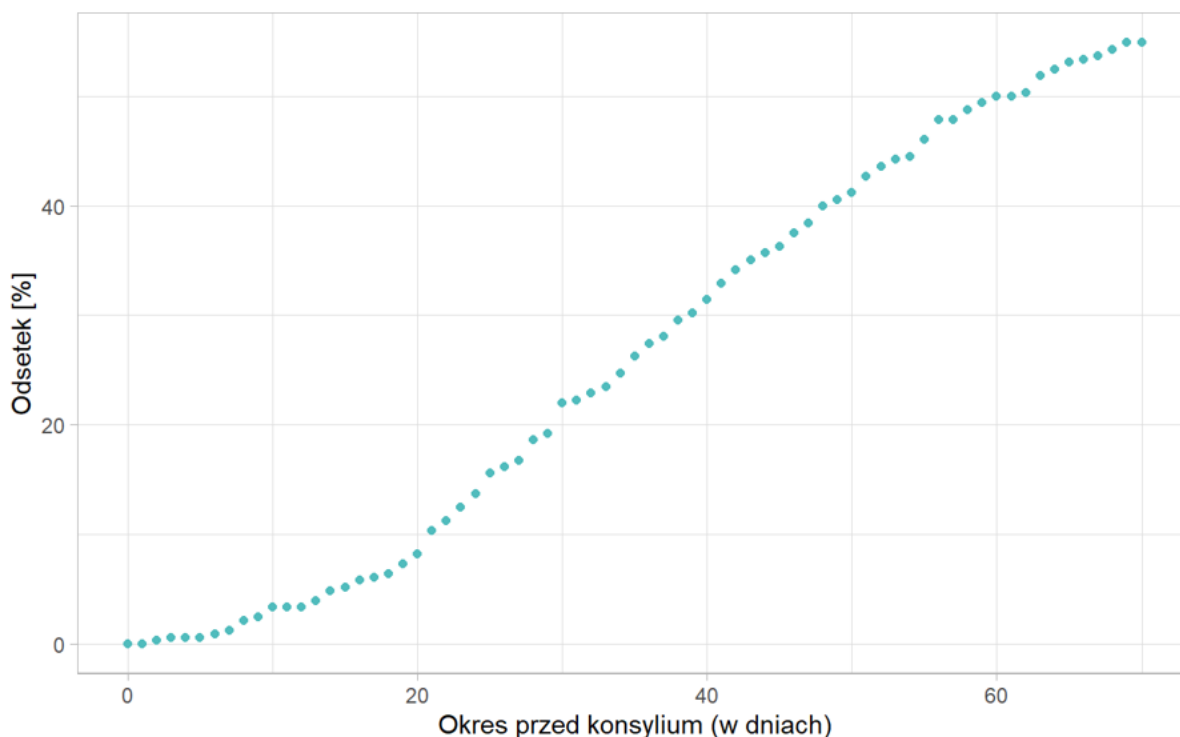
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 2

Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
54,88	40,55

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 5

Rysunek 58 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 3

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 40

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 41

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
328	14 872 513

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 5 rysunek 42

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 43

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 44

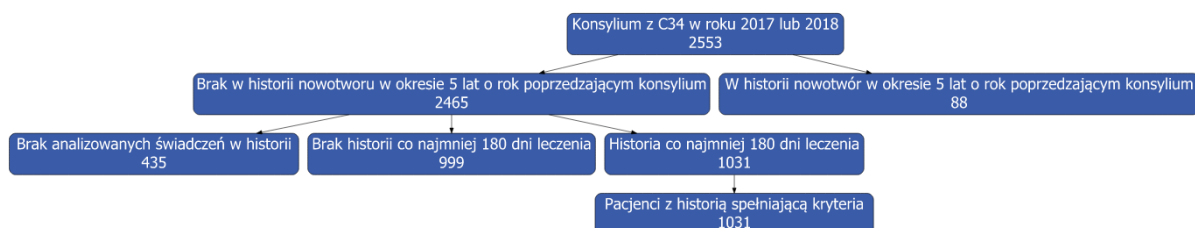
Województwo dolnośląskie w latach 2017-2018

Do porównania procesu diagnostyki i leczenia w pilotażu wyodrębniono kohortę pacjentów w województwie dolnośląskim spełniających łącznie następujące warunki:

- w przypadku pacjenta zrealizowano konsylium w ośrodkach pilotażowych w roku 2017 lub 2018,
- w przypadku pacjenta zrealizowano tylko 1 konsylium w jego historii i było to konsylium z analizowanymi rozpoznaniem,
- historia danego pacjenta nie jest ucięta przez zgon lub koniec okresu obserwacji, a minimalny okres obserwacji określono na 180 dni,
- w przypadku pacjenta nie odnotowano świadczeń z danym rozpoznaniem w okresie 5 lat poprzedzającym o rok datę konsylium.

W analizie uwzględniono tylko świadczenia zrealizowane co najwyżej rok przed datą konsylium.

Rysunek 59 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	35,69	33,27
33.231	Bronchoskopia autofluorescencyjna	3,30	2,81
33.239	Bronchoskopia - inna	4,56	3,78
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	37,92	35,01
33.26	Przezskórna igłowa biopsja płuca	7,66	6,98

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.272	Przezoskrzelowa biopsja płuca	0,19	0,19
34.094	Nakłucie opłucnej - pobranie materiału do analiz	0,29	0,29
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	0,19	0,19
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	4,66	4,56
87.032	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,19	0,19
87.049	TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,39	0,29
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	51,41	40,83
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	1,07	0,48
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	3,30	2,81
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,87	0,39
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	33,85	28,03
88.900	RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego	0,19	0,19
88.901	RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,87	0,87
92.061	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	24,54	18,82
92.144	Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów	0,19	0,19

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 1

Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	5,43	4,07
33.231	Bronchoskopia autofluorescencyjna	0,29	0,29
33.239	Bronchoskopia - inna	0,19	0,19

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	0,78	0,58
33.26	Przezskórna igłowa biopsja płuca	0,87	0,78
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,10	0,10
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2,23	1,26
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	1,84	1,16
88.901	RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	0,10	0,10
92.061	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	0,48	0,48

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 2

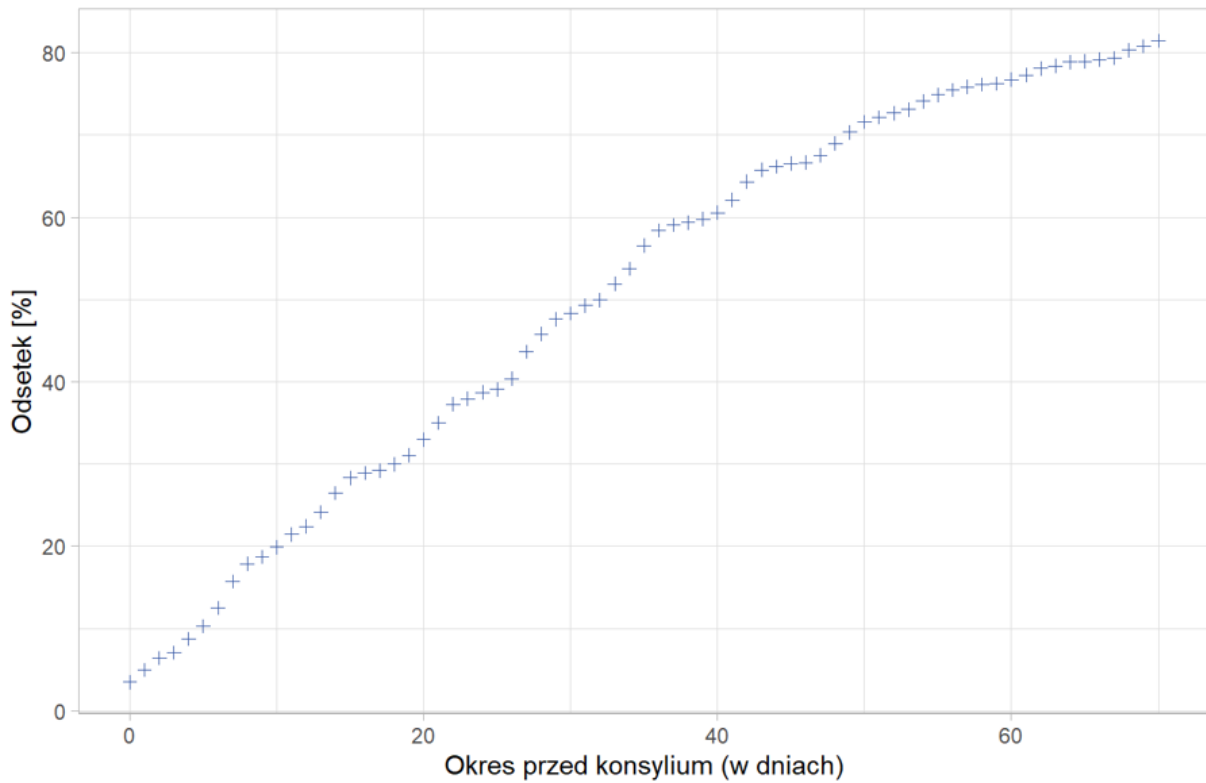
Badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
81,47	70,32

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 60 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 1

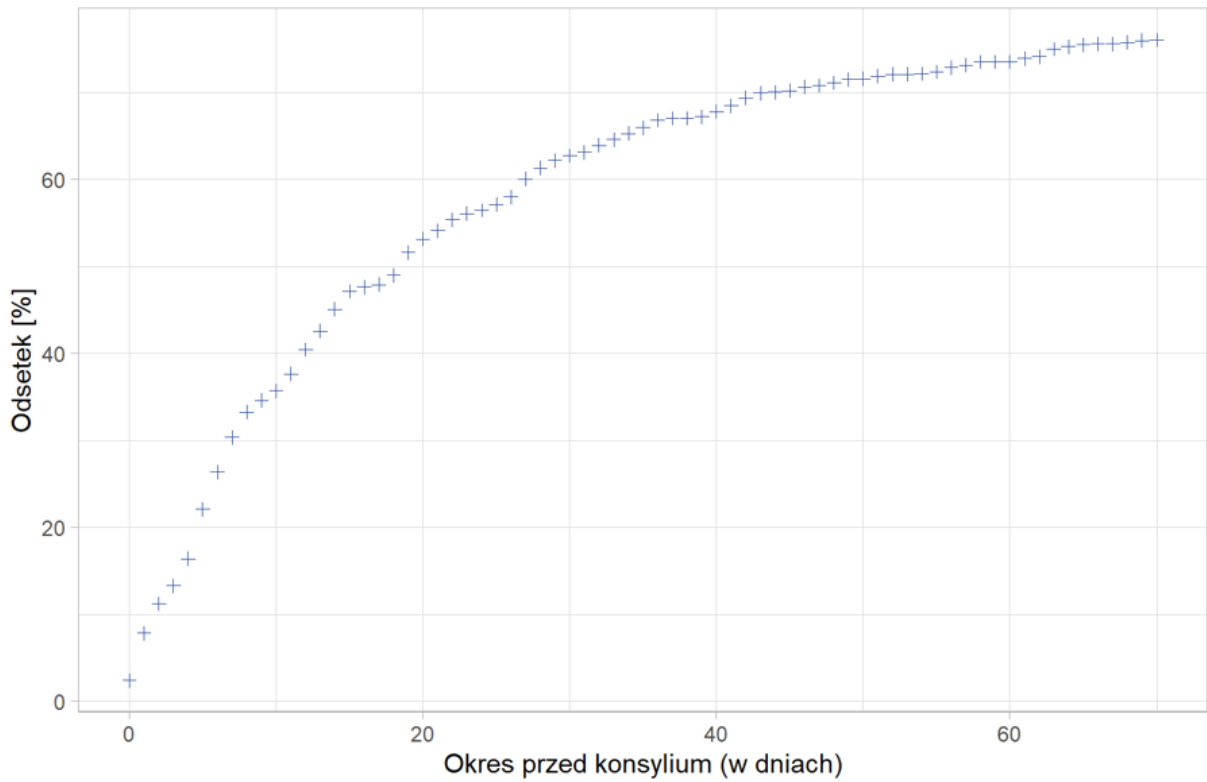
Badania mikroskopowe i endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
76,04	71,48

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 61 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



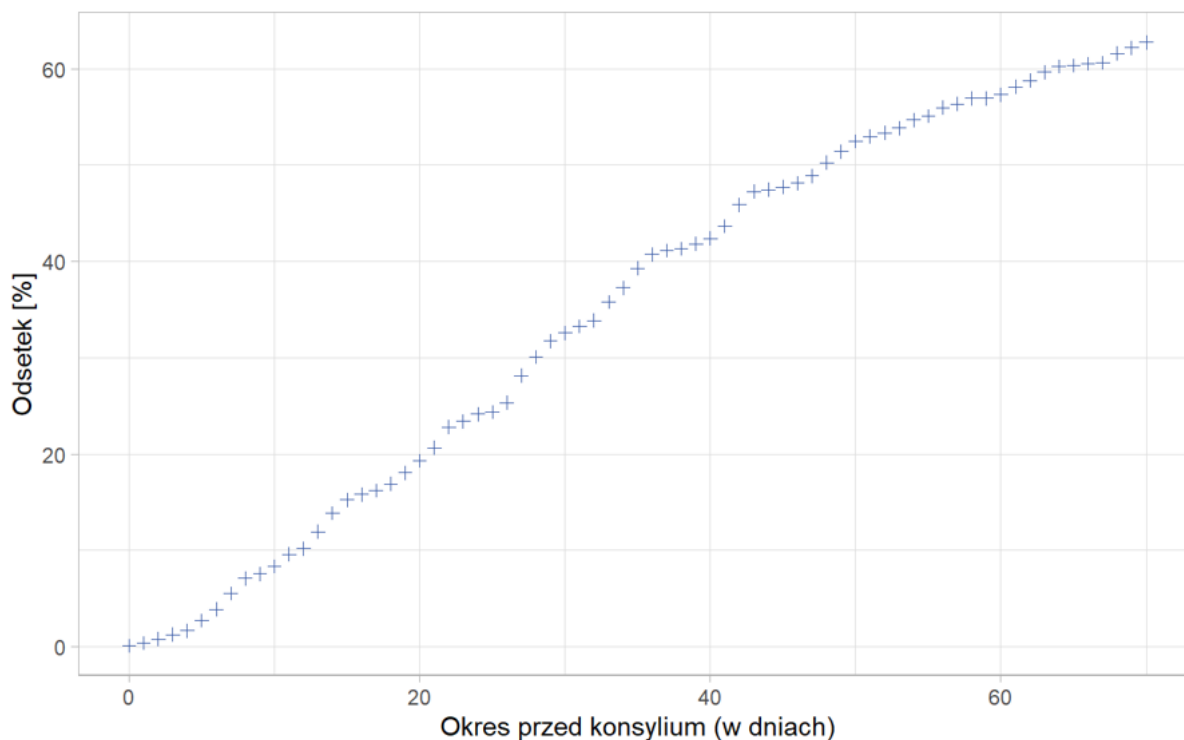
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 2

Tabela 91 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
62,75	51,41

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 5

Rysunek 62 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 3

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 45

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 46

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
1 030	24 782 511

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 5 rysunek 47

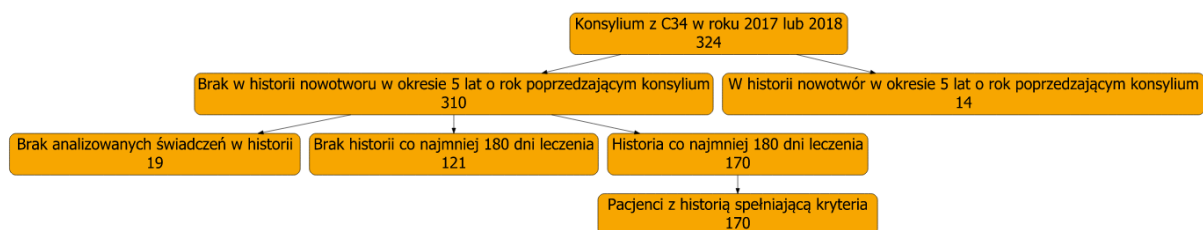
Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 48

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 49

Województwo świętokrzyskie w latach 2017-2018

Wybór kohorty pacjentów do analizy

Rysunek 63 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Tabela 92 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	59,41	47,06
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	24,12	18,82
33.26	Przeziłkowa igłowa biopsja płuca	1,76	1,18
33.272	Przezoskrzelowa biopsja płuca	0,59	0,00
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	2,94	2,35
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	14,12	13,53
87.032	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,59	0,59
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	47,65	37,06
87.412	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	0,59	0,59
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	13,53	12,94
88.012	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	1,76	1,18
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	17,65	8,82
88.901	RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	3,53	2,94
92.061	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	61,18	49,41
92.062	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych	1,18	1,18

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 1

Tabela 93 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	8,24	4,12
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	1,18	0,00
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2,35	2,35
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	12,35	7,65
88.011	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1,18	1,18
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	1,18	0,59
92.061	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	14,71	12,35

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 2

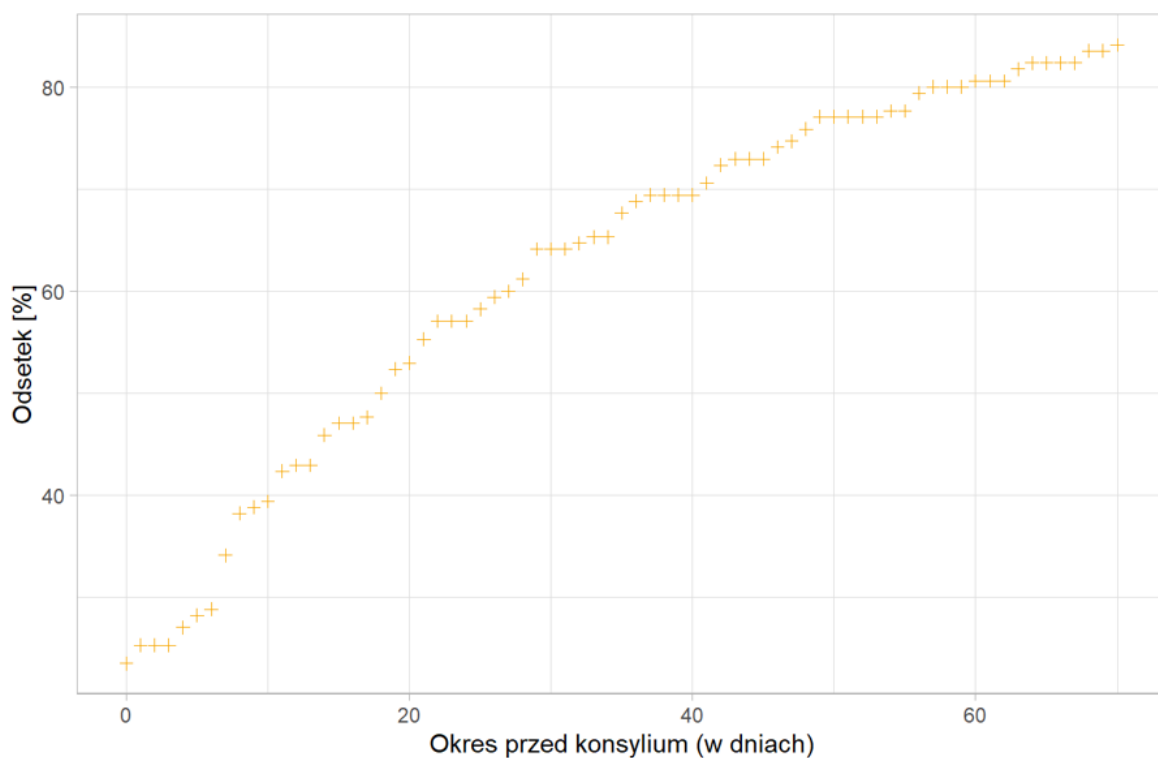
Badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
84,12	77,06

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 64 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 1

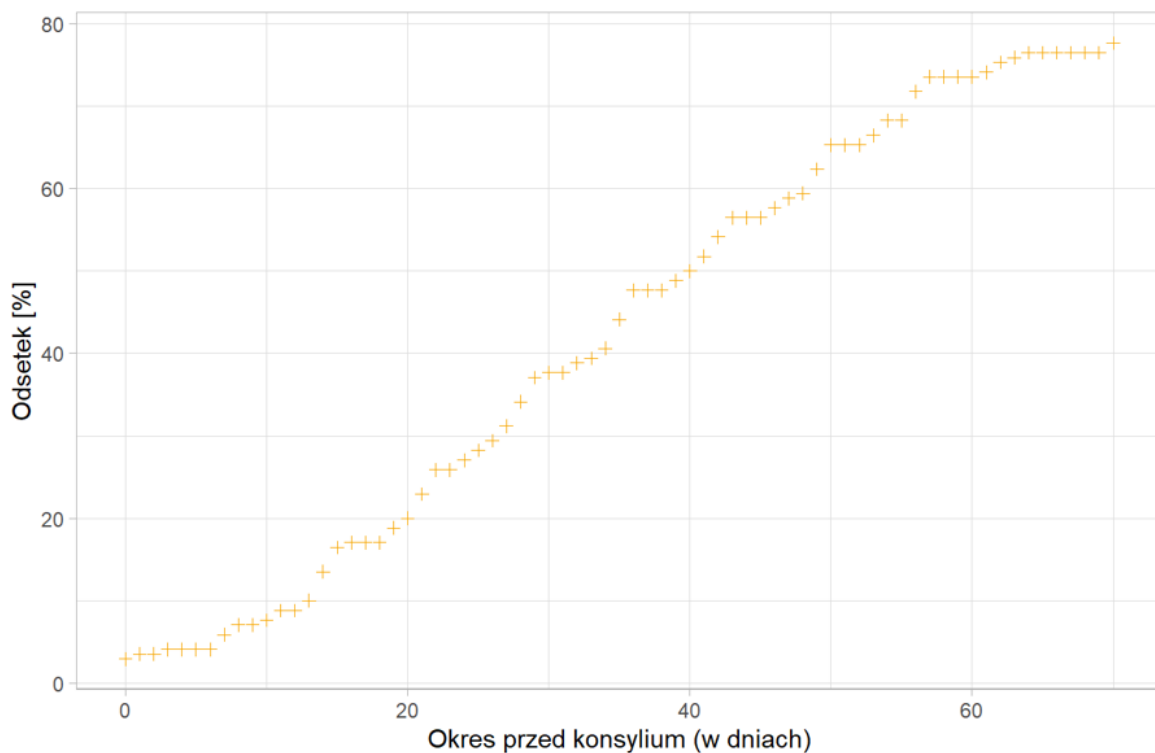
Badania mikroskopowe i endoskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
77,65	62,35

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 65 Odsetek pacjentów ze zrealizowana przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium



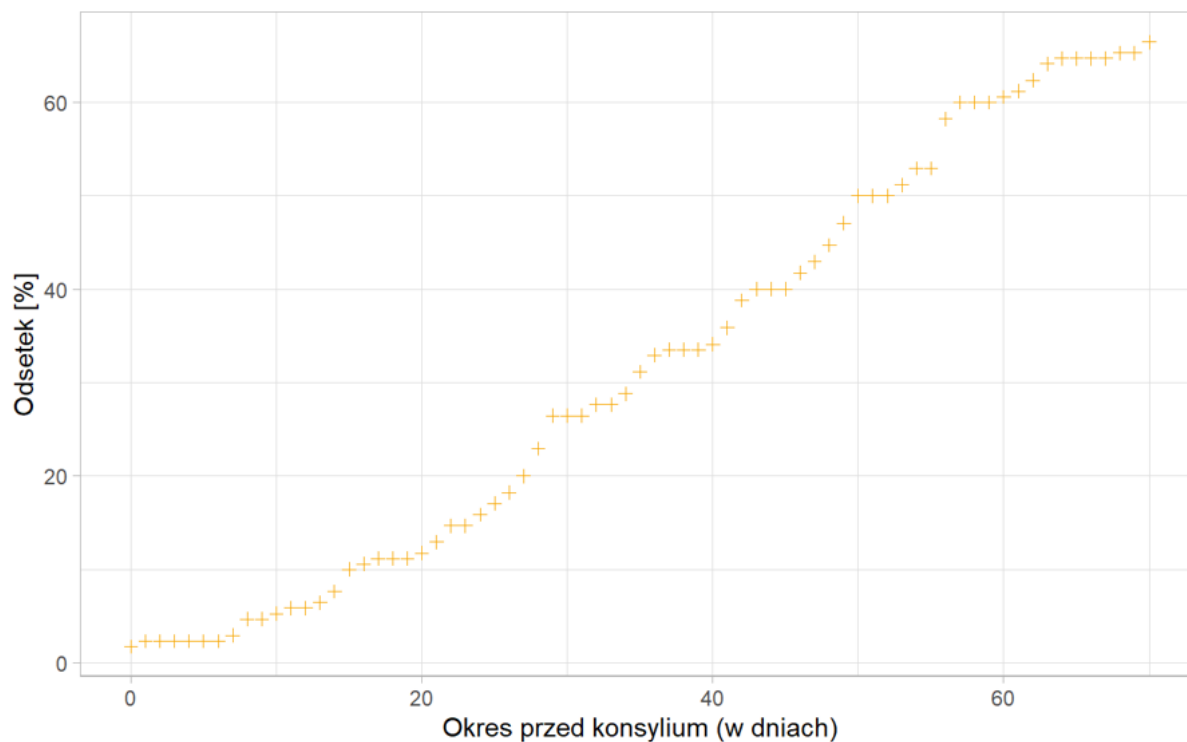
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 2

Tabela 94 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
66,47	47,06

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 tabela 5

Rysunek 66 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 5 wykres 3

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 50

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 51

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
170	4 766 179

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 5 rysunek 52

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 5 rysunek 53

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 5 rysunek 54

Porównanie

W poniższej tabeli przedstawiono porównanie wybranych badań diagnostycznych zrealizowanych w województwie dolnośląskim w trakcie trwania programu pilotażowego z okresem sprzed jego realizacji. Podkreślić należy, że odsetek wykonania wskazanych procedur diagnostycznych u pacjentów z rozpoznaniem raka płuca (C34) w województwie dolnośląskim uległ zwiększeniu.

Tabela 95 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego płuca (C34) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo dolnośląskie

Okres czasu	Odsetek pacjentów z wykonanym PET	Odsetek pacjentów z wykonanym TK mózgu
Pilotaż	50,75%	24,22%
Przed pilotażem (2017-2018)	24,74%	4,66%

W poniższej tabeli przedstawiono porównanie wybranych badań diagnostycznych zrealizowanych w województwie świętokrzyskim w trakcie trwania programu pilotażowego z okresem sprzed jego realizacji. Podkreślić należy, że odsetek wykonania TK mózgu u pacjentów z rozpoznaniem raka płuca (C34) w województwie świętokrzyskim uległ zwiększeniu natomiast odsetek pacjentów z wykonaniem PET uległ zmniejszeniu.

Tabela 96 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego płuca (C34) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo świętokrzyskiego

Okres czasu	Odsetek pacjentów z wykonanym PET	Odsetek pacjentów z wykonanym TK mózgu
Pilotaż	46,81%	30,85%
Przed Pilotażem (2017-2018)	61,18%	14,12%

Ograniczenia

Z uwagi na brak precyzyjnego opisu procedur medycznych oraz minimalnych standardów dla ich realizacji koniecznych do określenia stopnia zaawansowania choroby nowotworowej przed konsylium wielodyscyplinarnym, w tym sposobu i przeznaczenia raportowanych danych ze świadczeń zrealizowanych i sprawozdawanych do NFZ, uniemożliwia jakiegokolwiek konstruktywnemu wnioskowaniu.

Ponadto, głównym ograniczeniem przedmiotowej analizy jest brak kompletności informacji o sprawozdanych świadczeniach w ramach aktualnej ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej. Obecnie w polskim systemie ochrony zdrowia nie funkcjonuje system zbierania danych w czasie rzeczywistym (online) wraz z informacją o wynikach (baza opisów badań radiologicznych i histopatologicznych) ze zrealizowanych na rzecz pacjenta świadczeniach (również z prywatnych podmiotów nieposiadających umowy z NFZ), w związku z czym trudno ocenić zasadność powtarzalności badań diagnostycznych.

Nowotwór piersi C-50

Województwo dolnośląskie

Wybór kohorty pacjentów do analizy

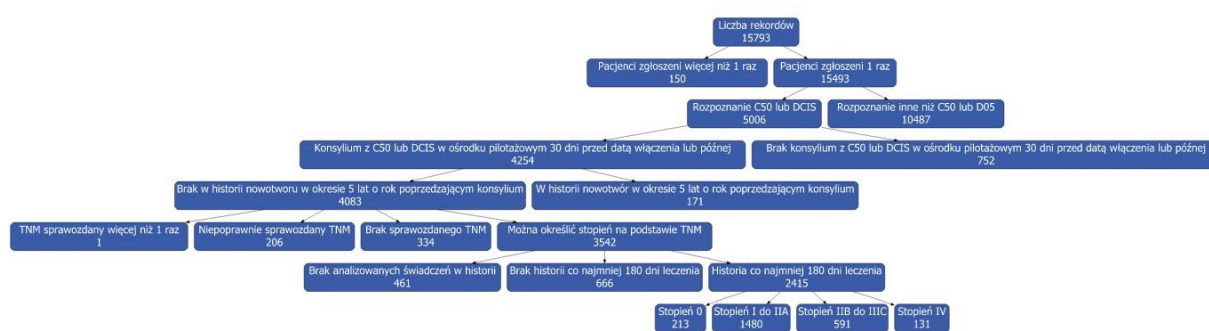
Analizę przeprowadzono na kohorcie pacjentów wyodrębnionych spośród pacjentów włączonych do pilotażu w danym województwie. W analizie uwzględniono pacjentów spełniających łącznie następujące warunki:

- pacjent włączony był do pilotażu tylko raz,
- na podstawie wartości T, N i M można było jednoznacznie określić stopień zaawansowania choroby nowotworowej,
- zrealizowano konsylium w ośrodku pilotażowym w terminie 30 dni przed datą włączenia lub później,
- historia danego pacjenta nie jest zamknięta przez zgon lub koniec okresu obserwacji, wers wyżej a minimalny okres obserwacji określono na 180 dni,
- w przypadku pacjenta nie odnotowano świadczeń z danym rozpoznaniem w okresie 5 lat poprzedzającym o rok datę włączenia do pilotażu.

W analizie uwzględniono tylko świadczenia zrealizowane co najwyżej rok przed datą włączenia do pilotażu.

Poniższy rysunek przedstawia proces wyboru pacjentów wraz z liczbą pacjentów odrzuconych na poszczególnym etapie.

Rysunek 67 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną w okresach:

- do 7. tygodni przed konsylium,
- do 10. tygodni przed konsylium.

Tabela 97 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.35	Mammografia z kontrastem	0,17	0,17
87.371	Mammografia jednej piersi	7,70	6,58
87.372	Mammografia obu piersi	46,05	33,79
88.732	USG piersi	57,35	46,79
88.790	USG węzłów chłonnych	3,64	2,24
85.111	Przeziębna cienkoigł. biopsja piersi	0,12	0,12
85.112	Przeziębna cienkoigł. biopsja piersi - celowana	1,66	1,24
85.113	Przeziębna gruboigł. biopsja piersi	0,99	0,83
85.114	Przeziębna gruboigł. biopsja piersi - celowana	43,44	35,49
85.131	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią pod USG	33,13	25,96
85.132	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią stereotakt	6,96	4,97
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	1,33	1,08
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	11,43	10,77
88.979	RM bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	9,90	8,94

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
88.900	RM głowy bez wzmoc. kontrast.	0,08	0,08
88.901	RM głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,33	0,29
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmoc. Kontrast.	1,45	1,28
87.031	TK głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,29	0,21
87.049	TK głowy ze wzmoc. kontrast.	0,04	0,04
88.011	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	4,51	4,14
88.012	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	3,27	3,02
88.976	RM jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,29	0,29
92.061	PET z 18 FDG we wsk. onko.	1,90	1,82
92.141	Scyntygrafia trójfaz. odcinka układu kostnego z zast. fosfonianów	0,04	0,00
92.143	Scyntygrafia układu kostnego SPECT albo SPECT CT	0,12	0,12
92.144	Scyntygrafia "whole body" z zast. fosfonianów	0,75	0,62
92.149	Scyntygrafia układu kostnego i inne	15,16	14,95
87.44	Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej	0,08	0,04
87.440	RTG klatki piersiowej	78,43	75,49

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 1

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną co najmniej 2 razy w okresach:

- do 7. tygodni przed konsylium,
- do 10. tygodni przed konsylium.

Tabela 98 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.371	Mammografia jednej piersi	0,62	0,54
87.372	Mammografia obu piersi	2,53	1,53
88.732	USG piersi	10,27	6,17

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
88.790	USG węzłów chłonnych	0,41	0,08
85.111	Przeziębna cienkoigł. biopsja piersi	0,08	0,08
85.113	Przeziębna gruboigł. biopsja piersi	0,04	0,00
85.114	Przeziębna gruboigł. biopsja piersi - celowana	3,44	2,40
85.131	Biopsja gruboigł. wspomaganą próżnią pod USG	7,16	5,22
85.132	Biopsja gruboigł. wspomaganą próżnią stereotakt	0,58	0,33
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	0,12	0,04
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	3,77	3,44
88.979	RM bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	5,05	3,93
88.900	RM głowy bez wzmoc. kontrast.	0,04	0,00
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmoc. Kontrast.	0,04	0,04
87.031	TK głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,04	0,04
88.011	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,83	0,75
88.012	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	1,28	1,16
88.976	RM jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,04	0,04
92.061	PET z 18 FDG we wsk. onko.	0,54	0,54
92.149	Scyntygrafia układu kostnego i inne	1,41	1,41
87.440	RTG klatki piersiowej	7,91	7,45

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 2

Badania obrazowe piersi i jamy pachowej

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy mammografia/USG w danym okresie przed konsylium.

Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

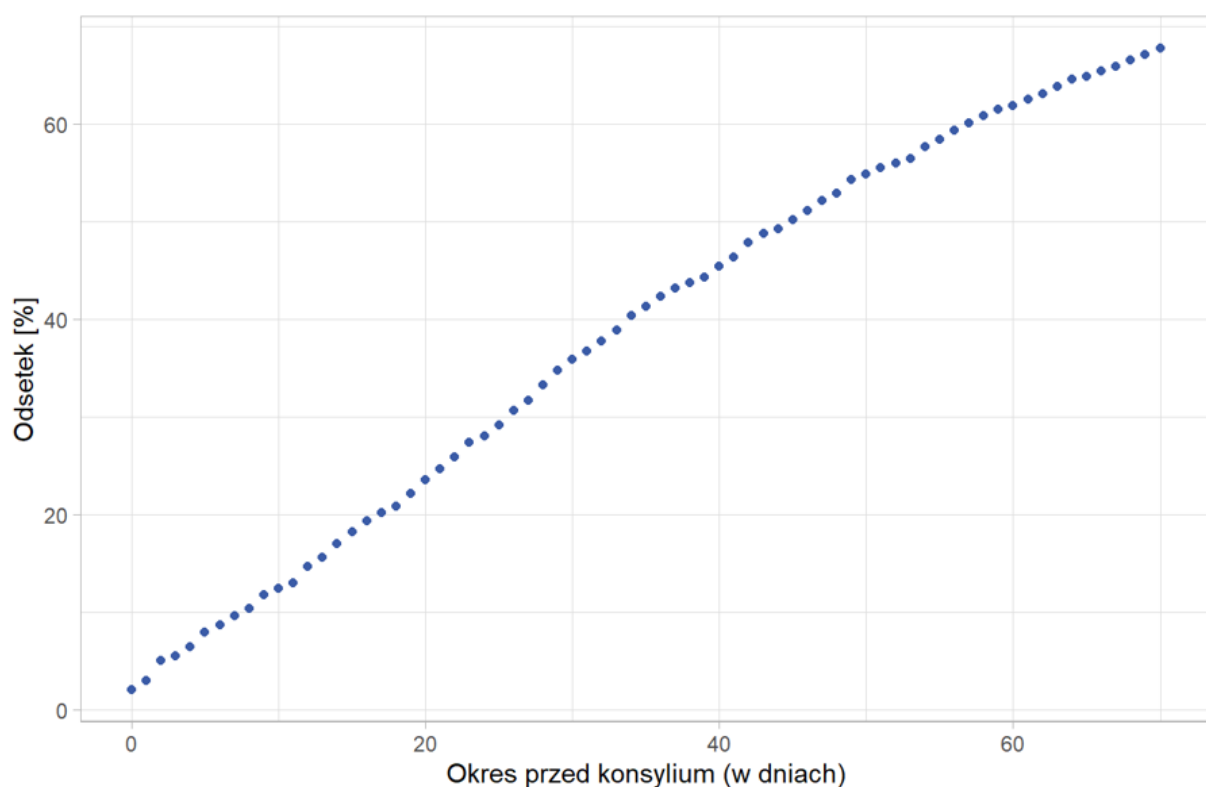
- 87.35 - mammografia z kontrastem
- 87.371 - mammografia jednej piersi
- 87.372 - mammografia obu piersi (lub mammografia w ramach SIMP)
- 88.732 - USG piersi (lub USG w ramach SIMP)
- 88.790 - USG węzłów chłonnych

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
67,78	54,29

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 3

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 68 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografia/USG w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 1

Badania mikroskopowe

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja cienko/gruboigłowa lub biopsja węzła chłonnego. Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

- 85.111 - Przeskórna cienkoigłowa biopsja piersi
- 85.112 - Przeskórna cienkoigłowa biopsja piersi - celowana (lub biopsja cienkoigłowa w ramach SIMP)
- 85.113 - Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi

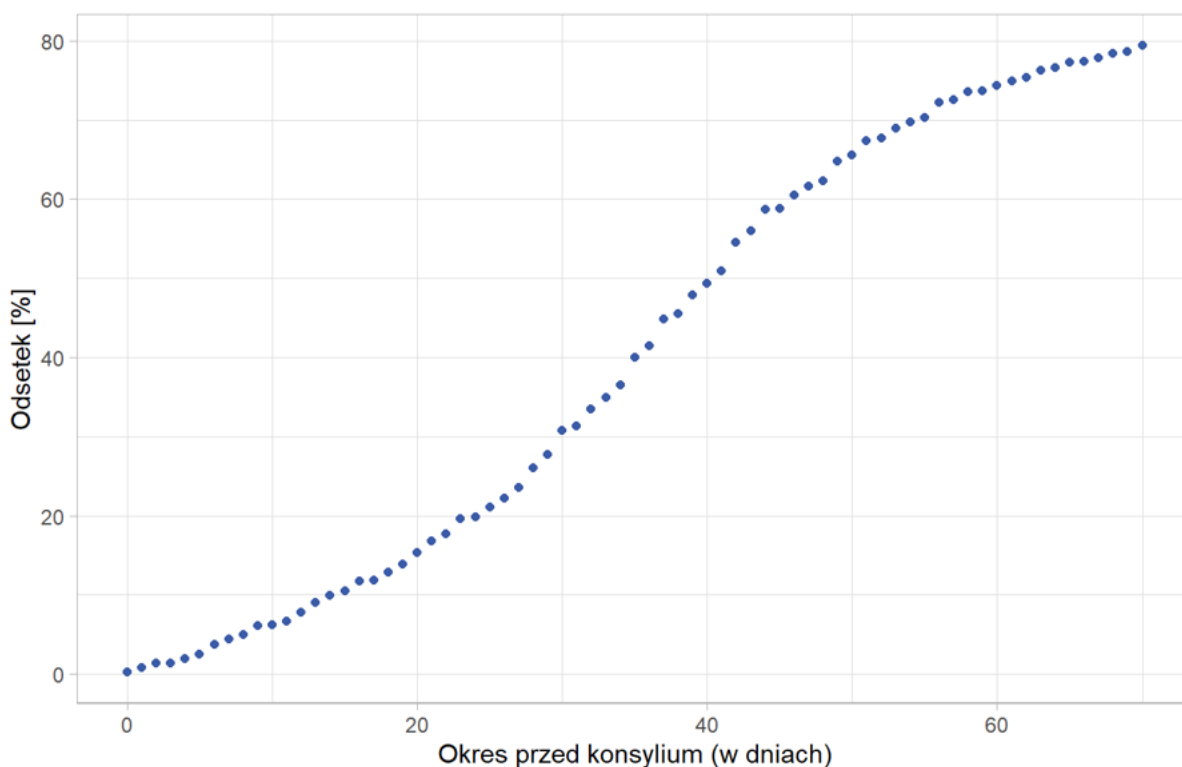
- 85.114 - Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana (lub biopsja gruboigłowa w ramach SIMP)
- 85.131 - Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG
- 85.132 - Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczną
- 40.10 - Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
79,42	64,80

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 4

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 69 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 2

Inne badania obrazowe

Poniższa tabela przedstawia odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: obrazowe inne (CT, MR, PET, SPECT, SPECT CT, RTG). Procedury diagnostyczne ICD-9 wchodzące w skład grupy:

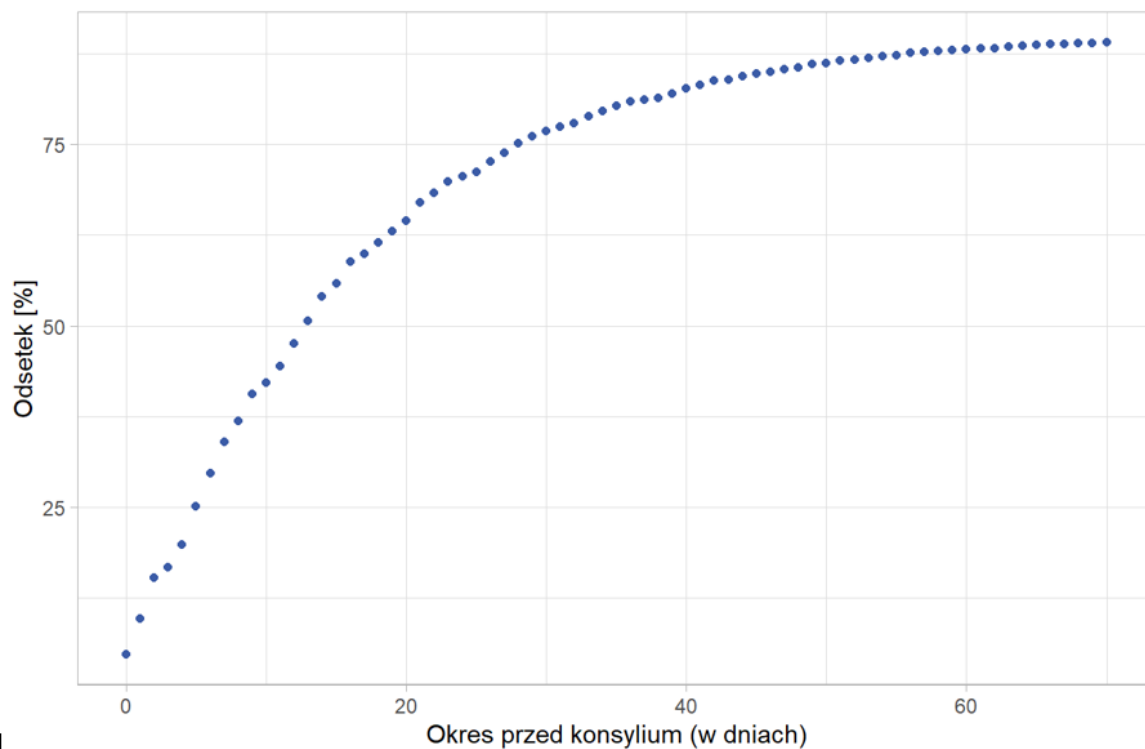
- 87.411 - TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.979 - Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – RM
- 88.900 - RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.901 - RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.924 - RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.031 - TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.049 - TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.032 - TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.011 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.012 - TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.979 - Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – RM
- 88.900 - RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.901 - RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.924 - RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.976 - RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 92.061 - PET z zastosowaniem 18 FDG we wskazaniach onkologicznych
- 92.062 - PET z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych
- 92.141 - SPECT trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
- 92.142 - SPECT jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
- 92.143 - SPECT albo SPECT CT układu kostnego
- 92.144 - SPECT całego układu kostnego (metoda “whole body”) z zastosowaniem fosfonianów
- 92.149 - SPECT układu kostnego – inne
- 87.44 - Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej
- 87.440 - RTG klatki piersiowej

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
89,11	86,05

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 5

Analogiczną informację z uwzględnieniem liczby dni przed konsylium przedstawiono również na poniższym wykresie.

Rysunek 70 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



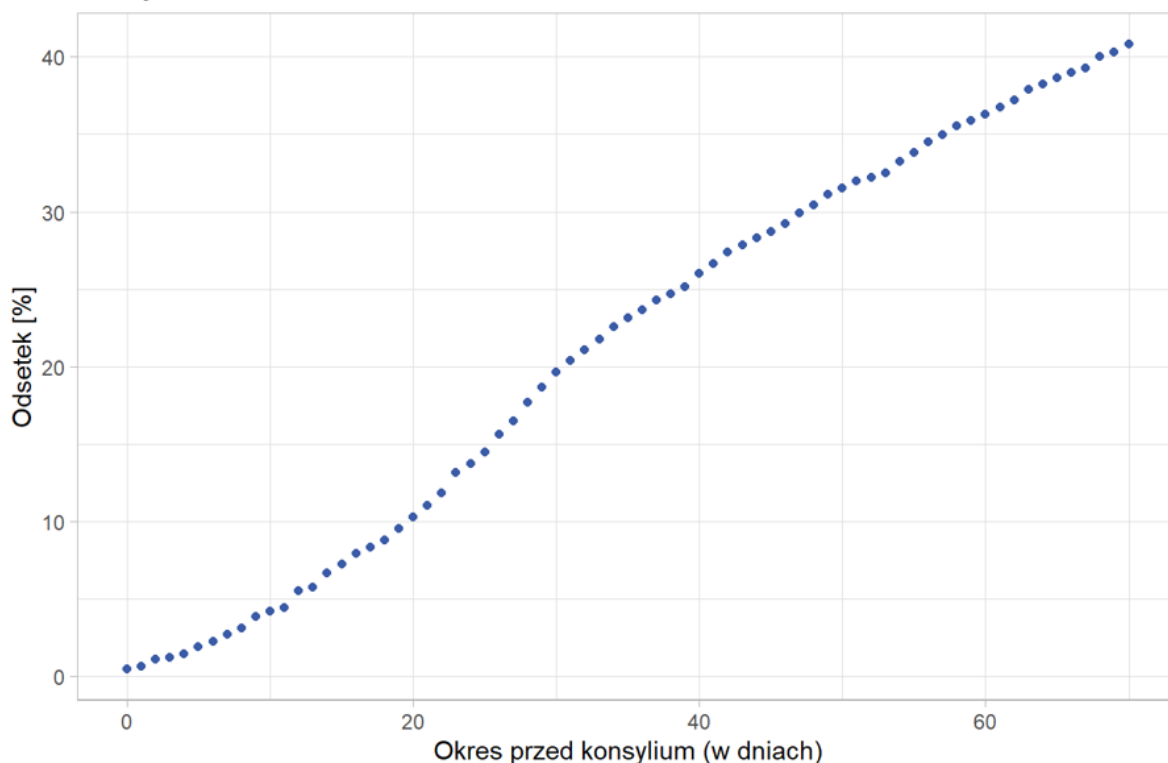
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 3

W tabeli uwzględniono pacjentów, u których w danym okresie przed konsylium sprawozdano mammografię (procedury 87.371 lub 87.372, włączono również mammografię w ramach SIMP) oraz USG piersi (procedura 88.732 lub USG w ramach SIMP).

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
40,83	31,10

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 6

Rysunek 71 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 4

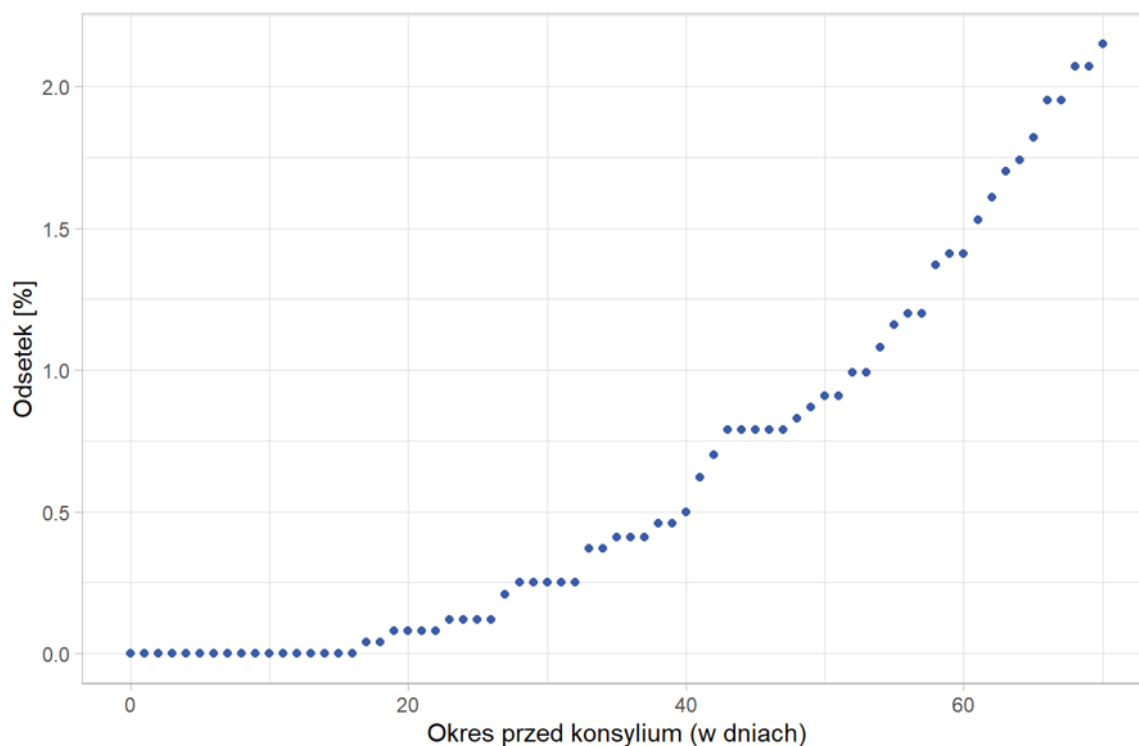
Odsetek pacjentów z mammografią, USG piersi oraz USG węzłów chłonnych

W tabeli uwzględniono pacjentów, u których w danym okresie przed konsylium sprawozdano mammografię (procedury 87.371 lub 87.372, włączono również mammografię w ramach SIMP), USG piersi (procedura 88.732 lub USG w ramach SIMP) oraz USG węzłów chłonnych (procedura 88.790).

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
2,15	0,87

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 7

Rysunek 72 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 5

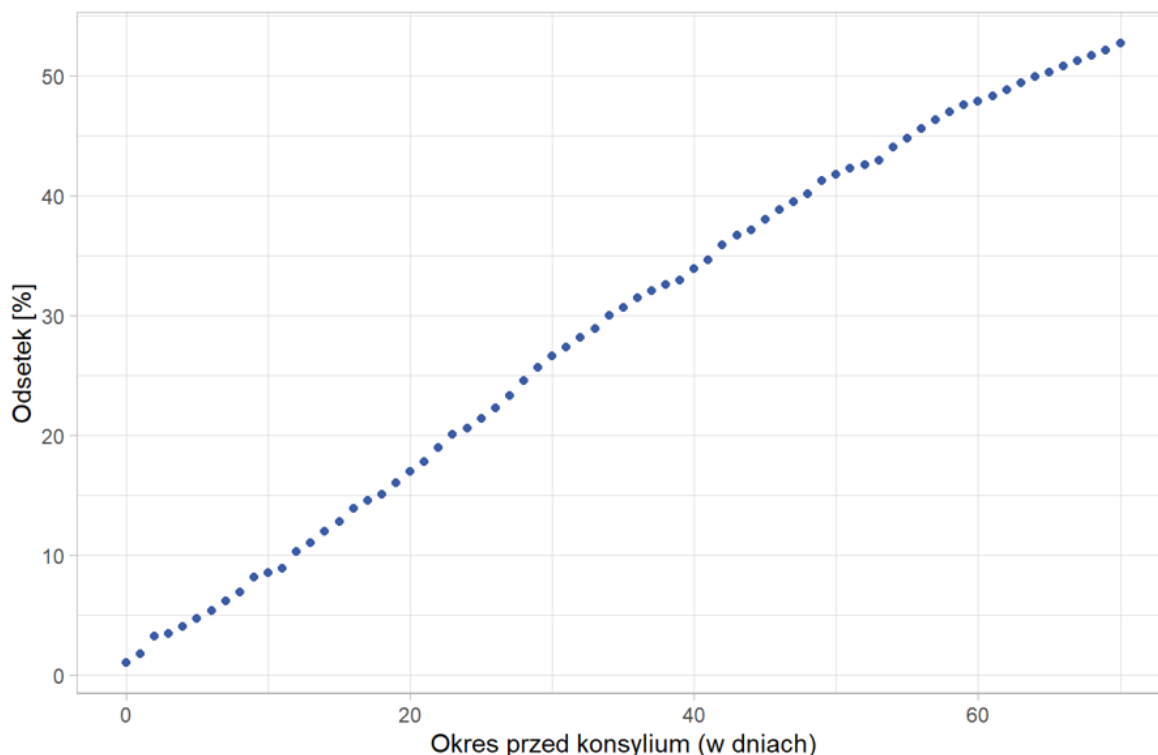
Odsetek pacjentów z mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej

W tabeli uwzględniono pacjentów, u których w danym okresie przed konsylium sprawozdano mammografię (procedury 87.371 lub 87.372, włączono również mammografię w ramach SIMP) lub USG piersi (procedura 88.732 lub USG w ramach SIMP) jako badanie obrazowe oraz RTG klatki piersiowej (procedury 87.44 lub 87.440).

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
52,75	41,24

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 8

Rysunek 73 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 6

Diagnostyka onkologiczna

Dla wyodrębnionej kohorty pacjentów dokonano analizy przejść pomiędzy poszczególnymi etapami oznaczonymi w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Wykorzystane dane pochodzą z centralnej aplikacji AP-DILO wg stanu na dzień 25 stycznia 2022 r. Poniższe diagramy przedstawiają:

- liczby pacjentów przechodzących pomiędzy poszczególnymi etapami,
- medianę czasu przejścia pomiędzy poszczególnymi etapami.

Użyte na diagramach skróty oznaczają:

- WK-POZ-P – wydanie karty w POZ przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,
- WK-POZ-R – wydanie karty w POZ przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-AOS-P – wydanie karty w AOS przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego,
- WK-AOS-R – wydanie karty w AOS przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-SZP – wydanie karty w szpitalu w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- WK-SZP-ZS – wydanie karty w szpitalu w przypadku zmiany świadczeniodawcy,

- WK-PRO – wydanie karty w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego,
- DGWS – diagnostyka wstępna,
- DGPG – diagnostyka pogłębiona.

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 1

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 2

Ścieżki pacjentów - metodyka

Dla wybranej kohorty pacjentów zbadano sekwencję realizacji świadczeń związanych z leczeniem danego nowotworu. Zrealizowane świadczenia pogrupowano w następujący sposób (przy poszczególnych grupach znajdują się skróty, które zostały użyte na diagramach oraz numer tabeli, w której wymieniono jakie procedury medyczne/produkty rozliczeniowe zostały uwzględnione w danej grupie):

- I. chemioterapia (CHT) (tabela 1),
- II. chirurgia oszczędzająca (CHIR_O) (tabela 2),
- III. chirurgia radykalna (CHIR_R) (tabela 3),
- IV. hormonoterapia (HT) (tabela 4),
- V. inhibitory CDK 4/6 (iCDK4/6) (tabela 5),
- VI. lapatynibum (LP) (tabela 6),
- VII. trastuzumab lub pertuzumab (TP) (tabela 7),
- VIII. radioterapia (RT) (tabela 8).

Dla poszczególnych grup stopni zaawansowania zaprezentowano:

- a) diagram zawierający do 25 najczęściej występujących sekwencji poszczególnych grup świadczeń wraz ze wskazaniem:
 - . liczby pacjentów, których sekwencja dotyczyła,
 - a. odsetka pacjentów w danej grupie stopni zaawansowania, których sekwencja dotyczyła,

b. łącznej wartości świadczeń w danej sekwencji (liczonej jako wartość poszczególnych produktów rozliczeniowych wchodzących w skład sekwencji lub koszt grupy JGP sprawozdanej w ramach hospitalizacji, w przypadku, gdy rozpatrywanym świadczeniem jest procedura),

b) diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń z liczbą pacjentów,

c) diagram przejść pomiędzy poszczególnymi grupami z medianą czasu przejścia.

W celu poprawienia czytelności diagramu sekwencji, następujące po sobie wystąpienia/ wykonania tych samych grup świadczeń zostały połączone w jedno zdarzenie. Oprócz grup świadczeń, na ścieżkach i diagramach przejść znajdują się również znaczniki „180” i „360”, określające 180 i 360 dni od początku ścieżki leczenia danego pacjenta.

Tabela 1: Produkty chemioterapii	
Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.10.0000005	CALCII FOLINAS
5.08.10.0000028	FLUOROURACILUM
5.08.10.0000047	ONDANSETRONUM
5.08.10.0000049	OXALIPLATINUM
5.08.10.0000006	CAPECITABINUM
5.08.10.0000009	CISPLATINUM
5.08.10.0000001	ACIDUM LEVOFOLINICUM
5.08.10.0000017	DOCETAXELUM
5.08.10.0000039	LENOGRASTIMUM
5.08.10.0000025	FILGRASTIMUM
5.08.10.0000011	CYCLOPHOSPHAMIDUM
5.08.10.0000018	DOXORUBICINUM
5.08.10.0000024	ETOPOSIDUM
5.08.10.0000004	BLEOMYCINI SULFAS
5.08.10.0000061	VINBLASTINI SULFAS
5.08.10.0000050	PACLITAXELUM
5.08.10.0000030	GEMCITABINUM

Tabela 1: Produkty chemioterapii

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.09.0000009	CAPECITABINUM
5.08.10.0000048	ONDANSETRONUM
5.08.10.0000013	CYTARABINUM
5.08.10.0000042	METHOTREXATUM
5.08.10.0000062	VINCRISTINI SULFAS
5.08.10.0000003	BICALUTAMIDUM
5.08.10.0000007	CARBOPLATINUM
5.08.10.0000021	EPIRUBICINI HYDROCHLORIDUM
5.08.10.0000055	RITUXIMABUM
5.08.10.0000016	DARBEPOETINUM ALFA
5.08.10.0000037	IRINOTECANI HYDROCHLORIDUM TRIHYDRICUM
5.08.10.0000026	FLUDARABINI PHOSPHAS
5.08.10.0000015	DACARBAZINUM
5.08.10.0000063	VINORELBINUM
5.08.10.0000019	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM NONPEGYLATUM
5.08.10.0000029	FULVESTRANTUM
5.08.10.0000033	IFOSFAMIDUM
5.08.10.0000031	HYDROXYCARBAMIDUM
5.08.10.0000058	TOPOTECANUM
5.08.10.0000059	TOPOTECANUM
5.08.10.0000064	VINORELBINUM
5.08.10.0000012	CYCLOPHOSPHAMIDUM
5.08.10.0000053	PEMETREKSEDUM
5.08.10.0000020	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM
5.08.10.0000044	MITOMYCINUM
5.08.10.0000052	PEGFILGRASTIMUM
5.08.10.0000038	LANREOTIDUM

Tabela 1: Produkty chemioterapii

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.10.0000054	RASBURICASUM
5.08.10.0000014	CYTARABINUM DEPOCYTE
5.08.10.0000043	METHOTREXATUM
5.08.10.0000069	TIOGUANINUM
5.08.10.0000045	MITOTANUM
5.08.10.0000070	TEMOZOLOMIDUM
5.08.10.0000057	THIOTEPA
5.08.10.0000074	APREPITANTUM
5.08.10.0000076	ACIDUM ZOLEDRONICUM
5.08.10.0000077	AZACITIDINUM
5.08.10.0000078	IMATINIBUM
5.08.10.0000079	LIPEGFILGRASTIMUM
5.08.10.0000082	ANAGRELIDUM
5.08.10.0000085	BORTEZOMIBUM
5.08.10.0000087	VORICONAZOLUM
5.08.10.0000086	DENOSUMABUM
5.08.09.0000009	CAPECITABINUM
5.08.10.0000088	MITOXANTRONUM
5.08.10.0000090	NETUPITANTUM, PALONOSETRONUM HYDROCHLORIDE
5.08.10.0000090	NETUPITANTUM, PALONOSETRONUM
5.08.10.0000026	FLUDARABINI PHOSPHAS

Tabela 2: Procedury oszczędzające

ICD 9	Nazwa procedury
85.21	Miejscowe wycięcie zmiany piersi
85.22	Resekcja kwadrantu piersi

Tabela 2: Procedury oszczędzające

ICD 9	Nazwa procedury
85.23	Subtotalna mammektomia
85.24	Wycięcie ektopicznej tkanki piersi
85.241	Wycięcie ektopicznej tkanki piersi
85.242	Wycięcie dodatkowej brodawki sutkowej
85.25	Wycięcie brodawki sutkowej
85.26	Wycięcie guza piersi – BCT
85.29	Usunięcie lub zniszczenie tkanki/ tkanek sutka piersi – inne
85.261	Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych bez centralizacji kompleksu brodawka - otoczka piersiowa lub z centralizacją
85.269	Wycięcie guza piersi - BTCbct - inne

Tabela 3: Procedury chirurgii radykalnej

ICD 9	Nazwa procedury
85.41	Jednostronne proste odjęcie piersi
85.411	Mastektomia – inna
85.41	Jednostronne proste odjęcie piersi
85.412	Mastektomia całkowita
85.42	Obustronne proste odjęcie piersi
85.421	Obustronne proste odjęcie piersi
85.42	Obustronne proste odjęcie piersi
85.422	Obustronne całkowite odjęcie piersi
85.43	Jednostronne poszerzone proste odjęcie piersi
85.431	Poszerzona prosta mastektomia - inna
85.432	Zmodyfikowana radykalna mastektomia
85.433	Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych
85.44	Obustronne poszerzone proste odjęcie piersi
85.45	Jednostronne radykalne odjęcie piersi

Tabela 3: Procedury chirurgii radykalnej

ICD 9	Nazwa procedury
85.451	Usunięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych [pachowych, pod i nadobojczykowych]
85.452	Radykalna odjęcie piersi BNO
85.46	Obustronne radykalne odjęcie piersi
85.47	Jednostronne poszerzone radykalne odjęcie piersi
85.471	Wycięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych (pachowych, nadobojczykowych, piersiowych wewnętrznych, śródpiersiowych)
85.472	Poszerzona radykalna amputacja piersi BNO
85.48	Obustronne poszerzone radykalne odjęcie piersi

Tabela 4: Produkty hormonoterapii

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.10.0000056	TAMOXIFENUM

Tabela 5: Inhibitory CDK4_6

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.09.0000165	PALBOCICLIBUM
5.08.09.0000166	RIBOCICLIBUM
5.08.09.0000182	ABEMACICLIBUM

Tabela 6: Lapatynibum

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.09.0000042	LAPATYNIBUM

Tabela 7: Przeciwciała monoklonalne

Kod produktu	Nazwa produktu
5.08.09.0000065	TRASTUZUMABUM - P - POZAJELITOWO
5.08.09.0000113	PERTUZUMABUM
5.08.09.0000140	TRASTUZUMABUM - SC - PODSKÓRNICIE
5.08.09.0000177	TRASTUZUMABUM EMTANSINUM

Tabela 8: Radioterapia

Kod produktu	Nazwa produktu
5.07.01.0000023	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM TRÓJWYMIAROWYM (3D)
5.07.01.0000021	TELERADIOTERAPIA PALIATYWNA
5.07.01.0000022	TELERADIOTERAPIA RADYKALNA Z PLANOWANIEM DWUWYMIAROWYM (2D)
5.07.01.0000042	BRACHYTERAPIA Z PLANOWANIEM 3D
5.07.01.0000012	TELERADIOTERAPIA 3D Z MODULACJĄ INTENSYWNOŚCI DAWKI
5.07.01.0000011	TELERADIOTERAPIA
5.07.01.0000056	TELERADIOTERAPIA STEREOTAKTYCZNA
5.07.01.0000013	TELERADIOTERAPIA 3D - NIEKOPLANARNA Z MONITORINGIEM TOMOGRAFICZNYM (3D-CRT) LUB CAŁEGO CIAŁA (TBI) LUB POŁOWY CIAŁA (HBI) LUB SKÓRY CAŁEGO CIAŁA (TSI)
5.07.01.0000025	BRACHYTERAPIA STANDARDOWA
5.07.01.0000014	TELERADIOTERAPIA 3D ŚRÓDOPERACYJNA (3D-IORT)

Ścieżki pacjentów w stopniu 0

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
213	5 070 765

Sekwencje grup świadczeń w stopniu 0 - załącznik nr 6 rysunek 3

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu 0 - załącznik nr 6 rysunek 4

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu 0 - załącznik nr 6 rysunek 5

Ścieżki pacjentów w stopniu I-IIA

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
1 480	46 240 374

Sekwencje grup świadczeń w stopniu I-IIA - załącznik nr 6 rysunek 6

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu I-IIA - załącznik nr 6 rysunek 7

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu I-IIA - załącznik nr 6 rysunek 8

Ścieżki pacjentów w stopniu IIB-IIIC

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
591	27 457 186

Sekwencje grup świadczeń w stopniu IIB-IIIC - załącznik nr 6 rysunek 9

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu IIB-IIIC - załącznik nr 6 rysunek 10

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu IIB-IIIC - załącznik nr 6 rysunek 11

Ścieżki pacjentów w stopniu IV

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
131	12 383 542

Sekwencje grup świadczeń w stopniu IV - załącznik nr 6 rysunek 12

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu IV - załącznik nr 6 rysunek 13

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu IV - załącznik nr 6 rysunek 14

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
2 415	91 151 868

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 6 rysunek 15

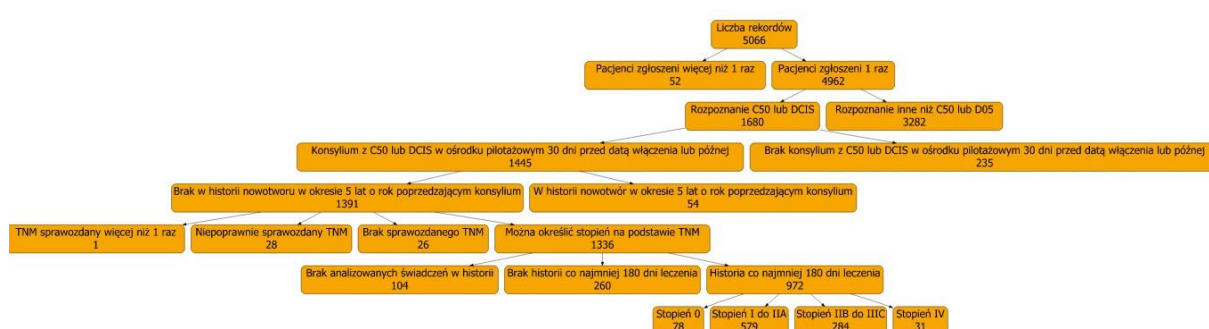
Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 16

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 17

Województwo świętokrzyskie

Wybór kohorty pacjentów do analizy

Rysunek 74 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.35	mammografia z kontrastem	0,10	0,10
87.371	mammografia jednej piersi	1,75	1,54
87.372	mammografia obu piersi	48,97	37,86
88.732	USG piersi	49,49	42,59
88.790	USG węzłów chłonnych	1,95	1,95
85.111	Przezińska cienkoigł. biopsja piersi	0,21	0,21
85.112	Przezińska cienkoigł. biopsja piersi - celowana	2,26	1,34
85.113	Przezińska gruboigł. biopsja piersi	1,54	0,82
85.114	Przezińska gruboigł. biopsja piersi - celowana	44,96	30,86
85.131	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią pod USG	32,82	28,70
85.132	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią stereotakt	4,63	2,37
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	29,01	27,78
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	4,94	4,32
88.979	RM bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	73,97	69,65
88.900	RM głowy bez wzmoc. kontrast.	0,10	0,10

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
88.901	RM głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,41	0,41
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmoc. Kontrast.	0,21	0,21
87.031	TK głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,21	0,21
88.011	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	3,81	3,40
88.012	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	0,41	0,41
88.976	RM jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,41	0,31
92.061	PET z 18 FDG we wskazaniu onkologicznym	1,34	1,13
92.062	PET z zast. innych radiofarmac. we wskazaniu. onkologicznym.	0,21	0,21
92.142	SPECT jednofaz. odcinka układu kostnego z zast. fosfonianów	2,47	2,37
92.143	SPECT albo SPECT CT układu kostnego	0,93	0,93
92.144	SPECT "whole body" z zast. fosfonianów	3,40	3,29
87.440	RTG klatki piersiowej	80,45	77,57

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 1

Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.372	Mammografia obu piersi	2,67	0,93
88.732	USG piersi	8,13	2,98
85.114	Przezsłonna gruboigł. biopsja piersi - celowana	2,47	1,44
85.131	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią pod USG	2,06	1,23
85.132	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią stereotakt	0,21	0,00
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	2,26	2,06
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	1,44	1,23
88.979	RM bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	39,30	35,39
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmoc. Kontrast.	0,10	0,10
88.011	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	1,03	0,93
88.012	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	0,10	0,10
88.976	RM jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,10	0,10

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
92.061	PET z 18 FDG we wsk. onko.	0,21	0,10
92.142	SPECT jednofaz. odcinka układu kostnego z zast. fosfonianów	1,23	1,13
92.143	S SPECT albo SPECT CT układu kostnego	0,31	0,31
92.144	SPECT "whole body" z zast. fosfonianów	1,13	1,03
87.440	RTG klatki piersiowej	4,01	3,50

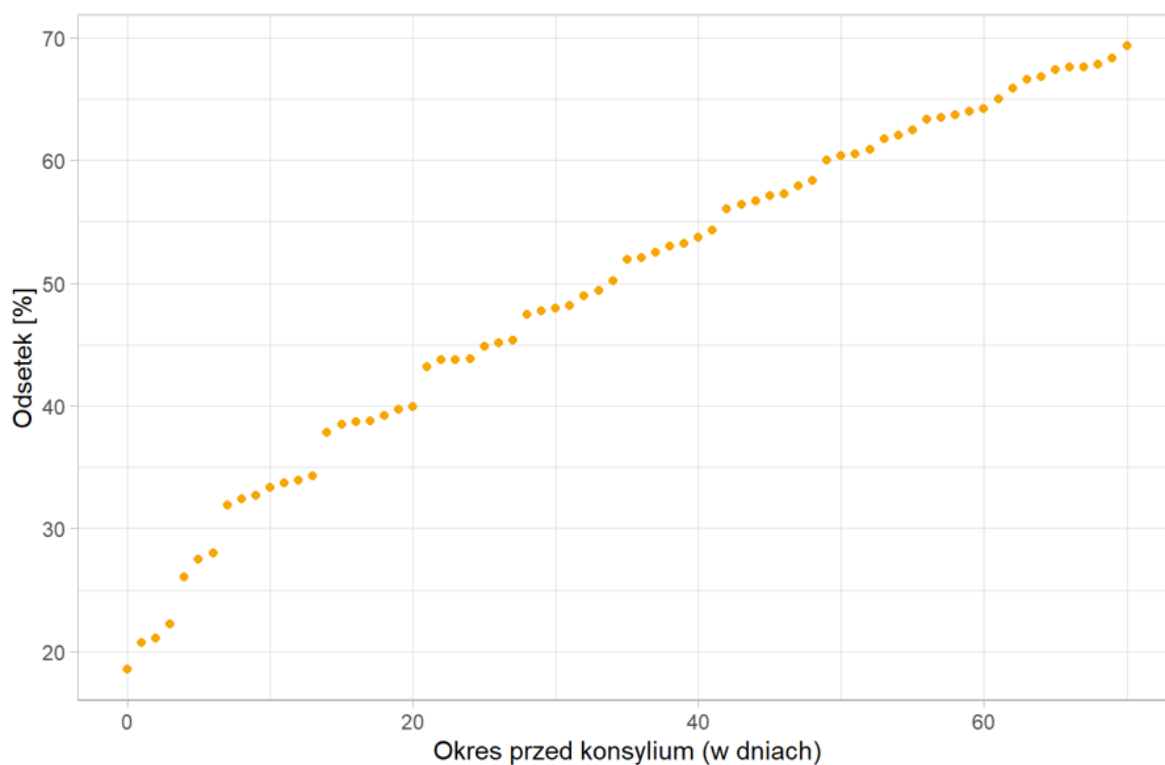
Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 2

Badania obrazowe piersi i jamy pachowej

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
69,34	59,98

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 3

Rysunek 75 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografia/USG w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 1

Badania mikroskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
79,63	63,68

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 4

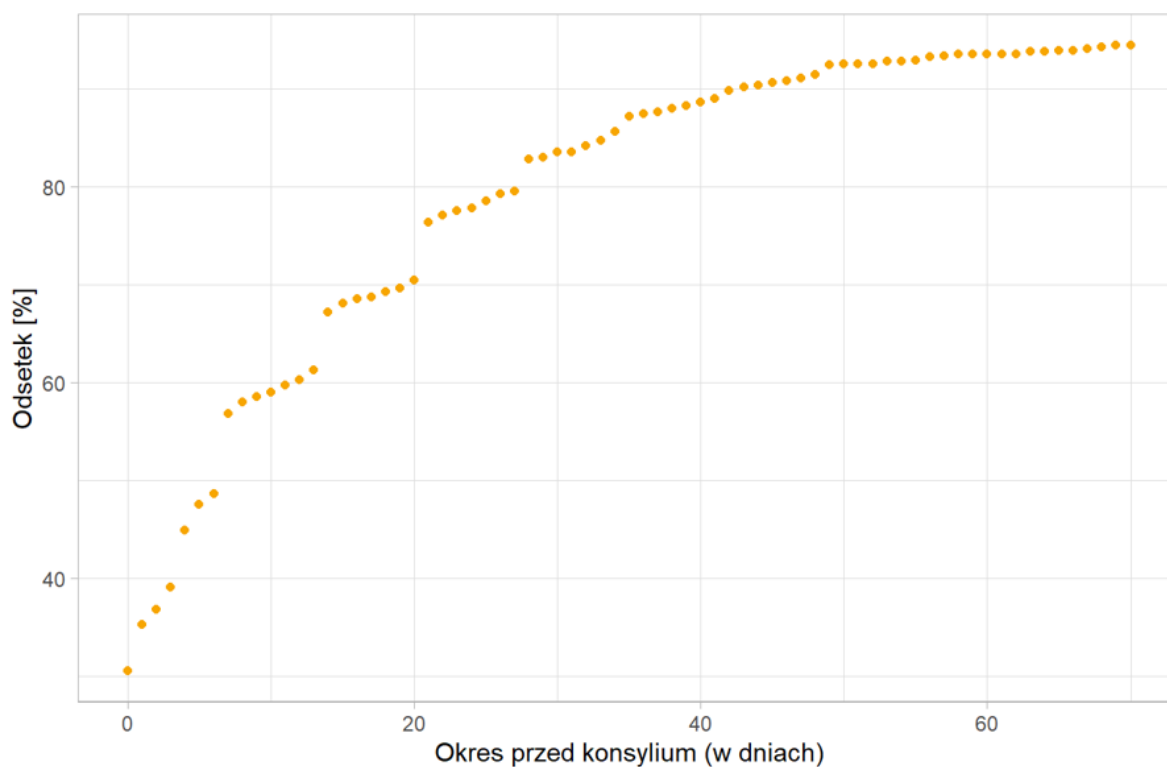
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 2

Inne badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
94,44	92,39

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 5

Rysunek 76 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



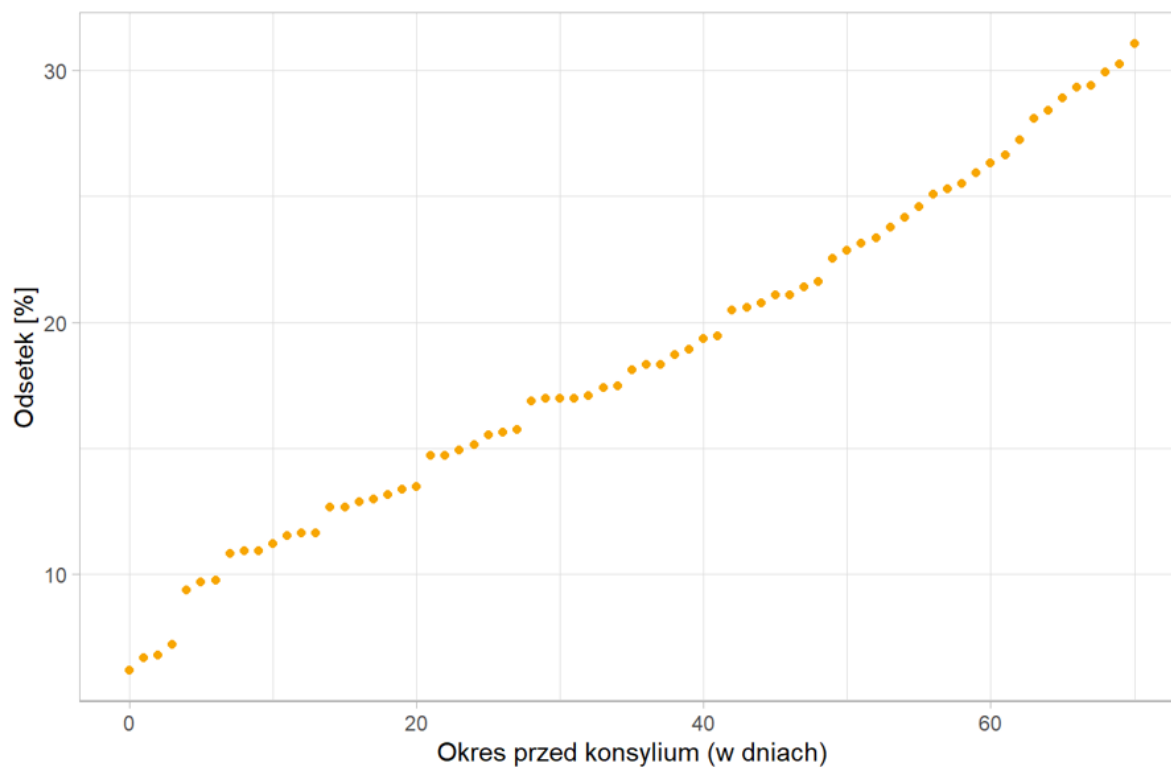
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 3

Odsetek pacjentów z mammografią i USG piersi

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
31,07	22,53

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 6

Rysunek 77 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium



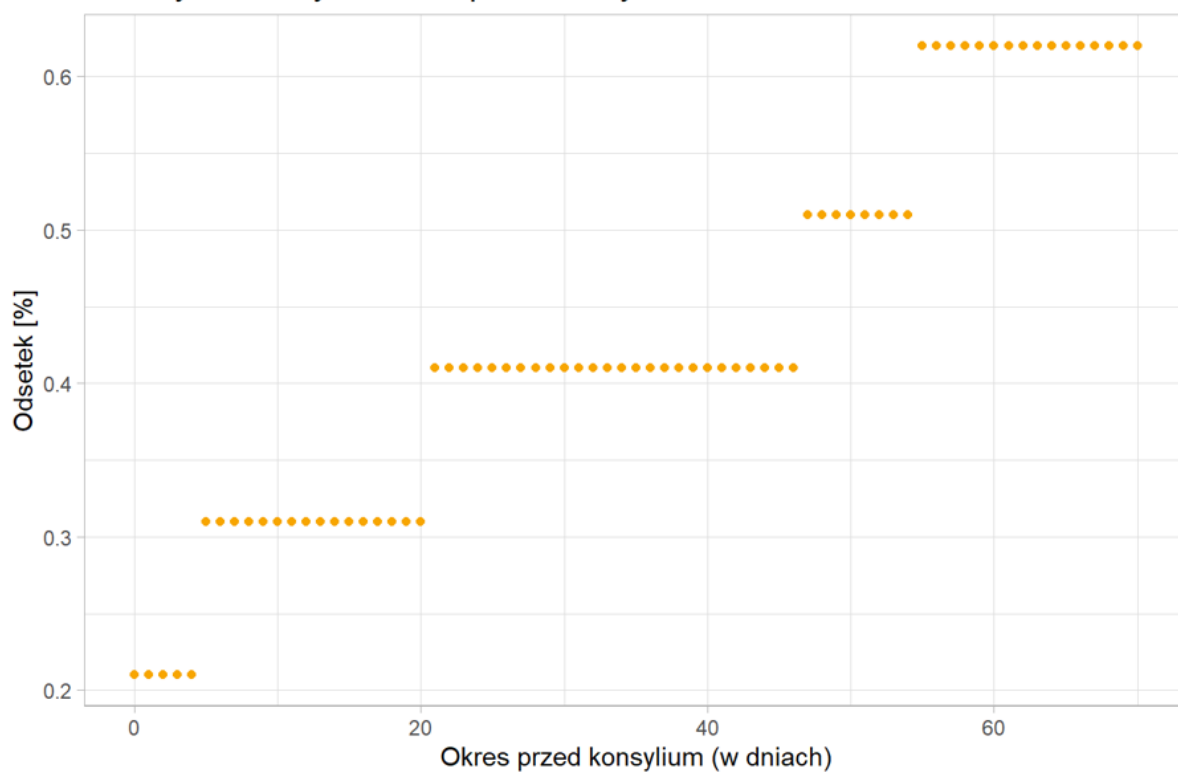
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 4

Odsetek pacjentów z mammografią, USG piersi oraz USG węzłów chłonnych

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
0,62	0,51

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 7

Rysunek 78 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium



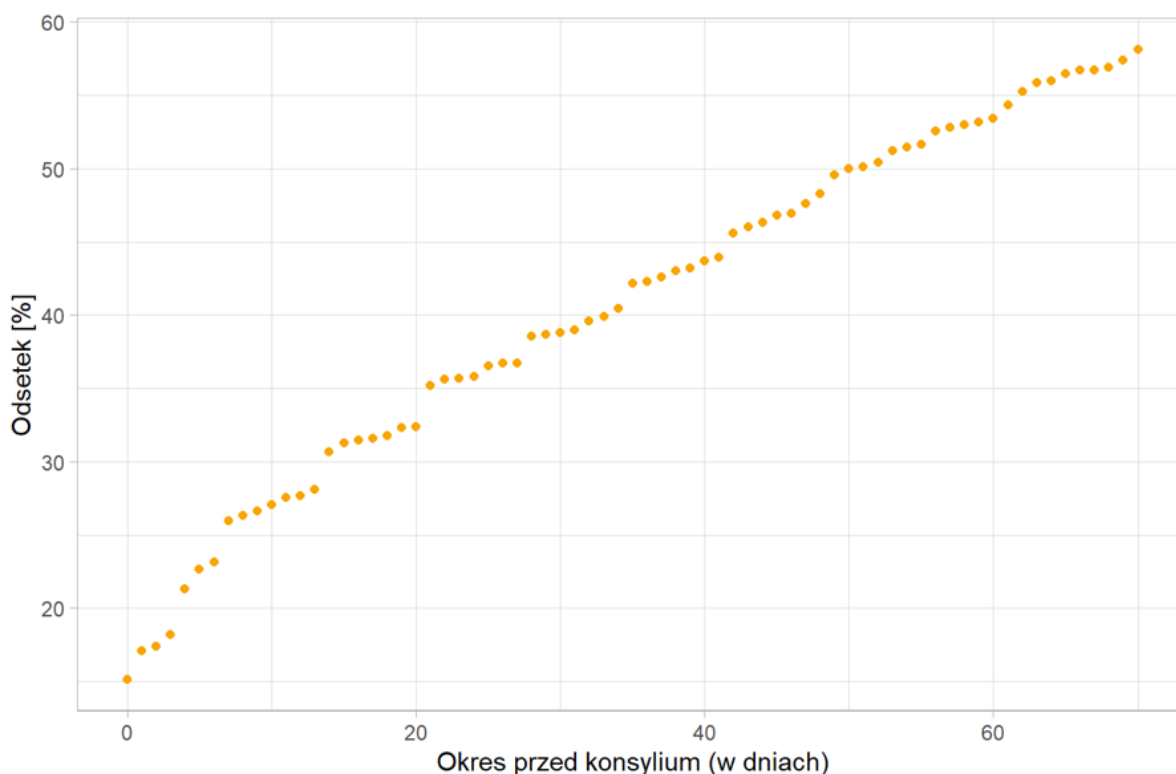
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 5

Odsetek pacjentów z mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
58,13	49,59

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 8

Rysunek 79 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 6

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 18

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 19

Ścieżki pacjentów w stopniu 0

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
78	1 914 342

Sekwencje grup świadczeń w stopniu 0 - załącznik nr 6 rysunek 20

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu 0 - załącznik nr 6 rysunek 21

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu 0 - załącznik nr 6 rysunek 22

Ścieżki pacjentów w stopniu I-IIA

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
579	19 173 287

Sekwencje grup świadczeń w stopniu I-IIA - załącznik nr 6 rysunek 23

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu I-IIA - załącznik nr 6 rysunek 24

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu I-IIA - załącznik nr 6 rysunek 25

Ścieżki pacjentów w stopniu IIB-IIIC

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
284	13 662 732

Sekwencje grup świadczeń w stopniu IIB-IIIC - załącznik nr 6 rysunek 26

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu IIB-IIIC - załącznik nr 6 rysunek 27

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu IIB-IIIC - załącznik nr 6 rysunek 28

Ścieżki pacjentów w stopniu IV

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
31	2 931 146

Sekwencje grup świadczeń w stopniu IV - załącznik nr 6 rysunek 29

Diagram przejść z liczbą pacjentów w stopniu IV - załącznik nr 6 rysunek 30

Diagram przejść z medianą czasu przejścia w stopniu IV - załącznik nr 6 rysunek 31

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
972	37 681 506

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 6 rysunek 32

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 33

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 34

Wielkopolskie Centrum Onkologii

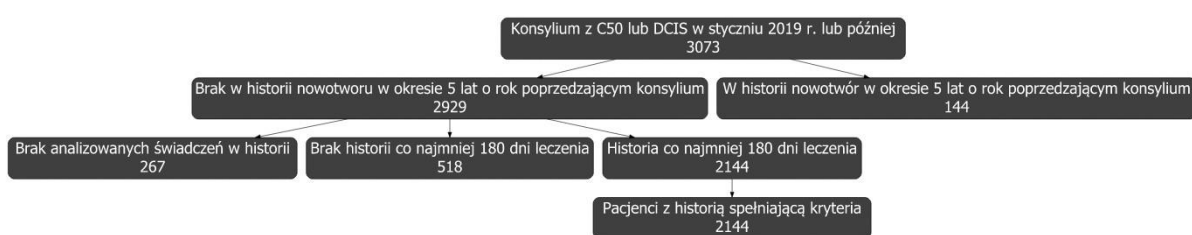
Wybór kohorty pacjentów do analizy

Do porównania procesu diagnostyki i leczenia w pilotażu wyodrębniono kohortę pacjentów w województwach, w których nie realizowano pilotażu. W przypadku województwa wielkopolskiego w analizie uwzględniono pacjentów spełniających łącznie następujące warunki:

- zrealizowano konsylium w Wielkopolskim Centrum Onkologii w roku 2019 lub później, w przypadku pacjenta zrealizowano tylko 1 konsylium w historii i było to konsylium z analizowanymi rozpoznaniem,
- historia danego pacjenta nie jest zakończona przez zgon lub koniec okresu obserwacji, a minimalny okres obserwacji określono na 180 dni,
- w przypadku pacjenta nie odnotowano świadczeń z danym rozpoznaniem w okresie 5 lat poprzedzającym o rok datę konsylium.

W analizie uwzględniono tylko świadczenia zrealizowane co najwyżej rok przed datą konsylium.

Rysunek 80 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.35	Mammografia z kontrastem	2,01	1,96
87.371	Mammografia jednej piersi	3,17	2,66
87.372	Mammografia obu piersi	41,74	25,98
88.732	USG piersi	37,17	23,23
88.790	USG węzłów chłonnych	15,90	13,95
85.111	Przezińska cienkoigł. biopsja piersi	0,47	0,42
85.112	Przezińska cienkoigł. biopsja piersi - celowana	3,50	2,38
85.113	Przezińska gruboigł. biopsja piersi	1,82	1,54

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
85.114	Przezniskórna gruboigł. biopsja piersi - celowana	57,70	40,81
85.131	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią pod USG	6,34	4,43
85.132	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią stereotakt	6,53	4,10
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	18,28	16,74
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	3,22	2,89
88.979	RM bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	0,28	0,23
88.901	RM głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,42	0,33
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmoc. Kontrast.	2,85	2,43
87.031	TK głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,19	0,09
87.049	TK głowy ze wzmoc. kontrast.	0,19	0,19
88.011	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	2,66	2,47
88.012	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	0,75	0,70
88.976	RM jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,14	0,14
92.061	PET z 18 FDG we wsk. onko.	0,89	0,89
92.144	SPECT "whole body" z zast. fosfonianów	11,71	11,57
92.149	Scyntygrafiaładu kostnego i inne	0,05	0,05
87.44	Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej	0,05	0,05
87.440	RTG klatki piersiowej	72,39	64,60

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 1

Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.372	mammografia obu piersi	4,29	0,98
88.732	USG piersi	3,96	2,15
88.790	USG węzłów chłonnych	3,54	2,66
85.112	Przezniskórna cienkoigł. biopsja piersi - celowana	0,09	0,05
85.113	Przezniskórna gruboigł. biopsja piersi	0,05	0,00
85.114	Przezniskórna gruboigł. biopsja piersi - celowana	4,80	2,85

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
85.131	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią pod USG	0,23	0,14
85.132	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią stereotakt	0,14	0,09
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	1,26	1,17
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,47	0,42
88.901	RM głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,05	0,05
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmoc. Kontrast.	1,07	0,93
88.011	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,42	0,37
88.012	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	0,05	0,05
88.976	RM jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,05	0,05
92.061	PET z 18 FDG we wsk. onko.	0,42	0,42
92.144	Scyntygrafia "whole body" z zast. fosfonianów	2,61	2,43
87.440	RTG klatki piersiowej	1,21	0,89

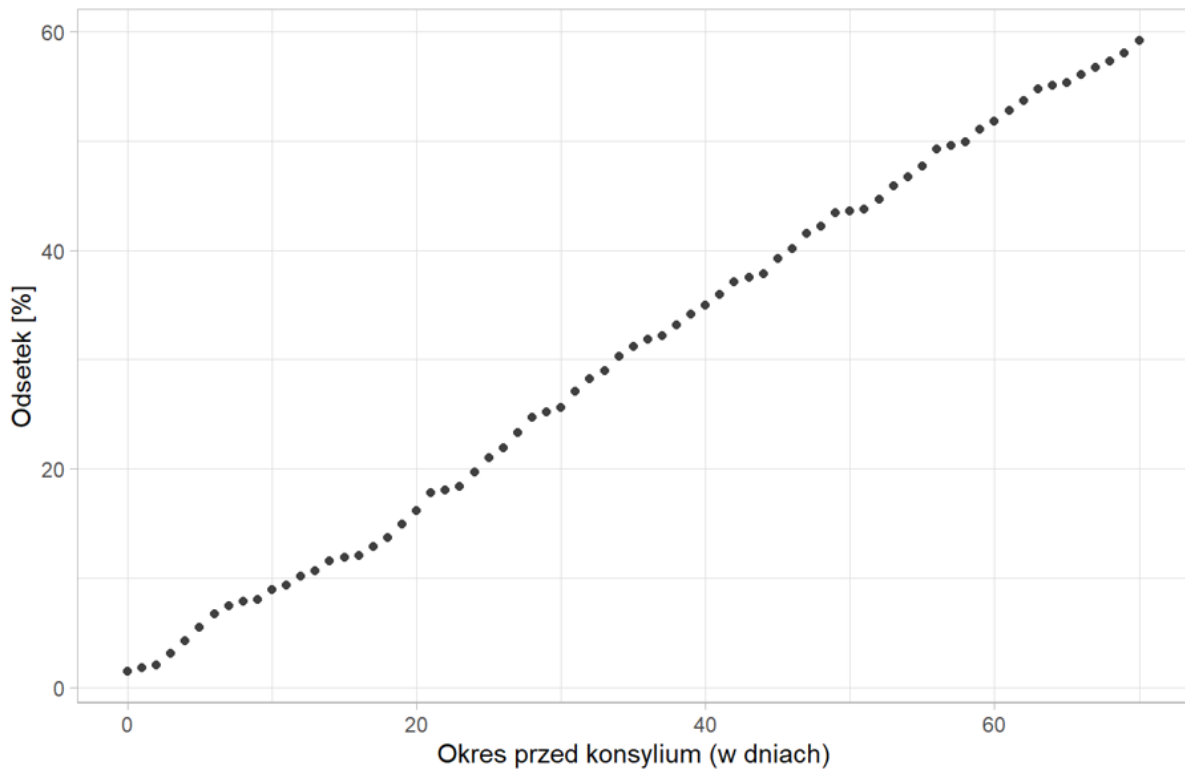
Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 2

Badania obrazowe piersi i jamy pachowej

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
59,19	43,38

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 3

Rysunek 81 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografia/USG w danym okresie przed konsylium



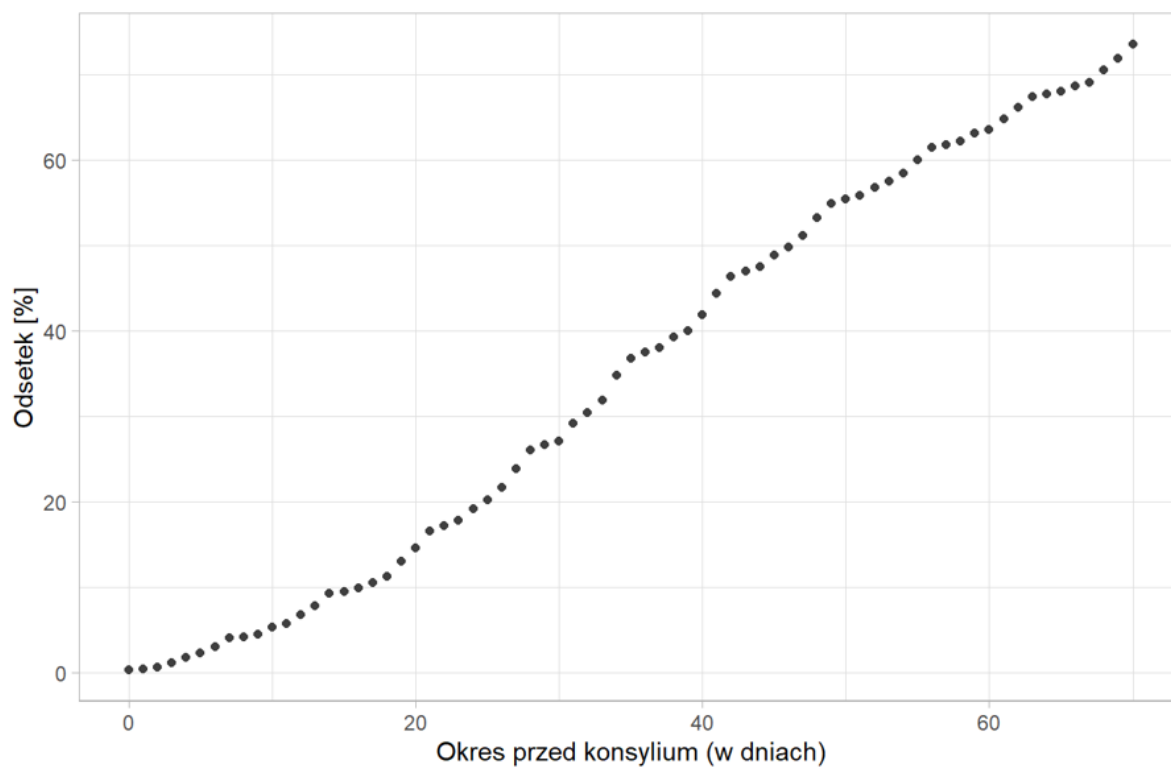
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 1

Badania mikroskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
73,51	54,85

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 4

Rysunek 82 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji w danym okresie przed konsylium



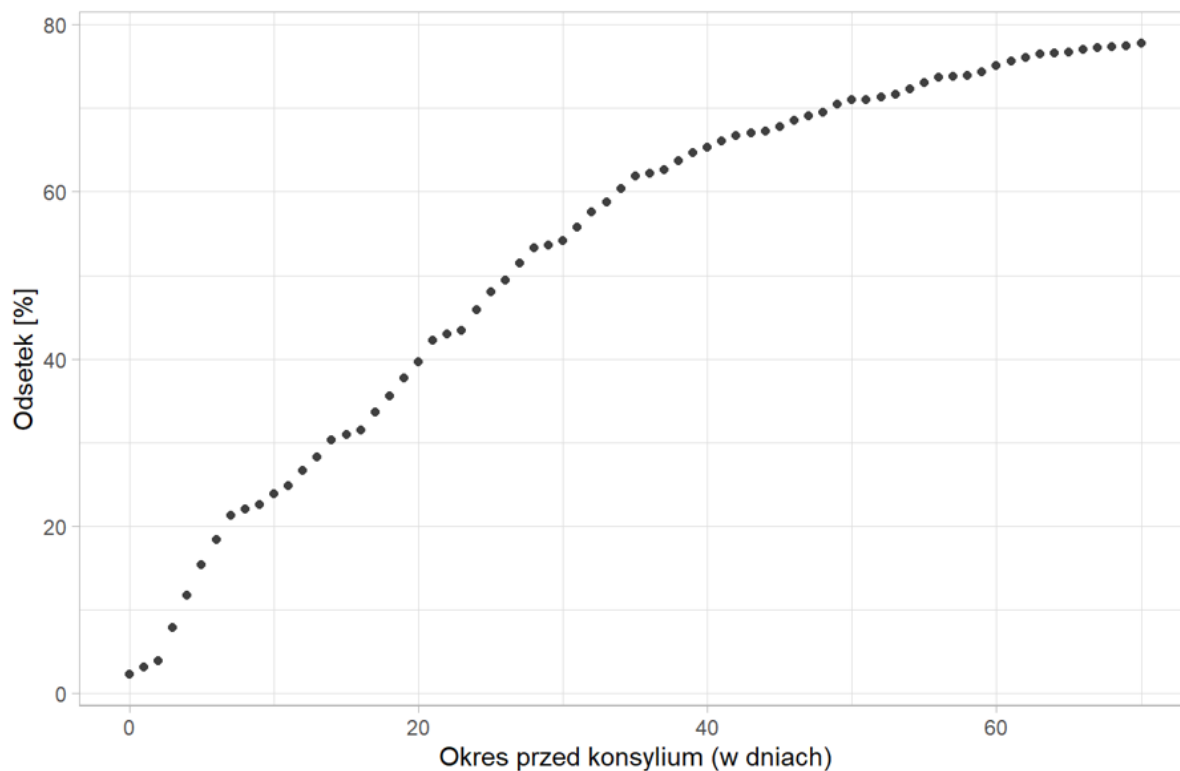
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 2

Inne badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
77,80	70,48

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 5

Rysunek 83 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



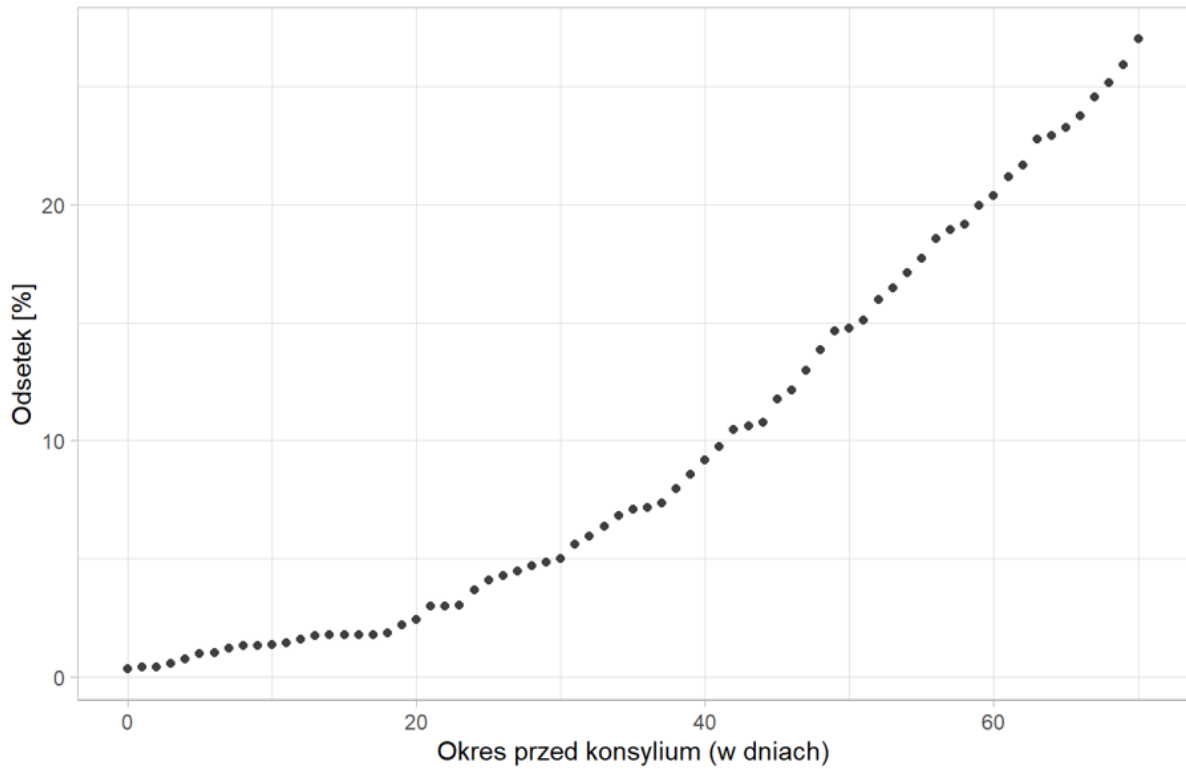
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 3

Odsetek pacjentów z mammografią i USG usg piersi

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
27,01	14,65

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 6

Rysunek 84 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium



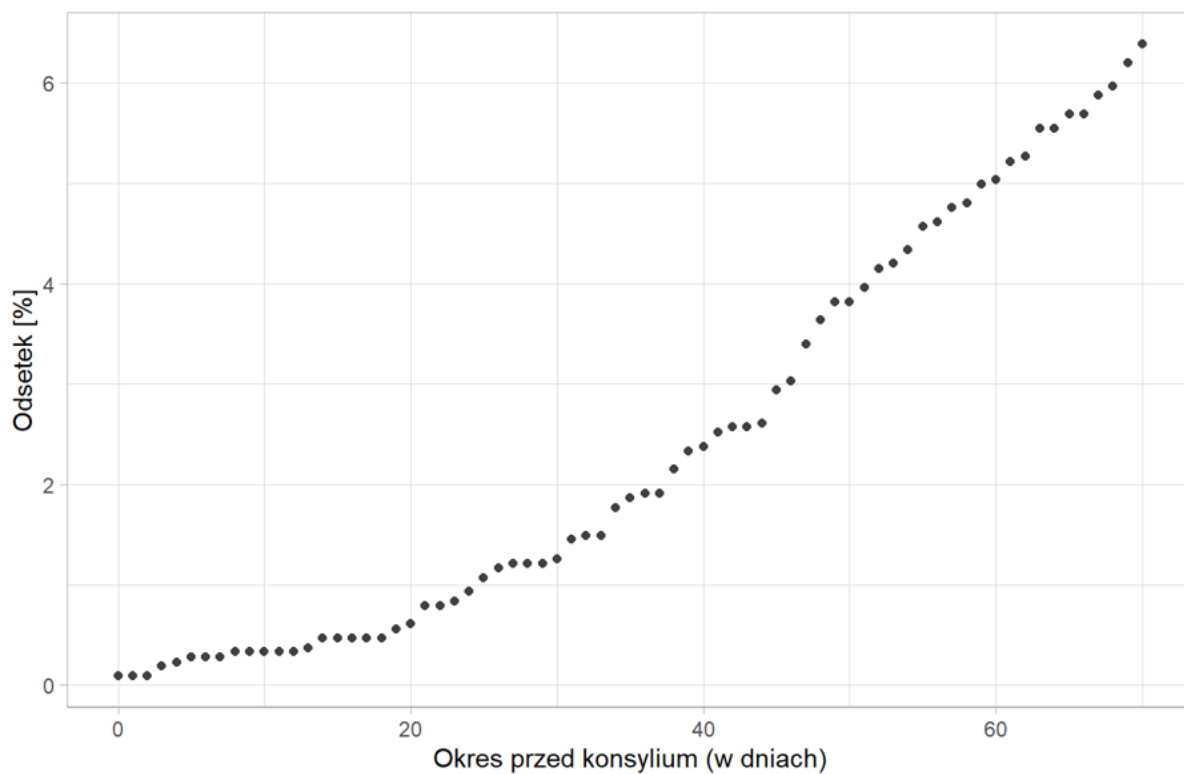
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 4

Odsetek pacjentów z mammografią, USG piersi oraz USG węzłów chłonnych

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
6,39	3,82

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 7

Rysunek 85 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium



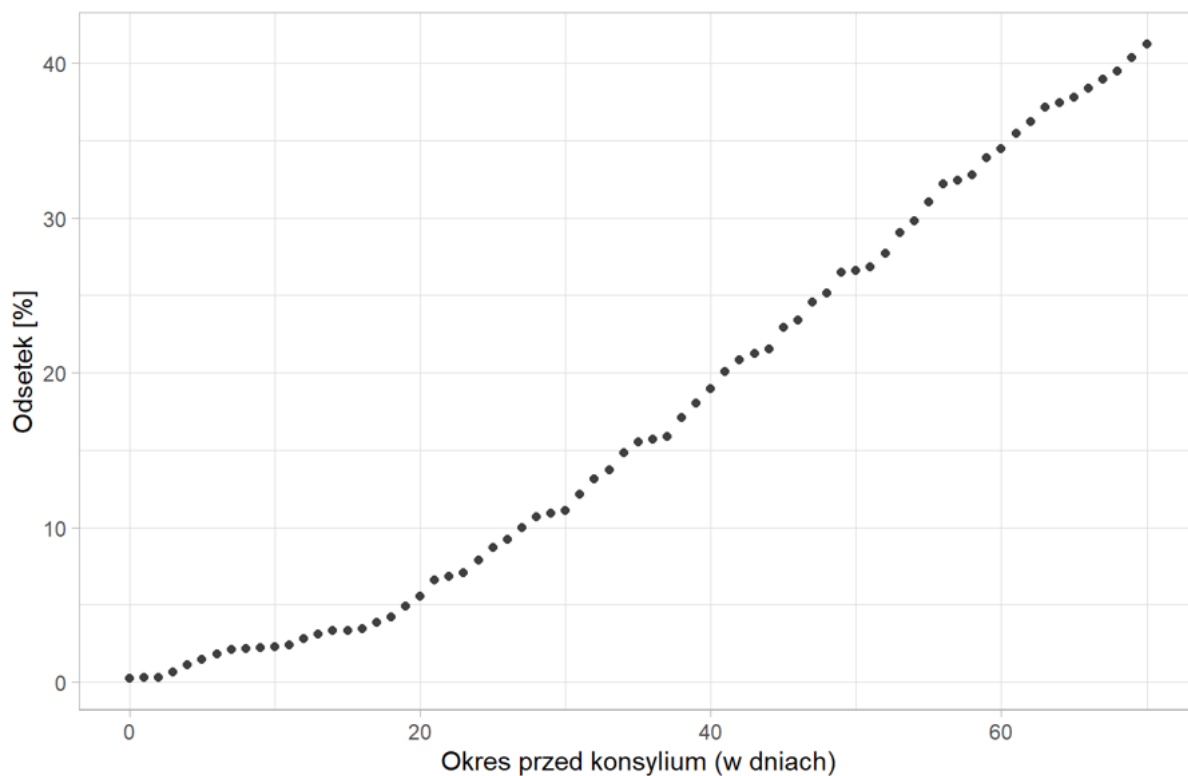
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 5

Odsetek pacjentów z mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
41,23	26,45

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 8

Rysunek 86 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 6

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 35

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 36

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
2 144	71 525 514

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 6 rysunek 37

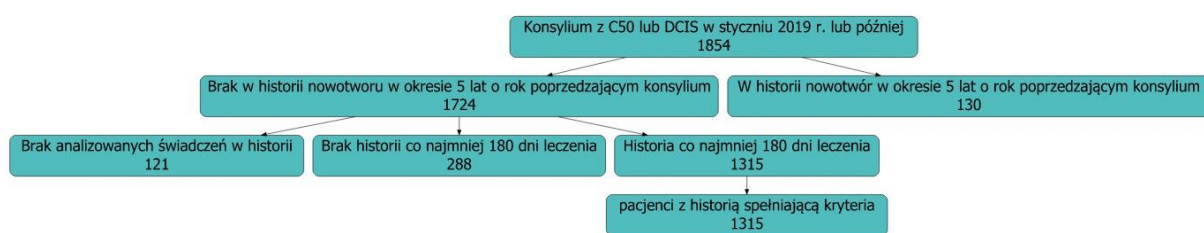
Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 38

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 39

Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

Wybór kohorty pacjentów do analizy

Rysunek 87 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Tabela 99 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.35	Mammografia z kontrastem	0,15	0,15
87.371	Mammografia jednej piersi	3,57	2,89
87.372	Mammografia obu piersi	52,09	39,32
88.732	USG piersi	35,44	26,08
88.790	USG węzłów chłonnych	1,75	1,52
85.111	Przełskórna cienkoigł. biopsja piersi	6,92	6,46
85.112	Przełskórna cienkoigł. biopsja piersi - celowana	7,53	5,55
85.113	Przełskórna gruboigł. biopsja piersi	39,92	39,01
85.114	Przełskórna gruboigł. biopsja piersi - celowana	29,13	20,30
85.131	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią pod USG	1,14	0,61
85.132	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią stereotakt	7,15	7,07
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	0,61	0,46
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	3,80	3,12
88.979	RM bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	3,88	3,57
88.901	RM głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,15	0,15
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmoc. Kontrast.	0,23	0,15
87.031	TK głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	1,06	0,84
88.011	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	4,18	3,50
88.012	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	18,17	17,72
88.976	RM jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,38	0,38
92.061	PET z 18 FDG we wsk. onko.	1,06	0,76
92.144	SPECT "whole body" z zast. fosfonianów	0,84	0,84

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
92.149	SPECT układu kostnego i inne	0,15	0,15
87.44	Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej	0,08	0,00
87.440	RTG klatki piersiowej	65,78	63,42

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 1

Tabela 100 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.371	Mammografia jednej piersi	0,15	0,15
87.372	Mammografia obu piersi	2,66	1,22
88.732	USG piersi	1,67	0,84
88.790	USG węzłów chłonnych	0,08	0,00
85.111	Przezkórna cienkoigł. biopsja piersi	0,46	0,30
85.112	Przezkórna cienkoigł. biopsja piersi - celowana	0,23	0,15
85.113	Przezkórna gruboigł. biopsja piersi	1,14	1,06
85.114	Przezkórna gruboigł. biopsja piersi - celowana	0,15	0,08
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,23	0,15
88.979	RM bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	0,08	0,08
88.011	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,30	0,30
88.012	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	0,38	0,30
92.061	PET z 18 FDG we wsk. onko.	0,08	0,08
87.440	RTG klatki piersiowej	2,97	2,21

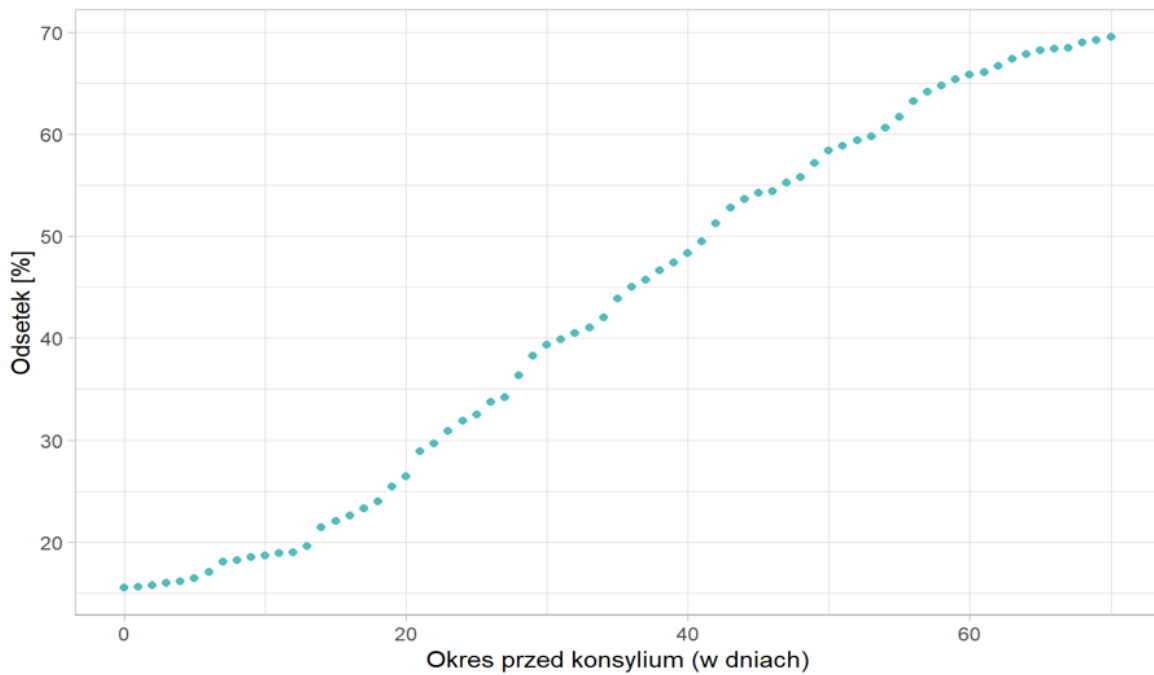
Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 2

Badania obrazowe piersi i jamy pachowej

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
69,51	57,11

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 3

Rysunek 88 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografia/USG w danym okresie przed konsylium



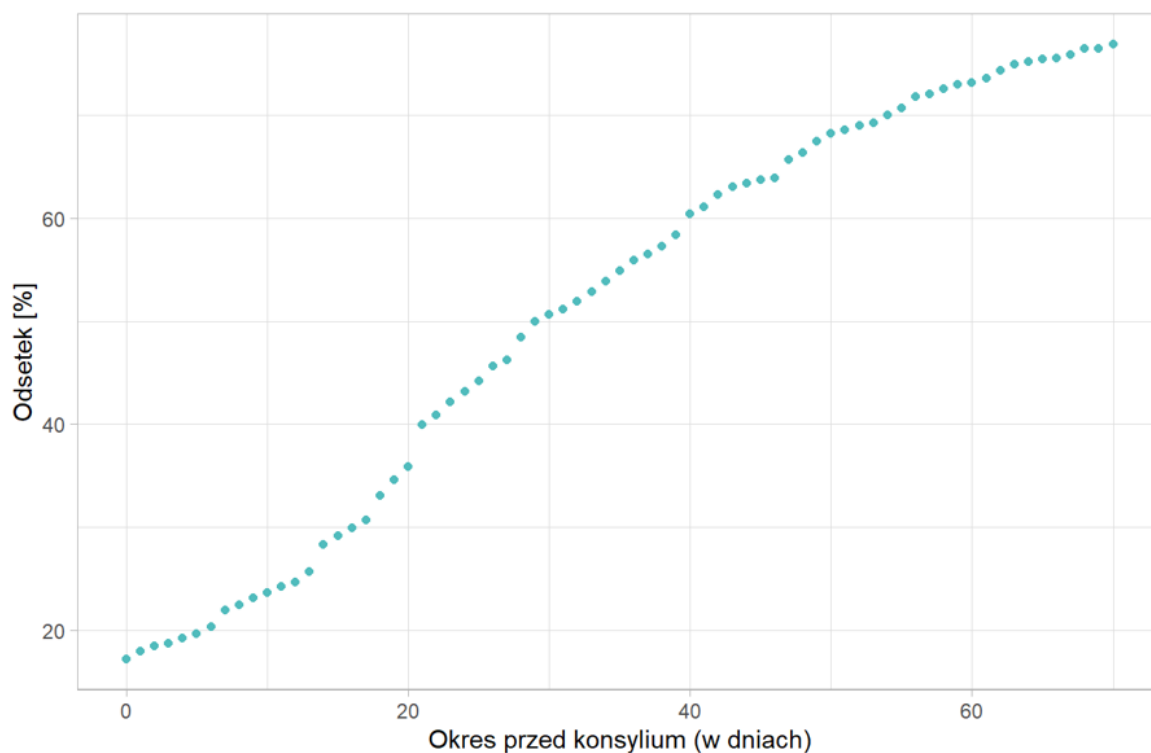
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 1

Badania mikroskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
76,88	67,45

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 4

Rysunek 89 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji w danym okresie przed konsylium



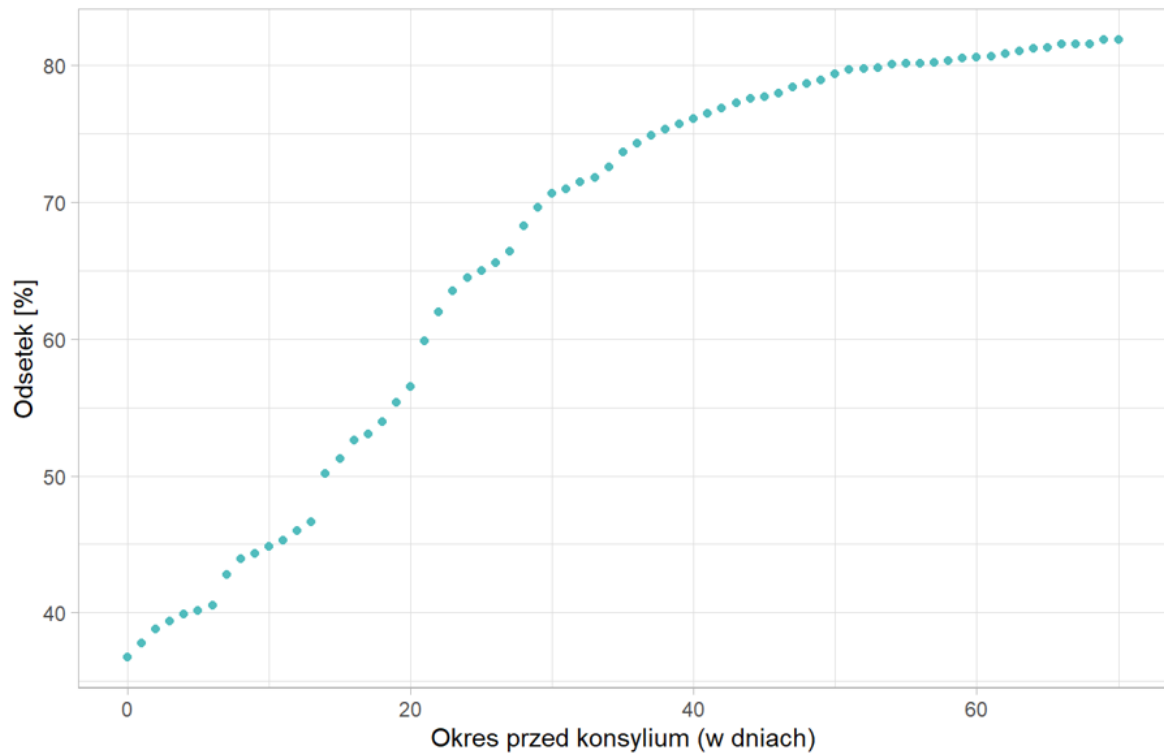
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 2

Inne badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
81,90	78,94

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 5

Rysunek 90 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



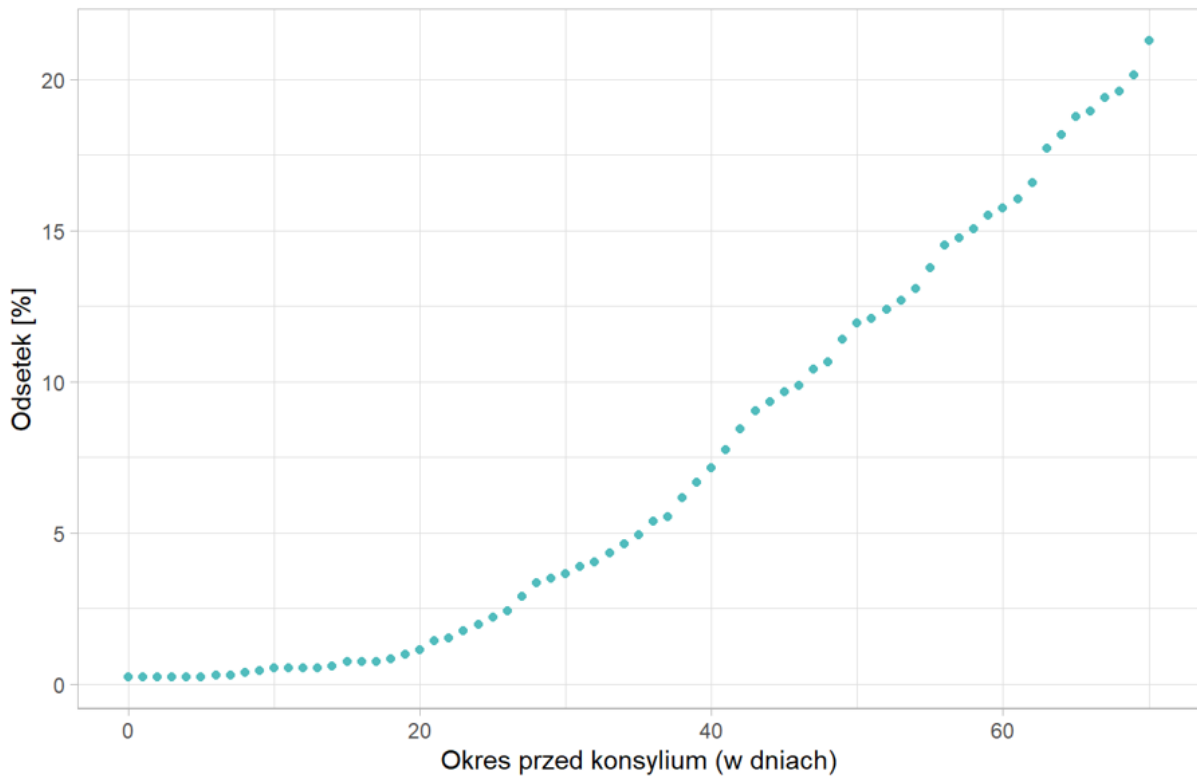
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 3

Tabela 101 Odsetek pacjentów z mammografią i USG piersi

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
21,29	11,41

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 6

Rysunek 91 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium



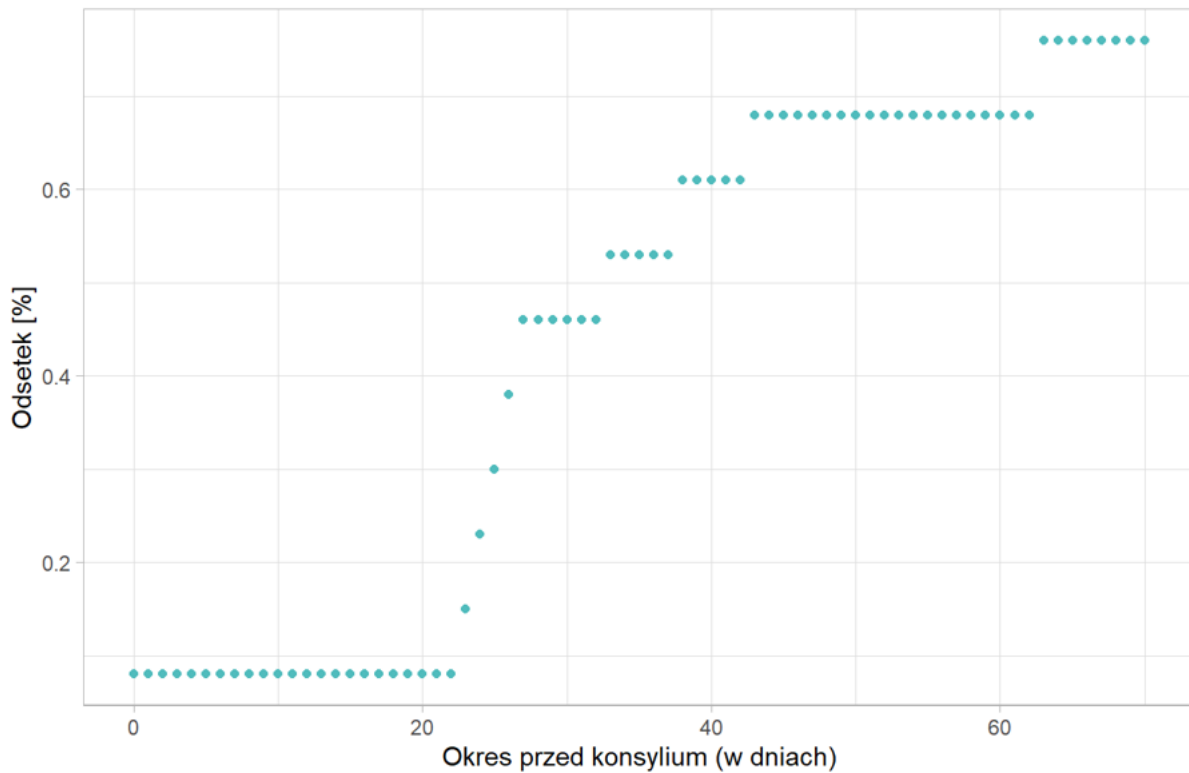
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 4

Tabela 102 Odsetek pacjentów z mammografią, USG piersi oraz USG węzłów chłonnych

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
0,76	0,68

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 7

Rysunek 92 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium



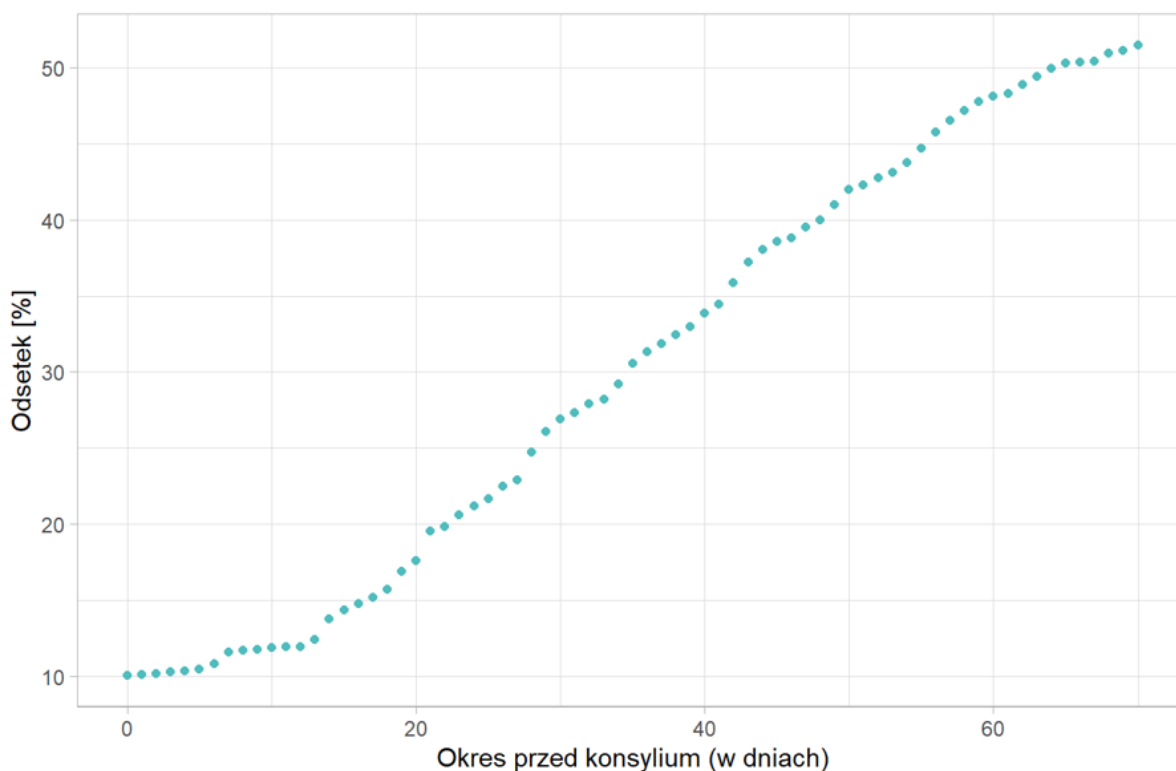
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 5

Tabela 103 Odsetek pacjentów z mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
51,48	40,99

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 8

Rysunek 93 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 6

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 40

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 41

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Ogólny koszt w PLN
1 315	51 688 493

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 6 rysunek 42

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 43

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 44

Województwo dolnośląskie w latach 2017-2018

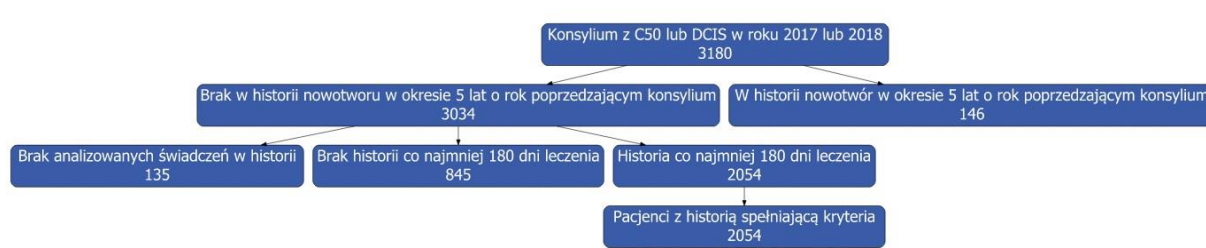
Wybór kohorty pacjentów do analizy

Do porównania procesu diagnostyki i leczenia w pilotażu wyodrębniono kohortę pacjentów w województwie dolnośląskim spełniających łącznie następujące warunki:

- zrealizowano konsylium w ośrodkach pilotażowych w roku 2017 lub 2018,
- w przypadku pacjenta zrealizowano tylko 1 konsylium w jego historii i było to konsylium z analizowanymi rozpoznaniem,
- historia danego pacjenta nie jest ucięta przez zgon lub koniec okresu obserwacji, a minimalny okres obserwacji określono na 180 dni,
- w przypadku pacjenta nie odnotowano świadczeń z danym rozpoznaniem w okresie 5 lat poprzedzającym o rok datę konsylium.

W analizie uwzględniono tylko świadczenia zrealizowane co najwyżej rok przed datą konsylium.

Rysunek 94 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.371	Mammografia jednej piersi	1,85	1,31
87.372	Mammografia obu piersi	38,07	27,90
88.732	USG piersi	51,66	40,75
88.790	USG węzłów chłonnych	4,58	3,55
85.111	Przełskórna cienkoigł. biopsja piersi	0,58	0,54
85.112	Przełskórna cienkoigł. biopsja piersi - celowana	4,53	3,26
85.113	Przełskórna gruboigł. biopsja piersi	2,14	1,66
85.114	Przełskórna gruboigł. biopsja piersi - celowana	41,29	31,11
85.131	Biopsja gruboigł. wspomaganą próżnią pod USG	20,64	13,97

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
85.132	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią stereotakt	3,80	2,14
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	1,02	0,93
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	5,94	5,36
88.979	RM bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	4,63	3,89
88.900	RM głowy bez wzmoc. kontrast.	0,10	0,00
88.901	RM głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,29	0,29
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmoc. Kontrast.	2,43	2,24
87.031	TK głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,54	0,44
87.049	TK głowy ze wzmoc. kontrast.	0,10	0,10
87.032	TK głowy bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	0,05	0,05
88.011	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	3,36	3,02
88.012	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	1,61	1,41
88.976	RM jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,19	0,19
92.061	PET z 18 FDG we wsk. onko.	1,17	0,88
92.141	Scyntygrafia trójfaz. odcinka układu kostnego z zast. fosfonianów	0,05	0,05
92.143	Scyntygrafia układu kostnego SPECT albo SPECT CT	0,24	0,24
92.144	Scyntygrafia "whole body" z zast. fosfonianów	0,44	0,44
92.149	Scyntygrafia układu kostnego i inne	7,59	7,50
87.44	Rutynowe zdjęcie RTG klatki piersiowej	0,19	0,10
87.440	RTG klatki piersiowej	77,85	74,63

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 1

Tabela 104 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.371	mammografia jednej piersi	0,05	0,00
87.372	mammografia obu piersi	2,34	1,22
88.732	USG piersi	9,25	5,31
88.790	USG węzłów chłonnych	0,68	0,49
85.111	Przeziębna cienkoigł. biopsja piersi	0,05	0,05
85.112	Przeziębna cienkoigł. biopsja piersi - celowana	0,39	0,29
85.113	Przeziębna gruboigł. biopsja piersi	0,44	0,29
85.114	Przeziębna gruboigł. biopsja piersi - celowana	1,27	0,78
85.131	Biopsja gruboigł. wspomaganą próżnią pod USG	0,49	0,24
85.132	Biopsja gruboigł. wspomaganą próżnią stereotakt	0,05	0,00
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	0,05	0,05
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	1,22	1,17
88.979	RM bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	1,02	0,78
87.031	TK głowy bez i ze wzmoc. kontrast.	0,05	0,00
88.011	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,39	0,39
88.012	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	0,15	0,15
92.061	PET z 18 FDG we wsk. onko.	0,15	0,10
92.149	Scyntygrafia układu kostnego i inne	0,05	0,05
87.440	RTG klatki piersiowej	6,62	5,99

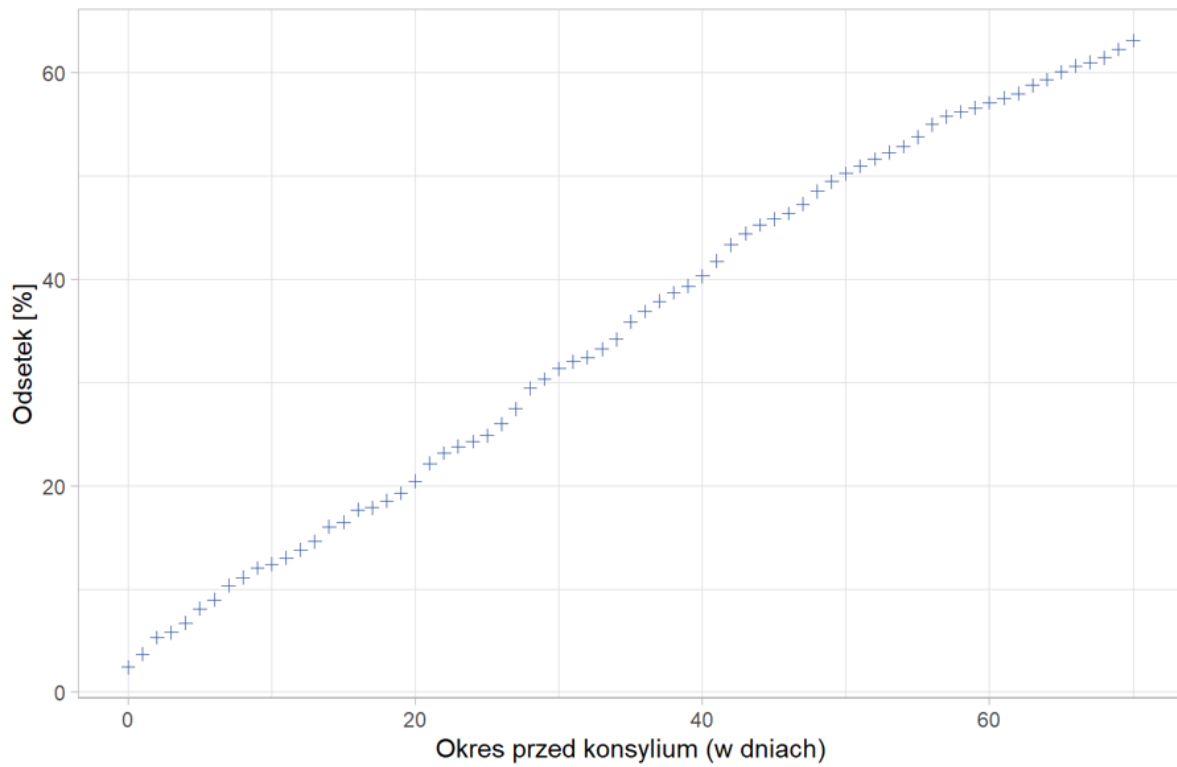
Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 2

Badania obrazowe piersi i jamy pachowej

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
63,15	49,46

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 3

Rysunek 95 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografia/USG w danym okresie przed konsylium



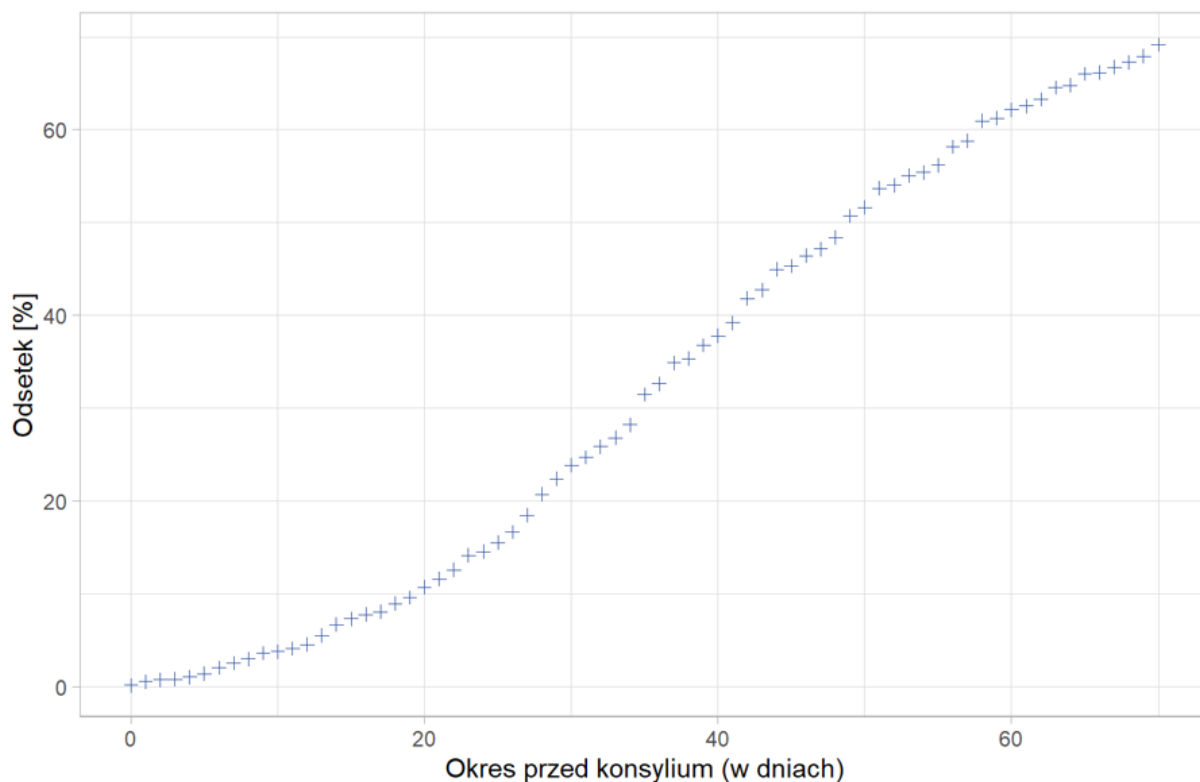
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 1

Badania mikroskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
69,18	50,73

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 4

Rysunek 96 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji w danym okresie przed konsylium



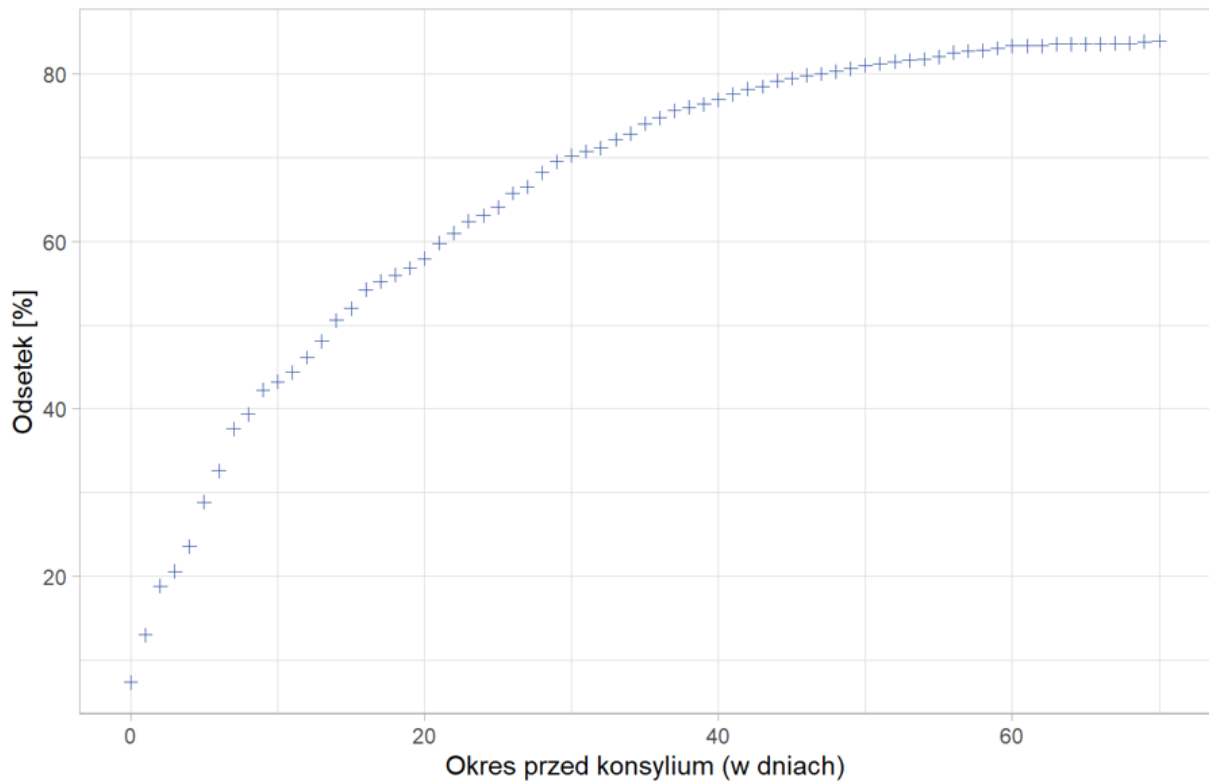
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 2

Inne badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
83,93	80,62

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 5

Rysunek 97 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



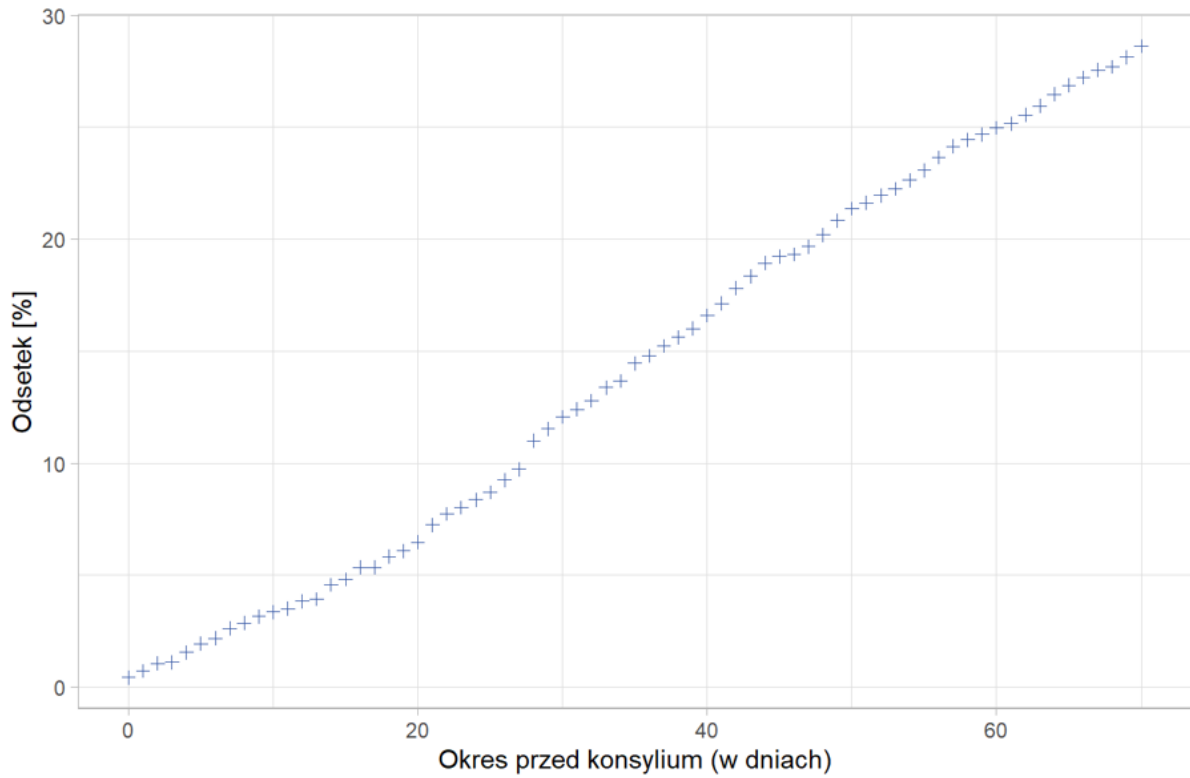
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 3

Tabela 105 Odsetek pacjentów z mammografią i USG piersi

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
28,63	20,84

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 3 tabela 6

Rysunek 98 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium



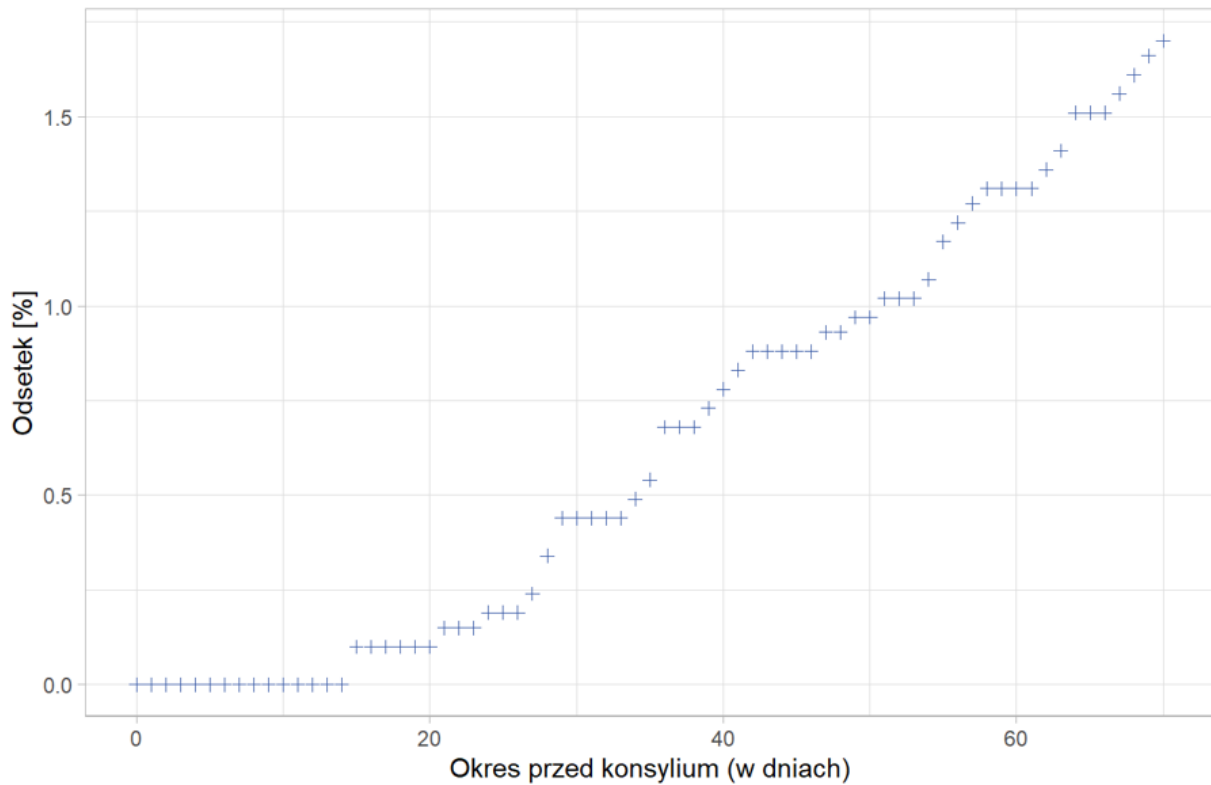
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 4

Tabela 106 Odsetek pacjentów z mammografią, USG piersi oraz USG węzłów chłonnych

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
1,70	0,97

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 7

Rysunek 99 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium



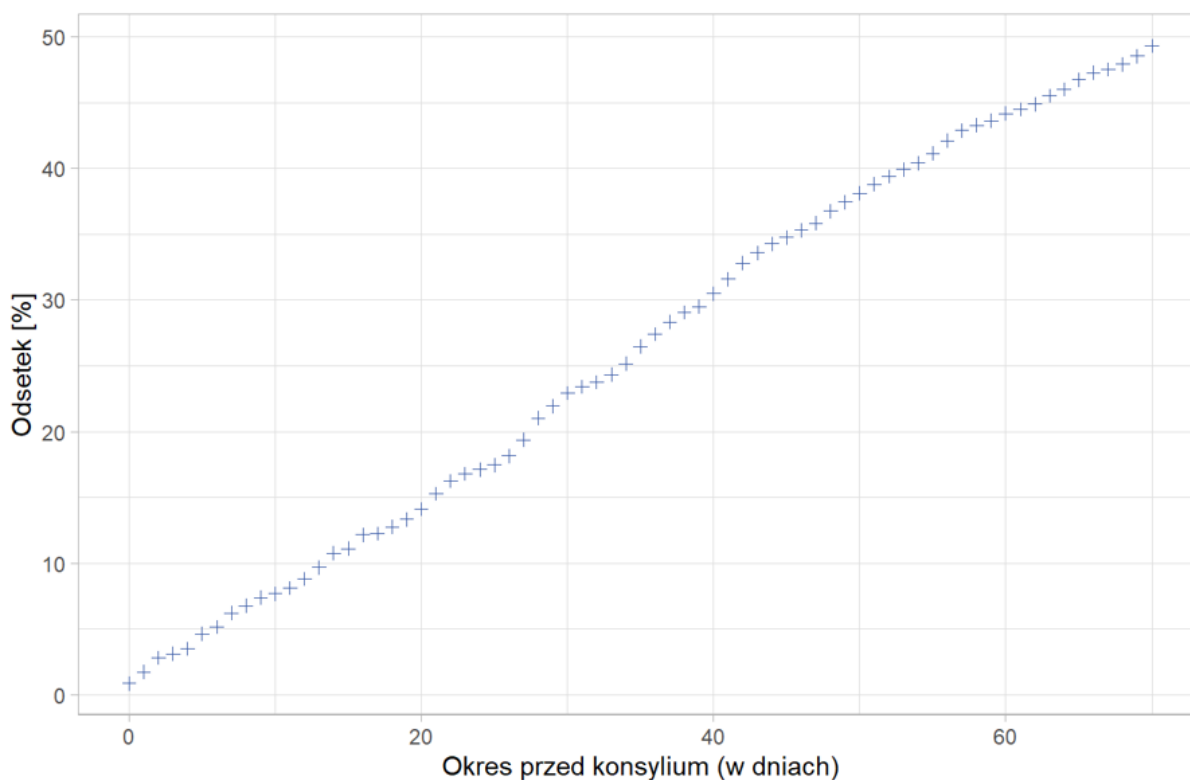
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 5

Odsetek pacjentów z mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
49,32	37,44

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 8

Rysunek 100 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 6

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 45

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 46

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
2 054	86 301 377

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 6 rysunek 47

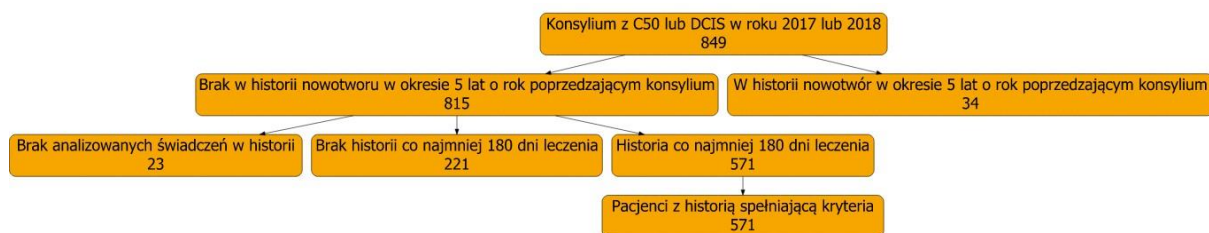
Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 48

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 49

Wojewódzkie świętokrzyskie w latach 2017-2018

Wybór kohorty pacjentów do analizy

Rysunek 101 Wybór kohorty pacjentów do analizy



Powtarzalność procedur diagnostycznych

Tabela 107 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.371	Mammografia jednej piersi	1,23	1,23
87.372	Mammografia obu piersi	38,00	27,15
88.732	USG piersi	35,90	26,44
88.790	USG węzłów chłonnych	1,93	1,93
85.111	Przezkórna cienkoigł. biopsja piersi	0,35	0,35
85.112	Przezkórna cienkoigł. biopsja piersi - celowana	0,88	0,53
85.113	Przezkórna gruboigł. biopsja piersi	1,40	0,53
85.114	Przezkórna gruboigł. biopsja piersi - celowana	37,13	23,29
85.131	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią pod USG	19,96	14,89
85.132	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią stereotakt	2,45	0,70
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	9,46	8,23
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	1,75	1,23
88.979	RM bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	61,65	56,04
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmoc. Kontrast.	5,08	3,85
88.011	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	1,23	1,23
88.012	TK jamy brzusz. lub miednicy małej bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	0,35	0,35
88.976	RM jamy brzusz. lub miednicy małej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,35	0,18
92.061	PET z 18 FDG we wsk. onko.	1,40	1,05
92.062	PET z zast. innych radiofarmac. we wsk. onko.	8,23	8,06
92.142	Scyntygrafia jednofaz. odcinka układu kostnego z zast. fosfonianów	1,75	1,75

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
92.143	SPECT albo SPECT CTukładu kostnego	0,70	0,70
92.144	SPECT "whole body" z zast. fosfonianów	2,63	2,63
87.440	RTG klatki piersiowej	72,33	67,95

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 1

Tabela 108 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
87.372	Mammografia obu piersi	1,23	0,18
88.732	USG piersi	5,78	2,45
85.114	Przełskórna gruboigł. biopsja piersi - celowana	1,93	1,23
85.131	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią pod USG	1,05	0,53
85.132	Biopsja gruboigł. wspomagana próżnią stereotakt	0,18	0,00
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	0,35	0,18
87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmoc. kontrast.	0,18	0,18
88.979	RM bez wzmoc. kontrast. i co najmniej dwie fazy ze wzmoc. kontrast.	26,09	21,02
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmoc. Kontrast.	0,18	0,18
92.062	PET z zast. innych radiofarmac. we wsk. onko.	0,35	0,35
92.142	Scyntygrafia jednofaz. odcinka układu kostnego z zast. fosfonianów	0,18	0,18
92.143	Scyntygrafia układu kostnego SPECT albo SPECT CT	0,18	0,18
92.144	Scyntygrafia "whole body" z zast. fosfonianów	0,35	0,35
87.440	RTG klatki piersiowej	1,75	0,53

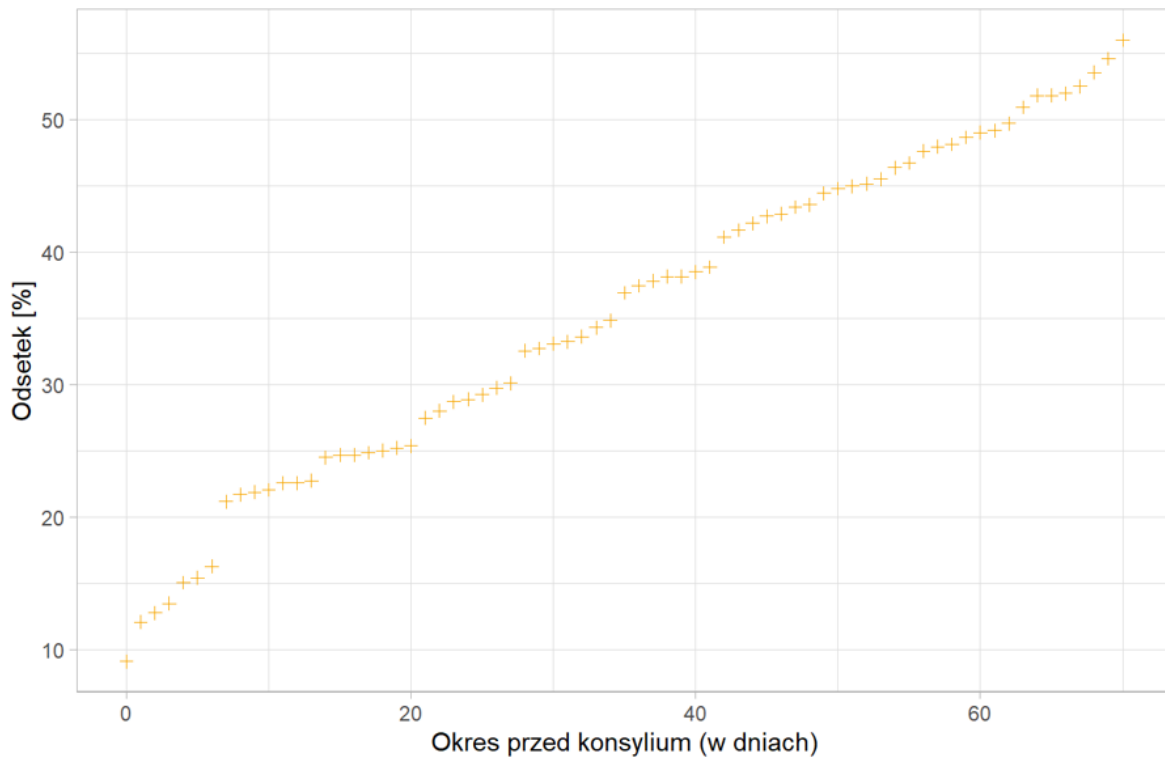
Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 2

Badania obrazowe piersi i jamy pachowej

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
56,04	44,48

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 3

Rysunek 102 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografią/USG w danym okresie przed konsylium



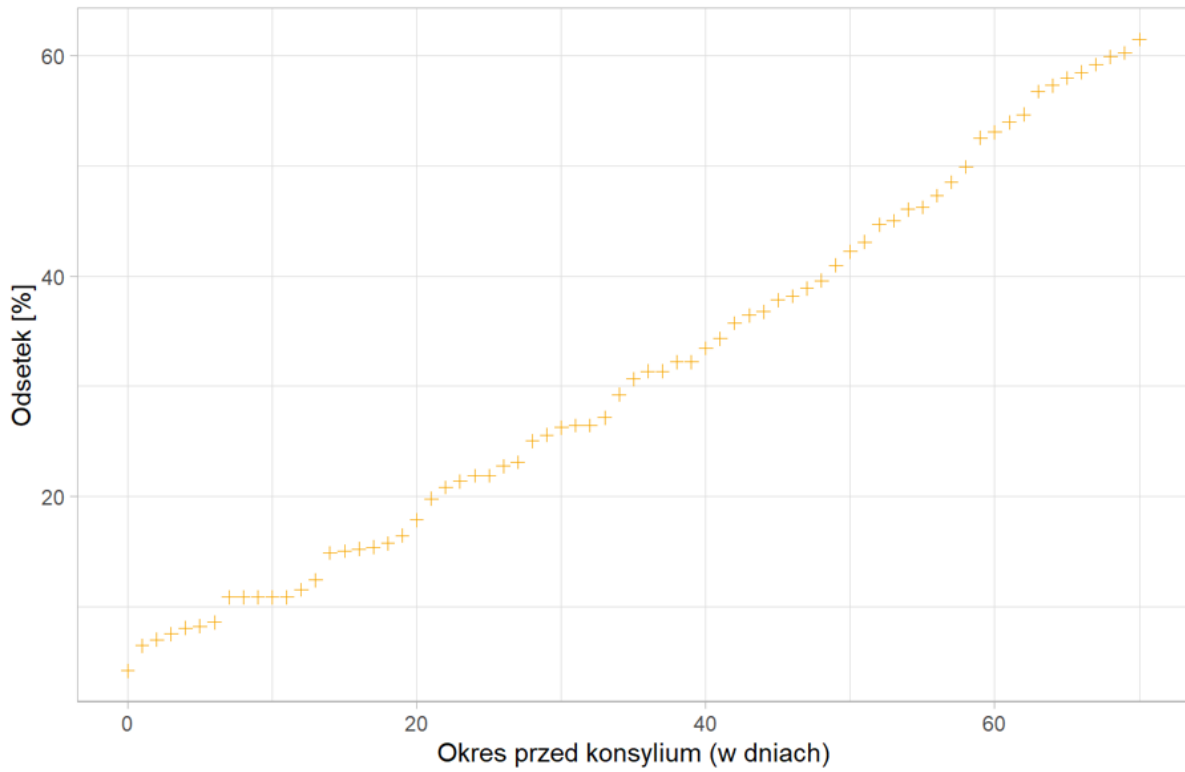
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 1

Badania mikroskopowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
61,47	40,98

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 4

Rysunek 103 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji w danym okresie przed konsylium



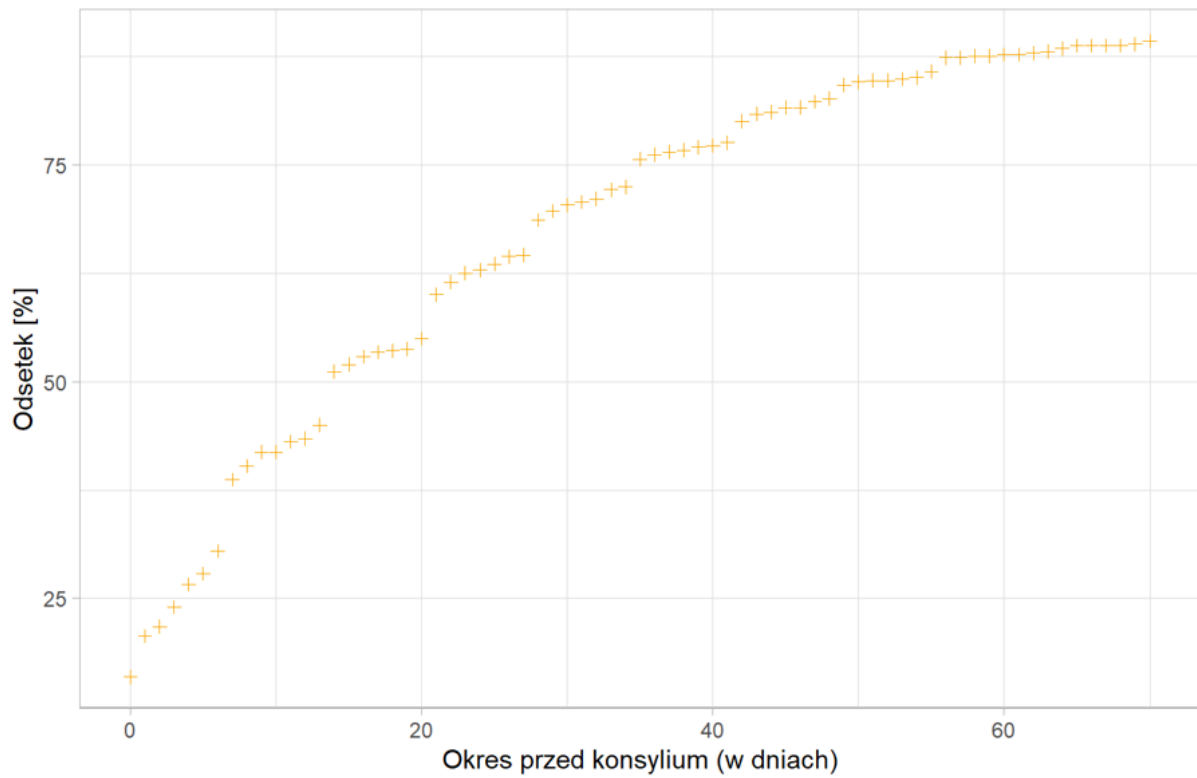
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 2

Inne badania obrazowe

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
89,32	84,24

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 5

Rysunek 104 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium



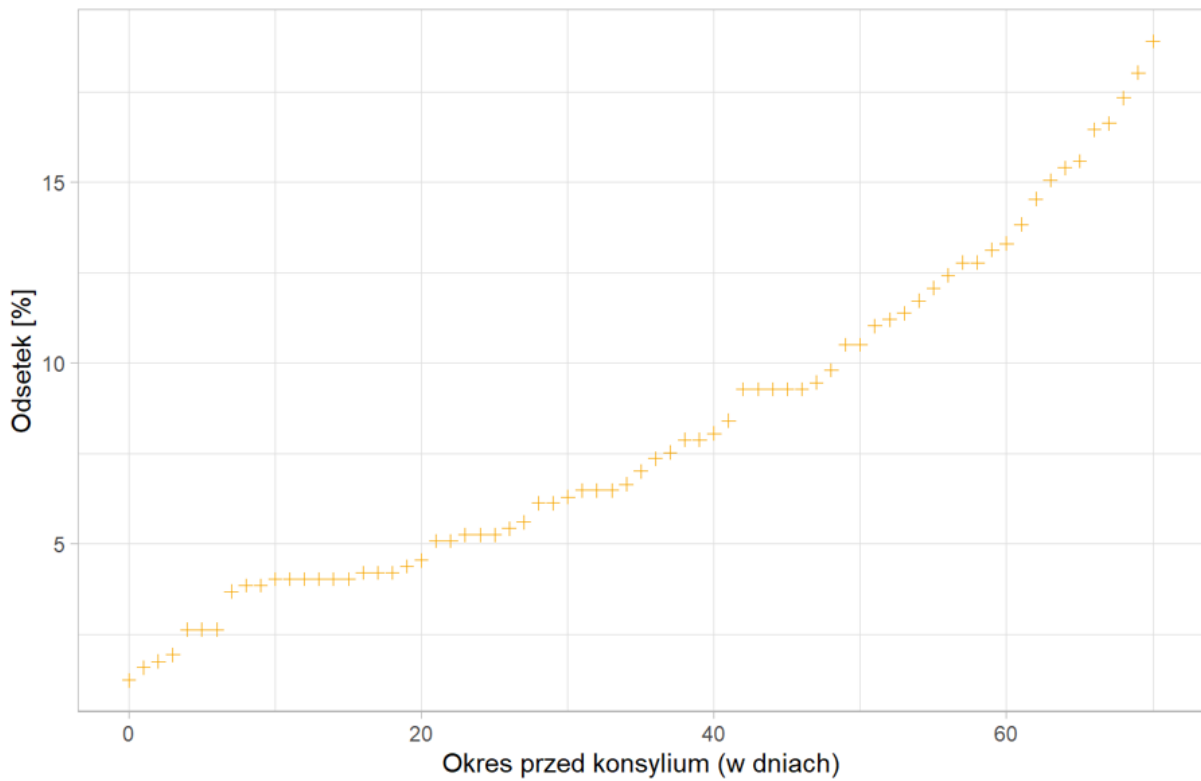
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 3

Tabela 109 Odsetek pacjentów z mammografią i USG piersi

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
18,91	10,51

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 6

Rysunek 105 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium



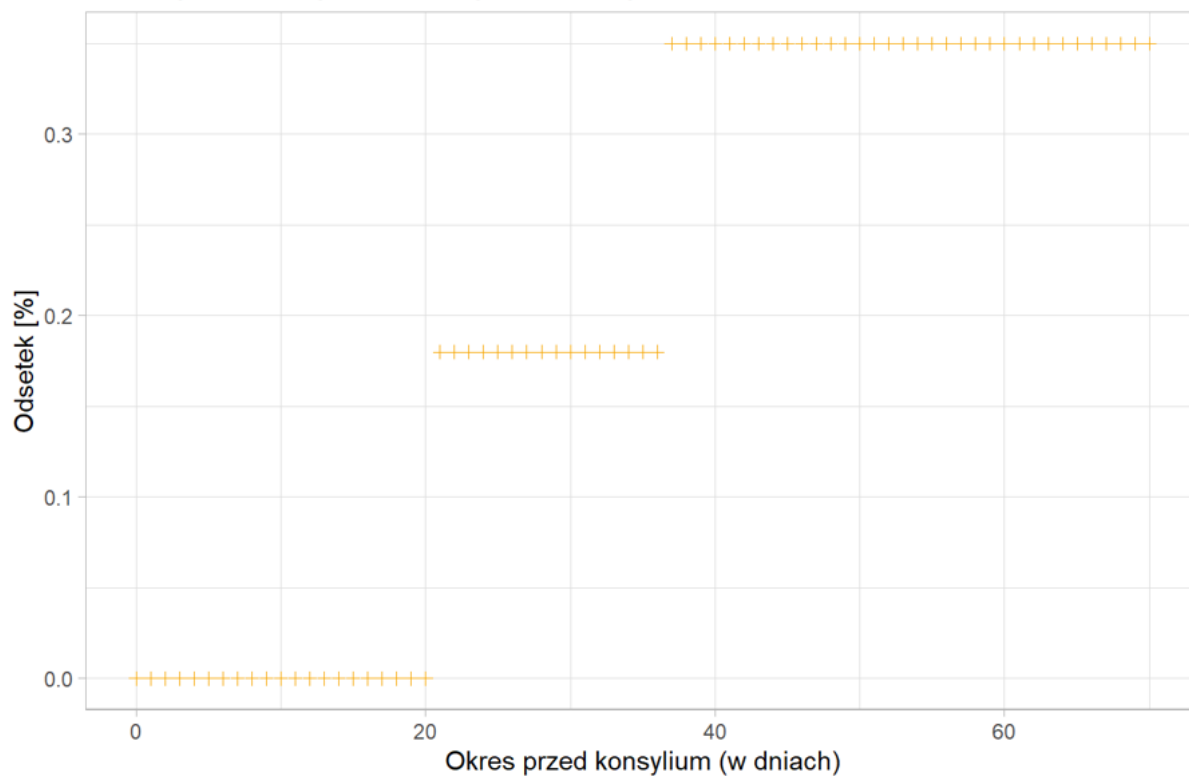
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 4

Tabela 110 Odsetek pacjentów z mammografią, USG piersi oraz USG węzłów chłonnych

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
0,35	0,35

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 7

Rysunek 106 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium



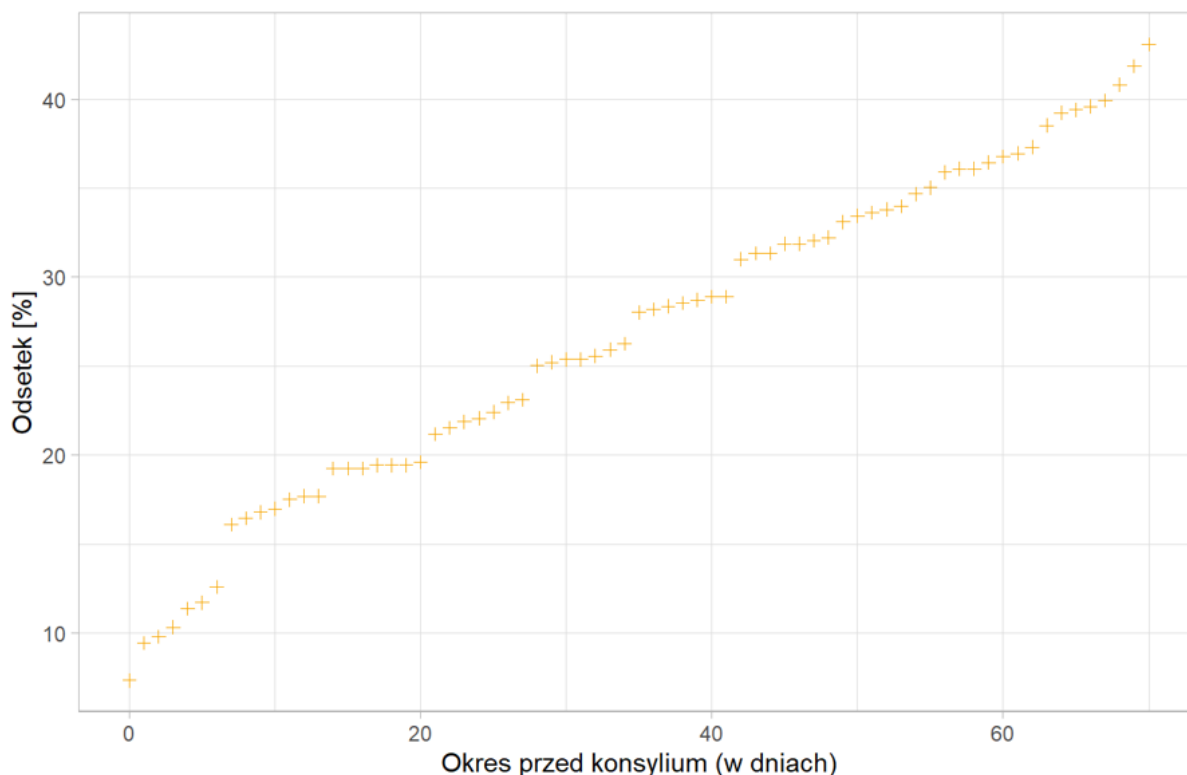
Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 5

Tabela 111 Odsetek pacjentów z mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej

Okres 10 tygodni	Okres 7 tygodni
43,08	33,10

Tabela porównawcza dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 tabela 8

Rysunek 107 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium



Wykres porównawczy dla wszystkich ośrodków - załącznik nr 6 wykres 6

Diagnostyka onkologiczna

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 50

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 51

Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie

Liczba pacjentów	Wartość świadczeń zrealizowanych w PLN
571	23 456 143

Sekwencje grup świadczeń - załącznik nr 6 rysunek 52

Diagram przejść z liczbą pacjentów - załącznik nr 6 rysunek 53

Diagram przejść z medianą czasu przejścia - załącznik nr 6 rysunek 54

Porównanie

W poniższej tabeli przedstawiono porównanie wybranych badań diagnostycznych zrealizowanych w województwie dolnośląskim w trakcie trwania programu pilotażowego z okresem sprzed jego realizacji. Podkreślić należy, że odsetek wykonania wskazanych

procedur diagnostycznych u pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego piersi (C50) w województwie dolnośląskim uległ zwiększeniu.

Tabela 112 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego piersi (C50) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo dolnośląskie

Okres czasu	Biopsja gruboigłowa pod kontrolą USG 85.131 - odsetek pacjentów	Biopsja gruboigłowa celowana 85.114 - odsetek pacjentów	MMG obu piersi 87.372 - odsetek pacjentów	USG piersi 88.732 - odsetek pacjentów
Pilotaż	33,13%	43,44%	46,05%	57,35%
Przed pilotażem 2017-2018	20,64%	41,29%	38,07%	51,66%

W poniższej tabeli przedstawiono porównanie wybranych badań diagnostycznych zrealizowanych w województwie świętokrzyskim w trakcie trwania programu pilotażowego z okresem sprzed jego realizacji. Podkreślić należy, że odsetek wykonania wskazanych procedur diagnostycznych u pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego piersi (C50) w województwie świętokrzyskim uległ zwiększeniu.

Tabela 113 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego piersi (C50) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo świętokrzyskim

Okres czasu	Biopsja gruboigłowa pod kontrolą USG – 85.131 - odsetek pacjentów	Biopsja gruboigłowa celowana – 85.114 - odsetek pacjentów	MMG obu piersi – 87.372 - odsetek pacjentów	USG piersi – 88.732 - odsetek pacjentów
Pilotaż	32,82%	44,96%	48,97%	49,49%
Przed Pilotażem (2017-2018)	19,96%	37,13%	38%	35,90%

Ograniczenia

Z uwagi na brak precyzyjnego opisu procedur medycznych oraz minimalnych standardów dla ich realizacji koniecznych do określenia stopnia zaawansowania choroby nowotworowej przed konsylium wielodyscyplinarnym, w tym sposobu i przeznaczenia raportowanych danych ze świadczeń sprawozdawanych do NFZ, podczas wnioskowania należy zachować szczególną ostrożność.

Ponadto, głównym ograniczeniem przedmiotowej analizy jest brak kompletności informacji o sprawozdanych świadczeniach w ramach aktualnej ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej. Obecnie w polskim systemie ochrony zdrowia nie funkcjonuje system zbierania danych w czasie rzeczywistym (online) wraz z informacją o wynikach (baza opisów badań radiologicznych i histopatologicznych) ze zrealizowanych na rzecz pacjenta świadczeniach (również z prywatnych podmiotów nieposiadających umowy z NFZ), w związku z czym trudno ocenić zasadność powtarzalności badań diagnostycznych.

Podsumowanie ścieżek pacjenta

Procedury diagnostyczne

Analizowanie danych diagnostycznych w polskim systemie ochrony zdrowia, a zwłaszcza w onkologii jest niezwykle istotnym elementem. Bez terminowej, kompletnej, wysokojakościowej diagnostyki brak jest możliwości właściwego rozpoznania i określenia zaawansowania/wystopniowania choroby nowotworowej, co w konsekwencji może mieć istotny wpływ na niewłaściwe bądź niekompletne zaordynowane etapów terapeutycznych.

Diagnostykę onkologiczną, należy oceniać w trzech aspektach:

- terminowości,
- kompletności schematu diagnostycznego,
- kompletności opisu badania obrazowego, endoskopowego czy histopatologicznego.

Terminowość diagnostyki powinna być oceniana w kontekście czasu trwania procesu diagnostycznego, np. od podejrzenia lub potwierdzenia histopatologicznego choroby nowotworowej do przedstawienia przypadku indywidualnego pacjenta na konsylium wielodyscyplinarnym.

Na podstawie doświadczeń z programu pilotażowego autorzy raportu rekomendują monitorowanie następujących parametrów czasowych:

- czasu oczekiwania na konsultację onkologiczną (lub jej ekwiwalent – konsultację pulmonologiczną czy urologiczną),
- czasu oczekiwania na podstawowe badania diagnostyczne dla pacjentów pierwszorazowych (termin i opis badania),
- czasu od zgłoszenia się do ośrodka do odbycia się konsylium wielodyscyplinarnego dla pacjentów pierwszorazowych,
- czasu od konsylium wielodyscyplinarnego do rozpoczęcia terapii.

Obligatoryjne jest także podkreślenie korelacji schematu diagnostyki onkologicznej z danymi podstawowymi tj. stopniem zaawansowania TNM/FIGO i stanem ogólnym pacjenta WHO.

Przykład 1. W schemacie diagnostyki onkologicznej pacjenta z rakiem płuca w stopniu IIIA przed leczeniem radyklanym zalecane jest badanie PET, jednak uwzględniając stan ogólny np. *WHO 3 – zły stan ogólny*, w schemacie diagnostyki pomijana jest realizacja badania PET.

Przykład 2. Wykonanie badania scyntygrafii u pacjentek z nowotworem złośliwym piersi powinno być zgodne ze stopniem zaawansowania (w stopniu I-II - niezalecane, w stopniu III – zalecane).

W programie pilotażowym określono checklisy diagnostyczne dla 5 nowotworów złośliwych: piersi, płuca, jelita grubego, gruczołu krokowego i jajnika. Uwzględniając powyższe, Komitet Sterujący rekomenduje wprowadzenie na podstawie polskich wytycznych precyzyjnego opisu procedur medycznych oraz minimalnych standardów dla ich realizacji koniecznych do określenia stopnia zaawansowania choroby nowotworowej przed konsylium wielodyscyplinarnym.

W analizowanych danych zwraca uwagę fakt, że konkretną procedurę medyczną diagnostyczną, np. kolonoskopię, można sprawozdać wg kilku kodów i opisów interwencji, często nieprecyzyjnych bądź posiadających nieaktualne nazewnictwo względem interwencji wynikającej ze ścieżki klinicznej. Z obowiązującego klasyfikatora w żaden sposób nie wynika, jak poprawnie kategoryzować interwencję (metodę diagnostyczną).

Podkreślenia wymaga, iż w znacznej mierze brzmienie nazw procedur medycznych nie daje podstaw do wnioskowania o powtórnie wykonanym świadczeniu z uwagi na możliwość badania dwóch odrębnych okolic anatomicznych np. *tomografia komputerowa jamy brzusznej lub miednicy męskiej*.

Procedury terapeutyczne

Powyższa analiza obejmuje również ścieżki terapeutyczne pacjentów, wykonane na podstawie sprawozdanych grup świadczeń do NFZ. W opinii autorów raportu analizowanie danych w odniesieniu do zbadania poprawności ze ścieżką wzorcową przygotowaną na podstawie aktualnych wytycznych jest bardzo trudne z uwagi m.in. na brak możliwości oceny intencji leczenia: radykalne vs. paliatywne.

W opinii autorów raportu najwłaściwszym sposobem oceny ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych są mierniki jakości procesu terapeutycznego.

Rekomendacje systemowe

W opinii członków Komitetu Sterującego proponowane zmiany dotyczą kluczowych obszarów dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie onkologii. W celu ich realizacji wymagane jest ścisła współpraca szerokiego gremium interesariuszy systemu ochrony zdrowia pod przewodnictwem Ministra Zdrowia – inicjatora procesu zarządzania zmianami w onkologii.

Raport w głównych wnioskach koncentruje się na przedstawieniu propozycji istotnych kamieni milowych, obejmujących zestaw kluczowych i procesowo spójnych działań w celu przygotowania tzw. kompletnego pakietu regulacji:

- Opracowania kluczowych zaleceń dotyczących organizacji i postępowania klinicznego, właściwych dla nich mierników oceny jakości oraz modelowych ścieżek pacjenta dla poszczególnych onkologicznych jednostek chorobowych w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
- Opracowania na podstawie wytycznych klinicznych referencyjnych ścieżek postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w notacji BPMN2 oraz stałe monitorowanie zgodności danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców z opracowanymi ścieżkami.
- Przygotowanie analizy problemu decyzyjnego dotyczącego:
 - kwalifikacji, usunięcia, zmiany technologii w oparciu o zidentyfikowane rozbieżności;
 - świadczeń rekomendowanych, nieujętych w wykazach świadczeń gwarantowanych, a niezbędnych w kontekście stanu klinicznego;
 - świadczeń o wątpliwej/niepełnej skuteczności klinicznej lub niepewnym profilu bezpieczeństwa – nie zalecane przez wytyczne kliniczne;
 - zestawów świadczeń opisanych przez technologie medyczne oraz inne elementy opisu świadczenia, opracowanych z udziałem ekspertów dziedzinowych.
- Ponadto, zgodnie ze stanowiskiem członków Komitetu Sterującego w ramach powyższych działań oczekiwana jest weryfikacja i doprecyzowanie wszystkich procedur medycznych ujętych w wykazach świadczeń gwarantowanych zawierających określenia „inne”, „nieokreślone inaczej” z uwagi na ujemne konsekwencje dla świadczeniobiorców spowodowane nieprecyzyjnym określeniem świadczeń

gwarantowanych, ale również brak identyfikacji świadczeń przez płatnika, a w konsekwencji konstruktywnych zmian w systemie rozliczeniowym.

- Korekty wykazu wzorcowych procedur radiologicznych jak również wprowadzenia nowych procedur wzorcowych z uwagi na zapewnienie spójności projektowanych zmian legislacyjnych.
- Przekształcania oraz aktualizacji pakietów świadczeń w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego oraz pakietów świadczeń dedykowanych szybkiej diagnostyce i terapii onkologicznej, by spośród wszystkich świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych, wskazać i obowiązkowo wymagać realizacji kluczowych świadczeń występujących na ścieżce diagnostycznej i terapeutycznej w onkologii.
- Zmian w obszarze reguł weryfikacji i walidacji świadczeń, które w opinii autorów raportu nie odzwierciedlają schematów postępowania np. wymaganie przez NFZ karty DiLO na etapie monitorowania czy brak możliwości rozliczania porad specjalistycznych czy badań diagnostycznych (kontroli po zabiegu operacyjnym) na etapie leczniczym.
- Zmian docelowych w ramach Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego poprzez zindywidualizowanie wzoru karty diagnostyki w poszczególnych nowotworach (z uwzględnieniem informacji o diagnostyce). Z uwagi na specyfikę niektórych nowotworów (np. płuca, jajnika, HCC, itd.) aktualny podział nie znajduje merytorycznego uzasadnienia. Aktualnie, również za sprawą parametrów produktów rozliczeniowych płatnika, diagnostyka wstępna jest równoważna z pogłębioną (np. zabieg diagnostyczno-leczniczy). Ponadto zmiany wymaga uściślenia zaleceń konsylium o informację dotyczącą zaproponowanego i zaakceptowanego przez pacjenta postępowania terapeutycznego tj. aktywny nadzór/operacja/radioterapia/radiochemio terapia jednoczasowa lub sekwencyjna/ samodzielne leczenie systemowe/ hormonalne/paliatywne/ badanie kliniczne/brak zgody pacjenta na leczenie. Ważnym elementem w dyskusji o danych zawartych w karcie jest informacja czy leczenie będzie w ośrodku w którym odbyło się konsylium lub gdzie skierowano pacjenta na leczenie onkologiczne oraz informacja o faktycznym rozpoczęciu procesu leczniczego (data operacji - nie data przyjęcia do szpitala, rozpoczęcia cyklu radioterapii - nie wykazywanie etapu planowania, data podania chemioterapii lub innej formy leczenia np. badanie kliniczne).
- W celu zwiększenia procesu transparentności, informacja o posiadaniu przez świadczeniobiorcę karty DiLO, powinna być widoczna dla wszystkich lekarzy

specjalistów w podmiotach w których realizowany jest proces diagnostyczno-terapeutyczny.

Spis rysunków

Rysunek 1. Platforma OncoReports	51
Rysunek 2. Zależność pomiędzy datą dołączenia a datą diagnozy i datą badania histopatologicznego (województwo dolnośląskie).....	57
Rysunek 3 Zależność pomiędzy datą dołączenia a datą diagnozy i datą badania histopatologicznego (województwo świętokrzyskie).....	70
Rysunek 4 Zależność pomiędzy datą dołączenia a datą diagnozy i datą badania histopatologicznego (województwo podlaskie - BCO)	91
Rysunek 5. Zależność pomiędzy datą dołączenia a datą diagnozy i datą badania histopatologicznego (województwo podlaskie - USK).....	97
Rysunek 6 Zależność pomiędzy datą dołączenia a datą diagnozy i datą badania histopatologicznego (województwo pomorskie - UCK).....	102
Rysunek 7 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	108
Rysunek 8 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	111
Rysunek 9 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	112
Rysunek 10 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	113
Rysunek 11 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	116
Rysunek 12 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grup badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	119
Rysunek 13 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	121
Rysunek 14 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	122
Rysunek 15 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	126
Rysunek 16 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	129
Rysunek 17 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	130
Rysunek 18 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	131
Rysunek 19 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	135
Rysunek 20 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	138
Rysunek 21 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	139
Rysunek 22 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	140
Rysunek 23 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	144
Rysunek 24 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	146
Rysunek 25 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	147

Rysunek 26 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/ biopsji w danym okresie przed konsylium	148
Rysunek 27 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	150
Rysunek 28 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	153
Rysunek 29 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	154
Rysunek 30 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	155
Rysunek 31 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	156
Rysunek 32 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	158
Rysunek 33 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	159
Rysunek 34 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	160
Rysunek 35 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	161
Rysunek 36 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	164
Rysunek 37 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	165
Rysunek 38 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	166
Rysunek 39 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	167
Rysunek 40 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	169
Rysunek 41 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	170
Rysunek 42 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	171
Rysunek 43 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	174
Rysunek 44 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	178
Rysunek 45 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	179
Rysunek 46 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	180
Rysunek 47 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	185
Rysunek 48 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	187
Rysunek 49 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	188
Rysunek 50 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	189
Rysunek 51 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	191

Rysunek 52 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	194
Rysunek 53 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	195
Rysunek 54 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	196
Rysunek 55 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	197
Rysunek 56 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	198
Rysunek 57 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	199
Rysunek 58 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	200
Rysunek 59 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	201
Rysunek 60 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	204
Rysunek 61 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium	205
Rysunek 62 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	206
Rysunek 63 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	207
Rysunek 64 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	209
Rysunek 65 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji/endoskopii w danym okresie przed konsylium.....	210
Rysunek 66 Odsetek pacjentów z wykonaną co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji w danym okresie przed konsylium	211
Rysunek 67 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	214
Rysunek 68 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografia/USG w danym okresie przed konsylium	217
Rysunek 69 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji w danym okresie przed konsylium	218
Rysunek 70 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	220
Rysunek 71 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium	221
Rysunek 72 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium	222
Rysunek 73 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium	223
Rysunek 74 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	232
Rysunek 75 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografia/USG w danym okresie przed konsylium	234
Rysunek 76 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	235
Rysunek 77 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium	236

Rysunek 78 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium	237
Rysunek 79 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium	238
Rysunek 80 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	240
Rysunek 81 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografia/USG w danym okresie przed konsylium	243
Rysunek 82 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji w danym okresie przed konsylium	244
Rysunek 83 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	245
Rysunek 84 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium	246
Rysunek 85 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium	247
Rysunek 86 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografia lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium	248
Rysunek 87 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	249
Rysunek 88 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografia/USG w danym okresie przed konsylium	251
Rysunek 89 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji w danym okresie przed konsylium	252
Rysunek 90 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	253
Rysunek 91 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium	254
Rysunek 92 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium	255
Rysunek 93 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografia lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium	256
Rysunek 94 Wybór kohorty pacjentów do analizy.....	257
Rysunek 95 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografia/USG w danym okresie przed konsylium	260
Rysunek 96 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji w danym okresie przed konsylium	261
Rysunek 97 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	262
Rysunek 98 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium	263
Rysunek 99 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium	264
Rysunek 100 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium	265
Rysunek 101 Wybór kohorty pacjentów do analizy	266
Rysunek 102 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy mammografią/USG w danym okresie przed konsylium	268
Rysunek 103 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy biopsji w danym okresie przed konsylium	269
Rysunek 104 Odsetek pacjentów ze zrealizowaną przynajmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium.....	270
Rysunek 105 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią i USG w danym okresie przed konsylium	271

Rysunek 106 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią oraz USG piersi i węzłów chłonnych w danym okresie przed konsylium.....	272
Rysunek 107 Odsetek pacjentów z wykonaną mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej w danym okresie przed konsylium	273

Spis tabel

Tabela 1 Wykaz ośrodków wskazanych do udziału w pilotażu sieci onkologicznej – załącznik nr 1 do rozporządzenia	12
Tabela 2 Liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu w podziale na województwa od 01.02.2019 r. do 31 grudnia 2021 r. (na podstawie indywidualnych zgód).....	27
Tabela 3 Województwo dolnośląskie	28
Tabela 4 Województwo świętokrzyskie	29
Tabela 5 Województwo podlaskie	29
Tabela 6 Województwo pomorskie	29
Tabela 7 Liczba bezwzględna oraz wartość wskaźników w podziale na kategorie podmiotów realizujących program pilotażowy – województwo dolnośląskie (opracowane na bazie danych przekazanych przez NFZ).....	30
Tabela 8 Liczba bezwzględna oraz wartość wskaźników w podziale na kategorie podmiotów realizujących program pilotażowy – województwo świętokrzyskie (opracowane na bazie danych przekazanych przez NFZ).....	31
Tabela 9 Liczba bezwzględna oraz wartość wskaźników w podziale na kategorie podmiotów realizujących program pilotażowy – województwo pomorskie (opracowane na bazie danych przekazanych przez NFZ).....	31
Tabela 10 Liczba bezwzględna oraz wartość wskaźników w podziale na kategorie podmiotów realizujących program pilotażowy – województwo podlaskie (opracowane na bazie danych przekazanych przez NFZ).....	32
Tabela 11. Zestawienie kosztów dotyczących realizacji pilotażu - dane NFZ za okres od 01.02.2019 r. do 31.12.2021 r.....	34
Tabela 12 Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania (od początku trwania pilotażu do 31 grudnia 2021 r.; województwo dolnośląskie).....	55
Tabela 13 Wyniki porównania danych z województwa dolnośląskiego z danymi NFZ dotyczącymi kart DiLO	57
Tabela 14. Wyniki porównania danych z pilotażu KSO województwa dolnośląskiego z danymi rozliczeniowymi NFZ dotyczącymi świadczeń.....	58
Tabela 15 Statystyki dotyczące danych o stopniu zaawansowania nowotworu (województwo dolnośląskie).....	59
Tabela 16 Wyniki porównania danych z województwa dolnośląskiego z danymi rozliczeniowymi NFZ dotyczącymi TNM.....	60
Tabela 17 Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania oraz w rozbiciu na dwa okresy realizacji (województwo dolnośląskie).....	63
Tabela 18 Wyniki porównania danych z województwa dolnośląskiego z danymi dotyczącymi kart DIL0 w rozbiciu na dwa okresy realizacji.....	65

Tabela 19 Wyniki porównania danych z województwa dolnośląskiego z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi świadczeń w rozbiciu na dwa okresy realizacji	65
Tabela 20 Statystyki dotyczące danych stopnia zaawansowania nowotworu w województwie dolnośląskim w rozbiciu na dwa okresy realizacji	66
Tabela 21. Wyniki porównania danych z województwa dolnośląskiego z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM w rozbiciu na dwa okresy realizacji	66
Tabela 22. Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania (województwo świętokrzyskie)	68
Tabela 23 Wyniki porównania danych z województwa świętokrzyskiego z danymi NFZ dotyczącymi kart DiLO	71
Tabela 24 Wyniki porównania danych z województwa świętokrzyskiego z danymi rozliczeniowymi NFZ dotyczącymi świadczeń	71
Tabela 25 Statystyki dotyczące danych dotyczących zaawansowania nowotworu (województwo świętokrzyskie)	73
Tabela 26 Wyniki porównania danych z województwa świętokrzyskiego z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM	74
Tabela 27. Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania oraz w rozbiciu na dwa okresy realizacji (województwo świętokrzyskie)	76
Tabela 28. Wyniki porównania danych z województwa świętokrzyskiego z danymi dotyczącymi kart DiLO, w rozbiciu na dwa okresy realizacji	78
Tabela 29. Wyniki porównania danych z województwa świętokrzyskiego z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi świadczeń w rozbiciu na dwa okresy realizacji (województwa świętokrzyskiego)	78
Tabela 30. Statystyki dotyczące danych dotyczących zaawansowania nowotworu w rozbiciu na dwa okresy realizacji (województwo świętokrzyskie)	79
Tabela 31. Wyniki porównania danych z SCO z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM w rozbiciu na dwa okresy realizacji (województwo świętokrzyskie)	80
Tabela 32. Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania (województwo podlaskie, w tym BCO, bez USK)	89
Tabela 33 Wyniki porównania danych z BCO z danymi dotyczącymi kart DiLO (województwo podlaskie, w tym BCO, bez USK)	91
Tabela 34 Wyniki porównania danych z BCO z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi świadczeń (województwo podlaskie, w tym BCO, bez USK)	92
Tabela 35. Statystyki dotyczące danych dotyczących zaawansowania nowotworu (województwo podlaskie, w tym BCO, bez USK)	93
Tabela 36 Wyniki porównania danych z BCO z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM (województwo podlaskie, w tym BCO, bez USK)	94
Tabela 37 Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania (województwo podlaskie – tylko USK)	96
Tabela 38 Wyniki porównania danych z USK z danymi dotyczącymi kart DiLO (województwo podlaskie – tylko USK)	97
Tabela 39. Wyniki porównania danych z USK z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi świadczeń (województwo podlaskie – tylko USK)	98
Tabela 40 Statystyki dotyczące danych dotyczących zaawansowania nowotworu (województwo podlaskie – tylko USK)	99
Tabela 41 Wyniki porównania danych z USK z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM (województwo podlaskie – tylko USK)	99

Tabela 42. Podstawowe statystyki dotyczące kompletności przekazanych danych w podziale na rozpoznania (województwo pomorskie - UCK).....	100
Tabela 43. Wyniki porównania danych z UCK z danymi dotyczącymi kart DiLO (województwo pomorskie - UCK)	102
Tabela 44 Wyniki porównania danych z UCK z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi świadczeń (województwo pomorskie - UCK).....	103
Tabela 45 Statystyki dotyczące danych dotyczących zaawansowania nowotworu (województwo pomorskie - UCK)	104
Tabela 46. Wyniki porównania danych z UCK z danymi rozliczeniowymi dotyczącymi TNM (województwo pomorskie - UCK).....	105
Tabela 47 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną co najmniej 2 razy w okresach do 7 tygodni przed konsylium i do 10 tygodni przed konsylium	109
Tabela 48 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium	110
Tabela 49 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe.....	112
Tabela 50 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	117
Tabela 51 Badania obrazowe.....	117
Tabela 52 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium	119
Tabela 53 odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe.....	120
Tabela 54 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją...	121
Tabela 55 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano daną procedurę diagnostyczną w okresach: do 7 tygodni przed konsylium, do 10 tygodni przed konsylium.	126
Tabela 56 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium	128
Tabela 57 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe.....	130
Tabela 58 Liczba pacjentów, u których w danym okresie przed konsylium sprawozdano co najmniej jedną procedurą z grupy badań obrazowych oraz co najmniej jedną procedurą z grupy badań endoskopowych/biopsji.....	131
Tabela 59 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	144
Tabela 60 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	145
Tabela 61 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją...	147
Tabela 62 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	150
Tabela 63 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	151
Tabela 64 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją...	154
Tabela 65 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	156
Tabela 66 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	157
Tabela 67 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją...	159
Tabela 68 Ścieżki pacjentów bez podziału na stopnie	160
Tabela 69 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	161

Tabela 70 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	162
Tabela 71 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją...	165
Tabela 72 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	167
Tabela 73 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	168
Tabela 74 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją...	170
Tabela 75 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego jelita grubego oraz zgięcia esiczo-odbytniczego (C18-C19) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo dolnośląskie.....	172
Tabela 76 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego odbytnicy (C20) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo dolnośląskie.....	172
Tabela 77 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego oraz złośliwego odbytnicy (C18-C20) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo świętokrzyskie.	172
Tabela 78 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	175
Tabela 79 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	176
Tabela 80 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy badań obrazowych w danym okresie przed konsylium	177
Tabela 81 Odsetek pacjentów, u których zrealizowano przynajmniej jedno badanie z grupy: biopsja lub badania endoskopowe.....	179
Tabela 82 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją...	179
Tabela 83 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	185
Tabela 84 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	186
Tabela 85 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją...	188
Tabela 86 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	192
Tabela 87 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	193
Tabela 88 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją...	195
Tabela 89 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	197
Tabela 90 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	197
Tabela 91 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją...	205
Tabela 92 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	207
Tabela 93 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	208
Tabela 94 Odsetek pacjentów z badaniem obrazowym i endoskopowym/biopsją...	210
Tabela 95 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego płuca (C34) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo dolnośląskie.....	212

Tabela 96 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego płuca (C34) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo świętokrzyskiego	212
Tabela 97 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	214
Tabela 98 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	215
Tabela 99 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz	249
Tabela 100 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	250
Tabela 101 Odsetek pacjentów z mammografią i USG piersi.....	253
Tabela 102 Odsetek pacjentów z mammografią, USG piersi oraz USG węzłów chłonnych.....	254
Tabela 103 Odsetek pacjentów z mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej.....	255
Tabela 104 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	259
Tabela 105 Odsetek pacjentów z mammografią i USG piersi.....	262
Tabela 106 Odsetek pacjentów z mammografią, USG piersi oraz USG węzłów chłonnych.....	263
Tabela 107 Odsetek osób z daną procedurą wykonaną co najmniej raz.....	266
Tabela 108 Odsetek osób z daną procedurą powtórzoną co najmniej 2 razy w danym okresie	267
Tabela 109 Odsetek pacjentów z mammografią i USG piersi.....	270
Tabela 110 Odsetek pacjentów z mammografią, USG piersi oraz USG węzłów chłonnych.....	271
Tabela 111 Odsetek pacjentów z mammografią lub USG piersi oraz RTG klatki piersiowej.....	272
Tabela 112 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego piersi (C50) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo dolnośląskie.....	274
Tabela 113 Porównanie wybranych procedur realizowanych w diagnostyce nowotworu złośliwego piersi (C50) wykonanych do 10 tyg. przed konsylium w czasie trwania programu pilotażowego oraz w okresie sprzed obowiązywania programu w latach 2017-2018 - województwo świętokrzyskim.....	274