

Raport opracowany przez: Polskie Towarzystwo Urologiczne, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Urologii, Fundację Eksperci dla Zdrowia. Dokument powstał dzięki inicjatywie Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów

Nowotwór pęcherza moczowego



Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem

1. Wstęp

Raport „Nowotwór pęcherza moczowego – rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem” prezentuje szereg aktualnych aspektów związanych z organizacją leczenia chorych na raka pęcherza moczowego oraz przedkłada propozycję rozwiązań mających na celu poprawę jakości i skuteczności leczenia.

W raporcie przedstawiono szereg argumentów dotyczących konieczności przeprowadzenia zmian organizacyjno-finansowych w zakresie diagnostyki i leczenia raka pęcherza moczowego. Niniejszą analizę oparto między innymi na mapach potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia (MZ), raportach Najwyższej Izby Kontroli (NIK) oraz wytycznych i standardach postępowania Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU).

Zaprezentowany w raporcie projekt modelu kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem, u którego stwierdzono nowotwór pęcherza moczowego, jest zgodny z wdrażanymi aktualnie przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) innymi modelami koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej.

Według map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii obecnie rocznie rozpoznawanych jest ponad 8000 nowych przypadków nowotworów pęcherza moczowego. W ciągu najbliższych 10 lat liczba nowych zachorowań gwałtownie wzrośnie i wyniesie w 2029 roku 11,5 tysiąca rocznie. Prognozowany wzrost zachorowań o blisko 25% jest istotną przesłanką wskazującą na konieczność podjęcia intensywnych działań zapewniających tym pacjentom szeroką dostępność do leczenia.

Poprawa skuteczności leczenia chorób nowotworowych jest bezwzględnie koniecznością wskazywaną w dokumencie NIK z marca 2018 roku pt.: „Dostępność i efekty leczenia nowotworów”. Wskazano w nim na konieczność zapewnienia kompleksowego leczenia onkologicznego wysokiej jakości poprzez zmianę organizacji opieki zdrowotnej, którego kluczowym elemen-

tem jest tworzenie w zakresie leczenia chirurgicznego specjalistycznych ośrodków leczących określone typy nowotworów, przy których powinny być organizowane ośrodki chemioterapii i radioterapii.

W celu dokonania oceny możliwości poprawy jakości i dostępności do leczenia urologicznego w niniejszym raporcie przedstawiono szereg analiz, opracowanych na podstawie map potrzeb zdrowotnych opublikowanych w 2018 roku, dotyczących wszystkich oddziałów urologii w Polsce, z wyszczególnieniem hospitalizacji pacjentów cierpiących na nowotwór pęcherza moczowego.

Niezwykle ważnym elementem, który należy wziąć pod uwagę przy rozważaniu zasadności wprowadzenia proponowanych zmian organizacyjnych, jest zaangażowanie we wdrażanie nowych rozwiązań środowiska lekarzy urologów.

Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że kształcenie podyplomowe lekarzy urologów pozostaje na najwyższym poziomie, gdyż od 20 lat odbywa się zgodnie z europejskimi standardami, opracowanymi przez *European Association of Urology* (EAU), a kończy europejskim egzaminacyjnym specjalizacyjnym organizowanym wspólnie przez *European Board of Urology* (EBU) i Polskie

Towarzystwo Urologiczne. Należy zaznaczyć, że obecnie w Polsce tylko lekarze specjalizujący się w dziedzinie urologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii kończą specjalizację egzaminem międzynarodowym gwarantującym wysoki poziom kompetencji i znajomość najnowocześniejszych standardów postępowania.

Istotnym elementem, poprawiającym koordynację i skuteczność leczenia nowotworu pęcherza moczowego, są obecne zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dotyczące warunków udzielania świadczeń w ramach chemioterapii.

W warunkach określających udzielanie świadczeń to właśnie specjalista urolog ma uprawnienia w zakre-

sie leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego, w tym stosowania chemioterapii.

W zaprezentowanym modelu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM) wykorzystano rozwiązania wdrażane obecnie przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia, w których realizowana i finansowana jest opieka nad pacjentem, skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, leczenie szpitalne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz – w zależności od wskazań medycznych – różne formy rehabilitacji.

W przypadku kompleksowej opieki specjalistycznej chorych na nowotwór pęcherza moczowego ośrodkiem koordynującym powinien być oddział urologii z poradnią przyszpitalną, posiadający duże doświadczenie w wykonywaniu procedur zabiegowych związanych z leczeniem nowotworu pęcherza moczowego. Ponadto należy zaznaczyć, że „(...) zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych” jest pierwszym priorytetem zdrowotnym państwa (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych).

Autorzy niniejszego raportu mają nadzieję, że dane i analizy oraz zaprezentowany model Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM) będzie przydatny przy tworzeniu rozwiązań poprawiających skuteczność leczenia tego nowotworu w Polsce.

2. Epidemiologia nowotworu pęcherza moczowego opracowana na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii

Ministerstwo Zdrowia opublikowało 31 grudnia 2015 roku mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii (www.mpz.mz.gov.pl). W dokumencie dokonano szeregu analiz dotyczących trzech zagadnień: aspektów demograficznych i epidemiologicznych, wykorzystania zasobów oraz prognoz potrzeb zdrowotnych. W opublikowanych 17 mapach (16 wojewódzkich i ogólnopolskiej) szczegółowo przeanalizowano 5 typów nowotworów, w tym nowotwór pęcherza moczowego.

W pierwszej części mapy ogólnopolskiej, dotyczącej aspektów demograficznych i epidemiologicznych, nowotwór pęcherza moczowego został sklasyfikowany na piątym miejscu pod względem częstości rozpoznawania spośród wszystkich nowotworów w Polsce. „(...) Najczęściej rozpoznawanymi nowotworami były nowotwory złośliwe płuc (25,5 tys. przypadków), nowotwory piersi (19,5 tys.), gruczołu krokowego (14,6 tys.), jelita grubego (13,9 tys.) i nowotwory pęcherza moczowego (8,2 tys.). Łącznie stanowiły one ok. 50% nowotworów zdiagnozowanych w 2012 roku”.

Omawiana mapa przedstawia także znaczące różnice regionalne w zakresie stopnia zawansowania nowo-

„Wszystkie następne świadczenia kompleksowe będą sprawozdawane, rozliczane i finansowane zgodnie z regulacjami zawartymi w zarządzeniu”

tworu pęcherza moczowego, w którym stawiane jest rozpoznanie kliniczne. „(...) Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego charakteryzował się dużym zróżnicowaniem w strukturze rozpoznań względem stadium spośród województw. W województwie dolnośląskim bardzo często rozpoznawany był w IV stadium (59%), ale jednocześnie występowała tam największa rozpoznawalność w I stadium (15%). Największy udział I lub II stadium występował w woj. opolskim”.

W mapach dokonano także oceny śmiertelności z powodu nowotworu pęcherza moczowego. „(...) Nowotwory pęcherza stanowiły w latach 2011-2013 przyczynę 5% zgonów z powodu nowotworów złośliwych mieszkańców Polski. W przypadku nowotworów o tym umiejscowieniu najwyższymi wartościami współczynnika SMR (standaryzowany współczynnik umieralności) charakteryzowały się województwa warmińsko-mazurskie i lubuskie, a najniższymi – lubelskie i podkarpackie”.

Kluczowa część map dotyczy prognoz potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworu pęcherza moczowego. Przewidują one w okresie następnej dekady znaczący wzrost zachorowalności na ten nowotwór. „(...) W 2029 roku w Polsce wystąpi ponad 11,5 tysiąca nowych zachorowań na nowotwór złośliwy pęcherza moczowego: najwięcej w województwach mazowieckim oraz śląskim – odpowiednio 1620 oraz 1390. Więcej niż 630 nowych przypadków zostanie odnotowanych w połowie województw w Polsce, a najmniej ich liczba w województwach lubuskim (305) oraz opolskim (301).

Największy wzrost liczby nowych przypadków nowotworu złośliwego pęcherza moczowego zostanie odnotowany w województwach pomorskim, warmińsko-mazurskim oraz wielkopolskim – w każdym wyniesie on 28%. W połowie województw nastąpi ponad 24% wzrost liczby nowych przypadków nowotworu złośliwego pęcherza moczowego”.

Analiza powyższych danych jednoznacznie wskazuje na konieczność wprowadzania zmian organizacyjno-finansowych, mających na celu poprawę dostępności i jakości leczenia nowotworu pęcherza moczowego w kontekście znaczącego wzrostu zapadalności na ten nowotwór.



Fot. gettyimages.com

3. Analiza dotycząca funkcjonowania oddziałów urologii, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń związanych z leczeniem nowotworu pęcherza moczowego, na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2018 r.

Ministerstwo Zdrowia opublikowało 30 maja 2018 roku drugą edycję map potrzeb zdrowotnych z zakresu lecznictwa szpitalnego. Obszerne opracowanie składa się z szesnastu map regionalnych (dla każdego z województw) oraz – liczącej ponad 1,5 tys. stron – mapy ogólnopolskiej.

Mapy potrzeb zdrowotnych składają się z analizy demograficznej i epidemiologicznej, analizy stanu i wykorzystania zasobów oraz prognoz potrzeb zdrowotnych. Są one zarazem narzędziem wspomagającym podejmowanie decyzji o charakterze systemowym, jak i działań podejmowanych w odniesieniu do poszczególnych uczestników systemu ochrony zdrowia. W szczególności dane zawarte w mapach stanowią podstawę do ubiegania się o pozyskanie środków unijnych przeznaczonych na rozwój infrastruktury szpitalnej oddziałów urologii. Mapy potrzeb zdrowotnych są także, na mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą do ustalania przez wojewodę – w porozumieniu z Wojewódzką Radą ds. Potrzeb Zdrowotnych – priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej.

Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz mapy potrzeb zdrowotnych mają wpływ na decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie zwiększenia finansowania świadczeń w poszczególnych dziedzinach medycyny, co może mieć istotne znaczenie w zwiększeniu dostępności do świadczeń z zakresu urologii.

Poniżej przedstawiono szereg szczegółowych zestawień dotyczących funkcjonowania oddziałów urologii, opracowanych na podstawie danych z 2016 roku, które były podstawą opracowania map na 2018 rok, ze szczególnym uwzględnieniem hospitalizacji pacjentów dotkniętych nowotworem pęcherza moczowego.

Należy zaznaczyć, że w mapach nie uwzględniono zmian związanych z wprowadzeniem tzw. sieci szpitali, co nastąpiło 1 października 2017 roku i miało istotne

znaczenie dla funkcjonowania wielu oddziałów urologii. Ponadto w niektórych tabelach w opublikowanych mapach stwierdzono brak pewnych danych, np. dotyczących liczby łóżek szpitalnych czy liczby hospitalizowanych pacjentów.

Istotne dane dotyczą zasobów kadrowych w urologii. Według danych zawartych w mapie ogólnopolskiej obecnie w Polsce wykonuje zawód 1177 lekarzy urologów, co w przeliczeniu na 100 000 populacji wynosi 3,06 lekarza. Najmniej lekarzy urologów w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców pracuje w województwie warmińsko-mazurskim (1,81), zaś najwięcej w województwie łódzkim (4,59).

3.1. Współczynnik chorobowości szpitalnej dla oddziału urologii w 2016 roku w Polsce i poszczególnych województwach

Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych z powodu wszystkich przyczyn lub z powodu danej jednostki chorobowej w ciągu roku w przeliczeniu na 100 000 ludności.

Współczynnik chorobowości szpitalnej dla oddziału urologii w Polsce wynosi 462 pacjentów na 100 000 ludności. Największy odnotowano w województwie świętokrzyskim, tj. 594, natomiast najmniejszy w województwie małopolskim, tj. 394.

Szczegółowe dane dotyczące poszczególnych województw zostały zaprezentowane w tabeli 1.

3.2. Liczba pacjentów hospitalizowanych na oddziale urologii w 2016 roku w poszczególnych województwach

W 2016 roku hospitalizowano na oddziałach urologii w Polsce ponad 200 000 pacjentów. Najwięcej w województwie mazowieckim, tj. 28 300, najmniej w województwie podlaskim – 5200 pacjentów.

Szczegółowe dane dotyczące poszczególnych województw zaprezentowano w tabeli 2.

3.3. Wykaz 10 świadczeniodawców, którzy w 2016 roku hospitalizowali największą liczbę pacjentów w ramach oddziału urologicznego

Największą liczbę hospitalizowanych (4400) w ramach oddziału urologicznego w ciągu 2016 roku odnotowano w Specjalistycznym ZOZ Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

Listę 10 świadczeniodawców, którzy hospitalizowali największą liczbę pacjentów na oddziale urologii w 2016 roku przedstawiono w tabeli 3.

3.4. Liczba hospitalizacji na oddziale urologicznym w 2016 roku w poszczególnych województwach

W 2016 roku na oddziałach urologii w Polsce odnotowano ponad 276 000 hospitalizacji. Największa

Tabela 1. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów w poszczególnych województwach (malejąco)

Lp.	Województwo	Współczynniki chorobowości szpitalnej
1.	świętokrzyskie	594,14
2.	łódzkie	580,01
3.	lubelskie	521,53
4.	pomorskie	513,77
5.	mazowieckie	489,85
6.	wielkopolskie	467,48
	Polska	462,10
7.	podkarpackie	461,07
8.	zachodniopomorskie	456,16
9.	kujawsko-pomorskie	451,41
10.	lubuskie	435,73
11.	dolnośląskie	430,62
12.	opolskie	429,29
13.	śląskie	427,86
14.	podlaskie	410,74
15.	warmińsko-mazurskie	399,62
16.	małopolskie	349,83

Źródło: Na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

Tabela 2. Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.] na oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco)

Lp.	Województwo	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]
1.	mazowieckie	28,3
2.	śląskie	21,0
3.	wielkopolskie	17,7
4.	łódzkie	16,9
5.	podkarpackie	13,9
6.	dolnośląskie	13,3
7.	małopolskie	12,7
8.	pomorskie	12,4
9.	kujawsko-pomorskie	12,0
10.	lubelskie	11,9
11.	świętokrzyskie	9,1
12.	zachodniopomorskie	7,8
13.	warmińsko-mazurskie	6,3
14.	opolskie	6,2
15.	lubuskie	5,6
16.	podlaskie	5,2
	Razem	200,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

Tabela 3. Wykaz 10 świadczeniodawców, którzy w 2016 roku hospitalizowali największą liczbę pacjentów w ramach oddziału urologicznego

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Województwo	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]
1.	Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu	wielkopolskie	m. Poznań	4,4
2.	NZOZ Szpital Specjalistyczny im. prof. E. Michałowskiego	śląskie	m. Katowice	4,0
3.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	wielkopolskie	m. Poznań	3,2
4.	ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim	świętokrzyskie	ostrowiecki	2,9
5.	Szpital Specjalistyczny w Słupsku	pomorskie	m. Słupsk	2,5
6.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego	zachodniopomorskie	m. Szczecin	2,5
7.	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	mazowieckie	m.st. Warszawa	2,5
8.	NZOZ Szpital Mazovia	mazowieckie	m.st. Warszawa	2,4
9.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	warmińsko-mazurskie	m. Olsztyn	2,4
10.	Urovita sp. z o.o. – NZOZ Szpital Śląskie Centrum Urologii	śląskie	m. Chorzów	2,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

Tabela 4. Liczba hospitalizacji [tys.] na oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco)

Lp.	Województwo	Liczba hospitalizacji [tys.]
1.	mazowieckie	43,2
2.	śląskie	27,6
3.	wielkopolskie	24,8
4.	łódzkie	23,6
5.	podkarpackie	18,6
6.	dolnośląskie	17,9
7.	pomorskie	17,8
8.	małopolskie	17,1
9.	kujawsko-pomorskie	15,9
10.	lubelskie	15,2
11.	świętokrzyskie	12,6
12.	zachodniopomorskie	10,1
13.	warmińsko-mazurskie	9,2
14.	opolskie	8,5
15.	lubuskie	7,6
16.	podlaskie	6,4
Razem		276,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla poszczególnych województw

Tabela 5. Liczba osobodni hospitalizacji [tys.] na oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco)

Lp.	Województwo	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]
1.	mazowieckie	143,2
2.	śląskie	107,4
3.	wielkopolskie	78,5
4.	łódzkie	74,9
5.	małopolskie	60,1
6.	lubelskie	58,0
7.	podkarpackie	58,0
8.	dolnośląskie	51,0
9.	pomorskie	48,3
10.	kujawsko-pomorskie	44,4
11.	świętokrzyskie	43,2
12.	zachodniopomorskie	31,0
13.	podlaskie	29,3
14.	opolskie	25,4
15.	warmińsko-mazurskie	21,8
16.	lubuskie	21,3
Razem		895,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla poszczególnych województw

liczba hospitalizacji w oddziale urologicznym została odnotowana w województwie mazowieckim i wyniosła 43 200. Najmniejsza liczba hospitalizacji, tj. 6400 została odnotowana w województwie podlaskim. Szczegółowe dane zostały zawarte w tabeli 4.

3.5. Liczba osobodni hospitalizacji na oddziale urologii w 2016 roku w poszczególnych województwach

W 2016 roku na wszystkich oddziałach urologii w Polsce odnotowano ogółem 895 000 osobodni hospitalizacji. Największa liczba została odnotowana w województwie mazowieckim, tj. 143 000, a najmniejsza w województwie lubuskim – nieco ponad 21 000. Szczegółowe dane zawarte są w tabeli 5.

3.6. Liczba łóżek na oddziałach urologii w 2016 roku

Ogólna liczba łóżek w oddziałach urologii w 2016 roku w Polsce wynosiła 3507. Najwięcej łóżek wykazano w województwie mazowieckim – 523 sztuk, najmniej w województwie warmińsko-mazurskim – 76. Szczegółowe dane dla poszczególnych województw (wg stanu na 31 grudnia 2016 roku) są zawarte w tabeli 6.

3.7. Realizacja pakietu onkologicznego – liczba osobodni hospitalizacji sprawozdana w poszczególnych województwach w 2016 roku

Liczba osobodni hospitalizacji pacjentów, którzy byli sprawozdawani w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wyniosła w Polsce w 2016 roku blisko 80 000. Najwięcej osobodni w ramach pakietu sprawozdano w województwie mazowieckim – 15 800, najmniej w województwie opolskim – 300. Szczegółowe dane w tym zakresie zawiera tabela 7.

3.8. Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego w oddziałach urologii w 2016 roku

W 2016 roku w Polsce liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego wyniosła ponad 35 000. Najwięcej hospitalizacji z tego powodu odnotowano w województwie mazowieckim – 7100, natomiast najmniej w województwie podlaskim – 700. Szczegółowe dane zawiera tabela 8.

3.9. Analiza dotycząca aktualnie zapewnionych osobodni przez obecną infrastrukturę w poszczególnych województwach

W celu dokonania prognoz dotyczących planowanej na 2031 rok liczby łóżek w oddziałach urologii Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia oszacował liczbę osobodni zapewnioną przez obecną infrastrukturę w poszczególnych województwach. Wyniki tej analizy przedstawia tabela 9.

3.10. Wykaz 10 świadczeniodawców realizujących największą liczbę hospitalizacji z powodu nowotworu pęcherza moczowego na oddziałach urologii w 2016 roku

Największą liczbę hospitalizacji, tj. 1125, wykazał świadczeniodawca Krajowa Fundacja Medyczna (Wieliszew) z województwa mazowieckiego. Ten sam świadczeniodawca wykazał także największy odsetek procentowego udziału hospitalizacji z powodu nowotworu pęcherza moczowego w stosunku do ogólnej liczby hospitalizacji. Szczegółowy wykaz świadczeniodawców zawiera tabela 10.

3.11. Prognozowana zmiana liczby łóżek na oddziale urologii w 2031 roku

Poniżej zostały przedstawione prognozy utworzone w celu oszacowania przyszłego zapotrzebowania na łóżka szpitalne na oddziale urologii oraz analiza możliwości aktualnych zasobów w długoterminowej perspektywie (2018–2031).

Prognoza zapotrzebowania na łóżka dla każdego oddziału szpitalnego, w tym oddziału urologii, odbywała się następująco:

- W pierwszym kroku zbudowano modele prognozujące liczby hospitalizacji na oddziałach dla odpowiednich przekrojów (grup pacjentów). Przekroje dotyczyły demografii (płeć, wiek, miejsce zamieszkania pacjenta), podziału na hospitalizacje z wypisem w dniu przyjęcia i wypisem innym niż w dniu przyjęcia, zakresów, w ramach których sprawozdano hospitalizacje oraz innych przekrojów wskazanych przez ekspertów na drodze konsultacji.
- Następnie wyznaczono ALOS (średni czasu pobytu) dla wyżej wspomnianych przekrojów.
- Docelowo prognozy zapotrzebowania na hospitalizacje i łóżka szpitalne dotyczyły województwa wykonywanych świadczeń, a nie miejsca zamieszkania pacjenta, dlatego w kolejnym kroku określono migracje lecznicze pacjentów. Przez migrację leczniczą rozumiano hospitalizacje sprawozdane w województwie niebędącym województwem zamieszkania pacjenta.
- Następnie, za pomocą ALOS-u (średni czas pobytu) oraz prognozowanej liczby hospitalizacji uwzględniającej migracje, wyznaczono prognozę osobodni w grupach, co ostatecznie odpowiednio podsumowano, otrzymując prognozowaną liczbę osobodni w Polsce i województwach dla danego oddziału, w tym przypadku oddziału urologii.
- W ostatnim kroku wyznaczono prognozowaną liczbę łóżek szpitalnych z uwzględnieniem, czy obecna infrastruktura zapewnia spełnienie potrzeb względem prognozowanej liczby osobodni w województwach.

Tabela 11 przedstawia prognozy, z których wynika, że w 4 województwach przewidywany jest spadek liczby łóżek na oddziale urologii, natomiast na 6 woje-

Tabela 6. Liczba łóżek (wg stanu na 31.12.2016) w oddziałach urologicznych poszczególnych województw (malejąco)

Lp.	Województwo	Liczba łóżek
1.	mazowieckie	523
2.	śląskie	442
3.	wielkopolskie	309
4.	kujawsko-pomorskie	305
5.	łódzkie	233
6.	dolnośląskie	218
7.	podkarpackie	207
8.	małopolskie	202
9.	lubelskie	193
10.	pomorskie	178
11.	lubuskie	162
12.	zachodniopomorskie	137
13.	świętokrzyskie	129
14.	opolskie	109
15.	podlaskie	84
16.	warmińsko-mazurskie	76
Razem		3 507

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

Tabela 7. Liczba osobodni [tys.] – hospitalizacja w ramach pakietu onkologicznego w poszczególnych województwach (malejąco)

Lp.	Województwo	Liczba osobodni [tys.] – hospitalizacja w ramach pakietu onkologicznego
1.	mazowieckie	15,8
2.	wielkopolskie	10,2
3.	śląskie	9,0
4.	małopolskie	7,2
5.	kujawsko-pomorskie	7,0
6.	pomorskie	5,2
7.	zachodniopomorskie	3,7
8.	łódzkie	3,6
9.	dolnośląskie	3,3
10.	podkarpackie	3,3
11.	świętokrzyskie	3,3
12.	warmińsko-mazurskie	2,4
13.	lubelskie	2,4
14.	lubuskie	1,9
15.	podlaskie	1,3
16.	opolskie	0,3
Razem		79,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

Tabela 8. Liczba hospitalizacji [tys.] z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego w poszczególnych województwach (malejąco)

Lp.	Województwo	Liczba hospitalizacji [tys.] – nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
1.	mazowieckie	7,1
2.	wielkopolskie	3,1
3.	łódzkie	2,8
4.	pomorskie	2,7
5.	małopolskie	2,6
6.	dolnośląskie	2,4
7.	śląskie	2,3
8.	kujawsko-pomorskie	2,1
9.	zachodniopomorskie	1,9
10.	podkarpackie	1,4
11.	świętokrzyskie	1,4
12.	opolskie	1,4
13.	warmińsko-mazurskie	1,3
14.	lubelskie	1,3
15.	lubuskie	0,8
16.	podlaskie	0,7
Razem		35,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla poszczególnych województw

Tabela 9. Aktualnie zapewnione osobodni przez obecną infrastrukturę (dotyczy oddziału urologii)

Lp.	Województwo	Aktualnie zapewnione osobodni [tys.]
1.	dolnośląskie	52,4 – 55,4
2.	kujawsko-pomorskie	51,0 – 53,8
3.	lubelskie	55,8 – 58,8
4.	lubuskie	21,2 – 22,4
5.	łódzkie	81,5 – 85,6
6.	małopolskie	59,3 – 62,5
7.	mazowieckie	138,5 – 145,4
8.	opolskie	29,3 – 30,7
9.	podkarpackie	52,3 – 54,8
10.	podlaskie	34,1 – 35,8
11.	pomorskie	45,8 – 48,2
12.	śląskie	120,3 – 126,0
13.	świętokrzyskie	43,3 – 45,4
14.	warmińsko-mazurskie	20,0 – 21,0
15.	wielkopolskie	79,9 – 84,0
16.	zachodniopomorskie	34,6 – 36,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla poszczególnych województw

wództwach wzrost. W pozostałych województwach nie przewiduje się zmian.

4. Model kształcenia podyplomowego w dziedzinie urologii – wybrane aspekty

Czas trwania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie urologii dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia, lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, lub zrealizowanego i zaliczonego odpowiedniego modułu podstawowego wynosi 6 lat.

Przebieg szkolenia specjalizacyjnego wg programu specjalizacji opracowanego w 2017 roku na zlecenie Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przez Zespół Ekspertów obrazuje tabela 12.

Z powyższego wynika, że problematyka onkologiczna stanowi ważną część szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie urologii.

W szczególności zawarta jest ona w następujących obowiązkowych stażach kierunkowych:

- staż podstawowy w zakresie urologii ogólnej i onkologicznej,
- staż kierunkowy w zakresie onkologii klinicznej,
- staż kierunkowy w zakresie radioterapii onkologicznej.

Poniżej przedstawiamy zakres wymaganej wiedzy teoretycznej dotyczący stażu kierunkowego w onkologii klinicznej:

- właściwości farmakologiczne leków stosowanych w leczeniu nowotworów złośliwych – podstawy farmakokinetyki i farmakodynamiki,
- mechanizmy działania i podział leków stosowanych w chemio- i hormonoterapii nowotworów złośliwych oraz leczeniu wspomagającym,
- zasady prowadzenia systemowego leczenia przeciwnowotworowego,
- wskazania do systemowego leczenia uzupełniającego w ramach postępowania skojarzonego w poszczególnych nowotworach złośliwych układu moczowo-płciowego,
- wskazania do wyłącznego leczenia systemowego o założeniu radykalnym i paliatywnym nowotworów złośliwych układu moczowo-płciowego,
- znajomość działań niepożądanych leków stosowanych w leczeniu nowotworów oraz sposobów zapobiegania i leczenia wspomagającego.

Z kolei w ramach stażu kierunkowego w zakresie radioterapii onkologicznej adept urologii musi się wykaazać znajomością następujących zagadnień:

- wskazania i przeciwwskazania do stosowania radioterapii stosowanej jako jedynej metody leczenia oraz w skojarzeniu w nowotworach urologicznych,
- zasady prowadzenia radioterapii,
- ocena działań niepożądanych radioterapii i metody zapobiegania oraz leczenia,
- ocena wyników radioterapii.

Tabela 10. Wykaz 10 świadczeniodawców realizujących najwięcej hospitalizacji w zakresie nowotwór złośliwy pęcherza moczowego

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Województwo	Powiat	Liczba hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego	Procentowy udział hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego pęcherza moczowego w ogólnej liczbie hospitalizacji
1.	Krajowa Fundacja Medyczna	mazowieckie	legionowski	1 125	52,1
2.	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	mazowieckie	m.st. Warszawa	839	25,5
3.	Szpital im. Mikołaja Kopernika	pomorskie	m. Gdańsk	806	30,3
4.	Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu	wielkopolskie	m. Poznań	695	10,7
5.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	dolnośląskie	m. Wrocław	597	18,9
6.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo Leczniczym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	wielkopolskie	m. Poznań	581	13,4
7.	Szpital Giżycki sp. z o.o.	warmińsko-mazurskie	giżycki	558	22,6
8.	Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A.	opolskie	namysłowski	556	33,5
9.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	mazowieckie	m. Ostrołęka	535	23,1
10.	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	mazowieckie	m.st. Warszawa	525	12,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla poszczególnych województw

Tabela 11. Prognozowana zmiana liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury

Lp.	Województwo	Prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031		
		Kierunek	Bezwzględna	Względna [%]
1.	dolnośląskie	brak zmian	–	–
2.	kujawsko-pomorskie	spadek	8–25	4,0–12,4
3.	lubelskie	wzrost	18–49	8,3 22,5
4.	lubuskie	brak zmian	–	–
5.	łódzkie	spadek	23–51	7,4–16,5
6.	małopolskie	wzrost	7–31	3,0–13,3
7.	mazowieckie	wzrost	33–98	6,3–18,7
8.	opolskie	spadek	8–17	7,3–15,6
9.	podkarpackie	spadek	11 26	5,7 13,5
10.	podlaskie	brak zmian	–	–
11.	pomorskie	wzrost	24–59	13,5–33,1
12.	śląskie	brak zmian	–	–
13.	świętokrzyskie	wzrost	8–25	4,9–15,4
14.	warmińsko-mazurskie	wzrost	7–18	9,2–23,7
15.	wielkopolskie	brak zmian	–	–
16.	zachodniopomorskie	brak zmian	–	–

Tabela 12. Przebieg szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie urologii

Lp.	Przebieg szkolenia	Czas trwania	
		Liczba tygodni	Liczba dni roboczych
1.	Staż kierunkowy w zakresie chirurgii ogólnej	24	120
2.	Staż kierunkowy w zakresie przeszczepiania nerek	12	60
3.	Staż podstawowy w zakresie urologii ogólnej i onkologicznej	180	900
4.	Staż kierunkowy w zakresie endourologii i ESWL	8	40
5.	Staż kierunkowy w zakresie urologii dziecięcej	4	20
6.	Staż kierunkowy w zakresie onkologii klinicznej	8	40
7.	Staż kierunkowy w zakresie radioterapii onkologicznej	2	10
8.	Staż kierunkowy w zakresie nefrologii i dializoterapii	2	10
9.	Staż rotacyjny w urologicznym ośrodku klinicznym	4	20
10.	Staż podstawowy w ambulatorium urologicznym	12	60
11.	Kursy specjalizacyjne	9 tyg. 2 dni	47
12.	Urlopy wypoczynkowe	31 tyg. i 1 dzień	156
13.	Dni ustawowo wolne od pracy	15 tyg. i 3 dni	78
14.	Samokształcenie	1	5
Razem		313 tyg. 1 dzień	1566

Źródło: Program specjalizacji w dziedzinie urologii (wersja z 2017 roku)

Problematyce onkologicznej jest również poświęcony obowiązkowy kurs specjalizacyjny „Onkologia urologiczna”, którego program przedstawia się następująco:

- zagadnienia ogólne,
- nowotwory górnych dróg moczowych,
- **rak pęcherza moczowego – rozpoznanie, ocena stopnia zaawansowania, leczenie radykalne, definitywne nadpęcherzowe odprowadzenie moczu, powierzchowne guzy pęcherza moczowego,**
- nowotwory jądra,
- rak prącia i cewki moczowej,
- guzy nerki,
- aspekty patomorfologiczne onkologii urologicznej,
- radioterapia w urologii onkologicznej,
- chemioterapia w urologii onkologicznej,
- rozpoznanie i ocena stopnia zaawansowania raka stercza,
- rak stercza – leczenie radykalne,
- rak stercza – leczenie paliatywne.

Lekarz, który ukończy szkolenie specjalizacyjne i otrzyma tytuł specjalisty w dziedzinie urologii, uzyska kwalifikacje umożliwiające między innymi samodzielnie:

1. Określenie programu postępowania diagnostycznego, z uwzględnieniem diagnostyki różnicowej, umożliwiającego rozpoznanie przyczyn dolegliwości i objawów ze strony układu moczowego męskich narządów płciowych i wybranych chorób układu płciowego u kobiet oraz określenie i przeprowadzenie postępowania mającego na celu rozpoznanie no-

wotworów narządów układu moczowego i męskich narządów płciowych;

2. Ustalenie wskazań i przeciwwskazań do leczenia zarówno zachowawczego, jak i chirurgicznego;
3. Przeprowadzenie leczenia zachowawczego, w tym leczenia farmakologicznego chorób układu moczowo-płciowego oraz leczenia czynnościowego usprawniającego funkcję dolnych dróg moczowych, a także leczenia zabiegowego;
4. **Rozpoznanie i leczenie wszelkich chorób z dziedziny onkologii urologicznej, w tym także stanów przedrakowych i nowotworów łagodnych;**
5. Podjęcie i przeprowadzenie działań zapobiegających wystąpieniu (lub nawrotowi) chorób układu moczowo-płciowego cechujących się dużą częstością występowania oraz chorób o charakterze społecznym, w tym zwłaszcza **nowotworów narządów układu moczowego i męskich narządów płciowych, łagodnego rozrostu i zapalenia stercza, zakażenia układu moczowego oraz kamicy moczowej.**

4.1. Wprowadzenie nowych zasad egzaminowania w Polsce

Obecne zasady egzaminowania adeptów urologii zostały wprowadzone jesienią 1998 roku po kilku latach starań i negocjacji, niestrudzenie podejmowanych przez ówczesnego prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego – prof. Andrzeja Borkowskiego oraz jego następcę – prof. Andrzeja Borówkę – wówczas konsultanta krajowego w dziedzinie urologii.

U podłoża decyzji o zmianie zasad i form egzaminowania leżało głębokie przeświadczenie o konieczności podniesienia poziomu egzaminu specjalizacyjnego w Polsce tak, aby stał się on wiarygodnym narzędziem sprawdzającym rzeczywisty poziom wykształcenia adeptów urologii. Rozpoczęto zatem poszukiwania wiarygodnego, a przy tym sprawdzonego systemu egzaminacyjnego i w efekcie pojawił się pomysł skorzystania z bogatych doświadczeń *European Board of Urology* (EBU).

Dogłębna analiza zagadnienia pozwoliła dostrzec niezaprzeczone korzyści mogące płynąć z połączenia obu egzaminów: polskiego i europejskiego. Po pierwsze, połączenie to dawało szansę na wykorzystanie gotowych już, przygotowanych z najwyższą starannością przez wybitnych specjalistów europejskich zarówno testów pisemnych, jak i pytań o charakterze problemowym, wykorzystywanych w trakcie egzaminów ustnych. Po wtóre, EBU dysponowało doskonale opracowanym, wystandaryzowanym systemem oceniania. Wreszcie, w przypadku pomyślnego złożenia tego egzaminu, kandydat polski miałby możliwość uzyskania nie tylko tytułu specjalisty urologa, ale również prestiżowego tytułu *Fellow of European Board of Urology* (FEBU). We wrześniu 1995 roku, podczas Kongresu Naukowego PTU w Gdańsku, Walne Zgromadzenie Członków PTU opowiedziało się za wprowadzeniem zmian w systemie egzaminowania, wyposażając tym samym Zarząd Główny PTU w mandat do prowadzenia dalszych prac w omawianym zakresie.

W roku 1997 „egzamin europejski” został wprowadzony w Polsce jako „national exit examination” (obecnie Państwowy Egzamin Specjalizacyjny).

4.2. Format egzaminu specjalizacyjnego z urologii

Egzamin specjalizacyjny z urologii składa się z dwóch części: egzaminu pisemnego oraz ustnego.

Egzamin pisemny ma postać testu złożonego ze 100 pytań opatrzonych czterema dystraktorami, z których tylko jeden jest prawidłowy (MCQs – *Multiple Choice Questions*). Pytania testowe są jednakowe dla wszystkich zdających we wszystkich krajach. Kandydaci z różnych krajów przystępują do sprawdzianu tego samego dnia o tej samej porze. Czas przeznaczony na udzielenie odpowiedzi wynosi 120 minut.

Pytania zawarte w teście pochodzą z banku pytań EBU. Proces kwalifikowania poszczególnych pytań jest kilkustopniowy i przebiega następująco: autorzy pytań, będący wybitnymi urologami z różnych krajów członkowskich EBU, zgłaszają swoje projekty pytań wraz z proponowanymi odpowiedziami do Komitetu Egzaminacyjnego EBU, który – po wstępnej ocenie dokonywanej każdorazowo przez jego przewodniczącego – przesyła je do pozostałych członków komitetu.

Członkowie komitetu dokonują wnikliwej oceny pytania, po czym odsyłają je wraz z komentarzem do

Biura EBU. Kolejny etap weryfikacji pytań odbywa się podczas zebrań Komitetu Egzaminacyjnego EBU, organizowanych co pół roku. Wówczas następuje ostateczna decyzja o włączeniu pytania do banku pytań bądź jego odrzuceniu. Następnie zaakceptowane pytania są opracowywane pod względem językowym przez urologa, dla którego język angielski jest językiem macierzystym.

Celem egzaminu testowego jest szczegółowe sprawdzenie wiedzy z dziedziny urologii i dziedzin pokrewnych (np. urologia dziecięca, andrologia), przy czym pytania egzaminacyjne obejmują pełne spektrum wiedzy określonej w Regulaminie Studiów Specjalizacyjnych w urologii.

Udział pytań dotyczących poszczególnych dziedzin urologii zawartych w teście jest następujący (tabela 13):

Egzamin ustny składa się z 3 pytań klinicznych. Przynajmniej jedno z nich dotyczy urologii onkologicznej. Podobnie jak to ma miejsce w przypadku egzaminu pisemnego, pytania przeznaczone na egzamin ustny są przygotowywane i wnikliwie analizowane przez Komitet Egzaminacyjny EBU (*Task Force II*). Członkowie komisji egzaminacyjnej, powoływani przez dyrektora CEM, prezesa PTU oraz konsultanta krajowego w dziedzinie urologii, zyskują wiedzę na temat zawartości zestawu pytań w dniu egzaminu, podczas zebrania zorganizowanego przez przewodniczącego Komisji Egzaminacyjnej, którym jest konsultant krajowy w dziedzinie urologii.

Egzamin ustny odbywa się we wszystkich krajach w tym samym dniu. Również czas trwania egzaminu jest taki sam dla wszystkich kandydatów i wynosi 55 minut. Kandydat składa egzamin w obecności egzaminatora oraz obserwatora wytypowanego przez EBU i PTU.

Tabela 13. Procentowy udział poszczególnych dziedzin urologii w pisemnym egzaminie specjalizacyjnym

Tematyka pytań	Odsetek pytań [%]
Urologia onkologiczna	25
Łagodny rozrost stercza	10
Kamica moczowa	10
Neurourologia	10
Nefrologia	10
Urazy narządów układu moczowo-płciowego	9
Zakażenie narządów układu moczowo-płciowego	6
Wady wrodzone	6
Historia	5
Wśród pytań dotyczących wymienionych grup tematycznych znajdują się pytania obejmujące: andrologię, anatomię, histologię i patomorfologię	

Źródło: Materiały własne opracowane przez Polskie Towarzystwo Urologiczne na podstawie danych zebranych w latach 2000–2018

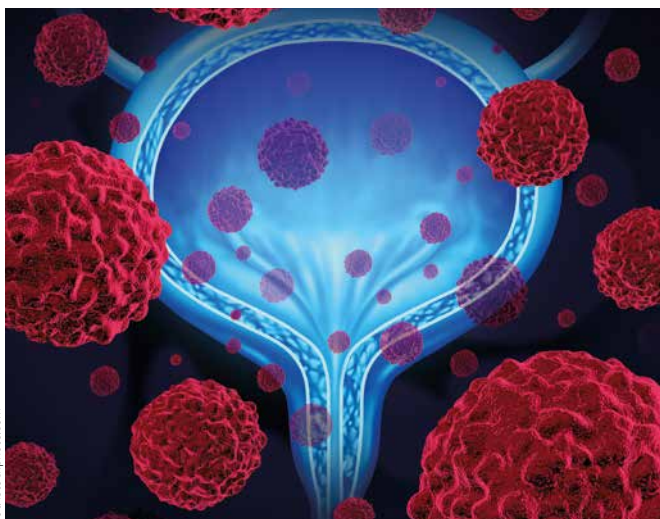


Foto: istockphoto.com

„Istotnym elementem świadczeń kompleksowych jest ich monitorowanie, możliwe dzięki wprowadzeniu obowiązku sprawozdawania danych do Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego”

Odpowiedzi udzielane przez kandydata są oceniane według jednakowych dla wszystkich zdających kryteriów zaakceptowanych na wcześniej wspomnianej konferencji.

Zdający powinien wykazać się umiejętnością zaplanowania postępowania diagnostycznego, ustalenia rozpoznania, patogenezы choroby, którą rozpoznał, znajomości sposobów leczenia odpowiednich dla omawianego przypadku klinicznego oraz umiejętnością wskazania metody najwłaściwszej i uzasadnienia dokonanego przez siebie wyboru, wreszcie – znajomości powikłań i sposobów ich opanowania. Po odbyciu egzaminu przez wszystkich zdających komisja egzaminacyjna zbiera się w pełnym składzie, aby omówić szczegółowo przebieg egzaminu w odniesieniu do każdego kandydata, po czym podejmuje ostateczną decyzję w sprawie wyniku egzaminu.

4.3. Finansowanie Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie urologii

Przygotowanie egzaminu EBU jest dużym przedsięwzięciem intelektualnym (opracowanie projektów pytań testowych i klinicznych, krytyczna rewizja tych projektów dokonywana w łonie EBU EC *Task force I* lub *Task force II* z poczuciem szczególnej odpowiedzialności za jakość pytań, definitywna rewizja pytań na spotkaniu egzaminatorów bezpośrednio poprzedzającym egzamin ustny) i logistycznym (zapewnienie przez biuro EBU harmonijnej wymiany informacji między człon-

kami *Task force I* i *Task force II*, co najmniej dwukrotne w ciągu roku spotkania członków *Task force I* i *Task force II* w celu ostatecznego opracowania pytań, a następnie przetłumaczenie pytań na język rodzimy, opracowanie statystyczne wyników egzaminu testowego oraz przygotowanie i wysłanie szczegółowych raportów z egzaminu testowego do poszczególnych kandydatów).

Wobec powyższego egzamin EBU musi generować niemałe koszty. Kandydaci przystępujący doń dobrowolnie (specjaliści urologicy z krajów, w których EBU Examination nie ma charakteru narodowego egzaminu specjalizacyjnego) płacą za egzamin osobiście (niewykluczone, że uzyskują pełną lub częściową refundację od narodowych towarzystw urologicznych lub administracji ochrony zdrowia). Natomiast koszty egzaminu EBU powstające w Polsce pokrywane są całkowicie przez Polskie Towarzystwo Urologiczne (jako wyraz zainteresowania PTU zaoferowaniem adeptom urologii egzaminu na jak najwyższym poziomie i tym samym zapewnienia ochronie zdrowia w Polsce specjalistów jak najlepiej przygotowanych do pełnienia ich misji zawodowej). PTU wnosi wszelkie opłaty do EBU (niezależnie od rocznej składki członkowskiej – do 2009 roku 1800 euro, a w latach 2010 do chwili obecnej 2000 euro – warunkującej traktowanie PTU przez EBU jako pełnoprawnego członka). Początkowo – w okresie, w którym Polska była jedynym krajem uznającym EBU Examination za narodowy egzamin specjalizacyjny – opłaty za egzamin pisemny i egzamin ustny wnoszone przez PTU do EBU były obniżone (rabat ok. 50%). Jednak od czasu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej PTU musi płacić stawki w pełnym wymiarze. Do roku 2012 było to 300 euro za 1 kandydata przystępującego do egzaminu pisemnego oraz 100 za 1 kandydata przystępującego do egzaminu ustnego. Obecnie koszt egzaminu pisemnego wynosi 430 euro za osobę, zaś koszt egzaminu ustnego – 125 euro od osoby. Opłaty za kandydatów przystępujących do egzaminu pisemnego lub ustnego po raz kolejny (w razie niepowodzenia) są takie same jak opłaty pierwszorazowe.

Polskie Towarzystwo Urologiczne pokrywa ponadto koszty: wynajmu sal egzaminacyjnych (dotyczy egzaminu ustnego), zakwaterowania i wyżywienia egzaminatorów oraz hostess. Dodatkowo dwie osoby zapewniające sprawną obsługę administracyjną PES są zatrudnione w PTU w ramach umowy o pracę w pełnym wymiarze godzin.

Podkreślić przy tym należy, że tłumaczenie pytań testowych i klinicznych oraz merytoryczne przygotowanie i przeprowadzenie narady egzaminatorów przed egzaminem ustnym wykonywane są bez wynagrodzenia. Podobnie wszyscy egzaminatorzy pracują bez wynagrodzenia.

Obecnie liczba specjalistów urologów posiadających tytuł FEBU wynosi 692. W listopadzie 2018 roku do

egzaminu pisemnego zamierza przystąpić prawie 60 kandydatów.

5. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Urologicznego w zakresie diagnostyki i leczenia raka pęcherza moczowego (na podstawie EAU Guidelines 2018)

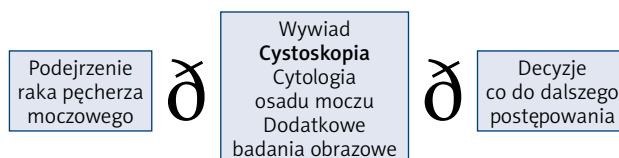
Rak pęcherza moczowego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów urologicznych. Oprócz stosowanej powszechnie klasyfikacji TNM, w codziennej praktyce klinicznej jest on również klasyfikowany jako rak nienaciekający lub naciekający błonę mięśniową, z uwagi na odmienne postępowanie w obu przedstawionych wariantach.

5.1. Rak pęcherza moczowego nienaciekający błony mięśniowej

Rak pęcherza moczowego nienaciekający błony mięśniowej (*Non-Muscle Invasive Bladder Cancer*, NMIBC), według klasyfikacji TNM, odpowiada stadium zaawansowania Ta, T1 lub CIS (*carcinoma in situ*).

5.1.1. Diagnostyka

Prawidłowa diagnostyka opiera się na dokładnym zebraniu wywiadu, cystoskopii, cytologii osadu moczu oraz ewentualnych dodatkowych badaniach obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ultrasonografia). Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU) najważniejszym elementem prawidłowej ścieżki diagnostycznej jest cystoskopia wykonywana przez lekarza urologa i zalecana w każdym przypadku podejrzenia raka pęcherza moczowego. Wytyczne EAU podkreślają, że cystoskopia nie może być zastąpiona żadną inną metodą diagnostyczną (rycina 1).



Rycina 1.

Uwidocznione w pęcherzu moczowym podczas cystoskopii zmiany egzofityczne wymagają dalszej diagnostyki oraz jednoczesnego leczenia (etap wstępny) w postaci przezcewkowej elektroresekcji guzów pęcherza moczowego (ang. *transurethral resection of bladder tumor*, TURBT). Zmiany te, o ile nie naciekają mięśniówki, odpowiadają stadiom Ta lub T1 według klasyfikacji TNM.

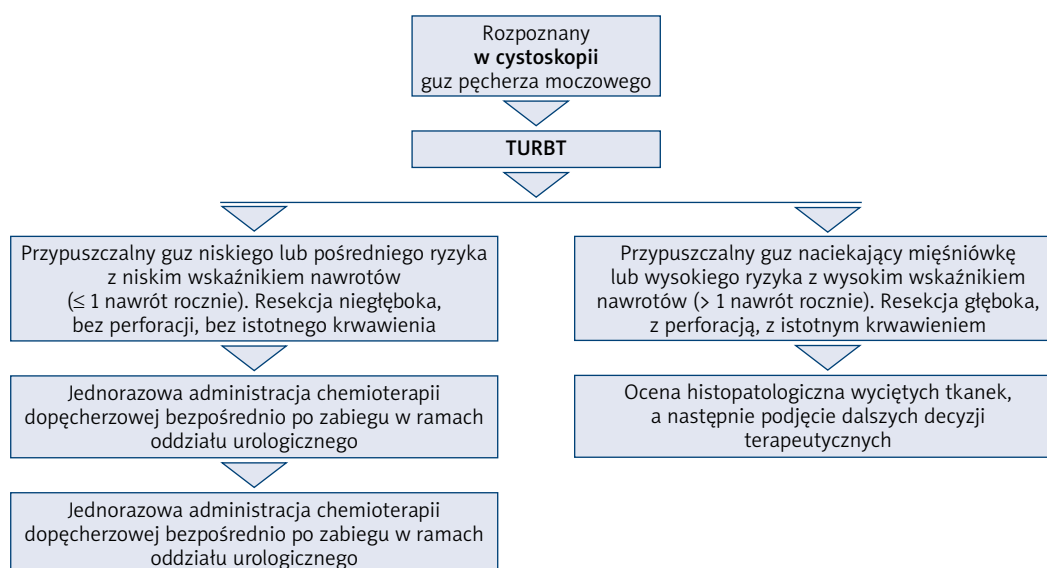
W przypadku podejrzenia raka *in situ*, które opiera się na wynikach badania cystoskopowego, cytologii osadu moczu oraz biopsji pęcherza moczowego, dodatkowe leczenie również jest konieczne.

5.1.2. Przezcewkowa elektroresekcja guza pęcherza moczowego (TURBT)

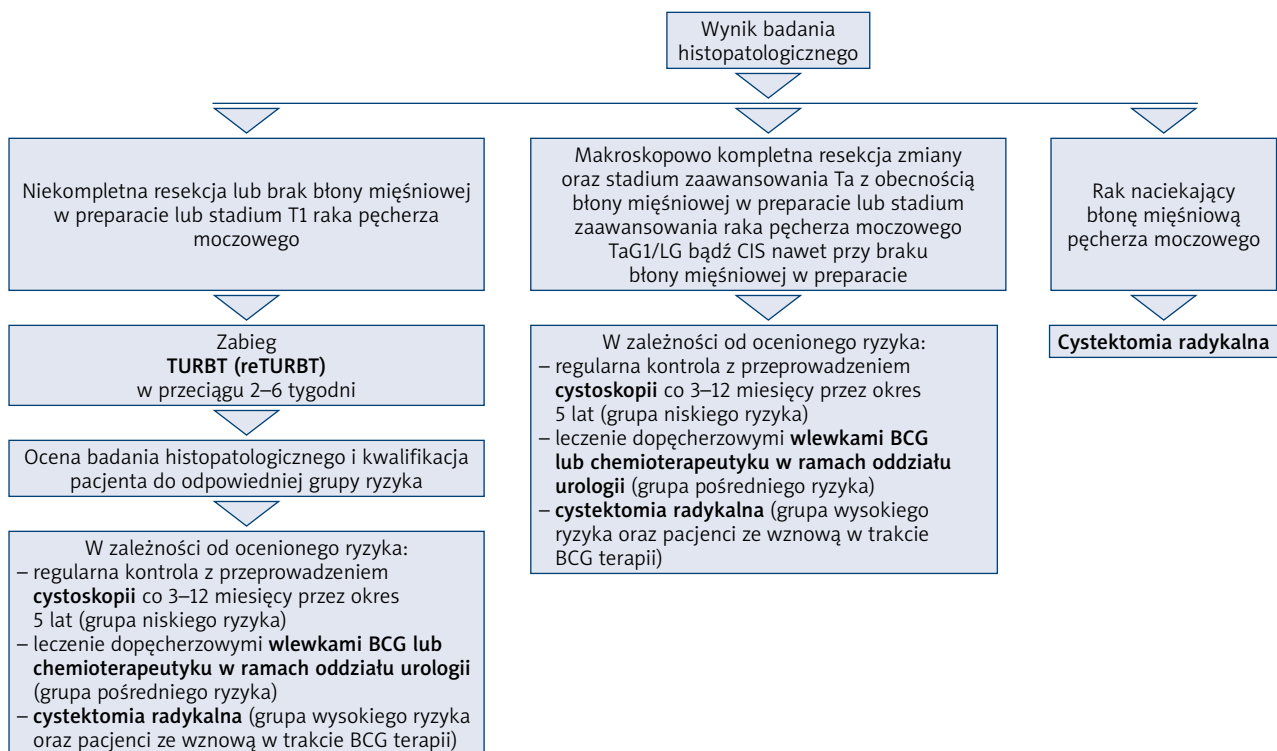
Przezcewkowa elektroresekcja guza pęcherza moczowego jest postępowaniem z wyboru u osób z podejrzeniem raka pęcherza moczowego. Każdorazowy zabieg TURBT połączony jest z oceną histopatologiczną usuniętych tkanek, stanowiąc w ten sposób dalszy ciąg diagnostyki, jak i wstępny etap leczenia (rycina 2).

Uzyskanie wyniku badania histopatologicznego jest niezbędne do podjęcia dalszych decyzji dotyczących leczenia pacjentów. Decyzje te podejmowane są przez lekarza urologa (rycina 3).

Podstawową metodą monitorowania pooperacyjnego pacjentów chorych na raka pęcherza moczowego NMIBC jest cystoskopia wykonywana przez lekarza urologa. Zgodnie z wytycznymi EAU, żadne inne badanie diagnostyczne lub procedura diagnostyczna nie



Rycina 2.



Rycina 3.

może zastąpić badania cystoskopowego. Pacjenci z grupy wysokiego ryzyka powinni dodatkowo być monitorowani z wykorzystaniem cytologii osadu moczu oraz badań obrazowych górnych dróg moczowych (tomografia komputerowa) (rycina 4).

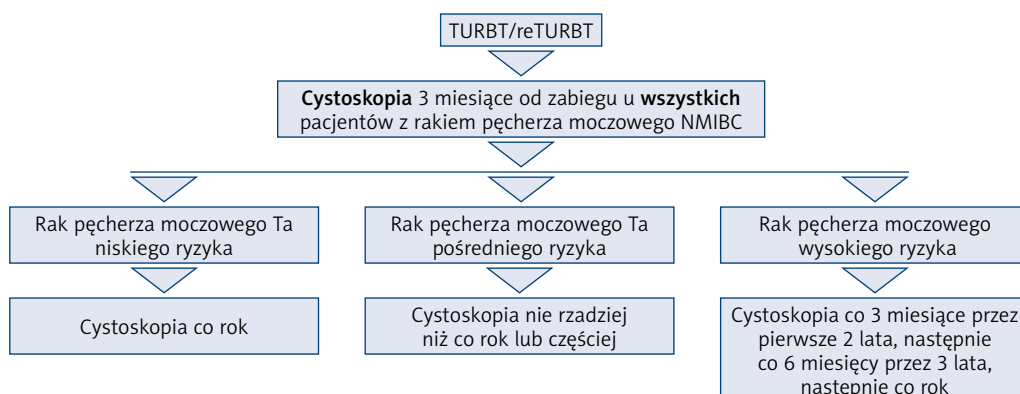
5.2. Rak pęcherza moczowego naciekający błonę mięśniową

Rak pęcherza moczowego naciekający błonę mięśniową (ang. *Muscle Invasive Bladder Cancer*, MIBC), według klasyfikacji TNM, odpowiada stadium zaawansowania co najmniej T2.

5.2.1. Diagnostyka oraz leczenie

Prawidłowa diagnostyka, podobnie jak w przypadku raka NMIBC, opiera się na dokładnym zebraniu wy-

wiadu, cystoskopii, cytologii osadu moczu, badaniach obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz wyniku badania histopatologicznego materiału uzyskanego podczas zabiegu TURBT. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU) cystektomia radykalna stanowi najważniejszą i najbardziej skuteczną metodę leczenia raka pęcherza moczowego naciekającego błonę mięśniową (T2-T4a N0M0). Może być ona jedynie wspomagana, a nie zastąpiona, przez chemioterapię lub w mniejszym stopniu przez radioterapię. Chemioterapia lub radioterapia jako jedyne opcje leczenia mogą być jedynie rozważone u pacjentów bezwzględnie niekwalifikujących się do leczenia zabiegowego. Cystektomia radykalna powinna zostać również rozważona u pacjentów z rakiem pęcherza moczowego nienaciekającego błony mięśniowej, ale o wyso-



Rycina 4.

kim ryzyku. Oczekiwanie na zabieg cystektomii radykalnej nie powinno przekraczać 3 miesięcy, gdyż dłuższe oczekiwanie istotnie zwiększa ryzyko progresji oraz śmiertelność. Cystektomia radykalna może być również traktowana jako zabieg paliatywny u ściśle wybranych pacjentów ze stadium zaawansowania T4b (rycina 5).

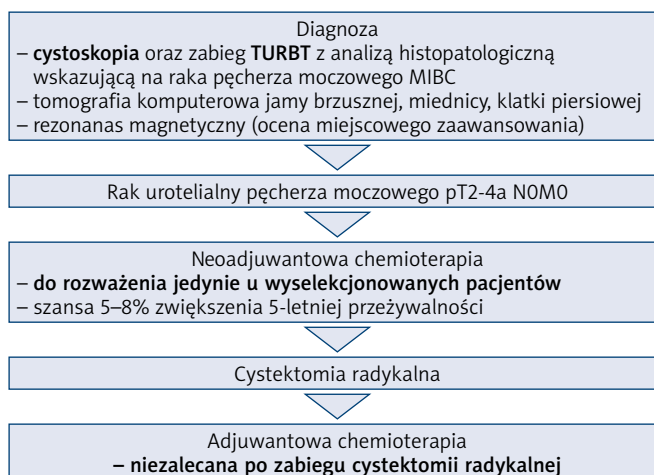
6. Zmiany w organizacji opieki nad pacjentem chorym na raka pęcherza moczowego w kontekście raportów Najwyższej Izby Kontroli

W marcu 2018 roku Najwyższa Izba Kontroli opublikowała informację o wynikach kontroli pod nazwą „Dostępność i efekty leczenia nowotworów” (www.nik.gov.pl).

W raporcie Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że nie udało się osiągnąć żadnego z głównych celów Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Nie zahamowano wzrostu zachorowań na nowotwory, a wartości wskaźników skuteczności leczenia w Polsce są gorsze od średnich w krajach Unii Europejskiej.

Według NIK wynika to z całego szeregu czynników, a w szczególności z „(...)”:

1. Niskiej świadomości społecznej przyczyn kancerogenezy, co skutkuje m.in. ograniczoną liczbą uprawnionych, korzystających z badań profilaktycznych, w tym przesiewowych. W konsekwencji wykrycie nowotworu ma miejsce w późnym jego stadium, co negatywnie wpływa na wyniki leczenia;
2. Złej organizacji systemu ochrony zdrowia, która nie zapewnia wczesnego wykrycia choroby; ustalenia kontroli NIK wskazują na niewykonywanie przez większość lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej podstawowych zadań z zakresu profilaktyki onkologicznej, a w szczególności badań profilaktycznych czy nauki samokontroli pacjenta. Jedną z przyczyn tego stanu są m.in. niewystarczające zasoby kadrowe systemu ochrony zdrowia, w tym lekarzy POZ, którzy obejmując opieką nawet kilka tysięcy uprawnionych, nie są w stanie rzetelnie wykonywać swoich obowiązków w tym zakresie. Ich pomoc ma najczęściej charakter doraźny;
3. Pogarszającego się dostępu do świadczeń, w tym badań diagnostycznych;
4. Braku ośrodków referencyjnych specjalizujących się w leczeniu określonych typów nowotworów. W 2012 roku leczeniem onkologicznym zajmowało się aż 806 szpitali, spośród których 98 udzielało świadczeń dla 80% pacjentów. (...) Z kolei tylko połowa ośrodków wykonujących zabiegi z zakresu chirurgii radykalnej dysponowała zakładem patomorfologicznym. Nie wszystkie podmioty lecznicze wykonywały również zalecane przez towarzystwa naukowe badania diagnostyczne. W efekcie ograniczało to możliwości wyboru metod leczenia;



Rycina 5.

5. Braku koordynacji leczenia i niezapewnienia jego ciągłości. Jedynie niewielka część świadczeniodawców z uwagi na skalę potrzebnych nakładów inwestycyjnych jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spektrum badań diagnostycznych;
6. niesprawnego systemu obiegu informacji, który nie gwarantuje lekarzowi dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta. Pomimo prób budowy od 1992 roku systemów informatycznych, funkcjonowania szeregu rejestrów medycznych, a nawet uchwalenia specjalnej ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w praktyce lekarz posiada taką wiedzę o pacjencie, jaka wynika z uzyskanego wywiadu lub przyniesionej przez niego dokumentacji medycznej;
7. Ograniczonych i nieadekwatnie do potrzeb rozmieszczonych zasobów systemu ochrony zdrowia, w szczególności kadr medycznych, jak również specjalistycznego sprzętu. Dodatkowym czynnikiem, negatywnie wpływającym na wyniki leczenia onkologicznego, jest ograniczony dostęp do nowoczesnych technologii”.

Najwyższa Izba Kontroli w 2017 roku oceniła, że system leczenia chorób nowotworowych był rozproszony i nie zapewniał pacjentom kompleksowego leczenia. Próby zmiany tego stanu poprzez wdrożenie pakietu onkologicznego skupiły się przede wszystkim na przyspieszeniu etapu diagnostycznego i nie wprowadziły istotnych zmian w leczeniu chorób nowotworowych. Były to rozwiązania fragmentaryczne i między innymi nie objęły rehabilitacji onkologicznej i opieki paliatywnej.

W raporcie NIK wskazano także na konieczność zapewnienia kompleksowości i jakości leczenia onkologicznego poprzez zmianę organizacji opieki zdrowotnej, którego kluczowym elementem jest tworzenie w zakresie leczenia chirurgicznego specjalistycznych ośrodków leczących określone typy nowotworów.



Fot. iStockphoto.com

„Obowiązek zapewnienia określonego standardu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne, a zatem ochrona zdrowia stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych”

„Centralizacja specjalistycznego leczenia chirurgicznego powinna nastąpić poprzez tworzenie i kontraktowanie jednostek szpitalnych mogących leczyć w ciągu roku odpowiednią liczbę (co najmniej 60 operacji rocznie) pacjentów z danymi rodzajami nowotworów (nowotwory piersi, przewodu pokarmowego, ginekologiczne, urologiczne). (...) Rozproszenie ośrodków zajmujących się chirurgią onkologiczną negatywnie wpływa na jakość leczenia.

Najwyższa Izba Kontroli w 2017 roku wskazała na niską jakość takiego leczenia, skutkującą m.in. zwiększoną śmiertelnością pooperacyjną pacjentów w podmiotach, które nie miały dużego doświadczenia w wykonywaniu takich zabiegów. Zasadne wydaje się zatem powołanie ośrodków specjalizujących się w leczeniu określonych typów nowotworów złośliwych w celu poprawy wyników leczenia”.

Odmienne stanowisko natomiast prezentuje NIK w zakresie chemioterapii, proponując między innymi zagwarantowanie możliwości tworzenia nowych ośrodków chemioterapii w jednostkach posiadających onkologiczne oddziały zabiegowe:

„Decentralizacja chemioterapii pozwoli na zwiększenie liczby procedur terapeutycznych realizowanych

w warunkach ambulatoryjnych. W regionach należy zwiększyć liczbę ośrodków z kontraktami na leczenie ambulatoryjne, a chemioterapia stacjonarna powinna zostać zagwarantowana w jednostkach, w których znajdują się zakład radioterapii oraz onkologiczne oddziały zabiegowe”.

Decentralizacja świadczeń została także zaproponowana przez NIK w zakresie radioterapii:

„Stopniowa decentralizacja radioterapii – zakłady radioterapii powinny powstawać w miejscach, w których istnieje możliwość stworzenia wielodyscyplinarnego ośrodka onkologicznego z rozwiniętą na odpowiednim poziomie chirurgią onkologiczną oraz chemioterapią. Optymalną zarówno pod względem ekonomicznym, jak i organizacyjnym formułą tworzenia nowych jednostek zajmujących się radioterapią stanowi budowa regionalnych filii. Dodatkowo korzystanie z radioterapii jest uzależnione od odległości miejsca zamieszkania pacjenta do ośrodka dysponującego akceleratorem – im większa odległość, tym mniej osób korzysta z takiego leczenia, a ponadto może to także powodować nacisk na stosowanie hospitalizacji, co skutkuje koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że działania związane z decentralizacją chemio- i radioterapii powinny być prowadzone przy zapewnieniu odpowiedniego nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń”.

Biorąc pod uwagę powyższy dokument Najwyższej Izby Kontroli, optymalny model leczenia pacjentów z nowotworem pęcherza moczowego powinien opierać się na następujących elementach:

1. Powinny zostać utworzone ośrodki referencyjne specjalizujące się w zabiegowym leczeniu nowotworu pęcherza moczowego;
2. Powinna nastąpić centralizacja specjalistycznego leczenia urologicznego w leczeniu operacyjnym nowotworu pęcherza moczowego poprzez tworzenie i kontraktowanie jednostek szpitalnych mogących leczyć w ciągu roku odpowiednią liczbę pacjentów (co najmniej 60 operacji rocznie);
3. Należy zagwarantować utworzenie nowych ośrodków chemioterapii w zabiegowych ośrodkach referencyjnych leczących nowotwór pęcherza moczowego;
4. Należy stopniowo decentralizować świadczenia z radioterapii i tworzyć nowe zakłady radioterapii w wielodyscyplinarnych ośrodkach leczenia nowotworu pęcherza moczowego z rozwiniętą na odpowiednim poziomie chirurgią onkologiczną oraz chemioterapią;
5. Należy zapewnić pacjentom z nowotworem pęcherza moczowego dostęp do kompleksowego leczenia obejmującego pełną diagnostykę, dostęp do leczenia w warunkach szpitalnych oraz rehabilitację onkologiczną i w niektórych przypadkach opiekę paliatywną.

7. Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na nowotwór pęcherza moczowego (KOS – NPM) – projekt programu pilotażowego

W 2017 roku Narodowy Fundusz Zdrowia opracował odrębną regulację dotyczącą świadczeń kompleksowych, w ramach których świadczeniodawcy realizują i rozliczają poszczególne świadczenia wykonane u pojedynczego pacjenta, dotychczas obejmujące wiele procedur medycznych w ramach wielu umów.

Świadczenia kompleksowe, zgodnie z zapisami ustawy z dnia 23 marca 2017 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, znajdują się w wykazie świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

Oznacza to, że te świadczenia będą miały zapewnione wyodrębnione finansowanie w ramach oddzielnych umów zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami i nie będą finansowane w ramach ryczałtu szpitalnego.

W dniu 29 maja 2017 roku opublikowano Zarządzenie 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne – świadczenia kompleksowe. Zarządzenie to dotyczy wprowadzenia nowego świadczenia, jakim jest kompleksowa opieka nad pacjentem po przebytym zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał).

Wszystkie następnne świadczenia kompleksowe będą sprawozdawane, rozliczane i finansowane zgodnie z regulacjami zawartymi w tym zarządzeniu.

W przypadku realizacji projektu dotyczącego pacjentów chorych na nowotwór pęcherza moczowego nowe świadczenie powinno przyjąć zbliżoną nazwę, np. „Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego (KOS – NPM)”. Zarządzenie wprowadza definicję dotyczącą nowych świadczeń.

Kompleksowe świadczenia to zakres świadczeń, w ramach którego realizowana i finansowana jest kompleksowa opieka nad pacjentem, skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz – w zależności od wskazań medycznych – różne formy rehabilitacji.

Podstawą finansowania ma być ryczałt definiowany jako uśredniona kwota przeznaczona na sfinansowanie określonych procedur medycznych.

W ramach świadczenia realizowane są zarówno świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, w szczególności procedury zabiegowe, jak i porady specjalistyczne, badania diagnostyczne i inne świadczenia konieczne do zapewnienia optymalnego postępowania terapeutycznego.

Koordinatorem leczenia wybranym w postępowaniu konkursowym ogłoszonym przez NFZ, powinien być oddział urologii z poradnią przyszpitalną.

Wartość poszczególnych procedur realizowanych w ramach świadczenia powinna być zgodna z ich aktualną wyceną zawartą w katalogach dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego.

Kluczowym elementem, związanym z określeniem wysokości ryczałtu będzie dokonanie szczegółowych analiz opartych zarówno na rzeczywistych danych związanych z obecnymi kosztami świadczeń realizowanych dla pacjentów chorych na nowotwór pęcherza moczowego, jak i wytycznych w zakresie postępowania terapeutycznego opracowanych przez Polskie Towarzystwo Urologiczne.

Ośrodek koordynujący kwalifikuje pacjentów do leczenia w ramach kompleksowego świadczenia w trakcie porady obejmującej również opracowanie całościowego planu leczenia.

W przypadku świadczeń kompleksowych NFZ przewiduje wprowadzenie współczynników jakościowych uzależniających możliwość zwiększenia wartości sfinansowanych świadczeń od uzyskanych efektów leczenia. Premia będzie wypłacana świadczeniodawcy, jeżeli czynnemu zawodowo pacjentowi w ciągu 12 miesięcy od wdrożenia programu leczenia nie zostanie wypisane zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby nowotworowej.

Istotnym elementem świadczeń kompleksowych jest także ich monitorowanie, możliwe dzięki wprowadzeniu obowiązku sprawozdawania danych do odpowiedniego Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego. W związku z powyższym należy założyć konieczność wprowadzenia nowego rejestru medycznego. Projekt takiego rejestru zaprezentowano w niniejszym raporcie.

Do zalet powyższego modelu można zaliczyć następujące elementy:

- kompleksowe świadczenia dla pacjenta chorego na nowotwór pęcherza moczowego są realizowane u jednego świadczeniodawcy,
- zapewnienie wysokiej jakości świadczeń, w szczególności z zakresu urologii, opisanych wieloma parametrami dotyczącymi warunków udzielania świadczeń,
- wprowadzenie rozwiązań premiujących wysoką jakość leczenia,
- utworzenie Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego,
- wprowadzenie planu leczenia jako optymalnego elementu zarządzania chorobą,
- brak ryzyk związanych z wykonywaniem i rozliczaniem świadczeń w ramach ryczałtu ogólnoszpitalnego,
- monitorowanie efektów programu i możliwość przeprowadzenia szybkiej ewaluacji,
- realizowanie świadczeń zgodnie z nowymi rozwiązaniami opracowanymi i preferowanymi przez NFZ,
- zwiększenie dostępności do leczenia dla pacjentów chorych na nowotwór pęcherza moczowego w Polsce,



Fot. istockphoto.com

„Obecna konstrukcja prawna nie wskazuje wystarczającego sposobu kompleksowej, koordynowanej organizacji leczenia pacjentów chorych na nowotwór pęcherza moczowego”

- możliwość porównania efektów leczenia w poszczególnych ośrodkach.

Z kolei wady powyższego modelu to:

- konieczność przeprowadzenia przez NFZ nowych postępowań konkursowych w celu dokonania wyboru świadczeniodawców,
- konieczność zapewnienia dodatkowego finansowania świadczeń przez NFZ,
- brak możliwości realizacji koordynowanej opieki na oddziałach i w poradniach niespełniających wysokich wymogów jakościowych,
- bariery w dostępie do leczenia związane z dużą odległością pomiędzy ośrodkiem realizującym program a miejscem zamieszkania pacjenta,
- konieczność dokonania zmian w organizacji udzielania świadczeń na oddziałach i w poradniach urologicznych realizujących to świadczenie.

Najważniejszym celem kompleksowej opieki nad pacjentem dotkniętym nowotworem pęcherza moczowego jest zapewnienie koordynacji leczenia pacjenta,

u którego wykonano zabieg operacyjnego leczenia nowotworu pęcherza moczowego, mającej zapewnić właściwe postępowanie terapeutyczne oraz obniżyć śmiertelność szpitalną i poszpitalną. Wczesna rehabilitacja i urologiczna opieka specjalistyczna w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia ma poprawić jakość opieki nad pacjentem oraz zapewnić właściwą kontrolę czynników ryzyka, co może pozytywnie wpłynąć na obniżenie odsetka śmiertelności odległej, jak również ma na celu przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Do objęcia opieką kompleksową zakwalifikowani zostaną pacjenci chorzy na **nowotwór pęcherza moczowego** według rozpoznań ICD-10: C67 Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego. Nienaciekający nowotwór pęcherza moczowego o dużym stopniu złośliwości NMIB C Ta / T1 HG+/- CIS NMIBC, o stopniu zaawansowania MIB w stopniu \geq T2 Nx M0 MIBC.

Kompleksowa Opieka nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego powinna obejmować w szczególności wykonanie procedur JGP (L21 – Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki lub L22 – Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka, lub L26 – Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym) oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i rehabilitację w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia.

W ramach opieki kompleksowej pacjent będzie miał zapewnioną:

1. Koordynację leczenia obejmującą wykonanie ww. procedury zabiegowej oraz zapewniającą dostępność do ewentualnego leczenia w ramach radioterapii i/ lub chemioterapię;
2. Rehabilitację leczniczą;
3. Urologiczną opiekę specjalistyczną, obejmującą realizację badań diagnostycznych i kontrolę stanu zdrowia pacjenta.

Kompleksowa opieka skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, powinna być realizowana w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji kompleksowej opieki opracowanym przez podmiot koordynujący.

Podmiotem koordynującym będzie szpital posiadający w swojej strukturze oddział urologiczny oraz dysponujący infrastrukturą konieczną do realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej, tj. przyszpitalną poradnię urologiczną.

Wszystkie działania związane z opieką nad pacjentem w ramach hospitalizacji oraz w okresie 12 miesięcy

od rozpoczęcia świadczenia organizuje i nadzoruje podmiot koordynujący, który:

1. Prowadzi diagnostykę, w tym endoskopową, przeprowadza leczenie zachowawcze i zabiegowe zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta, przy uwzględnieniu świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej;
2. Opracowuje indywidualny plan leczenia pacjenta, obejmujący informacje na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich kolejności, orientacyjnych terminów oraz świadczeniodawców (ich lokalizacji), u których to leczenie będzie prowadzone. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta dokonuje też zmiany planu leczenia pacjenta;
3. Koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;
4. Zapewnia leczenie zabiegowe zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta;
5. Zapewnia odpowiednią rehabilitację zgodnie ze stanem pacjenta oraz edukację dotyczącą stylu życia i czynników ryzyka;
6. Zapewnia/koordynuje ambulatoryjną specjalistyczną opiekę urologiczną;
7. Zapewnia możliwość 24-godzinnego kontaktu (w ramach oddziału urologicznego), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOS – NPM;
8. Odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
9. Prowadzi sprawozdawczość z wykonanych świadczeń z zakresu diagnostyki i terapii do Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego – po ewentualnym utworzeniu rejestru w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia;
10. W przypadku gdy po przeprowadzonej diagnostyce pacjent nie kwalifikuje się do objęcia go opieką w ramach KOS – NPM, odnotowuje ten fakt w historii choroby oraz niezwłocznie w systemie informatycznym przeznaczonym do monitorowania KOS – NPM, po jego udostępnieniu przez NFZ;
11. Po zakończeniu udzielania świadczenia w ramach KOS – NPM przekazuje informacje lekarzowi POZ/AOS o świadczeniach zalecanych pacjentowi.

Opieka nad pacjentem, mająca na celu zapewnienie kompleksowości i ciągłości w optymalnym z punktu widzenia klinicznego czasie, składa się z następujących modułów postępowania realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów:

I Moduł – leczenie zabiegowe obejmuje:

1. Hospitalizację pacjenta w celu przygotowania go do leczenia zabiegowego i realizację następujących procedur:
L21 – Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki; L22 – Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka;

L26 – Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym.

2. Ustalony w trakcie hospitalizacji przez lekarza urologa, wspólnie z lekarzem rehabilitacji medycznej, indywidualny plan leczenia pacjenta uwzględniający w szczególności ewentualne leczenie z zakresu radioterapii i chemioterapii oraz odpowiednią rehabilitację i wizyty w poradni urologicznej. Plan leczenia należy załączyć do dokumentacji medycznej pacjenta.
3. Wizytę koordynującą (kontrolną) w celu oceny stanu zdrowia pacjenta i dokonania ewentualnej modyfikacji planu leczenia pacjenta.

II Moduł – rehabilitacja obejmuje:

1. Rehabilitację onkologiczną i ogólnoustrojową realizowaną według indywidualnego planu rehabilitacyjnego w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego.

III Moduł – urologiczna opieka specjalistyczna obejmuje:

1. Specjalistyczną opiekę urologiczną, w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia, w ramach której pacjent powinien mieć możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, jeżeli wynika to z indywidualnego planu opieki, z zachowaniem możliwości dostępu do świadczeń opieki medycznej na oddziale szpitalnym o profilu urologicznym, 24 godziny na dobę w przypadku wskazań medycznych oraz uzyskania badań diagnostycznych;
2. Co najmniej 6 porad specjalistycznych.

Istniejące wytyczne postępowania medycznego

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU) dotyczącymi postępowania z chorymi na nowotwór złośliwy pęcherza moczowego.

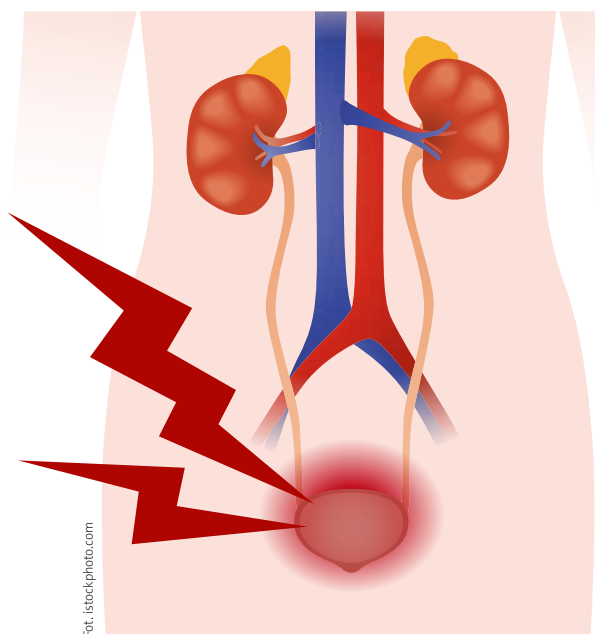
Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń

Monitorowanie i ewaluacja programu opieki kompleksowej nad pacjentem chorym na nowotwór pęcherza moczowego będzie obejmowała zarówno wskaźniki dotyczące jakości opieki na poziomie ośrodka realizującego program opieki kompleksowej, jak i wskaźniki dotyczące efektów leczenia.

Podmiot koordynujący zobowiązany jest do obowiązkowego sprawozdawania do Krajowego Rejestru Raka Pęcherza Moczowego danych dotyczących wyjściowej hospitalizacji po 12 miesiącach realizacji KOS – NPM.

Dane umożliwiające określenie następujących wskaźników:

– odsetek pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację oraz powody rezygnacji z rehabilitacji [%];



- śmiertelność w ciągu 30 dni od pierwszego dnia hospitalizacji;
- śmiertelność w ciągu 360 dni od pierwszego dnia hospitalizacji;
- odsetek pacjentów, u których wystąpiło zakażenie wewnątrzszpitalne;
- odsetek pacjentów, u których wykonano reoperację z powodu powikłań.

8. Krajowy Rejestr Raka Pęcherza Moczowego

Zagadnienia dotyczące tworzenia rejestrów medycznych zostały szczegółowo uregulowane w ustawie z dnia 20 lipca 2017 roku o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.

Według definicji zawartej w ustawie rejestr medyczny to tworzony zgodnie z prawem rejestr, ewidencja, lista, spis albo inny uporządkowany zbiór danych osobowych, jednostkowych danych medycznych lub danych niebędących danymi osobowymi, służący do realizacji zadań publicznych, prowadzony przez podmiot funkcjonujący w systemie ochrony zdrowia.

Minister właściwy do spraw zdrowia w celu:

- monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej,
- monitorowania stanu zdrowia usługobiorców,
- prowadzenia profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych albo programów polityki zdrowotnej,
- monitorowania i oceny bezpieczeństwa, skuteczności, jakości i efektywności kosztowej badań diagnostycznych lub procedur medycznych,

może tworzyć i prowadzić albo tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych, stanowiących uporządkowany zbiór danych osobowych, w tym jednostkowych danych medycznych.

Utworzenie rejestru medycznego może nastąpić na wniosek podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Narodowego Funduszu Zdrowia albo innych jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Utworzenie rejestru medycznego powinno być poprzedzone analizą potrzeb jego utworzenia i obejmuje między innymi: zdefiniowanie problemu i weryfikację potrzeby utworzenia rejestru, spodziewane efekty i korzyści wynikające z wdrożenia rejestru, uzasadnienie konieczności sfinansowania lub dofinansowania rejestru przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ocenę przydatności rejestru i możliwości jego wykorzystania w przyszłości oraz dalszego prowadzenia tego rejestru, a także wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów wdrożenia rejestru.

Tworzenie rejestrów medycznych następuje w drodze rozporządzenia. W rozporządzeniu minister właściwy do spraw zdrowia określa:

- podmiot prowadzący rejestr,
- okres, na jaki utworzono rejestr – w przypadku rejestru tworzonego na czas oznaczony,
- usługodawców lub podmioty prowadzące rejestry publiczne i rejestry medyczne oraz sposób i terminy przekazywania przez nich danych,
- sposób prowadzenia rejestru,
- zakres i rodzaj danych przetwarzanych w rejestrze.

19 czerwca 2017 roku Minister Zdrowia przedstawił do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia w sprawie Krajowego Rejestru Raka Płuc. W projekcie założono, że podmiotem prowadzącym rejestr będzie Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, który otrzyma z Ministerstwa Zdrowia środki na zarządzanie rejestrzem. Wysokość nakładów na ten cel wyniesie 400 000 złotych.

Projekt wspomnianego rozporządzenia określa:

1. Podmiot prowadzący Krajowy Rejestr oraz sposób jego prowadzenia,
2. Okres, na jaki utworzono rejestr,
3. Zakres danych przetwarzanych,
4. Rodzaje identyfikatorów w rejestrze,
5. Sposób zabezpieczenia danych zawartych w rejestrze przed nieuprawnionym dostępem.

Ad 1. W przypadku Rejestru Raka Pęcherza Moczowego potencjalnym podmiotem prowadzącym go powinien być ośrodek urologii posiadający wieloletnie doświadczenie w zabiegowym leczeniu pacjentów dotkniętych nowotworem pęcherza moczowego oraz doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych. Rejestr powinien być prowadzony z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego.

Ad 2. Okres prowadzenia Rejestru powinna określać umowa zawarta z Ministerstwem Zdrowia, które powinno także zapewnić jego finansowanie. Wydaje się, że optymalny okres prowadzenia Rejestru wynosi co najmniej 5 lat.

Ad 3. W Rejestrze powinno się przetwarzać następujące dane:

1. Zakres danych dotyczących usługobiorcy:
 - a. imię i nazwisko,
 - b. płeć,
 - c. obywatelstwo,
 - d. wykształcenie,
 - e. numer PESEL,
 - f. data urodzenia,
 - g. adres zamieszkania,
 - h. miejsce pobytu,
 - i. zgon.
2. Jednostkowe dane medyczne dotyczące usługobiorcy (pacjenta chorego na nowotwór pęcherza moczowego) powinny być podobne jak w przypadku pacjenta z nowotworem płuca, czyli:
 - a. czynniki ryzyka:
 - narażenia środowiskowe (życie w mieście przemysłowym, palenie papierosów, azbest, promieniowanie jonizujące, przetwórstwo ropy naftowej),
 - nowotwory występujące w rodzinie,
 - inne czynniki (cukrzyca, niewydolność nerek, inne przebyte nowotwory);
 - b. przeprowadzone badania diagnostyczne (molekularne, cystoskopia, usg, hist.-pat., stopień zaawansowania nowotworu),
 - c. opis leczenia operacyjnego,
 - d. opis leczenia okołoperacyjnego (przebieg, data wypisu, data zgonu, liczba dni hospitalizacji).
3. Leczenie onkologiczne pooperacyjne:
 - a. rodzaj chemioterapii lub radioterapii,
 - b. immunoterapia,
 - c. leczenie celowane,
 - d. data rozpoczęcia i zakończenia chemioterapii,
 - e. masa ciała,
 - f. wzrost,
 - g. określenie stopnia zaawansowania nowotworu TNM,
 - h. wynik badania EKG,
 - i. ciśnienie krwi,
 - j. ocena wielkości guza.

Należy zaznaczyć, że Minister Zdrowia przedstawił także analogiczne projekty rozporządzeń innych rejestrów medycznych, tj.: Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Rejestru Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych z dnia 1 marca 2018 roku. oraz Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych z dnia 26 marca 2018 roku.

9. Aspekty prawne

9.1. Stan faktyczny

Zgodnie z obecnym stanem prawnym, świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie

„Utworzenie rejestru medycznego może nastąpić na wniosek podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Narodowego Funduszu Zdrowia albo innych jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia”

chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Obowiązek zapewnienia określonego standardu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne, a zatem ochrona zdrowia stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych.

Podstawowe regulacje dotyczące zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawierają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z dnia 19.10.2017 poz. 1938), zwanej dalej ustawą o świadczeniach. Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach podstawą rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ.

Umowy te są zawierane w zakresach określonych w art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach, które to zakresy są zgodne z uprawnieniami pacjentów do otrzymywania określonego rodzaju świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wykazy przysługujących świadczeniobiorcom świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach określa, w drodze rozporządzeń, Minister Zdrowia.

Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych należy również do kompetencji Ministra Zdrowia. Podstawą zakwalifikowania świadczenia jest jego ocena, uwzględniająca między innymi priorytety zdrowotne określone na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z dnia 02.03.2018 poz. 469). Zgodnie z §1 powołanego rozporządzenia, jednym z priorytetów zdrowotnych jest zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.

Dlatego też wszelkie zmiany organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych w zakresie poprawy jakości



Fot. iStockphoto.com

leczenia chorych na nowotwory złośliwe są konieczne i zgodne z przyjętymi priorytetami zdrowotnymi.

Przedmiotem przedkładanego raportu i analizy jest leczenie pacjentów dotkniętych nowotworem pęcherza moczowego. Zgodnie ze wskazanymi powyżej regulami leczenie tych pacjentów odbywa się w szczególności w ramach umów na świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zawartych między NFZ a świadczeniodawcą w następujących zakresach:

- leczenie szpitalne,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Szczegółowy wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego oraz warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z dnia 12.12.2017 poz. 2295), zwane dalej rozporządzeniem koszykowym w zakresie leczenia szpitalnego.

Szczegółowy wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z dnia 16.03. 2016 poz.357), zwane dalej rozporządzeniem koszykowym w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

9.1.1. Rozporządzenie koszykowe w zakresie leczenia szpitalnego dotyczące urologii – wymogi dla świadczeniodawców

Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia koszykowego w zakresie leczenia szpitalnego, określającego warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, świadczeniodawcy udzielający świadczeń w za-

kręsie urologii muszą spełniać następujące wymogi w odniesieniu do lekarzy, wykazując: równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjaliści w dziedzinie urologii, w przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjaliści urologii dziecięcej.

W przypadku świadczeń związanych z udzielaniem chemioterapii, zgodnie z rozporządzeniem koszykowym w zakresie leczenia szpitalnego, świadczeniodawca musi zapewnić, w odniesieniu do wymogów personalnych, równoważnik 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie chorób płuc – w zakresie leczenia nowotworów płuc, lub lekarza specjalisty w dziedzinie urologii – w zakresie leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego, lub lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii – w zakresie guzów neuroendokrynnych, lub lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii onkologicznej – w zakresie leczenia nowotworów narządów płciowych kobiecych lub równoważnik 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej lub lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii onkologicznej – w zakresie leczenia skojarzonego (jednoczesnej chemioradioterapii lub w połączeniu chemioterapii i leczenia operacyjnego) – pod warunkiem zapewnienia stałego konsultanta – lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej, lub równoważnik 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub lekarza specjalisty chemioterapii nowotworów, lub lekarza specjalisty w zakresie hematologii, lub lekarza specjalisty w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej. W odniesieniu do pielęgniarek musi być zapewniony równoważnik 3 etatów dla personelu przeszkolonego w zakresie podawania cytostatyków.

W przypadku świadczeń związanych z udzielaniem chemioterapii w trybie jednego dnia – świadczeniodawcy muszą spełnić następujące wymogi personalne, zapewniając dostęp do równoważnika 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie chorób płuc – w zakresie leczenia nowotworów płuc, lub lekarza specjalisty w dziedzinie urologii – w zakresie leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego, lub lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii – w zakresie guzów neuroendokrynnych, lub lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii onkologicznej – w zakresie leczenia nowotworów narządów płciowych kobiecych lub równoważnik 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej, lub chirurgii onkologicznej – w zakresie leczenia skojarzonego, tzn. jednoczesnej chemioradioterapii lub w połączeniu chemioterapii i leczenia operacyjnego – pod warunkiem zapewnienia stałego konsultanta – lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej, lub równoważnik 1 etatu: lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub lekarza specjalisty w dziedzinie chemioterapii nowotworów, lub lekarza specjalisty w dziedzi-

nie hematologii, lub lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. W odniesieniu do pielęgniarek świadczeniodawcy są zobowiązani do zapewnienia równoważnika 3 etatów w zakresie podawania substancji aktywnych w chemioterapii.

9.1.2. Rozporządzenie koszykowe w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczące urologii – wymogi dla świadczeniodawców

Zgodnie z rozporządzeniem koszykowym w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczenia z zakresu urologii są realizowane w ramach porady specjalistycznej – urologia.

Świadczenie „Podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym” może być udzielane w poradni realizującej poradę specjalistyczną: onkologia lub onkologia i hematologia dziecięca, lub hematologia, lub gruźlica i choroby płuc, lub gruźlica i choroby płuc u dzieci, lub endokrynologia, lub endokrynologia dla dzieci, lub chirurgia onkologiczna, lub chirurgia onkologiczna dla dzieci, lub urologia, lub urologia dziecięca, lub transplantologia lub na oddziale w trybie leczenia jednego dnia lub na całodobowym oddziale szpitalnym o profilu: onkologia kliniczna lub onkologia i hematologia dziecięca, lub hematologia, lub chemioterapia – hospitalizacja, lub chemioterapia – leczenie jednego dnia, lub choroby wewnętrzne, lub endokrynologia, lub endokrynologia dla dzieci, lub ginekologia onkologiczna, lub urologia, lub urologia dla dzieci, lub gastroenterologia, lub gastroenterologia dla dzieci, lub otorynolaryngologia, lub otorynolaryngologia dla dzieci, lub transplantologia kliniczna, lub transplantologia kliniczna dla dzieci, lub choroby płuc, lub choroby płuc dla dzieci, lub pediatria, lub chirurgia ogólna, lub chirurgia dziecięca, lub chirurgia onkologiczna, lub radioterapia, lub brachyterapia.

9.2. Regulacje na poziomie NFZ

Szczegółowy zakres regulacji dotyczący zawierania umów w poszczególnych zakresach, warunki wymagane do udzielania poszczególnych świadczeń oraz tryb ich realizacji i wyceny określają zarządzenia Prezesa NFZ.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (z późn. zm.) leczenie pacjentów z nowotworem pęcherza moczowego, z rozpoznaniem klasyfikowanym według ICD-10 C67, odbywa się w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP): L08 – Nowotwory nerek i dróg moczowych oraz L21 – Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki, L22 – Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka, oraz L26 – Średnie zabiegi endoskopowe

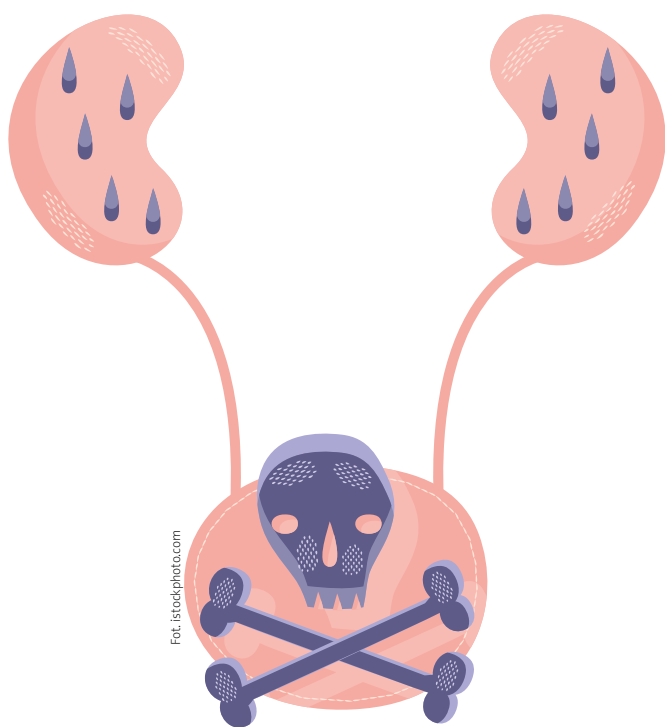
„Zgodnie z obecnym stanem prawnym świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie”

na pęcherzu moczowym. Świadczenia te są udzielane w trybie hospitalizacji planowej, hospitalizacji planowej – pakiet onkologiczny oraz w ramach chirurgii jednego dnia.

Obecna konstrukcja prawna nie wskazuje wystarczającego sposobu kompleksowej, koordynowanej organizacji leczenia pacjentów chorych na nowotwór pęcherza moczowego, nawet przy uwzględnieniu obowiązków określonych w § 4a rozporządzenia koszykowego w zakresie leczenia szpitalnego.

Zgodnie z powołanym zapisem, świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej realizujący leczenie onkologiczne, pełniący rolę ośrodka wiodącego, powinien w szczególności posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą:

1. Wyodrębnienie ustalającego plan leczenia onkologicznego wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
2. Podjęcie leczenia najpóźniej w terminie do 14 lub 28 dni w zależności od przypadku,
3. Ustalenie planu leczenia onkologicznego przez zespół, o którym mowa powyżej, a w przypadku nowotworów złośliwych układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci bez udziału tego zespołu,
4. Udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie świadczeniobiorców osoby prowadzącej fizjoterapię, psychologa lub psychoonkologa,
5. Istnienie w lokalizacji oddziału o odpowiednim profilu leczenia w zależności od rozpoznanego przypadku,
6. Udokumentowaną koordynację, w tym dostęp do świadczeń:
 - a. chemioterapii,
 - b. radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów złośliwych leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym.



Praktyczna realizacja powyższych zapisów wymaga wsparcia przez utworzenie dodatkowych, stworzonych specjalnie dla grupy pacjentów z rozpoznaniem nowotworu pęcherza moczowego uregulowań zapewniających właściwe postępowanie terapeutyczne, obniżające śmiertelność szpitalną. Wczesna rehabilitacja i urologiczna opieka specjalistyczna w okresie 12 miesięcy od zabiegu poprawi jakość opieki nad pacjentem i kontrolę czynników ryzyka, co w efekcie sprzyja obniżeniu śmiertelności odległej oraz przywróceniu zdolności do pracy osobom, które były zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy.

Wprowadzenie powołanych powyżej uregulowań jest zgodne z priorytetami zdrowotnymi oraz wpisuje się w podejście procesowe do modelu koordynacji zdefiniowane przez Kodnera i Spreeuwenberga (2002). Autorzy ci uważają, że: „(...) koordynacja jest spójnym zestawem metod i modeli na poziomach finansowania, administrowania, organizacji, świadczenia usług oraz na poziomie klinicznym, zaprojektowanym w celu stworzenia łączności, ujednolicenia i pobudzenia współpracy wewnątrz i pomiędzy sektorami leczenia i opieki. Celem tych metod i modeli jest polepszenie jakości opieki i życia, satysfakcja pacjenta oraz efektywność systemu odczuwana przez świadczeniobiorców wskutek łączenia wielu usług, świadczeniodawców i środowisk”.

Reasumując, wydaje się zasadne poszukiwanie możliwości realizacji w polskim systemie ochrony zdrowia kompleksowej opieki lub innych rozwiązań, które mogą poprawić jakość udzielanych świadczeń i wpłynąć na wyniki zdrowotne pacjentów z nowotworem pęcherza moczowego.

10. Możliwości prawne wdrażania modelu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego

Wdrożenie modelu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego może zostać zrealizowane w dwojaki sposób.

Model może zostać wdrożony w ramach programu pilotażowego, zdefiniowanego w przepisach ustawy o świadczeniach jako zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych.

Zgodnie z art. 48e ustawy o świadczeniach, program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje i kontroluje Minister Zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje i ewaluje Narodowy Fundusz Zdrowia. Program pilotażowy może być finansowany z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. W programie pilotażowym powinien zostać określony między innymi:

1. Cel programu pilotażowego,
2. Okres realizacji programu pilotażowego,
3. Zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy,
4. W przypadkach wynikających z celu programu pilotażowego – populacja zamieszkująca określony obszar terytorialny objęta programem pilotażowym,
5. Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,
6. Sposób rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wysokość kapitałowej stawki rocznej, ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej lub ryczałtu, w tym ryczałtu na populację objętą programem pilotażowym,
7. Sposób wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania i prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia, lub sposób objęcia przez świadczeniodawcę danej populacji świadczeniami opieki zdrowotnej,
8. Realizator programu pilotażowego albo tryb jego wyboru,
9. Wskaźniki realizacji programu pilotażowego,
10. Sposób pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego,
11. Sposób oceny wyników programu pilotażowego,
12. Podmiot zobowiązany do finansowania programu pilotażowego.

Przepisy ustawy o świadczeniach przewidują dwa modele wdrażania programu pilotażowego. W jednym modelu Minister Zdrowia ustala, w drodze rozporządzenia, program pilotażowy, mając na uwadze poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a NFZ zawiera umowę o realizację programu pilotażowego z realizatorem programu pilotażowego.

Drugi model odnosi się do programu pilotażowego, który dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w zakresie i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d. W takim przypadku Minister Zdrowia wyraża zgodę na opracowanie i ustalenie programu przez Prezesa NFZ.

Wybór sposobu realizacji i wdrażania programu pilotażowego będzie należał do Ministra Zdrowia, który – dokonując oceny przedłożonego Modelu pod kątem spełnienia kryterium zgodności przedstawionych zakresów świadczeń z przepisami rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – wskaże właściwą procedurę realizacji programu.

Dodatkowym sposobem wdrożenia Modelu jest nowelizacja zarządzenia z dnia 29 maja 2017 roku Nr 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania, realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne – świadczenie kompleksowe poprzez dodanie regulacji odnoszących się do realizacji świadczeń w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem dotkniętym nowotworem pęcherza moczowego.

Stworzenie nowego świadczenia w zakresie kompleksowej opieki może także wymagać oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Decyzja w tym zakresie również należy do Ministra Zdrowia.

Podsumowując omawiane zagadnienie, należy stwierdzić, że najbardziej pożądanym modelem wdrożenia proponowanego rozwiązania w zakresie Kompleksowej Opieki nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Pęcherza Moczowego byłoby stworzenie oraz

” Stworzenie nowego świadczenia w zakresie kompleksowej opieki może także wymagać oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ”

wdrożenie przez NFZ programu pilotażowego, który wykazałby efektywność organizacyjną, kliniczną i kosztową proponowanych rozwiązań.

11. Rekomendacje końcowe

- Nawiązując do zaleceń NIK zawartych w dokumencie pokontrolnym z 2017 roku, Polskie Towarzystwo Urologiczne powinno opracować kryteria wymagane dla specjalistycznych ośrodków leczenia nowotworu pęcherza moczowego, przy których powinny być zorganizowane ośrodki chemioterapii i radioterapii leczące ten typ nowotworu.
- Tworzenie specjalistycznych ośrodków leczenia nowotworu pęcherza moczowego powinno zostać wpisane jako regionalny priorytet dla polityki zdrowotnej przez Wojewódzkie Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych.
- Należy opracować i wdrożyć program pilotażowy, realizowany przez kilka ośrodków w Polsce i finansowany ze środków NFZ, oparty na modelu kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem z nowotworem pęcherza moczowego.
- Należy opracować projekt rozporządzenia w sprawie utworzenia Rejestru Raka Pęcherza Moczowego i wyznaczyć ośrodek, który będzie nim zarządzał i analizował jakość realizowanych świadczeń przez poszczególne ośrodki.
- Należy opracować, przy udziale Polskiego Towarzystwa Urologicznego, program ustawicznego szkolenia z zakresu chemioterapii nowotworów układu moczowego w oparciu o aktualizowane co rok schematy postępowania.

AUTORZY RAPORTU

PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA UROLOGICZNEGO: prof. dr hab. n. med. Piotr Chłosta

PRZEDSTAWICIELE ZARZĄDU GŁÓWNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA UROLOGICZNEGO: prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa – wiceprezes ZG PTU; dr hab. n. med. Anna Kotodziej, prof. nadzw. – sekretarz ZG PTU; dr hab. n. med. Marek Lipiński – skarbnik ZG PTU; prof. dr hab. n. med. Tomasz Szydełko – członek ZG PTU; prof. dr hab. n. med. Marcin Stojewski – członek ZG PTU; dr hab. n. med. Jakub Dobruch – przewodniczący Sekcji Urologii Onkologicznej PTU;

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE UROLOGII: dr hab. n. med. Artur A. Antoniewicz

FUNDACJA EKSPERCI DLA ZDROWIA: Marzena Domańska-Sadynica – ekspert ochrony zdrowia, prezes Fundacji Ekspertów dla Zdrowia; Magdalena Wiciak-Obreńska – doradca prawny, Fundacja Ekspertów dla Zdrowia; Jerzy Gryglewicz – ekspert ochrony zdrowia, Fundacja Ekspertów dla Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego

Tłumaczenie fragmentów Guidelines 2018 wykorzystanych w Rozdziale 5 niniejszego opracowania: dr n. med. Mikołaj Przydacz (Klinika Urologii CM UJ w Krakowie)