

Pani Izabela Leszczyna
Ministra Zdrowia

Szanowna Pani Ministro,

Piszemy w sprawie propozycji pozwalających na realizację bazowych programów profilaktycznych obszaru onkologii finansowanych przez NFZ, na **poziomie docelowo populacyjnie istotnym, czyli >70% populacji (tak jak w krajach cywilizacyjnie rozwiniętych i zgodnie z zaleceniami WHO i NSO).**

Obecnie wyszczepialność młodzieży p/ko HPV wynosi ok 27% w rocznikach podstawowych szczepień (to jest 13-14 latków) i średnio 12% we wszystkich docelowych rocznikach 9-18 latków.

Obecnie objęcie profilaktyką cytologiczną Raka Szyjki Macicy (RSZM) SIMP wynosi 11%. Wg innych niepoprawnych metodologicznie danych, jest to ponad 80% (dane deklaratywne). Specyfiką krajów byłej sowieckiej strefy wpływów jest wysoka frakcja (szacunkowo 25-35%) populacji poza adekwatną opieką przez ponad 10 lat, czego dowodem jest nieznaczna redukcja śmiertelności, szczególnie z powodu RSZM.

Możliwość realizacji programu profilaktyki pierwotnej (PPP) czyli szczepień u dzieci w grupie 13-14 r.ż. przeciwko HPV **jest sukcesem**, gdzie rozwiązania są na poziomie światowym (po wielu latach opóźnień).

Możliwość realizacji programu profilaktyki wtórnej (PPW) u kobiet 25-64 r.ż. **będzie sukcesem** (w rozumieniu koncepcji programowej- polegającej na identyfikacji infekcji HPV i cytologii fazy płynnej - na poziomie światowym!)

O ile PPP wiąże się z dużymi napięciami emocjonalnymi ze strony tzw. środowisk „antyszczepionkowców”, ale wynik na poziomie 35-40% a nawet 50% populacji młodzieży jest możliwy do uzyskania w perspektywie następnych 3 lat, to w zakresie PPW można zrobić znacznie więcej. Pokazanie skali infekcji HPV następczo poprawi również wynik szczepień.

Jednak są to sukcesy tzw. 3-ciej (PPP) i 2-giej (PPW) fazy organizacji programów populacyjnych. Ogólnie takich faz rozwoju projektów możemy rozróżnić 6, gdzie faza 6-ta to osiągnięcie pełnej propagacji populacyjnej (>85% populacji).

Obecnie brak jest rozwiązań systemowych (organizacyjnych) pozwalających na szybką i pełną propagację populacyjną.

Dobrym wzorcem efektywnych rozwiązań gdzie Polska miała dobrą diagnostykę i najwyższą wyszczepialność wśród krajów Europy środkowej i wschodniej były rozwiązania z pandemii Covid (jednolite bazy danych, zarządzanie projektem, elastyczność zawierania umów, elastyczne i uniwersalne wykorzystanie zasobów).

Konieczne jest podjęcie działań proefektywnościowych na poziomie systemowym. W tym zakresie na początku kluczowa jest realizacja punktów 1-3.

1. **Ustanowienie celów populacyjnych** dla managerów systemowych – **rozpoczynając od Pani Ministry, jako Narodowego Project Ownera (NPO)** w obszarze poszczególnych etapów tj. uczestnictwa , następnie w zakresie kontroli jakości, oraz tempa przekazywania pacjentów do KSO. **Cele te powinny być sędowane na Prezesa NFZ (obszar organizacyjny), doradztwo merytoryczne - Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego i dalej kolejno kaskadowo w dół. Cele NPO należy ustanowić do wiadomości publicznej w postaci rozporządzenia lub innego aktu prawnego w oparciu o cele WHO np. 70% uczestnictwo w PPW w ciągu 3 lat. Akt ten powinien umożliwiać zaplanowanie celów systemu ochrony zdrowia. Wyżej wymienione cele muszą stać się zadaniami dla konsultantów krajowych i wojewódzkich w zakresie grup pracowniczych (lekarze ginekolodzy, lekarze ginekolodzy onkolodzy, położne, pielęgniarki, lekarze rodzinni, profilaktycy) a także jednostek kooperujących w ramach KSO i całego POZ.**
2. **Zlecenie i wykonanie opisu studium wykonalności uzyskania danego populacyjnego efektu zdrowotnego wraz z ewaluacją, ze stałymi pomiarami efektywności i możliwością korekty działania poszczególnych wykonawców zadań.**
3. **Zredefiniowanie zasad organizowania bazowych programów profilaktycznych:**
 - a. Działania w oparciu o w/w cel. Powołanie decyzyjnej, operacyjnej komórki nadzorczej w NFZ (centrala + oddziały). Zatrudnienie ludzi z doświadczeniem popartym wynikami.
 - b. Obligatoryjne wyegzekwowanie zawarcie aneksów na realizację programu profilaktycznego . Możliwość jej realizacji w każdym z kontraktów POZ i AOS- ginekologia. Obecnie wbrew ustawie o POZ realizuje je mniej niż 5% świadczeniodawców.
 - c. Zweryfikowanie wykorzystania zasobów (najwyższa liczba położnych i lekarzy ginekologów położników w EU na 100 000 pacjentów i najniższe wykonanie zadań, ograniczona i nie ewaluowana ocena znacznej części aktywności położnych i ginekologów).
 - d. Cykliczne przeszkolenie pracowników, wykonawców oraz lekarzy i położnych z wykorzystaniem szkoleń online. (Obecnie mniej niż 10% położnych ma odpowiedni kurs pobierania cytologii jeszcze mniejsza grupa realizuje te zadania w rzeczywistości , a równocześnie realizują nieliczne zadania wobec ciężarnych i patronażowych pacjentek. Środki są wykorzystywane nieefektywnie).
 - e. **Powołanie regionalnych konsorcjów wykonawczych** łączących diagnostykę z ośrodkami akwizycyjnymi z rozproszonego modelu opieki nad kobietą w Polsce. Ośrodki takie mogłyby wypełnić lukę nieefektywnie działającego POZ i AOS w zakresie profilaktyki.
 - obligatoryjność przekazywania informacji do centralnej bazy danych SIMP (tj. COVID)
 - możliwość zawierania umów z akwizytorami. Szczególnie praktykami prywatnymi ginekologów, ginekologów onkologów, ale także onkologów, chirurgów, położnych (tj. COVID)

Równoległe i w przyszłości warto wdrażać zmiany:

4. Systematyczny feedback do wykonawców z analizą wykonania czyli redukcji luki celu populacyjnego oraz sprawne działanie portalu ZDROWE DANE w warstwie publicznej oraz zamkniętej – ograniczonej do wskazanych odbiorców z benchmarkowaniem dla wykonawców.
5. **Połączenie działania bazy danych profilaktyki z Krajowym Rejestrem Nowotworów (KRN) – z ostatnich 10 lat oraz bazą CeZ, dotyczącą usług AOS i szpitalnictwa (pod nadzorem KRN) (tj. w krajach skandynawskich).** Systematyczne prowadzenie analiz nt. braku skuteczności rozwiązania w poszczególnych przypadkach klinicznych.

6. **Włączenie do prac grupy profilaktyków** (absolwentów zdrowia publicznego).
7. Możliwość wykorzystania rozwiązań mobilnych, wyjaśnienia wątpliwości w zakresie RODO oraz wyjaśnienia zasad dopuszczalnej współpracy z samorządami i zakładami pracy.
8. Ustanowienie zasad **koordynacji pionowej ośrodków współpracujących-peryferyjnych z KSO.**
9. **Włączenia weryfikacji badań onkologicznej profilaktyki bazowej SIMP do bilansu „Moje zdrowie” wraz z systemem motywacyjnym dla POZ,** w zależności od wpływu ich aktywności na wyniki populacyjne.
10. **Rozpoczęcie zintegrowanych i skoordynowanych działań wysyłki zaproszeń do pacjentek z wykorzystaniem IKP,** oraz innych środków dostępnych w obecnych czasach, mediów, internetu, zaplanowane, **cykliczne kampanie informacyjno-edukacyjne.**
11. **Analiza braku sprawczości** w zdefiniowanych rejonach kraju i opracowanie **metod korygujących.**
12. **Włączenie do współpracy Opieki Farmaceutycznej** w zakresie umawiania z użyciem e-rejestracji na badania, szczepień dorosłych oraz w przyszłości wydawania próbek autosamplingu oraz **Medycyny Pracy** w zakresie autosamplingu oraz egzekucji wykonania badań.
13. Umożliwienie skorzystania z bazowych programów profilaktycznych pacjentów nieubezpieczonych.

Zbliżone problemy organizacyjne i metody ich pokonania dotyczą Programu Profilaktyki Raka Piersi i Raka Jelita Grubego.

W przypadku powodzenia działań Regionalnych Centów Profilaktyki RCP, Konsorcja realizujące działania powinny mieć w przyszłości powierzone zadania u efektywnienia kolejnych w/w programów.

Deklarujemy wsparcie w pracach nad proponowanymi zmianami w szczególności **opracowaniu opisu studium wykonalności uzyskania danego populacyjnego efektu zdrowotnego wraz z ewaluacją i stałymi pomiarami efektywności.** W tym celu rekomendujemy powołanie małego zespołu – przedstawicieli kluczowych instytucji, współpracującego z przedstawicielami rynku. Zasoby eksperckie Stowarzyszenia IFIC Polska i SPOIWO rekrutujemy z najbardziej doświadczonych podmiotów medycznych, mających wyniki populacyjne, zrealizowane projekty, działalność naukową i wdrożone rozwiązania, które stały się inspiracją dla projektowania reform krajowych, jak i zostały docenione podczas prezentacji na forach międzynarodowych. Nasze propozycje mają odzwierciedlenie w publikacjach naukowych.

Z poważaniem

Sabina Karczmarz Prezes Stowarzyszenia IFIC Polska
Artur Prusaczyk Wiceprezes Związku Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości SPOIWO

-dokument podpisany elektronicznie-

Do wiadomości: Pan Filip Nowak – Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Stowarzyszenie IFIC Polska powstało w kwietniu 2019 r. z inicjatywy grupy interesariuszy modelu opieki zintegrowanej, reprezentujących różne zawody związane z opieką zdrowotną w celu wspólnego działania na rzecz poprawy jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Związek Pracodawców SPOIWO powstał w czerwcu 2021 r. Zrzesza menadżerów podmiotów leczniczych z różnych branż, zainteresowanych realnym wdrażaniem rozwiązań pro jakościowych i pro efektywnościowych w ochronie zdrowia.