

Protokół nr 11

z XI posiedzenia Komitetu Sterującego do spraw monitorowania programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, które odbyło się w dniu 22 września 2022 r.

Spotkanie odbyło się w aplikacji Microsoft Teams.

W spotkaniu wzięli udział:

- Przewodniczący Komitetu – Agnieszka Beniuk-Patoła – Zastępca Dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia;

Członkowie Komitetu:

- Aleksandra Rudnicka – przedstawiciel pacjentów,
- Szymon Chrostowski – przedstawiciel pacjentów,
- Maciej Karaszewski – przedstawiciel Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Anna Zielińska – przedstawiciel Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
- Lucjan Wyrwicz – przedstawiciel Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego,
- Adam Maciejczyk – przedstawiciel Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu oraz Polskiego Towarzystwa Onkologicznego,
- Stanisław Góźdź – przedstawiciel Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach,
- Sebastian Kuźmicz – przedstawiciel Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku,
- Rafał Stec – przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych,
- Anna Andrzejczak – przedstawiciel Rady Dialogu Społecznego,
- Bartłomiej Trzmiel – przedstawiciel Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia,
- Grzegorz Krupa – przedstawiciel Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia,
- Dagmara Kopińska – przedstawiciel Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia.

Pozostali uczestnicy:

- Dorota Kazberuk – przedstawiciel Białostockiego Centrum Onkologii w Białymstoku,
- Dariusz Szplit – przedstawiciel Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku,
- Aleksandra Staszkiwicz – przedstawiciel Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku,
- Magdalena Klimek – przedstawiciel Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia

Sprawozdanie z przebiegu posiedzenia

XI posiedzenie Komitetu Sterującego otworzyła Pani Agnieszka Beniuk-Patoła – Przewodniczący Komitetu, która przywitała wszystkich uczestników.

Pani Agnieszka Beniuk-Patoła wskazała, że raport z prac Komitetu Sterującego i podsumowujący realizację programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej jest na ukończeniu. Zauważyła, że członkowie Komitetu Sterującego otrzymali dostęp do plików, które stanowią części raportu. Części te będą scalone w jeden dokument, który w przyszłym tygodniu członkowie Komitetu Sterującego otrzymają w całości do przeczytania i zaopiniowania. Podkreśliła, że raport musi zostać przyjęty przez członków Komitetu Sterującego i dopiero wtedy będzie mógł być przekazany do Ministra Zdrowia.

Pan Bartłomiej Trzmiel dodał, że wszystkim członkom Komitetu zostały udostępnione pliki z prac grupy roboczej pod jego nadzorem, tj. dotyczącej analizy i raportu walidacyjnego. Nie zostały zgłoszone uwagi, w związku z czym zakłada, że dotychczasowy brak uwag oznacza akceptację tej części materiału.

Pani Agnieszka Beniuk-Patoła wskazała, że także część opracowana przez grupę pod przewodnictwem Pana Macieja Karaszewskiego, tj. w zakresie mierników opieki onkologicznej i wskaźników realizacji pilotażu, które są określone w rozporządzeniu, została wszystkim członkom Komitetu udostępniona w tym tygodniu przez Pana Grzegorza Krupę.

Następnie głos zabrał Pan Adam Maciejczyk, który zauważył, że część raportu walidacyjnego i część raportu narządowego ze ścieżkami, są na ukończeniu. Natomiast w raporcie mierników, który jest najświeższy, jeszcze jest dużo do zrobienia, z uwagi na fakt, że brakuje w nim danych bezwzględnych, ilościowych i trzeba go pokazać w szerszym aspekcie. Podkreślił także, iż jest to olbrzymia ilość danych, których przeanalizowanie jest olbrzymim wyzwaniem.

W odpowiedzi Pan Maciej Karaszewski wskazał, że patrząc na materiał sprawozdawczy przekazany przez realizatorów pilotażu, to w przypadku Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących sprawozdawczość jest właściwa, natomiast w pozostałym zakresie (I i II poziom ośrodków współpracujących) niektóre mierniki nie są przekazane do poszczególnych pacjentów, tylko do części pacjentów, albo w innej formie, a niektóre mierniki tylko do danego pacjenta, więc pojawia się podwójne przekłamanie, stąd trudność wnioskowania w tym zakresie.

Pan Adam Maciejczyk podkreślił, że właśnie o to chodzi, żeby pokazać tę różnicę w sprawozdawaniu i jakości realizacji świadczeń sprawozdawczych na tych różnych poziomach, bo to jest istota porównania i rozdzielenia na różne poziomy referencyjne, a także istota tego, że w każdym województwie musi być ośrodek monitorujący. Musi być przymus NFZ w rozliczaniu na podstawie

kompletności sprawozdawania danych. Sama edukacja i proces ewaluacji bez takich działań nie poprawi realizacji świadczeń.

W jego ocenie ważna jest także koncepcja i umiejętność prezentowania danych, bowiem po raz pierwszy mamy do czynienia z sytuacją, gdy wielotysięczne grupy pacjentów z różnych podmiotów i jeszcze mnogość parametrów o danym pacjencie próbujemy w jakiś sposób zdefiniować, co jest bardzo trudne.

Pani Agnieszka Beniuk-Patoła podkreśliła, że część miernikowa jest kluczową częścią raportu, na którą długo czekaliśmy, jako zbiorcza praca ze wszystkich poszczególnych raportów, które Narodowy Fundusz Zdrowia miał obowiązek raportować do Ministra Zdrowia oraz analizować przebieg pilotażu i sposób sprawozdawania się 35 podmiotów biorących udział w pilotażu. Biorąc pod uwagę dużą liczbę danych do mierników, nie możemy jednak pominąć tego elementu, który nie zafunkcjonował, albo zafunkcjonował w sposób nieoptymalny. Od tego zależy każda kolejna decyzja w jaki sposób ten system skonstruować, tak żeby funkcjonował lepiej niż w pilotażu. Raport dotyczący nowotworu jelita grubego jest niewystarczający, nie można posługiwać się danymi sprowadzonymi tylko do jednego narządu.

Pan Adam Maciejczyk zauważył, że mierników określonych w pilotażu jest za dużo.

Pan Bartłomiej Trzmiel zadał pytanie jak perspektywie kilku (3) dni materiał miernikowy można uzupełnić i dopracować.

Pan Dariusz Szplit zauważył, że jest w kontakcie z dostawcą rozwiązania OncoReports, który deklaruje ścisłą współpracę, więc mogą wesprzeć zespół w tym zakresie.

Pan Maciej Karaszewski wskazał, że Fundusz nie ma dostępu do bazy OncoIndi. Oddziały wojewódzkie Funduszu przekazywały dane w formie tabel Excel. Brak kompletności tych danych w miernikach i raportowanie w postaci Excel bardzo ograniczyły możliwości kontrolne Funduszu. Podkreślił, że w przyszłości ma powstać w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej system, który będzie automatycznie sprawdzał wypełnienie wszystkich pól dla danego rekordu, co pozwoli na lepszą kontrolę Funduszu. Natomiast analizowanie i porównywanie tabel Excel z każdego województwa jest bardzo czasochłonne, tym bardziej, że z każdego województwa, od każdego realizatora, jest przekazywana osobna tabelka, która nie odnosi się do pojedynczego rekordu, tylko odnosi się do zbiorczego trzymiesięcznego wykonania narastająco.

Pani Agnieszka Beniuk-Patoła zapytała w związku z powyższą wypowiedzią, kto ustalał zasady i sposób raportowania danych do mierników od podmiotów do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pan Maciej Karaszewski odpowiedział, że Fundusz nie miał dedykowanego do tego systemu.

Pan Adam Maciejczyk podkreślił, że odbyła się dyskusja osób wskazanych do kontaktów z Narodowego Funduszu Zdrowia, ale wtedy kto inny nadzorował Fundusz, i taka właśnie forma została ustalona.

Następnie głos zabrał Pan Lucjan Wyrwicz, który podkreślił, że pierwszą najważniejszą wartością pilotażu jest to, że posiadamy te dane. Na potwierdzenie tego podał przykład, który kiedyś przedstawił Pan Adam Maciejczyk, że sama informacja przekazywana patologowi i chirurgowi, że będzie mierzona jakość chirurgii, spowodowała, że bez żadnych inwestycji ta wartość docelowa została osiągnięta w trzy miesiące. W jego opinii raport końcowy powinien zawierać syntetyczną informację jakie dane zebrano, z odniesieniem do surowych zanonimizowanych tabel, które powinny być do pobrania przez krytyków. Dodał, że raport musi zawierać informacje mówiące o tym, że zebraliśmy dane, uczymy się metodologii zbierania danych, wewnątrznie profesjonaliści będą te dane oceniać, z podaniem np. jednego przykładu. Tak analizuje się „big data”. Zauważył także, iż być może mierniki są złe, może jest ich za dużo.

Pan Adam Maciejczyk zgodził się z tymi uwagami. Zauważył, że w rekomendacjach zespołu jest właśnie wskazane, że niektórych mierników nie da się zdefiniować, a niektórych danych uzyskać. Wartość w postaci zebrania danych jest absolutnie kluczowa.

Następnie Pan Bartłomiej Trzmiel powiedział, że pierwszą istotną kwestią jest nie to, że Komitetu nie martwi wynik analizy. Założeniem nie było udowodnienie, że program pilotażowy okaże się rozwiązaniem idealnym w obszarze założeń czy wyniku, jednak wymagane jest przedstawienie informacji wiążącej. Następnie odnosząc się do przedmówców wskazał, że raport KS nie jest pracą naukową, a raportem ewaluacyjnym pilotażu, w którym przedstawiona powinna być realizacja i doświadczenia z niej płynące zgodnie z jego charakterystyką i w perspektywie zmian, które następowały. Wskazał ponadto, że członkom KS powinno zależeć na prezentacji nie ilościowej a jakościowej informacji zawierających wnioski płynących z analiz danych we wszystkich obszarach. Jednocześnie podkreślił, że analiza dotycząca części walidacyjnej i ścieżek pacjenta jest analizą dodatkową i nie może stanowić głównego filaru wnioskowania w raporcie, co w odniesieniu do terminu przedmiotowej dyskusji wywołuje jego zaniepokojenie.

Pani Agnieszka Beniuk-Patoła potwierdziła, że część walidacyjna ma być załącznikiem do raportu. Natomiast część główna raportu to podsumowanie prac Komitetu Sterującego, ewaluacja pilotażu i zebranie know how dla Krajowej Sieci Onkologicznej, czyli podsumowanie jak sprawdziły się mechanizmy zaprojektowane w rozporządzeniu dotyczącym pilotażu, jak zostały przetestowane i jakie wnioski z tego płyną. Być może system OncoReports i OncoIndi daje szerokie możliwości wnioskowania z danych, które są danymi surowymi i do których ośrodki mają dostęp. Natomiast jak się okazuje model sprawozdawczy, który został przyjęty wspólnie między płatnikiem a świadczeniodawcami w pilotażu,

ale być może w odpowiednim momencie nie został skorygowany, przeanalizowany, tylko utrzymany przez blisko 3 i pół roku realizacji pilotażu w tej samej formule, nie daje płatnikowi podstawy do wnioskowania w żaden sposób. W momencie kiedy dane sprawozdawcze z realizacji pilotażu przez ośrodki są przekazywane do Funduszu w sposób narastający, to nie jesteśmy w stanie tego ani porównać ani wyciągnąć wniosków. Niestety w chwili obecnej trzonu raportu nie mamy.

Pan Adam Maciejczyk zauważył, że nie byłby tak pesymistyczny, bo według niego to nie jest dużo pracy zebranie tych tabelki i ich podsumowanie i namawia do tego żeby to zrobić i zaprezentować. Zaoferował też pomoc Funduszowi w ustaleniu co w tych tabelkach ma się znaleźć.

Pan Rafał Stec dodał, że pilotaż to są próbne działania, które są po to, żeby sprawdzić coś, zanim zostanie umocowane na szerszym spectrum. Najważniejszymi wnioskami raportu są słabe i mocne strony pilotażu, który był wdrożony, czyli też zagrożenia, które płyną z wdrożenia pilotażu, same liczby nic nie dadzą.

W następnej kolejności głos zabrała Pani Anna Andrzejczak, która powiedziała, że w związku z tym, iż został tydzień pracy, to należy się skupić na tym, żeby dojść do takiego materiału, pod którym wszyscy będą mogli się podpisać. Zgodziła się, że kluczową częścią jest część miernikowa i tą częścią należy się zająć. Informacja, że są dane surowe jest dobrą wiadomością. Wyliczenia mierników jakościowych bezpośrednio z danych zgromadzonych w OncoReports to coś zupełnie innego. Ważna jest informacja co i kogo te dane obejmują, bo problem, który się ujawnił w momencie raportu miernikowego to jest niezgodność nawet podstawowych danych, jak liczba pacjentów zaraportowanych a zgłoszonych do OncoReports, co podważa te dane. Jeżeli ma być pokazana ta część dotycząca jelita grubego to powinna być uzupełniona o dane liczbowe bezwzględne i powinno być zaznaczone w przypadkach gdzie jest brak danych, jaka jest przyczyna tego braku danych i czy jest uzasadniona. Zaproponowała robocze spotkanie aby omówić część miernikową i rekomendacje dotyczące gromadzenia danych, a także rekomendacje dla Krajowej Sieci Onkologicznej.

Pan Stanisław Góźdź powiedział, że krytyka pilotażu na pewno będzie miała miejsce, ale najważniejsze jest to, że możemy przetestować nowatorskie rozwiązania, których do tej pory nie było w innych specjalnościach. Wiadomo, że są jeszcze kwestie do dopracowania, w tym m. in. mierniki, jednak rozwiązania przyjęte w pilotażu na pewno służą pacjentowi i to jest wielki sukces.

Pani Agnieszka Beniuk-Patoła wskazała, że w marcu 2022 r. została rozesłana do członków Komitetu Sterującego tabelka z podziałem grup tematycznych do poszczególnych części raportu, stworzona w oparciu o zapisy rozporządzenia. To co zostało zaprojektowane w rozporządzeniu też można skomentować w raporcie, w kontekście prawidłowości zaprojektowanego rozwiązania, czy płatnik powinien mieć takie zadania jakie miał, albo czy płatnik nie miał narzędzi w momencie realizacji

pilotażu, ale gdyby dostał takie narzędzia to byłby w stanie to zadanie zrealizować. Zadała też pytanie do Pana Macieja Karaszewskiego czy wspólnie z zespołem Pana Adama Maciejczyka będą w stanie uzupełnić część miernikową.

Pan Maciej Karaszewski zauważył, że dodawanie danych dla wszystkich nowotworów, dla wszystkich mierników, i tak nie odda całego oblicza pilotażu. Zgodził się, że trzeba uzupełnić materiał o wartości bezwzględne, tak jak to było wcześniej ustalone w odniesieniu do poziomów, a nie do poszczególnych świadczeniodawców. Natomiast w tej sytuacji nie rozszerzałby już materiału o pozostałe nowotwory, tylko zostawił tak jak jest, czyli samo jelito grube.

Pan Adam Maciejczyk zgodził się, że biorąc pod uwagę krótki czas na zakończenie prac, rzeczywiście nie jest to czas ani miejsce na rozszerzanie analizy.

Pani Agnieszka Beniuk-Patoła wskazała, że w takim razie ta część materiału musi zostać uzupełniona do poniedziałku, tak żeby był jeszcze czas na scalenie całego raportu, a także rozesłanie go do akceptacji do wszystkich członków Komitetu Sterującego.

Następnie Pani Anna Andrzejczak poruszyła temat oceny satysfakcji pacjenta. Pani Agnieszka Beniuk-Patoła zauważyła, że Analiza z przeprowadzonego badania satysfakcji pacjenta, przygotowana przez wykonawcę, była wysyłana do wszystkich członków Komitetu Sterującego i będzie załącznikiem do raportu. Dodała również, że ankieta jest ustrukturyzowana i jest stosowana przez wszystkie podmioty, które uczestniczą w pilotażu.

Pan Adam Maciejczyk powiedział, że pamięta dyskusję i wypowiedź Pani Aleksandry Rudnickiej na temat ankiety w samych superlatywach. Dodał, że pytania zawarte w ankiecie są wszystkim znane.

Pan Szymon Chrostowski również potwierdził, że ta dyskusja już się odbyła i podnoszenie na ostatniej prostej kwestii ankiety satysfakcji pacjenta i zastosowania do niej innej metodologii, czy innego formularza, jest niepoważne, tym bardziej, że ankieta była konstruowana razem z organizacjami pacjentów i nie ma potrzeby więcej nad tym dyskutować. Rekomendacja Komitetu Sterującego powinna być taka, żeby stosować to rozwiązanie także do pozostałych ośrodków.

Na koniec Pani Agnieszka Beniuk-Patoła podsumowała ustalenia, że do poniedziałku zostanie ponownie przeanalizowana i przekazana przez zespół Pana Macieja Karaszewskiego i Pana Adama Maciejczyka część miernikowa, tak aby dołączyć ją do całości raportu, i podziękowała wszystkim za udział w posiedzeniu.