

## Protokół nr 40

### z XL posiedzenia Krajowej Rady do spraw Onkologii, które odbyło się 11 stycznia 2022 r. w trybie on-line

W spotkaniu wzięli udział:

#### Członkowie Rady:

1. [redacted] – Przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii
2. [redacted] – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
3. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii
4. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej
5. [redacted] – Konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej dla woj. Świętokrzyskiego
6. [redacted] – Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej
7. [redacted] – przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych
8. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii
9. [redacted] - Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii
10. [redacted] - Przedstawiciel Krajowego Rejestru Nowotworów
11. [redacted] - Przedstawiciel Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc
12. [redacted] - Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii - Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
13. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej
14. [redacted] - Przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny
15. [redacted] - Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej
16. [redacted] - Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
17. [redacted] – Przedstawiciel Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
18. [redacted] - Przedstawiciel Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

19. [REDACTED] - Przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia

#### **Pozostali uczestnicy:**

1. Pani Agnieszka Beniuk-Patoła – Z-ca Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji
2. Pani Agata Śmiglewska – Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii
3. Pani Dominika Janiszewska-Kajka – Z-ca Dyrektora Departamentu Lecznictwa
4. [REDACTED] – Naczelnik w Departamencie Lecznictwa
5. [REDACTED] - główny specjalista w Wydziale Refundacyjno-Analitycznym w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji
6. [REDACTED] - Polskie Towarzystwo Onkologiczne

#### **Porządek obrad:**

1. Rola Map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii i narzędzia IOWISZ w kontekście Krajowego Planu Odbudowy i nowej perspektywy unijnej w latach 2021-2027- [REDACTED].
2. Przedstawienie koncepcji zmian w Karcie Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) w kontekście Krajowej Sieci Onkologicznej - [REDACTED].
3. Koncepcja zmian w programie profilaktycznym w zakresie raka jelita grubego - [REDACTED].
4. Postępy prac w projekcie e-KRN+ oraz perspektywy dalszego rozwoju Krajowego Rejestru Nowotworów - [REDACTED].

#### **Sprawozdanie z przebiegu posiedzenia**

Czterdzieste posiedzenie Krajowej Rady do spraw Onkologii otworzył [REDACTED] - Przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii.

[REDACTED] poruszył zagadnienia związane z Funduszem Medycznym. Poinformował, że w grudniu 2021 roku został uruchomiony pierwszy konkurs wsparcia infrastruktury w Funduszu Medycznym – konkurs na wsparcie obszaru pediatrii, alokacja wyniosła 2 miliardy złotych. Zostanie uruchomiony również drugi konkurs - na wsparcie onkologii, alokacja będzie wynosiła również 2 miliardy złotych. Przed uruchomieniem konkursu pewne założenia i kryteria będzie chciał skonsultować z Krajową Radą ds. Onkologii. Konkurs będzie uruchomiony w drugim kwartale 2022 roku. Wierzy, że będą one dedykowane dla dużych

ośrodków – tych, których znaczenie w systemie ochrony zdrowia jest strategiczne. Poinformował, że kadry medyczne nieustannie są kształcone. Kolejną kwestią związaną z Funduszem Medycznym jest obszar o którym dyskutowano już w grudniu 2021 roku. Chodzi o cele jakie może wypełniać Fundusz Medyczny, istotne rozszerzenie działalności w zakresie diagnostyki molekularnej z ukierunkowaniem na choroby rzadkie i pediatrię, jak również rozszerzenie możliwości genetycznej w onkologii dorosłych. Należy zastanowić się jeszcze nad mechanizmami wsparcia ze strony Funduszu Medycznego. Dodał, że Dyrektor Śmiglewska jest odpowiedzialna za IOWISZ-a na poziomie ustawowym i na poziomie IOWISZ -y, które oceniane są z poziomu ministerialnego.

Dyrektor Śmiglewska poinformowała, że Krajowy Plan Transformacji i Wojewódzkie Plany Transformacji na lata 2022-2026 powstawały w oparciu o mapę potrzeb zdrowotnych. Trudno powiedzieć na etapie tworzenia planu czy inwestycja będzie potrzebna. Do oceny tego typu działań będą służyły dalsze procedowania związane z procesem IOWISZ. Działania dotyczące świadczeń medycznych, objętych obszarem mapowania, sprawdzenia sprzętu oraz kadr to obszary w ramach których działania Wojewódzkich Planów Transformacji były sprawdzane ze zgodnością z mapą potrzeb zdrowotnych. Omówiła organy wydające opinię o celowości inwestycji w IOWISZ-u. Poinformowała, że została powołana Rada ds. Oceny Inwestycji, która wspiera Ministra Zdrowia w zakresie wniosków inwestycyjnych. Omówiła dwa rodzaje wniosków: dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Wyjaśniła jak wyglądał algorytm dotychczas obowiązujący, omówiła, które punkty uległy modyfikacji. Zgodność z Wojewódzkim Planem Transformacji (2022-2026) jest niezbędna, aby wniosek zyskał pozytywną opinię IOWISZ.

stwierdził, że Wojewódzkie Plany Transformacji (2022-2026) są bardziej otwarte na inwestycje, niż tak jak to było zapisane w mapach potrzeb zdrowotnych. Istnieje problem z dostępem do informacji z możliwością porównania Planów Transformacji.

Dyrektor Śmiglewska poinformowała, że kluczową informacją jest to, że wnioski powyżej 50 milionów złotych oraz wnioski instytucji podległych Ministrowi Zdrowia są oceniane przez Ministra Zdrowia. Wnioski na kwotę poniżej 50 milionów złotych dotyczą szpitali niebędących pod nadzorem Ministra Zdrowia – oceniane są przez wojewodów. Widziała wnioski ocenione przez wojewodę, co do których miałaby zastrzeżenia, jeżeli chodzi o zgodność z mapą potrzeb zdrowotnych.

zapytał czy jeżeli inwestycja w przedziale do 50 milionów była nieracjonalna, to czy Minister Zdrowia ma możliwość zmiany Wojewódzkiego Planu Transformacji (2022-2026) podjętego przez wojewodę.

Dyrektor Śmiglewska poinformowała, że Minister Zdrowia nie ma wpływu na decyzję wojewody i nie ma możliwości odwołania. Ubolewa, że przy Wojewódzkich Planach Transformacji konsultanci nie byli zapraszani.

Zgodnie z drugim punktem porządku obrad [REDACTED] omówił propozycję zmian w karcie Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. Podał powody dlaczego należałoby zmienić kartę DiLO:

- karta DiLO jest wymagana w Kompleksowej Opiece Onkologicznej, jednak ścieżka pacjenta w ramach DiLO nie jest dostosowana do modułów opieki kompleksowej,
- brak karty DiLO w opiece kompleksowej powoduje konieczność wydania karty i „przeklikanie” etapów do oczekiwanego,
- od 2015 r. pacjenci mają powydawane po kilka kart onkologicznych, często kilka na to samo rozpoznanie.

Wszystko to powoduje, że statystyki z karty DiLO są mało wiarygodne. Karta ma służyć do rozliczania świadczeń. Nie niesie jednak za sobą żadnej informacji o jakości leczenia onkologicznego. Przedstawił propozycję zmian. Uważa, że pacjent powinien mieć możliwość posiadania karty onkologicznej, która miałaby swój unikalny numer. Karta DiLO powinna obejmować więcej niż jeden nowotwór, jak również nieść za sobą informację o terminach i miejscach realizowania poszczególnych etapów diagnostycznych. Świadczeniodawcy powinni być zobowiązani do przekazywania danych o jakości realizowanych świadczeń, za pomocą bardziej rozbudowanego systemu monitorowania jakości. Przewodniczący zaproponował zmianę zindywidualizowania diagnostyki w poszczególnych nowotworach, wprowadzenie informacji (przy kierowaniu na konsylium) jakie badania wykonano, konsylium – podanie informacji (jako wybór opcji) oraz adnotacji kiedy rozpoczęto faktycznie leczenie. Informacja o posiadaniu kart DiLO powinna być widoczna dla lekarzy specjalistów w ośrodkach onkologicznych – chodzi o e-DiLO. Traci się bardzo dużo czasu na ustalenie statusu karty DiLO, która w sytuacji braku obsłużenia jej przez szpital jest w systemie niewidoczna. Zaproponował rozważenie utworzenia grupy roboczej, która pomoże Ministerstwu Zdrowia w zaprojektowaniu zmian w karcie DiLO. Uważa, że DiLO powinno być opisane na poziomie Rozporządzenia w związku z łatwiejszą modyfikacją aktu.

Członkowie Rady poparli utworzenie zespołu. Uważają, że podmioty powinny dbać o to, by mieć jak najwięcej pacjentów z kartą DiLO i zakładać te karty. Członkowie Rady, zauważyli, że Karta DiLO jest nieprzystosowana do diagnostyki niektórych nowotworów - powinna być z nimi spójna. Zaproponowano wpisanie koordynatora na karcie DiLO. Onkolodzy powinni mieć dostęp wglądu do dokumentacji. Kartę DiLO powinien wystawiać również lekarz

POZ. Należałoby poszerzyć kartę o leczenie paliatywne. Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego dokładnie powieliła to co jest gromadzone w Krajowym Rejestrze Nowotworów.

Krajowa Rada ds. Onkologii zarekomendowała powołanie grupy roboczej, która pomoże Ministerstwu Zdrowia w zaprojektowaniu zmian w karcie DiLO.

Dyrektor Beniuk-Patoła odniosła się do powołania zespołu, który ma się pochylić nad zmianami w karcie DiLO. Zaproponowała by zastanowić się w jaki sposób ma działać karta DiLO. Uważa, że powołany zespół powinien pracować pod kierownictwem [REDAKTOWANO] i wypracować podane propozycje. Poinformowała, że w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej jest określony maksymalny czas - 24 miesiące od wejścia w życie ustawy na korektę – wydanie nowego rozporządzenia dotyczącego wzoru karty DiLO. Prace powinny toczyć się równoległe i nie wstrzymywać procesu legislacyjnego.

[REDAKTOWANO] uważa, że aby zespół był efektywny nie powinien składać się tylko z konsultantów krajowych, ale również z osób które na co dzień pracują z kartą DiLO. Zasugerował, aby Ministerstwo Zdrowia zleciło Narodowemu Instytutowi Onkologii Państwowemu Instytutowi Badawczemu opracowanie takiej koncepcji.

Zgodnie z punktem trzecim porządku obrad [REDAKTOWANO] przedstawił koncepcję zmian w programie profilaktycznym w zakresie raka jelita grubego. Omówił „Program badań przesiewowych raka jelita grubego” z użyciem testu FIT i kolonoskopii dla osób z dodatnimi wywiadami rodzinnymi raka jelita grubego. Przedstawił propozycję reformy w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2022-2025 z uwzględnieniem planów na lata po 2025 roku. Przyczyną tych zmian jest spadająca zgłaszalność na kolonoskopię. Podstawą zmiany jest wykonanie badania o nazwie PICCOLINO 1,2,3, z którego wynika, że wprowadzenie testu FIT znacznie poprawi zgłaszalność pacjentów na badanie. Opowiedział o Kolonoskopii FIT „+” oraz Kolonoskopii FH „+”. Omówił zadania z tym związane, które będą należały do NIO-PIB, Ministerstwa Zdrowia oraz zadania ośrodków endoskopowych i POZ (NFZ). Przedstawił slajd dotyczący dwuetapowego systemu zapraszania – identyfikację i aktualizację danych adresowych. Kolonoskopia FIT „+” oraz Kolonoskopia FH „+” będą to nowe produkty w koszyku NFZ. Ważną rzeczą będzie również podniesienie kompetencji lekarzy. Wdrożenie projektów wymaga etapów:

- liczby wysłanych zaproszeń,
- liczby testów FIT możliwych do wykonania,
- rozbudowania infrastruktury laboratoryjnej,

- dostępności endoskopistów,
- liczby endoskopistów FIT „,+”
- systemu szkoleń,
- pokrycia populacji docelowej.

Poinformował, że w latach 2022-2023 miałyby nastąpić stopniowe zmniejszenie finansowania kolonoskopii na rzecz testu FIT oraz braku wysyłanych zaproszeń na kolonoskopię. Omówił problemy pierwotnej kolonoskopii profilaktycznej.

Przewodniczący zapytał czy pracownia, która ma doświadczenie z projektami samorządowymi może się starać, aby realizować takie badanie oraz jak przedstawia się analiza kosztów z porównaniem do poprzednich lat.

[redacted] poinformował, że konkursy nie będą przeznaczone dla nowych ośrodków, zostaną do tego włączone funkcjonujące już podmioty. Jest ich 150, lista zostanie przekazana do NFZ w celu podpisania umowy na realizację Programu w najbliższych dwóch latach. Test FIT będzie wprowadzany powoli dla ośrodków najlepszych jakościowo – które realizowały program z zaproszeniami. Sposób wyłonienia nowych ośrodków nie został jeszcze dokładnie określony. Profesor poinformował, że „Program badań przesiewowych raka jelita grubego” jest kosztowo efektywny, więcej szczegółów znajduje się w publikacji - Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, tam jest raport dotyczący kosztu efektywności.

Dyrektor Janiszewska-Kajka poinformowała, że decyzja dotycząca wprowadzenia testu FIT nie została jeszcze podjęta przez Ministra Zdrowia. Nie można więc na ten moment planować harmonogramu. Należy zatem skupić się na zakończeniu finansowania kolonoskopii realizowanej w ramach NSO i wyborem ścieżki, którą będziemy podążać. Na tę chwilę nie ma jeszcze oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w procesie zastosowania testu FIT. Poinformowała, że są przed wyborem scenariusza co zostanie podjęte po wygaśnięciu Programu. Test FIT jest odłożony w czasie – nie ma decyzji, kiedy należy się tym zająć. Jeżeli Minister informuje, że prace należy wznowić to zostanie wznowiony również proces w AOTMIT.

Przewodniczący zapytał czy pacjenci mają zagwarantowany udział w badaniach profilaktycznych.

Dyrektor Janiszewska-Kajka odpowiedziała, że w ramach Programu nie mają, ponieważ Program zakończył się 31 grudnia 2021 roku. Poinformowała, że należy mieć świadomość - aby powstał produkt i NFZ mógł płacić za świadczenia, to oprócz podstaw w Rozporządzeniu to za co będzie płacił, musi być świadczeniem gwarantowanym. Nie można

zapomnieć o stwierdzeniu, że program zostanie przeniesiony w stosunku 1:1 do koszyka świadczeń gwarantowanych lub pilotażu. Należy wziąć pod uwagę wszelkie opóźnienia. Wykonanie kolonoskopii w asyście dwóch lekarzy – przenosząc to na warunki koszyka świadczeń gwarantowanych jest mocno wygórowane. Jeżeli spróbujemy zaimplementować to, co było w programie do koszyka świadczeń gwarantowanych, czy do pilotażu to musi to odpowiadać obecnie panującym realiom. Dodatkowym problemem będzie dostosowanie systemu informatycznego, ponieważ NFZ musi wiedzieć za co płaci i system będzie pobierał dane. Dla dobra funkcjonowania oraz dobra pacjentów nie będzie to miało większego znaczenia, jeżeli kolonoskopia rozpoczęłaby się w maju.

\_\_\_\_\_ dodał, że wielokrotnie zdarzały się opóźnienia półroczne a nawet dłuższe. Nie było to czymś szczególnym. Należy się z tym pogodzić i czekać.

\_\_\_\_\_ poinformował, że Krajowa Rada ds. Onkologii powinna się spotykać co najmniej raz na dwa miesiące. Poprosił o przesłanie prezentowanych materiałów. Poinformował, że nie udało się poruszyć tematu postępów prac w projekcie e-KRN+ oraz perspektyw dalszego rozwoju Krajowego Rejestru Nowotworów – punkt 4 zgodnie z porządkiem obrad. Kolejne posiedzenie Krajowej Rady ds. Onkologii odbędzie się 8 lutego 2022 roku.

Przewodniczący podziękował członkom Rady za spotkanie i zakończył posiedzenie.



Signed by /  
Podpisano przez:



Date / Data:  
2022-04-04 15:10