

## Protokół nr 44

### z XLIV posiedzenia Krajowej Rady do spraw Onkologii, które odbyło się 29 czerwca 2022 r. w trybie on-line

W spotkaniu wzięli udział:

#### Członkowie Rady:

1. ██████████ – Przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii
2. Pan Waldemar Kraska – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
3. ██████████ – Konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii
4. ██████████ – Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej
5. ██████████ – Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii
6. ██████████ - Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii
7. ██████████ - Przedstawiciel Krajowego Rejestru Nowotworów
8. ██████████ - Przedstawiciel Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
9. ██████████ – Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
10. ██████████ – Konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej
11. ██████████ - Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej
12. ██████████ - Przedstawiciel Narodowego Instytutu Onkologii - Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie z zakresu profilaktyki
13. ██████████ - Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej
14. ██████████ – Przedstawiciel Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
15. ██████████ - Konsultant krajowy w dziedzinie urologii
16. ██████████ - przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych
17. ██████████ - Przedstawiciel Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

18. [redacted] - Przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny
19. [redacted] Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej
20. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej

**Pozostali uczestnicy:**

1. Pani Magdalena Bartnik-Janiszewska – Dyrektor Biura Ministra
2. Pan Michał Dzięgielewski – Dyrektor Departamentu Lecznictwa
3. Pani Agnieszka Beniuk-Patola – Z-ca Dyrektora Departamentu Lecznictwa
4. Pani Dominika Janiszewska-Kajka – Z-ca Dyrektora Departamentu Lecznictwa
5. Pani Joanna Kilkowska – Z-ca Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
6. Pani Dominika Szajnoga – Doradca Ministra, Gabinet Polityczny Ministra
7. Pani Agata Śmiglewska – Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii
8. [redacted] – Polskie Towarzystwo Onkologiczne
9. [redacted] – Naczelnik w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji
10. [redacted] – Starszy specjalista w Departamencie Rozwoju Kard Medycznych
11. [redacted] - Naczelnik w Departamencie Lecznictwa
12. [redacted] – Narodowy Instytut Onkologii - Państwowy Instytut Badawczy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
13. [redacted] – Naczelnik w Departamencie Lecznictwa
14. [redacted] – przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia
15. [redacted] - Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
16. [redacted] - NZOZ Ośrodek Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Zdrowia Psychicznego
17. [redacted] – przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia
18. [redacted] – przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia
19. [redacted] – przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia
20. [redacted] – przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia
21. [redacted] – przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia
22. [redacted] – przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia
23. [redacted] – przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia

### **Porządek posiedzenia:**

1. Certyfikacja ośrodków do leczenia z zastosowaniem limfocytów CAR-T w ramach programu lekowego dla chłoniaków agresywnych wg załącznika B.93.
2. Aktualny stan prac nad ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz nad unitami rządowymi.
3. Aktualny stan prac nad projektem opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
4. Jakość badań genetycznych (omówienie projektu Ustawy o testach i genetycznych) i wprowadzenie nowej specjalizacji medycznej diagnostyki molekularnej w dziedzinie genetyki klinicznej.
5. Program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego.
6. Pismo w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (Dz. U. poz. 1890).
7. Wolne wnioski.

Czterdzieste czwarte posiedzenie Krajowej Rady do spraw Onkologii otworzył

- Przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii.

Pierwszym punktem porządku obrad była certyfikacja ośrodków do leczenia z zastosowaniem limfocytów CAR-T w ramach programu lekowego dla chłoniaków agresywnych wg załącznika B.93. Jako pierwszego poproszono o wypowiedź , który poinformował członków Rady, iż od 1 maja br. został wprowadzony nowy punkt do programu lekowego chorych na chłoniaki agresywne, który przewiduje finansowanie dwóch produktów: immunoterapii komórkowej i limfocytów himerowych. Profesor przedstawił wniosek dotyczący programu lekowego, w kwestii schematu dawkowania, które mówi o tym, iż dwa wyżej wymienione produkty muszą być podawane w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację podmiotu odpowiedzialnego zgodnie z wymogami Europejskiej Agencji Leków oraz akceptację Ministra Zdrowia po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej, odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. W powyższych trzech procesach zastrzeżenie profesora budzi jeden z nich.

Konieczna jest ocena wykonalności procedury przez podmiot odpowiedzialny, który musi sprawdzić drogą audytu i przy wsparciu specjalistów, którzy będą analizować poszczególne obszary audytowe, czy ośrodek spełnia te warunki.

Zdaniem profesora istotną kwestią pozostaje fakt, iż za bezpieczeństwo chorego odpowiedzialność ponosi zarówno podmiot odpowiedzialny jak i Ministerstwo Zdrowia, dlatego też podmioty te powinny ze sobą współdziałać. Są to zatem dwa procesy certyfikacji. Jeden z nich to proces, za który odpowiada Ministerstwo Zdrowia. Drugi proces pochodzi ze strony producenta czyli podmiotu odpowiedzialnego, który sprawdza możliwości spełnienia warunku dla konkretnego produktu komercyjnego. Być może powinno się rozwiązać te kwestie analogicznie do procesu audytowania i nadawania pozwoleń do transplantacji komórkowych. Do wypowiedzi profesora odniosła się [REDAKTOWANO], która uważa, że zapisy w programie lekowym składają się z dwóch części. W pierwszej z nich ośrodek uprawniony do podawania komórek CAR-T musi otrzymać certyfikację, za którą odpowiada podmiot produkujący daną terapię. W wypadku chłoniaków są to dwie firmy farmaceutyczne. W przypadku ostrej białaczki limfoblastycznej, gdzie terapia stosowana jest również u dzieci odpowiedzialna jest jedna firma. Reasumując, po pierwsze, ośrodek musi przejść certyfikację podmiotu oraz po drugie uzyskać akceptację Krajowej Rady Transplantacyjnej na podstawie wcześniejszego audytu oraz zgody na pobieranie autologicznych limfocytów. Bez uzyskania tych pozwoleń proces nie może się odbywać.

Ważne na chwilę obecną jest to, aby powstało więcej ośrodków z akredytacją. Należy zatem wpłynąć na podmioty produkujące CAR-T, żeby akredytowały więcej ośrodków, gdyż jest to w interesie wszystkich pacjentów. Dlatego ważne jest spotkanie obu stron w celu wypracowania porozumienia. Ta część dotyczy certyfikacji przez podmioty odpowiedzialne. Natomiast certyfikacja, a zatem pozwolenie od Krajowej Rady Transplantacyjnej na pobieranie i wykorzystanie limfocytów autologicznych jest zdaniem [REDAKTOWANO] procesem dobrze uregulowanym, a samą zgodę wydaje tu Poltransplant.

Do wypowiedzi [REDAKTOWANO] odniósł się Przewodniczący Rady, którego zdaniem problem polega na tym, że to firma farmaceutyczna decyduje, który ośrodek zostaje objęty certyfikacją. Nie są to natomiast rekomendacje kliniczne. Zasada ta powinna zostać zmodyfikowana, a decyzję odnośnie doboru ośrodka powinien podejmować nadzór merytoryczny, udzielając tym samym danej placówce certyfikacji. Zadaniem [REDAKTOWANO] jest to wspólny proces, którego kryteria wyboru powinny zostać jasno określone.

W nawiązaniu do wypowiedzi Przewodniczącego Rady, Minister Waldemar Kraska, zaproponował spotkanie obu stron (firm farmaceutycznych oraz przedstawicieli Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji MZ) celem wypracowania porozumienia oraz zmiany kryteriów, aby nie pozostawać tylko i wyłącznie pod wpływem firm farmaceutycznych. Rada zdecydowanie poparła stanowisko Pana Ministra i liczy, że wkrótce dojdzie do takiego spotkania.

Do wspomnianych powyżej kwestii do rozmowy włączyła się Dyrektor Joanna Kilkowska, informując członków Rady o trudnościach jakie napotkała w tym temacie. Jej zdaniem nie ma możliwości wpływu na podmiot i narzucenia wyboru ośrodka, gdyż są to kwestie typowo biznesowe podmiotu odpowiedzialnego w zakresie certyfikacji ośrodka.

Ostatecznie wspólnie podjęto decyzję o konieczności przeprowadzenia rozmów w tym zakresie, a konkluzje ze spotkania zostaną przedstawione Radzie na najbliższym posiedzeniu.

Na koniec [redacted] zwrócił jeszcze uwagę na fakt, iż decyzje biznesowe firmy mają wpływ na dostępność leku, który jest finansowany ze środków publicznych, co jest nieprawidłowe. Natomiast akty prawne, które są streszczone w podręczniku europejskim wydanym w tym roku, mówią wyraźnie o współdzieleniu odpowiedzialności zarówno przez producenta - podmiot odpowiedzialny oraz Ministerstwo Zdrowia. Tym samym dbanie o bezpieczeństwo pacjentów powinno być współdzielone zarówno przez producenta, jak i resort zdrowia.

Włączając się do dyskusji głos w tej sprawie zabrał [redacted], który poinformował Radę, iż jest przewodniczącym zespołu koordynacyjnego do spraw drugiego programu w ostrej białaczce limfoblastycznej. Zdaniem profesora zapisy są identyczne w obydwu programach, a zatem sytuacja jest podobna. Program dla ostrej białaczki limfoblastycznej dotyczy zarówno dorosłych jak i dzieci, a w zespole zasiadają zarówno eksperci dziecięcy, jak i dorośli. Zdaniem profesora kwestie dotyczące tematu certyfikacji międzynarodowej zostały już wcześniej przedstawione i nie ma potrzeby na chwilę obecną do nich wracać. Natomiast jeżeli chodzi o akceptację Ministerstwa Zdrowia, to sprawa jest jak najbardziej oczywista i to funkcjonuje pomiędzy wykonawcą, a płatnikiem czyli Narodowym Funduszem Zdrowia.

Kolejnym punktem posiedzenia był aktualny stan prac nad ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz prac nad unitami narządowymi.

Głos w tej kwestii zabrała Pani Dyrektor Agnieszka Bieniuk-Patoła. Przedstawiciele Rady zostali poinformowani, iż 27 czerwca br. projekt ustawy wraz z wszystkimi projektami aktów wykonawczych oraz z całą dokumentacją został skierowany na Stały Komitet Rady Ministrów. Ostatecznie wszelkie terminy zostały utrzymane, a sama ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2023 r. Aktualnie Ministerstwo Zdrowia oczekuje na akceptację projektu przez Radę Ministrów, a następnie rozpoczną się prace dotyczące aktów wykonawczych w zakresie szczegółowych rozwiązań zawartych w rozporządzeniach o kryteriach wejścia do sieci, czy wskaźnikach i miernikach opieki onkologicznej.

Następnie głos zabrał [redacted], który poprosił o wypowiedź ze strony Ministerstwa Zdrowia w kwestii wydłużenia czasu pracy Komitetu Sterującego.

Dyrektor Agnieszka Bieniuk-Patoła poinformowała Radę, iż zarządzeniem Ministra Zdrowia, które powołuje Komitet Sterujący do spraw programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, prace komitetu zostały wydłużone. Tym samym Komitet będzie pracował do końca sierpnia niezależnie od tego, że pilotaż będzie trwał do końca roku. Jest to podyktowane przedstawieniem raportu podsumowującego zarówno prace Komitetu Sterującego, jak i uwzględniającego analizę i wnioski płynące z dotychczas wdrożonego pilotażu sieci onkologicznej (czas na przygotowanie przez Komitet kompleksowego raportu dla Ministra Zdrowia został wydłużony do 16 sierpnia).

W dalszej kolejności głos zabrała Dyrektor Dominika Janiszewska-Kajka, która poinformowała o procesie prac nad projektem zmiany rozporządzenia w sprawie kompleksowej opieki onkologicznej nad chorymi z nowotworem piersi. Po zebraniu bardzo dużej liczby uwag w toku konsultacji i opiniowania, aktualnie trwa ich analiza. W niedługim czasie zostaną przedstawione wyniki i analizy tych prac. Jednocześnie rozpoczęły się prace analityczne w odniesieniu do modelu kompleksowej opieki nad pacjentem z nowotworem płuca. Pozostałe unity, w tym unity dziecięce, jak również unity chorób rzadkich, unity urologiczne i ginekologiczne pozostają jeszcze do omówienia. Jest to oczywiście zgodne z realizacją zadań wynikających z Narodowej Strategii Onkologicznej.

Następnie głos zabrał [REDAKTOWANE], który poinformował członków Rady, iż odbyły się konsultacje w temacie nowego modelu breast cancer unit, który znacząco różni się od dotychczasowego modelu opieki. W propozycji ze strony Ministerstwa Zdrowia znalazł się jeden ośrodek. Tworzona jest jedna struktura świadczeń w poszczególnych nowotworach unitowych. Jego zdaniem w przeciągu miesiąca do dwóch zostanie przedstawiony ostateczny projekt po konsultacjach. Na chwilę obecną trwa rozpatrywanie uwag. Nowy model organizacji będzie obowiązywał najwcześniej w ostatnim kwartale 2022 r. lub w styczniu 2023 r.

Na spotkaniu Rady padło również pytanie ze strony [REDAKTOWANE] o lung cancer unit i etap prac. Zdaniem [REDAKTOWANE] ten etap został już zakończony. Model został wypracowany i ustalony. Aktualnie będą doprecyzowane jedynie pakiety realizacji świadczeń na etapie diagnostyki i terapii pacjenta.

Trzecim punktem porządku obrad było omówienie aktualnego stanu prac dotyczących Programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Głos w tej sprawie zabrała Dyrektor Dominika Janiszewska – Kajka informując uczestników spotkania, iż zakończył się etap konsultacji publicznych i uzgodnień projektu rozporządzenia. Aktualnie projekt został skierowany do Rządowego Centrum Legislacji.

Rządowe Centrum Legislacji stoi na stanowisku, iż wszystkie świadczenia, które będziemy uwzględniać w koszykach świadczeń gwarantowanych, niezależnie od tego czy były

finansowane czy współfinansowane ze środków publicznych, wymagają rekomendacji ze strony Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji. Skutkuje to tym, że Minister Zdrowia musi zlecić Agencji wydanie rekomendacji i skonsultowanie tego stanowiska z Prezesem NFZ w porozumieniu z konsultantem krajowym. Prezes AOTMiT ma na to 30 dni. Ministerstwu Zdrowia udało się już uzyskać taką rekomendację w trybie przyspieszonym i została ona wydana dla tego świadczenia. Dlatego też jest szansa na to, aby płynnie wejść w temacie udzielania tych świadczeń od 1 września br.

Czwartym punktem porządku obrad była jakość badań genetycznych (omówienie projektu ustawy o testach genetycznych wykonywanych u człowieka) i wprowadzenie nowej specjalizacji medycznej - diagnostyka molekularna w dziedzinie genetyki klinicznej.

Głos w tym temacie zabrała [REDAKTOWANE]. Pani prof. podkreśliła, iż brak ustawy o testach genetycznych skutkuje brakiem nadzoru nad jakością i wiarygodnością badań genetycznych.

Często bywa też tak, że wynik testu jest niewiarygodny, bywają testy źle dobrane do danej sytuacji klinicznej. Bardzo często pacjenci pozostają z wynikami badań, których nie rozumieją, a jedynym źródłem wiedzy z którego wówczas korzystają jest Internet. Na chwilę obecną nie ma przepisów prawa, które chroniłyby pacjenta przed tym zagrożeniem.

Ostatnia wersja projektu ustawy o testach genetycznych wykonywanych u człowieka została przesłana do Ministerstwa Zdrowia do konsultacji na początku 2022 r.

Celem projektowanej ustawy jest kompleksowe uregulowanie działalności w zakresie wykonywania testów genetycznych u człowieka oraz warunków pobierania, przechowywania i wykorzystania materiału genetycznego oraz biologicznego.

W przedkładanym do Ministerstwa Zdrowia projekcie określone zostały zasady wykonywania testów genetycznych przez podmioty lecznicze oraz inne podmioty – spoza systemu ochrony zdrowia, oferujące swoje usługi w tym zakresie.

Projektowana ustawa o testach genetycznych wykonywanych u człowieka stwarza możliwość wykonania testu genetycznego ściśle dla celów leczniczych jako testu: diagnostycznego, prognostycznego lub predykcyjnego. Ponadto ustawa ma również regulować zasady wykonywania testu genetycznego dla celów naukowych. Ustawodawca ma możliwość wprowadzenia regulacji dla tego rodzaju testu, jako eksperymentu medycznego w rozumieniu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Kolejną kwestią jaka została poruszona przez [REDAKTOWANE] to temat dotyczący braków kadrowych w genetyce medycznej i klinicznej. Pani profesor wskazała na problem braku dostępu biotechnologów do specjalizacji z laboratoryjnej genetyki medycznej.

Jej zdaniem od sześciu lat nie są organizowane studia podyplomowe dające możliwość nabycia uprawnień diagnosty laboratoryjnego, a bez nich nie można podjąć specjalizacji.

Zwróciła również uwagę Rady na brak lekarzy - specjalistów genetyki klinicznej. Dlatego też potrzebny jest nowy zawód, jakim byłby doradca genetyczny, który współpracowałby z lekarzem genetykiem klinicznym i mógłby przyjmować wszystkich pacjentów.

Podsumowując Krajowa Rada ds. Onkologii wskazała na konieczność pilnych działań na rzecz zabezpieczenia wysokiej jakości diagnostyki genetycznej w onkologii.

Działania te w szczególności powinny dotyczyć przyjęcia projektu ustawy o testach genetycznych wykonywanych u człowieka oraz stworzenia warunków do rozwoju kadr medycznych zarówno w zakresie genetyki klinicznej (zawód doradcy genetycznego) jak również diagnostyki genetycznej (nowa specjalizacja – medyczna genetyka molekularna). Propozycje [REDAKCYJNA] spotkały się z akceptacją Rady oraz poparciem dla projektu ustawy. Zdaniem Członków Rady temat ten należy potraktować priorytetowo z uwzględnieniem jak najszybszej realizacji tego zadania. Na posiedzeniu Rady przy zachowaniu kworum uchwała ta została przyjęta jednogłośnie.

Poinformowano Członków rady, że projekt ustawy jest aktualnie procedowany w Departamencie Rozwoju Kadr Medycznych. Ostatecznie, wspólnie ustalono, iż na kolejne posiedzenie Rady zostaną zaproszeni przedstawiciele tegoż departamentu z uwagi na prezentację Pani profesor oraz na fakt przekazania informacji o stopniu zaawansowania prac nad ustawą.

Piątym punktem porządku obrad był temat programu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Głos w tym temacie jako pierwsza zabrała Dyrektor Dominika Janiszewska-Kajka, która potwierdziła informację, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych dodające kolonoskopię jako świadczenie gwarantowane (kolonoskopię profilaktyczną) zostało w dniu 29 czerwca br. opublikowane. Oznacza to, że zakres badań wchodzi aktualnie w fazę procedowania. Z uwagi na fakt, iż ocena Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jest pozytywna, został również zakończony cały proces legislacyjny rozporządzenia dotyczącego określenia warunków realizacji świadczeń tzw. „kryterialnego”. Aktualnie oczekuje się na publikację rozporządzenia i oficjalnie będziemy mieli w koszyku świadczeń gwarantowanych kolonoskopię profilaktyczną. Kolejnym etapem będą badania, które rozpoczną się w momencie zakontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zdaniem przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia, obecnego na spotkaniu Rady po opublikowaniu obu rozporządzeń z określeniem warunków realizacji świadczeń, Prezes Funduszu zobligowany będzie do opracowania zarządzenia na podstawie, którego ogłosi postępowanie. Szacując optymistycznie proces ten będzie trwał od trzech do czterech miesięcy do momentu podpisania umowy i rozpoczęcia realizacji świadczeń.



Podpisanie samej umowy i rozpoczęcie realizacji świadczeń będzie zatem wymagało jeszcze czasu z uwagi na fakt, iż zarządzenie Prezesa Funduszu podlega konsultacji, a następnie oddziały muszą ogłosić postępowania. Należy dodać również, że sama procedura naboru też wymaga czasu.

Do wypowiedzi Dyrektora Dominiki Janiszewskiej - Kajki odniósł się [REDAKTOWANE], który podzielił się informacją, iż 20 czerwca br. została wydana opinia Rady Przejrzystości przy Prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji. Opinia ta jest oczywiście pozytywna pod warunkiem uściślenia kryteriów jakości prowadzenia programu przesiewowego zgodnie z propozycjami ekspertów krajowych przedstawionymi w raporcie AOTMiT oraz jego stałego monitorowania przez ośrodek koordynujący na poziomie krajowym z okresowym publikowaniem wyników. Aby możliwe było realizowanie badania wysokiej jakości kryteria te muszą zostać w pierwszej kolejności określone.

Drugim tematem poruszonym przez [REDAKTOWANE] była kwestia rejestru medycznego, który jest konieczny do realizowania monitorowania jakości. Pomimo faktu, iż wszystko wygląda optymistycznie niewątpliwie cały ten proces może potrwać jeszcze kilka kolejnych miesięcy, co w efekcie doprowadzi do rocznej przerwy w realizacji programu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego.

Aktualnie podejmowane są starania, aby jesienią spotkać się z przedstawicielami Światowej Organizacji Zdrowia, Komisji Europejskiej oraz Ministrem Zdrowia Holandii, który odpowiadał za wprowadzenie idealnego programu badań przesiewowych raka jelita grubego w Holandii. Pokłada się już dziś wielkie nadzieje, że po spotkaniu będzie można mieć wiedzę jak taki program powinien faktycznie (realnie) wyglądać.

W odpowiedzi na opinię przedstawioną przez [REDAKTOWANE] głos zabrał Michał Dzięgielewski – Dyrektor Departamentu Lecznictwa potwierdzając informację, iż rekomendacja Prezesa AOTMiT została opublikowana i przedstawiona Ministrowi Zdrowia. Rozporządzenie kryterialne jest zatem gotowe i zawiera elementy, o których mówił [REDAKTOWANE]. Przynajmniej przede wszystkim zostają premiiowane ośrodki z doświadczeniem, które do tej pory uczestniczyły w takim programie. Co do rejestru medycznego należy go procedować, co umożliwi szybką realizację zadania.

Następnie głos zabrał Przewodniczący Rady kierując swoje zapytanie do Dyrektora Michała Dzięgielewskiego o sam proces taryfikacji. Udzielono odpowiedzi, że nowa taryfikacja nie jest wymagana. Mowa jest o bardzo podobnym procesie i byłoby nieracjonalne stosowanie dwóch różnych poziomów cen.

Na koniec tego tematu ponownie głos zabrał [REDAKTOWANE], który podziękował za uwzględnienie kryteriów jakościowych, jako wskaźników jakości, czyli coś co można realnie

mierzyć. Jego zdaniem jeśli chcemy żeby kryteria jakościowe zostały spełnione, to muszą one dotyczyć konkretnych wskaźników jakościowych.

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia wskaźniki jakościowe zostaną otrzymane zaraz po wdrożeniu pełnego monitorowania jakości i utworzeniu rejestru.

Następnie głos zabrał [REDAKTOR], który jak sam twierdzi jest pełen obaw odnośnie wyglądu ostatecznego dokumentu uwzględniającego propozycje poprawek, które były przesyłane do Ministerstwa Zdrowia. Pan profesor nie ukrywa, iż głęboko wierzy, że wszystko zostanie uwzględnione, tak jak zostało to przez niego zaopiniowane.

Do wypowiedzi [REDAKTOR] odniosła się Dyrektor Dominika Janiszewska-Kajka, która potwierdziła te informacje, iż opublikowane zostanie to, co zostało zaopiniowane przez profesora jako konsultanta krajowego w ramach procedowania rekomendacji. Nic w tym względzie nie zostało zmienione w samym tekście rozporządzenia. Zatem to, co Pan profesor opiniował w ramach procesu wydawania rekomendacji, zostanie opublikowane.

Kolejnym punktem porządku obrad była informacja przekazana przez Przewodniczącego Rady na temat wymagań minimalnych dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych. Przewodniczący Rady podziękował Ministerstwu Zdrowia przy udziale którego doszło do wypracowania konsensusu i powrotu do zapisów dwuaparaturowych. To bardzo ważne porozumienie z uwagi na dbałość o jakość i bezpieczeństwo pacjenta. Ostateczna treść samego rozporządzenia ma zostać przedstawiona członkom Rady na kolejnym posiedzeniu.

Ostatnim punktem spotkania Krajowej Rady ds. Onkologii były wolne wnioski.

Przewodniczący udzieli głosu [REDAKTOR], który poinformował członków Rady, o wznowieniu po długim okresie radioterapii protonowej dzieci. Wspólnie z kolegami z oddziału krakowskiego, pediatrów z instytutu pediatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego, przy udziale radioonkologów z Gliwic w tej chwili nie ma przeszkód, aby dzieci były leczone w Krakowie z wygodą oraz z zapewnieniem jakościowych, najwyższych standardów leczenia na miejscu. Kolejną ważną informacją przekazaną przez [REDAKTOR] jest zamiar otwarcia w Gliwicach poradni i objęcia opieką tak zwanych młodych-dorosłych.

Dlatego też w oddziale gliwickim z inicjatywy onkologów, ma powstać pilotażowo poradnia, która we współpracy ze środowiskiem pediatrów onkologicznych obejmowałaby opieką dzieci przed osiągnięciem pełnoletności, które wymagałyby tego rodzaju leczenia.

Następnie głos zabrał [REDAKTOR] w kwestii przyspieszenia prac nad wyodrębnieniem procedur diagnostyki patomorfologicznej dla określenia ich kosztów i wyceny. Zdaniem

profesora zostało to już przygotowane i opisane. Na tej podstawie Minister Zdrowia w zeszłym roku opublikował obwieszczenie w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych dla funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej. Profesor dodał ze swojej strony, iż ukazała się wersja drukowana podręcznika wdrożeniowego uwzględniająca co należy zrobić, żeby te standardy móc spełnić. Powstały również wzory dokumentów i dokumentacji oraz wzory rozwiązań, jak również podręcznik z opisem jak powinna taka wizyta akredytacyjna czyli certyfikująca jednostkę w sposób zewnętrzny przygotować. Ostatecznie zaproponowano rozwiązania dziewięciu grup kosztowych. Z uwagi na fakt, iż wszystkie działania projakościowe zostały wdrożone, wystandaryzowany został proces oraz jednostki, które będą to wykonywać. Teraz postawione zostały konkretne wymagania za które trzeba zapłacić.

Pan prof. skierował pytanie do NFZ, że skoro mamy wszystkie elementy, to kto zakontraktuje badania patomorfologiczne jako odrębne świadczenie.

W odpowiedzi na zapytanie [redacted] poinformowano, iż pilotaż został zakończony w lutym. Na chwilę obecną analizy zostały przekazane do AOTMiT wewnątrz samej Rady Taryfikacji, która przyjrzała się wynikom i przekazała zalecenia zespołowi analitycznemu. [redacted] zostanie zaproszony do dyskusji merytorycznych z Radą Taryfikacji, gdyż rozmowy te często sprzyjają właściwej wycenie świadczeń.

Następnie głos zabrał [redacted], który poprosił o omówienie na następnym posiedzeniu tematu rewizji programu specjalizacji w dziedzinie onkologii klinicznej, ponieważ liczba lekarzy onkologów klinicznych maleje i powstaje tak zwana luka pokoleniowa. Tym samym powinna odbyć się konstrukcja programu specjalizacji. Zdaniem profesora liczba lekarzy, którzy kończą specjalizację jest zdecydowanie mniejsza niż tych, którzy ją zaczynają. Ministerstwo Zdrowia poinformowało, iż tymi kwestiami zajmuje się Departament Rozwoju Kadr Medycznych, który na kolejnym spotkaniu udzieli stosownych wyjaśnień w kwestii dostępu do specjalistów, a zatem bardzo ważnego procesu.

Na koniec spotkania głos zabrała Dyrektor Agnieszka Bieniuk-Patola w kontekście zadań podsumowującym realizację harmonogramu NSO, które stanowi, że do końca 2023 zostaną wprowadzone procedury diagnostyczno-terapeutyczne i standardy organizacyjne w radiologii interwencyjnej i leczenia mało inwazyjnego nowotworu.

W tym celu miały zostać przygotowane założenia standardów organizacyjnych. Z uwagi na fakt, iż nie został wyznaczony termin na odpowiedź, kwestie te będą procedowane na następnym spotkaniu i zostaną ustalone wspólnie dalsze kroki, aby to nastąpiło.

Przewodniczący podziękował członkom Rady za spotkanie. Wstępnie wyznaczono datę kolejnego spotkania Krajowej Rady ds. Onkologii na koniec lipca i zakończono posiedzenie.

