

Protokół nr 45

z XLV posiedzenia Krajowej Rady do spraw Onkologii, które odbyło się 27 lipca 2022 r. w trybie on-line

W spotkaniu wzięli udział:

Członkowie Rady:

1. [redacted] – Przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii
2. Pan Waldemar Kraska – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
3. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii
4. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej
5. [redacted] - Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii
6. [redacted] - Przedstawiciel Krajowego Rejestru Nowotworów
7. [redacted] - Przedstawiciel Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
8. [redacted] – Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
9. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej
10. [redacted] - Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej
11. [redacted] - Przedstawiciel Narodowego Instytutu Onkologii - Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie z zakresu profilaktyki
12. [redacted] - Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej
13. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej
14. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii
15. [redacted] – Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej
16. [redacted] – Przedstawiciel Narodowego funduszu Zdrowia, Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia

17. [REDACTED] – Konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej dla woj. świętokrzyskiego

Pozostali uczestnicy:

1. Pani Magdalena Bartnik-Janiszewska – Dyrektor Biura Ministra
2. Pan Michał Dzięgielewski – Dyrektor Departamentu Lecznictwa
3. Pani Agnieszka Beniuk-Patoła – Z-ca Dyrektora Departamentu Lecznictwa
4. Pani Magdalena Przydatek - Z-ca Dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych
5. [REDACTED] – Polskie Towarzystwo Onkologiczne
6. [REDACTED] - Naczelnik w Departamencie Lecznictwa
7. [REDACTED] – Narodowy Instytut Onkologii - Państwowy Instytut Badawczy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
8. [REDACTED] - Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
9. [REDACTED] - Prezes Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego
10. [REDACTED] - Zakład Radiologii WUM
11. [REDACTED] – Departament Innowacji

Porządek posiedzenia:

1. Aktualny stan prac nad ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej i aktami wykonawczymi do ustawy - Przedstawiciel Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia.
2. Koncepcja Krajowej Sieci Hematologicznej - [REDACTED], konsultant krajowy w dziedzinie hematologii
3. Stan realizacji programu „przejścia” dzieci pod opiekę dorosłych w ramach przygotowań Narodowej Strategii Onkologicznej - [REDACTED]
4. Przedstawienie propozycji Poradni Onkologicznej Młodych Dorosłych - [REDACTED], Dyrektor NIO-PIB Oddziału w Gliwicach
5. Propozycja zmian w programie specjalizacji z onkologii klinicznej - [REDACTED], konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej
6. Aktualny stan prac zespołu problemowego do spraw radiologii nad dokumentem „Mapa dostępności i potrzeb w zakresie radiologii interwencyjnej” - [REDACTED], Krajowy Konsultant w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, [REDACTED], Prezes Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego

7. Projekt nowelizacji 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)- [REDAKTOR], Przewodniczący KRO.
8. Wolne wnioski.

Czterdzieste piąte posiedzenie Krajowej Rady do spraw Onkologii otworzył [REDAKTOR]

[REDAKTOR] - Przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii.

Na spotkaniu Krajowej Rady ds. Onkologii Przewodniczący poprosił członków o przeniesienie tematu jakim jest - Aktualny stan prac nad Ustawą o diagnostyce molekularnej na następne posiedzenie. Prośba została zaakceptowana przez wszystkich uczestników spotkania.

Pierwszym punktem porządku obrad był aktualny stan prac nad ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej i aktami wykonawczymi do ustawy. Głos w tej sprawie zabrała Dyrektor Agnieszka Beniuk-Patola informując członków Rady, iż 27 czerwca br. projekt został skierowany na posiedzenie Stałego Komitetu Rady Ministrów. Do dnia 5 lipca br. został wyznaczony czas na zgłaszanie uwag. Zdaniem Pani Dyrektor wypracowanie wspólnego porozumienia warunkuje skierowanie projektu ustawy na Radę Ministrów, a następnie skierowanie go do Parlamentu. Zakłada się, że w pierwszej połowie sierpnia ruszą prace dotyczące dalszego procesu legislacyjnego odnośnie Krajowej Sieci Onkologicznej. W momencie akceptacji projektu przez Stały Komitet Rady Ministrów zostaną również uruchomione prace nad aktami wykonawczymi. Szczególnie istotnym aktem wykonawczym jest projekt rozporządzenia o miernikach oceny i wskaźnikach jakości opieki onkologicznej. Założenia ze strony Ministerstwa Zdrowia są takie, iż rozporządzenia muszą wejść w życie razem z ustawą, która obowiązywać będzie od 1 stycznia 2023 r., gdyż są one w Krajowej Sieci Onkologicznej kluczowe. Procedowana zatem będzie ustawa zgodnie z procesem legislacyjnym, a równolegle z ustawą kontynuowane będą prace nad rozporządzeniami.

Kolejnym punktem spotkania był temat Koncepcji Krajowej Sieci Hematologicznej przedstawiony przez [REDAKTOR], zdaniem której zostały uzgodnione i wyodrębnione trzy obszary onkologii. Pierwsza część dotyczy onkologii - nowotworów guzów litych, gdzie prace pozostają bardzo zaawansowane. Druga część dotyczy koncepcji Krajowej Sieci Hematologicznej. Trzecia część to onkologia i hematologia dziecięca. Zdaniem profesor hematologia jest obszarem, który wymaga szczególnego zajęcia się nim, z uwagi na fakt,

iz obserwuje się duży wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne z tego zakresu, co wynika przede wszystkim ze zwiększonej zapadalności na nowotwory krwi, dynamicznego rozwoju metod diagnostycznych oraz leczniczych, co w efekcie przekłada się na wydłużenie przeżycia chorych oraz wzrastającą świadomość społeczną. W związku z powyższym pojawiła się konieczność wprowadzenia w hematologii krajowych standardów postępowania diagnostyczno – terapeutycznego, które zostaną dostosowane do uwarunkowań społecznych, organizacyjnych oraz ekonomicznych. Standardy te powinny być wymagane od wszystkich podmiotów, które będą realizowały świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych. Potrzebne będą zatem rozwiązania systemowe, które zagwarantują pacjentom realizację całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, jak również monitorowanie samego procesu oraz zwiększenia liczby specjalistów w dziedzinie hematologii. Zdaniem profesor, aby na chwilę obecną zabezpieczyć warunki dotyczące opieki hematologicznej należy działać kompleksowo. Dlatego też powinno się dążyć do poprawy dostępności do diagnostyki oraz dostępu do nowoczesnych metod leczenia. Powinny za tym pójść także rozwiązania organizacyjne, które zapewnią skoordynowaną opiekę opartą na współpracy pomiędzy ośrodkami, aby móc monitorować proces diagnostyki i leczenia. Wszystkie te czynniki powinny doprowadzić do zapewnienia odpowiedniej opieki hematologicznej oraz właściwego pomiaru efektywności.

Elementy składające się na koncepcję Krajowej Sieci Hematologicznej powinny zawierać pięć współgrających ze sobą części.

1. Model organizacji udzielania świadczeń hematologicznych przez podmioty lecznicze w oparciu o potencjał wykonawczy ośrodka,
2. Wypracowanie modelu sieci ośrodków hematologicznych oparty na współpracy między ośrodkami i wprowadzenie jednolitych zasad koordynacji i leczenia,
3. Wprowadzenie jednolitych standardów diagnostyki i leczenia niezależnie od miejsca zamieszkania w celu poprawy rokowania i jakości życia chorych,
4. Zapewnienie kompleksowego leczenia – rozumianego jako równy i szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki, współpraca między ośrodkami o różnym stopniu referencyjności,
5. Wprowadzenie mierników skuteczności klinicznej sprawdzających organizację i funkcjonowanie ośrodków hematologicznych.

W dokumencie, który powstał w 2018 roku dotyczącym koncepcji funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej została przedstawiona referencyjność w hematologii, która opiera się na dwukierunkowym systemie opieki zdrowotnej, gdzie proste świadczenie medyczne jest realizowane na poziomie niższym, natomiast bardziej złożone na poziomie wyższym. Zaproponowano wówczas trójstopniowy system organizacji, uwzględniając przy tym potencjał wykonawczy danego ośrodka.

Prace te były prowadzone w AOTMiT w 2019 roku we współpracy z ekspertami klinicznymi. Następnie po wydaniu rekomendacji przez Prezesa AOTMiT prace były kontynuowane w Ministerstwie Zdrowia.

Tym samym został wypracowany model organizacji opieki hematologicznej, który zakłada trzy poziomy:

- a) I poziom – podstawowy – obejmujący opiekę ambulatoryjną, realizowaną w poradniach lub oddziałach leczenia dziennego,
- b) II poziom – opieki specjalistycznej – obejmujący ośrodki prowadzące pełną diagnostykę i leczenie wybranych nowotworów onkologicznych, posiadające oddziały o profilu hematologii,
- c) III poziom – wysokospecjalistyczny, obejmujący ośrodki zajmujące się kompleksową diagnostyką i leczeniem wszystkich nowotworów hematologicznych, posiadające oddziały hematologii i oddziały przeszczepiania krwiotwórczych komórek macierzystych.

Model Krajowej Sieci Hematologicznej stawia przed sobą cztery podstawowe cele, które wprowadzają współpracę między ośrodkami na rzecz pacjenta, wdrażają jednolite standardy diagnostyki leczenia niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta w celu poprawy rokowania i jakości życia chorych oraz zapewniają o kompleksowości leczenia oraz monitorowaniu jakości. W efekcie utworzenie Krajowej Sieci Hematologicznej miałyby doprowadzić do poprawy dostępności, szybszej diagnostyki leczenia nowotworu, zwiększenia rozpoznawalności nowotworu krwi oraz obniżeniu umieralności i wydłużeniu pięcioletnich przeżyć pacjentów. Koncepcja Krajowej Sieci Hematologicznej jest wpisana w model, który został już wcześniej wypracowany w 2019 roku. Zdaniem profesor w danym województwie powinien zostać wyodrębniony jeden wojewódzki ośrodek monitorujący, który zajmowałby się zbieraniem danych odnośnie mierników klinicznych i mierników organizacyjnych. Krajowym ośrodkiem monitorującym byłby Instytut Hematologii i Transfuzjologii, gdzie dane byłyby gromadzone, a następnie przesyłane do Krajowej Rady ds. Onkologii.

Koncepcja Krajowej Sieci Hematologicznej powinna zawierać się w trzech głównych punktach. Pierwszym byłby punkt organizacyjny – zdefiniowanie ośrodków leczenia hematologicznego - poprzez wprowadzenie referencyjności, drugim pozostawałby model sieci ośrodków opierający się o koordynację – przekazywanie pacjentów i szybką diagnostykę oraz dostęp do właściwego leczenia, zaś trzecim jakość, a zatem monitorowanie klinicznych aspektów oraz aspektów organizacyjnych.

Na wniosek Przewodniczącego przystąpiono do głosowania. Krajowa Rada ds. Onkologii jednogłośnie przyjęła Uchwałę popierającą utworzenie Krajowej Sieci Hematologicznej.

Kolejnym punktem obrad było omówienie tematu jakim jest stan realizacji programu „przejścia” dzieci pod opiekę poradni dla dorosłych. Głos w tym temacie zabrał [REDAKTOR]. Problem ten trafił sześć lat temu na ręce Rzecznika Praw Pacjenta. Wówczas zrodziła się koncepcja uregulowania tematu i tym samym zapewnienie bezpiecznego przejścia młodych pacjentów z opieki medycznej prowadzone przez podmioty udzielające świadczeń pediatrycznych pod opiekę poradni lub oddziałów udzielających świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym. Wstępnie został przygotowany materiał z udziałem pediatrów i onkologów przedstawiający aktualny stan sytuacji w naszym kraju oraz na świecie. Opublikowany artykuł ukazał się w roku 2017, a jednym z jego współautorów była Dyrektor jednego z Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. Stanowisko NFZ jest jednoznaczne i jak najbardziej aktualne, iż system opieki zdrowotnej został podzielony na dwa obszary pediatrii do 18 roku życia oraz internę po tym okresie. Wchodząc w pełnoletniość pacjenci muszą zmieniać miejsce leczenia, gdyż system nie refunduje dla nich świadczeń w ośrodkach pediatrycznych, co jak pokazuje praktyka, może się negatywnie odbić na ciągłości leczenia. Dodatkowo mogą pojawiać się problemy związane z refundacją leków dla określonych grup wiekowych. W Narodowej Strategii Onkologicznej problem ten został zakwalifikowany jako zadanie 19.4 „opracowanie i wprowadzenie wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w okresie przejściowym z wieku dziecięcego w wiek dorosły”. Aktualnie wszystkie prace dotyczące tego tematu są koordynowane przez [REDAKTOR], który wskazał [REDAKTOR] jako osobę odpowiedzialną za opracowanie strategii z punktu widzenia pediatrycznego.

Przygotowany został również dokument, który zawiera dziesięć propozycji rozwiązań tematu uwzględniając zarówno potrzeby dzieci jak i potrzeby pacjentów dorosłych. Projekt tegoż dokumentu został przekazany do AOTMiT w celu zaopiniowania. Po pierwsze pacjenci, którzy zachorowali w wieku dziecięcym pozostają pod kontrolą ośrodka pediatrycznego nie dłużej niż do 24 roku życia. Następnie przechodzą pod opiekę ośrodków onkologicznych dla dorosłych. W przypadku specyficznych problemów mogą oni oczywiście zostać wcześniej przekazani do w/w placówek. W kwestii nawrotu choroby pacjenta po ukończeniu 18 roku życia, pacjent ten automatycznie przechodzi pod opiekę ośrodka onkologicznego czy też hematologicznego dla osób pełnoletnich. Przy czym przy rozpoznaniu nowotworowo-pediatrycznym u osoby dorosłej należy rozważyć możliwość kontynuacji leczenia pacjenta w ośrodku pediatrycznym, gdyż ma on bardziej fachowe doświadczenie. Decyzje w takich kwestiach będą podejmowane przez konsylia lekarskie, w skład których będzie wchodził onkolog dziecięcy, onkolog kliniczny i ewentualnie hematolog w zależności od rozpoznania choroby u danego pacjenta. Dlatego też ważną kwestią pozostaje również powołanie konsyliów zespołów wielospecjalistycznych. Kolejnym ważnym postulatem, który należy uregulować jest również kwestia monitorowania opieki odległej.

Proponuje się wprowadzenie świadczeń i monitorowanie opieki odległej po leczeniu choroby nowotworowej bez limitu wieku (zarówno dla dzieci jak i dorosłych) oraz niezależnie od czasu jaki upłynął od diagnozy. Konieczne zatem będzie powołanie poradni monitorowania długoterminowych efektów leczenia w ośrodku dziecięcym oraz dla pacjentów dorosłych w ośrodkach onkologicznych czy też hematologicznych. Istotne będzie również utworzenie poradni psychoonkologicznych oraz powołanie konsyliów wielospecjalistycznych do spraw późnych powikłań. Ważną propozycją pozostaje również kwestia poradni dla chorych z powikłaniami z fakomatozy oraz opracowanie wytycznych dla samych pacjentów i wytycznych dla osób zatrudnionych w poradniach monitorowania długoterminowych efektów leczenia.

Następnie głos zabrał [REDAKTOR], informując Radę, iż zaprosił na dzisiejsze spotkanie swoją współpracownicę [REDAKTOR], specjalistę radioterapii onkologicznej, która leząc dzieci podjęła inicjatywę dotyczącą stanu działalności poradni dla młodych-dorosłych stykając się bezpośrednio z tym tematem. Z uwagi na fakt, iż odnotowano pewne spostrzeżenia, na tej podstawie został przesłany wstępny projekt organizacyjny, odnośnie działania i funkcjonowania takiej placówki, w której aktualnie Pani doktor jest zatrudniona. Następnie głos zabrała [REDAKTOR], która poinformowała członków Rady, iż od 1 lipca w Instytucie Onkologii w Gliwicach funkcjonuje poradnia dla młodych-dorosłych, która przewiduje opiekę chorych do ukończenia 30 roku życia. Są to osoby, które rozpoczęły opiekę w poradni onkologicznej w zakresie onkologii dziecięcej. Ośrodek ten pozostaje we współpracy z trzema ośrodkami onkologii dziecięcej, dzięki czemu istnieje możliwość zapewnienia płynnego przekazywania pacjentów. Specjalnie dla tych celów został powołany również wielodyscyplinarny zespół lekarzy, tak aby monitorować długofalowe skutki choroby nowotworowej, jak i samego leczenia oraz powikłań. Nad całym tym procesem czuwa koordynator, którego rolą jest umawianie wizyt i zajmowanie się ustalaniem badań kontrolnych.

Wspólnie, właśnie w tym ośrodku, podjęto decyzję w porozumieniu z pediatrami, iż zanim dziecko osiągnie pełnoletniość jest przekazywane do tego właśnie ośrodka, tak, aby opieka była tam dalej kontynuowana. Niestety, nie ma na chwilę obecną żadnych konkretnych wytycznych przypisanych tej grupie chorych. Zdaniem Pani doktor istnieje duża potrzeba, aby wiedzieć jak prawidłowo należałoby objąć opieką młodych-dorosłych pacjentów. Dlatego kluczową kwestią na chwilę obecną pozostaje sprawa samej organizacji takiej jednostki oraz forma jej finansowania, tak aby nie powstawał w przyszłości problem rozliczania badań. Z tego względu ważne jest, aby mieć na uwadze dobro i interes pacjenta, który powinien zawsze stać na pierwszym miejscu.

W nawiązaniu do powyższego tematu głos w dyskusji zabrał Dyrektor Departamentu Lecznictwa Michał Dzięgielewski. Poprosił [REDAKTOR] o wyjaśnienie czy jest możliwe opracowanie katalogu nowotworów charakterystycznych dla wieku dziecięcego, który obejmowałby nowotwory właściwe jakie powinny być leczone w oddziałach hematoonkologii dziecięcej, oraz nowotwory osób dorosłych leczone na oddziałach dla dorosłych. [REDAKTOR]

[REDAKTOR] odpowiedział, że istnieje możliwość stworzenia takiego katalogu. W dalszej części wypowiedzi Dyrektor stwierdził, iż istnieje na chwilę obecną próba stworzenia kolejnego rodzaju poradni, dla której określone pozostaną pewne wymogi – co do zatrudnienia kadry, oraz co do samej procedury jaka będzie wymagana. Pan Dyrektor ze swojej strony zaproponował alternatywne rozwiązanie- mianowicie w momencie powstania katalogu specyficznych nowotworów chorób rzadkich wraz z opinią właściwego konsultanta, placówki lecznicze, które mają wpisane jako własną dziedzinę hematoonkologię dziecięcą będą mogły zająć się leczeniem osób do 24 roku życia. Dlatego też ważnym jest obecnie zniesienie dotychczasowych ograniczeń i przyjęcie reguły, iż osobą dorosłą staje się osoba pomiędzy 18 a 24 rokiem życia. Tym samym osoby, które zachorują w tym przedziale wiekowym, uwzględniając przy tym wspomniany wyżej katalog nowotworów, będą mogły być leczone przez odpowiednie komórki. Nie będzie wymagana od innych instytucji zgoda czy też weryfikacja możliwości przeprowadzenia leczenia konkretnego pacjenta. Ważną kwestią, na chwilę obecną pozostaje fakt, powstania konsyliów, które orzekałyby o stanie zdrowia pacjentów, po ukończeniu 18 roku życia i jednocześnie określałyby czy dany pacjent powinien być leczony w pionie pediatrycznym czy też pionie dla osób dorosłych. Tego typu rozwiązanie byłoby zdecydowanie prostsze. Pozwoliłoby uniknąć gwałtownych zmian oraz rozwiązałyby problem samego sposobu leczenia, uwzględniając przede wszystkim dobro pacjenta.

[REDAKTOR] odnosząc się do wypowiedzi Pana Dyrektora wyjaśnił, że osobiście uważa, że wszyscy w tym temacie mówią o tym samym. Należy jednak dopracować szczegóły. Kluczową sprawą nadal jednak pozostaje kwestia samej organizacji placówek oraz sposób ich finansowania.

Dyrektor Michał Dzięgielewski zaproponował stworzenie dla pacjentów hematoonkologicznych dziecięcych możliwość leczenia się aż do ukończenia 24 roku życia, znosząc przy tym wszelkie biurokratyczne bariery. Katalog, który miałby powstać nie byłby katalogiem pełnym i zamkniętym z racji przybywających stale nowych chorób nowotworowych. Jego zdaniem nowotwory charakterystyczne dla wieku dziecięcego powinny być leczone w pionie onkohematologii dziecięcej. To rozwiązanie wydaje się zdecydowanie bardziej elastyczne i umożliwi dostęp do świadczeń bez konieczności przejścia pacjenta do nowej poradni pod opiekę nowych osób, które z pewnością musiałyby zapoznać się z historią choroby pacjenta od samego początku.

Ostatecznie głos w tym temacie zabrał [REDAKTOR], który poinformował uczestników spotkania, iż na chwilę obecną złożył swoje propozycje do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Natomiast Dyrektor Michał Dzięgielewski zobowiązał się ze swojej strony do zweryfikowania na jakim etapie pozostaje ów projekt i na następnej Radzie zostanie przedstawiony stan zaawansowania prac.

Kolejnym punktem spotkania Członków Rady było omówienie tematu propozycji zmian w programie specjalizacji z onkologii klinicznej. Głos w tym temacie zabrał [REDAKTOR] informując członków spotkania, iż onkologia kliniczna jest dwumodułowa. Moduł podstawowy choroby wewnętrzne trwający trzy lata i moduł specjalistyczny onkologia kliniczna. Zdaniem profesora w Europie w większości krajów onkologia kliniczna jest uznawana, a z kolei w niektórych jest traktowana łącznie albo z hematologią lub z radioterapią. W Polsce moduł internistyczny trwa trzy lata, a część onkologiczna dwa lata. Moduły te uwzględniają również kursy. Profesor zwrócił uwagę również na fakt istnienia tak zwanej luki pokoleniowej, gdyż liczba onkologów klinicznych jego zdaniem nie jest wystarczająca. Aktualnie jest ich w Polsce około 1100 natomiast rekomendowana liczba to 1800 osób. Dlatego też lekarzy tej specjalności powinno być zdecydowanie więcej. [REDAKTOR] proponuje zatem dwa rozwiązania. Po pierwsze należy wyłączyć onkologię kliniczną z grupy specjalizacji modułowych rozpoczynających się od interny. Jeśli natomiast pozostanie ona w systemie modułowym należy skrócić wówczas moduł internistyczny do dwóch lat i tym samym ograniczyć się w przeciągu tego okresu do zagadnień istotnych i potrzebnych onkologom. Proponuje się zatem wydłużenie modułu onkologicznego do trzech lat. Dzięki czemu będzie można przeprowadzić dodatkowe staże tego modułu. Ostatni postulat zgłoszony przez profesora dotyczy rezydentów, którzy szkolenia w pierwszym etapie internistycznym powinni rozpoczynać od krótkiego trwającego maksymalnie do trzech miesięcy zetknięcia się z onkologią w postaci stażu wstępnego.

Następnie głos w dyskusji zabrała Pani Magdalena Przydatek Zastępca Dyrektora Departamentu Rozwoju Kard Medycznych. Jej zdaniem nie jest rzeczą łatwą wyjąć z modułu podstawowego pewne rzeczy, o których wspomniał przedmówca. Należy mieć również na uwadze fakt, iż są inne dziedziny oraz inne specjalizacje, które z tego modułu podstawowego korzystają. Dlatego należy rozważyć czy właściwym będzie przygotowanie odrębnego modułu podstawowego z chorób wewnętrznych tylko i wyłącznie dla onkologii klinicznej. Alternatywą dla tego projektu pozostaje stworzenie jednolitej specjalizacji, co będzie zdecydowanie prostszym rozwiązaniem.

Członkowie Rady zostali poinformowani, iż jesienią w Departamencie Rozwoju Kard Medycznych będą potwierdzone nowe programy specjalizacji, przygotowywane w porozumieniu z zespołem ekspertów na czele którego stoi [REDAKTOWANE], który przygotował program specjalizacji, obowiązujący od kolejnego, wiosennego postępowania specjalizacyjnego.

Na wniosek Przewodniczącego Rady przystąpiono do głosowania. Uchwała popierająca jednoznacznie nie modułowy system specjalizacji onkologii klinicznej została jednogłośnie przyjęta przez Członków Rady.

Kolejnym tematem poruszonym na posiedzeniu Rady był aktualny stan prac zespołu problemowego do spraw radiologii interwencyjnej nad dokumentem „Mapa dostępności i potrzeb w zakresie radiologii interwencyjnej”. Głos w tym temacie zabrał [REDAKTOWANE]. Uczestnicy spotkania zostali poinformowani, iż w roku 2019 Krajowa Rada wnioskowała o modyfikację istniejących i wprowadzenie nowych procedur dotyczących radiologii zabiegowej w onkologii. Rekomendowano jednocześnie aktualizację oraz wycenę świadczeń. Profesor nadmienił również, iż w marcu 2022 r. powołany został zespół do spraw radiologii interwencyjnej, natomiast w grudniu 2021 r. został przygotowany raport o radiologii interwencyjnej w Polsce, który pokazał, iż zabiegi z zakresu radiologii wykonywane są w niewielu ośrodkach. W zestawieniu z innymi krajami Polska znacząco odbiega jeśli chodzi o liczbę wykonywanych procedur jak również jeżeli chodzi o liczbę lekarzy radiologów interwencyjnych w onkologii od tych, jakie odnotowuje się w innych częściach świata. Zdaniem profesora brak jest również placówki w naszym kraju, która w pełni wykonywałaby zakres świadczeń onkologicznych z radiologią interwencyjną.

Reasumując założenia uchwały Krajowej Rady ds. Onkologii z 13 listopada 2019 r. dotyczącej poprawy dostępności radiologii interwencyjnej w onkologii jest takie, iż na chwilę obecną nie udało się zrealizować nowych procedur, nie udało się również ustalić poprawy wycen istniejących procedur, brak jest nadal poprawy nazw procedur w katalogu NFZ, nie udało się także zrealizować rozliczania zabiegów przez większą liczbę oddziałów.

Na koniec dyskusji Przewodniczący Rady, zaproponował zebranie dotychczasowych raportów i działań rozpoczętych w 2019 r. i przygotowanie pisemnego podsumowania (w formie raportu zbiorczego) na następne posiedzenie tak, aby wszystkie świadczenia, które są wymagane były odpowiednio realizowane i wycenione. Propozycja ze strony [REDAKTOWANE] została pozytywnie przyjęta przez Członków Rady.

Ostatnim punktem posiedzenia było omówienie projektu nowelizacji 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).

Zgodnie z Uchwałą Krajowej Rady ds. Onkologii z dnia 7 grudnia 2021 r., Rada zaleciła Ministrowi Zdrowia nowelizację rozporządzenia z dnia 14 października 2021 r. mającą na celu zmianę zaniżonych wg Rady kryteriów bezpieczeństwa radiologicznego pacjentów w jednostkach realizujących świadczenia mikroradioterapii stereotaktycznej i cybernetycznej – wymóg ten dotyczył posiadania wyłącznie jednego akceleratora przez te jednostki.

Należy podkreślić, że funkcjonowanie zakładów radioterapii w oparciu o wyłącznie jeden akcelerator narusza fundamentalną zasadę bezpieczeństwa radiologicznego polegającą na zastępowalności urządzeń w celu zapewnienia ciągłości udzielanego świadczenia zdrowotnego. Nie da się bowiem zapewnić w pełni bezpiecznego przebiegu terapii mając do dyspozycji wyłącznie jeden aparat terapeutyczny.

W przypadku awarii jednego z akceleratorów napromienianie pacjenta odbywa się na drugim, w czasie optymalnym z punktu widzenia bezpieczeństwa i skuteczności terapii. Zatem obecne brzmienie par. 2 pkt 3 lit. a jest niebezpieczne z punktu widzenia pacjenta, ponieważ zezwala na tworzenie zakładów radioterapii tylko z jednym akceleratorem do mikroradioterapii stereotaktycznej i cybernetycznej. Proponowana zmiana ma na celu zapewnienie ciągłości świadczenia, czyli uniknięcia ekspozycji niezamierzonej, a polegającej na odchyleniu wartości dawki w objętości tarczowej od wartości zaplanowanych na skutek przerwy wynikającej z awarii akceleratora i niemożności kontynuowania leczenia na innym urządzeniu. Umożliwia także dopasowanie techniki radioterapii do konkretnego przypadku, zapewniając pacjentom maksymalną ochronę radiologiczną.

Na wniosek Przewodniczącego Rady przystąpiono do głosowania nad uchwałą. Krajowa Rada ds. Onkologii jednogłośnie na posiedzeniu przyjęła Uchwałę w sprawie nowelizacji rozporządzenia.

Ostatnim punktem spotkania były wolne wnioski. Głosu udzielono [REDAKTOWANO], który poprosił o możliwość rozmowy w temacie dostępności leków przeciwwirusowych przeciw SARS COV- 2 dla chorych na nowotwory i szczepień dla personelu, gdyż jesienią zapewne temat powróci. Zdaniem [REDAKTOWANO] sprawa pozostaje w toku i będzie wznowiona w momencie przekazania informacji pochodzącej ze strony Komisji ds. walki z Covid-19, na czele której stoi [REDAKTOWANO].

Następnie głos zabrał [REDACTED], który poprosił o możliwość powrotu do przedmiotu raka jelita grubego na kolejnym posiedzeniu Rady. Tym samym ustalono konieczność powrotu do tego tematu.

Na tym spotkaniu zakończono. Wstępnie wyznaczono datę kolejnego spotkania Krajowej Rady ds. Onkologii na koniec września i zakończono posiedzenie.



Signed by /
Podpisano przez:

[REDACTED]
Date / Data:
2022-09-15 15:52