

Protokół nr 47

z XLVII posiedzenia Krajowej Rady do spraw Onkologii, które odbyło się 2 listopada 2022 r. w trybie on-line

W spotkaniu wzięli udział:

Członkowie Rady:

1. [redacted] – Przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii
2. Pan Minister 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 gastroenterologii
6. [redacted] - Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii
7. [redacted] - Przedstawiciel Krajowego Rejestru Nowotworów
8. [redacted] - Przedstawiciel Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
9. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej
10. [redacted] - Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej
11. [redacted] – Przedstawiciel Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
12. [redacted] - przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych
13. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej
14. [redacted] – Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej
15. [redacted] - Konsultant Krajowy w dziedzinie urologii
16. [redacted] – Konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej dla woj. świętokrzyskiego
17. [redacted] – przedstawiciel NIZP-PZH
18. [redacted] - Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego

19. [redacted] - Przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia, Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w NFZ.

Pozostali uczestnicy:

1. [redacted] - Prezes Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego
2. [redacted] – Konsultant Krajowy w zakresie Medycyny Nuklearnej
3. [redacted] – Polskie Towarzystwo Onkologiczne
4. [redacted] – Narodowy Instytut Onkologii - Państwowy Instytut Badawczy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
5. [redacted] – Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
6. [redacted] - przedstawiciel NFZ
7. [redacted] – przedstawiciel NFZ
8. [redacted] – przedstawiciel NFZ
9. [redacted] – przedstawiciel NFZ
10. [redacted] - Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
11. Pan Michał Dziegielewski – Dyrektor Departamentu Lecznictwa
12. Pani Agnieszka Beniuk-Patoła – Z-ca Dyrektora Departamentu Lecznictwa
13. Pani Joanna Kilkowska – Z-ca Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
14. Pani Małgorzata Zadorożna – Z-ca Dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych
15. [redacted] - Naczelnik w Departamencie Lecznictwa
16. [redacted] - Naczelnik w Departamencie Analiz i Strategii
17. [redacted] – Naczelnik w Departamencie Zdrowia Publicznego
18. [redacted] – Departament Zdrowia Publicznego

Porządek posiedzenia:

1. Harmonogram wdrażania mierników i wskaźników jakości w Krajowej Sieci Onkologicznej Przewodniczący KRO, [redacted], [redacted], Konsultant Krajowy w dziedzinie patomorfologii, Przedstawiciel Centrum e-Zdrowia.
2. Finansowanie badań patomorfologicznych (JGPato) – aktualizacja informacji - [redacted], [redacted], Konsultant Krajowy w dziedzinie patomorfologii.
3. Informacja na temat Stanowiska Krajowej Rady ds. Onkologii ws. medycyny nuklearnej Przewodniczący KRO, [redacted], [redacted], Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej.

4. Priorytety inwestycyjne na rok 2023 w ramach zadania „Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych” Narodowej Strategii Onkologicznej - Przewodniczący KRO, [REDACTED].
5. Program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego – aktualizacja informacji. - Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i NFZ, [REDACTED].
6. Aktualny stan prac nad Ustawą o diagnostyce molekularnej – aktualizacja informacji. Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia.
7. Stan prac nad refundacją szczepień przeciw HPV – aktualizacja informacji. Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia.
8. Wolne wnioski.

Czterdzieste siódme posiedzenie Krajowej Rady do spraw Onkologii otworzył [REDACTED]

[REDACTED] - Przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii.

Pierwszym punktem porządku obrad był harmonogram wdrażania mierników i wskaźników jakości w Krajowej Sieci Onkologicznej. Głos w tej sprawie zabrał Przewodniczący informując, iż jedną z rekomendacji Krajowej Rady ds. Onkologii, jest wspólne repozytorium rozpoznań histopatologicznych, że sugeruje wraz z [REDACTED] by KRO zarekomendowała wdrażanie Krajowej Sieci Onkologicznej razem z kontrolą rozpoznań patomorfologicznych. [REDACTED] wskazał, że na podstawie raportu roboczego z pilotażu JGPATO są trzy istotne kwestie. Po pierwsze, część jednostek wzięła udział w pilotażu i raportowała informacje na temat rozpoznań patomorfologicznych. Po drugie, liczbę badań można było policzyć i jednostki które brały udział w tym pilotażu były w stanie to zrobić. Po trzecie możliwe jest wyliczenie taryf i kosztów poszczególnych badań przy zachowaniu proporcji pomiędzy wartością badań podstawowych, a rozległymi badaniami onkologicznymi, które do tej pory nie były finansowane. Podkreślone zostało, że badanie patomorfologiczne w sensie skończonego badania jako rozpoznanie patomorfologiczne jest możliwe do rozliczenia i do sprawozdawania. Przedstawiony został opis etapu prac nad repozytorium badań patomorfologicznych, gdzie sprawozdawane informacje byłyby przejrzyste i możliwe do zweryfikowania. Centrum e-Zdrowia przygotowuje aplikację, która ma być zbieżna z tym, co jest w rozpoznaniu patomorfologicznym zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia dotyczącym akredytacji jednostek diagnostyki patomorfologicznej. W rozpoznaniu które będzie sprawozdawane na platformę będą znajdowały się wszystkie informacje, które są niezbędne dla postawienia pełnego rozpoznania takie jak: opis jednostki chorobowej, stopień zaawansowania, opis marginesów, obecność lub brak przerzutów w węzłach chłonnych wraz z podaniem stopnia zaawansowania w systemie pTNM. [REDACTED] poinformował, że prowadził rozmowy z

Centrum e-Zdrowia dotyczące dokumentu rozpoznania patomorfologicznego oraz o możliwościach pomijania niektórych elementów raportu w przypadku braku konieczności jego wypełniania np. w przypadku rozpoznania choroby nienowotworowej. Jak podkreślił, w większości zakładów które przeszły akredytację Ministra Zdrowia, opis badania zawierał: opis makro, mikro, podsumowanie rozpoznania i wyłonię podstawowe informacje które często nazywane są raportem synoptycznym czy rozpoznaniem synoptycznym czyli podsumowaniem tym co dla onkologów jest najważniejsze. Odniesiono się do dyskusji z poprzedniego posiedzenia dotyczącego „uwolnienia” badań nad którymi nie będzie kontroli. Profesor [redacted] przedstawił rozumowanie tej idei: badania patomorfologiczne jako pewien element kontrolny procedur klinicznych byłby rozliczany do sumowania, dwa na początek w wybranych grupach kosztowych które zostały określone przez AOTMiT w rozporządzeniu dotyczącym JGPATO, na początku będzie dotyczył wybranych nowotworów, tych które są sztandarowe jeżeli chodzi o działania w Krajowej Sieci Onkologicznej. [redacted] zgodził się z faktem, że powyższy temat jest realizowany zarówno w KSO jak i NSO oraz, że na platformę CeZu powinny trafiać dane dotyczące wybranych nowotworów wskaźnikowych które pokrywają około 50 % populacji czyli rak: piersi, płuca, jelita grubego, jajnika, gruczołu krokowego, szyjki macicy i czerniaka. Są to nowotwory które w zupełności w tej chwili wystarczą dla oceny funkcjonowania KSO jak i Strategii. Podkreślił, że bez wprowadzenia JGPATO nie zostanie osiągnięty sukces w NSO i KSO. [redacted] dodał, że idea przygotowywanej aplikacji oraz wtyczki do niej jest taka, żeby móc generować rozpoznanie patomorfologiczne. Prof. [redacted] odpowiedział powołując się na rozmowę z [redacted], że jest szansa aby te kluczowe nowotwory w aplikacji były gotowe do końca tego roku. [redacted] przypomniał, że poza tym repozytorium histopatologicznym w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, będą zbierane na początku bardzo podstawowe informacje, ale uporządkowane. Zgodnie z rekomendacją wszystkich towarzystw naukowych będą zbierane informacje takie jak: liczba pacjentów, TNM, intencja leczenia – leczenie radykalne czy paliatywne, data rozpoczęcia obserwacji pacjenta czyli data pierwszego rozpoznania histopatologicznego. Wskaźniki będą zawierały bardzo podstawowe dane: liczba pacjentów poddanych radykalnemu leczeniu zabiegowi operacyjnemu lub innemu, liczba pacjentów poddanych leczeniu systemowemu, wraz z monitorowaniem czy to było leczenie w warunkach szpitalnych czy ambulatoryjnych., Dyrektor Beniuk-Patola potwierdziła że będzie to elementem rozporządzenia i poinformowała Radę, że celowy zasób mierników i wskaźników zgodnie z sugestią ekspertów powinien pokazywać ścieżkę dojścia do zbierania maksymalnego zakresu danych poprzez pierwszy rok do pierwszej oceny jakościowej. Kluczową kwestią jest posiadanie pełnej świadomości tego od czego powinniśmy zacząć a do czego chcemy dojść. [redacted] powiedział, że ten temat jeszcze będzie poruszany. Podkreślił, że

najważniejszy przekaz to, że nie będzie to bardzo duża liczba mierników. Wnioskiem wpływającym z pilotażu był fakt, że nie jest wskazane by było ich bardzo dużo.

Kolejnym punktem spotkania był temat finansowania badań patomorfologicznych. Głos zabrał [REDACTED]. Przypomniał, że w chwili obecnej badania patomorfologiczne nie mają odrębnego finansowania. Raport z pilotażu dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPATO pokazał, że to badanie można sprawozdać w sposób kompleksowy oraz grupy kosztowe powinny być nieco zmodyfikowane. Nie zmienia to faktu, że konstrukcja 9-ciu grup kosztowych w badaniach JGPATO jest zaakceptowana, możliwa do wyliczenia i objęcia taryfikacją. Koncepcja finansowania jest dobra, kwoty w nim zawarte powinny być wystarczające do sfinansowania badań w poszczególnych grupach. Należy uwzględnić ewentualnie przededefiniowanie poszczególnych grup w stosunku do tego co było w pierwotnym rozporządzeniu dotyczącym pilotażu. W opinii [REDACTED], jeżeli AOTMiT wyda raport będzie to temat do bezpośredniej rozmowy MZ i NFZ kiedy rozpocząć. Dodał, że 1 stycznia 2023 byłby doskonałym terminem, ponieważ Centrum e-Zdrowie utrzymuje, że rozpoznania będą gotowe na koniec tego roku. [REDACTED] poddał pod rozważania kwestię ewentualnego pilotażu, gdzie można by było finansować jednostki które uzyskały certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia czyli raportujące wyniki należycie, gdzie proces technologiczny pozwala na wykonanie dodatkowych badań z zakresu biologii molekularnej. W chwili obecnej 16 z 19 jednostek uzyskało wynik pozytywny. Przewiduje się, że do pierwszego kwartału przyszłego roku będzie ich prawie 60. Będzie to mapa rozdystrybuowania jednostek która zapewni właściwą podaż i popyt jeżeli chodzi o zdefiniowanie tych badań. Prof. [REDACTED] podkreślił, że certyfikaty akredytacyjne otrzymują nie tylko duże centra onkologii ale również szpitale na tzw. „peryferiach” oraz uzyskała je jedna jednostka prywatna. Ośrodki które nie uzyskały certyfikatu akredytacyjnego zwykle borykały się z kłopotami organizacyjnymi lub nie przystosowania procedur wewnątrzszpitalowych do wymagań ogólnych procesu akredytacyjnego. Model finansowania jednostek które uzyskały certyfikat Ministra Zdrowia jest narzędziem gwarantującym jakość. [REDACTED] wywnioskował z wypowiedzi prof. [REDACTED], że wiadomo gdzie wykonywane są dobrze badania histopatologiczne co dla płatnika jest ważną informacją. Nakreślił dzisiejszy stan faktyczny: w hematologii oraz w onkologii gdzie trzeba weryfikować badania histopatologiczne, co stanowi dodatkowy koszt. Zaapelował by nie zwlekać z wprowadzeniem certyfikowanych jednostek by zacząć płacić za jakość w histopatologii. [REDACTED] podkreślił, że procedury akredytacyjne są możliwe do przejścia i regulują działalność na poziomie który jest minimalnie wymagany dla jakości w naszym kraju. Dyrektor Dzięgielewski dodał, że AOTMiT praktycznie finiszuje już ze swoimi pracami nad wyceną świadczeń bez której nie jest możliwe finansowanie. Wywiązała się dyskusja dotycząca etapu prac AOTMiTu. Przewodniczący podsumował, że jest to element

jakościowy i dopóki nie skończą się prace nad finansowaniem, ten temat będzie się pojawiał na posiedzeniach Rady.

Odnosnie dyskusji dotyczącej pierwszego tematu agendy, czyli harmonogramu wdrażania mierników i wskaźników jakości w KSO, Przewodniczący poinformował, że drogą obiegową zaproponują oraz przedstawią pierwsze mierniki dla Krajowej Sieci Onkologicznej.

Trzeci punkt posiedzenia dotyczył informacji na temat stanowiska Krajowej Rady ds. Onkologii w sprawie medycyny nuklearnej. Przewodniczący nakreślił temat który został podjęty przez Radę w odpowiedzi na szereg pism [redacted] kierowanych do Ministerstwa Zdrowia. W drodze obiegowej członkowie Rady wypowiedzieli się pozytywnie na dofinansowanie zakupu aparatury PET-CT. Przewodniczący nadmienił, że w przypadku tego punktu jest jasność. Odnosnie zapytań dotyczących zakupu SPECT-CT lub zbudowania szerszego koszyka świadczeń w zakresie medycyny nuklearnej i na inne propozycje, takiej odpowiedzi nie było. Zauważył, że jest potrzeba szeregu dodatkowych prac np. grupy powołanej być może przez Radę pod nadzorem Konsultanta Krajowego by wypracować rekomendacje. Jednoznacznie pozytywnie zaopiniowana przez członków Rady była możliwość zakupu PET-CT ze środków Narodowej Strategii Onkologicznej. Głos w tej sprawie zabrała Dyrektor Beniuk-Patola informując, że jednym tematem to jest rekomendacja Rady co do włączenia do panelu aparatury medycznej która byłaby dofinansowana ze środków NSO w przyszłym roku wymiany najstarszych aparatów PET, co zostało potwierdzone przez Przewodniczącego oraz warunków ogłoszenia konkursu. Dyrektor Beniuk-Patola zaznaczyła, że trzeba spojrzeć ile zostanie w puli środków NSO dedykowanych na sprzęt (planowane 250 mln) na inny sprzęt. Planując konkursy na kolejny rok trzeba przygotować dla Ministra Zdrowia pełne zestawienie pozycji które będą dofinansowane, w związku z czym trzeba pochylić się nad resztą potrzeb wymiany aparatury. [redacted] złożył wniosek by w przyszłym roku włączyć do tej grupy sprzętów również systemy planowania radioterapii. Podkreślone zostało, że jest mnóstwo potrzeb oprócz aparatów PET. Jeśli Rada przyjmie taką uchwałę, to Ministerstwo Zdrowia będzie brało pod uwagę te rekomendacje. Dyrektor Beniuk-Patola zaproponowała, aby na przyszłym posiedzeniu Krajowa Rada pochyliła się nad całym spectrum sprzętu który miałby być dofinansowany ze środków NSO. Zwrócono uwagę, że inwestycje muszą opierać o mapy potrzeb zdrowotnych. Pod uwagę będzie brany wiek aparatu (w poprzednich konkursach wynosił powyżej 10 lat) i stopień zużycia sprzętu vs możliwości finansowe. Centrala NFZ dostarczyła dane do analizy takie jak: lokalizacja sprzętu, wielkość kontraktu, pokrycie potrzeb. Przewodniczący podkreślił ponownie, że ta jedna potrzeba była w formie obiegowej wyraźnie poparta aby włączyć wymianę aparatów PET-CT do puli sprzętów w ramach NSO. [redacted] zwrócił uwagę, na fakt, że aparaty PET w ośrodkach państwowych są o wiele starsze niż w prywatnych. [redacted] dodał, że w ośrodkach publicznej służby

zdrowia funkcjonują aparaty liczące 15 lat, które pod względem technologicznym są nie do zaakceptowania. Co najmniej 5 aparatów PET ma 15 lat i podlegałyby wymianie. Koszt jednostkowy aparatu to 10 mln – 15 mln w zależności od wyposażenia. Konieczne jest również rozszerzenie listy wskazań zgodnie z tym co uznawane jest na świecie. Przewodniczący podkreślił że aktualnie pierwszą kwestią jest wymiana PET-CT, co na tym etapie jest ustalone. Przewodniczący poprosił o przedstawienie zarysu możliwości zakupowych na następnym posiedzeniu KRO. Dyrektor Beniuk–Patoła nakreśliła temat wydatków: jeżeli wydamy na aparaty PET-CT 75 mln zł, pozostanie na resztę potrzeb sprzętowych 180 mln z budżetu NSO, z 250 mln zaplanowanych na 2023 r. Można spróbować opracować „mapę drogową” na kolejne lata zważywszy na fakt, że PET-CT nie jest jedynym sprzętem. [redacted] zobowiązał się do dostarczenia MZ jak najszybciej dokumentu o potrzebach - liczbie aparatów itp. [redacted] w imieniu Amazonek z Częstochowy zapytała o możliwość zakupu nowego aparatu PET w Częstochowie. Przewodniczący odpowiedział, że dyskusja dotyczy wymiany przestarzałego i wyeksploatowanego sprzętu, a nie tworzenia nowych ośrodków PET. Dyrektor Dzięgielewski zaznaczył, że kolejki do badania PET występują w ośrodkach gdzie wykonuje się stosunkowo mało badań dziennie i ten sprzęt jest stosunkowo mało eksploatowany. Nadmienił, że jeszcze dwa lata temu temat kolejek do PET nie istniał. Do AOTMiT został wysłany wniosek dotyczący zmiany rekomendacji w kolejnych wskazaniach onkologicznych jak i w zachowawczych, takich jak diagnostyka w schorzeniu o podłożu zapalnym, zespołów paranowotworowych, diagnostyka raka prostaty, guzy neuroendokrynne, diagnostyka endometrium raka szyjki macicy i nadczynności przytarczyc. Przewodniczący poprosił [redacted] o zwołanie grupy ekspertów, która opracuje rozszerzony zakres koszyka świadczeń w zakresie medycyny nuklearnej dla AOTMiT. [redacted] poinformował Radę, że plan już dawno został przesłany do Ministerstwa Zdrowia i do AOTMiT, a AOTMiT w lipcu przedstawił odpowiedź na pierwszy pakiet dotyczący refundacji badań PET-MR. Wskazania do badania PET-MR są podobne jak do PET-CT. Dyrektor Dzięgielewski nadmienił, że w chwili obecnej trwają prace AOTMiT dotyczące oceny wskazań przedstawionych przez [redacted]. Przewodniczący podsumował temat trzeci: Rada pozytywnie rekomenduje wymianę aparatów PET-CT, a inne wskazania medyczne w stosowaniu PET są w trakcie oceny w AOTMiT. [redacted] został poproszony o zagospodarowanie czasu na wypowiedź w danym temacie na przyszłym posiedzeniu Rady.

Kolejny punkt Posiedzenia Rady dotyczył priorytetów inwestycyjnych na rok 2023 w ramach zadania „Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych Narodowej Strategii Onkologicznej”. Dyrektor Beniuk–Patoła poinformowała Radę, że zostanie przygotowane zestawienie z ostatnich 3 lat co było zakupione w ramach NSO obejmując poniższe informacje: kategoria sprzętu, liczba sztuk, kwota wydatku. Zostanie to zestawione z

planami przedstawionymi przez Konsultantów Krajowych w projekcji 2-letniej dla konkursów w ramach NSO. Przewodniczący odniósł się do sytuacji zerwanych łańcuchów dostaw na rynku i poddał pod uwagę możliwość ogłoszenia konkursów w 2023 z realizacją w 2024 r. Dyrektor Beniuk-Patola przedstawiła dwie możliwości postępowania: 1. Istnieje możliwość ogłoszenia 2-letniego konkursu, w przypadku wymiany akceleratorów gdzie potrzeby będą duże, przekraczające możliwości jednorocznego budżetu warto rozpiścić taki konkurs na 2-lata z rankingiem podmiotów na pierwszy i drugi rok. Przykładem był konkurs ogłoszony w 2021 roku na zakup stacji planowania: gdzie wyłoniono realizatorów zarówno na 2021 rok jak i 2022 r. 2. Istnieje możliwość ogłoszenia konkursu bez potrzeby rozpisywania go na 2 lata. Profesor [redacted] nadmienił, że linie technologiczne do Zakładów Patologii były dofinansowane około 10 lat temu. W kontekście rozszerzenia możliwości dobrej jakościowo diagnostyki patomorfologicznej warto by było zaplanować wyposażenie Zakładów. Pani Dyrektor podkreśliła, że należy pamiętać o cenie jednostkowej sprzętu, która nie może być niższa niż 10 000 zł brutto przy projektowaniu katalogu aparatury możliwej do dofinansowania w ramach NSO. [redacted] zasugerował przedstawienie potrzeb w formie pisemnej przedłożonych przez Konsultantów Krajowych. Sugestią Przewodniczącego było skupienie się priorytetowo na mapach potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz poprosił o nie rozdrabnianie się. Nawiązano do zakupu endoskopów giętkich do cystoskopii gdzie pierwotnie zakup planowany był wraz z torem wizyjnym. Miało to umożliwić wykonywanie biopsji fuzyjnej prostaty, z powodu braku takiego świadczenia w koszyku świadczeń gwarantowanych, można było zakupić tylko endoskopy giętkie do cystoskopii. Dyrektor Dzięgielewski dodał, że trudno jest kupić coś co nie będzie służyło do realizacji świadczeń gwarantowanych. Przewodniczący podkreślił, że zaplanowanych wydatków „osadzonych” w rekomendacjach Rady jest już dużo w stosunku do ilości pieniędzy. Przewodniczący podsumował czwarty punkt: Krajowa Rada ds. Onkologii otrzyma od Ministerstwa Zdrowia zebrane potrzeby zakupu sprzętu w ramach NSO na podstawie przedstawionych przez członków Rady potrzeb w ich dziedzinach. Dyrektor Beniuk-Patola poprosiła, aby powyższe pisma zawierały oprócz propozycji zakresowych również projekcję finansową czyli szacunkowe koszty jednostkowe, co ułatwi podział środków, a w późniejszym etapie podjęcie decyzji przez Radę które rozwiązanie rekomendować, jaki zakres i w którym roku.

Piątym punktem spotkania był program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Przewodniczący udzielił głosu Dyrektorowi Dzięgielewskiemu, który poinformował Członków Rady o podpisaniu umów na realizację badań kolonoskopii profilaktycznej, które tym samym są już wykonywane. Aktualnie trwają rozmowy w zakresie testu FIT, aby ostatecznie ustalić szczegóły i móc realizować badania za pośrednictwem właśnie tej metody. Przewodniczący poinformował wszystkich zaproszonych gości, iż w ramach środków pochodzących z jednostki jaką jest samorząd terytorialny tego rodzaju badania są od kilku lat wykonywane w

Dolnośląskim Centrum Onkologii, gdzie został wypożyczony sprzęt umożliwiający realizację tych badań nadzorowanych przez laborantów. Zdaniem Dyrektora Dzięgielewskiego w perspektywie kilku lat istnieje szansa na zwiększenie wykonywania ilości badań z tego zakresu. Bowiem specyfika badań FIT daje możliwość wykonywania badań raz na dwa lata w przeciwieństwie do kolonoskopii, która może być realizowana stosunkowo rzadko. Dlatego też na chwilę obecną powstała potrzeba stworzenia laboratoriów, które będą w stanie zapewnić możliwość wykonania w/w badań, a ośrodki je realizujące będą odpowiednio wydajne. Do kwestii ogłoszonych przez Dyrektora Dzięgielewskiego odniósł się [REDAKTOWANE], który popiera stanowisko Ministerstwa Zdrowia w tym temacie. W tym celu został przesłany dokument uwzględniający cały proces w zakresie badań FIT i możliwości jego funkcjonowania. Zdaniem profesora powinno zostać utworzonych 5 ośrodków posiadających odpowiednią wydajność tak, aby w pełni zapewnić pacjentom dostęp do wielu badań. Wówczas koszty ich będą zdecydowanie mniejsze z uwagi na ilość wykonywanych testów. Ostatecznie 7 listopada został ustalony termin spotkania, które pozwoli na wypracowanie wspólnego konsensusu w tym temacie.

Następnie [REDAKTOWANE] przypomniał również uczestnikom spotkania, iż na chwilę obecną zostali wyłonieni już w niektórych województwach świadczeniodawcy zapewniający dostęp do badań kolonoskopii przesiewowej. Istotnym punktem było zapewnienie najwyższej jakości tych właśnie badań, a ośrodki, które miały wykonywać te usługi miały być placówkami doświadczonymi, które dotychczas realizowały ten program i dobrze go znają. Obawy Pana Profesora budzi jednak fakt, iż zakwalifikowanych zostało dużo ośrodków, między innymi te, które dotychczas nie realizowały tego programu. Tym samym nie posiadają one wymaganej praktyki, doświadczenia i nie są przygotowane do wykonywania tych badań. Obawy budzi również fakt, iż w tym wypadku wycena kolonoskopii przesiewowej będzie zatem wyższa niż kolonoskopii usługowej. Profesora nurtuje również fakt braku nadzoru, koordynacji i monitorowania tego procesu. Natomiast nadzieję na szybką realizację daje fakt uruchomienia w niedługim czasie procesu dotyczącego samego testu FIT. Spotkanie obu stron pozwoli bowiem na realną ocenę jak należy to zrealizować i tym samym wdrożyć.

Na koniec dyskusji w tym temacie Dyrektor Dzięgielewski odniósł się do wypowiedzi swojego poprzednika informując, iż ośrodki preferowane, które brały udział w konkursach zostały wytypowane z uwagi na fakt wykonywania dużej liczby badań co oznacza, iż udzielały one dużo świadczeń w tym zakresie. W odniesieniu natomiast do jakości ważne było w pierwszej kolejności zakontraktowanie ośrodków i zapewnienie dostępności, a następnie dbałość o ich jakość.

Następnie głos zabrała [REDAKTOWANE] z Narodowego Funduszu Zdrowia, która poinformowała, iż na chwilę obecną zostało podpisanych 20 umów. Niemniej jednak sam proces cały czas trwa. Zostały rozstrzygnięte konkursy we wszystkich województwach.

W województwie mazowieckim zostało wybranych 25 świadczeniodawców. Aktualnie trwa podpisywanie pozostałych umów, które będą w większości obowiązywały od grudnia br.

Zdaniem [redacted] współpraca z Funduszem układa się dobrze. Zostały podane konieczne dane tak, aby móc zbierać informacje i tym samym móc monitorować jakość. Na chwilę obecną brakuje jeszcze koordynatora, który miałby się tym zajmować. Nie został również wyznaczony nadzorca monitorujący ów proces.

Obawy wzbudza również fakt, iż ośrodki, które będą wykonywały zabiegi nie były dotychczas weryfikowane pod względem jakości sprzętu oraz umiejętności zatrudnionego w nich personelu.

Na koniec dyskusji Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało, iż wróci do rozmów uprzednio rozmawiając z przedstawicielami NFZ tak, aby zapoznać się z procedurą, na podstawie której wyłoniono ośrodki mające się tym tematem zajmować.

Następnie do rozmowy włączyła się Pani [redacted] z Narodowego Instytutu Onkologii informując, iż ściśle współpracuje z [redacted] w aspekcie tematu wdrażania badań na krew utajoną w kale. Członkowie Rady zostali poinformowani, iż ponad rok temu został przesłany do Ministerstwa Zdrowia dokument, który opisywał cały proces tranzycji wraz z kosztorysem i harmonogramem czasowym. Dokument ten zostanie również przesłany do Przewodniczącego Rady w celu zapoznania się jak powinien ten proces wyglądać.

Kolejnym punktem spotkania był aktualny stan prac nad ustawą o diagnostyce molekularnej. Głos zabrała [redacted], która poinformowała Członków Rady, iż na chwilę obecną nie posiada żadnych, konkretnych informacji, jednakże Ministerstwo Zdrowia jest w trakcie procedowania powyższej ustawy. Powstać ma również ustawa o jakości badań laboratoryjnych, a dopiero potem ustawa o testach genetycznych. Na chwilę obecną nikt jednak nie kontaktował się z Panią profesorem i jak wspomniała na początku, tym samym nie ma też żadnych nowych ustaleń.

Niestety na spotkaniu nie był obecny przedstawiciel Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych i w związku z tym punkt ten został przełożony na kolejne posiedzenie Krajowej Rady ds. Onkologii, tak, aby móc poznać aktualne informacje. Na koniec [redacted] podziękowała Przewodniczącemu Rady za możliwość kontynuacji tematu jednocześnie deklarując większe zaangażowanie ze swojej strony w tej tematyce.

Kolejnym punktem posiedzenia był stan prac nad refundacją szczepień przeciw HPV – aktualizacja informacji. Głos zabrała Pani [redacted] z Departamentu Zdrowia Publicznego informując członków Rady, iż zmiany dotyczące finansowania szczepień przeciw HPV są aktualnie procedowane przy projekcie dotyczącym zmiany ustawy o Funduszu Medycznym. Docelowo rozwiązania te mają umożliwić finansowanie ze środków publicznych szczepień. Prace są kontynuowane, zaś 11 października br. Prezydent RP przekazał projekt

ustawy do Sejmu, gdzie odbyło się już pierwsze rozpatrzenie projektu na Komisji Zdrowia. Aktualnie projekt ten jest procedowany w Sejmie.

Zdaniem Przewodniczącego Rady ww. projekt dotyczy nie tylko zmian w zakresie samego finansowania szczepień przeciw HPV, ale również zmian związanych z finansowaniem zakupu leków oraz możliwości właściwego wydatkowania na RDTL.

Do tej wypowiedzi odniósł się Dyrektor Dzięgielewski, którego zdaniem Departament Zdrowia Publicznego nie jest odpowiedzialny za całość ustawy o Funduszu Medycznym. Opiekunem ustawy jest Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej, a ze strony Ministerstwa Zdrowia pozostaje to w gestii Departamentu Oceny Inwestycji.

Dyrektor dodał jeszcze, iż poszczególne departamenty MZ przygotowują swoje wkłady i odpowiedzialne są za poszczególne przepisy ustawy.

Zdaniem Dyrektora główne zmiany w kwestii technologii lekowych i możliwość ich finansowania dotyczą podniesienia limitu wydatków.

W przypadku samego RDTL-u z dwóch do trzech procent (a zatem o połowę), a także zwiększenia możliwości finansowania świadczeń realizowanych na rzecz dzieci i młodzieży, zwiększenia limitów w odniesieniu do technologii innowacyjnych oraz możliwości wydłużenia ich finansowania z dwóch do czterech lat w przypadku braku możliwości określenia limitu klinicznego.

Przewodniczący w imieniu Członów Rady poprosił o przygotowanie na następne posiedzenie prezentacji w zakresie tego tematu. Poproszono również reprezentanta NFZ, aby odniósł się do tych wiadomości na kolejnym spotkaniu w odniesieniu do problemu jakim jest rozliczanie się ze świadczeń lekowych. Dyrektor Dzięgielewski zadeklarował się również do przedstawienia zmian proponowanych przez Fundusz Medyczny.

Następnie głos zabrała [REDAKTOR] z Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w kwestii RDTL-u informując zaproszonych gości, iż pomiędzy styczniem, a lipcem 2022 roku wydatkowanie środków Funduszu Medycznego na RDTL wyniosło prawie 84 miliony złotych. Do dyskusji odniósł się [REDAKTOR] reprezentując tym samym stanowisko Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, którego zdaniem istnieje duża nierównomierność w odniesieniu do RDTL-u, bowiem część pacjentów z chorobami rzadkimi trafia do tych ośrodków, które się tylko tym zajmują, co oczywiście jest naturalne.

Natomiast część ośrodków w ogóle nie wykorzystuje RDTL-u wobec czego nie ma nad tym procesem żadnej kontroli. Zdaniem profesora jest to bardzo trudna sytuacja. Dlatego też istnienie RDTL-u wymaga szerszych wyjaśnień.

Zdaniem [REDAKTOR] należy poznać wykorzystanie RDTL-u, tak aby móc wiedzieć jak działa finansowanie, które stoi przed programami lekowymi oraz określić kategorię w przypadku chorób rzadkich, uwzględniając przy tym listę priorytetów w zakresie RDTL.

Dlatego też bardzo istotnym wydaje się powrót do tego tematu, aby móc spojrzeć na niego całościowo.

Na koniec spotkania Przewodniczący podziękował członkom Rady za udział w posiedzeniu. Wstępnie wyznaczono datę kolejnego spotkania Krajowej Rady ds. Onkologii na początek grudnia i zakończono posiedzenie.



Signed by /
Podpisano przez:

Date / Data:
2023-01-25 07:51