

Protokół nr 48

z XLVIII posiedzenia Krajowej Rady do spraw Onkologii, które odbyło się 7 grudnia 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 hematologii
6. [redacted] - Przedstawiciel Krajowego Rejestru Nowotworów
7. [redacted] - Przedstawiciel Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
8. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej
9. [redacted] - Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej
10. [redacted] – Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej
11. [redacted] – Konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej dla woj. świętokrzyskiego
12. [redacted] - Przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia, Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w NFZ,
13. [redacted] - Przedstawiciel Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
14. [redacted] – Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
15. [redacted] - Konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Pozostali uczestnicy:

1. [redacted] – Zastępca Prezesa NFZ
2. [redacted] – przedstawiciel NFZ

3. [REDACTED] – Polskie Towarzystwo Onkologiczne
4. [REDACTED] – Narodowy Instytut Onkologii - Państwowy Instytut Badawczy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
5. Pan Michał Dzięgielewski – Dyrektor Departamentu Lecznictwa
6. Pani Agnieszka Beniuk-Patoła – Z-ca Dyrektora Departamentu Lecznictwa
7. Pani Dominika Janiszewska-Kajka - Z-ca Dyrektora Departamentu Lecznictwa
8. [REDACTED] - Naczelnik w Departamencie Lecznictwa
9. [REDACTED] – Naczelnik w Departamencie Lecznictwa

Porządek posiedzenia:

1. Priorytety inwestycyjne na rok 2023 w ramach zadania dotyczącego modernizacji infrastruktury i doposażenia podmiotów leczniczych Narodowej Strategii Onkologicznej
2. - Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Przewodniczący KRO [REDACTED]
3. Inwestycje w ramach Funduszu Medycznego - [REDACTED] przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP.
4. Prezentacja założeń do aktów wykonawczych do ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej - Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia
5. Rola Narodowego Funduszu Zdrowia we wdrożeniu systemu monitorowania jakości w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej – [REDACTED], Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
- Finansowanie badań patomorfologicznych (JGPato) – aktualizacja informacji - [REDACTED]
[REDACTED] Konsultant Krajowy w dziedzinie patomorfologii.
6. Wolne wnioski.

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

[REDACTED] - Przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii.

Pierwszym punktem porządku obrad był temat dotyczący priorytetów inwestycyjnych na rok 2023 ze środków budżetowych zarezerwowanych na realizację Narodowej Strategii Onkologicznej. Głos jako pierwsza zabrała Dyrektor Beniuk-Patoła informując Członków Rady, iż właśnie w tym celu została przygotowana specjalna projekcja uwzględniająca dane odnośnie samych inwestycji, a zarazem propozycji podziału środków inwestycyjnych (sprzętowych) w ramach NSO, zawierająca informacje o potrzebie zakupu specjalistycznej aparatury na nadchodzące lata 2023-2024. W związku z tym został przygotowany plan zakupowy, który został przeanalizowany pod kątem dostępnych środków i zasobów jakimi będzie dysponowało Ministerstwo Zdrowia. Pani Dyrektor poinformowała Członków Rady, iż przyszłoroczny budżet będzie zdecydowanie większy, niż dotychczasowy w odniesieniu do

środków inwestycyjnych. Sytuacja ta bowiem jest podyktowana faktem, iż w 2023 r. dostępne będą środki w wysokości 100 mln złotych, pierwotnie zarezerwowane na tzw. wydatki bieżące (na szczepienia HPV, które będą finansowane ze środków Funduszu Medycznego a nie NSO), które za zgodą Ministra Finansów zostaną przekwalifikowane na wydatki majątkowe. Fundusze te po wyrażeniu zgody przez Ministra, zostaną przesunięte na zakup większej ilości sprzętu w przyszłym roku. Propozycja ze strony Pani Dyrektor w kwestii zakupów na 2023 dotyczy w głównej mierze zagospodarowania środków finansowych na poziomie 350 mln zł, w tym wsparcia obszaru onkologii i tym samym podmiotów zajmujących się opieką nad pacjentami w tej dziedzinie. Propozycja punktu pierwszego prezentowanej tabeli dotyczy uruchomienia konkursu na wymianę mammografów analogowych i ucyfrowionych na aparaty cyfrowe. Potrzeba taka została po raz kolejny zgłoszona w porozumieniu z opinią pochodzącą od konsultantów krajowych. Zdaniem ekspertów wymianie powinno podlegać jeszcze co najmniej 50 sztuk aparatów. Dlatego ważne jest przeprowadzenie w tym celu konkursu jednorocznego w 2023 roku. Po wstępnej analizie oraz w oparciu o opinię jaką przedstawił prof. Walecki koszt wymiany takiego aparatu szacuje się na poziomie od około 650 tys. do 1 mln zł. Wstępnie została przygotowana projekcja, która zakłada przeznaczenie około 700 tys. zł na wymianę 1 aparatu mammograficznego.

Dyrektor Beniuk-Patoła poinformowała Członków Rady, że przygotowana tabela zawiera łącznie dziesięć propozycji z zakresu wymiany sprzętowej. Kolejnym punktem uwzględniającym potrzebę wymiany sprzętu są akceleratory. Kwestią, która pozostaje nadal do ustalenia jest uzgodnienie czy ma to być jednoroczny czy dwuletni konkurs. Na chwilę obecną projekcja konkursu została ustalona na dwa lata. W 2023 r. na 10 sztuk i w 2024 r. na 9 sztuk, przy założeniu zaproponowanym przez [REDAKTOWANE] iż tym razem wyższa będzie cena jednostkowa w odniesieniu do konkretnego sprzętu. W związku z tym powstała propozycja, która pozwoli przeznaczyć na zakup tego rodzaju sprzętu około 10 mln złotych. Dotychczas w przeprowadzonych konkursach cena jednostkowa sprzętu wynosiła od 8 do 8,5 mln. zł co zdecydowanie (w około 90%) pokrywało całkowite zapotrzebowanie jednostek bez ich udziału własnego. Niemniej jednak kwestia ta również wymaga dalszej analizy, gdyż zmianie mogła ulec cena jednostkowa sprzętu w odniesieniu do bieżącego roku. Kolejna propozycja prezentowanej tabeli dotyczy zakupu nowych akceleratorów. Konkurs ten prognozowany jest na 2024 r. Ważne w tym wypadku jest posiadanie przez podmiot miejsca dedykowanego do zainstalowania tego rodzaju sprzętu – a zatem posiadanie odpowiedniego bunkra lub ewentualnie jego budowy w celu przygotowania odpowiedniego miejsca. W drugim wypadku czas na realizację tego zadania zdecydowanie wydłuży się z uwagi na konieczność przygotowania odpowiedniego zaplecza. Zdaniem Dyrektor Beniuk-Patoły prezentowana tabela jest jak na razie wstępną propozycją w odniesieniu do potrzeb zgłaszanych przez

ekspertów i wymaga wzajemnych konsultacji i wypracowania obopólnego porozumienia. Zdaniem Przewodniczącego Rady jeśli przy zakupie sprzętu zostaną uwzględnione dłuższe terminy dostaw zapewnione zostanie większe bezpieczeństwo pozwalające w pełni na realizację zadań zakupowych. Czwarta pozycja tabeli dotyczy aparatów HDR do brachyterapii, celem wymiany wyeksploatowanego sprzętu. Dotychczas w ostatnich dwóch latach zostały przeprowadzone konkursy z tego zakresu. Wymianie podlegało wówczas 13 aparatów na kwotę 32,5 mln zł. Na chwilę obecną proponowana jest projekcja jednorocznego konkursu na łączną kwotę 56 mln zł w liczbie 14 szt., przy czym cena jednostkowa, przypadająca na jeden aparat wynosiłaby 4 mln zł. Kolejna potrzeba, która została zgłoszona przez konsultantów dotyczyła inwestycji z zakresu systemu planowania radioterapii uwzględniając w tym wymianę, zakup systemów oraz doposażenie oddziałów. Dotychczas konkurs był realizowany w latach 2021 - 2022, gdzie zostało zakupionych 20 systemów. Powstała propozycja projekcji dwuletniego konkursu w tym zakresie na łącznie 16 sztuk, po 8 sztuk w każdym roku, gdzie jednostkowy koszt szacuje się na poziomie 6 mln zł. Do wypowiedzi Dyrektor odniósł się [REDAKTOWANO] dopytując o możliwość przesunięcia ewentualnych środków finansowych w przypadku zróżnicowanego zapotrzebowania środków w ciągu dwóch następnych lat oraz biorąc pod uwagę małe zainteresowanie poszczególnych placówek. Zdaniem Pani Dyrektor praktyka pokazuje, że właśnie w ten sposób jest to realizowane, natomiast zawsze decydującym czynnikiem pozostaje czas uruchomienia danego konkursu oraz potrzeby konkretnych placówek. Należy również pamiętać, że przy uruchomieniu konkursu zawsze brane są pod uwagę takie aspekty jak wiedza i rekomendacje eksperckie. Niestety trudno jest na chwilę obecną przewidzieć jaki będzie odzew ze strony zainteresowanych podmiotów w odniesieniu do danego konkursu. Za przykład może posłużyć tutaj tegoroczny konkurs dotyczący wymiany akceleratorów, gdzie zaplanowana została projekcja na wymianę 14 sztuk akceleratorów, natomiast ośrodków, które się zgłosiły do tego konkursu było tylko 9 podmiotów. Zatem odpowiadając na pytanie ze strony Przewodniczącego Rady możliwość przesunięcia części środków na inne konkursy oczywiście istnieje, pod warunkiem, iż konkursy będą się odbywały w tym samym interwale czasowym. Każdego roku podejmowane są zatem działania tak, aby pula środków inwestycyjnych przeznaczonych na realizację poszczególnych zadań została w pełni wykorzystana.

Następnie głos zabrał [REDAKTOWANO] który poinformował Członków Rady, iż zostały oszacowane potrzeby w odniesieniu do radioterapii. Okazało się, iż zapotrzebowanie w odniesieniu do nowych akceleratorów nie jest duże. Wynika to bowiem z ograniczeń dotyczących posiadania wolnego bunkra. Profesor przypomniał również, iż radioterapia adaptacyjna opiera się na dwóch systemach. Pierwszy system oparty jest na tomografii komputerowej, która wykonywana jest zaraz na początku rozpoczynania zabiegu z zakresu

radioterapii. Tego rodzaju system jest dość tani, a sama adaptacja sprowadza się do specjalnego software-u, który może być wyposażony w uniwersalny przyspieszacz. Ów software może stanowić część systemu planowania radioterapii i mógłby być kupowany oddzielnie w stosunku do samego akceleratora. Drugi system oparty jest o rezonans magnetyczny. Tu bardzo ważny pozostaje hardware, który zdecydowanie podwyższa koszt. Wówczas taka dotacja jest tylko jedną częścią ceny aparatu. Niestety na chwilę obecną nie ma możliwości zakupu tego rodzaju sprzętu w ramach NSO. Zdaniem [redacted] ważne jest rozbieżenie zadania dotyczącego radioterapii na dwa lata. Natomiast systemy planowania radioterapii, gdzie cena jednostkowa jest bardzo trudna do oszacowania, gdyż są to różne pojęcia i dotyczy zarówno systemów prostych jak i bardziej skomplikowanych – całych aplikacji do zarządzania proponuje się oszacowanie ceny jednostkowej na poziomie od 6 do 10 mln złotych w zależności od zapotrzebowania konkretnej placówki w tym zakresie. Tym samym proponuje się uelastycznienie zapisu w odniesieniu do punktu piątego i rozbieżenie go na systemy planowania radioterapii w tym doposażenie i uwzględnienie funkcji radioterapii adaptacyjnej. Ważne jest również wskazanie priorytetów w tym temacie oraz ich doszczegółowienie i doprecyzowanie. Kolejny szósty punkt prezentowanej tabeli dotyczył sprzętu do rehabilitacji onkologicznej i jego realizacji w roku 2024 ze względu na wsparcie w tym obszarze w ostatnich dwóch latach i dedykowanych 45 mln złotych. Są to jednak na razie wstępne prognozy i szacunki. Siódma pozycja tabeli dotyczyła sprzętu do leczenia białaczek i chłoniaków zarówno dla ośrodków leczących dorosłych jak i dla ośrodków leczących dzieci. Propozycja konsultanta krajowego dotyczyła objęcia konkursem dwuletnim tego zadania. Zdaniem Pani Dyrektora obszar ten w ostatnim czasie otrzymał spore dofinansowanie. Na chwilę obecną sprzęt z tego roku nie został jeszcze dostarczony, rozliczony oraz zainstalowany. W poprzednim roku (2021) też była jego projekcja finansowa. Propozycja ze strony Ministerstwa jest taka, aby ten konkurs dwuletni przesunąć na lata 2024 – 2025, jednak wymaga to jeszcze wspólnego przeanalizowania. Cena jednostkowa przewidziana na ośrodek dotychczas wynosiła 2 mln zł. Zdaniem [redacted] kwota ta powinna zostać jednak zwiększona z uwagi na konieczność wykonywania coraz to większej liczby badań, zgłoszeń oferentów oraz uwzględnienie inflacji. Punkt ósmy tabeli dotyczył sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca. Zdaniem [redacted] konsultanta krajowego należy wesprzeć tę projekcję finansową. Tym samym prognozuje się rozpięcie konkursu dwuletniego na łączną kwotę 50 mln złotych.

Kolejna propozycja zgłoszona przez ekspertów to sprzęt do badań patomorfologicznych. Proponuje się rozłożenie tego konkursu na dwa lata. Jednak Ministerstwo Zdrowia sugeruje przedyskutowanie tego tematu ponownie w porozumieniu z [redacted] i przeprowadzenie konkursu jednorocznego. Zdaniem profesora obecnie 50 podmiotów

wymaga wsparcia, dzięki któremu będą mogły skorzystać zarówno mniejsze i jak i większe jednostki. Tym samym opowiada się za rozłożeniem konkursu na dwa lata. Pani Dyrektor zaproponowała przeprowadzenie konkursu w 2024 r., tak aby móc realnie ocenić zainteresowanie w tym zakresie i ewentualnie w razie potrzeb kontynuować go w 2025 r. Dziesiąta pozycja tabeli dotyczyła aparatów PET. Projekcja zadania ma dotyczyć wymiany wyeksploatowanego ponad 10-letniego sprzętu. Z propozycji [REDACTED] wynika, iż cena jednostkowa za jeden aparat PET będzie wynosiła około 15 mln zł. Następnie wywiązała się dyskusja, podczas której [REDACTED] wskazał, że cena za jeden aparat jest zdecydowanie zawyżona. Zdaniem profesora sprzęt ten można kupić już za około 8 mln złotych w zależności od jego parametrów technicznych. Podsumowując temat dotyczący zakupów inwestycyjnych ważne jest, aby do końca roku został ustalony i zatwierdzony plan potrzeb inwestycyjnych i przedstawiony na kolejnym posiedzeniu Rady w styczniu 2023 r.

Drugim punktem spotkania był temat dotyczący inwestycji w ramach Funduszu Medycznego. Zwrócono uwagę Członków Rady na fakt, iż nastąpił postęp w odniesieniu do funkcjonowania Funduszu Medycznego. Są już znane konkretne decyzje jeśli chodzi o szczepienia przeciw HPV (ich finansowanie będzie realizowane ze środków FM a nie NSO). Podjęto decyzję, iż dwa roczniki dziewcząt będą szczepione pod koniec drugiego kwartału przyszłego roku. Aktualnie trwają rozmowy z firmami w kwestii dostarczenia szczepionek. Kolejną ważną kwestią w tym temacie było przyznanie limitów na RDTL. Wiadomo jest, iż limit ten został podniesiony z 3 na 4 %. Nadal jednak pozostaje problem dotyczący budowy samej bazy informacji w temacie możliwości korzystania z RDTL-u przez poszczególne jednostki oraz kwestia powstania inwestycji w onkologii w ramach Funduszu Medycznego. Do tej wypowiedzi odniósł się Minister Waldemar Kraska, którego zdaniem dzięki Funduszowi Medycznemu powstaną pewne oszczędności, co pozwoli na przekazanie tych środków na inne, bardzo istotne cele, chociażby dotyczące zakupów sprzętowych.

Przewodniczący przeszedł do kolejnego punktu posiedzenia Rady czyli do prezentacji założeń do aktów wykonawczych do ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej i poprosił Dyrektor Beniuk-Patołę o zabranie głosu w tej sprawie. Pani Dyrektor wspomniała, iż po poprzedniej Krajowej Radzie ds. Onkologii, zgodnie z ustaleniami projekty rozporządzeń dotyczące mierników i wskaźników dla KSO zostały przesłane do [REDACTED] by móc wraz z ekspertami nanieść swoje poprawki. Aktualnie są prowadzone prace nad ustawą wraz z Rządowym Centrum Legislacji. Celem tych prac jest uzyskanie takich zapisów w tej ustawie, nie zmieniając merytoryki, by były zrozumiałe jej założenia oraz cały system Krajowej Sieci Onkologicznej. Przewodniczący Rady zabrał głos, informując, że ustawa o Krajowej Sieci powinna być wprowadzana jak najszerzej, natomiast opierając się o wyniki pilotażu należy zachować ostrożność przy wprowadzaniu ilości mierników później monitorowanych. Należy zacząć od

dobrze określonych TNM-ów oraz monitorowania ilości konsyliów, takie zostały przedstawione uwagi ze wspólnej analizy wraz z towarzystwami naukowymi i Narodowego Instytutu Onkologii, które zostały przesłane do Ministerstwa Zdrowia. Dyrektor poinformowała, że na stronie RCL została zamieszczona ostatnia wersja projektu ustawy o KSO, a projekty rozporządzeń zostały przekazane na Stały Komitet Rady Ministrów. Następnie Dyrektor Beniuk-Patoła odniosła się do wypowiedzi Przewodniczącego w sprawie rozporządzenia dotyczącego mierników i wskaźników, informując iż zostało ono wstępnie przygotowane w oparciu o materiały jakie otrzymał Minister od grupy ekspertów, w tym Narodowego Instytutu Onkologii. Poinformowała, że będą jeszcze prowadzone prace nad tym rozporządzeniem, a wersja ostateczna skierowana na drogę legislacyjną zostanie uzgodniona z Radą. Temat ten będzie również przedmiotem prac wielodyscyplinarnego zespołu o którym wspomniał już Dyrektor Dzięgielewski. Jednym z elementów pracy tego wielodyscyplinarnego i wieloosobowego zespołu składającego się z ekspertów klinicyстів, AOTMiT-u, Centrum e-Zdrowia, NFZ jako płatnika, ale również jako stronę zaangażowaną wraz z Wojewódzkimi Ośrodkami w weryfikację jakości. Drugie rozporządzenie zostało przygotowane we współpracy zarówno z ekspertami jak i z NFZ, dotyczy projekcji kryteriów wejścia na poszczególne poziomy Krajowej Sieci Onkologicznej. Te dwa rozporządzenia zostały przedstawione jako najistotniejsze z punktu widzenia merytorycznego istoty Krajowej Sieci Onkologicznej. Wspomniano o rozporządzeniu o statucie Krajowej Rady Onkologicznej oraz dotyczące wykazu wojewódzkich ośrodków monitorujących. Zgodnie z ustawą w momencie wejścia w życie ustawy wszystkie podmioty które na ten dzień będą posiadały umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń z zakresu opieki onkologicznej definiowanej w ustawie, wchodzi do Sieci. NFZ w okresie 9 m-cy od wejścia w życie ustawy zweryfikuje podmioty pod kątem spełniania przez nie kryteriów określonych zarówno w ustawie jak i w rozporządzeniu i zakwalifikuje je na poszczególne poziomy w Sieci – SOLO 1, 2 i 3 oraz ośrodki kooperacyjne. Spośród ośrodków z poziomu SOLO 3 zostaną wyłonione Wojewódzkie Ośrodki Monitorujące po jednym w województwie według prostego, czytelnego i transparentnego algorytmu. WOM będzie to ośrodek z najwyższym udziałem procentowym w realizacji w danym województwie świadczeń kompleksowych składających się z chemioterapii, radioterapii i leczenia zabiegowego, parametr kompleksowa opieka onkologiczna jest premiowany współczynnikiem 1,17 przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z tym rozporządzeniem, w momencie zastosowania algorytmu, z nazwy zostanie wskazany WOM w każdym województwie. Kolejne rozporządzenie dotyczy sposobu wyliczania ryczałtu dla KOM-u i WOM-ów oraz zasad przyznawania współczynnika korygującego za jakość, jego maksymalny poziom 1,25 wskazany w ustawie, możliwy będzie do osiągnięcia po wykonaniu pierwszego pomiaru jakości. Wymienione powyżej rozporządzenia zostaną przepracowane jak najszybciej, by wraz z ustawą weszły w życie lub w niedalekim odstępie czasowym po

wejściu w życie ustawy. Przewodniczący podziękował Pani Dyrektor za przedstawienie tematu. zaproponował podjęcie uchwały, której projekt zaprezentował na ekranie, dotyczącej nadania przez KRO dodatkowej rangi procesowi wdrażania KSO, z intencją mobilizującą Ministerstwo Zdrowia do nadania najwyższego priorytetu temu właśnie projektowi. Profesor [REDAKT] nadmienił, że wraz ze zbliżającym się Nowym Rokiem kończy się pilotaż, a sprawy finansowania onkologii wymagają innego rozwiązania ponieważ sytuacja finansowa robi się bardzo poważna. Po wypowiedzi [REDAKT] nastąpiło głosowanie w którym nikt nie wyraził sprzeciwu. Uchwała KRO została przyjęta jednogłośnie.

Przewodniczący przeszedł do kolejnego punktu posiedzenia. Poproszono przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia o zaprezentowanie tematu w zakresie roli NFZ-tu we wdrażaniu systemu monitorowania jakości realizowanego w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. [REDAKT] w zastępstwie za Prezesa NFZ [REDAKT] przedstawił prezentację gdzie rola i poszczególne punkty harmonogramu przewidziane w ustawie zostały graficznie ujęte. Podkreślone zostało, że Narodowy Fundusz Zdrowia pełni rolę wykonawczą na kilku etapach we wdrażaniu ustawy. Pierwszy etap wraz z wejściem w życie ustawy to automatyczne wejście wszystkich świadczeniodawców posiadających umowy i wykonujących świadczenia onkologiczne do Sieci Onkologicznej. Pierwsze aktywne działanie Prezesa Funduszu będzie polegało na kwalifikacji do poszczególnych poziomów Krajowej Sieci Onkologicznej czyli do ośrodków SOLO I poziomu, II poziomu lub III poziomu albo ośrodków kooperacyjnych. Ten proces ma nastąpić do 9 m-cy od wejścia w życie ustawy planowanej (wg aktualnej wersji projektu) na dn. 1.01 2023, dzień 30.09.2023 jako ostateczny termin kwalifikacji do poszczególnych poziomów, a dzień od którego ta kwalifikacja obowiązuje planowany jest na 1.10.2023 roku. W dn. 30.09.2023 nastąpi publikacja wykazu przez Prezesa NFZ który będzie obowiązywał od 1.10.2023. [REDAKT] podkreślił, że zawarte dane harmonogramu są oparte o ustawę i założenia wejścia w życie ustawy z dniem 1.01.2023 co jak wiadomo nie zostanie spełnione. Powyższe czynności zgodnie z harmonogramem określonym w ustawie mają być później sukcesywnie dokonywane co dwa lata w kolejnych latach, a więc odpowiednio w 2025 i 2027 roku. Z dniem 1.10.2023 ośrodki które wejdą do Krajowej Sieci zostaną objęte obowiązkiem sprawozdawczym, a Narodowy Fundusz Zdrowia zostanie objęty obowiązkiem monitorującym w zakresie obliczania wskaźników jakości, monitorowania i obliczania wskaźników i mierników jakości jak również weryfikacji spełniania kryteriów na podstawie których podmioty albo zostały zaliczone do Sieci albo do poszczególnych jej poziomów oraz dokonywania innych pogłębionych analiz dotyczących systemu ochrony zdrowia w obszarze opieki onkologicznej. Do przetwarzania tych danych również będą w Sieci dedykowane ośrodki monitorujące zarówno na poziomie wojewódzkim czyli WOMy jak i Krajowy Ośrodek Monitorujący. Istotą monitorowania będą objęte surowe,

nieprzetworzone dane które będą służyły do obliczania wskaźników a do raportowania tych surowych danych przez wszystkie podmioty, za pomocą systemu interfejsu, który będzie łączył systemy szpitalne i powodował eksport właściwych danych do systemu utrzymywanego przez CEZ. Z tego systemu zasilanego przez świadczeniodawców systemy informatyczne i z danych przetwarzanych przez CEZ, dane będą czerpać do obliczania wskaźników zarówno NFZ, WOMy i KOM. Podmioty lecznicze będą mogły również takie dane pozyskiwać, ale w zakresie tych przetworzonych informacji, które będą dotyczyły wyłącznie tego właściwego podmiotu. Raporty z jakości opieki onkologicznej będą generowane z systemu KSO przez ministra właściwego ds. zdrowia, NFZ, podmioty które będą publikować je na własnych stronach, Krajowy i Wojewódzki Ośrodek Monitorujący. Następnie zostało przedstawione na czym będzie polegał etap weryfikacji: 12 m-cy licząc od 1.10.2023 został przedstawiony jako pierwszy okres raportowania, wtedy będzie można zobaczyć jak kształtują się wartości określonych wskaźników w systemie. Po kolejnych 12 miesiącach ośrodki kooperacyjne dokonają oceny mierników jakości oceny i wskaźników oceny jakości onkologicznej. Po dwóch latach obowiązywania i monitorowania nastąpi pierwszy okres publikowania i porównywania danych pomiędzy poszczególnymi ośrodkami w systemie. Po tym 2-letnim okresie, co 24 m-ce Krajowa Rada Onkologiczna dokona weryfikacji spełniania przez podmioty odpowiednio wartości wskaźników jakości onkologicznej oraz po tej ocenie prześle do NFZ informację o spełnieniu lub nie spełnieniu odpowiedniego poziomu wskaźnika który będzie określony w 2025 roku czyli 24 m-ce licząc od października 2023. Ocena ta może skutkować koniecznością sporządzenia planu naprawczego w zakresie tych wskaźników które nie zostały spełnione i po upływie 12 miesięcy nastąpi ewaluacja powtórna stopnia realizacji takiego planu naprawczego. W przypadku nie osiągnięcia wartości wskaźników założonych w Krajowej Sieci podmiot może nie być uprawniony do udzielania świadczeń w obszarze w których te wskaźniki nie zostaną spełnione, natomiast jeśli będzie to dotyczyć niespełniania kluczowych wskaźników wydanych w odrębnym rozporządzeniu to może oznaczać w ogóle utratę finansowania opieki onkologicznej świadczeń onkologicznych ze środków publicznych, stosownie do tych spełnionych lub niespełnionych kryteriów. Prezes NFZ dokona odpowiedniej zmiany w publikowanym wykazie podmiotów zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów lub w ogóle do Sieci Onkologicznej. Następnie ██████████ przeszedł do części poświęconej etapowi raportowania. Pierwszy raport opublikowany zostanie w marcu 2025. Rolą Wojewódzkich Ośrodków jest przekazanie raportu do Krajowego, który do maja 2025 r. dokona analizy tego raportu. Następnie minister właściwy ds. zdrowia opublikuje dane dotyczące liczby i zakresu udzielanych świadczeń oraz mierników i wskaźników osiągniętych przez poszczególne podmioty. Ponownie została podkreślona rola NFZ jako organu wykonawczego w zakresie przepisów w drodze rozporządzeń. Przewodniczący Rady poprosił o przekazanie prezentacji. Podkreślone zostało, że dla szpitali KSO to nie tylko zbieranie danych i raporty ale

przede wszystkim poprawa finansowania kompleksowej opieki onkologicznej ponieważ KSO to również dodatkowe zadania takie jak utrzymanie infolinii oraz koordynatorów. Wywiązała się dyskusja dotycząca możliwości finansowania od początku wdrożenia KSO, gdzie prezes [redacted] odniósł się do rozporządzeń oraz współczynników korygujących. Wy tłumaczył, że ich wprowadzenie warunkuje kwalifikacja do Sieci na odpowiedni poziom co jest związane ze współczynnikami dotyczącymi kompleksowości i posiadanych zasobów, ujętych w rozporządzeniu które zostanie Radzie przedstawione do opiniowania. Kolejnym etapem będą współczynniki jakościowe które będą opóźnione ponieważ będą skutkiem powstania, ukształtowania się systemu monitorowania, nabrania zaufania do jakości i kompletności danych a następnie do publikacji raportów. [redacted] podkreślił, że wejście do Sieci jest automatyczne, natomiast kwalifikacja na poszczególne poziomy SOLO I, II i III poziomu będzie aktem czynnym w oparciu o spełnienie kryteriów, zgodnie z harmonogramem pierwsza kwalifikacja przewidziana jest na początek października. Dyrektor Beniuk-Patoła uzupełniła wypowiedź: w dniu wejścia w życie ustawy wszystkie podmioty które mają zawartą umowę z NFZ na opiekę onkologiczną zdefiniowaną jako diagnostyka, leczenie i monitorowanie w trakcie i po leczeniu wejdą do Sieci, ale nie będą pogrupowane, nie będą przypisane do żadnego poziomu. NFZ w przeciągu 9 m-cy zweryfikuje potencjał diagnostyczno – terapeutyczny, spełnianie kryteriów dodatkowych przez te podmioty i uszereguje je w oparciu o ustawę i rozporządzenia na poszczególne poziomy w Sieci czyli Solo I, II i III poziomu oraz ośrodki kooperacyjne. Dyrektor odniosła się do terminu wejścia w życie ustawy z dniem 1.01.2023, utrzymanie tego terminu zostało określone jako mało realny, trwają prace nad ustawą i dokłada się wszelkich starań by ten termin został przesunięty jak najmniej w czasie. Od dnia wejścia w życie ustawy po 9 miesiącach podmioty zostaną zakwalifikowane na poszczególne poziomy w Sieci. [redacted] zwrócił uwagę, że pacjent onkologiczny w ostatnich 6-ściu latach się zmienił, jest to pacjent obciążony wielochorobowością który musi być hospitalizowany dłużej z racji stanu ogólnego, co nie jest uwzględniane przez płatnika. Wielochorobowość i obowiązujące wyceny nie uwzględniające wzrostu kosztów i inflacji oraz roczny czas oczekiwania na rzetelne finansowanie ośrodków onkologicznych o pełnej kompleksowości leczenia, może okazać się tragiczny. [redacted] przedstawił swoją opinię, że im lepiej ośrodek opiekuje się pacjentem, tym ma większe problemy finansowe, ponieważ system wymusza by pacjentowi onkologicznemu podano leczenie, które mu przysługuje a przy obciążeniu dodatkowo np. cukrzycą, nadciśnieniem nie ma miejsca dla takiego pacjenta w systemie. Ciężar opieki nad takim pacjentem spoczywa na onkologach. [redacted] zawnioskował o wsparcie finansowe, jak Przewodniczący doprecyzował o tzw. „protezę finansową” by móc przetrwać ten rok. O taką możliwość zapytano [redacted], który poinformował, że formalnie NFZ jest związany przepisami zawartymi w rozporządzeniach i że pełni rolę wykonawczą. [redacted] podsumował ten temat, że konieczna będzie rozmowa

z Ministrem Zdrowia. [redacted] zabrał głos, podkreślił, że wielokrotnie była zwracana uwaga NFZ o niewłaściwą kwalifikację rozliczania procedur, została przytoczona tutaj jako przykład uchwała podjęta przez Krajową Radę ds. Onkologii dotycząca leczenia chirurgicznego raka płuca. Profesor zaapelował, żeby ustalenia Krajowej Rady ds. Onkologii były egzekwowane. Przewodniczący Rady podkreślił, że ośrodki tracą finansowanie, które w ramach pilotażu pozwalały utrzymać infolinię, koordynatorów, czyli wypracowany model opieki. Poinformował Radę, że zostanie zwołane zebranie Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych by móc omówić sytuację w kontekście oczekiwania na efektywne wdrożenie Krajowej Sieci. [redacted] nadmienił o sekwencyjności etapów harmonogramu i możliwości teoretycznej ewentualnego skrócenia pierwszego etapu z 9 m - cy do 6-ściu, co przy założeniu że ustawa weeszłaby w życie w marcu 2023, wrześniowy termin mógłby być zachowany. Zaznaczył, że terminy będą dostosowywane do ścieżki legislacyjnej. [redacted] wyraził obawę dotyczącą kondycji finansowej ośrodków do tego czasu. Przewodniczący Rady zakończył tą dyskusję podsumowaniem, że Rada składa się głównie z konsultantów krajowych, a temat należy przedyskutować w gronie osób zajmujących się zarządzaniem szpitalami. Zaapelowano o przyspieszenie procesu wdrożenia ustawy, podkreślono że taka uchwała została podjęta przez Radę.

[redacted] przeszedł do tematu związanego z RDTL-ami wywołanego wcześniej przez Przewodniczącą Rady. Korekta ustawy dotyczy podniesienia limitu ustawowego z 3 do 4 % Funduszu Medycznego co nie rozwiązuje zasadniczego problemu zarządzania budżetem i kontroli budżetu. Obowiązujący limit na poziomie krajowym jest dzielony na województwa, ten limit stanowi sztywną kwotę, a przekroczenie go przez NFZ spowodowałoby dyscyplinę finansów publicznych ze strony Dyrektorów Oddziałów i Prezesa NFZ, którzy nie posiadają żadnych mechanizmów zezwalających na zwiększenie tych wydatków w danym roku ponad ten limit. W umowie na RDTL dla każdego podmiotu została określona kwota zobowiązania, sumowa kwot z umów w poszczególnych umowach we wszystkich województwach daje kwotę sumaryczną maksymalnego poziomu, który jest wyznaczony w ustawie. Każdy świadczeniodawca otrzymując umowę na realizację RDTL widzi przyznaną kwotę zobowiązania i ma sposobność oceny, na ile wydatkuje tę kwotę na kontynuację leczenia pacjentów, jak i środki na włączanie nowych pacjentów. Wiedza o kontroli budżetu powinna być przekazywana na poziom ordynatorów oddziałów czy kierowników klinik. Jeśli takiej wiedzy nie ma, to dochodzi do przekroczeń limitów, co skutkuje zadłużaniem się podmiotu względem dostawcy leku, zaciąganiem nowych zobowiązań w stosunku do pacjentów co do zapewnienia leku na kontynuację leczenia. Podkreślono że w umowie jak i w ustawie jest określony limit i przekroczenie jego powoduje kredytowanie z własnych środków tego leczenia do następnego roku kiedy będzie uruchomiona kolejna pula z nowego limitu. Powoduje to

zaburzenia płynności, roszczenia ze strony dostawców, perturbacje z dostępnością do leków dla nowych pacjentów którzy pilnie potrzebują danego leku, a nie może być zastosowany z racji przekroczenia budżetu. Zostało podkreślone że skutkiem refinansowania wstecznego jest zmniejszenie środków na rok bieżący. Należałoby wprowadzić mechanizm bieżącej kontroli budżetu, być może podziały kwoty z umowy na kwartalne limity oraz wprowadzić zarządzanie tymi środkami by zapewnić kontynuację pacjentom już włączonym i leczonym przewlekle, jak i selektywne podejście do wniosków wprowadzenie priorytetyzacji nowych wniosków. Zostało podkreślone, że niezależnie od wysokości limitu w przyszłych potencjalnych nowelizacjach ustawy, problem nie zostanie rozwiązany podnoszeniem poziomu limitu. Poinformowano o konieczności wprowadzenia elementu bieżącego planowania wydatków, zostało ponownie podkreślone, że ustawa zabrania przekroczenia poziomu określonego w ustawie o Funduszu Medycznym. Należy zwrócić uwagę nie tylko na ilościowe aspekty zarządzania budżetem ale również jakościowe. Obserwując kwalifikacje jakościowe leków, które są realizowane i wypisywane na wnioskach na RDTL, dochodzi do sytuacji które nie powinny mieć miejsca, a mianowicie są to wnioski na leki wspomagające terapię onkologiczną np. immunoglobuliny, leki p/infekcyjne, leki p/grzybicze, przykłady wniosków dla pacjentów i leków objętych programami lekowymi w przypadku gdy pacjent nie spełni kryteriów włączenia do programu, RDTL jest stosowany wtedy jako alternatywa, co nie stanowi idei tego mechanizmu włączenia do RDTL. Zakomunikowano o pojawieniu się niekorzystnego zjawiska dotyczącego cen leków – ponieważ ceny leków w ramach RDTL nie są negocjowane, firmy wstrzymują się ze zgłaszaniem nowych leków do programów lekowych, gdyż lepiej dla nich sprzedawać jest leki poza systemowymi rozwiązaniami w ramach RDTL-u. Przewodniczący Rady poprosił o wyjaśnienie w sprawie poprawek ustawy - czy są możliwe przesunięcia w ramach danego województwa tych kwot i czy np. leki z hematologii mogą „zabrać procent” z limitu guzom litym, poproszono o wyjaśnienie jak to jest regulowane w Narodowym Funduszu Zdrowia. [redacted] wyjaśnił, że między podmiotami w województwie, jeśli była możliwość, to takie przesunięcia miały miejsce, w październiku 2022 zastosowano mechanizm przesunięć pomiędzy województwami w zakresie niewykorzystanych środków, co przyczyniło się do łagodzenia skutków, choć nie rozwiązuje to problemów które zostały wcześniej przedstawione. Przewodniczący Rady poprosił o przedstawienie ewentualnych systemowych rozwiązań jeśli takowe istnieją, na co przedstawiciel NFZ poinformował, że na chwilę obecną pomysłem są spotkania z konsultantami opiniującymi wnioski i wyczerlenie ich na grupy problemów o charakterze ilościowym i kontroli zarządzania budżetem, wstępnym pomysłem jest podział puli na kwartalne limity i kwartalne rozliczanie się. [redacted] wyraził obawę, iż w duchu teraźniejszych zapisów nadejdzie moment wypełnienia puli 4 % i istnieje ryzyko że nie będzie można włączyć nowych pacjentów. [redacted] określił zmianę w ustawie z 3 na 4% limitu

„kupieniem trochę czasu” a nie rozwiązaniem problemów. Przewodniczący Rady podziękował [REDAKTOR] za poświęcony czas.

Przechodząc do kolejnego tematu z harmonogramu spotkania poproszono [REDAKTOR] o zabranie głosu i przedstawienie aktualizacji informacji dotyczących finansowania badań patomorfologicznych (JGPato). [REDAKTOR] nawiązał do wstępnego raportu z AOTMiTu na temat finansowania. Progi i pewne proporcje pomiędzy grupami zostały zachowane. Na chwilę obecną brak jest wiedzy o etapie prac nad tymi danymi. Przedstawione zostały kwestie do dalszej dyskusji np. czy grupa 1. powinna być niżej czy też wyżej wyceniana. Trwają prace i dyskusje nad algorytmami i możliwościami przetestowania systemu finansowania, trwają prace z Centrum e-Zdrowia, bo zakładając że ma to być system ogólnopolski dla wszystkich rodzajów badań patomorfologicznych i dla wszystkich rozpoznań należy utworzyć algorytm i schemat pokrywający te wszystkie elementy z możliwością zbierania danych, które są istotne dla całego systemu. W przyszłym tygodniu powinny być przekazane elementy które są po stronie konsultanta do CeZ. Przewodniczący Rady podziękował i podsumował temat, że będzie on cały czas podnoszony przez Radę. Finansowanie usług medycznych stanie się częstszym i głównym tematem Rady w przyszłym roku dopóki nie rozwiąże się tego problemu. [REDAKTOR] zwrócił się do Dyrektora Beniuk-Patoły o jak najszybsze zorganizowanie spotkania w styczniu 2023 z prośbą o udział Pana Ministra Kraski jak i Pana Ministra Niedzielskiego dot. planowanych zmian finansowania onkologii. Podsumowując temat Przewodniczący zwrócił uwagę, na fakt, że sytuacja szpitali zwłaszcza tych kompleksowych będzie się pogarszała. By dyskusja mogła być konstruktywna poprosił również o zaproszenie Prezesa NFZ [REDAKTOR].

Na koniec spotkania głos zabrała [REDAKTOR] informując iż zostały prawie zakończone prace nad projektem eKRN+. Jednym z elementów tego projektu była nowa strona Krajowego Rejestru Nowotworów i nowa strona dotycząca raportów gdzie przedstawione są m.in. wskaźniki pięcioletnich przeżyć wg województw dla Polski. [REDAKTOR] zakomunikowała, że nie można tej strony uruchomić ze względu na brak rozporządzenia zmieniającego dotychczasowe obowiązujące w sprawie KRN. W trakcie budowy nowej platformy został zmieniony sposób zasilania strony Rejestru i nie można w chwili obecnej udostępnić danych bez nowego rozporządzenia. Poproszono Krajową Radę o wsparcie w sprawie procedowania rozporządzenia. [REDAKTOR] została poproszona przez Przewodniczącego Rady o formalne pisemne zgłoszenie powyższego tematu na kolejne posiedzenie Rady by móc przygotować i przyjąć uchwałę, jeżeli do następnego posiedzenia sytuacja się nie zmieni.

Na koniec spotkania Przewodniczący podziękował członkom Rady za udział w posiedzeniu. Wstępnie wyznaczono datę kolejnego spotkania Krajowej Rady ds. Onkologii na początek stycznia 2023 roku i zakończono posiedzenie.



Signed by /
Podpisano przez:

Date / Data:
2023-01-25 07:52