



Minister Zdrowia

Warszawa,

24. 04. 2017

PZO.070.8.2017

Pani
Anna Czech
Przewodniczący Parlamentarnego
Zespołu ds. Organizacji Ochrony
Zdrowia

Wznanoma Pani Przewodnicząco

w odpowiedzi na wniosek z dnia 17 kwietnia 2017 r. w sprawie przedstawionych propozycji rozwiązań zmierzających do poprawy jakości leczenia onkologicznego i optymalizacji organizacji opieki onkologicznej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Stanowisko Parlamentarnego Zespołu ds. Organizacji Ochrony Zdrowia wpisuje się w kierunek zmian w opiece onkologicznej związany z koordynacją diagnostyki i kompleksowego leczenia onkologicznego, którego wyrazem było wprowadzenie z dniem 1 stycznia 2015 r. tzw. pakietu onkologicznego.

Odnosząc się do pierwszego postulatu dotyczącego chirurgii onkologicznej, uprzejmie informuję, że jest on zgodny z podstawowymi wnioskami płynącymi z map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii. W przypadku chirurgii onkologicznej (rozumianej nie w sensie zakresu świadczeń, ale zabiegów wykonywanych w przypadku choroby nowotworowej) podstawowym wnioskiem płynącym z map potrzeb zdrowotnych jest dodatnia zależność pomiędzy liczbą operowanych pacjentów w danym podmiocie a szeroko rozumianym bezpieczeństwem pacjentów. Podmioty, które rocznie realizują średnio większą liczbę świadczeń danego typu, wykazują niższe współczynniki śmiertelności, rzadsze występowanie komplikacji i krótsze czasy hospitalizacji pacjentów, dlatego niezbędne jest skoncentrowanie jednostek zabiegowych. Przyjęto,



że aby dany podmiot spełniał kryteria wysokiej jakości, minimalna liczba zabiegów z zakresu chirurgii radykalnej powinna być na poziomie 60 zabiegów rocznie.

Odnosząc się do drugiego postulatu, uprzejmie informuję, że w pełni popieram postulat konieczności zapewnienia standardów diagnostyki i leczenia onkologicznego. W tym kontekście zauważyć należy, że ustawa z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 759) nakłada na ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązek ogłaszania w drodze obwieszczenia, po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Ponadto, uprzejmie wyjaśniam, iż przepisami ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2017 r., wprowadzono model jakościowej oceny diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, opierający się na tzw. wskaźnikach efektywności.

Przyjmuje się, że ww. wskaźniki efektywności obliczane będą przez świadczeniodawców corocznie (po raz pierwszy za 2017 r.), na podstawie danych z raportów statystycznych, które przekazują do Narodowego Funduszu Zdrowia za poprzedni rok kalendarzowy, nie później niż do końca drugiego kwartału, tj. 30 czerwca każdego roku, natomiast metodologia ich obliczania oparta będzie na miernikach oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, które zostaną ogłoszone przez Ministra Zdrowia w drodze obwieszczenia.

Wskaźniki efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, posłużą przede wszystkim ocenie jakości i skuteczności leczenia pacjentów. Tym samym pozwolą ocenić trafność postępowania oraz wyodrębnić ośrodki charakteryzujące się największym odsetkiem wyleczeń (największą skutecznością terapeutyczną).

Odnosząc się natomiast do kwestii koncentracji ośrodków onkologicznych, uprzejmie informuję, że w zakresie chemioterapii postulowana jest, jako wniosek płynący z map potrzeb zdrowotnych, decentralizacja udzielania świadczeń, przy jednoczesnym promowaniu udzielania świadczeń chemioterapeutycznych w trybie ambulatoryjnym lub w trybie 1-dniowym. Natomiast w zakresie radioterapii postulowane jest maksymalne rozproszenie udzielania świadczeń przy jak najmniejszych zmianach infrastrukturalnych. Proces decentralizacji powinien być zgodny z mapą potrzeb

zdrowotnych w zakresie onkologii. Założenia modelu optymalizującego rozmieszczenie akceleratorów, którego wyniki prezentowane są w mapach, ustalone zostały ze środowiskiem medycznym.

Należy zauważyć, że w skierowanym w dniu 4 kwietnia 2017 r., do uzgodnień, opiniowania i konsultacji publicznych projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, implementującym zmiany w tzw. pakiecie onkologicznym, zaproponowano wyodrębnienie dodatkowych warunków realizacji świadczenia: Kompleksowa diagnostyka i leczenie onkologiczne.

Zaproponowane warunki realizacji świadczenia mają charakter referencyjny, a ich intencją jest zapewnienie odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń oraz kompleksowego podejścia do świadczeniobiorcy z rozpoznaniem onkologicznym.

Zaproponowane rozwiązanie wpisuje się w postulaty Parlamentarnego Zespołu ds. Organizacji Ochrony Zdrowia, m. in. poprzez dążenie do koncentracji zasobów oraz wykorzystania potencjału wykonawczego świadczeniodawców, zapewniających łącznie jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych. Termin zgłaszania uwag do projektowanej regulacji upływa w dniu 8 maja 2017 r.

Jednocześnie informuję, że Minister Zdrowia zlecił Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w dniu 14 lutego 2017 r. przygotowanie rozwiązań w zakresie świadczeń kompleksowych w opiece onkologicznej. W pierwszej kolejności wypracowany zostanie projekt świadczenia „kompleksowej opieki nad pacjentami z rakiem piersi (Breast Cancer Unit)”.

Odnośnie trzeciego postulatu dotyczącego Krajowego Rejestru Nowotworów informuję, że w chwili obecnej w Ministerstwie Zdrowia procedowany jest projekt założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, w której to ustawie mają być m. in. rozwinięte i uzupełnione przepisy prawa w obszarze rejestrów medycznych. Współpraca Krajowego Rejestru Nowotworów z ośrodkami onkologii odbywa się również w chwili obecnej. Wojewódzkie biura rejestracji nowotworów powstały w wyniku scalenia wojewódzkich rejestrów nowotworów w Krajowy Rejestr Nowotworów w 2012 r. Istniejące już wcześniej biura rejestracji, działające w ramach wiodących ośrodków wojewódzkich na polu onkologii, stały się jednostkami organizacyjnymi krajowego rejestru, po zgłoszeniu rejestru do CSIOZ i wydaniu przez Ministra Zdrowia odpowiedniego rozporządzenia w 2012 r.

Krajowy Rejestr Nowotworów korzysta z różnych rozwiązań informatycznych. Samo zgłaszanie zachorowań do Krajowego Rejestru Nowotworów może odbywać się obecnie nie tylko poprzez wprowadzanie danych przez pracownika Wojewódzkiego Biura Rejestracji Nowotworów, ale również poprzez wprowadzanie danych przez lekarza lub sekretarkę w aplikacji WWW, przekazywanie danych za pomocą komunikatu XML bezpośrednio z systemu szpitalnego oraz wprowadzanie danych za pomocą formularza ePUAP. Niewykluczone jest oczywiście dokonywanie zmian w tym zakresie. Niemniej jednak wszelkie nowe rozwiązania informatyczne muszą być zgodne przede wszystkim z prawem dotyczącym ochrony danych osobowych, jako że Krajowy Rejestr Nowotworów przetwarza wrażliwe dane dotyczące stanu zdrowia wielu milionów osób. Należy zatem pamiętać (co wielokrotnie podkreślane jest przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych), że utworzenie rejestru medycznego następuje w drodze rozporządzenia, które określa zamknięty katalog danych osobowych, jakie mogą być w tym rejestrze przetwarzane. Nie mogą zatem do rejestru trafiać dane w zakresie szerszym, niż zezwalają na to przepisy wykonawcze, gdyż byłoby to sprzeczne z zasadą legalizmu, wyrażaną w art. 26 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

Odnosząc się zatem do kwestii zaciągania danych z systemów szpitalnych, należy podkreślić, że takie pozyskiwanie danych może być w pewnych sytuacjach uzasadnione, niemniej jednak ocena możliwości wprowadzenia takiego rozwiązania uzależniona byłaby od analizy szczegółów tej propozycji, np. czy miałby to być dostęp o charakterze stałym, czy ograniczony wyłącznie do możliwości pozyskiwania danych w indywidualnych przypadkach i w określonym w przepisach celu.

d. porażaniem
Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Katarzyna Głowala
Katarzyna Głowala