

„Krajowa Sieć Onkologiczna - stan wiedzy w przeddzień reformy”

Konferencja prasowa organizowana przez Fundację Onkologia 2025 oraz Ogólnopolską Federację Onkologiczną
we współpracy z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Koordynatorów Onkologicznych

13 lutego 2023 r.



Anna Andrzejczak

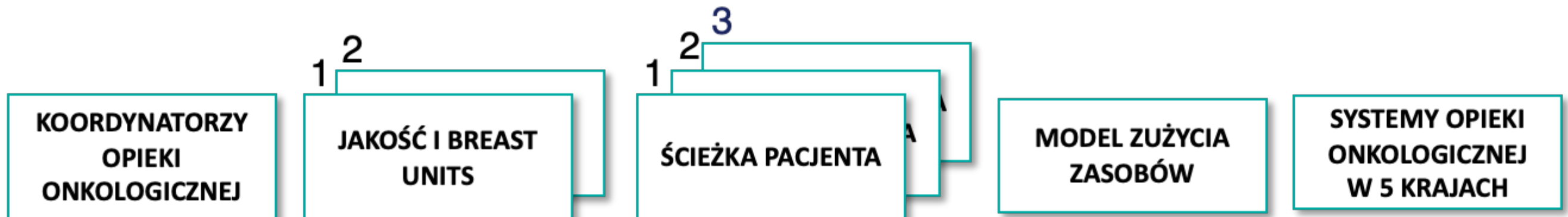
Prezes Zarządu Fundacji Onkologia 2025

Fundacja Onkologia 2025

DZIAŁANIA: projekty badawcze, przeglądy dobrych praktyk, analizy, udział w konsultacjach publicznych.

ZASADY: wyniki projektów w domenie publicznej.

PROJEKTY:



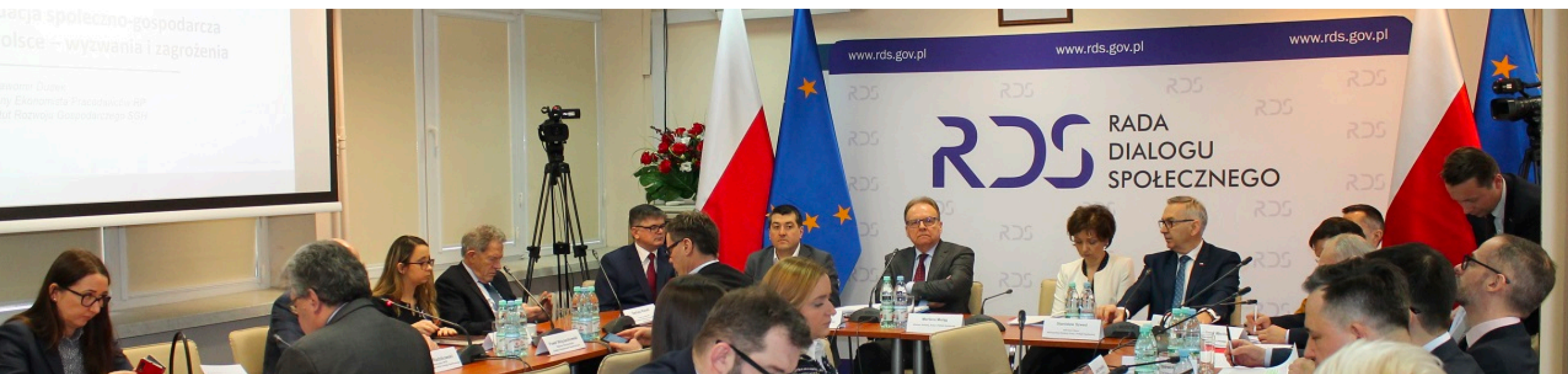
Rada Dialogu Społecznego w sprawie pilotażu sieci onkologicznej

RDS – Podzespół ds. ochrony zdrowia:

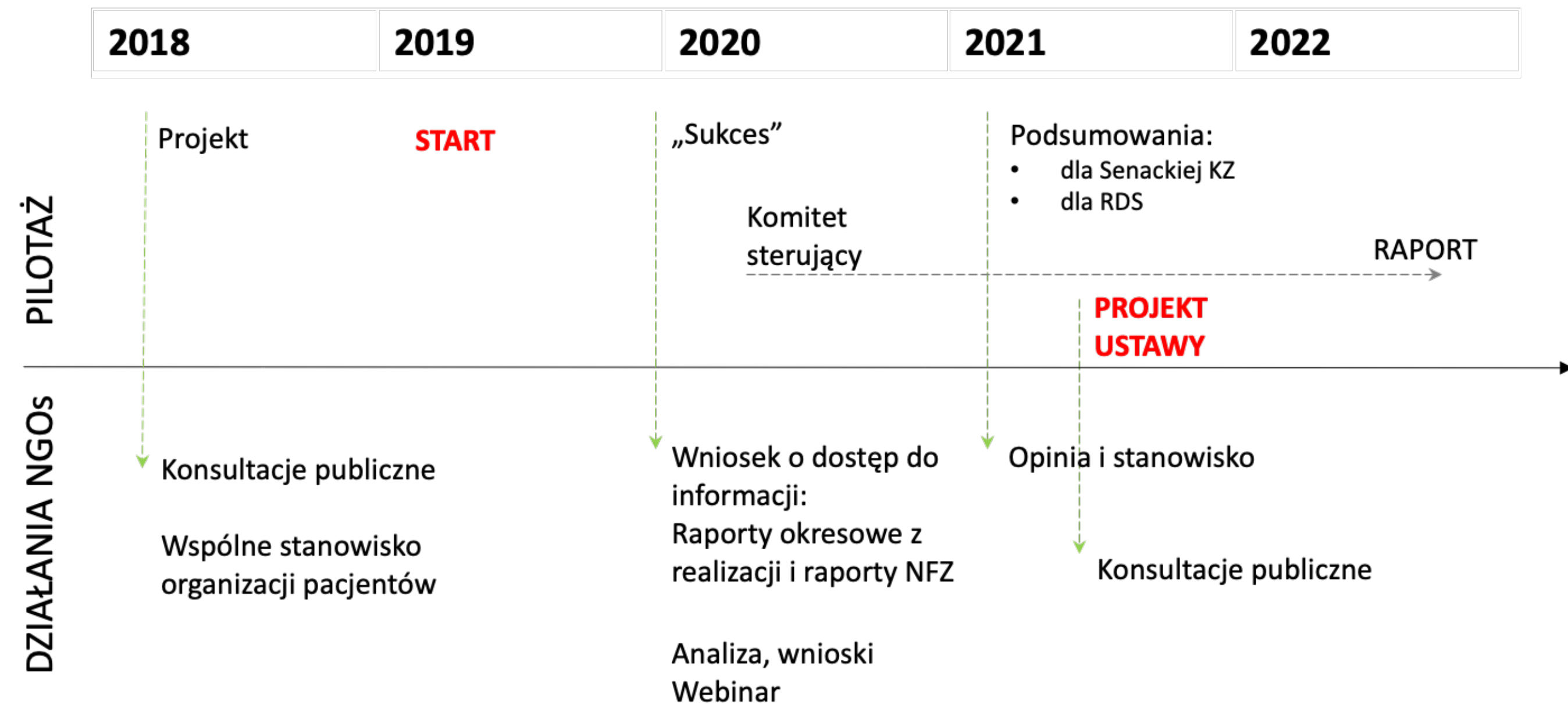
- posiedzenia i stanowiska w sprawie pilotażu sieci onkologicznej;
- poparcie koncepcji Komitetu Sterującego.

Komitet Sterujący:

- zobowiązanie do zachowania poufności;
- brak podpisu pod raportem końcowym.



NGOs w sprawie pilotażu



Jak mierzony jest efekt pilotażu?

§ 3. Celem pilotażu jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej na terenie województw, o których mowa w § 4 ust. 1.

§ 9. Ocena opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej jest prowadzona w stosunku do świadczeniobiorców objętych pilotażem, w podziale na poszczególne rozpoznania, o których mowa w § 5 ust. 1, z uwzględnieniem następujących mierników:

35 mierników

- Odsetek zgonów
- Powtórne hospitalizacje
- Kompletność badania histopatologicznego

13 wskaźników

- Liczba pacjentów
- Konsylia
- Zgromadzone dane
- Ankiety pacjentów

5.²⁸⁾ Ocenie wyników pilotażu podlegają coroczne wartości mierników, o których mowa w § 9, oraz ich porównanie w perspektywie rok do roku z analogicznymi miernikami dla ośrodków w sieci onkologicznej.

Sprawozdania końcowe i raport końcowy

4. Ocena wyników pilotażu jest dokonywana przez oddział wojewódzki Funduszu we współpracy z wojewódzkim ośrodkiem koordynującym na podstawie sprawozdania końcowego z realizacji pilotażu.



6. Prezes Funduszu sporządza we współpracy z wojewódzkim ośrodkiem koordynującym raport końcowy zawierający analizę i ocenę realizacji pilotażu i przekazuje go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wraz z kopią sprawozdania końcowego, nie później niż w terminie trzech miesięcy od dnia otrzymania sprawozdań końcowych, o których mowa w ust. 1 pkt 2.

7. Raport końcowy Funduszu, o którym mowa w ust. 6, podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu.

Finalny, jawny raport
po czterech miesiącach
od zakończenia pilotażu

**Ile mierników i wskaźników mamy zaprezentowanych
w „Syntetycznym raporcie końcowym” zgodnie
z zapisami rozporządzeniem?**

ZERO?

Inne dane nie potwierdzają istotnej różnicy między województwami pilotażowymi
a pozostałymi województwami.

Ustawa o KSO - najważniejsze rozwiązania

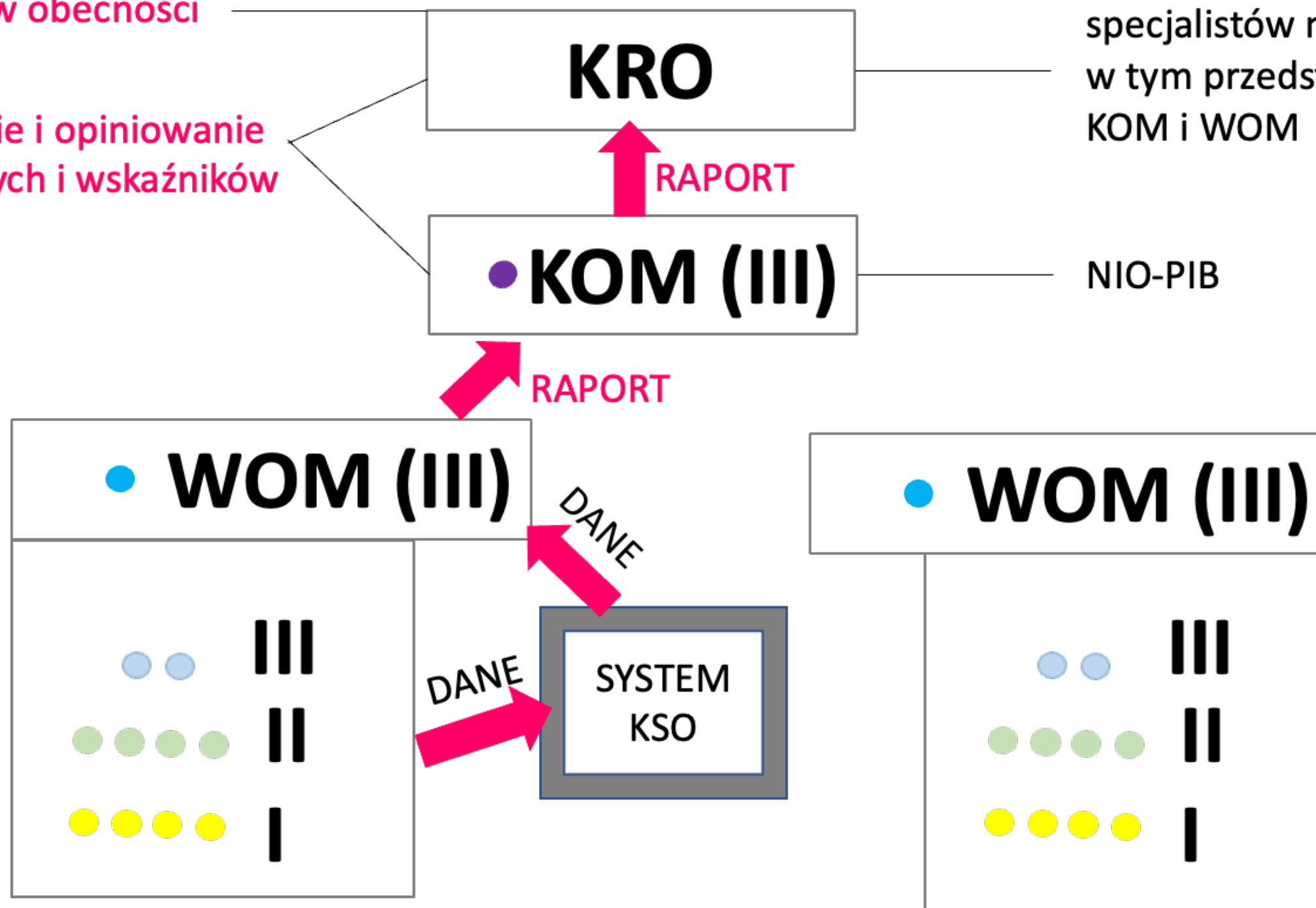
1. Onkologia – tylko ośrodki w sieci mogą prowadzić leczenie onkologiczne.
2. Sieć na poziomie województwa z 3-stopniową hierarchią (I, II, III + WOM)
3. Konsylia w ośrodkach „I” organizowane przez ośrodki „III”.
4. WOM odpowiedzialne za ocenę ośrodków w regionie.
5. KOM odpowiedzialne za ocenę ośrodków w kraju.
6. Powołanie Krajowej Rady Onkologicznej – 10 członków.
7. Ocena jakości w oparciu o dane i wskaźniki.
8. Dane gromadzone w dedykowanym systemie.
9. Finansowanie - premia max 1,25 za wskaźniki; ryczałt dla WOM i KOM.

Ocena jakości w sieci

Ocena spełnienia
kryteriów obecności
w sieci

Tworzenie i opiniowanie
wytycznych i wskaźników

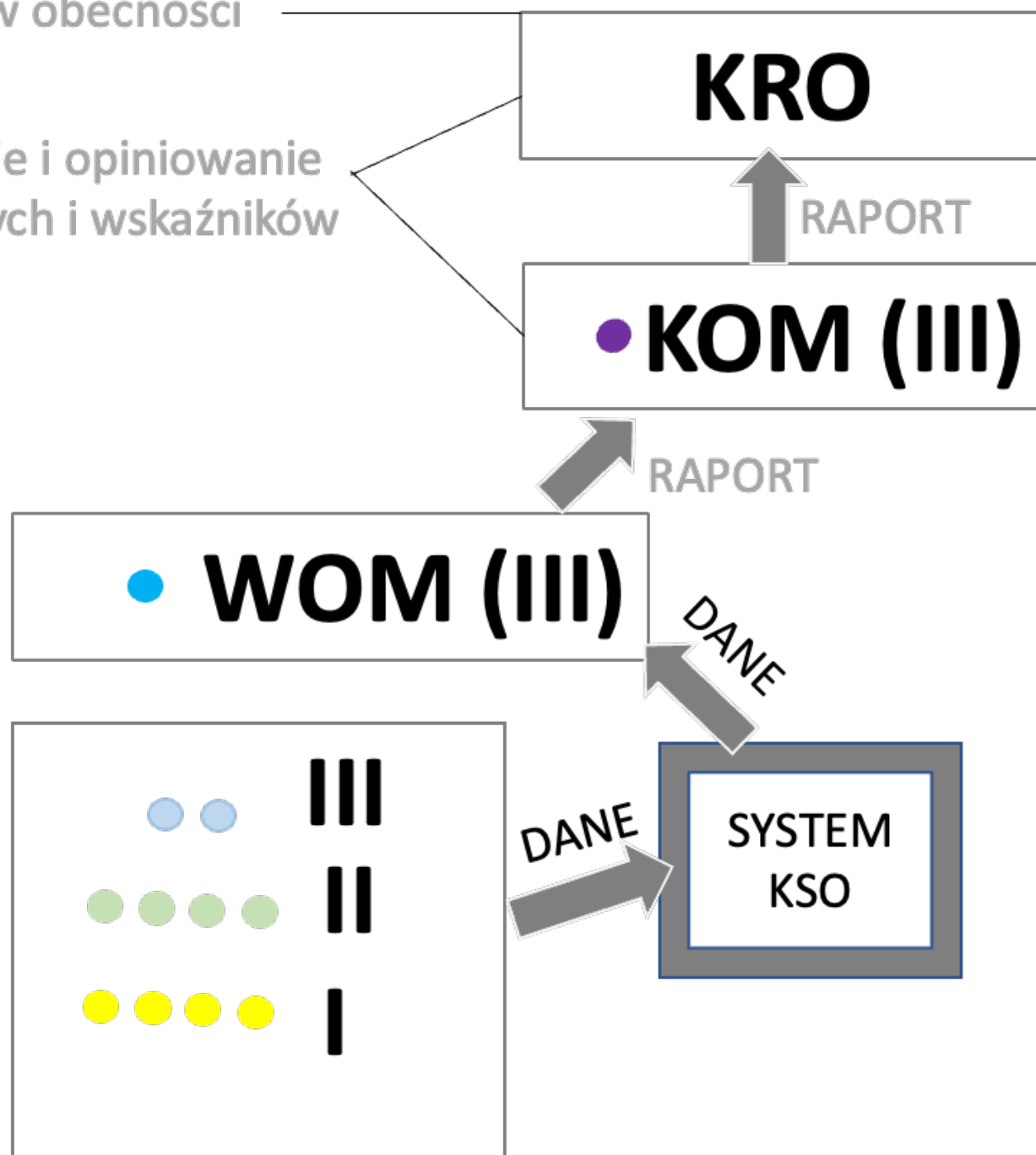
Co najmniej 6 (na 10)
specjalistów medycyny;
w tym przedstawiciele
KOM i WOM



Ocena jakości w sieci - konflikt interesów

Ocena spełnienia
kryteriów obecności
w sieci

Tworzenie i opiniowanie
wytycznych i wskaźników



Raporty

- **Raport** o sobie samym – WOM
- **Raport** o ośrodkach z mojego regionu do KOM

Spójność?

- 16 raportów przygotowanych przez 16 WOM

KRO

- Decyzję o być albo nie być w sieci lub ocenie działalności dokonują przedstawiciele innych ośrodków

KOM

- Tworzy wytyczne
- Jest świadczeniodawcą
- Sam pisze o sobie raport w województwie i w kraju
- Zasiada w KRO

Najważniejsze problemy

DIAGNOSTYKA:

- pominięcie diagnostyki i etapu przed rozpoznaniem;
- zignorowanie profilaktyki;
- jaką rolę przewidziano dla ośrodków, które nie wejdą do sieci? Czy ośrodki utrzymają profilaktykę i diagnostykę, jeśli wypadną z sieci?

KRYTERIA WEJŚCIA DO SIECI:

- brak uwzględnienia specyfiki rozpoznań;
- szpitale o wąskiej lub rzadkiej specjalizacji – poza siecią? Podległe ośrodkom „III”?

Nadzór ośrodków „III” nad „I” a prawa pacjenta?

STRUKTURA PONAD JAKOŚĆ

„hierarchia w oparciu o skalę działalności i zasoby” > „ocena jakości”

Uzależnienie OCENY JAKOŚCI OD POWSTANIA SYSTEMU:

- brak uwzględnienia kultury prowadzenia danych i raportowania oraz czasu na dostosowanie. Wnioski z pilotażu?
- Czy utkniemy ze strukturą bez oceny jakości?

Co dalej? Co proponujemy?

„Protokół rozbieżności”

	„Zwolennicy KSO w wersji obecnie procedowanej”	„Krytykujący KSO w wersji obecnie procedowanej”	Czy do tego potrzebna jest ustawa o KSO?
Skodyfikowanych standardów postępowania kliniczno-organizacyjnego	TAK	TAK	NIE
Monitoringu jakości w oparciu o dane	TAK	TAK	NIE
Jawność	TAK	TAK	NIE
Poprawy profilaktyki wtórnej	TAK	TAK	NIE
Centralizacji leczenia nowotworów rzadziej występujących	TAK	TAK	NIE
Units dla nowotworów częściej występujących	TAK	TAK	NIE

Co dalej? Co proponujemy?

„Protokół rozbieżności” - c.d.

	„Zwolennicy KSO w wersji obecnie procedowanej”	„Krytykujący KSO w wersji obecnie procedowanej”	Czy do tego potrzebna jest ustawa o KSO?
Koordynator opieki onkologicznej	TAK	TAK	NIE
Konsylium	TAK	TAK	NIE
Świadczenia badań patomorfologicznych	TAK	TAK	NIE
Dostępnej w systemie informacji: TNM, kluczowe terminy, leczenie i in.	TAK	TAK	NIE
Sieci z 3-stopniową hierarchią	TAK	NIE	TAK
Nadzoru nad onkologią w rękach największych ośrodków	TAK	NIE	TAK

Postulaty - pilotaż i ustawa



DEBATA

1. Rzetelna dyskusja nad kształtem reformy.



OCENA

2. Zmierzenie się z rzeczywistymi wynikami pilotażu. Eksperyment, który nie wyszedł też jest źródłem wiedzy. Brak refleksji = ryzyko powielenia błędu.



DECYZJA

3. Rezygnacja z rozwiązań, które się nie sprawdziły.

Reforma jest potrzebna



Po pierwsze zabezpieczenie DIAGNOSTYKI

Centra diagnostyki

Profilaktyka

Wycena świadczeń

Po drugie KOORDYNATORZY

Zmiany w pakiecie onkologicznym

Wsparcie koordynatora

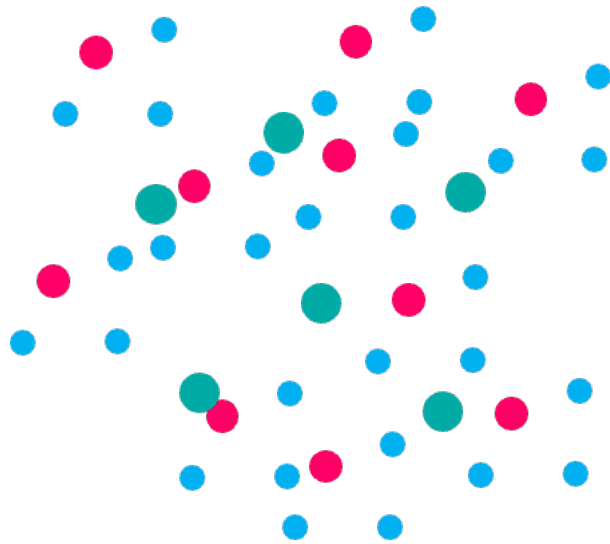
Po trzecie SYSTEM MONITOROWANIA JAKOŚCI
JAKO ODREBNE ZADANIE

System oparty o standard, dane, monitoring i
jawność

Po czwarte KADRY

Po piątę REFORMY, KTÓRE NIE ZAGRAŻAJĄ
CIĄGŁOŚCI LECZENIA

Postulaty - przyszły kształt systemu



- Nowotwory rzadkie leczone w centrach doskonałości – wojewódzkich, ponadregionalnych, centralnym.
- Nowotwory częściej występujące w unitach (wielospecjalistyczne zespoły z doświadczeniem) zorganizowanych według zaleceń towarzystw międzynarodowych.
- Sieć diagnostyki i profilaktyki.

- Skodyfikowany standard postępowania wynikający z aktualnej wiedzy.
- Wskaźniki wynikające ze standardu.
- Jednolity system gromadzenia danych
- Monitoring jakości.



Praca odbywa się na poziomie ośrodków!

OBIEKTYWIZM
JAWNOŚĆ

mgr Jagoda Dziurkowska-Wolny

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Onkologicznych

Misja Stowarzyszenia

*Jesteśmy po to, by pomagać pacjentom w przejściu
procedur onkologicznych*

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Koordynatorów Onkologicznych

Stowarzyszenie powstało w 2021 r. Naszym celem jest:

- zrzeszenie koordynatorów opieki onkologicznej w Polsce;
- wymiana doświadczeń;
- szkolenia;
- usankcjonowanie roli koordynatora onkologicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Przyszłość – kształcenie i uznanie koordynatora za zawód medyczny.

Stowarzyszenie wystąpiło o uznanie koordynatora za zawód medyczny.

Stowarzyszenie jest partnerem nowego kierunku kształcenia dla koordynatorów opieki onkologicznej na Śląskim Uniwersytecie Medycznym.

Koordynator opieki onkologicznej - czy to nowe rozwiązanie?



Funkcja koordynatora pojawiła się wraz z wprowadzeniem „Pakietu Onkologicznego”, który wszedł w życie 1 stycznia 2015 roku.

Wyzwaniem pozostają nieprecyzyjne przepisy i różnie rozumiana rola koordynatora przez świadczeniodawców.

Koordynator w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej - co się zmienia?

Nowy model opieki miał się opierać na funkcji koordynatora jako przewodnika pacjenta w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Zgodnie z proponowanymi przepisami:

1. koordynatorem może być każdy (art. 4 Ustawy o KSO);
2. brakuje zapisów o kompetencjach, wykształceniu i zakresie obowiązków koordynatorów;
3. brakuje zapisu dotyczącego liczby pacjentów przypadających na jednego koordynatora;
4. w nowej Karcie DiLO oprócz nazwiska i imienia koordynatora, numeru telefonu służbowego i adresu służbowej poczty mailowej ustawodawca dodaje numer PESEL koordynatora (art. 40 ust. 4 podpunkt 5).
5. nie określono czy pacjenci będą uczestniczyć w konsyliach.

Postulaty Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Opieki Onkologicznej

Określenie definicji koordynatora opieki onkologicznej.

Stworzenie centralnej ewidencji koordynatorów opieki onkologicznej.

Wykreślenie numeru PESEL koordynatora z karty DiLO.

Organizacja pracy komórki koordynującej.

Określenie zakresu obowiązków i ilości pacjentów przypadających na jednego koordynatora.



Dorota Korycińska

Prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej

Ogólnopolska Federacja Onkologiczna

Ogólnopolska Federacja Onkologiczna jest związkiem stowarzyszeń, który powstał w listopadzie 2019 r. Jesteśmy organizacją strażniczą, zrzeszającą wiodące organizacje pacjentów onkologicznych.

Celem funkcjonowania organizacji jest udział w debacie publicznej dotyczącej stanu systemu ochrony zdrowia oraz kształtowanie rozwiązań, wpływających na profilaktykę, diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych w Polsce.



Onkologia - stan na dzisiaj

Analizy epidemiologiczne wskazują, że nowotwory złośliwe stanowią pierwszą przyczynę zgonów w wieku produkcyjnym w Polsce.

Statystycznie, jeden na czterech obywateli będzie zmagał się z chorobą nowotworową, jeden na pięciu umrze z powodu tej choroby.

Na raka choruje obecnie ok. 1.17 mln osób w Polsce.

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów co roku diagnozuje się ok. 170 000 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, ok. 100 000 osób umiera z powodu tej choroby.

Według danych KRN z 2019 r. codziennie umierają na:

- raka oskrzela i płuca - 63 osoby;
- raka jelita grubego - 34 osoby;
- raka piersi - 20 osób
- raki ginekologiczne - 19 kobiet;
- nowotwory męskie - 16 mężczyzn.

Według danych porównawczych wskaźnik 5-letnich przeżyć w Polsce jest o kilkanaście punktów procentowych niższy niż w innych państwach rozwiniętych.

Kadry w onkologii

Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej z grudnia 2022 r. Los ponad miliona chorych spoczywa w rękach:

1127 onkologów klinicznych;

1024 chirurgów onkologów;

860 radioterapeutów;

811 patomorfologów;

361 ginekologów onkologicznych.

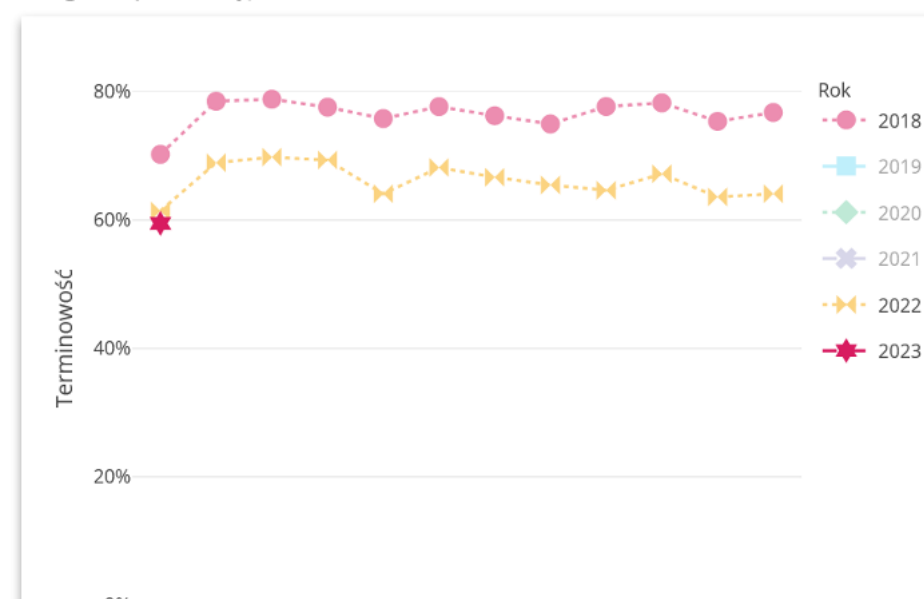
Jednocześnie liczba obejmowanych rezydentur w specjalizacjach onkologicznych nie pozwala na optymizm.



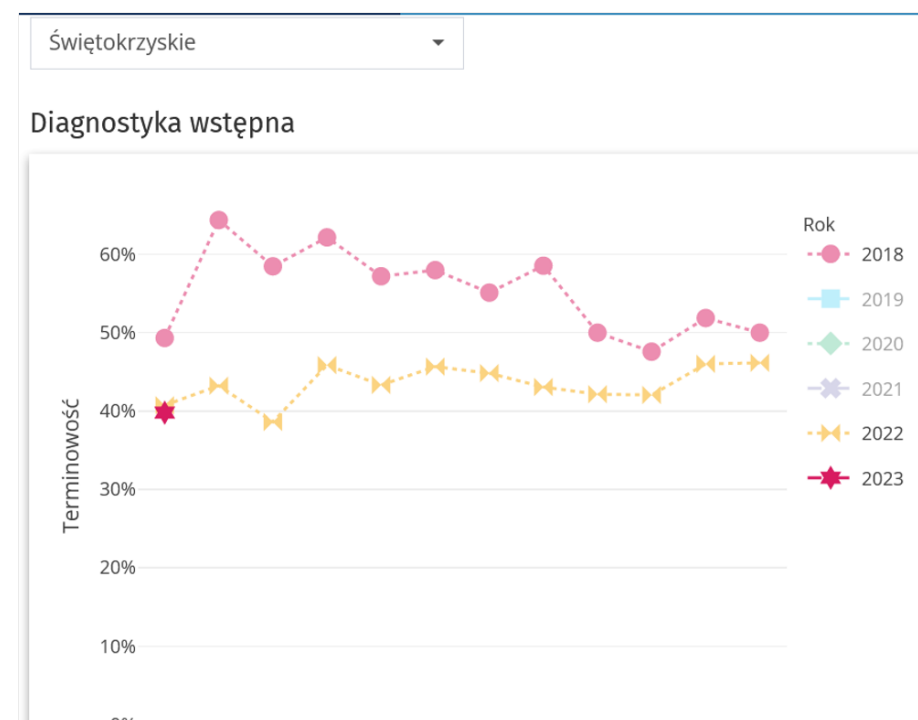
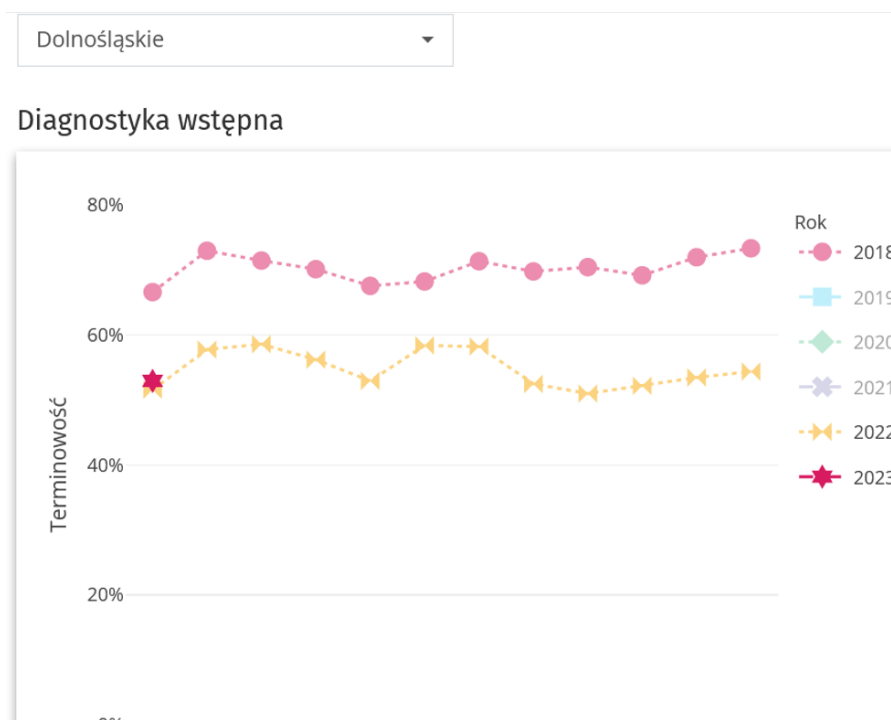
Terminowość DiLO

Terminowość diagnostyki wraz ze wzrostem liczby diagnostyk systematycznie się pogarsza: - od około 78% w 2018 roku do ok. 66% w 2022 roku.

Diagnostyka wstępna



Podobne zjawisko widać w trakcie pilotażu KSO



Pilotaż KSO - kluczowe dane

Czas trwania pilotażu KSO: **4 lata**.

Liczba sprawozdań z realizacji pilotażu KSO: **0 (zero sprawozdań)**.

Art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej:

”Obowiązane do udostępniania informacji publicznej są władze publiczne oraz inne podmioty wykonujące zadania publiczne (...).

Ponadto, w krytycznym artykule podsumowującym pilotaż KSO jeden z autorów - twórców sieci zaznaczył, że:

„Wszystkie wskaźniki zebrane w pilotażach powinny zostać opublikowane i poddane debacie publicznej, umożliwiając ekspertom, pacjentom i innym interesariuszom wypracowanie wspólnych rozwiązań (...).”

Źródło: Assessing Recent Efforts to Improve Organization of Cancer Care in Poland: What Does the Evidence Tell Us? z 30 lipca 2022 roku, <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/9369/htm>.

Jawność pilotażu KSO

Wnioski Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej o sprawozdania okresowe z realizacji pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej.

W latach 2020-2022 Ogólnopolska Federacja Onkologiczna wielokrotnie składała wnioski o okresowe sprawozdania z realizacji Krajowej Sieci Onkologicznej. Na stronie OFO znajdują się wszystkie wystąpienia organizacji:

<https://federacjaonkologiczna.pl/category/obszary-monitoringu/kso/>



**KOLEJNY WNIOSEK OGÓLNOPOLSKIEJ
FEDERACJI ONKOLOGICZNEJ O RAPORT
PRZEPROWADZONY
KRAJOWEJ SIECI C**

Opublikowano: 14 maj 2020

Pacjenci onkologiczni chcą poznać wyniki pilota Onkologicznej. W ich imieniu składamy kolejny raportu oraz o wyniki przeprowadzonej w ram Pacjenta.



**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI KRAJOWEJ
SIECI ONKOLOGICZNEJ W GRUDNIU 2021
ROKU ZOSTAŁO ZŁOŻONE W MINISTERSTWIE
ZDROWIA.**

Opublikowano: 17 sty 2022

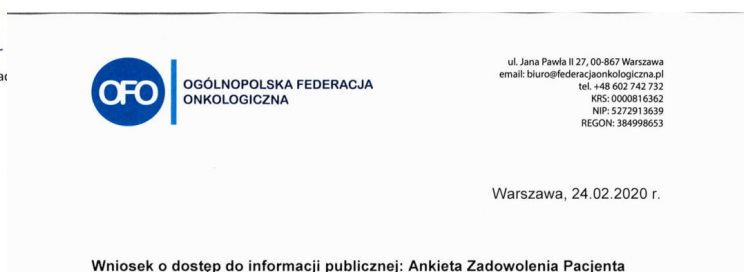
BRAK ODPOWIEDZI NA PISMO



10.02.2020 rok
dostępu do info
zgodnie z §12. u
nad świadczeni

Zgodnie z informacją, otrzymaną podczas spotkania w Sejmie RP 10 stycznia 2022 roku sprawozdanie z realizacji Krajowej Sieci Onkologicznej zostało złożone w Ministerstwie Zdrowia.

Mamy nadzieję na otrzymanie kopii tego dokumentu.

OGÓLNOPOLSKA FEDERACJA
ONKOLOGICZNA

ul. Jana Pawła II 27, 00-867 Warszawa
email: biuro@federacjaonkologiczna.pl
tel. +48 602 742 732
KRS: 0000816362
NIP: 5272913639
REGON: 384998653

Dotyczy: wniosku o dostęp do informacji publicznej - pilotaż sieci onkologicznej.

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Pytania bez odpowiedzi - KSO

Kto odpowiada za pacjenta w sytuacji, kiedy plan leczenia ustala SOLO III?

Kto modyfikuje plan leczenia pacjenta w sytuacji, kiedy proces leczenia tego wymaga? – SOLO III czy SOLO I?

Na jakich zasadach będzie realizowana **współpraca ośrodków o bardzo wąskiej specjalizacji**, dla których konsylia będą realizować ośrodki SOLO III?

Czy Ministerstwo Zdrowia **dokonało symulacji przypisania poszczególnych podmiotów** do poziomów SOLO w poszczególnych regionach?

Czy SOLO III ma wystarczające **zasoby (czasowe, kadrowe), by opracować plany leczenia dla wszystkich pacjentów onkologicznych** – przyp. – docelowo dla ponad miliona chorych Polaków.

W jaki sposób będzie realizowany równy dostęp do leczenia i opieki onkologicznej w przypadku nieprzystąpienia (z różnych przyczyn) do KSO podmiotów, obecnie realizujących opiekę onkologiczną?

Czy **pacjent będzie brał osobiście udział w konsyliach**? Czy **będzie miał zapewniony transport medyczny**, jeżeli konsylium będzie organizowane w podmiocie SOLO III odległym od SOLO I?

Czy dokonano symulacji ryzyka dalszego pogarszania się terminowości DiLO w przypadku przejścia pacjentów z jednego SOLO do drugiego SOLO?

Raport końcowy



Ministerstwo
Zdrowia

Raport końcowy z programu pilotażowego opieki w ramach **sieci onkologicznej**

Apel Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej

Stoimy na stanowisku, że **opieka onkologiczna w Polsce wymaga gruntownej zmiany.**

Doceniamy wysiłek autorów i realizatorów pilotażu KSO w dokonaniu syntetycznej próby uporządkowania oraz usprawnienia opieki zdrowotnej nad pacjentami onkologicznymi w Polsce.

W trosce o pełną transparentność oraz szacunek dla podatnika, **wnosimy o publikację pełnego raportu oraz podjęcie dyskusji publicznej** nad uzyskanymi wynikami.

Do czasu wypracowania skutecznych rozwiązań, również w oparciu o uzyskane wyniki w trakcie pilotażu KSO, **wnosimy o wstrzymanie wprowadzenia KSO w całym kraju.**

„Krajowa Sieć Onkologiczna - stan wiedzy w przeddzień reformy”

Konferencja prasowa organizowana przez Fundację Onkologia 2025 oraz Ogólnopolską Federację Onkologiczną
we współpracy z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Koordynatorów Onkologicznych

13 lutego 2023 r.

