

2018/07/25/WW/1/W

Warszawa, 25 lipca 2018 r.


## Wojciech Wiśniewski

Dyrektor ds. Relacji Zewnętrznych Fundacji Onkologicznej Alivia

ul. Zaruby 9/131  
02-796 Warszawa  
T: +48 22 266 03 40  
F: +48 22 266 03 45  
info@alivia.org.pl

**prof. Łukasz Szumowski**

minister zdrowia



w związku z otrzymaniem w odpowiedzi na wniosek o dostęp do informacji publicznej dokumentu „Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej” **Fundacja Onkologiczna Alivia wyraża głębokie zaniepokojenie wobec propozycji przyjęcia go przez rząd. W szczególności zwracamy uwagę na wypracowanie dokumentu niezgodnie z zapowiedziami Prezesa Rady Ministrów podczas expose z grudnia 2017 r. oraz niezgodnie z zobowiązaniami rządu przy wprowadzaniu ustawy o sieci szpitali oraz zawartym porozumieniem z PR OZZL.** Zwracamy uwagę, że dokument nie został poddany konsultacjom publicznym. Poniżej przekazuję pełne stanowisko Fundacji wobec dokumentu, poprzedzone krótkim podsumowaniem najważniejszych wniosków. **Prosimy o ich przyjęcie oraz potraktowanie uwag jako odnoszących się do dokumentu, nie zaś do jego Twórców.** Jesteśmy pełni szacunku dla wybitnych ekspertów zaangażowanych w przygotowanie dokumentu, uważamy, że jedynie konsensus wszystkich interesariuszy może zmienić oblicze polskiej onkologii. Niemniej przedstawiona propozycja kompromisu nie przedstawia wspólnego stanowiska. Potwierdza to chociażby przebieg posiedzeń Krajowej Rady ds. Onkologii, podczas których koncepcję omawiano. Zgadzamy się ze zdecydowaną większością diagnoz, jednak przedstawiony sposób ich rozwiązania uznajemy za nietrafiony..

Oprócz tego, **zwracamy się do rządu o realizację obecnie zaplanowanych oraz toczących się prac nad nowelizacją koszyka świadczeń gwaranto-**

wanych, wdrażania systemu rejestrów medycznych pozwalających na monitorowanie jakości i efektywności opieki onkologicznej, jak również kontynuację konsekwentnego i bezprecedensowego zwiększania dostępności do skutecznych i bezpiecznych leków onkologicznych. Te działania, uzupełnione chociażby powołaniem agencji zajmującej się niesponsorowanymi badaniami klinicznymi, reformą kształcenia przed- i podyplomowego oraz inne komplementarne działania mogą doprowadzić do stopniowej i mierzalnej poprawy systemu opieki onkologicznej.

### **Wniosek I – niezgodność przedmiotu opracowania z przedmiotem zleconej pracy**

Zgodnie z zarządzeniem ministra zdrowia w sprawie powołania zespołu do opracowania koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii, zgodnie z nazwą, zespół powinien być opracować koncepcję odnoszącą się do zapowiedzi Prezesa Rady Ministrów z grudniowego expose. Niestety, nie zostało to uczynione. W dokumencie trzykrotnie używana jest nazwa NIO, z czego jednokrotnie jest to cytata ze słów Pana Premiera, w drugim przypadku powtórzona jest nazwa zespołu, przy trzecim razie wyjaśnienie podjęcia uzasadniające de facto rozpoczęcie prac nad KSO. Decyzja została podjęta bez jakiegokolwiek uchwały zespołu ani zmiany zarządzenia przez ministra zdrowia. Brakuje zatem podstawy do podjęcia takiego działania.

### **Wniosek II – brak zbieżności z obietnicą reformy leczenia rozpoczętego przez wprowadzenie sieci szpitali oraz porozumienie zawarte z Porozumieniem Rezydentów OZZL**

W trakcie prac nad nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzającej sieć szpitali rząd zapowiedział w 2018 r. reformę koszyka świadczeń gwarantowanych, w 2019 r. – wprowadzenie ustawy o jakości opieki zdrowotnej. Pierwsza część tego zobowiązania była potwierdzona wprost w porozumieniu zawartym z Porozumieniem Rezydentów OZZL (art. 12), druga – pośrednio w kolejnym artykule. Pomimo tego, autorzy dokumentu proponują ustanowienie nowej struktury organizacyjnej systemu opieki

onkologicznej, wprowadzanej niezależnie od faktycznych wyników leczenia oraz toczących się od dwóch lat prac nad świadczeniami kompleksowymi w dziedzinie onkologii. Dokument jest zatem niespójny z podjętymi przez rząd deklaracjami oraz prezentowanymi informacjami.

### **Wniosek III – nieprzejrzysta metoda zarządu Krajowej Sieci Onkologicznej**

Zgodnie z przedłożonym dokumentem strategiczny nadzór nad Krajową Siecią Onkologiczną oraz inne kluczowe decyzje zarządcze będą należeć do Krajowej Rady Onkologii, składającej się z 21 członków. Jedenastu z nich będą wskazywać krajowe ośrodki koordynujące oraz wojewódzkie środki koordynujące. Oznacza to z jednej strony, że Rada oceniająca KSO będzie składać się w większości z jej członków. Jest to konflikt interesów oraz sytuacja wysoce niepokojąca, właściwie uniemożliwiająca sprawny zarząd oraz społeczną kontrolę nad systemem opieki onkologicznej.

### **Wniosek IV – odwrócenie zależności pomiędzy Krajową Siecią Onkologiczną a Narodową Strategią Onkologiczną**

Od wielu lat środowisko ekspertów postuluje stworzenie i wdrożenie międzyresortowej strategii na rzecz zapobiegania, wykrywania i zwalczania chorób nowotworowych. Docelowo powinna ona zawierać również rozwiązania organizacyjne. W przedmiotowym dokumencie zależność jest dokładnie odwrotna. Wprowadzenie KSO jest prezentowane jako działanie poprzedzające wdrożenie strategii. Jest to zasadniczo niezgodne z doświadczeniami innych państw oraz może negatywnie wpłynąć na zapewnienie komplementarności prowadzonych działań.

### **Wniosek V – brak mierzalnych celów**

W całym dokumencie nie wskazano spodziewanych skutków wprowadzenia zmian, podlegających pomiarowi oraz weryfikacji. Zwiększenie wczesnej diagnostyki czy poprawa wskaźnika 5-letnich przeżyć nie są ostrymi i ściśle zdefiniowanym celami. Brak takiego rozwiązania

### **Lista uwag szczegółowych:**

s. 10 – autorzy dokumentu sugerują wprowadzenie przejrzystych i obiektywnych kryteriów dla KSO. W całym dokumencie jednak nie są one przedstawione. Rozumowanie jest oparte na udowodnieniu wcześniej przyjętego założenia (*petitio principii*).

s. 12 – autorzy dokumentu proponują wprowadzenie pilotażu proponowanych rozwiązań na terenie dwóch województw. Podjęcie takiej decyzji, nawet przy zapewnieniu możliwości monitorowania efektywności rozwiązania sprawia, że nie będzie możliwe porównanie wyników z innymi rodzajami rozwiązań, takimi jak wprowadzenie świadczeń kompleksowych w dziedzinie onkologii (np. powołanie *Breast Units*) lub jakichkolwiek innymi działaniami. Brak możliwości odniesienia i porównania wyników jest również podstawowym problemem w kontekście oceny efektywności wydatkowania środków publicznych na opiekę onkologiczną.

s. 37 – autorzy wskazują, że Narodowa Rada Onkologii będzie wypracowanie zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, co jest skrajnie sprzeczne z obecnymi regulacjami i podziałem kompetencji pomiędzy instytucje publiczne. Rodzi również wątpliwości wobec składu Rady, która może decydować o poziomie finansowania ośrodków, których przedstawiciele posiadają większość w tym ciele.

s. 45 – w skład NRO mają wchodzić przedstawiciele organizacji parasolowych w dziedzinie onkologii. Jakkolwiek zaangażowanie przedstawicieli takich organizacji należy ocenić pozytywnie, obecnie w porządku prawnym brakuje definicji organizacji parasolowej.

s. 55 – wojewódzkie ośrodki koordynujące (WOK) będą miały za zadanie ocenić jakość udzielanych świadczeń, Biorąc pod uwagę sposób wyłonienia WOK jako ośrodków wykonujących największą liczbę procedur może to prowadzić do powstania zjawiska nieuczciwej konkurencji oraz nieuzasadnionej przewagi instytucjonalnej WOK nad innymi świadczeniodawcami.

s. 67 – przedstawiony model nie obejmuje centrów kompetencji raka gruczołu krokowego, wymagającego koordynacji pomiędzy specjalistami z zakresu urologii (specjalizacja wiodąca) oraz onkologii.

s. 83 – brak skutków działań profilaktycznych może wynikać nie tyle z nieprzygotowania społeczeństwa do odbioru treści, lecz z powodu nieodpowiedniego prowadzenia działań tego rodzaju w sposób nieskoordynowany, anachroniczny i mało powszechny.

s. 89 – wskaźniki efektywności dla pilotażu nie posiadają punktu odniesienia. Sam pomiar poszczególnych wartości nie umożliwi oceny efektywności podejmowanych działań. jednocześnie pilotaż nie wskazuje możliwości porównania z innymi proponowanymi rozwiązaniami, takimi jak wdrożenie świadczeń kompleksowych. Brakuje również informacji o koszcie planowanego pilotażu.

**Do wiadomości:**

1. Mateusz Morawiecki, Prezes Rady Ministrów.
2. Michał Dworczyk, szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.
3. Marek Suski, szef Gabinetu Politycznego Prezesa Rady Ministrów.
4. Józefa Szczurek-Żelazko, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.
5. Zbigniew Król, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.
6. Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.
7. Marcin Czech, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.
8. Janusz Cieszyński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.
9. Sławomir Gadomski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.
10. Andrzej Jacyna, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.