



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-0610-74-26

Druk nr 2643
Warszawa, 2 czerwca 2026 r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam
Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie ustawy o Krajowej Sieci
Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw.**

Do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych
został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

Donald Tusk

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:

a) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) ciągłość opieki onkologicznej – koordynowany proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej oraz dalsze leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515);”,

b) pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3) kluczowe wskaźniki jakości opieki onkologicznej – wskaźniki, których osiągnięcie będzie warunkowało możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym obszarze w danym rozpoznaniu, wybrane spośród wskaźników jakości opieki onkologicznej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2;

4) koordynator opieki onkologicznej – osobę odpowiedzialną za udzielanie świadczeniobiorcy objętemu opieką onkologiczną informacji o organizacji diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego oraz za ich koordynację na poszczególnych etapach opieki onkologicznej, zatrudnioną na podstawie stosunku pracy lub innego stosunku prawnego w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego; w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego niebędącym przedsiębiorcą osoba ta jest zatrudniana na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego);”,

c) w pkt 6 skreśla się wyrazy „(Dz. U. z 2022 r. poz. 2527)”,

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawę z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

d) pkt 11 i 12 otrzymują brzmienie:

„11) plan leczenia onkologicznego – elektroniczną dokumentację medyczną, ustaloną zgodnie z kluczowymi zaleceniami, o których mowa w art. 24 ust. 1, na potrzeby określenia indywidualnego postępowania leczniczego dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną, zawierającą dane, o których mowa w art. 40 ust. 4 pkt 1, oraz jednostkowe dane medyczne, sporządzaną przez lekarza prowadzącego opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą na podstawie ustaleń wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, opatrzoną podpisem lekarza, o którym mowa w art. 40 ust. 4 pkt 6 lit. a, w momencie jej wystawienia oraz każdorazowo w przypadku zmiany planu leczenia;

12) podmiot leczniczy – podmiot leczniczy w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156);”;

2) użyte w art. 2 w pkt 10, w art. 3 w ust. 1, w art. 4 w ust. 3 w pkt 2, w art. 9 w ust. 2 i 3, w art. 11 w ust. 1 w pkt 1, w art. 13 w ust. 1 we wprowadzeniu do wyliczenia oraz w ust. 2 i 3, w art. 15 w ust. 1, w art. 26 w ust. 1 we wprowadzeniu do wyliczenia, w ust. 3 we wprowadzeniu do wyliczenia i w pkt 2, w ust. 4 w pkt 4 i w ust. 6 oraz w art. 29 w pkt 6 i 11, w różnej liczbie i w różnym przypadku, wyrazy „podmiot wykonujący działalność leczniczą” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i w odpowiednim przypadku wyrazami „podmiot leczniczy”;

3) w art. 4 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. SOLO jest podmiotem leczniczym w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, o którym mowa w art. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zakwalifikowanym do Krajowej Sieci Onkologicznej w zakresie zakładu leczniczego realizującego opiekę onkologiczną.”;

4) art. 6–8 otrzymują brzmienie:

„Art. 6. 1. SOLO I poziomu spełnia kryteria, o których mowa w art. 13 ust. 1, oraz kryteria określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, w jednym z trzech obszarów:

- 1) leczenie zabiegowe chirurgiczne,
- 2) chemioterapia i inne metody leczenia systemowego,
- 3) radioterapia onkologiczna

– oraz współpracuje z SOLO III poziomu.

2. SOLO I poziomu:

- 1) organizuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO I poziomu przy współpracy z SOLO III poziomu;
- 2) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną, ustalony przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w pkt 1, i zatwierdzony przez SOLO III poziomu, oraz przekazuje niezwłocznie po każdym zakończonym etapie leczenia informacje o jego realizacji do SOLO III poziomu;
- 3) wyznacza koordynatora opieki onkologicznej.

Art. 7. 1. SOLO II poziomu spełnia kryteria, o których mowa w art. 13 ust. 1, oraz kryteria określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, w dwóch z trzech obszarów:

- 1) leczenie zabiegowe chirurgiczne;
- 2) chemioterapia i inne metody leczenia systemowego;
- 3) radioterapia onkologiczna.

2. SOLO II poziomu:

- 1) organizuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO II poziomu;
- 2) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO II poziomu;
- 3) wyznacza koordynatora opieki onkologicznej.

Art. 8. 1. SOLO III poziomu spełnia kryteria, o których mowa w art. 13 ust. 1, oraz kryteria określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, w obszarach:

- 1) leczenie zabiegowe chirurgiczne;
- 2) chemioterapia i inne metody leczenia systemowego;
- 3) radioterapia onkologiczna.

2. SOLO III poziomu:

- 1) organizuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO III poziomu;
- 2) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO III poziomu;
- 3) wyznacza koordynatora opieki onkologicznej oraz udziela merytorycznego wsparcia koordynatorowi opieki onkologicznej wyznaczonemu przez SOLO I poziomu;

- 4) zapewnia SOLO I poziomu i SOLO II poziomu możliwość skorzystania z porad i konsultacji, w tym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
 - 5) opiniuje plan leczenia onkologicznego SOLO I poziomu i sprawuje nadzór nad realizacją tego planu, w tym jest uprawniony do rekomendowania jego modyfikacji;
 - 6) współpracuje z SOLO I poziomu w zakresie organizacji wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną przez SOLO I poziomu.”;
- 5) w art. 9:
- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1. Prezes Funduszu dokonuje:
 - 1) kwalifikacji podmiotów leczniczych na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej określony w art. 3 ust. 2 na podstawie:
 - a) danych przetwarzanych w systemie KSO, Systemie RUM – NFZ, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, oraz w dedykowanych serwisach internetowych lub usługach informatycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - b) kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3;
 - 2) weryfikacji spełniania przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, na podstawie danych przetwarzanych w systemie KSO, Systemie RUM – NFZ, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, oraz w dedykowanych serwisach internetowych lub usługach informatycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”,
 - b) w ust. 5 wyrazy „2 lata” zastępuje się wyrazami „3 lata”;

- 6) w art. 11 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) stwierdzenia nieosiągnięcia przez podmiot leczniczy wartości minimalnej wszystkich kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 18 ust. 3, albo nieopracowania tego planu w terminie określonym w tym przepisie, albo w przypadku negatywnej opinii Rady, o której mowa w art. 18 ust. 5 – usuwa podmiot leczniczy z wykazu, o którym mowa w art. 9 ust. 4.”;
- 7) w art. 14 w ust. 1 wyrazy „2 lata” zastępuje się wyrazami „3 lata”;
- 8) w art. 15 w ust. 4 wyrazy „2 lat” zastępuje się wyrazami „3 lat”;
- 9) w art. 16 wyrazy „o których mowa w art. 7 ust. 2 pkt 1 oraz art. 8 ust. 2 pkt 1”, zastępuje się wyrazami „o których mowa w art. 6 ust. 2 pkt 1, art. 7 ust. 2 pkt 1 oraz art. 8 ust. 2 pkt 1,”;
- 10) art. 17 i art. 18 otrzymują brzmienie:
- „Art. 17. 1. Ocena poziomu jakości opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą objętym opieką onkologiczną w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej jest prowadzona w podziale na poszczególne rozpoznania, z uwzględnieniem wskaźników jakości opieki onkologicznej, w tym wybranych spośród nich kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wskaźniki jakości opieki onkologicznej dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej, o których mowa w art. 3 ust. 2, w tym kluczowe wskaźniki jakości opieki onkologicznej, oraz ich wartości minimalne i docelowe, a także ich mierniki oraz sposób ich obliczania, mając na uwadze potrzebę zapewnienia, aby wskaźniki te były jednoznaczne i mierzalne, umożliwiały obiektywną ocenę poziomu jakości opieki onkologicznej oraz służyły monitorowaniu jakości i podejmowaniu racjonalnych decyzji związanych z tą opieką.
- Art. 18. 1. Fundusz weryfikuje osiągnięcie przez podmiot leczniczy zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej, o którym mowa w art. 3 ust. 2, wartości minimalnej i docelowej wskaźników jakości opieki onkologicznej, w tym kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2, co 2 lata, począwszy od pierwszego dnia obliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej, na podstawie analizy, o której mowa w art. 25.

2. Po weryfikacji, o której mowa w ust. 1:
 - 1) Prezes Funduszu ogłasza wyniki tej weryfikacji w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu;
 - 2) Fundusz informuje w formie pisemnej, w terminie 14 dni od dnia zakończenia weryfikacji, podmiot leczniczy, którego dotyczyła weryfikacja, o nieosiągnięciu odpowiedniego poziomu wskaźników jakości opieki onkologicznej.
3. W przypadku nieosiągnięcia wartości minimalnej poszczególnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2, podmiot leczniczy zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej ma obowiązek opracować w terminie 30 dni od dnia otrzymania informacji, o której mowa w ust. 2 w pkt 2, plan naprawczy Krajowej Sieci Onkologicznej dotyczący poprawy tych wskaźników i przekazać go do Funduszu.
4. Plan naprawczy Krajowej Sieci Onkologicznej zawiera analizę przyczyn nieosiągnięcia wartości minimalnej poszczególnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, opis planowanych środków naprawczych oraz harmonogram wdrożenia planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej.
5. Plan naprawczy Krajowej Sieci Onkologicznej podlega zaopiniowaniu przez Radę w terminie 30 dni od dnia otrzymania tego planu od Funduszu.
6. Prezes Funduszu zatwierdza plan naprawczy Krajowej Sieci Onkologicznej w terminie 30 dni od dnia otrzymania pozytywnej opinii Rady.
7. Po upływie 12 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej podmiot leczniczy, którego plan dotyczy, jest poddawany ponownej weryfikacji w zakresie osiągnięcia wartości minimalnej poszczególnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym, na podstawie analizy, o której mowa w art. 25.
8. W przypadku gdy nieosiągnięcie wartości minimalnej poszczególnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej jest następstwem siły wyższej, Rada może przedłużyć termin wdrożenia planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej do 24 miesięcy od dnia zatwierdzenia tego planu.
9. W przypadku nieosiągnięcia w terminie określonym w ust. 7 lub 8 wartości minimalnej poszczególnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej, podmiot leczniczy nie

jest uprawniony do udzielania świadczeń w danym obszarze, o którym mowa w art. 6 ust. 1, art. 7 ust. 1 i art. 8 ust. 1, w danym rozpoznaniu, do którego odnosił się jeden kluczowy wskaźnik lub kilka kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej.

10. Jeżeli podmiot leczniczy nie osiągnął wartości minimalnej wszystkich kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej albo nie opracował planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej w terminie, o którym mowa w ust. 3, albo w przypadku negatywnej opinii Rady, o której mowa w ust. 5, zostaje usunięty z wykazu, o którym mowa w art. 9 ust. 4, w terminie 30 dni od dnia przekazania przez Radę do Funduszu informacji o ponownej weryfikacji, o której mowa w ust. 7 i 8.”;

11) w art. 19 wyrazy „zgodnie z art. 18 ust. 8” zastępuje się wyrazami „zgodnie z art. 18 ust. 9 i 10”;

12) art. 20 i art. 21 otrzymują brzmienie:

„Art. 20. W ramach realizacji zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Fundusz za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności udziela informacji dotyczących organizacji opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, w szczególności o dostępności i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 21. Fundusz we współpracy z Krajowym Ośrodkiem Monitorującym, zwanym dalej „KOM”, monitoruje jakość opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.”;

13) w art. 22 w ust. 2:

a) pkt 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4) monitoruje i kontroluje przebieg, jakość i efekty programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej na podstawie udostępnianych przez Fundusz nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych, dla których administratorem danych jest Fundusz na podstawie art. 22 ust. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, oraz przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycje modyfikacji realizacji tych programów;

5) prowadzi szkolenia dotyczące profilaktyki, diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego dla osób realizujących opiekę onkologiczną lub

udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu programów zdrowotnych;”;

- b) uchyla się pkt 7,
 - c) w pkt 9 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 10 i 11 w brzmieniu:
 - „10) we współpracy z WOM ustala plany szkoleń, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 2 i 3, oraz monitoruje ich realizację;
 - 11) współpracuje z Funduszem w zakresie monitorowania jakości opieki onkologicznej.”;
- 14) w art. 23 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. WOM:
- 1) współpracuje ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej w procesie organizacji profilaktyki, diagnostyki i opieki po zakończonym leczeniu onkologicznym;
 - 2) prowadzi szkolenia dotyczące funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej dla podmiotów leczniczych w danym województwie zgodnie z planem ustalonym we współpracy z KOM;
 - 3) prowadzi szkolenia dotyczące profilaktyki, diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego dla osób realizujących opiekę onkologiczną lub udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu programów zdrowotnych na obszarze danego województwa zgodnie z planem ustalonym we współpracy z KOM;
 - 4) monitoruje przebieg programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej na terenie województwa oraz przedstawia KOM propozycje modyfikacji realizacji tych programów, na podstawie udostępnianych przez Fundusz nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych z systemów, dla których administratorem jest Fundusz na podstawie art. 22 ust. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
 - 5) realizuje zadania zlecone przez Radę.”;
- 15) art. 25 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 25. Fundusz na podstawie:
- 1) danych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- 2) informacji przekazywanych do systemu KSO za pośrednictwem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez podmioty lecznicze zakwalifikowane na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej,
- 3) danych, o których mowa w art. 2 pkt 6 lit. f ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia
– opracowuje w terminie do dnia 30 kwietnia następnego roku, za rok poprzedni, analizę osiągniętych przez SOLO i Ośrodki Kooperacyjne wskaźników jakości opieki onkologicznej, na potrzeby weryfikacji, o której mowa w art. 18 ust. 1, oraz ponownej weryfikacji, o której mowa w art. 18 ust. 7.”;
- 16) w art. 26 w ust. 3 w pkt 5 we wprowadzeniu do wyliczenia wyraz „koordynatora” zastępuje się wyrazami „koordynatora opieki onkologicznej”;
- 17) w art. 29 w pkt 5 wyrazy „art. 17 ust. 4” zastępuje się wyrazami „art. 17 ust. 2”;
- 18) w art. 35:
 - a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej odbywa się na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącymi:”,
 - b) w ust. 2 wyrazy „art. 17 ust. 4” zastępuje się wyrazami „art. 17 ust. 2”;
- 19) w art. 39:
 - a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:
„1. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, stanowiąca elektroniczną dokumentację medyczną, uprawnia świadczeniobiorcę do:
 - 1) diagnostyki onkologicznej;
 - 2) leczenia onkologicznego.
2. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawia świadczeniobiorcy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.”,
 - b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:
„2a. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest wystawiana w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”,

- c) uchyla się ust. 3–6;
- 20) w art. 40:
- a) uchyla się ust. 2 i 3,
 - b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:
 - „4. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera:
 - 1) oznaczenie świadczeniobiorcy pozwalające na ustalenie jego tożsamości i nawiązanie z nim kontaktu:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość),
 - c) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka – numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego, numer kolejny noworodka oraz datę urodzenia i oznaczenie płci,
 - d) w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz adres jego miejsca zamieszkania,
 - e) numer telefonu, jeżeli posiada,
 - f) adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada;
 - 2) oznaczenie świadczeniodawcy, w tym nazwę (firmę) i identyfikator świadczeniodawcy oraz adres miejsca udzielania świadczeń;
 - 3) imię (imiona) i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza, który udzielił świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 4) informacje dotyczące diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego:
 - a) informację o wystawieniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w podstawowej opiece zdrowotnej albo ambulatoryjnej opiece specjalistycznej albo leczeniu szpitalnym albo programie zdrowotnym,
 - b) informację o skierowaniu świadczeniobiorcy do podmiotów leczniczych wchodzących w skład Krajowej Sieci Onkologicznej,

- c) w przypadku wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w podstawowej opiece zdrowotnej albo ambulatoryjnej opiece specjalistycznej albo programie zdrowotnym:
 - podejrzenie albo rozpoznanie choroby nowotworowej,
 - datę wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego,
 - opis dalszego postępowania,
 - d) dane dotyczące diagnostyki wstępnej:
 - datę pierwszej porady specjalistycznej,
 - opis przeprowadzonej diagnostyki wstępnej,
 - opis dalszego postępowania,
 - e) dane dotyczące diagnostyki pogłębionej:
 - datę pierwszej porady specjalistycznej,
 - opis przeprowadzonej diagnostyki pogłębionej,
 - opis dalszego postępowania,
 - f) informację o konieczności rozpoczęcia leczenia przed zakończeniem diagnostyki lub braku możliwości prowadzenia diagnostyki z uwagi na stan kliniczny pacjenta,
 - g) w przypadku wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w leczeniu szpitalnym:
 - podejrzenie albo rozpoznanie choroby nowotworowej,
 - datę wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego,
 - opis dalszego postępowania;
- 5) dane dotyczące wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego i jego ustaleń:
- a) imię (imiona) i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz posiadana specjalizacja w danej dziedzinie medycyny osoby wchodzącej w skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
 - b) imię (imiona) i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza odpowiedzialnego za realizację ustaleń wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, wskazanego przez świadczeniodawcę,
 - c) dane dotyczące rozpoznania:
 - kod jednostki chorobowej,
 - datę pierwszego rozpoznania histopatologicznego z rozpoznaniem nowotworu,

- d) datę ustalenia planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny,
 - e) informację o nawrocie choroby nowotworowej, jeżeli dotyczy,
 - f) stopień zaawansowania choroby nowotworowej i ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 6) dane dotyczące planu leczenia onkologicznego:
- a) imię (imiona) i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza podpisującego plan leczenia onkologicznego, wskazanego przez świadczeniodawcę,
 - b) opis planu leczenia onkologicznego,
 - c) wskazanie celu leczenia onkologicznego (wyleczenie choroby nowotworowej albo leczenie paliatywne),
 - d) opis dalszego postępowania;
- 7) dane dotyczące opieki po zakończonym leczeniu w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub rehabilitacji leczniczej;
- 8) dane koordynatora opieki onkologicznej:
- a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) numer certyfikatu koordynatora opieki onkologicznej, jeżeli dotyczy,
 - c) nazwę (firmę) świadczeniodawcy, który zatrudnia koordynatora opieki onkologicznej,
 - d) numer telefonu służbowego,
 - e) adres służbowej poczty elektronicznej;
- 9) unikalny numer identyfikujący kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- 10) podpis lekarza, o którym mowa w art. 39 ust. 2, potwierdzający wystawienie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz potwierdzający jej zamknięcie;
- 11) datę zamknięcia karty.”,
- c) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:
- „4a. Dane zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą być przetwarzane przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego w celu monitorowania stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej.”,

- d) uchyla się ust. 5,
- e) w ust. 6 wyrazy „ust. 1–5” zastępuje się wyrazami „ust. 1–4a”,
- f) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Dane, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczące diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, przekazywane przez świadczeniodawców Funduszowi na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w przypadku świadczenia zakończonego wystawieniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz w przypadku świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych zgodnie z art. 39, są niezwłocznie przekazywane do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w celu:

- 1) weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, któremu wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- 2) umożliwienia monitorowania jakości diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej w ramach realizacji planu leczenia onkologicznego;
- 3) sprawowania nadzoru nad realizacją planu leczenia onkologicznego.”;

- 21) art. 50 otrzymuje brzmienie:

„Art. 50. Wskaźniki jakości opieki onkologicznej, o których mowa w art. 17, zostaną obliczone dla SOLO i Ośrodków Kooperacyjnych po raz pierwszy za 2027 r., w terminie niepóźniejszym niż do dnia 30 kwietnia 2028 r.”;

- 22) w art. 51 skreśla się wyrazy „oraz raporty, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 2,”.

Art. 2. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 23e:

- a) w ust. 2 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) unikalny numer identyfikujący karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, datę wystawienia karty i podejrzenie albo rozpoznanie, o których mowa w art. 40 ust. 4 pkt 4 lit. c tiret pierwsze i drugie i lit. g tiret pierwsze i drugie oraz pkt

9 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, oraz wskazanie odpowiedniego etapu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1, jeżeli dotyczy;”,

- b) uchyla się ust. 4,
 - c) w ust. 5 w pkt 3 kropkę na końcu zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy udzielającego takich świadczeń opieki zdrowotnej.”;
- 2) w art. 97 w ust. 3:
- a) pkt 22 otrzymuje brzmienie:

„22) monitorowanie, we współpracy z Krajowym Ośrodkiem Monitorującym, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej;”,
 - b) po pkt 22 dodaje się pkt 22a w brzmieniu:

„22a) weryfikacja osiągnięcia przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej, o której mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, wartości minimalnej i docelowej wskaźników jakości opieki onkologicznej;”,
- 3) w art. 102 w ust. 5:
- a) pkt 40 otrzymuje brzmienie:

„40) kwalifikacja podmiotów leczniczych na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej określony w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej na zasadach określonych w tej ustawie;”,
 - b) po pkt 41 dodaje się pkt 41a w brzmieniu:

„41a) ogłaszanie wyników weryfikacji, o której mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, w Biuletynie Informacji Publicznej;”,
 - c) po pkt 42 dodaje się pkt 42a w brzmieniu:

„42a) zatwierdzanie planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 18 ust. 3 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej;”.

Art. 3. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2026 r. poz. 208 i 252) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 7 w ust. 1 po pkt 12 dodaje się pkt 12a w brzmieniu:

„12a) generowanie i obsługę karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej;”;
- 2) w art. 11a:
 - a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. System Krajowej Sieci Onkologicznej stanowi moduł SIM umożliwiający generowanie i obsługę raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, o których mowa w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, a także koordynację opieki onkologicznej.”;
 - b) w ust. 3 w pkt 3 kropkę na końcu zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”;
 - c) w ust. 4:
 - w pkt 4 wyrazy „art. 21 pkt 1” zastępuje się wyrazami „art. 22 ust. 1”;
 - w pkt 5 wyrazy „art. 21 pkt 2” zastępuje się wyrazami „art. 23 ust. 1”;
 - d) w ust. 5:
 - w pkt 1 w lit. b wyrazy „podmiot wykonujący działalność leczniczą” zastępuje się wyrazami „podmiot leczniczy”;
 - w pkt 2 wyrazy „art. 21 pkt 1” zastępuje się wyrazami „art. 22 ust. 1”;
 - w pkt 3 wyrazy „art. 21 pkt 2” zastępuje się wyrazami „art. 23 ust. 1”;
- 3) w art. 12 w ust. 1 po pkt 11 dodaje się pkt 11a w brzmieniu:

„11a) obsługi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej;”.

Art. 4. W ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 22 w ust. 6 wyrazy „12 miesięcy” zastępuje się wyrazami „4 miesięcy”;

2) w art. 24 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. W przypadku aktualizacji standardów akredytacyjnych podmiot wnioskujący o udzielenie akredytacji może złożyć wniosek o jej udzielenie z pominięciem terminu, o którym mowa w art. 22 ust. 6.”.

Art. 5. Koordynator w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, który nie był zatrudniony na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego) w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego niebędącym przedsiębiorcą, może realizować swoje zadania nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2026 r.

Art. 6. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 13 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 tracą moc z dniem wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 13 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie później niż po upływie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, i mogą być zmieniane.

Art. 7. 1. Do dnia 31 grudnia 2026 r. karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, może być wystawiana i prowadzona zgodnie z przepisami dotychczasowymi.

2. Dane zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawionej zgodnie z dotychczasowymi przepisami i niezamkniętej do dnia 31 grudnia 2026 r. zostaną przeniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, do dnia 1 stycznia 2027 r.

3. W przypadku karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawionej zgodnie z dotychczasowymi przepisami do dnia 31 grudnia 2026 r., pacjent zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostawia tę kartę u świadczeniodawcy, u którego ta diagnostyka lub to leczenie będą wykonywane.

Art. 8. 1. W przypadku wniosków o udzielenie akredytacji złożonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, podmiot wnioskujący o udzielenie akredytacji w rozumieniu art. 21 ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 4, może, w terminie miesiąca od dnia ogłoszenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia aktualizacji standardów akredytacyjnych, zmienić wskazane w tym wniosku standardy akredytacyjne, wybierając standardy akredytacyjne po ich aktualizacji, składając do ministra właściwego do spraw zdrowia, za pośrednictwem ośrodka

akredytacyjnego, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4, wniosek o akredytację zmieniony w zakresie, o którym mowa w art. 26 ust. 3 pkt 5 ustawy zmienianej w art. 4, który nie podlega opłacie, oraz oświadczenie o spełnieniu standardów akredytacyjnych, o którym mowa w art. 26 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 4.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, procedurę oceniającą przeprowadza się w terminie 18 miesięcy od dnia złożenia zaktualizowanego wniosku.

Art. 9. 1. Podmioty lecznicze, które w dniu 26 lipca 2026 r. znajdowały się w wykazie, o którym mowa w art. 9 ust. 4, ustawy zmienianej w art. 1, tworzą Krajową Sieć Onkologiczną na poziomach zabezpieczenia opieki onkologicznej przypisanych im w tym wykazie i są uprawnione do realizacji opieki onkologicznej do dnia 26 lipca 2027 r. Przepisy art. 11 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą stosuje się odpowiednio.

2. Do podmiotów wyłączonych z Krajowej Sieci Onkologicznej na podstawie art. 15 ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu dotychczasowym, stosuje się art. 15 ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

3. Do postępowań w sprawie kwalifikacji, o której mowa w art. 15 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się art. 9 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

4. Postępowania w sprawie weryfikacji, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy podlegają umorzeniu.

Art. 10. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 18 lit. a oraz pkt 20 lit. a, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

UZASADNIENIE

Projektowana regulacja zmienia:

- 1) ustawę z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208), zwaną dalej „ustawą o KSO”;
- 2) ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.);
- 3) ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2026 r. poz. 208, z późn. zm.);
- 4) ustawę z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692), zwaną dalej „ustawą o jakości”.

W projekcie ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw, zwanym dalej „projektem ustawy”, w zakresie zmiany ustawy o KSO proponuje się zmiany mające charakter deregulacyjny, których celem jest ograniczenie obciążeń administracyjnych i organizacyjnych spoczywających na podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej (gdyż tylko takie mogły i są do niej kwalifikowane mimo błędnej terminologii w ustawie o KSO, jako podmiot wykonujący działalność leczniczą) oraz uproszczenie i doprecyzowanie przepisów dotyczących organizacji i realizacji opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej przy jednoczesnym zachowaniu wysokiego poziomu jakości świadczeń opieki zdrowotnej i efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Projekt ustawy stanowi odpowiedź na postulaty świadczeniodawców uczestniczących we wdrażaniu Krajowej Sieci Onkologicznej, zmierzające do ograniczenia nadmiarowych obowiązków administracyjnych i organizacyjnych oraz zapewnienia przejrzystości i spójności przepisów.

W projekcie ustawy przewiduje się dodanie definicji ciągłości opieki onkologicznej określonej jako koordynowany proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej oraz dalsze leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515). Doprecyzowano definicję określoną w art. 2 pkt 4 ustawy o KSO przez wskazanie, że: koordynator opieki onkologicznej jest to osoba zatrudniona na podstawie stosunku pracy lub innego stosunku prawnego w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego; w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego niebędącym

przedsiębiorcą osoba ta jest zatrudniana na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego).

Zmiana zapewnia jednoznaczność przepisów oraz umożliwia spójność systemową w zatrudnianiu koordynatorów opieki onkologicznej. Brak precyzyjnego określenia w przepisach ustawy o KSO roli koordynatorów opieki onkologicznej i ich miejsca w strukturze podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej wpływa na małe zainteresowanie pracowników pełnieniem funkcji koordynatora opieki onkologicznej. Zakłada się, że zmiana ta przełoży się na wzrost zainteresowania pełnieniem funkcji koordynatora opieki onkologicznej w podmiotach leczniczych przez przypisanie tej roli do stanowiska działalności podstawowej podmiotu leczniczego określonego w obowiązujących przepisach. W konsekwencji tej zmiany dokonano odpowiednich zmian w art. 2 pkt 4, art. 26 ust. 3 pkt 5, związanych ze zmianą nazwy „koordynator” na „koordynator opieki onkologicznej”. Jednocześnie w projekcie ustawy dodano przepis przejściowy, zgodnie z którym koordynatorzy, którzy nie byli zatrudnieni na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego) w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego niebędącym przedsiębiorcą, mogą realizować swoje zadania nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2026 r., co pozwoli podmiotom leczniczym na dostosowanie się do zmienionego przepisu ustawy w zakresie obecnych koordynatorów albo zatrudnienie nowych, bez zakłócania działalności leczniczej.

Projekt ustawy doprecyzowuje także definicję zawartą w art. 2 pkt 11 ustawy o KSO dotyczącą planu leczenia onkologicznego, wskazując, że plan leczenia onkologicznego stanowi elektroniczną dokumentację medyczną, opatrzoną podpisem lekarza wskazanego przez świadczeniodawcę (jego dane będą wpisane do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 40 ust. 4 pkt 6 lit. a ustawy o KSO) w momencie jej wystawienia oraz każdorazowo w przypadku zmiany planu leczenia, co umożliwia lepsze powiązanie planów leczenia onkologicznego z systemem informacji w ochronie zdrowia, standaryzację planów oraz pozwoli na częściową albo pełną automatyzację procesu uzupełniania informacji w planach.

Zmiany proponowane w art. 1 pkt 3 i 4 projektu ustawy mają na celu zniesienie obowiązku zapewnienia przez Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego, zwane dalej „SOLO”, możliwości umawiania oraz zmiany terminu udzielania świadczeń opieki onkologicznej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, co jest związane z prowadzonym procesem wdrażania centralnej e-rejestracji i wdrażanego w tym zakresie centralnego rozwiązania dla wszystkich podmiotów leczniczych realizujących świadczenia

opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Proponowane zmiany dotyczą także zniesienia obowiązku prowadzenia przez podmioty SOLO oceny satysfakcji świadczeniobiorców, który stanowi powielenie obowiązku prowadzonego ustawą o jakości. Ponadto przepisy doprecyzowują i upraszczają zasady prowadzenia współpracy pomiędzy SOLO I poziomu i SOLO III poziomu w zakresie organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych oraz przekazywania informacji o realizacji planów leczenia onkologicznego, które w praktyce przełożą się na podniesienie jakości opieki onkologicznej. Pojęcie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego i jego organizacja wynika z przepisów wykonawczych Ministra Zdrowia, wydanych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.), wydane na podstawie art. 31d tej ustawy, określa warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym m.in. obowiązek posiadania wyodrębnionego wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego ustalającego plan leczenia onkologicznego. W przepisach wskazanego rozporządzenia doprecyzowano zasady funkcjonowania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w zakresie jego składu i zadania, jakim jest ustalanie planu leczenia onkologicznego. W ustawie KSO instytucja wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego została przywołana w konsekwencji wymaganych od świadczeniodawców warunków realizacji świadczeń określonych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepisy przedmiotowego projektu ustawy jedynie upraszczają zasady organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, w taki sposób, aby to nie SOLO III poziomu organizowały wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla pacjentów objętych opieką onkologiczną przez SOLO I poziomu, tylko SOLO I poziomu same organizowały wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne przy współpracy z SOLO III poziomu. Zmiana ta stanowi odpowiedź na postulaty świadczeniodawców uczestniczących we wdrażaniu Krajowej Sieci Onkologicznej, zmierzające do ograniczenia nadmiarowych obowiązków administracyjnych i organizacyjnych. SOLO I poziomu i SOLO III poziomu ustalają między sobą, w zawartych porozumieniach, szczegółowe zasady dotyczące organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, w tym m.in. harmonogramy i sposób organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, sposób komunikacji między sobą

oraz wykaz specjalistów biorących udział w wielodyscyplinarnych zespołach terapeutycznych ze strony SOLO I poziomu i SOLO III poziomu.

Zmiany w zakresie art. 9 ust. 5, art. 14 ust. 1 i art. 15 ust. 4 wynikają z potrzeby wydłużenia częstotliwości weryfikacji spełniania przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3.

Proponowane wydłużenie okresu ponownej weryfikacji z 2 do 3 lat (art. 14 ust. 1) wynika z potrzeby dostosowania mechanizmu ustawowego do rzeczywistych uwarunkowań organizacyjnych i klinicznych związanych z funkcjonowaniem podmiotów w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Praktyka pokazała, że dwuletni okres weryfikacyjny może okazać się niewystarczający dla osiągnięcia trwałych efektów reorganizacyjnych, inwestycyjnych i kadrowych, w szczególności w odniesieniu do podmiotów realizujących złożone procesy dostosowawcze. Przyjęcie trzyletniego cyklu pozwala na bardziej miarodajną ocenę trwałości spełniania wymagań, a zarazem ogranicza ryzyko podejmowania rozstrzygnięć opartych na przesłankach incydentalnych. Należy wskazać, że wydłużenie okresu weryfikacji nie oznacza osłabienia wymagań jakościowych, lecz racjonalizację momentu ich kompleksowej oceny.

Konsekwencjami wydłużenia częstotliwości weryfikacji spełniania przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej określonych kryteriów będą:

- 1) zmiana częstotliwości obowiązywania wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej (art. 9 ust. 5);
- 2) zmiana terminu, po którym podmiot zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej warunkowo i wyłączony z Krajowej Sieci Onkologicznej będzie mógł ponownie ubiegać się o kolejną warunkową kwalifikację (art. 15 ust. 4). Zmiana przewidziana w art. 15 ust. 4, polegająca na wydłużeniu minimalnego terminu umożliwiającego złożenie wniosku o kolejną warunkową kwalifikację do Krajowej Sieci Onkologicznej z 2 do 3 lat, wynika z konieczności zapewnienia spójności systemowej oraz efektywności procesu kwalifikacji podmiotów do sieci. W szczególności wydłużenie tego okresu ma na celu zrównanie czasu analizy danych stanowiących podstawę oceny podmiotów, o którym mowa zarówno w art. 9, jak i w art. 15 ustawy. Ujednolicenie tych zakresów pozwala na zapewnienie porównywalności danych oraz równych ram czasowych oceny dla wszystkich podmiotów ubiegających się o kwalifikację, a tym samym na zrównanie cyklu kwalifikacyjnego kolejnych podmiotów do Krajowej Sieci Onkologicznej.

Z powyższymi zmianami związane jest dodanie nowych przepisów przejściowych, które wskazują, że ww. regulacje będą stosowane do stanu faktycznego sprzed dnia wejścia w życie ustawy. Będzie to korzystne dla podmiotów zakwalifikowanych do Krajowej Sieci onkologicznej, a także zapewni równe traktowanie podmiotów już zakwalifikowanych do tej sieci jak i podmiotów, które będą ubiegać się o to po wejściu ustawy w życie.

Proponowane zmiany nie wywołują dodatkowych skutków finansowych ani dla budżetu państwa, ani dla podmiotów leczniczych. Przeciwnie, sprzyjają efektywnemu wykorzystaniu środków finansowych pozyskanych przez te podmioty na rozwój oraz poprawę jakości placówek medycznych.

Projekt ustawy nadaje nowe brzmienie art. 17 ustawy o KSO, którego celem jest uproszczenie i doprecyzowanie zasad monitorowania jakości opieki onkologicznej. Zmiana ta pozwoli na określenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia wskaźników jakości opieki onkologicznej, dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej, o których mowa w art. 3 ust. 2, w tym kluczowych wskaźników opieki onkologicznej, oraz ich wartości minimalnych i docelowych, a także ich mierników oraz sposobu ich obliczania w ramach jednego aktu wykonawczego. Określenie wartości minimalnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej stanowi ważną informację dla podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej, od której są uzależnione obowiązki tych podmiotów wskazane w ustawie o KSO, w tym dotyczące przygotowania planów naprawczych Krajowej Sieci Onkologicznej. Doprecyzowanie przepisów ustawy o KSO w tym zakresie ułatwi podmiotom leczniczym zakwalifikowanym do Krajowej Sieci Onkologicznej realizację obowiązku monitorowania jakości opieki onkologicznej, w tym ocenę wartości kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wymagających poprawy. W konsekwencji tej zmiany dokonano odpowiednich zmian w zakresie odesłania do nowego art. 17 w art. 2 pkt 3, art. 29 pkt 5 i art. 35 ust. 2 ustawy o KSO.

Projekt ustawy zakłada zmianę art. 18 ustawy o KSO, która nakłada na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązek weryfikowania osiągnięcia przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej wartości minimalnych i docelowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, a także publikację wyników tej weryfikacji na stronie podmiotowej Funduszu. Ponadto Fundusz będzie zobowiązany do poinformowania w formie pisemnej, w terminie 14 dni od dnia weryfikacji, podmiotu leczniczego, którego dotyczyła weryfikacja, o nieosiągnięciu odpowiedniego poziomu wskaźników jakości opieki

onkologicznej. Powyższa zmiana przyspieszy kluczowy dla wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej proces oceny wartości wskaźników jakości onkologicznej, który w obecnym brzmieniu ustawy o KSO prowadzony miał być za pośrednictwem Krajowej Rady Onkologicznej, co wiązało się z wydłużeniem o 30 dni czasu oceny i przekazania podmiotom leczniczym informacji o osiągniętych wartościach wskaźników jakości opieki onkologicznej. Proponowane w projekcie ustawy nowe brzmienie art. 18 ustawy o KSO doprecyzowuje także, że obowiązek opracowania planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej dotyczy wyłącznie sytuacji nieosiągnięcia przez podmiot leczniczy zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej wartości minimalnej kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej określonych w rozporządzeniu wydanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 17 ust. 2 ustawy o KSO. Konsekwencją zmiany art. 18 są zmiany w art. 19 ustawy o KSO.

Projekt ustawy wprowadza także zmianę art. 20 ustawy o KSO, która ma na celu zniesienie obowiązku wdrożenia przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej „infolinii onkologicznej”, a więc odrębnego od innych obszarów systemu opieki zdrowotnej rozwiązania teleinformatycznego umożliwiającego świadczeniobiorcom uzyskanie informacji o organizacji opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, a także dokonanie zapisu na pierwszorazowe świadczenia opieki zdrowotnej w podmiocie działającym w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, w tym zmianę lub anulowanie terminu. Wskazać należy, że obecnie jest wdrażane rozwiązanie systemowe w postaci centralnej e-rejestracji, która umożliwi prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji dla wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych. Brak zmiany art. 20 ustawy o KSO oznaczałby konieczność wdrożenia przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej dwóch odrębnych systemów prowadzenia zapisów na świadczenia opieki zdrowotnej, co stanowiłby nieuzasadnione obciążenia administracyjne i kosztowe podmiotów leczniczych. Funkcja informacyjna, jaką miałyby pełnić „infolinia onkologiczna” dotycząca informacji o funkcjonowaniu Krajowej Sieci Onkologicznej oraz możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej realizowana jest obecnie w ramach infolinii „Telefonicznej Informacji Pacjenta” prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach zadań wynikających z art. 97 ust. 3 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Brak zmiany w tym zakresie oznaczałby dodatkowe obciążenia po

stronie Narodowego Funduszu Zdrowia związane z utrzymaniem odrębnej infolinii pełniące funkcję informacyjną o funkcjonowaniu Krajowej Sieci Onkologicznej.

Projektowane są także zmiany art. 21, art. 22 ust. 2, art. 23 ust. 2 oraz art. 25 ustawy o KSO, które mają na celu zniesienie obowiązku monitorowania jakości opieki onkologicznej wyłącznie przez podmioty pełniące w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej rolę Krajowego Ośrodka Monitorującego, zwanego dalej „KOM”, oraz Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących, zwanych dalej „WOM”. Monitorowanie jakości opieki onkologicznej jest związane z prowadzeniem analizy danych sprawozdawanych przez podmioty lecznicze do Narodowego Funduszu Zdrowia. Zarówno KOM, jak i WOM, nie posiadają bezpośredniego dostępu do danych sprawozdanych przez podmioty lecznicze. Ponadto jako podmioty, których podstawową działalnością jest działalność lecznicza, nie posiadają odpowiednich kompetencji oraz zasobów ludzkich i sprzętowych, które umożliwiłyby prowadzenie takiej analizy. Realizacja zadań określonych w art. 21, art. 22 ust. 2, art. 23 ust. 2 oraz art. 25 ustawy o KSO dotyczących analizy danych w zakresie jakości opieki onkologicznej podmiotów zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej stanowi nieuzasadnione obciążenie administracyjne i finansowe KOM oraz WOM i może być prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który posiada bezpośredni dostęp do niezbędnych do realizacji tego zadania danych oraz posiada odpowiednie kompetencje i zasoby. Zgodnie z proponowanym art. 22 ust. 2 pkt 10 ustawy KOM we współpracy z WOM ustala plan szkoleń dla podmiotów leczniczych w danym województwie oraz szkoleń dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia onkologicznego dla osób udzielających świadczeń opieki onkologicznej na obszarze danego województwa. Wprowadzenie obowiązku ustalenia przez KOM we współpracy z WOM planu szkoleń ułatwi WOM planowanie działalności szkoleniowej w okresie roku oraz wpłynie na lepszą koordynację działań dotyczących wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej.

Projekt ustawy zakłada również zmianę przepisu art. 35 ust. 1 ustawy o KSO, polegającą na powiązaniu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwaną dalej „kartą DILO”. W ustawie tej dotychczas nie było przepisu, który wskazywałby na brak możliwości rozliczania świadczeń związanych z opieką onkologiczną poza kartą DILO. Przedmiotowa zmiana zapewni więc wystawianie kart DILO wszystkim uprawnionym świadczeniobiorcom, a także kompletność zbierania danych niezbędnych do obliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej.

Projekt ustawy przewiduje także zmianę przepisu art. 39 ustawy o KSO, umożliwiającą prowadzenie karty DILO, w postaci elektronicznej. Do dnia 31 grudnia 2026 r. karta DILO będzie mogła być wystawiana i prowadzona w postaci papierowej lub w postaci elektronicznej. Zastąpienie papierowej karty DILO postacią elektroniczną pozwoli na znaczące przyspieszenie czasu wystawiania i uzupełniania w tej karcie danych dotyczących opieki onkologicznej. Postać elektroniczna karty DILO pozwala bowiem na integrację z systemami informatycznymi podmiotu leczniczego, co umożliwi pełną albo częściową automatyzację uzupełniania danych w tej karcie. Ponadto w art. 40 w ust. 4 ustawy o KSO doprecyzowano zakres danych gromadzonych w ramach karty DILO, tym samym uchylając przepis art. 40 ust. 5 ustawy o KSO, zawierający upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania aktu wykonawczego w przedmiotowym zakresie. W art. 40 ust. 7 doprecyzowano również cel przekazywania danych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczących diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, tj. w celu umożliwienia monitorowania jakości diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej w ramach realizacji planu leczenia onkologicznego, a także do sprawowania nadzoru nad realizacją planów leczenia onkologicznego.

Projekt zakłada również zmianę przepisu art. 50 dotyczącego terminu obliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej po raz pierwszy. Po zmianie wskaźniki jakości opieki onkologicznej, o których mowa w art. 17, zostaną obliczone dla SOLO i Ośrodków Kooperacyjnych po raz pierwszy za 2027 r., w terminie niepóźniejszym niż do dnia 30 kwietnia 2028 r. Ponadto w art. 51 zaproponowano zmianę wynikową związaną z uchyleniem zadania WOM określonego w art. 23 ust. 2 pkt 2, jako że WOM nie posiadają bezpośredniego dostępu do danych sprawozdanych przez podmioty lecznicze do Narodowego Funduszu Zdrowia.

W projekcie ustawy jest proponowana także wynikowa zmiana przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegająca na rozszerzeniu zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia, określonego w art. 97 ust. 3 ww. ustawy, o weryfikację osiągnięcia przez podmioty zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej wartości minimalnej i docelowej wskaźników jakości opieki

onkologicznej, a także o monitorowanie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej we współpracy z KOM. Ponadto rozszerzono zakres działań Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określonych w art. 102 ust. 5 ww. ustawy, o ogłaszanie w Biuletynie Informacji Publicznej wyników weryfikacji, o której mowa w art. 18 ust. 1 ustawy KSO, a także zatwierdzanie planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej.

Dodatkowo zaproponowano zmianę przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, będącą konsekwencją zmian w ustawie o KSO w zakresie wprowadzenia karty DILO w postaci elektronicznej.

Zmiana przepisów ustawy o jakości ma na celu skrócenie okresu na dostosowanie się podmiotów leczniczych wnioskujących o udzielenie akredytacji do standardów akredytacyjnych, wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o jakości, z 12 do 4 miesięcy, a w przypadku aktualizacji standardów akredytacyjnych, umożliwienie podmiotom wnioskującym o udzielenie akredytacji wybrania standardów akredytacyjnych po aktualizacji jako podstawy składanego wniosku przed upływem terminu wskazanego w art. 22 ust. 6 ustawy o jakości, tj. 4 miesięcy od dnia zamieszczenia standardów akredytacyjnych w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.

Ponadto w przypadku wniosków złożonych przed wejściem w życie projektu ustawy podmioty wnioskujące o udzielenie akredytacji będą miały możliwość zmiany standardów akredytacyjnych, będących podstawą złożonego wniosku, na standardy po aktualizacji. W tym przypadku okres przeprowadzenia procedury oceniającej wydłużono do 18 miesięcy. Zmiana taka będzie możliwa po złożeniu do ministra właściwego do spraw zdrowia przez podmiot wnioskujący o udzielenie akredytacji (za pośrednictwem ośrodka akredytacyjnego), zmienionego w tym zakresie wniosku o akredytację (nie będzie podlegał opłacie) oraz oświadczenia o spełnieniu standardów akredytacyjnych, o którym mowa art. 26 ust. 5 ustawy o jakości. Konieczność ta wynika z faktu, iż od dnia 25 sierpnia 2025 r. wnioski o akredytację składane są za pośrednictwem Systemu Monitorowania Wniosków o Udzielenie Akredytacji.

Standardy akredytacyjne podlegają ciągłemu procesowi zmian i aktualizacji, w tym dostosowaniu do postulatów zgłaszanych przez podmioty lecznicze. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzenie ułatwień dla podmiotów leczniczych wnioskujących o udzielenie akredytacji, wprowadzając możliwość szybszego skorzystania w procesie akredytacji z nowych standardów oraz standardów po aktualizacji.

W art. 6 został dodany przepis przejściowy dotyczący dotychczasowych przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 13 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, które tracą moc z dniem wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 13 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie później niż po upływie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy i mogą być zmieniane. Utrata mocy aktu wykonawczego, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2024 r. w sprawie szczegółowych kryteriów warunkujących przynależność podmiotu wykonującego działalność leczniczą do poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego (Dz. U. poz. 1008), wynika wyłącznie ze zmiany nomenklatury przewidzianej w przepisie art. 1 pkt 2 projektu ustawy, tj. z „podmiot wykonujący działalność leczniczą” na „podmiot leczniczy”. Konieczność utrzymania w mocy dotychczasowego rozporządzenia wynika z terminu pierwszej weryfikacji kryteriów, która zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o KSO ma być przeprowadzona po 2 latach od kwalifikacji, tj. w lipcu 2026 r. W tak krótkim terminie nie jest możliwe przeprowadzenie procedury legislacyjnej dla nowego aktu wykonawczego, dlatego zaproponowano odroczenie terminu utraty mocy rozporządzenia nie dłużej jednak niż do 18 miesięcy od dnia wejścia w życie projektu ustawy.

Zgodnie z przepisami przejściowymi do dnia 31 grudnia 2026 r. karta DILO będzie mogła być wystawiana i prowadzona zgodnie z dotychczasowymi przepisami, tj. w postaci papierowej, albo w postaci elektronicznej. Dane zawarte w kartach diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawionych zgodnie z dotychczasowymi przepisami i niezamknięte do dnia 31 grudnia 2026 r. zostaną przeniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Od dnia 1 stycznia 2027 r. dane zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego, o których mowa powyżej, będą gromadzone i aktualizowane w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisu art. 1 pkt 18 lit. a, który stanowi zmianę art. 35 ust. 1 ustawy o KSO, polegającą na powiązaniu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej z kartą DILO, oraz pkt 20 lit. a, który uchyla przepisy art. 40

ust. 2 i 3 dotyczące karty DILO wystawionej w postaci papierowej, które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

Projekt ustawy zmienia ustawę KSO, która zrealizowała założenia reformy zapisane w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności nr D1.1 „Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych”. Zmiany proponowane w projekcie ustawy nie skutkują wprowadzeniem rozwiązań prowadzących do cofnięcia bądź redukcji osiągniętej wartości kamienia milowego, a tym samym nie spowodują uszczerbku na zobowiązaniach przyjętych wobec Komisji Europejskiej złożonych w formie zapewnienia zrealizowania kamienia D4G Wejście w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej i odpowiednich aktów prawnych ustanawiających zasady funkcjonowania sieci przez wprowadzenie nowej struktury i nowego modelu zarządzania opieką onkologiczną, złożonego i rozliczonego w ramach 2 Wniosku o płatność (2 WoP).

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt ustawy nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 4 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych. W związku z tym przeprowadzono ocenę skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Poziom zidentyfikowanego ryzyka dla praw lub wolności osób fizycznych w wyniku wejścia w życie projektu ustawy oceniono jako niski.

Projektowana regulacja będzie miała wpływ na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, z uwagi na zmiany mające charakter deregulacyjny, których celem jest ograniczenie obciążeń administracyjnych i organizacyjnych spoczywających na podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej oraz uproszczenie i doprecyzowanie przepisów dotyczących organizacji i realizacji opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektu ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Projekt ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw	Data sporządzenia: 2026-05-27
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia	Źródło: Inicjatywa własna
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Katarzyna Kęcka, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD258
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Agnieszka Molenda-Wiśniewska, Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej w Ministerstwie Zdrowia, tel. 22 530 02 38, e-mail: dep-ok@mz.gov.pl	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208), zwana dalej „ustawą o KSO”, weszła w życie z dniem 20 kwietnia 2023 r. Pierwszą kwalifikację podmiotów wykonujących działalność leczniczą do Krajowej Sieci Onkologicznej, zwanej dalej „KSO”, przeprowadzono w dniu 25 lipca 2024 r. wraz z publikacją wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do KSO w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia. Po blisko roku od wdrożenia KSO Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego, zwane dalej „SOLO”, zgłosiły szereg problemów wynikających z przepisów wprowadzonych ustawą o KSO, w szczególności w zakresie obciążeń administracyjnych i organizacyjnych spoczywających w związku z wdrożoną siecią na podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Jednym z kluczowych wyzwań związanych z procesem wdrażania KSO jest także uproszczenie procesu zbierania danych w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą DILO”, która obecnie jest wystawiana i uzupełniana przez SOLO w postaci papierowej.

Projekt ustawy wpisuje się w szerszy nurt deregulacyjny administracji publicznej – zmierza do zmniejszenia obowiązków sprawozdawczych, ujednolicenia standardów dokumentacji oraz cyfryzacji procesów, co przekłada się na realne zmniejszenie obciążeń administracyjnych podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do KSO przy jednoczesnym zachowaniu efektywności koordynacji opieki onkologicznej i monitorowania jakości tej opieki. Projekt ustawy stanowi odpowiedź na postulaty świadczeniodawców uczestniczących we wdrażaniu KSO zmierzające do ograniczenia nadmiarowych obowiązków administracyjnych oraz zapewnienia przejrzystości i spójności przepisów regulujących organizację KSO.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji i oczekiwany efekt

Celem projektowanej ustawy jest usprawnienie funkcjonowania systemu opieki onkologicznej przez wprowadzenie rozwiązań organizacyjnych, które zapewnią skuteczniejszą koordynację procesu diagnostyki i leczenia onkologicznego, przy jednoczesnym ograniczeniu zbędnych obciążeń regulacyjnych spoczywających na podmiotach wykonujących działalność leczniczą zakwalifikowanych do KSO, w szczególności przez zmniejszenie obowiązków administracyjnych nałożonych na podmioty lecznicze (Krajowy Ośrodek Monitorujący, zwany dalej „KOM”, i Wojewódzkie Ośrodki Monitorujące, zwane dalej „WOM”) w zakresie analizy i monitorowania sprawozdawczanych przez inne ośrodki onkologiczne danych dotyczących jakości opieki onkologicznej. W ramach projektowanej ustawy jest planowane zniesienie obowiązku integracji SOLO – z przeznaczonym wyłącznie obszarowi onkologii – systemem rejestracji świadczeniobiorców na wizyty w SOLO, a także wprowadzenie przepisów umożliwiających wdrożenie i stosowanie karty DILO w postaci elektronicznej, co pozwoli na automatyzację procesu wystawiania i uzupełniania danych w ramach karty DILO.

W projekcie ustawy przewiduje się dodanie definicji ciągłości opieki onkologicznej określonej jako koordynowany proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej oraz dalsze leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515).

Projekt ustawy doprecyzowuje definicję określającą w art. 2 pkt 4 ustawy o KSO, że koordynator opieki onkologicznej jest to osoba zatrudniona na podstawie stosunku pracy lub innego stosunku prawnego w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego; w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego niebędącym przedsiębiorcą osoba ta jest zatrudniana na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego).

Zapewni to jednoznaczność przepisów oraz umożliwi spójność systemową w zatrudnianiu koordynatorów opieki onkologicznej przez SOLO. Brak precyzyjnego określenia w przepisach ustawy o KSO roli koordynatorów opieki onkologicznej i ich miejsca w strukturze podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do KSO wpływa na małe zainteresowanie pracowników pełnieniem tej funkcji w SOLO. Zakłada się, że zmiana przełoży się na wzrost zainteresowania

pełnieniem funkcji koordynatora opieki onkologicznej w ośrodkach leczenia onkologicznego przez przypisanie tej roli do stanowiska pracownika działalności podstawowej podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą określonego w obowiązujących przepisach. Jednocześnie w projekcie ustawy dodano przepis przejściowy, zgodnie z którym koordynatorzy, którzy nie byli zatrudnieni na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego) w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego niebędącym przedsiębiorcą mogą realizować swoje zadania nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2026 r., co pozwoli podmiotom leczniczym niebędącym przedsiębiorcami na dostosowanie się do zmienionego przepisu ustawy w zakresie obecnych koordynatorów albo zatrudnienie nowych, bez zakłócania działalności leczniczej.

Projekt ustawy doprecyzowuje także definicję planu leczenia onkologicznego (art. 2 pkt 11 ustawy o KSO) wskazując, że plan leczenia onkologicznego stanowi elektroniczną dokumentację medyczną, opatrzoną podpisem wskazanego przez świadczeniodawcę lekarza w momencie jej wystawienia oraz każdorazowo w przypadku zmiany planu leczenia. Wprowadzenie jednoznacznego odesłania do planu leczenia jako elektronicznej dokumentacji medycznej umożliwia pełną cyfryzację procesu leczenia onkologicznego, eliminując konieczność równoległego prowadzenia dokumentacji papierowej. Zmniejsza to obciążenia administracyjne personelu medycznego oraz usprawnia obieg informacji między podmiotami realizującymi opiekę.

Proponuje się także zmiany mające na celu zniesienie obowiązku zapewnienia przez SOLO możliwości umawiania oraz zmiany terminu udzielania świadczeń opieki onkologicznej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, co jest związane z prowadzonym procesem wdrażania centralnej e-rejestracji i wdrażanego w tym zakresie centralnego rozwiązania dla wszystkich podmiotów leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zadanie dotyczące zapewnienia świadczeniobiorcom umawiania oraz zmiany terminu udzielania świadczeń opieki onkologicznej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych wynika z obowiązku określonego w art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.). Zgodnie z ww. art. 23a ust. 1 świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

Proponowane zmiany dotyczą także zniesienia obowiązku prowadzenia przez SOLO oceny satysfakcji świadczeniobiorców, który stanowi powielenie obowiązku prowadzonego ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692). Ocena satysfakcji świadczeniobiorców przez SOLO będzie prowadzona przy pomocy ankiety na zasadach określonych w ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Ponadto przepisy projektowanej ustawy doprecyzowują i upraszczają zasady prowadzenia współpracy pomiędzy SOLO I poziomu i SOLO III poziomu w zakresie organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych oraz przekazywania informacji o realizacji planów leczenia onkologicznego, które w praktyce przełożą się na podniesienie jakości opieki onkologicznej. Zmiany te również mają deregulacyjny charakter.

Zmiany w zakresie art. 9 ust. 5, art. 14 ust. 1 i art. 15 ust. 4 wynikają z potrzeby wydłużenia częstotliwości weryfikacji spełniania przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3.

Proponowane wydłużenie okresu ponownej weryfikacji z 2 do 3 lat (art. 14 ust. 1) wynika z potrzeby dostosowania mechanizmu ustawowego do rzeczywistych uwarunkowań organizacyjnych i klinicznych związanych z funkcjonowaniem podmiotów w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Praktyka pokazała, że dwuletni okres weryfikacyjny może okazać się niewystarczający dla osiągnięcia trwałych efektów reorganizacyjnych, inwestycyjnych i kadrowych, w szczególności w odniesieniu do podmiotów realizujących złożone procesy dostosowawcze. Przyjęcie trzyletniego cyklu pozwala na bardziej miarodajną ocenę trwałości spełniania wymagań, a zarazem ogranicza ryzyko podejmowania rozstrzygnięć opartych na przesłankach incydentalnych. Należy wskazać, że wydłużenie okresu weryfikacji nie oznacza osłabienia wymagań jakościowych, lecz racjonalizację momentu ich kompleksowej oceny.

Konsekwencjami wydłużenia częstotliwości weryfikacji spełniania przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej określonych kryteriów będą:

- 1) zmiana częstotliwości obowiązywania wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej (art. 9 ust. 5);
- 2) zmiana terminu, po którym podmiot zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej warunkowo i wyłączony z Krajowej Sieci Onkologicznej będzie mógł ponownie ubiegać się o kolejną warunkową kwalifikację (art. 15 ust. 4). Zmiana przewidziana w art. 15 ust. 4, polegająca na wydłużeniu minimalnego terminu umożliwiającego złożenie wniosku o kolejną warunkową kwalifikację do Krajowej Sieci Onkologicznej z 2 do 3 lat, wynika z konieczności zapewnienia spójności systemowej oraz efektywności procesu kwalifikacji podmiotów do sieci. W szczególności wydłużenie tego okresu ma na celu zrównanie czasu analizy danych stanowiących podstawę oceny podmiotów, o którym mowa zarówno w art. 9, jak i w art. 15 ustawy. Ujednolicenie tych zakresów pozwala na zapewnienie porównywalności danych oraz równych ram czasowych oceny

dla wszystkich podmiotów ubiegających się o kwalifikację, a tym samym na zrównanie cyklu kwalifikacyjnego kolejnych podmiotów do Krajowej Sieci Onkologicznej.

Z powyższymi zmianami związane jest dodanie nowych przepisów przejściowych, które wskazują, że ww. regulacje będą stosowane do stanu faktycznego sprzed dnia wejścia w życie ustawy. Będzie to korzystne dla podmiotów zakwalifikowanych do Krajowej Sieci onkologicznej, a także zapewni równe traktowanie podmiotów już zakwalifikowanych do tej sieci jak i podmiotów, które będą ubiegać się o to po wejściu ustawy w życie.

Proponowane zmiany nie wywołują dodatkowych skutków finansowych ani dla budżetu państwa, ani dla podmiotów leczniczych. Przeciwnie, sprzyjają efektywnemu wykorzystaniu środków finansowych pozyskanych przez te podmioty na rozwój oraz poprawę jakości placówek medycznych.

W celu uproszczenia i doprecyzowania zasad monitorowania jakości opieki onkologicznej w projekcie ustawy nadano nowe brzmienie art. 17 ustawy o KSO. Powyższa zmiana pozwoli na określenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia wskaźników jakości opieki onkologicznej, dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej, o których mowa w art. 3 ust. 2, w tym kluczowych wskaźników opieki onkologicznej oraz ich wartości minimalnych i docelowych, a także ich mierników oraz sposobu ich obliczania w ramach jednego aktu wykonawczego. Określenie wartości minimalnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej stanowi ważną informację dla podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do KSO. Od wartości tych wskaźników są uzależnione obowiązki tych podmiotów wskazane w ustawie o KSO, w tym dotyczące przygotowania planów naprawczych. Doprecyzowanie przepisów ustawy o KSO w tym zakresie ułatwi podmiotom leczniczym zakwalifikowanym do KSO realizację obowiązku monitorowania jakości opieki onkologicznej, w tym ocenę wartości kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wymagających poprawy.

Projekt ustawy zakłada zmianę art. 18 ustawy o KSO, która nakłada na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązek weryfikowania osiągnięcia przez SOLO minimalnych i docelowych wskaźników jakości opieki onkologicznej. Zmiana przyspieszy kluczowy dla wdrażania KSO proces oceny wartości wskaźników jakości onkologicznej, który w obecnym brzmieniu ustawy o KSO miał być prowadzony za pośrednictwem Krajowej Rady Onkologicznej, co wiązało się z wydłużeniem o 30 dni okresu oceny i przekazania podmiotom leczniczym informacji o osiągniętych wartościach wskaźników jakości opieki onkologicznej. Doprecyzowano także, że obowiązek opracowania planu naprawczego dotyczy wyłącznie sytuacji nie osiągnięcia przez SOLO minimalnej wartości kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej określonego w rozporządzeniu wydanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 17 ust. 2 ustawy o KSO.

Wprowadzenie centralnego systemu analizy wskaźników jakości na podstawie danych sprawozdawanych w sposób zintegrowany do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz do systemu KSO eliminuje konieczność równoległego przekazywania tych samych danych do wielu instytucji (KOM i WOM-ów). To rozwiązanie deregulacyjne zwiększające efektywność działania systemu KSO bez nakładania dodatkowych wymogów na świadczeniodawców. Powyższa zmiana nie będzie wymagała dodatkowych prac informatycznych.

Projekt ustawy przewiduje zniesienie obowiązku wdrożenia przez SOLO „infolinii onkologicznej”, a więc odrębnego od innych obszarów systemu opieki zdrowotnej rozwiązania teleinformatycznego umożliwiającego świadczeniobiorcom uzyskanie informacji o organizacji opieki onkologicznej w ramach KSO, a także dokonanie zapisu na pierwszorazowe świadczenia opieki zdrowotnej w podmiocie działających w ramach KSO, w tym zmianę lub anulowanie terminu. Wskazać należy, że obecnie jest wdrażane rozwiązanie systemowe w postaci centralnej e-rejestracji, która umożliwi prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji dla wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych. Brak zmiany brzmienia art. 20 ustawy o KSO oznaczałby konieczność wdrożenia przez podmioty zakwalifikowane do KSO dwóch odrębnych systemów prowadzenia zapisów na świadczenia opieki zdrowotnej, co stanowiłoby nieuzasadnione obciążenie administracyjne i kosztowe podmiotów leczniczych. Funkcja informacyjna, jaką miałyby pełnić „infolinia onkologiczna” dotycząca informacji o funkcjonowaniu KSO oraz możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej jest realizowana obecnie w ramach infolinii „Telefonicznej Informacji Pacjenta” prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach zadań wynikających z art. 97 ust. 3 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Brak zmiany powyższego przepisu oznaczałby dodatkowe obciążenia po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia związane z utrzymaniem odrębnej infolinii przeznaczonej wyłącznie do pełnienia funkcji informacyjnej o funkcjonowaniu KSO.

Proponowane jest także zniesienie obowiązku monitorowania jakości opieki onkologicznej przez podmioty lecznicze pełniące w ramach KSO rolę KOM oraz WOM (art. 21, art. 22 ust. 2, art. 23 ust. 2 oraz art. 25 ustawy o KSO). Monitorowanie jakości opieki onkologicznej jest związane z prowadzeniem analizy danych sprawozdawanych przez SOLO do Narodowego Funduszu Zdrowia. Zarówno KOM, jak i WOM, nie posiadają bezpośredniego dostępu do danych sprawozdanych przez SOLO. Ponadto jako podmioty, których podstawową działalnością jest działalność lecznicza, nie posiadają odpowiednich kompetencji oraz zasobów ludzkich i sprzętowych, które umożliwiłyby prowadzenie takiej analizy. Realizacja zadania dotyczącego analizy danych odnoszących się do jakości opieki onkologicznej podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do KSO stanowi nieuzasadnione obciążenie administracyjne i finansowe KOM oraz WOM i może być prowadzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który posiada bezpośredni dostęp do danych niezbędnych do realizacji tego zadania oraz posiada odpowiednie kompetencje i zasoby. Zgodnie z proponowanym KOM we współpracy z WOM ustala plan szkoleń dla SOLO

w danym województwie oraz szkoleń dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia onkologicznego dla osób udzielających świadczeń opieki onkologicznej na obszarze danego województwa (art. 22 ust. 2 pkt 10 ustawy o KSO), co ułatwi WOM planowanie działalności szkoleniowej oraz wpłynie na lepszą koordynację działań dotyczących wdrażania KSO.

Projekt ustawy zakłada również zmianę przepisu art. 35 ust. 1, polegającą na powiązaniu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej z kartą DILO. Przedmiotowa zmiana zapewni wystawianie kart DILO wszystkim uprawnionym świadczeniobiorcom, a także kompletność zbierania danych niezbędnych do obliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej.

Projektowana regulacja przewiduje także wprowadzenie przepisów w ustawie o KSO i ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2026 r. poz. 208, z późn. zm.) umożliwiających prowadzenie karty DILO w postaci elektronicznej. Do dnia 31 grudnia 2026 r. karta DILO będzie mogła być wystawiana i prowadzona w postaci papierowej lub w postaci elektronicznej. Po tym terminie może być wystawiana wyłącznie w postaci elektronicznej. Zastąpienie papierowej wersji karty DILO kartą w postaci elektronicznej pozwoli na znaczące przyspieszenie czasu wystawiania i uzupełniania w karcie danych dotyczących opieki onkologicznej. Karta DILO w postaci elektronicznej pozwoli na integrację z systemami informatycznymi podmiotu leczniczego, co umożliwi pełną bądź częściową automatyzację uzupełniania danych w tej karcie. Dane zawarte w kartach diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawionych zgodnie z dotychczasowymi przepisami i niezamknięte do dnia 31 grudnia 2026 r. zostaną przeniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Od dnia 1 stycznia 2027 r. dane zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego, o których mowa powyżej, będą gromadzone i aktualizowane w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Ponadto w art. 40 w ust. 4 zaproponowano doprecyzowanie zakresu danych gromadzonych w ramach karty DILO, tym samym uchylając przepis ust. 5 stanowiący delegację do wydania aktu wykonawczego w przedmiotowym zakresie.

Projekt zakłada również zmianę przepisu art. 50 dotyczącego terminu obliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej po raz pierwszy. Po zmianie wskaźniki jakości opieki onkologicznej, o których mowa w art. 17, zostaną obliczone dla SOLO i Ośrodków Kooperacyjnych po raz pierwszy za 2027 r., w terminie nie późniejszym niż do dnia 30 kwietnia 2028 r. Ponadto w art. 51 zaproponowano zmianę wynikową związaną z uchyleniem zadania WOM określonego w art. 23 ust. 2 pkt 2, jako że WOM nie posiadają bezpośredniego dostępu do danych sprawozdanych przez podmioty lecznicze do Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku ze zmianami w projekcie ustawy dotyczącymi zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jest proponowana także wynikowa zmiana przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ponadto proponowana jest zmiana przepisów ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, której celem jest skrócenie okresu na dostosowanie się podmiotów leczniczych wnioskujących o udzielenie akredytacji do standardów akredytacyjnych, wydanych na podstawie art. 22 ust 5 ww. ustawy, z 12 miesięcy do 4 miesięcy, a w przypadku aktualizacji tych standardów akredytacyjnych umożliwienie podmiotom wnioskującym o udzielenie akredytacji wybranie standardów akredytacyjnych po aktualizacji jako podstawy składanego wniosku przed upływem terminu wskazanego w art. 22 ust. 6 ww. ustawy, tj. 4 miesięcy od dnia zamieszczenia standardów akredytacyjnych w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia. W przypadku wniosków złożonych przed wejściem w życie projektowanej zmiany, podmioty wnioskujące o udzielenie akredytacji będą miały możliwość zmiany standardów akredytacyjnych, będących podstawą złożonego wniosku, na standardy po aktualizacji. W tym przypadku okres przeprowadzenia procedury oceniającej wydłużono do 18 miesięcy. Zmiana taka będzie możliwa po złożeniu do ministra właściwego do spraw zdrowia przez podmiot wnioskujący o udzielenie akredytacji (za pośrednictwem ośrodka akredytacyjnego) zmienionego w tym zakresie wniosku o akredytację (nie będzie podlegał opłacie) oraz oświadczenia o spełnieniu standardów akredytacyjnych, o którym mowa art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Konieczność ta wynika z faktu, iż od dnia 25 sierpnia 2025 r. wnioski o akredytację są składane za pośrednictwem Sytemu Monitorowania Wniosków o Udzielenie Akredytacji. Standardy akredytacyjne podlegają ciągłemu procesowi zmian i aktualizacji, w tym dostosowaniu do postulatów zgłaszanych przez podmioty lecznicze. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzenie ułatwień dla podmiotów leczniczych wnioskujących o udzielenie akredytacji, przez wprowadzenie możliwości szybszego skorzystania w procesie akredytacji z nowych standardów oraz standardów po aktualizacji.

Dodatkowo zaproponowano zmianę przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, będącą konsekwencją zmian w ustawie o KSO w zakresie wprowadzenia karty DILO w postaci elektronicznej.

W projekcie ustawy został także dodany przepis przejściowy dotyczący dotychczasowych przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 13 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, które tracą moc z dniem wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 13 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie później niż po upływie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy i mogą być zmieniane. Utrata mocy aktu wykonawczego, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2024 r. w sprawie szczegółowych kryteriów warunkujących przynależność podmiotu wykonującego działalność leczniczą do poziomu zabezpieczenia opieki

onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego (Dz. U. poz. 1008), wynika wyłącznie ze zmiany nomenklatury przewidzianej w przepisie art. 1 pkt 2 projektu ustawy, tj. z „podmiot wykonujący działalność leczniczą” na „podmiot leczniczy”. Konieczność odroczenia utraty mocy dotychczasowego rozporządzenia wynika z terminu pierwszej weryfikacji kryteriów, która zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej ma być przeprowadzona po 2 latach od kwalifikacji, tj. w lipcu 2026 r. W tak krótkim terminie nie jest możliwe przeprowadzenie procedury legislacyjnej dla nowego aktu wykonawczego, dlatego zaproponowano termin odroczenia utraty mocy dotychczasowego rozporządzenia nie dłużej jednak niż do 18 miesięcy od dnia wejścia w życie projektu ustawy.

Projekt ustawy zmienia ustawę z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, która zrealizowała założenia reformy zapisane w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności nr D1.1 „Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych”. Zmiany proponowane w projekcie ustawy nie skutkują wprowadzeniem rozwiązań prowadzących do cofnięcia bądź redukcji osiągniętej wartości kamienia milowego, a tym samym nie spowodują uszczerbku na zobowiązaniach przyjętych wobec Komisji Europejskiej złożonych w formie zapewnienia zrealizowania kamienia D4G Wejście w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej i odpowiednich aktów prawnych ustanawiających zasady funkcjonowania sieci poprzez wprowadzenie nowej struktury i nowego modelu zarządzania opieką onkologiczną, złożonego i rozliczonego w ramach 2 Wniosku o płatność (2 WoP).

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W analizowanych krajach członkowskich OECD/UE w przepisach prawa została zdefiniowana funkcja koordynatora opieki medycznej wraz z opisem wymaganych kompetencji i realizowanych zadań oraz pionu, w którym zatrudniony jest koordynator.

We Francji rolę koordynatora pełni pielęgniarka po uzyskaniu dodatkowych kwalifikacji Infirmier en Pratique Avancée (IPA), której zadaniem jest koordynacja ścieżki leczenia pacjenta przewlekle chorego lub onkologicznego. W Niemczech rola koordynacji leczenia jest realizowana przez Fallmanager (menadżera przypadku) lub Versorgungskoordinator (koordynatora opieki medycznej), którego funkcją jest koordynacja leczenia pacjentów z chorobami przewlekłymi w ramach kas chorych. Zbliżone rozwiązanie zostało przyjęte także w Holandii, w której Casemanager lub Zorgcoördinator stanowi obowiązkowy element w opiece onkologicznej, demencji i chorobach przewlekłych. W Danii oraz w Szwecji istnieje obowiązek przypisania do pacjenta osoby pełniącej funkcję koordynatora opieki onkologicznej, której celem jest koordynacja ścieżki opieki nad pacjentem. We wszystkich analizowanych krajach OECD/UE, w których zdefiniowano funkcję koordynatora opieki medycznej, funkcja ta jest pełniona w ramach pionu medycznego podmiotu leczniczego (ewentualnie na poziomie gminy).

W krajach członkowskich OECD/UE, w których prowadzone jest systemowe monitorowanie jakości opieki onkologicznej zadania te są realizowane na poziomie centralnym. W Danii DAHANCA i DMCG (Danish Multidisciplinary Cancer Groups) – prowadzą rejestry jakości, opracowują wytyczne, monitorują protokoły leczenia i wyniki dla różnych typów nowotworów, włącznie z raportami rocznymi. W Niemczech monitorowanie jakości opieki onkologicznej jest prowadzone w AEZQ (Agency for Quality in Medicine), gdzie prowadzone jest monitorowanie jakości, prowadzenie i analiza rejestrów nowotworowych i wdrażanie wytycznych opartych na dowodach (Evidence Based) przez krajowe programy i narzędzia jakościowe. W Irlandii analizę jakości opieki onkologicznej prowadzi HIQA (Health Information and Quality Authority) – agencja rządowa monitorująca jakość w szpitalach, przez inspekcje, wskaźniki i raporty jakościowe. W Słowenii analiza jakości opieki onkologicznej jest prowadzona w oparciu o nadzorowany przez Ministerstwo Zdrowia krajowy rejestr nowotworów. We wszystkich analizowanych krajach monitorowanie jakości opieki onkologicznej jest realizowane na poziomie centralnym przez dedykowane do tego zadania podmioty, a rolą podmiotów leczniczych jest jedynie sprawozdawanie danych.

W krajach członkowskich OECD/UE nie funkcjonuje rozwiązanie zbliżone do elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Na poziomie UE są prowadzone jednak projekty pilotażowe, których celem jest wprowadzenie cyfrowych rozwiązań integrujących dane z opieki onkologicznej np. Cancer Survivor Smart Card / smartCARE w ramach Europe’s Beating Cancer Plan.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
osoby żyjące z chorobą nowotworową w kraju	1,17 mln	Krajowy Rejestr Nowotworów https://onkologia.org.pl/pl/epidemiologia/nawotwory-zlosliwe-w-polsce	poprawa koordynacji opieki onkologicznej w związku z wdrożeniem karty DILO w postaci elektronicznej
koordynatorzy opieki onkologicznej	około 1450 osób	Narodowy Fundusz Zdrowia	zmiana sposobu zatrudnienia
podmioty lecznicze	około 28 000 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (niektóre podmioty mogą udzielać	1) wdrożenie karty DILO w postaci elektronicznej; 2) poprawa organizacji opieki onkologicznej;

	zdrowotnej w trybie leczenie stacjonarne, ambulatoryjne	świadczeń opieki zdrowotnej w więcej niż jednym trybie)	3) przyspieszenie i uelastycznienie procesu akredytacji
podmioty lecznicze zakwalifikowane do KSO	301 podmiotów leczniczych zakwalifikowanych na jeden z trzech poziomów SOLO; 3 573 podmiotów leczniczych zakwalifikowanych jako ośrodki kooperacyjne	Biuletyn Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia – Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do KSO	1) zniesienie obowiązku integracji z „infolinią onkologiczną”; 2) zniesienie obowiązku prowadzenia systematycznej oceny satisfakcji świadczeniobiorców w zakresie opieki onkologicznej; 3) uproszczenie zasad monitorowania jakości opieki onkologicznej; 4) poprawa organizacji opieki onkologicznej w ramach KSO
KOM	1	ustawa o KSO	zniesienie obowiązku prowadzenia monitorowania jakości opieki onkologicznej
WOM	16	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wykazu Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących (Dz. U. poz. 1347)	1) zniesienie obowiązku prowadzenia monitorowania jakości opieki onkologicznej; 2) ułatwienie realizacji zadania dotyczącego organizacji szkoleń
Narodowy Fundusz Zdrowia (centrala i 16 oddziałów wojewódzkich)	1	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	realizacja zadania związanego z monitorowaniem jakości opieki onkologicznej
Centrum e-Zdrowia	1	dana powszechnie znana	udostępnienie karty DILO w postaci elektronicznej w ramach systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone pre-konsultacje projektu ustawy.

Projekt został przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 14-dniowym terminem zgłaszania uwag, między innymi do następujących podmiotów:

- 1) samorządów zawodów medycznych:
 - a) Naczelnej Rady Lekarskiej,
 - b) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
 - c) Naczelnej Rady Aptekarskiej,
 - d) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych,
 - e) Krajowej Rady Fizjoterapeutów,
 - f) Krajowej Rady Ratowników Medycznych;
- 2) wojewodów i marszałków województw;
- 3) stowarzyszeń zawodów medycznych i związków zawodowych:
 - a) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych,
 - b) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy,
 - c) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych,
 - d) NSZZ „Solidarność-80”,
 - e) Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,

- f) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
 - g) NSZZ „Solidarność”,
 - h) Forum Związków Zawodowych,
 - i) Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia,
 - j) Kolegium Lekarzy Rodzinnych,
 - k) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 4) organizacji pracodawców:
- a) Federacji Przedsiębiorców Polskich,
 - b) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”,
 - c) Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
 - d) Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych,
 - e) Związku Rzemiosła Polskiego,
 - f) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej,
 - g) Konfederacji „Lewiatan”,
 - h) Związku Pracodawców Business Centre Club,
 - i) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców,
 - j) Polskiego Towarzystwa Gospodarczego;
- 5) Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 6) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 7) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 8) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 9) Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 10) Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 11) Rzecznika Praw Pacjenta;
- 12) Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie;
- 13) Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu;
- 14) Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy;
- 15) Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie;
- 16) Szpitala Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;
- 17) Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi;
- 18) Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Krakowie;
- 19) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu;
- 20) Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie;
- 21) Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku;
- 22) Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku;
- 23) Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Gliwicach;
- 24) Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kielcach;
- 25) Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie;
- 26) Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu;
- 27) Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie.

Zakres regulacji nie jest objęty zadaniami reprezentatywnych związków zawodowych oraz organizacji pracodawców, w związku z czym wskazany termin na konsultacje publiczne i opiniowanie nie stoi w sprzeczności z przepisami odrębnymi.

Projekt był konsultowany z Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677, z późn. zm.) projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Ministerstwa Zdrowia.

Projekt ustawy został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404).

Skrócony 14-dniowy termin konsultacji publicznych i opiniowania wynika z deregulacyjnego charakteru projektu. Projekt ustawy zmierza do zmniejszenia obowiązków sprawozdawczych, ujednolicenia standardów dokumentacji oraz cyfryzacji procesów, co przekłada się na realne zmniejszenie obciążeń administracyjnych podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej przy jednoczesnym zachowaniu efektywności koordynacji opieki onkologicznej i monitorowania jakości tej opieki.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania załączonym do Oceny Skutków Regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2026 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-106,7
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki - NFZ	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-106,7
Saldo ogółem	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-106,7
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki - NFZ	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	-106,7

Źródła finansowania	Projektowana regulacja ma wpływ na budżet państwa i jednostki sektora finansów publicznych, w zakresie oszczędności w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Wszystkie skutki finansowe z tytułu realizacji ustawy zostaną zabezpieczone w ramach limitów wydatków przeznaczonych na finansowanie zadań w obszarze zdrowia, w tym w ramach ustalonego funduszu wynagrodzeń (niezwiększonego z tytułu tej ustawy), określonych zgodnie z art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i bez możliwości ubiegania się o dodatkowe środki.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Proponowane w projekcie ustawy zmiany nie będą wiązać się z zapotrzebowaniem na nowe etaty lub dodatkowymi wydatkami. Roczny koszt oszczędności związany z projektowanymi zmianami dotyczącymi zniesienia funkcji infolinii KSO w zakresie dokonania zapisu na pierwszorazowe świadczenia opieki zdrowotnej w podmiocie leczniczym działającym w ramach KSO – to kwota w wysokości 9,7 mln zł.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z 2021 r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Zmniejszenie obciążeń administracyjnych związanych z wdrożeniem KSO, ułatwienie w procesie sprawozdawania danych o opiece onkologicznej oraz skrócenie czasu i uelastycznienie procesu akredytacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Zmniejszenie obciążeń administracyjnych związanych z wdrożeniem KSO, ułatwienie w procesie sprawozdawania danych o opiece onkologicznej oraz skrócenie czasu i uelastycznienie procesu akredytacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą.						
	rodzina, obywatele, osoby starsze oraz z	Poprawa stanu zdrowia, jakości życia oraz wydłużenie przeciętnego trwania życia w wyniku poprawy koordynacji procesu opieki onkologicznej i monitorowania						

	niepełnosprawnością oraz gospodarstwa domowe	jakości opieki onkologicznej. Planowane zniesienie obowiązku prowadzenia infolinii onkologicznej oraz możliwości umawiania oraz zmiany terminu udzielania świadczeń opieki onkologicznej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności zostanie zastąpione wdrażanym rozwiązaniem systemowym w postaci centralnej e-rejestracji. Natomiast funkcja informacyjna infolinii onkologicznej dotycząca informacji o funkcjonowaniu KSO, oraz możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej realizowana jest obecnie w ramach infolinii „Telefonicznej Informacji Pacjenta” prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
Niemierzalne	Nie dotyczy.	Nie dotyczy.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projekt ustawy umożliwi prowadzenie karty DILO w postaci elektronicznej. Do dnia 31 grudnia 2026 r. karta DILO będzie mogła być wystawiana i prowadzona w postaci papierowej lub w postaci elektronicznej. Zastąpienie papierowej karty DILO postacią elektroniczną pozwoli na znaczące przyspieszenie czasu wystawiania i uzupełniania w tej karcie danych dotyczących opieki onkologicznej. Postać elektroniczna karty DILO pozwala bowiem na integrację z systemami informatycznymi podmiotu leczniczego, co umożliwi pełną albo częściową automatyzację uzupełniania danych w tej karcie. Projekt ustawy przewiduje m.in. zniesienie obowiązku wdrożenia przez podmioty wykonujące działalność leczniczą zakwalifikowane do KSO „infolinii onkologicznej”, a więc odrębnego od innych obszarów systemu opieki zdrowotnej rozwiązania teleinformatycznego umożliwiającego świadczeniobiorcom uzyskanie informacji o organizacji opieki onkologicznej w ramach KSO, a także dokonanie zapisu na pierwszorazowe świadczenia opieki zdrowotnej w podmiotach działających w ramach KSO, w tym zmianę lub anulowanie terminu. Obecnie jest wdrażane rozwiązanie systemowe w postaci centralnej e-rejestracji, która umożliwi prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji dla wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych. Brak zmiany brzmienia art. 20 ustawy o KSO oznaczałoby konieczność wdrożenia przez podmioty zakwalifikowane do KSO dwóch odrębnych systemów prowadzenia zapisów na świadczenia opieki zdrowotnej, co stanowiłoby nieuzasadnione obciążenia administracyjne i kosztowe podmiotów leczniczych. Funkcja informacyjna, jaką miałyby pełnić „infolinia onkologiczna”, dotycząca informacji o funkcjonowaniu KSO oraz możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej realizowana jest obecnie w ramach infolinii „Telefonicznej Informacji Pacjenta” prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach zadań wynikających z art. 97 ust. 3 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☐ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:...	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne: ...
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Komentarz: Proponowane zmiany mają na celu zniesienie obowiązku zapewnienia przez SOLO możliwości umawiania oraz zmiany terminu udzielania świadczeń opieki onkologicznej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, co jest związane z prowadzonym procesem wdrażania centralnej e-rejestracji i wdrażanego w tym zakresie centralnego rozwiązania dla wszystkich podmiotów leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Proponowane zmiany dotyczą także zniesienia obowiązku prowadzenia przez SOLO oceny satysfakcji świadczeniobiorców, który stanowi powielenie obowiązku wprowadzonego ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Projekt ustawy nakłada na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązek weryfikowania osiągania przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do KSO wartości minimalnych i docelowych wskaźników jakości opieki onkologicznej. Powyższa zmiana przyspieszy kluczowy dla wdrażania KSO proces oceny wartości wskaźników jakości opieki onkologicznej, który miał być prowadzony za pośrednictwem Krajowej Rady Onkologicznej, co wiązało się z wydłużeniem o 30 dni czasu oceny i przekazania podmiotom leczniczym informacji o osiągniętych wartościach wskaźników jakości opieki onkologicznej.

Proponowane są także zmiany, które mają na celu zniesienie obowiązku monitorowania jakości opieki onkologicznej przez podmioty lecznicze pełniące rolę KOM oraz WOM. Monitorowanie jakości opieki onkologicznej jest związane z prowadzeniem analizy danych sprawozdawanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą do Narodowego Funduszu Zdrowia. Zarówno KOM, jak i WOM, nie posiadają bezpośredniego dostępu do danych sprawozdanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Ponadto jako podmioty, których podstawową działalnością jest działalność lecznicza, nie posiadają odpowiednich kompetencji oraz zasobów ludzkich i sprzętowych, które umożliwiłyby prowadzenie takiej analizy. Realizacja zadania dotyczącego analizy danych dotyczących jakości opieki onkologicznej podmiotów zakwalifikowanych do KSO stanowi nieuzasadnione obciążenie KOM oraz WOM i może być prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który posiada bezpośredni dostęp do niezbędnych do realizacji tego zadania danych oraz posiada odpowiednie kompetencje i zasoby.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Projekt ustawy pozytywnie wpłynie na zwiększenie zainteresowania pełnieniem funkcji koordynatora opieki onkologicznej w podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do KSO na jeden z trzech poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej SOLO.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne: ...	☒ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projekt ustawy zakłada umożliwienie wystawiania i prowadzenia karty DILO w postaci elektronicznej. Przyczyni się to do poprawy stanu zdrowia, jakości życia oraz wydłużenia przeciętnego trwania życia w związku z lepszą koordynacją procesu opieki onkologicznej.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem zmiany, dotyczącej powiązania rozliczania świadczeń z kartą DILO (art. 1 pkt 18 lit. a, który zmienia art. 35 ust. 1 ustawy o KSO), a także uchylecia przepisów dotyczących karty DILO wystawionej w postaci papierowej (pkt 20 lit. a, który uchyla przepisy art. 40 ust. 2 i 3), które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie planuje się przeprowadzenia ewaluacji efektów projektu. Analizy dotyczące funkcjonowania KSO są prowadzone zgodnie z ustawą o KSO przez KOM – Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie. Monitorowanie jakości opieki onkologicznej prowadzone będzie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, we współpracy z KOM.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu o ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw (UD258).		

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania
projektu ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw (UD 258)

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz.U. z 2025 r. poz. 677, z późn. zm.), z chwilą skierowania ww. projektu rozporządzenia do konsultacji publicznych i opiniowania oraz zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2026 r. poz. 404) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia.

Projekt został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania (z terminem 14 dni na zgłaszanie uwag) do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 Ocenie Skutków Regulacji.

W ramach konsultacji publicznych i opiniowania zgłoszono następujące uwagi do projektowanej ustawy (pisownia oryginalna).

L.p.	Podmiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi	Stanowisko MZ
1.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Tytuł ustawy	Po tytule ustawy pojawiła się litera „A”, która powinna widnieć w kolejnym wersie, w określeniu „Art.”. Proponowana zmiana dotyczy formatowania tekstu. Przenieść literę „A”, występującą zaraz po tytule, w jej właściwe miejsce – do skrótu określającego artykuł nr 1. Proponowana zmiana wyeliminuje błąd w nazwie artykułu.	Uwaga redakcyjna wynikająca z formatowania dokumentu
2.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 1 lit. a (dot. art. 2 zmienianej ustawy, dodany pkt 1a def. ciągłości opieki)	Art. 1 pkt 1 lit. a W przepisie powinno być doprecyzowane, że mowa o dalszym leczeniu onkologicznym w ramach POZ, wątpliwość budzi też kto i jak ma koordynować dalsze leczenie w POZ oraz kto i jak będzie sprawował nadzór nad zapewnieniem ciągłości i jakie są skutki (kary) w przypadku nie zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej. Ponadto z przepisów pkt 18 lit. b oraz e wynika, że ciągłość opieki onkologicznej związana jest z kartą DILO, natomiast w ww. przepisie nie zostało to doprecyzowane.	Uwaga nieuwzględniona – zakres świadczeń udzielanych w POZ określają odrębne przepisy.

3.	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii i Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	Art. 2 pkt 1a zmienianej ustawy (dot. art. 1 pkt 1 lit. a, w którym dodaje się w art. 2 pkt 1a)	Art. 2 pkt 1a - wprowadzenie definicji „ciągłości opieki onkologicznej” Projekt wprowadza definicję „ciągłości opieki onkologicznej” jako koordynowanego procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej oraz dalszego leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej. Podkreślenie, że opieka onkologiczna obejmuje nie tylko leczenie specjalistyczne, lecz także kontrolę pozabiegową w POZ (tzw. follow-up), może sprzyjać zachowaniu spójności między poziomami opieki oraz integracji opieki podstawowej ze specjalistyczną. W tym kontekście zasadne jest <u>uzupełnienie regulacji</u> (lub dodanie delegacji do wydania przepisów szczegółowych) <u>o przepisy określające zalecenia dotyczące postępowania z pacjentami po zakończeniu leczenia onkologicznego</u> . Obecne brzmienie ustawy przewiduje jedynie opracowanie „dalszego planu leczenia”, podczas gdy istnieją podstawy naukowe wskazujące na konieczny zestaw badań i czynności wykonywanych w okresie po leczeniu (ogólnych i specyficznych dla danego rozpoznania nowotworowego). Brak określenia standardu takiej opieki może skutkować niewłaściwą realizacją zadań przez POZ.	Uwaga nieuwzględniona – zakres świadczeń udzielanych w POZ określają odrębne przepisy.
4.	Wojewoda Podlaski	Art. 2 pkt 1a zmienianej ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (dot. art. 1 pkt 1 lit. a, w którym dodaje się w art. 2 pkt 1a)	W definicji ciągłości opieki onkologicznej należy uwzględnić również rehabilitację. Zwalczanie nowotworów złośliwych w populacji obejmuje wszystkie etapy, tj. zapobieganie zachorowaniu, wczesne wykrywanie, leczenie, a także rehabilitację oraz ewentualne leczenie paliatywne. Proponuje się następujące brzmienie przepisu „Art. 2 1a) ciągłość opieki onkologicznej – koordynowany proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej oraz dalszego leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, oraz rehabilitacji leczniczej.”	Uwaga nieuwzględniona – rehabilitacja została wskazana w kluczowych zaleceniach ogłoszonych w formie obwieszczeń. Wszystkie podmioty zakwalifikowane do KSO są zobowiązane do realizacji opieki onkologicznej zgodnie z kluczowymi zaleceniami.
5.	Naczelna Rada Lekarska Po terminie	Art. 2 pkt 1a zmienianej ustawy (dot. art. 1 pkt 1 lit. a, w którym	Niedostatecznie precyzyjna wydaje się także definicja „ciągłości opieki onkologicznej”, którą zaproponowano w art. 2 pkt 1a ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej w zakresie w jakim mówi o dalszym leczeniu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Wobec faktu, że zdecydowana większość pacjentów jest kierowana do ośrodków onkologicznych na obserwację	Uwaga nieuwzględniona – komentarz, brak propozycji treści zmiany przepisu

		dodaje się w art. 2 pkt 1a)	powstaje pytanie, od którego momentu ma następować to dalsze leczenie w ramach POZ.	
6.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 1a (dot. art. 2 pkt 1a zmienianej ustawy)	Wprowadzenie przecinka po frazie: „ w ramach podstawowej opieki zdrowotnej”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowane brzmienie: „[...] oraz dalsze leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu art. 2 ustawy [...]”.	Uwaga redakcyjna
7.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 1b (dot. pkt 3)	Wprowadzenie przecinka po wyrażeniu: „ w danym obszarze” i przed wyrazem „określonych”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowane brzmienie: „[...] możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym obszarze, w danym rozpoznaniu, wybrane spośród wskaźników jakości opieki onkologicznej, określonych w przepisach wydanych na podstawie [...]”.	Uwaga redakcyjna
8.	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii i Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	Art. 1 pkt 3 (dot. art. 1 pkt 1 lit b - zmieniany art. 2 pkt 3 dot. kluczowych wskaźników)	Art. 1 pkt 3 – kluczowe wskaźniki jakości System oceny jakości świadczeń onkologicznych oparty na wskaźnikach powinien być skonstruowany w sposób zapewniający rzetelną i obiektywną ocenę wyników leczenia, przy jednoczesnym wyeliminowaniu ryzyka niepożądanych zjawisk, takich jak selekcja pacjentów czy pozorne spełnianie kryteriów jakościowych bez rzeczywistej poprawy efektów klinicznych. Wskaźniki muszą być odpowiednio dobrane i zrównoważone, tak aby odzwierciedlały rzeczywiste wyniki leczenia, a nie jedynie formalne spełnienie minimalnych norm. Niezbędne jest ich obligatoryjne korygowanie o kluczowe czynniki kliniczne i demograficzne, w tym: rodzaj nowotworu, stopień zaawansowania choroby nowotworowej, obecność chorób współistniejących, wiek pacjenta, ogólny stan zdrowia i wydolność organizmu, czy wcześniejsze leczenie lub przebyte terapie przeciwnowotworowe. <u>Brak uwzględnienia powyższych zmiennych może prowadzić do wypaczenia wyników i tworzenia nieprawidłowych rankingów ośrodków, w których jednostki podejmujące się leczenia pacjentów w cięższym stanie klinicznym będą niesłusznie oceniane jako mniej efektywne.</u>	Uwaga nieuwzględniona – komentarz, brak propozycji treści zmiany przepisu. Wskaźniki będą określone w rozporządzeniu.

			<u>Zasadne jest również wprowadzenie mechanizmu bieżącego monitorowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia struktury pacjentów leczonych w poszczególnych ośrodkach</u> – zarówno pod względem klinicznym, jak i demograficznym – w ujęciu kwartalnym. W przypadku zauważenia znaczących odchyleń w strukturze pacjentów (np. nieproporcjonalnie niskiego udziału przypadków zaawansowanych lub z obciążeniami współistniejącymi) NFZ powinien mieć prawo żądania od ośrodka szczegółowych wyjaśnień.	
9.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 1b (dot. art. 2 pkt 4 zmienianej ustawy def. koordynatora)	Wprowadzenie przecinka przed wyrazem „określonym”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowane brzmienie: „[...] koordynator (pacjenta onkologicznego), określonym w przepisach wydanych na podstawie [...]”.	Uwaga redakcyjna
10.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 1 lit. b (dotyczy art. 2 pkt 4 zmienianej ustawy def. koordynatora)	Art. 1 pkt 1 lit. b (dotyczy projektowanego pkt 4) Z przepisu wynika, że wszyscy świadczeniodawcy z wykazu (również Ośrodki Kooperacyjne), powinni zatrudniać pracownika spełniającego wymagane kwalifikacje wskazane w lp. 190 zał. do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Dotychczas koordynatorzy byli wymagani tylko w SOLO – jest to istotna zmiana dla funkcjonowania podmiotów zatem powinien być przepis przejściowy w celu możliwości dostosowania (zatrudnienia pracowników). Wątpliwość budzi również kwestia czy jest odpowiednia liczba osób (zatrudnionych lub do zatrudnienia na obszarze całego kraju), które spełniają wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tj. w szczególności posiadających przeszkolenie zawodowe odpowiednie do wykonywania zadań powierzonych na stanowisku pracy.	Uwaga uwzględniona – przepis doprecyzowany „w SOLO”
11.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Art. 2 (dot. art. 1 pkt 1 lit b - zmieniany)	Odnosząc się do propozycji zmian w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej należy zauważyć, że w nowelizacji zmieniono i doprecyzowano rolę oraz stanowisko Koordynatora Opieki Onkologicznej. Zmiany te będą miały wpływ na znaczenie i możliwość zatrudniania Koordynatorów oraz przypisania i zrozumienia roli koordynatora w procesie diagnostyki i leczenia pacjenta. Ważnym elementem	Uwaga częściowo uwzględniona – doprecyzowano przepis w

		art. 2 pkt 4 dot. koordynatora)	jest również ujęcie Koordynatora w przepisach dotyczących zatrudnienia na stanowisku działalności podstawowej, co wiąże się z usankcjonowaniem tego zawodu. <u>Należy jednak doprecyzować w przepisach rodzaj i sposób zatrudniania Koordynatorów</u>. W klasyfikacji zawodów i specjalności nie ma zawodu szerzej rozumianego koordynatora opieki medycznej, w tym koordynatora leczenia onkologicznego. Wpisanie takiego zawodu do klasyfikacji wydaje się być konieczne nie tylko ze względu na rozwijający się rynek pracy, ale również na konieczność określenia zadań zawodowych czy grupy zatrudnienia. Jednocześnie należy doprecyzować, <u>co w proponowanym pkt 1a) oznacza „dalsze leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej”</u>. Leczenie onkologiczne i opieka w formie kontroli po leczeniu odbywa się w ośrodku prowadzącym leczenie onkologiczne. Podstawowa opieka zdrowotna prowadzi leczenie wspomagające w trakcie leczenia onkologicznego i obserwację po zakończonym leczeniu onkologicznym (kontrola). W razie nawrotu ponowne skierowanie pacjenta na "ścieżkę" DILO". Kolejnym punktem do szczegółowej weryfikacji i uzupełnienia stosownymi przepisami jest realizacja koordynowanej opieki onkologicznej. W ustawie pojawiło się stwierdzenie o konieczności koordynowania pacjenta na każdym etapie diagnostyki i leczenia. Za początek koordynacji wskazano moment zgłoszenia się pacjenta do placówki w celu realizacji szybkiej ścieżki onkologicznej, nadal jednak nie ma informacji co do zakończenia tej opieki. <u>Należy doprecyzować, czy monitorowanie pacjenta po leczeniu onkologicznym ma być również prowadzone przez Koordynatora</u>. Doprecyzowanie tych informacji jest również niezbędne przy wprowadzaniu nowelizacji do ustaw dotyczących przepisów regulujących działanie szybkiej ścieżki onkologicznej.	zakresie zatrudniania koordynatora W zakresie ciągłości leczenia - uwaga nieuwzględniona – zakres świadczeń udzielanych w POZ określają odrębne przepisy.
12.	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach	Art. 2 pkt. 4 (dot. art. 1 pkt 1 lit b - zmieniany art. 2 pkt 4 dot. koordynatora)	definicja: koordynator opieki onkologicznej. Mając na uwadze planowane znaczące zwiększenie danych gromadzonych w ramach karty eDiLO <u>należy rozważyć dookreślenie zakresu obowiązków koordynatora</u>. Na chwilę obecną w sposób dowolny Dyrektorzy szpitali wyznaczają osoby do funkcji koordynatora i nakładają dodatkowe obowiązki na sekretarki medyczne, statystyków lub pielęgniarki. Powyższe praktyki doprowadzają do sytuacji, w której zadania koordynatora nie są wykonywane z właściwym zaangażowaniem lub są	Uwaga nieuwzględniona – zakres obowiązków jest wskazany ogólnie w ustawie

			wykonywane dopiero po realizacji zadań wynikających z zakresu zadań podstawowych wynikających z piastowanego stanowiska. Wnosimy aby w drodze rozporządzenia dookreślić zakres obowiązków koordynatora	
13.	Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych	Art. 2 pkt 4 (dot. art. 1 pkt 1 lit b - zmieniany art. 2 pkt 4 dot. koordynatora)	Zmiany w art. 2 pkt 4 polegające na modyfikacji zapisu: 4) koordynator opieki onkologicznej – osobę odpowiedzialną za udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego oraz ich koordynację na poszczególnych etapach opieki onkologicznej, zatrudnioną na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego) określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, 620, 637 i 1211);” W związku z wprowadzoną zmianą oraz jednoczesnym znacznym zwiększeniem danych gromadzonych w ramach karty DILO zasadnym wydaje się nie tylko dookreślenie definicji koordynatora, ale i określenie <u>szczegółowego zakresu obowiązków</u>. Doświadczenie wielu ośrodków onkologicznych wyraźnie wskazuje, że za prowadzenie karty DILO odpowiadają właśnie koordynatorzy. Oznacza to, że przy dodatkowych, bardzo rozbudowanych zobowiązaniach czasochłonność pracy nałożonej na koordynatorów istotnie się zwiększy. Powyższe wymagać będzie nie tylko jasnego wskazania czynności dedykowanych dla koordynatora, ale i wyartykułowania <u>zasady braku możliwości łączenia funkcji koordynatora ze stanowiskiem np. sekretarki, pielęgniarki czy statystyka medycznego</u>. Dorzucanie tak ważnych zadań osobom piastującym w szpitalach inne funkcje wpływać będzie na brak zaangażowania w realizację szybkiej ścieżki (pracownik nie będzie wiedział, czym winien zająć się w pierwszej kolejności i jakie są priorytety jego pracy), brak koordynacji prowadzenia pacjenta onkologicznego w całym procesie na wszystkich etapach oraz najprawdopodobniej brakiem rzetelności wprowadzanych danych, które będą uzupełniane na szybko, byle coś wpisać. Jednocześnie stoimy na stanowisku, że wymagany jest również <u>wskazanie, jak długo koordynator ma prowadzić pacjenta w ramach ścieżki onkologicznej (czy winien wspomagać pacjenta także na etapie monitorowania - follow-up)</u>, w innym wypadku narastająca liczba pacjentów, obejmowanych opieką koordynatora przez lata, będzie wiązało się z koniecznością zatrudniania kolejnych koordynatorów lub nieprawidłową ich pracą w ramach KSO.	- w zakresie określenia szczegółowego zakresu obowiązków i braku możliwości łączenia funkcji koordynatora ze stanowiskiem np. sekretarki, pielęgniarki czy statystyka medycznego – uwaga nieuwzględniona - zakres obowiązków został wskazany ogólnie w ustawie, podobnie zostało doprecyzowane, że jest to osoba zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego), - w zakresie wprowadzenia odrębnego sposobu finansowania koordynatorów – uwaga nieuwzględniona , poza zakresem regulacji.

			Wydaje się również właściwym <u>wprowadzenie odrębnego sposobu finansowania koordynatorów</u> (np. w ramach świadczenia podobnego do rozliczenia konsylium lub ryczałtem rocznym/miesięcznym). Obecnie dodatkowe obowiązki, jak również fakt zatrudnienia koordynatorów jest problemem świadczeniodawców (SOLO I-III). Podmioty nie otrzymują z tytułu nowych zadań żadnych środków finansowych. Stąd fakt łączenia funkcji w wielu szpitalach i opór dyrekcji do tworzenia nowych stanowisk.	
14.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	Art. 2 pkt 4 (dot. art. 1 pkt 1 lit b - zmieniany art. 2 pkt 4 dot. koordynatora)	Zmiany w art. 2 pkt 4 polegające na modyfikacji zapisu: 4) koordynator opieki onkologicznej – osobę odpowiedzialną za udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego oraz ich koordynację na poszczególnych etapach opieki onkologicznej, zatrudnioną na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego) określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, 620, 637 i 1211);” W związku z wprowadzoną zmianą oraz jednoczesnym znacznym zwiększeniem danych gromadzonych w ramach karty DILO zasadnym wydaje się nie tylko dookreślenie definicji koordynatora, ale i określenie <u>szczegółowego zakresu obowiązków</u>. Doświadczenie wielu ośrodków onkologicznych wyraźnie wskazuje, że za prowadzenie karty DILO odpowiadają właśnie koordynatorzy. Oznacza to, że przy dodatkowych, bardzo rozbudowanych zobowiązaniach czasochłonność pracy nałożonej na koordynatorów istotnie się zwiększy. Powyższe wymagać będzie nie tylko jasnego wskazania czynności dedykowanych dla koordynatora, ale i wyartykułowania <u>zasady braku możliwości łączenia funkcji koordynatora ze stanowiskiem np. sekretarki, pielęgniarki czy statystyka medycznego</u>. Dorzucanie tak ważnych zadań osobom piastującym w szpitalach inne funkcje wpłycie na brak zaangażowania w realizację szybkiej ścieżki (pracownik nie będzie wiedział, czym winien zająć się w pierwszej kolejności i jakie są priorytety jego pracy), brak koordynacji prowadzenia pacjenta onkologicznego w całym procesie na wszystkich etapach oraz najprawdopodobniej brakiem rzetelności wprowadzanych danych, które będą uzupełniane na szybko, byle coś wpisać. Jednocześnie stoimy na stanowisku, że wymagany jest również <u>wskazanie, jak długo koordynator ma prowadzić pacjenta w ramach monitorowania (follow-up)</u> (obecnie okres 5 lat dotyczy jedynie KON-ów) i <u>jak dużą populację pacjentów może prowadzić 1 koordynator (górna granica/wielkość) uwzględniając specyfikę</u>	- w zakresie określenia szczegółowego zakresu obowiązków i braku możliwości łączenia funkcji koordynatora ze stanowiskiem np. sekretarki, pielęgniarki czy statystyka medycznego - uwaga nieuwzględniona - zakres obowiązków został wskazany ogólnie w ustawie, podobnie zostało doprecyzowane, że jest to osoba zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego), - w zakresie wskazania jak dużą populację pacjentów może prowadzić 1 koordynator - uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji - w zakresie wprowadzenia odrębnego sposobu finansowania

			<u>nowotworów</u>). Przy wpisaniu koordynatora jako nadzorującego chorego od początku wejścia na ścieżkę (POZ, AOS) do jej zakończenia (po etapie follow-up) lawinowo zwiększy się liczba obsługiwanych pacjentów. Nieracjonalnym wydaje się zatem działanie polegające na braku dookreślenia wartości granicznej zapewniającej wydolność pracownikowi (na etapie pilotażu takie zapisy funkcjonowały). Wydaje się również właściwym <u>wprowadzenie odrębnego sposobu finansowania koordynatorów</u> (np. w ramach świadczenia podobnego do rozliczenia konsylium lub ryczałtem rocznym/miesięcznym). Obecnie dodatkowe obowiązki, jak również fakt zatrudnienia koordynatorów jest problemem świadczeniodawców (SOLO I-III). Podmioty nie otrzymują z tytułu nowych zadań żadnych środków finansowych. Stąd fakt łączenia funkcji w wielu szpitalach i opór dyrekcji do tworzenia nowych stanowisk.	koordynatorów -uwaga nieuwzględniona , poza zakresem regulacji.
15.	Zespół roboczy ds. rozliczeń Krajowej Sieci Onkologicznej Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 2 pkt 4 (dot. art. 1 pkt 1 lit b - zmieniany art. 2 pkt 4 dot. koordynatora)	Zmiany w art. 2 pkt 4 polegające na modyfikacji zapisu: 4) koordynator opieki onkologicznej – osobę odpowiedzialną za udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego oraz ich koordynację na poszczególnych etapach opieki onkologicznej, zatrudnioną na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego) określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, 620, 637 i 1211);” W związku z wprowadzoną zmianą oraz jednoczesnym znacznym zwiększeniem danych gromadzonych w ramach karty DILO zasadnym wydaje się nie tylko dookreślenie definicji koordynatora, ale i określenie <u>szczegółowego zakresu obowiązków</u>. Doświadczenie wielu ośrodków onkologicznych wyraźnie wskazuje, że za prowadzenie karty DILO odpowiadają właśnie koordynatorzy. Oznacza to, że przy dodatkowych, bardzo rozbudowanych zobowiązaniach czasochłonność pracy nałożonej na koordynatorów istotnie się zwiększy. Powyższe wymagać będzie nie tylko jasnego wskazania czynności dedykowanych dla koordynatora, ale i wyartykułowania <u>zasady braku możliwości łączenia funkcji koordynatora ze stanowiskiem np. sekretarki, pielęgniarki czy statystyka medycznego</u>. Dorzucanie tak ważnych zadań osobom piastującym w szpitalach inne funkcje wpłtywać będzie na brak zaangażowania w realizację szybkiej ścieżki (pracownik nie będzie wiedział, czym winien zająć się w pierwszej kolejności i jakie są priorytety jego	- w zakresie określenia szczegółowego zakresu obowiązków i braku możliwości łączenia funkcji koordynatora ze stanowiskiem np. sekretarki, pielęgniarki czy statystyka medycznego - uwaga nieuwzględniona - zakres obowiązków został wskazany ogólnie w ustawie, podobnie zostało doprecyzowane, że jest to osoba zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego), - w zakresie wprowadzenia odrębnego sposobu finansowania

			pracy), brak koordynacji prowadzenia pacjenta onkologicznego w całym procesie na wszystkich etapach oraz najprawdopodobniej brakiem rzetelności wprowadzanych danych, które będą uzupełniane na szybko, byle coś wpisać. Jednocześnie stoimy na stanowisku, że wymagany jest również <u>wskazanie, jak długo koordynator ma prowadzić pacjenta w ramach monitorowania</u> (follow-up) (obecnie okres 5 lat dotyczy jedynie KON-ów). Wydaje się również właściwym <u>wprowadzenie odrębnego sposobu finansowania koordynatorów</u> (np. w ramach świadczenia podobnego do rozliczenia konsylium lub ryczałtem rocznym/miesięcznym). Obecnie dodatkowe obowiązki, jak również fakt zatrudnienia koordynatorów jest problemem świadczeniodawców (SOLO I-III). Podmioty nie otrzymują z tytułu nowych zadań żadnych środków finansowych. Stąd fakt łączenia funkcji w wielu szpitalach i opór dyrekcji do tworzenia nowych stanowisk.	koordynatorów - uwaga nieuwzględniona , poza zakresem regulacji.
16.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 2 pkt 4 (dot. art. 1 pkt 1 lit b - zmieniany art. 2 pkt 4 dot. koordynatora)	Zmiany w art. 2 pkt 4 polegające na modyfikacji zapisu: <i>4) koordynator opieki onkologicznej – osobę odpowiedzialną za udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego oraz ich koordynację na poszczególnych etapach opieki onkologicznej, zatrudnioną na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego) określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, 620, 637 i 1211);”</i> W związku z wprowadzoną zmianą oraz jednoczesnym znacznym zwiększeniem danych gromadzonych w ramach karty DILO, zasadnym wydaje się nie tylko dookreślenie definicji koordynatora, ale i określenie <u>szczegółowego zakresu obowiązków</u>. Doświadczenie wielu ośrodków onkologicznych wyraźnie wskazuje, że za prowadzenie karty DILO odpowiadają właśnie koordynatorzy. Oznacza to, że przy dodatkowych, bardzo rozbudowanych zobowiązaniach czasochłonność pracy nałożonej na koordynatorów istotnie się zwiększy. Powyższe wymagać będzie nie tylko jasnego wskazania czynności dedykowanych dla koordynatora, ale i wyartykułowania <u>zasady braku możliwości łączenia funkcji koordynatora ze stanowiskiem np. sekretarki, pielęgniarki, czy statystyka medycznego</u>. Dorzucanie tak ważnych zadań osobom piastującym w szpitalach inne funkcje wpłycie na brak zaangażowania w realizację szybkiej ścieżki (pracownik nie będzie wiedział, czym winien zająć się w pierwszej kolejności i jakie są priorytety jego	- w zakresie określenia szczegółowego zakresu obowiązków i braku możliwości łączenia funkcji koordynatora ze stanowiskiem np. sekretarki, pielęgniarki, czy statystyka medycznego - uwaga nieuwzględniona - zakres obowiązków został wskazany ogólnie w ustawie, podobnie zostało doprecyzowane, że jest to osoba zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego), - w zakresie wskazania jak dużą populację pacjentów może prowadzić 1 koordynator - uwaga

			pracy), brak koordynacji prowadzenia pacjenta onkologicznego w całym procesie na wszystkich etapach oraz najprawdopodobniej brakiem rzetelności wprowadzanych danych, które będą uzupełniane na szybko, byle coś wpisać. Jednocześnie stoimy na stanowisku, że wymagany jest również <u>wskazanie, jak długo koordynator ma prowadzić pacjenta w ramach monitorowania (follow-up)</u> (obecnie okres 5 lat dotyczy jedynie KON-ów) i <u>jak dużą populację pacjentów może prowadzić 1 koordynator</u>. Przy wpisaniu koordynatora jako nadzorującego chorego od początku wejścia na ścieżkę (POZ, AOS) do jej zakończenia (po etapie follow-up) lawinowo zwiększy się liczba obsługiwanych pacjentów. Nieracjonalnym wydaje się zatem działanie polegające na braku dookreślenia wartości granicznej zapewniającej wydolność pracownikowi (na etapie pilotażu takie zapisy funkcjonowały). Zmiana w art. 2 pkt 4 ma na celu doprecyzowanie i rozszerzenie definicji koordynatora opieki onkologicznej w sposób odpowiadający aktualnemu modelowi organizacji świadczeń w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. W praktyce funkcjonowania systemu ujawniła się potrzeba jednoznacznego określenia roli koordynatora jako osoby odpowiedzialnej nie tylko za przekazywanie informacji świadczeniobiorcy, lecz także za koordynację procesów diagnostycznych i terapeutycznych na poszczególnych etapach opieki onkologicznej. Celem zmiany jest zapewnienie ciągłości, spójności i efektywności procesu leczenia onkologicznego oraz skrócenie czasu od rozpoznania do rozpoczęcia terapii. Proponujemy <u>doprecyzować, że koordynator bierze udział w organizacji diagnostyki, konsylium oraz nadzoruje przepływ informacji między podmiotami zaangażowanymi w proces leczenia, a nie za decyzje kliniczne</u>. Nowe brzmienie przepisu doprecyzowuje, że koordynator opieki onkologicznej jest zatrudniony na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego), określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej. Należy dopilnować, aby zakres obowiązków, wymagane kwalifikacje i finansowanie tego stanowiska zostały określone w sposób jednoznaczny. Dzięki temu zapewniona zostanie spójność z klasyfikacją stanowisk pracy w podmiotach leczniczych oraz możliwość jednoznacznego przypisania odpowiedzialności za realizację zadań koordynacyjnych (brak możliwości łączenia 2 etatów).	nieuwzględniona – poza zakresem regulacji - w zakresie doprecyzowania, że koordynator bierze udział w organizacji diagnostyki, konsylium oraz nadzoruje przepływ informacji między podmiotami zaangażowanymi w proces leczenia, a nie za decyzje kliniczne – uwaga nieuwzględniona – w ustawie nie zostało wskazane, że koordynator bierze udział w decyzjach klinicznych. - w zakresie propozycji zdefiniowania pojęcia „etapów opieki onkologicznej” – uwaga nieuwzględniona, w ustawie jest zdefiniowane pojęcie opieki onkologicznej. - w zakresie wprowadzenia odrębnego sposobu finansowania koordynatorów - uwaga nieuwzględniona, poza zakresem regulacji.
--	--	--	---	--

			Odwołanie do art. 50 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej jest zasadne, jednak pojęcie „stanowiska działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego)” wymaga spójności z klasyfikacją stanowisk i rozporządzeniem wykonawczym. <u>Potrzeba doprecyzowania pojęcia „etapy opieki onkologicznej”</u> Obecne sformułowanie może być różnie interpretowane przez świadczeniodawców (np. diagnostyka wstępna, pogłębiona, leczenie systemowe, opieka po leczeniu). <u>Propozycja: zdefiniować pojęcie „etapów opieki onkologicznej”</u> w przepisach wykonawczych lub załączniku do ustawy, co ułatwi jednolitą interpretację i raportowanie. Zmiana w art. 2 pkt 4 jest kierunkowo słuszna, gdyż wzmacnia rolę koordynatora opieki onkologicznej, jednak w obecnym brzmieniu, bez odpowiedniego doprecyzowania ich zakresu (brak określonych zadań, obowiązków i odpowiedzialności koordynatora), generuje znaczne obciążenie administracyjne i ryzyka w obszarze ochrony danych. Wymaga uzupełnienia o przepisy wykonawcze regulujące sposób przetwarzania i przekazywania informacji. Wydaje się również właściwym <u>wprowadzenie odrębnego sposobu finansowania koordynatorów</u> (np. w ramach świadczenia podobnego do rozliczenia konsylium lub ryczałtem rocznym/miesięcznym). Obecnie dodatkowe obowiązki, jak również fakt zatrudnienia koordynatorów jest problemem świadczeniodawców (SOLO I-III). Podmioty nie otrzymują z tytułu nowych zadań żadnych środków finansowych. Stąd fakt łączenia funkcji w wielu szpitalach i opór dyrekcji do tworzenia nowych stanowisk.	
17.	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii i Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	Art. 2 pkt 4 (dot. art. 1 pkt 1 lit b - zmieniany art. 2 pkt 4 dot. koordynatora)	Art. 2 pkt 4 – obowiązek utworzenia odrębnego stanowiska działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego) Projekt zakłada wprowadzenie obowiązku zatrudniania koordynatorów opieki onkologicznej na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego), określonym w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W związku z proponowaną zmianą oraz znacznym rozszerzeniem zakresu danych gromadzonych w ramach karty DILO, zasadne jest nie tylko doprecyzowanie definicji koordynatora, lecz także <u>szczegółowe określenie zakresu jego obowiązków</u>. Doświadczenia wielu ośrodków onkologicznych wskazują, że to	- w zakresie szczegółowego określenia zakresu obowiązków - uwaga nieuwzględniona - zakres obowiązków został wskazany ogólnie w ustawie, - w zakresie określenia zasady braku możliwości łączenia tej funkcji ze

			właśnie koordynatorzy odpowiadają za prowadzenie karty DILO. Wraz z poszerzeniem zakresu obowiązków czasochłonność pracy znacząco wzrośnie. W szczególności może to dotyczyć ośrodków, w których jest duża liczba pacjentów (kilkudziesięciu nowych pacjentów miesięcznie przypadających na jednego koordynatora). Należy zwrócić uwagę, że usztywnienie przepisów w tym zakresie może być szczególnie <u>niekorzystne dla mniejszych ośrodków onkologicznych, w których koordynatorzy obejmują opieką jedynie kilku lub kilkunastu nowych pacjentów miesięcznie</u>. W takich jednostkach osoby te z reguły wykonują także inne obowiązki organizacyjne lub administracyjne. <u>Wprowadzenie zakazu łączenia funkcji spowoduje, że szpitale nie będą mogły pozwolić sobie na utworzenie odrębnego etatu dla koordynatora</u>, ponieważ nie dysponują odpowiednimi środkami finansowymi. W efekcie może to prowadzić do rezygnacji z tej funkcji w praktyce lub do powierzania zadań koordynacyjnych osobom niewykwalifikowanym, co obniży jakość opieki nad pacjentem. W tej sytuacji konieczne jest: • <u>jednoznaczne wskazanie czynności przypisanych wyłącznie do koordynatora,</u> • <u>określenie zasady braku możliwości łączenia tej funkcji ze stanowiskiem sekretarki, pielęgniarki lub statystyka medycznego – z uwzględnieniem wolumenu pacjentów w danym ośrodku.</u> Zasadne jest również <u>doprecyzowanie w przepisach okresu, przez jaki okres koordynator ma prowadzić pacjenta w ramach monitorowania po leczeniu onkologicznym (follow-up)</u>. Obecnie zgodnie ze standardem pięcioletni okres obserwacji po zakończonym leczeniu wynosi 5 lat. Ponadto celowe wydaje się <u>wprowadzenie odrębnego mechanizmu finansowania pracy koordynatorów</u>, np. w formie ryczałtu miesięcznego lub rocznego, bądź w ramach świadczenia rozliczanego analogicznie do konsylium. Aktualnie realizacja zadań koordynacyjnych oraz zatrudnienie koordynatorów pozostają w całości po stronie świadczeniodawców (SOLO I–III), którzy nie otrzymują na ten cel żadnych dodatkowych środków finansowych.	stanowiskiem sekretarki, pielęgniarki lub statystyka medycznego – z uwzględnieniem wolumenu pacjentów w danym ośrodku - uwaga nieuwzględniona – w przepisach zostało doprecyzowane, że jest to osoba zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego), - w zakresie wprowadzenia odrębnego mechanizmu finansowania pracy koordynatorów - uwaga nieuwzględniona, poza zakresem regulacji.
18.	Naczelna Rada Lekarska	art. 2 pkt 4	Na poparcie zasługuje zmiana w art. 2 pkt 4 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej polegająca na doprecyzowaniu dotychczas występującego w ustawie pojęcia	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji

	Po terminie	(dot. art. 1 pkt 1 lit b - zmieniany art. 2 pkt 4 dot. koordynatora)	„koordynator” poprzez wskazanie, że chodzi o koordynatora opieki onkologicznej. Samorząd lekarski wskazuje jednak, że <u>brakuje w ustawie określenia, jaka jest maksymalna liczba pacjentów, których może mieć pod opieką koordynator</u> , podczas gdy w pilotażu był stosowny zapis - w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U z 2018 r. poz. 2423) wyznaczano jednego koordynatora leczenia onkologicznego na każdą kolejną rozpoczętą w danym miesiącu liczbę 40 świadczeniobiorców, których obejmuje opieką onkologiczną w ramach pilotażu. Brak określenia liczby pacjentów koordynatora pacjenta onkologicznego utrudnia ustalenie ilu koordynatorów powinna zatrudniać dana placówka. Można zatem obawiać się, że liczba pacjentów wzrośnie, średnie przeżycie również, a zatrudnienie koordynatorów nie ulegnie zmianie, co stoi w sprzeczności z interesem pacjenta	
19.	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii i Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	Art. 2 pkt 11 (dot. art. 1 pkt 1 lit c dot. zm. art. 2 pkt 11 def. planu leczenia onkol.)	Art. 2 pkt 11 - obsługa planu leczenia onkologicznego jako elektronicznej dokumentacji medycznej Projekt wprowadza definicję planu leczenia onkologicznego jako elektronicznej dokumentacji medycznej opracowanej zgodnie z kluczowymi zaleceniami. Rozwiązanie to może przyczynić się do poprawy interoperacyjności systemów, zwiększenia dostępności danych oraz ich standaryzacji. Ponadto może wspierać proces monitorowania i ewaluacji leczenia, a także umożliwiać automatyzację uzupełniania informacji, co zostało wskazane w uzasadnieniu projektu. Projekt nie precyzuje jednak formatu technicznego elektronicznego planu leczenia. Ustawodawca zakłada, że forma elektroniczna ma umożliwiać integrację z systemami informatycznymi podmiotów leczniczych oraz częściową lub pełną automatyzację wprowadzania danych, jednak nie wskazuje na istnienie dedykowanego i obowiązkowego narzędzia do jego tworzenia (np. modułu lub interfejsu API w systemie P1), ani na plany jego opracowania. <u>Zasadne jest zatem wprowadzenie delegacji ustawowej umożliwiającej określenie w aktach wykonawczych standardu technicznego planu leczenia.</u> Brak ujednolicenia w tym zakresie może prowadzić do utraty interoperacyjności pomiędzy podmiotami funkcjonującymi w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej i brakiem możliwości realizacji zadań dla SOLO zapisanych w ustawie.	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji

20.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 1c (dot. zm. art. 2 pkt 11 def. planu leczenia onkol.)	Tutaj ustawodawca odnosi się do konkretnego przepisu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (art. 2 pkt 6), podczas gdy w tym samym zdaniu kolejne artykuły pochodzą z ustawy o KSO (art 24 ust.1 – zalecenia i art 40 ust. 4 – dane z karty DILO); zastosowany zapis może sugerować, że to również przepisy z ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Proponowana zmiana (w tym zmiana szyku zdania) ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Dodatkowo, proponowany jest brak zawężania zakresu danych tylko do art. 40 ust. 4 pkt 1 (dot. świadczeniobiorcy), skoro plan leczenia onkologicznego jest sporządzany przez lekarza prowadzącego opiekę onkologiczną, to może powinny się tam znaleźć dane tego lekarza, czy świadczeniodawcy. Proponowane brzmienie: „Plan leczenia onkologicznego - elektroniczną dokumentację medyczną, w rozumieniu art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, sporządzaną przez lekarza prowadzącego opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą, we współpracy z wielodyscyplinarnym zespołem terapeutycznym, na potrzeby określenia indywidualnego postępowania leczniczego dla świadczeniobiorcy, zgodnie z kluczowymi zaleceniami, o których mowa w art. 24 ust. 1 i zawierającą dane, o których mowa w art. 40 ust. 4, oraz jednostkowe dane medyczne.”	Uwaga nieuwzględniona – w art. 40 ust. 4 zostały doprecyzowane dane dotyczące planu leczenia, które mają być wpisywane do karty DILO. - w pozostałym zakresie uwaga techniczna, nie merytoryczna.
21.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 1c (dot. zm. art. 2 pkt 12 def. podmiotu leczniczego)	Wprowadzenie przecinka przed zwrotem „w rozumieniu”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowane brzmienie: „[...] podmiot wykonujący działalność leczniczą, w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy [...]”.	Uwaga redakcyjna
22.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 2	Propozycja dodania do wymienionych w projekcie również: art. 5, w nazwie art.13, w art. 40 ust. 4 pkt 6e, art. 53 ust. 2, art. 56 ust. 1 i 6. Zachowanie konsekwencji, wobec zmiany w całym dokumencie nazwy podmiot wykonujący działalność leczniczą na podmiot leczniczy i zastosowania odpowiedniego objaśnienia pojęć w zmienianym art. 2 pkt 12. Propozycja zmiany szyku zadania, z rozpoczęciem od podmiotu. Proponowane brzmienie:	Uwaga redakcyjna

			„ 2) określenie „podmiot wykonujący działalność leczniczą”, użyte w różnej liczbie i przypadku w art. 2 w pkt 10, w art. 3 w ust. 1, w art. 4 w ust. 3 w pkt 2, w art. 5, w art. 8 ust.1, w art. 9 w ust. 1–3, w art. 11 w ust. 1 pkt 1, w nazwie art. 13, w art. 13 ust. 1 we wprowadzeniu do wyliczenia oraz w ust. 2 i 3, w art. 15 w ust. 1, w art. 26 w ust. 1 we wprowadzeniu do wyliczenia, w ust. 3 we wprowadzeniu do wyliczenia oraz w pkt 2, w ust. 4 w pkt 4 i w ust. 6, w art. 29 w pkt 6 i 11, w art. 40 ust. 4 w pkt 6e, w art. 53 ust. 2 oraz w art. 56 ust. 1 i 6, zastępuje się określeniem „podmiot leczniczy, użytym w odpowiedniej liczbie i odpowiednim przypadku”;	
23.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 3a	Wprowadzenie przecinka przed zwrotem „w zakresie”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowane brzmienie: „[...] zakwalifikowanym do Krajowej Sieci Onkologicznej, w zakresie zakładu leczniczego realizującego opiekę onkologiczną”.	Uwaga redakcyjna
24.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 3b	Usunięcie przecinka przed spójnikiem „oraz”, dodanie przecinka przed wyrazem „określone”, zmiana w sposobie opisu zasad kwalifikacji do KSO, w zależności od miejsca udzielania świadczeń. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowane brzmienie: „[...] warunkujące przynależność podmiotu leczniczego, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego, do danego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, o których mowa w art. 13 ust. 1 oraz szczegółowe kryteria, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, podmiot ten kwalifikuje się na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, <u>według zasady</u> : 1) jeżeli udziela świadczeń w zakładach w różnych lokalizacjach – kwalifikacja na odpowiednie poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej odbywa się w zakresie każdego zakładu leczniczego oddzielnie; 2) jeżeli udziela świadczeń w ramach jednej lokalizacji – następuje kwalifikacja na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, którego kryteria spełniają łącznie zakłady lecznicze w tej lokalizacji.”.	Uwaga redakcyjna

25.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 3 lit. a i b (dot. zm. art. 4 ust. 1 i dodany ust. 1a)	Art. 1 pkt 3 lit. a i b Wprowadzono doprecyzowanie dla ośrodków SOLO wg. miejsca lokalizacji natomiast w ustawie brak w słowniku pojęć wyjaśnienia co oznacza: <i>lokalizacja</i>. Proponujemy zrezygnowanie z brzmienia przepisów, które zostały zaczerpnięte z analogicznych przepisów ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej - przedmiotowe przepisy nie przystają do obowiązujących warunków w Krajowej Sieci Onkologicznej. Należy zwrócić uwagę na brak przepisów przejściowych do wprowadzenia ww. zmian, w kontekście obowiązującego po pierwszej kwalifikacji (przez 2 lata) wykazu, o którym mowa w art. 9 ust. 4 ustawy o KSO.	Uwaga uwzględniona – usunięto ust. 1a
26.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 4 (dot. zm. art. 6 ust. 2)	Wprowadzenie przecinka przed zwrotem „przy współpracy” oraz usunięcie przecinka przed spójnikiem „i”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowane brzmienie: „[...] 1. organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną SOLO I poziomu, przy współpracy z SOLO III poziomu; 2. realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną, ustalony przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w art. 8 ust. 2 pkt 1 i przekazuje na bieżąco informacje o jego realizacji do SOLO III poziomu”.	Uwaga redakcyjna
27.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 4 (dotyczy zm. art. 6 ust. 1)	Art. 1 pkt 4 (dotyczy projektowanego ust. 1) Propozycja zmiany sformułowania „w jednym z trzech obszarów” na „co najmniej w jednym z trzech obszarów”. Obecnie SOLO I mogą realizować świadczenia opieki onkologicznej w więcej niż jednym z obszarów ale są zobligowane do spełnienia wymagań z rozporządzenia kryterialnego SOLO w co najmniej jednym z obszarów.	Uwaga częściowo uwzględniona – przepis preredagowano.
28.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 4 (dotyczy zm.	Art. 1 pkt 4 (dotyczy projektowanego ust. 2 pkt 1 i 2)	- w zakresie określenia „na bieżąco” uwaga uwzględniona – doprecyzowano: „po

		art. 6 ust. 2 pkt 1 i 2)	Wprowadza się obowiązek przekazywania na bieżąco informacji o realizacji planu leczenia onkologicznego, natomiast nie jest doprecyzowane co oznacza i jak ma świadczeniodawca realizować bieżące przekazywanie tych informacji. Ponadto w pkt 2 powołano się na wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny (WZT), o którym mowa w art. 8 ust. 2 pkt 1, natomiast o ww. WZT jest również mowa w art. 6 ust. 2 pkt 1 ustawy o KSO – propozycja uzupełnienia.	każdym zakończonym etapie leczenia”. - w zakresie odniesienia do WZT uwaga uwzględniona – przepis preredagowany, plan leczenia, o którym mowa w pkt 1 (art. 6 ust. 2 pkt 1) tj. ustalony przez WZT SOLO I we współpracy z SOLO III
29.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 5 (dotyczy zm. art. 7 ust. 1)	Art. 1 pkt 5 (dotyczy projektowanego ust. 1) Analogicznie jw. (dot. SOLO I) - propozycja zmiany sformułowania „w dwóch z trzech obszarów” na „co najmniej w dwóch z trzech obszarów”. Obecnie SOLO II mogą realizować świadczenia opieki onkologicznej w więcej niż dwóch obszarach ale są zobligowane do spełnienia wymagań z rozporządzenia kryterialnego SOLO w co najmniej dwóch obszarach.	Uwaga częściowo uwzględniona – przepis preredagowano.
30.	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii i Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	Art. 6 ust. 1 i 2 oraz art. 8 ust. 1 i 2 (dot. art. 1 pkt 4 zm. art. 6 ust. 1 i 2 czyli SOLO I i pkt 6)	Art. 6 ust. 1 i 2 oraz art. 8 ust. 1 i 2 – współpraca SOLO I z SOLO III w zakresie organizacji konsyliów oraz ustalania planu leczenia Proponowane zmiany w art. 6 ust. 1 i 2 oraz art. 8 ust. 1 i 2 ustawy zakładają wprowadzenie zapisów: 1. <i>organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną SOLO I poziomu przy współpracy z SOLO III poziomu;</i> 2. <i>SOLO III sprawuje nadzór nad realizacją planów leczenia onkologicznego przez SOLO I poziomu, w tym jest uprawniony do rekomendowania ich modyfikacji;</i> 3. <i>SOLO III współpracuje z SOLO I w zakresie organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną przez SOLO I.</i> Dotychczasowe doświadczenia wskazują jednoznacznie, że <u>brak stałego nadzoru ośrodków SOLO III nad procesami realizowanymi w jednostkach SOLO I prowadzi do licznych nieprawidłowości w przebiegu diagnostyki i leczenia</u>. Ośrodki	W zakresie konsultowania planu leczenia opracowanego w SOLO I z zespołem SOLO III – uwaga uwzględniona. - w zakresie określenia „na bieżąco” - uwaga częściowo uwzględniona – doprecyzowano „po każdym zakończonym etapie leczenia”

			pierwszego poziomu często opracowują plany leczenia w oparciu o dostępne u siebie, podstawowe metody terapeutyczne, co skutkuje ograniczoną diagnostyką oraz planami ukierunkowanymi na techniki możliwe do wykonania w danym ośrodku (np. zabieg operacyjny przed chemioterapią lub radioterapią). Takie podejście jest niezgodne z aktualnymi standardami klinicznymi oraz zaleceniami towarzystw naukowych, a także z obwieszczeniami Ministra Zdrowia określającymi kluczowe zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne w nowotworach złośliwych. W efekcie wydłuża się całkowity czas ścieżki leczenia pacjenta, co często wiąże się z koniecznością wykonywania dodatkowych badań już po konsylium i opóźnieniem wdrożenia właściwej terapii. Bezpośredni, osobisty udział przedstawicieli ośrodków SOLO III w konsyliach realizowanych w SOLO I jest zatem kluczowy dla zapewnienia wysokiej jakości opieki onkologicznej. Współpraca ta przynosi szereg wymiernych korzyści: • Identyfikacja nieprawidłowości – nadzór merytoryczny nad planami leczenia pozwala na wychwycenie błędów i nieścisłości na wczesnym etapie. • Ujednolicenie standardów postępowania – stała współpraca sprzyja harmonizacji praktyk klinicznych, zapewniając pacjentom niezależnie od miejsca leczenia jednolity poziom opieki, zgodny z aktualną wiedzą medyczną. W tym zakresie szczególne znaczenie mają listy kontrolne (<i>checklisty</i>), które powinny mieć charakter obligatoryjny. Bez wykonania wszystkich wymaganych badań chory nie powinien być dopuszczony do konsylium, a zespół nie powinien ustalać planu leczenia, który w przeciwnym razie może być suboptymalny. • Zwiększenie efektywności diagnostyki – dzięki bieżącej współpracy między poziomami, ośrodki SOLO I są motywowane do prowadzenia pełnej diagnostyki, co przekłada się na lepsze wyniki leczenia i krótszy czas trwania całego procesu terapeutycznego. <u>Zasadne jest utrzymanie wymogu obligatoryjnego konsultowania każdego planu leczenia opracowanego w SOLO I z zespołem SOLO III.</u> Rozwiązanie to nie ogranicza autonomii ośrodków pierwszego poziomu w zakresie formy i składu konsylium, natomiast zapewnia merytoryczny nadzór i zgodność z obowiązującymi standardami. W praktyce możliwe byłoby wprowadzenie mechanizmu formalnego potwierdzania opinii SOLO III o zgodności lub niezgodności planu leczenia z zaleceniami, np. poprzez odpowiednią adnotację w	
--	--	--	---	--

			karcie e-DiLO. Takie rozwiązanie wzmocniłoby nadzór nad procesem diagnostyczno-terapeutycznym, umożliwiając kontrolę poprawności planów leczenia już na etapie ich tworzenia. <u>Zapis „przy współpracy z SOLO III poziomu” jest jednak zbyt ogólny i niewystarczający. Nie precyzuje obowiązków, trybu współpracy ani ram czasowych dla obu stron. Brak jednoznacznych regulacji w tym zakresie może prowadzić do różnic interpretacyjnych i konfliktów kompetencyjnych między ośrodkami. W ustawie powinno wyraźnie wskazać się, że w przypadkach rozbieżności decyzję ostateczną podejmuje ośrodek SOLO III, a także określić zasady nadzoru nad realizacją planu oraz odpowiedzialność za ewentualne błędy terapeutyczne.</u> Doświadczenia z ostatnich miesięcy (na podstawie danych z ośrodków realizujących zadania KSO) potwierdzają, że brak obowiązkowej konsultacji z SOLO III skutkuje poważnymi problemami praktycznymi: • trudnością w ocenie poprawności procesu leczenia, gdy błędy pojawiają się już na etapie planowania, • ryzykiem poważnych konsekwencji zdrowotnych dla pacjentów, którzy nie otrzymują optymalnej terapii. <u>Zasadne wydaje się także wprowadzenie mechanizmu finansowania konsultacji realizowanych przez ośrodki SOLO III.</u> Dodatkowe obciążenie pracą, wynikające z konieczności udziału w konsyliach ośrodków niższego poziomu, wymaga zapewnienia odpowiedniego finansowania. Wskazane jest opracowanie modelu, w którym konsultacje te byłyby częściowo lub w całości refundowane – analogicznie jak świadczenia wykonywane przez SOLO I. Propozycja ta była wielokrotnie zgłaszana w ramach konsultacji z Krajową Radą Onkologiczną (KRO) i Krajowym Ośrodkiem Monitorującym (KOM). Wynagrodzenie dedykowane za udział w takich konsultacjach zwiększyłoby zaangażowanie zespołów SOLO III i przyczyniłoby się do dalszej poprawy jakości leczenia. W odniesieniu do proponowanej zmiany w art. 6 ust. 2 pkt 2: 1. <i>„realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną, ustalony przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w art. 8 ust. 2 pkt 1, i przekazuje na bieżąco informacje o jego realizacji do SOLO III poziomu”,</i>	
--	--	--	---	--

			należy zauważyć, że <u>sformułowanie „na bieżąco” jest nieprecyzyjne i wymaga doprecyzowania</u>. Nie określa bowiem, czy przekazywanie informacji ma następować przed rozpoczęciem terapii, po każdym jej etapie, czy dopiero po zakończeniu leczenia. <u>Proponuje się zatem uzupełnienie przepisu o jednoznaczne wytyczne dotyczące czasu, trybu i zakresu przekazywanych informacji</u>. Brak tych elementów może utrudnić komunikację między ośrodkami i wprowadzić niepotrzebne niejasności. Warto podkreślić, że wiele ośrodków SOLO III posiada już sprawdzone rozwiązania w tym zakresie, które mogą stanowić wzorzec organizacyjny dla innych jednostek. W projekcie ustawy nie określono standardu czasowego dotyczącego wydawania rekomendacji merytorycznych przez ośrodki poziomu SOLO III dla ośrodków poziomu SOLO I w sprawach związanych z ustaleniem, modyfikacją lub weryfikacją planu leczenia, udziałem w konsyliach wielodyscyplinarnych bądź przejęciem pacjenta do dalszego leczenia. Brak takiego terminu może w praktyce prowadzić do opóźnień w procesie decyzyjnym i wydłużenia czasu rozpoczęcia terapii, co bezpośrednio wpływa na jakość i skuteczność leczenia onkologicznego. Zasadne byłoby <u>rozważenie wprowadzenia ustawowego lub wykonawczego standardu czasowego, który zobowiązywałby ośrodki SOLO III do udzielania rekomendacji w określonym, maksymalnym terminie</u>. Uzupełnieniem tego rozwiązania mogłoby być opracowanie miernika efektywności współpracy między poziomami SOLO, uwzględniającego czas reakcji, jakość komunikacji oraz terminowość przekazywania informacji. Taki wskaźnik pozwoliłby monitorować faktyczne funkcjonowanie mechanizmu współpracy w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej i wprowadzać korekty w przypadku stwierdzenia opóźnień lub nieefektywności. W kontekście nadzoru nad realizacją planów leczenia oraz ich ewentualnych modyfikacji ponownie pojawia się problem braku precyzyjnego określenia technicznej formy elektronicznego planu leczenia. Współpraca pomiędzy ośrodkami różnych poziomów referencyjnych wymaga pełnej interoperacyjności systemów informatycznych, umożliwiającej bezpieczną i płynną wymianę danych medycznych. Obecny projekt ustawy nie przewiduje jednak szczegółowych rozwiązań w tym zakresie, co może prowadzić do poważnych trudności organizacyjnych oraz ryzyka rozbieżności w dokumentacji medycznej.	
--	--	--	---	--

			Z tego względu zasadne jest, aby ustawodawca doprecyzował zarówno standard techniczny elektronicznego planu leczenia onkologicznego, jak i zasady wymiany informacji między ośrodkami. Tylko wówczas współpraca pomiędzy poziomami SOLO I–III będzie mogła przebiegać w sposób efektywny, spójny i zgodny z zasadami ciągłości opieki onkologicznej.	
31.	Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych i Zespół roboczy ds. rozliczeń Krajowej Sieci Onkologicznej Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 6 ust. 1 i 2 Art. 8 ust. 1 i 2	Zmiany w art. 6 ust. 1 i 2 polegające na dodaniu zapisu: 1) organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną SOLO I poziomu przy współpracy z SOLO III poziomu; oraz Zmiany w art. 8 ust. 1 i 2 polegające na zapisie: 5) sprawuje nadzór nad realizacją planów leczenia onkologicznego przez SOLO I poziomu, w tym jest uprawniony do rekomendowania ich modyfikacji; 6) współpracuje z SOLO I w zakresie organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną przez SOLO I Dotychczasowe doświadczenie wskazuje, że <u>brak stałego nadzoru ze strony SOLO III nad procedurami w SOLO I przekładać się może i niestety przekłada na nieprawidłowości w procesie diagnostycznym i leczniczym</u>. SOLO I często tworzy plany leczenia, bazując na dostępnych w danym ośrodku podstawowych metodach terapeutycznych, co skutkuje nie tylko ograniczoną diagnostyką, ale i planem uwzględniającym w pierwszej kolejności techniki posiadane przez SOLO I (np. leczenie operacyjne przed chemioterapią czy naświetlaniem). Taki sposób działania nie tylko nie odzwierciedla aktualnych standardów klinicznych, ale również nie uwzględnia najnowszych zaleceń towarzystw naukowych i jest sprzeczne z obwieszczenia MZ w zakresie kluczowych zaleceń diagnostyki i leczenia w nowotworach złośliwych. Przedłuża jednocześnie czas trwania całej ścieżki leczenia (konieczność wykonania badań uzupełniających już po etapie konsylium czy opóźnień w wdrożeniu właściwej terapii). Bezpośredni, osobisty udział przedstawicieli SOLO III w każdym konsylium realizowanym w SOLO I jest kluczowy dla zapewnienia wysokiej jakości opieki onkologicznej. Konsultacje te pozwalają na: • identyfikację nieprawidłowości - nadzór nad planami leczenia umożliwia wychwycenie błędów i nieścisłości na wczesnym etapie.	W zakresie konsultowania planu leczenia opracowanego w SOLO I z zespołem SOLO III – uwaga uwzględniona

			• ujednolicenie standardów - konsultacje sprzyjają wyrównywaniu standardów postępowania, dzięki czemu pacjenci, niezależnie od lokalizacji, otrzymują równą jakość leczenia, dopasowaną do ich stanu zdrowia i potrzeb. W tym zakresie bardzo ważne są checklisty, które winny być stosowane jako obligatoryjne, a nie dobrowolne (rekomendowane). Bez wykonania wszystkich wymaganych i zalecanych przez klinicystów badań, chory nie powinien móc przystąpić do konsylium, a zespół nie powinien ustalić planu leczenia (bo ten będzie po prostu suboptymalny). • zwiększenie efektywności diagnostyki - dzięki aktywnej współpracy między poziomami, SOLO I są zmotywowane do przeprowadzania pełnej diagnostyki, co przekłada się na lepsze wyniki leczenia (patrz punkt powyżej). Naszym zdaniem <u>utrzymanie wymogu każdorazowego konsultowania ostatecznie ustalonego planu leczenia z zespołem SOLO III powinno pozostać w mocy i być priorytetem dla skutecznego procesu leczenia chorego</u>. W tym miejscu należy podkreślić, iż takie ułożenie ścieżki nie określa formy czy zakresu konsylium, czy jest skąd i w jakiej formule formalno-prawnej biorąc w nim udział poszczególni lekarze, co byłoby odpowiedzią placówek SOLO I na zarzut ingerencji w składy konsylium. Jednakże każdorazowo taki plan powinien uzyskać opinie placówki SOLO III, jako zgodny lub niezgodny z zaleceniami (co można byłoby zaznaczać także w karcie eDILO). Takie działania będą narzędziem do monitorowania poprawności ścieżek leczenia już na etapie ich ustalania oraz zapewnią stosowną i bieżącą kontrolę nad przebiegiem diagnostyki. Udział SOLO III w procesie planowania powoduje, że wszyscy uczestnicy są zobowiązani do przestrzegania ustalonych standardów, zwiększając odpowiedzialność obu stron za ostatecznie podejmowane decyzje. Sam zapis „przy współpracy z SOLO III poziomu” jest zatem niewystarczający i zbyt lakoniczny (ogólny). Nie doprecyzowuje konkretnych zadań ani obowiązków (także czasowych) dla żadnej ze stron. Każda z nich w sposób dalece odmienny może interpretować powyższe sformułowanie, rozumiejąc je tak, jak będzie jej wygodnie. W sytuacjach konfliktowych trudno będzie zatem znaleźć wspólną płaszczyznę porozumienia i wypracować wspólny konsensus. Nigdzie bowiem nie wybrzmiewa, że w sytuacjach skrajnych ostatnie słowo lub decyzja powinna należeć do SOLO III lub SOLO III może odrzucić plan leczenia wskazany przez	
--	--	--	--	--

			SOLO I. Treść ustawy nie dookreśla również, jak potem nadzorować ten plan i kto odpowiada za prawidłowe wdrażanie błędnej koncepcji leczenia? Doświadczenie 7 miesięcy bieżącego roku wskazuje wyraźnie (na przykładzie naszej jednostki), że brak wymogu konsultacji z SOLO III prowadzić może do sytuacji, w której: • trudno ocenić poprawność leczenia, bowiem jeśli plan leczenia jest błędny już na etapie jego tworzenia, przez co ocena jego realizacji staje się praktycznie niemożliwa. • istnieje ryzyko poważnych konsekwencji zdrowotnych dla pacjentów, którzy nie otrzymują optymalnego leczenia. Jesteśmy przekonani jednocześnie, że problemy funkcjonalne SOLO III, które z tytułu powyższego obowiązku mają dodatkowe obciążenie pracą, rozwiązać może <u>wprowadzenie modelu finansowania dla SOLO III, w którym konsultacje będą częściowo lub w całości opłacane, co znacznie ułatwi organizację ich pracy i pozwoli zmotywować personel medyczny SOLO III uczestniczący w konsyliach dla SOLO I.</u> Dotychczas, takie finansowanie dedykowane było jedynie dla SOLO I. Problem był już wielokrotnie podnoszony i zgłaszany do przedstawicieli KRO i KOM. Odpowiednie wynagrodzenie za wykonane konsultacje sprawi również, że zespoły będą bardziej zaangażowane w poprawę jakości usług.	
32.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 6 ust. 1 i 2 Art. 8 ust. 1 i 2	Zmiany w art. 6 ust. 1 i 2 polegające na dodaniu zapisu: 1) organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną SOLO I poziomu przy współpracy z SOLO III poziomu; oraz Zmiany w art. 8 ust. 1 i 2 polegające na zapisie: 5) sprawuje nadzór nad realizacją planów leczenia onkologicznego przez SOLO I poziomu, w tym jest uprawniony do rekomendowania ich modyfikacji; 6) współpracuje z SOLO I w zakresie organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną przez SOLO I. Dotychczasowe doświadczenie wskazuje, że <u>brak stałego nadzoru ze strony SOLO III nad procedurami w SOLO I, przekładać się może i niestety przekłada na nieprawidłowości w procesie diagnostycznym i leczniczym.</u> SOLO I często tworzy	Uwaga uwzględniona – przepis preredagowano

			plany leczenia, bazując na dostępnych w danym ośrodku podstawowych metodach terapeutycznych, co skutkuje nie tylko ograniczoną diagnostyką, ale i planem uwzględniającym w pierwszej kolejności techniki posiadane przez SOLO I (np. leczenie operacyjne przed chemioterapią czy naświetlaniem). Taki sposób działania nie tylko nie odzwierciedla aktualnych standardów klinicznych, ale również nie uwzględnia najnowszych zaleceń towarzystw naukowych i jest sprzeczne z obwieszczenia MZ w zakresie kluczowych zaleceń diagnostyki i leczenia w nowotworach złośliwych. Przedłuża jednocześnie czas trwania całej ścieżki leczenia (konieczność wykonania badań uzupełniających już po etapie konsylium czy opóźnień w wdrożeniu właściwej terapii). Bezpośredni, osobisty udział przedstawicieli SOLO III w każdym konsylium realizowanym w SOLO I jest kluczowy dla zapewnienia wysokiej jakości opieki onkologicznej. Konsultacje te pozwalają na: – identyfikację nieprawidłowości - nadzór nad planami leczenia umożliwia wychwycenie błędów i nieścisłości na wczesnym etapie; – ujednolicenie standardów - konsultacje sprzyjają wyrównywaniu standardów postępowania, dzięki czemu pacjenci, niezależnie od lokalizacji, otrzymują równą jakość leczenia, dopasowaną do ich stanu zdrowia i potrzeb. W tym zakresie bardzo ważne są checklisty, które winny być stosowane jako obowiązkowe, a nie dobrowolne (rekomendowane). Bez wykonania wszystkich wymaganych i zalecanych przez klinicystów badań, chory nie powinien móc przystąpić do konsylium, a zespół nie powinien ustalić planu leczenia (bo ten będzie po prostu suboptymalny). – zwiększenie efektywności diagnostyki - dzięki aktywnej współpracy między poziomami, SOLO I są zmotywowane do przeprowadzania pełnej diagnostyki, co przekłada się na lepsze wyniki leczenia (patrz punkt powyżej). <u>Naszym zdaniem utrzymanie wymogu każdorazowego konsultowania ostatecznie ustalonego planu leczenia z zespołem SOLO III powinno pozostać w mocy i być priorytetem dla skutecznego procesu leczenia chorego.</u> W tym miejscu należy podkreślić, iż takie ułożenie ścieżki nie określa formy czy zakresu konsylium, czy jest skąd i w jakiej formule formalno-prawnej biorąc w nim udział poszczególni lekarze, co byłoby odpowiedzią placówek SOLO I na zarzut ingerencji w składy konsylium. Jednakże każdorazowo taki plan powinien uzyskać opinie placówki	
--	--	--	--	--

			SOLO III, jako zgodny lub niezgodny z zaleceniami (co można byłoby zaznaczać także w karcie eDILO). Takie działania będą narzędziem do monitorowania poprawności ścieżek leczenia już na etapie ich ustalania oraz zapewnią stosowną i bieżącą kontrolę nad przebiegiem diagnostyki. Udział SOLO III w procesie planowania powoduje, że wszyscy uczestnicy są zobowiązani do przestrzegania ustalonych standardów, zwiększając odpowiedzialność obu stron za ostatecznie podejmowane decyzje. Sam zapis „przy współpracy z SOLO III poziomu” jest zatem niewystarczający i zbyt lakoniczny (ogólny). Nie doprecyzowuje konkretnych zadań ani obowiązków (także czasowych) dla żadnej ze stron. Każda z nich w sposób dalece odmienny może interpretować powyższe sformułowanie, rozumiejąc je tak, jak będzie jej wygodnie. W sytuacjach konfliktowych trudno będzie zatem znaleźć wspólną płaszczyznę porozumienia i wypracować wspólny konsensus. Nigdzie bowiem nie wybrzmiewa, że w sytuacjach skrajnych ostatnie słowo lub decyzja powinna należeć do SOLO III lub SOLO III może odrzucić plan leczenia wskazany przez SOLO I. Treść ustawy nie dookreśla również, jak potem nadzorować ten plan i kto odpowiada za prawidłowe wdrażanie błędnej koncepcji leczenia? Doświadczenie 7 miesięcy bieżącego roku wskazuje wyraźnie, że brak wymogu konsultacji z SOLO III prowadzić może do sytuacji, w której: – trudno ocenić poprawność leczenia, bowiem jeśli plan leczenia jest błędny już na etapie jego tworzenia, przez co ocena jego realizacji staje się praktycznie niemożliwa; – istnieje ryzyko poważnych konsekwencji zdrowotnych dla pacjentów, którzy nie otrzymują optymalnego leczenia. Jesteśmy przekonani jednocześnie, że problemy funkcjonalne SOLO III, które z tytułu powyższego obowiązku mają dodatkowe obciążenie pracą, rozwiązać może wprowadzenie modelu finansowania dla SOLO III, w którym konsultacje będą częściowo lub w całości opłacane, co znacznie ułatwi organizację ich pracy i pozwoli zmotywować personel medyczny SOLO III uczestniczący w konsyliach dla SOLO I. Dotychczas, takie finansowanie dedykowane było jedynie dla SOLO I. Problem był już wielokrotnie podnoszony i zgłaszany do przedstawicieli KRO i KOM. Odpowiednie wynagrodzenie za wykonane konsultacje sprawi również, że zespoły będą bardziej zaangażowane w poprawę jakości usług.	
--	--	--	---	--

			W odniesieniu do ustawowego obowiązku pełnienia przez ośrodki SOLO III nadzoru nad prawidłowością realizacji WZT przez ośrodki SOLO I, w przypadku wykreślenia obowiązku realizacji konsylium przez SOLO III na rzecz SOLO I, utracone zostaną podstawowe dane umożliwiające taką weryfikację. Dla przykładu poniżej ankieta opracowania przez SOLO III Centrum Onkologii w Bydgoszczy, którą ośrodki SOLO I mają obowiązek wypełnić po zakończeniu pierwszego etapu leczenia określonego przez WZT. Dokument udostępniony za zgodą Centrum Onkologii w Bydgoszczy.	
33.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	Art. 6 ust. 1 i 2 Art. 8 ust. 1 i 2	Zmiany w art. 6 ust. 1 i 2 polegające na dodaniu zapisu: 1) organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną SOLO I poziomu przy współpracy z SOLO III poziomu; oraz Zmiany w art. 8 ust. 1 i 2 polegające na zapisie: 5) sprawuje nadzór nad realizacją planów leczenia onkologicznego przez SOLO I poziomu, w tym jest uprawniony do rekomendowania ich modyfikacji; 6) współpracuje z SOLO I w zakresie organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną przez SOLO I Dotychczasowe doświadczenie wskazuje, że <u>brak stałego nadzoru ze strony SOLO III nad procedurami w SOLO I przekładać się może i niestety przekłada na nieprawidłowości w procesie diagnostycznym i leczniczym</u>. SOLO I często tworzy plany leczenia, bazując na dostępnych w danym ośrodku podstawowych metodach terapeutycznych, co skutkuje nie tylko ograniczoną diagnostyką, ale i planem uwzględniającym w pierwszej kolejności techniki posiadane przez SOLO I (np. leczenie operacyjne przed chemioterapią czy naświetlaniem). Taki sposób działania nie tylko nie odzwierciedla aktualnych standardów klinicznych, ale również nie uwzględnia najnowszych zaleceń towarzystw naukowych i jest sprzeczne z obwieszczenia MZ w zakresie kluczowych zaleceń diagnostyki i leczenia w nowotworach złośliwych. Przedłuża jednocześnie czas trwania całej ścieżki leczenia (konieczność wykonania badań uzupełniających już po etapie konsylium czy opóźnień w wdrożeniu właściwej terapii). Bezpośredni, osobisty udział przedstawicieli SOLO III w każdym konsylium realizowanym w SOLO I jest	Uwaga uwzględniona - przepis preredagowano

			kluczowy dla zapewnienia wysokiej jakości opieki onkologicznej. Konsultacje te pozwalają na: • identyfikację nieprawidłowości - nadzór nad planami leczenia umożliwia wychwycenie błędów i nieścisłości na wczesnym etapie. • ujednolicenie standardów - konsultacje sprzyjają wyrównywaniu standardów postępowania, dzięki czemu pacjenci, niezależnie od lokalizacji, otrzymują równą jakość leczenia, dopasowaną do ich stanu zdrowia i potrzeb. W tym zakresie bardzo ważne są checklisty, które winny być stosowane jako obligatoryjne, a nie dobrowolne (rekomendowane). Bez wykonania wszystkich wymaganych i zalecanych przez klinicystów badań, chory nie powinien móc przystąpić do konsylium, a zespół nie powinien ustalić planu leczenia (bo ten będzie po prostu suboptymalny). • zwiększenie efektywności diagnostyki - dzięki aktywnej współpracy między poziomami, SOLO I są zmotywowane do przeprowadzania pełnej diagnostyki, co przekłada się na lepsze wyniki leczenia (patrz punkt powyżej). Naszym zdaniem utrzymanie wymogu każdorazowego konsultowania ostatecznie ustalonego planu leczenia z zespołem SOLO III powinno pozostać w mocy i być priorytetem dla skutecznego procesu leczenia chorego. Takie działania będą narzędziem do monitorowania poprawności ścieżek leczenia już na etapie ich ustalania oraz zapewnią stosowną i bieżącą kontrolę nad przebiegiem diagnostyki. Udział SOLO III w procesie planowania powoduje, że wszyscy uczestnicy są zobowiązani do przestrzegania ustalonych standardów, zwiększając odpowiedzialność obu stron za ostatecznie podejmowane decyzje. Sam zapis „przy współpracy z SOLO III poziomu” jest zatem niewystarczający i zbyt lakoniczny (ogólny). Nie doprecyzowuje konkretnych zadań ani obowiązków (także czasowych) dla żadnej ze stron. Każda z nich w sposób dalece odmienny może interpretować powyższe sformułowanie, rozumiejąc je tak, jak będzie jej wygodnie. W sytuacjach konfliktowych trudno będzie zatem znaleźć wspólną płaszczyznę porozumienia i wypracować wspólny konsensus. Nigdzie bowiem nie wybrzmiewa, że w sytuacjach skrajnych ostatecznie słowo lub decyzja powinna należeć do SOLO III lub SOLO III może odrzucić plan leczenia wskazany przez	
--	--	--	--	--

			SOLO I. Treść ustawy nie dookreśla również, jak potem nadzorować ten plan i kto odpowiada za prawidłowe wdrażanie błędnej koncepcji leczenia? Doświadczenie 7 miesięcy bieżącego roku wskazuje wyraźnie (na przykładzie naszej jednostki), że brak wymogu konsultacji z SOLO III prowadzić może do sytuacji, w której: • trudno ocenić poprawność leczenia, bowiem jeśli plan leczenia jest błędny już na etapie jego tworzenia, przez co ocena jego realizacji staje się praktycznie niemożliwa. • istnieje ryzyko poważnych konsekwencji zdrowotnych dla pacjentów, którzy nie otrzymują optymalnego leczenia. Jesteśmy przekonani jednocześnie, że problemy funkcjonalne SOLO III, które z tytułu powyższego obowiązku mają dodatkowe obciążenie pracą, rozwiązać może wprowadzenie modelu finansowania dla SOLO III, w którym konsultacje będą częściowo lub w całości opłacane, co znacznie ułatwi organizację ich pracy i pozwoli zmotywować personel medyczny SOLO III uczestniczący w konsyliach dla SOLO I. Dotychczas, takie finansowanie dedykowane było jedynie dla SOLO I. Problem był już wielokrotnie podnoszony i zgłaszany do przedstawicieli KRO i KOM. Odpowiednie wynagrodzenie za wykonane konsultacje sprawi również, że zespoły będą bardziej zaangażowane w poprawę jakości usług.	
34.	Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych i Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi i Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 6 ust. 2 pkt 2	Zmiany w art. 6 ust. 2 pkt 2 polegające na modyfikacji zapisu: 2) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną, ustalony przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w art. 8 ust. 2 pkt 1, i przekazuje na bieżąco informacje o jego realizacji do SOLO III poziomu; Sformułowanie „na bieżąco” jest nieprecyzyjne — nie określa jednoznacznie, czy chodzi o przekazywanie informacji przed samym rozpoczęciem realizacji planu leczenia, w jego trakcie np. po każdym etapie, czy już po zakończeniu terapii. Proponujemy uszczegółowić powyższy zapis nie tylko o wytyczne dotyczące samego momentu (czasu) przekazywania takich informacji do SOLO III, jak również trybu i zakresu udostępnianych danych. Brak dookreślenia sposobu, zakresu informacji i czasu ich przekazania może negatywnie wpłynąć na komunikację pomiędzy stronami i utrudnić dotychczasową współpracę generując niepotrzebne nieporozumienia. Warto zaznaczyć tutaj, że rozwiązania w tym	Uwaga częściowo uwzględniona – doprecyzowano „po każdym zakończonym etapie leczenia”

			zakresie zostały już przez placówki SOLO III wdrożone i mogą stanowić rekomendację dla innych szpitali (przykład ankiety z realizacji planu leczenia z województwa Kujawsko-Pomorskiego w załączeniu – za zgodą Centrum Onkologii w Bydgoszczy).	
35.	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach	Art. 6 ust. 2 pkt. 1	Brak określenia na czym ma polegać organizacja WZT we współpracy z SOLO III W obecnej chwili jednostki SOLO I w sposób dowolny organizują WZT w kontekście doboru lekarzy konsultantów do WZT, nie są zobowiązane również do przeprowadzania konsylium pod nadzorem/w obecności lekarza konsultanta SOLO III. SOLO III nie ma zatem realnie żadnego wpływu na przebieg konsylium i nie ma głosu w ustalaniu planu leczenia. Wnosimy o dopisanie do art.. 6 ust. 2 pkt 1 po przecinku: <i>zapewniając udział lekarza konsultanta SOLO III z jednej z dziedzin w WZT.</i>	Uwaga nieuwzględniona – nie jest celowym zawężanie składu zespołu WZT. Zgodnie z nowelizacją WZT ma być organizowany we współpracy z SOLO III. Zasady współpracy mają być wypracowane w drodze porozumienia pomiędzy SOLO I i SOLO III.
36.	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach	Art. 6 ust. 2 pkt. 2	Sformułowanie: „i przekazuje na bieżąco informacje o jego realizacji” nie określa w jakiej formie i w jakich odstępach czasowych i częstotliwości ma być przekazywana informacja o realizacji planu leczenia. Plan leczenia jest realizowany przez jednostki SOLO wieloetapowo, często wieloośrodkowo, a także w długim okresie czasu. Należy doprecyzować w jakiej formie i częstotliwości ośrodek SOLO I ma informować SOLO III o realizacji planu leczenia. Proponujemy (np. po każdym zakończonym etapie leczenia) ośrodek byłby zobowiązany do zaraportowania w karcie eDiLO realizacji etapu leczenia: ✓ zgodnie z planem leczenia - lub ✓ odnotować przyczynę zmiany planu leczenia. Bez tych regulacji Ośrodek SOLO I nie jest w stanie wypełnić ustawowego obowiązku o bieżącym informowaniu SOLO III o realizacji planu leczenia. Wnosimy o dopisanie po słowie „na bieżąco” wtrącenia w nawiasie: <i>..., (poprzez odnotowywanie etapów realizacji planu leczenia w systemie e-DiLO), ...</i>	Uwaga częściowo uwzględniona – doprecyzowano „po każdym zakończonym etapie leczenia”

37.	Wojewoda Podlaski	Art. 6 ust. 2 pkt 2 zmienianej ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej	Obowiązek bieżącego przekazywania do SOLO III informacji o realizacji planu leczenia rodzi wątpliwość dot. zasad gromadzenia/ archiwizacji informacji o stanie zdrowia osoby, która nie jest de facto pacjentem. Pożądanym rozwiązaniem będzie możliwość samodzielnego uregulowania zasad obiegu informacji pomiędzy ośrodkami SOLO I i III w odrębnej umowie o współpracy, co umożliwi realny nadzór nad planem leczenia. Proponuje uchylenie się zapisu i pozostawienie zasad współpracy w tym zakresie stronom umowy o współpracy.	Uwaga niezrozumiała. Zasady przekazywania informacji będą uregulowane w porozumieniach zawieranych przez SOLO I i SOLO III.
38.	Wojewoda Podlaski	Art. 6 ust. 2 pkt 3, art. 7 ust. 2 pkt 3, art. 8 ust. 2 pkt 3 zmienianej ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej	Postanowienie o treści „wyznacza koordynatora opieki onkologicznej” wymaga uzupełnienia. Należy umożliwić wyznaczenie więcej niż jednego koordynatora. W art. 6 ust. 2 pkt 3, art. 7 ust. 2 pkt 3, art. 8 ust. 2 pkt 3 sugeruje się wprowadzić postanowienie o treści : „wyznacza koordynatora lub koordynatorów opieki onkologicznej w liczbie zapewniającą bezpieczeństwo i jakość całego procesu terapeutycznego.”	Uwaga nieuwzględniona - koordynator jest wyznaczany dla pacjenta, dlatego użyta jest liczba pojedyncza.
39.	Wielkopolskie Centrum Onkologii i Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii onkologicznej i Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	art. 6 ust. 2, pkt. 2.	„2) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną, ustalony przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w art. 8 ust. 2 pkt 1, i przekazuje na bieżąco informacje o jego realizacji do SOLO III poziomu” Uzasadnienie: Sformułowanie „na bieżąco” jest nieprecyzyjne — nie określa jednoznacznie, czy chodzi o przekazywanie informacji przed rozpoczęciem realizacji planu leczenia, w jego trakcie, czy po zakończeniu leczenia. Proponujemy doprecyzowanie momentu i trybu przekazywania informacji.	Uwaga częściowo uwzględniona – doprecyzowano „po każdym zakończonym etapie leczenia”
40.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Art. 6 i 7	ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie: „1. SOLO I poziomu zapewnia udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w jednym z trzech obszarów: 1) leczenie zabiegowe chirurgiczne, 2) chemioterapia i inne metody leczenia systemowego,	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji.

			3) radioterapia onkologiczna oraz współpracuje z SOLO III poziomu. Propozycja rozwiązań: w art. 6 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie: „1. SOLO I poziomu zapewnia udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w jednym z trzech obszarów: 1) leczenie zabiegowe chirurgiczne, 2) chemioterapia i inne metody leczenia systemowego, 3) radioterapia onkologiczna oraz współpracuje z SOLO II i III poziomu. 2. SOLO I poziomu: 1) organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną SOLO I poziomu przy współpracy z SOLO III poziomu; Propozycja rozwiązań: 2. SOLO I poziomu: 1) organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną SOLO I poziomu przy współpracy z SOLO III poziomu lub SOLO II poziomu; Uzasadnienie: SOLO II jest samodzielnym ośrodkiem, realizującym własne konsylia specjalistyczne. Organizacja konsyliów przez SOLO II poziomu dla SOLO I jest zasadne i pozwoli na odciążenie ośrodków SOLO III. Zdarza się, że na terenie danego województwa jest tylko 1 ośrodek SOLO III. Nadto lokalizacja SOLO I oraz SOLO II często jest na terenie tego samego miasta, co zwiększy dostępność dla pacjentów uczestniczących w nim oraz zmniejszy obciążenia dla ośrodków SOLO III. 2. SOLO II poziomu: 1) organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną SOLO II poziomu;	
--	--	--	--	--

			2) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO II poziomu; Propozycja rozwiązań: 2. SOLO II poziomu: 1) organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną SOLO II poziomu oraz SOLO I poziomu; 2) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO II poziomu oraz SOLO I poziomu; Uzasadnienie: konsekwencja zmiany art.. 6 ust.1 i 2	
41.	Naczelna Rada Lekarska Po terminie		Zastrzeżenia budzi proponowane brzmienie art. 6 ust. 2, art. 7 ust. 2 oraz art. 8 ust. 2 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, w którym uchyla się obowiązek podmiotów będących SOLO I oraz SOLO II zapewnienia świadczeniobiorcom możliwości umawiania terminu udzielania świadczeń opieki onkologicznej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności oraz obowiązku systematycznej oceny satysfakcji świadczeniobiorców na podstawie anonimowych ankiet dedykowanych specjalnie dla świadczeń onkologicznych.	Uwaga nieuwzględniona – w uzasadnieniu zostało wyjaśnione, że zniesienie obowiązku zapewnienia możliwości umawiania oraz zmiany terminu udzielania świadczeń opieki onkologicznej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności jest związane z prowadzonym procesem wdrażania centralnej e-rejestracji. Zniesienie obowiązku prowadzenia oceny satysfakcji świadczeniobiorców, wynika z powielenia obowiązku prowadzonego ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece

				zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.
42.	Alivia - Fundacja Onkologiczna	Art. 6 i art. 8	Przepis art. 6 i art. 8 dot. współpracy SOLO I i SOLO III Należy uporządkować współpracę merytoryczną i terminy konsultacji z obowiązkową adnotacją w e-DILO. Spójność decyzji terapeutycznych między poziomami zmniejszy rozbieżności i opóźnienia oraz wzmocni odpowiedzialność zespołową. Rekomendujemy wprowadzenie wskaźników dostępności konsultacji (np. do X dni roboczych), obowiązek dokumentowania ustaleń w e-DILO oraz formalny tryb wspólnego uzgadniania i modyfikacji planu leczenia.	Uwaga nieuwzględniona – brak propozycji zmiany przepisów.
43.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Art. 8	Art. 8 W projekcie brak jest opisu sposobu współpracy pomiędzy ośrodkami zakwalifikowanymi do SOLO I, II i III poziomu oraz co do ewentualnego udziału lekarzy oraz realizacji zapisów WZT. W szczególności chodzi o zasady współpracy między SOLO II zapewniającymi udzielanie świadczeń w dwóch z trzech obszarów po WZT. Powstaje pytanie, na jakich zasadach i z jakimi świadczeniodawcami ośrodek SOLO II poziomu zobowiązany jest (i czy jest zobowiązany) zawrzeć umowę na realizację pozostałego obszaru i na jakich zasadach powinno się sprawozdawać i rozliczać te świadczenia z NFZ. W określaniu zadań i obowiązków podmiotów SOLO III poziomu należy podkreślić obowiązek ścisłej współpracy z podmiotami SOLO I poziomu oraz podmiotami SOLO II poziomu.	Uwaga nieuwzględniona – brak propozycji zmiany przepisów.
44.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 6 (dot. zmiany art. 8 ust. 2) pkt 3	Wprowadzenie przecinka przed wyrazem „wyznaczonemu”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowane brzmienie: „wyznacza koordynatora opieki onkologicznej oraz udziela merytorycznego wsparcia koordynatorowi opieki onkologicznej, wyznaczonemu przez SOLO I poziomu”	Uwaga redakcyjna
45.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 7	Wprowadzenie przecinka przed wyrazem „wskazanych” oraz usunięcie przecinka przed spójnikiem „albo”. Zastąpienie wyrazu: „wskazanych” wyrazem: „określonych” i wstawienie przecinka przed wyrażeniem „usuwa podmiot leczniczy z wykazu”.	Uwaga redakcyjna

			Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowane brzmienie: „[...] wskaźników jakości opieki onkologicznej, określonych w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 18 ust. 3 albo nieopracowania tego planu w terminie, o którym mowa w 18 ust. 3, usuwa podmiot leczniczy z wykazu, o którym mowa [...].	
46.	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach	Art. 8 ust. 2 pkt. 5	Brak doprecyzowania w jaki sposób SOLO III ma pełnić nadzór nad realizacją planów leczenia onkologicznego w ośrodkach SOLO I i w jaki sposób ośrodek SOLO III ma rekomendować jego zmianę. Bez uregulowania zasad przeprowadzania WZT we współpracy z SOLO III, określenia wymagań co do obecności lekarza konsultanta SOLO III podczas WZT, a także formy i trybu przekazywania informacji o realizacji planu leczenia ośrodek SOLO III nie będzie w stanie wypełnić ustawowego obowiązku sprawowania nadzoru nad realizacją planów leczenia i rekomendacji ich modyfikacji Proponuje się średnik zastąpić przecinkiem i po przecinku dodanie: <i>...poprzez udział lekarza konsultanta SOLO III w WZT realizowanych w SOLO I.</i> Ponadto proponuje się nadanie lekarzowi konsultantowi z SOLO III funkcji przewodniczącego WZT co uprawniałoby go do podjęcia decyzji odnośnie ostatecznego planu leczenia, a także w procesie oceny jego realizacji do rekomendowania jego zmiany w sposób skuteczny w oparciu o kluczowe zalecenia.	Uwaga częściowo uwzględniona – SOLO III poziomu zatwierdza plan SOLO I.
47.	Wielkopolskie Centrum Onkologii i Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii onkologicznej i Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	art. 8 ust. 2, pkt. 5. Strona nr 4.	„5) sprawuje nadzór nad realizacją planów leczenia onkologicznego przez SOLO I poziomu, w tym jest uprawniony do rekomendowania ich modyfikacji” Uzasadnienie: W kontekście planowanych obowiązków jednostek SOLO I, powyższy zapis może być różnie interpretowany — zwłaszcza w zakresie momentu sprawowania nadzoru, jego formy oraz zakresu. Warto rozważyć doprecyzowanie, czy nadzór ten ma dotyczyć wszystkich planów leczenia, czy jedynie wybranych (np. losowo lub według określonych kryteriów), bądź też pozostawić tę kwestię do określenia w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.	Uwaga nieuwzględniona – przepis dotyczy wszystkich planów. W pozostałym zakresie brak propozycji zmiany przepisów.

			Zwracamy również uwagę, że zakres obowiązków jednostek SOLO III w projekcie ustawy jest znacząco szerszy niż obowiązki jednostek SOLO II i SOLO I, przy jednoczesnym braku informacji o źródłach finansowania realizacji tych zadań oraz sposobie ich technicznej realizacji. W szczególności dotyczy to wymiany informacji pomiędzy jednostkami SOLO, czy ma być dwustronna, czy oparta na danych z Narodowego Funduszu Zdrowia lub na wprowadzanej karcie e-DILO.	
48.	Wojewoda Podlaski	Art. 8 ust. 2 pkt 6 zmienianej ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej	Stwierdzenie, iż SOLO III poziomu współpracuje z SOLO I w zakresie organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych” jest niewystarczające. Sformułowanie jest niewystarczające. Proponuje się uchylenie owego postanowienia i pozostawienie określenia zasad współpracy w tym zakresie stronom umowy o współpracy.	Uwaga nieuwzględniona – zasady współpracy będą określone w porozumieniach pomiędzy SOLO I i SOLO III.
49.	Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy	art. 6 ust. 2. 1) i art. 6 ust. 2. 2) w powiązaniu z art. 8. ust. 2. 5) i art. 8. ust. 2. 6)	W kontekście zmian w art. 6 ust. 2. 1) i art. 6 ust. 2. 2) w powiązaniu z art. 8. ust. 2. 5) i art. 8. ust. 2. 6), które ograniczają obowiązki SOLO III w zakresie organizacji Wielodyscyplinarnych Zespołów Terapeutycznych (WZT) dla SOLO I należy podkreślić, że: - Ośrodki SOLO III włożyły bardzo dużo pracy w organizację i funkcjonowanie WZT realizowanych dla pacjentów z SOLO I. <u>SOLO III poczyniły liczne inwestycje, niezbędne do organizacji WZT dla SOLO I z użyciem systemów teleinformatycznych w tym między innymi:</u> - Zakup sprzętu komputerowego. - Zakup kamer, mikrofonów, monitorów. - Zakup licencji i oprogramowania niezbędnego do zdalnej obsługi WZT dla SOLO I na odpowiednim poziomie i z odpowiednimi zabezpieczeniami. - Zakup stacji do wgrywania badań obrazowych pacjentów z SOLO I. - Zatrudnienie i przeszkolenie personelu do obsługi pacjentów z SOLO I i całego procesu organizacji WZT dla SOLO I. - Modyfikacja istniejącej infrastruktury informatycznej (sieci przesyłania danych) i dostosowanie ich do potrzeb realizacji WZT w trybie zdalnym. <u>Wycofanie się z tego elementu budzi wątpliwości w kontekście wydatkowanych już środków publicznych na rzecz rozwoju KSO.</u> - SOLO III poprzez narzucenie SOLO I zasad współpracy, a w szczególności sposobów przygotowania pacjentów do WZT i wymagania od SOLO I wykonania u pacjentów badań określonych w Kluczowych Zaleceniach niezbędnych do podjęcia decyzji terapeutycznych znacząco przyczyniły się do lepszej i bardziej	Uwaga nieuwzględniona – sprzeczna z założeniami ustawy

			adekwatnej oceny pacjentów przez planowanym leczeniem onkologicznym, a w konsekwencji z pewnością do skuteczniejszego ich leczenia. Ten element poprawy jakości w szczególności spełniał założenia leżące u podstaw stworzenia Krajowej Sieci Onkologicznej w zakresie zunifikowania podejmowania decyzji, wyrównywania szans pacjentów, porównywalnej diagnostyki i dostępu chorych do podobnego leczenia niezależnie od ośrodka. • Wysoce nieprecyzyjnym jest określenie, że SOLO I organizuje WZT przy współpracy z SOLO III. <u>Z propozycji zmian w ustawie nie wynika w jakim zakresie ta współpraca miałyby się odbywać i przede wszystkim jaki byłby udział SOLO III w ustalaniu planu leczenia onkologicznego (PLO).</u> Budzi to istotne wątpliwości w kontekście proponowanego art. 8. ust. 2. 5), według którego SOLO III sprawuje nadzór nad realizacją PLO przez SOLO I poziomu i jest uprawniony do rekomendowania ich modyfikacji. Dotychczasowe doświadczenie wskazuje, że brak stałego nadzoru ze strony SOLO III nad procedurami w SOLO I przekładać się może i niestety przekłada na nieprawidłowości w procesie diagnostycznym i leczniczym. SOLO I często tworzy plany leczenia, bazując na dostępnych w danym ośrodku podstawowych metodach terapeutycznych, co skutkuje nie tylko ograniczoną diagnostyką, ale i planem uwzględniającym w pierwszej kolejności techniki posiadane przez SOLO I (np. leczenie operacyjne przed chemioterapią czy naświetlaniem). Taki sposób działania nie tylko nie odzwierciedla aktualnych standardów klinicznych, ale również nie uwzględnia najnowszych zaleceń towarzystw naukowych. Przepis ten również nie doprecyzowuje finansowania dla SOLO III w procesie współpracy z SOLO I i nadzoru nad prawidłową realizacją PLO u pacjentów objętych opieką onkologiczną przez SOLO I. <u>Z propozycji zmian w ustawie nie wynika również w jaki sposób SOLO III miałyby skutecznie (na czas/przed rozpoczęciem leczenia pacjenta) rekomendować zmianę planu leczenia onkologicznego, jeśli nie uczestniczy w jego ustalaniu.</u> Nawet jeśli SOLO III dostałby do wglądu i zaopiniowania decyzję WZT zrealizowanego w SOLO I, to byłoby to powielanie procesu decyzyjnego. Wynika to z faktu, że odniesienie się do tej decyzji merytorycznie wymagałoby konsultacji również w ramach wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów (przy pełnym wglądzie do dokumentacji pacjenta). Realnym jest jedynie nadzór nad realizacją Planu Leczenia Onkologicznego ustalonego przez SOLO III. W naszej ocenie powyższe propozycje bezwzględnie wymagają doprecyzowania.	
--	--	--	---	--

			• Kwestią wymagającą uszczegółowienia jest również zapis art. 6 ust. 1 i 2 w zakresie zapewniania przez SOLO III możliwości skorzystania z porad i konsultacji dla SOLO I i SOLO II, w tym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności – finansowanie tego typu świadczeń na zasadach zawartych umów z NFZ (porada ambulatoryjna/teleporada?) czy płatnikiem jest SOLO I/SOLO II – należy określić ewentualną wartość obciążenia za ww. świadczenia. • Oczywiście rozumiemy, że w Polsce są ośrodki SOLO III, które mają pod swoim nadzorem kilkanaście i więcej SOLO I. Dla tych ośrodków organizacja WZT dla pacjentów z SOLO I jest ogromnym obciążeniem (zarówno dla kadry administracyjnej jak i zaangażowanych w WZT lekarzy). <u>Zatem w przypadku podtrzymania decyzji o konieczności zmian w ustawie w omawianym powyżej zakresie proponujemy:</u> - o Doprecyzować przepisy w kontekście współpracy SOLO I i SOLO III w zakresie organizacji WZT, ustalaniu planu leczenia onkologicznego i nadzoru SOLO III nad jego realizacją. - o Modyfikację powyższych zapisów w takiej formie, aby SOLO I organizowało WZT i ustalało Plan Leczenia Onkologicznego dla pacjentów SOLO I wyłącznie w zakresie jednomodalnego leczenia zgodnego z obszarem, do którego SOLO I został zakwalifikowany. W przypadku konieczności kwalifikacji pacjenta do leczenia multimodalnego lub z obszaru spoza kwalifikacji SOLO I pacjent byłby omawiany w ramach WZT zorganizowanego przez SOLO III na zasadach określonych w obecnym brzmieniu ustawy. Przykładowo, gdy SOLO I zapewnia leczenie wyłącznie w obszarze chemioterapii organizuje WZT, które mogą podjąć decyzję wyłącznie o leczeniu systemowym/chemioterapii (jako jedynej formy terapii), jeśli ten sam pacjent wymaga leczenia chirurgicznego lub chemioterapii w łączności z radioterapią powinien być omówiony w ramach WZT zorganizowanego przez SOLO III. - o <u>Utrzymanie obecnych współczynników onkologicznych ze współczynnikiem jakościowym na poziomie max. 1,25 w KSO.</u> Art. 35 ust 3 - Współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, wynoszą nie więcej niż 1,25: Zapisy zawarte w Ustawie KSO w zakresie progresywnego wprowadzania współczynników jakościowych od poziomu 1,15 (zaczynając od 2026 roku), poprzez kolejne kwalifikacje o 2 pkt co dwa lata, pozwolą dopiero przy szóstym wyliczeniu w 2036 roku na osiągnięcie pełnej wartości 1,25: 1,15 przy pierwszym wyliczeniu (rok 2026), 1,17 przy drugim wyliczeniu (rok 2028), 1,19 przy trzecim wyliczeniu (rok 2030), 1,21 przy czwartym wyliczeniu (rok 2032), 1,23 przy	
--	--	--	--	--

			piątym wyliczeniu (rok 2034), 1,25 przy szóstym wyliczeniu (rok 2036). Zgodnie z powszechną interpretacją wysokospecjalistyczne Ośrodki onkologiczne przez kolejne 10 lat mogą być pozbawione środków na pokrycie deficytów wynikających z realizacji wysokokosztowych procedur, ponieważ współczynniki jakościowe mają zgodnie z aktualnymi założeniami zastąpić dotychczas stosowane współczynniki korygujące. Ustawa KSO zakłada, że wysokość współczynników korygujących nie może przekroczyć 25%. Przy takiej interpretacji i kwalifikacji współczynników, brak utrzymania systemu rozliczeń z uwzględnieniem sumowania współczynnika DILO 1,25, współczynników dodatkowych (1,17; 1,18) oraz współczynników dedykowanych dla Centrów Kompetencji, spowoduje utratę efektywności ekonomicznej przez Centra Onkologii. Wprowadzenie mierników i wskaźników jakości opieki onkologicznej stanowi istotny krok w kierunku podnoszenia standardów leczenia i monitorowania efektywności procedur. Zgodnie z założeniami, mierniki te mają służyć ocenie skuteczności, terminowości oraz zgodności leczenia onkologicznego ze standardami postępowania medycznego. Pozwoli to na identyfikację Ośrodków zapewniających pacjentom najwyższy poziom opieki i osiągających najlepsze wyniki leczenia przy jednoczesnej optymalizacji kosztów. Wskaźniki jakościowe KSO winny być uznawane jako mechanizm premiowego, komplementarnego względem obowiązujących obecnie współczynników korygujących, który służy motywowaniu świadczeniodawców do systematycznego podnoszenia jakości leczenia.	
50.	Naczelna Rada Lekarska Po terminie	art. 11 ust. 1 pkt 3	W art. 11 ust. 1 pkt 3 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej wskazuje się, że przypadku nieosiągnięcia przez podmiot leczniczy wartości kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej, albo nieopracowania tego planu naprawczego w terminie Prezes NFZ „usuwa” podmiot z wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej. Użyta w art. 11 ust. 1 pkt 3 ustawy terminologia jest niezgodna z terminologią zastosowaną w art. 18 ust. 8 ustawy oraz z art. 19 ustawy, który postuluje się określeniem „podmiot zostaje wyłączony z Krajowej Sieci Onkologicznej”. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje ujednolicenie pojęć używanych w projekcie ustawy.	Uwaga uwzględniona
51.	Naczelna Rada Lekarska	art. 18	Zastrzeżenia budzi także zmiana w obrębie art. 18 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej - dotychczas weryfikacji osiągnięcia przez podmiot zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej odpowiedniego poziomu	Uwaga nieuwzględniona – uwaga niezgodna z

	Po terminie		wskaźników jakości opieki onkologicznej, w tym kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, dokonywała Krajowa Rada Onkologiczna, czyli organ o charakterze eksperckim. W projekcie ustawy przewiduje się, że weryfikację osiągnięcia wskaźników jakości będzie przeprowadzał Narodowy Fundusz Zdrowia. Samorząd lekarski negatywnie opiniuje to rozwiązanie. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że - dla osiągnięcia transparentności rozliczania świadczeń oraz niezależności oceny jakości ośrodków onkologicznych - powinno się dążyć do rozdzielenia funkcji płatnika od funkcji kontrolera jakości. Jest to już kolejny przykład, w którym Narodowy Fundusz Zdrowia skupia w sobie dwie role, które powinny być rozdzielone.	założeń. Obawa nieuzasadniona – weryfikacja będzie prowadzona na podstawie danych z systemu KSO.
52.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 8	Proponowana zmiana szyku zdań. Uzupełnienie przecinków. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowane brzmienie: 1. Weryfikacja osiągnięcia przez podmiot leczniczy, zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej, minimalnych i docelowych wartości wskaźników jakości opieki onkologicznej, w tym kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, prowadzona jest przez Fundusz co 2 lata, począwszy od pierwszego dnia obliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej, na podstawie analizy, o której mowa w art. 25. 2. W terminie 14 dni od dnia zakończenia weryfikacji, o której mowa w ust. 1, Fundusz informuje w formie pisemnej podmiot leczniczy, którego weryfikacja dotyczyła o jej wynikach, to jest o osiągnięciu albo nieosiągnięciu minimalnej lub docelowej wartości wskaźników jakości opieki onkologicznej. 3. W przypadku nieosiągnięcia minimalnej wartości kluczowego wskaźnika jakości opieki onkologicznej, podmiot leczniczy zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej ma obowiązek opracować, w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ten podmiot informacji, o której mowa w ust. 2, plan naprawczy Krajowej Sieci Onkologicznej, dotyczący poprawy tego wskaźnika jakości opieki onkologicznej i przekazać go do Funduszu. 7. Po upływie 12 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej, podmiot leczniczy, którego plan dotyczy, jest poddawany ponownej weryfikacji w zakresie osiągnięcia minimalnej wartości kluczowego wskaźnika jakości opieki onkologicznej, wskazanego w planie naprawczym.	Uwaga redakcyjna

			8. W przypadku, gdy nieosiągnięcie minimalnej wartości kluczowego wskaźnika jakości opieki onkologicznej, wskazanego w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej, jest następstwem siły wyższej, Rada może przedłużyć termin wdrożenia planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej do 24 miesięcy od dnia zatwierdzenia tego planu. 9.W przypadku nieosiągnięcia minimalnej wartości kluczowego wskaźnika jakości opieki onkologicznej, wskazanego w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej, w terminie określonym w ust. 7 lub 8, podmiot leczniczy nie jest uprawniony do udzielania świadczeń w danym obszarze [...] . Jeżeli podmiot leczniczy nie osiągnął wartości wszystkich kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, wskazanych w planie	
53.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 8 (dotyczy ogólnie projektowanego art. 18)	Art. 1 pkt 8 (dotyczy ogólnie projektowanego art. 18) Nowe zadania dotyczą Funduszu czy Prezesa Funduszu? Czy nie powinny to korelować z zadaniami określonymi w przepisach ustawy o świadczeniach?	Uwaga częściowo uwzględniona w związku z uwzględnieniem uwagi dot. zmiany sposobu informowania podmiotów o wyniku weryfikacji - koreluje z ustawą o świadczeniach.
54.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 8 (dotyczy projektowanego art. 18 ust. 1)	Art. 1 pkt 8 (dotyczy projektowanego art. 18 ust. 1) Projektowane przepisy nie zawierają przepisów przejściowych, w związku z tym zawarte w projektowanym art. 18 ust. 1 sformułowanie „<i>od pierwszego dnia obliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej</i>” nie jest doprecyzowane. Przy jego określaniu proponuje się uwzględnić postulat, aby wartości wskaźników obliczane były za rok kalendarzowy oraz fakt, że dane wykorzystywane do analizy, o której mowa w projektowanym art. 25 stabilizują się ok. 4 miesiące po zakończeniu roku kalendarzowego.	Uwaga uwzględniona
55.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 8 (dotyczy projektowanego art. 18 ust. 2)	Art. 1 pkt 8 (dotyczy projektowanego art. 18 ust. 2) Proponuje się, aby zmodyfikować sposób informowania o osiągniętych przez świadczeniodawców wartościach wskaźników opieki onkologicznej, o którym mowa w projektowanym art. 18. ust. 2, w sposób analogiczny jak ma to miejsce w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i	Uwaga uwzględniona

			bezpieczeństwie pacjenta., tj.: „2. Prezes Funduszu publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu wyniki weryfikacji, o której mowa w ust 2.”. W konsekwencji w art. 18 ust 3. sformułowanie „w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ten podmiot informacji, o której mowa w ust. 2” zastąpić sformułowaniem „ w terminie 30 dni od dnia publikacji, o której mowa w ust. 2.”.	
56.	Alivia - Fundacja Onkologiczna	Art. 18 ust. 1-2 Art. 1 pkt 8 dot. art. 18 ust. 1 i 2	Przepis: art. 18 ust. 1-2 dot. weryfikacji jakości przez NFZ Dwuletni cykl weryfikacji wymaga zabezpieczenia corocznego mechanizmu „wczesnego ostrzegania”. Wskaźniki liczone są rocznie, a brak corocznej informacji zwrotnej opóźnia reakcję na spadek jakości i utrudnia działania korygujące. Rekomendujemy wprowadzenie corocznego raportu informacji zwrotnej NFZ dla każdego podmiotu oraz doprecyzowanie, że weryfikacja co 2 lata opiera się na dwóch kolejnych okresach 12-miesięcznych. Należy również przewidzieć uruchamianie działań korygujących po upływie 12 miesięcy w celu uniknięcia ryzyka nieosiągnięcia wartości minimalnych wskaźników.	Uwaga częściowo uwzględniona – przepis preredagowano
57.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 8 (dotyczy projektowanego art. 18 ust. 6)	Art. 1 pkt 8 (dotyczy projektowanego art. 18 ust. 6) Prezes Funduszu zatwierdza plan naprawczy, ale wyłącznie po jego pozytywnej opinii przez Radę. Rozpoczyna to proces, który może zakończyć się wyłączeniem podmiotu z KSO. W przypadku gdyby podmiot uporczywie tworzył plan, który nie zostałby pozytywnie zaopiniowany przez Radę, mógłby w tym czasie realizować świadczenia opieki onkologicznej, nie spełniając kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, z uwagi na brak sankcji. Taka sytuacja teoretycznie mogłaby trwać bez końca (zapętlenie procesu). Możliwym rozwiązaniem tej sytuacji, które należy rozważyć może być dodanie przepisu, stanowiącego, że 3-krotne nieuzyskanie pozytywnej opinii Rady, po wskazaniu przez Radę na konieczność poprawy planu naprawczego, skutkuje wyłączeniem z KSO. W związku z powyższym proponuję zmienić brzmienie art. 18 ust. 9: „9. W przypadku nieosiągnięcia w terminie określonym w ust. 7 lub 8 minimalnej wartości kluczowego wskaźnika jakości opieki onkologicznej wskazanego w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej podmiot leczniczy nie jest uprawniony do udzielania świadczeń w danym obszarze, o którym mowa w art. 6 ust. 1, art. 7 ust. 1 i art. 8 ust. 1, w danym rozpoznaniu, do którego odnosił się jeden lub kilka kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej. Jeżeli podmiot leczniczy nie	Uwaga częściowo uwzględniona – zmodyfikowano przepis.

			osiągnął wartości wszystkich kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej albo nie opracował planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej w terminie, o którym mowa w ust. 3, <u>albo 3-krotnie nie uzyskał pozytywnej opinii Rady, po wskazaniu przez Radę na konieczność poprawy planu naprawczego w terminie, o którym mowa w ust. 3, zostaje wyłączony z Krajowej Sieci Onkologicznej w terminie 30 dni od dnia przekazania przez Radę do Funduszu informacji o ponownej weryfikacji, o której mowa w ust. 7 i 8.</u>	
58.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 8 (dotyczy projektowanego art. 18 ust. 7)	Art. 1 pkt 8 (dotyczy projektowanego art. 18 ust. 7) Konsekwencją proponowanego sformułowania art. 18. ust 7 jest wielokrotne przeliczanie różnych wskaźników (w zależności od tego, które są wskazane w planie naprawczym), dotyczących różnych świadczeniodawców, w różnym okresie czasu. Mając na uwadze, że w części 6. Oceny Skutków Regulacji wskazano, że proponowane zmiany nie będą wiązać się z zapotrzebowaniem na nowe etaty, pomimo przyznania Funduszowi do realizacji nowego zadania w postaci monitorowania jakości opieki onkologicznej, proponuje się ze względu na racjonalizację zasobów, aby na potrzeby ponownej weryfikacji w zakresie osiągnięcia wartości minimalnej kluczowego wskaźnika jakości onkologicznej wskazanego w planie naprawczym, analiza, o której mowa w projektowanym art. 25 wykonywana była raz w roku, nie wcześniej niż 4 miesiące po zakończeniu roku kalendarzowego.	Uwaga uwzględniona
59.	Naczelna Rada Lekarska Po terminie	art. 19	W art. 19 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej wskazano, że NFZ, po zasięgnięciu opinii Wojewódzkiego Ośrodka Monitorującego, wskazuje podmiot, który obejmie opieką onkologiczną świadczeniobiorców objętych tą opieką w podmiocie, który został wyłączony z Krajowej Sieci Onkologicznej lub nie jest uprawniony do udzielania świadczeń w danym obszarze w danym rozpoznaniu. Samorząd lekarski proponuje, żeby w ustawie zamieścić wytyczne dla Narodowego Funduszu Zdrowia, aby wskazanie tego podmiotu odbywało się z zachowaniem kolejności oraz terminu, w jakim pacjent miał otrzymać dane świadczenie. Utrata przez SOLO uprawnień do udzielania świadczeń w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej nie jest okolicznością zawinioną przez pacjenta, dlatego pacjent nie powinien doznawać z tego tytułu żadnego uszczerbku.	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem przedmiotowej regulacji.

60.	Naczelna Rada Lekarska Po terminie	Art. 20	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza zastrzeżenia wobec zmiany art. 20 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej i przewidzianej w tym przepisie likwidacji obowiązku prowadzenia przez NFZ infolinii onkologicznej, w ramach której jest udzielana informacja o organizacji opieki onkologicznej oraz która to infolinia umożliwia dokonanie zapisu na pierwszorazowe świadczenie opieki zdrowotnej w podmiocie działającym w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej oraz zmiany lub anulowania terminu pierwszorazowego świadczenia opieki zdrowotnej. Nie są przy tym wystarczające zawarte w uzasadnieniu do projektu ustawy argumenty o wprowadzeniu centralnej e-rejestracji. Pacjentom onkologicznym powinno się umożliwić jak najwięcej możliwości łatwej i wygodnej rejestracji na pierwszorazowe świadczenia.	Uwaga nieuwzględniona – informacje o organizacji opieki onkologicznej są udzielane w ramach aktualnie funkcjonującej infolinii prowadzonej NFZ.
61.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 10 (dot. zmiany art. 20)	Wprowadzenie przecinka przed wyrazem „dotyczących”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: [...] udziela informacji, dotyczących organizacji opieki onkologicznej [...]	Uwaga redakcyjna
62.	Naczelna Rada Lekarska Po terminie	Art. 21	Na negatywną ocenę zasługuje także zmiana w art. 21 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Zgodnie z dotychczasowym brzmieniem tego przepisu, monitorowanie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej prowadził Krajowy Ośrodek Monitorujący, czyli Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie. Wydaje się, że z punktu widzenia systemowego instytut naukowo-badawczy, dysponujący wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną, jest właściwym podmiotem do monitorowania jakości. W projekcie ustawy przewiduje się, że monitorowaniem jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej ma się zająć Narodowy Fundusz Zdrowia. Kolejny raz dochodzi do - niezasadnego zdaniem samorządu lekarskiego - połączenia roli płatnika z rolą podmiotu oceniającego jakość udzielanych świadczeń. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że Krajowy Ośrodek Monitorujący, czyli Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie to jednostka, której podstawową działalnością jest działalność lecznicza, i nie posiada odpowiednich kompetencji oraz zasobów ludzkich oraz sprzętowych, które umożliwiłyby prowadzenie takiej analizy. Stwierdzenie o braku kompetencji po stronie Narodowego Instytutu Onkologii jest co najmniej zaskakujące, natomiast jeśli chodzi o braki zasobów ludzkich i sprzętowych do dokonywania analiz, to należy raczej poszukiwać sposobów, aby wesprzeć	Uwaga nieuwzględniona – sprzeczne z założeniami, Fundusz będzie współpracował w zakresie monitorowania jakości z Krajowym Ośrodkiem Monitorującym.

			sprzętowo i kadrowo ten Instytut, a nie mechanicznie powierzać to zadanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia, który i tak realizuje już nadmiernie dużo zadań i ma niezwykle rozbudowane zasoby sprzętowe i kadrowe.	
63.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 10 (dot. zmiany art. 21)	Proponowana zmiana szyku zdania. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: Jakość opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej monitoruje Fundusz, we współpracy z Krajowym Ośrodkiem Monitorującym, zwanym dalej „KOM”,	Uwaga redakcyjna
64.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Art. 20 i art. 21 Art. 1 pkt 10 zm. art. 20 i 21	Jeżeli chodzi o wycofanie zapisu o konieczności wprowadzenia odrębnego systemu informatycznego w celu umożliwienia umawiania lub zmiany terminu udzielania świadczeń opieki związanych z wprowadzeniem e-rejestracji, to zapis wydaje się zasadny ze względu na centralizację informacji i nienawarstwianie systemów. Takie rozwiązanie wymaga jednocześnie doprecyzowania, jeżeli chodzi o e -rejestrację i systemy CEZ, które w tej chwili pozwalają na umawianie i dokonywanie zmian u pacjentów nieposiadających dodatkowych zmiennych jaką jest karta DiLO. Zawarte w projekcie zmiany dotyczące oceny jakości obsługi pacjenta, jako przeprowadzanie i ocenianie anonimowych ankiet, są zasadne mając na uwadze zapisy ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 16 czerwca 2023 r.	Komentarz, a nie uwaga.
65.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 10 (dotyczy projektowanego art. 21)	Art. 1 pkt 10 (dotyczy projektowanego art. 21) Nowe zadanie Funduszu nie wskazuje w jaki sposób ma odbywać się monitorowanie jakości.	Uwaga niezrozumiała– monitorowanie jakości przez NFZ polega na analizie i weryfikacji osiągniętych przez podmioty wskaźników jakości.
66.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 11a (dot. zmiany art. 22 ust. 2 pkt 4)	Wprowadzenie przecinka przed wyrazem „dotyczących” oraz zamiana powtórnego zwrotu „na podstawie”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: [...] programów zdrowotnych, dotyczących profilaktyki onkologicznej oraz przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycje modyfikacji	Uwaga redakcyjna

			realizacji tych programów, w oparciu o wnioski opracowane na podstawie nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych, [...]	
67.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 11a (dot. zmiany art. 22 ust. 2 pkt 5)	Wprowadzenie przecinka przed wyrazem „dotyczące”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: [...]prowadzi szkolenia, dotyczące profilaktyki, [...]	Uwaga redakcyjna
68.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 11c (dot. wprowadzanego pkt 10)	Usunięcie przecinka przed wyrazem „oraz”. Proponowana zmiana podyktowana jest zasadami interpunkcji. Proponowana treść: [...] „10) we współpracy z WOM ustala plany szkoleń, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 2 i 3 oraz monitoruje ich realizację;	Uwaga redakcyjna
69.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 11 lit. c (dotyczy projektowanego pkt 11) Art. 22 ust. 2 dodany pkt 11	Art. 1 pkt 11 lit. c (dotyczy projektowanego pkt 11) Proponuje się doprecyzować zakres współpracy KOM z Funduszem w obszarze monitorowania jakości opieki onkologicznej.	Uwaga nieuwzględniona – brak propozycji przepisu,
70.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 11 lit a (dotyczy projektowanego pkt 4) oraz pkt 12 (dotyczy projektowanego pkt 4)	Art. 1 pkt 11 lit a (dotyczy projektowanego pkt 4) oraz pkt 12 (dotyczy projektowanego pkt 4) Brzmienie przepisu nadal nie daje podstaw prawnych do przekazywania przez NFZ do KOM danych medycznych dotyczących profilaktyki. Ponadto, projektowane brzmienie pkt 4 w art. 22 w ust. 2 oraz pkt 4 w art. 23 w ust. 2 stanowią, że KOM lub WOM przedstawiają propozycje modyfikacji realizacji programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej „na podstawie wniosków opracowanych na podstawie nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych, dla których administratorem danych jest Fundusz na podstawie art. 22 ust. 4 tej ustawy;”. Nie jest jasne, czy intencją projektodawcy jest, aby Fundusz przekazywał do KOM i WOM jednostkowe dane medyczne, czy też wnioski opracowane na podstawie danych. Jeżeli jednostkowe dane medyczne, tak to zasadnym wydaje się wskazanie w zadaniach Funduszu, przetwarzanie przedmiotowych danych w celu ich przekazywania do KOM oraz WOM.	Uwaga uwzględniona – przepis preredagowany

			Doprecyzowania wymaga również, że art. 22 ust. 4 dotyczy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.	
71.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 12	Wprowadzenie dodatkowych przecinków, zmiany szyku zdań, wprowadzenie nazwy ustawy (w odniesieniu do pierwotnego tekstu, nazwę zastąpiono zwrotem „tej ustawy”, choć nie wynika z wcześniejszych punktów tego artykułu, o jaką ustawę chodzi). Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: [...] „2. WOM: 1) współpracuje ze świadczeniodawcami, udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki onkologicznej, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w procesie organizacji profilaktyki, diagnostyki i opieki po zakończonym leczeniu onkologicznym; 2) prowadzi szkolenia dla podmiotów leczniczych w danym województwie, dotyczące funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej, zgodnie z planem, ustalonym we współpracy z KOM; 3) prowadzi szkolenia dla osób realizujących opiekę onkologiczną lub udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu programów zdrowotnych na obszarze danego województwa, dotyczące profilaktyki, diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, zgodnie z planem, ustalonym we współpracy z KOM; 4) monitoruje przebieg, jakość i efekty programów zdrowotnych, dotyczących profilaktyki onkologicznej na terenie województwa oraz przedstawia KOM propozycje modyfikacji realizacji tych programów, opierając się na wnioskach, opracowanych na podstawie nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych, pochodzących z systemów, dla których administratorem jest Fundusz - na podstawie art. 22 ust. ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia; 5) realizuje zadania zlecone przez Radę.”;	Uwaga redakcyjna
72.	Wojewoda Podlaski	Art. 23 ust. 2 pkt 4 zmienianej ustawy o	Świadczeniodawca/świadczeniodawcy mogą uniknąć konieczności wnioskowania o dane.	Uwaga nieuwzględniona – sprzeczna z założeniami.

		Krajowej Sieci Onkologicznej	Uwaga ma na celu usprawnienie wymiany informacji. Proponuje się dodanie zapisu w przedmiocie tego, że NFZ przekazuje co 6 miesięcy nieprzetworzone jednostkowe dane medyczne do WOM.	
73.	Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych i Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi i Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku i Zespół roboczy ds. rozliczeń Krajowej Sieci Onkologicznej Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 23 ust 2	Zmiany w art. 23 ust 2 polegające na usunięciu dotychczasowych 2 zapisów: 2) przygotowuje roczne raporty za dany rok kalendarzowy na temat dostępności świadczeń opieki onkologicznej na terenie danego województwa, uwzględniając mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz przekazuje te raporty do KOM w terminie do dnia 30 kwietnia następnego roku kalendarzowego za rok poprzedni; 3) przygotowuje nie później niż przed upływem 6 miesięcy przed weryfikacją, o której mowa w art. 18 ust. 1, analizę danych pozyskanych z systemu KSO umożliwiającą weryfikację wskaźników jakości opieki onkologicznej na poziomie danego województwa, na potrzeby analizy prowadzonej przez Fundusz, zgodnie z art. 25; Czy wnioskowana zmiana obowiązków będzie miała wpływ na wyliczenie i zmianę kosztów ryczałtu dedykowanego dla WOM na rok 2026? Przedstawiony do AOTMiT kosztorys uwzględniał inwestycje i wydatki związane np. z zakupem lub zatrudnieniem osób dedykowanych dla analiz realizowanych przez WOM już w roku 2025? Czy po takich zmianach w ustawie, takie koszty nie będą kwestionowane?	Pytanie, a nie uwaga.
74.	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii i Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	Art. 23 ust. 2	Art. 23 ust. 2 - zniesienie obowiązku prowadzenia regionalnej infolinii onkologicznej Projekt nowelizacji przewiduje zniesienie obowiązku prowadzenia regionalnych infolinii onkologicznych przez podmioty realizujące zadania w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej (SOLO), a także rezygnację z obowiązku umawiania pacjentów za pośrednictwem własnych systemów teleinformatycznych w związku z planowanym wprowadzeniem centralnego systemu e-rejestracji. Rozwiązanie to należy ocenić jako potencjalnie niekorzystne z punktu widzenia pacjentów. W praktyce bowiem to właśnie ośrodki regionalne stanowią dla wielu chorych pierwszy punkt kontaktu z systemem opieki onkologicznej. Pacjenci, zwłaszcza z	Uwaga nieuwzględniona – komentarz, bez propozycji zmiany przepisów

			mnijszych miejscowości, najczęściej zwracają się telefonicznie do najbliższego ośrodka w celu uzyskania informacji o dalszym postępowaniu diagnostycznym, dostępnych poradniach lub najbliższych placówkach realizujących świadczenia w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej. Centralna infolinia Narodowego Funduszu Zdrowia, choć stanowi ważne narzędzie informacyjne, może nie dysponować pełną wiedzą na temat lokalnych uwarunkowań, aktualnej dostępności świadczeń ani szczegółowej organizacji pracy ośrodków w poszczególnych regionach. W konsekwencji zniesienie obowiązku utrzymywania regionalnych infolinii może prowadzić do ograniczenia dostępności informacji dla pacjentów oraz wydłużenia czasu potrzebnego na uzyskanie właściwej pomocy. W przywoływanym projekcie rozporządzenia ws. wprowadzenia centralnej e-rejestracji, katalog świadczeń objętych centralną e-rejestracją w części dotyczącej programów zdrowotnych uwzględnia wyłącznie dwa onkologiczne programy przesiewowe: profilaktykę raka szyjki macicy, profilaktykę raka piersi. Brak jest natomiast zapisów dotyczących pierwszorazowych wizyt onkologicznych /poradni onkologicznych, które stanowią kluczowy element ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjentów onkologicznych. W części dotyczącej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) wymieniono szereg poradni specjalistycznych (m.in. kardiologiczne, pulmonologiczne, diabetologiczne), jednak brak poradni onkologicznych, co stanowi istotną lukę legislacyjną. W praktyce oznacza to, że pacjenci onkologiczni nie zostaną objęci centralnym systemem e-rejestracji, co stoi w sprzeczności z celami nowelizacji, zakładającymi usprawnienie i ujednolicenie procesu kierowania pacjentów w systemie opieki onkologicznej. Likwidacja regionalnych kanałów kontaktu i rejestracji – w tym tzw. infolinii onkologicznej – może w krótkiej perspektywie spowodować dezorientację pacjentów, zanim centralne narzędzia informacyjne i rejestracyjne osiągną pełną funkcjonalność i powszechność. Aby uniknąć negatywnych skutków przejściowych, zasadne byłoby utrzymanie regionalnych infolinii co najmniej przez okres wdrożeniowy nowego systemu, do czasu zapewnienia pełnej sprawności i dostępności centralnych mechanizmów kontaktu dla pacjentów.	
--	--	--	--	--

75.	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii i Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	Art. 23 ust. 2	Art. 23 ust. 2 - ograniczenie roli Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących (WOM) Jednym z potencjalnie ryzykownych elementów projektowanej nowelizacji jest planowana <u>rezygnacja z funkcji konsultacyjnej Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących (WOM) w zakresie monitorowania dostępu do kompleksowej opieki onkologicznej</u>. Choć koncepcja centralizacji może wydawać się spójna organizacyjnie, w praktyce całkowite odejście od poziomu regionalnego może skutkować utratą istotnych informacji o funkcjonowaniu systemu opieki onkologicznej w poszczególnych województwach. Warto zauważyć, że pomiędzy województwami występują znaczące różnice w zakresie dostępności świadczeń, zasobów kadrowych i infrastrukturalnych oraz uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Analiza wyłącznie w skali ogólnopolskiej prowadzi do uśrednienia rezultatów i utraty wiedzy o zróżnicowanych potrzebach lokalnych. Wojewódzkie Ośrodki Monitorujące miały pełnić funkcję wspierającą i doradczą oraz stanowić element współpracy pomiędzy poziomem regionalnym a centralnym, umożliwiającą interpretację danych gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście lokalnych uwarunkowań. Celem ich działania było identyfikowanie potrzeb, barier i wyzwań w organizacji opieki onkologicznej oraz przekazywanie rekomendacji usprawniających funkcjonowanie systemu. W trakcie pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej WOM-y odegrały istotną rolę w utrzymaniu płynności komunikacji pomiędzy ośrodkami, ułatwiając wymianę informacji i doświadczeń. Wspierały także działania o charakterze edukacyjnym i organizacyjnym, m.in. poprzez: monitorowanie przeptywu pacjentów i dostępności świadczeń, identyfikowanie miejsc wymagających poprawy organizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego, opracowywanie wniosków i przekazywanie ich instytucjom centralnym, czy inicjowanie działań szkoleniowych i informacyjnych w regionie. Wszystkie te działania realizowane były w oparciu o dane pochodzące z systemów centralnych, bez samodzielnego gromadzenia lub przetwarzania informacji medycznych o charakterze wrażliwym. Model ten gwarantował transparentność, a co najważniejsze – bieżące monitorowanie dostępu do opieki onkologicznej i wdrażanie działań naprawczych w przypadku ewentualnych problemów.	Uwaga nieuwzględniona – WOMy zostają utrzymane
-----	---	----------------	--	--

			Z tego względu zasadne jest utrzymanie Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących w strukturze Krajowej Sieci Onkologicznej jako jednostek wspierających analizę danych i interpretację zjawisk regionalnych. WOM-y, działając w ścisłej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Krajowym Ośrodkiem Monitorującym, mogą stanowić ważne ogniwo przepływu informacji pomiędzy poziomem lokalnym a centralnym.	
76.	Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych	Art. 23 ust. 2 pkt 4	Art. 23 ust. 2 pkt 4 WOM: <u>4) monitoruje przebieg, jakość i efekty programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej na terenie województwa oraz przedstawia KOM propozycje modyfikacji realizacji tych programów, opierając się na wnioskach opracowanych na podstawie nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych, z systemów, dla których administratorem jest Fundusz na podstawie art. 22 ust. 4 tej ustawy;</u> Proponujemy zmianę w/w zapisu na: <u>4) monitoruje przebieg oraz dostępność do programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej na terenie województwa oraz przedstawia KOM propozycje modyfikacji realizacji tych programów, opierając się na wnioskach opracowanych na podstawie nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych, z systemów, dla których administratorem jest Fundusz na podstawie art. 22 ust. 4 tej ustawy.</u> Powyższe będzie możliwe jeżeli zostanie zapewniona możliwość pozyskania danych dotyczących dostępności do programów zdrowotnych oraz oceny ich przebiegu na terenie danego województwa, przez WOM z NFZ, gdyż <u>w chwili obecnej WOM nie posiada narzędzi do oceny jakości i efektów profilaktyki.</u>	Uwaga uwzględniona
77.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku i Zespół roboczy ds. rozliczeń Krajowej Sieci Onkologicznej Uniwersyteckie	Art. 23 ust 2 pkt 4	Art. 23 ust. 2 pkt 4 WOM: <u>4) monitoruje przebieg, jakość i efekty programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej na terenie województwa oraz przedstawia KOM propozycje modyfikacji realizacji tych programów, opierając się na wnioskach opracowanych na podstawie nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych, z systemów, dla których administratorem jest Fundusz na podstawie art. 22 ust. 4 tej ustawy;</u> Proponujemy zmianę ww zapisu na: <u>4) monitoruje przebieg oraz dostępność do programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej na terenie województwa oraz przedstawia KOM</u>	Uwaga uwzględniona

	Centrum Kliniczne w Gdańsku		propozycje modyfikacji realizacji tych programów, opierając się na wnioskach opracowanych na podstawie nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych, z systemów, dla których administratorem jest Fundusz na podstawie art. 22 ust. 4 tej ustawy; <u>O tyle o ile istnieje możliwość pozyskania danych dotyczących dostępności do programów zdrowotnych oraz oceny ich przebiegu na terenie danego województwa, o tyle WOM nie posiada narzędzi do oceny ich jakości i efektów.</u>	
78.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	Art. 23 ust 2 pkt 4	W art. 23 ust 2 pkt 4: 4) monitoruje przebieg, jakość i efekty programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej na terenie województwa oraz przedstawia KOM propozycje modyfikacji realizacji tych programów, opierając się na wnioskach opracowanych na podstawie nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych, z systemów, dla których administratorem jest Fundusz na podstawie art. 22 ust. 4 tej ustawy; <u>Ze względu na brak narzędzi i dostępu do danych pozwalających ocenić jakość i efekty programów zdrowotnych na terenie województwa zasadnym wydaje się usunięcie tych dwóch sformułowań.</u> W obecnym systemie ochrony zdrowia te zadania są niewykonalne dla WOM, który nie ma wglądu do informacji gromadzonych przez innych świadczeniodawców.	Uwaga uwzględniona
79.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 13 Dot. art. 25	Art. 1 pkt 13 W projektowanym brzmieniu art. 25 <u>doprecyzowania wymaga pojęcie „zbiorcze informacje o świadczeniach”</u> w celu doprecyzowania zakresu danych osobowych jakie mają być przetwarzane w celu realizacji zadania, o którym mowa w tym artykule.	Uwaga uwzględniona
80.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 13 Dot. art. 25	Zmiana szyku zdania. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „Art. 25. Fundusz opracowuje analizę wskaźników jakości opieki onkologicznej, osiągniętych przez SOLO i Ośrodki Kooperacyjne, na potrzeby weryfikacji, o której mowa w art. 18 ust. 1, na podstawie sprawozdanych do Funduszu zbiorczych informacji o świadczeniach opieki zdrowotnej, udzielonych świadczeniobiorcom oraz informacji sprawozdanych do systemu KSO, za pośrednictwem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przez podmioty lecznicze, zakwalifikowane	Uwaga redakcyjna

			na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.”;	
81.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 14a	W art. 26 w ust. 4 są tylko 4 punkty, żaden z nich nie odnosi się do Koordynatora.	Uwaga uwzględniona – zmieniono na art. 26 ust. 3 pkt 5
82.	Alivia - Fundacja Onkologiczna	Art. 26 (Art. 1 pkt 14 dot. art. 26)	Przepis: art. 26 i przepisy powiązane - koordynator opieki onkologicznej Rekomendujemy dodanie przepisów określających maksymalną ilość pacjentów aktywnych i ilość pacjentów w monitorowaniu przez koordynatora.	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji
83.	Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych i Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi i Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku i Zespół roboczy ds. rozliczeń Krajowej Sieci Onkologicznej Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 35 ust 3	Art. 35 ust 3 - współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, wynoszą nie więcej niż 1,25: System finansowania onkologii opisany w Ustawie KSO: Rozdział 5 „Zasady i tryb finansowania Krajowej Sieci Onkologicznej”, w Art. 35, ust. 3 Ustawy KSO mówi o maksymalnym progu dla współczynnika korygującego 25%: <i>„Współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, wynoszą nie więcej niż 1,25”</i> Rozporządzenie z dnia 28 grudnia 2023 r. o w sprawie sposobu ustalenia wysokości ryczałtu dla Krajowego Ośrodka Monitorującego i poszczególnych Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących oraz wysokości współczynników korygujących, precyzuje zapisy Ustawy KSO dla art. 35 ust. 3: § 5. 1. Wysokość współczynników korygujących, o których mowa w art. 35 ust. 3 ustawy o KSO, ustala się według wzoru: (...) § 5. 1. ust.6. Aktualizacji współczynników korygujących, o których mowa w art. 35 ust. 3 ustawy o KSO, dokonuje się co 2 lata. Współczynniki korygujące w zaktualizowanej wysokości obowiązują od pierwszego dnia miesiąca następującego po ich aktualizacji. § 5. 1. ust.6. Ustalenie wysokości współczynników korygujących, o których mowa w art. 35 ust. 3 ustawy o KSO, odbywa się z wykorzystaniem danych aktualnych na czas sporządzania obliczeń § 6.1., ust. 2. Limit maksymalnej wartości współczynnika korygującego WK, o którym mowa w § 5 ust. 1, stanowiącego wysokość	Uwaga poza zakresem regulacji – dotyczy aktu wykonawczego

			współczynników korygujących, o których mowa w art. 35 ust. 3 ustawy o KSO, wynosi: 1) 1,15 – przy pierwszym obliczeniu współczynników korygujących; 2) 1,17 – przy drugim obliczeniu współczynników korygujących; 3) 1,19 – przy trzecim obliczeniu współczynników korygujących; 4) 1,21 – przy czwartym obliczeniu współczynników korygujących; 5) 1,23 – przy piątym obliczeniu współczynników korygujących; 6) 1,25 – przy szóstym i kolejnych obliczeniach współczynników korygujących. Współczynniki korygujące o których mowa w Rozporządzenie z dnia 28 grudnia 2023 r. o w sprawie sposobu ustalenia wysokości ryczałtu dla Krajowego Ośrodka Monitorującego i poszczególnych Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących oraz wysokości współczynników korygujących, dotyczą mierników oceny opieki onkologicznej i wskaźników jakości opieki onkologicznej, o których mowa w Rozdziale 3 Ustawy KSO „Zasady i sposób monitorowania jakości opieki onkologicznej” oraz w projekcie Rozporządzenia z 2022 roku, w sprawie szczegółowego zakresu danych służących do obliczania mierników oceny opieki onkologicznej i wskaźników jakości opieki onkologicznej oraz sposobu i terminu przekazywania danych do zintegrowanego systemu. Określenie „mierniki oceny opieki onkologicznej i wskaźników jakości opieki onkologicznej” jest kluczowe dla analizy systemu finansowania onkologii w ramach publicznej ochrony zdrowia, bowiem rozróżnia dwa instrumenty finansowe: 1. Wskaźniki jakościowe (KSO) odpowiadają na pytanie o EFEKT, 2. Współczynniki korygujące (obecnie obowiązujące) odpowiadają na pytanie o KOSZT Propozycja zawarta w Ustawie KSO w zakresie progresywnego wprowadzania współczynników jakościowych od poziomu 1,15 (zaczynając od 2026 roku), poprzez kolejne kwalifikacje o 2 pkt co dwa lata, pozwoli dopiero przy szóstym wyliczeniu w 2036 roku na osiągnięcie pełnej wartości 1,25: • 1,15 przy pierwszym wyliczeniu (rok 2026), • 1,17 przy drugim wyliczeniu (rok 2028), • 1,19 przy trzecim wyliczeniu (rok 2030), • 1,21 przy czwartym wyliczeniu (rok 2032), • 1,23 przy piątym wyliczeniu (rok 2034),	
--	--	--	--	--

		• 1,25 przy szóstym wyliczeniu (rok 2036). Zgodnie z powszechną interpretacją wysokospecjalistyczne Ośrodki onkologiczne przez kolejne 10 lat mogą być pozbawione środków na pokrycie deficytów wynikających z realizacji wysokokosztowych procedur, ponieważ współczynniki jakościowe mają zgodnie z aktualnymi założeniami zastąpić dotychczas stosowane współczynniki korygujące. Należy również podkreślić, że Ustawa KSO zakłada, że wysokość współczynników korygujących nie może przekroczyć 25%. Przy takiej interpretacji i kwalifikacji współczynników, brak utrzymania systemu rozliczeń z uwzględnieniem sumowania współczynnika DILO 1,25, współczynników dodatkowych (1,17; 1,18) oraz współczynników dedykowanych dla Centrów Kompetencji, spowoduje utratę efektywności ekonomicznej przez Centra Onkologii. W konsekwencji może to doprowadzić do pogorszenia jakości diagnostyki i leczenia onkologicznego, wydłużenia czasu oczekiwania czy rozproszenia zabiegów chirurgii onkologicznej (bo do centralizacji i doskonalenia zabiegowego zachęca wprowadzony przez NFZ współczynnik 1,25, za koncentrację zabiegów i realizację ich w ściśle wskazanej, minimalnej ilości w roku). Wprowadzenie mierników i wskaźników jakości opieki onkologicznej stanowi istotny krok w kierunku podnoszenia standardów leczenia i monitorowania efektywności procedur. Zgodnie z założeniami, mierniki te mają służyć ocenie skuteczności, terminowości oraz zgodności leczenia onkologicznego ze standardami postępowania medycznego. Pozwoli to na identyfikację Ośrodków zapewniających pacjentom najwyższy poziom opieki i osiągających najlepsze wyniki leczenia przy jednoczesnej optymalizacji kosztów. To założenie jest bezsporne, a rozwiązanie premiujące Ośrodki za pomocą mierników i wskaźników jakości, bardzo potrzebne. Nie może jednak wpłynąć to negatywnie na ciągłość funkcjonowania systemu finansowania onkologii. Oba rodzaje wskaźników dotyczą różnych kwestii i zagadnień: • Współczynniki korygujące odpowiadają na pytanie o KOSZT: „<i>Ile faktycznie kosztuje leczenie danego, ponadstandardowo złożonego przypadku?</i>” Ich celem jest waloryzacja przychodu w stosunku do obiektywnie wyższych i udokumentowanych kosztów, wynikających np. z leczenia pacjenta z licznymi obciążeniami, konieczności zastosowania droższej, niestandardowej terapii czy zaawansowanej technologii medycznej. Są one mechanizmem zapewniającym adekwatność wyceny i finansową realizowalność świadczenia.	
--	--	---	--

			Bez nich system JGP, oparty na uśrednionych wartościach, staje się systemowo niewydolny w leczeniu najtrudniejszych pacjentów. Wysokospecjalistyczne ośrodki onkologiczne, stanowiące trzon Krajowej Sieci Onkologicznej, z definicji przyjmują pacjentów o największym stopniu skomplikowania klinicznego, często po niepowodzeniach leczenia w innych placówkach oraz wymagających terapii innowacyjnych. Leczenie tych pacjentów generuje ponadprzeciętne koszty, które częściowo niwelowane są właśnie przez współczynniki korygujące. • Wskaźniki jakościowe (KSO) odpowiadają na pytanie o EFEKT: „<i>Jak dobrze i zgodnie ze standardami przeprowadzono proces leczenia?</i>” Ich celem jest motywowanie świadczeniodawców do osiągania najlepszych wyników klinicznych, organizacyjnych i dbałości o doświadczenia pacjenta. Stanowią one mechanizm premiowy, nagradzający za doskonałość, a nie mechanizm zwrotu poniesionych kosztów. Nie należy traktować ich zatem tożsamo. Nowo wprowadzone wskaźniki jakościowe KSO winny być uznawane jako mechanizm premiowego, komplementarnego względem obowiązujących obecnie współczynników korygujących, który służy motywowaniu świadczeniodawców do systematycznego podnoszenia jakości leczenia. <u>W związku z powyższym wnosimy o dokonanie zmian w przepisach Ustawy, które w sposób jednoznaczny określą, że wskaźniki jakościowe Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) stanowią integralny element mechanizmu premiowego, komplementarnego wobec obowiązujących współczynników korygujących opartych na Jednorodnych Grupach Pacjentów (JGP).</u> Mechanizm ten powinien służyć motywowaniu świadczeniodawców zakwalifikowanych do KSO, do systematycznego podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz umożliwiać ocenę skuteczności, terminowości i zgodności leczenia onkologicznego z obowiązującymi standardami postępowania medycznego.	
84.	Alivia - Fundacja Onkologiczna	Art. 38-39	Przepis: art. 38-39 oraz przepisy powiązane - e-DILO - wyłączość W ocenie Onkofundacji Alivia należy wprowadzić, od 1 stycznia 2027 roku jako podstawę rozliczania świadczeń, obowiązek ich udzielania wyłącznie w trybie karty e-DILO - zwiększy to kompletność i jakość danych oraz poprawi transparentność procesu. Przyjęcie takiego rozwiązania wymaga dodania	Uwaga uwzględniona – wprowadzono przepis.

			regulacji w rozdziale dotyczącym e-DiLO oraz w przepisach o finansowaniu świadczeń ze środków publicznych.	
85.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 17a	Uzupełnienie zapisu o wyrażenie: „lekarz udzielający”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „2. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawia świadczeniobiorcy odpowiednio: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, albo lekarz udzielający świadczeń w ramach programów zdrowotnych”	Uwaga redakcyjna uwzględniona.
86.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 17 lit. a i b Dot. art. 39 karta	Art. 1 pkt 17 lit. a i b Z projektowanych zmian ustawy o KSO nadal nie wynika, czy wszystkie świadczenia opieki onkologicznej mają być finansowane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w postaci elektronicznej (eDiLO), czy też świadczeniodawca ma dowolność wystawiania karty. Leczenie chorych, którym kartę wystawiono powinno odbywać się w terminach określonych w § 4a rozporządzenia szpitalnego. Z art. 136 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach wynika również, że świadczenia onkologiczne udzielane pacjentom z DiLO są nielimitowane. W przypadku założenia, że wszyscy pacjenci mają mieć udzielane świadczenia na podstawie karty DiLO należy przyjąć że ich leczenie musi odbywać się zgodnie z terminami określonymi w § 4a rozporządzenia szpitalnego i świadczenia te podlegać będą finansowaniu do kwoty ich wykonania (<i>patrz zgłoszona uwaga ogólna pkt 2</i>).	Uwaga uwzględniona – zmiana w art. 35
87.	Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych i Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	Art. 39	Zmiany w art. 39 polegające na dodaniu ust. 2a w brzmieniu: „2a. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest wystawiana w postaci elektronicznej”: Wprowadzenie elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) jest krokiem w dobrym kierunku, jednak kluczowe jest zapewnienie odpowiednich rozwiązań informatycznych oraz szkoleń dla personelu, aby wszystkie zaangażowane strony mogły skutecznie korzystać z nowego systemu. System e-DiLO obligatoryjnie musi być kompatybilny z systemami HIS świadczeniodawców i łatwy do integracji.	Uwaga nieuwzględniona . Pracownicy medyczni w tym koordynatorzy zyskują dostęp do danych. W celu ograniczenia obciążenia administracyjnego świadczeniodawca ma możliwość ustanowienia asystenta medycznego.

	i Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku i Zespół roboczy ds. rozliczeń Krajowej Sieci Onkologicznej Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku		Ważnym aspektem, wymagającym opisanie w ustawie, jest <u>zapewnienie właściwego, formalnego dostępu do eDILO personelu pomocniczego</u>, w oparciu o dostępne w Polsce sposoby autoryzacji danych elektronicznych. Do rozważenia jest <u>wprowadzenie dostępu do karty eDILO (tak jak do EDM) w formule upoważnienia lekarza w rejestrze asystentów medycznych (RAM)</u>.	Nie przewiduje się przyznania osobom w roli personelu administracyjny (w tym koder medyczny) dostępu do danych medycznych pacjentów. Jeżeli świadczeniodawca w celu obsługi karty pobierze dane do własnego systemu będzie mógł zarządzić dostępem do danych we własnym zakresie.
88.	Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii i Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	Art. 39 pkt 2a	Art. 39 pkt 2a - wprowadzenie elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (e-DiLO) Odejście od formy papierowej karty DiLO należy ocenić jako krok w dobrym kierunku, zgodny z procesem cyfryzacji ochrony zdrowia i dążeniem do poprawy efektywności obiegu informacji. Cyfrowa forma karty pozwoli na przyspieszenie wystawiania i uzupełniania danych, ograniczenie dublowania dokumentacji oraz ułatwienie wymiany informacji między podmiotami leczniczymi. Projekt przewiduje okres przejściowy do lat 2026–2027, co umożliwi stopniowe wdrożenie nowego rozwiązania. Należy jednak zwrócić uwagę, że skuteczne wprowadzenie e-DiLO wymaga <u>odpowiedniego przygotowania infrastrukturalnego oraz organizacyjnego po stronie świadczeniodawców</u>. Szczególnie mniejsze ośrodki mogą napotkać istotne trudności wynikające z ograniczonych zasobów technicznych, braku personelu informatycznego oraz niewystarczającego doświadczenia w procesach cyfryzacji. Koszty modernizacji systemów, integracji z krajową platformą informatyczną oraz przeszkolenia personelu mogą być znaczne, co rodzi ryzyko, że technologia stanie się czynnikiem utrudniającym, a nie wspierającym funkcjonowanie systemu. W konsekwencji, w przypadku braku odpowiednich rozwiązań informatycznych, mogą wystąpić opóźnienia w procesie wypełniania kart, błędy w dokumentacji lub wzrost obciążenia administracyjnego personelu.	Uwaga nieuwzględniona Od strony prawnej zakres minimalnych wymagań dla systemów usługodawców (zgodnie z art. 8b ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia) zostanie rozszerzony o integrację w obszarze KSO (w tym karty). Regulacje dot. asystentów medycznych zostaną rozszerzone o możliwość ustanowienia asystenta w zakresie Karty e-DiLO. Centrum e-Zdrowia w ramach prowadzonych szkoleń z zakresu Elektronicznej

		<u>Dlatego wdrożenie elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wymaga zapewnienia kompleksowego wsparcia ze strony państwa, zarówno finansowego (na rozwój i integrację systemów IT, testy interoperacyjności), jak i szkoleniowego (dla personelu medycznego i administracyjnego).</u> Szczegółowe uwagi: 1. Kompatybilność systemowa: System e-DiLO powinien być obligatoryjnie kompatybilny z systemami HIS (Hospital Information System) funkcjonującymi w jednostkach ochrony zdrowia oraz umożliwiać łatwą integrację z innymi systemami informatycznymi, w tym z systemem P1 i rejestrem EDM. Brak interoperacyjności uniemożliwi skuteczne wdrożenie i bieżącą wymianę danych między podmiotami. 2. Dostęp i autoryzacja personelu: Niezbędne jest uregulowanie w ustawie zasad dostępu do karty e-DiLO przez personel pomocniczy, w oparciu o obowiązujące w Polsce mechanizmy autoryzacji danych elektronicznych. Warto rozważyć wprowadzenie możliwości nadawania dostępu w formule upoważnienia lekarza w Rejestrze Asystentów Medycznych (RAM) – analogicznie do zasad obowiązujących przy prowadzeniu elektronicznej dokumentacji medycznej. 3. Wsparcie merytoryczne i szkoleniowe: Ośrodki realizujące zadania w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej powinny mieć zapewniony dostęp do szkoleń w zakresie obsługi e-DiLO oraz interpretacji danych, tak aby wdrożenie systemu przebiegało sprawnie i bez zakłóceń. 4. Harmonogram i etapy wdrożenia: Wskazane jest opracowanie realnego harmonogramu wdrożenia systemu e-DiLO, uwzględniającego etapowość procesu, zróżnicowanie potencjału technicznego ośrodków oraz zapewnienie czasu na testowanie interoperacyjności i dostosowanie procedur wewnętrznych. 5. Zasady bezpieczeństwa i ochrony danych: W kontekście elektronicznego przetwarzania danych konieczne jest precyzyjne określenie zasad bezpieczeństwa, w tym szyfrowania, uwierzytelniania i archiwizacji danych pacjentów, z uwzględnieniem przepisów o ochronie danych osobowych (RODO). Wprowadzenie e-DiLO powinno być elementem szerszej zakrojonego procesu cyfryzacji onkologii, który – poza dokumentacją – obejmuje również zintegrowane narzędzia do raportowania, monitorowania i analizy jakości świadczeń, gdyż zgodnie z projektem nowelizacji, e-DiLO ma stanowić jedno z głównych źródeł	Dokumentacji Medycznej uwzględni zmiany w planie szkoleń. Dodatkowo analogicznie jak w przypadku innych usług udostępnione zostaną nagrania. Terminy dostosowania poszczególnych świadczeniodawców będą dostosowane do ich możliwości. Pozostaje to w gestii każdego ze świadczeniodawców. Zasady bezpieczeństwa i ochrony w przypadku systemu centralnego są już stosowane, natomiast w przypadku świadczeniodawców zasady bezpieczeństwa i ochrony danych powinny być analogiczne jak w przypadku pozostałej dokumentacji medycznej.
--	--	--	---

			danych przekazywanych do systemu informacji w ochronie zdrowia, z którego będzie korzystał Narodowy Fundusz Zdrowia przy obliczaniu wskaźników jakości, o których mowa w art. 17 i 18 ustawy.	
89.	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	Art. 1 pkt 17 lit. b w zw. z art. 7 Dot. art. 39 karta	Wydłużenie terminu możliwości wystawiania i prowadzenia karty DILO w postaci papierowej <u>do 31.12.2027 r.</u> W związku z obecnym etapem cyfryzacji dokumentacji medycznej zasadne wydaje się rozważenie przedłużenia terminu wskazanego w art. 7 projektu (w części dotyczącej art. 1 pkt 17 lit. b) o kolejny rok, tj. do 31.12.2027 r.	Uwaga nieuwzględniona sprzeczna z założeniami ustawy.
90.	Porozumienie Zielonogórskie	Art. 1 Dot. art. 39 karta	W art. 1 projektu: zmiana 17) a) w art. 39 ust. 2 wprowadzić brzmienie: "2. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawia świadczeniobiorcy <u>lekarz ubezpieczenia zdrowotnego</u> " Nie ma powodu, żeby ograniczać zakres lekarzy uprawnionych do wystawienia karty DILO. Aktualne brzmienie, jak i brzmienie z projektu, uniemożliwia wystawianie karty DILO np. lekarzom udzielającym świadczeń w POZ ale nie zbierającym deklaracji, czyli tzw. lekarzom współpracującym w POZ. zmiana 12) w art. 23 ust. 2 punkt 1) - dodać współpracę z organizacjami zrzeszającymi podmioty podstawowej opieki zdrowotnej, taka współpraca nieformalna w wielu regionach kraju zapewnia poprawę jakości organizacji opieki nad pacjentem. Zapisanie w ustawie spowoduje zdaniem Federacji, że WOM i organizacje pracodawców POZ będą zobowiązane do poszukiwania współpracy.	Uwaga częściowo uwzględniona – przepis przeredagowany
91.	Naczelna Rada Lekarska Po terminie	art. 39 i 40	W art. 39 i 40 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej przewiduje się, że karta diagnostyki i leczenia onkologicznego będzie wystawiana wyłącznie w postaci elektronicznej (do 31 grudnia 2026 r. nadal będzie możliwe wystawienie jej także w postaci papierowej). Biorąc pod uwagę planowaną wyłącznie elektroniczną postać karty DILO należy rozważyć zmianę art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, w których nadal mowa jest o „pozostaniu” karty diagnostyki i leczenia onkologicznego u określonego świadczeniodawcy lub o „przekazywaniu” karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej	Dodane przepisy przejściowe w art. 5

			dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, co błędnie wskazywałoby na dalsze istnienie fizycznego (papierowego) nośnika tej karty.	
92.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 18a (dot. art. 40 ust. 4 pkt 1d)	Wprowadzenie przecinka przed zwrotem „w rozumieniu”, dwukropka przed wymienieniem świadczeniobiorców i zmiana szyku zdania. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „d) imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz adres jego miejsca zamieszkania w przypadku, gdy świadczeniobiorcą jest osoba: małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody”	Uwaga redakcyjna
93.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 18a (dot. art. 40 ust. 4 pkt 4c)	Zachowanie konsekwencji odmiany przez przypadki. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „informację o skierowaniu świadczeniobiorcy do podmiotów leczniczych wchodzących w skład Krajowej Sieci Onkologicznej,”	Uwaga redakcyjna uwzględniona w 4b
94.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 18a (dot. art. 40 ust. 4 pkt 4c)	Wprowadzenie przecinka przed kolejnym wyrazem „albo” oraz zachowanie konsekwencji odmiany przez przypadki. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „c) w przypadku wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w podstawowej opiece zdrowotnej albo ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, albo programie zdrowotnym: - podejrzenie lub rozpoznanie choroby nowotworowej, - datę wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, - informację o dalszym postępowaniu,”	Uwaga redakcyjna częściowo uwzględniona
95.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 18a (dot. art. 40 ust. 4 pkt 4d)	Zachowanie konsekwencji odmiany przez przypadki. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „d) dane dotyczące diagnostyki wstępnej: - datę pierwszej porady specjalistycznej,[...]”	Uwaga redakcyjna uwzględniona

96.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 18a (dot. art. 40 ust. 4 pkt 4e)	Zachowanie konsekwencji odmiany przez przypadki. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „e) dane dotyczące diagnostyki pogłębionej: - datę pierwszej porady specjalistycznej,[...]’	Uwaga redakcyjna uwzględniona
97.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 18a (dot. art. 40 ust. 4 pkt 4f)	Zachowanie konsekwencji odmiany przez przypadki. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „f) w przypadku wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w leczeniu szpitalnym: - rozpoznanie, - datę wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego,[...]”	Uwaga redakcyjna uwzględniona
98.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 18a (dot. art. 40 ust. 4 pkt 5)	Zachowanie konsekwencji odmiany przez przypadki. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „a) imię (imiona) i nazwisko osoby udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej lub jej numer prawa wykonywania zawodu, dziedzinę medycyny, b) dane dotyczące rozpoznania, - kod jednostki chorobowej, - datę pierwszego rozpoznania histopatologicznego z rozpoznaniem nowotworu, c) datę wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, d) informację o nawrocie choroby nowotworowej, jeżeli dotyczy,[...]”	Uwaga redakcyjna uwzględniona
99.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 18a (dot. art. 40 ust.4 pkt 8c)	Zachowanie konsekwencji odmiany przez przypadki. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „c) nazwę świadczeniodawcy zatrudniającego koordynatora opieki onkologicznej,[...]”	Uwaga redakcyjna uwzględniona

100.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 18 Dot. art. 40	Art. 1 pkt 18 Należy umożliwić <u>doprecyzowanie ogólnego zakresu danych karty DiLO w formie rozporządzenia</u>, jako podstawy prawnej uszczegółowienia lub określenia zasad raportowania danych dla karty DiLO, w szczególności w kontekście skutecznego monitorowania jakości onkologicznej. Proponuję wprowadzenie art. 40 ust. 5a: <i>„5a. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres i tryb przekazywania danych, o których mowa w ust. 4 pkt 2–8, gromadzonych w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w postaci elektronicznej, mając na uwadze zapewnienie kompletności, jednolitości i aktualności danych umożliwiających prawidłową koordynację procesu leczenia, monitorowanie jakości opieki onkologicznej oraz zapewnienie właściwego przepływu informacji dotyczących realizacji diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego.”</i> Jednocześnie CeZ odpowiedzialny z budowę i administrowanie kartą eDiLO oraz współpracę w tym obszarze z ekspertami, powinien ocenić czy zakres danych wskazany w przepisach ustawy wyczerpuje ustalenia co do obecnego i planowanego zakresu danych karty eDiLO, jak również czy uszczegółowienia wymagają tylko dane wskazane w ust. 4 pkt 2–8. Ewentualnie rozważyć należy pozostawienie przepisu art. 40 ust. 5 z uwzględnieniem wersji elektronicznej karty. Uzasadnione jest określenie literalne przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu wzoru karty DiLO (jak obecnie), <u>w tym określenie zakresu rozpoznań ICD-10 kwalifikujących zrealizowane świadczenia do opieki onkologicznej realizowanej i finansowanej przez Fundusz w ramach KSO.</u>	Uwaga nieuwzględniona – sprzeczna z założeniami ustawy.
101.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 18 lit. a – dotyczy projektowanego pkt 4 lit. a Dot. art. 40	Art. 1 pkt 18 lit. a – dotyczy projektowanego pkt 4 lit. a W ustawie nie określono co oznacza pojęcie „tryb wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego”.	Uwaga uwzględniona – zmieniono na etap

102.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 18 lit. a – dotyczy projektowanego pkt 5 lit. c Dot. art. 40	Art. 1 pkt 18 lit. a – dotyczy projektowanego pkt 5 lit. c Propozycja zmiany brzmienia przepisu na „ <i>data ustaleń wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego</i> ”. Ponadto proponuję zawrzeć definicję wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (WZT) w przepisach ustawy o KSO lub ewentualnie wskazać odwołanie do definicji WZT w odpowiednim rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Obecnie funkcjonuje ona w rozporządzeniu szpitalnym.	Uwaga częściowo uwzględniona
103.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 18 lit. a – dotyczy projektowanego pkt 6 lit. a (dot. art. 40)	Art. 1 pkt 18 lit. a – dotyczy projektowanego pkt 6 lit. a Plan leczenia onkologicznego ustalany jest przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny składający się z kilku specjalistów zatem w przepisie powinna być użyta liczba mnoga w odniesieniu do lekarzy.	Uwaga uwzględniona
104.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 18b	Wprowadzenie przecinka przed zwrotem „w celu”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „4a. Dane zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą być przetwarzane przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, w celu monitorowania stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej.”	Uwaga redakcyjna
105.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 1 pkt 18b (dot. zmiany brzmienia ust. 7)	Zdanie jest bardzo mocno rozbudowane, przez co trudne w odbiorze. Proponowana zmiana szyku zdania, ewentualnie podzielenie go na 2 części (np. z wydzieleniem celów przekazywania danych). Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „7. Dane dotyczące diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, przekazywane Funduszowi przez świadczeniodawców, w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego, przekazywane są na bieżąco do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w celu: weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców, którym wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków	Uwaga redakcyjna

			publicznych, umożliwienia monitorowania jakości diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego oraz stanu zdrowia świadczeniobiorców, zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej w ramach realizacji planu leczenia onkologicznego, a także do sprawowania nadzoru nad realizacją planów leczenia onkologicznego.”	
106.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 1 pkt 18 lit. e (dot. art. 40)	Art. 1 pkt 18 lit. e W projektowanym brzmieniu art. 40 ust. 7 nadmiarowy wydaje się zapis wskazujący, że celem przekazywania danych jest umożliwienie monitorowania jakości diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego. Wydaje się, że adekwatnych zmian wymaga również art. 7. ust 1 pkt 12 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.	Uwaga nieuwzględniona – przepis doprecyzowuje w jakim celu są przekazywane dane.
107.	Alivia - Fundacja Onkologiczna	Art. 40	Przepis: art. 40 i akty wykonawcze - e-DiLO - plan leczenia Kartę e-DiLO należy uzupełnić o pola obejmujące wybór intencji leczenia (radykałna/paliatywna) oraz możliwość przypisania lekarzy odpowiedzialnych za poszczególne elementy planu leczenia, np. leczenie chirurgiczne, radioterapię, leczenie farmakologiczne. Te dane są kluczowe dla interpretacji jakości i rozliczeń oraz odzwierciedlają rzeczywisty model pracy zespołowej.	Uwaga uwzględniona
108.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Art. 40 ust. 4	Art. 40 ust. 4 Jeżeli zgodnie z zaproponowanymi przepisami karta eDiLO, której wprowadzenie przewidziano na 1 stycznia 2026 roku z okresem przejściowym do 31 grudnia 2026, ma być częścią EDM, to należy doprecyzować na podstawie jakich przepisów Koordynatorzy Onkologiczni będą mieli uprawnienia i jakie uprawnienia do wprowadzania zapisów i zmian w elektronicznej dokumentacji medycznej. Kto ma podpisać kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego EDM podpisem kwalifikowanym lub zaufanym np. po ustaleniu leczenia/ dalszego postępowania na konsylium wielodyscyplinarnym – jeżeli to ma być koordynator, to powinien mieć odpowiednie dostępy. Do tej pory zapisy w karcie DiLO były niewidoczne dla pacjenta i były jedynie danymi administracyjnymi, które po powiązaniu z HIS stanowiły podstawę do rozliczeń świadczeniodawcy z NFZ. Zgodnie z przepisami wpis do EDM, widoczny w rezultacie w portalu pacjenta, musi być podpisany podpisem kwalifikowanym lub zaufanym związanym z koniecznością wykorzystania danych osobowych. To nakłada na świadczeniodawców kolejne obowiązki, które przy braku konkretnych	Uwaga nieuwzględniona . Pracownicy medyczni w tym koordynatorzy zyskują dostęp do danych. W celu ograniczenia obciążenia administracyjnego świadczeniodawca ma możliwość ustanowienia asystenta medycznego.

			szczegółowych zapisów mogą stanowić przeszkodę w prawidłowym realizowaniu założeń ustawy.	
109.	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach	Art. 40 ust. 7	Fragment: „... a także do sprawowania nadzoru nad realizacją planów leczenia onkologicznego.” Przy założeniu, że dane dotyczące diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego mają być na bieżąco przekazywane do systemu teleinformatycznego (e-DiLO) min. w celu sprawowania nadzoru nad realizacją planów leczenia onkologicznego przez SOLO III należy zauważyć konieczność pozyskania przez SOLO III nr PESEL pacjentów diagnozowanych i leczonych w Ośrodkach SOLO I koniecznych do sprawowania nadzoru nad planem leczenia. Ponadto konieczne jest uregulowanie trybu i czasu w jakim będzie dokonywana weryfikacja realizacji planu leczenia, a także rekomendacja jego zmiany. Proponuje się, aby system e-DiLO umożliwiał przeglądanie realizacji planu leczenia pacjentów, a rozporządzenie MZ w tej sprawie regulowało zasady i uprawnienia do weryfikacji i rekomendacji zmiany planów leczenia przez Ośrodek SOLO III. Nadanie lekarzowi konsultantowi SOLO III funkcji przewodniczącego WZT w SOLO I mogłoby uprawniać do nadzoru nad planami leczenia w tym ośrodku i rekomendacji ich zmiany. Lekarz konsultant SOLO III – przewodniczący WZT w SOLO I miałby uprawnienie do przeglądania kart e-DiLO z ośrodka SOLO I	Uwaga nieuwzględniona - zasady współpracy SOLO I z SOLO III, w tym kwestie nadzoru nad planem leczenia, powinny być uregulowane w porozumieniu pomiędzy tymi ośrodkami.
110.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 2 pkt 1a	Zmiana szyku zdania. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: [...] „22) monitorowanie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, we współpracy z Krajowym Ośrodkiem Monitorującym, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej;”;	Uwaga redakcyjna
111.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 2 pkt1b	Zmiana szyku zdania. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: [...] „22a) weryfikacja osiągnięcia wartości minimalnych i docelowych wskaźników jakości opieki onkologicznej przez podmioty lecznicze	Uwaga redakcyjna

			zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej, o której mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej;”;	
112.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 2 pkt 2a (dot. pkt 40)	Wprowadzenie przecinka przed wyrazem „określony” i przed zwrotem „na zasadach”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „40) kwalifikacja podmiotów leczniczych na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, określony w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, na zasadach określonych w tej ustawie;	Uwaga redakcyjna
113.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 3 pkt 2a	Wprowadzenie przecinka przed wyrazem „umożliwiający”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „1. System Krajowej Sieci Onkologicznej stanowi moduł SIM, umożliwiający generowanie i obsługę raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej [...]”	Uwaga redakcyjna
114.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 3 pkt 4a (dot. pkt 1)	Wprowadzenie przecinka przed wyrazem „zawierającą” i przed powtórzonym spójnikiem „lub” i zamiana jednego „lub” na „albo”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „1) pracownik medyczny, który wytworzył elektroniczną dokumentację medyczną, zawierającą dane osobowe lub jednostkowe dane medyczne usługobiorcy, lub pracownik na którego zlecenie zostało udzielone świadczenie opieki zdrowotnej albo zrealizowana procedura medyczna, w związku z którymi dokumentacja ta została wytworzona.;[...]	Uwaga redakcyjna
115.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 3 pkt 4a (dot. pkt 2)	Wprowadzenie przecinka przed wyrazem „zawierającą” i przed powtórzonym spójnikiem „lub” i zamiana jednego „lub” na „albo”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „2) pracownik medyczny wykonujący zawód u usługodawcy, u którego została wytworzona elektroniczna dokumentacja medyczna, zawierająca dane osobowe lub jednostkowe dane medyczne usługobiorcy, lub na którego zlecenie zostało udzielone świadczenie opieki zdrowotnej albo zrealizowana procedura medyczna, w związku z wykonywaniem przez niego zawodu u tego usługodawcy, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia diagnostyki lub zapewnienia ciągłości leczenia, lub w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej;”;	Uwaga redakcyjna

116.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art.3 pkt 4b	Wprowadzenie przecinka przed zwrotami „w związku” i „na podstawie”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „5) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej u usługodawcy, w związku ze sprawowaniem opieki onkologicznej lub współpracą usługodawców w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, na podstawie upoważnienia udzielonego przez tego usługodawcę i w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej lub koordynacji opieki onkologicznej.”	Uwaga redakcyjna
117.	Porozumienie Zielonogórskie	Art. 3 Dot. ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia art. 35	W art. 3 projektu: zmiana 4) b) b) w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu: „5) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej u usługodawcy w związku ze sprawowaniem opieki onkologicznej lub współpracą usługodawców w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na podstawie upoważnienia udzielonego przez tego usługodawcę i w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej lub koordynacji opieki onkologicznej.”. Należy dodać osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej u usługodawcy w związku ze sprawowaniem opieki koordynowanej w POZ oraz bilansami zdrowia osób dorosłych Moje Zdrowie. Tak jak osoby związane ze świadczeniami KSO powinny mieć dostęp tak samo ich odpowiedniki w opiece koordynowanej w POZ i zarządzaniu bilansami też.	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji.
118.	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	Dot. projektu nowelizacji ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta	Propozycja zmiany w konsultowanym projekcie. Art. 4 pkt 2 Proponuję modyfikację art. 22 ust. 6 w ten sposób, że wyrazy „12 miesięcy” zastępuje się wyrazami „6 miesięcy”, a nie jak w projektowanym rozwiązaniu „3 miesiące”. Uzasadnienie. Obecnie obowiązujące rozwiązanie, wskazujące, że „Standardy akredytacyjne stosuje się do wniosków o udzielenie akredytacji złożonych po upływie 12 miesięcy od dnia zamieszczenia tych standardów w dzienniku urzędowym	- propozycja modyfikacji art. 22 ust. 6 w zakresie wydłużenia proponowanego terminu z 3 do 6 miesięcy – uwaga częściowo uwzględniona - zmiana na 4 miesiące; - propozycja modyfikacji przepisu art. 40 ust. 4 –

		ministra właściwego do spraw zdrowia” jest rozwiązaniem uzasadnionym ze względu na konieczność dostosowania systemu monitorowania wniosków o udzielenie akredytacji do powstających nowych obszarów standardów, jak również przygotowania zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2024 r. w sprawie określenia szczegółowego sposobu przeprowadzenia procedury oceniającej spełnienie pojedynczych standardów akredytacyjnych (Dz. U. poz. 1357) w zakresie ustalenia wysokości opłaty za przegląd akredytacyjny. Jak jednak wynika z doświadczenia, termin ten jest zbyt długi i ograniczający możliwość wprowadzenia do akredytacji nowych obszarów akredytacji. Wydaje się jednak, że skrócenie tego okresu do 3 miesięcy jest zbyt radykalne, albowiem może się okazać, że dostosowanie systemu informatycznego, jak również przygotowanie nowelizacji rozporządzenia dot. wysokości opłaty za przegląd akredytacyjny w nowym obszarze w terminie 3 miesięcy będzie niemożliwe, a przynajmniej bardzo utrudnione. Propozycja zmiany w ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692). dalej jako ustawa o jakości. 1. Proponuję rozważenie modyfikacji przepisu art. 40 ust. 4 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, ustalając jego brzmienie: „Wysokość opłaty jest uzależniona od liczby łóżek w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, liczby pacjentów objętych opieką tego podmiotu, liczby badań wykonywanych przez ten podmiot lub liczby lokalizacji podmiotu leczniczego objętych wnioskiem o udzielenie akredytacji”. Uzasadnienie. Dotychczasowe rozwiązanie nie uwzględnia nakładów pracy ośrodka akredytacyjnego i wizytatorów akredytacyjnych w związku ze złożeniem wniosku o udzielenie akredytacji przez podmioty wielolokalizacyjne w ramach jednego podmiotu leczniczego. Tymczasem stosownie do art. 41 pkt 3 ustawy o jakości, delegacja ustawowa do wydania rozporządzenia w sprawie wysokości opłaty, odnosi się do sposobu obliczenia wysokości opłat za przeprowadzenie procedury oceniającej, uwzględniając nakład pracy <u>wiążący się z wielkością podmiotu</u> oraz zakresem i liczbą udzielanych przez niego świadczeń. Oczywiście wielkość podmiotu w przypadku szpitali odnosi się do liczby łóżek, jednak większy nakład pracy wiąże się również z wielkością podmiotów wielolokalizacyjnych. Zasadne	uwaga nieuwzględniona – propozycja powinna być poprzedzona konkretnymi wyliczeniami; - propozycja modyfikacji przepisu art. 44 ust. 1 – uwaga uwzględniona w art. 46 ust. 1 ustawy o jakości; - propozycja modyfikacji art. 40 uwaga nieuwzględniona – uwaga bez przedstawienia przez zgłaszającego skutków finansowych
--	--	---	--

			byłoby zatem takie zmodyfikowanie treści art. 40 ust. 4 umożliwiające ustalenie opłaty uzależnionej również od tego kryterium. 2. Proponuję rozważenie modyfikacji przepisu art. 44 ust. 1 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, ustalając jego brzmienie: „Osoba kierująca ośrodkiem akredytacyjnym prowadzi listę wizytatorów zawierającą imiona i nazwiska, numery PESEL oraz daty wpisów na tę listę”. Uzasadnienie: Lista wizytatorów prowadzona przez ośrodek akredytacyjny zgodnie z obecnym brzmieniem przepisów powinna zawierać jedynie imiona i nazwiska oraz datę wpisów wizytatorów na tę listę. Dane te nie są jednak wystarczające do jednoznacznej identyfikacji osób fizycznych, gdyż nastąpić może zbieżność imion oraz nazwisk, a także daty wpisu, jeżeli dokonywane one będą jednego dnia. Ośrodek akredytacyjny dysponuje numerem PESEL wizytatora, który wykorzystywany jest do zawarcia i realizacji z nim umowy przez ośrodek, modyfikacja omawianego przepisu pozwalałaby by więc wykorzystać posiadaną daną osobową w celu prowadzenia listy. Numer PESEL pozwala na jednoznaczną identyfikację osoby fizycznej, pozwalając uniknąć ośrodkowi pomyłki co do tożsamości wizytatorów. Co więcej jest to uzasadnione z punktu widzenia Systemu Monitorowania Wniosków o Udzielenie Akredytacji. Ministerstwo Zdrowia – Departament Lecznictwa zwraca się bowiem do ośrodka o udostępnienie danych osobowych w celu utworzenia kont użytkowników w Systemie Monitorowania Wniosków o Udzielenie Akredytacji (SMWUA), o którym mowa w art. 27 wspomnianej ustawy, w ramach którego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) przekazać ma również dane dotyczące wizytatorów, w tym ich numer PESEL. Tym bardziej uzasadnia to potrzebę uregulowania kwestii wykorzystania numeru PESEL wizytatorów. 3. Proponuję rozważenie modyfikacji przepisu art. 40 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, dodając ust. 6 o brzmieniu: „W przypadku pozostawienia wniosku o udzielenie akredytacji bez rozpoznania na etapie oceny wstępnej, wniesiona opłata podlega zwrotowi w całości na wniosek podmiotu, złożony w terminie 30 dni od dnia doręczenia informacji o pozostawieniu wniosku bez rozpoznania.” Uzasadnienie:	
--	--	--	--	--

			Obecnie ustawa przewiduje, że opłata za procedurę oceniającą stanowi dochód budżetu państwa. Oznacza to, że zwrot środków publicznych wymaga wyrażnej podstawy prawnej (która, poza przepisami przejściowymi, nie została w ustawie unormowana). Wprowadzenie tego zapisu regulowałoby, że w specyficznym przypadku (pozostawienia wniosku bez rozpoznania) środki te mogą zostać zwrócone. Proponowany przepis wyrażnie określa: zdarzenie skutkujące zwrotem (pozostawienie wniosku bez rozpoznania na etapie oceny wstępnej), zakres zwrotu (całość opłaty); procedurę zwrotu (zwrot następuje na wniosek podmiotu złożony w terminie 30 dni od doręczenia informacji o pozostawieniu wniosku bez rozpoznania). Pozostawienie wniosku bez rozpoznania oznacza, że procedura oceniająca nie została przeprowadzona w pełnym zakresie, ponieważ jej dalsze etapy (przegląd akredytacyjny i raport) nie miały szansy się rozpocząć. Zatem zasadne jest, aby opłata za nieprzeprowadzoną procedurę podlegała zwrotowi. W tym kontekście, propozycja jest spójna z zasadą, że podmiot płaci za realną realizację usługi. Proponowany przepis określa skutek formalnego odrzucenia wniosku w najwcześniejszej fazie procedury. Jasno ustala warunki zwrotu, łącząc go z istniejącą regulacją w Art. 28 ust. 3. Ponadto wprowadzenie tego zapisu wypełniłoby lukę prawną dotyczącą zwrotu opłaty.	
119.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 4 pkt 2	Wprowadzenie przecinka przed wyrazami „podmiot” i „może”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „3. W przypadku aktualizacji standardów akredytacyjnych, podmiot wnioskujący o udzielenie akredytacji, może złożyć wniosek o jej udzielenie z pominięciem terminu, o którym mowa w art. 22 ust. 6.”	Uwaga redakcyjna
120.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 5 ust 1	Wprowadzenie przecinka przed zwrotem „w brzmieniu” i dodanie „niniejszej ustawy” dla uporządkowania przywołanych przepisów. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „1. W okresie od dnia 1 stycznia 2026 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy zmienianej w art. 1 niniejszej ustawy, może być wystawiana i prowadzona na zasadach określonych w art. 39 i 40 ustawy zmienianej, w brzmieniu dotychczasowym albo w postaci elektronicznej.”	Uwaga redakcyjna

121.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 5 ust 2	Wprowadzenie przecinków przed wyrazem „wystawionej” i zwrotami: „nie zamkniętej” oraz „stosuje się”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „2. Do prowadzenia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wystawionej i prowadzonej na dotychczasowych zasadach, nie zamkniętej przed dniem 1 stycznia 2027 r., stosuje się przepisy dotychczasowe.”	Uwaga redakcyjna
122.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 5 ust 3	Wprowadzenie przecinka przed wyrazem „pozostawia”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „3. Świadczeniobiorca zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, u którego ta diagnostyka lub to leczenie będą wykonywane.”	Uwaga redakcyjna
123.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 5 ust 4	Proponowana zmiana szyku zdania (ujednolicenie związane ze zmianą, zaproponowaną w ramach uwagi z poz. 32). Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „Dane dotyczące diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, przekazywane Funduszowi przez świadczeniodawców, w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego, wystawioną na podstawie przepisów dotychczasowych, Fundusz przekazuje do systemu Krajowej Sieci Onkologicznej, w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy zmienianej w art. 1 niniejszej ustawy, w terminie do dnia 30 czerwca 2027 r.”	Uwaga redakcyjna
124.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Art. 5 Przepisy przejściowe	Art. 5 Jeżeli celem przepisów art. 5 jest umożliwienie w okresie przejściowym wystawiania i prowadzenia kart w dwóch systemach (NFZ i CeZ), a po okresie przejściowym wystawiania i prowadzenia kart w jednym systemie (CeZ), to rozwiązaniem optymalnym zarówno dla administracji publicznej, jak i podmiotów raportujących dane, będzie obsługa procesu w ramach jednego docelowego systemu administrowanego przez CeZ, tj. zamknięcie obsługi kart w systemie dotychczas administrowanym przez NFZ. Bez podstawy prawnej NFZ nie może zamknąć administracyjnie kart DiLO, w celu zakończenia obsługi kart w systemie Funduszu. Dane z zamkniętych administracyjnie kart przekazane zostaną do sytemu KSO, na podstawie art. 40 ust. 7 ustawy o KSO. Jednocześnie proponuję	Uwaga częściowo uwzględniona – przepisy przeredagowano.

			przyjęcie zasady, że dane z zamkniętych etapów diagnostyki lub leczenia, obsługiwane dotychczas w systemie administrowanym przez NFZ, będą dostępne przy nowej karcie obsługiwanej w systemie administrowanym przez CeZ, bez konieczności wstecznego uzupełniania w nowej karcie zamkniętych etapów. Natomiast jeżeli jakiś etap trwa podczas transferu danych z zamkniętej administracyjnie karty, między systemem NFZ a CeZ, należy go odtworzyć / uzupełnić w ramach nowej karty obsługiwanej w systemie administrowanym przez CeZ. W związku z tym proponuję nowe brzmienie art. 5 ustawy zmieniającej wraz z urealnieniem terminów: <i>„1. W okresie od 1 lipca 2026 r. do 31 grudnia 2026 r. karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, jest wystawiana i prowadzona zgodnie z dotychczasowymi przepisami albo w wersji elektronicznej w ramach systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.</i> <i>2. Od 1 stycznia 2027 r. karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, jest wystawiana wyłącznie w wersji elektronicznej.</i> <i>3. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawiona zgodnie z dotychczasowymi przepisami i nie zamknięta przed 1 stycznia 2027 r. zostanie zamknięta administracyjnie 1 stycznia 2027 r., a jej dane przekazane zgodnie z art. 40 ust. 7 do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w celu jej administracyjnego otwarcia z dniem 1 stycznia 2027 r. i dalszego prowadzenia w wersji elektronicznej.</i> <i>4. W przypadku karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wystawionej zgodnie z dotychczasowymi przepisami przed 1 stycznia 2027 r., pacjent zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostawia tę kartę u świadczeniodawcy, u którego ta diagnostyka lub to leczenie będą wykonywane.”.</i> Jeżeli kwestie organizacyjne wymagałyby innego sposobu przejścia z systemu administrowanego przez NFZ, na system administrowany przez CeZ, należy to uwzględnić w proponowanych przepisach, zachowując cel jakim jest obsługa karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach jednego systemu administrowanego przez CeZ.	
--	--	--	---	--

125.	Wojewoda Łódzki Po terminie	Art. 6 ust 1 Art. 6 ust 2	W ramach tego przepisu zawarto dużo informacji, co utrudnia ich zrozumienie. Propozycja wydzielenia z ust. 1 informacji, dotyczących samego zaktualizowanego wniosku, na przykład w ramach kolejnego ustępu. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzić bardziej czytelny przekaz. Proponowana treść: „1. W przypadku wniosków o udzielenie akredytacji, złożonych przed wejściem w życie niniejszej ustawy, podmiot wnioskujący o udzielenie akredytacji, w rozumieniu art. 21 ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 4 niniejszej ustawy, może zmienić wskazane w tym wniosku standardy akredytacyjne, w terminie miesiąca od dnia ogłoszenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia aktualizacji standardów akredytacyjnych i wybrać standardy akredytacyjne po ich aktualizacji.” „2. W przypadku, o którym mowa w ust.1, podmiot wnioskujący o udzielenie akredytacji składa do ministra właściwego do spraw zdrowia, za pośrednictwem ośrodka akredytacyjnego, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4 niniejszej ustawy, wniosek o akredytację, zmieniony w zakresie wskazanym w art. 26 ust. 3 pkt 5 ustawy zmienianej w art. 4 niniejszej ustawy, który nie podlega opłacie, wraz z oświadczeniem o spełnieniu standardów akredytacyjnych, o którym mowa art. 26 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 4 niniejszej ustawy.” W przypadku przyjęcia propozycji przedstawionej w poz. 45 (tj. powyżej), należałoby zmienić numer ustępu na 3.	Uwaga redakcyjna
126.	Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala	Ogólne	<u>Uwagi ogólne do obowiązującej ustawy o krajowej sieci onkologicznej</u> 1. W ramach deregulacji należy rozważyć modyfikację art. 9 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 ustawy o KSO, przez usunięcie zawartego w tych punktach zwrotu „<i>na podstawie danych przetwarzanych w systemie KSO</i>”. Zarówno kwalifikacja jak i weryfikacja, o których mowa we wspomnianych przepisach, bazuje na informacjach i danych raportowanych przez świadczeniodawców bezpośrednio do Funduszu. Brak jest również kryteriów wykorzystania „<i>danych przetwarzanych w systemie KSO</i>” w procesie kwalifikacji i weryfikacji, w związku z czym wspomniany zwrot jest nadmiarowy. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że weryfikacja wskaźników jakościowych dokonywana jest przez Fundusz w trybie określonym art. 18 ustawy o KSO. Dodatkowo pozostawienie obecnego brzmienia tych przepisów skutkuje od strony formalnej niepełną realizacją obowiązku wynikającego z przepisu art. 9	Pkt 1 uwaga uwzględniona – przepis przeredagowano Pkt 2 uwaga uwzględniona.

			ust. 5, ponieważ kwalifikacja i weryfikacja na potrzeby wykazu, nie zostaną dokonane na podstawie danych przetwarzanych w systemie KSO. W związku z czym proponuję następujące brzmienie przepisu art. 9 ust. 1 pkt 1 i pkt 2: <i>„1. Prezes Funduszu dokonuje:</i> <i>1) kwalifikacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej określony w art. 3 ust. 2 na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3;</i> <i>2) weryfikacji spełniania przez podmioty wykonujące działalność leczniczą zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3.”.</i> 2. Ustawa o KSO pozbawiona jest przepisu, który wskazywałby na <u>brak możliwości rozliczania świadczeń związanych z opieką onkologiczną poza kartą diagnostyki i leczenie onkologicznego</u>. Umożliwienie realizacji świadczeń związanych z opieką onkologiczną bez karty diagnostyki i leczenia onkologicznego spowoduje, że wskaźniki jakości opieki onkologicznej, z założenia oparte na danych wspomnianej karty, podatne będą na manipulacje. Badanie jakości wyłącznie na części świadczeń tj. tych realizowanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego spowoduje, że podmioty będą mogły manipulować danymi w taki sposób, aby wyłącznie świadczenia realizowane z kartą DiLO spełniały warunki jakościowe, a ew. „<i>trudne przypadki</i>”, które stanowią ryzyko dla osiągnięcia wskaźników jakościowych, będą realizowane poza kartą, wymykając się tym samym badaniu jakości. W związku z powyższym proponuję zmienić brzmienie art. 35 ust. 1: <i>„1. Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej odbywa się na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącymi...”.</i>	
127.	Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych	Ogólne	Przedstawiony projekt ustawy dotyczy przetwarzania danych osobowych w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego, tj. danych dotyczących zdrowia zawartych w planie leczenia onkologicznego, karcie diagnostyki oraz leczenia onkologicznego, wystawianych	Ad. 1 Komentarz - ocena skutków dla ochrony

		w postaci elektronicznej. Takie dane osobowe – jako dane szczególnej kategorii – podlegają wzmocnionej ochronie na podstawie przepisów rozporządzenia 2026/679, zwłaszcza jego art. 9. Ze względu na charakter danych, a także kontekst ich przetwarzania, przyjmowane rozwiązania wymagają zatem oceny z punktu widzenia zasady zgodności z prawem, rzetelności i przejrzystości, zgodnie z którą podstawa przetwarzania danych osobowych powinna być określona w sposób jasny i precyzyjny w przepisach prawa (art. 5 ust. 1 lit. a w zw. z art. 6 ust. 1 i 3 rozporządzenia 2016/679). 1. W związku z projektowaniem regulacji, które dotyczą przetwarzania szczególnych kategorii danych, szerokiego zakresu danych i skali, mogącym z dużym prawdopodobieństwem powodować wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych konieczne jest przeprowadzenie oceny skutków przyjmowanych rozwiązań dla ochrony danych, o której mowa w art. 35 ust. 1 i 10 oraz art. 25 ust. 1 i 2 rozporządzenia 2016/679. Co również ważne, projektowane regulacje związane są z wprowadzeniem nowego sposobu przetwarzania danych osobowych tj. przetwarzania danych w postaci elektronicznej. Przeprowadzenie oceny skutków ułatwiłoby zatem wykazanie zgodności z zasadami wynikającymi z art. 5 rozporządzenia 2016/679 oraz spełnienia warunków przetwarzania danych osobowych określonych w art. 6 ust. 3 i art. 9 ust. 2 i 3, a także pozwoliłoby ocenić czy rozwiązania zawarte w projekcie przewidują jednocześnie odpowiednie zabezpieczenia praw i wolności osób, których dane dotyczą. Projektodawca wskazuje, że w związku z projektowaniem przedmiotowych regulacji dotyczących danych osobowych przeprowadzono ocenę skutków dla ochrony danych. W udostępnionych materiałach nie przedstawiono jednak potwierdzenia przeprowadzenia takiej analizy celem przyjęcia rozwiązań odpowiednio wyważonych oraz uniknięcia wskazywanych poniżej zastrzeżeń pod adresem tych regulacji z punktu widzenia zasady legalności, celowości i proporcjonalność. 2. Projekt ustawy przewiduje zmianę art. 20 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, która ma na celu zniesienie obowiązku wdrożenia przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej „infolinii onkologicznej” zapewniającej uzyskanie informacji o organizacji opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, a także dokonanie zapisu na pierwszorazowe świadczenia opieki zdrowotnej, w tym zmianę lub anulowanie terminu. Jak wynika z uzasadnienia „obecnie jest wdrażane rozwiązanie systemowe w postaci centralnej rejestracji, która umożliwi prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji dla wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej	danych została przeprowadzona. Ad. 2 Komentarz dot. rozwiązań centralnej e-rejestracji. Poza zakresem przedmiotowej regulacji. Ad. 3 uwaga nieuwzględniona – dotychczas funkcjonująca karta DILO również funkcjonowała w systemie NFZ, z możliwością jej wydrukowania w papierze. Wprowadzenie karty w postaci elektronicznej stanowi więc umiejscowienie jej w innym systemie, tj. P1. Ad. 4 wycofano przepisy zmieniające art. 35 ustawy o SIOZ Ad. 5 Uwaga niezrozumiała – NFZ w chwili obecnej ma dostęp do danych dotyczących programów zdrowotnych dotyczących
--	--	--	---

		w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych. Brak zmiany art. 20 ustawy o KSO oznaczałby konieczność wdrożenia przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej dwóch odrębnych systemów prowadzenia zapisów na świadczenia opieki zdrowotnej, co stanowiłoby nieuzasadnione obciążenia administracyjne i kosztowe podmiotów leczniczych”. Nie kwestionując racjonalności proponowanej zmiany, należy jednak rozważyć, czy przyjęte rozwiązanie, poprzez rezygnację z możliwości skorzystania z usługi infolinii, nie doprowadzi do wyłączenia z dostępu do świadczeń onkologicznych (lub znacznie utrudni ten dostęp) osób wykluczonych cyfrowo. Tym bardziej, że Prezes UODO – opiniując projektowane przepisy dotyczące centralnej rejestracji, z zastosowaniem narzędzia dotyczącego asystenta głosowego – zwracał uwagę Projektodawcy na potrzebę uwzględnienia, w przepisach szczegółowych wymogów z art. 22 ust. 2b i 4 w zw. z art. 9 ust. 2 lit. a, g rozporządzenia 2016/679 wskazujących na konieczność zapewnienia właściwych środków ochrony praw i wolności oraz prawnie uzasadnionych interesów osoby, której dane dotyczą. W ocenie Prezesa, ze względu na „potrzebę zapewnienia ochrony praw świadczeniobiorców i wysokiego poziomu dostępności i dokładności systemu (...) w przypadku nieskutecznego dialogu z asystentem głosowym Projektodawca powinien przewidzieć instrumenty zapewniające właściwe środki ochrony tych praw, w tym prawa do interwencji ludzkiej, tak, aby zapewnić dostęp do usługi w inny sposób, np. przez połączenie z infolinią obsługiwaną przez człowieka (usługa „chcę rozmawiać z człowiekiem”). 3. Projektowane przepisy zmieniają sposób przetwarzania danych osobowych zawartych w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego, przewidując wystawianie kart w postaci elektronicznej (projektowany art. 39 ust. 2a ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej). Zastanowienia i rozważenia wymaga więc ocena tej regulacji z perspektywy EHDS5, które weszło w życie 26 marca 2025 r. Przy okazji projektowania przedmiotowego rozwiązania Projektodawca powinien rozważyć wprowadzenie regulacji zapewniających usługobiorcy możliwość korzystania z praw związanych z dostępem do elektronicznych danych dotyczących zdrowia – które przewiduje rozporządzenie 2016/679 a także EHDS – m.in. prawa do dostępu do danych, sprostowania danych, przenoszenia danych, ograniczenia dostępu, uzyskania informacji o dostępie, wyłączenia danych. Warto wziąć również pod uwagę przepisy Dyrektywy NIS 26, gdyż obowiązki wynikające z przepisów dotyczących przetwarzania danych, często wiążą się z obowiązkami wynikającymi z cyberbezpieczeństwa i przyczyniają się do	profilaktyki onkologicznej, bo sam je gromadzi. Zgodnie z projektem nowelizacji (art. 25) monitorowanie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej przez NFZ będzie polegać na analizie i weryfikacji osiąganych przez podmioty wskaźników jakości opieki onkologicznej. Ad. 6 Uwaga poza zakresem regulacji. Kwestie procesów przetwarzania danych osobowych w systemie teleinformatycznym są uregulowane w przepisach dotyczących tego systemu, tj. platformy P1.
--	--	---	--

			bezpieczeństwa państwa i osób, których dane są przetwarzane. Warto w tym miejscu zwrócić również uwagę na Raport ENISA Threat Landscape 20257 w zakresie potencjalnego cyberzagrożenia. 4. W projektowanym art. 35 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia projektodawca przewiduje zmiany w zakresie dostępu do danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych usługobiorców, przetwarzanych w systemie teleinformatycznym usługodawcy lub w Systemie Informacji Medycznej (które to systemy mają obejmować karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w postaci elektronicznej). Zgodnie z projektowanym art. 35 ust. 1 pkt 2 dostęp do tych danych ma „pracownik medyczny wykonujący zawód u usługodawcy, u którego została wytworzona elektroniczna dokumentacja medyczna zawierająca dane osobowe lub jednostkowe dane medyczne usługobiorcy lub na którego zlecenie zostało udzielone świadczenie opieki zdrowotnej lub została zrealizowana procedura medyczna, w związku z wykonywaniem przez niego zawodu u tego usługodawcy, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia diagnostyki lub zapewnienia ciągłości leczenia, lub w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej;”. Ponadto, w art. 35 ust. 1 pkt 4 ustawy przewidziano, że dostęp do tych danych mają inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej u usługodawcy w związku ze sprawowaniem opieki onkologicznej lub współpracą usługodawców w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na podstawie upoważnienia udzielonego przez tego usługodawcę i w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej lub koordynacji opieki onkologicznej. Projektodawca rozszerza zatem krąg podmiotów przetwarzających dane osobowe (w tym jednostkowe dane medyczne), a także wskazuje dodatkowe cele przetwarzania. Przez wzgląd na zasadę ograniczonego celu i minimalizacji danych Prezes UODO przedstawia jednak wątpliwości co do udostępniania tak szerokiego zakresu danych osobowych, w tym jednostkowych danych medycznych celem rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej. Zastrzeżenia budzi także udostępnianie tych danych osobom spoza personelu medycznego, w tak naprawdę bliżej nieokreślonych, ogólnych celach, tj. w celu „rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej” a zwłaszcza w celu „koordynacji opieki onkologicznej”. Wyjaśnienia i rozważenia pod kątem ograniczenia zakresu danych, wymaga zatem udostępnianie danych z SIM zarówno pracownikom medycznym jak i innym pracownikom. Tak szeroko określony dostęp wiąże się z szeregiem ryzyk, które powinny być zidentyfikowane celem podjęcia działań minimalizujących te ryzyka.	
--	--	--	---	--

			W ocenie Prezesa UODO projektodawca powinien zatem zapewnić rozliczalność dostępu do systemu z punktu widzenia zasady celowości, o której mowa w art. 5 ust. 1 lit. b rozporządzenia 2016/679, poprzez zapewnienie dodatkowych mechanizmów kontroli celów pozyskiwania tych danych. W tym miejscu należy mieć na względzie rozpatrywane przez Prezesa UODO, w trybie postępowania administracyjnego skargi odnoszące się do przetwarzania przez lekarzy danych osobowych pozyskanych za pośrednictwem systemu PUE ZUS. W wydawanych decyzjach Prezes stwierdzał naruszenie przepisów rozporządzenia 2016/679 z powodu bezprawnego uzyskiwania dostępu do danych osobowych pacjentów gromadzonych w systemie PUE ZUS, z powodu braku powiązania pozyskiwania tych danych z realizacją przez nich zadań związanych z wystawieniem zwolnienia lekarskiego. Aktualność zachowują także tezy wyrażone w wyroku NSA z 3 grudnia 2021 r., sygn. akt III OSK 590/21, który dotyczył udostępniania komornikom danych osobowych z rejestru PESEL przez Ministra Cyfryzacji. Jak wskazał NSA różnicowanie podmiotów uprawnionych do dostępu do rejestru PESEL nie może powodować zaniechania przez administratora danych podejmowania działań zmierzających do zlikwidowania (lub co najmniej ograniczenia) zidentyfikowanego ryzyka dla danych przetwarzanych w ramach rejestru PESEL.” W tej sprawie NSA przesądził, że Minister Cyfryzacji jest odpowiedzialny za uchybienia w procesie przetwarzania danych osobowych w rejestrze PESEL, które polegały na niewystarczającym zabezpieczeniu danych w kwestionowanej w tej sprawie aplikacji, przez brak odnotowywania celu udostępnienia danych osobowych przez podmioty mające dostęp do ww. rejestru, w tym komorników sądowych. Sąd administracyjny, potwierdził zatem, że nakazane przez organ nadzorczy w tej sprawie rozwiązanie dotyczące weryfikacji celu pozyskiwania danych przez komorników, „pozwoli na dokonanie weryfikacji, czy osoba dokonująca sprawdzenia danych w rejestrze PESEL uczyniła to na potrzeby prowadzonej sprawy, czy też bez żadnego powiązania z nią”. Wskazać zatem należy, że dotychczasowe doświadczenia organu nadzorczego wskazują, że problem blankietowych przepisów przekłada się na brak właściwych gwarancji dla ochrony danych osobowych z punktu widzenia poszanowania praw osób, których dane dotyczą i realizacji zasady rozliczalności. Projektowany art. 35 ust. 1 pkt 4 budzi zastrzeżenia także przez wzgląd na standardy wymagane art. 9 ust. 3 rozporządzenia 2016/679. Stanowi on, że <u>dane osobowe szczególnych kategorii mogą być przetwarzane do celów, o których mowa w ust. 2 lit. h)10, jeżeli są przetwarzane przez – lub na odpowiedzialność –pracownika podlegającego obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej na mocy prawa Unii lub prawa</u>	
--	--	--	---	--

		państwa członkowskiego, lub przepisów ustanowionych przez właściwe organy krajowe lub przez inną osobę również podlegającą obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, lub przepisów ustanowionych przez właściwe organy krajowe. 5. Projektodawca zakłada rozszerzenie kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ), w tym przekazanie mu kompetencji w zakresie monitorowania jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Zgodnie z projektowanym art. 21 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej „Fundusz we współpracy z Krajowym Ośrodkiem Monitorującym, zwanym dalej „KOM”, monitoruje jakość opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.”. W art. 22 w ust. 2 pkt 4 projektowane jest, aby podmioty te „monitorowały i kontrolowały przebieg, jakość i efekty programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej oraz przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycje modyfikacji realizacji tych programów, na podstawie wniosków opracowanych na podstawie nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych, dla których administratorem danych jest Fundusz na podstawie art. 22 ust. 4 tej ustawy” (zob. też projektowany art. 97 ust. 3 pkt 22 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹). Jak wynika z uzasadnienia „realizacja zadań określonych w art. 21, art. 22 ust. 2, art. 23 ust. 2 oraz art. 25 ustawy o KSO dotyczących analizy danych w zakresie jakości opieki onkologicznej podmiotów zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej stanowi nieuzasadnione obciążenie administracyjne i finansowe KOM oraz WOM i może być prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który posiada bezpośredni dostęp do niezbędnych do realizacji tego zadania danych oraz posiada odpowiednie kompetencje i zasoby”. <u>Przyznanie nowych uprawnień Narodowemu Funduszowi Zdrowia w postaci „monitorowania jakości opieki onkologicznej” i ich realizacja powiązana bezpośrednio z przetwarzaniem danych osobowych – w postaci „nieprzetworzonych danych osobowych” – budzi wątpliwości Prezesa UODO, gdyż godzi w zasady dotyczące przetwarzania danych osobowych.</u> Przede wszystkim w zasadę zgodności z prawem, ale i w zasady: ograniczonego celu i minimalizacji danych, tj. w art. 5 ust. 1 lit. a, b i c w zw. z art. 9 ust. 2 rozporządzenia 2026/679, a także w zw. z art. 51 ust. 2 Konstytucji RP oraz 31 ust. 3 Konstytucji RP. Wskazany cel przetwarzania danych związany jest z monitorowaniem jakości opieki onkologicznej, która – jak należy zakładać analizując projektowane rozwiązania – ma się opierać na analizie jednostkowych danych medycznych i ma być realizowana we współpracy NFZ z	
--	--	--	--

			KOM. Co ważne, zgodnie z art. 22 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej Funkcję KOM pełni Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie. <u>Wątpliwości, istotne ze względu na standardy ochrony danych osobowych, budzi zatem to, czy przyznanie nowych kompetencji NFZ jest niezbędne do wskazanego celu, skoro nadal ma on być realizowany we współpracy z KOM.</u> W takim przypadku istnieje konieczność zapewnienia gwarancji wynikających z art. 9 ust. 2 lit. h w zw. 9 ust. 3 rozporządzenia 2016/679. Wątpliwości budzi również status tych podmiotów w świetle definicji administratora i współadministratora, o których mowa w art. 4 ust. 7 rozporządzenia 2016/679 oraz 26 rozporządzenia 2016/679, w tym brak określenia sposobów przetwarzaniem danych osobowych w ramach wzajemnej współpracy przez NFZ i KOM (por. uwagi w pkt 6 opinii). Ponadto wyjaśnienia wymaga, czy uprawnienia NFZ będą mieć charakter działalności naukowej / badawczej. Jeśli przyjąć takie założenie, to należy wziąć pod uwagę – stosownie do treści art. 89 rozporządzenia 2016/679 – że tak określony cel przetwarzania danych wiąże się z koniecznością zagwarantowania ochrony praw i wolności osoby, której dane dotyczą. Wprowadzenie takich zabezpieczeń – jak wynika z art. 89 ust. 1 rozporządzenia 2016/679 – „polega na wdrożeniu środków technicznych i organizacyjnych zapewniających poszanowanie zasady minimalizacji danych. Środki te mogą też obejmować pseudonimizację danych, o ile pozwala ona realizować powyższe cele. Jeżeli cele te można zrealizować w drodze dalszego przetwarzania danych, które nie pozwalają albo przestały pozwalać na zidentyfikować osoby, której dane dotyczą, cele należy realizować w ten sposób”. Dodatkowe wątpliwości dotyczą tego, czy przedmiotowa analiza danych będzie dokonywana w oparciu o 22 rozporządzenia 2016/679. Zgodnie z art. 22 rozporządzenia 2016/679 każdej osobie fizycznej przysługuje prawo do niepodlegania decyzjom opartym wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie danych, w tym profilowanie, które wywołują wobec niej skutki prawne lub w podobny sposób istotnie na nią wpływają. W przypadku podejmowania takich decyzji, które opierają się na szczególnych kategoriach danych, art. 22 ust. 2b i art. 22 ust. 4 rozporządzenia 2016/679, przewiduje konieczność zastosowania art. 9 ust. 2 lit. a) lub g) oraz zapewnienia właściwych środków ochrony praw, wolności i prawnie uzasadnionych interesów osoby, której dane dotyczą. 6. W projektowanym art. 20 projektodawca przewiduje, że „w ramach realizacji zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,	
--	--	--	---	--

			Fundusz za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności udziela informacji dotyczących organizacji opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, w szczególności o dostępności i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej”. Podobnie w projektowanym art. 6 ust. 2 pkt 2, przewiduje, że „SOLO I poziomu (...) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną, ustalony przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w art. 8 ust. 2 pkt 1, i przekazuje na bieżąco informacje o jego realizacji do SOLO III poziomu”. Również zgodnie z art. 5 ust. 4 projektowanej ustawy „Narodowy Fundusz Zdrowia przekazuje dane, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczące diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, przekazywane przez świadczeniodawców Narodowemu Funduszowi Zdrowia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wystawionej na podstawie przepisów dotychczasowych, do systemu Krajowej Sieci Onkologicznej w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy zmienianej w art. 1, w terminie do dnia 30 czerwca 2027 r.” (por. też projektowany art. 40 ust. 7). Projektowane przepisy w sposób blankietowy odnoszą się do procesów przetwarzania danych osobowych, w systemie teleinformatycznym. <u>Również w obowiązujących przepisach brak jest odpowiednich regulacji odnoszących się do standardów bezpieczeństwa danych osobowych, według których powinny być przetwarzane dane celem zapewnienia zgodności z zasadami</u> przejrzystości, integralności, poufności, a także rozliczalności (art. 5 ust. 1 lit. a, f oraz art. 5 ust. 2 rozporządzenia 2016/679). Należy wskazać, że zgodnie z art. 6 ust. 3 rozporządzenia 2016/679 podstawa przetwarzania, o której mowa w ust. 1 lit. c) i e), musi być określona w prawie Unii lub w prawie państwa członkowskiego, któremu podlega administrator i ma zawierać cel przetwarzania, a dodatkowo także przepisy szczegółowe dostosowujące stosowanie przepisów rozporządzenia, w tym: ogólne warunki zgodności z prawem przetwarzania przez administratora; rodzaj danych podlegających przetwarzaniu; osoby, których dane dotyczą; podmioty, którym można ujawnić dane osobowe; cele, w których można je ujawnić; ograniczenia celu; okresy przechowywania; oraz operacje i procedury przetwarzania. Prawo ma służyć realizacji celu leżącego w interesie publicznym, oraz być proporcjonalne do wyznaczonego, prawnie uzasadnionego celu. Brak jest również w projektowanych przepisach propozycji regulacji kształtujących role właściwych podmiotów wchodzących w skład Krajowej Sieci Onkologicznej w procesach przetwarzania danych. Projektodawca przewiduje zaś współpracę	
--	--	--	--	--

			różnych podmiotów bez określenia zasad tej współpracy, także w odniesieniu do wykonywania operacji na danych osobowych (zob. np. projektowany art. 23 ust. 2, czy projektowany art. 97 w ust. 3 pkt 22 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Niedookreśloność przepisów powoduje zaś, że nie jest jasny zakres odpowiedzialności za przetwarzanie danych, co nie jest zgodne z zasadami przetwarzania danych. Należy więc wyjaśnić jaki jest status tych podmiotów w procesie przetwarzania danych osobowych w projektowanych przepisach. Jeśli w ocenie Projektodawcy dochodziłoby w analizowanych przypadkach do współadministrowania, to zgodnie z art. 26 ust. 1 rozporządzenia 2016/679 prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego, któremu podlegają współadministratorzy, ma określać obowiązki przypadające tym administratorom co do określenia odpowiednich zakresów ich odpowiedzialności dotyczącej wypełniania obowiązków wynikających z RODO, w szczególności w odniesieniu do wykonywania przez osobę, której dane dotyczą, przysługujących jej praw. Z punktu widzenia zasady zgodności z prawem, rzetelności i przejrzystości, a także zasady rozliczalności (art. 5 ust. 1 lit a, art. 5 ust. 2 rozporządzenia 2016/6796) projektodawca powinien w projektowanych przepisach krajowych zadbać o przyjęcie właściwych regulacji kształtujących sposób, zakres i formę partycypacji podmiotów przetwarzających dane osobowe świadczeniobiorców (np. kto będzie odpowiedzialny za zgłaszanie naruszeń, realizację prawa do informacji, prawo do kopii danych, wprowadzenie odpowiednich procedur bezpieczeństwa, upoważnień, itd.). Mając powyższe wątpliwości i zastrzeżenia na uwadze, uprzejmie proszę o wzięcie ich pod uwagę w toczącym się procesie legislacyjnym. Wyrażam przy tym nadzieję, że uwzględnienie powyższych uwag będzie pomocne w tym procesie i przyczyni się do podwyższenia poziomu ochrony danych osobowych w projektowanych przepisach. Jednocześnie uprzejmie informuję, że uwagi organu nadzorczego przedstawiane w toku prac legislacyjnych mają charakter eksperckich wskazówek dla projektodawcy, który podejmuje decyzję co do ostatecznego kształtu przyjmowanych przepisów i odpowiada za zapewnienie ich zgodności również z przepisami o ochronie danych osobowych.	
128.	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii	Ogólne	Sposób raportowania danych do Systemu Krajowej Sieci Onkologicznej – brak rozporządzenia Zasadne jest doprecyzowanie przepisów dotyczących sposobu raportowania danych do Systemu Krajowej Sieci Onkologicznej, tj. do systemu	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji (dotyczy aktu wykonawczego do ustawy).

	i Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt 12 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2023 r. poz. 1932). Do tej pory nie została zrealizowana delegacji ustawowa zawarta w art. 26 ust. 8 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 650), zgodnie z którą: <i>„Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: szczegółowy zakres danych, o których mowa w ust. 3 pkt 6 i 7, służących do obliczania wskaźników oceny opieki onkologicznej lub weryfikacji spełniania kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, mając na uwadze potrzebę zapewnienia jednolitości danych przekazywanych do systemu KSO przez podmioty w Krajowej Sieci Onkologicznej.”</i> Brak realizacji tej delegacji będzie skutkował niejednolitością raportowania danych przez podmioty wchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej oraz ogranicza możliwość ich efektywnego wykorzystania w procesie analizy jakości opieki. Rekomenduje się, aby w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy zostały jednoznacznie określone: • specyfikacja interfejsu API, umożliwiająca automatyczną, bezpieczną i zgodną z wymogami interoperacyjności wymianę danych między systemami teleinformatycznymi świadczeniodawców a centralnym systemem KSO, • katalog minimalnych pól raportowych, obejmujący dane niezbędne do analizy jakości, efektywności i dostępności świadczeń, • standard formatu danych oraz wskaźników, w tym ich definicje, jednostki miary i sposób raportowania, zapewniające jednolitość, porównywalność i spójność przekazywanych informacji. Brak ujednoliconej specyfikacji technicznej oraz niewdrożenie ww. rozporządzenia w praktyce powoduje, że dane przekazywane przez poszczególne ośrodki mogą różnić się zakresem, strukturą i sposobem prezentacji, co utrudnia prowadzenie rzetelnych analiz jakościowych, ogranicza porównywalność wyników i utrudnia skuteczne zarządzanie systemem Krajowej Sieci Onkologicznej.	
--	--	--	--

129.	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy	Ogólne	1. W proponowanych przepisach nie wskazano jednoznacznie terminu migracji danych z aktualnej aplikacji DILO NFZ do systemu karty eDiLO po dniu 1 stycznia 2027r., a wskazany w OSR termin 30 czerwca 2027 wydaje się niejednoznacznie określony w części normatywnej zaproponowanego brzmienia przepisów. Brak takiej regulacji może powodować , że niezamknięte „stare” karty DILO utworzone przed 1 stycznia 2027 r. będą mogły funkcjonować niejako w nieskończoność , a Narodowy Fundusz Zdrowia i CEZ będą zobowiązane do równoległego utrzymywania obu systemów. 2. W Art. 18.1 brak jest spójności zasady corocznej oceny podmiotów SOLO w zakresie uzyskanych wartości wskaźników jakości wyliczanych dla okresów 12 m-cy z oceną co 2 lata zaproponowaną w tym artykule 3. Brak jest uregulowania zasady realizacji świadczeń onkologicznych w podmiotach zakwalifikowanych do sieci wyłącznie w trybie karty e-DiLO, oraz upoważnienia ustawowego dla NFZ dla powiązania rozliczenia i płatności za te świadczenia ze spełnieniem warunku wskazanego powyżej. Tylko skuteczny , prosty i działający automatycznie mechanizm egzekucji tego warunku zapewni powszechne i obowiązkowe zakładanie karty e-DiLO u <u>wszystkich uprawnionych pacjentów</u> , a to z kolei zapewni kompletność zbierania danych niezbędnych do wiarygodnego wyliczenia wskaźników jakości onkologicznej , do których monitorowania zobowiązany jest Prezes NFZ na mocy przepisów Ustawy. Aktualnie NFZ nie ma podstawy prawnej do uzależniania zapłaty za świadczenia onkologiczne od utworzenia dla pacjenta karty DILO. Skutkuje to sytuacją w której karta DILO zakładana jest aktualnie dla ok 30-50% pacjentów leczonych onkologicznie, z tego w dużej części dopiero tuż przed konsylium wielodyscyplinarnym. Kontynuacja takiego stanu rzeczy dla karty e-DiLO powodowałaby całkowicie niewiarygodne obliczania dla wskaźników jakości opieki onkologicznej, co niweczy ideę powszechnego i wiarygodnego systemu monitorowania jakości. 4. W Art. 40 ust.4 pkt 6 dotyczącym planu leczenia onkologicznego brak jest umieszczenia informacji o intencji planu leczenia (radykalnej lub paliatywnej) , co jest niezbędne przy późniejszym wyliczaniu wskaźników jakości opieki , oraz interpretacji uzyskanych wartości.	1. Uwaga uwzględniona – przepisy doprecyzowane. 2. Uwaga nieuwzględniona – sprzeczna z założeniami. 3. Uwaga uwzględniona – przepis preredagowany 4. Uwaga uwzględniona. 5. Uwaga nieuwzględniona – sprzeczna z założeniami ustawy.
------	--	--------	---	--

			5. Brak w projekcie Ustawy delegacji dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia w sprawie zakresu szczegółowych informacji gromadzonych w karcie e-DiLO lub wzoru takiej karty.	
130.	Ogólnopolska Federacja Onkologiczna	Ogólne	1. Brak spójności zasady oceny podmiotów SOLO, Art. 18.ust 1 nowelizowanej ustawy. - Niespójność zasady corocznej oceny podmiotów SOLO w zakresie wartości wskaźników jakości (wyliczanych dla okresów 12 miesięcy) z proponowaną w projekcie oceną co 2 lata. - Wskaźniki jakości powinny być mierzone i rozliczane rocznie, a ich ocena pod kątem kwalifikacji powinna być z tym spójna. Postulujemy ujednolicenie okresu oceny do 12 miesięcy lub precyzyjne wskazanie, że ocena, o której mowa w Art. 18.1, następuje na podstawie wskaźników jakości liczonych za dwa następujące po sobie okresy 12-miesięczne. 2. Brak uregulowania zasady wyłączności karty e-DiLO i powiązania z płatnościami NFZ. Wprowadzenie bezwzględnej zasady, że realizacja świadczeń „onkologicznych” (diagnostyki i leczenia) odbywa się wyłącznie w trybie karty e-DiLO. Ponadto, konieczne jest wyraźne upoważnienie ustawowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia, pozwalające na powiązanie rozliczenia i płatności za te świadczenia ze spełnieniem warunku posiadania aktywnej karty e-DiLO, co jest warunkiem transparentności i koordynacji leczenia. Brak odpowiedniego przepisu – konieczność dodania regulacji w rozdziale dotyczącym e-DiLO (np. Art. 38-39) oraz w przepisach o finansowaniu świadczeń. 3. Ograniczona informacja w formularzu planu leczenia (WZT) - Art. 40 ust. 4 ustawy nowelizowanej. Należy umożliwić wskazanie więcej niż jednego lekarza odpowiedzialnego za dany element planu leczenia, co odpowiada multidyscyplinarnemu charakterowi opieki onkologicznej. Kluczowe jest również dodanie obowiązkowego pola na wpisanie intencji planu leczenia (radykalnej lub paliatywnej), co ma fundamentalne znaczenie dla procesu decyzyjnego i informowania pacjenta. 4. Brak delegacji dla Ministra Zdrowia do określenia wzoru e-DiLO – brak odpowiedniego przepisu – konieczność dodania delegacji do Art. 41 ustawy nowelizowanej lub w przepisach końcowych.	Ad. 1. Uwaga częściowo uwzględniona – weryfikacja co 2 lata, ale analiza wskaźników na potrzeby weryfikacji będzie opracowywana za dany rok kalendarzowy. Ad. 2 Uwaga uwzględniona – przepis preredagowany. Ad. 3 uwaga uwzględniona – przepis preredagowany. Ad. 4 Uwaga nieuwzględniona – sprzeczna z założeniami ustawy Ad. 5 uwaga uwzględniona – przepis preredagowany. W pozostałym zakresie poza zakresem regulacji.

			Konieczne jest wprowadzenie delegacji ustawowej dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia, które określi zakres informacji gromadzonych w karcie e-DiLO lub wzór takiej karty. Brak takiej delegacji uniemożliwiłby efektywne wdrożenie i ujednolicenie elektronicznej dokumentacji medycznej w ramach KSO. 5. Brak jednoznacznego terminu migracji danych DiLO – dodać w przepisach przejściowych i końcowych projektu (Art. 61 lub inny artykuł przejściowy nowelizacji). Należy precyzyjnie i jednoznacznie określić w treści przepisów przejściowych (ustawy nowelizującej) ostateczny termin migracji danych z aktualnej aplikacji DILO NFZ do systemu karty e-DiLO, co do zasady po dniu 1 stycznia 2027 r. Termin 30 czerwca 2027 r. (wskazywany w OSR) musi znaleźć swoje odzwierciedlenie w brzmieniu nowelizacji, stanowiąc termin maksymalny na zakończenie całego procesu. Ogólnopolska Federacja Onkologiczna stoi na stanowisku, że dla pełnej oceny jakości leczenia onkologicznego w Polsce należy uwzględnić również parametry dotyczące czasu i jakości diagnostyki oraz ścieżki skierowań pacjenta z podejrzeniem nowotworu (np. od pierwszego kontaktu z podejrzeniem do rozpoczęcia leczenia), co jest kluczowe dla szybkiego dostępu do leczenia i stanowi istotne wąskie gardło w obecnym systemie. Obecne wskaźniki skupiają się głównie na etapie leczenia szpitalnego. Uważamy również, że istotne jest uregulowanie w Ustawie kwestii dotyczących: 1. Prawa do informacji o koordynatorze i jego roli – musi być to jasno uregulowane w ustawie, a nie tylko w aktach wykonawczych. 2. Gwarancja minimalnego standardu czasowego dla realizacji Wieloetapowego Planu Leczenia (WPL) – aby pacjent miał pewność rozpoczęcia diagnostyki i terapii w określonym, bezpiecznym terminie. 3. Dostępność i tryb odwoławczy – jasna i szybka ścieżka odwołania dla pacjenta w przypadku odmowy realizacji świadczenia lub braku dostępu. Wnosimy o uwzględnienie powyższych uwag w dalszym procesie legislacyjnym, uznając je za niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa, skuteczności i najwyższej jakości opieki onkologicznej w Polsce oraz usprawnienia doświadczenia pacjenta w całym procesie leczenia.	
--	--	--	--	--

131.	Alivia - Fundacja Onkologiczna	Ogólne	Brak terminu migracji danych DiLO do e-DILO W projekcie brak jednoznacznego, ustawowego terminu zakończenia migracji danych z obecnej aplikacji DILO NFZ do systemu e-DILO, mimo że OSR wskazuje datę 30 czerwca 2027 r. Rekomendujemy dodanie, w przepisach przejściowych, zapisu ustanawiającego jako zasadę przejście na e-DILO po dniu 1 stycznia 2027 r. oraz ostateczny, nieprzekraczalny termin zakończenia migracji do dnia 30 czerwca 2027 r., wraz ze wskazaniem odpowiedzialności za kompletność i spójność migracji. Brak delegacji do określenia wzoru karty e-DILO W projekcie brak jednoznacznej delegacji dla Ministra Zdrowia do określenia wzoru karty e-DILO albo minimalnego zakresu informacji w e-DILO, co grozi brakiem ujednolicenia dokumentacji i utrudni efektywne wdrożenie rozwiązań cyfrowych w KSO. Bez wyraźnej podstawy ustawowej nie będzie możliwe wydanie aktu wykonawczego definiującego minimalny zestaw danych, strukturę, zasady interoperacyjności oraz odpowiedzialność za poszczególne elementy, co przełoży się na spójność jakości, rozliczeń i nadzoru. Rekomendujemy delegację ustawową upoważniającą Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego wzór lub minimalny zakres informacji karty e-DILO, w tym pola dot. intencji leczenia, i przypisania odpowiedzialności za poszczególne etapy leczenia. Ponadto w ocenie Fundacji Alivia warto wprowadzić coroczną ewaluację KSO wraz z publiczną prezentacją wskaźników. Transparentność buduje zaufanie i motywuje do poprawy oraz ułatwia nadzór społeczny i zarządczy.	W zakresie migracji danych uwaga uwzględniona – przepis preredagowany. W zakresie delegacji do rozporządzenia - uwaga nieuwzględniona – sprzeczne z założeniami ustawy.
132.	Konsultant Wojewódzki dla województwa zachodniopomorskiego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	Ogólne	1. Zakres KSO a onkologia i hematologia dziecięca Obecnie onkologia i hematologia dziecięca nie stanowią części Krajowej Sieci Onkologicznej. Trwają jednak intensywne prace nad rozwiązaniami systemowymi dla populacji pediatrycznej, przede wszystkim nad Krajowym Rejestrem Onkologii i Hematologii Dziecięcej. W praktyce ośrodki onkologii i hematologii dziecięcej od lat tworzą „nieformalną” sieć współpracy, utrzymując wysokie standardy diagnostycznoterapeutyczne oraz minimalizując opóźnienia w objęciu dzieci kompleksową opieką onkologiczną. 2. Ocena proponowanych zmian (pozytywna) Z zadowoleniem odnotowuję deregulacyjny charakter projektu – ograniczenie obciążeń administracyjnych i organizacyjnych oraz doprecyzowanie przepisów dotyczących organizacji opieki	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji

		onkologicznej. Kierunek ten należy ocenić pozytywnie z perspektywy sprawności systemu i koncentracji na jakości klinicznej. Za szczególnie ważne uznaję: • uproszczenie i ujednolicenie podejścia do wskaźników jakości, w tym zdefiniowanie „kluczowych” wskaźników oraz określenie ich wartości minimalnych i docelowych w akcie wykonawczym Ministra Zdrowia (nowe brzmienie art. 17), • doprecyzowanie cyklu weryfikacji osiągania wartości wskaźników przez NFZ oraz logiczną ścieżkę planów naprawczych (art. 18), • przejście na elektroniczną kartę DILO wraz z okresem przejściowym w 2026 r. (art. 39–40 oraz przepisy przejściowe). 3. Kluczowa obawa: kadry dla onkologii oraz onkologii i hematologii dziecięcej • pragnę wyrazić istotny <u>niepokój dotyczący niewystarczających kadr dedykowanych tak wymagającej specjalizacji, jaką jest onkologia oraz onkologia i hematologia dziecięca</u>. Specjalizacje ta pozostaje mało konkurencyjna na rynku pracy, a nowe obowiązki (koordynacja, praca zespołów wielodyscyplinarnych, raportowanie jakościowe) mogą dodatkowo obciążać zespoły. Bez równoległych, konkretnych działań w obszarze polityki kadrowej i finansowania istnieje ryzyko, że potencjał deregulacji nie przełoży się na poprawę dostępności i jakości opieki u pacjentów onkologicznych. 4. Młodzi dorośli (AYAs) leczeni w ośrodkach pediatrycznych: • zwracam uwagę na <u>konieczność ustawowego i kontraktowego zagwarantowania ciągłości opieki dla tzw. młodych dorosłych – pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne/hematologiczne przed ukończeniem 18 roku życia w ośrodku pediatrycznym</u>. Po osiągnięciu pełnoletności powinni oni z automatu pozostawać pod opieką macierzystego ośrodka przez co najmniej 3 lata, bez konieczności dodatkowych procedur kwalifikacyjnych. Rozwiązanie to zapewnia bezpieczeństwo terapeutyczne (kontynuacja leczenia i badań klinicznych/programów lekowych bez przerw), właściwe monitorowanie powikłań późnych i powrotu do zdrowia, stabilność wsparcia psycho-społecznego oraz płynne, planowe „transition of care” do systemu dla dorosłych według ustalonych ścieżek. Postuluję, aby zapisać tę zasadę w akcie prawnym i odzwierciedlić ją w	
--	--	---	--

			zasadach kontraktowania (NFZ) oraz w wskaźnikach jakości dedykowanych populacji AYA. Proponowane uzupełnienia / rekomendacje wdrożeniowe: • wzmocnienie polityki kadrowej: zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych, instrumenty zachęt (finansowych i organizacyjnych) dla lekarzy, pielęgniarek i diagnostów, finansowanie ról koordynatorów w onkologii/onkologii i hematologii dziecięcej oraz właściwa wycena świadczeń; • zapewnienie, by wdrożenie rozwiązań teleinformatycznych (EDM, karta DILO, centralna e-rejestracja) odciążało, a nie dublowało pracę zespołów klinicznych dzięki realnej interoperacyjności i automatyzacji przepływu danych. Podsumowując, oceniam kierunek zmian jako słuszny i potrzebny, natomiast apeluję o równoległe, systemowe rozwiązania kadrowe i ustalenie miejsca onkologii oraz hematologii dziecięcej w architekturze sieciowej – tak, aby dzieci z chorobami nowotworowymi korzystały z korzyści płynących z deregulacji w stopniu co najmniej równym populacji dorosłej.	
133.	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radioterapii onkologicznej dla woj. lubelskiego	Ogólne	Postulat, aby nowelizacja zawierała „bardziej jednoznaczną delegację dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego kompetencje zawodowe koordynatorów opieki onkologicznej w zespołach diagnostyczno-terapeutycznych, zasady ich szkolenia i certyfikacji, oraz uzyskiwania wpisu do rejestru zawodowego. Przedmiotem regulacji na tym poziomie powinno być również określenie zasad współpracy koordynatorów opieki onkologicznej z POZ w ramach koordynowanej opieki zdrowotnej – w celu zapewnienia ciągłości i kompleksowości opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową”	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji
134.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie ginekologii onkologicznej dla woj. kujawsko-pomorskiego	Ogólne	Po przeanalizowaniu zmian w ustawie KSO uważam, że na uwagę zasługuje wprowadzenie więcej czasu na przygotowanie ośrodków onkologicznych do pracy z pacjentem onkologicznym. Ważna jest też ciągłość opieki nad pacjentem od momentu założenia karty DiLO, co w zmianach zostało uwzględnione. Nowelizacja jest uzasadniona a okres przejściowy powinien być wykorzystany na przygotowanie kadry, ośrodków, systemów koordynujących co wpłynie na wysoką jakość leczenia. Ważne dla ścieżki onkologicznej jest monitorowanie czasu od założenia karty Dilo do rozpoczęcia leczenia. Ważna jest również aktualizacja	Komentarz, bez propozycji zmian przepisów i poza zakresem regulacji – wskaźniki będą w akcie wykonawczym.

			mapy ośrodków ginekologii onkologicznych w których można się diagnozować i leczyć. Uważam, że <u>opracowanie i wprowadzenie wskaźników jakości dedykowanych ginekologii onkologicznej podniesie standard jakości i satysfakcji dla pacjentek</u> np.: - czas od diagnozy do rozpoczęcia leczenia - udział pacjentek w konsylium - powołanie wojewódzkich zespołów d/s wdrażania KSO w ginekologii onkologicznej. Nowelizacja ustawy KSO jest uzasadniona pod względem organizacyjnym. Aby sieć onkologiczna funkcjonowała sprawnie i szybko niezbędne jest wzmocnienie kadry ilościowe i jakościowe, ośrodków, koordynacji opieki, współpraca ośrodków na różnych poziomach. Zapewnienie spójnego przepływu informacji między ośrodkami I, II, III oraz monitorowania następnego etapu diagnostyki i leczenia pacjentek.	
135.	Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Ogólne	Uzupełnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (UD258) o obowiązkową ocenę stanu odżywienia pacjenta onkologicznego jako integralnego elementu procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Niedożywienie i ryzyko jego wystąpienia są zjawiskiem powszechnym w populacji pacjentów onkologicznych, szczególnie w przypadku nowotworów układu pokarmowego. Aż 65% chorych traci masę ciała jeszcze przed pierwszą wizytą lekarską, a u około 80% stan odżywienia pogarsza się w trakcie terapii. Wczesna i systematyczna ocena stanu odżywienia ma istotne znaczenie kliniczne – wdrożenie odpowiedniej interwencji żywieniowej u pacjentów niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem wpływa na skuteczność i tolerancję leczenia systemowego, zmniejsza ryzyko powikłań pooperacyjnych, skraca czas hospitalizacji oraz poprawia ogólną jakość życia pacjentów. Brak takiej oceny w praktyce skutkuje pogorszeniem wyników leczenia oraz wzrostem kosztów terapii i hospitalizacji po stronie publicznego płatnika. Obecnie ocena stanu odżywienia pacjenta jest wykonywana głównie na etapie hospitalizacji, natomiast nie jest prowadzona w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), mimo że to właśnie tam rozpoczyna się proces diagnostyki onkologicznej i planowania leczenia. W praktyce oznacza to, że wielu pacjentów trafia do leczenia szpitalnego już w stanie znacznego niedożywienia, co mogłoby	Uwaga nieuwzględniona - poza zakresem regulacji.

			zostać wykryte i skorygowane znacznie wcześniej, gdyby ocena stanu odżywienia była elementem obowiązkowym w AOS. W związku z tym postulujemy, aby ocena stanu odżywienia była obligatoryjnie przeprowadzana u każdego pacjenta onkologicznego na etapie wstępnej diagnostyki, a następnie aktualizowana w toku leczenia, zgodnie z najlepszymi praktykami klinicznymi. Zważywszy, że jednym z celów projektu jest ujednolicenie i cyfryzacja procesów w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, włączenie tego elementu do systemu nie stanowiłoby dodatkowego obciążenia administracyjnego. Proponujemy zatem, by w elektronicznej karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego (e-DILO) uwzględnić dedykowane pole dotyczące oceny stanu odżywienia. Dane te mogłyby służyć do monitorowania jakości opieki onkologicznej i opracowywania wskaźników klinicznych mających realny wpływ na wyniki leczenia, zgodnie z zasadą evidence-based medicine. Wprowadzenie obowiązkowej oceny stanu odżywienia na wszystkich etapach leczenia – zarówno w hospitalizacji, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz jej systematyczne powtarzanie nie rzadziej niż co 3 miesiące – stanowiłoby ważny krok w kierunku zapewnienia pacjentom kompleksowej, zintegrowanej i nowoczesnej opieki onkologicznej. Pozwoliłoby także na bardziej racjonalne wykorzystanie środków publicznych poprzez redukcję powikłań, skrócenie hospitalizacji i poprawę skuteczności leczenia. Propozycje przepisów: 1. W art. 2 po pkt 1a dodaje się pkt 1b w brzmieniu: „1b) ocena stanu odżywienia – standaryzowany przesiew lub diagnostyka niedożywienia u świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną, przeprowadzana na etapie diagnostyki pogłębionej, leczenia szpitalnego oraz w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, dokumentowana w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz dokumentacji medycznej pacjenta.” Uzasadnienie: Wprowadzenie definicji oceny stanu odżywienia zapewnia spójność pojęciową i formalne osadzenie tego elementu w systemie Krajowej Sieci Onkologicznej. Ocena stanu odżywienia jest nieodłącznym elementem	
--	--	--	--	--

			procesu terapeutycznego – stan odżywienia pacjenta wpływa na tolerancję terapii, częstość powikłań i skuteczność leczenia. 2. Art. 6 – obowiązki ośrodków SOLO I (świadczeniodawców AOS) W art. 6 ust. 2 po pkt 2 dodaje się pkt 3 w brzmieniu: „3) zapewnia przeprowadzenie oceny stanu odżywienia pacjenta onkologicznego na etapie diagnostyki pogłębionej oraz jej aktualizację nie rzadziej niż co 3 miesiące, a także odnotowanie jej wyników w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz dokumentacji medycznej pacjenta.” Uzasadnienie: 65% pacjentów traci masę ciała jeszcze przed pierwszą wizytą onkologiczną . Na poziomie SOLO I po raz pierwszy pacjent wchodzi w system. Aktualnie ocena stanu odżywienia wykonywana jest wyłącznie w warunkach szpitalnych. Brak tego obowiązku w AOS prowadzi do sytuacji, w której pacjenci kierowani do leczenia szpitalnego są już niedożywieni lub w ryzyku niedożywienia, co pogarsza rokowania. Uzupełnienie przepisu umożliwi objęcie oceną stanu odżywienia pacjentów już na etapie wstępnej diagnostyki, bez zwiększania obciążenia administracyjnego. Stan odżywienia pacjentów onkologicznych pogarsza się w trakcie choroby i leczenia. Według stanowiska ekspertów, nawet 80% pacjentów onkologicznych doświadcza pogorszenia stanu odżywienia , . Zalecenia międzynarodowe i polskie , podkreślają konieczność regularnej, powtarzalnej oceny stanu odżywienia u pacjentów onkologicznych – zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. Wskazują, że ocena powinna być wykonywana nie rzadziej niż co 3 miesiące, a u pacjentów w grupie podwyższonego ryzyka (nowotwory głowy, szyi, nowotwory przewodu pokarmowego, nowotwory płuca) nawet częściej. Monitorowanie stanu odżywienia pozwala na wczesne wykrycie jego pogorszenia i wdrożenie interwencji żywieniowej, co poprawia tolerancję terapii, zmniejsza liczbę powikłań i skraca hospitalizację. 3. Art. 7 – obowiązki SOLO II (ośrodki szpitalne) W art. 7 ust. 2 po pkt 2 dodaje się pkt 3 w brzmieniu: „3) zapewnia ocenę stanu odżywienia pacjenta przy przyjęciu do leczenia szpitalnego oraz jej aktualizację w toku hospitalizacji oraz aktualizację tej oceny nie rzadziej niż co 3 miesiące w okresie leczenia onkologicznego.”	
--	--	--	---	--

			Uzasadnienie: Umożliwia ciągłość monitorowania stanu odżywienia – od diagnostyki AOS po etap hospitalizacji i dalsze leczenie. Dane te powinny być przekazywane w systemie informatycznym (e-DILO). 4. Art. 17 ust. 2 – wskaźniki jakości W art. 17 ust. 2 po pierwszym zdaniu dodaje się zdanie: „Wskaźniki jakości obejmują w szczególności odsetek świadczeniobiorców, u których przeprowadzono ocenę stanu odżywienia na etapie diagnostyki pogłębionej, leczenia szpitalnego oraz w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.” Uzasadnienie: Ocena stanu odżywienia ma znaczenie kliniczne i ekonomiczne — jej brak, a w konsekwencji brak włączenia leczenia żywieniowego u pacjentów niedożywionych lub w ryzyku niedożywienia, prowadzi do niższej efektywności leczenia, dłuższych hospitalizacji i wyższych kosztów leczenia (nawet do 300% w porównaniu z pacjentami z prawidłowym stanem odżywienia). Uwzględnienie wskaźników jakości pozwoli na realną weryfikację wdrożenia tej oceny. 5. Art. 40 ust. 4 – dane w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) W art. 40 ust. 4 po pkt 9 dodaje się pkt 10 w brzmieniu: „10) dane dotyczące stanu odżywienia pacjenta, w tym wynik oceny stanu odżywienia oraz informację o rozpoznaniu niedożywienia lub ryzyka jego wystąpienia, odnotowywane w sekcji D6 „Dalsze postępowanie” oraz datę ostatniej oceny i termin kolejnej oceny (nie później niż po 3 miesiącach od poprzedniej).” Uzasadnienie: Uzupełnienie karty DILO w części D6. Dalsze postępowanie pozwoli na: • odnotowanie oceny stanu odżywienia wraz z planem leczenia onkologicznego i zamknięciem karty, • zapewnienie przepływu informacji pomiędzy AOS a szpitalem, • zgodność z rekomendacjami ekspertów (m.in. Stanowisko „Leczenie żywieniowe w onkologii”, lipiec 2023).	
--	--	--	---	--

			Zastosowanie prostych, powszechnie stosowanych narzędzi przesiewowych (NRS-2002, SGA) nie wymaga specjalistycznej wiedzy ani nowych etatów – ocena może być wykonana przez pielęgniarkę, lekarza lub dietetyka. 6. Art. 5 – przepisy przejściowe Po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „W okresie, o którym mowa w ust. 1, wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w postaci papierowej zawiera dane, o których mowa w art. 40 ust. 4 pkt 10, w tym informację o dacie ostatniej i planowanej kolejnej oceny stanu odżywienia.” Uzasadnienie: Zapewnia, że ocena stanu odżywienia będzie uwzględniana również w okresie przejściowym, przed pełnym wdrożeniem e-DILO, co umożliwi zachowanie ciągłości gromadzenia danych.	
136.	Fundacja EuropaColon Polska	Ogólne	Uzupełnienie projektu o ocenę stanu odżywienia pacjenta onkologicznego, jako integralnego elementu diagnostyki i planowania leczenia. Potrzeba oceny stanu odżywienia pacjenta onkologicznego dotyczy wielu nowotworów, nie tylko pacjentów z nowotworami układu pokarmowego. Wczesne wykrycie niedożywienia lub ryzyka jego wystąpienia ma zasadnicze znaczenie dla skuteczności terapii – wpływa na tolerancję leczenia systemowego, liczbę powikłań pooperacyjnych, długość hospitalizacji oraz jakość życia chorego. Brak tej oceny często prowadzi do pogorszenia wyników leczenia, ponieważ pacjenci z powodu złego stanu zdrowia mogą nie otrzymywać spodziewanej terapii. Zatem ocena stanu odżywienia powinna być integralnym elementem diagnostyki u każdego pacjenta onkologicznego na początkowym etapie rozpoznania stanu zdrowia pacjenta, a następnie aktualizowana w trakcie leczenia onkologicznego. Wprowadzenie tej oceny może również mieć wpływ na oszczędności wydatków po stronie płatnika publicznego. Dłużej trwające mniej skuteczne hospitalizacje generują wyższe wydatki, wobec np. możliwości leczenia żywieniowego w warunkach domowych. Ponieważ obecnie nie funkcjonuje wystandaryzowana procedura oceny stanu odżywienia pacjenta onkologicznego, zasadne jest jej pilne opracowanie i wdrożenie. Środowisko ekspertów klinicznych, jak również organizacje pacjenckie, deklarują pełną gotowość do współpracy w tym zakresie. W związku z	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji.

			tym wyrażamy gotowość do spotkania w celu omówienia możliwych rozwiązań organizacyjnych i legislacyjnych dotyczących włączenia oceny stanu odżywienia do systemu opieki onkologicznej. Z punktu widzenia administracyjnego wystarczyłoby dodanie pola dotyczącego stanu odżywienia pacjenta w elektronicznej karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego (tzw. e-DILO) nie generując istotnych obciążeń, a mogłoby to pozwolić na wprowadzenie prostego, standaryzowanego narzędzia oceny. Wartością kliniczną byłoby przy tej okazji pozyskane danych, które mogłyby być następnie wykorzystywane do monitorowania jakości opieki onkologicznej i jej wpływu na wyniki leczenia. Fundacja EuropaColon Polska od wielu lat działa na rzecz zwiększenia świadomości społecznej na temat nowotworów układu pokarmowego. Jednym z obszarów jej aktywności, zarówno edukacyjnej, jak i związanej z dostępem do opieki dla pacjentów, jest leczenie żywieniowe. Od lat podkreślamy, że jest ono równoważnym elementem w procesie terapeutycznym – jak leki czy zabiegi chirurgiczne – i powinno być dostępne dla każdego, a także być integralną częścią leczenia onkologicznego. Wierzymy, że uwzględnienie tego elementu w projekcie ustawy będzie ważnym krokiem w kierunku zapewnienia kompleksowej, bezpiecznej i nowoczesnej opieki onkologicznej, w której stan odżywienia pacjenta traktowany jest jako nieodłączny komponent procesu terapeutycznego.	
137.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu	Ogólne	1. Pozytywne aspekty: - Ograniczenie biurokracji i kosztów po stronie szpitali i ośrodków onkologicznych. - Ujednolicenie systemów rejestracji i raportowania (mniej rozproszonych rozwiązań). - Wprowadzenie e-karty DILO to krok w stronę cyfryzacji procesów medycznych. 2. Potencjalne ryzyka: Centralna e-rejestracja może okazać się niewydolna, jeśli nie zostanie odpowiednio przygotowana i przetestowana – ryzyko utrudnienia kontaktu pacjentów z ośrodkami.	Komentarz, bez propozycji zmian przepisów.

			Likwidacja infolinii onkologicznej może ograniczyć dostęp pacjentów do informacji o ich leczeniu, zwłaszcza osób starszych lub z mniejszych miejscowości. Zniesienie lokalnego monitorowania jakości (przez KOM i WOM) może utrudnić bieżące reagowanie na problemy organizacyjne i jakościowe. Okres przejściowy dla karty DILO (tylko rok) może być zbyt krótki, jeśli infrastruktura IT w niektórych podmiotach nie będzie gotowa. Projekt zmierza w dobrym kierunku, jeśli chodzi o uproszczenie procedur i spójność systemów w ochronie zdrowia. Odciążenie podmiotów z powielających się obowiązków (np. ocena satysfakcji, lokalna infolinia) jest logiczne i może poprawić efektywność działania KSO. Jednak sukces tych zmian będzie zależał od realnego przygotowania centralnych rozwiązań IT (e-rejestracja, elektroniczna karta DILO). W przeciwnym razie może dojść do pogorszenia dostępności usług onkologicznych w okresie przejściowym. Warto również rozważyć zachowanie lokalnych kanałów kontaktu (np. infolinia wewnętrzna) przynajmniej w dużych ośrodkach, dla zapewnienia lepszej komunikacji z pacjentami.	
138.	osoba fizyczna	Ogólne	Uwaga nr 1 – Wprowadzenie możliwości wystawienia karty DILO przez felczerów w POZ Treść proponowanej zmiany: W projekcie ustawy proszę o uwzględnienie zapisu umożliwiającego wystawienie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) przez felczerów zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), w zakresie ich kompetencji zawodowych i przy zachowaniu współpracy z lekarzem POZ. Proponowany zapis: W art. ... projektu ustawy dodaje się ustęp w brzmieniu: „Felczer zatrudniony w podmiocie wykonującym świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej może wystawić kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) w zakresie kompetencji zawodowych, pod nadzorem lub we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, po ukończeniu odpowiedniego szkolenia określonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.” Uzasadnienie:	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji

			1. Poprawa dostępności do szybkiej ścieżki onkologicznej Na terenach wiejskich i w małych miejscowościach felczerzy są często pierwszym kontaktem pacjenta z systemem ochrony zdrowia. Umożliwienie im wystawienia karty DILO skróci czas od momentu zgłoszenia się pacjenta z objawami alarmowymi do rozpoczęcia diagnostyki onkologicznej. 2. Realizacja celów ustawy Jednym z głównych celów nowelizacji ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej jest usprawnienie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta. Zwiększenie uprawnień felczerów wpisuje się w ten cel, zapewniając bardziej elastyczne wykorzystanie kadr medycznych w ramach zespołu POZ. 3. Bezpieczeństwo i jakość Uprawnienie to mogłoby być obwarowane wymogiem odbycia przez felczera odpowiedniego szkolenia onkologicznego oraz potwierdzenia współpracy z lekarzem POZ. Takie rozwiązanie zapewnia bezpieczeństwo pacjenta przy jednoczesnym odciążeniu lekarzy. 4. Racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych W sytuacji rosnącego niedoboru lekarzy POZ, wykorzystanie potencjału felczerów przy zachowaniu nadzoru merytorycznego jest rozwiązaniem praktycznym i efektywnym organizacyjnie. 5. Zgodność z innymi regulacjami Zawód felczera jest uznawany w polskim systemie ochrony zdrowia, a felczerzy wykonują wiele świadczeń w ramach POZ. Rozszerzenie ich kompetencji o możliwość wystawienia karty DILO jest logicznym i uzasadnionym krokiem, spójnym z duchem reformy onkologicznej. Uwaga nr 2 – Przepisy wykonawcze i przejściowe W związku z proponowanym rozszerzeniem uprawnień felczerów, należy dodać przepisy wykonawcze określające: - zakres i tematykę szkoleń dla felczerów uprawnionych do wystawiania kart DILO, - sposób nadzoru lekarza POZ nad procesem wystawiania kart, - procedury sprawozdawcze wobec NFZ i systemu Krajowej Sieci Onkologicznej, - termin wejścia w życie nowych uprawnień (np. po 6–12 miesiącach od ogłoszenia ustawy, po przeszkoleniu kadry). Podsumowanie Proponowana zmiana:	
--	--	--	---	--

			• usprawni proces kierowania pacjentów z podejrzeniem nowotworu, • odciąży lekarzy POZ, • poprawi dostępność do diagnostyki onkologicznej na obszarach wiejskich i w małych miejscowościach, • nie wymaga istotnych kosztów systemowych, a może znacząco skrócić czas rozpoznania choroby nowotworowej.	
139.	osoba fizyczna	Ogólne	Bardzo często zgłaszają się ludzie o wystawienia karty DILO, ale felczerzy nie mają takiej możliwości. Pacjenci tracą swój czas żeby znowu zapisać się do lekarza internisty który ma możliwości wystawić kartę DILO. Chciałabym prosić o dołączenie felczerów do ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej DU 258 żeby my mogliśmy wystawiać Kartę DILO którą czasami ratuje życie pacjentów.	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji
140.	osoba fizyczna	Ogólne	Możliwość wystawienia kart DILO przez felczerów	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji
141.	Katowickie Centrum Onkologii	Uwaga po terminie	Wnioskuje o dopuszczenie Szpitali poziomu SOLO II posiadających w swoich strukturach m.in. Zakład Radioterapii, Oddział Chemioterapii, Oddział Chirurgii Onkologicznej i Oddział Ginekologii Onkologicznej, ponadto prowadzący konsylia onkologiczne narządowe w zakresie nowotworu: • głowy i szyi • klatki piersiowej • chorób piersi • jamy brzusznej • ginekologii onkologicznej • urologii • skóry do współpracy oraz prowadzenia konsyliów onkologicznych wspólnie z ośrodkami poziomu SOLO I. Istniejąca ustawa mimo wieloletniej i efektywnej współpracy w tym zakresie z ośrodkami SOLO I, wykluczyła taką możliwość, co w konsekwencji stanowi istotną stratę dla pacjentów onkologicznych.	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie wskaźników jakości opieki onkologicznej

Na podstawie art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208 oraz z 2026 r. poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wskaźniki jakości opieki onkologicznej dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, w tym kluczowe wskaźniki jakości opieki onkologicznej, o których mowa w art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, oraz ich wartości minimalne i docelowe, a także ich mierniki oraz sposób ich obliczania, stanowiące załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia
(Dz. U. poz. ...)

WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ONKOLOGICZNEJ
DLA POSZCZEGÓLNYCH POZIOMÓW ZABEZPIECZENIA OPIEKI
ONKOLOGICZNEJ KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ, W TYM KLUCZOWE
WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ONKOLOGICZNEJ, ORAZ ICH WARTOŚCI
MINIMALNE I DOCELOWE, A TAKŻE ICH MIERNIKI ORAZ SPOSÓB ICH
OBLICZANIA

WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ONKOLOGICZNEJ	
I.	NIESPECYFICZNE
1	Odsetek świadczeniobiorców, dla których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zwany dalej „WZT”, i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej
Wartość minimalna	90%
Wartość docelowa	95%
Miernik	Odsetek świadczeniobiorców leczonych w danym Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego, zwanym dalej „SOLO”, rozpoczynających leczenie onkologiczne, u których przed wykonaniem pierwszego świadczenia zdrowotnego zorganizowano wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zwany dalej „WZT” i sporządzono plan leczenia onkologicznego
Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C00-C43, C45-C97, D00, D01, D02, D03, D05, D06, D07, D08, D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D35.2, D35.4, D37, D38, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48, D75.2 lub D76.0 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, zwanej dalej „ICD-10”, zgodnym z kartą Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, zwaną dalej „kartą DiLO”, dla których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego w danym SOLO zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C00-C43, C45-C97, D00, D01, D02, D03, D05, D06, D07, D08, D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D35.2, D35.4, D37, D38, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48, D75.2 lub D76.0, zgodnym z kartą DiLO według ICD-10, u których rozpoczęto leczenie onkologiczne

		Nie dotyczy świadczeniobiorców, u których w karcie DiLO sprawozdano zabieg diagnostyczno-terapeutyczny
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
2	Odsetek wyników badań histopatologicznych lub cytologicznych prawidłowo sprawozdanych za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2026 r. poz. 208 i 252), zwanego dalej „systemem P1”	
	Wartość minimalna	80%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek badań histopatologicznych lub cytologicznych wykonanych w danym SOLO, które zostały prawidłowo sprawozdane i przekazane do systemu P1 w stosunku do wszystkich badań, dla których sprawozdano procedury zabiegowe w tym SOLO
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba badań histopatologicznych lub cytologicznych wykonanych w danym SOLO, których wyniki prawidłowo sprawozdano i przekazano do systemu P1 Mianownik: Liczba badań świadczeniobiorców wykonanych w danym SOLO, dla których sprawozdano procedury zabiegowe
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny.
3	Odsetek świadczeniobiorców, u których sprawozdano stan ogólny według World Health Organization, Eastern Cooperative Oncology Group, zwanej dalej „ECOG”, w terminie pierwszego świadczenia z obszaru chemioterapii i innych metod leczenia lub radioterapii onkologicznej lub chirurgicznego leczenia zabiegowego	
	Wartość minimalna	90%
	Wartość docelowa	100%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO rozpoczynających leczenie onkologiczne w jednym z trzech obszarów: leczenie zabiegowe chirurgiczne, chemioterapia i inne metody leczenia systemowego lub radioterapia onkologiczna, u których w terminie pierwszego świadczenia sprawozdano stan ogólny pacjenta według skali ECOG
	Sposób obliczenia	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, z rozpoznaniem o kodzie: C00-C43, C45-C97, D00, D01, D02, D03, D05, D06, D07, D08, D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D35.2, D35.4, D37, D38, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48, D75.2 lub D76.0 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano stan ogólny pacjenta według skali ECOG w terminie pierwszego sprawozdanego świadczenia chemioterapii, radioterapii onkologicznej lub chirurgicznego leczenia zabiegowego w danym SOLO

		Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C00-C43, C45-C97, D00, D01, D02, D03, D05, D06, D07, D08, D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D35.2, D35.4, D37, D38, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48, D75.2 lub D76.0 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy rozpoczęli świadczenia w ramach chemioterapii lub radioterapii lub chirurgicznego leczenia zabiegowego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
4	Odsetek świadczeniobiorców, u których rozpoczęto leczenie onkologiczne w terminie 14 dni od daty ustalenia planu leczenia onkologicznego przez WZT, lub u których wykonano zabieg diagnostyczno-leczniczy w terminie nie dłuższym niż 28 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	80%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, u których leczenie onkologiczne rozpoczęto nie później niż 14 dni po ustaleniu planu leczenia przez WZT, lub u których wykonano zabieg diagnostyczno-leczniczy w terminie w terminie nie dłuższym niż 28 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, dla których w danym SOLO zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, z rozpoznaniem o kodzie: C00-C43, C45-C97, D00, D01, D02, D03, D05, D06, D07, D08, D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D35.2, D35.4, D37, D38, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48, D75.2 lub D76.0 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne w terminie do 14 dni od WZT, lub u których wykonano zabieg diagnostyczno-leczniczy w terminie nie dłuższym niż 28 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, z rozpoznaniem o kodzie: C00-C43, C45-C97, D00, D01, D02, D03, D05, D06, D07, D08, D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D35.2, D35.4, D37, D38, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48, D75.2 lub D76.0 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
5	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano diagnostykę wstępną w terminie do 28 dni	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	

	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki wstępnej został zakończony w terminie do 28 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zakończono diagnostykę wstępną
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, z rozpoznaniem o kodzie: C00-C43, C45-C97, D00, D01, D02, D03, D05, D06, D07, D08, D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D35.2, D35.4, D37, D38, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48, D75.2 lub D76.0 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej do 28 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, z rozpoznaniem o kodzie: C00-C43, C45-C97, D00, D01, D02, D03, D05, D06, D07, D08, D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D35.2, D35.4, D37, D38, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48, D75.2 lub D76.0 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny
6	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano diagnostykę pogłębianą w terminie do 21 dni	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki pogłębianej został zakończony w ciągu 21 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zakończono diagnostykę pogłębianą
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C00-C43, C45-C97, D00, D01, D02, D03, D05, D06, D07, D08, D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D35.2, D35.4, D37, D38, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48, D75.2 lub D76.0 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębianej do 21 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C00-C43, C45-C97, D00, D01, D02, D03, D05, D06, D07, D08, D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D35.2, D35.4, D37, D38, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48, D75.2 lub D76.0

		według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny.
II.	NARZĄDOWE – NOWOTWÓR PIERSI	
1	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, u których wykonano kompletną diagnostykę przed WZT	
	Wartość minimalna	75%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi leczonych w danym SOLO, u których w terminie 70 dni przed WZT wykonano: mammografię, badanie ultrasonograficzne piersi i dołów pachowych oraz biopsję, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, dla których zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których sprawozdano procedury medyczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych, zwanej dalej „ICD-9”: 87.372 lub 87.371, 88.732 88.790, 85.113, 85.114, 85.131 lub 85.132, u których w terminie 70 dni przed WZT wykonano mammografię, badanie ultrasonograficzne piersi i dołów pachowych oraz biopsję Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu W podziale na rodzaj badań diagnostycznych – oddzielnie dla: MMG, USG i biopsji oraz łącznie dla: MMG oraz USG oraz biopsji
2	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, u których wykonano diagnostykę wstępną i pogłębioną	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	75%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi leczonych w danym SOLO, u których w trakcie diagnostyki wykonano: mammografię, badanie ultrasonograficzne piersi i dołów pachowych oraz biopsję, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, u których zakończono pełną diagnostykę wstępną i pogłębioną
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100%

		Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne: 87.372, 87.371, 88.732, 88.790, 85.113, 85.114, 85.131 lub 85.132 według ICD-9, u których w trakcie diagnostyki (wstępnej lub wstępnej i pogłębionej wykonywanych u tego samego świadczeniodawcy) wykonano mammografię, badanie ultrasonograficzne piersi i dołów pachowych oraz biopsję Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli diagnostykę wstępną i pogłębioną z wyłączeniem: 1) diagnostyki wykonywanej na podstawie karty DiLO wydanej w ramach programów profilaktycznych; 2) diagnostyki, w której nie został zakończony etap diagnostyki pogłębionej.
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny W podziale na rodzaj badań diagnostycznych – oddzielnie dla: MMG, USG i biopsji oraz łącznie dla: MMG oraz USG oraz biopsji
3	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, u których wykonano diagnostykę w stopniu zaawansowania klinicznego III	
	Wartość minimalna	75%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 według ICD-10, w stopniu zaawansowania klinicznego III, u których w terminie 70 dni przed WZT wykonano badania obrazowe: tomografię komputerową jamy brzusznej lub miednicy oraz scyntyografię kości lub badanie pozytonowej tomografii emisyjnej, zwanej dalej „PET”, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców w stopniu zaawansowania III, dla których zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO w stopniu zaawansowania klinicznego III, z rozpoznaniem o kodzie: C50 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 88.010, 88.011 lub 88.012, 92.14, 92.141, 92.142, 92.143, 92.144, 92.149, 92.061 lub 92.062, u których w terminie 70 dni przed WZT wykonano tomografię komputerową jamy brzusznej i miednicy oraz scyntyografię kości (lub badanie PET) Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO w stopniu zaawansowania klinicznego III, z rozpoznaniem o kodzie: C50 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego

	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu W podziale na rodzaj badań diagnostycznych – oddzielnie dla: TK, scyntygrafia, PET oraz łącznie dla: 1) TK i scyntygrafia; 2) TK i PET
4	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, u których wykonano pogłębioną diagnostykę w stopniu zaawansowania klinicznego III	
	Wartość minimalna	75%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi w stopniu zaawansowania klinicznego III leczonych w danym SOLO, u których w trakcie diagnostyki wykonano badania obrazowe: tomografię komputerową jamy brzusznej lub miednicy oraz scyntyografię kości lub badanie PET, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców w stopniu zaawansowania klinicznego III, u których zakończono pełny etap diagnostyki pogłębionej
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO w stopniu zaawansowania klinicznego III, z rozpoznaniem o kodzie: C50 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 88.010, 88.011 lub 88.012 oraz 92.14, 92.141, 92.142, 92.143, 92.144, 92.149 lub 92.061 lub 92.062, u których na etapie diagnostyki (pogłębionej lub wstępnej i pogłębionej wykonanych u tego samego świadczeniodawcy) wykonano tomografię komputerową jamy brzusznej i miednicy oraz scyntyografię kości (lub badanie PET) Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO w stopniu zaawansowania klinicznego III, z rozpoznaniem o kodzie: C50 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których zakończono pełny etap diagnostyki pogłębionej
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu W podziale na rodzaj badań diagnostycznych – oddzielnie dla: TK, scyntygrafia, PET oraz łącznie dla: 1) TK i scyntygrafia; 2) TK i PET
5	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, dla których został ustalony plan leczenia onkologicznego przez WZT i u których sprawozdano stopień zaawansowania nowotworu według międzynarodowej klasyfikacji TNM w terminie WZT	
	Wartość minimalna	Nie ocenia się
	Wartość docelowa	>95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi leczonych w danym SOLO, dla których podczas WZT ustalono plan leczenia onkologicznego i

		jednocześnie sprawozdano stopień zaawansowania nowotworu według międzynarodowej klasyfikacji TNM, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których został ustalony plan leczenia onkologicznego przez WZT i u których sprawozdano stopień zaawansowania nowotworu TNM w terminie przeprowadzenia WZT Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie ICD-10: C50 lub D05, zgodnym z kartą DiLO, u których zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
6	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, u których po leczeniu oszczędzającym wykonano radioterapię	
	Wartość minimalna	80%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z inwazyjnym nowotworem piersi i cechą M0 leczonych w danym SOLO, u których po wykonaniu zabiegu oszczędzającego zastosowano radioterapię w wymaganym czasie do 180 dni od zabiegu, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których przeprowadzono operację oszczędzającą
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z inwazyjnym nowotworem piersi z cechą M0 (pierwsze sprawozdane M), z rozpoznaniem o kodzie: C50 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 85.22, 85.26, 85.261 oraz 92.247, 92.248, 92.246, 92.292, 92.291, 92.242, 92.31, 92.32, 92.241, 92.251, 92.413, 92.414, 92.452 lub 92.46, u których wykonano zabieg oszczędzający i którzy otrzymali radioterapię piersi po zabiegu - rozpoczęcie radioterapii do 180 dni po zabiegu Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z inwazyjnym nowotworem piersi i cechą M0 (pierwsze sprawozdane M), z rozpoznaniem o kodzie ICD-10: C50, zgodnym z kartą DiLO, , u których przeprowadzono operację oszczędzającą
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu

7	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, u których wykonano diagnostykę wstępną w terminie do 28 dni	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki wstępnej został zakończony w terminie do 28 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zakończono diagnostykę wstępną
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej do 28 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej
Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny.	
8	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, u których wykonano diagnostykę wstępną w terminie do 28 dni spośród świadczeniobiorców, dla których zorganizowano WZT	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi leczonych w danym SOLO, dla których zorganizowano WZT, i u których etap diagnostyki wstępnej został zakończony w terminie do 28 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, dla których zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej do 28 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50, D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
9	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, u których wykonano diagnostykę pogłębioną w terminie do 21 dni	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	

	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki pogłębionej został zakończony w ciągu 21 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zakończono diagnostykę pogłębioną
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej do 21 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny.
10	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, u których wykonano z diagnostykę pogłębioną w terminie do 21 dni spośród świadczeniobiorców, dla których zorganizowano WZT	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi leczonych w danym SOLO, dla których zorganizowano WZT i u których etap diagnostyki pogłębionej został zakończony w terminie do 21 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, dla których zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej w terminie do 21 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
11	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, dla których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	90%
	Wartość docelowa	95%

	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi leczonych w danym SOLO, u których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne Nie dotyczy świadczeniobiorców, u których sprawozdano zabieg diagnostyczno-terapeutyczny w karcie DiLO
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
12	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi, dla których sprawozdano wyniki badań histopatologicznych lub cytologicznych za pośrednictwem systemu P1	
	Wartość minimalna	80%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem piersi leczonych w danym SOLO, dla których wykonane badania histopatologiczne lub cytologiczne zostały prawidłowo sprawozdane i przekazane do systemu P1, w stosunku do wszystkich badań, dla których sprawozdano procedury zabiegowe
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których wykonano badania histopatologiczne lub cytologiczne, których wyniki zostały prawidłowo sprawozdane i przekazane do systemu P1 Mianownik: Liczba świadczeniobiorców, leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C50 lub D05 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których sprawozdano procedury zabiegowe
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny.
III.	NARZĄDOWE – NOWOTWÓR JELITA GRUBEGO	
1	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania obrazowe w nowotworze jelita grubego przed leczeniem operacyjnym	

	Wartość minimalna	80%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego leczonych w danym SOLO, u których przed leczeniem operacyjnym wykonano badania obrazowe: tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny jamy brzusznej lub miednicy oraz tomografię komputerową lub badanie rentgenowskie klatki piersiowej, w terminie do 104 dni przed leczeniem operacyjnym, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, u których przeprowadzono leczenie operacyjne
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne ICD-9: 88.010, 88.011, 88.012, 88.95, 88.971, 88.976, 88.979, 87.440, 87.410, 87.411, 87.412, 87.413, 45.732, 45.733, 45.74, 45.75, 45.8, 48.5, 48.61, 48.62, 48.63, 48.64, 48.65, 45.431, 45.52, 45.719, 45.721, 45.729, 45.731, 45.76, 45.799, 48.491, 48.691, 48.691 lub 48.692, u których wykonano tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny jamy brzusznej lub miednicy oraz tomografię komputerową lub badanie rentgenowskie klatki piersiowej w terminie do 104 dni przed leczeniem operacyjnym Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których przeprowadzono leczenie operacyjne
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
2	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano rezonans magnetyczny miednicy w nowotworze odbytnicy przed leczeniem operacyjnym	
	Wartość minimalna	80%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem odbytnicy leczonych w danym SOLO, u których przed leczeniem operacyjnym wykonano rezonans magnetyczny miednicy w terminie do 104 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, u których przeprowadzono leczenie operacyjne
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 88.95, 88.971, 88.976, 88.979, 48.5, 48.61, 48.62, 48.63, 48.64, 48.65, 48.491, 48.691 lub 48.692, u których wykonano rezonans magnetyczny miednicy w terminie do 104 dni przed leczeniem operacyjnym Mianownik:

		Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których przeprowadzono leczenie operacyjne
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
3	Odsetek świadczeniobiorców z rozpoznaniem nowotworem jelita grubego, u których wykonano badanie molekularne	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	80%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego leczonych w danym SOLO, u których wykonano badanie molekularne w terminie do jednego roku przed WZT lub do jednego roku po WZT, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których w terminie do 1 roku przed WZT lub w terminie do 1 roku po WZT wykonano badanie molekularne: 1) podstawowe badanie genetyczne w chorobach nowotworowych lub 2) złożone badanie genetyczne w chorobach nowotworowych lub 3) zaawansowane badanie genetyczne w chorobach nowotworowych lub 4) kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
4	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego poddanych resekcji chirurgicznej, u których pooperacyjna ocena cechy N obejmowała ≥12 regionalnych węzłów chłonnych	
	Wartość minimalna	Dla rozpoznania ICD-10: C18, C19 - 80% Dla rozpoznania ICD-10: C20 - 60%
	Wartość docelowa	Dla rozpoznania ICD-10: C18, C19 ≥95% Dla rozpoznania ICD-10: C20 ≥70%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego leczonych w danym SOLO, którzy zostali poddani planowej resekcji chirurgicznej i u których w badaniu histopatologicznym materiału pooperacyjnego oceniono co najmniej 12 regionalnych węzłów chłonnych, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców operowanych z powodu raka jelita grubego, z wyłączeniem świadczeniobiorców, którzy byli poddani radioterapii przedoperacyjnej w terminie 6 miesięcy przed zabiegiem
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100%

		Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 45.732, 45.733, 45.74, 45.75, 45.8, 48.5, 48.61, 48.62, 48.63, 48.64, 48.65, 45.431, 45.52, 45.719, 45.721, 45.729, 45.731, 45.76, 45.799, 48.491, 48.691 lub 48.692, z oceną ≥ 12 węzłów chłonnych w materiale pooperacyjnym Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19, C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 45.732, 45.733, 45.74, 45.75, 45.8, 48.5, 48.61, 48.62, 48.63, 48.64, 48.65, 45.431, 45.52, 45.719, 45.721, 45.729, 45.731, 45.76, 45.799, 48.491, 48.691 lub 48.692, którzy zostali poddani planowej operacji chirurgicznej z powodu nowotworu jelita grubego Nie dotyczy świadczeniobiorców z wykonaną radioterapią przedoperacyjną ICD-9: 92.246, 92.292, 92.291 lub 92.242 w terminie do 6 miesięcy przed zabiegiem
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
5	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego w stopniu zaawansowania klinicznego III, którzy otrzymali adjuwantową chemioterapię w terminie do 8 tygodni od leczenia operacyjnego	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	75%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego w stopniu zaawansowania klinicznego III leczonych w danym SOLO, którzy po leczeniu operacyjnym rozpoczęli adjuwantową chemioterapię w ciągu 8 tygodni od zabiegu, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców w stopniu zaawansowania III poddanych zabiegowi operacyjnemu
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z nowotworem jelita grubego w stopniu zaawansowania klinicznego III (TNM sprawozdany najbliższej daty WZT), z rozpoznaniem o kodzie: C18 lub C19 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 45.732, 45.733, 45.74, 45.75, 45.719, 45.721, 45.729, 45.731, 45.76 lub 45.799, którzy zostali poddani zabiegowi operacyjnemu i u których rozpoczęto adjuwantową chemioterapię w terminie do 8 tygodni od zabiegu Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z nowotworem jelita grubego w stopniu zaawansowania klinicznego III (TNM sprawozdany najbliższej daty WZT), z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedurami ICD-9: 45.732, 45.733, 45.74, 45.75, 45.719, 45.721, 45.729, 45.731, 45.76 lub 45.799, którzy zostali poddani zabiegowi operacyjnemu
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy:

		1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
6	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem odbytnicy w stopniu zaawansowania klinicznego II lub III, którzy otrzymali neoadjuwantową radioterapię lub radiochemioterapię przed leczeniem operacyjnym z tego powodu	
	Wartość minimalna	75%
	Wartość docelowa	80%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem odbytnicy w stopniu zaawansowania klinicznego II lub III leczonych w danym SOLO, u których przed leczeniem operacyjnym zastosowano neoadjuwantową radioterapię lub radiochemioterapię w terminie do 6 miesięcy przed zabiegiem, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców w stopniu zaawansowania klinicznego II lub III poddanych zbiegowi operacyjnemu z powodu raka odbytnicy
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C20 według ICD-10, w stopniu zaawansowania klinicznego II lub III, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 92.246, 92.292, 92.291, 92.242, 48.5, 48.61, 48.62, 48.63, 48.64, 48.65, 48.41, 48.491, 48.691, 48.692 lub 49.92, u których zastosowano neoadjuwantową radioterapię lub radiochemioterapię w terminie do 6 miesięcy przed zabiegiem operacyjnym z tego powodu Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C20 według ICD-10, w stopniu zaawansowania klinicznego II lub III, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 48.5, 48.61, 48.62, 48.63, 48.64, 48.65, 48.41, 48.491, 48.691, 48.692 lub 49.92, którzy zostali poddani zabiegowi operacyjnemu z tego powodu
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
7	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego, dla których został ustalony plan leczenia onkologicznego przez WZT i u których sprawozdano stopień zaawansowania TNM w dacie WZT	
	Wartość minimalna	90%
	Wartość docelowa	>95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego leczonych w danym SOLO, dla których w ramach WZT ustalono plan leczenia onkologicznego i jednocześnie sprawozdano stopień zaawansowania TNM w terminie WZT, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla

		których ustalono plan leczenia onkologicznego przez WZT i u których sprawozdano stopień zaawansowania TNM w terminie WZT Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19, C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
8	Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metodą małoinwazyjną u świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego	
	Wartość minimalna	30%
	Wartość docelowa	50%
	Miernik	Odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych techniką małoinwazyjną (laparoskopową lub endoskopową) w danym SOLO u świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego, w stosunku do wszystkich zabiegów operacyjnych przeprowadzonych z powodu tego rozpoznania
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba zabiegów małoinwazyjnych przeprowadzonych u świadczeniobiorców z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 45.732, 45.733, 45.74, 45.75, 45.8, 45.952, 48.5, 48.61, 48.62, 48.63, 48.64, 48.65, 45.719, 45.721, 45.729, 45.731, 45.76, 45.799, 48.41, 48.491, 48.691, 48.692, oraz 00.94 lub 54.21 Mianownik: Liczba zabiegów operacyjnych przeprowadzonych u świadczeniobiorców z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO.
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
9	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego, dla których wykonano z diagnostykę wstępną w terminie do 28 dni	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki wstępnej został zakończony w terminie do 28 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zakończono diagnostykę wstępną
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej w terminie do 28 dni

		Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19, C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny
10	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego, u których wykonano diagnostykę wstępną w terminie do 28 dni spośród świadczeniobiorców, dla których zorganizowano WZT	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego leczonych w danym SOLO, dla których zorganizowano WZT i u których etap diagnostyki wstępnej został zakończony w terminie do 28 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej w terminie do 28 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
11	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego, u których wykonano diagnostykę pogłębioną w terminie do 21 dni	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki pogłębionej został zakończony w terminie do 21 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zakończono diagnostykę pogłębioną
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej w terminie do 21 dni Mianownik:

		Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny.
12	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego, u których wykonano diagnostykę pogłębioną w terminie do 21 dni spośród świadczeniobiorców, dla których zorganizowano WZT	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego leczonych w danym SOLO, dla których zorganizowano WZT i u których etap diagnostyki pogłębionej został zakończony w terminie do 21 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, dla których zorganizowano WZT
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie ICD-10: C18, C19 lub C20, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej w terminie do 21 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie ICD-10: C18, C19 lub C20, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
13	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego, dla których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	90%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego leczonych w danym SOLO, u których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano WZT i ustalono plan leczenia onkologicznego Mianownik:

		Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne Nie dotyczy świadczeniobiorców, u których sprawozdano zabieg diagnostyczno-terapeutyczny w karcie DiLO.
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
14	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego, dla których sprawozdano wyniki badań histopatologicznych lub cytologicznych za pośrednictwem systemu P1	
	Wartość minimalna	80%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego leczonych w danym SOLO, dla których wykonane badania histopatologiczne lub cytologiczne zostały prawidłowo sprawozdane i przekazane do systemu P1, w stosunku do wszystkich badań, dla których sprawozdano procedury zabiegowe
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których wykonano badania histopatologiczne lub cytologiczne, których wyniki zostały prawidłowo sprawozdane i przekazane do systemu P1 Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C18, C19 lub C20 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których sprawozdano procedury zabiegowe
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny.
IV. NARZĄDOWE – NOWOTWÓR JAJNIKA		
1	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano badania obrazowe w celu oceny stopnia zaawansowania choroby	
	Wartość minimalna	85%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych w danym SOLO, u których w terminie do 30 dni przed WZT wykonano badania obrazowe: tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny jamy brzusznej lub miednicy oraz tomografię komputerową klatki piersiowej, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z rozpoznaniem raka jajnika, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C56 lub D39.9 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których

		sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 88.010, 88.011, 88.012, 88.95, 88.971, 88.976 lub 88.979 oraz 87.410, 87.411, 87.412 lub 87.413, u których w terminie do 30 dni przed WZT wykonano tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny jamy brzusznej lub miednicy oraz tomografię komputerową klatki piersiowej Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C56 lub D39.9 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu;
2	Odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano zabieg diagnostyczno-leczniczy w terminie 21 dni spośród świadczeniobiorców skierowanych na zabieg diagnostyczno-leczniczy z powodu podejrzenia lub rozpoznania raka jajnika	
	Wartość minimalna	70%
	Wartość docelowa	85%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem raka jajnika leczonych w danym SOLO, u których zabieg diagnostyczno-leczniczy wykonano w terminie do 21 dni od zakończenia diagnostyki wstępnej, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców skierowanych na taki zabieg
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z nowotworem jajnika lub podejrzeniem raka jajnika, z rozpoznaniem o kodzie: C56 lub D39.9 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których wykonano zabieg diagnostyczno-leczniczy w terminie do 21 dni od terminu zakończenia diagnostyki wstępnej Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z nowotworem jajnika lub podejrzeniem raka jajnika, z rozpoznaniem o kodzie: C56 lub D39.9 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, których skierowano na zabieg diagnostyczno-leczniczy
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
3	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano badanie genetyczne	
	Wartość minimalna	75%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z nowotworem jajnika, u których po przeprowadzeniu WZT wykonano badanie genetyczne, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik:

		Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C56, C57 lub C48 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których zorganizowano WZT i wykonano badanie genetyczne Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z nowotworem jajnika, z rozpoznaniem o kodzie: C56, C57 lub C48 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
4	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których po leczeniu operacyjnym rozpoczęto leczenie systemowe w terminie do 56 dni	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	75%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych w danym SOLO, u których leczenie systemowe (chemioterapia lub terapia w ramach programu lekowego) rozpoczęto w terminie do 56 dni od leczenia operacyjnego, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, u których przeprowadzono leczenie operacyjne
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C56, C57 lub C48 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 54.11, 54.21, 65.11, 65.12, 65.13, 65.14, 65.21, 65.22, 65.23, 65.24, 65.25, 65.26, 65.293, 65.31, 65.39, 65.41, 65.49, 65.519, 65.52, 65.53, 65.54, 65.61, 65.62, 65.63, 65.69, 66.4, 66.51, 66.521, 66.61, 68.41, 68.42, 68.51, 68.59, 68.61, 68.62 lub 68.71, u których w terminie do 56 dni po operacji rozpoczęto leczenie systemowe (chemioterapię lub leczenie w ramach programu lekowego) Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C56, C57 lub C48 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 54.11, 54.21, 65.11, 65.12, 65.13, 65.14, 65.21, 65.22, 65.23, 65.24, 65.25, 65.26, 65.293, 65.31, 65.39, 65.41, 65.49, 65.519, 65.52, 65.53, 65.54, 65.61, 65.62, 65.63, 65.69, 66.4, 66.51, 66.521, 66.61, 68.41, 68.42, 68.51, 68.59, 68.61, 68.62 lub 68.71, u których przeprowadzono leczenie operacyjne
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
5	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano diagnostykę wstępną w terminie do 28 dni	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%

	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki wstępnej został zakończony w terminie do 28 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zakończono diagnostykę wstępną
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C56 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej w terminie do 28 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C56 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny
6	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, u których wykonano diagnostykę wstępną w terminie do 28 dni spośród świadczeniobiorców, dla których zorganizowano WZT	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych w danym SOLO, dla których zorganizowano WZT i u których etap diagnostyki wstępnej został zakończony w terminie do 28 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, dla których zorganizowano WZT
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C56 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej w terminie do 28 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C56 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
7	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	90%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych w danym SOLO, u których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego (w tym zabiegiem diagnostyczno-leczniczym) zorganizowano WZT, w stosunku do

		wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C56 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C56 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne, uwzględniając zabieg diagnostyczno-leczniczy
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
8	Odsetek badań świadczeniobiorców z nowotworem jajnik, dla których sprawozdano wyniki badań histopatologicznych lub cytologicznych za pośrednictwem systemu P1	
	Wartość minimalna	80%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek badań świadczeniobiorców z nowotworem jajnika leczonych w danym SOLO, dla których wykonane badania histopatologiczne lub cytologiczne zostały prawidłowo sprawozdane i przekazane do systemu P1, w stosunku do wszystkich badań, dla których sprawozdano procedury zabiegowe
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba badań świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, z rozpoznaniem o kodzie: C56 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których wykonano badania histopatologiczne lub cytologiczne, których wyniki zostały prawidłowo sprawozdane i przekazane do systemu P1 Mianownik: Liczba badań świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, z rozpoznaniem o kodzie: C56 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których sprawozdano procedury zabiegowe
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny.
V.	NARZĄDOWE – NOWOTWÓR GRUCZOŁU KROKOWEGO	
1	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego, u których wykonano rezonans magnetyczny przed biopsją	
	Wartość minimalna	75%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO, u których wykonano rezonans magnetyczny miednicy w terminie do 90 dni przed biopsją, w stosunku do wszystkich

		świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, u których przeprowadzono biopsję gruczołu krokowego
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 88.95, 88.971, 88.976, 88.979 oraz 60.111, 60.112, 60.113, 60.12 lub 60.91, u których wykonano rezonans magnetyczny miednicy w terminie do 90 dni przed biopsją Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 60.111, 60.112, 60.113, 60.12 lub 60.91, u których przeprowadzono biopsję
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny
2	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego ze stopniem zaawansowania pT3/pT4 spośród świadczeniobiorców poddanych zabiegowi operacyjnemu	
	Wartość minimalna	Nie ocenia się
	Wartość docelowa	< 25%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO, u których po leczeniu operacyjnym stwierdzono zaawansowanie patologiczne pT3 lub pT4, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, u których przeprowadzono leczenie operacyjne
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 60.51, 60.52, 60.53, 60.54, 60.55, 60.31, 60.42, 60.624 lub 60.32, ze stopniem zaawansowania pT3/pT4, u których przeprowadzono leczenie operacyjne Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 60.51, 60.52, 60.53, 60.54, 60.55, 60.31, 60.42, 60.624 lub 60.32, u których przeprowadzono leczenie operacyjne
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
3	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego z dodatnim marginesem operacyjnym (resekcja R1 lub R2) spośród świadczeniobiorców poddanych zabiegowi operacyjnemu	

	Wartość minimalna	Nie ocenia się
	Wartość docelowa	<20%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO, u których po radykalnej prostatektomii stwierdzono dodatni margines chirurgiczny (R1 lub R2), w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, u których wykonano radykalną prostatektomię
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 60.51, 60.52, 60.53, 60.54 lub 60.55, u których przeprowadzono radykalną prostatektomię i w badaniu pooperacyjnym stwierdzono dodatni margines chirurgiczny (R1 lub R2) Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 60.51, 60.52, 60.53, 60.54 lub 60.55, u których przeprowadzono radykalną prostatektomię
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
4	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego, którzy zostali poddani radykalnej prostatektomii i otrzymali dodatkowo leczenie radykalne z wykorzystaniem radioterapii onkologicznej w terminie do 180 dni po zabiegu chirurgicznym	
	Wartość minimalna	Nie ocenia się
	Wartość docelowa	< 15%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO, u których po radykalnej prostatektomii wdrożono leczenie radykalne z wykorzystaniem radioterapii onkologicznej w terminie do 180 dni od zabiegu, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, u których wykonano radykalną prostatektomię
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 60.51, 60.52, 60.53, 60.54 lub 60.55, poddanych radykalnej prostatektomii, którzy otrzymali leczenie radykalne z wykorzystaniem radioterapii onkologicznej w terminie do 180 dni po zabiegu chirurgicznym Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 60.51, 60.52, 60.53, 60.54 lub 60.55, poddanych radykalnej prostatektomii Nie dotyczy świadczeniobiorców poddanych procedurze brachyterapii i teleradioterapii

	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
5	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego realizujących zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne stosowane w inkontynencji, określone kodem Y.06.01, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 253), zwane dalej „Y.06.01”, przez okres minimum 6 miesięcy w terminie do 12 miesięcy od zabiegu prostatektomii laparoskopowej lub robotycznej	
	Wartość minimalna	Nie ocenia się
	Wartość docelowa	< 15%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO poddanych prostatektomii laparoskopowej lub robotycznej, realizujących zlecenia na wyroby medyczne z grupy Y.06.01 przez co najmniej 6 miesięcy w terminie 12 miesięcy od zabiegu, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, u których wykonano prostatektomię laparoskopową lub robotyczną
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których wykonano zabieg prostatektomii laparoskopowej lub robotycznej, realizujących zlecenia na wyroby medyczne z grupy Y 06.01 przez okres minimum 6 miesięcy w terminie 12 miesięcy od terminu zabiegu Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których wykonano zabieg prostatektomii laparoskopowej lub robotycznej
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
6	Odsetek świadczeniobiorców z rozpoznaniem nowotworu gruczołu krokowego poddanych aktywnej obserwacji	
	Wartość minimalna	20%
	Wartość docelowa	>30%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z rozpoznaniem nowotworu gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO, którzy zostali zakwalifikowani do aktywnej obserwacji, tj. nie otrzymali leczenia chirurgicznego, radioterapii, chemioterapii, terapii w programach lekowych ani farmakoterapii przeciwnowotworowej, w terminie 365 dni od rozpoznania, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których sprawozdano w terminie 60 dni biopsję gruczołu krokowego, poddanych aktywnej

		obserwacji, którzy nie otrzymali leczenia chirurgicznego, radioterapii, chemioterapii, terapii w programach lekowych ani farmakoterapii przeciwnowotworowej w terminie 365 dni od rozpoznania Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61, zgodnym z kartą DiLO, według ICD-10, sprawozdanych w terminie 60 dni po biopsji gruczołu krokowego Dotyczy świadczeniobiorców, którzy nie mieli prowadzonego leczenia z powodu nowotworu gruczołu krokowego do 183 dni przed datą pierwszej wizyty z danym rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
7	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego, u których wykonano diagnostykę wstępną w terminie do 28 dni	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki wstępnej został zakończony w terminie do 28 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zakończono diagnostykę wstępną
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej w terminie do 28 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej
8	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny.
	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego, u których wykonano diagnostykę wstępną w terminie do 28 dni spośród świadczeniobiorców, którzy mieli przeprowadzone WZT	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki wstępnej został zakończony w terminie do 28 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100%

		Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej w terminie do 28 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10 dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
9	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego, u których wykonano diagnostykę pogłębioną w terminie do 21 dni	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki pogłębionej został zakończony w terminie do 21 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zakończono diagnostykę pogłębioną
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100% Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej w terminie do 21 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej
10	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny.
	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego, u których wykonano diagnostykę pogłębioną w terminie do 21 dni spośród świadczeniobiorców, którzy mieli zorganizowane WZT	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego i u których etap diagnostyki pogłębionej został zakończony w terminie do 21 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	wartość = licznik ÷ mianownik x 100%

		Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej w terminie do 21 dni i dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
11	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego, dla których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	90%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO, u których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego mieli zorganizowane WZT i dla których sporządzono plan leczenia onkologicznego Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne Nie dotyczy świadczeniobiorców, którzy w karcie DiLO mają wpisany zabieg diagnostyczno-terapeutyczny
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
12	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego, dla których sprawozdano wyniki badań histopatologicznych lub cytologicznych do systemu P1	
	Wartość minimalna	80%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem gruczołu krokowego leczonych w danym SOLO, dla których wykonane badania histopatologiczne lub cytologiczne zostały prawidłowo sprawozdane i

		przekazane do systemu P1, w stosunku do wszystkich badań, dla których sprawozdano procedury zabiegowe
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których wykonano badania histopatologiczne lub cytologiczne i których wyniki zostały prawidłowo sprawozdane i przekazane do systemu P1 Mianownik: Liczba badań świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, z rozpoznaniem o kodzie: C61 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których sprawozdano procedury zabiegowe
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny.
VI.	NARZĄDOWE – NOWOTWÓR PŁUCA	
1	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca, u których wykonano procedury diagnostyczne przed rozpoczęciem leczenia	
	Wartość minimalna	70%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca leczonych w danym SOLO, u których przed rozpoczęciem pierwszego leczenia wykonano procedury diagnostyczne umożliwiające ustalenie rozpoznania cytologicznego lub histopatologicznego w terminie do 60 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne
	Sposób obliczania	wartość = $\text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których sprawozdano procedury medyczne według ICD-9: 33.21, 33.22, 33.231, 33.232, 33.239, 33.24, 33.25, 33.26, 33.271, 33.272, 33.273, 33.28 lub 40.10 wykonane w terminie do 60 dni przed rozpoczęciem leczenia Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których przeprowadzono pierwsze leczenie Nie dotyczy świadczeniobiorcy, który był leczony z powodu nowotworu płuca w terminie do 183 dni przed datą pierwszej wizyty z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu

2	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca w stopniu zaawansowania IB lub wyższym, u których przeprowadzono badanie molekularne	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	65% (wskaźnik uwzględnia wykonywanie badania molekularnego w przypadku raka gruczołowego i wielkomórkowego)
	Miernik	Odsetek nowych świadczeniobiorców z nowotworem płuca w stopniu zaawansowania IB lub wyższym leczonych w danym SOLO, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne i u których wykonano badanie molekularne w terminie do 90 dni przed WZT, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem i stopniem zaawansowania, którzy rozpoczęli leczenie
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, w stopniu zaawansowania IB lub wyższym, którzy rozpoczęli leczenie i u których przeprowadzono badanie molekularne w terminie do 90 dni przed WZT Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, w stopniu zaawansowania IB lub wyższym, którzy rozpoczęli leczenie z tego powodu Nie dotyczy świadczeniobiorcy, który był poddany leczeniu powodu nowotworu płuca w terminie do 183 dni przed datą pierwszej wizyty z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO
3	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
	Odsetek świadczeniobiorców z rozpoznaniem nowotworem płuca, u których przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego, radiochemioterapii lub radioterapii radykalnej wykonano badanie PET-TK	
	Wartość minimalna	85%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, u których wykonano badanie PET-TK w terminie do 60 dni przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego, radiochemioterapii lub radioterapii radykalnej, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, którzy rozpoczęli jedną z tych form leczenia
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których w terminie do 60 dni przed zabiegiem operacyjnym, radiochemioterapią lub radioterapią radykalną wykonano badanie PET-TK Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których

		przeprowadzono pierwsze leczenie operacyjne lub radiochemioterapię lub radioterapię radykalną
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
4	Odsetek chorych na nowotwór płuca operowanych radykalnie z dodatnim marginesem chirurgicznym (R1 lub R2)	
	Wartość minimalna	Nie ocenia się
	Wartość docelowa	<8%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca leczonych w danym SOLO, u których po radykalnym leczeniu operacyjnym (lobektomii, segmentektomii, pneumonektomii lub wycięciu klinowym) stwierdzono dodatni margines chirurgiczny (R1 lub R2) w badaniu histopatologicznym, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców poddanych radykalnemu leczeniu operacyjnemu
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których przeprowadzono radykalne leczenie operacyjne (lobektomia, segmentektomia, pneumonektomia, wycięcie klinowe) z dodatnim marginesem chirurgicznym (R1 lub R2) w histopatologicznym badaniu pooperacyjnym Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których przeprowadzono radykalne leczenie operacyjne (lobektomia, segmentektomia, pneumonektomia, wycięcie klinowe)
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
5	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca, u których wykonano diagnostykę wstępną w terminie do 28 dni	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartości minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki wstępnej został zakończony w terminie do 28 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zakończono diagnostykę wstępną
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej w terminie do 28 dni Mianownik:

		Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny
6	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca, u których wykonano diagnostykę wstępną w terminie do 28 dni spośród świadczeniobiorców, którzy mieli zorganizowane WZT	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca leczonych w danym SOLO, dla których zorganizowano WZT i u których etap diagnostyki wstępnej został zakończony w terminie do 28 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki wstępnej w terminie do 28 dni, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
7	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca, u których wykonano diagnostykę pogłębianą w terminie do 21 dni	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki pogłębianej został zakończony w terminie do 21 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zakończono diagnostykę pogłębianą
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębianej w terminie do 21 dni Mianownik:

		Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny
8	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca, u których wykonano diagnostykę pogłębioną w terminie do 21 dni spośród świadczeniobiorców, dla których zorganizowano WZT	
	Wartość minimalna	50%
	Wartość docelowa	90%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca leczonych w danym SOLO, u których etap diagnostyki pogłębionej został zakończony w terminie do 21 dni, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy zakończyli etap diagnostyki pogłębionej w terminie do 21 dni Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
9	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca, dla których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego	
	Kluczowy wskaźnik jakości opieki onkologicznej	
	Wartość minimalna	90%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca leczonych w danym SOLO, dla których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców z tym rozpoznaniem, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, dla których przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zorganizowano WZT i sporządzono plan leczenia onkologicznego

		Mianownik: Liczba świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, którzy rozpoczęli leczenie onkologiczne Nie dotyczy świadczeniobiorców z zabiegiem diagnostyczno-terapeutycznym odnotowanym w karcie DiLO
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu
10	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca, dla których sprawozdano wyniki badań histopatologicznych lub cytologicznych do systemu P1	
	Wartość minimalna	80%
	Wartość docelowa	95%
	Miernik	Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem płuca leczonych w danym SOLO, dla których wykonane badania histopatologiczne lub cytologiczne zostały prawidłowo sprawozdane i przekazane do systemu P1, w stosunku do wszystkich badań, dla których sprawozdano procedury zabiegowe
	Sposób obliczania	$\text{wartość} = \text{licznik} \div \text{mianownik} \times 100\%$ Licznik: Liczba badań świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których wykonano badania histopatologiczne lub cytologiczne, których wyniki prawidłowo sprawozdano i przekazano do systemu P1 Mianownik: Liczba badań świadczeniobiorców leczonych w danym SOLO, z rozpoznaniem o kodzie: C34 według ICD-10, zgodnym z kartą DiLO, u których sprawozdano procedury zabiegowe
	Stratyfikacja	Podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na następujące poziomy: 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego I poziomu; 2) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego II poziomu; 3) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego III poziomu; 4) Ośrodek Kooperacyjny

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki onkologicznej stanowi realizację upoważnienia zawartego art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208 oraz z 2026 r. poz. ...), zwanej dalej „ustawą”.

Celem projektu rozporządzenia jest określenie wskaźników jakości opieki onkologicznej dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, w tym kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, o których mowa w art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, oraz ich wartości minimalnych i docelowych, a także ich mierników oraz sposobu ich obliczania, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia, aby wskaźniki te były jednoznaczne i mierzalne, umożliwiały obiektywną ocenę poziomu jakości opieki onkologicznej oraz służyły monitorowaniu jakości i podejmowaniu racjonalnych decyzji związanych z tą opieką.

Ocena poziomu jakości opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą objętym opieką onkologiczną w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej będzie prowadzona przy pomocy wskaźników jakości opieki onkologicznej. Określone w projektowanym rozporządzeniu wskaźniki jakości opieki onkologicznej uwzględniają zakres świadczeń opieki zdrowotnej dotyczący opieki onkologicznej realizowany przez ośrodki onkologiczne zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na poziomie Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego i Ośrodek Kooperacyjny. Wartości docelowe wskaźników jakości opieki onkologicznej określone zostały na podstawie analizy obecnej sytuacji w obszarze onkologii.

Przyjęcie wskaźników jakości opieki onkologicznej tworzy jednolity i porównywalny system oceny przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego w Krajowej Sieci Onkologicznej. Wskaźniki umożliwią systematyczne monitorowanie jakości opieki od momentu rozpoczęcia postępowania diagnostycznego i kwalifikacji do kompleksowego leczenia do podjęcia leczenia, w tym w szczególności ocenę terminowości realizacji diagnostyki i leczenia.

Dzięki temu poprawa jakości będzie następować w sposób ciągły i oparty na danych, przez wczesną identyfikację opóźnień w diagnostyce i rozpoczęciu leczenia, co pozwala kierować działania naprawcze do tych etapów ścieżki pacjenta, które w największym stopniu wymagają usprawnienia. Tym samym wskaźniki będą wykorzystywane jako narzędzia

monitorowania terminowości i przebiegu procesu leczenia onkologicznego. Wprowadzenie wskaźników jest jednym z elementów standaryzacji postępowania i ograniczenia nieuzasadnionej nierówności w prowadzeniu leczenia onkologicznego między ośrodkami – porównywalność wyników sprzyja upowszechnianiu rozwiązań organizacyjnych i klinicznych, które zapewniają bardziej spójny poziom jakości opieki onkologicznej w skali kraju.

Wskaźniki stanowiąc będą niezbędne uzupełnienie oceny jakościowej ośrodków oraz narzędzie oceny jakości w konkretnych obszarach terapeutycznych, a tym samym wzmocnienie zarządzania jakością i odpowiedzialności za wynik procesu leczenia.

Wskaźniki porządkują i ujednolicają sposób monitorowania oraz umożliwiają kierowanie działań usprawniających tam, gdzie analiza danych wskazuje największe potrzeby, co w konsekwencji wpłynie na poprawę efektywności, rozumianej jako sprawność organizacji procesu i racjonalne wykorzystanie zasobów. Ponadto od osiągnięcia docelowych wartości kluczowych wskaźników jakości będą uzależnione współczynniki korygujące, co wzmacnia bodziec do optymalizacji organizacji opieki (np. poprawy koordynacji, terminowości i kompletności procesu leczenia).

W konsekwencji przyjęcie wskaźników nie polega wyłącznie na samym „pomiarze”, lecz tworzy mechanizm zarządczy i projakościowy: identyfikacja problemów na podstawie porównywalnych danych, ukierunkowanie działań naprawczych i doskonalących, monitorowanie efektów zmian w kolejnych okresach sprawozdawczych. W ujęciu systemowym prowadzi to do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów, skrócenia nieuzasadnionych opóźnień i poprawy organizacji opieki w ramach KSO.

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 4 dyrektywy

2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia będzie wpływać na działalność podmiotów leczniczych, które są kwalifikowane do sektora mikro- małych i średnich przedsiębiorstw oraz na duże przedsiębiorstwa i zostały zakwalifikowane na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej. Wpływ ten będzie polegał na konieczności spełnienia wskaźników określonych projektowanym rozporządzeniem.

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki onkologicznej Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Katarzyna Kęcka, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Agnieszka Molenda-Wiśniewska, Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej w Ministerstwie Zdrowia, tel. 22 530 02 38, e-mail: dep-ok@mz.gov.pl	Data sporządzenia: 2026-04-20 Źródło: art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208 oraz z 2026 r. poz. ...) Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ ...
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki onkologicznej stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, zwanej dalej „ustawą o KSO”.

Ustawa o KSO przewiduje określenie wskaźników jakości opieki onkologicznej, w tym kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, oraz ich wartości minimalnych i docelowych, a także ich mierników oraz sposobu ich obliczania, mając na uwadze konieczność zapewnienia, aby wskaźniki te były jednoznaczne i mierzalne, umożliwiały obiektywną ocenę poziomu jakości opieki onkologicznej oraz służyły monitorowaniu jakości i podejmowaniu racjonalnych decyzji związanych z tą opieką.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji i oczekiwany efekt

Rekomendowanym rozwiązaniem jest określenie wskaźników jakości opieki onkologicznej, w tym kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, o których mowa w ust. 1, oraz ich wartości minimalne i docelowe, a także ich mierniki oraz sposób ich obliczania.

Ocena poziomu jakości opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą objętym opieką onkologiczną w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej będzie prowadzona przy pomocy wskaźników jakości opieki onkologicznej. Określone w projektowanym rozporządzeniu wskaźniki jakości opieki onkologicznej uwzględniają zakres świadczeń opieki zdrowotnej dotyczący opieki onkologicznej realizowany przez ośrodki onkologiczne zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej na poziomie Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego i Ośrodek Kooperacyjny. Wartości docelowe wskaźników jakości opieki onkologicznej określone zostały na podstawie analizy obecnej sytuacji w obszarze onkologii.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W krajach członkowskich OECD/UE jest prowadzone systemowe monitorowanie jakości opieki onkologicznej. W Danii DAHANCA i DMCG (Danish Multidisciplinary Cancer Groups) – prowadzą rejestry jakości, opracowują wytyczne, monitorują protokoły leczenia i wyniki dla różnych typów nowotworów, włącznie z raportami rocznymi. W Niemczech monitorowanie jakości opieki onkologicznej jest prowadzone w AEZQ (Agency for Quality in Medicine), gdzie prowadzone jest monitorowanie jakości, prowadzenie i analiza rejestrów nowotworowych i wdrażanie wytycznych opartych na dowodach (Evidence Based) przez krajowe programy i narzędzia jakościowe. W Irlandii analizę jakości opieki onkologicznej prowadzi HIQA (Health Information and Quality Authority) – agencja rządowa monitorująca jakość w szpitalach, przez inspekcje, wskaźniki i raporty jakościowe. W Słowenii analiza jakości opieki onkologicznej jest prowadzona w oparciu o nadzorowany przez Ministerstwo Zdrowia krajowy rejestr nowotworów. We wszystkich analizowanych krajach, monitorowanie jakości opieki onkologicznej realizowane jest na poziomie centralnym przez dedykowane do tego zadania podmioty, a rolą podmiotów leczniczych jest sprawozdawanie danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
osoby żyjące z chorobą nowotworową w kraju	1,17 mln	Krajowy Rejestr Nowotworów https://onkologia.org.pl/pl/epide	poprawa stanu zdrowia, jakości życia oraz wydłużenie przeciętnego trwania życia,

		miologia/nowotwory-zlosliwe-w-polsce	obniżenie przedwczesnej umieralności spowodowanej chorobami nowotworowymi
podmioty lecznicze zakwalifikowane do KSO	301 podmiotów wykonujących działalność leczniczą zakwalifikowanych na jeden z trzech poziomów SOLO; 3 573 podmioty lecznicze zakwalifikowane jako ośrodki kooperacyjne	Biuletyn Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia – Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do KSO	poprawa organizacji systemu opieki onkologicznej, wprowadzenie systemu wspierającego poprawę jakości opieki onkologicznej
Narodowy Fundusz Zdrowia (centrala i 16 oddziałów wojewódzkich)	1	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.)	realizacja zadania związanego z monitorowaniem jakości opieki onkologicznej

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone pre-konsultacje rozporządzenia.

Projekt zostanie przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 21-dniowym terminem zgłaszania uwag, m.in. do następujących podmiotów:

- 1) samorządów zawodów medycznych:
 - a) Naczelnej Rady Lekarskiej,
 - b) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
 - c) Naczelnej Rady Aptekarskiej,
 - d) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych,
 - e) Krajowej Rady Fizjoterapeutów,
 - f) Krajowej Rady Ratowników Medycznych;
- 2) wojewodów i marszałków województw;
- 3) stowarzyszeń zawodów medycznych i związków zawodowych:
 - a) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych,
 - b) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy,
 - c) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych,
 - d) NSZZ „Solidarność -80”,
 - e) Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
 - f) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
 - g) NSZZ „Solidarność”,
 - h) Forum Związków Zawodowych,
 - i) Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia,
 - j) Kolegium Lekarzy Rodzinnych,
 - k) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 4) organizacji pracodawców:
 - a) Federacji Przedsiębiorców Polskich,
 - b) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”,
 - c) Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
 - d) Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych,
 - e) Związku Rzemiosła Polskiego,
 - f) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej,
 - g) Konfederacji „Lewiatan”,
 - h) Związku Pracodawców Business Centre Club,
 - i) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców,
 - j) Polskiego Towarzystwa Gospodarczego;
- 5) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 6) Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;

- 7) Konferencji Ocenie Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 8) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 9) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 10) Rzecznika Praw Pacjenta;
- 11) Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie;
- 12) Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu;
- 13) Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy;
- 14) Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie;
- 15) Szpitala Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;
- 16) Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi;
- 17) Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Krakowie;
- 18) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu;
- 19) Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie;
- 20) Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku;
- 21) Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku;
- 22) Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Gliwicach;
- 23) Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kielcach;
- 24) Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie;
- 25) Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu;
- 26) Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie.
- 27) Konsultantów Krajowych związanych z onkologią w dziedzinach:
 - a) chirurgii klatki piersiowej,
 - b) chirurgii ogólnej,
 - c) chirurgii onkologicznej,
 - d) genetyki klinicznej,
 - e) ginekologii onkologicznej,
 - f) medycyny nuklearnej,
 - g) onkologii klinicznej,
 - h) patomorfologii,
 - i) radiologii i diagnostyki obrazowej,
 - j) radioterapii onkologicznej;
- 28) towarzystw naukowych w dziedzinach związanych z onkologią:
 - a) Towarzystwo Chirurgów Polskich,
 - b) Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej,
 - c) Polskiego Towarzystwa Onkologicznego,
 - d) Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej,
 - e) Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej,
 - f) Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677, z późn. zm.) projekt zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Projekt zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404).

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

[illegible]

JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki*													
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki*													
Źródła finansowania	Rozwiązania zawarte w projekcie rozporządzenia nie będą wymagały dodatkowych nakładów finansowych. Projekt rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego.												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy.												
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe													
		Skutki											
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)					
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z 2021 r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0					
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0					
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0					
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Określone w projekcie rozporządzenia wskaźniki jakości opieki onkologicznej będą służyć do ewaluacji działania danego ośrodka onkologicznego w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Mogą one mieć wpływ na duże podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.											
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Określone w projekcie rozporządzenia wskaźniki jakości opieki onkologicznej będą służyć do ewaluacji działania danego ośrodka onkologicznego w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Mogą one mieć wpływ na mikro-, małe i średnie podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.											
	rodzina, obywatele, osoby starsze oraz z niepełnosprawnością oraz gospodarstwa domowe	Ocena poziomu jakości opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą objętym opieką onkologiczną w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej będzie prowadzona przy pomocy wskaźników opieki onkologicznej, co w konsekwencji przyczyni się do poprawy stanu zdrowia, jakości życia, wydłużenia przeciętnego trwania życia oraz obniżenia przedwczesnej umieralności spowodowanej chorobami nowotworowymi.											
Niemierzalne	Nie dotyczy.	Nie dotyczy.											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy.												
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu													
☒ nie dotyczy													

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:...	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne: ...
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
Komentarz: brak	
9. Wpływ na rynek pracy	
Nie dotyczy.	
10. Wpływ na pozostałe obszary	
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne: ...
☒ informatyzacja ☒ zdrowie	
Omówienie wpływu	Ocena poziomu jakości opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą objętym opieką onkologiczną w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej prowadzona przy pomocy wskaźników opieki onkologicznej, przyczyni się do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, zwiększenia skuteczności diagnostyki i leczenia oraz zapewnienia lepszej koordynacji i ciągłości opieki nad pacjentami. W efekcie przewiduje się poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, wzrost jakości życia, wydłużenie przeciętnego trwania życia oraz obniżenie przedwczesnej umieralności spowodowanej chorobami nowotworowymi.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Projekt rozporządzenia przewiduje, że rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Ewaluacja nastąpi w ramach ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej przez weryfikację spełnienia wskaźników jakości opieki onkologicznej.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Brak.	