



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (35.)
w dniu 11 grudnia 2012 r.

VIII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat kierunków zmian w organizacji polskiego systemu opieki onkologicznej.

(Początek posiedzenia o godzinie 16 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Rafał Muchacki)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Jak państwo wiecie, to posiedzenie poświęcone jest kwestii organizacji systemu opieki onkologicznej w Polsce.

Witam serdecznie pana ministra Krzysztofa Chlebusa. Witam przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam panią poseł Beatę Małecką-Liberę, wiceszefową sejmowej Komisji Zdrowia. Nie wiem, czy dotarł już przedstawiciel Kancelarii Prezydenta, pan doktor Maciej Piróg... Pewnie za chwilę do nas dotrze. Witam szanownych gości – panie i panów profesorów, dyrektorów, konsultantów.

Pierwsze pytanie: czy na sali są lobbyści?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Czy byłaby pani uprzejma się przedstawić?

(Lobbysta z Viewpoint Group Sp. z o.o. Agnieszka Kramza:

Dzień dobry państwu, Agnieszka Kramza, Viewpoint Group. Jestem tutaj po to, żeby posłuchać państwa dyskusji; nie będę zabierać głosu.)

Dziękuję pani uprzejmie.

Szanowni Państwo, na początku chciałbym państwu powiedzieć, że w zwyczaju senackiej Komisji Zdrowia jest to, że procedowanie nad daną kwestią kończy się sformulowaniem wniosków. Przez jakieś dwa tygodnie po tym posiedzeniu oczekiwać będziemy na wnioski, które zdaniem państwa powinny znaleźć się w dokumencie, jaki skierujemy do ministerstwa i do Narodowego Funduszu Zdrowia. Komisja opracuje to, co państwo do nas przyślecie i sformułuje sprawozdanie. Chodzi o to, żeby było ono jasne i przejrzyste.

Bardzo państwa proszę o przedstawianie się przed zabraniem głosu. Posiedzenie komisji jest nagrywane i transmitowane; w dokumentacji musimy mieć wszystkie personalia.

Jeśli państwo pozwolicie, na początek poprosiłbym pana profesora Jassem o krótki wykład.

Przewodniczący Zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Jacek Jassem:

Panie Senatorze, bardzo serdecznie dziękuję za zwołanie tej komisji. Przypomnę, że z taką inicjatywą wystąpiło Polskie Towarzystwo Onkologiczne. Myślę, że to dzisiejsze spotkanie w pełni uzasadni potrzebę rozmowy na te tematy.

Wiem, że to nie jest pierwsze spotkanie dotyczące onkologii w tym gronie, jednakże to dzisiejsze będzie miało charakter, że tak powiem, ucieczki do przodu. Za chwilę powiem więcej na ten temat. Jeszcze raz dziękuję za pochylenie się nad tym problemem.

Może przejdę tam, żeby było lepiej...

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Tak, bardzo proszę.)

Proszę państwa, pozwoliłem sobie nazwać swoje wystąpienie tak: strategia zwalczania nowotworów w Polsce – budowa priorytetów. Bo taki jest przecież ostateczny cel tego, co chcielibyśmy robić. Oczywiście zdajemy sobie sprawę z tego, że dzisiaj mówimy do parlamentarzystów – nie do realizatorów systemu ochrony zdrowia, nie do przedstawicieli NFZ, którzy nam płacą. Dzisiaj zwracamy się do ludzi, którzy tworzą w Polsce prawo, czyli ludzi, z którymi możemy rozmawiać o tym, jaka powinna być strategia w tym zakresie. Żeby wprowadzić państwa w to zagadnienie, pozwolę sobie w największym skrócie powiedzieć, jaka jest obecna sytuacja w tej dziedzinie.

Liczba nowotworów na świecie w sposób nieuchronny rośnie i będzie rosła – głównym czynnikiem mającym na to wpływ jest starzenie się społeczeństw. Jednocześnie działają inne czynniki, które niejako poprawiają tę sytuację: zmniejsza się ryzyko występowania klasycznych czynników ryzyka takich jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu czy zakażenia związane z nowotworami; zwiększa się możliwość wczesnego wykrywania raka i zmian przedrakowych, dzięki czemu wykrywamy nowotwory wcześniej. Paradoksalnie zwiększa się zachorowalność – celem badań przesiewowych jest przecież to, żeby wykryć jak najwięcej nowotworów. Nowotwór w coraz większym stopniu staje się chorobą przewlekłą, a więc chorobą, z powodu której nie umiera się od razu – z którą żyje się przez wiele lat. A zatem niejako zmienia się jej przebieg kliniczny. Temu wszystkiemu towarzyszy coś, co obecnie eksponowane jest w coraz większym stopniu – paradygmat równości w zdrowiu. Społeczeństwa w poszczególnych krajach, także w skali międzynarodowej, domagają się powszechnego i równego dostępu do tego, co medycyna może im dzisiaj zaoferować. Do tego tematu jeszcze powrócę.

Proszę państwa, takie są prognozy dotyczące zachorowań w Polsce. Jak powiedziałem, prawdopodobnie niewiele się zmieni; nie można liczyć na to, że stanie się cud i liczba nowotworów nagle przestanie wzrastać. Nie będzie tak choćby z tego powodu, że polskie społeczeństwo, obecnie względnie młode na tle społeczeństw Europy, w ciągu kilku dekad stanie się jednym z najstarszych – osiągniemy

mniej więcej poziom demograficzny społeczeństwa włoskiego, które jest w tej chwili najstarsze w Europie. A to będzie miało wiele konsekwencji. W sensie onkologicznym największą konsekwencją będzie to, że o ile w tej chwili mamy sto trzydzieści tysięcy, sto trzydzieści pięć tysięcy zachorowań na nowotwory, o tyle za trzynaście lat będzie ich sto siedemdziesiąt pięć tysięcy.

To są dane dotyczące trendów umieralności w Polsce. Jak widać na wykresie, liczba zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych, pierwszego zabójcy przez wiele dekad, jeśli nie stuleci, w sposób spektakularny maleje – przede wszystkim dzięki postępom w leczeniu tych schorzeń. Jednakże w onkologii, jeśli weźmiemy pod uwagę strukturyzowane czynniki...

(*Głos z sali*: To są dane dotyczące mężczyzn czy kobiet?)

Obie płcie; takie mam dane. To są wasze dane, Witoldzie, możesz to skomentować. Tutaj jest informacja, skąd te dane są zaczerpnięte...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Oczywiście mogą być pewne różnice; ja wiem, że są.

Co obserwujemy? Spektakularnie zmniejsza się liczba zgonów sercowo-naczyniowych, pierwszego zabójcy... Liczba zgonów nowotworowych – to są dane z uwzględnieniem struktury wieku – minimalnie rośnie lub, przyjmijmy optymistycznie, utrzymuje się na podobnym poziomie. Proszę państwa, za chwilę te dwie krzywe się przetną. Już w tej chwili w dużych grupach populacyjnych... Witoldzie, to są...

(*Głos z sali*: Za dziesięć lat będzie w Polsce więcej...)

Przetną się, tak... Już w tej chwili w pewnych grupach to się zdarzyło. Jesteśmy skazani na to, że za chwilę rak stanie się pierwszą przyczyną zgonów w Polsce. Niestety towarzyszą temu gorsze wyniki leczenia. Nasze towarzystwo przygotowało dla państwa materiały... Nie wiem, czy dla wszystkich wystarczyło. Przygotowaliśmy trzydzieści egzemplarzy, ale jeśli ktoś nie otrzymał, to bardzo proszę o informację – doślemy je. Ten materiał przygotował redaktor Zagórski z „Gazety Wyborczej”; jest napisany językiem publicystycznym, ale, jak myślę, w sposób solidny. Dane faktograficzne również tu są.

Proszę państwa, według wyliczeń... Można się gniewać na Eurocare, ale... To zawsze będzie perspektywa kilkuletnia, bo inaczej się nie da – żeby ocenić wyniki pięcioletniego leczenia, zawsze musimy wziąć pod uwagę okres wcześniejszy. Ponadto te wyniki muszą jeszcze zostać opracowane itp. Te dane dotyczą okresu 2002–2003, o ile pamiętam: odsetek pięcioletnich wyleczeń w Polsce wynosił 38,4%, a w Unii Europejskiej – 48,3%. Jak widzimy, 10% różnicy. To jest tyle, ile można by osiągnąć dzięki obecnemu poziomowi medycyny, wykorzystując wszystkie rezerwy. Można sobie przeliczyć, ile to byłoby uratowanych ludzi w Polsce; to jest policzalne.

Od czego zależy skuteczność walki z rakiem? To są dane z ubiegłorocznego Open Forum w Madrycie poświęconego polityce w zakresie zwalczania raka. Ja tego nie będę, że tak powiem, recenzował ani komentował; opracowali to fachowcy. Uznali oni, że: 1/3 skuteczności leczenia raka zależy od jakości świadczeń, na co składa się skuteczność badań przesiewowych, czas oczekiwania na leczenie i świadczenie

optymalnej terapii; 1/4 skuteczności leczenia zależy od zarządzania systemem, na co składa się posiadanie narodowej strategii, cele, nadzór, ramy czasowe, monitoring, zalecenia, zarządzanie procesem leczenia, koordynacja i zapewnienie jakości. Połowa skuteczności zależy od zasobów, a więc od zakresu finansowania opieki zdrowotnej, dostępności innowacyjnych leków, liczby tomografów – oczywiście nie rozumianej dosłownie; jest to postrzegane jako pewien wskaźnik usprzętowania, technicyzacji ochrony zdrowia – i liczby specjalistycznych ośrodków onkologicznych. Ten temat pewnie dzisiaj powróci. Proszę zwrócić uwagę, że niewiele zależy wyłącznie od finansowania. Bardzo wiele rzeczy można załatwić na przykład w ramach poprawy zarządzania czy poprawy jakości, co nie zawsze wymaga angażowania środków finansowych.

To, na co chcę zwrócić uwagę i co jest głównym przesłaniem mojego dzisiejszego wystąpienia... Proszę państwa, my w Polsce potrzebujemy strategii. To, co do tej pory robimy, to są doraźne działania, interwencje. Nie ma leków, tworzy się kolejka, tworzy się jakiś problem... My działamy interwencyjnie; my nie mamy długofalowej wieloletniej strategii, planu onkologicznego dla Polski. Chcę powiedzieć, że taki plan w formie pisemnej mają w tej chwili... Ja wszystkie takie plany zbieram; jeśli gdziekolwiek taki plan się pojawia, natychmiast go zdobywam. Dwadzieścia dwa kraje Unii Europejskiej mają strategiczne wieloletnie plany zwalczania raka. My nie mamy takiego planu – nie jest nim, proszę państwa, program zwalczania chorób nowotworowych, który jest interwencyjnym programem umożliwiającym łatanie dziur i zgodnie z którym szacowana wysokość środków na onkologię to 5%... To są dwie zupełnie różne rzeczy, o tym też jeszcze powiem.

Proszę państwa, opowiem, jak można zbudować taki priorytet. Richard Nixon w 1971 r. – proszę zwrócić uwagę, że już dawno na to wpadli – uznał, że rak jest sprawą ogólnonarodową. To nie jest sprawa lekarzy, to nie jest sprawa chorych, tylko sprawa ogólnonarodowa – społeczna, ekonomiczna, socjologiczna. Ogłosił wówczas narodową krucjatę przeciwko rakowi, stwierdzając, że w jakiejś perspektywie damy sobie z nim... Oczywiście takie hasła nie zawsze zostają zrealizowane, ale trzeba powiedzieć, że ta akcja uratowała – są na to dowody – tysiące istnień ludzkich w Stanach Zjednoczonych.

Dalej: prezydent Jacques Chirac w 2000 r. ogłosił narodowy *plan cancer* nazywany popolitym ruszeniem przeciwko rakowi, który zrewolucjonizował system opieki nad chorymi na nowotwory we Francji.

W 2008 r., cztery lata temu, mała Słowenia ze względu na złą sytuację leczenia onkologicznego w kraju w ramach swojej prezydencji w Unii Europejskiej ogłosiła walkę z rakiem zdrowotnym priorytetem na poziomie europejskim i zainicjowała coś, co nazwano European Partnership for Action Against Cancer – EPAAC. Zobowiązano wszystkie kraje europejskie – za chwilę do tego wrócę – do opracowania do roku 2013 narodowych planów strategii walki z rakiem. W 2005 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia ogłosiło rezolucję, w którym wzywa wszystkie kraje członkowskie do opracowania programów zwalczania nowotworów obejmujących cztery obszary: profilaktykę pierwotną, wczesne wykrywanie, rozpoznawanie i leczenie oraz opiekę paliatywną.

Tenże EPAAC zainicjowany przez Słowenię, jak powiedziałem, zobowiązał każdy z krajów Unii do opracowania do 2013 r. takiego programu. Kilukrotnie próbowałem się dowiedzieć, czy ten plan jest opracowywany. Panie Ministrze, nie jest – taką mam informację. Zgodnie z tymi założeniami – może jest to plan nadmiernie ambitny – do roku 2020 o 15% zmniejszy się obciążenie chorobami nowotworowymi, czyli *cancer burden*, tak to jest nazwane, a o 70% nierówności w dostępie do leczenia.

Polskie Towarzystwo Onkologiczne podjęło w zeszłym roku pewne działania studyjne, których celem była poprawa skuteczności zwalczania nowotworów w Polsce. Uczestniczyło w tym dwustu ekspertów, trzynastu recenzentów. Prace trwały sześć miesięcy; zorganizowaliśmy dwie duże ogólnokrajowe konferencje, przygotowaliśmy dwie monografie, o których jeszcze powiem. Mecenat medialny objął „Puls Medycyny”. Jeśli ktoś czyta to pismo, to znajdzie w nim znacznie więcej informacji.

To są te dwie monografie, które przygotowaliśmy; to jest plon tego naprawdę dużego wysiłku ekspertów środowiska onkologicznego. Pierwszy raport to „Biała księga – zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich”. To jest analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces. Druga monografia, która niejako wynika z treści pierwszej, to „Druga księga – zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce”. Ta publikacja opisuje strategię działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO.

Te dwa nowotwory, te dwie lokalizacje to swoiste poletko doświadczalne, dzięki któremu wszelkie wnioski możemy w dużym stopniu ekstrapolować na sprawy onkologiczne w Polsce w ogóle. Proszę państwa, strategia obejmuje wiele działań, które... My nie wyważamy otwartych drzwi – to wszystko zostało spisane po to, żeby nam unaocznic, w jakim kierunku musimy działać. Po pierwsze, chodzi o ograniczenie występowania i wpływu czynników ryzyka, czyli profilaktykę pierwotną. To jest bardzo ważne, ale nadal w Polsce niewykorzystywane, niewykorzystywane z wielu powodów.

Po drugie, zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania, a więc profilaktyka wtórna. Chodzi o monitorowanie zgłaszalności i dokonywanie oceny czynników determinujących zgłaszalność na badania przesiewowe. Takie badania zostały w Polsce wdrożone, ale jak do tej pory niestety nie spełniają swojej roli z uwagi na zbyt niski udział zgłaszających się kobiet. Chodzi tu również o wypracowanie skutecznych metod zapewnienia uczestnictwa w badaniach przesiewowych – jeśli one, powiedziałbym, idą źle, to trzeba się zastanowić, dlaczego tak jest i zacząć robić coś, żeby było lepiej – oraz wypracowanie mechanizmu skutecznego prowadzenia osoby z podejrzeniem lub rozpoznaniem stanu wymagającego interwencji, czyli właściwe prowadzenie chorego w systemie.

Proszę państwa, nasz system jest porozrywany – jeden ośrodek dzięki mammografii wykrywa u chorej raka, a potem... Chora otrzymuje informację, że ma się zgłosić i zrobić sobie biopsję. I szuka, i czeka, często długo... Chora ma skierowanie do chirurga i czeka na tego chirurga krócej lub dłużej, aż w końcu idzie do prywatnej jednostki, bo w pań-

stwowej musiałaby czekać cztery miesiące, no ale w tej prywatnej musi zapłacić. A później otrzymuje informację, że musi dostać chemioterapię czy radioterapię. I znowu szuka... Proszę państwa, cały zysk, jaki przynoszą kliniki, może zostać stracony z powodu przedłużających się terminów. Nasza koncepcja jest taka: to wszystko musi być zintegrowane, a pacjent musi być odpowiednio prowadzony w systemie. Najlepszy model – tu również nie wyważamy otwartych drzwi – będzie taki, jeśli to wszystko będzie się działo pod jednym dachem, niekoniecznie w jednej instytucji, ale tam, gdzie mamy sieć powiązanych ze sobą elementów, dzięki czemu chora, że tak powiem, jak po sznurku idzie z rąk do rąk. Wówczas to wszystko będzie miało sens.

Kolejna rzecz to poprawa skuteczności leczenia, a więc szybkość i trafność rozpoznania, przestrzeganie zaleceń i standardów postępowania. Proszę państwa, co roku wraz z profesorem Krzakowskim i kilkoma osobami w tym kraju podejmujemy ogromny trud zaktualizowania standardów diagnostyki leczenia nowotworów. Nie ma jednak żadnej możliwości egzekwowania przestrzegania tych standardów. Polscy lekarze nie mają... Od trzydziestu lat tak leczylimy ten nowotwór i tak będziemy go leczyć, nikt nie będzie nas tu uczył itp. Prawda? A są dowody na to, że leczenie zgodne ze standardami, jakiegokolwiek by one były, leczenie jednolite zawsze jest skuteczniejsze. Chodzi o *evidence based health care medicine* – to nie są obserwacje, to jest mierzalne.

Optymalny model organizacji leczenia onkologicznego. Proszę mi wierzyć, nasz model nie jest optymalny. Dzisiaj jeszcze będzie o tym mowa. Optymalny dostęp do leczenia skojarzonego... Proszę państwa, dzisiaj chory trafia do jednego specjalisty onkologa – może to być chirurg, może być to radioterapeuta czy chemioterapeuta – któremu wydaje się, że najlepiej wie, jak go leczyć i leczy go po swojemu, a później tego chorego widzi następny specjalista i mówi: Boże, czemu razem go nie obejrzelśmy, przecież można było leczyć tego pacjenta znacznie prościej, lepiej, z mniejszym kalectwem... Ale stało się i jest już za późno.

Kolejna sprawa: wielospecjalistyczne centra leczenia. Jak mantrę będę powtarzał, że dopóki nie stworzymy w Polsce centrów leczenia – *breast cancer units, colorectal units* itd. – w których będą specjaliści, w których możliwa będzie dyskusja, konsylium lekarskie, prowadzenie chorego od samego początku przez wielodyscyplinarny team, dopóty będziemy zbierać plony tego, że jakiś bardzo odważny chirurg gdzieś w szpitalu powiatowym zrobił już trzy operacje raka piersi i właśnie podejmuje czwartą... Tylko że po tych czterech operacjach on jeszcze nic nie umie.

Koordynacja i zarządzanie chorobą – powiedziałem już o tym. To musi być proces złożony.

Dalej: poprawa jakości życia chorych, a więc identyfikacja pozamedycznych potrzeb. Proszę państwa, niech mi ktoś powie, ilu psychoonkologów pracuje w ośrodkach, które zatrudniają pięciu lekarzy, w małych przychodniach. Przecież to tam chory dowiaduje się, że ma raka. Psychoonkolog zajmie się tym chorym, jeśli w ogóle to nastąpi, za jakieś pół roku... Proszę państwa, chrońmy także dusze tych ludzi. To jest przecież najgorsza wiadomość, jaką w życiu otrzymają. Kiedy ten psychoonkolog ma temu pacjentowi pomóc? Jak on ma go zmobilizować do leczenia?

Dalej: uruchomienie mechanizmów wsparcia chorych – w tym mieści się cała rehabilitacja. W dzisiejszych czasach, kiedy rozliczamy się z NFZ... Co tam rehabilitacja... Wystawia się kwit, że chory jest wyleczony i wyszedł do domu. I koniec. Prawda? A on wymaga jeszcze psychofizycznej pełnej rehabilitacji, dłuższej lub krótszej.

Bardzo ważne jest zarządzanie systemem. Rozwój rejestru onkologicznego... Mam nadzieję, że państwo z zakładu profesora Zatońskiego będą mogli powiedzieć coś więcej na ten temat. My musimy mieć superrejestr nowotworów. Żadne działania planowe nie będą możliwe, jeżeli nie będziemy w 100% pewni, że opieramy się na twardych danych.

Dalej: inwentaryzacja i planowanie zasobów organizacyjnych. Taka próba została podjęta; pan profesor Krzakowski ma pewne wnioski z szeroko zakrojonej akcji przeprowadzania ankiet w ośrodkach onkologicznych, być może je przedstawi.

Identyfikacja zasobów finansowych. Proszę państwa, one są tak rozproszone, że my nie bardzo jesteśmy w stanie wskazać, ile tych pieniędzy się wydaje.

Dalej: budowanie podstaw naukowych. Proszę państwa, nie ma dobrej medycyny bez dobrej nauki, a polska nauka jest odcięta od polskiej medycyny choćby dlatego – za kilka dni będzie posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej – że wszystkie instytucje finansujące w Polsce naukę jak kot do jeża podchodzą do finansowania badań klinicznych, które to badania są absolutną podstawą decyzji, które wyznaczają standardy.

Panie Senatorze, ja już kończę. Może o dwie minuty przedłużę...

Uruchomienie narzędzi informatycznych wsparcia procesu klinicznego – to jest niezbędne w dzisiejszych czasach.

Dalej: weryfikowanie opłacalności interwencji. Zwracam na to uwagę, bo to jest bardzo ważne. A trzeba powiedzieć, że my potrafimy ładnie wyrzucać pieniądze w błoto... Ważne jest osiągnięcie wysokiej efektywności ekonomicznej prowadzonych działań. Proszę zwrócić uwagę, że ja nie mówię tutaj o tym, że wszystko jest źle, bo jest biednie... Mimo tej samej biedy polscy kardiologzy są w europejskiej czołówce.

Podsumowując to, o czym mówiłem... Ocena obecnego stanu obejmuje epidemiologię nowotworów i zmian w tym zakresie, zasoby ludzkie, rozwiązania organizacyjne i zdolność do skutecznego działania, dotychczasową zdolność zapobiegania i leczenia nowotworów, czyli wyniki działania... Trzeba stworzyć narodową strategię zwalczania nowotworów – jej dzisiaj nie ma – która będzie odpowiadała aktualnym i przyszłym zdrowotnym potrzebom społeczeństwa, która będzie obejmowała wszystkie te elementy, czyli epidemiologię czy obciążenia społeczne i ekonomiczne, która będzie całościowa i zintegrowana na wielu obszarach obejmujących: politykę, administrację, edukację, opiekę zdrowotną, partnerstwo i ścisłą współpracę zaangażowanych stron. Chodzi o wszystkie obszary: profilaktykę pierwotną, wczesne wykrywanie, rozpoznawanie i leczenie, opiekę paliatywną. Trzeba stworzyć strategię, która musi być zorientowana na dobrze zdefiniowane cele, adekwatne i osiągalne priorytety, która musi być oparta na aktualnej i aktualizowanej wiedzy, która musi uwzględniać

najnowsze osiągnięcia – diagnostykę molekularną, dane z badań klinicznych itp. Wykorzystanie zasobów musi być optymalne.

Będąc u pana ministra Radziejewicza-Winnickiego, rzuciłem hasło: zawrzyjmy pakt o nieagresji z NFZ. Przestańmy się z NFZ boksować i pokażmy im nie tylko to, na co potrzebujemy pieniędzy, ale również to, na co te pieniądze marnujemy. Wzywam państwa – bądźmy na tyle odważni. Bo dyrektorom szpitali trudno jest powiedzieć: troszeczkę za dużo nam za to płacicie. A każda złotówka w tym systemie, w tej biedzie, musi iść dla dobra chorego. Jeśli cokolwiek się marnuje, to przepraszam, ale... Ja mam tych chorych na sumieniu.

Tak wyglądają, powiedziałbym, te polskie niedobory. Proszę państwa, proszę nie traktować tego w ten sposób, że oto my twierdzimy, że musimy te pieniądze dostać. Polska ma w tej chwili PKB w wysokości 64% średniej unijnej. Na leczenie onkologiczne wydajemy 28% średniej unijnej. Ja nie chciałbym być populistą i mówić, że musicie nam dać dwa czy trzy razy więcej, bo inaczej nie będziemy leczyć – ta podstawa jest niższa, bo my przecież mamy mniejszą średnią, prawda? – ale gdyby udało się stworzyć jakiś długofalowy plan dochodzenia do tego poziomu, to wreszcie moglibyśmy odetchnąć. Zaczniemy jednak od zlokalizowania pieniędzy, które wyciekają. Proszę państwa, absurdalna hospitalizacja... Dlaczego w Polsce większość chorych onkologicznych leczy się w szpitalach? Nikt w świecie już tego nie robi, to są pieniądze wyrzucane w błoto. Oczywiście dyrektor szpitala od razu powie tak: nie zabierajcie mi tego, bo to jest najlepszy, że tak powiem, produkt do wzięcia z NFZ. Ale to nie służy choremu... To, że on leży przez osiem tygodni w łóżku, a ty bierzesz za niego 500 zł dziennie... To nie służy choremu tylko temu, żebyś ty mógł utrzymać swój szpital. Jeśli te same pieniądze dostaniesz na inne rzeczy, nie zbiedniejesz, a zyska na tym chory. I taka jest moja koncepcja.

Proszę państwa, to już ostatnia rzecz: strategia a narodowy program zwalczania chorób nowotworowych. Ludzie to myślą i myślą, że strategia to narodowy program – tak nie jest. Proszę państwa, narodowy program zwalczania chorób nowotworowych wielokrotnie ratował możliwość realizacji leczenia onkologicznego, zatykał dziury przez ostatnie osiem lat i może jeszcze ze dwa... Strategia to jest zwalczanie nowotworów z punktu widzenia zdrowia publicznego, obejmuje na przykład działania samorządów; strategia to jest opieka zdrowotna w zwalczaniu nowotworów, a więc obejmuje płatnika... Nasz płatnik za chwilę będzie zdecentralizowany i dopiero się zacznie... To jest nauka i edukacja przeddyplomowa i podyplomowa oraz inne obszary, na przykład opieka społeczna czy wolontariat, który w Polsce prawie nie istnieje. A dlaczego nie istnieje? Stwórzmy taki ruch, on w wielu krajach ogromnie pomaga.

Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych kończy się za dwa lata. Moim zdaniem on nadal powinien uzupełniać braki w systemie w zakresie infrastruktury. Chodzi o to, czego nie ma, a co powinno być. Bo łatwiej było kupić piątą przyspieszacz w ciągu kilkunastu lat, niż kupić do niego bunkier, w związku z czym sprzętu wcale nam nie przybyło, choć mamy wspaniałe przyspieszacze, najlepsze na świecie. Braki w zakresie

organizacji... Chodzi tu o koordynującą rolę wyspecjalizowanych ośrodków, te centra. Istotne jest ułatwienie dostępu do nowych technologii, na przykład wdrażanie nowych metod diagnostycznych, które będą się pojawiały, czy też stosowanie nowych terapii na okres próbny. Cele edukacyjne niemal zamarły w tej chwili realizowanym programie, edukacja przed- i podyplomowa chyba już zniknęły z tego programu... Januszu, tak czy nie?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie są... I studenci też nie.

To jest ostatnie albo przedostatnie przeżycie. Proszę państwa, wyobrażam to sobie tak. Po pierwsze, trzeba ocenić stan obecny. Moje towarzystwo razem z innymi towarzystwami zajmującymi się onkologią mogą pomóc Ministerstwu Zdrowia i nalegam, aby... W liście szefów towarzystw onkologicznych prosimy – profesor Krzakowski, profesor Zegarski, profesor Skłodowski i ja – o powołanie stałej rady do spraw onkologii przy ministrze zdrowia. My jesteśmy do państwa dyspozycji, my będziemy działali jako społeczni eksperci. W tym samym gronie trzeba opracować strategię, to jest potrzeba chwili, i trzeba opracować, bo zostały nam dwa lata, a poprzedni narodowy program tworzono... Januszu, ile to było lat temu? Osiem?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zostały nam dwa lata na napisanie nowego programu. Jak go nie będzie, to utoniemy. Największą rolę ma tu oczywiście ministerstwo. Towarzystwa naukowe będą w tym dziele współdziałały, jeśli państwo uznają to za potrzebne.

Ostatni apel, apel do państwa senatorów tu zgromadzonych, ale również do posłów, choć posłów na tej sali chyba nie ma, oprócz pani poseł Małeckiej-Libery. Ja prosiłem pana senatora, żeby skoordynować te prace z pracą sejmowej Komisji Zdrowia... Mamy do państwa ogromną prośbę, żeby powstał parlamentarny zespół do spraw onkologii, który będzie budował priorytet onkologiczny w systemie ochrony zdrowia. Skoro, proszę państwa, jest Parlamentarny Zespół do spraw Łuszczyca, do spraw Wędkarstwa i do paru innych... Myślę, że warto stworzyć parlamentarny zespół, składający się z posłów i z senatorów, zajmujący się najważniejszym problemem w medycynie. Ja widziałbym rolę takiego zespołu we wdrożeniu narodowej strategii zwalczania nowotworów, budowania tegoż priorytetu. A może poszlibyśmy do pana prezydenta Komorowskiego i poprosili go o to, żeby ogłosił taki akt jak... No, Nixon nie jest popularny, ale Chirac... No, też niepopularny, więc może...

(Wesołość na sali)

Konieczne będą zmiany legislacyjne dotyczące finansowania i pomoc we wdrażaniu tegoż narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, który – przypominam – nie zastępuje strategii, ale jest elementem uzupełniającym tę strategię.

To tyle, co chciałem państwu powiedzieć. Mocno apelujemy o to, żeby państwo nam pomogli, bo w tej chwili my się szarpiemy... W Polsce mamy najmniejszą liczbę onkologów w stosunku do liczby chorych. Jest grupa onkologów zapaleńców, którzy walczą o... Ale przecież to jest problem naszych chorych, nie nas – to nie my będziemy beneficjentami poprawy sytuacji onkologicznej, tylko chorzy onkologicznie. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Panie Profesorze, wyjaśnienie jest takie... Napisałem to zresztą panu w mailu. Z panem posłem Piechą ustaliliśmy, że nie zrobimy wspólnego posiedzenia senackiej i sejmowej Komisji Zdrowia, bo ta sala nie pomieściłaby wszystkich posłów i senatorów z tych komisji – w Komisji Zdrowia jest ponad czterdziestu posłów.

Natomiast co do tego parlamentarnego zespołu... Panie Profesorze, jeśli chodzi o senacką Komisję Zdrowia, to sytuacja jest, jak sądzę, w miarę komfortowa, bo w komisji jest trzech onkologów. Komisja pracuje bardzo merytorycznie, to posiedzenie jest bodaj trzecim czy czwartym dotyczącym szeroko pojętej onkologii. Byliśmy na wyjazdowym posiedzeniu w Bydgoszczy, byliśmy u pani senator Chybickiej we Wrocławiu. Naszą ambicją jest to, żeby to właśnie onkologia była priorytetowym tematem senackiej Komisji Zdrowia. Tak że można powiedzieć, że początek takiego zespołu już jest, jesteśmy do państwa dyspozycji zawsze.

Chciałbym też powiedzieć, że w takim towarzystwie chyba jeszcze się nie spotkaliśmy – są z nami dyrektorzy większości publicznych ośrodków onkologicznych w Polsce. Bardzo zależy mi na tym, żeby organizacja tych ośrodków onkologicznych była skoordynowana. Wiemy doskonale, że to kompleksowość leczenia pacjenta onkologicznego jest najważniejsza; chodzi o to, żeby ten pacjent indywidualnie był planowany do leczenia, żeby to było poprzedzone konsultacją chirurga, onkologa klinicznego, radioterapeuty. W szpitalach mamy coś takiego, ale musimy to zawrzeć w odpowiednie ramy. Nie jest tajemnicą, że każdy z nas kierujących ośrodkiem onkologicznym działa na swoją rękę i próbuje spotykać się z szefem NFZ czy z ministrem i załatwiać swoje interesy regionalne, tak bym powiedział. Po to zebraliśmy się tutaj wszyscy, żeby porozmawiać o tym, jak wspólnie możemy działać, co zresztą pan profesor Jassem bardzo pięknie tutaj podkreślił. Organizacja ośrodków onkologicznych jest w tej chwili podstawową kwestią – jeżeli ta organizacja będzie prawidłowa, wszystko to, o czym pan profesor tak pięknie mówił, stopniowo, że tak powiem, ruszy.

Żeby nie przedłużać... Bardzo proszę pana dyrektora, pana profesora Warzochę o parę słów na ten temat.

Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie Krzysztof Warzocha:

Panie Przewodniczący! Szanowne Panie i Szanowni Panowie Senatorowie! Szanowny Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Na początku chciałbym bardzo podziękować za zaproszenie. Myślę, że wykład pana profesora Jassem stanowi dobry wstęp do omówienia konkretnych propozycji, jakie po dłuższym przemyśleniu, również w gronie ministra zdrowia jego zastępców, jeszcze w okresie wiosny, a później lata, stworzyliśmy. A więc nie jest prawdą, że nie trwają prace nad tym narodowym programem – one zostały zapoczątkowane przez ministra Arłukowicza i są kontynuowane.

Dzisiaj chciałbym państwu przedstawić stan obecny, bo jeśli chcemy coś naprawiać, musimy w miarę obiektywnie powiedzieć sobie, z czym mamy do czynienia. Swoją prezentację stworzyłem w oparciu na doświadczeniach własnych: zarządzam instytutem hematologii od dziesięciu lat, a instytut co najmniej 70% swojej energii i czasu poświęca na walkę z nowotworami hematologicznymi – to też są nowotwory i trzeba o tym pamiętać. Od niecałego roku, od dziesięciu miesięcy jestem dyrektorem sąsiedniej jednostki, znacznie większej – centrum onkologii.

Szanowni Państwo, z czym dzisiaj mamy do czynienia? Chciałbym podzielić swój wykład na kilka zasadniczych części – omówię aktualny stan organizacyjny, aktualny stan funkcjonalny onkologii w Polsce, opowiem, jak wygląda finansowanie, oczywiście ogólnie, świadczeń onkologicznych, jak wygląda kształcenie podyplomowe, które generalnie wygląda tak samo jak stan funkcjonalny i organizacyjny onkologii w Polsce, czyli niedobrze... Na końcu chciałbym króciutko przedstawić propozycje zmian restrukturyzacyjnych.

Zacznę od samego początku. Jak wygląda stan organizacyjny opieki onkologicznej? Proszę zwrócić uwagę, że nie wygląda najlepiej, chociaż ośrodków mamy mnóstwo. To, co stanowi problem, to fakt, że te ośrodki publiczne i niepubliczne powstają w sposób absolutnie niekontrolowany – nikt nie kieruje się wskaźnikami epidemiologicznymi, nikt się nie kieruje tym, co faktycznie... Dwóch ma pomysł na zrobienie interesu i okazuje się, że drzwi są otwarte – interes w zakresie świadczeń onkologicznych można rozpoczynać. Ogromnym problemem jest również fakt, że w tych jednostkach zatrudniani są ci sami pracownicy. Specjalistów w zakresie onkologii mamy stosunkowo niewiele – pięciuset pięćdziesięciu onkologów klinicznych, pięciuset pięćdziesięciu radioterapeutów, około sześciuset chirurgów onkologicznych – a wciąż powstają nowe ośrodki. Liczba specjalistów nie zwiększa się w takim tempie jak liczba tych ośrodków. Poza tym lokalizacja ośrodków w poszczególnych regionach kraju jest nierównomierna, o bardzo zróżnicowanej strukturze założycielskiej. Kontrakcja z Narodowym Funduszem Zdrowia odbywa się praktycznie bez uwzględnienia kryterium jakości i kompleksowości. Punkt jest wyceniony identycznie – wszystko jedno, czy ja zatrudniam jedną pielęgniarkę, mam fotel do podania chemioterapii jednodniowej i stojak, czy utrzymuję wielki szpital, który ma ogromnie rozbudowaną bazę diagnostyczną, leczniczą. Nie mówię już o rejestrach i o rehabilitacji...

Dzięki pracy pana profesora Jassem, pana profesora Krzakowskiego i zespołu powstają wytyczne diagnostyczno-lecznicze – dziękujemy za tę pracę. Ale trzeba powiedzieć, pan profesor Jassem zwrócił na to uwagę, że większość ośrodków nie trzyma tych standardów – każdy leczy tak, jak mu do głowy przyjdzie lub jak usłyszał na jakiejś konferencji krajowej bądź zagranicznej. Nie ma referencyjności ośrodków onkologicznych. Jakie to ma przełożenie na funkcje świadczeń onkologicznych? Tutaj sytuacja jest jeszcze gorsza. Proszę zwrócić uwagę na to, że o tym, w jaki sposób pacjent będzie leczony, przesądza to, do kogo ten pacjent trafi. Nie chodzi o placówkę publiczną czy niepubliczną, ale o to, czy pacjent najpierw trafi do chirurga, czy do radioterapeuty, czy do chemioterapeuty.

Absolutnie nie ma sekwencyjnego postępowania onkologicznego, a to jest podstawa skuteczności w walce z tymi chorobami. To również sprawia, że pacjent jest zagubiony – jeśli ma szczęście i trafi do odpowiedzialnego lekarza, ten lekarz w odpowiedzialny sposób pokieruje jego dalszymi losami, ale jeśli ma pecha, a wielu pacjentów niestety ma, będzie przekazywany z ośrodka do ośrodka. A stąd biorą się niepowodzenia leczenia, wznowy.

Nie zgodziłbym się z panem profesorem Jassemem, że ośrodki onkologiczne nie są od tego, żeby kłaść pacjentów do łóżek. Owszem, w cywilizowanych i wysoko rozwiniętych krajach, gdzie pokonanie 300 km zajmuje godzinę... U nas 50 km pokonuje się w trzy godziny, a to dla pacjenta z chorobą nowotworową jest prawdziwe wyzwanie. Nie możemy pozwolić sobie na to, aby wszystkich leczyć w warunkach ambulatoryjnych lub w ramach chemioterapii czy radioterapii jednodniowej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę dać mi skończyć.

W związku z tym funkcja świadczeń onkologicznych jest... Dzisiaj pacjent krąży tu i tam i bardzo często jest zagubiony. Nie ma wielodyscyplinarnego planu leczenia, w związku z czym sekwencja metod leczenia nie jest nieoptymalna, a łączny czas leczenia się wydłuża. Ośrodki, które nastawione są na zysk, realizują tylko to, co przynosi im ten zysk, czyli te świadczenia, które są dzisiaj rentowne. A to skutkuje gorszymi wynikami leczenia. Tak samo ważny jest aspekt nieefektywnego wykorzystania środków z NFZ.

Pan profesor Jassem słusznie powołał się na dane, które pokazują, że skuteczność walki z nowotworami w niecałej połowie zależna jest od faktycznie posiadanych środków, a w drugiej połowie od zarządzania tym, to mamy. My dzisiaj w ogóle nie zarządzamy tym, co mamy albo to zarządzanie wygląda tak, jak przedstawia to przeźrocze... Jak było kiedyś? Środki publiczne, choć szczupłe, w 100% wpływały do państwowych placówek onkologicznych: przychodni, szpitali, regionalnych centrów, ośrodków akademickich, instytutów. Jak jest dzisiaj? Środki publiczne, które są znacznie większe, niestety w dużej mierze przechodzą do ośrodków niepublicznych. Pula pieniędzy do podziału jest ograniczona, w związku z czym w placówkach publicznych – widzimy to po stronie lewej tego wykresu – pojawia się problem deficytu, a ośrodki niepubliczne, bardzo często monospecjalistyczne, zainteresowane są przyjmowaniem pacjentów tylko na te procedury, za które zwraca się im pełen koszt plus nadwyżki. Nie jest tajemnicą, że do takich procedur należą dzisiaj procedury chemioterapii jednodniowej, niektóre radioterapie i zabiegi operacyjne. A powikłania, diagnostyka wysokonakładowa, rehabilitacja... To wszystko, powiedziałbym, wraca do placówek publicznych. Dyrektor zarządzający placówką onkologiczną nie jest dzisiaj w stanie nadażyć z pensjami... Niepubliczny zawsze nas przebije – o 300 zł, o 1 tysiąc zł. Ta gonitwa nie ma sensu, trzeba przerwać ten stan rzeczy.

Szanowni Państwo, nie jest prawdą, że narodowy fundusz ogranicza środki na świadczenia zdrowotne. Proszę zwrócić uwagę, jaka jest dynamika kwot przeznaczanych przez narodowy fundusz na leczenie. To, co jest niepokojące, to fakt, że w pewnym momencie, w roku 2011 – załamanie nastąpiło w bieżącym roku – poświęcano mniej

pieniędzy na leczenie szpitalne. I nie zanosi się, aby w roku 2013 ten stan rzeczy miał się poprawić, wręcz przeciwnie – prawdopodobnie powrócimy do stanu sprzed dwóch lat. Jeszcze bardziej niepokojące jest to, że... To nie jest tak, że to dostęp do kontraktowania świadczeń w zakresie onkologii jest nierówny – taki sam dostęp mają zarówno ośrodki publiczne, jak i niepubliczne. Chodzi o to, że te ośrodki są traktowane nierówno przy podziałach pieniędzy. Jaka jest dynamika w tym zakresie? Spójrzmy na wykres. Zmiany wartości kontraktów dwóch największych publicznych ośrodkach onkologicznych w Warszawie – centrum onkologii to jest czerwona kreska, a instytut hematologii to kreska niebieska – i jednego z niepublicznych ZOZ na terenie Warszawy, który świadczy usługi onkologiczne i hematologiczne. Spójrzcie państwo na przyrost wartości kontraktu: 530% *versus* 102% dla centrum onkologii – to jest nawet poniżej krzywej inflacyjnej. Niewiele lepsza jest sytuacja instytutu hematologii. Gdzie jest delta? Kto o tym decyduje? Proszę państwa, tu nie chodzi o to, że ta zielona krzywa... To jest 100 tysięcy *versus* 600 tysięcy zł. Zaczynali od 11 milionów, a dzisiaj mają 70 milionów – tyle instytut hematologii wydaje rocznie na leczenie białaczek, chłoniaków, szpiczaków itd. Przyrost nieprawdopodobny. Niestety obecne finansowanie świadczeń medycznych, w tym onkologicznych, powoduje, że publiczne placówki wciąż się zadłużają i nie są w stanie sensownie konkurować o specjalistów z podmiotami niepublicznymi, których zysk z roku na rok dynamicznie wzrasta.

Zupełnie niezrozumiała jest kwestia organizacji kształcenia podyplomowego. Jak kiedyś było? Wszystkie środki, jakie Ministerstwo Zdrowia miało zaplanowane na kształcenie podyplomowe, przekazywało do CMKP, wcześniej do centrum doskonalenia zawodowego, które w oparciu o własną bazę dydaktyczną lub bazę innych jednostek, przede wszystkim instytutów medycznych – one między innymi po to były powoływane, aby koordynować kształcenie podyplomowe w tym kraju – lub szpitali publicznych, realizowało to kształcenie. Przeprowadzano kursy, egzaminy wewnętrzne i dopuszczano do egzaminów państwowych. CMKP dzięki bazie dydaktycznej własnych klinik i obcej nie był w stanie kształcić we wszystkich dyscyplinach – spośród placówek publicznych, najczęściej instytutów lub uczelni, wybierał podwykonawców do przeprowadzenia kursów. Trzeba powiedzieć, że całość pieniędzy publicznych przeznaczonych na kształcenie podyplomowe była wydawana w sposób klarowny.

A jak jest dzisiaj? Pula środków się zwiększyła – mamy pieniądze nie tylko z Ministerstwa Zdrowia, ale również z Unii Europejskiej. Nadal są one przekazywane do jednego ośrodka, który koordynuje kształcenie podyplomowe w tym kraju, czyli CMKP. Proszę jednak zwrócić uwagę, co się dzieje... Dalej istnieją kliniki CMKP, ale są one i publiczne, i prywatne. Jedyna klinika onkologiczna CMKP, która ma koordynować kształcenie podyplomowe w tym kraju, istnieje na bazie szpitala prywatnego – tam przekazywane są publiczne pieniądze. Po co funkcjonują te kliniki, skoro organizuje się przetargi publiczne, na które idzie wielki strumień pieniędzy – to jest ta czerwona krzywa – i które mają wyłonić realizatorów kursów szkolących? Jeśli ten system ma opierać się na tym, że realizatorów

kształcenia wyłania się w przetargu nieograniczonym, to po co są te kliniki? Na te moje pytania nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Jak widzimy, są dwa strumienie pieniędzy, które niezależnie od siebie wędrują... Jaki jest udział konsultanta krajowego? Nie wiadomo nic poza tym, że przeprowadza część praktyczną egzaminu. I to kończy się egzaminem państwowym... Bardzo niejasna jest kwestia wydawania tych pieniędzy i ich zagospodarowania, zwłaszcza w onkologii. Znaczący państwo mechanizm przetargu publicznego – w naszym kraju w większości przypadków, i słusznie zresztą, decyduje cena. Nie jest zatem ważny zakres, nie jest ważne, kto to robi – czy profesor, samodzielny pracownik nauki, specjalista z wieloletnim stażem. Ważne jest to, że spełnione jest kryterium ceny. No, jeśli w ten sposób mamy kształcić... Jeśli jedynym celem jest skuteczne wydanie pieniędzy w odpowiednim czasie, to można powiedzieć, że ten cel został osiągnięty. Kształcenia podyplomowe jako takiego w onkologii nie ma.

Pozostawmy na chwilę te wszystkie problemy, nie narzekajmy i... Proszę państwa, propozycje zmian sformułowane po głębszych przemyśleniach. Zaczę od końca: kształcenie podyplomowe. Oczywiście to CMKP powinno być jednostką koordynującą kształcenie podyplomowe. Powinno mieć – tak jak jest do tej pory – kliniki własne, ale i bazować na zasobach innych jednostek. Ta baza dydaktyczna innych instytucji... To powinny być instytucje, które potrafią nie tylko wydać pieniądze, ale i nauczyć. Wydaje się, że wydawanie pieniędzy na kursy, które realizują podmioty wybrane w drodze przetargu, jest zupełnie bez sensu. Czasami to wygląda dobrze, ale w większości przypadków jest tak, że te kursy są zupełnie przypadkowe. Skoro to jest przetarg, nikt nie powinien wpływać na wynik tego przetargu, a jakoś dziwnie zdarza się tak, że czasami zlecenia dostają ci sami, a czasami ktoś inny, bo nagle coś się zmienia... A więc ktoś jednak wpływa na wynik tych procedur przetargowych. Nie tędy droga, edukacja to nie są przetargi – to nie ma ze sobą nic wspólnego. W związku z tym kliniki CMKP powinny mieć bazę własną, ale i korzystać z bazy obcej, przede wszystkim bazy instytucji publicznych, które mogą lekarzy danej specjalności gruntownie do zawodu przyuczyć, a nie takich, w których jest jeden profesor...

(Głos z sali: Oby był.)

Oby, i nikt więcej. A całość kształcenia poszła właśnie tam... Tak obecnie jest w onkologii. No, życzę powodzenia.

Stan funkcjonalny – propozycja zmian. O tym bardzo dużo mówił pan profesor Jassem i właściwie niewiele jest do dodania. Ten stan funkcjonalny musi być oparty na wielodyscyplinarnej onkologii sekwencyjnej. Chodzi o przynajmniej trzy dyscypliny: chemioterapię, czyli onkologię kliniczną, radioterapię i chirurgię onkologiczną; czasami inne. Wydaje się, że bez uzyskania planu leczenia opracowanego przez taki wielodyscyplinarny zespół jednostka nie powinna mieć prawa do realizacji świadczeń onkologicznych finansowanych ze środków publicznych. Inaczej mówiąc, każdy pacjent, który zostanie zarejestrowany i u którego zdiagnozowany zostanie nowotwór, musi, że tak powiem, przez taki zespół przejść. Proszę mi wierzyć, nie zawsze musi się to być fizyczne spotkanie trzech

specjalistów, bo nie wszystkie ośrodki mogą to zorganizować. Dzisiaj, w dobie informatyzacji, telekonferencji czy nawet przesyłania sobie informacji drogą mailową taki plan leczenia w bardzo krótkim czasie można stworzyć. W większości ośrodków najwyższej referencyjności jest to możliwe do zrobienia. Pan profesor mówił o zdobyczach francuskich. Właśnie stamtąd wzięty jest ten pomysł; tam w odpowiednim momencie zespół wielodyscyplinarny tworzy taką książeczkę indywidualnego leczenia onkologicznego danego pacjenta. Dzięki temu już na początku leczenia, przed zastosowaniem jakiegokolwiek formy terapii, pacjent wie, jakie metody zostaną zastosowane, w jakiej kolejności, w jakim czasie, w jakim ośrodku i przez kogo. Oczywiście od tego mogą być odstępstwa, bo rzadko kiedy wszystko można przeprowadzić tak, jak człowiek sobie założył. Bez zarejestrowania pacjenta w systemie, bez takiej książeczki stworzonej przez zespół wielodyscyplinarny na leczenie onkologiczne nie powinna być wydatkowana nawet złotówka z publicznych pieniędzy. Po takim spotkaniu zespołu wielodyscyplinarnego może się wprawdzie okazać, że do zastosowania jest tylko leczenie paliatywne – wówczas od razu można przekazać pacjenta do ośrodka o niższej referencyjności – ale w wielu przypadkach jest tak, jeśli leczymy z intencją wyleczenia, że należy zastosować kilka metod sekwencyjnie. Taki pacjent od razu, na samym początku powinien trafić do ośrodka o wyższej referencyjności.

Stan organizacyjny – propozycja zmian. Szanowni Państwo, wydaje się, że konieczne jest narzucenie pewnych ram funkcjonalnych i organizacyjnych... Konieczne jest powołanie narodowego instytutu w oparciu o instytucje, jakie obecnie posiadamy, który będzie przedstawiał ministrowi zdrowia konkretne propozycje zmian, który w każdej sprawie związanej z tymi zmianami będzie musiał się konsultować z krajową radą do spraw onkologii i hematologii. Wydaje się, że jedyną drogą do uporządkowania tego systemu jest właśnie referencyjność – NFZ musi brać ją pod uwagę przy kontraktowaniu świadczeń. Na dole tej drabiny powinny być wszystkie placówki onkologiczne, które są ukierunkowane albo na diagnostykę, albo na jakieś świadczenia monoterapeutyczne. Na drugim poziomie – ośrodki diagnostyczne oraz mono- lub bioterapeutyczne; o tym za chwilę będzie mówił pan profesor Krzakowski. A na trzecim, najwyższym poziomie – ośrodki o najwyższym stopniu referencyjności, w tym narodowy instytut, ale przede wszystkim wyspospecjalistyczne regionalne ośrodki onkologiczne i centra akademickie. Uważamy zatem, że ośrodki publiczne w 100% powinny trafiać do tych jednostek onkologicznych – podkreślam: nie tylko publicznych, ale i niepublicznych – które poddadzą się procedurze referencyjności i które będą funkcjonować w systemie referencyjności. To oczywiście nie wyklucza całej tej prywatnej... Są przecież dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – jeśli pacjent sam chce zapłacić za coś dodatkowego, chce być leczony zupełnie niezależnie, w sposób niestandardowy, to ma do tego prawo. Takie ośrodki onkologiczne mogą przecież funkcjonować, tyle że poza systemem referencyjności i, że tak powiem, poza publiczną kasą.

Dalej: rola narodowego instytutu i krajowej rady. Narodowy instytut powinien: opracowywać i aktualizować wytyczne diagnostyczno-lecznicze, które powinny obowią-

zywać wszystkie ośrodki publiczne i niepubliczne pracujące w systemie referencyjności; określać parametry certyfikatu kompetencji w zakresie liczby i rodzaju świadczeń onkologicznych, a tym samym stopni referencyjności danego ośrodka, który chce realizować świadczenia onkologiczne; podejmować wszelkie inicjatywy w zakresie modyfikacji katalogu świadczeń, zwłaszcza w zakresie programów lekowych; tworzyć raporty o stanie epidemiologicznym, raporty o częstości stosowania skuteczności różnych metod leczenia. Narodowy instytut powinien odpowiadać za programy szkoleniowe w zakresie specjalistycznego kształcenia podyplomowego i koordynować je, oczywiście z ramienia CMKP, jak również prowadzić krajowy rejestr. Szanowni Państwo, do tego nie potrzeba zmiany w ustawie – ustawa o instytutach badawczych z roku 2010 umożliwia taki stan rzeczy. Po konsolidacji instytutu onkologii z instytutem hematologii, ale nawet bez tego, można nadać takiemu narodowemu instytutowi status PIB, a tym samym te wszystkie zadania, oczywiście po modyfikacji, wprowadzić jako zadania ustawowe.

Krajowa rada jest organem doradczym i opiniotwórczym dla ministra zdrowia we wszystkich tych sprawach. Prócz tego to właśnie ona powinna przeprowadzać audyty certyfikujące na wniosek jednostki realizującej świadczenia onkologiczne, która chce się znaleźć w tym systemie, i na tej podstawie nadawać odpowiednią referencyjność. Krajowa rada powinna ponadto przeprowadzać audyty następcze w celu utrzymania tego certyfikatu, utrzymania odpowiedniego stopnia referencyjności lub dokonania upgrade'u. Proszę zwrócić uwagę, że kształt tej rady... O tym oczywiście można dyskutować, wydaje się jednak, że w jej skład powinni wchodzić krajowi wojewódzcy specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej, radioterapii, chirurgii, hematologii i innych pokrewnych dziedzin medycyny.

Szanowni Państwo, nie musimy generować nowych wydatków, aby narodowy instytut mógł powstać. Proszę zwrócić uwagę na kadre medyczną i naukową centrum onkologii – Warszawa, Gliwice, Kraków; bo to wciąż jest jeden instytut – oraz instytutu hematologii. Samodzielnych pracowników naukowych w tych czterech jednostkach mamy w sumie dziewięćdziesięciu czterech, w tym pięćdziesięciu profesorów. Lekarzy ze specjalizacją z onkologii klinicznej, chirurgii, radioterapii i hematologii... Onkologów klinicznych w sumie jest dziewięćdziesięciu dwóch – to jest 1/5 onkologów z całego kraju. Specjalistów chirurgii onkologicznej mamy pięćdziesięciu siedmiu – to jest 0,1... Lekarzy ze specjalizacją z radioterapii onkologicznej jest stu trzydziestu trzech, to jest 1/4 tych specjalistów, a ze specjalizacją z hematologii – trzydziestu czterech. My nie musimy na gwałt kształcić nowych specjalistów w tych dziedzinach w tych jednostkach. Proszę zwrócić uwagę na to, na jaką kwotę realizujemy obecnie w tych jednostkach świadczenia medyczne – na kwotę ponad 1 miliarda zł. My naprawdę nie musimy generować nowych wydatków, szukać pieniędzy – to wszystko jest gotowe, po to trzeba się tylko schylić.

Na koniec... Jeszcze niecały rok temu sytuacja Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie była bardzo zła. Wykres, który państwo widzicie... Ostatnim miesiącem jest tu wrzesień czy listopad 2012 r. Ta czarna kreska ilustruje jest,

co ludzie często upatrują jako swoisty sukces Centrum Onkologii w Warszawie – to jest tak zwana kontrybucja oddziałów z Gliwic i Krakowa na rzecz centrum w Warszawie. Ona nie ma większego znaczenia dla sytuacji finansowej, choć pozbyliśmy się długu – on w ogóle nie powinien zaistnieć, ale o tym nie chcę w tym momencie mówić – pozbyliśmy się tym samym kotwicy finansowej, bo od tego długu co roku należało spłacać kilkanaście milionów obsługi. Tego już nie ma. Proszę jednak zwrócić uwagę na te dwie krzywe na wykresie: niebieską i czerwoną. Proszę państwa, statystyczne saldo schodzi się z wartością portfela... Dzisiaj wartość portfela nieco przekroczyła saldo, a więc mamy pewną nadwyżkę. To stało się dzięki temu, że jednostka jest zarządzana zdecydowanie bardziej efektywnie, a ludzie efektywniej pracują. Jak mówiłem, to są dane z listopada 2012 r. Proszę zwrócić na to uwagę: wszystkie kliniki z wyjątkiem jednej, której dziś już nie ma, odnotowują bardzo istotny wzrost. I stąd bierze się obecna niezła sytuacja finansowa tej jednostki. My naprawdę jesteśmy gotowi do zmian, które nas czekają i o których mówił pan profesor Jassem. Ja może w sposób mniej udolny, ale od strony praktycznej, zarządczej, chcę państwu przekazać, że zmiany to jest konieczność. Nas po prostu nie stać na wydawanie pieniędzy na onkologię w taki sposób, jak to się dzieje dzisiaj w zakresie świadczeń medycznych, czy w zakresie kształcenia.

Dalej: spodziewane efekty tych zmian. Każdy ośrodek, który ma zakontraktowane świadczenia onkologiczne, posiadać powinien certyfikat kompetencji w zakresie rodzaju i liczby świadczeń onkologicznych uprawnionych do kontraktowania ze środków publicznych. To w sposób automatyczny narzuci stopień referencyjności danej jednostki. To po pierwsze.

Po drugie, zdefiniowanie, uproszczenie i skrócenie czasu wielodyscyplinarnej terapii sekwencyjnej dla każdego chorego, który trafia do systemu.

Po trzecie, ujednoczenie, aktualizacja i przede wszystkim wdrożenie do praktyki klinicznej i egzekwowanie od każdej jednostki, która ma kontrakt z NFZ, wytycznych diagnostyczno-leczniczych, które już są.

Po czwarte, uporządkowanie i skoordynowanie kształcenia podyplomowego w zakresie onkologii. Dalej: opracowanie geostruktury ośrodków onkologicznych w kraju. Chodzi tu o wyznaczenie takich regionów, w których konieczne jest stworzenie takiej jednostki lub doposażenie jednostek istniejących, oraz takich regionów, w których nie należy jednostek doposażać czy tworzyć, bo jest to po prostu bez sensu z powodu nadmiernej ich liczby w danym regionie. I wreszcie: zmiany te spowodują oszczędności i racjonalne wydatkowanie środków publicznych na onkologię z Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz z Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Panie Profesorze.

Pierwsza część pana wypowiedzi była bardzo pesymistyczna i bolesna, ale prawdziwa – taka jest prawda. W drugiej części powiało optymizmem. Powiem szczerze,

że bardzo mi się podobało to, co pan przedstawił. Wydaje mi się, że to jest dobry kierunek... Politykę zdrowotną powinno kreować Ministerstwo Zdrowia. Nie boję się użyć stwierdzenia – oczywiście to może być stwierdzenie kontrowersyjne – że jeśli chodzi o system organizacyjny leczenia onkologicznego, to musi istnieć pewien monopol państwa, bo te środki nie mogą wyciekać. Jak mówił pan profesor Jassem, jak mówił pan profesor Warzocha, pacjent musi być odpowiednio zaplanowany do leczenia.

Proszę państwa, teraz trzecie wystąpienie, wystąpienie pana profesora Krzakowskiego.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej w Centrum Onkologii – Instytucie imienia Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie Maciej Krzakowski:

Panie Doktorze! Pani Profesor!

Pozwólcie państwo, że w ten sposób będę się do państwa zwracał. Większość z nas jest lekarzami, zawsze nimi będziemy w odróżnieniu od bycia posłem, senatorem, ministrem, dyrektorem...

Chciałbym w dużym skrócie omówić wyniki ankiety, którą na prośbę ministra zdrowia... Pojawiło się tutaj wiele informacji, dlatego postaram się mówić syntetycznie – nie będę szczegółowo omawiał wyników tej ankiety, spostrzeżeń i wniosków, jakie przedstawiłem ministrowi. Przedstawię syntezę badań, które przeprowadziłem.

Zlecona ankieta obejmowała okres, jak państwo widzą, od 1 stycznia do 30 czerwca bieżącego roku. Oceniano dwa elementy: możliwości ośrodków – chodzi o wyposażenie i zatrudnienie – oraz rodzaj świadczeń i w pewnym sensie jakość tych świadczeń. Teraz, z perspektywy czasu, myślę, że należało dołożyć kilka innych parametrów w zakresie oceny jakości. To wszystko zostało przeanalizowane przeze mnie z wielką pomocą wojewódzkich konsultantów z szesnastu województw.

Ankieta obejmowała ośrodki, które mają podpisane kontrakty na świadczenia w zakresie onkologii – zostały one zidentyfikowane przez centralę Narodowego Funduszu Zdrowia. Tych ośrodków, jak państwo tu widzą, było prawie trzysta pięćdziesiąt. Może pojawić się pytanie, jaka jest wiarygodność tej ankiety. Kompletność wynosiła 77%, co oznacza, że 23% ośrodków nie odesłało wypełnionych ankiet.

Omówię teraz moje wnioski, które przedstawiłem, tak jak powiedziałem, ministrowi zdrowia. Po pierwsze, w części województw – tutaj wymienione są trzy: małopolskie, łódzkie i śląskie – sytuacja jest taka, że świadczenia udzielane są przez nadmierną liczbę ośrodków w stosunku do potrzeb wynikających z epidemiologii. Jest to następstwo tego, o czym moi przedmówcy mówili, czyli rozproszenia kontraktowania.

Po drugie – myślę, że jest to warte podkreślenia – świadczeń z zakresu chemioterapii czy onkologii klinicznej udzielają niekiedy ośrodki, które nie posiadają kontraktów. Moim zdaniem jest to najbardziej dokuczliwe w... W województwie opolskim jest jeden ośrodek onkologiczny – to

jest ośrodek wojewódzki w Opolu – a w odległości kilkunastu kilometrów funkcjonuje ośrodek niepubliczny, który nie posiada kontraktu, ale leczy chorych, stosuje chemioterapię.

(Głos z sali: A kto płaci?)

NFZ i pacjenci.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Pieniądze z kontraktów na inne świadczenia są przesuwane.

W wielu ośrodkach kontrakcje dotyczą jedynie hospitalizacji; wiele ośrodków nie kontraktuje leczenia ambulatoryjnego i procedur jednodniowych – to jest kolejne spostrzeżenie wynikające z analizy ankiet, na które warto zwrócić uwagę.

Proszę państwa, zróżnicowanie w zakresie liczby specjalistów jest ogromne, obaj panowie już o tym wspominali. Nie zatrudnia się w pełnym wymiarze, tylko w ramach kontraktów, często spoza województw... Kiedy zsumowałem liczby specjalistów w poszczególnych ośrodkach, jakie wynikały z ankiet, to wyszło mi nie pięciuset specjalistów w Polsce, tylko prawie dziewięciuset. Ci sami wędrują po ośrodkach i w tych samych godzinach... No, tak to się odbywa, ja nie widzę innej możliwości. Na tym slajdzie wymienione są województwa, które w tym przodują.

Niestety zdarza się tak, że kontrakty mają ośrodki, które nie zatrudniają odpowiednich specjalistów – to dotyczy głównie onkologii klinicznej i chemioterapii. Chodzi o to, że ośrodek nie zatrudnia specjalistów, ale zakontraktowane i realizowane są świadczenia.

Bardzo źle wygląda sytuacja w zakresie zatrudniania pielęgniarek onkologicznych, czyli takich, które posiadają odpowiednie kwalifikacje. Bardzo wiele ośrodków nie zatrudnia takich pielęgniarek. Ponadto bardzo wiele ośrodków, co też jest ważne, nie zatrudnia specjalistów w zakresie żywienia.

Bardzo różne jest nasycenie pod względem diagnostycznym...

Na koniec, jeśli chodzi o te moje najważniejsze obserwacje... W ankiecie było pytanie o realizację działań profilaktycznych. W bardzo wielu przypadkach to miejsce było niewypełnione albo postawiona tu była kreska. A zatem, proszę państwa, profilaktyki, która jest bardzo ważna, w wielu przypadkach po prostu się nie realizuje.

Kompleksowość świadczeń, o czym obaj panowie mówili, występuje najczęściej tylko w jednym ośrodku w województwie. Wyjątkami są województwa: małopolskie, podkarpackie, pomorskie i śląskie.

Kolejna rzecz: w kilku województwach jest koncentracja ośrodków – jeden publiczny i dwa czy trzy niepubliczne w bardzo bliskiej odległości. A te województwa są całkiem spore.

Czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia, jak widzą państwo na tym wykresie, jest bardzo zróżnicowany – od jednego dnia do dwudziestu jeden dni. Kompleksowa opieka nad chorymi, opieka całościowa – to znaczy i diagnostyczna, i terapeutyczna – jest tylko w wojewódzkich ośrodkach onkologicznych, oddziałach centrum onkologii oraz samym Centrum Onkologii w Warszawie i niektórych ośrodkach uczelnianych. Pozostałe... W ankiecie pytaliśmy o poszczególne procedury, świadczenia, ich zakres itp.

Okazuje się, że niektórych procedur w ogóle nie wykonują. Prawda? Doświadczenie w bardzo wąskim zakresie...

Jakie wnioski wyciągnąłem z analizy tych ankiet? W Polsce są dwa bardzo niekorzystne zjawiska. Po pierwsze, płaci się za ilość, a nie za jakość wykonywanych świadczeń. Drugie zjawisko, które dostrzegam, to brak wydzielonego systemu finansowania tych najlepszych, wysokospecjalistycznych ośrodków. Istnieje, że tak powiem, plebejski system finansowania onkologii. Plebejski również dlatego, że... My powinniśmy brać pod uwagę nie tylko efekt doraźny, ale również efekty długoterminowe i pamiętać o nauczaniu, o edukacji. Uczelnie nie są traktowane tak, jak powinny, przez co bardzo cierpią, a przecież to one zapewniają postęp. Tak samo cierpią instytuty, tak samo cierpią najlepsze ośrodki wojewódzkie o bardzo wysokim poziomie...

Przejdę teraz do kwestii referencyjności. Referencyjność to jest potencjał, który determinuje liczba personelu i jego kwalifikacje, wyposażenie ośrodka i jego możliwości diagnostyczno-terapeutyczne, które – jeszcze raz to powtarzam – umożliwiają udzielanie świadczeń bezpiecznych i wysokiej jakości. Kryteria, jakie przyjęliśmy, zastanawiając się nad ustaleniem tej referencyjności... Jak państwo widzą państwo, przyjęliśmy wiele parametrów: pełen zakres w zakresie diagnostyki – chirurgia, onkologia kliniczna, radioterapia, w tym brachyterapia – posiadanie dodatkowych specjalności, intensywna opieka, anestezjologia, rehabilitacja, medycyna paliatywna, poradnia żywieniowa i w pełni funkcjonująca przychodnia. Odpowiedzi były zarówno, powiedziałbym, zerojedynkowe – „tak”, „nie” – jak i liczbowe. W tym drugim przypadku w trakcie analizy konieczne było przyjęcie pewnej średniej odcięcia. Poziom przyjęty przez nas arbitralnie – to jest oczywiście rzecz do dyskusji – wynosił dwieście punktów. Szesnaście jednostek w Polsce osiągnęło ten poziom.

Na koniec dołączam się do apelu obu moich przedmówców. System jest w tej chwili zdeintegrowany, a musi zostać zintegrowany, obecny system nie umożliwia nam jakiegokolwiek postępu. To musi być system, który będzie premiował wielodyscyplinarne, kompleksowe postępowanie w ramach sieci kierowanej, ale nie w sensie nakazowym, tylko funkcjonalnym, w sensie prognozowania, w sensie standaryzacji postępowania i w sensie monitorowania, bo to jest zjawisko, którego my jeszcze nie znamy – nie jesteśmy w stanie ocenić rzeczywistych efektów działania...

(Głos z sali: I jakości.)

Zgadzam się z też koncepcją stworzenia narodowego instytutu nowotworów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo ciekawe zestawienie, Panie Profesorze. Dziękuję uprzejmie.

Mam prośbę. Gdyby panowie prelegenci – pan profesor Jassem, pan profesor Warzocha i pan profesor Krzakowski – byliby tak uprzejmi i przekazali swoje wykłady do dyspozycji senackiej Komisji Zdrowia... To bardzo by nam pomogło w dalszej pracy. Dobrze? Dziękuję uprzejmie.

Szanowni Państwo, jest nad czym dyskutować, jest o czym mówić.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeszcze mamy czas, Pani Profesor.

Do tego, co już zostało powiedziane, dodałbym coś, co mnie leży na sercu, a co jest w gestii NFZ. Nie wiem, czy państwo się ze mną zgodzicie, ale sądzę, że niektóre rozporządzenia NFZ niejako wiążą nam ręce. Podam przykład. Do onkologa, jak wiemy, nie trzeba skierowania. Powiedzmy, że zgłasza się pacjent z chrypką. W poradni onkologicznej nie może jednak przyjmować laryngolog.

(Głos z sali: Może.)

Nie, zgodnie z rozporządzeniem NFZ w poradni onkologicznej nie może przyjmować laryngolog. Naprawdę, ja to sprawdzałem. A przecież to jest takie proste – zawrzeć tym rozporządzeniu zapisy, zgodnie z którymi w ośrodku onkologicznym... To taki mój apel. Nie chodzi o to, żeby tworzyć tam poradnie laryngologiczne, choć można by to zrobić, ale o to, żeby w tych ośrodkach można było zatrudnić laryngologa, który na bieżąco mógłby... Byłoby to w gestii dyrektora; dajmy w tym zakresie troszeczkę autonomii dyrektorom ośrodków onkologicznych, bo ta sprawa jest bardzo istotna. Ale to tak na marginesie...

Proszę państwa, te trzy wykłady dały nam bardzo duży potencjał do dyskusji. Proszę o zgłaszanie się.

Czy panie i panowie senatorowie chcecie w tej chwili zabrać głos?

Pani profesor Chybicka.

Proszę uprzejmie.

Senator Alicja Chybicka:

Panie Przewodniczący! Wielce Szanowni Goście!

W tych trzech sprawozdaniach nie było ani słowa na temat onkologii dziecięcej. Naszego specjalisty krajowego dzisiaj nie ma, ale jest z nami pani profesor Danuta Perek, która kieruje Towarzystwem Onkologii i Hematologii Dziecięcej. Takie same ankiety zostały rozesłane do ośrodków onkologii i hematologii dziecięcej. My od dawna jesteśmy spięci w sieć, żadne dziecko poza siecią nie jest leczone. A jeśli jest, to jest to karygodne, krótko mówiąc.

Gdyby pani profesor Perek mogła chociaż kilka słów powiedzieć o naszych ośrodkach i sposobie leczenia. My w tym nowym systemie albo niejako obok niego musimy w jakiś sposób się odnaleźć i działać tak, jak działamy do tej pory. My w tej chwili mamy swoje problemy, bo nie możemy realizować protokołów Unii Europejskiej ze względu na brak legislacji dotyczącej niekomercyjnych badań klinicznych, które... Chodzi o wszelkie nowe protokoły Unii Europejskiej.

(Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej Danuta Perek: Bardzo dziękuję, Pani Profesor, że będę mogła...)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Jedną chwileczkę, Pani Profesor.

Bardzo proszę panią profesor o krótką wypowiedź. W zasadzie mieliśmy się zajmować tylko dorosłymi, ale zrobimy ukłon w stronę pani profesor Chybickiej i... To też jest bardzo interesujące.

Proszę bardzo, Pani Profesor.

Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej Danuta Perek:

Tak jak powiedziała pani profesor, my od dawna jesteśmy połączeni w sieć. My od dawna podążamy za tym, co dzieje się na świecie – dzieci leczone są tylko w ośrodkach akademickich i w instytutach, które są przygotowane do pełnej diagnostyki i kompleksowej terapii wszystkich rodzajów nowotworów. Jest siedemnaście takich ośrodków: trzy w województwie mazowieckim, trzy w województwie śląskim, a w pozostałych województwach po jednym, poza województwem opolskim, to znaczy lubuskim... We wszystkich pozostałych są ośrodki onkologii dziecięcej.

Jako pierwsi w Europie opracowaliśmy standardy opieki nad dzieckiem z chorobą nowotworową. Nie do wyobrażenia jest dla nas fakt, że pacjent gdzieś trafia, a potem nie wiadomo, co dalej się z nim dzieje – u nas dzieci po zakończonym leczeniu są obserwowane. Naszym wielkim problemem, który chyba jest do rozwiązania, naszą największą naszą bolączką jest to, że 70–75% dzieci zostaje wyleczone całkowicie, a pozostałe osiągają wieloletnie remisje i z chorobą przechodzą w wiek dojrzały. Niektóre z nich żyją z chorobą nowotworową i nie jest możliwe zabezpieczenie dla nich dalszej opieki. Przykład z ostatniego tygodnia: dziecko... to już nie dziecko, ale dorosły facet, bo ma lat dwadzieścia dziewięć, z glejakiem o niskim stopniu złośliwości – nie mógł być do nas przyjęty, bo... On ma zgodę na leczenie onkologiczne, ale nie do neurochirurga, nie do endokrynologa... Wobec tego nie mógł być leczony kompleksowo i wysłany został do innego ośrodka – do ośrodka neurochirurgii w Warszawie – gdzie dowiedział się, że za sześć dni umrze. Matka tego dorosłego już człowieka dzwoniła do nas i mówiła, że przez ileś lat ją okłamywaliśmy... Ona nie bierze pod uwagę tego, że on tych ileś lat żył – ona usłyszała od kogoś, że on ma umrzeć. Inny przykład: pacjent, który zachorował na neuroblastoma w wieku lat czternastu. Przeżył lat piętnaście, wszedł w dorosłość, ma dziecko... I kolejny nawrót choroby. Nie wiemy, gdzie mamy go leczyć. Cztery pierwsze nawroty wyleczyliśmy, a teraz nie wiemy, co mamy z nim robić. Mówiło się, że to żaden problem, że takich pacjentów należy odsyłać do ośrodków onkologii dorosłych, ale to w ogóle się nie sprawdza, bo tam nikt nie wie, co z nimi robić – nikt nie umie leczyć neuroblastoma, bo to nie jest choroba wieku dorosłego. Tego dotyczą nasze problemy.

Największym naszym problemem – o tym mówiliśmy już na poprzedniej komisji senackiej; jutro będzie specjalnie spotkanie temu poświęcone – jest niemożność prowadzenia akademickich badań prospektywnych. Jak wiemy, choroba nowotworowa u dzieci występuje na szczęście bardzo rzadko, ale właśnie z tego powodu konieczne jest prowadzenie międzyośrodkowych i międzynarodowych badań klinicznych w celu ustalenia optymalnego sposobu leczenia w możliwie krótkim czasie. Te badania zostały całkowicie przerwane, a właściwie uniemożliwione.

Wraz z podstawową opieką zdrowotną opracowaliśmy standardy opieki od samego początku do momentu, w którym my, że tak powiem, wkraczamy. One już rok leżą w ministerstwie, nic się z tym nie dzieje – do tej pory nie

weszło w życie odpowiednie zarządzenie. Mamy z tym ogromny kłopot. Zrobiliśmy to z własnej inicjatywy, bo są kłopoty z wczesnym rozpoznaniem. Z jednej strony nietypowe objawy, z drugiej – bardzo szybki przebieg choroby... My szkolimy lekarzy rodzinnych, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na wszelkie sposoby. Fundacja „Project Hope”... Firma sponsoruje to, żebyśmy mogli w soboty prowadzić te szkolenia i je prowadzimy. Wszystko co robimy jest na zasadzie poświęcenia swojego wolnego czasu, entuzjazmu...

Chciałabym jeszcze odnieść się do tych wystąpień. Te argumenty są absolutnie słuszne. Ja w ogóle nie rozumiem, co to znaczy, że szpital niepubliczny ma kontrakty z NFZ. Jeżeli to jest szpital prywatny, to ma być szpitalem prywatnym i pokrywać koszty leczenia z ubezpieczeń, czyli z kieszeni pacjenta. Jeżeli kogoś na to stać, to niech się leczy prywatnie. Nie można zabierać pieniędzy z ośrodków publicznych...

Tak, powinien powstać narodowy instytut zdrowia czy narodowy instytut raka. Pan profesor Jassem przytoczył przykład ze Stanów Zjednoczonych, gdzie takowy instytut istnieje. Powstanie takiego instytutu wpłynęło na poziom opieki onkologicznej w Wielkiej Brytanii, gdzie wcześniej takiej instytucji nie było. Szef tego instytutu miał kiedyś wykład i opowiadał o tym, jak to wpłynęło na poprawę wyników leczenia w Wielkiej Brytanii. Taki instytut powinien u nas powstać i nadawać kierunki działania, prowadzić badania naukowe, rozdzielać granty z onkologii, bo teraz one gdzieś giną w tym całym procesie... Myślę, że to jest jedyna droga do poprawy poziomu opieki onkologicznej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Pani Profesor.

Rzeczywiście jest problem z chorymi dziećmi, które dorastają i stają się ludźmi dorosłymi. Myślę, że tę kwestię trzeba będzie uwzględnić w propozycjach, o których mówili panowie profesorowie wykładowcy.

Pan profesor Zatoński.

Proszę uprzejmie, Panie Profesorze.

Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucie imienia Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie Witold Zatoński:

Serdecznie dziękuję.

Superspotkanie, w spokojnej atmosferze... Dziękuję wam. Jestem zauroczony jakością wystąpień moich trzech kolegów. Myślę, że to jest dobra podstawa do rozpoczęcia dyskusji o strategicznym programie walki z rakiem w Polsce.

Trzy komentarze. Pierwszy. Jacku, dziesięć lat temu mówiłem, że rak jest pierwszym zabójcą osób do sześćdziesiątego piątego roku życia. Ale życie jest zmienne i szybkie i oto w roku 2010 w krajach Europy Zachodniej – i tutaj mój pierwszy prezent – rak stał się zabójcą numer jeden.

(*Głos z sali:* To jest ten prezent?)

Chwileczkę, chwileczkę, spokojnie...

A zawał serca dzięki wspaniałym osiągnięciom kardiologii... Trzydzieści lat temu, kiedy byłem młodym lekarzem, to był numer jeden, ale teraz już tak nie jest. Wyzwaniem XXI wieku jest walka z rakiem. W Polsce będzie tak mniej więcej w 2020 r. Slajdy do twojej dyspozycji, Jacku.

Drugi komentarz. Czy przegrywamy walkę z rakiem globalnie? Nie jest tak źle. Mimo że te dwa zjawiska, to jest częstość i zmieniająca się demografia... Jak widzimy na tym wykresie, z tego trójkąta, z piramidy do beczki... Różnie rozłożone rosnące liczby osób, które żyją dłużej. To nie wiek jest rakotwórczy – jeżeli ktoś zaczął palić papierosy w piętnastym roku życia i doczekał sześćdziesiątego, to jego szansa zachorowania na raka płuca wynosi 5%, jeśli dożył siedemdziesiątego roku, to już 20%, a jeśli dożył osiemdziesiątego piątego – 50%. Im dłuższa ekspozycja, tym...

Są takie lokalizacje, w przypadku których dzięki postępowi w profilaktyce pierwotnej, wtórnej i w leczeniu przesuwają się... Niższe są nie tylko same współczynniki, ale i liczba umierających. Jestem bardzo dumny z tego, że jest to na przykład rak płuca u mężczyzn – obecnie umiera w Polsce tysiąc osób mniej z powodu raka płuca u mężczyzn niż dziesięć lat temu.

Trzeci krótki komentarz. Czy ten narodowy program walki z rakiem jest sukcesem, czy porażką? No, z moich analiz wynika, i to zostało bardzo ładnie przez kolegów na posiedzeniu w Sejmie przed kilkoma dniami... Pierwszy raz środowisko mówi jednym głosem. Wydaje mi się, że ten obraz nie jest jednobarwny i wcale nie jest w barwach czarnych. Zanim zaczniemy rozmawiać o narodowym programie obowiązującym przez następne dziesięć lat, warto podsumować to, co było i wyciągnąć z tego wnioski.

Tak właściwie to ja od początku powinienem mówić o czymś innym.

(*Wesołość na sali*)

Cieszę się i gratuluję, że... Mam jednak do pana senatora prośbę. Dzisiaj na pewno nie jest możliwe, aby...

Jakie są metody walki z rakiem? Co musimy zrobić, żeby opanować nowotwory? No, jest cała gama działań. I tutaj słowo do moich kolegów klinicyстів... Sam jestem byłym klinicystą. Stary slogan WHO mówi, po pierwsze, że 1/3 nowotworów można zapobiegać. A zatem prewencja pierwotna. W tym programie muszą być środki na prowadzenie prewencji pierwotnej. Po drugie, że 1/3 nowotworów można wyleczyć. Pięknie dzisiaj o tym mówiliśmy. Tak, musimy zbudować... Po trzecie, że 1/3 chorych na nowotwory można poprawić komfort życia. Prawda? I to musi być motto tej naszej strategii, którą będziemy tworzyli. Musimy o tym pamiętać.

Nie tylko w obszarze leczenia, ale także w obszarze prewencji pierwotnej, a szczególnie prewencji wtórnej, pojawia się coraz więcej nowych wyzwań. Kiedy spokojnie spojrzymy na to, co się dzieje, zauważymy dwa zjawiska. W ciągu ostatniej dekady w Polsce dramatycznie rosną zachorowania z powodu tak zwanego raka prostaty. No, taki stan rzeczy spowodowany jest tym fenomenem testów PSA. Prawda? Ale Amerykańskie Towarzystwo Urologiczne i Narodowy Instytut Raka w Stanach Zjednoczonych nie rekomendują używania tego testu w populacji zdrowej. Jeżeli my nie będziemy rozmawiali na ten temat... Stąd

mój apel do pana senatora. Ja już zaczynam przygotowywać wykład na ten temat. My musimy to wziąć pod uwagę, bo inaczej rak płuca rozwali nam całe to...

(Głos z sali: Rak prostaty.)

Przepraszam, rak prostaty. Rak płuca już nam rozwalił... Rak prostaty zmieni całą tę logistykę, która jest...

Drugim bardzo ważnym... Potrzeba nam spokojnej dyskusji nad nowymi zjawiskami, które się pojawiły. Najczęstszy nowotwór, liczba zachorowań na niego w Polsce dramatycznie wzrasta: rak piersi. Jest kilka wyzwań... Ja dzisiaj nie będę szczegółowo o tym mówił, bo nie jesteśmy w stanie wszystkiego dzisiaj omówić. Dwa zdania o tych nowych wyzwaniach. Ogromnym wyzwaniem jest... Nie wiem, dlaczego my na ten temat nie rozmawiamy, w innych krajach już trwa dyskusja na ten temat. Chodzi o problem nadrozpoznowalności, *overdiagnosis*. To jest ogromny problem, z którym...

(Głos z sali: Rak prostaty.)

Nie tylko rak prostaty, niestety. To jest bardzo skomplikowane zjawisko, o którym musimy pamiętać i dyskutować. Musimy szukać strategii, dzięki której damy sobie z tym radę.

Są też inne ważne problemy. Bez przerwy mówimy o tym, że kobiety nie chcą się badać – 1/4 Polek nigdy nie była na badaniu cytologicznym. Jednocześnie 1/4 kobiet chodzi na badanie cytologiczne co roku.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No właśnie. I to są kwestie, które musimy w związku z tym narodowym programem przedyskutować.

Kolejny nieprawdopodobnie trudny problem – mówiłeś o tym – to rak płuca. Gwałtownie rośnie liczba zachorowań na raka płuca u kobiet. Kobiety w średnim wieku... Te wskaźniki biją rekordy – mamy najwięcej zachorowań na raka płuca w Unii Europejskiej. Jeżeli nie zbudujemy jakiegoś programu w zakresie prewencji pierwotnej raka płuca kobiet i nie wdrozymy... W tej chwili z powodu raka płuca umiera siedemnaście tysięcy mężczyzn, o tysiąc mniej niż dziesięć lat temu, ale aż siedem tysięcy kobiet. Prawda? Od kilku lat to jest zabójca numer jeden kobiet onkologicznych. Te wszystkie problemy wymagają naszego wspólnego zastanowienia.

Trzy wnioski. Zwalczanie raka powinno odbywać się we wszystkich... Jak mawiają Anglosasi: *cancer control in all policies*. Chodzi o zwalczanie we wszystkich obszarach, nie tylko jednym sposobem, nie tylko jedną metodą. To po pierwsze.

Po drugie, bez stworzenia narodowego instytutu raka, o którego roli w budowaniu standardów, w szkoleniu mówiliśmy... Taka sama powinna być jego rola w zakresie wtórnej prewencji, wczesnej diagnostyki. Nic nie jest w stanie zastąpić takiego narodowego instytutu raka. Myślę, że im wcześniej zorganizujemy taką instytucję, tym lepiej.

Po trzecie, absolutnie najwyższy czas zacząć budować nowy kompleksowy program walki z rakiem dla Polski na lata po roku 2015. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Jeżeli to, o czym pan mówił, oprzemy na prawidłowo zorganizowanej sieci ośrodków onkologicznych... Te

ośrodki między innymi tym będą się zajmowały, będą to koordynowały. Dzięki temu sytuacja się poprawi.

Wydaje się, że wniosek generalny i chyba najważniejszy jest taki: jak najszybciej musi powstać to narodowe centrum raka.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Oczywiście, wiemy o czym mówimy. Taki instytut będzie koordynował... W wykładzie pana profesora Warzochy była o tym mowa, bardzo mi się podobał ten element. To jest bardzo istotne. Onkologia dziecięca to wszystko ma już zorganizowane, musimy tę onkologię dziecięcą troszkę gonić.

Są z nami dyrektorzy różnych ośrodków onkologicznych. Bardzo proszę o zabieranie głosu.

Proszę uprzejmie.

Ordynator Oddziału Urologii w Mazowieckim Szpitalu Onkologicznym w Wieliszewie Tomasz Chwaliński:

Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo Profesorowie!

Moje wystąpienie będzie niejako pod prąd, ponieważ, że tak powiem, przeszedłem na ciemną stronę mocy.

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Bardzo proszę o przedstawienie się do protokołu.)

Tomasz Chwaliński, Mazowiecki Szpital Onkologiczny w Wieliszewie, wieloletni pracownik centrum onkologii, który przeszedł na ciemną stronę mocy, jaką jest według państwa strona prywatna.

Pozwolę sobie nie zgodzić się z wieloma tezami, jakie tu padły. W dniu, w którym staliśmy się pracownikami szpitala prywatnego, nie przestaliśmy umieć leczyć. Pod koniec procesu leczniczego to lekarz się pod tym wszystkim podpisuje. Z doświadczenia z niemal trzyletniej pracy w placówce prywatnej mogę powiedzieć, że w warunkach prywatnych dużo łatwiej o, powiedziałbym, kompleksową decyzję chemioterapeuty, radioterapeuty i zabiegowca, kiedy wszyscy siedzimy w jednym pokoju, niż było wcześniej. Ta koordynacja – padło tutaj to słowo – jest zdecydowanie lepsza.

Mówiliście tu państwo o ośrodkach mono- i biterapeutycznych. Jeżeli są zastrzeżenia co do jakości leczenia w danym ośrodku... Gdzie są konsultanci krajowi? Gdzie są konsultanci wojewódzcy? Nic prostszego jak zrobić audyt. Taki audyt oceni zasady postępowania, zasadność podejmowanych decyzji, a także trzymanie się standardów. W naszym szpitalu audyt radioterapeutyczny był przeprowadzany dwa razy – zastrzeżeń nie było. To znaczy drobne...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Moment... Ja znam treść tego... Nie było zastrzeżeń co do strategii postępowania, leczenia. To nie jest miejsce na taką dyskusję; moglibyśmy bardzo dokładnie omówić tę sprawę, ale zostawmy to na razie.

Myślę, że już czas zakończyć wojnę między ośrodkami prywatnymi i ośrodkami państwowymi – wszyscy jesteśmy elementem kompleksowego leczenia onkologicznego. W przypadku braku specjalistów, w przypadku braku środków, należy myśleć o tym, żeby jednostki niepubliczne

– oczywiście po zweryfikowaniu jakości leczenia w tych ośrodkach – włączyć w system leczenia onkologicznego, a nie rozdzierać szaty i mówić, że to są niepubliczne ośrodki, więc...

Informacja z wczoraj... Ja jestem urologiem, proszę państwa. Ad vocem wypowiedzi pana profesora Zatońskiego o raku prostaty. Informacja z wczoraj od wojewódzkiego specjalisty do spraw urologii. Żeby nie było, że my robimy tylko to, co łatwe i przyjemne... Liczba dużych zabiegów onkologicznych, czyli cystoprostatektomii i prostatektomii radykalnych, wykonywanych w województwie mazowieckim jest w ciągu ostatnich trzech lat stabilna: jeżeli chodzi o prostatektomie, to takich zabiegów wykonuje się w granicach czterystu pięćdziesięciu, czterystu dziewięćdziesięciu, a jeżeli chodzi o cystoprostatektomie – w granicach dwustu sześćdziesięciu, dwustu dziewięćdziesięciu. Chciałbym państwa zapytać, dlaczego to niepubliczny ośrodek wykonuje 1/4 lub 1/3 tych zabiegów – chodzi o obydwa zakresy – skoro w całym województwie mazowieckim jest dziewiętnaście oddziałów urologii. Tu nie chodzi o to, że my jesteśmy tacy dobrzy... Chodzi o to, żebyście nie traktowali nas państwo jako tych złych. To są procedury obciążone wysokim ryzykiem powikłań – to nie są procedury, które wykonuje się dla dochodu. Gdybyśmy mieli robić zabiegi dla dochodu, to robilibyśmy szybkie resekcje przezcewkowe – trzy dni i do widzenia – a nie pakowali się w rozległe zabiegi operacyjne, bo są zabiegami onkologicznymi. Chciałbym, żebyśmy zawarli jakiegoś rodzaju porozumienie, a nie napadali na siebie nawzajem, bo my jesteśmy niepubliczni, a państwo jesteście publiczni. Standard postępowania we wszystkich tych ośrodkach powinien być taki sam – nie powinno mieć znaczenia to, czy to jest ośrodek taki, czy inny. Ważna jest w tym rola konsultantów wojewódzkich. Ja poddałem się pełnej kontroli konsultanta wojewódzkiego – konsultant wojewódzki w każdej chwili może przeprowadzić audyt, nie ma najmniejszego problemu.

Idea powstania narodowego centrum raka ma znaczenie, ale powstanie takiej instytucji nie może mieć na celu zmonopolizowania leczenia. Tu powinno chodzić o ustalenie standardów postępowania, przeprowadzanie kontroli w tym zakresie, a także kształcenie. Bo kiedy scentralizujemy, to będzie to niewydolne... Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Cieszę się, że taki głos wybrzmiał, sądzę jednak, że... Z wykładu chyba pana profesora Warzochoy nie wyciągałbym wniosku, że ktokolwiek jest przeciwko szpitalom prywatnym. Ten szpital mieści się przecież w tym systemie. A co do standardów... To narodowe centrum raka miałyby stworzyć takie standardy i koordynować procedury, stworzyć stopnie referencyjności i określić... Byłoby jednostką nadzorującą te ośrodki. Nie było tu mowy o tym – przynajmniej mnie się tak wydaje – że państwo macie być z tego systemu wyeliminowani.

Panie Dyrektorze, ja za chwileczkę oddam panu głos, bo wiem, co chce pan coś dopowiedzieć, ale...

(Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie Krzysztof Warzocha: To wszystko jest zobrazowane na tym przeźroczu, Panie Senatorze. Dwa zdania...)

Proszę bardzo.

Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie Krzysztof Warzocha:

Panie Doktorze, musiał pan coś źle zrozumieć. Proszę zwrócić uwagę na ten żółty graf – on ilustruje, że całość środków publicznych powinna zostać przekierowana do jednostek onkologicznych. Nie wyróżnia się tu jednostek publicznych i niepublicznych – chodzi o takie, które działają w systemie referencyjności. Taki podmiot poddaje się procesowi certyfikacji, zdobywa odpowiedni stopień referencyjności i ma prawo korzystać z tych środków. Nikt nie chce toczyć wojny z jednostkami niepublicznymi – my chcemy stworzyć jednakowe warunki starania się o środki. I to chciałem państwu przekazać, to przeźroczce to dokumentuje. Tu nie chodzi o eliminację ośrodków prywatnych – jeśli one będą działać w systemie referencyjności, mogą się starać o publiczne pieniądze.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Pan profesor Krawczyk.

Bardzo proszę.

Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Marek Krawczyk:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Proszę Państwa!

Z uwagą słuchałem wystąpień moich kolegów profesorów. Proszę państwa, ale czy do tej pory nie było tak, że to wybitni profesorowie onkologii organizowali życie onkologiczne w naszym kraju? O ile wiem, to tak było. W związku z tym narodowe centrum raka... Owszem, niech takie centrum powstanie. Ale nie mówmy, że to ktoś zorganizował nam system, który ma teraz kłopoty z funkcjonowaniem. Minister zdrowia, tworząc program, który obowiązywał przez poprzednie lata... W tym zespole było pięciu przedstawicieli Centrum Onkologii w Warszawie. No, panowie... Taka jest prawda. Oni podejmowali decyzje, które poprawiły, o ile wiem, sytuację polskiej radioterapii. Profesor Reinfuss działał wówczas na rzecz poprawy wyników w onkologii. Mówienie, że jak stworzymy narodowe centrum raka, to natychmiast poprawią się wyniki... Nie. Pani senator pracuje w uniwersyteckim szpitalu we Wrocławiu i leczy chorych na nowotwory; w Centrum Zdrowia Dziecka leczy się chorych na nowotwory; w naszej uczelni leczy się chorych na nowotwory... Panowie, żebyście nie mówili, że... Panie Profesorze Jassem, główny temat naukowy w NCBiR to w tej chwili onkologia. I trzeba z tego korzystać.

(Głos z sali: Badania podstawowe...)

Nie, w NCBiR, nie NCN. Chodzi o badania kliniczne. Jest taki naukowy program STRATEGMED.

(*Głos z sali*: Ale to jest nowy program.)

Tak, to jest nowy program. Onkologia, wiedzący... W związku z tym nie mówmy, że jak powstanie instytucja o jakiejś nowej nazwie, to wszystko się naprawi. Trzeba wziąć pod uwagę... Ja nie jestem prywaciarzem, ale szanuję pana wypowiedź, bo uważam, że jeżeli ośrodek prywatny leczy dobrze, ma takie samo prawo leczyć jak ośrodek państwowy. I nie mówmy, że pojawił się problem, ponieważ te pieniądze poszły wyłącznie w jednym kierunku. Problemów jest znacznie więcej. Ja z całym szacunkiem odnoszę się do wszystkich wypowiedzi, ale nie chciałbym, żebyśmy upraszczali tę sprawę, bo w ten sposób nie poprawimy sytuacji polskiej onkologii.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Ja z własnego doświadczenia znam ośrodki nieprywatne, ośrodki państwowe, które w sposób absolutnie nieprofesjonalny biorą się za leczenie chorób nowotworowych. Tak że nie mówmy, że jeśli szpital jest prywatny... Szpital ma prawidłowo leczyć, a jeśli ma prawidłowo leczyć, musi przestrzegać pewnych zasad, standardów leczenia onkologicznego i planów leczenia onkologicznego. Nie może być tak, że pacjentka z zaawansowanym rakiem piersi od razu jest operowana, zamiast najpierw przejść chemioterapię indukcyjną, a takie sytuacje są nagminne, w szpitalach w moim województwie coś takiego się odbywa. Dlatego muszą powstać te standardy i muszą być one przestrzegane przez wszystkich, a NFZ musi finansować te procedury, które stosowane są w odpowiedni sposób. Bo wydajemy potem pieniądze na leczenie paliatywne czy też leczenie, które nie przyniesie efektów przy rozsiałym nowotworze piersi... To jest po prostu od samego początku leczenie nieprawidłowe. Myślę, że o to tutaj chodzi, że to jest rzecz podstawowa. To pacjent musi być na górze tej hierarchii, pacjent musi być najważniejszy, a nie to, czy szpital jest państwowy, czy prywatny. Szpital musi dobrze leczyć.

Pan senator Pawłowicz.

Bardzo proszę.

Dyrektor Centrum Onkologii imienia Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszcy Zbigniew Pawłowicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Pozwolę sobie zabrać głos jako dyrektor jednego z ośrodków prowincjonalnych i opowiedzieć o prozie życia. Ja nie chcę mówić o strategii, bo nie czuję się kompetentny do mówienia o strategii. Proszę państwa, ta proza życia wygląda tak, że pacjent onkologiczny, pacjent z rozpoznaniem nowotworu nie ma dostępu do leczenia, czeka w kolejce. W związku z tym ośmielałem się prosić pana przewodniczącego jako senatora onkologa, żeby w ewentualnych wnioskach komisji skierowanych do ministra zdrowia czy do pani prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

znalazła się kwestia dostępności do leczenia onkologicznego. Jeżeli mówimy o ostrych zawałach serca... Według statystyki, jaką przeglądałem, w Polsce zachoruje rocznie około stu tysięcy osób. W przypadku ostrego zawału serca śmiertelność jest w granicach, jak podają niektórzy, 2%, a w przypadku wstrząsu kardiogenego – 4%. W przypadku nowotworów śmiertelność i wskaźniki pięcioletniego przeżycia są fatalne. Jak mówił pan profesor Jassem, jeżeli rocznie zachoruje na nowotwory sto trzydzieści, sto czterdzieści tysięcy Polaków... Pytam: czy naszego kraju nie stać na zabezpieczenie im dostępności do leczenia? Mam na myśli pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową. Minister zdrowia i prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może pochyliliby się nad tym problemem i uznali, że pacjenta z rozpoznaniem histopatologicznie nowotworem należy... Leczenie tych chorych powinno być traktowane jako procedura ratująca życie, ale nie tak jak w przypadku zawału, czyli ratującą dziś, w przeciągu dwudziestu czterech godzin, ale w najbliższym czasie... Dzisiaj dochodzi do tego, że taki pacjent czeka w kolejce nawet na tę radioterapię. Proszę państwa, w moim ośrodku w kolejce jest dzisiaj zapisanych dwustu sześćdziesięciu dziewięciu pacjentów, a wysokoenergetycznych akceleratorów jest osiem. Dlaczego tak jest? Bo od 2010 r. Narodowy Fundusz Zdrowia nie płaci za nadwykonania w radioterapii. Nie ma żadnej korelacji między narodowym programem zwalczania chorób nowotworowych a... Jak państwo pomnożycie średnio 150 milionów rocznie razy siedem, to wyjdzie ponad 1 miliard zł – tyle z naszych podatków wydaliśmy na aparaturę, a płatnik publiczny nie kontraktuje dzisiaj świadczeń. Wydaje mi się, że onkolodzy radioterapeuci nie leczą promieniami łupieżu. No, takie mam przeświadczenie. I nie ma znaczenia, jaki to jest ośrodek. A więc bardzo bym prosił, Panie Przewodniczący, żeby w tych wnioskach znalazł się jeden zasadniczy wniosek: pacjent z rozpoznaną chorobą nowotworową... Płatnika publicznego należy zachęcić do tego, żeby potraktował to leczenie jako procedurę ratującą życie. Nie mogą mieć miejsca sytuacje takie, jaka zdarzyła się w ośrodku bydgoskim – po szesnastu latach zarządzania tym ośrodkiem znalazłem się w sądzie, walcząc o pieniądze dla pacjentów, o przetrwanie... A dziś wziąłem 20 milionów kredytu komercyjnego, żeby zabezpieczyć dostępność do leczenia, bo jako lekarz nie mogę odmówić leczenia pacjentowi z rozpoznaną chorobą nowotworową. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję, Panie Senatorze.

Pana skromność mnie przytłacza – ośrodek bydgoski nie jest ośrodkiem prowincjonalnym, Panie Senatorze, wszyscy się tym ośrodkiem szczycimy. Ja czasem zgrzytam zębami, bo nie mam tak wspaniale wyposażonego ośrodka jak pan. Pana wniosek jest bardzo celowy, bo jest to duży problem. Jeśli ktoś ma rozpoznanie „Ca”, to musi być leczony, o tym wszyscy wiemy. W niektórych chorobach nowotworowych – nie odkrywam tu Ameryki – jest tak, że jeden dzień bez leczenia to 1% mniej szans na wyleczenie.

Proszę uprzejmie.

**Pracownik Zakładu Epidemiologii
i Badań Populacyjnych
w Instytucie Zdrowia Publicznego
na Wydziale Nauk o Zdrowiu
na Uniwersytecie Jagiellońskim
– Collegium Medicum
Roman Topór-Mądry:**

Roman Topór-Mądry, Instytut Zdrowia Publicznego w Krakowie.

Bardzo dziękuję za zaproszenie.

Wszyscy wysłuchaliśmy tych prezentacji, opinii. Jak rozumiem, jest duża wiedza dotycząca tego, co jest powodem obecnej sytuacji, co należałoby zmienić i w jakim kierunku powinniśmy działać. Ja patrzę na to również z punktu widzenia wskaźników zdrowotnych. Rzeczywiście niewyobrażalne jest to, że to nie liczba osób, jakie zachorują na raka płuc, będzie największa. To przewidywana liczba kobiet, które zachorują na raka piersi, będzie większa, w niektórych regionach już jest większa. Radykalnie rośnie liczba kobiet, o tym mówił pan profesor Zatoński, które...

Jak rozumiem, mamy wiedzę dotyczącą organizacji, mamy wiedzę dotyczącą zmian sposobu finansowania. Wiemy o tym, że wytyczne są dobre i że należałoby je przestrzegać. Należałoby zatem ustalić jakąś jasną strategię, ale nie na dziesięć lat, tylko na dwadzieścia czy trzydzieści, i w ramach tej strategii poprawiać te elementy, które można poprawiać – tworzyć w tym celu specjalne programy zdrowotne – ale przede wszystkim cały czas opierać się na kontroli jakości leczenia. Chodzi o określenie celów tego leczenia, monitorowanie całego procesu leczenia i jego wyniku. Te wszystkie elementy muszą ze sobą współdziałać. Bo cóż z tego, że będzie określona jakaś strategia, skoro nie będziemy mieli na bieżąco informacji o tym, jak ona jest realizowana i czy daje efekty, jakie powinna. To jest o tyle pilne, że... Abstrahuję od spraw epidemiologicznych, które są absolutnie podstawowe. Proszę państwa, wchodzimy w erę informatyzacji; za rok wchodzi system, który na bieżąco będzie zbierał informacje o... Czy my będziemy w stanie przygotować zestaw wskaźników, które do tego czasu powinny zostać opracowane, żebyśmy byli w stanie to wszystko analizować? Apeluję o to, abyśmy wzięli pod uwagę czas. My możemy na te tematy dyskutować, ale trzeba wyznaczyć jakiś realny horyzont czasowy dotyczący zbudowania tej strategii, zbudowania na jej bazie konkretnych programów. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Bardzo dziękuję.

Pan marszałek Stanisław Karczewski.

Proszę bardzo, Panie Marszałku.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący, poprosiłem o zabranie głosu, ponieważ muszę już wyjść, choć z największą przyjemnością wsłuchałbym się w państwa wypowiedzi, które jak do tej pory były bardzo interesujące, ciekawe. Dziękuję

panu przewodniczącemu za zorganizowanie dzisiejszego posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia.

Pani Profesor, na temat onkologii dziecięcej już rozmawialiśmy i podjęliśmy zobowiązanie dotyczące wystąpienia do ministra z prośbą o to, aby traktować wszystkie dzieci chore onkologicznie jednakowo, to znaczy – przed chwilą padła tutaj podobna propozycja – żeby wszystkie dzieci były przyjmowane bez limitów, bez kolejek, tak jak pani profesor postulowała. W onkologii dziecięcej nie powinno być limitów – to wydaje się naturalne. Nie wiem, jaka jest odpowiedź ministerstwa, jaka jest odpowiedź Narodowego Funduszu Zdrowia, ale wiem, że te limity w dalszym ciągu są – procedury, które świadczą pani profesor i pani profesor są limitowane, choć zabiegaliśmy o zmianę w tym zakresie.

Bardzo dziękuję za te referaty. One były bardzo pouczające, bardzo wiele się z nich nauczyliśmy. Nie podzielałam jednak optymizmu profesora Zatońskiego, że jest tak super, super, super... Panie Profesorze, ja w przeciwieństwie do państwa klinicystów jestem lekarzem chirurgiem. Spotykam się z pacjentami, spotykam się z wyborcami, spotykam się z ludźmi. Niedawno organizowałem spotkanie na temat rolnictwa, ale wszystkie pytania, jakie na nim padły, dotyczyły zdrowia, ponieważ to zdrowie jest w tej chwili w centralnym punkcie zainteresowania. Jak mówił jeden z panów profesorów, dostęp do leczenia jest nierówny, jest zły. Pan profesor mówił tu, że średni czas oczekiwania na leczenie wynosi od jednego dnia do dwudziestu jeden. Nie wiem, jak dokładnie brzmiało to pytanie w ankiecie, ale muszę powiedzieć, że na spotkaniach z wyborcami słyszę, że ten czas jest dużo, dużo dłuższy. Być może ci ludzie z rozpoznaniem nowotworu mają pecha i dłużej oczekują na leczenie... Wydaje mi się, choć nie robiłem jakichś badań w tym zakresie, że prawdą jest to, co mówią.

Proszę państwa, ponieważ jesteśmy w gmachu parlamentu, porozmawiajmy o polityce. Mam nadzieję, że pan minister zabierze głos i powie, jakie są plany ministerstwa. Szczerze mówiąc, myślałem, że w pierwszej części posiedzenia usłyszymy wystąpienie ministra, ale... Ja niestety nie będę mógł wysłuchać pana ministra, chociaż z największym zainteresowaniem przeczytam stenogram z tego posiedzenia i zobaczę, jakie są plany Ministerstwa Zdrowia.

To, o czym państwo tutaj mówicie, zostało już zdefiniowane, zostało już określone przez świętej pamięci ministra Religę, który złożył bardzo dobry projekt ustawy o sieci szpitali, projekt, który w znacznym stopniu uporządkowałaby nie tylko system leczenia onkologicznego, opieki onkologicznej, ale cały sektor świadczeń medycznych, który jest najdroższy, czyli sektor szpitalnictwa. To był wręcz sztandarowy projekt ustawy, który był bardzo krytykowany przez ówczesną opozycję. W tej chwili nikt do tego projektu nie wraca, a we wszystkich wypowiedziach dotyczących różnych innych dziedzin medycyny, które są przedmiotem posiedzeń senackiej Komisji Zdrowia, pojawia się ten sam problem, zawsze, właściwie cały czas. Pan dyrektor mówił, że ta ilość pieniędzy jest wystarczająca. Ja uważam, że nie jest, bo gdybyśmy chcieli stworzyć dodatkowe ośrodki... Pewnie będzie jeszcze mowa o ośrodkach akademickich, o szkoleniu studentów. Proszę państwa, można by poruszyć jeszcze wiele tematów, chociażby kwestię szkoleń. Jak mamy szkolić lekarzy, skoro studia zostały właściwie

skrócone? Ja byłem gorącym przeciwnikiem likwidacji stażu, a tym samym właściwie skrócenia studiów medycznych. Uważam to za jeden z większych skandali ostatnich lat – najtrudniejsze w mojej ocenie studia zostały skrócone. No, zobaczymy, jak to będzie funkcjonowało, jak to będzie w przyszłości.

Proszę państwa, nie chcę zabierać więcej czasu. Z największą przyjemnością wsłuchałbym się w to, jakie jest stanowisko pana ministra... Doczytam to ze stenogramu. A jeśli chodzi o sieć szpitali, to powinniśmy w tym zakresie osiągnąć konsensus, powinniśmy osiągnąć zgodę co do tego, że taka sieć jest potrzebna. W takiej sieci będzie miejsce i dla ośrodka pana doktora, i dla innych ośrodków. Ale to musi być regulowane. Pan przewodniczący mówił tutaj o regulacji ze strony państwa, o regulacji w zakresie jakości. Tak, to musi być regulowane – z jednej strony jest jakość, a z drugiej strony regulacja ze strony państwa... Proszę państwa, nie możemy pozwolić na to, żeby bez żadnej kontroli powstawały kolejne ośrodki. Mówiliście tu państwo o... Pan profesor mówił tu o ośrodku, który stosuje chemioterapię, nie mając kontraktu na tę chemioterapię. Ja się pytam: gdzie jest konsultant wojewódzki w zakresie specjalności, której to dotyczy? To jest sytuacja skandaliczna, tak być nie powinno. To jest łamanie wszelkich zasad, tego typu postępowanie powinno być wręcz karalne. Nie można przecież ot tak... Ja nie wiem, jakie są warunki na tym oddziale, jakie są standardy podawania tej chemioterapii.

Proszę państwa, bez zwiększenia finansowania służby zdrowia, wzrost, o którym mówił pan profesor... Pan profesor pokazywał tu, że wpływy do Narodowego Funduszu Zdrowia są coraz większe – cieszymy się z tego powodu, bo tak powinno być. Ja jednak jestem gorącym zwolennikiem likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia i zmiany sposobu finansowania. To, o czym mówił tutaj pan profesor... Finansowanie z budżetu procedur onkologicznych z wydzielaniem sieci szpitali onkologicznych byłoby najlepszym rozwiązaniem. Ale to zależy od decyzji politycznych. Ja reprezentuję tę formację polityczną, która chce takich zmian, ale niestety większość na nas nie zagłosowała. Mam nadzieję, że w przyszłych wyborach zagłosuje, a wtedy na pewno stworzymy sieć szpitali.

Zgadzam się z postulatem utworzenia instytutu raka. Rozmawialiśmy o tym kiedyś, tak miałyby się to nazywać... Sama nazwa nie jest istotna – niezwykle istotne jest to, aby ten pierwszy killer XXI wieku został przez nas dobrze zidentyfikowany, dzięki czemu będziemy mogli skutecznie z nim walczyć. Dziękuję bardzo.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Momencik, Panie Profesorze...

Panie Marszałku, muszę jednak powiedzieć, że nie życzę wam tych wygranych wyborów. Trudno, żebym tego...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Chwileczkę...

(Senator Stanisław Karczewski: Pan przewodniczący przed chwilą wręcz cytował nasz program, a w tej chwili mówi, żeby nie głosować na ten program...)

Ja waszego programu nie cytowałem.

Senator Stanisław Karczewski:

Ja nawet cicho powiedziałem, że jutro przyniosę panu deklarację, żeby pan się zapisał... Bo przedstawiał pan nasz program.

Nasz program, proszę państwa, jest przemyślany i przeanalizowany. Państwo w wyniku swoich debat dochodziecie właśnie do tego naszego programu... Nawet minister Arłukowicz ostatnio w programie u Lisa cytował nasz program. Panie Ministrze, proszę przekazać, że bardzo dziękuję panu Arłukowiczowi za to, że przeczytał nasz program i że u Lisa go omówił. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Ja go nie czytałem, Panie Marszałku...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Panie Marszałku, jeszcze jedno słowo zanim pan wyjdzie. Chciałbym tylko powiedzieć, że fakt, iż pan minister nie przemawiał na początku... Ja o to poprosiłem – chciałem, żeby pan minister wysłuchał wszystkich głosów z sali i potem zabrał głos. Oczywiście przedstawię panu marszałkowi stenogram z tego posiedzenia.

Pan profesor Krzakowski ad vocem.

Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej w Centrum Onkologii – Instytucji imienia Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie Maciej Krzakowski:

Pan senator jako praktyk ma słuszość co do czasu oczekiwania. Czas, o którym ja wspominałem, odnosi się do onkologii klinicznej. On jest dłuższy w chirurgii, on jest dłuższy w radioterapii; ja o tym po prostu nie powiedziałem. To po pierwsze.

I druga rzecz. Te dwadzieścia jeden dni to jest średni czas. W niektórych przypadkach to może być na przykład, powiedzmy, sto dni. To gwołi wyjaśnienia.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Panie Profesorze.

Pan marszałek idzie teraz na oplatek swojego...

Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos?

Proszę uprzejmie, króciutko.

Dyrektor Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Gdańsku Ewa Solska:

Chodzi o profilaktykę. My często narzekamy, że pacjenci się nie zgłaszają. A w czym jest problem? Ja prowadzę ośrodek, w którym stosujemy i badania profilaktyczne, i leczenie. Pacjent z rozpoznaniem wczesnym rakiem chce być leczony natychmiast, ale jak ja mam go leczyć, skoro ustawia się cała kolejka pacjentów, którzy wyczuli u siebie na przykład guzek piersi. I tu jest pewna niezgodność, niezrozumienie... Skoro stosujemy profilaktykę, od razu stwórzmy możliwości leczenia pacjentów. Bo to, co jest

teraz, działa odstrasza i dlatego te programy są, powiedziałbym, źle odbierane przez społeczeństwo. Pacjenci mówią często: co z tego, że choroba jest rozpoznana, skoro ja muszę czekać na leczenie? I stąd moja prośba jako praktyka, który prowadzi i profilaktykę, i leczenie: starajmy się wprowadzić taki system, który umożliwi leczenie pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową bez żadnych limitów – samo rozpoznanie nowotworu powinno być przepustką do leczenia. Ja nie mówię, że wszyscy, którzy się zgłaszają do ośrodków onkologicznych, muszą być leczeni bez kolejki. Ci, którzy mają rozpoznanie histopatologiczne nowotworu – jak najbardziej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie.

O tym mówił także pan senator Pawłowicz.

Pan profesor Rutkowski.

Proszę bardzo.

Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków w Centrum Onkologii – Instytucie imienia Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie Piotr Rutkowski:

Dobry wieczór. Piotr Rutkowski, jestem kierownikiem Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków w Centrum Onkologii w Warszawie, ale też członkiem zarządu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej.

Chciałbym podkreślić dwie rzeczy, które, jak myślę, trochę nam umykają... W dobie informatyzacji to nie będzie trudne ani takie kosztowne. Problem, o którym dzisiaj głównie dyskutujemy – wszyscy wokół tego tematu krążą – to monitorowanie jakości, ale także obowiązkowa rejestracja nowotworów. Trzeba powiedzieć, że w tej chwili w Polsce część nowotworów absolutnie nie jest rejestrowana. Mimo wspaniałej pracy pana profesora Zatońskiego i jego zespołu... My mamy do tego narzędzia, tylko że te narzędzia nie są wykorzystywane. Jeżeli uniemożliwilibyśmy rozliczenie procedury bez rejestracji nowotworu, to znacznie uprościlibyśmy tę sytuację. My w tej chwili mamy kilka, jeśli nie kilkadziesiąt, różnych danych na temat zachorowalności, wyleczalności. Tworzymy rejestry narzędziowe, które mają swoje cele i są bardzo potrzebne, ale... Dobrze wiemy, że są nowotwory, w przypadku których różnice w stosunku do krajów otaczających są trzykrotne. No, nie sądzę, że sytuacja w Polsce, jeżeli chodzi o zapadalność na niektóre nowotwory, tak bardzo różni od sytuacji w Niemczech, Czechach czy na Słowacji. Rejestracja to jest system, który jest bardzo istotny i który trochę... To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Chodzi o monitorowanie efektów leczenia i referencyjność. Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej rozmawiało na ten temat, dyskutowało, kilkakrotnie spotykało się w tej sprawie z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia. To nie jest trudne, jeżeli weźmiemy pod uwagę połączenie tych systemów, chodzi również o system Narodowego Funduszu Zdrowia. Monitorowanie jakości jest podstawą tego, żebyśmy ... O tym mówili pan

profesor Warzocha, pan profesor Krzakowski, pan profesor Jassen. Jeżeli wprowadzimy te dwa elementy, co jest stosunkowo proste ze względu na obecne możliwości związane z informatyzacją, dojdziemy do celu.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Panie Profesorze.

Proszę państwa, powoli zmierzajmy do końca. Podsumujemy to, co do tej pory zostało powiedziane i...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeszcze dwa wystąpienia. A potem poprosimy pana ministra i pana dyrektora o zabranie głosu.

Proszę uprzejmie.

Przedstawicielka Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucie imienia Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie Joanna Didkowska:

Ja reprezentuję team pana profesora Zatońskiego – Krajowy Rejestr Nowotworów. Chciałabym odnieść się do wypowiedzi pana profesora Rutkowskiego. My w tej chwili budujemy nowy system rejestracji nowotworów, który może umożliwić kontrolę jakości leczenia poprzez kontrolę długości przeżyć pacjentów leczonych w poszczególnych jednostkach. Ten nowy system, który w tej chwili budujemy, umożliwi nam to. My możemy dać państwu wspaniałe narzędzie do kontroli jakości leczenia, ale musimy mieć dwie informacje ze szpitala czy z przychodni: po pierwsze, o tym, że pacjent zachorował; po drugie, o tym, na co zachorował. Bez tego żaden system nie będzie w stanie zapewnić dostatecznie dobrej kontroli...

(Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków w Centrum Onkologii – Instytucie imienia Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie Piotr Rutkowski: A po co, skoro i tak... Czy można dodać jedno słowo?)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Proszę, Panie Profesorze.

Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków w Centrum Onkologii – Instytucie imienia Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie Piotr Rutkowski:

Są ośrodki, na przykład w województwie mazowieckim, które posiadają kontrakt bądź starają się o kontrakt, ale nie zgłosiły do warszawskiego rejestru nowotworów żadnego przypadku zachorowania na nowotwór.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

No, to jest znamienne...

Pan minister Piróg.

Proszę bardzo.

Doradca Prezydenta RP Maciej Piróg:

Dziękuję bardzo.

Maciej Piróg, doradca prezydenta Rzeczypospolitej.

Proszę państwa, na takiej organizacji leczenia, o której państwo mówicie, nie znam się na tyle, ażeby się w tej sprawie wypowiadać. Są bardzo dobre wzorce w zachodniej Europie i w Stanach Zjednoczonych – myślę, że warto je dokładnie przedyskutować i wprowadzić. I to jest, jak sądzę, cel także dzisiejszego spotkania. Celem krótkoterminowym z pewnością musi być to, co bardzo dobitnie podkreślano było w dzisiejszych wypowiedziach. Jako młody lekarz, jako student byłem uczony, że kluczem do leczenia chorób nowotworowych jest wczesne rozpoznanie. Myślę, że przez te wiele lat... Powód porażek z chorobą nowotworową jest dzisiaj inny: porażką widoczną we wszystkich statystykach – one świetnie to pokazują – jest czas od rozpoznania do wszczęcia prawidłowego i dobrego leczenia. Tu nie chodzi jedynie o to, że jest to leczenie jest spóźnione, że pacjenci czekają w kolejce, ale o to, że z różnych powodów, w tym finansowych, wdrażane leczenie nie jest standardem, tylko sublecczeniem. Czas pomiędzy rozpoznaniem choroby nowotworowej a właściwym, kompleksowym leczeniem jest najistotniejszy. Myślę, że to właśnie tu... Dostępność, o której mówił pan senator, pan profesor z Bydgoszczy, jest kluczem do rozwiązywania tych problemów.

Niska zgłaszalność pacjentów na badania skринingowe, o czym państwo mówiliście, bierze się także z tego powodu, że w Polsce w dalszym ciągu panuje strach przed rozpoznaniem choroby nowotworowej, ale nie tylko. Powiem więcej: strach przed onkologiem i onkologią. Nie chodzi tu o samego lekarza onkologa, tylko o trudność poruszania się w tym systemie. Także z tego powodów pacjenci, nasi obywatele nie korzystają z badań przesiewowych w takim stopniu, w jakim mogliby. Bo mimo wszystko ta dostępność jest już stworzona.

Najważniejszy jest ten drugi etap, w którym możliwe są działania... To o tym chciałem powiedzieć. Obecność pana ministra, obecność przedstawicieli NFZ niejako powoduje, że te doraźne, ale mocne działania są możliwe. Ich zastosowanie może przynieść rzeczywiste korzyści, zanim dopracujemy się właściwego systemu. I obojętne jest to, czy z powodów politycznych on się będzie nazywał siecią, czy narodowym instytutem, bo tak naprawdę mówimy o tym samym, tylko inaczej to nazywamy. Jest tak pewnie dlatego, że w takim gmachu dzisiaj się spotykamy.

Moim zadaniem jest zwrócenie uwagi pana prezydenta na ten najistotniejszy w tej chwili problem zdrowotny i chyba jedną z największych porażek naszego systemu opieki zdrowotnej. W związku z tym ewentualne dezyderaty czy ustalenia, które powstaną po tym spotkaniu, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, proszę adresować także do... To pozwoli mi wspomóc te wszystkie działania, które są po stronie rządu. No, taka jest konstytucyjna rola organów państwa. Należy zwrócić uwagę na... Mamy to, co mamy; dysponujemy tym, czym dysponujemy, ale dzięki działaniom zarządczym z punktu widzenia centrum pewne rzeczy można poprowadzić lepiej i z korzyścią dla ostatecznego efektu, o który nam wszystkim chodzi. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Panie Ministrze, bardzo dziękuję.

Z wielką przyjemnością skieruję wszelkie wnioski na ręce pana ministra.

Ostatni głos, pan Gugulski.

Proszę uprzejmie.

Prezes Zarządu Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych Jacek Gugulski:

Drodzy Państwo! Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za tę dyskusję. Myślę, że padło dzisiaj wiele ważnych słów.

Ja chciałbym powiedzieć, że trzeba... My doceniamy to, co państwo robicie, ale na te sprawy trzeba spojrzeć kompleksowo. W zasadzie nikt nie powiedział tutaj więcej na temat podstawowej opieki zdrowotnej, rozwiązań w zakresie profilaktyki. Pan minister powiedział, że w Europie są rozwiązania, których zastosowanie pozwoliłoby na to, żeby u nas było lepiej. My mamy zgłaszalność kobiet na poziomie 25%, a w Szwecji, w Danii, gdzie działają systemy... Oni wiedzą, że jako obywatele mają prawa, ale i obowiązki. I myślę, że trzeba by pójść w tym kierunku, dzięki czemu osób zgłaszających się byłoby więcej, a jak wiemy, nowotwór wcześniej wykryty szybciej może być wyleczony, ale też taniej może być wyleczony. Mniejsza jest również trauma dla pacjenta. A więc to jest pierwsza rzecz – profilaktyka.

Druga rzecz, podstawowa opieka zdrowotną. Drodzy Państwo, diabeł tkwi w szczegółach. Pacjent przychodzi do lekarza, a lekarz nie kieruje go na badania, bo on dostaje premię za to, że wykonuje tych badań mało, a nie za to, że wykrył nowotwór... No, to jest paranoja, to jest jakiś paradoks. Tak nie może być. Myślę, że trzeba tę sytuację zmienić.

Jeżeli chodzi o niedoszacowanie procedur... Proszę państwa, mówimy tutaj o jakiejś opozycji: jednostki prywatne – jednostki państwowe. Ale dla nas jako pacjentów najważniejsze jest to, żeby trafić do odpowiedniego człowieka, który pomoże nam w odpowiednim momencie i zastosuje odpowiednie leczenie. Wszystko jedno, czy to będzie szpital prywatny, czy państwowy.

Proszę państwa, powiem jeszcze o dwóch rzeczach, na które również nikt nie zwrócił uwagi. Z jednej strony mamy ustawę o zawodzie lekarza, która mówi o leczeniu, które ma być leczeniem według najnowocześniejszych standardów. Z drugiej strony mamy lekarza, który pomimo tego, że ma wiedzę, często ma związane ręce. Szpitale państwowe mają zadłużenie, bo niestety następuje komercjalizacja zysków i procedur dobrze wycenionych. To niedoszacowanie procedur powoduje, że następuje, powiedziałbym, nacjonalizacja strat. Dlatego mówienie o tym, że to dyrektor źle zarządza... Ja oczywiście pomijam kwestie faktycznie złego zarządzania. Proszę państwa, jeśli ktoś mu płaci 40 zł za coś, co kosztuje 100 zł, no to... Myślę, że na takich szczegółach powinniśmy się skupić. Tu chodzi głównie o wycenę. Ja jestem ekonomistą z zawodu i też to dostrze-

gam. Reprezentuję dzisiaj pacjentów onkologicznych i ta prośba jest ze strony pacjentów: proszę państwa o to, aby w miarę szybko tę sytuację poprawić, bo ludzie umierają niepotrzebnie. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję panu uprzejmie.

Panie Ministrze, czy mogę pana prosić o...

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Chlebus:

Szanowny Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!
Wielce Szanowni Goście!

Jestem pod ogromnie pozytywnym wrażeniem dzisiejszego spotkania. Z wielu powodów bardzo dziękuję za to zaproszenie. To nasze spotkanie trwa już dość długo, dlatego postaram się mówić krótko, ustosunkuję się do najważniejszych kwestii. Dziękuję dlatego, że zebrało się tu dzisiaj – prócz osób, które stanowią w Polsce prawo – wielce szanowne grono osób, które działają w systemie i są liderami opinii, bez wahania można tak powiedzieć. Ja bardzo się cieszę, że doszło do tej swoistej konfrontacji: państwo wyraziliście swoje opinie, ja postaram się do nich ustosunkować, ale też udało się, jak sądzę, zaprezentować całe spektrum poglądów, które w dużej mierze są zbieżne, choć... Jeśli wejdziemy w szczegóły, to być może okaże się, że jest tutaj wiele kontrowersji.

Ma rację pan profesor Zatoński, mówiąc o tym, że w kardiologii udało się – jestem z tego bardzo dumny; utożsamiam się z tym środowiskiem, bo się z niego wywodzę – osiągnąć spektakularne efekty kosztem... Nie wiem, czy państwo o tym wiedzą, ale te nakłady były relatywnie dużo mniejsze niż w innych krajach Europy. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne niejednokrotnie pokazywało te dane. Te wspaniałe efekty udało się uzyskać przy finansowaniu kilkukrotnie niższym niż w Europie. Traktuję to jako przykład tego, że pewne rzeczy są możliwe. Mam nadzieję, że również onkologia, która z uwagi na epidemiologię zawsze była w optyce, w centrum zainteresowania Ministerstwa Zdrowia, podobnie jak kardiologia... To uwarunkowanie jest dosyć proste; jesteśmy w gronie osób, które są do takiej rozmowy przygotowane, dlatego jako lekarz nie chciałbym się na ten temat rozwodzić.

Trzeba pamiętać o tym, że między innymi dzięki temu, co dzieje się w kardiologii, ale i w kilku innych dziedzinach, mamy do czynienia z epidemiologiczną zmianą w onkologii. Żyjemy dłużej, przez co, że tak powiem, generuje się pewien problem... Ostatnio na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia dyskutowaliśmy o niewydolności serca – to jest typowy przykład tego, co zrobili kardiolodzy. Prawda? Większa przeżywalność, jaką uzyskaliśmy, przekłada się na to, że żyjemy dłużej i chorujemy trochę inaczej. Onkologia świetnie się wpisuje w ten schemat – zdajemy sobie sprawę z tego, że kwestia pochodnych demograficznych ma duży wpływ na statystyki dotyczące nowotworów.

Cieszę się, że padły tu sformułowania, które już od dawna, a przynajmniej od czasu, w którym mogę śledzić pewne działania od wewnątrz resortu, są jasno artykułowane i bardzo istotne. Nie chcę tu powtarzać tez, które, mam nadzieję, mieli państwo okazję usłyszeć z ust ministra zdrowia czy któregoś z wiceministrów. Wiele tez, które dzisiaj tutaj padły, wpisuje się we wnioski, które niejednokrotnie były formułowane publicznie.

Bardzo dziękuję za rzetelną diagnozę sytuacji, którą przedstawili nam pan profesor Jassem, pan profesor Warzocha i pan profesor Krzakowski. To odzwierciedla to, co już wiemy i co w dużej mierze staramy się zmieniać. Kilka zasadniczych tez... Proszę mi wybaczyć, ale ze względu na brak czasu prawdopodobnie nie uda nam się wejść w szczegóły. Kilka zasadniczych tez dotyczących chociażby zmian systemowych. Niejednokrotnie deklarowaliśmy, że... Fundusz jako centrala funkcjonująca w dzisiejszej postaci nie spełnia oczekiwań właściwie nikogo, oczekiwań w zakresie wpływu na politykę zdrowotną. Chcemy dokonać zmiany – centrala w sposób dosyć zdecydowany pozbawiona zostanie pewnych prerogatyw, jakie ma obecnie, a pewien zakres odpowiedzialności przerzucony zostanie na ośrodki wojewódzkie dzisiejszego NFZ, jakkolwiek będziemy nazywali instytucję, która powstanie. Nie zmienia to faktu – minister zdrowia zdecydowanie poczuwa się do odpowiedzialności w tym zakresie – że koordynacja współpracy z płatnikiem jest bardzo istotna. Doskonale wpisuje się w to pomysł utworzenia centralnego organu doradczego czy to w postaci rady, czy też instytutu, jak panowie profesorowie sugerowali – ta koncepcja wymaga jeszcze dopracowania. Deklaruję tu jednoznacznie, że wychodzimy naprzeciw temu oczekiwaniu, rozumiemy, że z punktu widzenia epidemiologicznego potrzebne są pewne priorytety.

Chcę też powiedzieć – ta kwestia pojawiała się dzisiaj niejednokrotnie i w różnych odsłonach – o ocenie jakości, która do tej pory właściwie nie funkcjonowała w żadnym, ujmując rzecz realnie, aspekcie wykonywania usług medycznych, także onkologicznym. My staramy się stworzyć podwaliny do stworzenia centralnego narzędzia do kontrolowania jakości. Chodzi o to, żeby dawać wytyczne dotyczące tego, jak ta jakość ma wyglądać i jak należy ją egzekwować. I tutaj ogromna rola państwa, czyli środowiska – wyznaczanie standardów jakości wymaga fachowej wiedzy.

Jestem trochę zdumiony, słysząc, że w Polsce nie jest wyjątkiem to, iż chorzy są leczeni niezgodnie ze standardami, niezgodnie z zaleceniami. Odnosząc to do środowiska kardiologicznego, muszę powiedzieć, że trudno mi wyobrazić sobie takie sytuacje... Ja oczywiście zdaję sobie sprawę z tego, że one się zdarzają. Ja jestem praktykiem, klinicystą, który kilkanaście lat przepracował w klinice; jeszcze kilka miesięcy temu dyżurowałem i przyjmowałem chorych. Ja wiem, że błędy się zdarzają, ale jeśli jako środowisko stwierdzamy gremialnie, że mamy do czynienia z niewypełnieniem zaleceń czy to europejskich, czy krajowych, które są przecież bardzo wyraźnie formułowane... No, rzeczywiście mamy kłopot. Myślę, że ważną jest tu rola środowiska. Nie spycham tej odpowiedzialności – i tu znowu deklaruję prace nad oceną jakości – ale trzeba powiedzieć, że bez bardzo mocnej współpracy ze środowiskiem urzędnicy z całą

pewnością nie będą w stanie takich zaleceń sformułować, ani tym bardziej ich wyegzekwować. Bardzo potrzebna jest tu ścisła współpraca ze środowiskiem.

Chcę jednoznacznie uciąć dyskusję dotyczącą tej opozycji: podmioty publiczne – podmioty niepubliczne. Chcę powiedzieć, że absolutnie nie chcemy w jakikolwiek sposób wartościować jednostek pod kątem właścicielskim. Z całą pewnością chcemy egzekwować jakość oraz – co jest bardzo ważne i pojawiło się tutaj niejednokrotnie – komplementarność wykonywania pewnych usług. Ja rozumiem... Pacjenci przychodzący pod bramę Ministerstwa Zdrowia mówią tak: chcemy się leczyć w ładnych pokojach, tam, gdzie może nocować przy nas rodzina; mamy konstytucyjne prawo wyboru. Oczywiście jest to w zgodzie z istniejącym stanem prawnym, ale od strony czysto... Nie powinno być tak, że gdzieś ktoś ponosi ogromne koszty związane z wieloetapową diagnostyką, a gdzieś indziej pacjent dostaje informacje, że może leczyć się w lepszym miejscu. Dziś prawnie tak jest, formalnie tak jest... Chcemy doprowadzić do sytuacji, w której by preferowano ośrodki. Musimy zastanowić się nad tym, jak to zrobić od strony formalnej. We współpracy, bardzo dobrej współpracy z płatnikiem – muszę to podkreślić, bo mamy tu bardzo dobre doświadczenia – staramy się znaleźć takie sposoby, dzięki którym preferowane będą ośrodki, które podchodzą do pacjenta całościowo, bez względu na to, czy to będą ośrodki publiczne, czy niepubliczne. Myślmy o tym z różnych względów, chociażby ze względu na drenaż potencjalnych zysków czy też nacjonalizację kosztów, jak pan słusznie to nazwał. To jest bardzo ważne, bo to niszczy system w sposób dramatyczny. Przypomnę państwu, że nakłady na ochronę zdrowia w ciągu ostatnich siedmiu, ośmiu lat wzrosły ponad dwukrotnie. Dzisiaj to są 164 miliardy zł, ale wciąż mamy poczucie – wszyscy, na każdym poziomie – niedosytu. To poczucie niedosytu, zapewniam państwa, odczuwane jest także w resorcie, jak również przez płatnika, który wciąż jest atakowany w związku z oczekiwaniem zwiększania środków, których realnie ma tyle, ile dostaje. Państwo również obserwujecie to niezadowolenie na co dzień. Co najważniejsze, również pacjenci są bardzo niezadowoleni mimo ponad dwukrotnego wzrostu nakładów. To jednoznacznie sugeruje, że powinniśmy dokonać radykalnych zmian systemowych. I takie zmiany będą. Zmiany, jak mówiłem, nie będą odnosiły się tego, kto jest właścicielem danej jednostki, ale do tego, w jaki sposób jednostka leczy – czy komplementarnie i dobrze jakościowo. To po pierwsze.

Po drugie, czy nazywać to będziemy siecią, czy nie... Tu trzeba się zastanowić, czy... Tu mówię już jako ekonomista, nie lekarz. My musimy zastanowić się nad tym, ile takich szpitali system jest w stanie utrzymać. Jeśli zastosujemy, powiedziałbym, logiczny ciąg myślenia, to pojawi się pytanie, co się stanie, jeżeli nie szesnaście, a trzydzieści pięć ośrodków spełni nasze wysokie oczekiwania albo na przykład sto pięćdziesiąt. I tutaj dotykamy fundamentalnej kwestii: ile ośrodków spełniających nasze oczekiwania co do wysokiej jakości jesteśmy w stanie w systemie utrzymać tak, aby były w stanie normalnie funkcjonować, a nie wykorzystywać jedynie, nie wiem, 20% możliwości produkcyjnych czy przerobowych i nie być w stanie na podstawie uzyskanych środków przetrwać? To jest pytanie, które do

nas wraca. Są różne pomysły na uregulowanie tej kwestii. Jednym z nich – moim zdaniem bardzo istotnym – jest wprowadzenie referencyjności. Możemy to ubrać w różne słowa, różnie możemy to nazywać. Sformułowanie kryteriów... Tu znowu ukłon w kierunku środowiska. Pewien rodzaj referencyjności, czyli wskazanie na to, że są ośrodki, które są lepiej przygotowane pod kątem kadry, pod kątem technicznym, pod kątem doświadczenia, które w medycynie jest kluczowe... Takie wskazanie ze strony płatnika powinno, jak myślę, nastąpić. Szukamy formuły prawnej, dzięki której tego rodzaju wskazanie będzie możliwe. W naszej ocenie umożliwi to przyjrzenie się podmiotom w sposób być może nieco bardziej arbitralny, ale, co istotne, z uwzględnieniem bardzo konkretnych kryteriów. Zgodnie z dzisiejszym stanem prawnym jest tak, że właściwie każdy podmiot, który spełni bardzo ogólne kryteria NFZ, musi być wpuszczony na rynek usług medycznych. To swoiste rozcieńczanie liczby podmiotów na rynku doprowadza do sytuacji, w jakiej jesteśmy dzisiaj – proces erozji trwa. Dzieje się to z przyzwoleniem z jednej strony części środowiska, która bardzo wyraźnie w tym partycypuje, a z drugiej strony części przedstawicieli systemu, czyli konsultantów. Przypominam, że każdy z tych ośrodków jest z reguły opiniowany przez konsultanta. Zmiany w ustawie o konsultantach powinny zmierzać do tego, żebyśmy mieli pewien wpływ na to, jak wygląda weryfikacja ośrodków.

Mam świadomość tego, że jeżeli egzekwujemy pewne rzeczy, to powinniśmy opierać się na bardzo realnych przesłankach. Trwają w tej chwili rozmowy na temat tego, jak moglibyśmy wesprzeć konsultantów, ale też środowisko, informacjami, które są rzetelne epidemiologicznie i demograficznie. Dzisiaj mamy dosyć ułomne narzędzia... Nie wiem, czy państwo mają tego świadomość, ale jeżeli konsultant wojewódzki pytany jest o zapotrzebowanie na onkologów w regionie... To była jedna z pierwszych rzeczy, jaką chciałem sprawdzić, kiedy pojawiłem w ministerstwie – chciałem się dowiedzieć, jakimi narzędziami dysponuje konsultant. Na jakiej podstawie on dokonuje weryfikacji, której efektem jest informacja, że tylu potrzeba rezydentów w dziedzinie onkologii czy kardiologii? Te narzędzia są jak na razie bardzo ułomne. My prowadzimy rozmowy z ośrodkami akademickimi i chcemy, żeby zakłady zdrowia publicznego wzięły udział w tworzeniu swoistej bazy naukowej, informacji demograficzno-epidemiologicznej. Chciałbym, żeby... Prowadzone są też – muszę o tym powiedzieć – prace nad ustawą o zdrowiu publicznym. Chciałbym, żeby te kwestie były komplementarne. I to są działania podejmowane równolegle. Jeżeli będziemy mieli takie dane, to będziemy mogli sensownie pracować i określić, ile potrzebujemy specjalistów, ile tomografów komputerowych czy urządzeń PET. Czy płatnik publiczny, który dzisiaj chce kupić nowe urządzenie PET – dostajemy takie wnioski – ma uzasadnienie epidemiologiczne dla takiego zakupu? W tym samym mieście mogą być już dwa takie urządzenia. Pytanie jest takie: czy mamy przykładać do tego rękę? Po prostu brakuje narzędzi prawnych, dzięki którym takie kwestie można regulować. Potrzebujemy również dobrego prawa – i tutaj ukłon w kierunku państwa senatorów i prośba o pozytywne ustosunkowanie się do pewnych inicjatyw.

Cieszę się, że padły tu pewne sformułowania, których jakiś czas temu... Miałem zaszczyt brać udział w posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia, w bardzo konstruktywnym spotkaniu – to było posiedzenie wspólne wraz z komisją do spraw europejskich – dotyczącym rozporządzenia w zakresie badań klinicznych w Europie. To była konstruktywna rozmowa także dlatego, że ujawniła wszelkie słabości w rozumieniu pewnych mechanizmów. Mówię o tym dlatego, że... My potrzebujemy poparcia społecznego dla trudnych zmian, a badania kliniczne były świetnym przykładem, który zogniskował całą tę sferę nieporozumień. Jeśli mówimy o argumentach demagogicznych, które bardzo często w debacie publicznej padają... To jest świetny przykład. Te demagogiczne argumenty będą padały również w kontekście bardzo trudnych zmian systemowych.

Cieszę się, że panowie profesorowie podkreślili dzisiaj wagę badań klinicznych. Dla mnie jako lekarza, który... W kardiologii nie sposób w tej chwili funkcjonować bez rzetelnych badań klinicznych. Bardzo często powtarzałem studentom, że właściwie nie ma współczesnej medycyny bez badań klinicznych. My możemy mówić o słabościach tych badań, możemy mówić o kontroli tych badań, o aspektach etycznych tych badań, ale nie możemy podważać ich istoty – to byłoby sprzeczne z ideą współczesnej medycyny. Mówię to dlatego, że po tym moim niedługim okresie pracy w ministerstwie i kontaktów z państwem... Mam bardzo dobrą opinię na temat debaty, która jak do tej pory się tu toczyła. Bardzo się cieszę, że dzisiaj ponownie dochodzi do takiego spotkania, bo to się doskonale wpisuje w dosyć trudny temat przemian, które nas czekają i które systemowo obejmą kluczowe kwestie związane z kształtowaniem polityki zdrowotnej.

Ze strony pana profesora Zatońskiego padło pytanie, czy dotychczasowe nasze działania to jest porażka. Nie chciałbym państwa, że tak powiem, częstować porcją danych statystycznych, ale mam takie dane. Jeśli chodzi o narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, to wcale nie jest tak, że... Są wyniki, są różne dane epidemiologiczne czy dotyczących szeroko pojętej zachorowalności i śmiertelności. Ja chciałbym pokazać państwu te dane, te parametry, które wynikają wprost z funkcjonowania tego programu. I tak: liczba chorych leczonych radioterapią wzrosła z czterdziestu tysięcy w 1999 r. do siedemdziesięciu sześciu tysięcy w roku 2011. A więc wzrosła dostępność... Ewidentnie skrócił się średni czas: z ośmiu do dziesięciu tygodni, jak to było w 1998 r., do czterech, pięciu tygodni w roku 2011. Nie będę zarzucać państwa liczbami, ale chciałbym powiedzieć, że liczba akceleratorów w skali kraju ewidentnie wzrosła. Dalej: o blisko 25% spadła liczba operowanych pacjentów z rakiem płuca z wyższym stopniem zaawansowania; o blisko 20% zmalała liczba wykonywanych nektomii, a jednocześnie o taki sam odsetek wzrosła liczba wykonywanych lobektomii raka płuca; o duży odsetek wzrosła liczba wykonywanych badań śródoperacyjnych; powstał Krajowy Rejestr Raka Płuca... Mam tego kilka stron, ale, jak mówię, nie chcę przedłużać. Chcę tylko państwu powiedzieć, że... Nie chciałbym, żebyście państwo wyszli z tej sali z wrażeniem, że nie zrobiliśmy nic. Oczywiście nadal mamy dużo do zrobienia, ale trzeba

powiedzieć, że w Polsce dokonana się duża zmiana i to nie tylko w kardiologii. I tu znowu ukłon w kierunku państwa jako środowiska lekarskiego, które to koordynuje i od strony merytorycznej, i fachowej, bo to państwo leczy te chorych. Nieprawdą byłoby, gdybyśmy powiedzieli, że takie narzędzia nie były tworzone. Ja zgadzam się z tym, że one nie są adekwatne do oczekiwań, ale w ramach budżetu, który na to mamy... Nie będę odbijał piłki i pokazywał, jak wygląda finansowanie w innych krajach. Efekt być może nie jest tak spektakularny jak w kardiologii, ale wydaje się, że dzięki środowisku i dzięki ministerstwu uzyskuje się rzeczy, które nie byłyby możliwe do uzyskania, gdyby zaangażowanie po obu stronach nie było tak duże.

Dane dotyczące profilaktyki być może również nie są satysfakcjonujące, ale dosyć... I tak: zgłaszalność na badania mammograficzne – wzrost z 23% w 2006 r. do 43% w roku 2011, a więc niemal dwukrotny. Oczywiście możemy na siłę przerzucać siłę cyframi, ale... Zgoda, to wciąż nie jest satysfakcjonujące, ale powiedzmy sobie szczerze – zgłaszalność wzrosła niemal o 100%. Prawda? To chyba powinno cieszyć. Mam dużo pokory, mówiąc o tych sprawach, bo zdaję sobie sprawę, że te cyfry to konkretne osoby. To są również osoby, które się na badania nie zgłosiły... Zgony osób, które na badania trafiły za późno albo nie trafiły w ogóle, bo chorobę została wykryta zbyt późno na przykład przy okazji innych hospitalizacji. Dane dotyczące poziomu zgłaszalności na badania cytologiczne: tu mamy wzrost z 34% do 53%. Ja mówię o danych niepełnych, bo nie wiemy, jak w tym roku... Mamy jednak prawo zakładać, że w przypadku badań mammograficznych ten poziom wzrośnie do 50%, a w przypadku badań cytologicznych – do 60%. Tak jak mówię, ten postęp być może nie jest satysfakcjonujący, ale jest to postęp. Mówimy tutaj o wielu negatywach, a sądzę, że warto powiedzieć również o pozytywach.

Pozostałe parametry... Padło tutaj pytanie o leczenie dzieci. Nastąpiła poprawa jakości diagnostyki leczenia nowotworów u dzieci. Wiem, że to nie jest zasadniczy temat, ale przypomnę państwu, że jeśli chodzi o przeżycie po pięciu latach w przypadku białaczki... W grupie standardowego ryzyka ten wskaźnik jest na poziomie 97%, pośredniego ryzyka – 93%, wysokiego ryzyka – 80%. W przypadku guzów litych u pacjentów, u których rozpoznano postawiono w wieku niemowlęcym, ten wskaźnik wynosi 94%, u których rozpoznano postawiono w wieku powyżej dwunastego miesiąca – 64%. W przypadku chłoniaków złośliwych... w przypadku pacjentów z chłoniakami wielokomórkowymi – 81,6%. Służę tymi danymi, nie chcę nadmiernie przedłużać... Proszę państwa, to nie jest tak, że cały czas musimy bić się w piersi, bo... Prócz planowania i tworzenia strategii na przyszłość, co deklaruje w tej chwili, bardzo mocno będziemy się angażować... Zapraszam do współpracy całe środowisko. Trzeba powiedzieć także o pewnych plusach.

Nie wiem, czy zdążyłem się ustosunkować do wszystkich... Zrobiłem to na poziomie dużej ogólności, za co przepraszam. Myślę, że to nie jest czas na to, żebyśmy wchodzili w wątki szczegółowe. Zapraszam do kontaktu; w imieniu i ministra Arłukowicza i ministra Winnickiego deklaruje współpracę z państwem na każdym poziomie.

Mam nadzieję, że przynajmniej w ostatnim okresie odczuliście państwo pewne zmiany zarówno w kontaktach ze środowiskiem, jak i... Nie wiem, czy bezpośrednio to państwa dotknęło; mam nadzieję, że tak.

Ostatnie zdanie na temat referencyjności. Chcę powiedzieć, że bardzo intensywnie pracujemy nad ustawą o szpitalach klinicznych. W moim odczuciu jako osoby, która, że tak powiem, ze szpitala klinicznego się wywodzi i która, jak sądzę, zna te problemy nie tylko jako lekarz i nauczyciel akademicki, ale również jako osoba, która w pewien sposób partycypowała w zarządzaniu... Jest to przykład na to, że można systemowo rozmawiać o referencyjności, o komplementarności usług, nie zarzekając się, że status instytutu czy szpitala klinicznego wystarczy. To absolutnie nie powinno być z automatu... My doceniamy podstawy, które obecnie w systemie istnieją, podchodzimy do nich z troską, by nie zmarnować potencjału, który już jest. Ta ustawa, mam nadzieję, stworzy podstawy prawne, dzięki którym będziemy mogli mówić o czymś, o czym państwo już wspomnieli, choć troszkę w innych aspektach, głównie pod kątem referencyjności i komplementarności. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Chciałbym powiedzieć, że narodowy program zwalczania chorób nowotworowych był uchwalony chyba za rządów SLD, a realizowany przez PiS i Platformę. Nikt tutaj nie mówił, że nie ma efektów tego programu – te efekty są widoczne, my jako onkolodzy je dostrzegamy. Wielka praca, jaka jest przed ministerstwem, dotyczy tego, żeby ten program nie skończył się w 2015 r. On musi być kontynuowany, Panie Ministrze. Mimo pozytywnych danych dotyczących wzrostu zgłaszalności itd., na jakie pan wskazał... Dwadzieścia lat temu – mówię to z własnej praktyki – na porządku dziennym było to, że zgłaszały się pacjentki z rakiem piersi w trzecim czy w czwartym stopniu zaawansowania. Teraz mimo wszystko bardzo rzadko takie pacjentki się spotyka. I to jest sukces, ale nie możemy spocząć na laurach – trzeba działać dalej.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Chlebus: Jeśli mogę słowo...)

Proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Chlebus:

Nie wspominałem o tym, a jest to dosyć istotne, że prowadzimy dosyć zaawansowane rozmowy z ministrami innych krajów – ostatnio minister Arłukowicz rozmawiał z panią minister zdrowia Francji, a wcześniej z ministrem Bahrem, ministrem zdrowia Niemiec. Bardzo zaawansowane są rozmowy dotyczące współpracy i tworzenia rozwiązań także na poziomie nieco wyższym. Takie rozmowy są prowadzone. Sam już dwukrotnie prowadziłem takie rozmowy na poziomie Komisji Europejskiej, a także z panią dyrektor WHO do spraw regionu Europy. Staramy się działać w sposób komplementarny. Oczywiście jesteśmy w stanie przyjmować rozwiązania także z zewnątrz, po dogłębnej konsultacji ze środowiskiem.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Czy pan dyrektor chciałby... Nie.

(Wypowiedzi poza mikrofonem)

Szanowni Państwo, zbliżamy się do końca naszego spotkania. Na początku posiedzenia prosiłem państwa o coś, a teraz przypominam tę wielką prośbę. Bardzo proszę o przesłanie drogą mailową na adres senackiej Komisji Zdrowia w ciągu najbliższych, powiedzmy, dwóch tygodni, swoich uwag. My siądziemy nad tym i postaramy się to wszystko uporządkować. Panów profesorów jeszcze raz proszę o przesłanie nam swoich wykładów.

(Głos z sali: Nie spodziewaliśmy się aż tylu uczestników tego spotkania. Przygotowaliśmy tylko trzydzieści egzemplarzy, a tu... Ja mogę to państwu wysłać. Tak że pozwolę sobie na adres komisji w wersji pdf...)

Bardzo proszę.

Panie Ministrze, jeśli pan pozwoli, to umówimy się na spotkanie, na którym przedstawię wnioski płynące z posiedzenia naszej komisji.

Panie Ministrze, Panie Dyrektorze, serdecznie dziękuję. Paniom i panom senatorom również dziękuję. Szanowni Państwo, prowadzenie tej komisji to był dla mnie zaszczyt. Jestem państwu wdzięczny za przybycie. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 18 minut 43)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii