



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (59.)
w dniu 12 listopada 2013 r.

VIII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat finansowania i dostępności leczenia onkologicznego w publicznych pełnoprofilowych centrach onkologii.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Rafał Muchacki)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie.

Czy pan minister do nas dojdzie?

(Głos z sali: Mamy nadzieję, że tak.)

Szanowni Państwo, rozpoczniemy posiedzenie, a pan minister być może dojdzie do nas w międzyczasie. Najwyżej troszeczkę zmienimy kolejność, według której nasi goście będą zabierali głos.

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam pana prezesa Marcina Pakulskiego, a także wszystkich państwa z ministerstwa. Witam wszystkich gości i, oczywiście, panie i panów senatorów.

Tematem naszego posiedzenia jest, jak państwo wiecie, informacja ministra zdrowia na temat finansowania i dostępności leczenia onkologicznego w publicznych pełno-profilowych centrach onkologii.

W związku z tym, że oczekujemy na pana ministra Chlebusa, może poproszę o wypowiedź pana prezesa Pakulskiego. Panie Prezesie, czy możemy odwrócić kolejność i poprosić pana o zabranie głosu już teraz?

(Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski: Dobrze.)

Dziękuję bardzo.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:

Panie Senatorze! Szanowni Państwo!

Nie wiem, w jakim zakresie powinienem przedstawić to finansowanie, ale może pokrótce powiem, jak to wygląda, posługując się tymi informacjami, które zostały przekazane senackiej Komisji Zdrowia. Jeśli chodzi o finansowanie świadczeń onkologicznych, to w przypadku wspomnianych centrów oczywiście odbywa się ono w takim samym zakresie jak w przypadku innych, niepublicznych podmiotów. Generalnie w przypadku wszystkich podmiotów odbywa się ono według pewnego porządku.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowane są świadczenia z zakresu chirurgii onkologicznej oraz onkologii i hematologii dziecięcej, a w ramach leczenia szpitalnego świadczenia z zakresu chirurgii onkologicznej, hematologii, onkologii klinicznej, transplantologii kli-

nicznej, chemioterapii – to jest chemioterapia wymagająca hospitalizacji – chemioterapii w trybie jednodniowym, chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych i chemioterapii niestandardowej. Programy lekowe obejmują leczenie chłoniaków złośliwych, leczenie zaawansowanego raka jajnika, leczenie czerniaka złośliwego skóry, leczenie glejaków mózgu, leczenie mięsaków tkanek miękkich, leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca, leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego, leczenie przewlekłej białaczki szpikowej, leczenie raka nerki, leczenie raka piersi, leczenie raka wątrobokomórkowego, leczenie szpiczaka plazmatyczno-komórkowego, czyli plazmocytozowego, leczenie zaawansowanego raka jelita grubego i leczenie zaawansowanego włókniakomięsaka guzowatego skóry, a także brachyterapię, teleradioterapię i terapię izotopową.

Świadczenia związane z onkologią finansowane są również w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Chodzi o porady w poradni medycyny paliatywnej, świadczenia w hospicjum domowym oraz świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarnym.

Są jeszcze świadczenia odrębnie kontraktowane, w ramach których finansowana jest pozytonowa tomografia emisyjna, czyli PET.

(Rozmowy na sali)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Przepraszam bardzo, Panie Prezesie.

Szanowni Państwo, bardzo proszę o uwagę, bo jest to ważny temat i chciałbym, żebyśmy wszyscy mogli jak najwięcej wynieść z tych prelekcji.

Proszę kontynuować.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:

Dalej mamy wyszczególnione finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych. Jeśli chodzi o program profilaktyki raka piersi, to finansowanie obejmuje etap podstawowy, etap podstawowy w pracowni mobilnej, etap podstawowy w pracowni stacjonarnej oraz etap diagnostyki pogłębionej. Finansowanie programu profilaktyki raka szyjki macicy obejmuje etap diagnostyczny i etap pogłębionej diagnostyki.

Jeśli będzie taka potrzeba, to przedstawię państwu, jak wyglądają szczegóły dotyczące finansowania poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń, ale sądzę, że państwo

mają dostęp do tych materiałów, tak że na razie nie będą odczytywał tych wszystkich szczegółowych danych.

Oczywiście niewystarczająca dostępność świadczeń jest istotnym problemem, który w jakiejś mierze został uwypuklony przez dane dotyczące czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia. W materiałach, które zostały dla państwa przygotowane, przedstawiliśmy, jaki jest czas oczekiwania na leczenie w publicznych ośrodkach o charakterze pełnoprofilowym. Generalnie czas ten różni się w poszczególnych zakresach świadczeń, niemniej jednak jeśli państwo przeanalizujecie te dane w zakresie przypadków pilnych, to zobaczycie, że nie wyłania się z nich obraz zupełnego braku dostępności świadczeń czy nadmiernie długiego czasu oczekiwania na nie. Również z opinii przedstawianych przez nadzór specjalistyczny wynika, że w niektórych sytuacjach czas oczekiwania na świadczenie nie jest u nas przesadnie długi w porównaniu z innymi krajami. Zresztą problem kolejek wynika również z nieumiejętności uzgodnienia terminów i odpowiedniego zaplanowania leczenia.

Jeśli chodzi o kwotę tak zwanych nadwykonań, to z naszych danych z 31 października wynika, że... Przy czym muszę też powiedzieć, że odnośnie się do danych, które dotyczą okresu niezamkniętego i nierozliczonego, jest dosyć trudne, ponieważ to rozliczanie cały czas trwa, a rozliczenie ostatnich umów z 2013 r. nastąpi dopiero w lutym 2014 r. Niemniej jednak jeśli szanowna komisja tego chce, to mogę przekazać państwu te informacje.

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Proszę bardzo.)

A więc 31 października wartość nadwykonań w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu wynosiła 7 milionów 409 tysięcy 655 zł, w Centrum Onkologii imienia Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy – 17 milionów 193 tysiące zł, w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej – 9 milionów 600 tysięcy zł, w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ w Zielonej Górze – 2 miliony 789 tysięcy zł, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym imienia Mikołaja Kopernika w Łodzi – 12 milionów 623 tysiące zł, w Centrum Onkologii – Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie – 11 milionów 625 tysięcy zł, w Szpitalu Wojewódzkim imienia Świętego Łukasza w Tarnowie – 397 tysięcy zł, w Centrum Onkologii – Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie – 25 milionów 304 tysiące zł, w Opolskim Centrum Onkologii – 1 milion 453 tysiące zł, w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie, to jest w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym imienia Księdza Bronisława Markiewicza – 4 miliony zł, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym imienia Fryderyka Chopina w Rzeszowie – 6 milionów 116 tysięcy zł, w Białostockim Centrum Onkologii imienia Marii Skłodowskiej-Curie – 4 miliony zł, w Szpitalu Morskim w Gdyni – 3 miliony 706 tysięcy zł, w Beskidzkim Centrum Onkologii – 11 milionów 289 tysięcy zł, w Centrum Onkologii – Instytucie imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach – prawie 17 milionów zł, w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach – 7 milionów 897 tysięcy zł, w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW w Olsztynie – 6 milionów 319 tysięcy zł, w Wielkopolskim Centrum Onkologii imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu – 13 mi-

lionów zł, a w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie – 2 miliony 877 tysięcy zł.

Ponadto chciałbym przekazać Wysokiej Komisji, że w dniu dzisiejszym zasięgnęliśmy informacji o sytuacji szpitali w Łodzi, jak również w Grudziądzu. W zeszłym tygodniu te dwa szpitale były przedstawiane jako przykłady rzekomego kryzysu w finansowaniu świadczeń onkologicznych w Polsce, ale ich sytuacja jest dość niejednoznaczna.

W przypadku Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i szpitala w Grudziądzu spór dotyczył tego, iż finansowanie świadczeń z zakresu onkologii zostało określone na poziomie realnego wykonania świadczeń w roku poprzednim i ograniczone do tej właśnie wysokości, co wydaje się działaniem zrozumiałym. Chodziło o to, aby niewykorzystane pieniądze można było przeznaczyć na leczenie pacjentów onkologicznych w innych miejscach. Poza tym dyrektor Pieczka zadeklarował, że na bieżąco finansowane będą świadczenia z zakresu radioterapii, jak również diagnostyka związana z rezonansem magnetycznym.

Z kolei w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym imienia Mikołaja Kopernika w Łodzi problem polega na tym, że w jednym z oddziałów szpital ma nadwykonania na kwotę bodajże 12 milionów zł, natomiast w innym oddziale ma niedow wykonania na kwotę 10 milionów zł. Tak więc spór dotyczy kompensacji tych środków. Jest to mechanizm niezbędny do tego, aby można było w sposób efektywny i elastyczny zarządzać środkami finansowymi, które są w systemie. Jeśli gdzieś mamy jakieś niewykonane świadczenia i stąd budżet jest niewykorzystany, to takie działania są niezbędne do tego, aby sfinansować świadczenia spoza zawartej umowy. Ponieważ wartość wszystkich nadwykonań, które są w naszym systemie, jest większa, niż wynosi cały budżet NFZ, bez takich elastycznych działań nie można by w odpowiedni sposób zarządzać środkami, które są przeznaczane na onkologię.

Biorąc to wszystko pod uwagę, chciałbym powiedzieć, że wszystkie świadczenia związane z onkologią są traktowane przez płatnika publicznego w sposób priorytetowy i finansowane w pierwszej kolejności. Oczywiście naszym naturalnym ograniczeniem jest wysokość budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, który nie jest nieskończony. Finansowanie tych świadczeń może odbywać się z uwzględnieniem mechanizmu przenoszenia środków ze świadczeń niezrealizowanych na te, w których są nadwykonania, ale tylko do wysokości całkowitego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jeśli są jakieś dodatkowe pytania szczegółowe, to służę swoją wiedzą.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie.

Domyślam się, że dzisiaj nie będzie pan mógł się opędzić od pytań, ale zaczekajmy z tym do drugiej części posiedzenia.

Teraz może poproszę o wypowiedź pana ministra Chlebusa.

Dzień dobry, Panie Ministrze. Witam serdecznie.

Proszę o zabranie głosu.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Chlebus:

Dzień dobry państwu.

Szanowny Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Jeśli państwo pozwolą, to w kilku kwestiach uzupełnię informacje podane przez pana prezesa. Zaznaczam jednak, że tak sformułowany temat oczywiście implikuje określoną prezentację danych i określone wnioski. Dlatego też będę cały czas podkreślał, że jest to próba zdiagnozowania sytuacji w zakresie pełnoprofilowych centrów onkologicznych. Skoro zażyczyliście sobie państwo, żeby tak właśnie zaprezentować ten temat, to moja wypowiedź powinna być traktowana jako ocena tylko tychże centrów. Bardzo przestrzegam przed interpretowaniem tej analizy w taki sposób, jakby obrazowała ona stan całej polskiej onkologii. To, czy powinniśmy prezentować dane dotyczące uśrednionych parametrów – na przykład w kwestii kolejek, finansowania, liczby łóżek lub jakiegokolwiek innego parametru, jaki byśmy przyjęli – w kontekście całego systemu, czy też pewnego wybranego segmentu rynku usług medycznych, jest pytaniem otwartym. Oczywiście przyjmuję, że przedmiotem państwa zainteresowania są wspomniane centra, ale bardzo zależałoby mi na tym, żeby formułując wnioski i pytania, pamiętali państwo o tym, że ta analiza traktuje o pewnej bardzo konkretnej rzeczywistości i ma określony zakres.

Jeśli państwo pozwolą, to aby lepiej zobrazować dane, które państwo dostali, poproszę o pokazanie kilku slajdów dotyczących pełnoprofilowych centrów onkologii.

Najpierw tytułem wprowadzenia powiem kilka słów na temat finansowania. Pan prezes częściowo przekazał już państwu te informacje, ale warto pamiętać, że to, co jest priorytetem dla płatnika publicznego, jest priorytetem również z punktu widzenia naszego resortu. Kilka parametrów dotyczących finansowania może to potwierdzić. Dość powiedzieć, że jeśli chodzi o porównanie danych z 2010 i 2013 r., to chociażby w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanie wzrosło ze 138 milionów 224 tysięcy zł do 176 milionów 698 tysięcy zł. Jest to wzrost o prawie 28%. Jeśli chodzi o umowy dotyczące leczenia szpitalnego, to w latach 2010–2013 również nastąpił wzrost finansowania z 2 miliardów 887 tysięcy zł do ponad 4 miliardów zł, czyli aż o 39%. Za chwilę przejdziemy do slajdów, ale wcześniej chciałbym przytoczyć tych kilka liczb, bo w dosyć sugestywny sposób odzwierciedlają one nasze priorytety w finansowaniu i re-alizowaniu polityki zdrowotnej.

Podam też kilka liczb dotyczących poszczególnych segmentów opieki onkologicznej w kontekście czasu oczekiwania pacjentów na świadczenie. Za chwilę pokażę na tych slajdach konkretne dane odnoszące się do poszczególnych ośrodków, ale jeśli chodzi o poradnie onkologiczne w ogóle, to najdłuższy czas oczekiwania na wizytę u specjalisty wynosi od dwudziestu do dwudziestu trzech dni. Taką sytuację mamy w województwie opolskim, śląskim i mazowieckim. Najkrótszy czas oczekiwania wynosi od trzech do ośmiu dni i są to dane dotyczące województwa podkarpackiego i łódzkiego. Jeśli chodzi o poradnie chemioterapii, to naj-

dłuższy czas oczekiwania wynosi od szesnastu do dwudziestu dni, natomiast najkrótszy od czterech do sześciu dni. W przypadku poradni radioterapii najdłuższe okresy oczekiwania wynoszą od trzydziestu siedmiu do czterdziestu ośmiu dni, natomiast najkrótsze od zera do trzech dni. W poradniach onkologii i hematologii dziecięcej najdłuższe oczekuje się od trzydziestu jeden do trzydziestu sześciu dni, a najkrócej od zera do jedenastu dni. Oczywiście w swoich zestawieniach macie państwo dane dotyczące poszczególnych województw, więc ja nie będę już tego przytaczał. W poradniach chirurgii onkologicznej najdłuższy czas oczekiwania wynosi od dziewiętnastu do dwudziestu trzech dni, a najkrótszy od dwóch do pięciu dni. W przypadku oddziałów onkologicznych najdłuższy czas oczekiwania to od osiemnastu do dziewiętnastu dni, a najkrótszy od zera do czterech dni. Na oddziałach hematologicznych najdłuższe okresy oczekiwania są trzydziestotrzydniowe, ale w kilku województwach odbywa się to bez żadnego oczekiwania. Jeśli chodzi o czas oczekiwania na przyjęcie na oddział chirurgii onkologicznej, to najdłuższe trwa to od trzydziestu sześciu do trzydziestu ośmiu dni, a najkrócej od zera do jedenastu dni. W przypadku oddziałów onkologii i hematologii dziecięcej świadczeniodawcy nie stwierdzili kolejek. W pracowniach lub zakładach radioterapii najdłuższy czas oczekiwania wynosi od trzynastu do czternastu dni, natomiast najkrótszy... W niektórych przypadkach przyjęcie jest właściwie natychmiastowe. Oczywiście mówimy o danych ogólnych. Poprzedzam swoją dalszą wypowiedź takim zastrzeżeniem, dlatego że dane dotyczące poszczególnych ośrodków będą wyglądały inaczej.

Pamiętajcie państwo jednak o tym, że mówimy teraz o centrach, które skupiają w sobie właściwie wszystkie profile działania, czyli o centrach pełnoprofilowych. Takie pełnoprofilowe centra obejmują zarówno leczenie radio-terapeutyczne i chemioterapeutyczne, jak i chirurgiczne, a jeżeli chodzi o chirurgię, to też mamy tu do czynienia z pełnym spektrum działań. W związku z tym mówimy o pewnej określonej grupie ośrodków. Oczywiście wszyscy na tej sali pamiętamy, że w tej chwili w wielu zakresach mamy przewagę ośrodków, które są monopprofilowe, czyli wykonują jeden typ albo dwa typy czynności leczniczych, ale w związku z tym, o czym już mówiłem, informacja o takich ośrodkach nie znalazła się w tym zestawieniu. Wspominam o tym dlatego, że rynek usług medycznych w zakresie onkologii jest bardzo specyficzny.

Bardzo proszę o slajd. Przechodzimy już do kwestii kontraktów. Otóż wartość umów o udzielanie świadczeń onkologicznych wzrosła z poziomu ponad 2 miliardów zł do 2 miliardów 191 milionów zł, to jest o 7,7%.

Jeśli chodzi o następny slajd dotyczący kontraktowanych świadczeń onkologicznych, to tutaj również nastąpił wzrost o ponad 7% – z ponad 1 miliarda 900 milionów zł w 2010 r. do powyżej 2 miliardów zł w 2013 r.

Proszę o następny slajd, na którym są dane dotyczące wartości kontraktowanych świadczeń onkologicznych z podziałem na AOS, opiekę paliatywną, świadczenia odrębnie kontraktowane i profilaktyczne programy zdrowotne. Na tym ostatnim wykresie, jak państwo widzicie, krzywa właściwie jest płaska, jednak w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, jak już wspominałem, na-

stał wzrost. W zakresie świadczeń odrębnie kontraktowanych również odnotowaliśmy – według skali, która jest tutaj zamieszczona – wzrost o 24%.

Następny slajd, proszę. Tutaj mamy przedstawione wartości świadczeń, które aktualnie są przedmiotem sporów, jakie zaistniały w poszczególnych ośrodkach. Myślę, że do tego tematu dojdziemy w odpowiedzi na któreś z pytań, więc nie będę uszczegóławiać tej informacji już teraz.

Poproszę o następny slajd. Jeśli chodzi o liczbę osób oczekujących na poszczególne świadczenia, to podkreślam, że mówimy o danych sumarycznych dotyczących ośrodków, które zostały tu wzmiankowane. Na pierwszym slajdzie, który był wyświetlany, zanim zacząłem mówić, była chyba informacja dotycząca tego, o których ośrodkach mowa. Takich pełnoprofilowych ośrodków we wszystkich szesnastu województwach w Polsce jest dziewiętnaście. W kilku województwach się one dublują, ale łącznie mówimy o dziewiętnastu takich ośrodkach. Tak więc chodzi tu o dane sumaryczne.

Prosiłbym jeszcze o powrót do poprzedniego slajdu, mówiącego o osobach oczekujących na poszczególnych oddziałach. Proszę zwrócić uwagę, że właściwie największa liczba osób – w podziale na chorych pilnych i stabilnych – oczekuje na leczenie na oddziale chirurgii onkologicznej. To są dane, które właściwie odzwierciedlają pewną ogólnopolską tendencję. Jeśli chodzi o chorych pilnych, to jest to ponad dziewięćset osób, a jeśli chodzi o chorych stabilnych – dwa tysiące sto osób. Co do pozostałych działów onkologii to na oddziałach ginekologii onkologicznej, jak państwo widzą, mamy dziewiętnaście osób oczekujących w trybie pilnym i trzysta czterdzieści trzy w trybie stabilnym, a na oddziałach onkologicznych – powyżej pięciuset osób w trybie stabilnym i powyżej trzystu osób w trybie pilnym. Na oddziałach onkologii klinicznej czy chemioterapii jest to odpowiednio stu siedmiu i stu trzydziestu oczekujących, podczas gdy na oddziałach radioterapii siedemset osiemnaście osób oczekuje w trybie stabilnym, a czterysta dziewiętnaście osób w trybie pilnym.

Proszę o następny slajd, dotyczący liczby osób oczekujących na miejsce na oddziale chirurgii onkologicznej. Macie państwo przed sobą dane zaprezentowane graficznie, odnoszące się do wszystkich dziewiętnastu ośrodków z podziałem na chorych pilnych i stabilnych. Mam nadzieję, że jest to w miarę czytelne. Te dane są zaprezentowane według innej kolejności, ale widać wyraźnie, że jeśli chodzi o chorych pilnych, to największa liczba osób oczekujących jest w bydgoskim centrum onkologii. To jest ten pierwszy słupek. Na drugim końcu skali widzimy, że czterystu dwudziestu dziewięciu chorych oczekuje na leczenie w tak zwanym trybie stabilnym. Nie wchodząc w bardzo szczegółową analizę sytuacji w poszczególnych ośrodkach, chciałbym powiedzieć, że oprócz takich miejsc jak Białostockie Centrum Onkologii imienia Marii Skłodowskiej-Curie, gdzie nie ma osób oczekujących, w większości ośrodków, jak państwo widzą, chorzy oczekują na leczenie w trybie stabilnym, choć jest też kilka ośrodków, gdzie chorzy czekają również na leczenie w trybie pilnym. Pewnym ekstremum jest sytuacja w ośrodku bydgoskim.

Następny slajd, proszę. Jeśli chodzi o liczbę osób oczekujących na oddziałach ginekologii onkologicznej,

to w ośrodku bydgoskim odnotowaliśmy dziewiętnaście osób oczekujących na leczenie w trybie pilnym. Na tym slajdzie pokazujemy tylko te ośrodki, gdzie w ogóle mamy do czynienia z osobami oczekującymi. Jeśli chodzi o osoby oczekujące na leczenie w trybie stabilnym, to w Wielkopolskim Centrum Onkologii imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu jest ich sto czterdzieści cztery. Jest to przeciwny koniec tej skali. Pośrednie parametry znajdują się w jej środkowej części.

I następny slajd, proszę. Jeśli chodzi o chorych czekających w kolejkach na oddziałach onkologicznych, to tutaj znowu mamy do czynienia z całym spektrum sytuacji, ale skupię się tylko na pewnych ekstremach. Według informacji, które otrzymujemy na bieżąco, w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ w Zielonej Górze jest sto jedenaście osób oczekujących. Drugi taki ośrodek to Centrum Onkologii – Instytut imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie, gdzie sto dziewięćdziesiąt cztery osoby czekają na leczenie w trybie pilnym. Jest też kilka ośrodków ze środkowej części skali, gdzie liczba osób oczekujących na leczenie w trybie stabilnym wynosi od dziewięciu do dwustu trzydziestu pięciu.

Bardzo proszę o następny slajd. Jeśli chodzi o oddziały onkologii klinicznej i chemioterapii, to widzimy tutaj wyraźny prostokąt obrazujący liczbę osób oczekujących na leczenie w trybie pilnym. W Centrum Onkologii – Instytucie imienia Marii Curie-Skłodowskiej w Krakowie jest to sto siedem osób. W kilku innych ośrodkach od kilkunastu do pięćdziesięciu pięciu osób – najwięcej na Dolnym Śląsku – czeka na leczenie w zakresie chemioterapii w tak zwanym trybie stabilnym.

Kolejny slajd dotyczy liczby osób oczekujących na oddziałach radioterapii. Tutaj również mamy dosyć zróżnicowaną sytuację. Jak państwo widzą, z jednej strony w części ośrodków jest tylko po kilka osób czekających na leczenie w trybie stabilnym, ale z drugiej strony zdarza się, że ekstremalnie dużo osób czeka na radioterapię w trybie pilnym. Po prawej stronie skali jest kilka ośrodków, gdzie mamy od kilkudziesięciu do maksymalnie stu czterdziestu dwóch osób czekających na leczenie radioterapeutyczne w trybie stabilnym.

Kolejny slajd obrazuje liczbę oczekujących w poradniach. Najwięcej osób oczekujących jest w poradniach chirurgii onkologicznej, ale proszę zwrócić uwagę, że właściwie operujemy tu danymi dotyczącymi tak zwanych chorych stabilnych. Pilne przypadki dotyczą siedemdziesięciu dwóch osób. Oczywiście znowu mówimy o danych zbiorczych, odnoszących się do całej puli tych ośrodków. Liczba chorych czekających na poradę w trybie pilnym w poradniach onkologicznych to dwieście cztery osoby, podczas gdy w przypadku pozostałych chorych, oczekujących na poradę w trybie stabilnym, są to liczby od pięciu tysięcy osób w poradniach chirurgii onkologicznej, trzy tysiące dwieście trzydzieści pięć osób w poradniach chemioterapii, aż do tysiąca czterystu pięćdziesięciu dwóch osób, jakie łącznie oczekują w poradniach onkologicznych.

Jeśli chodzi o kolejki w poradniach onkologicznych, to w większości sytuacji, jak państwo widzą na tej skali, mamy do czynienia z brakiem oczekujących osób, ale w kilku miejscach, tak jak widać po prawej stronie tej skali, jest

od ponad czterystu do przeszło dwóch tysięcy osób czekających w trybie stabilnym na poradę w poradni chemioterapii. Nie chodzi o leczenie, tylko o poradę jako kontynuację leczenia. W większości tych ośrodków, o których w tej chwili mówimy, parametry te, jak państwo widzicie, wyglądają dobrze. Jeśli chodzi o liczbę oczekujących w trybie pilnym, to właściwie nie mamy żadnych zgłoszeń dotyczących takich osób. Jest kilka ośrodków, na przykład Wielkopolskie Centrum Onkologii czy Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, gdzie w trybie stabilnym czeka od tysiąca dwustu do trzech tysięcy osób. Zdarzają się też pojedyncze sytuacje, w których na świadczenie oczekuje po kilkadziesiąt osób. Mam na myśli poszczególne ośrodki, które są odnotowane na tej skali tuż przed wspomnianymi przeze mnie jako te najbardziej rzucające się w oczy pod względem liczby osób oczekujących.

Na kolejnym slajdzie widać liczbę osób oczekujących na poradę w poradni ginekologii onkologicznej. Tutaj znowu operujemy tylko danymi na temat przypadków stabilnych, bo jeśli chodzi o przypadki pilne, to nie mamy żadnych informacji na ten temat. W większości wypadków dysponujemy informacjami, że chore osoby nie czekają na poradę. Jeśli zaś chodzi o te dwa wspomniane miejsca, czyli Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu i Wielkopolskie Centrum Onkologii, to jest tam odpowiednio sto pięćdziesiąt i dwa tysiące sto osiemdziesiąt pacjentek czekających w trybie stabilnym na poradę w poradni ginekologii onkologicznej.

Kolejny slajd pokazuje, w rozbiciu na poszczególne ośrodki, liczbę chorych czekających na poradę w poradniach onkologicznych. Jest to tak samo podzielone na przypadki pilne i stabilne. Jak państwo widzicie, znowu w większości ośrodków czas oczekiwania w jednej i drugiej sytuacji jest zerowy. Jeśli chodzi o tę część ośrodków, którą wskazuję, to odnoszą się do niej liczby od mniej więcej trzydziestu do – w najbardziej ekstremalnej sytuacji – sześćset dwudziestu trzech osób.

Jeśli chodzi o liczbę oczekujących na leczenie w pracowni czy w zakładzie teloradioterapii, to te dane również prezentujemy w rozbiciu na ośrodki. Właściwie największa liczba chorych oczekujących na leczenie w trybie pilnym to dwieście sześćdziesiąt pięć osób i odnosi się ona do gliwickiego centrum onkologii. Jeśli chodzi o chorych czekających na leczenie w trybie stabilnym, to w poszczególnych ośrodkach jest ich od dziewiętnastu do siedemdziesięciu trzech. Mówię o ośrodkach w Bielsku-Białej, Poznaniu i Białymstoku.

Kolejny slajd przedstawia średni czas oczekiwania na leczenie na poszczególnych oddziałach. Znowu rozbiliśmy to na przypadki pilne i stabilne i zsumowaliśmy dane dotyczące wszystkich instytucji pełnoprofilowych, o których mówimy. Sytuacja wygląda następująco: jeśli chodzi o oddziały chirurgii onkologicznej, to na hospitalizację oczekuje się średnio dwadzieścia dziewięć dni w trybie stabilnym i dwanaście dni w trybie pilnym, na oddziałach ginekologii onkologicznej – dwanaście dni w trybie stabilnym i dwa dni w trybie pilnym, na oddziałach onkologicznych – sześć dni w trybie pilnym i dwanaście dni w trybie stabilnym, na oddziałach onkologii klinicznej czy chemioterapii – trzy dni w trybie pilnym i dziewięć dni w trybie stabilnym, a na

oddziałach radioterapii – dwanaście dni w trybie pilnym i dwadzieścia pięć dni w trybie stabilnym.

Tutaj mamy to rozbite na poszczególne ośrodki. Są to dane dotyczące średniego czasu oczekiwania na świadczenie z zakresu chirurgii onkologicznej, znowu z podziałem na przypadki pilne i stabilne. Jak państwo widzicie na lewym końcu tej skali, na hospitalizację na oddziale chirurgii onkologicznej w Bydgoszczy w trybie pilnym oczekuje się trzydzieści pięć dni. Po prawej stronie widać, że w Wielkopolskim Centrum Onkologii w trybie stabilnym w kolejce czeka się średnio sześćdziesiąt trzy dni. Mamy tu do czynienia właściwie ze wszystkimi możliwymi kombinacjami parametrów. Zakres tych liczb rozciąga się od dwudziestu kilku do – w tej ekstremalnej sytuacji – sześćdziesięciu kilku dni, a więc sytuacja znowu jest niejednolita. W kilku ośrodkach, jak państwo widzicie, w ogóle nie ma potrzeby oczekiwania na leczenie w trybie pilnym, a w kilku innych są to krótkie okresy, od kilku do kilkunastu dni.

Jeśli chodzi o średni czas oczekiwania na oddziałach ginekologii onkologicznej, to mówimy tutaj o okresach od siedmiu dni dla chorych w trybie pilnym – chodzi o ośrodek bydgoski – do dwudziestu czterech dni dla chorych w trybie stabilnym w przypadku Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. Jest też kilka ośrodków, które nie wymagają żadnego oczekiwania, co właściwie oznacza przyjęcie pacjenta w trybie natychmiastowym.

Co do średniego czasu oczekiwania na oddziałach onkologicznych to znowu mamy przed sobą dane rozbite na przypadki pilne i stabilne. W Zielonej Górze i Krakowie w trybie pilnym na leczenie czeka się dwadzieścia sześć czy dwadzieścia pięć dni, a jeśli chodzi o przypadki stabilne, to mówimy o okresach od dziesięciu do czterdziestu sześciu dni.

Jeśli chodzi o średni czas oczekiwania na oddziałach onkologii klinicznej, to w pilnych sytuacjach jest to osiemnaście dni, a w przypadkach stabilnych od pięciu do, w ekstremalnej sytuacji, dwudziestu dziewięciu dni. Dotyczy to ośrodka białostockiego. Jest też kilka ośrodków z zerowym czasem oczekiwania i w trybie pilnym, i w trybie stabilnym.

Kolejny slajd przedstawia średni czas oczekiwania na oddziałach radioterapii. W Bydgoszczy czeka się czterdzieści jeden dni. Jest to średni czas oczekiwania na leczenie radioterapeutyczne w trybie pilnym. Niektóre ośrodki mają zerowy czas oczekiwania, a w pozostałych ośrodkach, sąsiadujących na tej skali z Bydgoszczą, jest to od ośmiu do trzydziestu pięciu dni. Jeśli chodzi o czas oczekiwania na leczenie w trybie stabilnym, to jest to od dziesięciu do siedemdziesięciu sześciu dni, tak jak w wypadku Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej.

Bardzo proszę o kolejny slajd. Jeśli chodzi o średni czas oczekiwania w poradniach, to są to, jak państwo widzicie, uśrednione dane dotyczące wszystkich ośrodków. W poradniach chemioterapii w trybie pilnym oczekuje się dwa dni, a jeśli chodzi o tryb stabilny, to jest to czternaście dni. W poradniach chirurgii onkologicznej czeka się odpowiednio cztery i trzynaście dni, a w poradniach ginekologii onkologicznej średnio po siedemnaście dni w jednym i drugim trybie. Jeśli chodzi o poradnie onkologiczne, to w trybie pilnym czeka się trzy dni, a w trybie stabilnym dziewiętnaście dni.

A tutaj znowu widzimy te dane w rozbiciu na poszczególne ośrodki. Jeśli chodzi o średni czas oczekiwania w poradniach chemioterapii, to w części tych ośrodków, jak państwo widzicie, w ogóle nie odnotowano konieczności oczekiwania. Proszę spojrzeć na to, co jest pokazane na niebiesko. Na leczenie w trybie pilnym trzeba czekać w dwóch ośrodkach. W Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach czeka się dwadzieścia dni, a w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu – trzy dni. W pozostałych ośrodkach zdarzają się kilkunastodniowe okresy oczekiwania na leczenie w trybie stabilnym. Ekstremalnym przypadkiem jest SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Olsztynie, gdzie oczekiwanie na leczenie w trybie stabilnym trwa siedemdziesiąt jeden dni.

Przechodzimy do średniego czasu oczekiwania w poradniach chirurgii onkologicznej. Mniej więcej w połowie ośrodków na tej skali właściwie mamy do czynienia z brakiem oczekiwania, czyli z przyjęciami w trybie natychmiastowym. Widać jednak również kilka innych przykładów. To są te ośrodki, które zaznaczono na niebiesko. Jeśli chodzi o tryb pilny, to właściwie najdłuższy czas oczekiwania, jak państwo widzicie, wynosi dwadzieścia dwa dni. Jeśli zaś chodzi o tryb stabilny, to jest to maksymalnie czterdzieści dni w przypadku Szpitala Wojewódzkiego imienia Świętego Łukasza w Tarnowie.

Kolejne informacje dotyczą średniego czasu oczekiwania w poradniach ginekologii onkologicznej. Właściwie dysponujemy danymi dotyczącymi wszystkich ośrodków, ale pokazaliśmy tu tylko te, w których odnotowaliśmy jakikolwiek czas oczekiwania. W Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu jest to dziesięć dni w trybie stabilnym, a w gliwickim instytucie – dziesięć dni, również w trybie stabilnym. W Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu czeka się osiemdziesiąt siedem dni w trybie pilnym, a sześćdziesiąt trzy dni w trybie stabilnym.

Co do średniego czasu oczekiwania w poradniach onkologicznych, to również, jak widać na tej skali, w części ośrodków przyjęcie odbywa się bez oczekiwania, czyli w trybie natychmiastowym. W pozostałej części ośrodków w trybie pilnym oczekuje się od trzynastu do dziewięciu dni, podczas gdy w trybie stabilnym od dwóch do siedemdziesięciu ośmiu dni w wypadku Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

Kolejny slajd przedstawia średni czas oczekiwania na leczenie w pracowni czy w zakładzie teleradioterapii. Znowu mamy przed sobą dane w rozbiciu na poszczególne ośrodki. Jak widać, w trybie pilnym najdłuższy czas oczekiwania to dwadzieścia dziewięć dni w Gliwicach. W Poznaniu jest to szesnaście dni. To są właściwie jedyne dwa ośrodki, które zgłosiły konieczność oczekiwania na takie świadczenie w trybie pilnym. W trybie stabilnym jest to od dwunastu do trzydziestu jeden dni w Białostockim Centrum Onkologicznym imienia Marii Skłodowskiej-Curie.

Tak wyglądają te dane w rozbiciu na poszczególne ośrodki i poszczególne kategorie. To tyle z mojej strony, bo tak właśnie zrozumiałem pytanie, które skierowaliście państwo do resortu. Dotyczyło ono dostępności leczenia, więc zinterpretowaliśmy je jako pytanie o czas oczekiwania pacjenta na dostęp do poszczególnych zakresów leczenia

onkologicznego. Zastrzegam jednak, że pokazaliśmy, tak jak wspomniałem na wstępie, tylko pewien wycinek rzeczywistości onkologicznej. W związku z tym operowałem danymi dotyczącymi tylko tych konkretnych ośrodków. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Gratuluję. Jestem pod wrażeniem tych bardzo rzetelnych i jasnych materiałów.

W związku z tym miałbym do pana ministra prośbę. Czy te materiały mogłyby tutaj zostać na użytek naszej komisji?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Chlebus: Oczywiście.)

Bardzo panu dziękuję i jeszcze raz gratuluję.

Oczywiście potem będziemy zadawać pytania, ale teraz prosiłbym o zabranie głosu pana Zbigniewa Pawłowicza, byłego senatora.

Dyrektor Centrum Onkologii imienia Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy Zbigniew Pawłowicz:

Panie Przewodniczący, bardzo dziękuję za udzielenie głosu.

Wysoka Komisjo! Panie i Panowie!

Chciałbym serdecznie podziękować panu przewodniczącemu za to, że Wysoka Komisja zechciała pochylić się nad tematem dostępności leczenia w publicznych pełnoprofilowych ośrodkach onkologicznych.

Szanowni Państwo, w połowie roku grupa dyrektorów z szesnastu ośrodków podjęła decyzję, że mimo ograniczonego dopływu finansów trzeba uczynić coś w kwestii organizacji albo naszego współdziałania, tak żeby poprawić dostępność leczenia onkologicznego. Chodziło o to, żeby zaoferować coś społeczeństwu. Na naszych kolejnych spotkaniach...

Swoją drogą miałem na myśli między innymi dyrektorów, którzy są tu obecni, więc jeśli państwo pozwolicie, to chciałbym z tego miejsca złożyć serdeczne gratulacje przedstawicielom ośrodka szczecińskiego i olsztyńskiego za zajęcie wysokiego miejsca w rankingu „Rzeczpospolitej”.

Pozwolę sobie powiedzieć kilka słów na temat tych szesnastu ośrodków i tego, czym one dysponują. Otóż dysponują one, jak państwo wiecie, potężną bazą oddziałów stacjonarnych i łóżek, a ponadto wykonują ponad sześćdziesiąt tysięcy zabiegów operacyjnych. Posiadają też akredytację i certyfikat ISO, jak również mają systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia przewiduje, że do tych szesnastu ośrodków trafiają ponad 2 miliardy zł. NFZ przeznacza na onkologię ponad 4 miliardy zł, tak że jest to mniej więcej połowa całego finansowania onkologii. Myślę więc, że warto pochylić się nad funkcjonowaniem tych szesnastu ośrodków i dostępnością leczenia w nich, i jeszcze raz dziękuję Wysokiej Komisji za to, że się tym zajęła.

Jaką kadrami dysponują te ośrodki? Jak państwo widzą, jest to ponad tysiąc sześćset lekarzy różnych specjalności, jak również ponad pięć tysięcy pielęgniarek.

Jeśli chodzi o aparaturę diagnostyczną, to możemy tu mówić o siedmiu ośrodkach PET i czternastu rezonansach. Dysponujemy też CT, SPECT, gammakamerami, jak również potężną aparaturą do radioterapii.

Proszę państwa, w tym miejscu chciałbym się na chwilę zatrzymać, ponieważ to właśnie w tych szesnastu ośrodkach widać, że bardzo dobrze, przynajmniej w mojej ocenie, funkcjonuje Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych realizowany przez ministra zdrowia. Ośrodki te zostały dobrze wyposażone w aparaturę do radioterapii, ale w naszej ocenie nie ma korelacji między tym, co czyni minister zdrowia, wyposażając je w aparaturę, a tym, co kontraktuje płatnik publiczny.

Nie chciałbym wchodzić w polemikę, ale mimo całego szacunku do pana ministra muszę powiedzieć, że jestem zaskoczony danymi dotyczącymi mojego ośrodka. Jeżeli państwo wejdziecie dziś na stronę internetową bydgoskiego centrum onkologii, to zobaczycie, że tysiące ludzi czekają w kolejkach, podczas gdy tutaj, w czasie prezentacji, widziałem, że pod nazwą mojego ośrodka często była liczba zero. No ale czasami tak bywa.

Proszę państwa, chciałbym teraz przedstawić pewne porównanie. Przepraszam, że robię to na przykładzie swojego ośrodka, ale miałem za mało czasu, żeby zebrać dane ze wszystkich ośrodków i zrobić benchmarking, czyli porównanie mojego ośrodka z innymi. Tak więc uprzejmie proszę Wysoką Komisję, pana ministra i pana prezesa o pochylenie się nad tymi dwoma problemami, które chciałbym tutaj przedstawić. Chodzi mi o porównanie przeżywalności pacjentek z rakiem piersi, u których leczenie rozpoczęło się od diagnostyki i zabiegu operacyjnego w ośrodku niepełnoprofilowym i które później skierowano na leczenie uzupełniające, czyli na chemioterapię i radioterapię, do ośrodka pełnoprofilowego, a także tych pacjentek, które od początku były leczone w ośrodku pełnoprofilowym. Chodzi mi o sytuację, w której leczenie zaplanowano tak, jak powinno się to robić według światowych standardów, a więc z udziałem diagnosty, patomorfologa, chirurga, chemioterapeuty, czyli onkologa klinicznego, i radioterapeuty. Proszę państwa, jak wypada porównanie tych dwóch grup pacjentek? Otóż jeżeli zabieg operacyjny był wykonany w centrum w Bydgoszczy, to potem w ciągu pięciu lat zmarło 5% pacjentek. Jeżeli zaś zabieg był wykonany w tym samym stopniu zaawansowania choroby, ale poza pełnoprofilowym ośrodkiem onkologicznym, to po pięciu latach nie żyło już 45% pacjentek. Nasuwa się tu dramatyczne pytanie: dlaczego my, odpowiedzialni za organizację ochrony zdrowia w zakresie leczenia raka piersi, mimo bardzo dobrze funkcjonujących programów profilaktycznych, doprowadzamy do takiej sytuacji? Proszę państwa, to są konkretne dane z mojego ośrodka. Jeśli ktoś chce to sprawdzić, to służę numerami PESEL. Tak samo wypada porównanie, jeśli chodzi o nowotwór gruczołu krokowego. Jeżeli operacja nastąpiła w ośrodku pełnoprofilowym, to w grupie analizowanych pacjentów śmiertelność po pięciu latach wynosiła 5,8%, a jeżeli poza nim, to – 32%. Tracimy w ten sposób część pacjentów, a później dziwimy się, że...

W wypowiedzi pana prezesa Pakulskiego słyszałem, że nie ma korelacji między ilością nakładów finansowych a wynikami leczenia. Otóż dzieje się tak właśnie przez taką błędną organizację.

Chciałbym przedstawić państwu jeszcze jedno porównanie, tym razem dotyczące czasu oczekiwania na leczenie. W mojej ocenie pan minister przedstawił bardzo obiecujące dane, z których wynikało, że nasi pacjenci wcale nie czekają na leczenie aż tak długo, jak się wydaje. Otóż ja dokonałem analizy sytuacji w moim ośrodku, poczynając od 2005 r. Sprawdziłem, jak czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia wpływa na przeżywalność w okresie pięciu lat. Jeżeli wezmą państwo pod uwagę raka piersi w pierwszym i drugim stopniu zaawansowania, kiedy wykonuje się zabieg oszczędzający pierś plus radioterapię, to czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia do trzech czy czterech tygodni nie ma jeszcze istotnego wpływu na przeżywalność pacjentów, ale mimo wszystko tydzień lub dwa tygodnie to optymalny okres. Jeżeli jednak ten czas jest jeszcze dłuższy, to takie kobiety nie przeżywają następnych pięciu lat. Nie dajemy im szansy na przeżycie, a ich leczenie wcale nie kosztuje nas mniej. Drugie porównanie dotyczyło raka piersi w drugim i trzecim stopniu zaawansowania, gdy stosowana jest mastektomia, chemioterapia i radioterapia. I tutaj sytuacja jest dramatyczna, bo czas oczekiwania może wynosić od jednego tygodnia do dwóch tygodni, a jeżeli jest dłuższy, to wyniki leczenia są dużo gorsze.

Z całym szacunkiem dla płatnika publicznego, ale wydaje on coraz więcej pieniędzy na onkologię, a wyniki się nie poprawiają. I to widać, proszę państwa, na przykładzie Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Wydaliśmy na to ponad 2,5 miliarda zł, ale i tak nie poprawiliśmy wyników leczenia. Zadam to pytanie wprost: dlaczego płatnik publiczny płaci za leczenie raka piersi w ośrodkach do tego nieprzygotowanych? Z całym szacunkiem dla szpitali powiatowych, ale nie są one przygotowane do leczenia raka piersi.

Proszę państwa, jakie przyczyny legły u podstaw naszej decyzji, żeby poprosić Wysoką Komisję o pochylenie się nad tym tematem? Otóż nam jako dyrektorom tych szesnastu ośrodków chodzi o to, żeby pomimo problemów finansowych optymalnie wykorzystać to, czym dysponujemy. Z finansowego punktu widzenia koszty muszą przekładać się na efekty. Uważam więc, że dziś należy mówić nie o pieniądzu, ale o organizacji. Swoje przemyślenia pozwoliłem sobie zawrzeć w trzech wnioskach.

Po pierwsze, nie przedstawiłem tu szczegółowej analizy, bo taka prezentacja byłaby zbyt długa, ale w mojej ocenie niewykorzystany potencjał bazy onkologicznej w tych szesnastu ośrodkach, gdzie zebraliśmy dwunastostronicową ankietę, to około 25%.

Po drugie, uważam, że publiczne pełnoprofilowe ośrodki są gotowe zapewnić pacjentom dostęp do leczenia onkologicznego w ciągu czternastu dni, nawet jeżeli leczenie rozpoczęło się w innym ośrodku. Jak widzieliście państwo na poprzednim slajdzie dotyczącym benchmarkingu, czternaście dni daje największą szansę na przeżycie następnych pięciu lat.

Po trzecie, bardzo prosimy, szczególnie pana prezesa i ministra zdrowia, żebyście się państwo zastanowili, czy w przypadku pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotwo-

rową, potwierdzoną histopatologicznie, nie byłoby warto zapewnić im dostępu do leczenia w ośrodku pełnoprofilowym w ciągu trzydziestu dni. Uważam, że jest to szansa na poprawę wyników leczenia na obecnym poziomie finansowania. Nie proponujemy zwiększenia finansowania, tylko zmianę alokacji środków.

Co proponuje rada dyrektorów? W drugiej części naszej prezentacji pan Tomaszewski przedstawi państwu to, co już stworzyliśmy dla pacjentów, i to, co chcemy stworzyć, tak żeby pacjenci mieli lepsze informacje i świadomie wybierali ośrodek, który gwarantuje najlepszą jakość leczenia. Bardzo proszę.

Specjalista do spraw IT w Centrum Onkologii imienia Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy Tomasz Tomaszewski:

Dzień dobry państwu.

Panowie dyrektorzy pamiętają nasze spotkanie we Wrocławiu, które odbyło się miesiąc temu, kiedy to obiecałem, że w ciągu jednego miesiąca stworzymy portal dla pacjentów. Otóż ten portal jest już prawie w całości gotowy. Zrobiliśmy to po to, żeby pacjenci mieli lepszy dostęp do informacji na temat sposobów leczenia, a także pełnej profilaktyki.

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Ale bardzo proszę o przedstawienie się. Jest to potrzebne do sporządzenia protokołu.)

Tomasz Tomaszewski, reprezentuję Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Tak więc stworzyliśmy portal, który prezentuje publiczne centra onkologii. W jednym miejscu zaprezentowane są wszystkie takie ośrodki, a jest ich szesnaście. Przede wszystkim umożliwia to pacjentom wybór ośrodka, a także szybkie uzyskanie informacji, jakie leczenie jest dostępne w danym ośrodku.

Moja prezentacja zajmie pięć minut. Podział jest taki, że w menu dla pacjenta oferujemy poradniki i informacje na temat tego, jak przygotować się do badania i jaki jest czas oczekiwania na świadczenia, a także jak skontaktować się z lekarzami i gdzie uzyskać pełne informacje, a w menu dotyczącym ośrodków onkologicznych, które de facto jest osobnym portalem, wszystkie szesnaście ośrodków przedstawiliśmy z punktu widzenia tego, czym się one zajmują i co tak naprawdę oferują. Pacjent może bardzo szybko wejść na tę stronę i zobaczyć, jakie są programy profilaktyczne, a także jaka jest odległość od jego miejsca zamieszkania do najbliższego ośrodka onkologicznego. Chcemy, aby do 4 lutego 2014 r. cały portal był gotowy i dostępny dla pacjentów, tak aby mogli oni w jednym miejscu bardzo szybko przejrzeć informacje na temat wszystkich szesnastu ośrodków.

Żeby nie zajmować państwu za wiele czasu, zaprezentuję to na przykładzie Gliwic i Wrocławia. Portal ma nowoczesną formę i zawiera pełny zestaw aktualności na temat tego, co dzieje się w danym ośrodku, komplet informacji dla pacjentów – na przykład jak dojechać do ośrodka i jak przygotować się do badań – a także informacje dotyczące tego, kto tak naprawdę jest po drugiej stronie, czyli kto leczy

w danym ośrodku. Materiały wideo, które się tu znajdują, mogą pomóc pacjentom od razu wybrać właściwy ośrodek. A tutaj jest druga prezentacja, dotycząca Wrocławia. Jak widać layout jest ten sam, ale przedstawione są zupełnie inne informacje, które mogą być istotne akurat dla pacjentów z Dolnego Śląska.

Kolejne elementy, które opracowaliśmy, to pełna informacja na temat profilaktyki i komplet aktualności. Przez ostatni miesiąc nasz zespół zebrał wszystkie informacje, które były publikowane przez tych szesnaście ośrodków, tak aby pacjent mógł na bieżąco wiedzieć, co się w nich dzieje. Jest to podzielone na informacje dotyczące rady dyrektorów publicznych centrów onkologii, aktualności i wydarzenia. Pacjent nie będzie już musiał wchodzić na wiele stron, żeby zebrać te informacje i dowiedzieć się, gdzie może być leczony, bo jest to dla niego udostępnione w jednym miejscu.

Tutaj widzimy przykład tego, jak szybko prezentowane są te placówki. Akurat teraz mamy przed sobą Warmińsko-Mazurskie Centrum Onkologii w Olsztynie, a zaraz zobaczymy Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie i inne ośrodki onkologiczne. Takiej inicjatywy do tej pory nie było. Jest to nasz wspólny front, którego celem jest zapewnienie pacjentom kompletu informacji na temat dostępu do usług świadczonych w tych szesnastu ośrodkach onkologicznych.

Oprócz tego zbudowaliśmy kompletną bazę danych dotyczącą ośrodków, które wspierają leczenie danego typu schorzenia. Chodzi o organizacje pozarządowe, tak więc pacjenci mogą wyszukać różnego rodzaju stowarzyszenia, fundacje i hospicja, które potrafią pomóc w danym problemie.

Popatrzcie na stronę z informacjami dla pacjentów. Można tam odszukać dane schorzenie i wszystko na jego temat, poszczególne ośrodki onkologiczne, bazę danych dotyczącą lekarzy z tych ośrodków, odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania, prawa pacjenta, sposoby komunikowania się z pacjentem oraz organizacje pozarządowe wspierające leczenie.

Na portalu użyliśmy także cytatów ze znanych osób, na przykład Stanisława Tyra czy innych ludzi, którzy już od paru lat współpracują z naszym centrum onkologii. Zrobiliśmy to po to, żeby uwiarygodnić wszystkie te informacje.

Podam jeszcze jeden przykład funkcjonalności tego portalu. Jak pacjent może szybko znaleźć dany ośrodek? Wystarczy, że wpisze dowolne miejsce w Polsce, a system od razu pokaże, jaki ośrodek wybrać i jak do niego dojechać. W ten sam sposób zrobiliśmy także wyszukiwarkę lekarzy i schorzeń. Jest tu komplet informacji. Chcesz wiedzieć, jak dojechać do danego ośrodka? Proszę bardzo. Tak to działa.

W ciągu jednego miesiąca, dzięki pracy szesnastu centrów onkologii, stworzony został taki właśnie portal, który następnie będzie sukcesywnie uzupełniany danymi aż do poziomu wymaganego przez pacjentów, tak aby 4 lutego to wszystko wystartowało.

Jeśli chodzi o poradniki dla pacjentów, to mamy zarówno poradniki w plikach tekstowych, jak i w plikach typu PDF. Najważniejsze, żeby były one przyjazne dla pacjenta. W Warszawie współpracowaliśmy z paroma or-

ganizacjami pacjentów właśnie po to, żeby przetestować, jaki sposób komunikacji jest najwłaściwszy, i to jest efekt naszej pracy. Komunikujemy się prosto, w sposób zrozumiały dla pacjenta.

Spójrzmy na kolejny przykład. Teraz możemy zobaczyć, jak przygotować się do badania diagnostycznego, na przykład do tomografii. Proszę zwrócić uwagę, że tego rodzaju inicjatywa ułatwia pacjentowi zrozumienie tego, co tak naprawdę czeka go w centrum onkologii, a jednocześnie pozwala przygotować się na różnego rodzaju problemy, które wynikają z niedostatecznej dostępności usług.

Dodatkowo jest tu pełna informacja na temat profilaktyki i organizacji pozarządowych. Jeśli chodzi o profilaktykę, to zamieściliśmy tu komplet informacji na temat poradników profilaktycznych, aktualności dotyczące tego, co dzieje się w kwestii programów profilaktycznych, i pewną bazę materiałów wideo. Pacjenci mogą to wszystko oglądać.

W analogiczny sposób użyliśmy tej nowatorskiej formy do tego, żeby umożliwić wyszukiwanie ośrodków wspierających pacjentów. Jest to ostatni element tego portalu, który grupa założona przez radę dyrektorów stworzyła w ciągu jednego miesiąca. To wszystko. Serdecznie dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, myślę, że w tej chwili możemy rozpocząć dyskusję nad tym, co obejrzeliśmy. Co prawda widzę, że niektórzy z państwa prowadzą indywidualne rozmowy, ale może Helena podzieli się z nami swoimi refleksjami. Czy ktoś z pań i panów senatorów chce rozpocząć dyskusję?

(*Senator Stanisław Gogacz:* Ja chciałbym o coś zapytać.)

Pan przewodniczący Gogacz. Proszę bardzo.

Senator Stanisław Gogacz:

Dziękuję bardzo.

W związku z długim okresem oczekiwania pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem na wykonanie świadczenia chciałbym zapytać o konsekwencje faktu, że w Polsce nie ma wystarczającej liczby bunkrów z akceleratorami, dzięki którym przeprowadza się świadczenie radioterapii. Takich bunkrów powinno być chyba tyle, by jeden bunkier przypadał na trzysta tysięcy osób. Proszę mi więc powiedzieć – kieruję to pytanie do pana ministra – jaki ma to wpływ na tak długie okresy oczekiwania na leczenie.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze z pań i panów senatorów chciałby zabrać głos?

Jeżeli nie, to ja pozwolę sobie na parę pytań do pana prezesa Marcina Pakulskiego. Panie Prezesie, była tu mowa o braku korelacji między Narodowym Programem Zwalczenia Chorób Nowotworowych a kontraktowaniem świadczeń. Chciałbym zgłosić panu ten problem, bo rzeczywiście jest on istotny i dotyczy wielu ośrodków.

Otrzymują one z ministerstwa na przykład aparaturę do rezonansu magnetycznego czy akcelerator, ale potem w ogóle nie przekłada się to na kontraktowanie. Niestety już z kilku ośrodków dostałem sygnały, że w takich sytuacjach dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ mówią, że nie będą kontraktowali większej liczby świadczeń. Dlatego prosiłbym pana, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia przyjrzał się temu problemowi i zadbał o korelację z Narodowym Programem Zwalczenia Chorób Nowotworowych. To po pierwsze.

Po drugie, Panie Prezesie, po przeczytaniu materiałów, które przesłał pan do Komisji Zdrowia, przeliczyłem sobie to wszystko i z bólem stwierdzam, że w tej chwili państwo macie... Nazywacie to przedmiotem sporu, ale to są chyba, mówiąc otwarcie, procesy sądowe. Chodzi o kwotę przeszło 80 milionów zł za nieopłacone świadczenia w zakresie onkologii. Wyczytałem z tych materiałów, że w samym województwie kujawsko-pomorskim, czyli w Bydgoszczy, jest to prawie 60 milionów zł. Czy mógłby nam pan powiedzieć, z czego to wynika? Przecież wiemy o tym, że taka sytuacja powoduje zwiększenie kosztów, bo nadwykonania, procesy sądowe, odsetki i tak dalej oznaczają dodatkowe straty. Czy nie ma możliwości podpisania ugód z tymi wszystkimi ośrodkami, które są tutaj wymienione?

Wyliczyłem sobie też mniej więcej koszty tych nadwykonań, o których pan mówił. W tej chwili w całej Polsce sięgają one kwoty 150 milionów zł. To też jest potężna liczba. Jak to się ma do propozycji Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r.? No, ja mogę powiedzieć, że te propozycje, delikatnie mówiąc, odbiegają od aktualnych potrzeb i od wysokości kontraktów z lat ubiegłych. Czy mógłby się pan ustosunkować do tych trzech spraw?

Ale może najpierw głos zabierze pani senator Chybicka. Proszę bardzo.

Senator Alicja Chybicka:

Mam pytanie do pana ministra Chlebusa. Panie Ministrze, powiedział pan, że w ostatnich trzech latach, pomiędzy rokiem 2010 a 2013, środki wydankowane na onkologię wzrosły o 7,7%. Moje pytanie dotyczy tego, jak to wygląda w przeliczeniu na konkretną liczbę chorych. Liczba zachorowań rośnie, więc zastanawiam się, czy rzeczywiście nastąpił jakkolwiek realny wzrost finansowania. Jak to wygląda w przeliczeniu na jednego chorego?

Mam również pytanie do pana prezesa Pakulskiego. Z materiałów, które zostały nam przedstawione, wynika, że ponad połowa środków wydawanych na onkologię wpływa do pełnoprofilowych centrów onkologii, których w Polsce mamy szesnaście, a jednak ich możliwości nie są w 100% wykorzystywane. Czy nie popełniamy błędu już na samym początku? Takie centra, które zapewniają pełnoprofilowe leczenie i dają największe szanse chorym walczącym z nowotworami, powinny być finansowane w takiej wysokości, ażeby aparatura i zasoby ludzkie były maksymalnie wykorzystywane dla dobra chorego. Zwłaszcza że byłaby to oszczędność środków publicznych. Przecież stojący w kolejce pacjent i puste łóżko wbrew pozorom też kosztują, ponieważ pomieszczenia są ogrzewane, a personel i tak pracuje.

Nie za bardzo rozumiem również, jak to jest, że podziału pieniędzy na onkologię i inne świadczenia dokonuje się już na dzień dobry. Rzeczywiście jest to problem, bo jeżeli Narodowy Fundusz Zdrowia na początku roku podzielił finanse i przydzielił tyle i tyle pieniędzy na leczenie poszczególnych schorzeń, to w pewnym momencie może się okazać, że brakuje środków na świadczenia ratujące życie. Z przerażeniem oglądałam te słupki, na przykładzie których pokazywano, że sytuacja w onkologii jest stabilna. Na Boga, cóż tu może być stabilnego? Choroba nowotworowa prędzej czy później doprowadza do śmierci, więc na tego rodzaju świadczeniach nie powinno się oszczędzać. Rozumiem, że są one priorytetowe, tylko że i tak dochodzimy do ściany w momencie, kiedy pieniądze zostały już wydane na inne świadczenia. Być może trzeba by się zastanowić, czy nie powinniśmy pójść w kierunku płacenia lub współpłacenia za niektóre z nich przez chorego. Proszę państwa, co tu dużo mówić, w Polsce i tak ma to miejsce, bo wielu pacjentów chodzi do lekarzy przyjmujących prywatnie. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.
Proszę uprzejmie, pan senator Pupa.

Senator Zdzisław Pupa:

Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowny Panie Przewodniczący!

Ostatnio opinię publiczną poruszyła pewna informacja. W mediach pokazano czterech pacjentów i szpital, który mógł sfinansować leczenie chemioterapią tylko dla jednego z nich. Ludzie pytają mnie często, co z resztą. Czy tych trzech pacjentów jest skazanych na niebyt?

Pan Pawłowicz, dyrektor Centrum Onkologii imienia Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy, powiedział o korelacji, jaka zachodzi między czasem rozpoznania choroby i podjęcia leczenia a długością życia. W związku z tym mam pytanie do pana prezesa i do pana ministra: czy ta zależność nie była panom wcześniej znana? Pan dyrektor Pawłowicz wyraźnie podkreślił, że ma to również związek z kosztami. Straty finansowe, nie mówiąc już o życiu pacjentów, rzeczywiście byłyby relatywnie mniejsze, gdybyśmy wydawali pieniądze we właściwych miejscach i we właściwym czasie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.
Jeśli państwo pozwolicie, to teraz poproszę o odpowiedź pana ministra Chlebusa.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Chlebus:

Szanowni Państwo! Szanowny Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Może zacznę od ostatniego pytania i stopniowo będę wracał do tych wcześniejszych. Pan senator Pupa pytał o pewną relację medialną i o sposób redystrybucji pie-

niędzy. To jest kwestia dotycząca systemu finansowania polskiej służby zdrowia w ogóle. De facto w pewnym stopniu mamy tu do czynienia z medialną manipulacją. Abstrahując od pewnych ewidentnych, nazwijmy to, zaburzeń redystrybucji środków w obrębie tego systemu, sądzę, że pokazywanie i konfrontowanie w mediach czterech osób, spośród których tylko jedna ma zapewnione finansowanie, jest po prostu manipulacją. Myślę, że obecne tutaj osoby zdają sobie z tego sprawę, bo doskonale znają polski system ochrony zdrowia. Jest to wywieranie pewnego rodzaju presji na płatnika publicznego, na decydentów. Jak rozumiem, w pana pytaniu ten rodzaj presji też się pojawił.

Chciałbym jeszcze gwoli wyjaśnienia opisać cały ten mechanizm. Obecnie mamy taką sytuację, że poszczególni świadczeniodawcy konkurują w konkursach, które ogłaszane są przez płatnika publicznego, i w ramach tych konkursów otrzymują pewną pulę środków do wydania. Kilka lat temu mechanizm ten został przyjęty przez polityków jako optymalny, bo zwiększał konkurencję między ośrodkami. To, co działo się w poprzednich latach, jest dla nas pewnym punktem odniesienia. No, można dyskutować z płatnikiem publicznym – pan prezes pewnie szerzej opisz ten problem – czy jest to optymalne, czy nie. Pewnie nie jest to rozwiązanie idealne i można by dążyć do jego optymalizacji, niemniej jednak kontrakt z zeszłego roku jest jednym z kryteriów konkursowych.

W listopadzie zwykle mamy do czynienia z pewną liczbą osób oczekujących na świadczenie, ale w tym wypadku zwiększony dramatyzm tej sytuacji polega na tym, że chodzi o świadczenie onkologiczne. Ośrodek, decydując, czy przyjąć tych chorych, wie doskonale, jakim kontraktem dysponuje. Na pewno ani pan prezes, ani minister zdrowia nie mają takiej mocy prawnej, żeby nakazać mu przyjęcie i leczenie pacjentów w sytuacji, gdy skończył się kontrakt i obiektywnie brakuje na to środków.

Ja zapytałbym raczej o coś innego: dlaczego ludzie, którzy zawiadują takimi ośrodkami, albo lekarze, którzy tam pracują, nie udzielają pacjentom odpowiednich informacji? Wiem, że nie rozwiązałyby to problemu, niemniej jednak dałyby pacjentowi jasny obraz sytuacji. Wystarczyłoby powiedzieć, że u nas czas oczekiwania to na przykład półtora miesiąca albo trzy tygodnie, bo taką mamy kolejkę.

Zresztą kolejka i kontrakt to dwie osobne kwestie. Kolejka tworzy się, gdy liczba chętnych do leczenia się w danym ośrodku przekracza jego możliwości organizacyjne. Taki ośrodek ma podpisany kontrakt i go realizuje, ale musi ustawić chorych w kolejce, ponieważ ze względów organizacyjnych nie jest w stanie leczyć ich w ciągu doby więcej, niż robi to teraz. Drugi aspekt to fakt, że kontrakty wyczerpują się pod koniec roku.

Powinno się obiektywnie informować pacjentów o tych dwóch kwestiach. Wielokrotnie pytałem lekarzy onkologów, dlaczego pacjent nie uzyskuje takich informacji już na wejściu. Załóżmy, że przychodzę do poradni jako pacjent. Dlaczego nie dostaję od lekarza informacji, że czas mojego leczenia będzie dłuższy niż, powiedzmy, trzy tygodnie czy nawet sześć tygodni? Jakkolwiek daleko jest przesunięta granica mojej cierpliwości, jako pacjent chciałbym dostać taką informację. A nawet jeśli już ją dostanę, to dlaczego nikt mnie nie poinformuje,

gdzie mógłbym zostać przyjęty szybciej? Dzisiaj celowo pokazywałem państwu te dane w rozbiciu na poszczególne ośrodki, dlatego że są takie ośrodki, gdzie chory musi czekać siedemdziesiąt dni, ale w tym samym czasie w innym ośrodku może być przyjęty od razu.

Możemy tu polemizować, bo jakość opieki medycznej to temat na długą dyskusję. Nie chcę rozwijać tego wątku, gdyż to, dlaczego pacjent wybiera akurat ośrodek X, wyjaśnia mnóstwo dobrych badań, szczególnie ze Stanów Zjednoczonych. Trzeba jednak oddzielić ziarno od plew, bo pacjenci często kierują się chwytami marketingowymi i informacjami z tak zwanej poczty pantoflowej, dotyczącymi tego, który ośrodek jest dobry, a który zły. Rzeczywiście trzeba przyznać, że słabością naszego systemu jest to, że nie mamy opracowanych obiektywnych mechanizmów oceny jakości i dlatego nie potrafimy porównywać tych ośrodków. To, co mówił pan dyrektor Pawłowicz, mogłoby być jednym z elementów takiego mechanizmu, chociaż tu też miałbym kilka pytań dotyczących metodologii, bo clou tej sprawy sprowadza się do tego, jak zbieramy dane i jak je porównujemy. I dlatego te informacje, które zostały zebrane indywidualnie przez pana dyrektora, nie mogą być punktem odniesienia, ale są dobrym przykładem tego, w którą stronę powinniśmy iść.

Co do istoty wspomnianej sytuacji, która zaistniała medialnie, to jestem pewien, że jesteście państwo w stanie przytoczyć mnóstwo podobnych przykładów z własnego doświadczenia w funkcjonowaniu w życiu publicznym, bo takich sytuacji w naszym kraju jest bardzo, bardzo dużo. Niemniej jednak ten temat tak naprawdę dotyczy czegoś innego. Odwracając pytanie senatora Pupy, zapytałbym, jakie były jego oczekiwania w stosunku do decydentów. Co pana zdaniem miało się stać z tymi czterema osobami nazajutrz po tamtej relacji medialnej? Co miał zrobić minister zdrowia? Nakazać, że chory X, Y i Z mają być leczeni? Jeśli tak, to w jakim trybie? Państwo znacie obecny stan prawny i doskonale wiecie, jak funkcjonuje nasz system. Bardzo chętnie wezmę odpowiedzialność za takie sprawy, w których decyzje ewidentnie należą do naszego resortu, ale pewne mechanizmy systemowe zostały ustalone przez ostatnie lata w trybie bardzo konkretnych procedur. I to jest ich konsekwencja. Tak to po prostu działa. Możemy się zastanawiać, co należałoby zmienić na gruncie prawnym, ale pamiętajmy, że oznaczałoby to bardzo radykalne zmiany systemowe.

Odpowiadając wprost na pytanie pana senatora, myślę, że jeżeli w danym ośrodku mógł być leczony tylko jeden chory, to trzech pozostałych powinno dostać informację, gdzie jest najbliższy ośrodek, w którym może być im udzielona pomoc. Przekazałem państwu dane tylko w zakresie ośrodków pełnoprofilowych, ale przypomnę, że jest jeszcze mnóstwo ośrodków monoprofilowych, leczących na przykład tylko w zakresie radioterapii. W niektórych z nich dostęp do leczenia jest od zaraz, więc kiedy tylko chory dostanie taką informację, może wsiadać w pociąg i... No, przyznaję, że jest to pewna niedogodność, niemniej jednak trzeba położyć nacisk na udzielanie tego typu informacji.

Teraz przejdę bezpośrednio do pytania, które zadał pan senator Gogacz, dotyczącego liczby bunkrów do radioterapii. Nie mam przy sobie tych danych, więc przytoczę je

z pamięci, ale w czasie kilkuletniej realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w Polsce dokonał się przewrót w onkologii. Warto pamiętać o tym, że w ciągu ostatnich siedmiu czy ośmiu lat czas oczekiwania na radioterapię skrócił się średnio dwukrotnie, to jest mniej więcej – przytaczam te dane z głowy – od szesnastu do ośmiu tygodni. Również dwukrotnie, z prawie czterdziestu tysięcy do ponad osiemdziesięciu tysięcy, zwiększyła się liczba chorych poddawanych radioterapii. I to jest odpowiedź na pytanie, czy tych bunkrów jest dużo, czy mało. Jeszcze rok temu mogliśmy się chwalić, że zbliżamy się do tego, by mieć średnio jeden przyspieszacz na bodajże trzysta dwadzieścia tysięcy mieszkańców. Dziś jest tak, że w Europie podwyższyły się standardy, zmniejszając tym samym tę pożądaną liczbę do poziomu mniej więcej trzydziestu tysięcy mieszkańców, i w związku z tym wciąż mamy trochę do nadrobienia. Niemniej jednak akurat w tej dziedzinie, jak wynika z obiektywnych danych europejskich, możemy poszczycić się tym, że nasze parametry są zbliżone do średniej europejskiej, a więc do sytuacji państw, gdzie finansowanie nie tylko tej sfery, ale i całej medycyny jest zdecydowanie wyższe. Tak więc myślę, że jeśli chodzi o liczbę bunkrów, a w domyśle o liczbę przyspieszaczy w naszym systemie opieki zdrowotnej, to naprawdę jest to jeden z parametrów, które możemy bez wstydu pokazywać w całej Europie.

(Głos z sali: W takim razie na Podkarpaciu jest katastrofa.)

Panie Senatorze, tego, co dla pana znaczy słowo „katastrofa”, pewnie możemy dowiedzieć się na podstawie konkretnych danych, ale rozumiem, że nasuwa się panu pytanie o redystrybucję. Przypomnę więc, że nasz resort nie inicjuje powstawania nowych ośrodków. Jest to zawsze oddolna inicjatywa samorządowa lub niepubliczna, a Ministerstwo Zdrowia partycypuje w tym tylko w ten sposób, że doposaża powstające ośrodki. Nie mnie oceniać, dlaczego jest tak, że na Podkarpaciu takiej aktywności jest mniej. Mogę tylko powiedzieć, że tam, gdzie możemy, tak jak ostatnio zrobiliśmy to w kilku miejscach w kraju, doposażamy ośrodki, które o to aplikują, niemniej jednak centralne sterowanie, jak państwo doskonale wiecie, nie leży w naszej gestii. Po prostu, w sensie prawnym, nie możemy tego robić. To jest zresztą ciekawe zagadnienie. Należałoby się zastanowić, dlaczego na Podkarpaciu jest sytuacja, którą pan senator nazwał katastrofą, czyli dlaczego jest tam za mało ośrodków onkologicznych w stosunku do potrzeb. Rozumiem, że chorzy z Podkarpacia ze względów finansowych czy społecznych mogą mieć też utrudniony dostęp do innych ośrodków w pobliżu Podkarpacia, ale to są problemy dotyczące spraw, o których nasz resort nie ma możliwości decydować.

Chętnie zagłębiłbym się w taką analizę, ale myślę, że trochę wykraczałaby ona poza pytanie pana senatora Gogacza dotyczące liczby bunkrów. A liczba ta, na tle uśrednionych danych z krajów europejskich, jest całkiem przyzwoita. Zgodzę się, że wciąż jest ona nieadekwatna do potrzeb, ale i tak w ciągu ostatnich kilku lat nasza sytuacja zmieniła się radykalnie na lepsze. Niemniej jednak jeśli chodzi o średnią liczbę chorych, którzy w ciągu doby są poddawani naświetleniom chociażby w jakimś ośrodku

w Niemczech, to oczywiście u nas na jeden ośrodek wciąż przypada o wiele więcej chorych. To między innymi dlatego we wszystkich polskich ośrodkach obowiązuje prawo, że muszą one mieć po dwa przyspieszacze na wypadek awarii. Nasza sytuacja różni się od sytuacji innych krajów europejskich tym, że u nas te przyspieszacze wciąż działają na pełnych obrotach, ale myślę, że co do liczby bunkrów i przyspieszaczy to zmieniło się bardzo dużo. Przypomnę państwu, że jeśli chodzi o zakup tego sprzętu, to sytuacja wciąż jest progresywna, więc myślę, że w ciągu najbliższych trzech lat nasze parametry zbliżą się do średniej europejskiej.

W wypowiedzi pani senator Chybickiej padło pytanie, jak ogólny wzrost wydatków na onkologię o 7,7% ma się do wydatków w przeliczeniu na jednego pacjenta. Oczywiście możemy to obliczyć, ale teraz nie odpowiem na to pytanie. Przyjmuję jednak ukrytą w nim krytykę. Zgoda, że tych środków jest za mało, ale przecież pani senator doskonale zdaje sobie sprawę z tego, że jeśli chodzi o poziom finansowania, to my kierujemy się regułami ustalonymi w dużej mierze również przez państwa. Chodzi mi o to, ile środków z budżetu ministra zdrowia na mocy ustawy przeznaczają się na zwalczanie chorób nowotworowych. Rodzi się pytanie, czy jest ich wystarczająco dużo, czy za mało. Ja osobiście, jako lekarz, cieszę się, że te środki są, ale patrząc na sytuację epidemiologiczną, oczywiście myślę, że potrzebujemy ich więcej. Doskonale zdaję sobie z tego sprawę, ale nie decydują o tym względy stricte medyczne, tylko polityczne. Jeżeli w tej sprawie będzie konsensus i politycy zdecydują, że mamy przekierować wszystkie środki na leczenie chorób nowotworowych, to oczywiście będziemy je leczyć skuteczniej. Na razie jednak doskonale wiemy, że mamy całe spektrum problemów i nieadekwatność tych środków w stosunku do potrzeb wciąż jest dla nas bolesna. Zdajemy sobie z tego wszystkiego sprawę, ale nie zmienia to faktu, że jeśli chodzi o finansowanie – starałem się to pokazać, przywołując pewne liczby – to tendencja jest wzrastająca.

Przypominam, że z niedoborem finansowania w zakresie potrzeb... No, jest jeszcze kwestia tego, jak zdefiniujemy nasze potrzeby. Nie chcę poruszać wątku rozszerzania zakresu wskazań, bo wydaje się, że akurat w onkologii to zjawisko jest relatywnie mało nasilone, ale w całym systemie opieki zdrowotnej oczywiście ma ono miejsce. W związku z tym nasze środki są konsumowane w coraz większym stopniu, a my wciąż jesteśmy w takiej sytuacji, że finanse są nieadekwatne w stosunku do potrzeb. No ale taka nieadekwatność jest odczuwalna w większości cywilizowanych państw na świecie.

Przypominam, że w państwach, które na system ochrony zdrowia, w tym na leczenie onkologiczne, przeznaczają dużo więcej pieniędzy ze swojego PKB niż my, na ogół również mamy do czynienia z sytuacją, w której chorzy czekają na świadczenie. Pytanie tylko, jak długo czekają i czy to czekanie w znaczący sposób rzutuje na efekt kliniczny, czyli skutkuje tym, że chorzy mają po prostu mniejszą szansę na pozytywny efekt leczenia.

To jest rzeczywiście dramatyczne pytanie, więc zgadzam się z tym, co powiedziała pani senator. Leczenie onkologiczne powinno być traktowane jako sytuacja

zagrożenia życia, bo de facto tym właśnie jest w sensie medycznym. Tak że prosimy o podejmowanie tego rodzaju decyzji. Tak naprawdę powinniśmy kierować się... Od strony medycznej mamy bardzo jasny obraz sytuacji, ale jeśli chodzi o przekierowanie środków na onkologię kosztem innej grupy pacjentów, to przy tak ograniczonym finansowaniu niewiele możemy zrobić.

Chyba wyczerpałem już wszystkie tematy. Jeśli coś pominąłem, to proszę o powtórzenie pytań. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję.

Teraz głos zabierze pan prezes Pakulski, a potem pani senator Zając.

Proszę bardzo, Panie Prezesie.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Pan minister wyczerpująco odniósł się do pytania pana senatora Gogacza, a jeśli chodzi o pytanie pana przewodniczącego, to potwierdzam – i chciałbym to bardzo wyraźnie podkreślić – że faktycznie nie ma żadnej korelacji pomiędzy jakimikolwiek inwestycjami w dziedzinie ochrony zdrowia a planem finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Powiedziałbym, że ta sytuacja ma dwa aspekty. Po pierwsze, nie ma żadnego uregulowania prawnego, które zobowiązywałoby kogokolwiek do tego, aby tę korelację zachować, a po drugie, wydaje się, że przy podejmowaniu decyzji o inwestycjach tak naprawdę nikt nie musi brać pod uwagę stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia, dlatego że nie trzeba uzyskiwać od nas jakiegokolwiek kontrasygnaty, aby na przykład aplikować o środki unijne.

Mamy pewien problem z tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia, jako płatnik publiczny, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych... Dokładnie rzecz biorąc, chodzi o art. 134. Pozwolę sobie zacytować ust. 1 tego artykułu: „Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji”. Zapis ten, niezmienny od 2004 r., oznacza, że poza czynnikami, które stanowią element oferty, żadne inne aspekty nie mogą być brane pod uwagę przy zawieraniu umów w ramach konkursu na świadczenia zdrowotne.

Wobec tego chciałbym nadać słowom pana ministra jeszcze mocniejszy wydźwięk. Być może nadszedł czas, abyśmy rozpoczęli rozmowę na temat tego, jaki charakter konstytucyjny system ten powinien mieć w przyszłości. Ustawa, którą jesteśmy zobowiązani respektować, mówi, że wszyscy świadczeniodawcy powinni być równo traktowani, i poniekąd jest to odpowiedź na zastrzeżenia pani senator Chybickiej i pana dyrektora Pawłowicza. Pojęcia typu „publiczne centrum onkologiczne” czy „centrum onkologiczne o szerokim zakresie wykonywanych świadczeń” nie mają umocowania prawnego. Być może powinniśmy jednak

rozpocząć rozmowę o tym, czy wprowadzić zmiany, które poskutkują tym, że środki finansowe będą wydawane w bardziej efektywny, skuteczny sposób. Bardzo się cieszę, że pan dyrektor Pawłowicz potwierdził tezę, która wcześniej została przedstawiona między innymi przeze mnie, że jeśli chodzi o leczenie onkologiczne, to nie ma jednoznacznej korelacji pomiędzy wzrostem wydatków a poprawą efektów tego leczenia. Jest to widoczne zwłaszcza w przypadku leczenia raka piersi w Polsce, bo wzrost przeżywalności w okresie pięciu lat jest na poziomie 1%.

Powiem szczerze, że problem dotyczy przede wszystkim nieodpowiedniego wydawania środków publicznych, ale także, generalnie rzecz biorąc, podejmowania decyzji o inwestycjach bez korelacji z sytuacją epidemiologiczną na danym terenie i bez uwzględnienia stanowiska płatnika publicznego, który dysponuje określonym budżetem na świadczenia zdrowotne. To nie jest kwestia tego, czy płatnik ma ochotę finansować świadczenia onkologiczne, czy nie. Czasem dochodzi jednak do dylematu, czy lepiej sfinansować więcej świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej, czy wydać więcej pieniędzy na PET.

Co do tych kwot, które są przedmiotem sporu, to powiem tak: ponieważ stronami tego sporu są wojewódzkie oddziały NFZ i konkretni świadczeniodawcy, to nie jestem w stanie powiedzieć w szczegółach, jakich dokładnie umów to dotyczy, ale ponieważ umowy te mają charakter cywilnoprawny, to w sytuacji braku możliwości uzyskania porozumienia w formie ugody po prostu podlegają one ocenie sądu, który rozstrzyga, kto ma rację. Rzecz jasna, dyrektorzy oddziałów mają świadomość ciężącego na nich obowiązku szczególnej ochrony środków publicznych, bo w przypadku przegrania takiego procesu narażają się na spłatę odsetek od tych niewypłaconych kwot. Niemniej jednak musimy mieć wszyscy świadomość tego, że dyrektor oddziału nie ma możliwości zaciągania zobowiązań na rzecz umów, które są niesfinansowane, ponieważ nie ma takiego umocowania prawnego. Budżet NFZ jest ograniczony, więc tak duża kwota sporna akurat w tym województwie faktycznie budzi zdziwienie. Jeśli pan przewodniczący będzie miał takie życzenie, to oczywiście zwrócimy się do dyrektora oddziału wojewódzkiego o szczegółowe przedstawienie przedmiotu tego sporu i odnośnych kwot.

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Tak jest, Panie Prezesie. Prosilibyśmy o to.)

Dobrze.

Co do pytania pani senator Chywickiej odnoszącego się do tego, że być może należałoby się zastanowić, czy nie zwiększyć ilości środków przeznaczanych na centra onkologiczne, to po pierwsze, jest to uwarunkowane brzmieniem pewnych artykułów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a po drugie, sytuacja nie jest tak jednoznaczna. Mamy też ośrodki, które specjalizują się w leczeniu danych typów nowotworów – możemy tutaj mówić zarówno o histopatologii, jak i podejściu układowym – i powiem szczerze, że nawet z mojej niefachowej wiedzy wynika, że nie wszystkie najbardziej wyspecjalizowane ośrodki mieszczą się w centrach onkologicznych. Nie oznacza to jednak, że tymi słowami pragnę w jakiś sposób zdeprecjonować rolę i możliwości tychże centrów.

Jeśli chodzi o finansowanie świadczeń onkologicznych w ogóle, to musimy mieć świadomość tego, o czym powiedział pan minister. Bezsporne jest to, że większość świadczeń onkologicznych faktycznie związana jest z ratowaniem ludzkiego życia. Mając taką świadomość, w pierwszej kolejności staramy się zapewnić finansowanie świadczeń onkologicznych ze szczególnym uwzględnieniem chemioterapii czy radioterapii, niemniej jednak tak naprawdę nie wszystkie świadczenia onkologiczne są związane z ratowaniem życia ludzkiego. Przykładem są chociażby sytuacje, kiedy operuje się zmiany o charakterze łagodnym, bądź też kiedy mamy do czynienia z hospitalizacjami czy poradami, które są związane z obserwacją po leczeniu. Można więc wyróżnić świadczenia, które powinny być realizowane w pierwszej kolejności, i te, które można odłożyć o kilka miesięcy, tak jak w przypadku wizyty kontrolnej.

Z jednego z posiedzeń dotyczących Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych doskonale pamiętam słowa pana profesora Orłowskiego, który mówił o sytuacji, jaka zaistniała w jednym z krajów europejskich. Otóż jego zagraniczny znajomy zwrócił się do niego z pytaniem, czy to normalne, że na wizytę kontrolną kazano mu zgłosić się po sześciu miesiącach. W związku z tym, jak widać, nie jest do końca tak, że wszędzie poza Polską dostęp do leczenia onkologicznego jest natychmiastowy, a pacjenci są przyjmowani z ulicy, choć oczywiście w tym przypadku leczenie powinno odbywać się bez zbędnej zwłoki.

Jeśli chodzi o to, co było prezentowane w mediach przez jedną z dziennikarek, to potwierdzam, że w tej sytuacji doszło do manipulacji pewnymi danymi. Narodowy Fundusz Zdrowia nie wskazuje w kontrakcie, któremu pacjentowi opłaci na przykład świadczenie z zakresu chirurgii onkologicznej czy chemioterapii. Na początku, w czasie przygotowywania umowy, trudno przewidzieć – przykładem tego jest chociażby sytuacja szpitala w Grudziądzu – czy w danym ośrodku świadczenia zostaną wykorzystane poniżej, czy powyżej poziomu określonego w kontrakcie, więc w niektórych sytuacjach świadczenia te są realizowane dopiero na skutek dodatkowych uzgodnień bądź, w skrajnych przypadkach, ugody sądowej czy też po prostu wyroku sądu nakazującego zapłatę.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie.

Prosiłbym teraz o wypowiedzi w następującej kolejności: najpierw pani senator Zajac, a potem pan senator Piecha i pan profesor Maciejewski.

Senator Alicja Zajac:

Dziękuję bardzo.

Jestem gościem tej komisji i chcę opowiedzieć państwu o własnych doświadczeniach z czasów, gdy byłam pacjentem onkologicznym. Do zabrania głosu skłoniła mnie wypowiedź zarówno pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i pana ministra. Otóż chcę oświadczyć panu ministrowi, że to, czy czekanie na leczenie w jakikolwiek sposób skutkuje... Nie wiem, czy pan jest lekarzem. Ja nie jestem lekarzem, ale każdy, tym bardziej lekarz, wie, że stan

psychiczny pacjenta jest kluczem do sukcesu, zwłaszcza w leczeniu chorób onkologicznych. Opowiem panu o własnych doświadczeniach. Znam trochę łacinę, bo jestem biologiem, więc kiedy zobaczyłam wynik swojej biopsji i słowo „carcinoma”, to pomyślałam sobie: no to pięknie. Nie byłam na to w ogóle przygotowana, bo w mojej rodzinie nigdy wcześniej nikt nie chorował na chorobę nowotworową. Lekarz, który wykonywał biopsję, powiedział, że da mi odpowiedni adres i żebym poszła umówić się na szybką operację. Pochodzę z małego miasta powiatowego na Podkarpaciu, więc poszłam do jednego ze szpitali w większym mieście, a lekarz, mimo że działo się to na początku roku, wyznaczył mi termin w drugiej połowie roku. Zapytałam go, czy z takim rozpoznaniem naprawdę mam czekać aż tyle miesięcy, a on do mnie: „to pani chce, żebyśmy wykreślił innego pacjenta i na to miejsce wstawił panią?”. Odpowiedziałam: „nie, dziękuję” i wiedziałam już, że w tym szpitalu moja noga więcej nie postanie. Nie byłam wtedy senatorem. Byłam po prostu zwykłym pacjentem. Zaczęłam dzwonić do różnych znajomych osób z pytaniem, gdzie można się szybko zoperować. Wiedziałam, że w moim szpitalu powiatowym nie przeprowadza się tego typu operacji. Na szczęście znalazł się szpital w Łodzi, gdzie wykonano mi tę operację i powiedziano, że są dwa ośrodki, w których mogę przejść dalszą terapię onkologiczną. Wybrałam jeden z tych ośrodków, który wtedy – zaraz powiem, ile lat temu to było – mieścił się w piwnicach, więc działał w ogromnie trudnych warunkach, ale to tamtejszy sposób traktowania pacjenta postawił mnie na nogi. Było to osiemnaście lat temu, a do tego ośrodka jeździłam jeszcze przez pięć kolejnych lat. Od tego czasu zawsze staram się mówić pozytywnie o służbie zdrowia w Polsce.

Powiem państwu, że dzisiaj wydaje mi się, że w działalności senatorów najtrudniejsze są te sytuacje, kiedy mimo to, że w większości nie jesteśmy lekarzami, przychodzą do nas pacjenci, często z bardzo trudnymi schorzeniami – dotyczy to zwłaszcza rodziców chorych dzieci – a my, wykorzystując różne kontakty i informacje, staramy się tym osobom pomóc. Często dzwoniemy wtedy do ministerstwa i zdarza się, że w ministerstwie pytają nas: „to państwo zajmujecie się takimi sprawami?”. Tak, takimi sprawami też się zajmujemy. I są to sprawy najtrudniejsze.

Chciałabym jeszcze odpowiedzieć panu z Narodowego Funduszu Zdrowia, który zastanawiał się, czy najpierw należy operować pacjentów, czy kupować aparaturę do PET. Otóż myślę, że odpowiedzią na to pytanie jest moja wcześniejsza wypowiedź. Jeżeli pacjent z chorobą nowotworową ma skierowanie na operację, to trzeba go jak najszybciej operować, bo życie jest tylko jedno, a pieniądze można zdobyć i wykorzystać w różny sposób – oby z korzyścią dla pacjentów. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Pani Senator. Cieszymy się, że jest pani z nami.

(*Senator Alicja Zając:* Nie wiem, czy powiedziałam, że działo się to osiemnaście lat temu.)

Tak, tak.

Pan senator Bolesław Piecha. Proszę bardzo.

Senator Bolesław Piecha:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Przyznaję, że nie za bardzo wiem, co powiedzieć, ponieważ jestem zdruzgotany. Otóż wiem, że czasy się zmieniają – jest nawet takie powiedzenie: *tempora mutantur* – ale nie myślałem, że doczekam takiej oto sytuacji, kiedy przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia będą się uskarżali przed senatorami, że nie mogą nic zrobić. Panowie, to po co zostaliście powołani na swoje stanowiska? Przecież to wy macie wszystkie potrzebne narzędzia. Sejm też ma tu troszeczkę do powiedzenia, ale Senat – niewiele.

Każdy widzi, jak jest. Wiemy, że pieniędzy jest mało i że zawsze będzie ich za mało. To jest banał powtarzany przez wszystkich, bo tak to wygląda na całym świecie, tyle tylko, że skoro u nas pieniędzy przybyło, a odsetek przeżywalności w przypadku niektórych typów raka podniósł się tylko o 1%, to znaczy, że cała akcja skończyła się katastrofalnym niepowodzeniem. Podniesiono nakłady zarówno na inwestycje, jak i na leczenie, ale przeżywalność nie wzrosła. Pan profesor wskazywał na fakty, których wymowa jest taka, że mimo większych nakładów zajmujemy przedostatnie czy też trzecie od końca miejsce w Europie.

Oczywiście nie znaczy to jednak, że te środki finansowe można zlekceważyć. Są one bardzo ważne, bo to prawda, że polscy chorzy w dalszym ciągu mają utrudniony dostęp do pewnych nowoczesnych terapii. Przecież nie możemy tłumaczyć chorym, że nie powinni leczyć się z wykorzystaniem nowoczesnych terapii, bo nie ma na to środków.

Zbulwersowało mnie jednak coś innego. Otóż nie za bardzo wiem, co dla panów – to znaczy dla pana ministra i dla pana wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – jest dzisiaj priorytetem. Wygląda to tak, że obowiązujące w Polsce prawo traktujecie jak katechizm, jakby nie dało się go zmienić. Otóż mówię panom wprost: to nie jest katechizm. Takie prawo da się zmienić i można to zrobić zwykłą, a nie bezwzględną większością głosów w Sejmie. Wystarczy jeden mały projekt, jedno głosowanie i prawo się zmieni. Nie ma tutaj żadnych dogmatów. Zwracam się do pana prezesa: może pan apelować do ministra, ale nie do nas, bo my jako senatorowie nie mamy możliwości zmiany tego prawa.

Wiemy, że nasz system jest niewydolny. To, co pokazywał pan profesor, widziałem tylko kątem oka, bo nie mam okularów do dali, ale tam były bardzo ciekawe dane. Okazuje się, że system opieki zdrowotnej w Polsce jest tak zorganizowany, że na dobrą sprawę za 70% terapii zakończonych powodzeniem odpowiada chyba trzydzieści osiem ośrodków. Przeznacza się na nie tylko 50% budżetu, mimo że leczy się w nich 70% chorych, więc gołym okiem widać, że jest tu jakaś nierównowaga. Co to oznacza? Zarządzanie środkami finansowymi jest fatalne. Zgadzam się, że jest to robione w oparciu o prawo, ale już powiedziałem, co o tym prawie myślę.

Mimo apeli i kilku spotkań dotąd nie wypracowaliśmy żadnej strategii rozwoju onkologii. Czy cała onkologia ma opierać się na regionalnych ośrodkach onkologicznych, czy tylko 50%, a reszta będzie budowana po uzgodnieniu? Czy w Polsce ktokolwiek nadzoruje jakość onkologii? Z całym

szacunkiem dla pana dyrektora, ale dla mnie ISO nie jest miernikiem jakości w onkologii. Niemniej jednak powiedział pan, Panie Profesorze, coś bardzo ważnego, a mianowicie że są ośrodki referencyjne, które zazwyczaj nazywa się wieloprofilowymi, i są takie ośrodki, które zaniżają tę jakość. Unikałbym nazw „publiczny” i „niepubliczny”, bo to zbyt skomplikowana kwestia. Zwłaszcza po wejściu w życie nowej ustawy dotyczącej działalności gospodarczej nikt już nie wie, co jest publiczne, a co niepubliczne. Wiemy tylko, że pieniądze są publiczne. Tak więc nie wiem, w którym kierunku idzie ten system.

Od wielu lat mówimy, że najważniejszy jest pacjent, ale teraz jest tak, że porusza się on w tym systemie jak ociemniały. Nikt go nie prowadzi i nikt nie odpowiada na jego pytania, a jeżeli już ktoś odpowie, to tak jak pan prezes – że za tę sytuację odpowiadają niewidzialna ręka rynku i prawo, które zakazuje niepodpisania kontraktu z ośrodkiem mającym niewielkie doświadczenie w wykonywaniu danego świadczenia. My wiemy o tym, że nikt tego nie koordynuje. Czy można to zmienić? Tak, Panie Prezesie. Można to zmienić. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby wprowadzić obligatoryjność tej „słynnej” kontrasygnaty płatnika publicznego na projekcie inwestycji. I mogłoby się to stać pod egidą instytucji mieszczącej się w Pałacu Paca-Radziwiłłów przy ulicy Miodowej. Przecież ministerstwo jednym aktem prawnym – oczywiście po przyjęciu go przez Sejm, ale przy obecnej większości nie byłoby z tym żadnego problemu – może spowodować, że będziemy mieli do czynienia ze skoordynowanymi działaniami. To nie tak, że nic nie da się z tym zrobić.

Jak dla mnie największą porażką była prezentacja pana ministra. To była już totalna porażka. Panie Ministrze, proszę podać definicje i wyjaśnić, czym różni się pacjent oczekujący w trybie pilnym od pacjenta oczekującego w trybie stabilnym, bo za Chiny Ludowe tego nie rozumiem. Panie Prezesie, pan też trochę pomieszał pojęcia. Jeśli ktoś oczekuje na wizytę kontrolną, to nie jest to ani pacjent oczekujący w trybie stabilnym, ani w trybie pilnym. To jest pacjent w trakcie leczenia, który na nic nie czeka, bo ma dokładnie napisany harmonogram i wie, kiedy, gdzie i na jakie badanie ma się zgłosić. Kim jest pacjent stabilny, a kim niestabilny? Czy niestabilny to ten, który chce leczyć się w Podkarpackiem, a stabilny to ten, który czeka na leczenie, powiedzmy, w ośrodku pana profesora? Wygląda na to, że nie, bo pan, Panie Profesorze, ma u siebie bardzo dziwną kolejkę. Pacjentów oczekujących na leczenie w trybie pilnym jest u pana więcej niż oczekujących na leczenie w trybie stabilnym. W niektórych kategoriach widoczna była przewaga pacjentów oczekujących w trybie pilnym nad oczekującymi w trybie stabilnym, więc nic z tego nie rozumiem.

Myślę, że jeżeli cokolwiek dobrego ma wyniknąć z tego posiedzenia, to... Szanowni Państwo – mówię do koleżanek i kolegów senatorów – siedzą tu z nami autorytety medyczne, więc nie zajmujemy się leczeniem, bo to jest domena państwa profesorów. Gwarantuję, że znają się oni na tym lepiej niż my. Zajmijmy się za to kwestią organizacji i pomyślimy, jak to wszystko ma działać. Przecież od wielu lat mówimy o skoordynowanej opiece medycznej. Przepraszam za wyrażenie, ale w onkologii nigdy nie będzie za dużo gospodarki nakazowo-rozdziałowej. Jest

prikaz, wydano kwit, więc pacjent X ma określony harmonogram postępowania diagnostycznego i leczniczego, a jeżeli wyłamie się z tego reżimu, to niestety będzie to grozić zmniejszeniem szans na dłuższe przeżycie. Nie może być mowy o tym, że działa tu jakaś niewidzialna ręka rynku, bo publiczne pieniądze pochodzące z naszych składek muszą być wykorzystane jak najbardziej racjonalnie. Tak że pacjenci niestety powinni podlegać pewnemu reżimowi i uważam, że skoro mamy ośrodki wieloprofilowe, to właśnie one muszą wziąć na siebie ciężar wprowadzenia tego reżimu. Chciałbym, żeby pan profesor Maciejewski i pan profesor Warzocha wiedzieli, co dzieje się w okolicach ich potężnych ośrodków, bo inaczej środki będą rozproszone, a państwo będziecie leczyli powikłania i cały czas chodzili do sądu upominać się już nie o nadwykonania, tylko o świadczenia pozaumowne. Skoro 30% pacjentów leczy się gdzieś indziej i idzie na to połowa budżetu, to już wiem, gdzie wyciekły te setki milionów złotych. Dziękuję, to tyle. Nie mam żadnych pytań.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Teraz głos zabierze dwóch profesorów, czyli pan profesor Maciejewski i pan profesor Warzocha.

Który z panów pierwszy? Pan profesor Maciejewski?

(Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach Bogusław Maciejewski: Tak.)

Proszę bardzo.

Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach Bogusław Maciejewski:

Chciałbym podzielić się z państwem kilkoma komentarzami do tej dyskusji, która się tu toczy, i uściślić definicje pewnych pojęć, które są rozumiane bardzo powierzchownie. Nie mówmy o całej onkologii, ale o tym, że skojarzone leczenie złośliwych nowotworów, prowadzone z intencją wyleczenia pacjenta, jest procedurą ratującą życie. Przecież mamy też grupę chorych poddawanych opiece paliatywnej, którym nie ratujemy życia, ale je przedłużamy. Istotą leczenia skojarzonego nie jest moment rozpoczęcia leczenia, który może być opóźniony nawet do czterech czy pięciu tygodni. Stworzenie choremu możliwie największej szansy na wyleczenie polega na tym, aby całe kompleksowe leczenie było przeprowadzone najszybciej, jak jest to możliwe. Jest to niejako wskazówka, gdzie tacy chorzy powinni być leczyć, ale nie chodzi mi o monopolizację. To nie muszą być wyłącznie centra wielospecjalistyczne, bo jeżeli będziemy dobrze współpracować z ośrodkami monoterapeutycznymi, to chory mógłby być leczony najpierw w jednym ośrodku, a zaraz potem przejść do drugiego ośrodka, gdzie od razu miałby wyznaczony termin przyjęcia, nie tracąc czasu i nie błądząc po Polsce w poszukiwaniu miejsca, gdzie mógłby się leczyć. I to jest pierwsza sprawa.

Pan minister był łaskaw powiedzieć o tym, że w monoterapeutycznych ośrodkach radioterapii czas oczekiwania na leczenie jest zerowy. Panie Ministrze, jest tak dlatego,

że ośrodki te zajmują się tylko radioterapią, a nie leczeniem ostrych powikłań po radioterapii. Przyzwolenie na to, żeby powstawały zakłady radioterapii bez bazy łóżkowej, niestety cofa rozwój radioterapii, dlatego że 70% chorych leczonych radykalną radioterapią wymaga leczenia osłownego. No ale do tego potrzebna jest baza łóżkowa, więc te ośrodki po prostu pozbywają się chorych.

Jeżeli chodzi o leczenie skojarzone w Polsce, to podam bardzo prosty przykład. Kilka lat temu warszawski instytut onkologii zainicjował bardzo oryginalne badania dotyczące chorych na raka odbytnicy. Badania te były bardzo nowoczesne i zupełnie nowatorskie, a polegały na przeprowadzeniu agresywnej radiochemioterapii i natychmiastowej operacji. Była to bardzo specyficzna operacja, bo dotyczyła radykalnego wycięcia *mesorectum*. Takie kontrolowane badania były prowadzone w dziesięciu ośrodkach w Polsce, a ich wyniki budzą szacunek i są cytowane na wszystkich konferencjach w Europie i na całym świecie, ale nie w Polsce. Kandydatów do takiego leczenia, po którym chorzy mają siedemdziesięciopięcioprocentową szansę na zachowanie zwieraczy odbytu, w Polsce są cztery tysiące. W związku z tym odbyty powinien być zachowany u trzech tysięcy z nich, ale jest zachowany tylko u tysiąca, a to dlatego, że rozkłada się to świadczenie na różne ośrodki, które nie prezentują odpowiedniego poziomu jakości i doświadczenia. A przecież byłoby najprościej, gdyby ministerstwo opublikowało listę wspomnianych dziesięciu szpitali i oświadczyło, że chorzy z rozpoznaniem raka odbytnicy mogą leczyć się tylko tam. Na jeden szpital przypadałoby wtedy po czterystu takich chorych.

Następny komentarz dotyczy leczenia operacyjnego. Otóż jeżeli chodzi o onkologię, to nie jest taki złoty środek. Kiedyś tak było, ale już nie jest. W niektórych postaciach raka piersi z agresywnym profilem molekularnym, nawet na bardzo wczesnym etapie zaawansowania, chore powinny być natychmiast leczone agresywną radiochemioterapią, a dopiero potem operacyjnie, ponieważ w przypadku standardowego leczenia wskaźnik przerzutów odległych, które pojawiają się do piętnastu miesięcy po operacji, wynosi 15%, czyli 15% chorych ma przerzuty.

Gdzie w związku z tym możemy poszukiwać dodatkowych środków? Właściwie to nie do końca prawda, że my tych środków mamy za mało. To znaczy generalnie jest ich za mało, ale w niektórych przypadkach dochodzi do ich rozdawnictwa. Jeżeli w gliwickim instytucie onkologii wskaźnik reoperacji wynosi 20%, a w Polsce waha się między 15% a 20%, to oznacza to że w przypadku czterech na dziesięciu chorych NFZ dwukrotnie płaci za to samo świadczenie.

Jeżeli chodzi o sprawę aparatury i bunkrów do radioterapii, którą bardzo słusznie poruszył pan senator Gogacz, to pod tym względem myśmy rzeczywiście wyszli ze średniowiecza. Osiągnięcia Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych mimo naszego malkontenctwa są nie do zaprzeczenia, zwłaszcza że program ten jest bardzo wysoko oceniany na świecie. To prawda, że trzysta tysięcy mieszkańców na jeden przyspieszacz to europejski standard, ale w Polsce przy użyciu jednego takiego aparatu leczonych jest pięciuset chorych rocznie. Rzeczywiście wiele ośrodków nie spełnia tego kryterium.

Tak naprawdę spełniają je tylko trzy województwa, a w pozostałych mamy niedobór tej aparatury, ale chorzy w naszych ośrodkach są leczeni na dwie albo nawet trzy zmiany. Jeżeli liczba chorych leczonych promieniami w szesnastu ośrodkach, o których mówił dyrektor Pawłowicz, stanowi 79,5% wszystkich chorych leczonych tą metodą w Polsce, to tak naprawdę najistotniejszą kwestią jest wprowadzenie porządku w zakresie powstawania nowych ośrodków radioterapeutycznych.

Co jeszcze nam grozi? Proszę państwa, mamy niedobór specjalistów w zakresie chirurgii onkologicznej, radioterapii i chemioterapii na poziomie między 40% a 45%. Apeluję do pana ministra o zwiększenie liczby miejsc rezydenckich na szkoleniach specjalizacyjnych, bo w tej chwili podkupuje się specjalistów z jednego ośrodka do drugiego. Taka jest dzisiejsza sytuacja.

Mówiono tu o tym, że konkursy na świadczenia NFZ mają ustalone pewne kryteria. Otóż są one połowiczne i wcale nie gwarantują dobrej jakości leczenia. Określają tylko ilość aparatury oraz liczbę radioterapeutów, techników, fizyków i inspektorów ochrony radiologicznej, ale nikt nie pyta, jakie jest doświadczenie tych ludzi, a bywa ono różne. W związku z tym proponuję wprowadzenie jednego prostego kryterium mówiącego, że każdy, kto uczestniczy w planowaniu radioterapii, musi legitymować się certyfikatem potwierdzającym doświadczenie w zakresie świadczenia, które wykonuje, otrzymywanym po co najmniej jednorocznym przeszkoleniu. To wymaga tylko podjęcia bardzo prostej decyzji.

Dlaczego jest to potrzebne? Dwa lata temu Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej przeprowadziło anonimową ankietę wśród specjalistów, zadając bardzo proste pytanie: czy potrafisz od początku do końca zrealizować radioterapię trójwymiarową IMRT? Jak państwo myślicie, ilu z nich odpowiedziało, że nie potrafi? Otóż 70%. Tak więc taka sytuacja wymaga również zmian w szkoleniu specjalistycznym przygotowującym lekarzy do wykonywania radioterapii.

Co do chemioterapii to z wyjątkiem nowotworów hematologicznych i układowych, czyli chłoniaków i ziarnicy złośliwej, jest ona leczeniem radykalnym jedynie wtedy, gdy jest skojarzona z radioterapią. Ani neoadjuwantowa, ani uzupełniająca chemioterapia nie jest leczeniem radykalnym, bo nie prowadzi do wyleczenia, tylko do okresowej remisji, po której następuje nawrót choroby.

Mam jeszcze uwagę do sprawy, o której mówił już pan minister. Otóż i ministerstwo, i NFZ są pod medialnym ostrzałem. Nie mówię tego ani z sympatią, ani z antypatią do pana ministra Chlebusa czy do pana ministra Arłukowicza, ale dziennikarze wyciągają na światło dzienne różne incydenty i rzeczywiście przypierają naszych decydentów do muru, pytając, dlaczego nie zrobili nic dla chorego, który wymagał niestandardowej chemioterapii. Proszę państwa, takie pojęcie jak „niestandardowa chemioterapia” nie istnieje w świecie medycyny. Bardzo nie lubię powoływać się na Stany Zjednoczone, bo tamtejszego systemu nie da się tak po prostu przełożyć na nasze warunki, ale to tam właśnie powiedziano, że choremu na raka jak najbardziej należy zapewnić efektywne, skuteczne leczenie, ale w ramach środków, które państwo na ten cel przeznacza.

Jaki był tego efekt? Zaczęto się temu przyglądać i okazało się, że wcześniej koszty leczenia raka prostaty wzrosły z 5 tysięcy dolarów do 64 tysięcy dolarów, a kiedy obcięto wydatki na wszystkie niestandardowe chemioterapie, markery molekularne i tak dalej, z powrotem zmalały one do 5 tysięcy dolarów. W tej chwili posługują się oni prostymi, uznanymi cytostatykami i jest to skuteczne. Kilka miesięcy temu oglądałem w telewizji czterech biednych pacjentów z przerzutami do płuc, którzy bardzo się cieszyli, bo przeszli drogą niestandardową chemioterapię i dzięki temu nie mieli już ośmiu, ale sześć przerzutów. Jeżeli to jest argument za tym, że taka chemioterapia powinna być nie tylko stosowana, ale również opłacana przez NFZ czy przez ministerstwo, to ja bardzo przepraszam, ale trzech z tych czterech chorych zmarło dwa tygodnie po tamtym programie. To nie jest leczenie, które ratuje życie. Ono tylko przedłuża życie o trzy lub cztery miesiące u trzech na dziesięciu chorych.

Jeżeli popatrzymy na kompleksowe leczenie radykalne, to przekonamy się, że koszt takiego leczenia w poszczególnych jednostkach onkologicznych wynosi od 40 tysięcy zł do 50 tysięcy zł. Skoro skuteczność tego leczenia jest na poziomie około 40%, to sześćdziesięciu chorych na stu trafia do grupy leczenia paliatywnego, a ono kosztuje 200 tysięcy zł. W związku z tym jeżeli zintensyfikujemy działania w zakresie poprawy jakości leczenia i zwiększymy wymagania stawiane lekarzom specjalistom, to automatycznie przesuniemy się nie tylko w kierunku większej skuteczności, ale również oszczędności środków, które w moim przekonaniu, choć brakuje mi kompletnej wiedzy o ekonomii, są ogromne.

My, dyrektorzy, mamy pewne sugestie, które chcielibyśmy poddać pod rozwagę panu ministrowi i kierownictwu NFZ. Przede wszystkim nie mówmy tyle o pieniądzach, bo ważniejsza jest kwestia pewnych posunięć merytorycznych i organizacyjnych. Skoro mamy w Polsce dobrze opracowaną mapę epidemiologiczną dotyczącą chorób nowotworowych w poszczególnych województwach, to wiemy, czego możemy się spodziewać, i w związku z tym możemy zaplanować, ile w danym regionie ma być ośrodków onkologicznych i jaki ma być rodzaj i zakres ich działalności. Dotyczy to również aparatury. Jeżeli zaktualizujemy dane na temat sieci ośrodków onkologicznych w poszczególnych województwach, to jasno zobaczymy, w których województwach należy uzupełnić tę sieć o nowe ośrodki, a w których nie ma takiej potrzeby.

Po to, żeby powstawały nowe ośrodki, nie musimy zmieniać prawa. Dlaczego? Otóż w Szwajcarii to minister wydaje promesę na utworzenie nowego ośrodka, a nawet na zakup następnego przyspieszacza. My mamy samorządy, ale przecież nie ma żadnej przeszkody, żeby taką promesę, po uzyskaniu kontrasygnaty ministra, wydawał wojewoda. Jest to bardzo proste rozwiązanie.

Istotne jest również to, o czym już mówiłem, czyli zwiększenie liczebności specjalistycznej kadry poprzez zwiększenie liczby miejsc rezydenckich, a także opracowanie zasad i kryteriów działalności wyspospecjalistycznych zespołów narządowych. Chodzi zarówno o ich działanie wewnątrz centrów onkologii, jak i porozumiewanie się pomiędzy ośrodkami.

Ważne jest też opracowanie programu doposażenia aparaturowego w okresie do 2020 r. Ostatnio słyszałem jednak opinię, że potrzebujemy stu siedemdziesięciu przyspieszaczy linowych. Bzdura. Nie czarujmy się. Jest tu miejsce zarówno dla Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, a więc dla środków z Ministerstwa Zdrowia, jak i dla sektora prywatnego, który może uzupełniać ośrodki publiczne i stanowić dla nas zabezpieczenie.

Kolejna sprawa dotyczy standaryzacji i unifikacji procedur diagnostyczno-terapeutycznych w skali kraju. Nie potrafię podać konkretnych liczb, ale bazując chociażby na doświadczeniach gliwickiego instytutu, jestem święcie przekonany o tym, że często zdarzają się sytuacje, powiedziałbym, niedodiagnozowania albo przediagnozowania pacjentów. Zresztą dotyczy to nie tylko złej diagnostyki, ale i przesadnej terapii, czyli nazbyt radykalnego leczenia chorych.

Ważne jest też to, by poszczególne ośrodki onkologiczne – a przynajmniej te publiczne – opracowały wskaźniki swojej skuteczności, czyli wyleczalności i przeżywalności. To byłaby niejako wizytówka danego ośrodka i legitymacja upoważniająca do wyciągania ręki po pieniądze na świadczenia. Chodzi o zdrową konkurencję, o której wspomniał pan prezes NFZ.

Wreszcie przechodzę do ostatniej kwestii, która przewijała się w tej dyskusji. Pan senator był łaskaw wspomnieć o referencyjności. Otóż tak naprawdę my nie wiemy, jaka jest nasza referencyjność, bo nadajemy ją sobie sami. Mówimy, że mamy na przykład trzeci stopień referencyjności, podczas gdy powinniśmy wprowadzić zupełnie prostą procedurę audytu i kontroli jakości na wzór Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej. Taka kontrola oznaczałaby, że tak powiem, wybebeszenie danego ośrodka i zbadanie przez grupę audytorów wszystkich detali jego działalności. Przez kogo byliby oni powoływani? Żeby nie było żadnego kumoterstwa, minister zdrowia wybierałby ich z grupy ekspertów, których środowisko lekarskie określiłoby jako najlepszych specjalistów w danej dziedzinie. Po uzyskaniu raportu z takiego audytu to właśnie minister nadawałby stopień referencyjności. Każdy ośrodek miałby pełne prawo co trzy lata występować o taki audyt, żeby podwyższyć swój stopień, więc w zasadzie byłby to, że tak powiem, samograj. Taka procedura byłaby jasna i czytelna, a ponadto nie byłoby w niej miejsca na żaden konflikt interesów. Wprowadzenie tego wymagałoby tylko bardzo prostej inicjatywy ze strony Ministerstwa Zdrowia, bo nie ma żadnych przeszkód, żeby zrobić to w formie zarządzenia czy odpowiedniej nowelizacji przepisów prawa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Teraz pan profesor Warzocha. Proszę uprzejmie.

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

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!
Dziękuję bardzo za udzielenie głosu.

W 100% podpisuję się pod postulatami i tezami postawionymi przez pana profesora Maciejewskiego, w związku z czym nie będę ich już powtarzać. Chcę tylko uwypuklić najważniejsze kwestie. Przede wszystkim należałoby zacząć od tego, jaki jest przedmiot tej dyskusji. Pan minister Chlebus mówił o tym, że dzisiejsze spotkanie dotyczy tylko fragmentu rzeczywistości. To prawda, ale jest to fragment, który decyduje o stanie onkologii w Polsce. Proszę zwrócić uwagę, że szesnastu członków rady dyrektorów wielospecjalistycznych centrów onkologii wykorzystuje aż 50% środków publicznych, jakie w naszym kraju są przeznaczane na leczenie onkologiczne, i wykonuje prawie 70% świadczeń, jakie w ogóle realizuje się w Polsce.

Nie wiem, według jakiej metodologii liczony jest odsetek wyleczeń z nowotworów i przeżywalności w okresach pięcioletnich w innych ośrodkach, ale to, co widzicie państwo na tym przeźroczu, to dane z krajowego i mazowieckiego rejestru zachorowań na nowotwory prowadzonego w warszawskim centrum onkologii przez zakład, którym kieruje pan profesor Witold Zatoński. Proszę zwrócić uwagę, że podobnie jak w województwie kujawsko-pomorskim również i tu różnice są bardzo znaczne, w zależności od tego, czy pacjent od początku do końca był leczony w wielospecjalistycznym centrum onkologii, czy też tułał się po różnych ośrodkach. W przypadku kobiet w naszym instytucie wskaźnik ten wynosi 83%, a ogólnie w województwie mazowieckim – 50%. Jeśli chodzi o mężczyzn, to jest to odpowiednio 70% i 30%.

(Rozmowy na sali)

Panie Profesorze Maciejewski, czy mogę poprosić o ciszę? Bardzo mi to przeszkadza, a przecież odnoszę się również do pana wypowiedzi.

Proszę zwrócić uwagę na to, że średni odsetek wyleczeń w Europie jest na poziomie 54%, a Polska od wielu lat, pomimo tego, że ilość środków na świadczenia zdrowotne w onkologii istotnie wzrasta, wciąż zajmuje przedostatnie miejsce. Ostatnia jest chyba Rumunia.

(Głos z sali: Grecja.)

A, przepraszam. Jednak jest to Grecja, która notuje 38% wyleczeń.

W związku z tym należy zapytać, gdzie idą te pieniądze. Ja nie wiem gdzie, ale to, co jest najbardziej niepokojące, wynika z wykresu dotyczącego ośrodków wielospecjalistycznych, który przedstawił pan minister Chlebus. Na przestrzeni ostatnich kilku lat krzywa obrazująca finansowanie tych ośrodków była praktycznie płaska. Nasze doświadczenia to potwierdzają. W Instytucie Hematologii i Transfuzjologii i w warszawskim centrum onkologii wzrost finansowania w ostatnich czterech latach nie nadążył nawet za inflacją, tak samo jak na wykresach przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia. Ale są przypadki, które znacznie odbiegają od tej tendencji. Rok temu w tej Izbie przedstawiałem te same przeźrocza. Niestety należy powiedzieć, że dynamika wzrostu wartości kontraktów w przypadku ośrodków niepublicznych jest pięciokrotnie większa niż w przypadku publicznych ośrodków wielospecjalistycznych.

Szanowni Państwo, ile mamy dzisiaj ośrodków onkologicznych? Jest ich około trzystu pięćdziesięciu i realizują one przeróżne kontrakty. Są to ośrodki wielospecjalistyczne,

monospecjalistyczne albo tylko diagnostyczne. Utrzymują się z pieniędzy płatnika publicznego, ale problem polega na tym, że praktycznie nikt nie kontroluje, w jaki sposób i gdzie one powstają, a dotyczy to nie tylko podmiotów niepublicznych, ale także publicznych. Dzisiaj bardzo często takie ośrodki powstają tam, gdzie ktoś chce załatać sobie dziurę w finansach. Z całą mocą trzeba podkreślić, że dotyczy to również ośrodków publicznych. Bardzo często czytamy, że ktoś planuje otworzyć oddział radioterapii, bo jest to dochodowe, ale nikt nie mówi na przykład o związanym z tym problemie diagnostyki czy chemioterapii, a przede wszystkim o problemie z zatrudnieniem specjalistów w takich ośrodkach.

Proszę zwrócić uwagę na to, że dzisiaj jest to jedno z naszych głównych wąskich gardeł. Gdyby przeanalizować kontrakty podpisane z Narodowym Funduszem Zdrowia przez wszystkie te placówki, okazałoby się, że wykazano w nich dwa razy więcej specjalistów, niż ich posiadamy. Dzisiaj mamy około pięciuset onkologów klinicznych i pięciuset hematologów, którzy leczą też białaczki i chłoniaki. Radioterapeutów też jest około pięciuset, a nowe ośrodki ciągle powstają i nie widać końca tej tendencji.

Do tego wszystkiego trzeba jeszcze dodać wymyślone w ostatnich latach centra kompetencji i centra doskonałości. Szanowni Państwo, proszę nie dać się omamić tymi nazwami. Bardzo ważne jest to, że owa doskonałość jest deklaratywna. Co może nam dać na przykład centrum doskonałości w dziedzinie radioterapii? Otóż radioterapia jest tylko jedną z metod leczenia, a onkologia składa się z wielu dyscyplin. Chemioterapia, chirurgia i radioterapia to tylko części składowe leczenia. Proszę zwrócić uwagę, że oprócz tego ważne są również profilaktyka, rejestry, diagnostyka, psychoonkologia, rehabilitacja, opieka paliatywna, intensywne opieka medyczna, transplantacje itd. Inne specjalności są konieczne, bo w onkologii często pojawiają się powikłania. Tak więc centrum doskonałości w zakresie radioterapii jest bardzo ważne, ale nie rozwiązuje problemu.

Na ten problem można spojrzeć jeszcze inaczej. Czy w każdym województwie mamy tworzyć po kilka centrów doskonałości w zakresie radioterapii? A jeśli tak, to kiedy powiedzieć „koniec”? Są jeszcze pomysły, żeby zamiast centrów doskonałości budować centra kompetencji w zakresie poszczególnych nowotworów, ale wiąże się z tym dokładnie ten sam problem. Założmy hipotetycznie, że na przykład w takim *breast cancer unit* rozwiązałibyśmy problem raka piersi i że byłoby to wspaniałe specjalistyczne centrum kompetencji zajmujące się wszystkim, od profilaktyki aż do rehabilitacji i leczenia powikłań. Tylko że i tak powstałoby pytanie, ile takich centrów mielibyśmy tworzyć w poszczególnych województwach i czy każdemu typowi nowotworu musielibyśmy poświęcić osobne centrum kompetencji.

Możemy też pójść w kierunku innego rozwiązania, nie rezygnując z tamtych pomysłów. Przede wszystkim trzeba powiedzieć, że system opieki onkologicznej nie tylko w Polsce, ale w każdym rozwiniętym kraju opiera się na pewnej podstawie, którą stanowią wielospecjalistyczne centra onkologii, przy czym uważam, że powinny być one certyfikowane. Jak mówił już pan profesor Maciejewski, dzisiaj opiera się to na deklaracjach. Ktoś może deklarować,

że jest na trzecim poziomie referencyjności, ale nawet my sami nie wiemy, co przez to rozumieć. Pomysłów na rozwiązanie tego problemu jest bardzo wiele, ale w każdym razie wielospecjalistyczne centra powinny być certyfikowane w kwestii leczenia określonych chorób. Należy je też okresowo audytować. Jeśli któreś z nich nie spełniałyby norm, to albo musiałyby zamknąć działalność w danym obszarze, albo dostałyby warunkową prolongatę, a za rok miałyby jeszcze jedną kontrolę w tej sprawie. A więc można działać na różne sposoby.

Tak właśnie zorganizowana jest między innymi publiczna służba krwi w Polsce. Dzisiaj w trakcie przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych zdarza się stosunkowo mało powikłań właśnie dlatego, że to wszystko jest certyfikowane i okresowo audytowane. Zgodę na prowadzenie działalności w tym zakresie wydaje minister zdrowia na podstawie opinii wystawianych przez różne instytucje kontrolujące regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Wielokrotnie padało tu dzisiaj pytanie, co możemy zrobić, by było lepiej. Szanowni Państwo, półtora roku temu ja i inni specjaliści z centrów onkologii z Warszawy, Gliwic, Poznania, Bydgoszczy, Kielc i innych ośrodków zostaliśmy poproszeni o stworzenie propozycji zmian dotyczących referencyjności. To jest system, który absolutnie musi zostać wprowadzony, zwłaszcza że nie wiązałoby się to z jakimiś nowymi nakładami finansowymi. Byłaby to tylko kalka istniejących już systemów. Te wszystkie trzysta pięćdziesiąt ośrodków należy przyporządkować do różnych poziomów referencyjności według kwalifikacji personelu i posiadanej infrastruktury.

Mamy pewną propozycję dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Być może należy jeszcze przedyskutować ten problem, ale naszym zdaniem można zastanowić się nad wprowadzeniem, oczywiście za zgodą ministra zdrowia, zróżnicowania wyceny świadczeń w zależności od posiadanego stopnia referencyjności. Utrzymanie bazy szpitalnej i specjalistów w wielospecjalistycznych centrach onkologii, na przykład w Warszawie, Gliwicach czy Krakowie, które zatrudniają sześć i pół tysiąca ludzi i mają sam już nie wiem ile akceleratorów, jest czymś innym niż... My dysponujemy całą gamą świadczeń onkologicznych – diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych – więc oczywistą sprawą jest to, że realizacja świadczeń onkologicznych musi u nas kosztować więcej niż w tak zwanym centrum doskonałości czy w centrum kompetencji, które skupia się tylko na fragmencie rzeczywistości onkologicznej.

Te problemy, które były przedstawiane wcześniej, w szczególnie jaskrawy sposób dotyczą warszawskiego centrum onkologii. Ośrodek ten jeszcze niedawno miał problemy przede wszystkim organizacyjne, bo nie wykorzystywał środków na realizację świadczeń, które gwarantował Narodowy Fundusz Zdrowia, i stopniowo się zadłużał. Przez dwa lata udało się nam poprawić funkcjonowanie tego centrum do tego stopnia, że dzisiaj kontrakt realizowany jest w 100%, a nawet go przekraczamy. Płatnik publiczny został tym niejako zaskoczony, bo dzisiaj nie dostajemy wszystkich pieniędzy za zrealizowane świadczenia. Przy okazji dziękuję Ministerstwu Zdrowia i Narodowemu Funduszowi Zdrowia

za to, że po naszych błagalnych listach doszło do skutecznej interwencji w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ, dzięki czemu pozyskaliśmy część tych środków. Nasuwa się jednak pytanie, czy taką samą akcją mamy przeprowadzać co kwartał albo co pół roku. Na dzień dzisiejszy zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec naszego centrum to około 50 milionów zł, a przecież nie chodzi nam o to, żeby podstawową rolę dyrektora takiego ośrodka było dbanie o to, czy w kasie znajdują się pieniądze za wykonane świadczenia. To nie jest zarządzanie jednostką, tylko po prostu gaszenie pożaru. Niestety nie mam tutaj odpowiedniej mapki, ale przecież chodzi o jednostkę, która świadczy usługi onkologiczne dla mieszkańców wszystkich gmin w tym kraju z wyjątkiem dwóch.

(*Głos z sali: Jednej.*)

A nawet jednej. Nie wiem, jak to się stało, ale była to jedyna gmina, z której w tamtym roku nie mieliśmy żadnego pacjenta.

Przecież chcąc naprawiać czy ulepszać naszą rzeczywistość, nie możemy nie doceniać wielospecjalistycznych centrów onkologicznych. O pozostałe ośrodki można dbać w dalszej kolejności, bo one i tak jakoś sobie radzą. Nie mają nadwykonań ani nie muszą zamykać drzwi przed pacjentami, bo ta działalność po prostu im się opłaca. Ponadto nie mają nad sobą właściwie żadnej kontroli. Działają w rzeczywistości wolnorynkowej konkurencji i, jak słyszeliśmy od pana prezesa NFZ, tak powinno być, bo tak nakazuje prawo i w tej sprawie nie można nic zrobić.

Otóż można. Kardiolodzy już zaczynają wprowadzać referencyjność, więc zrobimy to samo w onkologii. Szanowni Państwo, rok temu na polecenie pana ministra Bartosza Arłukowicza podjęliśmy trud stworzenia projektu nowego systemu na bazie istniejących ośrodków wielospecjalistycznych, dwuspecjalistycznych i monospecjalistycznych. Nie chcemy zabraniać tworzenia nowych ośrodków, ale musimy nadać im wszystkim stopnie referencyjności, bez względu na to, czy ich właścicielami są osoby prywatne, czy są to ośrodki publiczne. To jest nieważne. Kto chce mieć możliwość realizowania świadczeń onkologicznych za pieniądze płatnika publicznego, powinien poddać się certyfikacji. Jak już mówiłem, propozycje dotyczące referencyjności zostały przygotowane na prośbę pana ministra. Zajęli się tym specjaliści pod kierownictwem konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej pana profesora Macieja Krzakowskiego. Propozycje te wysłano do Narodowego Funduszu Zdrowia dokładnie rok temu, ale nie otrzymaliśmy żadnej odpowiedzi na to pismo. Tak więc skoro projekt leży w szufladzie, to można by go przynajmniej poddać dyskusji.

Co dałoby nam wprowadzenie go w życie? O tym mówił już pan profesor Maciejewski. Chodzi po prostu o to, żeby pacjenci nie błakali się po ośrodkach. Pacjent z rozpoznaniem lub z podejrzeniem choroby nowotworowej musi przede wszystkim trafić do wielospecjalistycznego ośrodka, który zapewnia kompleksową diagnostykę. Na początku zespół specjalistów w zakresie co najmniej trzech dyscyplin, czyli radioterapii, chemioterapii i onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej – czasami potrzebne są też inne specjalności, jak na przykład hematologia czy transplantologia – powinien ustanowić indywidualny plan leczenia takiego

pacjenta. Onkologia nie może opierać się na szczęśliwym lub mniej szczęśliwym zbiegu okoliczności. Bardzo ważne jest to, jakie metody zostaną zastosowane, oraz to, w jakim czasie i w jakiej kolejności się to stanie. W związku z tym dopiero po uzyskaniu opinii takiego zespołu, a jest to możliwe tylko w centrach wielospecjalistycznych, można ustalić, czy pacjent ma być od początku do końca kompleksowo leczony w takim właśnie ośrodku, czy też na jakimś etapie leczenia można go skierować do ośrodka o niższym poziomie referencyjności. Ale to wszystko powinno być z góry zaprogramowane i realizowane z głową, a nie od przypadku do przypadku lub na zasadzie: proszę przyjąć do nas, bo na pewno pana zoperujemy i napromiemy, a potem się zobaczy. A dzisiaj niestety w wielu przypadkach tak właśnie się dzieje.

Ja też nie za bardzo lubię powoływać się na wzorce amerykańskie, niemniej jednak są to dobre wzorce. Szanowni Państwo, z ust prezesa pewnego towarzystwa naukowego wielokrotnie słyszeliśmy, że narodowe instytuty onkologiczne w Stanach Zjednoczonych nie zajmują się leczeniem pacjentów. Otóż zajmują się. Wszystkie takie ośrodki, włącznie z National Cancer Institute i NCCN, siecią ośrodków wielospecjalistycznych działających wokół NCI, mają charakter naukowy, ale również – a może przede wszystkim – zajmują się one doskonaleniem metod diagnostycznych i leczniczych. Rok temu w tej Izbie przypomniano, że w 1971 r. prezydent Stanów Zjednoczonych Nixon podpisał tak zwany National Cancer Act. To jest bardzo ważne, bo dzięki niemu przeznaczono wiele publicznych środków na tworzenie nowych ośrodków, które wprawdzie zajmują się badaniami naukowymi, ale nie tylko tym. Proszę wpisać w wyszukiwarce hasło „NCI”, „NCCN” czy „National Cancer Act”. Akt ten obowiązuje od roku 1971 r., czyli już czterdzieści dwa lata. Jego celem było stworzenie, utrzymanie i rozwój nowych wielospecjalistycznych centrów onkologii. Sieć NCCN powstała w Stanach Zjednoczonych ponad sto lat temu. Swego czasu istniał tylko NCI. Dziesięć lat później było już sześć nowych ośrodków, a czterdzieści lat później tych ośrodków było dwadzieścia jeden. Gdy podpisywano National Cancer Act było ich czterdzieści dwa, a dzisiaj jest sześćdziesiąt osiem, przy czym pięćdziesiąt dwa z nich to ośrodki zajmujące się wielospecjalistycznym leczeniem chorych na nowotwory. Nauka też jest tam rozwijana, ale jakby przy okazji.

W krajach cywilizowanych narodowy plan walki z rakiem oparty jest przede wszystkim na wielospecjalistycznych ośrodkach diagnozujących i leczących chorych na nowotwory. I to jest właściwie najważniejsza informacja, którą chciałem państwu przekazać. Wydaje mi się, że nie zwiększając wcale nakładów, ale racjonalizując wykorzystanie środków, możemy spowodować poprawę efektywności profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Szanowni Państwo, czas przewidziany na posiedzenie komisji już minął, ale przedłużyliśmy je, dlatego że dyskusja była fascynująca.

W związku z tym chciałbym jeszcze tylko ją podsumować.

A może pan minister chciałby powiedzieć dwa słowa? Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Chlebus:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Szkoda, że ogranicza nas czas, bo rzeczywiście poruszono tu bardzo dużo wątków. Chociaż nie było pytań kierowanych bezpośrednio do mnie, to chciałbym w kilku zdaniach ustosunkować się do paru kwestii. Pan senator Piecha zarzucił nam, że na coś się uskarżamy. Panie Senatorze, nie uskarżamy się. Chcieliśmy tylko stwierdzić stan faktyczny, bo skoro padły pytania, dlaczego jest tak, jak jest, to warto było odróżnić kwestie, o których decydujemy na bieżąco, od tych, które wymagałyby zaawansowanych zmian prawnych, co tak naprawdę oznaczałoby zmianę koncepcji systemu ochrony zdrowia. To są sprawy, które oczywiście są dla nas jasne, ale w tej dyskusji starałem się oddzielić te dwie kwestie i dlatego powoływałem się na stan prawny.

Jeśli chodzi o śmiertelność, to pan senator znowu użył bardzo radykalnego sformułowania, mówiąc, że nakłady wzrastają, a śmiertelność właściwie się nie zmienia. Otóż tak naprawdę znowu operujemy tu ogólnymi danymi, które zostały kilkakrotnie zacytowane, ale zapewniam pana senatora, że w przypadku kilkunastu szczególnych sytuacji klinicznych – mamy tu do czynienia z konkretnymi rozpoznaniem – w ciągu ostatnich kilku lat te parametry dosyć istotnie poprawiły się w skali kraju. Dotyczy to chociażby nowotworów jelita grubego. Mamy jeszcze kilka takich budujących przykładów, więc myślę, że dla osób, które nie do końca śledzą tę sytuację, ważne jest, żeby padły takie informacje.

Kolejna kwestia dotyczy tego, co zostało szczególnie mocno zaatakowane przez pana senatora Piechę, a mianowicie podziału pacjentów na przypadki pilne i stabilne, który jest zawarty w tym zestawieniu. Pokazałem państwu tę prezentację w celu lepszego zobrazowania sytuacji, tak żeby komisja miała możliwość szybszego przyswojenia danych z tego tabelarycznego zestawienia, którym państwo dysponujecie. To nie jest w porządku, gdy mówi pan, że podział ten jest zupełnie bez sensu. Pan senator jako lekarz powinien doskonale zdawać sobie sprawę, że tak nie jest. Nie będę rozwijał tego wątku, ale dla lekarza, który musi ocenić pilność działań medycznych, jest to dosyć oczywiste. Onkolodzy będący na sali znają ten temat wielokrotnie lepiej ode mnie, więc powiem tylko jedno: to lekarz ocenia pilność działania, a przecież już kilka razy padło tu w różnych kontekstach stwierdzenie, że pilność leczenia chorych jest zróżnicowana również w zakresie chorób nowotworowych. I nie mówię tu o oczywistościach, bo gdy ktoś jest zagrożony niedrożnością jelit, to wiadomo, że trzeba go natychmiast wysłać do szpitala, więc pilność leczenia nie podlega dyskusji. Pan senator doskonale o tym wie. Niemniej jednak pilność w zakresie rozpoznania on-

kologicznego także podlega ocenie i stratyfikacji, dlatego że część chorych, o czym już tutaj mówiono, to pacjenci paliatywni. Warto pamiętać o tym, że onkolog dokonuje takiej stratyfikacji również na wejściu i że jest to uprawnione. Możemy dyskutować, na jakich zasadach się to odbywa, ale wydaje mi się, że podważanie całej procedury jest ze strony pana senatora pewnym zabiegiem socjotechnicznym, który ma uwiarygodnić pańską tezę, ale niestety od strony medycznej broni się słabo.

Poza tym dziękuję panu profesorowi Maciejewskiemu za kilka ważnych stwierdzeń, które dotyczyły tego, że dobra terapia wymaga skonfigurowania kilku specjalności onkologicznych.

Jeśli chodzi o dane dotyczące raka odbytnicy, to oczywiście my też nimi dysponujemy. Wielokrotnie dyskutowałem na ten temat z onkologami, ale to jest jeden z wielu przykładów tego, że bardzo często wola pojedynczego lekarza czy też oddziału, który decyduje o terapii, zwycięża nad zaleceniami. Te zalecenia są znane, więc otwarte pozostaje pytanie o kontrolę jakości postępowania z chorymi.

Co do zwiększenia liczby miejsc rezydenckich to ten postulat jest już zrealizowany. Wszystkie priorytetowe specjalności dostały maksymalną liczbę takich miejsc, zgodnie z liczbą miejsc akredytacyjnych i liczbą miejsc zgłoszonych przez wojewodów.

W kwestii map potrzeb zdrowotnych też panuje między nami absolutna zgodność, bo w gotowej już ustawie o zdrowiu publicznym jest o tym mowa. Zresztą wspominaliśmy już o tym niejednokrotnie.

Chcę też powiedzieć, że bardzo się cieszę z tego, że na tej sali padły krytyczne słowa dotyczące terapii niestandardowych. Stosowanie takich terapii to coś, z czym jako lekarz bardzo mocno się nie zgadzam. Splot różnych okoliczności z poprzednich lat spowodował, że mamy taki status quo, jaki mamy, tak więc bardzo się cieszę, że padły tu takie słowa. Trwają rozmowy z płatnikiem publicznym, ze środowiskami pacjenckimi i ze środowiskiem onkolo-

gów, aby w pełni zlikwidować ten relikwyt przeszłości, który bardzo trudno obronić zarówno od strony medycznej, jak i ekonomicznej.

Kończąc swoją wypowiedź, odniosę się jeszcze tylko do słów pana profesora Warzochy. Muszę sprostować, że tych danych, na które pan profesor się powoływał, nie było w mojej prezentacji. Wykresy, które pokazywały poziom finansowania, dotyczyły profilaktycznych programów zdrowotnych i świadczeń odrębnie kontraktowanych. To nie miało nic wspólnego z finansowaniem ośrodków. To tyle gwoli wyjaśnienia, bo pan profesor powoływał się na moją prezentację. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

W imieniu pań i panów senatorów z Komisji Zdrowia chciałbym pana o coś poprosić. Nie będzie to proste, ale nasza komisja spróbuje przygotować wnioski wynikające z tego posiedzenia, więc znając przychylność pana ministra, chcielibyśmy potem spotkać się z panem jeszcze raz i przedstawić te wnioski. Taką samą prośbę kieruję też do pana prezesa Pakulskiego, zwłaszcza że o ile z ministerstwem mamy naprawdę bezproblemowe kontakty, za co dziękuję panu ministrowi, o tyle w przypadku Narodowego Funduszu Zdrowia są one dość utrudnione. No ale obecność pana prezesa na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia pozwala mieć nadzieję, że będziemy mogli się jeszcze spotkać i wspólnie przedyskutować te tematy.

Na koniec powiem jeszcze, że troszkę prześlizgnęliśmy się po sprawie portalu dla pacjentów, za który panu dyrektorowi Pawłowiczowi należą się ukłony. Ten portal, który państwo stworzyliście, szalenie mi się spodobał i myślę, że będzie służył nam wszystkim. Uważam, że jest to krok we właściwą stronę.

Szanowni Państwo, bardzo dziękuję za obecność.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 33)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii