



SENAT RP

# ZAPIS STENOGRAFICZNY

---

---

---

**Posiedzenie**  
Komisji Zdrowia (65.)  
w dniu 18 marca 2014 r.

VIII kadencja

---

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat stanu polskiej urologii w zakresie leczenia dorosłych i dzieci.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Rafał Muchacki)

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dzień dobry, witam państwa serdecznie.

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia poświęcone informacji ministra zdrowia na temat stanu polskiej urologii w zakresie leczenia dzieci i dorosłych.

Witam pana ministra Piotra Warczyńskiego – dzień dobry, Panie Ministrze. Witam pana prezesa Pakulskiego. Witam konsultantów krajowych do spraw urologii dziecięcej i dorosłych.

Pozwólcie państwo, że in gremio przywitam wszystkich przybyłych państwa, ze wszystkimi tytułami... Wybaczcie państwo, że nie będę witać wszystkich państwa, że tak powiem, ad personam. Witam panie i panów senatorów.

Szanowni Państwo, to jest temat na czasie, temat, który jest interesujący dla naszych pacjentów, jak również ludzi zdrowych będących w pewnym wieku.

Jeśli pan minister by się zgodził... Czy pan minister chciałby zacząć, czy najpierw poprosimy konsultantów krajowych o zabranie głosu? Jak pan minister sobie życzy?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński: Wolalbym jako pierwszy. Ja bardzo krótko...)

To bardzo proszę, Panie Ministrze. Proszę uprzejmie.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie!

Chciałbym bardzo krótko przedstawić stan faktyczny, jeżeli chodzi o urologię, czyli opowiedzieć o liczbie specjalistów, o liczbie świadczeniodawców, o liczbie łóżek, o dostępności. Myślę, że pan prezes również chciałby zabrać głos – teraz czy później – i powiedzieć kilka słów na temat finansowania. Chciałbym także powiedzieć o nowych procedurach, które czekają na rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Sytuacja wygląda tak, że w Polsce na sto tysięcy osób przypada dokładnie 2,8 specjalisty urologa. Jeżeli chodzi o liczby wymierne, to w zakresie urologii mamy tysiąc dwieście trzydziestu dwóch specjalistów, z czego zawód wykonuje tysiąc stu siedemdziesięciu sześciu. Jeżeli chodzi o urologię dziecięcą, w przypadku której jest znacznie, znacznie skromniej pod każdym względem, to wykonujących zawód mamy pięćdziesięciu specjalistów z zakresu urologii dzie-

cięcej. Troszkę lepiej to wygląda, jeżeli chodzi o szkolenia specjalizacyjne: w ich trakcie jest trzystu trzech urologów osób dorosłych i czternastu urologów dziecięcych.

(Głos z sali: To niewiele.)

No tak... Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie urologii i urologii dziecięcej z roku na rok stopniowo, wprowadzie minimalnie, ale spada. W AOS mamy w tej chwili prawie ośmiuset świadczeniodawców, natomiast w leczeniu szpitalnym jest prawie dwieście takich podmiotów.

Jeżeli chodzi o liczbę łóżek, to mamy trzy tysiące pięćset siedemdziesiąt trzy łóżka, co daje nam wskaźnik 0,9 na dziesięć tysięcy osób. Wykorzystanie tych łóżek bez wskazania przyczyny, dlaczego tak się stało... To wykorzystanie w zakresie urologii jest dosyć niskie, ponieważ wynosi 61,4%. Można powiedzieć, co oczywiście nie do końca jest prawdą, że na sto łóżek w ciągu roku czterdzieści stoi pustych. Chciałbym tylko wskazać, że wytyczne WHO dotyczące wykorzystania łóżek mówią o 85% w przypadku łóżek dla dorosłych i 75% w przypadku łóżek dla dzieci, ze względu na sezonowość zachorowań dzieci.

Czas oczekiwania jest, powiedziałbym, średni: w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wynosi mniej więcej dwa miesiące, a w przypadku leczenia szpitalnego dzieci waha się od jednego do czterech miesięcy. Oczywiście dotyczy to przypadków stabilnych, nie pilnych i na pewno nie nagłych.

Na koniec chciałbym powiedzieć, że minister zdrowia zlecił prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych przygotowanie rekomendacji co do czterech nowych procedur urologicznych: neuromodulacji krzyżowej w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych; wprowadzenia protezy metalowej do moczowodu albo cewki moczowej; leczenia raka stercza skupioną wiązką ultradźwięków, czyli tak zwana metoda HIFU; leczenia chirurgicznego raka gruczołu krokowego z zastosowaniem systemu robotowego. W tej chwili oczekujemy na rekomendacje w tymże zakresie. I to pokrótce wszystko. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Panie Prezesie, czy pan – zwracam się do pana prezesa Pakulskiego – na tym etapie chciałby zabrać głos, czy...

(Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski: Jak pan woli.)

To bardzo proszę.

Pan prezes Marcin Pakulski. Bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Marcin Pakulski:**

Wartość umów w zakresie urologii od 2008 r. systematycznie wzrastała. Ta wartość w 2008 r. wynosiła 441 milionów 955 tysięcy zł, a w 2013 r. – 624 miliony 157 tysięcy. W ostatnich latach ten wzrost jest mniej dynamiczny, niemniej jednak zauważalny. W 2012 r. to było 613 milionów zł. Jeśli chodzi o dane dotyczące poszczególnych... Ja może przedstawię, jak to się kształtowało. W zakresie urologii dla dorosłych, czyli, powiedzmy, zakresu niewydzielonego dla dzieci, kształtowało się to tak: w 2010 r. – 527 milionów zł; w 2011 r. – 573 miliony zł; w 2012 r. – 576 milionów zł; w 2013 r. – 586 milionów zł. W zakresie urologii dla dzieci: w 2010 r. – 15,24 miliona zł; w 2011 r. – 16,7 miliona zł; w 2012 r. – 14,7 miliona zł; w 2013 r. – 14,4 miliona zł. To są wartości świadczeń rozliczonych.

Średnia wartość hospitalizacji – to jest być może ciekawa informacja – w 2008 r. kształtowała się na poziomie 1 tysiąca 489 zł. W 2012 r. wzrosła do 2 tysięcy 83 zł i nastąpiła pewnego rodzaju stabilizacja – w 2013 r. były to 2 tysiące 78 zł. Według dotychczasowych danych z 2014 r. – bardzo skromnych rzecz jasna – wartość ta jest na poziomie 1 tysiąca 975 zł.

Jeśli chodzi o liczbę hospitalizacji, to kształtuje się ona na stałym poziomie – to jest mniej więcej trzysta tysięcy hospitalizacji rocznie. Pewien wzrost zaobserwowany był w 2009 r. – z trzystu czterech tysięcy do trzystu dziewięciu tysięcy – po czym nastąpiła stabilizacja na poziomie trzystu pięciu, trzystu czterech tysięcy w 2013 r.

To może tyle, jeśli chodzi o dane. Jeśli będą jakieś pytania, także odnośnie do poszczególnych procedur, to jestem w stanie na nie odpowiedzieć i jeszcze przedstawić coś na ten temat.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Pewnie będą, Panie Prezesie. Dziękuję bardzo.

Teraz poproszę konsultantów krajowych... Nie wiem, czy głos zabierze najpierw pani profesor, czy pan profesor? Jak państwo ustalili?

*(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska: Pan profesor jest ważniejszy.)*

Ważniejszy? Nie... *(Wesołość na sali)* Wszyscy państwo są dla mnie...

*(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska: Ważniejszy, bo większy... Ma całą urologię.)*

Ach, dobrze. To poproszę pana profesora Marka Sosnowskiego, konsultanta krajowego, o zabranie głosu.

Proszę, Panie Profesorze.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii  
Marek Sosnowski:**

Dziękuję bardzo.

Ja chciałbym w imieniu wszystkich urologów serdecznie podziękować panu senatorowi i całej komisji senackiej za zainteresowanie się tym problemem. Środowisko urologiczne...

*(Brak nagrania)*

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii  
Marek Sosnowski:**

...Co nas boli. Być może pewne rzeczy... Nie wiem, czy muszę mówić do mikrofonu, czy może wystarczająco głośno mówię...

*(Głos z sali: Do mikrofonu prosimy...)*

Do mikrofonu. Dobrze.

*(Głos z sali: To się będzie nagrywało.)*

Czy teraz mnie słyszać?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

*(Głos z sali: Jeden trzeba wyłączyć, a drugi włączyć.)*

A teraz?

*(Głos z sali: Jeden trzeba wyłączyć, żeby drugi działał.)*

Pierwszy raz tu występuję, więc proszę mi wybaczyć... Chociaż nie, pięć lat temu wraz z panem profesorem Borówką byliśmy na posiedzeniu tej komisji. To było dla nas bardzo miłe spotkanie.

Szanowni Państwo... Piotr, poproszę o następny slajd.

Pewne dane, które tutaj... Nie, ja sobie nie dam z tym rady, bo jestem za bardzo emocjonalnie... Poproszę kogoś z kolegów, żeby mi pomógł.

Nasze dane troszeczkę różnią się od tych, które przekażał pan minister. Ja mam dane z ośrodków, ilu jest urologów czynnych. Są również urolodzy, którzy pracują na emeryturze. Wiemy, że ta liczba wynosi powyżej tysiąca. Wskaźnik, którą ja podaję – 2,4 urologa na sto tysięcy osób... To jest różnie w różnych województwach, Panie Ministrze – od 3,8 do 1,8; średnio 2,5 urologa na sto tysięcy osób. Jeżeli chcecie państwo to porównać z tym, jak jest w Europie... W Europie Zachodniej jest mniej – na sto tysięcy osób przypada 1,6–1,8 urologa, a w państwach środkowoeuropejskich ten wskaźnik wynosi 3,5–5. Tak że różnice są duże.

Mamy w Polsce piętnaście klinik urologicznych, sto siedem oddziałów urologicznych, w tym trzy oddziały urologii w ośrodkach onkologicznych. Ja tutaj nie uwzględniłem pododdziałów czy urologów pracujących na chirurgii, bo o tym... Nie jest to tematem mojego dzisiejszego wystąpienia.

Od 1997 r., proszę państwa, obowiązuje w urologii egzamin europejski, równoważny z polskim, przygotowany i przeprowadzany przez European Board of Urology. Polscy urolodzy od tego roku uzyskują tytuł FEBU – Fellow of the European Board of Urology.

Mamy osiemdziesiąt pięć klinik i oddziałów urologicznych, które posiadają akredytacje w zakresie kształcenia poddyplomowego. Trzeba podkreślić, że istnieje pięć klinik i oddziałów, które posiadają akredytację europejską – te pięć klinik może kształcić urologów z całej Europy i ci urolodzy mogą zdawać egzamin europejski. Na trzysta trzydzieści sześć miejsc akredytacyjnych kształcimy obecnie dwieście siedemdziesięciu sześciu adeptów, w tym stu osiemdziesięciu ośmiu ma miejsca rezydenckie Ministerstwa Zdrowia. Ta liczba wiąże się z możliwościami, które... Dany oddział może przyjąć do kształcenia tyle osób, ilu dotyczy kontrakt.

Urologia – to chyba wszyscy wiedzą – zajmuje się schorzeniami układu moczowego u kobiet i mężczyzn, schorzeniami układu płciowego u mężczyzn, powikłaniami urologicznymi w przebiegu leczenia innych schorzeń, profilaktyką.

Następny slajd. Chcę podkreślić, bo chyba nie do wszystkich to dociera, że 50–60% czasu pracy wszystkich oddziałów i klinik urologicznych wypełnia uroonkologia, czyli urologia onkologiczna. A więc w zasadzie większość naszego czasu poświęcamy diagnostyce i leczeniu nowotworów urologicznych oraz powikłań urologicznych.

Proszę o następny slajd. Te numery... To jest zgodnie z klasyfikacją ICD-10.

Proszę o następny. Teraz przejdę do liczb. Ostatnie publikacje pana profesora Zatońskiego, jeśli chodzi o zachorowalność w Polsce... To dotyczy 2010 r. Proszę, żeby państwo zwrócili uwagę na to, że w 2010 r. na sto czterdzieści tysięcy zachorowań w Polsce na nowotwory złośliwe urolodzy zajmowali się dwudziestoma dwoma tysiącami pacjentów, co stanowi 20%. Jeśli chodzi o mężczyzn, to my leczylimy w tym roku osiemnaście tysięcy mężczyzn, co stanowi 26%. A zatem co czwarty mężczyzna w Polsce leczony na nowotwór złośliwy jest leczony przez urologa.

Poproszę o następny slajd. Co szósty wykryty nowotwór, proszę państwa, dotyczy układu moczowo-płciowego, u mężczyzn – co czwarty. Zgodnie z tym, co mówił pan prezes Pakulski, obserwujemy stały postęp w diagnostyce, w technikach chirurgicznych, jak również w skojarzonym leczeniu. Obserwujemy postęp w diagnostyce obrazowej, skuteczniejsze leczenie radykalne, jak również wprowadzamy minimalnie inwazyjne zabiegi.

Na tym slajdzie przedstawiam doniesienia pana profesora Zatońskiego. Chodzi tu o częstość występowania w latach 2007–2010... Dzięki temu możecie państwo porównać, jak w ciągu trzech lat wzrasta zachorowalność w Polsce. Niestety ona nadal będzie rosła. Po pierwsze, rak stercza, mężczyźni. W 2010 r. mieliśmy dziewięć tysięcy dwieście zachorowań. W tym roku, w 2014 r., być może będzie to około dziesięć tysięcy.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Właśnie. Po drugie, nowotwór pęcherza moczowego. Drugi najczęstszy... Niezwykle istotne w leczeniu, w onkologii urologicznej... W roku 2010 było sześć tysięcy trzysta zachorowań. Rak nerki – cztery tysiące sześćset. Rak jądra – zdecydowanie mniej, jak tu widzimy.

Leczenie operacyjne i diagnostyka. Te liczby ilustrują sumy zabiegów w 2012 r. według sprawozdania Narodowego Funduszu Zdrowia i według mojej wiedzy – sprawozdawali mi to ordynatorzy i kierownicy klinik. Proszę państwa, leczono siedem tysięcy nowotworów pęcherza. To leczenie polega przede wszystkim na diagnostyce, na elektroskopolii przezcewkowej. Ponieważ 75–80% tych nowotworów to nowotwory nienaciekające, co trzy miesiące wymagają one standardowej kontroli i reelektroskopolii. A więc jeżeli mamy siedem tysięcy rozpoznań, to 80% z tych przypadków musimy za trzy miesiące ponownie obejrzeć i jeżeli jest wznowa nowotworu, od razu wycinać. Urolog musi leczyć systematycznie, w określonym czasie, według określonych standardów.

Wykonaliśmy, proszę państwa, pięćdziesiąt dwa tysiące cystoskopolii diagnostycznych w celach kontrolnych w roku 2012. Podkreślam ten kod i podkreślam cenę za cystoskopolie, jaka obowiązywała w 2012 r. – dwadzieścia punktów, 1 tysiąc zł. Niestety trzeba tu mówić także o pieniądzach.

Dalej: rak pęcherza moczowego. Niestety w Polsce, Chorwacji i Rumunii śmiertelność z tego powodu wzrasta. W pozostałych dwudziestu siedmiu krajach europejskich śmiertelność na raka pęcherza spada. Wiele czynników się na to składa. Ja mówię o zagrożeniu.

Dalej: rak gruczołu krokowego. To domena nie tylko urologii, ale i radioterapii i onkologii. Jeśli chodzi o leczenie operacyjne... Proszę zwrócić uwagę: prostatektomia radykalna jako możliwość leczenia radykalnego, ale tylko takiego raka, który jest ograniczony do narządu, bez przerzutów. W Polsce wykonaliśmy dwa tysiące siedemset takich zabiegów. Przy użyciu robota da Vinci, który znajduje się tylko w jednym miejscu – we Wrocławiu w szpitalu profesora Witkiewicza... Kolega wykonał dwadzieścia trzy prostatektomie, które finansowało ministerstwo nauki, a nie Narodowy Fundusz Zdrowia.

Kolejny slajd. W ciągu dziesięciu lat obserwujemy zwiększenie możliwości leczenia radykalnego, czyli, można powiedzieć, wyleczenia nowotworów stercza. Liczba chorych poddanych radioterapii jest w tej chwili mniej więcej taka sama lub nieco wyższa. Pan profesor Fijuth, który jest tu obecny, mógłby nam tę tematykę przybliżyć.

Proszę o następny slajd. Żeby rozpoznać te dziesięć tysięcy nowotworów złośliwych stercza rocznie, trzeba wykonywać biopsję stercza. W 2012 r. biopsji stercza wykonaliśmy, według sprawozdania narodowego funduszu, dwadzieścia pięć tysięcy siedemset. Fundusz płacił nam 1 tysiąc 500 zł za każdą hospitalizację i biopsję.

Proszę o następny slajd. W 2013 r. pojawiły się nowe propozycje oszczędnościowe w całej Polsce, dotyczyły one przede wszystkim urologii. Prezes funduszu zamierzał przenieść procedury diagnostyczne – cystoskopie kontrolne po operacjach elektroskopolii, jak również procedury związane z podejrzeniem nowotworu, ale i biopsje stercza – do poradni urologicznych. Moja opinia jako konsultanta, opinia naszego środowiska i towarzystwa naukowego była negatywna, byliśmy temu przeciwni. Ta opinia jest potwierdzeniem opinii, którą wyrażał już kilka lat temu pan profesor Borówka, od początku tworzenia systemu JGP. Jak powinna wyglądać, proszę państwa, biopsja stercza? To nie jest pobranie jednego wycinka. To musi być działanie z użyciem sondy rektalnej, bardzo dokładnie sterowanej – pobiera się dziesięć lub dwanaście wycinków w znieczuleniu specjalną igłą, żeby jak najmniej... Te dziesięć wycinków musi być opisane przez patologa. Każdy z tych wycinków musi być odpowiednio pokrojony, tak że jedna biopsja to blisko sto preparatów histopatologicznych. To wszystko, proszę państwa, wpływa na przebieg leczenia tych ludzi.

Następny... Przepraszam, cofnijmy o jeden... Dlaczego naszym zdaniem jako środowiska nie można wprowadzić, zgodnie z postulatami Narodowego Funduszu Zdrowia, tych zabiegów – mówię o cystoskopolii w przypadkach raka pęcherza i o biopsjach stercza – do poradni? Pierwsza i najważniejsza rzecz, proszę państwa, jest taka: poradnie urologiczne nie są wyposażone w odpowiedni sprzęt. Podpisanie umowy poradni urologicznej z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług... Tam nie ma wymogu posiadania cystoskopów i nie ma wymogu posiadania ultrasonografów ze specjalnymi sondami rektalnymi.



Wobec tego uznaliśmy, że jest niemożliwe... Druga rzecz: bardzo niska wycena procedur. Jak państwo tu widziecie, cystoskopia, piętnaście punktów, w poradni kosztowała 135 zł – to była propozycja funduszu – co w porównaniu do 1 tysiąca zł, które mieliśmy w czasie hospitalizacji... Żeby wykonywać te biopsje diagnostyczne – mówię o trzydziestu tysiącach biopsji stercza i pięćdziesięciu tysiącach cystoskopii – poradnie muszą mieć pieniądze. Niestety dyrektywa funduszu była taka: macie procedury zabiegowe w poradni i 20% z tego, co jest przeznaczone, idzie na te procedury zabiegowe.

Proszę o następny slajd. My proponowaliśmy, żeby wprowadzić dwu-, trzyletni okres przygotowawczy. Chodziło o to, żeby wszystkie szpitale i ośrodki mogły zebrać środki finansowe na zakup tego całego sprzętu, przygotować sale zabiegowe. To są naprawdę duże wydatki. Uważaliśmy, że trzeba zwiększyć wycenę procedur ambulatoryjnych i zwiększyć kontrakty poradni urologicznych.

Następny poproszę. Pani prezes w 2013 r. wprowadziła rozporządzeniem obniżenie procedur diagnostycznych w szpitalach. Cystoskopia przezcewkowa, która kosztowała dwadzieścia punktów, 1 tysiąc zł, została przeniesiona do specjalnie utworzonej grupy 104 za cenę pięciu punktów, 260 zł. I od 2013 r. tyle ta cystoskopia w szpitalu kosztuje. Proszę sobie policzyć... Za wykonanie czterdziestu pięciu tysięcy cystoskopii w 2012 r. fundusz zapłacił klinikom i oddziałom 45 milionów zł, a w 2013 r. za wykonanie czterdziestu tysięcy – tyle, ile tutaj widzimy. Zysk i strata po stronie urologii oraz po stronie funduszu, wiadomo... Jeśli duży oddział urologiczny wykonywał pięćset cystoskopii rocznie, to takie wykonanie w następnym roku przynosiło temu oddziałowi mniej więcej 4 tysiące zł straty.

Proszę o następny. To samo było z biopsjami stercza. Tutaj prezes funduszu nie była już tak rygorystyczna i mamy obniżenie tylko o trzy punkty w tym roku. W związku z tym po przeliczeniu wychodzi – straty urologii, zysk funduszu – mniej więcej 5 milionów zł. Wykonanie przez oddział dwustu biopsji rocznie powoduje stratę na poziomie 30 tysięcy zł.

Proszę o następny slajd. W 2013 r. pani prezes wprowadziła zarządzenie, aby w poradni... To była zmiana procedur W11 na inne, dorzucono nam... Musi być wykonane jedno badanie więcej, wobec tego wycena tej procedury zwiększyła się o 20%. Musieliśmy zatem wykonać więcej pracy, żeby osiągnąć tę punktację.

Proszę o następny. W 2014 r., czyli w tym roku, mamy dalsze obniżenie wyceny biopsji stercza – do dwudziestu jeden punktów; w tej chwili taka wycena obowiązuje. Rozporządzenie podnosi nam wyceny procedur ambulatoryjnych. Jak państwo widziecie, cystoskopia w poradni jest za dwadzieścia punktów, 180 zł. Biopsja wykonywana w poradni – siedemdziesiąt punktów, 500 zł. Dodatkowo można zrobić dwie procedury: ESWL, czyli kruszenie kamieni przy pomocy litotryptora... Litotryptor przeciętnie kosztuje mniej więcej 1 milion 200 tysięcy zł. Jak sobie poradnia go kupi i dostanie po 500 zł za każdą... Świetnie to się... Chcę podkreślić, proszę państwa, że nie wprowadzono żadnego wzrostu wysokości kontraktów, jeśli chodzi o poradnie urologiczne.

Proszę o następny slajd. 20%... Wobec tego w 2013 r. pani prezes zaleciła skoordynowaną kontrolę przy prowadzeniu wybranych procedur na oddziałach urologicznych. Przeprowadzono taką kontrolę. Chodziło oczywiście o procedury, jak się państwo domyślicie, diagnostyczne.

Proszę o następny slajd. Zgodnie z nakazem centrali wpłynęły do mnie sprawozdania od kolegów z przeprowadzonych kontroli w pięćdziesięciu oddziałach, w pięćdziesięciu szpitalach, spośród, tak jak tu wymieniam, stu dwudziestu dwóch ośrodków, które mi sprawozdają; to jest 41%. Kontrola dotyczy procedur diagnostycznych w nowotorach L01, L08, jak również procedur endoskopowych. Procedura L45 to jest procedura, w której zawarta jest biopsja stercza. Kontrolujący kwestionowali kodowanie poszczególnych świadczeń zdrowotnych... Robiono to według własnych interpretacji. Różnie w różnych oddziałach narodowego funduszu to wyglądało. Jednak trzeba podkreślić, że istnieje opracowanie Koziarkiewicza i Gileckiego, gdzie nie ma szczegółowych wytycznych dotyczących układu moczowego...

Proszę o następny slajd. Dyrektorzy w poszczególnych oddziałach narodowego funduszu do dzisiaj zakwestionowali w szpitalach 3 miliony 750 tysięcy zł. I to do zwrotu... Dyrektorzy dołożyli dodatkowo kary uznaniowe. Różnie to wyglądało; nie wiadomo, który szpital dostaje karę, który nie. Kara dla tych szpitali, gdzie jest urologia, wynosi w tej chwili 340 tysięcy zł. W szesnastu szpitalach... Nie mam jeszcze wyników pokontrolnych i nie wiem, jakie sumy fundusz zakwestionuje, ile będzie do zwrotu. Tylko dwa małe szpitale, z małymi kontraktami, są bez... Dyrektorzy oddziałów NFZ nie uznali żadnych wyjaśnień pokontrolnych poszczególnych oddziałów. W niektórych, pojedynczych przypadkach, dotyczących pojedynczych chorych, uznawano wyjaśnienia.

Proszę o następny slajd. To jest skan oceny. O co tu chodzi, proszę państwa? Art. 58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dziennik Ustaw itd., stanowi, że świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania lekarza, felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. To znaczy, że jeżeli można zrobić cystoskopię czy biopsję w ambulatorium, to nie trzeba tego robić w szpitalu. Skoro badania diagnostyczne układu moczowego można zrobić w ambulatorium, to po co hospitalizować i wykonywać je w szpitalu? Uznanie kontrolującego zależało od różnych względów. Tu mamy kwoty... Mazowiecki fundusz inaczej to określił. Tutaj chodzi o biopsję stercza, proszę państwa, o endoskopowe zabiegi dotyczące gruczołu krokowego. Ponieważ w indywidualnej dokumentacji medycznej nie ma szczegółowego uzasadnienia medycznego co do wykonania świadczenia w warunkach normalnych... To znaczy, że jeżeli jest wysoki poziom PSA i są wskazania do wykonania biopsji u danego mężczyzny, to trzeba rozważyć, jakie są uzasadnienia medyczne. Ale my jako urolodzy ich nie znamy... Dlaczego w przypadku jednego pacjenta są te uzasadnienia medyczne, on może być w szpitalu, a drugi nie może? My nie wiemy, jaka jest przyczyna – czy to jest cukrzyca,

czy to jest nadciśnienie, czy to są stany zapalne. My wiemy, że wysokość antygenu sterczowego przy podejrzeniu raka stercza... On powinien być bioptowany. Ten zabieg powinien być wykonywany w dobrych warunkach, żeby wcześniej rozpoznać raka i odpowiednio go leczyć.

Proszę o następny slajd. Jakie są wyniki? Dyrektorzy zwolnili dwóch ordynatorów, jeden jest zawieszony i oczekuje na decyzję komendanta szpitala, jeden ordynator po zwolnieniu został obciążony przez spółkę i radę nadzorczą szpitala karą dodatkową w wysokości 40 tysięcy zł, ponieważ narażał spółkę na... Dyrektorzy szpitali, którzy zostali obciążeni karami, wydali ordynatorom i kierownikom oddziałów nakazy zaprzestania wykonywania wyżej wymienionych procedur diagnostycznych w szpitalach. Odesłano je do poradni... Takie są zalecenia pokontrolne Narodowego Funduszu Zdrowia. Poradnie urologiczne w Polsce nadal nie dysponują sprzętem, żeby w pełni zaspokoić... To są tysiące zabiegów. Część kolegów, którzy nie byli kontrolowani, między innymi ja, wykonuje te zabiegi. Część kolegów, którzy mają takie możliwości – poradnia jest na parterze, oddział na górze i chorzy tam przechodzą... Bo nie ma wyposażenia. To są naprawdę duże pieniądze.

Proszę o następny slajd. Wnioski. Co przewidujemy? Że znacznie zmniejszy się liczba wykonywanych badań diagnostycznych; że znacznie zwiększą się kolejki w poradniach, bo ci chorzy będą musieli iść do poradni, a w poradni nie ma pieniędzy; że opóźnią się rozpoznania nowotworów złośliwych stercza i pęcherza moczowego. Nowotwory te będą rozpoznawane w stadiach późniejszych, już nie do wyleczenia.

Proszę o następny slajd. Z powodu działań NFZ w wielu miejscowościach mamy do czynienia – wydaje mi się, że to jest proces pełzający, jeszcze niewidoczny – z dezorganizacją wczesnych rozpoznań... Tego jeszcze nie wiemy, to się dopiero okaże. Jeżeli będzie opóźnienie rozpoznań, zdecydowanie zwiększy się śmiertelność itd. Na co jeszcze chcę zwrócić uwagę? Następuje degradacja finansowa oddziałów urologicznych. Wielu kolegów ordynatorów mi sygnalizuje, że dyrektorzy szpitali będą oddziały likwidować, zamykać, ponieważ te oddziały przynoszą długi. Wobec tego zmniejszają się możliwości szkolenia podyplomowego w tych oddziałach.

Pan prezes Pakulski mówił, że zwiększają się nakłady. Świetnie, cieszy nas to, ale my nie mamy wpływu na to, gdzie te pieniądze idą, Panie Prezesie. My byśmy chcieli, żeby je dostawały duże oddziały, duże kliniki, które robią dobrą pracę, a wielokrotnie jest tak, że te pieniądze się rozplywają. To jest tak, że tutaj dostanie je jakiś oddział chirurgii na procedury urologiczne, tam tworzy się jakieś pododdziały i to one dostają pieniądze. To są fakty, te pieniądze się rozplywają. Tam pracuje jeden czy dwóch urologów... To nie jest żaden oddział. Nie ma takiej jednostki jak pododdział urologiczny, ale de facto takie istnieją.

Ja w imieniu kolegów apeluję o pomoc, o to, żeby te represyjne kontrole narodowego funduszu w jakiś sposób zatrzymać. My nie apelujemy o to, żeby zatrzymać kontrole, bo one muszą być i ja to rozumiem. My uważamy, że one mają charakter represyjny. Zwracamy uwagę na to, że te represje dotyczą chorób nowotworowych – 56% naszej

działalności to są działania dotyczące chorób onkologicznych, dotyczące chorych onkologicznie. Mamy prośbę do Wysokiego Senatu o pomoc w działaniach rozstrzygających kwestie sporne z narodowym funduszem. Czego to dotyczy? Czy świadczeniobiorcy, którzy otrzymali świadczenia, ale kodowanie tych świadczeń zostało zakwestionowane i ukarane przez NFZ... Świadczeniodawcy otrzymali pieniądze za te świadczenia, ale te pieniądze zostały im zabrane, bo... Po kontroli tam jest napisane, że nie wolno za to świadczenie zapłacić. Chcielibyśmy wspólnego z narodowym funduszem opracowania dokładnych wytycznych dotyczących zasad kodowania. No, muszę przyznać z przykrością, że ostatnie spotkanie z prezesem Pakulskim mieliśmy rok temu. Umawialiśmy się trzykrotnie, ale jakoś w ciągu roku nie mogło do niego dojść... No i do dzisiaj nie doszło.

Proszę o następny slajd. Chcielibyśmy również prosić o ustalenie realnych kosztów procedur – naszym zdaniem wiele obecnych jest niedoszacowanych, a leczymy zabiegowo starszych pacjentów ze współistniejącymi schorzeniami – i ustalenie wyceny postępowania w poradniach oraz sposobów wdrażania procedur zabiegowych w poradniach. Chcielibyśmy ponadto, żeby konsultanci wojewódzcy w poszczególnych województwach mieli jakąś możliwość wpływania na to, gdzie te środki... Dzisiaj nikt konsultanta wojewódzkiego nie prosi o żadną opinię. Nawet jeśli on wyrazi opinię negatywną, to i tak...

Proszę o następne przeżrocze. Mam apel do pana ministra zdrowia. Jak pan minister ocenia działania funduszu w tej sprawie w świetle tego, że Ministerstwo Zdrowia w ostatnich trzech latach przeprowadziło olbrzymi europejski projekt, za 20 milionów zł, „Mężczyzna 45+”, który obejmował działania profilaktyczne z zakresu wykrywania wczesnych postaci nowotworów? Co pan minister myśli na temat tego projektu, który realizowało ministerstwo wraz z ośrodkiem onkologii w Warszawie? Tysiące ludzi zostały wyedukowane, wykształcone, a teraz mamy taką sytuację, że nie możemy robić badań diagnostycznych. I my mówimy o uwolnieniu dostępu do badań diagnostycznych w chorobach nowotworowych...

Proszę o ostatnie przeżrocze. To jest, proszę państwa, wycena procedur diagnostycznych w punktach w poszczególnych specjalnościach. Proszę zwrócić uwagę: artroskopia – dwadzieścia dziewięć punktów; w chirurgii – dwadzieścia dwa; w ginekologii – szesnaście; w pulmonologii – czternaście, a cystostoscopia w urologii – sześć punktów. Dziękuję bardzo za uwagę. Przepraszam, że może emocjonalnie, ale niestety...

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze. Lubimy wypowiedzi emocjonalne, bo one świadczą o zaangażowaniu. O zaangażowaniu pana profesora, o którym wiemy...

No, muszę powiedzieć, że ta krótka prezentacja pokazała raczej negatywny obraz tego, co się w tej chwili dzieje w urologii. Pan prezes będzie mógł się na ten temat wypowiedzieć.

Czy pani profesor chciałaby zabrać głos po panu profesorze Sosnowskim?

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska: Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący, ale ja muszę... To są tak kompletnie różne problemy... My urolodzy dziecięcy i tak zwani dorośli urolodzy zajmujemy się zupełnie czymś innym.)

Czy pani proponuje, żebyśmy zakończyli tę tematykę, a potem...

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska: Rozmawialiśmy z panem profesorem Sosnowskim i...)

Dobrze, to tak zrobimy.

Witam na naszym posiedzeniu pana marszałka Stanisława Karczewskiego. Dzień dobry, Panie Marszałku. Witamy serdecznie.

Czy pan prezes chciałby w tej chwili zabrać głos, czy może rozpoczniemy krótką dyskusję dotyczącą tych wykładów? Może ktoś z pań i panów senatorów chciałby zabrać głos? Skoro nie, to posłuchajmy... Kto z zaproszonych gości chciałby zabrać głos na ten temat?

Proszę uprzejmie mówić do mikrofonu i bardzo proszę o przedstawianie.

Proszę uprzejmie.

### **Mazowiecki Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Onkologii Klinicznej Beata Jagielska:**

Dzień dobry państwu, dzień dobry, Panie Przewodniczący.

Beata Jagielska, konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii dla województwa mazowieckiego.

Z dużym uznaniem słuchałam wypowiedzi pana profesora. Jeśli mogę... Dane, które pan prezes przedstawiał, są danymi niedoszacowanymi, jeżeli chodzi o udzielone świadczenia, ponieważ, proszę państwa, część tych świadczeń rozliczana jest w zakresie onkologii klinicznej i chirurgii onkologicznej. A zatem problem jest o wiele, wiele większy, niż ilustrują to dane tylko z zakresu urologii.

Kolejna sprawa, który była poruszona, to program „M45+”. Tak się składa, że przez kilka lat byłam wykładownicą... My mówiliśmy dużo o profilaktyce, a koledzy z opieki podstawowej mówili jedno: że my im zalecamy bardzo wiele wspaniałych rzeczy, ale oni kompletnie nic z tego nie mogą wykonać, ponieważ uniemożliwiają im to kontrakty zawarte z narodowym funduszem. I to był podstawowy, bardzo istotny problem.

Co do wyceny różnych procedur, to, proszę państwa, tak się składa, że... Na onkologię, jak również na urologię zazwyczaj trafiają pacjenci z bardzo zaawansowanym procesem nowotworowym. Niestety mimo wielokrotnych monitów w stosunku do pani prezes i pana prezesa – a to trwa już od kilku lat... Niestety brakuje nam procedur obejmujących rozległe operacje urologiczne, co koledzy urolodzy wielokrotnie... Chodzi o zaotrzewnowe usunięcie pakietów mas węzłowych, pakietów nowotworowych – są to operacje bardzo kosztowne i długotrwałe, wymagające wielu procedur wspomagających. Niestety zakres urologii tego nie przewiduje. I to jest jeden z zasadniczych problemów, z którymi się borykamy. Ponadto... Niestety dopiero

w tym roku wchodzi programy lekowe, które w jakimś tam stopniu uwzględnią potrzeby chorych na nowotwory w zakresie urologii. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo.

Proszę uprzejmie, Panie Profesorze. Pan profesor Fijuth.

### **Wiceprzewodniczący Zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Jacek Fijuth:**

Jacek Fijuth.

Wydzwięk prezentacji pana profesora Sosnowskiego jest, w moim odczuciu, dramatyczny. Utrudnienie w zakresie diagnostyki w przypadku raka pęcherza moczowego i raka gruczołu krokowego ma bezpośrednie skutki w możliwości wyleczenia chorych. Utrudniona diagnostyka wstępna, która jest absolutną podstawą do wdrożenia leczenia, ma bardzo istotne znaczenie w przypadku raka pęcherza moczowego – kilkutygodniowa, a zwłaszcza kilkumiesięczna zwłoka w rozpoczęciu leczenia właściwie przekreśla szanse chorego, gdyż w większości przypadków jest to nowotwór przebiegający szybko. Może nieco mniejsze ma to znaczenie w przypadku raka gruczołu krokowego, gdzie zazwyczaj ten przebieg jest nieco powolniejszy, ale to nie jest sytuacja, którą można akceptować. I wydaje mi się... Ja tutaj bardzo gorąco popieram apel pana profesora konsultanta krajowego o wnikliwe zajęcie się tematem diagnostyki tych dwóch nowotworów. Dziękuję.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

To jest problem, Szanowni Państwo, który w dużej mierze dotyczy mężczyzn, jak państwo chyba się domyślacie. Niektórzy lekarze mówią, że każdy mężczyzna będzie miał przerost gruczołu krokowego...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No tak, ale każdy w pewnym wieku ma, 45+... Niektórzy się do tego po prostu nie przyznają, ale każdy ma problem. To jest dla nas bardzo istotna rzecz. Ja jako onkolog spotkałem się takimi praktykami, że... O tym mówił chyba pan profesor Sosnowski. Rozdrobnienie tych procedur i dawanie do ośrodków, które nie są dostatecznie do tego przygotowane, chyba nie jest dobre... Ja spotkałem się z tym, że biopsja gruczołu krokowego... Jak pan profesor powiedział, do badania powinno zostać wzięte dziesięć wycinków, a często wyglądało to w ten sposób, że jeden, że tak powiem, strzał w gruczoł krokowy... I uważało się, że sprawa jest załatwiona. A to może spowodować przeoczenie... To jest wręcz szkodliwe, tak bym powiedział.

Ja mam propozycję dla pana profesora Sosnowskiego. My mamy taki zwyczaj, że po zakończeniu posiedzenia komisji zbieramy materiały i w ciągu dwóch tygodni staramy się stworzyć protokół. Z takimi naszymi dezyderatami występujemy potem do ministra zdrowia czy do prezesa NFZ. To, co pan powiedział – pan profesor Fijuth nazwał to dosadnie



– rzeczywiście jest przerażające. My musimy te materiały zebrać, dlatego prosiłbym o przesłanie na adres mailowy komisji wniosków, które pan profesor zawarł na końcu prezentacji. Jeśli byłaby taka możliwość, to prosiłbym o ich przesłanie. My oczywiście będziemy reagowali w tej materii.

Myślę, że... Pan profesor powiedział na samym początku, że liczba urologów przypadająca na liczbę mieszkańców w Polsce byłaby wystarczająca. Jest ich więcej niż w Europie Zachodniej, mniej niż w innych krajach. Chciałbym pana profesora zapytać o pewną rzecz. Ja kiedyś zwracałem się do pana ministra z tym problemem. Są centra onkologii... Często jest tak, że w poradniach onkologicznych dyrektor może zatrudnić tylko i wyłącznie specjalistę z chirurgii onkologicznej, z ginekologii onkologicznej, z radioterapii. Ustawa o działalności leczniczej mówi, że za szpital jednoosobowo odpowiada dyrektor. Wydaje mi się, że nawet w kontekście zmniejszenia kolejek... Chodziłoby o to, żeby tę dostępność rozszerzyć i dać dyrektorowi wolną rękę – niech on zatrudni urologa, który będzie mu wstępnie kwalifikować pacjentów i będzie mógł rozpocząć jakieś działanie, czy też na przykład laryngologa w przypadku nowotworów gardła, krtani itp. Rozmawialiśmy na ten temat, pamięta pani dyrektor... Wydaje mi się, że to byłoby celowe. Dajmy temu dyrektorowi możliwości zatrudnienia takich specjalistów, na których jest zapotrzebowanie na danym terenie.

Miałbym jeszcze pytanie do pana profesora odnośnie do szkolenia. Czy na tym etapie, na jakim w tej chwili jest to szkolenie w Polsce, ono jest dobre, wystarczające? A może pan profesor uważa, że coś trzeba zmienić? To tyle z mojej strony.

Czy ktoś jeszcze z pań i panów senatorów...

Pan profesor Borówka.

Proszę uprzejmie, Panie Profesorze.

### **Kierownik Kliniki Urologii w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego Andrzej Borówka:**

Andrzej Borówka.

Dzień dobry.

Panie Przewodniczący! Panie Marszałku! Szanowni Państwo!

Nie wiem, czy pan profesor Sosnowski nie powinien odpowiedzieć teraz na pytanie pana przewodniczącego, czy... Pozwolą państwo, że wyrażę kilka uwag na tle tego znakomitego, moim zdaniem, raportu przygotowanego przez kolegę Sosnowskiego.

W pierwszej kolejności chciałbym się odnieść do informacji, którą dostarczył nam pan minister, o ograniczonym wykorzystaniu łóżek urologicznych w lecznictwie szpitalnym. Otóż, moim zdaniem, miarą potencjału dyscypliny, jaką jest urologia, nie mogą być łóżka szpitalne. To po pierwsze. Po drugie, sądzę, że ograniczenie wykorzystania tych łóżek nie jest wynikiem niechęci urologów do pracy, ale specyficznego sposobu finansowania szpitalnictwa w Polsce.

Kolejna sprawa, moim zdaniem fundamentalna, która przewija się w bardzo wielu spotkaniach środowiska urologicznego i jego reprezentantów z władzami, w tym z urzędem Narodowego Funduszu Zdrowia. Wycena wszystkich

procedur urologicznych, ale nie tylko urologicznych, dokonywana przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zmieniająca wraz z upływem czasu jest czysto intuicyjna. Kiedy wprowadzano w Polsce cennik świadczeń medycznych, Polskie Towarzystwo Urologiczne podjęło bardzo poważny wysiłek – wynajęło firmę, która się tym obszarem działalności zajmuje, po to, aby ona wyceniła rzeczywistą wartość czy koszty poszczególnych, najczęściej wykonywanych w Polsce procedur urologicznych. To było bodaj dziesięć lat temu. Przedstawiliśmy Narodowemu Funduszowi Zdrowia ten raport i on był przedmiotem bardzo wielu, jak się wydawało, owocnych spotkań... Ale ostatecznie on kompletnie nie został wzięty pod uwagę. Wyceny procedur urologicznych nadal są dokonywane wyłącznie intuicyjnie, bez wsluchiwanie się w zdanie liderów opinii Polskiego Towarzystwa Urologicznego czy konsultanta krajowego.

Nie dostrzegam w działalności zarządu ochrony zdrowia w Polsce, jakkolwiek na niego patrzeć, chęci dokonywania oceny jakości świadczeń medycznych. W tej chwili opieramy się wyłącznie na liczbach chorych hospitalizowanych czy przyjmowanych ambulatoryjnie, na czasie hospitalizacji i na zupełnie niewiarygodnych kosztach tej hospitalizacji. Nikt w Polsce nie przywiązuje uwagi do oceny jakości działalności w medycynie w ogóle.

I wreszcie, na zakończenie, chciałbym wyrazić... no, chyba żal, z którego może nic nie wynikać, że zarząd ochrony zdrowia w Polsce – zarówno na ulicy Miodowej, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia – nigdy nie przyjmuje żadnych uwag, które wydają się... To nie są uwagi, powiedziałbym, o charakterze sufitowym, tylko uwagi oparte na porządnie przygotowanych danych. To są uwagi płynące ze środowiska urologicznego, z Polskiego Towarzystwa Urologicznego, od konsultanta krajowego czy od liderów opinii.

I na koniec, autentycznie na koniec... Lekarze – urodzili się lekarzami – działają w ramach pewnego etosu, który oparty jest na pojęciu etyki zawodowej. Bardzo bym chciał, żeby etyka zawodowa przyświecała również administracji ochrony zdrowia, od której zależy to, czego doświadczają od nas chorzy. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję, Panie Profesorze, za te gorzkie, ale pewnie prawdziwe słowa.

Ja myślę, że możemy zadeklarować, jeśli panie i panowie senatorowie pozwolicie... Nie chciałbym, żebyśmy rozeszli się z przeświadczeniem, że skoro odbyło się posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia na ten temat, to sprawę możemy zamknąć. Zróbmy w ten sposób. Ja deklaruje, że te wszystkie postulaty, które państwo skierujecie do nas... My do ministerstwa i do Narodowego Funduszu Zdrowia wystąpimy z tymi państwa propozycjami. My tę sprawę będziemy pilotować. Spotkamy się mniej więcej za rok, zwołamy jeszcze raz takie posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia i zobaczymy, czy jest jakiś efekt... Ten efekt musi być. Po tych gorzkich słowach... Wydaje się, że i ministerstwo, i Narodowy Fundusz Zdrowia zareagują na to. Pan senator Piecha lekko się uśmiecha, ale...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Kropla drąży skałę, Panie Senatorze.

Ja mam jeszcze pytanie do pana prezesa Pakulskiego. Panie Prezesie, te gorzkie słowa... Zastanawiam się, jaki jest mechanizm wyceny w NFZ, skoro nie liczą się opinie konsultantów wojewódzkich czy konsultantów krajowych. Kto w NFZ dokonuje... Czy to jest jakoś arbitralnie robione? No, jakieś opinie chyba musicie państwo zbierać. To rozgoryczenie w środowisku urologów wydaje się słuszne. Kto dokonał zmian w wycenie? Dlaczego tyle oddziałów zostało ukaranych, a państwo nie uwzględniście żadnych odwołań i sprawy zostały tak, a nie inaczej potraktowane? Chciałbym, żeby pan, Panie Prezesie, o tym powiedział.

Pan senator...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Nie? Dobrze.

*(Senator Bolesław Piecha: Nazwiska...)*

Nazwiska?

*(Senator Bolesław Piecha: Mnie interesują nazwiska.*

Kto kontroluje pana profesora Borówkę, kto kontroluje pana profesora Sosnowskiego i jakie ma kwalifikacje do tego, aby dokonywać takich, a nie innych...)

Dobrze. Czy pan minister, czy pan prezes... Który z panów chciałby teraz zabrać głos?

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński: To może ja.)*

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:**

Krótko, bo wydaje się, że ważniejsza będzie odpowiedź pana prezesa.

Myszę, że została tutaj poruszona kluczowa sprawa, a mianowicie brak standardów w urologii. Dlaczego tak mówię? One na pewno są, tylko... Tak jak w każdej dziedzinie medycyny, są standardy europejskie, światowe. Wiadomo, że się je stosuje. My mamy mechanizm, który wymusza stosowanie takich standardów, jeżeli te standardy są opracowane, jeżeli są prezentowane na przykład na stronach stowarzyszenia towarzystwa medycznego. W tak zwanych rozporządzeniach koszykowych dotyczących danej specjalności zawsze możemy wpisać, że należy stosować takie, a nie inne procedury albo takie, a nie inne standardy, albo takie, a nie inne wytyczne, co też czasami czynimy. Oczywiście to nie jest panaceum na wszystko, o czym pan profesor Sosnowski mówił, ale jest to jeden z kroków, jeden z czynników, które z pewnością pomogą usystematyzować tę dziedzinę i na przykład wskazać, że pewne procedury należy robić na odpowiednich poziomach opieki zdrowotnej, posiadając odpowiedni sprzęt i odpowiednie kwalifikacje. Dlatego wskazuję również na ten aspekt.

Pan profesor podniósł niesłuchanie ważną dla mnie kwestię, a mianowicie ocenę efektywności, ocenę jakości, czyli, mówiąc w uproszczeniu, ocenę efektów leczenia. Ja jestem ogromnym zwolennikiem stosowania tego typu ocen, ale chciałbym zwrócić uwagę na to, że jeszcze w żadnym państwie nie udało się wprowadzić w skali całego kraju tego typu działań tak, aby móc oceniać jakościowo cały system ochrony zdrowia. Te najbardziej zaawansowane stosują

kilkanaście, a czasami kilkadziesiąt wskaźników oceny jakościowej i to tylko w wybranych obszarach. Oczywiście chcielibyśmy się znaleźć wśród takich państw. Dobrym narzędziem do tego są rozporządzenia koszykowe. Muszę powiedzieć, że od pewnego czasu nad tym pracujemy, tego typu propozycje pojawiają się w konsultacjach, o czym państwo pewnie nie wiecie, bo akurat nie w tej dziedzinie, ale pojawiają się. Jednakże spotykają się z niesłuchanym, ogromnym oporem środowiska, które nie chce sprawozdawać tego typu danych, co oczywiście nie jest żadnym usprawiedliwieniem... Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Chciałbym państwu powiedzieć, że mniej więcej za miesiąc senacka Komisja Zdrowia będzie miała posiedzenie poświęcone... Chcemy wysłuchać głosu stowarzyszeń pacjentów. To będzie bardzo istotna... Odpowiednie zaproszenia do tych stowarzyszeń wyślemy. Nie wiem, ale pan prezes chyba o tym już wie. Tutaj rozmawiamy w gronie specjalistów, ale bardzo istotny jest dla nas głos pacjentów. Takie posiedzenie mamy w planach, chyba za miesiąc...

Pan senator Piecha jeszcze, proszę bardzo.

### **Senator Bolesław Piecha:**

Dopiero... Nie jeszcze, a dopiero.

*(Przewodniczący Rafał Muchacki: Proszę uprzejmie, Panie Senatorze.)*

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja muszę powiedzieć, że jestem zbulwersowany. Wprawdzie nic mnie już nie powinno zaskakiwać, ale ten raport pana profesora mnie zaskoczył. Z tego, co ja rozumiem, to pan profesor jest konsultantem krajowym. Nie rozumiem w związku z tym pana ministra, który, kiedy był urzędnikiem, to mógł sobie tak gadać... Dzisiaj jest decydem i musi odpowiadać. Za co pan, Panie Ministrze, płaci panu profesorowi? Za to tylko, żeby nam przedstawiał te raporty, czy... Chyba chodzi o to, żeby pan z tych raportów korzystał. Bo jeżeli z tego raportu wynika, że, po pierwsze, istnieje niejasność dotycząca chociażby wypracowania pewnych standardów i procedur postępowania, łącznie z wyposażeniem odpowiednich przychodni itd... Czarno na białym zostało tu napisane, że takich standardów Narodowy Fundusz Zdrowia, czyli pana podwładni, ci, którzy są kontrolowani przez pana ministra, nie ma. Oni kontrolują po uważaniu; jeden uważa tak, drugi uważa tak. Ja już zadałem to pytanie. Chodzi o to, żeby pan prezes wypowiedział się... imiennie wskazał, kto to kontroluje. Ja zawsze jestem zwolennikiem imiennych kontroli, a nie kontroli jakichś tam anonimowych urzędników. To po pierwsze.

Po drugie, za co się płaci konsultantowi krajowemu, który ma w środowisku pewne wsparcie, skoro tak drastycznie nagle zmienia się wycena określonego świadczenia: z punktów, o ile sobie przypominam, dwudziestu do sześciu? No za co? To znaczy, że pan profesor chyba tak zarekomendował: że to powinno być za sześć punktów. W związku z tym dziwię się, że pan to w tym raporcie

przedstawia. No pan, Panie Profesorze, jest pracownikiem Ministerstwa Zdrowia. Czy ten raport pan minister dostał wcześniej, tego nie wiem, ale jak znam życie, to były ciągle monity, że coś jest nie tak.

No i na koniec... Skoro pojawiła się bardzo dziwna dla mnie konstatacja pana profesora Borówki, że wyceny są „spod palca” – czy spod kciuka, czy spod małego palca... do wyboru – że one nie mają nic wspólnego z rzeczywistością... Ktoś po uważaniu coś wycenił. Ja pamiętam, że były próby kodyfikowania kosztów. To jest żmudna robota, ale do wykonania, bo da się wyliczyć koszty procedury i dołożyć do tego koszty stałe w zależności od tego, czy to jest robione w szpitalu, czy w poradni. Przecież koszty działania szpitala są inne niż koszty działania poradni chociażby z powodu wielkości tych obiektów, ich obsługi, ciągłości świadczeń itd. Da się to zrobić, to jest żadna filozofia. Rozumiem, że tego typu kalkulacje nie były robione, no bo skoro z tego sprawozdania wynika, że większość procedur jest niestety niedoszacowana... I tu się nie zgodzę z panem przewodniczącym. Nie mamy co czekać rok, bo po roku nie będzie urologii – ona zbankrutuje. Dzisiaj mamy taką, a nie inną ustawę o działalności leczniczej. Jeżeli się nie bilansuje, to się przekształca, a menadżer wie, że coś, co jest kosztochłonne i nie przynosi zysku, musi być zlikwidowane. Biorąc pod uwagę dynamikę pewnych schorzeń urologicznych, zwłaszcza urologii onkologicznej, sądzę, że... Ja jako senator, również jako lekarz – pan przewodniczący tak samo – nie mogę tego przyjąć do wiadomości. Nie rok... Trzeba już się wziąć do roboty. A skoro już, to trzeba wypracować określone standardy, a nie bazować na tym, że jakoś to będzie, że tu wrzucimy jeden punkt więcej, a tam jeden punkt mniej... Realna wycena tych procedur jest nakazem, potrzebą chwili. My możemy się zastanawiać, czy nas na to stać, czy nie, ale wycena powinna być jedna. Z tego, co ja wiem, to kwestionuje się odpowiednie kodowanie i stosowanie procedury czy to w poradni, czy w szpitalu, na podstawie niejasnych kryteriów. Mało tego, specjaliści podają, że kryteria, które oni przedstawiają, są jednoznaczne, natomiast kontrolerzy twierdzą, że wcale tak nie jest. Nie wiem, Panie Prezesie, ilu profesorów urologii pracuje u pana w kontroli w Narodowym Funduszu Zdrowia. Chciałbym to wiedzieć. Dziękuję.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Bardzo dziękuję, Panie Senatorze.

Chciałbym tylko panu wyjaśnić, że proponowałem organizację posiedzenia Komisji Zdrowia w tej materii za rok, co nijak ma się do tego, co ma zostać wprowadzone i co będziemy postulowali. Jeżeli coś chcemy wprowadzić... Musimy potem sprawdzić, jak to działa. We współpracy z panami profesorami i z całym towarzystwem urologii polskiej chcemy do powstania tych standardów doprowadzić, a potem zobaczyć, czy one działają, czy nie działają. Jak sam pan senator wie, staramy się w różnych dziedzinach, między innymi w onkologii, w ten sposób postępować. Tak że nie chodzi o to, żebyśmy dali ministerstwu czy NFZ rok... Nie, nie. Nie to miałem na myśli.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ja się zgadzam z panem senatorem, że nie ma czasu. Musimy jeszcze wyznaczyć miesiąc... Takie posiedzenie musimy zwołać jeszcze w tej kadencji. I zobaczymy, jakie są efekty. Myślę, że większość z państwa zrozumiała moje intencje.

*(Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Urologicznego Zbigniew Wolski: Mogę zabrać głos?)*

Proszę uprzejmie.

### **Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Urologicznego Zbigniew Wolski:**

Moje nazwisko Zbigniew Wolski. Jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Poniekąd zostałem wywołany do zabrania głosu. Chciałbym powiedzieć, że nasze środowisko wspomaga działania konsultanta krajowego, konsultantów wojewódzkich. Od dawna opracowujemy standardy oparte na standardach europejskich – one są i zawsze były do dyspozycji ministerstwa. Przykładem stosowania tych standardów jest nasz egzamin europejski. Z tego wynikają przecież nasze działania szkoleniowe.

Na jeszcze jedną rzecz chciałbym zwrócić uwagę, bo może to umknęło... Nasi chorzy – tak ich nazywamy; to jest podkreślenie tej naszej emocjonalnej więzi z pacjentami, zwłaszcza onkologicznymi – mają utrudniony dostęp do działań diagnostycznych i leczniczych. Do onkologa ginekologa można dostać się bez skierowania...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

...mówię o kobietach z chorobami nowotworowymi, podczas gdy do urologa trzeba mieć odpowiednie skierowanie od lekarza rodzinnego. I to jest pewna bariera, która opóźnia diagnostykę. A zatem ta uwaga dotycząca przyspieszenia tych wszystkich działań jest niezmiernie ważna i o to przyspieszenie prosi środowisko urologiczne skupione w Polskim Towarzystwie Urologicznym. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Przepraszam, ale jeszcze pani senator Alicja Chybicka. Proszę bardzo.

### **Senator Alicja Chybicka:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Panie Prezesie! Wielce Szanowni Państwo!

Muszę powiedzieć, że trochę z przykrością słuchałam tego, co tutaj specjaliści urologii mówili, bo to oznacza, że kondycja urologii, w tym urologii dziecięcej – ja jestem pediatrą – nie jest w tej chwili najlepsza. Wydaje się, że jest najwyższy czas... Tak jak powiedział senator Piecha, trzeba szybko ten stan rzeczy poprawić. Ta dziedzina jest bardzo ważna, znacząca, i nie może być tak, że... Z tego, co słyszałam, wynika, że w ogóle zagrożone jest istnienie urologii dziecięcej. My to przerabiamy – mam tu na myśli pediatrów – na co dzień. Łąujemy na dywanikach dyrekto-



rów w szpitalach wielospecjalistycznych, bo przekraczamy wyznaczone budżety. Ale gdyby się ich trzymać, to trzeba byłoby działać na szkodę chorego, a tego nam robić nie wolno. A zatem wielka prośba... Muszę powiedzieć, że narodowy fundusz i Ministerstwo Zdrowia bardzo nisko pochyliły się nad pediatrią, ale wśród do tej pory wycenionych procedur nie ma ani jednej urologicznej. Prośba jest taka, żeby te urologiczne znalazły się wśród kolejnych prawidłowo wycenionych procedur... Jak wszyscy państwo wiedzą, jedne procedury są głęboko przeszacowane, ale zdecydowana większość jest głęboko niedoszacowana i chyba trzeba to poprawić. Metodologia przygotowana przez panią prezes Kłós jest gotowa, więc może trzeba to szybciej poprawić, jeśli chodzi o urologię dziecięcą, a także, jak tu słyszałam, urologię dorosłych. Bardzo dziękuję.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Pani Senator.  
Zaraz będziemy mówili o urologii dziecięcej.  
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)  
Patrzę na zegarek...  
(*Głos z sali: Można odpowiedzieć na pytania?*)  
Jeszcze cztery osoby, po minucie...  
Najpierw pan senator Kraska, bardzo proszę.

### **Senator Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.  
Szanowni Państwo, ja znam profesora Sosnowskiego i nie sądzę, że to dzisiejsze wystąpienie jest żalaniem się całego środowiska urologicznego na procedury, które są tak wyceniane przez narodowy fundusz. Ja myślę, że to jest raczej głos rozpaczy, który się dzisiaj pojawił na posiedzeniu naszej komisji. To nie jest pierwsze posiedzenie, na którym przedstawiciele różnych specjalizacji przedstawiają swoje żale, opowiadają o trudnościach w codziennej pracy. I wciąż pojawia się ten odwieczny temat... Nie ma dialogu między poszczególnymi konsultantami – czy to wojewódzkimi, czy krajowymi – a ministerstwem i narodowym funduszem, a jeżeli ten dialog jest, to właściwie jest on, jeśli można tak powiedzieć, jednostronny: państwo przedstawiciele swoje propozycje poparte twardymi danymi, ale ta druga strona albo nie chce tego usłyszeć, albo po prostu milczy i dalej robi swoje.

Widzimy, że wycena tych procedur jest, przynajmniej według mnie, wzięta po prostu z sufitu. No, dlaczego artroskopia jest tak wysoko wyceniana, a cystoskopia zdecydowanie niżej? Tak jak tutaj rozmawialiśmy, z chorym kolaniem można żyć, ale... Jeśli w badaniu cystoskopowym nie wykryjemy choroby, która jest najczęściej chorobą nowotworową, no to niestety to życie może się szybko zakończyć.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

To mnie bardzo zastanawia. Może narodowy fundusz kierował się długością aparatów? Wówczas kolonoskopia powinna być najlepiej wyceniona. To jest taka krótka dysgresja.

Wiadomo, że pieniędzy nie jest za dużo, ale rozpraszenie środków przeznaczonych na urologię jest, jak mi się wydaje, błędem. Ja jako chirurg wiem, że jeżeli wykonam

kilka operacji w roku... To nie będzie tak samo jak wtedy, gdybym wykonał ich setki. Wiadomo, że ta powtarzalność jest tutaj bardzo ważna. Wykonywanie w ośrodkach biopsji tylko po to, żeby je wykonać, nie tylko powoduje rozpraszenie kosztów, ale, jak myślę, jest wręcz szkodliwe dla pacjenta – on po takiej biopsji jest przekonany, że jest zdrowy i że nie ma nowotworu, a rzeczywistość może być zupełnie inna. Jeżeli trafi po raz drugi... Niestety wówczas może być za późno.

I ostatnia uwaga, a właściwie pytanie do prezesa: skąd ta represyjność wobec urologii? Jakie są podstawy... Może urologi, nie wiem, fałszowali jakieś wyniki i trzeba ich w jakiś sposób ukarać? A może państwo po prostu założyliście, że trzeba na urologii zaoszczędzić, tak jak tu było pokazane, 40 milionów zł? Dziękuję.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.  
Proszę uprzejmie.

### **Przedstawiciel Kolegium Ordynatorów w Polskim Towarzystwie Urologicznym Adam Michalski:**

Szanowni Państwo! Szanowni Panowie Senatorowie!  
Moje nazwisko Adam Michalski. Jestem przedstawicielem Kolegium Ordynatorów Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Od sześciu lat z ramienia Kolegium Ordynatorów uczestniczę w posiedzeniach i rozmowach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Chciałbym odpowiedzieć na dwa pytania, które padły na tej sali. Pierwsze dotyczyło tego, jacy urologi z nami rozmawiają w Narodowym Funduszu Zdrowia. Otóż w ciągu tych sześciu lat ani razu nie rozmawiał z nami urolog, jeśli chodzi o gremia Narodowego Funduszu Zdrowia. Najbardziej kompetentnym urzędnikiem w dziedzinie urologii w rozmowach z nami był lekarz ze stopniem pierwszym z chirurgii, który trzydzieści lat temu był przez trzy miesiące na stażu urologicznym. I to jest nasz rozmówca, najbardziej kompetentny w dziedzinie urologii urzędnik Narodowego Funduszu Zdrowia.

Drugie pytanie dotyczyło tego, kto nas kontroluje. Obecnie mam kontrolę swojego oddziału w Poznaniu. Ona rozpoczęła się 1 lutego, a ma się zakończyć 30 kwietnia. Kontroluje nas magister ekonomii i lekarz radiologii z pierwszym stopniem specjalizacji.

Następna sprawa. Od kilku lat zmusza się urologów do przeprowadzania pewnych zabiegów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w poradniach. Zdaniem autorytetów urologicznych one nie powinny być tam wykonywane ze względu na bezpieczeństwo pacjenta, standardy sanitarno-epidemiologiczne oraz konieczność znieczulenia do tych zabiegów. Takich zabiegów w poradni urologicznej po prostu nie można wykonywać. Chodzi między innymi o cystoskopię cystoskopem sztywnym, usunięcia cewnika DJ i inne, których nie będę tutaj wymieniał. Te zabiegi w sposób cywilizowany powinno się przeprowadzać w ramach tak zwanej hospitalizacji jednego dnia, którą kiedyś Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził – i słusznie – a teraz jej zu-



pełnie nie uznaje. Wynika to z tego, że dla Narodowego Funduszu Zdrowia liczy się tylko obniżanie kosztów, czyli przesuwanie za małe pieniądze tych zabiegów do poradni. Bezpieczeństwo pacjenta i standardy sanitarno-epidemiologiczne zupełnie się nie liczą. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, mamy trzy minuty na tę część, a potem musimy przejść do urologii dziecięcej.

Proszę, jeden głos, minutka...

Proszę uprzejmie.

### **Skarbnik Polskiego Towarzystwa Urologicznego Waldemar Różański:**

Różański Waldemar, szpital wojewódzki imienia Kopernika w Łodzi.

Ja chciałbym państwu pokazać, że za sześć punktów proponujecie państwo ambulatoryjne wprowadzanie tego oto narzędzia do pęcherza. Przepraszam, ale jest to barbarzyństwo. Nikt nie wprowadzi... To znaczy my to możemy zrobić. Chciałbym jednak, żebyście państwo niejako weszli w skórę pacjenta z rakiem pęcherza. On jest dostatecznie okaleczony przez chorobę. Nie okaleczajmy go dodatkowo... Bez znieczulenia, ambulatoryjnie...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

*(Głos z sali: Panie Przewodniczący, czy ja mogę...)*

My oczywiście możemy to wkładać, jeśli państwo sobie tego życzyście. Tak, oczywiście, jeśli będzie taka...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Proszę państwa, naprawdę...

*(Głos z sali: Ja jedno zdanie tylko.)*

Chwileczkę... Pan pozwoli, że ja będę prowadził to posiedzenie.

*(Głos z sali: Dobrze, oczywiście.)*

Jeszcze pan profesor Borówka, przedostatni głos, i pan.

Proszę bardzo, Panie Profesorze.

### **Kierownik Kliniki Urologii w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego Andrzej Borówka:**

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

W ciągu półtorej minuty chciałbym zwrócić uwagę na trzy sprawy. Po pierwsze, moim zdaniem urologia w wolnej Polsce daje dowody na to, że jest w pełni otwarta na współpracę z zarządem ochrony zdrowia na szczeblu kraju. Pierwszym dowodem jest wycena, o której mówiłem. Drugim – wprowadzenie specjalizacji zwanej europejską. I nadal jesteśmy otwarci... My się nie żalimy, my jedynie próbujemy przedstawić i uświadomić zarządowi ochrony zdrowia w Polsce to, jaka jest rzeczywista sytuacja w jednym, małym wycinku tejże ochrony zdrowia, w odniesieniu do urologii.

Kontrole, które odbywają się na oddziałach urologii – one akurat nie dotyczą kliniki, w której ja pracuję – mają charakter wyłącznie formalny, nie merytoryczny. One nie mogą mieć charakteru merytorycznego, skoro przygotowanie kontrolerów – z całym szacunkiem dla nich – jest w dziedzinie merytorycznej żadne. To po drugie.

I wreszcie, na koniec, chcę powiedzieć, że urologia dziecięca to jest coś zupełnie innego niż urologia dorosłych, a urologia dziecięca funkcjonuje w cenniku Narodowego Funduszu Zdrowia w jednym dziale urologicznym tak jak urologia dorosłych. I to było jednym z powodów, dla których, wobec braku porozumienia z Narodowym Funduszem Zdrowia, po dwudziestu latach pełnienia funkcji konsultanta krajowego złożyłem rezygnację z jej pełnienia. Nie mogłem przekonać decydentów o zasadniczych bolączkach i wadach systemu odnoszącego się do urologii. Dziękuję.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję, Panie Profesorze.

Proszę, minuta.

### **Wiceprezes Zarządu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Szymon Chrostowski:**

Jedno zdanie, Panie Przewodniczący.

Szymon Chrostowski z Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, a także przedstawiciel organizacji, która pomaga pacjentom chorującym na nowotwory układu moczowo-płciowego. Reprezentuję również... Od dwunastu lat znakomicie wspieram panów profesorów, co, jak mam nadzieję, mogą zaświadczyć, w działaniach w zakresie edukacji i profilaktyki.

Szanowni Państwo, chcę powiedzieć, że to jest realny głos nie tylko środowiska panów profesorów, ale także środowiska pacjentów. Urządzenie pokazane przez pana profesora miałem zastosowane w trakcie cystoskopii bez znieczulenia dwanaście lat temu, tak że mogę poświadczyć, jak to jest.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo.

Czy pan prezes Pakulski...

Proszę uprzejmie, Panie Prezesie, choć współczuję panu.

### **Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:**

Witam państwa.

Panie Przewodniczący, ja powiem tak: nieuchronnym kierunkiem zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce jest przesuwanie procedur ze szpitalnictwa do świadczeń ambulatoryjnych. Tego nurtu nie zawrócimy. Mamy kompletnie odwróconą piramidę świadczeń zdrowotnych w porównaniu do... Dostrzegając ten problem, powiem tak: można narzekać albo spróbować coś zmienić. Na przykła-

dzie jednej procedury diagnostycznej chciałbym państwu przedstawić, jakie efekty można uzyskać – w mojej ocenie efekty pozytywne. Biopsja stercza, odbytnicza i wielomiejscowa procedura, która służy do diagnostyki raka stercza u mężczyzn. Jest to bardzo istotne schorzenie. Chciałbym przypomnieć, że od zeszłego roku jest dostępny nowoczesny lek leczący raka prostaty, tak że tutaj ten postęp jest. I teraz, jak to wygląda w rzeczywistości? Otóż dzięki odpowiednim zabiegom, również dotyczącym wycen, uzyskaliśmy następujące efekty. W 2012 r. liczba procedur diagnostyki raka stercza – to jest procedura o kodzie 60.111, czyli biopsja przezodbytnicza – wynosiła dwadzieścia pięć tysięcy pięćset dwadzieścia jeden. Po wprowadzonych zmianach to było dwadzieścia siedem tysięcy siedemset dziewięćdziesiąt pięć procedur. Można przyjąć, że jedna procedura to jest jeden pacjent, a zatem wydaje się, że wykonanie diagnostyki u ponad dwóch tysięcy pacjentów rocznie, dokładnie dwóch tysięcy dwustu siedemdziesięciu czterech, w istotny sposób zwiększa szansę przeżycia tych pacjentów. Dzięki tym zabiegom rozszerzyliśmy dostęp do procedury, która może uratować życie dzięki wykryciu zmiany na wczesnym etapie.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Jak to wyglądało? W 2012 r. wycena procedury wynosiła 59 zł. Stopniowo podwyższaliśmy tę wycenę – do 270 zł w ambulatorium. Po wsłuchaniu się w głosy płynące ze środowiska zwiększyliśmy wycenę do 630 zł. Uważamy, że procedura... Zaznaczam, że ta procedura przed zmianami również była wykonywana w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – na poziomie tysiąca stu siedemdziesięciu procedur. Po zmianie był to poziom prawie czterech tysięcy. A zatem widać, że dzięki temu, iż zwiększona jest efektywność ekonomiczna tej procedury w zakresie ambulatorium, byliśmy w stanie poszerzyć dostępność do świadczeń. Staramy się również wsłuchiwać w głosy, które dotyczą wyceny szpitalnej. I tak od października 2013 r. tę procedurę przesunęliśmy do grupy o wyższej wartości, zwiększając wycenę z 1 tysiąca 40 zł do 1 tysiąca 196 zł.

Co do współpracy z konsultantami, to pewnie nie jest tak, że na wszystkie propozycje jesteśmy w stanie się zgodzić wprost. Sami też prowadzimy obserwacje realizowanych procedur. Jeśli zaobserwujemy, że procedura jest wykonywana w czasie zero dni, czyli pacjent tego samego dnia przychodzi i wychodzi, to rozważamy obniżenie wartości... Ale są zmiany i w drugą stronę. Między innymi na wniosek konsultanta krajowego z dziedziny urologii dziecięcej wprowadziliśmy procedury Q62.5 „Zdwojenie moczowodu” oraz Q63.8 „Inna określona wada rozwojowa nerki” do grupy L01, co oznacza efektywny wzrost wyceny wartości procedury ze stu piętnastu punktów do stu pięćdziesięciu. To jest jeden z przykładów... Nie chcę zabierać czasu, żeby jeszcze pani profesor też mogła coś powiedzieć. Jak widać, obraz sytuacji nie jest czarno-biały. Wydaje się, że ponad dwa tysiące pacjentów, których szansa na przeżycie wzrasta dzięki możliwości wczesnego wykrycia raka prostaty... To jest wartość tych zmian, które wprowadził Narodowy Fundusz Zdrowia. Dziękuję.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Panie Senatorze, kontrolują kontrolerzy w oddziale...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

No, kontrolerem musi być pracownik. Wgląd do dokumentacji medycznej ma osoba, która posiada prawo wykonywania zawodu, medycznego zawodu. Musi to być lekarz. Rzecz jasna nie jesteśmy w stanie na kontrolę wysyłać specjalistów w poszczególnych zakresach. Nie ukrywamy, że... Ja nie zamierzam jakby bronić wszystkich tych decyzji, bo od tego jest proces odwoławczy. W sytuacjach spornych warto wspierać się opiniami konsultantów krajowych. My w te głosy się wsłuchujemy. Wnioski, które przedstawił pan profesor Sosnowski... Jak wspominałem, pismo pana profesora sprzed kilku... Będziemy to sprawdzać i jeśli zauważymy, że potrzebne jest wprowadzenie jednolitych zasad w ramach kontroli poszczególnych grup, to na pewno będziemy starali się je wdrażać.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję, Panie Prezesie.

Pani Profesor, teraz pani ma głos. Proszę uprzejmie.

### **Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chyba trochę żałuję, że występuję po kolegach urologach osób dorosłych... Nie dość, że nasza dziedzina jest mała, to jeszcze na szarym końcu...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Nie, ja ustąpiłam kolegom. Ale może będzie lepiej o tyle, że ostatnie wrażenie będzie lepsze.

Otóż, proszę państwa, jak tu już zwrócił uwagę pan profesor Borówka, jest zasadnicza różnica pomiędzy urologią dziecięcą i urologią dorosłych. Łączy nas tak naprawdę tylko słowo „urologia” i może układ moczowy, którym zajmujemy się wszyscy. My w urologii dziecięcej zajmujemy się nie tylko układem moczowym, ale i układem rodym, a czasem także pokarmowym, co państwo za chwilę zobaczą. To jest dziedzina, która przede wszystkim zajmuje się leczeniem wad, ale także niektórych chorób układu moczowo-płciowego u dzieci w wieku – co chcę podkreślić, na co szczególnie chcę zwrócić państwa uwagę – od urodzenia do osiemnastego roku życia.

Bardzo istotne znaczenie dla funkcjonowania urologii dziecięcej mają badania prenatalne. Ich rozwój dostarcza nam coraz większej grupy pacjentów, u których diagnostyka prenatalna stwierdza poszerzenie górnych dróg moczowych czy poszerzenie pęcherza. Wodonercze, proszę państwa, stanowi 50% wszystkich nieprawidłowości stwierdzanych w badaniu prenatalnym. A więc zjawisko to jest dosyć szerokie, dotyczy 0,3–0,4% ciężarnych. Na szczęście, proszę państwa, zwykle nie potwierdza się ono w badaniu postnatalnym, ale każdy noworodek z rozpoznaniem prenatalnym wodonercza wymaga kontroli natychmiast po urodzeniu. Naturalnie jeśli już stwierdzamy wodonercze, no to musimy takiego noworodka leczyć. Leczenie jest różne. To może być, powiedzmy, stosunkowo prosty zabieg w postaci nefrostomii przezskórnej bądź też leczenie operacyjne. Tak czy tak musi to być poprzedzone diagnostyką, na co chcę zwrócić państwa uwagę.

Chcę zwrócić państwa uwagę na koszty. To jest nie tylko badanie USG, ale przede wszystkim badanie izotopowe, które jest kosztownym badaniem. Bardzo często konieczna jest dalsza diagnostyka w postaci cystografii czy badania urodynamicznego. Leczenie operacyjne, jeśli ono jest potrzebne, musi być wykonane w ośrodku urologii dziecięcej, bo nie ma gdzie indziej...

Jest duża grupa dzieci z rozpoznaniem wodonerczem płodowym, u których stwierdza się dysplazję wielotorbielowatą. Z leczeniem tego stanu spieszyć się mocno nie trzeba, ale bardzo często wymaga on interwencji pod koniec pierwszego roku życia. Jak widzicie państwo na tym slajdzie, stanowi ona 35% guzów brzucha u noworodków.

Jeśli mówimy o guzach... To są także nowotwory. Nowotwory nerek stanowią 7–10% wszystkich nowotworów wieku dziecięcego. Naturalnie na pierwszym miejscu jest nowotwór nerki, nefroblastoma, który tak naprawdę w większości dotyczy dzieci do trzeciego roku życia. Nowotwory pęcherza, rhabdomyosarcoma... Zupełnie inny charakter guza aniżeli w przypadku nowotworów pęcherza u dorosłych i również całkiem inaczej jest to leczone. Niemniej jednak u pewnej, niewielkiej wprawdzie, grupy dzieci występuje. No i wreszcie nowotwory jąder... Także o zupełnie innym charakterze i histologicznym, i terapeutycznym.

Zdarza się, że młody człowiek przychodzi na świat i ma chorobę nerek w postaci autosomalnej recesywnej torbielowatości nerek. Wprawdzie jego nerki funkcjonują, ale z powodu ich ogromnych rozmiarów i trudności w oddychaniu musimy dosyć pilnie na przykład dokonać usunięcia jednej z nerek, a czasem niestety obu, co już trzykrotnie zdarzyło się w naszym ośrodku.

Diagnostyka prenatalna łączy się z interwencją prenatalną, co zilustrowane jest na tym obrazku. Widzicie tu państwo noworodka, który urodził się z szantem założonym jeszcze w okresie życia płodowego po to, ażeby drenować jego pęcherz. Ten stan najczęściej prowadzi do rozpoznania zastawek cewki tylnej – jest to szczególna wada, gdyż mamy cały wachlarz klinicznych obrazów tej wady. Najgorsze oczywiście są te, które prowadzą do bardzo dużego zastojów w górnych drogach moczowych, czy to z powodu cofania się moczu, a więc tak zwanych refluksów, czy to z powodu zaciśnięcia ujścia moczowodowego przez przerosnięty wypieracz. Ten stan może prowadzić – i w przypadku dużej grupy dzieci tak się dzieje – do niewydolności nerek. W dużej części są to kandydaci do przeszczepów nerek w przyszłości.

Moczowód olbrzymi może występować u części populacji dziecięcej niekoniecznie w związku z wadą zastawek. Jest to problem niezwykle istotny, ponieważ pociąga za sobą zniszczenie nerki w postaci hypodysplazji. Refluksy są pierwszą przyczyną przewlekłej niewydolności nerek u dzieci i ich kwalifikacji do przeszczepiania narządu.

Są sytuacje, w których musimy reagować niezwykle szybko i już u noworodka wykonywać pewne zabiegi, tak zwane paliatywne, które, odbarczając górne drogi moczowe, ratują ich funkcje na przyszłość. Skrajną postacią takich olbrzymich moczowodów jest zespół suszonej śliwki – jest to pewna triada objawów, która niestety nie jest do wyleczenia. Atonia górnych dróg moczowych pozostaje na całe życie tego człowieka.

Są wady, dosyć często spotykane... Jedną z najczęstszych wad układu moczowego to są zdwojenia. Na szczęście w zdecydowanej większości taki stan nie pociąga za sobą żadnej patologii, wobec czego często nie jest nawet rozpoznawany. Najprawdopodobniej ze trzy czy cztery osoby, które siedzą na tej sali, mają zdwojenie, o czym w ogóle nie muszą wiedzieć.

Patologie, które towarzyszą zdwojeniom, jak państwo widzicie na tym obrazku, czyli ureterocele, które u dziewczynek może wypadać przez cewkę... Stanowi to stan bezpośredniego zagrożenia życia noworodka, ponieważ uniemożliwia opróżnianie pęcherza, w więc spływ moczu z górnych dróg moczowych. Takie ureterocele można leczyć paliatywnie poprzez nacięcie. Noworodek może ponadto wymagać leczenia operacyjnego w postaci wykonania heminefektomii.

Ze zdwojeniem może wiązać się inna patologia, a mianowicie przemieszczenie ujścia moczowodu poza obręb pęcherza. Najczęściej jest to przemieszczenie do cewki, ale może być także jeszcze bardziej obwodowo. Głównie dotyczy to dziewczynek i może współistnieć z ogromnym moczowodem, a więc zastojem i zniszczeniem tej nerki, tak jak to państwo widzicie na tej urografii. To, co widać po stronie lewej, to jest dolny układ. A górny układ jest po prostu gigantyczną torbą z wodą, niewydzielający... W tych przypadkach interwencja chirurgiczna jest pilnie potrzebna.

Wreszcie, proszę państwa, jest grupa wad, tak zwanych wad widocznych. Na etapie porodu czy natychmiast po nim położnik czy neonatolog stwierdza obecność wady. Spośród nich jedną z najcięższych jest zespół wycisowania i wierzchniactwa. Występuje on w różnej częstotliwości, w zależności od postaci. Wycisowanie kloaki – jedno na trzysta tysięcy urodzeń, czytaj: jedno do dwóch dzieci rocznie rodzi się z taką wadą w Polsce. Wycisowanie pęcherza – jedno na trzydzieści tysięcy. A więc dziesięć lub dwanaście noworodków rocznie może prezentować taką wadę. No i wreszcie wada wierzchniactwa, która przede wszystkim wiąże się z nietrzymaniem moczu no i dużą patologią budowy zewnętrznych narządów płciowych.

Wycisowanie kloaki, które występuje najrzadziej, jest o tyle tragiczne, że... Nie dość, że w obręb tego zespołu wycisowania włączone jest jelito – a zatem nie tylko pęcherz i narządy płciowe zewnętrzne, ale również jelito – a w przypadku dziewczynek zawsze występuje całkowite zdwojenie narządu rodowego z ustawieniem całkiem po przeciwnych stronach ciała, to ponadto mamy na ogół ogromne zmiany w obrębie kręgosłupa, a także dodatkowe wady w obrębie kończyn dolnych. Kiedy taki człowiek przyjdzie na świat, natychmiast trzeba się nim zająć. Nie chodzi tu o urologa dziecięcego – przepraszam, że tak powiem – byle jakiego... To nie o to chodzi, ilu my mamy urologów dziecięcych. O tym zresztą powiemy państwu za chwilę. Chodzi o to, że leczeniem tak bardzo skomplikowanych wad musi się zająć ośrodek, który potrafi się tym zająć, czyli ośrodek, w którym leczone są najcięższe wady. Proszę państwa, w Klinice Chirurgii Dziecięcej Centrum Zdrowia Dziecka, której jestem kierownikiem, potrafimy leczyć te wady – z bardzo dobrymi efektami – metodami docenianymi również za granicą. Jesteśmy twórcami metody określanej jako *Warsaw Approach*. Mamy na tym polu



wielkie doświadczenie i muszę powiedzieć, że dzięki rozmowom... Wprawdzie długo się starałam, przez wiele lat pisałam do NFZ i do ministerstwa w tej sprawie, ale muszę bardzo serdecznie z tego miejsca podziękować zarówno panu ministrowi, jak i panu prezesowi za to, że te starania zostały uwieńczone sukcesem i faktycznie te procedury zostały uwzględnione w wycenie wyżej, aniżeli to miało miejsce jeszcze do roku ubiegłego.

Jak państwo widzicie, jesteśmy w stanie pomagać dzieciom, co wcale nie oznacza, że ci pacjenci kończą historię swojego leczenia na urologii dziecięcej – oni idą dalej, przechodzą pod kontrolę naszych kolegów, urologów dorosłych. Nie da się ukryć, że im lepiej my pomożemy tym pacjentom, tym łatwiej jest później tych pacjentów prowadzić.

I to jest problem zespołu wycinowania i wierzchniactwa. Kloaka nie musi być wycinowana, kloaka może być przetrwała. To jest taka sytuacja, kiedy jest połączenie w jeden kanał układu moczowego, pokarmowego i rodnego. Bardzo trudne do rekonstrukcji... Proszę państwa, jeszcze do ubiegłego roku my na urologii dziecięcej praktycznie nie mogliśmy w ogóle tego wyceniać albo mogliśmy taką skomplikowaną, trwającą siedem czy osiem godzin operację rozliczać z jakiejś jednej procedury za sto punktów. To zostało w tej chwili poprawione. I tu kolejny ukłon w stronę obu instytucji, które zwróciły na to uwagę i przeniosły te procedury do odpowiednich grup.

Lżejsza postać tej wady to przetrwała zatoka moczowo-płciowa. W tej sytuacji leczenie operacyjne także jest bardzo trudne. Jak państwo widzicie, to leczenie jest tak dalece trudne, że koledzy często w ogóle nie operują. W związku z tym trafiają do nas dzieci już zdecydowanie starsze, jak tu widać, aniżeli noworodki czy niemowlęta. No ale powinno się te wady operować w pierwszym roku życia. Na tym obrazku widzimy przykład, jak taka wada może być zoperowana, jak można rozdzielić te układy.

Proszę państwa, może się zdarzyć tak, że przetrwała zatoka moczowo-płciowa wiąże się z nieprawidłową budową zewnętrznych narządów płciowych w postaci tak zwanych obojnaczych narządów płciowych. No i naturalnie w tym przypadku także potrzebna jest interwencja chirurgiczna – najlepiej, jeśli zabieg jest wykonany w pierwszym roku życia. Największą grupę stanowią dziewczynki z wrodzonym przerostem nadnerczy. Aczkolwiek wyglądem zewnętrznych narządów płciowych mogą nieraz przypominać chłopców, to absolutnie są to dziewczynki. Wymaga to jedynie, albo aż, przeprowadzenia rekonstrukcji tychże narządów płciowych zewnętrznych. Dotyczy to wyprowadzenia pochwy na zewnątrz, a więc sięgamy troszkę głębiej... U chłopców staramy się zawsze, jeśli kariotyp jest męski, zachować płęć męską i usunąć elementy żeńskie, które z rozmaitych powodów, o których teraz oczywiście nie ma czasu mówić, się tam znalazły.

Proszę państwa, jest ogromna rzesza chłopców ze spodziectwem. Jest to najczęstsza wada, z jaką się spotykamy w urologii dziecięcej wśród chłopców – występuje u czterech na tysiąc chłopców. Ci chłopcy oczywiście wymagają leczenia chirurgicznego, aczkolwiek nie stanowi to urgensu i zabieg nie musi być przeprowadzony w pierwszym roku życia. Dobrze jest, jeśli te operacje można przeprowadzić w drugim, najdalej w trzecim roku życia.

No, bywają postaci wad bardzo skomplikowane, takie, które nawet w naszym ośrodku widzimy jeden raz w życiu. Takie również musimy operować. My sobie świetnie zdajemy sprawę z tego, że wycena takich procedur jest po prostu niemożliwa, bo to są pojedyncze przypadki. Zdajemy sobie sprawę z tego, że jesteśmy niejako pokrzywdzeni – fakt, że w takim ośrodku jak nasz wykonuje się te najtrudniejsze operacje, stawia nas natychmiast na pierwszym miejscu, jeśli chodzi o straty, w skali całego kraju. Wycena procedur jest jedna i trudno jest... Jest także kontrakt – do tego za chwilę nawiążę – który wiąże nam ręce w sposób niesamowity.

Proszę państwa, są wstrząsające wady w postaci braku prącia, ale są także bardzo proste sprawy, które, jak sądzę, macie zwykle państwo ma myśli, mówiąc o urologii dziecięcej. Chodzi mianowicie o wnętrostwo, problem wodniaka bądź przepukliny mosznowej. No i wreszcie stulejka, od zarania dziejów budząca rozmaite emocje u ludzi. Są także zaburzenia czynności pęcherza. Mam na myśli przede wszystkim pęcherz neurogeny związany z przepukliną oponowo-rdzeniową, ale i inne zaburzenia czynności pęcherza zwane nieneurogenymi, o których za chwilę powie kilka słów pani doktor Felberg.

*(Przewodniczący Rafał Muchacki: Pani Profesor, bardzo bym prosił...)*

Ja już kończę, to jest ostatnie przeżrocze.

*(Przewodniczący Rafał Muchacki: Bardzo proszę, oczywiście.)*

Musimy spieszyć tym wszystkim dzieciom z pomocą. Po co ja to wszystko państwu pokazuję? Otóż po to, żeby Wysoką Komisję prosić o uwzględnienie problemu urologicznego leczenia dzieci, potraktowanie go jako obszaru, w którym nie powinny istnieć kontrakty ograniczające nas w wykonaniu... Bo teraz to wygląda tak: przyjęto tyle i tyle dzieci, wykonano tyle i tyle procedur. Skutkiem takiego kontraktu było to, że w ubiegłym roku, kiedy w pierwszym półroczu w naszej klinice wykonaliśmy sto sześćdziesiąt kilka procent kontraktu, ja stanęłam na dywanie i byłam bliska podziękowania za pracę. Myślę, że to jest jakieś wielkie nieporozumienie. Wnoszę, żeby zostały zniesione limity kontraktowe na leczenie dzieci co najmniej do trzeciego roku życia, jeśli nie w ogóle. Uprzejmie proszę o rozważenie tej kwestii. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Zgadzam się z panią profesorem. Ten apel jest zasadny w kontekście tego, co pani profesor tutaj nam przedstawiła.

Czy ktoś z państwa chciałby w tej materii zabrać głos?

Panie Prezesie, jak pan widzi, to nie jest duży procent chorych, a są to najczęściej wady bardzo skomplikowane, wymagające od lekarzy wiedzy i fachowości. Wczesna reakcja może doprowadzić do całkowitego wyleczenia. I te limity są... Myślę, że na ten temat trzeba po prostu rozmawiać, trzeba to przedyskutować. Chodzi o to, żeby limitów w takich przypadkach nie było. Takich fachowców urologów jest w Polsce, z tego, co mi pani profesor powiedziała, pięćdziesięciu kilku...



*(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska: Zaraz będziemy o tym mówić, jeśli pan pozwoli. Mamy jeszcze czas.)*

Mamy jeszcze pięć minut.

*(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska: Przepraszam, ale my dostaliśmy tak mało czasu, że ja poproszę...)*

Pani Profesor, ja wiem, ale o godzinie 15.00 mamy następne posiedzenie. No, będę z panią polemizował, bo ja zaproponowałem na początku, żeby pani jako pierwsza zabrała głos, ale pani się nie zgodziła.

*(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska: To ja może w takim razie, jeśli państwo pozwolą...)*

Ten postulat jest bardzo istotny. Mamy to wpisane... I z tym na pewno wystąpimy.

Kto z państwa chciałby w tej materii zabrać głos?

*(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska: Ja mam jeszcze prośbę, żeby...)*

Proszę uprzejmie, Pani Profesor.

### **Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska:**

Przyszli ze mną koledzy... Oczywiście także po to, żeby mi towarzyszyć, ale przede wszystkim po to, żeby zwrócić państwa uwagę na jeszcze dwa niezwykle istotne aspekty urologii dziecięcej. Dlatego proszę o wysłuchanie kolegów. Pani doktor Felberg chciałaby państwu powiedzieć dwa słowa na temat zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych u dzieci, co stanowi gigantyczny problem, proszę państwa. To już nie dotyczy wyłącznie urologii dziecięcej – dotyczy to pediatrii, jak najszerzej rozumianego problemu chorób dzieci.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Właśnie dlatego pytałem, czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Proszę, Pani Doktor, przybliżyć nam temat.

### **Ordynator Oddziału Chirurgii Dziecięcej w Szpitalu Dziecięcym w Dziekanowie Leśnym Beata Jurkiewicz:**

Moje nazwisko Beata Jurkiewicz, jestem chirurgiem dziecięcym, członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych. Zajmuję się wybraną częścią urologii dziecięcej – kamicą układu moczowego u dzieci.

Za zgodą i wiedzą pani profesor w 2011 r. otworzyliśmy Oddział Chirurgii Dziecięcej, takie centrum leczenia kamicy. Proszę państwa, dostaliśmy dotację – 10 milionów zł. Supersprzęt i superwyposażenie... Zaczęliśmy robić zabiegi endoskopowe na światowym poziomie. Jest tu grono urologów, którzy znają się... Ostatnio robiliśmy RIRS, bardzo złożoną operację, u sześciokilogramowego

dziecka. Publikujemy w najnowszych amerykańskich piśmie. Proszę sobie wyobrazić, że ze względu na to, iż Narodowy Fundusz Zdrowia obciął kontrakty dla dzieci, nasza dyrekcja – to jest dyktat dyrekcji – zamknęła nasz oddział, na który wydano 10 milionów zł. Zmniejszono nam liczbę łóżek – w tej chwili jest ich piętnaście. Wydłuża się już i tak ogromna kolejka do tych zabiegów, a zabiegi endoskopowe, które wykonujemy... Narodowy Fundusz Zdrowia w 2012 r. stwierdził, że wśród dzieci do osiemnastego roku życia wykonano sto trzydzieści sześć takich zabiegów w całej Polsce, z czego czterdzieści sześć u nas. A zatem ten jeden oddział wykonuje 30% wszystkich takich zabiegów w Polsce. I nie ma możliwości odwołania się, nie ma możliwości rozmowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie ma żadnych... A to jest wysokospecjalistyczna urologia, my robimy zabiegi wysokospecjalistyczne. To jest bardzo ważne dla dzieci, bo kamica u dzieci nawraca. W związku z tym nie możemy ich wszystkich operować... Nie mamy żadnego wpływu na to, żeby rozszerzyć swój kontrakt czy cokolwiek...

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Panie Prezesie, widzę, że pan to zanotował. To naprawdę jest istotna rzecz.

*(Głos z sali: To dotyczy dzieci.)*

Będziemy w kontakcie z panem prezesem w tej sprawie. Ja bym prosił o pisemną informację dla nas, dla naszej komisji o tym problemie. Na pewno będziemy tę sprawę monitorować.

Proszę państwa, bardzo dziękuję i bardzo bym prosił o przesłanie wszelkich uwag na adres mailowy senackiej Komisji Zdrowia. W ciągu dwóch tygodni postaram się zebrać we własnym gronie i przekazać te uwagi do ministerstwa i do Narodowego Funduszu Zdrowia. To jest dla nas istotne.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Ja przepraszam, że mamy takie ograniczenie czasowe, ale...

*(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska: Panie Przewodniczący, czy ja jeszcze mogę prosić...)*

Moment, Pani Profesor. Za pięć minut mamy posiedzenie komisji poświęcone bardzo istotnej sprawie: finansowania leków.

Jeszcze pani profesor.

### **Konsultant Krajowy w Dziedzinie Urologii Dziecięcej Małgorzata Baka-Ostrowska:**

Ja zasygnalizuję to, co chcieliśmy powiedzieć, a nie zdążyliśmy z powodu braku czasu. Niezwykle istotne jest to, ażeby wyjść z pomocą kolegom, którzy chcieliby robić specjalizację z urologii dziecięcej. To jest specjalizacja, którą można robić dopiero po uzyskaniu tytułu specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub specjalisty w dziedzinie urologii. Ośrodków szkolących, czyli mających uprawnienia do szkolenia, jest w Polsce w tej chwili sześć. To i AK jest... No, ja mam pewne zastrzeżenia co do tego, czy

one są na odpowiednim poziomie. Klinika, którą kieruję, jest jedyną kliniką w Polsce, która ma uprawnienia europejskie do szkolenia specjalistów w dziedzinie urologii dziecięcej. Jaki jest... Z czym to się wiąże? Z tym, że jeśli ktokolwiek w Polsce chce robić tę specjalizację, musi wyjechać ze swojego miasta tam, gdzie może się szkolić. To ciąga za sobą koszty. Ci ludzie nie korzystają z rezydentur, bo oni wszyscy są gdzieś zatrudnieni. Oni są delegowani na dwuletnią specjalizację. Co to oznacza? Oni mają swój dom, swoje rodziny, ale muszą wyjechać, wynajmując jakieś mieszkanie i za coś żyć. Składam wniosek, ażeby ustalić jakieś stypendium specjalizacyjne dla osób, które chcą się specjalizować – przypuszczam, że jestem wyrazicielem potrzeb wielu osób – w dyscyplinach szczegółowych,

czyli takich, w przypadku których ośrodków szkolenia jest niewiele w naszym kraju. Sądzę, że to mogłoby w sposób istotny zwiększyć zainteresowanie tymi dziedzinami.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

To jest słuszna uwaga, Pani Profesor. Myślę, że pan minister tego wysłuchał.

Szanowni Państwo, czuję niedosyt, zwłaszcza jeżeli chodzi o urologię dziecięcą... Chciałbym państwu bardzo serdecznie podziękować za tak ciekawe przedstawienie nam tej tematyki. Dziękuję panu marszałkowi za obecność. Dziękuję wszystkim państwu.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 56)*



Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii