



SENAT  
RZECZYPOSPOLITEJ  
POLSKIEJ

X kadencja

# Zapis stenograficzny

z posiedzenia  
Komisji Zdrowia (114.)

20 lutego 2023 r.

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (druk senacki nr 910, druki sejmowe nr 2935, 2983 i 2983-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 8 minut 42)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca  
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Mamy kworum. Nie mamy już problemów z łączami. W związku z tym możemy spokojnie rozpocząć nasze dzisiejsze posiedzenie.

W porządku obrad mamy tylko jeden punkt, ale ważny: rozpatrzenie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Druk senacki nr 910, druki sejmowe nr 2935, 2983 i 2983-A.

Witam wszystkie osoby, które przybyły na posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Mimo tak wczesnej pory, jest tu jednak spora liczba osób zainteresowanych tematem. Mam nadzieję, że będzie równie ciekawa dyskusja, jaka była ostatnio, na temat pilotażu o Krajowej Sieci Onkologicznej. Witam także panie siedzące obok mnie, panie senator, a także senatorów, którzy są podłączeni zdalnie. Witam stronę ministerialną z panem ministrem Kraską na czele i witam stronę społeczną.

Przystępujemy do rozpoczęcia dzisiejszych obrad.

Ja tylko w skrócie wprowadzę w temat, tytułem przypomnienia. Dzisiaj będziemy mówić na temat ustawy, która dotarła do nas z Sejmu. W ubiegłym tygodniu zajmowaliśmy się pilotażem Krajowej Sieci Onkologicznej, który w dalszym ciągu jest aktualny, ponieważ data zakończenia tego pilotażu to koniec marca bieżącego roku. Tak więc w trakcie pilotażu, jeszcze bez ostatecznych końcowych wniosków debatujemy już nad wprowadzeniem ustawy. Wydaje się to w konflikcie, bo po to robi się pilotaże, aby je oceniać, aby wyciągać wnioski i rekomendacje, na podstawie których

powinna być dopiero zbudowana ustawa. Na ten temat, tak jak mówię, mówiliśmy na ostatnim posiedzeniu komisji. Bardzo wnikliwie i bardzo długo debatowaliśmy nad poszczególnymi rozwiązaniami, o których ostatecznie w tzw. skróconym raporcie dostaliśmy informację. Tak się składa, że przedłożenie tego raportu z pilotażu było w jakimś dziwnym czasie... było niedostępne, mimo próśb o jego udostępnienie. Okazało się, że jest to raport utajniony, tajny, obojętnie jak go nazwiemy, dostępu do niego nie mieliśmy. W ostateczności otrzymaliśmy tylko syntezę tego raportu i na podstawie tej syntezy została przygotowana debata, no, powiem szczerze, że druzgocąca dla przyszłości ustawy. Z tego względu, że z pilotażu jasno wynika... Przede wszystkim jeszcze nie wykazano najważniejszego czynnika, który powinien być podstawą Krajowej Sieci Onkologicznej, czyli wpływu na efektywność i poprawę sytuacji naszych pacjentów.

Od początku Komisja Zdrowia wskazywała na problem przede wszystkim źle dobranych wskaźników, na brak odpowiedniej oceny tych wskaźników, na brak dostępu do danych. A jak wiemy, i raport jasno to wskazuje, dane, którymi się posługiwano w raporcie, to są dane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Wiele uwag dotyczyło końcowych wniosków, które tak naprawdę obejmują testowanie koordynatorów, konsylia wielodyscyplinarne, infolinię i ankiety satysfakcji. No, wydaje się, że tego typu zadania można równie dobrze wdrożyć bez ustawy. Jednak ustawa jest rozwiązaniem systemowym i co do kształtu jej przyjęcia, samego zamysłu i projektu, to tutaj też były duże wątpliwości, gdyż jest ustawą tak naprawdę centralizującą cały system, a nie wspomagającą dostępność leczenia onkologicznego oddolnie.

Dzisiaj na naszym posiedzeniu komisji jest pan minister Kraska, który, jak rozumiem, od

początku odpowiadał za pilotaż, jak również za wdrożenie ustawy. Na poprzednim posiedzeniu był pan minister Miłkowski, który przyjął taką rolę, aby wesprzeć ustawę. Aczkolwiek w trakcie dyskusji padało pod kątem pilotażu, no, wiele zarzutów, które okazywały się rzeczywiście trafne. W związku z tym mam nadzieję, że dzisiaj pan minister wróci do niektórych wątków związanych z pilotażem i wyjaśni, dlaczego mimo tylu wątpliwości, i wątpliwości ekspertów, i nas tutaj, w komisji, w Senacie, ta ustawa zostaje wdrożona. Rozumiemy tempo prac, ze względu na to, że jest to kamień milowy i że państwo złożyliście obietnicę, że Krajowa Sieć Onkologiczna będzie jednym z takich fundamentalnych kamieni. No, ale fakt jest faktem, czasu było sporo. A jednak ten czas na dyskusję i wspólną debatę z ekspertami nie doprowadził do konsensusu. Jest wyraźna rozbieżność, jeśli chodzi o stanowiska, zarówno środowiska eksperckiego, onkologicznego, jak i pacjenckiego. Także senatorowie Komisji Zdrowia mają wiele zastrzeżeń i wątpliwości co do w ogóle kształtu i samego pomysłu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej.

Myślę, że to wszystko padnie jeszcze w trakcie dyskusji. W związku z tym rozpoczniemy od wypowiedzi pana ministra Kraski. Proszę, aby pan minister ustosunkował się przede wszystkim do tej kwestii, dlaczego mimo iż pilotaż nie jest zakończony i mimo że został tak negatywnie oceniony, ustawa wchodzi w takim kształcie. Później poproszę o opinię pana mecenasa, a później otworzymy dyskusję.

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo!

Myślę, że wszyscy zdajemy sobie sprawę, że choroby onkologiczne są dużym wyzwaniem, szczególnie po okresie pandemii, kiedy widzimy, że nowych przypadków zachorowań na choroby onkologiczne jest zdecydowanie więcej. Przyspieszyliśmy prace nad ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej, ponieważ pacjenci nie mogą czekać na wprowadzenie tej ustawy i robimy ją w takim trybie, jaki pani przewodnicząca przedstawiła.

Szanowni Państwo, ta ustawa, a właściwie Krajowa Sieć Onkologiczna... Jej pilotaż został wdrożony w roku 2019, czyli już parę lat temu. Ja przejmując obowiązki po ministrze Gadomskim, zająłem się też tą ustawą. Pozwolicie państwo, że na początek w kilku słowach przedstawię założenia ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej.

Po pierwsze, ustawa jest realizacją przyjętej Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030. Również chodzi o to, aby osiągnąć jak najlepszą organizację opieki onkologicznej w naszym kraju, a w szczególności zapewnić poprawę jakości i bezpieczeństwa diagnostyki oraz leczenia onkologicznego, ale także wzrostu poziomu satysfakcji pacjenta i optymalizacji kosztów opieki onkologicznej.

Po drugie, o czym wspomniała pani przewodnicząca, jest to realizacja reformy w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększenia Odporności, czyli w tzw. KPO.

I po trzecie, ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej wprowadza nową strukturę organizacyjną i nowy model zarządzania opieką onkologiczną, która usprawnia organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii.

Priorytetem jest zapewnienie każdemu pacjentowi niezależnie od miejsca zamieszkania opieki onkologicznej opartej na jednakowych standardach diagnostyczno-terapeutycznych. Podkreślę to z wielką mocą. Niezależnie od tego, gdzie mieszkamy, w jakim miejscu w naszym kraju... Chcemy, aby ta ustawa zapewniała każdemu Polakowi i każdej Polce w całym kraju jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne. Pozwolą na to jednolite zdefiniowane ścieżki pacjenta i elastyczna odpowiedź systemu na potrzeby pacjentów.

Ustawa przewiduje bezpieczne wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej, zapewniające zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu objętego działaniem Krajowej Sieci Onkologicznej, jak również umożliwiające podmiotom wykonującym działalność leczniczą przygotowanie się do spełnienia wymagań niezbędnych do zakwalifikowania na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej.

Podmioty lecznicze, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie opieki onkologicznej przed dniem wejścia w życie

projektowanej ustawy wejdą do Krajowej Sieci Onkologicznej. Pierwsza kwalifikacja na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej w Krajowej Sieci Onkologicznej zostanie przeprowadzona w terminie do 31 marca 2024 r., zgodnie z przyjętą poprawką w czasie procedowania w Sejmie.

Kluczowe założenie Krajowej Sieci Onkologicznej to jest zapewnienie wystandaryzowanej struktury ośrodków w sieci. To są tzw. Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego, na 3 poziomach, w skrócie SOLO. Trzeci poziom będą tworzyły ośrodki, które będą wykonywały czy też świadczyły skomplikowane świadczenia medyczne realizowane na poziomie wysokospecjalistycznym. Na drugim poziomie będą realizowane złożone świadczenia medyczne, a najprostsze świadczenia medyczne będą realizowane na poziomie pierwszym. Do tego dochodzą także ośrodki kooperacyjne, czyli najczęściej ambulatoria onkologiczne czy też ośrodki zapewniające leczenie ambulatoryjne.

Jeśli chodzi o obszary działań, świadczeń udzielanych przez Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego, to mówimy tutaj o leczeniu chirurgicznym, o chemioterapii i innych metodach leczenia systemowego oraz o radioterapii onkologicznej. Ośrodek, który jest na pierwszym poziomie, musi posiadać jeden z tych 3 obszarów, czyli albo chirurgię, albo chemioterapię, lub radioterapię. Ośrodek na drugim poziomie musi posiadać przynajmniej 2 z tych 3 obszarów. No a ośrodki na trzecim poziomie to są ośrodki, które posiadają już całą gamę leczenia onkologicznego. Ośrodki kooperacyjne zaś to są ośrodki w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Proces kwalifikacji na poszczególnych poziomach zabezpieczenia opieki onkologicznej będzie zautomatyzowany, wystandaryzowany, oparty na obiektywnych kryteriach. Kryteria odnoszą się będą m.in. do liczby i kwalifikacji personelu medycznego oraz potencjału diagnostyczno-terapeutycznego, który zapewni odpowiednią jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Co 2 lata nastąpi weryfikacja spełniania kryteriów warunkujących przynależność do poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej oraz weryfikacja spełniania na odpowiednich poziomach wskaźników jakości opieki onkologicznej.

Podmioty lecznicze niewchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej z dniem 1 kwietnia

2024 r. nie będą uprawnione do realizacji opieki onkologicznej w ramach umowy z funduszem o udzielanie świadczeń finansowych ze środków publicznych, za wyjątkiem diagnostyki lub leczenia nowotworów krwi, świadczeń udzielanych osobom poniżej osiemnastego roku życia, udzielania świadczeń w ramach przyjęcia w tzw. trybie nagłym.

Monitorowanie Krajowej Sieci Onkologicznej na poziomie krajowym następować będzie przez krajowy ośrodek monitorujący, tym ośrodkiem będzie Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, a na poziomie poszczególnych województw – przez wojewódzkie ośrodki monitorujące.

Ustawa przewiduje utworzenie Krajowej Rady Onkologicznej, która będzie pełnić funkcje opiniotwórczo-doradcze dla ministra właściwego ds. zdrowia oraz dla prezesa funduszu.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą wchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej będą zobowiązane do przekazywania danych do systemu KSO, stanowiącego moduł SIM umożliwiający generowanie raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.

Krajowa Sieć Onkologiczna ma zapewnić kompleksowość opieki onkologicznej, tak aby etapy leczenia przebiegały według ściśle określonych standardów przy współpracy specjalistów z różnych dziedzin medycyny.

Będzie obowiązek wyznaczenia koordynatora dla każdego pacjenta w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy. Podmioty wchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej będą miały obowiązek powołania takich koordynatorów.

Zostanie także utworzona infolinia onkologiczna na poziomie krajowym, w celu udzielania informacji o organizacji opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, w tym o możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej po 12 miesiącach od ogłoszenia ustawy. Infolinia będzie umożliwiać dokonanie zapisu na pierwszorazowe świadczenie opieki zdrowotnej. Ponadto wprowadzamy obowiązek prowadzenia systematycznej oceny satysfakcji pacjenta, tak aby w jak najlepszy i najsprawniejszy sposób odpowiadać na oczekiwania pacjentów i wprowadzać korekty do systemu opieki onkologicznej.

Projekt tej ustawy uzyskał pozytywną opinię Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu

Terytorialnego. 6 października 2022 r. przeszedł całą ścieżkę legislacyjną, jeżeli chodzi o Centrum Legislacji i Komitet Stały Rady Ministrów. 3 stycznia 2023 r. Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, a 26 stycznia Sejm przyjął ustawę i przekazał ją do prac Senatu.

W ustawie zawarte są delegacje do rozporządzeń. Ja przeczytam, jakie to są rozporządzenia. To są następujące rozporządzenia: w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Onkologicznej; w sprawie wykazów wojewódzkich ośrodków monitorujących; w sprawie szczegółów co do kryteriów warunkujących przynależność podmiotu wykonującego działalność leczniczą do poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, czyli tych ośrodków specjalistycznego leczenia onkologicznego; w sprawie wskaźników jakości opieki onkologicznej dla ośrodków SOLO i centrów kompetencji, wskaźników jakości opieki onkologicznej dla ośrodków kooperacyjnych, kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej; sposobu ustalania wysokości ryczałtu dla krajowego ośrodka monitorującego i poszczególnych wojewódzkich ośrodków monitorujących oraz sposobu udzielania wysokości współczynników korygujących; szczegółowego zakresu danych służących do wyliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej oraz sposobu i terminu przekazywania tych danych do systemu KSO, a także wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Jeśli chodzi o to, co było poruszane tydzień temu na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia, czyli kwestia pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, to ja przypomnę, że ten pilotaż został wprowadzony zgodnie z zarządzeniem ministra zdrowia z 13 grudnia 2018 r. i miał się zakończyć 31 grudnia 2022. Jednak podjęliśmy decyzję, aby ten pilotaż wydłużyć do 31 marca 2023. Działanie takie było niezbędne w celu zapewnienia ciągłości pilotażu w województwach włączonych do programu pilotażowego do czasu wejścia w życie projektowanej ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, której celem jest sprawdzenie rozwiązań przetestowanych w ramach programu pilotażowego w całym kraju.

Kilka zdań o pilotażu. Od początku trwania pilotażu w sieci zostało nim objętych 33 tysiące 376 świadczeniobiorców z rozpoznaniem nowotworu złośliwego gruczołu krokowego, jajnika,

jelita grubego, piersi i płuca. Łącznie na realizację programu pilotażowego od początku jego trwania przeznaczono 391 milionów 120 tysięcy zł. Z tego 74 miliony 400 tysięcy stanowił koszt wynikający z zastosowania współczynników korygujących, czyli o tyle więcej otrzymały te ośrodki, niż to, co otrzymałyby, gdyby świadczyły te same usługi bez programu pilotażowego.

Ten pilotaż był prowadzony w 4 województwach. I tak województwo dolnośląskie uzyskało w czasie pilotażu... Te pieniądze to jest 196 milionów dziewięćset...

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Przepraszam, ile? Proszę kwotę...)*

Ale całą?

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Tylko dolnośląskie.)*

Dolnośląskie otrzymało 196 milionów 967 tysięcy zł. I dalej, świętokrzyskie – 86 milionów 427 tysięcy, pomorskie 61 milionów 439 tysięcy i podlaskie – 46 milionów 284 tysiące. W pomorskim pilotaż jest od 1 kwietnia 2020 r.

Jeżeli chodzi o współczynniki korygujące, to w ramach tego dolnośląskie miało zwiększone o 36 milionów, świętokrzyskie – o 17 milionów, pomorskie – o 11 milionów i podlaskie – o 9 milionów 300 tysięcy.

Wojewódzkie ośrodki koordynujące będące podmiotami leczniczymi wyspecjalizowanymi w opiece nad pacjentem onkologicznym, posiadające największy potencjał w zakresie personelu medycznego, sprzętu i aparatu oraz infrastruktury wykazują największą grupę świadczeniobiorców włączonych do programu. Najwięcej pacjentów jest w województwie dolnośląskim, ich liczba stanowi ponad 32% całkowitej liczby świadczeniobiorców biorących udział w pilotażu. W pozostałych województwach jest to już mniejsza liczba, i tak w świętokrzyskim – 18%, w podlaskim – 9% i w pomorskim – 8%. Z danych przekazywanych z poszczególnych województw biorących udział w pilotażu z miesiąca na miesiąc dochodziło do wzrostu liczby pacjentów włączonych do programu. Najczęściej leczonym nowotworem w programie pilotażowym opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej jest nowotwór piersi. Opieką objętych jest ponad 10 tysięcy pacjentów. Następną grupą nowotworów jest nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, ponad 7 tysięcy 518 pacjentów. Nowotwór złośliwy jelita grubego – 6 tysięcy 700 osób. Nowotwór złośliwy płuca – 6 tysięcy 214



pacjentów. Nowotwór złośliwy jajnika – 1 tysiąc 300. I rak in situ sutka – 647 pacjentów. Wtórny nowotwór płuc – 391 osób.

Podsumowując, na podstawie analizy i oceny danych z realizacji pilotażu wynika, że efektem programu jest: sformalizowana współpraca na podstawie porozumień zawartych pomiędzy wojewódzkimi ośrodkami koordynującymi a ośrodkami współpracującymi; standaryzacja dokumentacji medycznej prowadzonej w pilotażu poprzez wdrożenie szablonów oraz protokołów... Umożliwi to w przyszłości porównanie wyników diagnostyki i leczenia pomiędzy ośrodkami w pilotażu oraz ujednotoci sposób postępowania w opiece nad pacjentami w ramach sieci onkologicznej. Dalej: objęcie pacjenta opieką już na etapie diagnostyki i leczenia przez dedykowanego koordynatora; ujednotoczenie standardów oceny i opisu stadiów badań histopatologicznych, radiologicznych oraz obrazowych. Stosowanie ustandaryzowanych procesów diagnostycznych było kluczowym elementem udziału ośrodka w pilotażu. Następnie: wymiana doświadczeń pomiędzy ośrodkami będącymi w sieci onkologicznej; przekazywanie danych o pacjentach pilotażowych pomiędzy wojewódzkimi ośrodkami koordynującymi a ośrodkami współpracującymi; uruchomienie infolinii onkologicznej dla pacjentów.

W czasie pilotażu ośrodkami koordynującymi były: w województwie dolnośląskim – Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, w województwie świętokrzyskim – Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach, w województwie białostockim – Białostockie Centrum Onkologii, a w województwie pomorskim – Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. W Białymstoku współpracował też Uniwersytecki Ośrodek Kliniczny w ramach wojewódzkiego ośrodka opieki koordynowanej. Ośrodki współpracujące pierwszego i drugiego poziomu zawierają z wojewódzkimi ośrodkami koordynującymi porozumienie o współpracy dotyczące sprawowania i koordynowania opieki onkologicznej w ramach pilotażu i przepływu danych.

Raport komitetu sterującego jest tą syntetyczną informacją dotyczącą realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, którą wdrożono w Polsce w 2019 r. Obecnie pilotaż funkcjonuje na terenie 4 województw: w województwie dol-

nośląskim, świętokrzyskim, pomorskim i podlaskim.

Doświadczenie i wstępne wnioski z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej w poszczególnych zakresach jej organizacji, struktury, zasad przepływu informacji pomiędzy ośrodkami oraz koordynacji opieki onkologicznej stały się filarem decyzji o opracowaniu projektu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej jeszcze w trakcie trwania programu pilotażowego.

Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej wprowadzi nowy model organizacji i zarządzania opieką onkologiczną, która usprawni organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii. Ponadto ustanowienie Krajowej Sieci Onkologicznej ma na celu wzrost efektywności i jakości leczenia chorób nowotworowych w skali całego kraju.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego prezes funduszu sporządza we współpracy z wojewódzkim ośrodkiem koordynującym raport końcowy zawierający analizę realizacji pilotażu i przekazuje go ministrowi do spraw zdrowia wraz z kopią sprawozdania końcowego nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania sprawozdań końcowych od podmiotów realizujących pilotaż. Wskazane podmioty mają przekazać sprawozdanie końcowe funduszowi nie później niż w terminie 30 dni od dnia zakończenia pilotażu. To będzie oczywiście opublikowane w ramach końcowego raportu przez Narodowy Fundusz Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej.

Pakiet onkologiczny, obecnie obowiązujący, wprowadził zmiany w organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zmierzające do skrócenia czasu oczekiwania na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach pakietu onkologicznego powstała odrębna kategoria pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii. Pacjentom tym wystawia się kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, tę tzw. kartę DiLO, pełniącą rolę skierowania. Nowa ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej wprowadza zaś nowy model organizacji i zarządzania onkologią, co nie było przedmiotem regulacji pakietu onkologicznego. Podmioty wykonujące działalność leczniczą, spełniające kryteria określone w ustawie, utworzą Krajową Sieć Onkologiczną. Ustawa

o Krajowej Sieci Onkologicznej zapewni wystandaryzowaną strukturę ośrodków KSO.

Z uwagi na zakres regulacji do ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej zostały przeniesione także przepisy dotyczące zasad diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego z ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ośrodki, które uczestniczyły w programie pilotażowym, i w dalszym ciągu uczestniczą, wdrożyły standaryzację kluczowych elementów dokumentacji medycznej poprzez zastosowanie opisów radiologicznych oraz protokołów dla badań patomorfologicznych zawierających kluczowe i specyficzne cechy mające na celu standaryzację i kompleksowość diagnostyki. Wymienione działanie poprzez utworzenie jednolitego danego wskazania czy grupy wskazań miało za zadanie umożliwić porównywanie wyników diagnostyki i leczenia oraz ujednoczenie sposobu postępowania w opiece nad pacjentem w ramach sieci onkologicznej. Przygotowano również wzory kart konsyliów dla wielodyscyplinarnych zespołów, które oceniają kompletność i prawidłowość zrealizowanej diagnostyki we wskazaniach objętych programem pilotażowym. Opracowana w ramach pilotażu standaryzacja istotnych elementów dokumentacji medycznej, ujednoczona na poziomie podmiotów realizujących świadczenia w zakresie opieki onkologicznej w Krajowej Sieci Onkologicznej, umożliwi w przyszłości przeprowadzenie szybkiej i transparentnej oceny kompleksowości procesu diagnostyki i leczenia na każdym etapie leczenia pacjenta.

Wprowadzenie modelowych ścieżek terapeutycznych, opartych na bazie aktualnych wytycznych praktyki klinicznej dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego, gwarantuje maksymalne zwiększenie efektywności opieki onkologicznej, z równoczesnym ich wdrożeniem w ośrodkach uczestniczących w pilotażu. Było to celem pilotażu zmierzającym do wyrównania poziomu leczenia i szans pacjentów na wyleczenie.

W ramach pilotażu wprowadzono ścieżki leczenia 5 nowotworów. Mówimy tu o raku piersi, płuca, jelita grubego, prostaty oraz jajnika. Wprowadzono karty konsyliów dla oceny diagnostyki onkologicznej. Wprowadzono wzór wytycznych do dokumentacji dla konsyliów, protokół badania histopatologicznego, protokół badania radiologicznego i histopatologicznego próbek pobranych

z gruczołu piersiowego, szablon radiologiczny oraz protokół operacyjny raka jajnika. Wprowadzono infolinię onkologiczną umożliwiającą umawianie się pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej na wizytę oraz sprawne zarządzanie terminami. Przydzielono koordynatora dla każdego pacjenta na etapie od pierwszej wizyty do momentu zakończenia leczenia, obejmując tym maksymalną liczbę 40 świadczeniobiorców. Utworzono konsylia wyjazdowe, podczas których określany jest stopień zaawansowania nowotworu złośliwego warunkujący wyznaczenie właściwego planu leczenia onkologicznego. Także określono współpracę ośrodków sieci onkologicznej, kierowanie pacjenta do ośrodka, który jest przygotowany do leczenia danego nowotworu. Inne zmiany: realizacja zabiegów chirurgicznych w ośrodkach posiadających odpowiednie doświadczenie; wprowadzenie oceny satysfakcji pacjenta za pomocą ankiet anonimowych.

Ankieta badania satysfakcji pacjentów została przeprowadzona przez ośrodek, który został do tego wybrany. Analizie poddano ogółem 5 tysięcy 540 ankiet. W ankiecie wzięło udział 98,9 osoby. Uczestnicy badania pilotażowego zapytani o zadowolenie z uzyskanej pomocy onkologicznej, a tym samym chęć polecenia placówki znajomym wskazali na oceny powyżej 5. Ocen dokonano w skali od 1 do 10, gdzie 1 to jest ocena najniższa, a 10 – najwyższa. Średnia ocena respondentów wynosiła ogółem 9,6. Myślę, że to jest wiarygodna ocena, która pokazuje, że pacjenci, którzy uczestniczyli w programie pilotażowym, byli zdecydowanie zadowoleni z uzyskanej pomocy onkologicznej. Jeżeli popatrzymy na poszczególne województwa, to zobaczymy, jaka jest średnia w poszczególnych województwach. Dla województwa świętokrzyskiego to jest 9,8, dla dolnośląskiego... Przepraszam, to była taka... Średnia ocen dla świętokrzyskiego to jest 9,8, dla dolnośląskiego – 9,7, a nieco niżej oceniali respondenci województwo podlaskie, na 9,3. A województwo pomorskie... Nie mam tu danych, ale tam pewnie było poniżej 9,3, tak było oceniane województwo pomorskie.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Może darujmy, Panie Ministrze, te szczegóły...  
(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Waldemar Kraska: Dobrze...)



...dlatego że na temat tego pilotażu mówiliśmy dosyć długo, więc może tylko takie podsumowanie i odpowiedź na pytanie, czy na podstawie tego pilotażu rzeczywiście zauważyliście państwo poprawę dostępności i efektywności leczenia. No, bo chyba to było głównym zamiarem pilotażu. I czy na pewno to jest dobry ruch, że w momencie, kiedy jeszcze trwa pilotaż, my już procedujemy ustawę.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca, Szanowna Komisjo, w tym raporcie, właściwie w streszczeniu tego raportu końcowego komitetu sterującego, który został opublikowany... Na pewno zapoznaliście się państwo z tymi danymi, które pokazują, w sposób bardzo adekwatny, że pilotaż zdecydowanie usprawnił i ułatwił, ale także zwiększył dostępność pewnych procedur. Tu mówimy o procedurach diagnostycznych. Jeżeli chodzi np. o procedury realizowane w procesie diagnostycznym raka złośliwego jelita grubego, to przed pilotażem odsetek pacjentów mających wykonaną tomografię klatki piersiowej w tym nowotworze, przed pilotażem, czyli w latach 2017–2018, w tych samych województwach, gdzie był prowadzony pilotaż, był na poziomie 11%, a już w ramach pilotażu to był poziom 41%. Czyli jest ewidentny, naprawdę ewidentny wzrost. Jeżeli popatrzymy np. na diagnostykę nowotworu złośliwego odbytu, i tu mówimy o badaniu rezonansem magnetycznym jamy brzusznej z miednicą mniejszą, to widzimy, że przed pilotażem w tych województwach przebadanych było 20% pacjentów, a w czasie pilotażu już prawie 60%. No, proszę państwa, to są dane, które, jak myślę, w sposób jednoznaczny pokazują tę dostępność, i nie jest to związane, jak było mówione, z tym, że uwolniliśmy badania czy to tomografii komputerowej, czy rezonansu, bo to zawsze było bezlimitowe, jeżeli chodzi o choroby nowotworowe. Podobnie jest w przypadku nowotworów płuca, jeżeli chodzi o dane diagnostyki nowotworu złośliwego płuca badaniem PET. Przed pilotażem to było 24%, a w czasie pilotażu ponad 50%. To są dane, które pokazują, że w czasie pilotażu diagnostyka i leczenie pacjentów jest na zdecydowanie wyższym poziomie niż przed pilotażem.

Tak że z tego pilotażu wyciągamy wnioski, i one będą zawarte w rozporządzeniach, które będą dołączone do ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. To, co się pojawiło też w pilotażu i co chcemy zmienić... Nie wszystkie ośrodki w jednakowy sposób raportowały początek rozpoczęcia leczenia onkologicznego, dlatego zdecydowanie chcemy to ujednoczyć. Chcemy, aby klasyfikacja TNM, tak bardzo ważna dla procesu terapeutycznego, ale głównie dla procesu leczniczego, była ujednoczona.

Również jeżeli chodzi o zbieranie wskaźników i mierników jakości, to zdecydowanie musimy usprawnić system informatyczny, który nie zawsze był jednolity w poszczególnych ośrodkach wchodzących w sieć pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej.

Oczywiście w tej chwili pilotaż w dalszym ciągu jeszcze trwa w tych 4 województwach, ale to jest związane z tym, że ustawa nie weszła w życie od 1 stycznia. Ze względów legislacyjnych ten proces się przedłużył. Dlatego chciałbym apelować do państwa senatorów, aby w czasie tego posiedzenia Senatu ta ustawa została uchwalona i jak najszybciej wdrożona w życie. Oczywiście jeżeli są pytania, będę starał się na nie dokładnie państwu odpowiedzieć. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Tak naprawdę przedstawił nam pan uzasadnienie do tej ustawy, które wszyscy dokładnie z nas przeczytali i wiemy, na jakiej zasadzie państwo uchwalaliście poszczególne zapisy i artykuły.

Jednak dużym zaskoczeniem jest dla mnie w tej chwili to, co pan powiedział na temat środków wydanych na ten pilotaż. W czasie rozmowy na ostatnim posiedzeniu pan minister Miłkowski powiedział, że na trwający przez 4 lata pilotaż były wydatkowane 74 miliony zł. Pan w tej chwili powiedział, że jest trzysta... To ile razem? Może tak: ile wydano na pilotaż razem, na wszystko, przez 4 lata? Konkretnie.

*(Głos z sali: 400 milionów.)*

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Ja rozumiem, że tu jest też w tym wszystkim wycena... współczynniki korygujące itd. Wszystko jest wrzucone do tego pilotażu, żeby nikt się nie zorientował, o co tak naprawdę chodzi.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Waldemar Kraska: Więc jeszcze raz. Na...)

Ile państwo wydaliście na pilotaż łącznie, w 4 ośrodkach, przez 4 lata?

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Czyli tak: łącznie na realizację programu pilotażowego w tych 4 województwach od początku jego trwania wydaliśmy 391 milionów 120 tysięcy zł. W tym 74 miliony to jest koszt wynikający z tych współczynników korygujących.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

74 miliony. Dobrze. To to mamy ustalone.

Moje pytanie jest teraz takie. Przepisy dotyczące Krajowej Sieci Onkologicznej wejdą w życie, według założeń, w lipcu tego roku. Ile na ten rok jest w budżecie zapisanych środków na krajową sieć?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: Dziesięć tysięcy...)

(Głos z sali: No i gdzie są te pieniądze?)

(Senator Alicja Chybicka: Zero. Nie ma ich...  
Ja nie widziałam w budżecie.)

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Jeżeli chodzi o całą onkologię, to jest to ponad 13 miliardów zł...

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ale nie na onkologię, Panie Ministrze...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Waldemar Kraska: Ale pani...)

...tylko na krajową sieć.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca, mogę powiedzieć?  
Dokładamy 0,5 miliarda...

(Senator Alicja Chybicka: Ile?)

Pół miliarda.

(Senator Alicja Chybicka: I to jest w budżecie?)

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ale co to znaczy „dokładamy”? No bo...

(Senator Alicja Chybicka: Właśnie. Tylko gdzie...)

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Waldemar Kraska: W budżecie korygującym.)

Jako współczynniki. Okej.

A na krajową sieć nie macie państwo odrębnie zarezerwowanych pieniędzy – tak? No bo rozumiem, że nie tylko te 4 ośrodki, które były w pilotażu, tylko szereg nowych podmiotów wejdzie w sieć. Mam nadzieję, że duża liczba, bo chodzi o to, żeby dostępność leczenia onkologicznego była jak największa.

DYREKTOR DEPARTAMENTU LECZNICTWA  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**MICHAŁ DZIĘGIELEWSKI**

Pani Przewodnicząca, dokładnie rzecz biorąc, będzie dokładane do całej onkologii, w całości, od 1 kwietnia 2023 r. Tak się szykujemy, żeby dołożyć. Proszę pamiętać, że zgodnie z tym, co zostało zapisane w ustawie, poszczególne poziomy będą wskazywane dopiero w przyszłym roku od 1 kwietnia, więc wtedy będziemy mówili o dodatkowych zadaniach i o wybranej sieci. Na ten rok przeznaczamy 0,5 miliarda dodatkowych środków finansowych na to, żeby wspomóc ośrodki onkologiczne.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Bez różnicy, czy były wcześniej w pilotażu, czy nie były. Chodzi o całość przeznaczoną na onkologię.

(Głos z sali: Od kiedy te poziomy...)

(Senator Alicja Chybicka: Od kwietnia 2023 – tak?)

Od 1 kwietnia 2024 r. będzie podział na SOLO I, II i III. Ośrodki kooperacyjne. One będą wtedy wskazane zgodnie z kryteriami dochodowymi.

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Ale ustawa wchodzi w życie w tym roku?)

Ustawa wchodzi w życie w tym roku.  
(Wypowiedzi w tle nagrania)  
(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: To co będzie zawierała? Co od lipca...)

W tym roku zaczynamy przede wszystkim zbierać poszczególne dane w uporządkowany sposób w całej Polsce, żeby móc na podstawie kryteriów wybrać poszczególne ośrodki.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Czyli dalej będzie realizowany pilotaż? No, bo zbieranie danych jest w ramach pilotażu. Teraz już powinna konkretnie działać ustawa.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca, jeżeli czytała pani ustawę, to wie pani, że do 1 kwietnia 2024 r. będzie trwała kwalifikacja ośrodków, które wejda do Krajowej Sieci Onkologicznej.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

To co będzie, Panie Ministrze, pomiędzy wejściem ustawy w życie a rozpoczęciem jej działania?

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

W momencie wejścia ustawy w życie ośrodki, które w tej chwili świadczą usługi onkologiczne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, wchodzi z automatu do tej sieci. W tym okresie dostosowawczym, bo wszystkie ośrodki apelowały o to, aby taki okres był, Narodowy Fundusz Zdrowia będzie kwalifikował do nowej sieci onkologicznej.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Czyli przez pół roku będzie kwalifikacja ośrodków do sieci? Dobrze rozumiem – tak?

(Głos z sali: Pół roku.)  
Pół roku.

Dobrze. Panie Mecenasie, bardzo proszę o opinię.

**GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
PIOTR MAGDA**

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Do omawianej ustawy Biuro Legislacyjne Kancelarii Senatu zgłosiło zastrzeżenia natury konstytucyjnej i legislacyjnej.

Zastrzeżenia natury konstytucyjnej odnoszą się do przepisów art. 41, 42 i 43 ustawy, które zostały wprowadzone do tekstu jej projektu na etapie sejmowego postępowania legislacyjnego w wyniku przyjęcia przez sejmową Komisję Zdrowia niektórych poprawek zgłoszonych na jej posiedzeniu. Przepisy te nowelizują: ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry w zakresie dotyczącym wydawania świadectw złożenia lekarskiego egzaminu końcowego i świadectw złożenia lekarsko-dentystycznego egzaminu końcowego oraz odbywania szkoleń specjalizacyjnych w wybranej dziedzinie medycyny; ustawę o publicznej służbie krwi w zakresie dotyczącym uprawnień zasłużonego honorowego dawcy krwi oraz warunków pobierania krwi lub jej składników; ustawę – Prawo farmaceutyczne w zakresie dotyczącym rozszerzenia katalogu podmiotów, które mogą ubiegać się o zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej o uczelnie prowadzące kształcenie na kierunku farmacja. A zatem zawierają one unormowania, których przedmiot rażąco wykracza poza materię projektu wniesionego do Sejmu przez Radę Ministrów.

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego poprawki zgłaszane na etapie sejmowego postępowania ustawodawczego powinny pozostawać w merytorycznym i formalnym związku z projektem złożonym w Sejmie, przy czym ta więź powinna polegać na tym, że poprawki odnoszą się do projektu i pozostają w odpowiedniej relacji z jego treścią, zmierzając do modyfikacji pierwotnej treści projektu. W tym stanie rzeczy należy uznać, że przepisy art. 41, 42 oraz 43 ustawy są niezgodne

z art. 118 ust. 1 oraz art. 119 ust. 1 i 2 konstytucji przez to, że zostały wprowadzone do tekstu projektu ustawy bez dochowania trybu wymaganego dla sejmowego postępowania ustawodawczego. Przepisy te należy zatem skreślić.

Zastrzeżenia natury legislacyjnej odnoszą się do następujących zagadnień. Po pierwsze, zasadne jest zlikwidowanie kolokwializmu w art. 10 ust. 1 oraz w art. 13 ust. 2 ustawy. Przepisy te stanowią o posiadaniu przez świadczeniodawcę umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a zatem wymagają stosownego przereformowania właściwego dla języka prawnego.

Po drugie, zasadne jest uwzględnienie, że do postępowań w sprawach wymienionych w art. 11 ust. 1 ustawy zasadne jest odesłanie do art. 10, nie zaś jedynie do ust. 1–8 tego artykułu.

Po trzecie, zasadne jest przereformowanie wprowadzenia do wyliczenia w art. 13 ust. 1 ustawy w celu likwidacji równoważnika zdania, którego nie powinno się stosować w języku prawnym.

Po czwarte, zasadne jest zapewnienie spójności terminologicznej w obrębie przepisów ustawy poprzez jednolite posługiwanie się określeniem „imię i nazwisko”, nie zaś „nazwisko i imię”.

Po piąte, zasadne jest uwzględnienie w art. 23 ust. 2 pkt ustawy, że mapy potrzeb zdrowotnych konstytuują art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co powinno skutkować sprecyzowaniem zastosowanego odesłania.

Po szóste, zasadne jest sprecyzowanie odesłania zastosowanego w art. 29 pkt 2 ustawy na wzór przepisów art. 2 pkt 8, art. 2 pkt 11 oraz art. 4 ust. 2 ustawy.

Po siódme, zasadne jest uwzględnienie w art. 29 pkt 6 ustawy, że art. 9 ust. 2, do którego następuje odesłanie, stanowi o prezesie funduszu, nie zaś o funduszu jako o podmiocie.

Po ósme, zasadne jest zapewnienie zupełności unormowania zawartego w art. 31 ust. 2 pkt 2 ustawy, stosunek pracy może być bowiem nawiązany również na podstawie spółdzielczej umowy o pracę, czego aktualne brzmienie tego przepisu nie uwzględnia.

Po dziewiąte, zasadna jest likwidacja kolokwializmu występującego w art. 11 ust. 5 pkt 2 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Po dziesiąte, zasadne jest uwzględnienie dyrektywy wyrażonej w §154 ust. 1 zasad techniki prawodawczej, zgodnie z którym skrót można wprowadzić dla oznaczenia określenia złożonego, które wielokrotnie powtarza się w tekście aktu normatywnego.

Po jedenaste, zasadne jest uwzględnienie, że określony w art. 47 ustawy termin 2 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy powinien odnosić się do ustalenia składu osobowego Krajowej Rady Onkologicznej pierwszej kadencji, nie zaś do jej utworzenia, gdyż to ustawa tworzy Krajową Radę Onkologiczną, a rolą ministra właściwego do spraw zdrowia jest jedynie powołanie członków rady w wyznaczonym okresie.

I wreszcie po dwunaste, zasadne jest redakcyjne skorelowanie wprowadzenia do wyliczenia w art. 56 ustawy z treścią pkt 2 i 3 tego artykułu w celu likwidacji niezamierzonego, jak rozumiem, sformułowania „świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeń opieki zdrowotnej”. Dziękuję.

#### **PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Rozpoczynamy dyskusję.  
Kto z państwa chce zabrać głos?

Pani senator Ewa Matecka i pani Alicja Chybicka, a później oczywiście po kolei będę udzielała głosu. Proszę o w miarę zwarte pytania z tego względu, że taką dużą debatę już mieliśmy, więc proszę raczej tylko ustosunkowywać się już teraz do ustawy i do jej zapisów.

Proszę.

#### **SENATOR EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

No, w sytuacji chorych na nowotwory, to dość trudno jest mi wypowiadać się w sposób skondensowany i krótki. Dlatego że rzeczywistość... Pan minister powiedział, że pacjent nie może czekać. No, pacjent onkologiczny, Panie Ministrze, rzeczywistość nie może czekać. A środki na onkologię są, niestety, bardzo rozproszone. Rozproszone są w wielu programach, które są potrzebne. Rozproszone są w środkach NFZ-owskich, no i w Funduszu Medycznym,

z którego już zabrano prawie 3 miliardy zł. Fundusz Medyczny, hucznie zapowiadany w 2020 r., też był wielką nadzieją, podobnie jak teraz ta sieć onkologiczna.

A zatem, Panie Ministrze, co się zmieni dla pacjenta onkologicznego? Co się zmieni? Pytam, bo mamy w tej chwili przedstawiony pewien model, nowe standaryzacje. I tak jak wątpiałam i wątpię, i mam do tego podstawy, w to, że Fundusz Medyczny nie poprawił dostępności, nie poprawił skuteczności, nie poprawił standaryzacji, nie wprowadził nowych technologii ani innowacyjnych metod leczenia, tak i tu sędzę, że będzie podobnie. Te ośrodki, które mają być zakwalifikowane do odpowiednich poziomów, one już w tym są. I tylko kwestia ogarnięcia tego w pewien sposób organizacyjny.

Pytanie zatem: czy te ośrodki, Panie Ministrze, będą systematycznie doposażane w nowe technologie, w nowe terapie, tak, że to spowoduje zwiększenie dostępności i skróci czas oczekiwania, że zmniejszy się śmiertelność, że poradzimy sobie z profilaktyką i diagnostyką. Przeraza mnie to, że zostało przeznaczonych już prawie 400 milionów zł na program pilotażowy, którego skutki tak naprawdę chyba nie za bardzo możemy pochwalić.

Mam jeszcze jedno konkretne pytanie, odnośnie do art. 5, który to art. 5 w powiązaniu z art. 15, Panie Ministrze, mówi o tym, że podmioty wykonujące działalność leczniczą niewchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej nie są uprawnione do realizacji opieki zdrowotnej. Chociaż w art. 15 mówi się, że mogą składać wnioski o przystąpienie do tej sieci.

No i mam pytanie o koordynatora. Koordynator oczywiście jest jak najbardziej potrzebny w samym procesie leczenia osoby chorej na nowotwór. Ten koordynator to ma być osoba zatrudniona na podstawie stosunku pracy lub innej niż stosunek pracy w tzw. ośrodkach kooperacyjnych. Czy to oznacza, że tylko koordynator będzie w ośrodku kooperacyjnym? Bo ośrodek kooperacyjny to nie jest podmiot, który będzie zakwalifikowany do SOLO I, SOLO II czy SOLO III. Proszę powiedzieć, czy dobrze to rozumiem, zgodnie z treścią zapisów w tej ustawie, że na poszczególnych poziomach tych ośrodków wyspecjalizowanych i zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów SOLO nie będzie koordynatorów. Czy tam również będą? Czy taki koordynator nie tylko będzie informował osobę,

która jest w trakcie terapii, ale będzie również za tę osobę dokonywał pewnych czynności? A mianowicie jeżeli będzie zalecenie dla osoby chorej na nowotwór zgłoszenia się na jakieś dodatkowe badanie czy dokonanie prześwietlenia, cokolwiek innego, wszystko co się robi w tej procedurze, będzie już odpowiednia czynność wykonana przez tego koordynatora? Czy nadal pacjent będzie musiał sam starać się o to, umawiać terminy, dopytywać się itd.? To jest bardzo ważne. Bardzo ważna jest ta rola koordynatora, akurat w tej sieci wydaje mi się być to bardzo istotne.

Tak więc bardzo proszę o te 2 informacje.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Pani senator Chybicka.

**SENATOR  
ALICJA CHYBICKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Panie Ministrze, ta ustawa o sieci, powiem uczciwie, w ogóle mi się nie podoba. Jestem onkologiem dziecięcym i... To jest takie załatwienie sprawy, które moim zdaniem nie pomoże żadnemu pacjentowi, który do tej pory miał kłopoty. Należy powiedzieć, że zapewne ci, którzy znaleźli się w tych pilotażach w 4 ośrodkach, to są tzw. pacjenci szczęściarze, którzy i tak mieli dobrze, z siecią czy bez sieci. Oni zapytani, jak są zaopiekowani, odpowiedzieli w dziewięćdziesięciu paru procentach – tak pan powiedział – że dobrze się mają. Oceną wyników leczenia w onkologii nie jest pytanie do pacjenta, jak został zaopiekowany, choć jest to ważne, nie neguję tego. Najważniejszą odpowiedzią, która przez państwa w ogóle, jak rozumiem, nie została uzyskana, są wyniki leczenia. No, żeby uzyskać poprawę w onkologii dziecięcej... My przeżywaliliśmy to 20 lat temu, kiedy wyleczalność była na poziomie 15%, a w tej chwili jest to ponad 85%. Nie wzięło się to znikąd. Gdyby w tej sieci onkologicznej, tak jak w onkologii dziecięcej... Bo nawet poprzednio minister Miłkowski powiedział, że onkolodzy dziecięcy co do tej sieci nie mają uwag, bo mają swój system, idą swoim systemem, sieć w ogóle ich, że tak powiem, nie



dotknie. Prawdą jest, że każde polskie dziecko – i tutaj uwaga: nie ma tego w sieci onkologicznej, a chciałabym to na dorosłych przełożyć – jest leczone w zależności od tego, jaki nowotwór zostanie rozpoznany. W taki sam sposób jest diagnozowane i leczone, według jednolitego protokołu diagnostycznego i terapeutycznego, w związku z czym ta wyleczalność zdecydowanie się poprawiła. I tak trzeba zrobić w leczeniu dorosłych. I tak zrobiono wyłącznie...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Niech mnie pan poprawi, może ja się mylę, jak mówię, jestem onkologiem dziecięcym.

Tak zrobiono wyłącznie w przypadku raka piersi, gdzie są *breast cancer unit*... Rak płuca jest kapitalnym też przykładem, który pokazał, że jeśli się coś zunifikuje, to jest poprawa. To był killer do tej pory, a jest lepiej, odkąd powstały te pulmonologiczne centra. A pozostałe nowotwory? Ciągle każdy sobie rzepkę skrobie.

My tutaj przygotowaliśmy poprawki, które chociaż trochę to złagodzą, tak żeby każdy pacjent, gdziekolwiek trafi... To jest w ogóle zły pomysł. Poszło prawie 400 milionów, bo trzysta dziewięćdziesiąt jeden koma tam sto dwadzieścia tysięcy, na pilotaż, który tak naprawdę nic nie da chorym. No, nic to nie da. I ta cała sieć też nic nie da.

Bo, Panie Ministrze, niech mi pan powie, wyłącz pan... A jeśli źle mówię, to proszę to poprawić. Wyłącz pan z tej sieci ośrodki, które nie będą spełniały norm, które są wygórowane, a głowę daję, że wiele z nich niestety tych wymogów nie spełni. Co się wtedy stanie z chorymi? Obecnie w tych kilkunastu centrach, które nie są w stanie zająć się chorymi, bo jest ich 180 tysięcy każdego roku – w ogólnej masie, bo chorzy są leczeni dłużej niż 1 rok, czasem są leczeni latami – są gigantyczne kolejki. Ja myślę, że pan był w wielu centrach onkologii. Ja byłam. I po prostu czarno jest w tych wszystkich poradniach. Siedzą tam tłumy chorych. I teraz ja rozumiem, że pan w teorii... Nie pan, tylko oczywiście projektodawcy, w teorii uważają, że ci wszyscy chorzy do tej kolejki tam zasiądą i będą tam sobie siedzieć. Chorzy z tych miejsc, ośrodków, które do sieci się nie dostaną. A zatem to wszystko... Mnie się wydaje, że to wszystko nie da żadnej poprawy. Ba, będzie pogorszenie, bo te kolejki w tych wielkich centrach zdecydowanie się zwiększą.

Mało tego. Są ośrodki w Polsce... To pan na pewno wie dużo lepiej ode mnie, bo ja znam

tylko kilka. Np. wiedziałam, że Szpital MSWiA w Gdańsku znakomicie operuje tarczycę i chorzy na tarczycę z całej Polski tam zjeżdżają. To nie jest szpital onkologiczny, tylko wieloprofilowy. Np. istnieje taki ośrodek, który operuje raki trzustki w Gliwicach. Gdybym ja to miała konstruować... To wszystko jest postawione na głowie i trzeba by to zrobić odwrotnie. Trzeba w onkologii dorosłych wreszcie zunifikować leczenie pacjentów w całym kraju, a tego się nie robi. Nie powoływać 100 tysięcy koordynatorów, chociaż bezcenny jest koordynator z punktu widzenia pacjenta, na każdym etapie, ale to jest inny koordynator niż ten, którego ja mam na myśli. Ja mam na myśli koordynatora, jaki... Np. koordynatorem leczenia neuroblastomy u dzieci jest ośrodek krakowski z panią prof. Walentyną Balwierz na czele. To ona przywiozła... wpięła nas we wszystkie sieci zachodnie... Każde dziecko w Polsce jest tak samo leczone na neuroblastomę, bo ona pilnuje tych programów, zbiera dane. I nie potrzeba wydawać pieniędzy. Myśmy groźna na to nie dostali, nigdy, przenigdy. A jednak zostało to zrobione. A tutaj pan wprowadza dużo koordynatorów na poszczególnych poziomach... I chwala Bogu, bo może łatwiej trochę temu choremu będzie. Jednak brakuje tego, co jest clou sprawy. Gdyby pilotaż, tak jak powinien, pokazał wyniki leczenia poszczególnych ośrodków i gdyby porównać je między sobą, to obawiam się, że byłyby różne, bo każdy sobie rzepkę skrobie. Jeśli chodzi o te niektóre nowotwory, których leczenie jest zunifikowane, to wyniki może tak źle nie wyjdą. Ale pan podał tu wyłącznie parę szandarowych nowotworów, a przecież ta lista – ja już ją wymieniałam poprzednio – jest bardzo długa.

Panie Ministrze, naprawdę my to poprawiliśmy. Jedyne sens, który widzę we wprowadzeniu sieci onkologicznej, to jest ten nieszczęsny kamień milowy. Bo tak naprawdę cała reszta, według mnie, powinna być zrobiona w odwrotnej kolejności i inaczej. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Kto z państwa chce zabrać głos?

Proszę po kolei, dobrze? Proszę się przedstawiać do mikrofonu.



PREZES ZARZĄDU  
OGÓLNOPOLSKIEJ FEDERACJI  
ONKOLOGICZNEJ  
**DOROTA KORYCIŃSKA**

Dzień dobry, Pani Przewodnicząca. Dzień dobry państwu.

Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna.

Nie będę się rozwodziła. Zadam kilka pytań. Mam nadzieję, Panie Ministrze, że uzyskam odpowiedź.

O ile dobrze zrozumiałam, jedyne korzyści, które odnieśli pacjenci z pilotażu, to zwiększenie liczby badań radioobrazowych, czyli tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny i PET. Ja muszę przyznać, że ten nad wyraz syntetyczny raport jakoś nie pokazał, żeby ten wzrost był taki bardzo, bardzo dobry i nie wiem, czy to w ogóle jest zadowalający wynik. Ale ja mam wątpliwości, czy ten wzrost nastąpił z powodu uwolnienia limitów, czy z powodu pilotażu. I skąd państwo wiedzą, co tak naprawdę wpłynęło na zwiększenie liczby badań radioobrazowych?

Chciałabym się jeszcze dowiedzieć, co oprócz tego, że zwiększono liczbę tych badań, jakie oprócz tego korzyści odnieśli pacjenci. Pytam, bo według mnie nic z tego syntetycznego raportu nie wynika. Ja nie wiem, jakie są korzyści. Przyglądaliśmy się terminowości leczenia i okazało się, że ona jest pogorszona. Więc pilotaż, podobnie jak to jest w innych województwach, nie wstrzymał w żaden sposób rosnącej liczby pacjentów.

I teraz moje pytania. Chciałabym zapytać już tak konkretnie: kto odpowiada za pacjenta w sytuacji, kiedy plan leczenia ustala SOLO III? Czy odpowiedzialne jest SOLO III, czy np. SOLO I? Który lekarz? Ten, który go prowadzi w SOLO I, czy w SOLO III?

Kto modyfikuje plan leczenia pacjenta w sytuacji, kiedy proces leczenia tego wymaga, kiedy np. coś się stało w trakcie leczenia? Czy SOLO III, czy SOLO I? Jeżeli plan leczenia modyfikuje lekarz specjalista z SOLO III, to w związku z tym, czy nie przedłuży to zbytnio całego procesu leczenia, bo trzeba będzie poczekać, aż specjalista z SOLO III zrobi np. nowe konsylium?

Czy Ministerstwo Zdrowia dokonało symulacji przypisania poszczególnych podmiotów do poziomów SOLO w poszczególnych regionach? Czy rzeczywiście tutaj jest zabezpieczenie w całym kraju?

Czy SOLO III ma wystarczające zasoby – mam tu na myśli i zasoby czasowe, i kadrowe – by opracować plany leczenia dla wszystkich pacjentów onkologicznych w Polsce? Chciałabym powiedzieć, że według wszystkich danych tych pacjentów jest ponad milion, docelowo to taka liczba. Oczywiście rozumiem, że to będzie zwiększane stopniowo, natomiast musimy pamiętać o tym, że jest ok. 170 tysięcy nowych pacjentów rocznie, a 100 tysięcy umiera – to jest bardzo wysoki wskaźnik – ale cały czas mamy ten milion pacjentów, więc trzeba się liczyć z tym, że dla miliona trzeba będzie opracować plany leczenia w ramach konsyliów. Czy SOLO III rzeczywiście dadzą radę? I jeżeli będą opracowywać plany leczenia, to czy będą jeszcze zasoby czasowe i kadrowe do tego, żeby leczyć pacjentów w SOLO III? No bo albo cały czas konsylia, albo leczenie. Chyba że rzeczywiście w onkologii jest tak dobra sytuacja kadrowa, że nie będzie z tym problemem.

W jaki sposób będzie realizowany równy dostęp do leczenia i opieki onkologicznej w przypadku nieprzystąpienia – z różnych przyczyn – do KSO podmiotów, które obecnie realizują opiekę onkologiczną? Krótko mówiąc, jest bardzo duże ryzyko, że zwiększy się liczba pacjentów w poszczególnych podmiotach onkologicznych. W związku z tym, jeżeli mówimy tu o terminowości, to wniosek jest taki – jeżeli wzrasta liczba pacjentów, to terminowość się pogarsza. To jest to, o czym mówiła pani senator Chybicka. Obawiamy się, że kolejki będą wyglądały jeszcze dramatyczniej, że to wszystko będzie gorzej wyglądało.

Kolejne pytanie. Czy pacjent będzie osobiście brał udział w konsyliach? Czy będzie miał zapewniony np. transport medyczny, jeżeli odległość od SOLO I do SOLO III, gdzie będzie to konsylium robione, będzie bardzo duża, a pacjent niekoniecznie będzie miał zasoby finansowe albo wręcz nie będzie mógł fizycznie dotrzeć do ośrodka SOLO III, gdzie będzie organizowane konsylium? Czy jest np. zaplanowany transport sanitarny, żeby tego pacjenta na konsylium dowieźć?

I czy dokonano – nawiązuję do tego jeszcze raz – symulacji ryzyka dalszego pogarszania się terminowości w przypadku przejścia pacjentów z jednego SOLO do drugiego SOLO? Mówię tutaj o karcie DiLO. Chodzi o to, że w ustawie jest zapisane, że jeżeli nastąpią jakies problemy

w jednym SOLO, to pacjentów przejmuje inne SOLO. Jak będzie wyglądała opieka nad tymi pacjentami w tym drugim SOLO, jeżeli tam się dramatycznie zwiększy liczba pacjentów? A jest takie prawdopodobieństwo.

Dziękuję bardzo. Będę wdzięczna za odpowiedzi na te pytania.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Proszę bardzo, pani prezes Piotrowska.

**PREZES NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ  
ELŻBIETA PIOTROWSKA-RUTKOWSKA**

Dzień dobry państwu. Dziękuję, Pani Przewodnicząca, za udzielenie głosu.

Odniosę się do art. 43. W imieniu Naczelnej Rady Aptekarskiej proszę państwa o usunięcie tego artykułu z ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Artykuł ma na celu wprowadzenie nowej kategorii aptek, tj. apteki ogólnodostępnej prowadzonej przez uczelnie prowadzące kształcenie na kierunku farmacja. W obecnym stanie prawnym i faktycznym nie istnieje żaden ważny interes społeczny czy publiczny, który uzasadniałby dokonanie tak istotnej zmiany w prawie farmaceutycznym. Apteki ogólnodostępne od prawie 20 lat biorą udział w kształceniu, a właściwie w przygotowaniu farmaceutów do zawodu farmaceuty, poprzez prowadzenie praktyk wakacyjnych i 6-miesięcznego stażu przeddyplomowego. Lokalne apteki muszą spełniać wymagania, aby prowadzić staże, również opiekun stażu czy praktyki wakacyjnej musi spełniać odpowiednie wymagania. Proponowana zmiana wyklucza apteki uczelniane z konieczności posiadania zarówno opinii inspekcji farmaceutycznej, jak i opinii samorządu farmaceutycznego w zakresie opiekuna stażu, co jest nierównym traktowaniem wszystkich aptek ogólnodostępnych w Polsce, a przecież mamy ich prawie 12 tysięcy. Poza tym wyklucza opiniowanie przez samorząd aptekarski samej osoby opiekuna stażu, który musi mieć odpowiedni staż zawodowy, jak też spełniać kryteria etyki zawodowej, kształcenia, samokształcenia. Również zapis dotyczący apteki prowadzonej przez

uczelnę jest naszym zdaniem zapisem mocno kontrowersyjnym ze względu na to, że pomija on kryteria demo – i geograficzne takich aptek, jak i własności aptek.

Wnosimy o uchylenie, cofnięcie tego artykułu ze względu na to, że ta zmiana żadną miarą nie przyczyni się do zapewnienia zwiększenia kształcenia na kierunku farmacja albo odbywania praktyki zawodowej, a poza tym jest to dowód na nierówne traktowanie aptek ogólnodostępnych w Polsce. Gdyby takie rozwiązanie było wprowadzone, to rozumiem, że apteki prowadzone przez uczelnie w ciągu pół roku przeszkoliłyby, przypuśćmy, 100 studentów farmacji, przygotowując ich do zawodu farmaceutów. Jest to, proszę państwa, niemożliwe. Tak jak wcześniej powiedziałam, praktyki zawodowe i staż są prowadzone przez apteki... Studenci często odbywają te staże tam, gdzie mieszkają, bądź odbywają je w miejscach, w których chcą podjąć pracę, w związku z tym ograniczenia, które tutaj są proponowane, naszym zdaniem nie mają żadnego uzasadnienia. Prosimy o usunięcie tego artykułu, tym bardziej że artykuł ten nie był konsultowany z żadnym środowiskiem medycznym. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Pani Prezes.  
O głos zdalnie prosi pan prof. Jassem. Proszę bardzo.

**KIEROWNIK KATEDRY  
I KLINIKI ONKOLOGII I RADIOTERAPII  
NA WYDZIALE LEKARSKIM  
GDAŃSKIEGO UNIwersYTETU  
MEDYCZNEGO  
JACEK JASSEM**

Dzień dobry państwu. Bardzo przepraszam, ale z powodu obowiązków w klinice dołączyłem do państwa transmisji obrad z opóźnieniem, więc być może powtórzę jakieś wypowiedzi, które były wcześniej, a których nie słyszałem.

Proszę państwa, ja od dawna, a właściwie od samego początku, kiedy pojawił się pomysł tej sieci, wypowiadam się publicznie – i wielokrotnie to robiłem – mówiąc, że ten pomysł jest

zupełnie nietrafiony. Chciałbym bardzo krótko podsumować i uzasadnić tę moją opinię. I tutaj może od razu coś powiem. Nie jest tajemnicą, że jestem nie tylko lekarzem, ale również pacjentem onkologicznym, tak że mam w związku z tym może nieco szersze spojrzenie na te kwestie niż wielu moich kolegów.

Proszę państwa, przede wszystkim to jest ogromna zmiana w opiece onkologicznej, która nie została sprawdzona, albo raczej taka, która została zweryfikowana negatywnie przez 4-letni pilotaż. Ten pilotaż pokazał, że tego projektu nie da się zrealizować. Ja byłem krytykiem również tego pilotażu, bo uważałem, że to są pieniądze wyrzucane w błoto, ale teraz powiem, co jest jedynym jego plusem – pokazał, że tej sieci po prostu nie da się wprowadzić. Proszę zobaczyć, jakie są wyniki tego pilotażu. Poza tym on jest niemożliwy do realizacji. Długo mógłbym tutaj na ten temat mówić, ale zrobię to najkrócej, pokazę tylko kilka punktów, których nie da się zrealizować. Naprawdę proszę mi uwierzyć. Mam 47-letnią praktykę jako onkolog, jestem jednym z najdłużej praktykujących onkologów w Polsce, więc jeśli państwo mają do mnie zaufanie, to proszę w to uwierzyć. Ja nie mówię tutaj tak ze względu na jakiegokolwiek racje polityczne, jakiegokolwiek, powiedzmy, układy zawodowe itd. Jeśli są, jak słyszę, jakieś podziały w środowisku onkologicznym, to na pewno nie ja je tutaj, że tak powiem, wzbudzam, ja cały czas, konsekwentnie, przedstawiam racjonalne argumenty. Dlaczego pilotaż jest niemożliwy? Już przed chwilą to słyszałem. No, nie da się wcisnąć wszystkich polskich chorych onkologicznych do jednostek zajmujących się onkologią. To jest kompletnie niemożliwe. Proszę mi wskazać jakąkolwiek instytucję onkologiczną w Polsce, która ma takie rezerwy. My mamy ogromny problem. A naprawdę robimy wszystko, żeby tych chorych rytmicznie i bez dużego opóźnienia przyjmować.

Takie scentralizowanie leczenia ma sens w kilku dyscyplinach. No, właściwie są 2 obszary, gdzie taka centralizacja ma sens. Pierwsza dziedzina to jest leczenie operacyjne, ponieważ rzeczywiście nie może być tak, że są oddziały, które wykonują kilka zabiegów onkologicznych rocznie. Tam nie może być dobrej jakości, bo jakość idzie za doświadczeniem. Ale tutaj nie trzeba robić sieci, wystarczy, żeby to był warunek kontraktowania w NFZ. Przecież w momencie kontraktowania w NFZ są pewne wymogi. Gdyby

wpisać jako jeden z wymogów np. to, że oddział może operować chorych na raka jelita grubego pod warunkiem, że wykonuje się tam odpowiednią liczbę tych zabiegów rocznie, i dodać do tego element jakościowy, którego w polskiej medycynie w ogóle nie ma, to mielibyśmy problem rozwiązany. Nie trzeba dokładać do tego całej filozofii sieci, po prostu można zrobić to na znacznie niższym poziomie.

Nie jest też możliwe nadzorowanie, które jest w ogóle jakby treścią tej ustawy, takie, że jedna instytucja kontroluje, nadzoruje, konsultuje inną; jest trójstopniowy poziom... Proszę państwa, monitorowanie jakości to jest bardzo skomplikowany proces. Tego monitorowania jakości nie ma nie tylko w onkologii, ale w ogóle w całej polskiej medycynie. Nadzoruje się jakość produkcji butów, samochodów, leków, żywności, ale nie monitoruje się jakości w medycynie. Mamy do czynienia ze zdrowiem i życiem ludzkim, w związku z tym to monitorowanie jakości jest sprawą krytyczną, ale przecież nie w ten sposób. Proszę państwa, jakie kwalifikacje i możliwości mają instytucje, które powołane są do leczenia chorych? Jakimi mają możliwości i kwalifikacje, żeby również monitorować inne instytucje? Przecież trzeba tu stworzyć cały system. Trzeba określić kryteria tego monitorowania, znaleźć instrumenty, zobaczyć, czy obecna infrastruktura na to pozwala. Monitorowaniem jakości powinny się zajmować niezależne instytucje, które mają w tej dziedzinie kwalifikacje, umiejętności i narzędzia. Przypomnę, że w Polsce istnieje instytucja, która się zajmuje monitorowaniem jakości. To jest Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Dochodzą mnie głosy, że ta instytucja ma ulec likwidacji i jej zadania ma przejąć NFZ. Nie wiem, czy tak jest. No w porządku – NFZ również ma instrumenty albo stworzy sobie instrumenty. W tym momencie płatnik, który płaci za usługę, będzie wymagał jakości. Oczywiście na poziomie NFZ też trzeba stworzyć taki system. To monitorowanie jakości poza tym musi być dokonywane według ujednoliconego wzoru; nie może być tak, że w każdym województwie inaczej się nadzoruje tę jakość. No i przede wszystkim nie może jedna instytucja, zajmująca się leczeniem, monitorować, w nawiasie „nadzorować”, bo takie słowo też pojawia się w ustawie, inną instytucję, która przecież występuje w tych samych konkursach do NFZ, bo to sprawia wrażenie... No, występuje

tu chyba zupełnie niedopuszczalny z punktu widzenia prawa konflikt interesów.

Ten system jest niesprawiedliwy. Ten system jest niesprawiedliwy, ponieważ właściwie to przyznaje bonus finansowy za infrastrukturę, a nie za jakość. Proszę państwa, proszę zobaczyć, że ten podział trójstopniowy wynika z tego, czy dana instytucja ma u siebie, powiedzmy, pod jednym dachem 3 rodzaje leczenia: radioterapię, chemioterapię i chirurgię. To znaczy, że nawet jeżeli instytucja będzie miała największe doświadczenie w leczeniu jakiegoś nowotworu, to nie będzie miała tego bonusu, jeśli np. nie będzie stosowała radioterapii. Podam przykład. Największą instytucją leczącą raka płuca, najczęstszy nowotwór w Polsce, jest Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, który nie ma radioterapii. W tym momencie ten instytut będzie ukarany albo otrzyma gorszą wycenę usług za chorego na raka płuca – a tam jest najlepsza chirurgia w Polsce, jeśli chodzi o raka płuca – niż mały szpital, w którym wszystkie te dziedziny są, ale gdzie operuje się rzadko albo nie operuje się chorych na raka płuca, bo rak płuca w ogóle tam nie występuje. Chorzy z innymi nowotworami otrzymają tam znacznie wyższą wycenę tylko za to, że te 3 dyscypliny są tam pod jednym dachem. Jaki to ma sens?

Proszę państwa, jeżeli mamy mówić o doświadczeniu i jakości, to nie mówmy o całej onkologii. To doświadczenie i jakość dotyczą konkretnych nowotworów, dlatego od lat proponuję, żeby tworzyć ośrodki kompleksowej opieki, ośrodki doskonałości czyli tzw. unity narządowe. To idzie fatalnie. Zrobiono do tej pory niewielki krok w kierunku utworzenia unitów w raku piersi i raku jelita grubego. Jeśli chodzi o raka płuca, to dyskutuje się o tym od kilku lat, ale cała para poszła w stworzenie sieci onkologicznej, a nie w tworzenie projakościowych i sprawdzonych na całym świecie rozwiązań. Proszę państwa, ten system jest również niemożliwy, dlatego że my obiecujemy chorym złote góry, mówiąc im, że to jest system dla nich, że to im poprawi opiekę. Według jakich mechanizmów? Proszę mi powiedzieć. Wielokrotnie zadawałem to pytanie i otrzymywałem bardzo pokrętnie odpowiedzi.

W tej chwili pojawiają się np. takie głosy – słyszę te głosy ze strony Ministerstwa Zdrowia, ale również ze strony tych osób, które wymyśliły ten projekt – że pojawiają się koordynatorzy, którzy

będą prowadzili chorego za rękę. Proszę państwa, wielokrotnie podkreślałem: koordynatorzy leczenia onkologicznego i diagnostyki onkologicznej istnieją w Polsce od 8 lat; wprowadziła to ustawa – tzw. pakiet onkologiczny – 1 stycznia 2015 r. W związku z tym pytałem wielokrotnie: czym się różnią ci koordynatorzy od tamtych? Odpowiedź, którą słyszę w mediach i w wypowiedziach publicznych, budzi śmiech: ci koordynatorzy mają prowadzić chorego do śmierci. Tamci robili to tylko w czasie diagnostyki i leczenia, a ci – aż do śmierci. No, proszę państwa, trudno poważnie traktować tego typu argument.

Słyszę, że dzięki ustawie w szpitalach będą call centers. Proszę państwa, jeżeli jest jakiś szpital, w którym nie można się umówić na wizytę telefonicznie, to znaczy, że taki szpital w ogóle nie powinien mieć kontraktu. Czy do tego, żeby powstało call center w każdym szpitalu onkologicznym czy innym zajmującym się chorymi na nowotwory, potrzebna jest sieć?

Słyszę również... Podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia padło z ust pana wiceministra, że dla niego argumentem jest wysoki poziom zadowolenia chorych z sieci. Proszę państwa, jeżeli ja słyszę, że w sieci średnio 96% wyraziło satysfakcję z tej formy opieki, że wszyscy, którzy tam siedzą, przyjmują to bez zmruczenia oka... Proszę państwa, myślę, że każdy racjonalnie myślący wie, jaki jest poziom zadowolenia polskich chorych z tego, co możemy im zaofiarować. Myśmy robili bardzo duże ankietowe badania, według tej samej metodologii, w Polsce i w Austrii. Zadawaliśmy chorym i ich rodzinom te same pytania w rozbudowanej ankiecie dotyczącej profilaktyki, leczenia, diagnostyki, opieki szpitalnej, opieki ambulatoryjnej. To było robione na bardzo dużej grupie chorych, więc to jest reprezentatywne. Wyniki opublikowaliśmy w bardzo dobrym międzynarodowym czasopiśmie. Specjalnie poprosiłem, żeby dokładnie taką samą ankietę zrobili nasi austriaccy koledzy, żeby mieć jakiś punkt odniesienia – bo można powiedzieć, że Polacy są skłonni do narzekania – więc tam były bardzo konkretne pytania i tak samo zadane. Proszę państwa, w przypadku niektórych pytań różnica była pięciokrotna, czyli poziom zadowolenia z jakiegoś świadczenia w Polsce wynosił np. 20%, a w Austrii 80% czy blisko 100%, bo były i takie wyniki. Jeżeli ja słyszę, że poziom zadowolenia w Polsce wynosi 96%... Jestem starej daty i pamiętam jeszcze



wybory z okresu minionego, gdzie mniej więcej taki był poziom głosów oddawanych na kandydatów zgłoszonych do... No, to nie były wybory, tylko głosowanie. I to jest znacznie wyższy poziom niż np. głosów, które Łukaszenka dostał w ostatnich wyborach.

Proszę państwa, tam nie ma w ogóle żadnych elementów profilaktyki. Chcę powiedzieć, że wszystkie kraje już zrozumiały, że my nie dogonimy wzrastającej liczby nowotworów. Liczba nowotworów będzie stale rosła, ponieważ my się starzejemy – przede wszystkim dlatego. I żadnymi działaniami od końca, czyli od leczenia, nie nadrobimy tego, co trzeba załatwić od początku. Trzeba w Polsce wprowadzić skuteczną profilaktykę. Ja zajmuję się profilaktyką dotyczącą tytoniu. Polska w połowie lat dziewięćdziesiątych była liderem w europejskich działaniach antytytoniowych. W tej chwili jest coraz niżej wśród krajów Unii Europejskiej. Raporty o tym publikowane są co 2 lata. Jesteśmy w nich na coraz gorszej pozycji. Przestajemy być wskazywani jako kraj, gdzie rzeczywiście skutecznie się o to walczy.

Proszę państwa, podsumuję. Ja rozumiem, że sieć onkologiczna jest kamieniem milowym i że wszyscy chcemy otrzymać pieniądze z Unii Europejskiej. Te pieniądze się Polakom należą. Ale nie przyjmujemy złego rozwiązania. Apeluję tutaj nie tylko do posłów i senatorów, którzy wypowiadają się przeciwko tej ustawie, ale również do tych przedstawicieli partii rządzącej, którzy wierzą, że ta ustawa przyniesie chorym jakąś korzyść. Jest w państwa komisji lekarz, która jest równocześnie pacjentką onkologiczną, z którą się znam, a która reprezentuje stronę rządową. Apeluję również do pani senator, żeby pani przyjęła ten punkt widzenia. A ze swojej strony – żeby nie mówiono, że tylko krytykuję ten projekt – zgłaszam gotowość do przygotowania projektu, który rzeczywiście spełni oczekiwania pacjentów. Jesteśmy w stanie zrobić to w ciągu 2 miesięcy. Będziemy mieli wtedy sieć i będziemy mieli wpisana tę sieć do Krajowego Planu Odbudowy, ale będzie ona dobrym projektem. Dziękuję państwu bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, jeszcze ja mam pytanie. Myślę, że to już ostatnie, bo więcej głosów tutaj nie

widzę, więc będę zamykała dyskusję, tym bardziej że chciałabym, żeby pan chociaż na część zadanych pytań odpowiedział. Panie Ministrze, powiedział pan o 2 ważnych kwestiach dotyczących tej ustawy, o tym, że bardzo ważne są jednakowe standardy, jednakowe ścieżki; chodzi o ujednoczenie. No, jest taka groźba, że ci, którzy tych standardów, przede wszystkim infrastrukturalnych, nie spełniają, niestety mogą wypaść z sieci, co wiąże się, jak wiemy, z pogorszeniem dostępności leczenia dla pacjentów. Tak więc chyba w interesie nas wszystkich leży to, żeby jak największa liczba takich ośrodków jednak do tej sieci weszła. Myślę, że co do tego jest pełna zgoda. A teraz oto powiem, że otrzymałam informację, według której ogłosiliście państwo 3 lutego konkurs, postępowanie konkursowe na wybór projektów strategicznych dotyczących przebudowy, modernizacji i doposażenia infrastruktury podmiotów leczniczych, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych. No, brzmi to dobrze. Prawda? W końcu zależy nam na tym, żeby jak największa liczba podmiotów mogła skorzystać z takiej szansy, jeżeli im czegośkolwiek brakuje, i poprawić swoją infrastrukturę w ramach tego konkursu, żeby mogła skorzystać z tego konkursu. Ale co się okazuje? I teraz moje pytanie, Panie Ministrze. Dlaczego, budując ten konkurs, już z góry państwo określicie, kto może w ogóle złożyć ofertę konkursową? No, to jest naprawdę niebywałe, ponieważ okazuje się, że do tego konkursu mogą przystąpić tylko i wyłącznie szpitale na poziomie onkologicznym, pulmonologicznym, pediatrycznym i szpitale ogólnopolskie, które są w sieci – to po pierwsze. A po drugie, okazuje się, że szpitale, które są w sieci szpitalnej, ale zakwalifikowane jako pierwszo-, drugo – czy trzeciorzędowe, do tego konkursu nie mogą przystąpić. Tak więc kryteria już z góry dzielą, określając, kto w ogóle może złożyć tę ofertę. Są wśród tych szpitali I, II i III poziomu szpitale, które mają naprawdę duży potencjał zarówno personalny, jak i także doświadczenie czy w ogóle możliwości kompleksowego leczenia, i zadają pytanie, dlaczego nie mogą skorzystać z tego konkursu.

Ja tylko jeszcze powiem, że pieniądze, które mają trafić do tego konkursu, to jest kwota 2,5 miliarda zł, a więc mówimy o dużych pieniądzach, i są to pieniądze z Funduszu Medycznego, który przez wiele lat był, że tak powiem,

głuchy, niemy. Nikt się nim nie interesował, nikt nie organizował żadnych konkursów, po prostu tak jakby tego funduszu nie było. A teraz nagle, w czasie, kiedy z jednej strony powstaje Krajowa Sieć Onkologiczna, która pewnie także jest impulsem do działań, ale poza tym... No, nie ukrywajmy, jest rok wyborczy, musimy to stanowczo powiedzieć. I teraz nagle już na początku drogi mamy podział, które szpitale mogą startować, a które nie. Uważam, że kryterium jest dobrane fatalnie.

Proszę bardzo o odpowiedzi na pytania, Panie Ministrze.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Szanowni Państwo, było wiele pytań. Postaram się na wszystkie te pytania odpowiedzieć. Próbuje się połączyć pan prof. Maciejczyk z Wrocławia. Nie wiem, czy jest taka możliwość, ale... No, rozpocznę odpowiedzi na państwa pytania.

Pani Senator Matecka, w wielu, wielu pani pytaniach – myślę, że i nie tylko w pani pytaniach – przejawiała się troska o pacjentów. I to jest główną ideą tej ustawy – chodzi o to, aby coś zmieniło się dla pacjentów onkologicznych w kraju. Praktycznie w każdej państwa wypowiedzi przewijało się to, że powinniśmy udzielać pacjentom opieki na najwyższym poziomie.

Nie będę komentował wypowiedzi pana prof. Jassemę, ponieważ chwilami była bardzo niegrzeczna, jak mnie się wydaje, ale...

*(Głos z sali: Dlaczego niegrzeczna?)*

No, porównywanie tego, co powiedzieli pacjenci, do wyborów z PRL jak myślę, jest troszeczkę niegrzeczne. To były niezależne opinie pacjentów, którzy wyrażali się o tym, jak byli leczeni w pilotażu, więc myślę, że troszeczkę im to uwłacza. Ale nie będę nad tym dalej się rozwodził.

Chcemy, aby jakość leczenia pacjentów onkologicznych była podkreślana w leczeniu chirurgicznym i była zdecydowanie lepsza. A jak jest udowodnione już od wielu, wielu lat, pacjenci, którzy są leczeni... Ośrodki, które mają duże doświadczenie i dużo tych pacjentów operują w danej specjalności, robią to dobrze. A te ośrodki, które leczą rzadko i wykonują tych zabiegów

operacyjnych mniej – tak myślę i jestem o tym przekonany – tych pacjentów, niestety, leczą źle. Myślę, że każdy z nas, jeżeli już, to chciałby trafić do takiego ośrodka, gdzie ta opieka onkologiczna będzie na najwyższym poziomie i gdzie zabieg operacyjny nie tylko zostanie wykonany, ale zostanie wykonany według światowych standardów i najlepszej wiedzy, którą w tej chwili posiadamy. I to chcemy zmienić. Chcemy zmienić właśnie tak, aby te ośrodki, które w tej chwili operują dobrze, do tego systemu weszły i żeby także w tym systemie mogły tych pacjentów leczyć. I to jest całą ideą Krajowej Sieci Onkologicznej – stawiamy bardzo wyraźnie na jakość. Nie zamykamy nikomu drogi. Zostawiamy czas, aby ośrodki mogły do tego procesu się przygotować pod różnymi względami, czy jeśli chodzi właśnie o wymogi sprzętowe, o wyposażenie, czy też o kadrę medyczną, a także, co było podkreślane już w ramach sprawozdania z pilotażu, jeżeli chodzi o tzw. system informatyczny. To nie jest proste zadanie. Doskonale sobie z tego zdajemy sprawę, ponieważ pilotaż wykazał, że niestety ośrodki posiadają różne systemy informatyczne i scalenie go w jeden jest wielkim wyzwaniem. No, ale mamy taką obietnicę z ośrodka w Ministerstwie Zdrowia, który się tym zajmuje, że to się w ciągu pół roku powinno udać, żeby te informacje, które spływają do ośrodka krajowego... Chodzi o informacje, z których będziemy mogli wyciągać konkretne wnioski, np. takie, że dany ośrodek zdecydowanie leczy na wyższym poziomie niż ośrodki, które temu niestety nie sprostają.

Wielokrotnie było tu mówione o koordynatorze. Ten koordynator, który jest w tej chwili, właściwie służy ośrodkom tylko do tego, aby dobrze kodować procedury medyczne, by ośrodki na tym nie straciły; to było w pakiecie onkologicznym. W tej chwili to zmieniamy – ten koordynator zdecydowanie jest przeznaczony dla pacjenta. Będzie wiedział, gdzie pacjent ma się zgłosić na badanie, jakie badania będą uzgodnione, jakie będą terminy. To wszystko będzie za pacjenta wykonane. To nie pacjent będzie ze skierowaniem jeździł od szpitala do szpitala i szukał miejsca. Chcemy, aby pacjent był zaopiekowany od początku, kiedy dostaje tę, niestety, czasem złą diagnozę, kiedy świat mu się przewraca do góry nogami i potrzebuje wsparcia. To bardzo wyraźnie wybrzmiało w ankiecie, która została przeprowadzona, i w wielu rozmowach



z pacjentami. To na pewno podkreślają. Oczywiście to, że pacjent jest zadowolony, nie jest jedynym wyznacznikiem, ale myślę, że jest to bardzo ważne. I to, co czasem, niestety, odstręcza nas od profilaktyki... Bo pacjenci często mówią: „A jak dostanę zły wynik, to co będzie dalej? Co ja z sobą zrobię? Gdzie ja pojadę?”. W tej chwili ten problem jakby jest już rozwiązany w tej ustawie. I będą to oczywiście osoby, które... Pan profesor wyśmiewał to, że pacjenci będą prowadzeni za rękę, ale myślę, że w tych złych stanach chorobowych jest bardzo ważne, aby pacjent miał taką osobę, która rzeczywiście go prowadzi za rękę i się nim opiekuje. Ale także w przypadku, gdy... To są koordynatorzy, którzy będą także prowadzili...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

...z pacjentem dialog. Tak że, jeżeli zauważą, że w jego stanie zdrowia dochodzi do jakiegoś pogorszenia, że trzeba przyspieszyć czy konsylium, czy badania diagnostyczne, to będą w kontakcie z lekarzami, którzy biorą udział w procesie leczenia. A to zdecydowanie zmienia miejsce pacjenta w tym systemie.

Wprowadzenie sieci onkologicznej to także... Wchodzimy tu na inny poziom, ponieważ będziemy mogli teraz dokonywać porównania między poszczególnymi ośrodkami. Do tej pory tego nie było.

Pani prof. Chybicka mówiła o onkologii dziecięcej. Rzeczywiście, to jest troszeczkę inna skala i ma to inny wymiar. Trudno jednak porównywać leczenie onkologiczne dzieci do leczenia dorosłych. To, co pani porównała... No, w tej chwili nie mamy jakiegoś odniesienia do wyników lat poprzednich, żeby po tym pilotażu można było porównać do nich wyniki leczenia w tych ośrodkach, które znalazły się w pilotażu.

Narodowa Strategia Onkologiczna to jest ponad 5 miliardów dodatkowych pieniędzy na onkologię, dokładniej 5 miliardów 100 milionów. To jest...

*(Głos z sali: W 5 lat.)*

Jest właśnie tak, że... To jest rozłożone na poszczególne lata. Na ten rok jest prawie 500 milionów, z czego 350 milionów przeznaczamy na sprzęt. Ten sprzęt jest już w tej chwili jakby podzielony na poszczególne ośrodki. To środki nie tylko na zakup nowego sprzętu, ale także na wymianę tego sprzętu. Niestety, w czasie leczenia on się starzeje, delikatnie mówiąc, dlatego wymieniamy ten sprzęt.

Jeżeli już jesteśmy przy pieniądzach, to powiem także, że te 2,5 miliarda, o których mówiła pani przewodnicząca, jest z Funduszu Medycznego. No i ustawa niestety tak jest zapisana, że te pieniądze mają trafić tylko do ośrodków tego wyższego szczebla. I te pieniądze trafiają, tak jak pani powiedziała, właśnie do tych ośrodków, które są zapisane w ustawie. Podzieliliśmy się na 3 poziomy, SOLO I, SOLO II...

**PRZEWODNICZĄCA**

**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Przepraszam bardzo, Panie Ministrze. Ponieważ mamy salę tylko do 11.00, a jeszcze mamy poprawki, to ja bym bardzo prosiła, żeby pan może odpowiedział na zadane konkretne pytania. Dobrze? Tak zwięźle. A resztę poprosimy na piśmie.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

**SEKRETARZ STANU**

**W MINISTERSTWIE ZDROWIA**

**WALDEMAR KRASKA**

No dobrze.

Jeżeli chodzi o to... Pani z Federacji Onkologicznej pytała, dlaczego mamy w tej chwili wzrost liczby badań diagnostycznych, jak nie było limitów. To nie tak, że uwolniliśmy limity. Limitów w onkologii na badania diagnostyczne nie było. To ewidentnie pokazało... A myślę, że dla każdego onkologa dobra diagnostyka jest chyba podstawą, prawda? To jest ten ewidentny wynik pilotażu. Mam nadzieję, że państwo to doceniacie.

Ale także współpraca między ośrodkami... Te konsylia, które się odbywają, nie zawsze są konsyliami, w których musi osobiście brać udział osoba z III poziomu. W tej chwili odbywają się także wideokonferencje, więc można to robić także w ten sposób. Ta osoba nie musi do danego ośrodka jechać. A konsylia się odbywają tam, gdzie jest pacjent.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

*(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Nie, nie, nie... Ale proszę nie prowadzić dialogu, na prawdę.)*

Konsylia się odbywają tam, gdzie jest pacjent. Czyli pacjent nie będzie przewożony do ośrodka

III stopnia, tylko to konsylium będzie odbywało się tam, gdzie on jest leczony. I jeżeli pacjent jest w tym ośrodku I stopnia, nawet przed wykonaniem np. zabiegu operacyjnego, bo powiedzmy, że jest to ośrodek, który leczy tylko chirurgicznie... Musi być wtedy ustalona dalsza ścieżka pacjenta. Pacjent musi wiedzieć, co będzie dalej się z nim działo, dokąd dalej będzie kierowany, na jaką dalszą terapię, czy będzie to chemioterapia, czy będzie to radioterapia. I myślę, że to też jest wartością, która w tej chwili... Ta terapia może też być zmieniana, to nie jest tak, że ona jest od początku ustalona i nie ma potem żadnych zmian. Dynamika procesów nowotworowych jest różna, dlatego elastyczność jest tutaj jak najbardziej wskazana. I ona będzie zachowana.

Wszystkie ośrodki, które są zakwalifikowane w momencie wejścia w życie ustawy, będą także w Krajowej Sieci Onkologicznej. Ale jeszcze raz powtarzam: mamy okres dostosowawczy, bo chcemy, aby ośrodki spełniły wszystkie wymogi zawarte w rozporządzeniu, które będzie te ośrodki do poszczególnych sieci kwalifikowało.

Jeżeli chodzi o apteki, to ja może poproszę pana dyrektora z wydziału farmacji, aby odpowiedział pani prezes. No, chodzi o jedną aptekę dla uczelni, więc nie widzę tu jakiegoś zagrożenia. A słyszałem też, że te apteki będą tworzone sieciowo i państwo się o to martwicze. Myślę więc, że nie... Ale na to pytanie, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, może krótko odpowie pan dyrektor. Dobrze?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

DYREKTOR DEPARTAMENTU  
POLITYKI LEKOWEJ I FARMACJI  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**ŁUKASZ SZMULSKI**

Dziękuję uprzejmie.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo Senatorowie!

Łukasz Szmulski, Departament Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia.

Abstrahując od kwestii formalnych, które zostały poruszone przez pana mecenas na wstępie dzisiejszego posiedzenia komisji...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

...co do kwestii zgłoszenia zmiany tych przepisów prawa farmaceutycznego w toku

procedowania ustawy w Sejmie... Ja chciałbym powiedzieć tylko kilka słów odnośnie do kwestii merytorycznych. Wydaje się obecnie, że te uwagi, które zostały podniesione przez przedstawicieli Naczelnej Izby Aptekarskiej, są być może nie do końca adekwatne. Oczywiście zdają sobie sprawę z tego, że zmiana ta została zgłoszona podczas prac sejmowych przez przedstawicieli parlamentu, nie była ona procedowana jako przedłożenie rządowe, jednak spotkaliśmy się – ja sam również, wraz z panem ministrem Miłkowskim, miałem przyjemność brać udział w tym spotkaniu – z rektorami uczelni wyższych. I spotkaliśmy się z apelem, żeby takie przepisy zostały wprowadzone, aby uczelnie mogły otwierać przynajmniej jedną aptekę ogólnodostępną. Wydaje się, że wyłączenie tych kryteriów demograficzno-geograficznych, o których wspomniała pani prezes, jest tutaj o tyle zasadne, że chodzi de facto o jedną aptekę ogólnodostępną. Trudno uznać, żeby możliwość otwarcia takiej apteki była blokowana z uwagi na to, że w okolicy, gdzie uczelnia chciałaby, jak najbliżej studentów, taką aptekę otworzyć, działają inne apteki... no, żeby były problemy z możliwością jej otwarcia.

Wydaje się również, że chyba nie taka była intencja, jeżeli chodzi o uwagę, czy apteka będzie w stanie przeszkolić 100 studentów w trakcie pół roku. Z tego, co przekazywali nam podczas spotkania rektorzy uczelni medycznych, wynikało, że nie chodzi o krótkie szkolenie tych studentów na ostatnim roku czy o staż na ostatnim roku, ale chodzi o to, aby móc wiedzę teoretyczną zamienić również w praktyczną i aby tę możliwość praktyki rozciągnąć w czasie. To przedłożenie oczywiście nie ma na celu wskazywanie praktyki, jaka miałyby się odbywać, czy szkoleń; rozumiem, że to pewnie będzie bardziej kwestią danej uczelni. Wydaje się, że nie chodziło tylko i wyłącznie o to, aby staże w tej aptece odbywali studenci szóstego roku farmacji...

*(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Dobrze. Rozumiemy pana stanowisko...)*

...ale w dłuższym okresie. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Już rozumiem.

Jeden głos ad vocem, ale naprawdę minuta.

**KOORDYNATOR BIURA PRAWNEGO  
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ  
KRZYSZTOF BAKA**

Dzień dobry państwu. Radca prawny Krzysztof Baka, Naczelna Rada Aptekarska.

Poza wszystkimi racjami, które zostały przedstawione przez panią prezes, chciałbym zauważyć, że art. 43 zawiera sformułowanie, że uczelnia nie może prowadzić więcej niż jedną aptekę. Jeżeli chodzi o kwestię uzyskania zezwolenia, to nie ma żadnych ograniczeń, czyli teoretycznie każda uczelnia mogłaby uzyskać nieograniczoną liczbę zezwoleń, a następnie je zbyć. Pomijam już, jaki to jest podmiot, ale naszym zdaniem prawo nie powinno dawać takich furtek. I to też jest bardzo dużą wadą tej regulacji. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Tak naprawdę zamknęłam już dyskusję, ale ponieważ pan minister podszedł do mnie i powiedział, że na linii jest pan prof. Maciejczyk, który odpowiada za pilotaż, to, Panie Profesorze, bardzo proszę o wypowiedź podsumowującą. A ponieważ rozmawialiśmy już poprzednio na posiedzeniu komisji na temat pilotażu, to bardzo proszę tylko o jakieś kluczowe, nowe być może tezy, które chciałby pan przekazać. Ale bardzo krótko, bo musimy do jedenastej skończyć posiedzenie. Proszę bardzo.

**DYREKTOR NACZELNY  
DOLNOŚLĄSKIEGO CENTRUM ONKOLOGII  
ADAM MACIEJCZYK**

Dziękuję bardzo za umożliwienie mi wypowiedzi.

Szanowni Państwo!

Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej udowodnił, że jest możliwość koordynacji i współpracy między ośrodkami, które zajmują się opieką onkologiczną nie tylko w szpitalach onkologicznych – bo współpraca między centrami onkologicznymi od dawna była już procedowana – ale również ze szpitalami wielospecjalistycznymi i szpitalami powiatowymi. Wszystkie te szpitale

na Dolnym Śląsku ze sobą współpracowały. Jest konieczność włączenia Narodowego Funduszu Zdrowia – to jest ta zmiana, to, co różni pilotaż od ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej – w proces zbierania danych, ponieważ jakościowe dane o pacjentach muszą być gromadzone nie tylko w przypadku chęci przekazywania tych danych do ośrodków. I to na pewno poprawi kompletność informacji o tym, co się dzieje we wszystkich szpitalach, a to jest ważna informacja dla pacjenta. Już samo zbieranie danych zmobilizowało bardzo wiele szpitali do zwiększenia uwagi poświęconej pacjentom onkologicznym, do przyśpieszenia terminu realizacji badań diagnostycznych i terapii, aczkolwiek też obnażyło wiele problemów, z którymi trzeba sobie poradzić. I temu służył pilotaż. Pilotaż służył sprawdzeniu procesu koordynacji, pokazaniu, że jest to możliwe, a przede wszystkim pokazaniu, że jest to metoda, która, skoro już działa w 4 województwach, to powinna być wdrożona w 16. To, co jest dla nas istotne – w tej chwili bardzo ograniczamy w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej listę wskaźników, które należy oceniać na samym początku, tak żeby nie utrudniać procesu adaptacji innych szpitali do trudnego, aczkolwiek niezbędnego dla pacjentów procesu koordynacji opieki onkologicznej. W mojej ocenie pacjenci onkologiczni już za długo czekają na poprawę organizacyjną, która przerwie proces chaosu, z którymi się na co dzień spotykają.

*(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: To wszystko, tak?)*

Chętnie odpowiem na pytania. No, mógłbym dłużej, ale nie chciała pani przewodnicząca, że bym za długo mówił.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, bardzo proszę odpowiedzieć jeszcze na to moje pytanie: dlaczego nie wszystkie ośrodki mogą skorzystać i przystąpić do konkursu, który państwo ogłosiliście?

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Ja już to mówiłem, Pani Przewodnicząca, pewnie umknęło to pani. Zgodnie z ustawą

o Funduszu Medycznym te pieniądze mogą być przeznaczone właśnie na te ośrodki wyższego stopnia.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Tylko że dokonywaliśmy różnych nowelizacji w ramach funduszu i braliśmy pod uwagę różne wątki... Szkoda, że państwo nie przewidzieliście tego, że te podmioty też będą chciały wejść do krajowej sieci i skorzystać z tych pieniędzy. Według mnie to jest duże niedopatrzenie. Być może te kryteria da się jakoś zmienić, Panie Ministrze? Bo to jest ważne.

Dobrze. Zamykamy dyskusję, ja tylko tytułem podsumowania powiem dwie rzeczy. Mianowicie, Panie Ministrze, są dwie wizje systemu. Jest wizja centralizacji i budowania wszystkiego poprzez instytucje odgórnie, ale jest też druga wizja, która widzi pacjenta od samego dołu, łącznie z dostępnością do lekarza onkologa, a także z profilaktyką, z całą wczesną diagnostyką. I uważamy, że przede wszystkim w ten sposób proces powinien być budowany. Tak więc tu naprawdę zderzyły się dwie wizje. One nijak do siebie nie pasują. Myślę, że po dzisiejszej dyskusji, po tych wszystkich argumentach każdy pozostanie przy swoich racjach, niestety.

Bardzo wnikliwie przyglądaliśmy się tej ustawie. Początkowo, powiem szczerze, uważałam, że należy ją w ogóle przegłosować jako akt, który nie nadaje się do wdrożenia. Rozumiemy jednak kwestię tego, że jest to kamień milowy, a wszystkim nam zależy na tym, aby tych kwestii związanych z kamieniami milowymi nie utrudniać. Aczkolwiek powiem, że źle się stało, że robimy to teraz tak na gorąco, bo był czas, aby się do tej ustawy dokładnie przygotować i przeprowadzić ją przez cały proces legislacyjny dużo wcześniej. W tej chwili rzeczywiście stoimy jak gdyby już pod ścianą, za wiele możliwości ruchu nie mamy, nawet w zakresie wydłużenia czasu wejścia ustawy w życie, bo mamy świadomość, że wtedy będziemy blokować pieniądze, które są należne pacjentom, a także wszystkim obywatelom. Dlatego też zostały przygotowane poprawki, w dużej liczbie, które chociaż częściowo poprawiają niektóre artykuły, bo ustawy jako takiej nie da się poprawić. Tak jak powiedziałam, ona jest po prostu napisana zupełnie inaczej, niż powinna, i zajmuje się głównie zagadnieniami instytucjonalnymi, a nie

związanymi z bezpośrednią poprawą dostępności leczenia i opieki dla pacjenta.

Poddam za chwilę pod głosowanie przygotowane poprawki. Przejmuję wszelkie poprawki przygotowane przez Biuro Legislacyjne.

I tu będę oczywiście miała pytanie do pana ministra, jak podejdzie do tych poprawek. Czy państwo ewentualnie zgodzicie się na to, aby niektóre z tych zapisów chociaż częściowo zmodyfikować? Bo samej ustawy nie jesteśmy w stanie poprawić na tyle, żeby była – w naszej ocenie – dobrą ustawą. Rozumiem, że pan minister ma te poprawki. Proszę o opinię, czy chce pan odnosić się po kolei, czy ogólnie, bo zdarzały się już w Komisji Zdrowia takie sytuacje, że minister opiniował wszystkie poprawki en bloc i nawet jeżeli był błąd legislacyjny, to też był na nie. No więc, Panie Ministrze, może chociaż niektóre poprawki, które w naszym odczuciu po prostu usuwają błędy legislacyjne... Może chociaż te pan jakoś uzna.

Proszę bardzo.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca, ja jestem także senatorem z dość długim stażem, więc zrozumiałem aluzję. Wszystkie poprawki legislacyjne i nie tylko legislacyjne, ale także poprawiające...

*(Głos z sali: Językowe.)*

...no, językowe, które sformułowało Biuro Legislacyjne, popieramy, oprócz tych z punktu III, przy których podniesiono, że przepisy są niekonstytucyjne... No, państwo jako parlamentarzyści doskonale wiecie, że czasem do ustaw są dołączane pewne poprawki, które są ważne. Tutaj akurat chodzi o pewne obowiązujące terminy; np. w przypadku krwiodawców, w przypadku gdy zostanie zniesiony stan epidemiczny, krwiodawcy tracą uprawnienia dotyczące 2 dni wolnego po oddaniu krwi. Myślę, że tutaj państwo zrobicie ukłon w naszą stronę i te poprawki przyjmiecie. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Przystępujemy w takim razie do głosowania nad poprawkami.

Czyli rozumiem, że wszystkie poprawki merytoryczne, które tutaj wypracowaliśmy, pan minister opiniuje negatywnie, tak?

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Nie, ja mówiłem tylko o propozycjach poprawek Biura Legislacyjnego. A to, co pani przewodnicząca z panią prof. Chybicką zgłosiła... Możemy omówić te poprawki i wobec niektórych będę na tak, a wobec niektórych – na nie.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze.  
Panie Mecenasiu, ma pan głos. Proszę bardzo.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Dziękuję bardzo.  
Zgłoszono 45 poprawek. Będziemy nad nimi głosować według kolejności przepisów ustawy.  
Pierwsza grupa poprawek dotyczy art. 2 pkt 1, art. 2 pkt 5 oraz art. 40 ust. 2 pkt 1. Poprawki te mają charakter merytoryczny. Zmierzają do modyfikacji definicji diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego tak, aby pojęcia te obejmowały świadczenia opieki zdrowotnej dotyczące wszystkich nowotworów, nie zaś jedynie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i odnosiły się do przypadków, gdy każdy lekarz stwierdził podejrzenie nowotworu. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Możemy się zgodzić z tą poprawką.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Super, dobrze zaczynamy.

Dobrze.

Poddam poprawkę pod głosowanie.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem poprawki?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Kto jest przeciw?

I kto się wstrzymał?

Mamy wynik?

*(Głos z sali: Jeszcze ostatni głos...)*

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Jednogłośnie, 6 głosów za.

Poprawka następną.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Druga grupa poprawek dotyczy art. 2 pkt 4, art. 8 ust. 2 pkt 3 oraz art. 55 ust. 6. Zmierza do zniesienia obowiązku wyznaczania koordynatora przez SOLO III poziomu. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Nie możemy się, niestety, z tym zgodzić. Jesteśmy przeciw.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze.

Kto w takim razie z państwa jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

I kto się wstrzymał?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*



5 głosów za, 1 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Kolejna poprawka.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Poprawka dotyczy definicji ujętej w art. 2 pkt 7 ustawy, tj. definicji miernika. Zmierza do tego, aby definicja miernika nie zawierała unormowania, zgodnie z którym informacje dotyczące miernika mogą zawierać określenie technik pomiarowych, używanych narzędzi lub sposobu i miejsca gromadzenia danych pomiarowych w określonym miejscu i czasie. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, pan minister.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Jesteśmy przeciw.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Poddaję pod głosowanie.

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Kto jest przeciw?

I kto się wstrzymał?

5 głosów za, 1 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Kolejna.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Kolejna poprawka merytoryczna dotyczy art. 2 pkt 9. Zmierza do tego, aby definicja opieki

onkologicznej obejmowała swym zakresem również opiekę paliatywną. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pan minister?

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Leczenie paliatywne, tj. opieka? To akurat nie jest w tej ustawie. Dziękuję bardzo.

*(Przewodnicząca Beata MałECKa-Libera: Ja nie zrozumiałam...)*

*(Głos z sali: Jest przeciw.)*

Przeciw, przeciw.

*(Przewodnicząca Beata MałECKa-Libera: Przeciw?)*

Przeciw, tak.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Bo już tak wyglądało, że prawie za.

Poddaję poprawkę pod głosowanie.

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

6 głosów za, 1 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Kolejna.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Kolejna poprawka zmierza do takiej modyfikacji definicji opieki onkologicznej, aby obejmowała ona swym zakresem diagnostykę onkologiczną, leczenie onkologiczne lub monitorowanie realizowane na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia również w zakresie świadczeń zdrowotnych określanych jako świadczenia wysokospecjalistyczne. Dziękuję.



PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Przeciw.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem poprawki?

Kto jest przeciw?

I kto się wstrzymał?

5 głosów za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Kolejna.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Kolejne poprawki dotyczą art. 2 pkt 11, art. 6 ust. 2 pkt 1 oraz art. 16. Zmierzają do tego, aby SOLO I poziomu nie miało takiego obowiązku, lecz mogło uzgadniać z wielodyscyplinarnym zespołem terapeutycznym plan onkologiczny. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Jesteśmy przeciw. Chcemy, aby SOLO jednak musiało to uzgadniać.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki?

Kto jest przeciw?

I kto się wstrzymał?

5 głosów za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Kolejna.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Kolejna poprawka dotyczy art. 4 ust. 1. Zmierzają do takiej modyfikacji pojęcia SOLO, aby dotyczyło ono podmiotu wykonującego działalność leczniczą bez ograniczania rodzaju tej działalności do stacjonarnej i całodobowej świadczenia zdrowotnego szpitalnego. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pan minister?

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Jesteśmy przeciw. No, nie chcemy, żeby była tworzona kolejna fikcja i żeby pieczętki leczyły pacjentów, a nie lekarze.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki?

Kto jest przeciw?

I kto się wstrzymał?

5 głosów za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Kolejna.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Kolejna poprawka dotyczy art. 4 ust. 3 pkt 2. Zmierzają do zniesienia wymogu lokalizacji na obszarze tego samego województwa ośrodka

satelitarnego w strukturze organizacyjnej SOLO II albo III poziomu w przypadku, gdy jest on zorganizowany w ramach innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Przeciw.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki?

*(Głos z sali: 3 głosy za na sali.)*

Kto jest przeciw?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Kto się wstrzymał?

5 głosów za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Kolejna poprawka.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Kolejne poprawki merytoryczne dotyczą art. 4 ust. 3, art. 6 ust. 1 pkt 2, art. 7 ust. 1 pkt 2 oraz art. 8 ust. 1 pkt 2. Zmierzają do tego, aby ustawa nie posługiwała się pojęciem chemioterapii i innych metod leczenia systemowego, lecz pojęciem leczenia systemowego. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pan minister?

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Jestem za tym, żeby jednak chemioterapię zostawić, czyli jestem przeciw.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

I kto się wstrzymał?

5 głosów za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Kolejna.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Kolejna merytoryczna poprawka dotyczy art. 6 ust. 2 pkt 1 ustawy i zmierza do zniesienia obowiązku przekazywania przez realizującego plan leczenia onkologicznego SOLO I poziomu informacji o realizacji tego planu do SOLO III poziomu. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pan Minister?

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Zdecydowanie przeciw.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

5 głosów za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Kolejna.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Kolejne poprawki dotyczą postulatu skreślenia pktu 6 w art. 8 ust. 2 oraz pktu 2 w art. 9

ust. 4 ustawy, a w konsekwencji zniesienia wymogu, zgodnie z którym SOLO III poziomu sprawuje nadzór nad realizacją planów leczenia onkologicznego przez SOLO I poziomu. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pan Minister?

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Przeciw.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki?  
Kto się wstrzymał?  
Kto jest przeciw?

5 głosów za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Kolejna poprawka merytoryczna dotyczy art. 9 ust. 4 pkt 1 i zmierza do tego, aby prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiał w Biuletynie Informacji Publicznej, w podziale na województwa, wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej, w podziale na rozpoznania w odniesieniu do realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, wraz z informacją o centrach kompetencji prowadzonych przez danego świadczeniodawcę. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Przeciw.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki?  
Kto jest przeciw?  
Kto się wstrzymał?

5 głosów za, 1 – przeciw, 1 senator się wstrzymał.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Wysoka Komisjo, w związku z tym, że pan minister, za co bardzo dziękuję, pozytywnie zaopiniował wszystkie poprawki natury legislacyjnej i redakcyjnej, można je, o ile nikt nie zgłosi sprzeciwu, przegłosować łącznie. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Nie ma sprzeciwu.

W takim razie poddaję... Pan minister podtrzymuje opinię, tak?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

W związku z tym poddaję pod głosowanie łącznie wszystkie poprawki przygotowane przez Biuro Legislacyjne dotyczące zmian legislacyjnych.

Kto z państwa jest za przyjęciem tych poprawek?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

7 głosów za, jednogłośnie za.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Kolejna poprawka merytoryczna dotyczy art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy i zmierza do tego, aby kryteria warunkujące przynależność podmiotu wykonującego działalność leczniczą do danego

poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej KSO obejmowały liczbę i rodzaj wykonywanych procedur medycznych lub liczbę świadczeniobiorców, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych rozpoznaniach. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pan Minister?

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Przeciw.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

5 głosów za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

**GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
PIOTR MAGDA**

Kolejna poprawka merytoryczna dotyczy art. 13 ust. 2 i zmierza do tego, aby na poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej KSO kwalifikowano podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnych do postawienia diagnozy onkologicznej lub kontynuacji procesu leczenia, bez precyzowania poszczególnych rodzajów świadczeń. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pan Minister?

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Przeciw.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Kto jest za przyjęciem poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymuje?

5 głosów za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

**GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
PIOTR MAGDA**

Kolejna poprawka dotyczy postulatu nadania nowego brzmienia art. 22 ust. 2 pkt 1 ustawy tak, aby KOM zapewniał opracowywanie i aktualizowanie przez odpowiednie towarzystwa naukowe lub zespoły naukowe wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii oraz standardów organizacyjnych w onkologii. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pan Minister?

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Minutka, musimy się zastanowić, bo to rzeczywiście jest poprawka merytoryczna, a nie mieliśmy tych poprawek wcześniej, więc jeżeli pani pozwoli, to minutę się zastanowimy. Dobrze?

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Oby pozytywnie, Panie Ministrze.  
(*Rozmowy na sali*)

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Ja bym chciał się zwrócić do autorów tej poprawki. Co państwo rozumiecie pod pojęciem „zespół naukowy”?

(Głos z sali: Bo towarzystwo, to my wiemy, co to jest...)

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Mówimy tutaj o ekspertach, o towarzystwach, które również powołują różnego...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, ale są też powoływane specjalne zespoły zadaniowe do pewnych tylko kwestii, więc dlatego tak to doprecyzowaliśmy. Ale jeżeli pan minister chciałby się przychylić do zmiany, to możemy jeszcze nad tym artykułem popracować. Mamy jeszcze drugie czytanie, a to jest ważny zapis.

(Głos z sali: To dopracujemy, żeby naprawdę była...)

**SEKRETARZ STANU**  
**W MINISTERSTWIE ZDROWIA**  
**WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca, my dobre poprawki popieramy, więc przychylimy się do tej poprawki, ale jeszcze nad nią popracujemy. W drugim czytaniu byśmy dopracowali to tak, żeby to było zgodnie z naszą...

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze. Zróbmy w ten sposób: ja ją poddam w tej chwili pod głosowanie, ale jeżeli będzie potrzeba doprecyzowania, to w drugim czytaniu zdecydowanie możemy o tym rozważyć.

Kto jest za przyjęciem poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

(Rozmowy na sali)

(Głos z sali: Pani Przewodnicząca, ktoś nie zatwierdził ankiety.)

Ktoś nie zatwierdził ankiety w głosowaniu. Osoby pracujące zdalnie proszę o sprawdzenie...

(Głos z sali: Jest.)

6 głosów za, 0 – przeciw, 1 senator się wstrzymał.

Proszę bardzo, kolejne.

**GŁÓWNY LEGISLATOR**  
**W BIURZE LEGISLACYJNYM**  
**W KANCELARII SENATU**  
**PIOTR MAGDA**

Kolejna grupa poprawek zmierza do skreślenia tych przepisów, które zostały wprowadzone na etapie sejmowego postępowania ustawodawczego na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pan Minister?

**SEKRETARZ STANU**  
**W MINISTERSTWIE ZDROWIA**  
**WALDEMAR KRASKA**

Rozumiem, że chodzi o wydłużenie o kolejne 2 lata...

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Piotr Magda: Nie, nie...)

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Nie.)

Które to są? Użył pan...

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Piotr Magda: Nowelizacja...)

(Głos z sali: Konstytucyjne...)

**SEKRETARZ STANU**  
**W MINISTERSTWIE ZDROWIA**  
**WALDEMAR KRASKA**

Te 3 poprawki, które zostały wprowadzone? My jesteśmy przeciw. Ja już wytłumaczyłem, że one są ważne.

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Kto jest za poprawkami?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

5 głosów za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Ostatnia grupa poprawek zmierza do tego, aby art. 5 ustawy, zgodnie z którym podmioty wykonujące działalność leczniczą niewchodzące w skład KSO nie są uprawnione do realizacji opieki onkologicznej w ramach zawartej z funduszem umowy o udzielanie świadczeń, wszedł w życie z dniem 1 kwietnia 2026 r., nie zaś 1 kwietnia roku następnego. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pan Minister?

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Przeciw.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Kto jest za przyjęciem poprawek?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?  
5 głosów za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

To wszystkie poprawki.

Panie Ministrze, dziękuję za...

*(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Piotr Magda: Jeszcze cała ustawa...)*

Wiem, zaraz będziemy głosować nad całą ustawą.

Dziękuję za przychyłność. Myślę, że gdybyśmy więcej ze sobą współpracowali, to kształt tej ustawy byłby zupełnie inny.

Przystępujemy do głosowania nad całą ustawą wraz z przyjętymi obecnie na posiedzeniu komisji poprawkami.

Kto z państwa jest za przyjęciem ustawy z poprawkami?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

2 głosy za, 0 – przeciw, 5 senatorów się wstrzymało.

Ustawa, 2 głosami, została przyjęta.

Jeżeli nie będzie sprzeciwu, to będę sprawozdawcą. Nie ma.

Bardzo dziękuję wszystkim osobom, które pracowały nad tą ustawą. Dziękuję panu ministrowi, panu mecenasowi, stronie społecznej i pani senator Chybickiej, która razem ze mną przygotowywała poprawki. Bardzo państwu dziękuję.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 10 minut 55)*





**Kancelaria Senatu**

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy